

Politi og ambulanse – samhandling ved tvangsinnleggelse

En teoretisk oppgave

BACHELOROPPGAVE (BOPPG30)

Politihøgskolen

2021

Kand.nr : 274 og 332

Antall ord: 8303

Innholdsfortegnelse

| | |
|--|-----------|
| 1. INNLEDNING | 2 |
| 1.1 AVGRENSNING..... | 4 |
| 2. METODE | 5 |
| 3. FELLES SITUASJONSFORSTÅELSE | 7 |
| 3.1 PSYKISKE LIDELSER..... | 8 |
| 3.1.1 PERSONLIGHETSFORSTYRRELSER OG PSYKOSELIDELSER..... | 9 |
| 3.2 ETATENES KUNNSKAP OM PSYKISKE LIDELSER..... | 10 |
| 3.2.1 BRØSET VIOLENCE CHECKLIST..... | 13 |
| 4. LOVVERK | 15 |
| 4.1 GENERELLE BESTEMMELSER | 15 |
| 4.2 RUNDSKRIV | 16 |
| 5. KOMMUNIKASJON OG TILSTEDEVÆRELSE | 17 |
| 5.1 POLITIET SOM BISTAND | 18 |
| 5.2 KOMMUNIKASJON SOM ET VERKTØY | 19 |
| 5.3 SUKSESSKRITERIER FOR GOD KOMMUNIKASJON | 20 |
| 6. AVSLUTNING | 23 |
| 7. LITTERATURLISTE | 24 |
| 7.1 PENSUM | 24 |
| 7.2 SELVVALGT PENSUM..... | 25 |

1. INNLEDNING

I denne oppgaven vil vi først beskrive utgangspunktet for hvorfor vi har valgt dette temaet og hvilke avgrensninger vi har gjort, før vi i hoveddelen går videre på hvordan vi har innhentet kilder og drøftelse. Vi skal ta for oss samhandlingen mellom politi og ambulanse ved tvangsinnleggelse av psykisk syke, sett fra en politifaglig side. Vi har derfor kommet frem til følgende problemstilling:

“Hvordan kan politiets samhandling med ambulansen påvirke oppdragsløsning ved tvangsinnleggelse?”

I løpet av vårt praksisår i politiet var vi begge med på mange psykiatrioppdrag. En problemstilling vi ble oppmerksomme på var hvordan bistandsoppdragene ble løst mellom ambulanse og politi. Vi erfarte at det er ulik praksis fra ansatt til ansatt, og vi ønsker derfor å gå inn på hvordan politiet og ambulansen samhandler ved tvangsinnleggelse av en psykisk syk. På politiets nettsider finnes det statistikk over oppdrag relatert til psykiatri og bistand til helsevesenet. Statistikken er basert på data fra PO (Politiets loggføringssystem) fra 2016 til 2020. Det fremkommer av disse dataene at politiet var på alt fra 37 000 til 53 000 psykiatrirelaterte oppdrag i løpet av ett år, og man kan se en jevn økning for hvert år (Politiet, 2020). Dataene omfatter alle oppdrag som er kodet med psykiatri og/eller bistand, men det innebærer ikke nødvendigvis at politiet har hatt en tilstedeværelse. Denne statistikken omfatter derfor mer enn vi tar for oss med vår problemstilling, men vi mener at den er egnet til å gi en pekepinn på hvor mye ressurser politiet bruker på oppdrag knyttet til psykiatri. Av de omtrent 53 000 oppdragene i 2020, er ca. 37% transport og bistandsoppdrag (Politiet, 2020). Dette viser at det brukes en del ressurser fra politiet på den type oppdrag vi tar for oss i oppgaven.

For oss var det noe usikkert hvilken rolle politiet har spesifikt knyttet til akkurat denne typen oppdrag. Derfor kommer vi ikke til å fokusere på rollen i seg selv, men heller på hvordan samhandlingen mellom politi og ambulanse har betydning for oppdragsløsningen. En viktig

faktor som virker inn på samhandlingen er hvilket kunnskapsgrunnlag de ansatte har. Det er viktig at politiet har tilstrekkelig med kunnskap om psykiske lidelser, slik at de på oppdrag er best mulig rustet til å møte en psykisk syk. Desto mer kunnskap betjentene har, jo lettere blir det for dem å tilpasse kommunikasjonen - både til ambulansen og til pasienten.

Det er flere forhold man kan peke på når det gjelder politiets kunnskap om psykiatri. Ringheim (2019) trekker spesielt frem *tre* forhold. Det første hun peker på er at polititjenestepersoner gjennomgår en utdanning hvor de får opplæring i flere emner man kan ta med seg inn i slike oppdrag, herunder kommunikasjon, psykologi og arrestasjonsteknikk. Det andre er at man underveis i tjenesten vil danne seg et erfaringsgrunnlag som gir vei for videre utvikling og kompetanse om hvordan man skal håndtere vanskelige personer og situasjoner. Det siste hun trekker frem er at man generelt må legge fra seg tanken om at psykisk syke tilhører en spesiell gruppe mennesker. Det vil si at de må håndteres og kommuniseres med på lik linje som alle andre. Med disse tre forholdene påpeker Ringheim at politiet er i stand til å håndtere den polisiære siden av psykiatrioppdragene, men at det fortsatt ikke skal aksepteres at en større del av ansvaret legges over på politiet alene (Ringheim, 2019, s. 114). En faktor vi ser er viktig med tanke på samhandling mellom politi og ambulanse, er at politiet bistår fordi de er de eneste som kan bruke legitim makt mot psykisk syke utenfor en institusjon (Ringheim, 2019, s. 113). Hvis en pasient utagerer mot ambulansen uten at politiet er til stede, går det utover ambulansarbeidernes egensikkerhet. Politiets rolle er først og fremst sikkerhet for de involverte partene, og å fungere som en trygghet for ambulansen.

Slik det kommer frem av et felles rundskriv fra Helsedirektoratet og Politidirektoratet (2012), er både politi og helsevesen underlagt streng taushetsplikt. Unntakene som finnes er også strenge, og det vil naturligvis kunne føre til utfordringer i kommunikasjonen mellom instansene. Vi kommer nærmere inn på disse unntakene senere i oppgaven. Eksempelvis kan det bli utfordrende for politiet å ikke bli informert om sykdomshistorikken til pasienten, fordi det kan gi et annet grunnlag for oppdragsløsningen. Det er lettere for politiet å foreta en taktisk vurdering av hvordan oppdraget bør håndteres jo mer informasjon de har om situasjonen. På grunn av dette er nettopp unntakene fra taushetsplikten viktig for å kunne gi et mer felles og oversiktlig forståelsesgrunnlag for begge instanser, i de situasjonene man kan ta de i bruk.

Det er flere momenter som spiller inn på om politiet og helsepersonell har den samme forståelsen av en situasjon. Eksempelvis kunnskapsnivå, erfaring og opplevd trygghet. Det beror seg på antagelser og tolkninger, og det finnes forskjellige sider av en situasjon. Man må være bevisst måten man tolker og forstår en situasjon på ettersom egen og andres forståelse, hva man ser etter og hva man ønsker å se preger forståelsen (Paulsen, 2017, s. 263-264). Et vesentlig moment som vi trekker frem i oppgaven er tidsbruken. Det er ikke uvanlig at det er mange oppdrag på vent for både politiet og ambulansen, og man kan kjenne på at man har for lite tid til disposisjon for å løse oppdraget godt. Det er ikke alltid hvor lang tid man bruker som er oppskriften på suksess, men hvordan man utnytter den tiden man har. Her ser man at felles situasjonsforståelse er viktig, fordi man kan spare tid på å ikke måtte bli enige om alle arbeidsoppgaver.

