



ALLMENNMEDISINSKE UTFORDRINGER

Utposten publiserer for tiden en artikkelserie under denne fellesbetegnelse. Vi ønsker å sette lys på felter av allmennmedisinen som kan virke vanskelige, uklare og diffuse, og som man kanskje ikke lærte så mye om på doktorskolen, men som vi stadig konfronteres med i vår arbeidshverdag. Redaksjonen ønsker også innspill fra leserne.

Sikkerhet på legekontoret – hvordan skal vi forholde oss?

AV ARNE HAUGLI, spesialist i allmennmedisin og fastlege i Tromsø

DEL 1: SCENARIOBESKRIVELSE OG UTFORDRINGER

Tenk deg følgende scenario: Du er fastlege i en mindre utkantkommune.

Lensmannskontoret ble lagt ned for noen år siden og slått sammen med kontoret

i nabokommunen. På dagtid er nærmeste politimann én time unna, på kvelden minst to.

Etter at lensmannskontoret ble nedlagt, har kommunen vært vitne til økende rusproblematikk.

Det har ført til en rekke konflikter med rusavhengige som krever vanedannende legemidler.

Kommunen har fått et nytt og moderne helsesenter med sykehjem, demensavdeling og legekontor. Mot normalt har legedekningen vært stabil, ikke minst takket være deg som har slått deg ned i bygda sammen med familien. Du har bodd her i en årrekke. Du kjenner alle – på godt og vondt.

Rusproblematikken medfører konflikter med rusavhengige. For et par år siden gikk det så galt at du ble banket opp av en ung mann, en mann med «dobbeltdiagnosen» rus og psykiatri. Det skjedde rett foran huset ditt, mens barna sto i vinduet og så på. Jeg minner om avstanden til politiet. Det førte til tre måneder på sykehus og ett års sykefravær. Fortsatt sliter du med senfølger etter hendelsen. Imidlertid har du god støtte lokalt og du har kjempet deg tilbake i legejobben.

Nær en katastrofe

En pasient som har vært tvangsinnlagt i psykiatrisk sykehus i to år, skal snart skrives ut. Under en permisjon er han hjemme i bygda. Han ruser seg, og for omgivelsene fremstår han som ustabil. Avdelingen ved sykehuset får flere bekymringsmeldinger, men ingen reagerer. En dag dukker han opp på legesenteret og forlanger å få vanedannende legemidler. Han har tidligere hatt rusutløste psykoser, og bør definitivt ikke ha slike midler. Etter å ha konferert med en kollega, formidler du din overveelse til pasienten. Det tar han ikke pent. Han knuser ruter i helsesenteret. Bilen din ramponeres.

Så går det fra galt til verre: Han har med seg en kanne bensin. Den tømmer han inn i venterommet, der det oppholder seg flere pasienter. Legekontoret ligger i et stort kompleks, samlokalisert med kommunens sykehjem. Så svikter planen fordi han bare har en lighter, som han ikke kan kaste inn i bensinen.



ILLUSTRASJONSFOTO: STEINAR FIGVED

Da går han ut, dynker papir i bensin, tenner på og kaster det inn i bilen din. Bilen står inntil veggen ved helsesenteret. Til alt hell tar det ikke fyr i bygningen, men bilen blir helt utbrent.

Mannen blir etterhvert overmannet av en resolutt turnuslege. Han blir bundet og sikret til politiet ankommer etter to timer. Han skriker ut trusler mot legene. Han bringes tilbake til sykehuset, der han legges inn på sin «faste» usikrede avdeling.

Sikkerhet: et forsømt eller fortiet tema?

Flaks gjør at ikke liv går tapt. Det blir overskifter i avisene og innslag i Dagsrevyen. Avdelingsoverlegen ved psykiatriposten forteller at alvorlig psykisk syke kan være stabile, men at det kan snu over natten dersom de ruser seg på f.eks. amfetamin: «Vi kan ikke bare stenge inne alle disse her, for å unngå at de kan komme til å ruse seg.»

Du ser innslaget på TV sammen med familien. Barna er livredde. Dette er ikke en scene fra en dårlig skrekkfilm, det er ikke en skrekkvisjon. Det er en realitet.

