

Helsepersonells samhandling med politiet i akuttsituasjoner

Årsaker og erfaringer

Sindre Heide og Katrine Mathisen



En kvalitetsstudie ved Det medisinske fakultet

Veileder: MD. PhD. Anne-Cathrine Braarud

UNIVERSITETET I OSLO

Høst 2013

© Sindre Andreas Heide og Katrine Mathisen

Oslo 2013

Helsepersonells samhandling med politiet i akuttsituasjoner, årsaker og erfaringer.

Sindre Andreas Heide og Katrine Mathisen

<http://www.duo.uio.no>

Trykk: Reprosentralen, Universitetet i Oslo

Sammendrag

Bakgrunn. Lover, forskrifter og interne rundskriv fra Helsedirektoratet setter rammer for helsepersonells samhandling med politiet når de yter helsehjelp. Helsepersonell har etter Helsepersonelloven både taushetsplikt, opplysningsplikt og -rett. Personell ved Akuttmedisinsk Kommunikasjonssentral (AMK) og ambulanspersonell samhandler ofte med politiet i det daglige, men vi kjenner verken årsaken til, omfanget av eller dokumentasjonen av samhandlingen. Vi ønsket derfor å kartlegge disse faktorene i en tidsbegrenset periode, og se om årsak til samhandlingen lar seg finne i AMK og/eller ambulansjournalen og vurdere hvorvidt samhandlingen ligger innenfor lovgivningens begrensninger.

Materiale og metode. Vi søkte etter alle oppdrag i Oslo og Akershus for perioden 29.04.11-18.05.11, der politi var satt som ressurs, enten alene eller sammen med ambulans, og vi så på hvilken begrunnelse som var gitt. Ambulansjournalene fra de samme hendelsene ble hentet ut fra arkivene, anonymisert og analysert.

Resultater. Søket resulterte i 273 hendelser. Etter gjennomgang og analyse satt vi igjen med 184 hendelser hvor vi så på årsaker til, og dokumentasjon på samhandling mellom politi og ambulanspersonell. I 51 % av oppdragene fant vi dokumentasjon på samhandling med politiet. Det er flere forskjellige årsaker til samhandling med politiet. 26 % av samhandlingen var trippelvarslinger, 10 % dreide seg om psykiatriske pasienter og 9 % dreide seg om vold og våpenbruk. Vi kunne ikke finne noen årsak i 3 % av hendelsene.

Fortolkning. Samhandlingen er i vår fortolkning av rammene for oppdraget i de aller fleste tilfeller innenfor lovgivningens begrensninger. I ni av tilfellene er det vanskelig å si bare utfra skriftlig dokumentasjon om det finnes en paragraf i Helsepersonelloven som gir hjemmel for å involvere politiet. Det er ikke dokumentert i journalen hvilke oppgaver politiet har hatt på stedet eller hvilke pasientopplysninger politiet har fått. Vi kan derfor ikke vurdere hvorvidt det foreligger noe pliktbrudd.

Abstract

Background. Laws, regulations and internal directives from the Norwegian Directorate of Health set the standards for health care personnel's interaction with the police when they perform health care. According to the Health Personnel Act, health care personnel are bound to professional secrecy, have both a right and a duty of disclosure. The personnel at the emergency medical dispatch centre (Akuttmedisinsk kommunikasjonsentral) and EMS personnel have a great deal of interaction with the police on a daily basis, but we know neither the reason for, to what extent, nor the documentation of the interaction. For these reasons we wanted to map out these factors for a limited period of time, and see if the reasons for interaction can be found at dispatch and/or in the ambulance journal, and assess whether the interaction is within the limitations of the law.

Material and method. We searched for all the assignments in Oslo and Akershus in the time period 29.04.11-18.05.11, where the police were used as a resource, either as the only measure or together with one or more ambulances, and we looked at the reasons given. The ambulances' written patient records from the same incidents were collected from the archives, made anonymous and analysed.

Results. The search resulted in 273 incidents. After having gone through and analysed them we were left with 184 incidents where we looked at reasons for, and documentation of interaction between police and ambulance personnel. We found documentation of interaction with the police in 51 % of the assignments. There are several different reasons for interactions with the police. 26 % of the interactions were parallel dispatch of police and fire department, 10 % dealt with psychiatric patients, and 9 % dealt with violence and weapon use. In 3 % of the incidents we found no reason for interaction.

Interpretation. The interaction is, according to our interpretation of the limits of the assignment, within the limitations of the law in most of the incidents. In nine of the incidents it is difficult to determine, based on written documentation only, whether there is an article in the Health Personnel Act that gives legal authority to involve the police. It is not documented in the journal what function the police had on the scene or what patient information they have been given. We are therefore not able to assess whether any breach of duty have been made.

Forord

Som medisinstudenter med ekstrajobb i ambulanseavdelingen og med interesse for prehospitaler tjenester, visste vi at helsepersonell som jobber i de prehospitaler tjenestene regelmessig samhandler og deler informasjon med politiet i akutsituasjoner. Vi ønsket derfor å se nærmere på dette samarbeidet for ambulanse- og AMK-personell, som har taushetsplikt som hovedregel for sin yrkesutøvelse.

Det var nødvendig å gå gjennom sentrale helselover, forskrifter og rundskriv for å få oversikt over hvilke regler som gjelder for samhandling. Underveis i oppgavearbeidet kom det ut en ny og endret utgave av Helsepersonelloven med kommentarer, samt en ny revidert utgave av rundskrivet ”Helsetjenestens og politiets ansvar for psykisk syke.” Dette har vanskeliggjort arbeidet noe.

Vi hadde flere hypoteser da vi startet opp med prosjektoppgaven: Det skjer en del prehospital samhandling og informasjonsdeling mellom helsepersonell og politi. Samhandlingen og informasjonsdelingen skal skje innenfor begrensinger trukket opp i lov- og regelverk, men det er av hensyn til arbeidets karakter nødvendig å utøve skjønn, gjøre hypotetiske vurderinger og ta raske beslutninger både før og under samhandling og informasjonsdeling. Samtidig skal årsak til, og omfang av samhandlingen være dokumentert i journalen (1, s. 5). Helsepersonellet har som hovedregel taushetsplikt, men kan være unntatt fra taushetsplikten og ha opplysningsrett eller være pålagt opplysningsplikt eller meldeplikt om visse tilstander/hendelser. Vi mener det er nødvendig å diskutere betydningen av taushetsplikten og hovedregelen om samtykke til deling av sensitiv informasjon med andre, opp mot den plikten ambulanse- og AMK-personell har til å avverge alvorlig skade på person eller eiendom. Ambulanse- og AMK-personell plikter også å vurdere hvert enkelt pasienttilfelle med henblikk på sannsynlighet (påregneligheten) for at tap av liv og helse kommer til å skje **og alvorligheten av det potensielle skadeomfanget** dersom man ikke varsler andre nødetater (1, s. 80). Ambulanse- og AMK-personell har også plikt til å vurdere om det er andre og mer tungtveiende plikter enn taushetsplikten.

Vi kjenner verken a) omfanget av, b) årsaken til eller c) dokumentasjonen av AMK- og ambulanspersonell i Oslo og Akershus sin samhandling med politiet. Vi ønsket derfor å kartlegge disse tre faktorene i en tidsbegrenset periode, og se om dokumentasjonen av samhandlingen i AMK eller ambulansejournal er tilstrekkelig til å bedømme hvorvidt samhandlingen ligger innenfor regelverket. I tillegg ville vi se om vi med gjennomgangen av

materialet kunne avdekke et behov for bedre opplæring når det gjelder formelle plikter og regler rundt informasjonsdeling og samhandling med politiet.