1.1 AVGRENSNING

Med tanke på at psykiatri er et stort fagfelt, er det naturlig å begrense oppgaven. Vi har følgelig valgt å fokusere på oppdrag hvor politiet bistår ambulansen med tvangsinnleggelse av en psykisk syk pasient. Videre vil derfor samhandlingen vi omtaler gjelde den mellom politiet og ambulansen. Vi har valgt å ikke fokusere på selve oppdragsløsningen eller politiets direkte håndtering av pasienten. Vi nevner hvordan politiets tilstedeværelse virker inn på samhandlingen, og dermed også pasientens opplevelse av politiet.

Det finnes mange psykiske lidelser, og vi har valgt å avgrense oppgaven til å gjelde de mest alvorlige lidelsene som kan kvalifisere til tvangsinnleggelse. Her inngår personlighetsforstyrrelser og psykoselidelser, som blir redegjort kort senere. Vi går ikke inn på utviklingen av sykdommene eller foranledning for at de skal bli tvangsinnlagt. Når vi bruker begrepene “pasient” eller “psykisk syk” henviser det til en pasient som skal tvangsinnlegges på bakgrunn av en av de ovennevnte psykiske lidelsene.

Oppdragene vi tar for oss er på et slikt nivå at det i utgangspunktet er et ambulanseoppdrag hvor de ønsker bistand fra politiet grunnet sikkerhet. Med et slikt nivå tenker vi på at pasienten har

historikk som tilsier at de har vist eller kan vise en utagert og/eller aggressiv atferd, men innebærer ikke oppdrag hvor politiet skal være bevæpnet eller må ta spesielle polititaktiske hensyn.

Politiets bistand til ambulans og politiets maktbruk overfor psykisk syke er definert i flere lovverk og rundskriv. Fordi vi skriver en teoretisk oppgave går vi kun inn på innholdet i de mest relevante lovverkene og rundskrivene, men går ikke i dybden da dette går over i en juridisk oppgave. Vi har valgt å ikke skrive om eventuell maktbruk eller hvordan man skal forholde seg til maktbruk på oppdraget.

2. METODE

Vi har valgt å skrive en teoretisk oppgave. Hensikten med det er for å identifisere kunnskap om det som oppfattes som et litt glemt område, for så å vurdere kunnskapen gjennom drøftingen og analysen vi gjennomfører. Vi ønsker å kunne etablere et fornyet grunnlag for videre undersøkelser. Målet med oppgaven er å skrive frem en anvendelig hypotese om hvilke kunnskaper og ferdigheter som bør styrkes i denne typen arbeid. Vi har en ambisjon om å bidra til mer kunnskapsstyrking innenfor et vanskelig område. Fordi vi er to personer som skriver sammen og har et noe ulikt erfaringsgrunnlag har vi tenkt at teoretisk oppgave er det mest hensiktsmessige for å belyse problemstillingen vår, fremfor vitenskapelig essay.

For å finne et grunnlag av informasjon og tekster til bacheloroppgaven vår, begynte vi å se på pensumtekstene fra Politihøgskolen. Vi fant noe som var relevant fra kildelistene her, men foretok også parallelt noen søk på nett. Disse søkene startet bredt ved å søke på relevante ord på Google, og vi forsøkte å snevre søkene inn ut fra tematikken vår etterhvert som vi klarte å avgrense oppgaven. Vi oppdaget fort at det er skrevet mye om psykologi og psykiatri, men veldig lite om politiets samhandling med helse når det gjelder psykiatri. Mange av tekstene vi fant er skrevet ut fra helsevesenet sitt perspektiv, og mye av det vi fant var fra mellom år 2000 og 2010. Vi søkte etter fagtekster, studier, lovverk og faglige rapporter som kunne omhandle

temaet vårt, da dette er den type litteratur vi tenker er mest relevant for en teoretisk oppgave og for problemstillingen vår. Vi har valgt å ta i bruk en kombinasjon av disse.

Gjennom søk på Oria, der vi har tilgang til Politihøgskolens bibliotek, fant vi en hovedfagsoppgave som heter *Til sykehus med politi*, skrevet av Randi N. Olsen i 2002. Oppgaven er en empiribasert kvalitativ studie, som vil si at det fremkommer på initiativ fra forskeren (Johannessen, Tuft & Christoffersen, 2016, s. 96). Kvalitative studier har som formål å oppnå dybdekunnskap og en helhetlig forståelse av en spesifikk kontekst. De kan også ta sikte på å foreta en teoretisk generalisering (Grønmo, 2020). Olsen gjennomførte studien i forbindelse med sin hovedfagsoppgave i kriminologi ved Universitetet i Oslo. Hun intervjuet en gruppe politibetjenter og en gruppe pasienter/psykisk syke; 5 personer fra hver gruppe. Pasientene bodde på Sør- og Østlandet, mens politibetjentene jobbet i Nord-Norge. Med bakgrunn i at hun i sin oppgave tar for seg transportoppdrag av psykisk syke og med både politi og pasienters opplevelser, anser vi dette som en svært relevant studie for å belyse vår problemstilling. Til tross for at oppgaven er skrevet for nesten 20 år siden, opplevde vi i søket vårt at det fortsatt ikke er skrevet mye om denne problemstillingen – i likhet med Olsen da hun skrev oppgaven sin. Vi opplever at hennes oppgave er aktuell selv i dag, da vi ikke kan finne at det er gjort mye forskning eller foretatt store endringer på håndteringen av slike oppdrag de siste årene. Av det vi kunne finne med våre søk er problemstillingen nevnt, men ikke tatt videre. Vi ser nytten av at Olsen i sin studie, har plukket ut betjenter med ulik erfaring – noen med 1-2 års erfaring, og noen med 25 år – for å kunne se hvordan erfaring spiller inn på håndteringen. Disse momentene gjør at studien har et bredt utgangspunkt, men det er for få deltakere i studien til at man kan generalisere funnet. Selv om det Olsen fant i sin studie ikke kan anvendes som direkte fakta, ønsker vi å bruke denne informasjonen opp mot andre kilder, og bruke det som et grunnlag for drøftelse.

Ved videre søk kom vi over et prosjekt som heter *Transport av psykisk ustabile personer*, som er et prosjekt som har pågått flere steder i Helse Sør-Øst. I den forbindelse tok vi kontakt med prosjektleder ved Sykehuset Innlandet (SI), Knut Anders Brevig. Han har over 20 års erfaring med psykiatri, og jobber til daglig ved divisjon for psykisk helse ved SI. Han ønsket gjerne å snakke med oss rundt dette, og vi gjennomførte et semistrukturert intervju hvor vi planla et sett

av spørsmål som ville være interessante for tematikken (Johannesen, et al. 2016, s. 148). Han kom med flere gode poeng som ga oss et noe annet perspektiv på problemstillingen. Senere i oppgaven kommer vi tilbake til hvilke erfaringer de gjorde seg på SI. Prosjektet ble startet opp i 2015, og avsluttet i 2019. Brevig fortalte oss at bakgrunnen for prosjektet var blant annet at politiet opplever at de bruker veldig mye av sine ressurser på psykiatrioppdrag. Dette ser vi stemmer med statistikken vi nevnte innledningsvis. Prosjektet skulle derfor kartlegge situasjonen slik den var, og finne forbedringspotensialer slik at det kunne iverksettes tiltak. Noen av disse tiltakene ønsker vi å se nærmere på, og kommer inn på det senere i oppgaven. Informasjonen fra Brevig er å anse som enkeltstående vitneutsagn, hvor vi lar oss informere fordi kunnskapen anses som relevant, men siden det kommer fra en enkelt informant kan man ikke anse hans utsagn som en sterk kilde alene. Det bidrar derimot til å lage et grunnlag for drøftelse som vi skal ta med oss. Denne typen intervju kan defineres som en teoretisk undersøkelse, men grenser opp mot en empirisk undersøkelse. Vi har valgt å inkludere det i oppgaven vår, fordi den informasjonen Brevig kom med gir et annet syn på psykiatri-oppdrag enn det vi selv sitter med fra politiets side.

