

Deres referanse:
21/84670

Vår referanse:
21/84311

Sted, Dato
Oslo, 3. november 2021

Høring – oppfølging forslag fra Tvangslovutvalget

1. INNLEDNING

Det vises til høringsbrev av 11. oktober 2021 fra Politidirektoratet, med utsendelse av Helse- og omsorgsdepartementets høringsnotat av 6. juli 2021. Høringsfristen til Politidirektoratet er satt til 3. november 2021.

Oslo politidistrikts høringsuttalelse vil følge følgende disposisjon:

1. Innledning	1
2. Formålsbestemmelse – forslag til ny lov § 1-1	3
3 Nødverge/nødrett	4
3.1. Uttømmende regulering av nødrett/nødverge - Høringsforslaget pkt. 6.9	4
3.2 Ulike vilkår for inngrep i nødvergesituasjoner ved fare for andre	5
3.2.1 Lovforslaget §§ 4-2, 4-4, 4-5, 4-7	5
3.2.2 Særlig om begrepet "vesentlig helseskade" som vilkår for nødverge ved fare for andre	6
4 Forbud mot bruk av mekaniske tvangsmidler - utfasingsperiode	7
5. Politiets bistandsplikt til helse- og omsorgstjenesten - § 8-7	8
6. Offentlige myndigheters varslingsplikt § 1-4	9
7. Vilkår for innleggelse - høringsforslagetS pkt. 6.4 og 6.5	10
7.1 Psykiske "helseproblemer"	10
7.2 Rett og plikt til nødvendige tiltak for å unngå tvang – unntak og frivillighet	10
7.3 Fjerning av behandlingsvilkåret	11
7.4 Diagnostisk utredning	13
7.5 Vedtak, klage og oppsettende virkning	14
8. Vedtak om tvungen legeundersøkelse – forvirring om vedtakets varighet	14
9 Avsluttende merknad	18

Høringen gjelder oppfølgingen av forslagene i NOU 2019:14 ("Utredningen") fra Tvangslovutvalget, som har foreslått en revisjon av tvangshjemlene i helsesektoren. Utredningen var på høring i 2019, og Oslo politidistrikt (OPD) avga høringsuttalelse også da.

Departementet har nå tatt foreløpig stilling til noen av forslagene som har vært på høring, og foreslår at disse tas inn i en ny, felles lov om bruk av tvang innen helse- og omsorgsområdet. Departementet opplyser at de vil ta endelig stilling til forslagene som har vært på høring når de fremmer en lovproposisjon. Departementet gir uttrykk for at de her ikke legger opp til en ny høring av forslagene høringsinstansene allerede har hatt anledning til å gi innspill til i høringen av Utredningen.

Departementet gir likevel uttrykk for at de nå ønsker innspill før de fremmer proposisjon for å få

"nødvendig innsikt i grunnlaget og forutsetningene for å gjøre de praksisendringer som ny lov krever. Disse forutsetningene består av flere dimensjoner som henger sammen: Organisering, ressurser, kompetanse, faglige metoder, bygningsmasse, arbeidsmodeller, samarbeidsavtaler/-praksis med andre tjenester og brukere/pårørenderepresentanter, lokale kulturer og rutiner (herunder bl.a. husordensregler), erfaringer med medisinfrie behandlingstilbud mv. Det kan også dreie seg om metoder og modeller for brukerinvolvering og brukerretting/persontilpasning av tjenester og tilbud. Departementet ønsker innspill til slike og andre forhold som høringsinstansene ser som relevante faktorer for å lykkes med å implementere ny tvangslov (s. 8).

Videre presiseres det at det er "ønskelig at høringsinstansene tar utgangspunkt i sin egen hverdag og eget tjenesteområde, og fokuserer på de av forslagene som i størst grad vil påvirke deres egen situasjon".