Spørsmålene blir mange:

1. Hva slags sikkerhet har vi krav på i arbeidet?
2. Er kravene like høye i utkantkommuner?
3. Kan vi kreve at politiet skal stille opp ved konsultasjoner?
4. Kan vi føle oss sikre på at familiene våre er trygge?
5. Hvor mye støtte kan vi vente oss fra Legeforeningen?
6. Har støttegruppene i fylkene en oppgave her?
7. Kan vi etter slike hendelser ha tillit til at pasienter med dobbeltdiagnoser får den behandling og sikring som er nødvendig for at befolkningen skal føle en rimelig grad av trygghet?

DEL 2: LEGER HAR KRAV PÅ BESKYTTELSE

Utposten har bedt ledere i Legeforeningen om å kommentere spørsmålene og utfordringene som Arne Haugli reiser innledningsvis. Her følger redegjørelsene fra Torunn Janbu, Trond Egil Hansen og Lars Nesje.

FOTO: LEGEFORENINGEN/MARK CAROT



Torunn Janbu

President i Legeforeningen:

Leger har krav på den samme beskyttelse som andre i samfunnet. Det er i utgangspunktet ingen forskjell her og det gjelder også når du er på jobb. Vi skal tilkalle politi når vi opplever trusler. Men – som leger strekker vi oss ofte svært langt for å ivareta pasientenes behov for hjelp, også når situasjonen blir ubehagelig. Dette handler om å ivareta tilliten mellom lege og pasienten og overholde taushetsplikten, men det kan gå ut over egen sikkerhet.

Vi vet at de fleste leger, og det gjelder særlig allmennleger og psykiatere, forventer å oppleve trusler i forbindelse med jobben sin. Det sier mye.

- Legeforeningen jobber med hvordan leger kan sikre seg mot trusler og vold fra pasienter eller pårørende. Det gis bistand i enkeltsaker der legene opplever seg truet eller utsatt for vold, i tillegg til at det arbeides med regelverksutvikling.

Vanlige årsaker til trusler er at en person ikke får f.eks. en resept eller en behandling vedkommende ønsker; misnøye med hjelpen man selv eller pårørende har fått; eller psykiske lidelser. I et langt legeliv er det ikke lett å unngå disse situasjonene. Problemet blir hvordan legen håndterer det – både akutt og på lengre sikt.

- Allmennlegeforeningen ga ut et hefte i 2004 om hvordan man kan innrede kontoret sitt og innøve rutiner, også sammen med hjelpepersonellet, ved truende episoder. Det har også vært arrangert kurs om dette temaet.
- For fastleger er det en tilleggsutfordring i å få flyttet pasienten fra sin liste. Dette ble tatt opp med Helse- og omsorgsdepartementet allerede i 2001, noe som førte til at det ble etablert en forståelse for slik flytting, uten at dette ble nedfelt i lovverket.

Kommunen har et sørge for-ansvar

Legeforeningen tar i forbindelse med enkeltsaker kontakt med KS, for sammen å få flyttet en truende eller voldelig pasient fra listen. Legeforeningen ønsker at denne praksisen skal nedfelles i regelverket. Vi har derfor tatt dette opp gjentatte ganger med Helse- og omsorgsdepartementet, som er enig i praksisen, men som foreløpig ikke har endret forskriften.

- Det er mange som ikke vet at kommunene har et ansvar for legens sikkerhet. I rammeavtalen for fastlegeordningen står dette:

6.1 Organisering og tilrettelegging

Kommunen plikter å tilrettelegge for fastlegeordningen slik at legens plikter i avtalene kan overholdes. Kommunen plikter å ivareta hensyn til legens personvern og opptre diskret i sensitive forhold som berører den enkelte lege.

Kommunen skal sørge for nødvendige tiltak i forbindelse med pasienter som utgjør en sikkerhetsrisiko

Dette bør leger ta opp med kommunen, og gjerne som en dialog før problemene evt. oppstår. Trusler og vold vil alltid, uansett hvordan vi prøver å verne oss, være vanskelige situasjoner. Vi må aldri glemme at selv om vi er leger med stor ansvarsfølelse for pasientene, så har vi også krav på trygghet og vern for oss selv og familien – som andre.