3. FELLES SITUASJONSFORSTÅELSE

Som sagt finnes det mange måter å forstå en situasjon på. Det hevdes at politiet har en måte å se verden på, såkalt politiblikket, mens ambulansen har et mer “klinisk” blikk. Disse blikkene legger ulike grunnlag for hvordan instansene vurderer konkrete situasjoner, og dette kan gi en yrkesmessig forutinntatthet man bør være oppmerksom på - særlig i situasjoner som er uklare (Paulsen, 2017, s. 264). Dersom politiet og ambulansen er flinke til å dele sine tanker om situasjonen, samt erfaringer og kunnskap som ikke bryter med taushetsplikten, kan det være med på å forbedre samarbeidet mellom instansene. Begrensningene som følger med taushetsplikten for de ulike etatene påvirker ambulansen i størst grad da helsevesenet er underlagt en strengere taushetsplikt enn politiet. Å være kjent med og kunne utnytte unntakene i taushetsplikten for å informere den andre etaten om situasjonen, kan bidra til bedre kommunikasjon og dermed en felles situasjonsforståelse.

Det er generelt viktig for politiet å ha kunnskap om psykisk helse, fordi man kan møte på noen som sliter psykisk i hvilken som helst situasjon. Hvis politiet har den nødvendige kunnskapen kan de enklere fange opp disse signalene (Risan & Skoglund, 2017, s. 81). Dette er spesielt viktig i oppdragene vi tar for oss, hvor betjentene blir “kastet inn” i situasjonen for å hovedsakelig bruke makt. Det gir mulighet til å sette seg inn i situasjonen og vise større grad av empati overfor pasienten. Videre kan dette gjøre pasienten tryggere på politiet og man kan unngå maktbruk.

3.1 PSYKISKE LIDELSER

Psykiske lidelser er noe de aller fleste har litt kjennskap til eller har hørt om, og er et begrep som blir mer og mer fremtredende i dagens samfunn. Det har i lang tid vært et tema under faget psykologi på PHS, og er noe alle operative polititjenestepersoner får erfare på oppdrag.

Psykiske lidelser handler hovedsakelig om hvordan mennesker kan utvikle plager og symptomer som påvirker deres atferd, følelser, tanker og væremåte ved interaksjon med andre. Psykiske lidelser er et ganske stort begrep som omfatter flere ulike diagnoser, alt fra de mest alvorlige lidelsene som schizofreni og personlighetsforstyrrelse, til mindre alvorlige lidelser som angst og depresjon (Knudsen, Mathiesen & Mykletun, 2009, s. 10). I Norge kommer omtrent halvparten av befolkningen til å ha en psykisk lidelse i løpet av livet, noe som tilsvarer en tredjedel av befolkningen i løpet av et år (Knudsen, Mathiesen & Mykletun, 2009, s. 22).

Som nevnt innledningsvis er det psykoselidelser og personlighetsforstyrrelser vi kommer til å ta for oss i oppgaven. Disse lidelsene innebærer et mer ekstremt avvik og vedvarende atferdsmønster som kan medføre en betydelig brist i virkelighetsoppfatningen hos den syke (Risan & Skoglund, 2017, s. 149). Det er stort sett pasienter med disse lidelsene som må tvangsinnlegges og følgelig utgjør «psykiatrioppdragene» der politiet må bistå ambulansen. Det er fordi det ofte blir vurdert som nødvendig at politiet må utøve makt for å opprettholde pasientens og andres sikkerhet (Ringheim, 2019, s. 113). Tvangsinnleggelse innebærer en

frihetsberøvelse, og det stilles strenge krav til de som forvalter slike maktmidler. Det er styrt av flere lovverk og føringer, men det baserer seg først og fremst på frivillighet fra pasienten (Ringheim, 2019, s. 121).

I lovverkene stilles det konkrete krav som må være oppfylt for at tvungent psykisk helsevern kan etableres. Aller først må pasienten oppfylle grunnvilkåret om en «alvorlig sinnslidelse». Behandlingsvilkåret innebærer at pasienten må kunne ha nytte av tvungent psykisk helsevern, ved at vedkommende enten blir friskere av å være innlagt, eller sykere av å ikke være innlagt (Lagestad, 2012, s. 121). Farevilkåret innebærer at pasienten «utgjør en nærliggende og alvorlig fare for eget eller andres liv eller helse». Disse vilkårene fremkommer av psykisk helsevernloven §3-3, 3. ledd, bokstav a og b (Psykisk helsevernloven, 1999). I tillegg til grunnvilkåret, så må enten behandlingsvilkåret eller farevilkåret være oppfylt for å etablere tvungent psykisk helsevern. .

Utover disse fastsatte vilkårene må pasienten mangle samtykkekompetanse. Det innebærer at en person må være i stand til å ivareta sine interesser og forstå hva et samtykke er, hvis ikke vil vedkommende miste sin samtykkekompetanse. All helsehjelp skal i dagens samfunn være basert på samtykke, og pasienten har en rett til å si ja eller nei til hjelpen (Aldring og helse, udatert). Videre er det også viktig med en helhetsvurdering for å finne ut om tvangsinnleggelse er det beste for pasienten.

3.1.1 PERSONLIGHETSFORSTYRRELSER OG PSYKOSELIDELSER

Dersom noen personlighetstrekk blir for dominante kan dette medføre at individet tolker virkeligheten og opplever situasjoner på en mindre nyansert måte. Ifølge ICD-10, som er en internasjonal statistisk klassifikasjon av sykdommer og beslektede helseproblemer, er det et generelt kriterium som må være oppfylt for at man skal kunne kalle det for en personlighetsforstyrrelse. Dette kriteriet er at det må være en forstyrrelse i individets personlighet. Disse forstyrrelsene viser seg ofte som gjennomgående mønstre ved oppmerksomhet, holdninger, impuls kontroll, måter å tenke på, synet på seg selv og måter å

forholde seg til andre på (Risan & Skoglund, 2017, s. 131). Dette er det som omtales som avvik fra normalen, og de kan være gjenkjennbare for polititjenestepersoner og ambulansarbeidere. Personlighetsforstyrrelser har en forekomst på omtrent 13% i befolkningen (Karterud, 2020).

Personlighetsforstyrrelser skal ikke blandes med psykoselidelser, da dette er en forstyrrelse i individets karakter eller deres måte å oppfatte og være på (Risan & Skoglund, 2017, s. 130). Det handler først og fremst om en overstyring av de indre psykologiske prosesser som gjør at individets tankeprosesser og virkelighetsoppfatning ikke samsvarer med resten av samfunnet rundt (Risan & Skoglund, 2017, s. 149). Det er ikke unormalt at en person med psykoselidelse opplever en realitetsbrist og hallusinasjoner. Psykosene kan være akutte og forbigående, eller vedvarende og paranoide psykososer. Uavhengig av hva slags form og varighet den psykotiske lidelsen kommer i, er det en likhet i hva slags symptomer som er til stede. Disse symptomene er grandiositet, paranoia og influens (Risan & Skoglund, 2017, s. 151).

Når det gjelder statistikk på ulike psykotiske lidelser er det vanskelig å få gode og korrekte resultater, fordi det er utfordrende å rekruttere pasienter til undersøkelser. Dog fremkommer det av en finsk studie at 3,5% av befolkningen får psykoselidelser i løpet av livet, hvor 1% av dette er schizofreni, ifølge rapporten til Knudsen, Mathiesen og Mykletun (2009, s. 19).

I oppdragene vi tar for oss er det allerede kjent at pasientene er psykisk syke, men å kjenne til symptomene gjør at man i større grad kan forberede seg på hvordan pasienten oppfører seg og hvordan deres virkelighetsoppfatning kan skille seg så kraftig fra vår egen.