Vi kan ikke si noe om dokumentasjonen i de tilfellene der AMK er eneste kontaktpunktet med politiet, fordi det ikke er noe krav til utdypning av årsak til kontakt med politiet i AMIS-hendelser.

Innholdsfortegnelse

1	Aktuelt lov- og regelverk	2
1.1	Avgrensning av oppgaven	2
1.2	Helsepersonelloven	2
1.3	Taushetsplikt og opplysningsrett	3
1.4	Opplysningsplikt	5
1.5	Meldeplikt	6
2	Helsetjenestens og politiets ansvar for psykisk syke	7
2.1	Politiet har hjelpe-, varslings- og bistandsplikt	7
2.2	Taushetsplikt - kommunikasjon mellom helsetjenesten og politiet	8
2.3	Informasjon fra helsetjenesten til politiet ved nødvendig samhandling	8
3	Materiale og metode	10
3.1	Hendelsesutvalg	10
3.2	Fremgangsmåte	10
3.3	Godkjenning	11
4	Resultater	12
4.1	Hendelser og samhandling	12
4.2	Dokumentasjonsgrad	12
4.3	Årsaker til samhandling	13
4.3.1	Trippelvarslinger	13
4.3.2	Politi som innringer	13
4.3.3	Ukjent årsak til samhandling	14
5	Diskusjon	15
5.1	Dokumentasjon	15
5.1.1	Dokumenterte tilfeller	15
5.1.2	Manglende dokumentasjon	15
5.1.3	Manglende journaler	15
5.2	Årsaker til samhandling	16
5.2.1	Trippelvarsling	16
5.2.2	Tilgang til pasienten	17
5.2.3	Bruk av tvang	17
5.2.4	Meldepliktige dødsfall	18
5.2.5	First responder	18
5.2.6	Vold og våpenbruk	19
5.2.7	Ukjent årsak	19
5.2.8	Eksempler på ukjent årsak til samhandling	19
6	Feilkilder, styrker og svakheter ved journalgrunnlaget	21
7	Konklusjon	23
	Referanser	24

1 Aktuelt lov- og regelverk

1.1 Avgrensning av oppgaven

Det er flere lover og regler som regulerer plikter, rettigheter, ansvar og organisering i helse- og omsorgstjenesten. Vi kommer til å begrense vår diskusjon omkring helsepersonellens samhandling og informasjonsdeling med politiet til bestemmelser gitt i Helsepersonelloven (2), Pasient og brukerrettighetsloven (3), Forskrift om krav til akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus (Akuttforskriften) (4) og Rundskriv IS/5-2012 Helsetjenestens og politiets ansvar for psykisk syke (5). Spesialisthelsetjenesteloven, Helse og omsorgstjenesteloven, Helseregisterloven og Forvaltningsloven inneholder også bestemmelser som setter rammer for AMK- og ambulanspersonellens pasientrettede virksomhet, men vil ikke bli diskutert videre her. Helseforskningsloven, Helse- og sosialberedskapsloven og Psykisk helsevernloven vil ikke bli omtalt i denne oppgaven.

1.2 Helsepersonelloven

Lovens formål er «å bidra til sikkerhet for pasienter og kvalitet i helsetjenesten samt tillit til helsepersonell og helsetjeneste» (1, s. 8). Tilliten mellom pasient, helsepersonell og helse og omsorgstjenesten skal ivaretas blant annet ved at helsepersonell følger de reglene som er gitt for yrkesutøvelsen. Loven gjelder for alt helsepersonell og alle virksomheter som yter helsehjelp i Norge, uavhengig av arbeidssted (1, s. 9). Forsvarlighetskravet er sentralt i Helsepersonelloven: «Helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjon for øvrig.» (1, s. 15). Formålet med kravet om forsvarlighet i helsevesenet er å beskytte pasienten og samfunnet mot unødig skaderisiko. Når det gjelder samhandling med pasienten, så har pasienten i utgangspunktet full rett til å bestemme over seg selv, sin helse og sitt liv. Pasient- og brukerrettighetsloven § 3-6 andre ledd, om rett til å samtykke, gir helsepersonell rett til å gi opplysninger videre til tredjemann med pasientens samtykke. Fritak fra taushetsplikt for helsepersonellet må som hovedregel baseres på samtykke fra pasienten.

Kort oppsummert kan man si at helsepersonell som hovedregel har taushetsplikt, men kan være unntatt fra taushetsplikten og ha opplysningsrett, eller være pålagt opplysningsplikt eller meldeplikt om visse tilstander/hendelser.

1.3 Taushetsplikt og opplysningsrett

Taushetsplikten for helsepersonell blir ansett som grunnlaget for tilliten befolkningen behøver for å oppsøke hjelp i helsetjenesten. Personvernet henger nøye sammen med taushetsplikten. Enhver pasients integritet og personvern skal ivaretas, og befolkningen skal føle seg trygge når de oppsøker helsepersonell. § 21 ”Hovedregel om taushetsplikt” lyder: ”Taushetsplikten skal forhindre at andre får adgang eller kjennskap til opplysninger om folks legems- eller sykdomsforhold eller andre personlige forhold som helsepersonell får vite om i egenskap av å være helsepersonell” (1, s. 56). Denne paragrafen er helt grunnleggende for tillitsforholdet mellom befolkningen og helsepersonell, og dermed også helsevesenet som helhet. Formålet er å bidra til at befolkningen tør å oppsøke helsevesenet både for seg selv og sine pårørende, samt er villige til å oppgi nødvendige opplysninger slik at helsepersonell kan yte helsehjelp. Det er lagt til grunn at enhver skal kunne få helsehjelp uten å risikere at informasjon skal spres til uvedkommende og at pasientene skal føle seg trygge på at de opplysningene de oppgir i forbindelse med helsehjelp ikke benyttes til andre formål enn å yte helsehjelp til vedkommende. Alle skal ha rett til å motta helsehjelp uten risiko for straffeforfølgelse.

Taushetsplikten er som tidligere nevnt regulert i flere ulike lover. Felles grunnlag for bestemmelsene i disse lovene er at informasjon om pasientene kun skal være tilgjengelig for den som har behov for informasjonen i forbindelse med pasientbehandling. Det vil si at man kan dele det som antas å være nødvendig informasjon for å kunne yte helsehjelp.

Straffeloven har i §144 en bestemmelse om at visse yrkesgrupper som har en lovbestemt taushetsplikt kan straffes etter straffeloven hvis de røper ”hemmeligheter som er betrodd dem i stillings medfør”:

§ 144. Prester i statskirken, prester eller forstandere i registrerte trossamfunn, advokater, forsvarere i straffesaker, meklingsmenn i ekteskapsaker, leger, psykologer, apotekere, jordmødre og sykepleiere samt disses betjenter eller hjelpere, som rettsstridig åpenbarer hemmeligheter, som er dem eller deres foresatte betrodd i stillings medfør, straffes med bøter eller med fengsel inntil 6 måneder. (6)

Denne paragrafen i straffeloven viser lovgivers vektlegging av taushetsplikten som en sentral bestemmelse.