Jeg vil oppfordre leger som opplever truede eller voldelige pasienter til å ta kontakt med Forhandlings- og helseerettsavdelingen i Legeforeningen for råd og hjelp.

Vedrørende pasienter med «dobbeltdiagnoser»

Forholdet mellom kriminalomsorg og helsetjeneste er vanskelig, særlig ved de begrensede muligheter som dagens helsetjeneste har til døgnopphold og oppfølging med mindre vilkårene for behandling er oppfylt. Mange som i dag faller mellom to stoler, var tidligere i institusjon. Vi ønsket den gang et annet system med større mulighet for behandling utenfor institusjon. Behandlingsmulighetene er i tillegg større nå enn tidligere. Spørsmålet vi likevel kan stille, er om pasienter skrives ut for tidlig – ut fra ressurshensyn. Et annet spørsmål er om vi har nødvendige tilbud og tiltaksmuligheter for å ivareta de vanskeligste tilfellene på en slik måte at omverdenen kan føle seg trygg.

- Vi opplever at det glipper i enkelttilfeller – noen ganger med fatale konsekvenser. Det er ikke alltid at vedkommende har vært i kontakt med helsetjenesten på en slik måte at helsepersonell kunne ha fanget opp behovet for behandling og oppfølging.
- Spesialisthelsetjenesten er forpliktet til å ivareta sitt sørge-for ansvar. Vi blir nødt til å ha en grunnleggende tillit til at de institusjoner og etater som skal håndtere krevene pasienter, gjør en god jobb. Hvis ikke ville vår jobb bli for vanskelig. Men – vi må tørre å si fra når vi mener det ikke fungerer. Bare på den måten kan det bli bedre.
- Det er avgjørende at både sykehus og kommune – og politi – tar sitt ansvar på alvor når tryggheten for helsepersonell står på spill. Det er også avgjørende for at pasientene fortsatt skal ha tillit til at legen stiller opp selv i utfordrende situasjoner.

FOTO: LEGEFORNINGEN/MIKAL CRIST



Trond Egil Hansen

Leder i Allmennlegeforeningen:

Vold og trusler mot helsepersonell har et betydelig omfang. Data fra legekårsundersøkelsen viser at hver fjerde lege en eller flere ganger har opplevd voldshandlinger fra pasienter eller andre besøkende. Omkring

halvparten av legene har en eller annen gang blitt utsatt for trusler om vold. Trusler og vold kan derfor synes å være en del av normalsituasjonen for helsepersonell. Slike situasjoner skaper angst og utrygghet, og leger må, som alle andre, ha krav på beskyttelse mot trusler og vold.

Årsakene til vold eller trusler kan være flere: Skuffelse og sinne hos en som mener seg dårlig behandlet, eller ikke har oppnådd det han/hun ønsker (f.eks. A- eller B-preparater); beruset, psykisk syk eller ustabil person; bevisst bruk av trusler eller vold for å få tak i penger og/eller medikamenter.

- Det går en grenseoppgang mellom uønsket atferd og kriminalitet. Noen pasienter er så syke eller ressurssvake at de ikke alltid klarer å «oppføre seg pent», og noen ganger må vi se gjennom fingrene med dette. Det er likevel viktig å presisere at visse typer atferd under alle omstendigheter er uakseptable, og må føre til konsekvenser for vedkommende.

Selv om voldshandlinger og fremsettelse av trusler først og fremst er utøverens ansvar, bør helsepersonell *rette oppmerksomhet mot hvordan slike situasjoner kan forebygges*. Å takle vold og trusler bør være en naturlig del av HMS-arbeidet og den faglige oppdateringen hos leger og helsepersonell. Det er viktig å ha kunnskap om kommunikasjon i forhold til aggressive personer, og kjenne til faktorer som provoserer eller forhindrer voldshandlinger. Helsepersonell har et profesjonelt ansvar for å skape trygghet for pasienten, blant annet ved å unngå å opptre på en måte som kan oppleves som krenkende eller nedverdiggende.