Det er skissert hvordan åtte ulike pasientforløp arter seg før og etter lovendringene for å illustrere mulige konsekvenser av disse. Departementet ber videre i høringsnotatet s. 11 om synspunkter på noen utvalgte temaer knyttet til innretningen av lovforslagene (bl.a. reservasjon mot behandling med antipsykotiske legemidler, bruk av mekaniske innretninger og bruk av skjerming). OPD har behandlet enkelte av disse temaene i høringssvaret.

Selv om departementet ikke ønsker innspill om de forhold som allerede er behandlet i høringen av utredningen, og man bør kunne forutsette at politiets innspill der vil bli gjengitt/ivarettatt i proposisjonen, mener OPD at det pga. departementets forutsetninger i høringsnotatet der politiet nevnes, likevel kan være nødvendig å kommentere forhold som har vært berørt i tidligere høringssvar.

I høringsbrevet fra departementet er det fra s. 10 stilt en rekke konkrete spørsmål som HOD ønsker besvart gjennom høringen. OPD har ikke funnet det naturlig å svare ut de enkelte spørsmålene, med unntak av reservasjonsretten. OPD begrenser sin behandling til å omhandle pasienter underlagt psykisk helsevern og som politiet er i kontakt med.

I høringsnotatet synes "politiet" å være nevnt fem ganger – hovedsakelig i tidligere høringsuttalelser, og ikke i en kontekst hvor politiets hjemler ovenfor psykisk syke, ressursbruk eller oppgaveløsning generelt er nevnt. Heller ikke i NOU 2019:14 er politiets adgang til å bruke makt mv ovenfor psykisk syke omhandlet, utover å konstatere at politiet skal bistå når helsevesenet ber om det. Dette er problematisk, slik vi har påpekt i tidligere høringssvar, og dette berører også noen av forslagene som er til vurdering nå.

2. FORMÅLSBESTEMMELSE – FORSLAG TIL NY LOV § 1-1

Formålsbestemmelser er viktig for å gi demokratisk legitimitet, og er et viktig tolkningsbidrag til lovbestemmelser som utgjør det primære rettsgrunnlaget. Det er et alminnelig tolkningsprinsipp i norsk rett at lover skal tolkes i lys av formålet. Formålsbetraktninger kan også være relevant utenfor den loven der bestemmelsen er plassert, da det ofte ikke er skarpe skiller mellom ulike lover. Det vil ofte vil finne sted et samspill mellom ulike rettskilder og inntreffe tilfeller der to lover treffer samme faktum med ulike lovfestede formål. Med andre ord befinner ikke en formålsbestemmelse seg i et vakuum, men må sees i sammenheng med andre formål og reelle hensyn.

Reglene om bruk av tvang i helse- og omsorgsektoren er i dag primært hjemlet i tre ulike lover:

- Psykisk helsevernloven
- Pasient- og brukerrettighetsloven (kapittel 4a og de generelle reglene om blant annet samtykke til helsehjelp og rett til medvirkning og informasjon)
- Helse og omsorgstjenesteloven (kapittel 9)

I tillegg gjelder tvangsreglene i smittevernloven og hjelpeplikten i helsepersonelloven § 3.

De ulike regelsettene har egne bestemmelser om formål. Innholdet i bestemmelsene varierer, idet det ligger ulike behov for å bruke tvang overfor de forskjellige målgruppene, og det har vært ulike fagtradisjoner vedrørende tvang overfor de ulike gruppene. Ingen av formålsbestemmelsene omtaler imidlertid *samfunnsvernet*. Formålsbestemmelsen i smittevernloven trekker imidlertid mot at formålet er å verne befolkningen mot smittsomme sykdommer. Den har følgelig et formålsperspektiv utover den enkelte person som blir omfattet av smitteverntiltak etter loven.