Brudd på taushetsplikten kan også anses å være i strid med kravet om forsvarlighet i helsetjenesten. Loven gir likevel noen begrensninger i taushetsplikten i § 23 (se figur 1) hvor taushetsplikten ikke er til hinder for utleveringer av pasientopplysninger (1, s. 62). I disse

situasjonene har helsepersonell en opplysningsrett, og de kan selv avgjøre hvorvidt det er riktig å gi opplysninger eller ikke. Helsepersonellet har dermed en valgmulighet mellom å overholde taushetsplikten eller å gi opplysninger.

Figur 1. § 23 Begrensninger i taushetsplikten

Taushetsplikt etter § 21 er ikke til hinder for:

1. at opplysninger gis den som fra før er kjent med opplysningene,
2. at opplysninger gis når ingen berettiget interesse tilsier hemmelighold,
3. at opplysninger gis videre når behovet for beskyttelse må anses ivaretatt ved at individualiserende kjennetegn er utelatt,
4. at opplysninger gis videre når tungtveiende private eller offentlige interesser gjør det rettmessig å gi opplysningene videre,
5. at opplysninger gis videre når helsepersonell gjennom sin yrkesutøvelse har grunn til å tro at dyr blir utsatt for slik mishandling eller alvorlig svikt vedrørende miljø, tilsyn og stell at det anses rettmessig å gi opplysningene videre til Mattilsynet eller politiet eller
6. at opplysningene gis videre etter regler fastsatt i lov eller i medhold av lov når det er uttrykkelig fastsatt eller klart forutsatt at taushetsplikt ikke skal gjelde

Særlig punkt 4 er aktuelt når det gjelder rett til å gi informasjon til nødetatene.

Helsedirektoratet understreker at hensynene og interessene som taler for å sette taushetsplikten til side må veie vesentlig tyngre enn hensynene som taler for å bevare taushet, og at det i utgangspunktet vil gjelde fare for menneskelig og helse. Helsepersonell må foreta vurderinger som langt på vei må være sammenfallende med de vurderinger som foretas i nødretts- og nødvergesituasjoner (1, s. 63). Et godt eksempel her er en pasient som er i ferd med å kjøre bil i ruspåvirket tilstand. I den situasjonen må helsepersonellet vurdere sannsynligheten for at pasienten kommer til å kjøre, og alvorlighet og omfang av eventuell skade. I en slik situasjon vil helsepersonell ha et ansvar for å forsøke å forhindre pasienten. Det samme vil gjelde dersom en person er i besittelse av våpen og er i psykisk ubalanse. Helsepersonell har ansvar for å gi konkrete råd til pasienten, men politi bør varsles dersom pasienten ikke retter seg etter anmodningen. Taushetsplikten vil i slike situasjoner settes til side av hensyn til behovet for å motvirke risiko for alvorlig skade på andre mennesker. Dette vil da anses som mer tungtveiende grunner enn å opprettholde taushetsplikten. Denne

bestemmelsen hjemler en opplysningsrett til politi og brannvesen, men ikke en opplysningsplikt.

1.4 Opplysningsplikt

Kapittel 6. ”Opplysningsplikt m.v.” i Helsepersonelloven (1, s. 78) inneholder en paragraf som er viktig for AMK- og ambulanspersonells samhandling med politiet.

§ 31 ”Opplysninger til nødetater” (1, s. 80) sier at helsepersonell skal varsle politi og brannvesen dersom det er nødvendig for å avverge alvorlig skade på person eller eiendom. Formålet med denne opplysningsplikten er å bidra til å begrense skader i nødsituasjoner, og det kan være å verne om liv og helse, hindre store materielle skader, hindre nye situasjoner med alvorlig fare, eller å begrense ytterligere skader på et skadested. Hvis vilkårene for varsling er oppfylt, går opplysningsplikten foran pasientens taushetshensyn, selv om pasienten ikke ønsker at politi eller brannvesen skal varsles. Dette er således et unntak fra hovedregelen om at helsepersonell har taushetsplikt når det gjelder pasientopplysninger. Det er behovet for å avverge potensiell skade som skal være hensikten med varslingen, og varslingen skal gis til den nødetat som kan gi nødvendig bistand. Bestemmelsen kan ikke benyttes dersom samarbeidet med nødetatene har en annen begrunnelse enn å avverge alvorlig skade (1, s. 64). Varslingsplikten slår ikke inn hvis intensjonen er å hjelpe politiet med å oppklare vinningsforbrytelser. Det skal være trygt også for kriminelle å kontakte helsetjenesten uten å risikere straffeforfølgning. Helsepersonell kan likevel oppfordre pasienten til selv å bidra med opplysninger.

Dersom det er fare for liv og helse i forbindelse med trusler, vold eller våpenbruk kan opplysningsplikten inntre og helsepersonell kan varsle politi for å avverge ytterligere skade på helsepersonell eller andre på stedet. Det er ikke krav til at skade må ha inntruffet.

Opplysningsplikten inntrer også ved større trafikkulykker og katastrofer, hvor man vil anta at bistand fra alle nødetatene er nødvendig for å sikre personellet som yter helsehjelp eller for å hjelpe helsepersonellet med søk og redning av de tilskadekomne.

Paragraf 31 sier at helsepersonell skal varsle politi og brannvesen dersom det er ”nødvendig” for å hindre alvorlig skade. Det vil da være tilstrekkelig å ha gjort adekvate forsøk på å få klarhet i situasjonen, eller at erfaring tilsier at det er nødvendig.

Helsepersonelloven regulerer også opplysningsplikt til den kommunale helse- og omsorgstjenesten og barnevernstjenesten. Disse bestemmelsene blir ikke omtalt her, da vi mener det er utenfor oppgavens begrensninger.

1.5 Meldeplikt

Kapittel 7 i Helsepersonelloven omtaler helsepersonells plikt til å gi opplysninger. Da er det ikke lenger fritt for helsepersonellet i forhold til å vurdere om det er riktig å gi opplysninger, slik som det er ved opplysningsrett. Pasienten selv har heller ingen rett til å råde over opplysningene når opplysningsplikten inntre, det vil si at pasienten ikke kan hindre helsepersonellet å gi opplysninger. Helsepersonellet kan selvfølgelig samarbeide med pasienten om utlevering av opplysningene, der dette er hensiktsmessig og forsvarlig. Hensikten med opplysningsplikten er å ivareta informasjonstilgang i situasjoner der dette vil anses som en mer tungtveiende grunn enn å overholde taushetsplikten. Det finnes også andre bestemmelser som angir unntak fra taushetsplikten, men som ikke vil bli diskutert i oppgaven. Dette gjelder blant annet melding om fødsler, melding til helseregistre mv., tilsynsmyndighetene og melding om betydelig personskade i forbindelse med ytelse av helsehjelp.

Meldeplikten om pasientinformasjon til politi og tilsynsmyndigheter omfatter i hovedsak opplysninger som er knyttet til generelle samfunnsinteresser, og formålet er å samle sentral informasjon. Dette gjelder blant annet melding om fødsler, dødfødsler og dødsfall.