- Å legge for stor vekt på helsepersonells ferdigheter og kommunikasjonsevner som forebyggende tiltak, kan imidlertid innebære en fare for å skape en oppfatning av at når helsepersonell opplever volds- eller trusselsituasjoner, så er det helsepersonellets – altså offerets – egen feil. Selv om trusler og voldshandlinger noen ganger kan være en forståelig respons på tilsiktede eller utilsiktede krenkelser, er slike handlinger uakseptable og ulovlige.

I noen tilfeller kan risikoen for voldshandlinger øke fordi helsetjenestetilbudet ikke er godt nok. Pasienter med behov

for behandling i spesialisthelsetjenesten kan bli utilfredsstillende ivarettatt, særlig hvis det er uklart hvor i spesialisthelsetjenesten ansvaret ligger. Eksempel på dette er pasienter med såkalt «dobbeldiagnose» hvor det kan være uklart om det er psykisk lidelse eller rusmiddelbruk som er hovedproblemet. At spesialisthelsetjenesten tar sitt ansvar for slike pasienter, har avgjørende betydning. Det er ikke akseptabelt hvis pasienten faller mellom to stoler med den konsekvens at risikoen for vold og trusler mot fastlegekontoret øker. Men det er frustrerende lite fastlegen kan gjøre i slike tilfeller, annet enn å si fra, dersom spesialisthelsetjenesten svikter.

Praktiske råd

- Legekontor bør innredes og bemannes slik at risikoen for vold eller annen uønsket atferd minimeres.
- Under legevakt er det spesielt viktig å tenke på egen sikkerhet. Vaktordninger hvor legen arbeider alene uten medarbeidere, vil innebære en særlig risiko. En bør aldri rykke ut alene til personer eller adresser som er kjent som farlige.
- Hovedregelen ved rusproblemer eller ustabile/voldelige personer må være at politiet rykker ut. Hvis det så er behov for legetilsyn, bør politiet fortrinnsvis bringe pasienten til vaktstasjon. Hvis legen må rykke ut, og mistenker at situasjonen er utrygg, bør hun/han ha med seg politi eller ambulanspersonell.

Kommunene har etter rammeavtalen en *plikt* til å treffe «nødvendige tiltak» i forbindelse med pasienter som utgjør en sikkerhetsrisiko. Denne bestemmelsen er antakelig for lite brukt.

- Etter en episode med alvorlige trusler eller alvorlig vold bør politiet varsles umiddelbart og legekontoret stenges. Dette vil være nødvendig for å kunne ta seg av dem som har opplevd episoden, og av hensyn til politietterforskningen.
- Den som er blitt utsatt for en truende situasjon, skal ikke overlates til seg selv. Dersom noen er skadet slik at førstehjelp eller registrering av personskaade er nødvendig, bør denne oppgaven ivaretas av en ansatt som ikke har vært direkte involvert i situasjonen. Dersom videre behandling eller undersøkelser er nødvendig, skal vedkommende følges til legevakt/skadestue. Videre oppfølging må tilpasses episoden og de involverte.
- *Voldshandlinger eller grove trusler skal alltid anmeldes*. Trusler og/eller truende atferd som gir reell grunn til frykt, skal også alltid anmeldes. I tilfeller der en står overfor mildere grader av verbale trusler som til dels kan forklares ut fra pasientens sykdom/situasjon, bør en vise tilbakeholdenhet med anmeldelse.

Om taushetsplikten

Anmeldelse av vold eller trusler om vold mot helsepersonell eller deres familie vil ikke innebære brudd på taushetsplikten. Helsepersonellovens §23.4 sier at taushetsplikt ikke er til hinder for at opplysninger gis videre når tungtveiende private eller offentlige interesser gjør det rettmessig å gi opplysningene.

Hensyn som taler for å sette taushetsplikten til side veier i et slikt tilfelle tyngre enn hensyn som taler for å opprettholde taushet. Dersom en lege ikke skulle kunne anmelde den type forhold som her omtales, ville en lege ha et dårligere rettsvern enn andre samfunnsborgere. Så kan ikke være tilfelle.