3.2 ETATENES KUNNSKAP OM PSYKISKE LIDELSER

I vårt intervju med Brevig kom vi inn på temaet om utdanningen til begge etatene når det gjelder psykiske lidelser. I den forbindelse trakk han frem kunnskapsnivået som noe av det mest sentrale for god håndtering av psykisk syke. Både politiet og ambulansen har begrenset faglig

opplæring når det kommer til psykisk syke, og etatene er litt i samme båt (NOU 2010: 3, s. 137). Politiets kunnskap om psykiske lidelser har mye å si for samhandlingen med ambulansen. Det er ikke et ukjent fenomen at man faller tilbake i kjente handlingsmønstre, spesielt dersom man ikke har nok kunnskap om situasjonen man står ovenfor. Som kjent er sykdomsbildet hos psykisk syke veldig variert, og pasientene kan reagere ulikt fra gang til gang. Følgelig blir oppdragsløsningen ulik fra gang til gang. Det er viktig å være bevisst på at politiets nærvær ikke blir oppmerksomt og finstemt om man mekanisk kopierer gamle erfaringer. Det er derfor viktig å integrere erfaringene i seg selv som kompetanse, slik at det kan være med i arbeidet med å sette seg inn i en ny situasjon (Stabrun, 2019, s. 153). Det kan derimot være positivt å se på tidligere hendelser ved at man kan være mer beredt på hvordan pasienten kan reagere, og hvordan man skal møte reaksjonene. Dette gir et bedre grunnlag for politiet å møte en psykisk syk. Jo mer trygg betjentene er i situasjonen, jo mer kapasitet har de til å opprettholde en god samhandling med ambulansen - samt at man kan ha et mer likt forståelsesgrunnlag.

Studentene ved Politihøgskolen utdannes som generalister. Følgelig er det mye pensum de skal gjennom, og det er ikke alltid rom for å gå veldig inn i dybden på enkelte temaer. For de studentene som begynte ved PHS før 2019, har det vært ett semester med faget psykologi. Her var psykiske lidelser en stor del av faget. For studentene som begynte etter 2019, har dette heller blitt slått sammen med noen av læremålene i faget med operativt politiarbeid (Politihøgskolen, 2019, s. 14). Opplæringen om psykiske lidelser kommer nå mot slutten av siste semester ved første året. Med utgangspunkt i dette kan det virke som om det er mindre tid satt av til temaet, men det er med fordel at de har plassert temaet så nærme praksisåret. Det sitter gjerne litt ferskere i minnet til studentene.

At den begrensede faglige opplæringen også gjelder ambulansen, er noe Brevig gjorde oss oppmerksomme på. Vi tok derfor en titt på programplanen for bachelor i Paramedisin ved OsloMet, og ser at de lærer om psykisk helse i andre studieår. Ifølge læringsutbyttebeskrivelsen skal de blant annet ha kunnskap om kommunikasjonsutfordringer i møte med personer med psykiske lidelser, samt kunne beskrive og gjenfortelle utfordringer knyttet til pasienters psykiske helse (OsloMet, 2020). Det er kun kommunikasjonsutfordringene som er nevnt spesifikt i tilknytning til psykiske lidelser. Selv om dette gjelder bare ett av emnene de har under utdanningen, er det kun dette vi kan se at de har av læringsutbytte sett i lys av problemstillingen vår. Ut fra vår oppfatning synes dette å være noe snevert med tanke på samspill mellom etatene.

Det skal ifølge Brevig generelt bli mer undervisning om psykisk syke ved studiene for ambulanspersonell, slik at de får en bedre forståelse for sykdomsbildet.

Mer opplæring hos begge etater er blant tiltakene iverksatt etter prosjektet ved Sykehuset Innlandet (SI) for å skape et bedre kunnskapsgrunnlag. Videre tilbyr SI simuleringstrening og kursing om psykisk syke (Brevig, K. A., personlig kommunikasjon, 05. mars 21). Det essensielle her er at kunnskapsgrunnlaget må være tilpasset virkeligheten. Som et ledd i bedre samhandling, har sykehuset også innledet et tettere samarbeid med politiet – i deres tilfelle Innlandet Politidistrikt. Ved dette samarbeidet har de blant annet muligheten til å tilby operativt politipersonell den samme treningen innen simulering og kurs. Alle studenter på Politihøgskolen som har praksis i Innlandet PD skal gjennom denne treningen i løpet av praksisåret sitt, hvor de har spesielt fokus på møte med selvmordsrisiko, selvskading og psykiske traumer, samt konflikthåndtering. Dette virker til å være god trening som studentene kan ha god nytte av, og kan være et viktig verktøy for polititjenestepersoner. Vi kontaktet nåværende praksisansvarlig i Innlandet PD. Vedkommende kunne fortelle at de i løpet av de siste fire årene har gjennomført dette opplegget med studentene i praksis, hvor de har en fagdag med både teori og case-trening som blir filmet. I ettertid får deltakerne evaluering og konkrete tilbakemeldinger, og studentene opplever at dette er matnyttig. De har gitt tilbakemelding på at dette er noe Innlandet PD burde fortsette med, og at fagdagen gir dem økt kunnskap de kan ta med seg i tjenesten. Ekstra trening rettet mot psykiatrioppdrag gjør en naturligvis mer rustet til å håndtere de. Ulempen med denne ordningen slik den er nå, er at kursingen kun er et tilbud til det operative politipersonellet – altså er det ikke en del av den årlige obligatoriske treningen. Kursene er på frivillig basis, men praksisansvarlig kunne fortelle at de fleste operative tjenestepersonene som har fått tilbud om å delta, har deltatt. Det tyder på at det er en interesse for å få mer kunnskap om temaet. En fordel med at den samme simuleringstreningen tilbys til både ambulanspersonell og polititjenestepersoner, er at de får den samme opplæringen og dermed et felles forståelsesgrunnlag.

3.2.1 BRØSET VIOLENCE CHECKLIST

Det finnes allerede verktøy som kan forbedre deler av samarbeidet mellom etatene. Ett av disse er Brøset Violence Checklist (BVC), som skal hjelpe helsepersonell med å forutse en voldelig atferd hos en pasient. Helsedirektoratet har skrevet om denne i en «Voldsrisikoutredning ved alvorlig psykisk lidelse» og den er basert på grundig forskning. Dette skal forebygge og forhindre uønsket og voldelig atferd de neste 24 timene (Helsedirektoratet, 2018). Sjekklisten har blant annet blitt testet i kontrollerte studier i Sveits og Nederland. Det er da ett av få validerte verktøy tilpasset her-og-nå-situasjonen (Helsedirektoratet, 2018). Sjekklisten består av 6 ledd hvor man skal vurdere pasientens atferd; forvirret, irritabel, brautende atferd, fysiske trusler, verbale trusler, og slag, spark etc. mot inventar. Hvert ledd vurderes fra 0 til 6, hvor 0 er at atferden ikke er til stede. Samlet blir vurderingen fra 0 til 6, som da skal gi en indikasjon på hvor sannsynlig det er at personen blir voldelig innen kort tid. En artikkel på NRKs nettavis fra 2011 viser til at sjekklisten kan hindre uønskede voldshendelser, og den har blitt brukt innen psykiatrien både nasjonalt og internasjonalt. De nevner også at studier fra Sveits viser at voldsepisodene har blitt redusert med inntil 52% når BVC har blitt tatt i bruk (Skjærseth, 2011)

BVC er et verktøy som SI og Innlandet PD nylig har begynt å ta i bruk sammen, men de har ikke fått testet ferdig enda. Sjekklisten kan fungere bra for å skape en felles forståelse mellom politi og helsepersonell på slike oppdrag. Samarbeidet mellom sykehuset og politiet om sjekklisten går gjennom politiets operasjonssentral, og operatørene som jobber der blir kurset i hvordan den fungerer. Så vidt oss bekjent er det ingen eller få andre distrikter som har benyttet seg av denne løsningen. Til tross for at det på papiret er et godt alternativ, er det noen utfordringer man kan møte med sjekklisten.