Meldeplikten er lagt til lege i § 36 "Melding om dødsfall". Leger skal gi melding om dødsfall. Hvis det er grunn til å tro at det er et unaturlig dødsfall, skal legen melde dette til politiet. Dersom det settes i gang etterforskning for å avdekke mulig straffbar handling i forbindelse dødsfallet, må legen gi opplysninger som er av betydning for saken. Dette kan være hvis det mistenkes drap, eller hvis dødsfall inntre i forbindelse med helsehjelp, og meldeplikten inntre uansett årsak når lege mistenker unaturlig dødsfall. Det er ikke beskrevet hvordan denne meldeplikten tenkes løst når dødsfall skjer der legen ikke er tilgjengelig eller det tar lang tid før lege kan komme til stedet. Da det ofte vil være ambulanspersonell som rykker ut til pasienter som ikke lar seg redde, eller som er døde ved ambulansens ankomst utenfor (eller i) helseinstitusjoner. Det forutsettes da at ambulanspersonellet rapporterer videre til lege. I ambulansetjenesten i Oslo og Akershus har ambulanspersonellet fått delegert mulighet til å, i henhold til lokal arbeidsinstruks, melde direkte til politiet ved slike åpenbart meldepliktige dødsfall. Forutsetningen er at det kan ta lang tid før lege kan komme til stedet (7, s. 53). Dette er gjort av hensyn både til de som befinner seg på stedet og av hensyn til den generelle akuttberedskapen som vil rammes av at ambulansen blir stående hos den døde og vente på legen kanskje i flere timer.

2 Helsetjenestens og politiets ansvar for psykisk syke

Helsedirektoratet og Politidirektoratet har utarbeidet et felles rundskriv som omhandler ”Helsetjenestens og politiets ansvar for psykisk syke” (5). Rundskrivet er revidert i henhold til lovendringene som er gjort de senere årene i Lov om psykisk helsevern, for å klargjøre ansvars- og oppgavefordelingen mellom helsetjenesten og politiet i forhold til personer med psykiske lidelser.

2.1 Politiet har hjelpe-, varslings- og bistandsplikt

Politiet har hjelpeplikt overfor personer som er ute av stand til å ta vare på seg selv, og i visse tilfeller har politiet også varslingsplikt til helsetjenesten. Når politiet kommer i kontakt med personer som antas å være alvorlig psykisk syke og som selv ikke søker behandling, har politiet plikt til å varsle helsetjenesten. Hvis politiet anser det som nødvendig, skal de fremme begjæring om tvungen observasjon eller tvungen psykisk helsevern. Politiet skal altså bidra til at vedkommende kommer i kontakt med helsetjenesten og blir undersøkt av lege. Dette gjelder både når den antatt syke er i politiets varetekt, hvis det dreier seg om å avverge vesentlig fare for vedkommendes eller andres liv og helse, og i tilfeller der politiet må bistå for å få vedkommende under psykisk helsevern.

Ved tvungen psykisk helsevern har politiet plikt til å yte nødvendig bistand. Gjennom dette har helsetjenesten og politiet et gjensidig behov for å kommunisere slik at alvorlig hendelser ikke skjer. Politiets plikt til å bistå gjelder for eksempel ved avhenting til tvungen legeundersøkelse, eller behandling uten døgnopphold, samt å bringe eller hente person til eller fra tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern. Det er helsetjenesten som vurderer om bistanden fra politiet er *nødvendig*. Bistanden vil først og fremst være nødvendig i tilfeller der det er behov for fysisk maktutøvelse utenfor institusjon, når det anses at personen vil påføre seg eller andre skade og helsepersonell ikke er i stand til å avverge dette, og hvis det er nødvendig å bane seg adgang til stedet hvor vedkommende befinner seg, jf. Politiloven § 12 (8). Politiet skal ikke benyttes som erstatning for ressursmangel i helsetjenesten, og helsetjenesten skal selv ta kontakt med pasienten, samt være den instans som anmoder om begrunnet bistand fra politiet. I tillegg skal helsepersonellet, så langt det er mulig, forsøke å oppnå samarbeid med pasienten. Som hovedregel skal helsepersonellet også være tilstede når bistandsoppdraget gjennomføres.

Relevante og nødvendige opplysninger som fremkommer i forbindelse med behov for bistand fra politiet og gjennomføringen av bistanden skal dokumenteres i journal, i henhold til de vanlige reglene som gjelder for dokumentasjon, jamfør Helsepersonellovens §§ 39 og 40 og forskrift om pasientjournal § 8 (9).

2.2 Taushetsplikt – kommunikasjon mellom helsetjenesten og politiet

Lovbestemt taushetsplikt gjelder både for helsepersonell og ansatte i politiet. Politiet har taushetsplikt ”om noens personlige forhold”, og politiet er i tillegg underlagt taushetsplikt av hensynet til effektiv kriminalitetsbekjempelse. Politiets taushetsplikt er blant annet regulert i Politiloven § 24 (8) og Forvaltningsloven § 13 (10). Det er gjort enkelte lovbestemte unntak fra taushetsplikten, der hensynet til samfunnsvern kommer i konflikt med kravet om konfidensialitet, og da vil både helsepersonell og politi ha plikt/rett til å gi opplysninger videre. Når det gjelder utlevering av taushetsbelagte opplysninger for å avverge eller forebygge straffbare handlinger, så er utleveringsadgangen strengere for helsepersonell enn for politiet (5, s. 6). Av hensynet til samfunnet og til den enkelte pasient er det viktig at politiet og helsevesenet tilstreber kommunikasjon i den grad lovverket åpner for dette. Behovet for kommunikasjon er spesielt aktuelt i situasjoner der psykisk syke kan utgjøre en risiko for egen eller andres sikkerhet.

2.3 Informasjon fra helsetjenesten til politiet ved nødvendig samhandling

Helsepersonellovens § 31 regulerer som tidligere beskrevet opplysningsplikten til nødetatene (1, s. 80). Helsepersonell pålegges her å varsle politi dersom slik varsling er nødvendig for å avverge alvorlig skade på person eller eiendom. Utenfor akutte situasjoner vil det stilles strengere krav til vurdering før politiet varsles, da det normalt vil være mer tid til å undersøke om det foreligger en situasjon der politiet skal varsles.

I en del situasjoner vil helsepersonell trenge hjelp av politiet til redningsarbeid eller for eksempel med å bane vei til pasienten for å kunne yte helsehjelp. Det vil da ikke være nødvendig eller riktig å gi politiet alle helseopplysninger om pasienten, kun det som er nødvendig for at politiet skal gi bistand og hjelp til helsepersonellet. Helsepersonellet skal

alltid gjøre en vurdering av hvilke opplysninger om pasientens personlige og medisinske forhold politiet trenger for å kunne yte bistand.

3 Materiale og metode

3.1 Hendelsesutvalg

Ut fra ønsket om å se på samhandling mellom helsepersonell og politiet valgte vi perioden 29. april 2011 til 18. mai 2011. Vi valgte denne perioden med flere helger, velkjente festdager som 1. og 17. mai samt store samling med mange alkoholpåvirkede ungdommer i regi av russeren. Erfaringsmessig er denne perioden en travel periode med mye samhandling med politiet.

Alle henvendelser til AMK sentralen registreres fortløpende med et unikt løpenummer i AMIS (akuttmedisinsk informasjonssystem) databasen for AMK Oslo og Akershus. Hvert AMIS-nummer representerer en registrering av de administrative data knyttet til hendelsen. Dette kan være personell og ambulansebilnummer, alternative ressurser, pasientens data og hovedproblem gitt av innringer på telefonen for den aktuelle hendelsen. For å finne de hendelsene som inkluderer samhandling med politiet søkte vi i AMIS-databasen etter hendelser hvor "Politi" er satt opp som ressurs. Vi valgte å inkludere alle disse AMIS-hendelsene i oppgaven, men registrerte bare detaljer fra de hendelsene der politi og ambulanse har samhandlet.