Hva med lege-pasient-forholdet etter en voldsepisode?

Leger med fastlegeavtale har ingen rett til å si fra seg ansvaret for en pasient som står på listen. Har man opplevd alvorlige tillitsbrudd eller voldshandlinger, vil mange ønske å slippe å ha vedkommende som pasient. Hvis pasienten er enig i at han bør skifte lege, er det uproblematisk. Terskelen for å avslutte et lege/pasientforhold bør vanligvis være høy. Vi må ikke få en situasjon hvor «vanskelige» pasienter blir kasteballer mellom legene i kommunen, og blir mer eller mindre svartelistet. De «vanskelige» pasientene er ofte blant dem som trenger oss mest.

- Legeforeningen mener likevel at det må etableres en rett for legen til å slippe fastlegeansvar for en person som har utført alvorlige kriminelle handlinger mot legen selv, legens familie eller legens medarbeidere. En slik rett eksisterer ikke i dag, og Legeforeningen har flere ganger henvendt seg til departementet for å få en løsning på dette, og departementet har nå spørsmålet under vurdering.

Det vil vanligvis være en helt umulig situasjon å skulle fungere som fastlege for en person som har utøvd alvorlig vold mot en selv eller ens nærmeste. Dersom en slik pasient velger å beholde deg som fastlege, kan et alternativ være å kontakte politiet og be om at det utferdiges besøksforbud.

Også for voldelige pasienter må det finnes ordninger slik at pasienten kan få nødvendig legehjelp. For eksempel kan legen forlange at pasienten kommer i følge med politiet. Politiet regnes da som legens medhjelper, og kan være til stede under konsultasjon uten hinder av taushetsplikten.

Det er et viktig anliggende for Allmennlegeforeningen å bidra til å gjøre leger og hjelpepersonell bedre rustet til å forebygge trusler og vold, og til å takle slike situasjoner på en best mulig måte dersom de skulle oppstå.

Allmennlegeforeningen utgav i 2004 et hefte med råd om dette temaet. Heftet er tilgjengelig på Allmennlegeforeningens hjemmeside: www.legeforeningen.no/id/35638.0

FOTO: WWW.LEGEUTDANNING.NO



Lars A. Nesje

Leder i Troms legeforening og Regionsutvalg Nord:

Vi opplever vold og trusler i legearbeidet, dels rettet mot leger, dels mot andre. Rus og psykisk sykdom eller en kombinasjon av disse bidrar ofte til slike hendelser. Alkoholbruk spiller en vesentlig rolle, men også større tilgjengelighet til og bruk av amfetamin. Vold og trusler er både et sikkerhetsproblem og noe som reduserer trivselen i arbeidet.

To sektorer holder personer tilbake med tvang: helsetjenesten – først og fremst de psykiatriske institusjonene – og justismyndighetene, politi og fengselsvesen. Omgivelsenes skjermingsbehov kan være lenger enn fengselsstraff og individuelt behandlingsbehov. Finnes det et ingenmannsland der behovet for skjerming er til stede, men verken psykiatri eller justissektor har ansvar?

For fastleger kan manglende rett til å reservere seg mot listeansvar for pasienter som fremfører trusler eller opptrer voldelig, medvirke til en følelse av maktesløshet. For de av oss som arbeider i periferien er sentralisering innen politiet en faktor som bidrar ytterligere til utrygghet. Når voldsepisoder inntreffer, er helsepersonell som oftest på åstedet lenge før politiet.

Hvordan bør vi innrette oss for å møte disse utfordringene? Kompetanse, prosedyrer og materielle tiltak kan bidra. Det er trist når kolleger velger å skifte arbeidsfelt eller arbeidssted etter traumatiske situasjoner. Det er et utfall som bidrar til å gi traumet varighet og konsekvens.