For det første er det viktig å være oppmerksom på at politiet og ambulansen tolker situasjoner ulikt, og at de har forskjellige grenser for hva som oppleves som skummelt eller truende. Politiyrket er en jobb der man skal «tåle» ganske mye, og politiet kan sjeldnere oppleve seg direkte truet av psykisk syke, i motsetning til hva en som arbeider i ambulansen kan oppleve. Derfor er nettopp samarbeidet mellom ambulansen og politiet ekstremt viktig, og det er avgjørende med en felles situasjonsforståelse og gode, felles begrepsavklaringer.

For det andre er sjekklisten basert på objektive holdepunkter, men oppfatningen av de objektive holdepunktene kan fortsatt være subjektiv. Den ulike subjektive oppfatningen har en naturlig forklaring med at politiet er trent til å møte slik oppførsel, de har tilgjengelige maktmidler og en bredere hjemmel for å håndtere det. Dette gir en trygghet for polititjenestepersonene som ambulansesarbeiderne ikke har. Helsevesenet har kun nødrettsbestemmelsen å benytte seg av, som vil si at de kun kan bruke makt for å forsvare liv eller helse. Ambulansesarbeiderne kan dermed oppleve å bli mer redde og ukomfortable når de står overfor en aggressiv person, noe også Brevig trakk frem.

Som sagt så kan BVC være et viktig verktøy, og det kan ha noen fordeler når det tas i bruk. Eksempelvis at den objektive vurderingen fra helsepersonellet på stedet gir politiet et bedre grunnlag når de reiser ut. Det gir dem mulighet til å i større grad forberede seg, samt avgjøre om maktmidler må benyttes eller ikke. I tillegg gir det en mer felles situasjonsforståelse som er en stor faktor for god samhandling.

En kunne tenkt at det er hensiktsmessig å lage en slags mal for hvordan slike oppdrag ideelt sett skal løses. Det finnes tross alt en idealløsning – at pasienten er medgjørlig slik at helsevesenet klarer å løse oppdraget på egenhånd, uten behov for maktbruk. Slik er det derimot ikke hver gang. Fordi pasientene reagerer så ulikt, blir de en ustabil faktor som gjør at man ikke kan låse seg til at «sånn skal det gjøres». I de tilfellene man har tid i forkant av oppdraget, og ambulansepersonell ikke står midt oppi en situasjon, er det derfor hensiktsmessig å snakke om hvem som gjør hva. Tar man seg tid til dette, kan man danne en felles forståelse av situasjonen og avklare hvem som gjør hva – uten at man trenger å låse seg helt til dette.

4. LOVVERK

Som nevnt i innledningen ønsker vi å redegjøre for de forskjellige bestemmelsene og rundskrivet som er mest aktuelle for vår problemstilling, fordi de har stor betydning for samhandlingen og oppdragsløsningen.

4.1 GENERELLE BESTEMMELSER

Enhver tjenestehandling politiet gjør skal være hjemlet i lov, og hver enkelt tjenesteperson skal kunne begrunne hvorfor de utførte en tjenestehandling. Det er flere lovverk som omfatter politiets rolle og handlingsplikt ved psykiatrioppdrag. Politiloven (pl.) står sentralt i alt politiet gjør, og man finner definisjonen på politiets oppgaver her. Det følger av pl. §2, nr. 5 at “politiet på anmodning skal yte andre offentlige myndigheter vern og bistand under deres tjenesteutøvelse når dette følger av lov eller sedvane” (Politoloven, 1995). Psykisk helsevernloven §3-6 er et av lovverkene som utløser politiets bistandsplikt. Den sier at “offentlig myndighet skal gi nødvendig bistand i forbindelse med avhenting eller tilbakehenting av person som kvalifiserer til tvungen psykisk helsevern, og kan om nødvendig bruke tvang” (Psykisk helsevernloven, 1999).

Under alle oppdrag og tjenestehandlinger politiet gjør, skal de ha med seg pl. §6, som sier at enhver tjenestehandling skal være nødvendig, forholdsmessig og forsvarlig sett ut fra sakens art. Det er her man finner hjemmelen for politiets maktbruk, og tjenestepersonene må derfor ta med seg vurderingen av disse tre kriteriene også ved bistandsoppdragene. Før man bruker kraftige maktmidler, må mildest mulig midler være forsøkt eller de må antas å være utilstrekkelige (Politoloven, 1995). Forholdsmessighetsvurdering er særlig viktig med tanke på maktbruk i arbeidet med psykisk syke, ettersom deres virkelighetsoppfatning er ulik vår.

Videre har politiet i henhold til pl. §12 plikt til å hjelpe syke . Det følger av den at politiet skal hjelpe eller sørge for hjelp til personer som ikke er i stand til å ta vare på seg selv. Noe av det sentrale med denne bestemmelsen med tanke på oppdragene vi tar for oss i oppgaven vår, er 3. ledd. Den sier at *“Politiet kan bane seg adgang til hus [...] for å hjelpe syke [...] eller andre som er eller antas å være, ute av stand til å ta vare på seg selv når omstendighetene gir grunn*

til å frykte at vedkommendes liv eller helse kan være truet” (Politoloven, 1995). En slik hjemmel til å ta seg inn i hus er det kun politiet som har på denne typen oppdrag, og det kan være i slike tilfeller at helsevesenet er avhengig av politiets bistand for å få avhentet en pasient. Vurderingen som må tas i forbindelse med oppdragene vi snakker om, vil være om det faktisk er frykt for vedkommendes liv eller helse, og om det er forholdsmessig, nødvendig og forsvarlig. Dette er en vurdering ambulansen kan hjelpe til med å ta, ved å komme med innspill rundt deres perspektiv av saken.

4.2 RUNDSKRIV

Helsedirektoratet og Politidirektoratet har i sitt rundskriv *Helsetjenestens og politiets ansvar for psykisk syke* (2012) definert lovverket videre. Spesifikt for vår problemstilling vedrørende samhandling med ambulansen, er det punkt 4 som må trekkes frem. Dette punktet omhandler helses krav til bistand fra politiet. Kravet er at det må være nødvendig, og det er helsevesenet selv som tar den avgjørelsen. Rundskrivet spesifiserer hvilke tilfeller det vil være nødvendig med bistand i; ved behov for fysisk maktutøvelse utenfor institusjon, når en person antas å ville påføre seg selv eller andre skade og helsevesenet ikke selv kan avverge det, eller når det er nødvendig å bane seg adgang til hus, rom eller annet lokale. Sistnevnte er den spesielle hjemmelen politiet har etter pl. §12 som nevnt over. Politiet skal derimot aldri brukes som ren transporttjeneste eller ved ressursmangel i helsevesenet. Helsevesenet skal så langt som mulig forsøke å håndtere situasjonen på egen hånd, f.eks. ved å skape et samarbeid med pasienten (Helsedirektoratet og Politidirektoratet, 2012, s. 5).

Når det først er bedt om bistand, er det i utgangspunktet politiet selv som vurderer hvilke midler som skal brukes, og på hvilken måte. Hovedregelen er at helsepersonell skal være til stede under gjennomføringen. Politiet skal være så skånsomme som mulig, men følger gjeldende regler vedrørende bruk av håndjern – dersom pasienten utgjør en sikkerhetsrisiko (Helsedirektoratet og Politidirektoratet, 2012, s. 5).