3.2 Fremgangsmåte

Grunnet streng tilgangsgodkjenning er det kun veileder som har hatt tilgang til AMIS-databasen. Hun skrev ut alle oppdragshendelsene fra AMIS som fylte kriteriet "politi" som ressurs. På bakgrunn av disse reiste vi ut til de aktuelle ambulanseseksjonene og kopierte forsiden av ambulansejournalen til hver enkelt AMIS-hendelse, da det er på forsiden at årsak til samhandling eventuelt kan dokumenteres. Samhandlingsdata fra AMIS-hendelsene og ambulansejournalene ble registrert i et regneark. Hver hendelse fikk et unikt løpenummer. Det ble ikke registrert pasientnavn, sted for hendelsen eller personellnummer/navn. Vi vurderte også hva som var sannsynlig årsak til samhandling med politiet i hvert tilfelle og registrerte dette. Vi registrerte også flere andre variabler, for eksempel tidspunkt når politi og ambulanse ble varslet og hovedgruppe for innringer, for eksempel "pårørende", "helsepersonell" eller "politi". Dette er informasjon vi trengte for å danne oss et helhetsinntrykk av hendelsen. De hendelsene der flere ambulanser har deltatt på samme oppdrag har vi registrert kun en gang per AMIS-nummer.

3.3 Godkjenning

Fordi vi skulle ha tilgang til journalopplysninger, det vil si taushetsbelagt informasjon om pasienter, måtte vi søke om godkjenning fra personvernombudet ved OUS for denne oppgaven. Det ble søkt om godkjenning for et kvalitetsstudie, fordi resultatene fra vår oppgave kan si noe om kvaliteten på dokumentasjon av samhandling, årsak til informasjonsutlevering til politiet, og eventuelt noe om behovet for opplæring av ansatte innen helselovgivningen. Personvernombudet vurderte oppgaven til å falle utenfor Regional etisk komites mandat siden det er et kvalitetsstudie. Personvernombudet har godkjent prosjektet under forutsetning av at pasientopplysninger og personelldata for ambulanse- og AMK-personell skal utelates fra registreringen. Det er ikke søkt eller gitt godkjenning for ekstern publisering i vitenskapelig tidsskrift.

4 Resultater

4.1 Hendelser og samhandling

I studieperioden er det opprettet 14.038 AMIS-hendelser hos AMK Oslo og Akershus. Ambulanse ble brukt som ressurs i 6676 av disse hendelsene, det vil si i 47,5 % av alle oppdragene i perioden. Når ambulanse ikke er brukt kan det for eksempel dreie seg om en innringer som er henvist til legevakt, eller det har vært gitt fri rådgivning. Vi har etter gjennomgang av ambulanseoppdragene endt opp med 184 hendelser (Tabell 1) med samhandling som vi har inkludert for å analysere med tanke på årsak til samhandling.

Type samhandling	Hvem samhandlet	Antall
Politi og ambulanse på stedet, varslet av AMK	AMK, politiet og ambulanse	184
AMK varslet politi, men ikke ambulanse Politi på stedet, men ikke ambulanse	AMK og politi	75
Politi og ambulanse varslet av AMK, men politiet har ikke vært på stedet	AMK og politiet	14

4.2 Dokumentasjonsgrad

Vi så på de 184 hendelsene hvor ambulanse og politipersonell har samhandlet og fant at det i de håndskrevne ambulansejournalene er dokumentert at det har vært samhandling med politiet i 93 (51 %) av hendelsene. I 91 (49 %) hendelser er samhandlingen ikke dokumentert i ambulansejournalen. Det mangler ambulansejournal for 11 hendelser.

4.3 Årsaker til samhandling

I forbindelse med registrering av hendelsene utarbeidet vi egne årsakstyper for samhandling som fant sted. Årsakstypene er basert på skjønnsmessige vurderinger av forfatterne. Årsakene fordelte seg som vist i tabell 2.

Årsak til samhandling	Antall	Ikke dokumentert samhandling	Dokumentert samhandling
Trafikkulykke (trippelvarsling)	56	37	19
Psykiatri, utagerende	20	7	13
Brannmelding (trippelvarsling)	14	11	3
Politi kontaktet av publikum	13	5	8
Tilgang, åpne dør	10	3	7
Vold, andre aggressive	12	9	3
Ukjent	9	5	4
Meldepliktig dødsfall	9	2	7
Psykiatri, nekter behandling	8	1	7
Pasienten har våpen	7	3	4
Politi sendt som "First responder"	6	2	4
Forhindre pasient i å hoppe fra stor høyde	4	1	3
Pasient utsatt for vold	4	4	0
Rus, nekter behandling	3	0	3
Trafikkregulering	2	0	2
Innringer ber om politi	2	0	2
Aggressiv pasient	2	0	2
Tilgang, søk/redning	1	1	0
Ordensproblem	1	0	1
Nekter behandling, somatikk	1	0	1
SUM	184	91	93

4.3.1 Trippelvarslinger

Ved trafikkulykker og brannmeldinger varsles brannvesen, politi og helsevesen av den etaten som først mottar nødtelefonen. Dette kalles trippelvarsling og er beskrevet i tjenestens prosedyreverk. Vi har registrert 56 trafikkulykker og 14 brannmeldinger.

4.3.2 Politi som innringer

Politiet er registrert som innringer til AMK 11 ganger og har vært tilstede ved alle disse hendelsene. Hendelsene består av fire trafikkulykker, to branner, to tilfeller av suicidale pasienter som politiet må ta seg av da pasienten ikke vil ha helsehjelp, ett tilfelle med en psykiatrisk utagerende pasient, ett tilfelle med knivstukket pasient og ett tilfelle hvor det er

melding om en blodig og beruset mann. I alle tilfellene har politiet som første nødetat mottatt melding fra publikum via sin nødlinje eller ordinære telefonlinjer, eller kommet over pasienten tilfeldig.

4.3.3 Ukjent årsak til samhandling

I ni av hendelsene har vi ved analyse av ambulansejournalene og AMIS-hendelsene ikke funnet noen årsak til hvorfor det har vært samhandling med politiet. Fire av disse har dokumentasjon på at det har vært samhandling med politiet og fem mangler slik dokumentasjon i ambulansejournalen.

5 Diskusjon

5.1 Dokumentasjon

I ambulansejournalen finnes det et eget felt som heter ”Bistand av” hvor man kan føre opp eventuelle samarbeidspartnere. I dette feltet kan man skrive inn for eksempel nummer på andre ambulanser som har ytt bistand, politi, brannvesenet, hjemmesykepleiere, hjelp 24 og lignende. Årsak til og omfang av bistanden må av plassmessige årsaker dokumenteres andre steder i journalen, for eksempel i det avsnittet i fritekstfeltet på journalen som heter ”Annet”. Her kan man også redegjøre for samhandling ved å beskrive hva den enkelte samarbeidspartner har bidratt med. Et eksempel kan være at politi og brannvesen er tilkalt for å sikre tilgang til pasienten eller for å drive søk og redning.

5.1.1 Dokumenterte tilfeller

De hendelser vi regner som dokumentert er de som i journalen enten har ført opp politi eller tilsvarende i journalfeltet ”Bistand av”, eller ved å skriftlig redegjøre for samhandlingen i fritekstfeltet. Det var ikke et eksplisitt krav til dokumentasjon av årsak til og omfang av samhandling i tjenestens prosedyreverk i studieperioden. Ved samhandling var dokumentasjon ”bistand av politi” i journalen tilstrekkelig.