- Gjennomgang av kontorlokalene, utstyr, møblering, mulighet for avlåsning og rømningsveier er berettiget. Dette bør inngå rutinemessig i HMS-arbeid. Unngå inventar og utstyr som kan misbrukes som våpen.
- Ulike tekniske løsninger kan bidra til å øke sikkerhet og trygghet. Det eksisterer sikkerhetsalarm som kan integreres i EPJ-systemene, der en tastekombinasjon setter opp alarmmelding på øvrige arbeidsstasjoner i nettverket. Gjennomgang av varslingsrutiner er uansett nødvendig.

- Legevaktordningene er særlig utsatt. Legen som reiser alene med sin koffert er sårbar. Stasjonære legevakter med hjelpepersonell, formålstjenelige lokaler og godt samband er mindre sårbare. Vi bør se muligheten for å løse vanskelige oppdrag med flere personer til stede, det være seg kolleger, ambulanspersonell, transportpersonell eller hjelpepersonell på vakt. Likevel kan det være aktuelt å be om bistand fra politi eller gjøre avtale med vaktelskap.
- Trusler som oppfattes som reelle og faktiske voldsepisoder skal anmeldes til politiet. Det er eksempler på at

politiet henlegger slike saker under henvisning til psykiatrisk lidelse. Det finner jeg svært uheldig.

Legeforeningen sentralt har utgitt relevant informasjonsmateriell. Fylkesavdelingene har etablert kollegiale støttegrupper. Enkelte fylkesavdelinger har også etablert «lege for lege»-ordninger. Andre baserer seg på at alle – også leger – bør ha sin fastlege og benytte denne. Men vi må også opptre lojalt og gi støtte i nærmiljøet når kolleger har opplevd vanskelige eller truende situasjoner.

Innvilget allmennpraktikerstipend 1. halvår 2011

UNIV	NAVN	TITTEL	VEILEDER
UiO	Åse Ruth Eggemoen	Kartlegging av helsestatus hos familiegjennforente, asylsøkere og flyktninger med vekt på anemi og vitamin D-mangel	Kirsten Knutsen
UiO	Mark Fagan	Reduksjon av unødvendig fluorokinolonbruk i Aust Agder	Morten Lindbæk og Dag Berild
UiO	Karin Frydenberg	Kommunikasjon om pasienters medikamentliste på tvers av nivåene i helsetjenesten. En intervensjonsstudie	Mette Brekke
UiO	Beraki W. Ghezai	Kartlegging av røykevaner og holdninger til røyking blant norsk-eritreere	Jørund Straand
UiO	Jørn Ossum Gronert	Allmennpraktikerledet røykeslutt – intervensjon før planlagt kirurgisk inngrep	Jørund Straand
UiO	Susanne Monica Prøsch	Bare tull med TUL? Beregning av svangerskapslengde i allmennpraksis	Atle Klovning
UiB	Maria Johanna Christina Blikman	Mestringsfaktorerens betydning for emosjonell tilpasning etter hjertesykdom	Eivind Meland og Geir E. Eide
UiB	Kjellaug Enoksen	Urinveisinfeksjoner hos pasienter i sykehjem	Ingrid Smith
UiB	Frøydis Gullbrå	The general practitioner and burdened children as next of kin	Marit Hafting, Guri Rørtveit og Tone Smith-Sivertsen
UiB	Reidar Stokke	Pasienters funksjonelle leseferdigheter og fastlegenes oppfatning av disse	
NTNU	Tonja Pantelatos	Er det endringer i medikamentforskrivninger i allmennpraksis hos eldre fra 1992, sammenlignet med 2010 i en øy kommune i Midt Norge	Siri Forsmo
NTNU	Lars Tore Nerbøvik	Kan ein systematisk gjennomgang av tjukke journaler i allmennpraksis bidra til auka forsøing av funksjonell lidelse	Irene Hetlevik og Anna Luise Kirkengen
NTNU	Bjarne Austad	Oppfølging av barn med ventilasjonsrør i trommehinnen	Anne Sofie Helvik og Vegard Bugten
UiTø	Karin Nilsen	Forebygging av livmorhalskreft. Kunnskap og holdninger blant helsesøstre og allmennleger i Nord Norge et år etter innføringen av HPV-vaksinen i barnevaksinasjonsprogrammet	Elise Klouman