I rundskrivet nevnt over, er det også utdypet om kommunikasjon mellom helsetjenesten og politiet i punkt 5. Det er utdypet mye her, men det som er mest aktuelt med tanke på vår oppgave, er taushetsplikten og hvilken informasjon som skal gå mellom de forskjellige instansene. Dette er derfor kun et utdrag av det som står der. Som hovedregel er begge instanser underlagt streng taushetsplikt av hensyn til pasienten eller noens personlige forhold. Helsetjenesten er underlagt en strengere taushetsplikt enn politiet. Helsevesenet har en plikt til å informere politiet dersom det er nødvendig for å avverge alvorlig skade på person eller eiendom – dette er strengt, og er mer en presisering av nødrettsbestemmelsen. Politiet bør av eget tiltak vurdere å fortelle helsetjenesten om eventuell tidligere voldshistorikk med pasienten, ettersom dette kan ha betydning for vurderingen om tvungen innleggelse og av sikkerhetsmessige årsaker (Helsedirektoratet og Politidirektoratet, 2012, s. 6-7). I tillegg til den ovennevnte opplysningsplikten, som er mest anvendelig i akutte situasjoner, så har helsepersonell også en opplysningsrett. Den kan anvendes når det er tungtveiende private eller offentlige interesser som gjør det rettmessig å dele opplysninger. Bestemmelsen gjelder i hovedsak når det er snakk om fare for liv eller helse, men også utover dette i noen tilfeller. Et eksempel kan være om helsevesenet har en antagelse om at en person har gjort eller kommer til å gjøre noe kriminelt (Helsedirektoratet og Politidirektoratet, 2012, s. 7). Spesifikt ved psykisk ustabile personer har helsepersonell opplysningsrett for å varsle politiet om vedkommende er i besittelse av våpen, dersom de mener at tilstanden til personen kan utgjøre en risiko, og de vil bruke våpenet til å skade seg selv eller andre (Helsedirektoratet og Politidirektoratet, 2012, s. 9).

5. KOMMUNIKASJON OG TILSTEDEVÆRELSE

Mange pasienter med alvorlige psykiske lidelser vil falle mellom to stoler når det gjelder hvilken etat som skal ta hånd om dem - spesielt når de er i en psykose (NOU 2010: 3, s. 134). I oppdragsløsningen kan pasientene bli en kasteball mellom ambulanse og politi, ved at ingen av instansene har kunnskapen eller midlene til å håndtere oppdraget helt på egen hånd. Som vi har vært inne på kan ikke helsevesenet tvinge noen inn til behandling med fysisk makt. På bakgrunn av at det kun er politiet som kan bruke legitim makt er det viktig for instansene å være bevisst

kommunikasjonen seg imellom, samt hvilken tilstedeværelse de selv har i oppdraget (Ringheim, 2019, s. 113). Det er til syvende og sist pasienten det går utover.

5.1 POLITIET SOM BISTAND

Tilstedeværelse er en stor del av samhandlingen. Med tilstedeværelse mener vi hva slags tilnærming politiet har på oppdrag der de skal bistå ambulansen ved tvangsinnleggelse/pasienttransport. Politiets tilstedeværelse bør vurderes både før, under og etter hvert psykiatrioppdrag.

Det er ulike måter politiet kan være til stede og være en støtte for ambulansen på disse oppdragene, enten ved å ha en aktiv eller en passiv rolle i oppdraget. Siden pasientene kan utgjøre en risiko overfor seg selv og/eller andre, skaper det en utfordring i samarbeidet for helsevesenet og politiet som har ulike oppgaver på oppdraget. Det er på bakgrunn av risikoen pasienten utgjør at man må vurdere om det er politiet eller ambulansen som skal gå inn først. De psykisk syke har et stort atferdsavvik, og det kreves en viss kompetanse og kunnskap for å klare å håndtere dette på en god måte. Ved tvangsinnleggelse der pasienten har en helt annen virkelighetsoppfatning enn normalen, kan det være positivt for vedkommende å møte en ambulansarbeider i stedet for politiet. Dette fordi ambulansarbeiderens fremtreden vil kunne gi pasienten et inntrykk av at han eller hun skal få hjelp. Utover dette må man se an situasjonen, og om det blir behov vil politiet gi seg til syne - enten dette bare er for å vise at de er der eller om det er for å bruke fysisk makt på pasienten.

Dersom ambulansen ønsker at politiet skal gå frem først, er det ofte i forbindelse med at pasienten ikke blir med frivillig. Fordi politiet er de som fysisk må ta med seg pasienten kan vedkommende oppleve at politiet anvender unødvendig makt (NOU 2010:3, s. 137). Det er ikke uvanlig at psykisk syke reagerer på at politiet kommer, da de tidligere kan ha hatt negative opplevelser med dem. Det kan derfor være en ulempe at politiet går inn først fordi pasienten kan få svekket tillit, og dermed begynne å utagere. Det kan være vanskelig for politiet og

ambulansen å samarbeide på en god måte dersom politiet må rette alt sitt fokus på en utagerende pasient. Et slikt fokus tar mye kapasitet fra begge etater, som de skulle brukt på andre oppgaver.

Det kan være oppdrag der situasjonen tilsier at politiets tilstedeværelse og synlighet bør stå i fokus. Det vil være helt avhengig av pasientens historikk og tidligere erfaringer man har med pasienten. Et eksempel på historikk som tilsier at politiet skal inn først kan være at pasienten er kjent for å utagere, men aldri utøver vold mot politiet. I slike situasjoner kan man frigjøre kapasitet hos ambulansen ved å sikre deres trygghet fra starten av.

5.2 KOMMUNIKASJON SOM ET VERKTØY

Kommunikasjonen mellom instansene på stedet er vesentlig for god oppdragsløsning. For politiet er kommunikasjon viktig i møte med hvem som helst. Kommunikasjonen kan virke eskalerende eller de-eskalerende. God kommunikasjon tillater deg derfor å påvirke utfallet, og en skeptisk holdning mot de man kommuniserer med kan gi et dårlig utgangspunkt for en kommunikasjonsprosess (Lund, 2019, s. 265). Dette gjelder også ved samarbeid med andre etater. Selv om det allerede foreligger en tillit for god arbeidsutførelse hos begge etater, er det viktig at politiet og ambulansen snakker godt sammen i forkant av oppdragene. Dette er for å sikre at man har en felles forståelse av situasjonen og at man dermed handler ut ifra de samme forutsetningene.

Selv om det er politiet som kan bruke makt der det er nødvendig, er det viktig for begge parter å være bevisst på at det er helsevesenet som har hovedansvaret for behandlingstrengende personer, hvor ansvaret er inklusivt pasienttransport. Politiets oppgave baserer seg i all hovedsak på pasientens egen og andres sikkerhet – ikke behandling av pasienten. Som nevnt tidligere skal ikke politiet benyttes til rene transportoppdrag med mindre personen er til fare for seg selv eller andre (Helsedirektoratet og Politidirektoratet, 2012). Til tross for at helsepersonell har muligheten til å ringe politiet og det kan «ligge i ryggmargen» deres å gjøre det, er det viktig at de prøver å løse oppdraget selv. De er i stand til å møte personen på en god måte og skape en

relasjon før politiet kommer. Dersom dette er forsøkt før politiet tilkalles, er det viktig å få formidlet dette til patruljen på en god måte. Dette fordi de vet at pasienten ikke responderer bra på kommunikasjonen de har forsøkt å ha, noe som kan være med i vurderingen til politiet på hvordan de skal gå inn.

5.3 SUKSESSKRITERIER FOR GOD KOMMUNIKASJON

God kommunikasjon og gode relasjoner skaper trygghet og tillit. Som nevnt tidligere har det blitt en økning i antall psykiatrioppdrag for politiet, og politiet er mye til stede for å bistå ambulansen ved tvangsinnleggelse og pasienttransport. På grunn av det sammensatte sykdomsbildet hos pasientene, er det vanlig at de ikke ønsker å bli med ambulansen eller politiet frivillig. Det er spesielt viktig med god tillit hos de som er psykisk syke, særlig fordi politiet er den maktutøvende etaten. Tilliten til politiet kan variere i ulike deler av befolkningen, og det er ikke unormalt at tilliten er lavere etter at noen har hatt dårlig erfaring med politiet (Lagestad, 2012, s. 54). Et avgjørende moment for å få etablert tillit er blant annet tidsbruken (Olsen, 2002, s. 28).