5.1.2 Manglende dokumentasjon

Hvis vi mangler journalen, eller det ikke kommer fram i journalen at det har vært samhandling med politiet ved enten ved at det er fylt ut i ”Bistand av”-feltet eller i friteksteområdet har vi regnet hendelsen som ikke-dokumentert samhandling. Vi mener at når halvparten av journalene ikke inneholder dokumentasjon på at samhandling har funnet sted er dette for høyt.

5.1.3 Manglende journaler

Det mangler til sammen 22 journaler. Vi har sett etter disse flere ganger uten å finne dem. Hvorvidt de ikke har blitt skrevet, er tapt før arkivering eller bare feilarkivert slik at vi ikke finner dem er ukjent. I elleve av de tilfellene hvor journal manglet var ambulansen eneste ambulansenhet på stedet og dermed finnes ingen dokumentasjon på samhandlingen. I de resterende elleve fantes journal fra minst en av flere ambulanser. Det er kjent fra tidligere at det hender at papirjournaler mangler i arkivet og ledelsen har foreslått å innføre elektronisk journal som løsning på dette problemet.

5.2 Årsaker til samhandling

Det er forskjellige årsaker til at ambulanspersonell må samhandle med politiet, vi har brukt vår kjennskap til ambulansetjenestens oppdragsmønster og tjenestens prosedyreverk for å vurdere og kategorisere hver enkelt hendelse.

5.2.1 Trippelvarsling

I følge anbefalingen i Norsk indeks for medisinsk nødhjelp ("Indeks") skal politiet straks varsles "Ved alvorlige ulykker på offentlig sted, industriområder og lignende." (11, oppslag 31 "Samarbeid med andre"). Denne teksten gir en vid anbefaling som ikke pålegger ambulans- og AMK-personellet å vurdere verken sannsynlighet for at alvorlig skade kan oppstå eller omfanget av/alvorlighet av slik skade i hvert enkelt tilfelle. Videre står det i Indeks at politiet alltid skal varsles ved følgende (figur 2):

Figur 2. Politiet skal alltid varsles ved

1. Hendelser der det er grunn til å tro at varsling av politiet kan være i pasientens interesse
2. Trusler eller mistanke om bruk av våpen ("skarpe oppdrag") eller ved aggressiv eller ukontrollert atferd med
 - Mulig fare for innsatspersonellens sikkerhet
 - Mulig fare for pasientens eller andres liv eller helse hvor politiets tilstedeværelse kan forebygge personskade.
3. Ulykker når
 - Sikring av skadestedet kan være nødvendig
 - Politiets tilstedeværelse kan tenkes å redusere skadeomfanget
 - Skadestedsledelse kan være nødvendig
 - Etablering av lokal redningssentral (LRS) kan være nødvendig
4. Situasjoner der en ny, alvorlig forbrytelse kan forhindres
5. Unaturlig dødsfall

Vi ser at samhandlingen oftest skjer ved trafikkulykker hvor det sendes ut varsling til politi, brann og helse umiddelbart og tilnærmet samtidig, såkalt trippelvarsling. Dette gjøres fordi det er sannsynlig at det vil være bruk for alle etater ved slike hendelser til for eksempel trafikkregulering, redning, frigjøring eller livredning. I henhold til Helsepersonellovens § 23 skal helsepersonell vurdere hvorvidt det er nødvendig å varsle nødetatene for å avverge

alvorlig skade på person eller eiendom. Kravet er at skaden som forsøkes avverget skal være alvorlig. Ved brannmeldinger sendes det også ut trippelvarsling. Ambulanse blir da sendt som beredskap for eventuelle brann-, røyk- og fysiske skader blant publikum eller innsatspersonell. Vi vet av erfaring at det sendes ut trippelvarsling noe oftere enn nødvendig for eksempel ved mindre ulykker med sykkel eller mindre bilulykker ("fender benders") hvor man sannsynligvis ikke trenger de andre etatenes fagekspertise eller hvor det ikke er trafikk eller andre forhold som kan true helsepersonells sikkerhet. Det er ikke beskrevet noe sted i tjenestens prosedyrer at AMK-personell systematisk skal vurdere hvor reell faren for alvorlig skade er før de sender trippelvarsling. Vår erfaring er at den enkelte AMK-medarbeider vurderer faregrad noe forskjellig.

Trippelvarsling kan også forekomme ved andre større ulykker eller ved behov.

5.2.2 Tilgang til pasienten

Det hender at pasienter er utilgjengelige for helsehjelp fordi de for eksempel ikke kan/klarer å låse opp døren, eller at politi eller ambulanse må rykke ut til adresser til pasienter som ingen har hatt kontakt med over tid der naboer eller familie har ringt inn en bekymringsmelding. Ambulansepersonellet må da ha tillatelse fra politiet til å bryte opp døren eller å ta seg inn til pasienten på annen måte. Som oftest er det brannvesenet som bryter opp døren når godkjenning fra politiet foreligger. Andre eksempler på at politiet skaffer tilgang til pasienten er ved søk og redning der man frykter er drukning eller noen er savnet. Det er politiets oppgave å organisere og lede redningsaksjonen og søket.

5.2.3 Bruk av tvang

Ambulansepersonell har ikke adgang til å bruke tvang overfor pasienter hvis det ikke dreier seg om en form for nødrettsvurdering, for eksempel når man frykter at pasientens liv og helse står i fare dersom man ikke får undersøkt pasienten eller gitt nødvendig livreddende helsehjelp (Helsepersonelloven § 7 "Øyeblikkelig hjelp"). Politiet tilkalles da for bruk av tvangsmidler overfor de pasienter som nekter å la seg undersøke, behandle eller transportere til behandling. § 7 i Helsepersonelloven sier at helsepersonell plikter å "gi den helsehjelp de evner når det må anses at helsehjelpen er påtrengende nødvendig" (2). Videre sier loven at dette gjelder selv om pasienten ikke er i stand til å samtykke til helsehjelpen eller ikke er samtykkekompetent såfremt begrensningene i Pasient- og brukerrettighetslovens § 4-9 er ivaretatt (3). Det er ikke aktuelt å bruke bestemmelsen om øyeblikkelig hjelp i Helsepersonelloven som hjemmel for tvangsinnleggelse innen psykiatrien, da anvendes lov om psykisk helsevern. Pasienter som er akutt suicidale og som truer med for eksempel å

hoppe i døden, stikke seg med kniv etc. skal håndteres slik det er beskrevet i rundskrivet ”Helsetjenesten og politiets ansvar for psykisk syke – oppgaver og samarbeid” fra Helse og politidirektoratet. Rundskrivet gir retningslinjer for både utlevering av personlig informasjon om pasienten til politiet og overlater til politiet å vurdere hvilke midler de skal bruke (5, s. 7). Det er ikke uvanlig at sterkt psykotiske pasienter som tvangsinnlegges til psykiatrisk behandling utagerer eller nekter å bli med helsepersonellet. Da må politiet ofte bistå for å ivareta ambulanspersonellens og pasientens sikkerhet. I mange tilfeller transporteres slike pasienter av politiet ut fra hensyn til både pasientens og andre sikkerhet. Vi har ikke vurdert hvor mange pasienter som håndteres av hensyn til egen eller andres sikkerhet. Vi har delt gruppen ”bruk av tvang” opp i flere kategorier. Psykiatriske pasienter utgjør 28 av oppdragene i perioden og utgjør dermed 10 % av samhandlingen.