Det er positivt og skal ses på som et steg i riktig retning om ambulansen i større grad løser oppdraget uten bistand fra politiet, men i de situasjoner hvor politiet er involvert kan god tidsbruk ha en positiv effekt på pasienten og situasjonen. Olsen (2002) undersøkte i sin hovedfagsoppgave *Til sykehus med politi* hvor lang tid ulike politibetjenter brukte på transportoppdrag. Tiden ble regnet fra politiet viste seg til pasienten var i bilen. Det kommer frem av betjentene i undersøkelsen at det ble brukt alt fra 5-10 minutter og helt opp til 2 timer. Olsen forhørte seg også om det samme med informantene fra pasientgruppen i undersøkelsen, der alle fortalte at det gikk ca. 10-15 minutter. Det er ikke mulig å trekke noen konklusjoner ut fra dette, ettersom resultatet som nevnt ikke er egnet til å generalisere på grunn av størrelsen på studiet, men det kan antydes at det er et sprik i gruppens oppfatning av tidsbruk.

Til sammenligning har vi sett på statistikken til Kaasa og Repål fra Vestfold (2009), der de nærmere undersøkte tidsbruken til politiet på oppdrag som ble kodet med psykiatri. Ved dette

fikk de innblikk i hvor lang tid politiet brukte på oppdrag som omhandlet psykisk syke personer ved blant annet fremstillinger og/eller innleggelses. I studien har de tatt utgangspunkt i PO-logger og sett hvor mye aktiv tid som ble brukt på oppdragene. Ved aktiv tid menes det fra tiltak iverksettes til oppdraget enten overføres eller avsluttes i PO. Kaasa og Repål har laget en oversikt på tidsbruken i intervaller fra under 30 minutter på det minste til over 9 timer på det meste. Det kom frem i denne studien at et flertall av oppdragene (34,1%) lå på 61-120 minutter i aktiv tid, mens det med tidsbruk under 30 minutter var på 16,2 % (Kaasa & Repål, 2010, s. 25). Dette er en statistikk som samsvarer med de opplevelsene Olsen sine informanter kunne fortelle om. Det er derimot viktig å være oppmerksom på at oppdragene fra PO-loggen ikke alltid er kodet tilsvarende den type oppdrag som Olsen tar for seg i sin studie, altså at PO-loggene kan basere seg på flere typer psykiatrioppdrag, hvor det ikke bare er snakk om tvangsinnleggelse/bistand.

Undersøkelsene til Kaasa og Repål og Olsen viser at det varierer veldig hvor mye tid politiet brukte på hvert psykiatrioppdrag, og det er vanskelig å si noe om hva som betegnes som mye eller lite tid på disse oppdragene. Følgelig er det vanskelig å trekke noen konklusjon om fordelene og ulempene med kort eller lang tidsbruk. I samtalen vi hadde med Brevig fortalte han ut fra sine erfaringer, at kvalitetsindikatoren for møte med psykisk syke er å ta seg tid. Med dette mener han at det kan lønne seg å bruke noe mer tid for å roe ned situasjonen, fremfor å fremprovosere en aggresjon som følge av for snar inngripen. Begge etater kan av ulike grunner oppleve å ha nytte av å bruke kortere tid på denne typen oppdrag, eksempelvis fordi de har lite ressurser og trenger å frigjøre seg slik at de kan dra på mer presserende oppdrag, eller at de opplever at oppdraget i seg selv er "uønsket". Dette kan påvirke samhandlingen på en negativ måte ved at den ene etaten for eksempel forhaster seg fordi de har for mange andre oppdrag liggende på vent. Dersom man føler seg presset til å dra på et nytt oppdrag, kan man ende opp med å øke forventningene om at den andre instansen skal arbeide fortere. Det kan gi et dårlig grunnlag for kommunikasjon som følge av en stressreaksjon. Korte tidsfrister er en av de vanlige årsakene til arbeidsrelatert stress, sammen med for høy arbeidsintensitet og ubalanse mellom oppgaver og ressurser (Arbeidstilsynet, udatert). Dette er momenter vi antar de fleste i politiet og ambulansen har følt på.

Det er flere faktorer som taler for at en lenger tidsbruk har et positivt utfall. En faktor er at god tid med pasienten kan bygge tillit, og dette skaper trygge rammer, Pasienten kan være tryggere på både ambulanse og politi, og ambulansen kan føle seg tryggere på at pasienten ikke vil utagere. Brevig forklarte at mennesker med langvarige psykiske lidelser ofte er gode på å lese andre mennesker, og blir påvirket av andres fremtoning. Mange har vokst opp i vanskelige forhold og har vært nødt til å lese andres atferd for å skape forutsigbarhet i eget liv. Dersom politiet møter pasienten i en stresset tilstand, kan pasienten speile dette ved å bli redd og engstelig. En slik angst kan bidra til en utagerende og/eller aggressiv atferd. Dette skaper naturligvis et dårlig utgangspunkt for kommunikasjon og relasjonsbygging.

For å kunne argumentere mer for at politiet skal bruke god tid på slike oppdrag er det også interessant å se på dette fra pasientens perspektiv. I boken *I morgen var jeg alltid en løve* av Arnhild Lauveng (2005), forteller forfatteren om egne erfaringer. Hun var diagnostisert med schizofreni og var innlagt på psykiatriske avdelinger flere ganger i løpet av en 10 års periode. I dag arbeider hun som psykolog, og forteller i boken om sin kamp om å bli frisk med hjelp fra helsevesenet. I den forbindelse forteller hun om sine møter med politiet, og hvordan hun opplevde de. Disse møtene var stort sett i forbindelse med tvangsinnleggelse da hun var syk. Hun oppsummerte sitt første møte med politiet som bra, men at hun har hatt andre møter som ikke var like gode. Det hun trekker frem som bra var politibetjentenes rolige og trygge stemmer. Hun trekker også frem hendene deres, og at rolige og faste hender var bra. Hennes erfaring på den tiden var at raske, usikre og famlende hender var farlige. Politibetjentene var profesjonelle i sin rolle, de var ikke redde, sinte eller sjokkerte (Lauveng, 2005, s. 119). Dette med raske og usikre hender er noe som kan komme som følge av stress, og hennes historie kan bidra til at betjenter blir mer oppmerksomme på dette.

Selv om hennes erfaring er veldig interessant, er det viktig å presisere at dette kun gjelder én pasient, og hennes egne erfaringer og opplevelser da hun var psykisk syk med schizofreni. Vi kan ikke legge til grunn at det er slik for alle psykisk syke pasienter, men det gir et innblikk i situasjonen.

Pasientene som Olsen hadde med i sin studie fortalte også om deres møte med politiet, og hvilke tanker og følelser de satt igjen med. Olsen spurte blant annet om hvordan de følte at politiet opptrådte overfor dem. Flere av pasientene svarte at de opplevde lite sympati fra politibetjentene og at de så på dem som en av mange. Da Olsen snakket med politibetjentene fortalte de aller fleste at de ofte hadde fokus på å gjøre en ordentlig jobb, og huske at de skulle behandle dem som mennesker og bruke litt ekstra tid (Olsen, 2002 s. 89). Her påpeker betjentene selv at de har fokus på å bruke ekstra tid, noe vi anser som et suksesskriterium.

6. AVSLUTNING

Som vi har sett på i oppgaven, er det flere momenter som spiller inn på politiets samhandling med helsevesenet. Både politiets og ambulansens faglige kompetanse om psykiske lidelser ser ut til å være forholdsvis begrenset, noe man også ser av programplaner og erfaring. Gjennom det arbeidet vi har gjort i forbindelse med denne oppgaven, mener vi det er belegg for å hevde at den manglende kunnskapen har betydning for samhandlingen. Det er satt i gang tiltak for å skape et bedre kunnskapsgrunnlag, som gjør at etatene har mer kapasitet til å samhandle med hverandre på oppdragene. Vi ser at det finnes verktøy som kan forbedre samhandlingen, blant annet BVC. Dette skal skape et bedre grunnlag for lik situasjonsforståelse, og har smått blitt tatt i bruk i politiet. Lik forståelse av en situasjon er viktig, og flere momenter spiller inn på dette. Vi har sett på politiblikket som kan danne en forutinntatthet i konkrete situasjoner som man må være oppmerksom på. Derfor ser vi at kommunikasjonen mellom instansene er vesentlig, fordi man må handle ut ifra de samme forutsetningene.