5.2.4 Meldepliktige dødsfall

Det var ni slike tilfeller hvor vi vurderte at ambulanspersonellet ble tilkalt til unaturlig dødsfall og hvor politiet enten ble tilkalt samtidig som ambulans av AMK eller av ambulanspersonellet senere. Det er legen som har meldeplikt til politiet ved unaturlig dødsfall, men for at ambulansen kan frigjøres til nye oppdrag innen overkommelig tid kan ambulanspersonell varsle politiet direkte (7, s. 53). I slike tilfeller kommer politiet til stedet med ordinære patruljer og/eller etterforskere fra ”Krimvakta” og ambulansen kan frigjøres til andre oppdrag. Sykebesøkslegen må prioritere akutt syke pasienter foran syning av døde. Dermed kan det å få legevakslegen ut til den døde pasienten ta flere timer alt ettersom hvor mange og hvor kritiske oppdrag legen må prioritere.

5.2.5 First responder

Hvis det er mangel på helseressurser nær pasienter som trenger akutt førstehjelp, for eksempel basal hjerte-lunge-redning, kan AMK forhøre seg med politiet om de har enheter i nærheten av hendelsen. Politiet har førstehjelpsopplæring og er ofte ute og patruljerer og burde dermed ha kort responstid. Vi trodde på forhånd at antallet samhandlinger med politiet i kategorien ”first responder” skulle være større. Vi har blitt forklart av en av AMKs operasjonsledere (personlig meddelelse) at ved mistanke om hjertestans sendes oftere brannvesenet fordi de er stasjonære med større forutsigbarhet hva nærhet til oppdraget gjelder. Brannvesenet har også AED (automatisk ekstern defibrillator) på stasjonene. Politiet har AED i enkelte biler, men det er ikke i standardoppsettet til alle politiets enheter og derfor lite geografisk forutsigbart for ambulansetjenesten ved behov for ”first responder” innsats. I noen tilfeller har AMK satt status til politiressursen som first responder, i noen andre tilfeller

har vi ut i fra journalen og AMIS-problemfeltet konkludert med at ønsket om rask respons for å yte førstehjelp må være årsaken til samhandling. Dette burde vært dokumentert da det er mulig å velge ”politi first responder” som ressurs. Vi kan illustrere dette med et eksempel: Det kommer inn melding om en kvinne som faller sammen gjentatte ganger, er beruset og ikke i stand til å ta vare på seg selv.

21:42 Meldingen mottas til AMK pr. telefon fra publikum

21:43 Ambulanse opprettes som ressurs

21:50 Ambulanse er ikke tilgjengelig

22:00 Politi kontaktes, men de har ikke kapasitet

22:08 Ambulanse varsles og rykker ut

5.2.6 Vold og våpenbruk

I tjuetre hendelser blir politiet varslet grunnet vold på stedet (n=12), at pasienten er utsatt for vold (n=4) eller fordi pasienten har våpen (n=7). Dersom gjerningspersonen(e) fortsatt er på stedet eller det kan antas at de kan komme tilbake vil politiet varsles for å ivareta sikkerheten til ambulanspersonellet, publikum og pasient(er). Når politiet har planlagte væpnede aksjoner vil ambulanse i beredskap bestillingen komme fra politiet. Ofte er politiet varslet direkte av publikum ved tilfeller av vold og/eller våpenbruk, men noen ganger varsles AMK først og så varsler de politiet. I ”Indeks” angis ”hendelser der det er grunn til å tro at varsling av politiet kan være i pasientens interesse” (11, oppslag 31) som grunn for varsling av politiet. Man antar at pasienter som er utsatt for vold ønsker å anmelde forholdet og dermed varsles politiet med begrunnelse i ovennevnte argument. Det er etter vår erfaring ikke alltid slik at alle pasienter som har vært involvert i voldsepisoder ønsker kontakt med politiet. Sikker kan man bare bli etter å ha spurt pasienten. Vi mener at denne begrunnelsen ikke bør brukes da enkelte pasienter kanskje ikke vil søke helsehjelp i framtiden for å unngå kontakt med politiet.

5.2.7 Ukjent årsak

Det er ni hendelser hvor vi ikke finner noen årsak til samhandlingen. Noen av dem blir presentert her fordi de viser at det kan være vanskelig å tolke årsaken til samhandling ut fra journalen.

5.2.8 Eksempler på ukjent årsak til samhandling

Løpnummer 18

Melding fra publikum om en som angivelig har falt og slått hodet, mulig kramper. Rekontakt om at pasienten kan ha inntatt GHB, er bevisstløs, har kramper. I løpet av hendelsen blir det

klart at det dreier seg om tre pasienter, hvor vi finner journal på to av dem. Disse ble kjørt til sykehus, den vi ikke finner journal på ble behandlet på stedet. Det framkommer ikke i journalene noen årsak til samhandling med politiet, det finnes ikke opplysninger om at noen av pasientene for eksempel er utagerende eller ikke samarbeider. Samhandlingen er dokumentert i den ene journalen med ”politi” i ”Bistand av”-feltet. Her kan man ha sendt politiet som ”first responder”, man kan ha erfaring med at ambulanspersonellet kan få problemer med å jobbe uforstyrret på utesteder, eller man kan være redd for at pasienten er slått ned og gjerningsmannen kan være på stedet ennå. Pasientens tilstand i seg selv hjemler ikke politibistand.

Løpnummer 103

Ansatte på en bensinstasjon ringer via brannvesenets nødnummer for å melde om to forvirrede eldre mennesker hvorav den ene sitter i bil. Fra ambulansejournalen får vi vite at det dreie seg om en eldre mann som er forvirret og at lokal leder på bensinstasjonen ikke vil la ham kjøre videre. Det framkommer videre at pasienten kjøres til legevakt og at politiet følger. Noen klar årsak til samhandling er ikke dokumentert, så lenge pasienten ikke setter seg til motverge. Det er mulig at det er for at politiet skal ta hånd om bilen eller at pasienten ønsket å kjøre videre slik at man ved å sende politiet fikk avverget mulig tap av liv og helse. Uten nærmere avgivelser blir det gjetting så lenge årsaken ikke er dokumentert.

Løpnummer 52

Melding om en mann i en container, halvveis begravet. Puster. Ikke kontakt. Bleik. Ser ingen åpenbare skader. AMK sender melding til politi, brannvesen og operativ leder. I følge ambulansejournalen er mannen i kontaineren lett å vekke. Pasienten ønsker ikke noe hjelp fra ambulanspersonellet og forlater stedet. Politi og brannvesen merkes som avbrutt ressurs i AMIS. Det framkommer ingen årsak for samhandlingen her. Det er heller ikke dokumentert i ambulansejournalen, men politiet har etter alt å dømme ikke rukket fram til stedet før de blir avbestilt. Politi kan ha blitt sendt som ”first responder” fordi man mistenkte hjertestans, de kan ha vært varslet fordi man forventet at det ville bli vanskelig å få pasienten ut av kontaineren. Dersom pasienten hadde blitt behandlet av ambulanspersonellet uten å sette seg til motverge er det ikke noen sikker hjemmel for informasjonsutveksling i en slik situasjon.