Noe av det mest sentrale vi har trukket frem, er tilstedeværelsen til politiet. Den kan påvirke situasjonen både positivt og negativt. På ene siden skaper den en trygghet for ambulansen og deres sikkerhet, mens den på andre siden kan det få pasienten til å utagere. Man skal ha i bakhodet at det er helsevesenet som har ansvaret for pasienten, men i de tilfeller hvor politiet må tre inn er det viktig med videreformidling av informasjon. Det er viktig å ikke la pasienten bli en kasteball mellom etatene.

Vi har tidligere nevnt at det ikke alltid hvor lang tid man bruker som er det viktigste, det er hvordan man bruker tiden man har. Vi har sett at riktig tidsbruk kan skape gode relasjoner og dermed god kommunikasjon, mens for lite tid og stressfaktorer kan gjøre at man kan ta beslutninger som påvirker situasjonen på en negativ måte.

Som det har fremkommet i vårt arbeid med vår problemstilling, finnes det lite eller ingen forskning rundt temaet vedrørende samhandling mellom politi og ambulanse, i tillegg til at det ikke vies mye oppmerksomhet rundt dette i utdanningen hverken for paramedic eller politi. Med tanke på at man ser at oppdrag som omhandler psykiatri øker år for år, vil vi oppfordre til at det gjøres mer forskning på området om samhandling mellom etatene, og at det i større grad innlemmes i utdanningen.

7. LITTERATURLISTE

7.1 PENSUM

Ringheim, H. K. (2019). Kommunikasjon med psykisk syke. I Lagestad, P. (Red.). *Kommunikasjon og konflikthåndtering: publikumsrettet arbeid i et politifaglig perspektiv*. (1. utg., s. 112-138). Oslo: Gyldendal Akademisk

Risan, P., Skoglund, T. H. (2017). *Psykologi i operativ tjeneste - stress og psykiske lidelser*. (1. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk

Politihøgskolen. (2020). *Programplan. Bachelor - politiutdanning*. Hentet fra https://www.politihogskolen.no/globalassets/for-studenter/regelverk-og-innholdet-i-bachelor/rammeplan-og-programplaner/programplan-bachelor-politiutdanning-andre-studiear-2019-2022-politihogskolen.pdf?_t_id=LiLZotCDplwCMgf3Wiu0BA%3d%3d&_t_uuid=Q5yjRMDnQr25OZ3kqJoFwA&t_q=programplan+2020&t_tags=language%3ano%2csiteid%3a2df9291a-

[ada2-4678-a54b-](#)

[5982a43383da%2candquerymatch& t hit.id=Content Data Medias PdfFile/ 40aef85a-fc80-4575-b86a-3020369a5b82& t hit.pos=2](#)

Politiloven. (1995). Lov om politiet (LOV-1995-08-04-53). Hentet fra <https://lovdata.no/lov/1995-08-04-53>

Psykisk helsevernloven. (1999). Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (LOV-1999-07-02-62). Hentet fra <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-62>

Stabrun, E. J. (2019). Tydelig og var. I Lagestad, P. (Red.) *Kommunikasjon og konflikthåndtering: publikumsrettet arbeid i et politifaglig perspektiv*. (1. utg., s. 139-160). Oslo: Gyldendal Akademisk

7.2 SELVVALGT PENSUM

Aldring og helse (udatert, hentet 26.03.2021) Samtykkekompetanse. Hentet fra <https://www.aldringoghelse.no/demens/behandling-og-oppfolging/samtykkekompetanse/>

Arbeidstilsynet (hentet 30.03.21) Stress. Hentet fra <https://www.arbeidstilsynet.no/tema/stress/>

Grønmo, S. (2020, 03. november) Kvalitativ metode. Hentet fra https://snl.no/kvalitativ_metode

Helsedirektoratet. (2018, 25. april). BVC (Brøset Violence Checklist). Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/voldsriskoutredning-ved-alvorlig-psykisk-lidelse/verktoy-for-innledende-kartlegging-av-voldsrisiko/bvc-broset-violence-checklist>

Helsedirektoratet og Politidirektoratet (2012): *Helsetjenestens og politiets ansvar for psykisk syke. Oppgaver og samarbeid*. (Rundskriv IS-5/2012) Hentet fra https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/helsetjenestens-og-politiets-ansvar-for-psykisk-syke-oppgaver-og-samarbeid/Helsetjenestens%20og%20politiets%20ansvar%20for%20psykisk%20syke%20%E2%80%93%20Oppgaver%20og%20samarbeid%20%E2%80%93%20Rundskriv.pdf/_attachment/inline/4f07a422-ff0c-4b76-9395-23f7ff308057:831d5fa1f6c900364955cdfc19ae81ccb79003ed/Helsetjenestens%20og%20politiets%20ansvar%20for%20psykisk%20syke%20%E2%80%93%20Oppgaver%20og%20samarbeid%20%E2%80%93%20Rundskriv.pdf (12 s.)

Johannesen, A., Tufte, P. A., og Christoffersen, L. (2016). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode* (5. utg.). Oslo: Abstrakt Forlag AS (3 s.)

Kaasa, H. og Repål, A. (2010) *Politi og psykiatri. En deskriptiv studie*. Hentet fra www.napha.no (31 s.)

Karterud, S. (2020, 27.10) Personlighetsforstyrrelser. Hentet fra <https://sml.snl.no/personlighetsforstyrrelser>

Knudsen, A. K., Mathiesen, K. S. og Mykletun, A. (2009). *Psykiske lidelser i Norge: Et folkehelseperspektiv*. (2009:8). Hentet fra <https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2009-og-eldre/rapport-20098-pdf.pdf> (81 s.)

Lauveng, A. (2005). *I morgen var jeg alltid en løve*. (1. utg.) Oslo: Cappelen Damm AS (199 s.)

Lund, T. L. (2019). Kommunikasjon som en relasjonell prosess. I Lagestad, P. (Red.). *Kommunikasjon og konflikthåndtering: publikumsrettet arbeid i et politifaglig perspektiv*. (1. utg, s. 263-275). Oslo: Gyldendal Akademisk (13 s.)

NOU 2010:3. (2010). *Drap i Norge i perioden 2004-2009*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/6f5ab604e1394eabb8dc07b56d128bf1/no/pdfs/nou201020100003000dddpdfs.pdf> (4 s.)

Olsen, R. L. N. (2002). *Til sykehus med politi* (Hovedfagsoppgave). Universitetet i Oslo, Oslo (91 s.)

OsloMet. (2021). Emneplan for PMED2100 Psykisk helse, rus og kommunikasjon. Hentet fra <https://student.oslomet.no/studier/-/studieinfo/emne/PMED2100/2021/H%C3%98ST>

Paulsen, J. E. (kap 13). Legitimitet, etikk og prosessrettferdighet. I Phelps J. M., Larsen, N. M. og Singh, M. (red.) *Kommunikasjon og konflikthåndtering i operativt politiarbeid - sosialpsykologiske perspektiver*. (1. utg., s. 260-281). Oslo: Universitetsforlaget (22 s.)

Politiet. (2021). *Statistikk - psykiatri og bistand helsevesenet*. (2016-2020). Hentet fra https://www.politiet.no/globalassets/04-aktuelt-tall-og-fakta/kriminalitetsutvikling/statistikk_psykiatri-og-bistand-helsevesenet_2016-2020-pod.pdf (2 s.)

Skjærseth, L. E. (2011, 25. januar). Sjekkliste kan hindre vold. *NRK*. Hentet fra <https://www.nrk.no/trondelag/sjekkliste-kan-hindre-vold-1.7477199>

Til sammen 457 s.