6 Feilkilder, styrker og svakheter ved journalgrunnlaget.

Journalene i ambulansetjenesten i Oslo og Akershus skrives for hånd, originalen følger pasienten videre og kopien arkiveres lokalt ved hver enkelt ambulanseseksjon. Ofte må personellet reise direkte fra et oppdrag til et nytt uten å få arkivert journalkopien ved stasjonen i mellomtiden. Det mangler flere journaler fra hendelsene vi skulle vurdere, dette er en svakhet ved tallmaterialet. Vi kjenner ikke årsaken til at vi ikke finner dem. Noen journaler antar vi at ikke har vært skrevet for eksempel hvis ambulansen rykker ut på en brannmelding og blir dimittert raskt fordi det ikke er en brann eller pasienter der. Andre kan være tapt før eller feilplassert ved arkivering. For å sikre antallet identifiserte journaler lette vi på datoer før og etter gjeldende dato i arkivene hvis journalen ikke lå på korrekt dato. Flere av journalene vi ikke fant ble etterlyst hos lokal arkivansvarlig seksjonsleder og ble funnet feilarkivert og inkludert i materialet. Det kan også knyttes noe usikkerhet til innholdet i og omfanget av journalføringen når de er håndskrevne og ofte er skrevet i en bil i bevegelse og under tidspress. Dette fører til at det noen ganger kan være svært vanskelig å lese informasjon som faktisk står skrevet eller å vite om informasjon kan være utelatt av hensyn til tidsbruk. Vi mener at det har vært en fordel at forfatterne og veileder har bakgrunn i ambulansetjenesten og dermed har erfaring i å tolke forkortelser og en forventning om hva som skal finnes i en slik journal.

For å kvalitetssikre registreringen av journalene, gikk vi gjennom materialet flere ganger. Forfatterne jobber i ambulansetjenesten og har sammen diskutert alle hendelsene en eller flere ganger for å sikre at klassifikasjonen av hendelsene ble personuavhengige. Der vi fortsatt har vært usikre har vi konsultert veileder. Det at alle har felles erfaring og kjenner tjenesten gir styrke i tolkningene av journalførte data.

Ved ett tilfelle har politiet blitt registrert ved feiltrykk og AMK-operatøren har notert dette slik man skal gjøre. Dette kan ha skjedd andre ganger uten at det har blitt kommentert av operatøren. Søkekriteriet ”politi” som ressurs ble brukt for å identifisere alle hendelser med samhandling. Dersom det finnes hendelser der AMK-operatør har glemt å sette denne ressursen i AMIS, men likevel har varslet politiet telefonisk eller ambulanspersonellet har kontaktet politiet direkte uten å informere AMK, vil ikke hendelsen komme med i vårt materiale.

Vi fant ett tilfelle av at ressursen politi ser ut til å ”henge” med i et oppdrag (løpenummer 72). Her har ambulanspersonellet samhandlet med politiet om en pasient som er utagerende og som virker psykotisk. De tar pasienten med til lokal legevakt. Legen vurderer at pasienten skal til tvungen observasjon. Pasienten blir så transportert videre til psykiatrisk sykehus. Det finnes ingen informasjon om at politiet fortsatt er med under transporten fra legevakten. Det står i journalen at pasienten er rolig og samarbeidende. Her er det mulig at AMK-operatøren har opprettet et nytt oppdrag med opplysningene fra det første oppdraget (kopierte hendelsen) for å sette ny leveringsadresse for oppdraget fordi oppdragsteksten og ressursene i oppdraget er identisk med foregående hendelse. Dermed blir det også automatisk registrert som samhandling selv om politiet ikke har deltatt.

7 Konklusjon

Vi fant at samhandlinger i perioden forekom i 3 % av ambulanseoppdragene. Det finnes ingen nasjonal registrering av samhandling mellom politi og ambulanse. Når politiet samhandler med helsevesenet skjer samhandlingen ofte i direkte samarbeide med psykiatrien uten at ambulanse har vært involvert. Vi valgte en periode der vi antok at det ville være mer samhandling på grunn av russefeiring og festdager, men det er bare tre av oppdragene som dreier seg om russefeiringen. Vår antakelse viste seg i dette tilfelle å være feil.

Samhandlingen er dokumentert i ambulansejournalen i bare litt over halvparten av oppdragene. Dette mener vi er utilstrekkelig. Denne kunnskapen bør bringes tilbake til de ansatte for bedre dokumentasjon i framtiden. Heller ikke fra AMKs side er det oppgitt årsak til samhandling i mange tilfeller. Det er ofte vanskelig å si om samhandlingen med politiet er i samsvar med føringene i lovverket uten å ha vært med på hendelsene. Vi har sett oss nødt til, ut fra ambulansejournalene og AMIS-hendelsen, å bruke vår erfaring og i hvert fall komme med forslag til årsaken til samhandling i de aller fleste tilfellene. De fleste samhandlingene ser ut til å være innenfor de rammene lovverket har satt. Når det er sagt vet vi ikke noe om hvilken pasientsensitiv informasjon som har blitt delt mellom nødetatene. Vi vet av erfaring at helsepersonellet er bevisste og opptatte av pasientenes rettigheter, men vi har ikke noen mulighet for å tallfeste det i dette materialet.

Det er en overvekt av samhandling i forbindelse med trafikkulykker, psykiatri, voldshendelser og melding om brann. Det ser for oss ut som det ved trafikkulykker, volds- og brannhendelser ofte utøves automatisert trippel-/duovarsling av politiet uten vurdering av enkelttilfellet. Da politi varsles før ambulanse er framme.

Vi antar at dokumentasjonsgraden ved samhandling ville vært høyere hvis ambulansetjenesten hadde hatt elektronisk journalsystem. Man kunne for eksempel ha lagt inn et obligatorisk steg i utfyllingen av en elektronisk journal der hvor AMK har lagt inn ”politi” når de har varslet dem. Dette steget kunne inneholdt en rullemeny med årsaker til samhandling slik vi har laget for vår kategorisering. Det må også ansees som en alvorlig systemfeil når journaler blir borte fra arkivet eller kanskje ikke blir skrevet uten at man har et system som oppdager dette. Et elektronisk journalsystem ville også gjort et slikt kvalitetsstudie enklere å gjennomføre.

Referanser

1. Helsepersonelloven med kommentarer, IS-8/2012. Helsedirektoratet, 09/2012.
2. [LOV-1999-07-02-64](#) Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven). (1999-07-02)
3. [LOV-1999-07-02-63](#) Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven). (1999-07-02)
4. [FOR-2005-03-18-252](#) Forskrift om krav til akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus. (2005-03-18)
5. Helsetjenestens og politiets ansvar for psykisk syke – oppgaver og samarbeid, IS-5/2012. Helsedirektoratet og Politidirektoratet, 2012/007.
6. [LOV-1902-05-22-10](#) Almindelig borgerlig Straffelov (Straffeloven). (1902-05-22)
7. Medisinsk operativ manual, 7. utgave. Oslo Universitetssykehus, 2013.
8. [LOV-1995-08-04-53](#) Lov om politiet (politiloven). (1995-08-04)
9. [FOR-2000-12-21-1385](#) Forskrift om pasientjournal. (2000-12-21)
10. [LOV-1967-02-10](#) Lov om behandlingsmåten i forvaltningssaker (forvaltningsloven). (1967-02-10)
11. Norsk indeks for medisinsk nødhjelp, 3. utgave. Den norske legeforening 2009, Laerdal medical A/S.