Når det skal etableres en lov om bruk av tvang i helse- og omsorgssektoren, er det naturlig at formålsbestemmelsen primært tar for seg rettsikkerhetsperspektiv for den enkelte som blir omfattet av tvangstiltak etter loven. OPD mener likevel at det å trekke frem samfunnsvernet i formålsbestemmelsen også har en side til pasientens rettsikkerhet. Psykiatrien må erkjenne at det er pasienter som har behov for tvang for ikke å begå alvorlige voldsforbrytelser, og dermed må det også legges til grunn at det er i pasientens interesse at behandlingen innrettes på en måte som forhindrer at pasientens voldspotensiale realiseres. De farlige psykiatriske pasientene må vernes fra sitt eget voldspotensiale.

Det må aksepteres at det er i pasientens interesse at regelverket også ivaretar og omfatter samfunnsvernet og vern av behandlere og medpasienter. Det er i pasientens interesse at vedkommende ikke representerer en samfunnsfare eller skader behandlere eller medpasienter. Det representerer en egenverdi for pasienten at regelverket oppstilles på en måte som forhindrer vedkommende fra å begå voldshandlinger. En psykiatrisk pasient vil ofte ikke ha en tradisjonell forbrytersk vilje, men vil handle ut fra vrangforestillinger. I enkelte tilfeller vil til og med handlingen være rasjonell sett ut fra det virkelighetsbildet pasienten har, men konsekvensene for de fornærmede, pårørende og samfunnet vil like fullt være reelle og tidvis katastrofale.

Departementets forslag til formålsbestemmelse foreslått å lyde:

§ 1-1 Lovens formål

Formålet med loven er å

1. forebygge og begrense tvang i helse- og omsorgssektoren
2. hindre vesentlig helseskade
3. fremme og sikre respekten for menneskeverdet og menneskerettighetene, herunder selvbestemmelsesrett, integritetsvern og barns særlige rettigheter og behov
4. sikre at vedtak om og gjennomføring av tiltak skjer i samsvar med grunnleggende rettssikkerhetsprinsipper
5. fremme faglig og etisk forsvarlighet i tjenestene

OPD mener at det er grunn til å utvide formålsbestemmelsen med et eget punkt om samfunnsvern, slik at det fremgår at formålet med loven også er å sikre at pasienter ikke kommer i en situasjon der de utgjør en fare for samfunnet eller for behandlere, sine nærmeste eller medpasienter. Det er personer som er så syke at de har behov for tvangstiltak for ikke å begå alvorlige voldshandlinger. OPD mener at helsetjenesten ikke er god nok for pasienter som er alvorlige psykisk syke og som kan være farlige. De har behov for døgnplasser og for tvang frem til psykiatrien er sikker på at behandlingen fungerer. Oslo politidistrikt mener dermed at ny lov § 1-1 bør ha følgende ordlyd:

sikre at vedtak om og gjennomføring av tiltak skjer i samsvar med grunnleggende rettssikkerhetsprinsipper *og ivaretagelse av samfunnsvernet*.

Det er i denne sammenhengen hensiktsmessig å vise til lovforslagets kapittel 16 som regulerer dom på overføring til tvunget psykisk helsevern, hvor det fremkommer at det skal legges særlig vekt på samfunnsbeskyttelsen.

3 NØDVERGE/NØDRETT

3.1. Uttømmende regulering av nødrett/nødverge - Høringsforslaget pkt. 6.9

I høringsforslaget foreslås det at rammene for adgang til tvangsbruk i nødssituasjoner skal reguleres gjennom alminnelige vilkår som gjelder for alle tvangsinngrep og være arenafleksible, med særskilte vilkår for bruk av særlig inngripende tiltak. Det skal være adgang til inngrep ved *akutt fare for vesentlig skade*. Inngrepet må være nødvendig for å hindre eller begrense den aktuelle skaden, være det minst inngripende alternativet, og skal ikke kunne ivareta andre formål enn skadeavverging. Avgjørelser om inngrep i nødssituasjoner skal treffes i form av beslutninger.

OPD mener at dette er et godt utgangspunkt å få positive hjemler for bruk av tvang i slike situasjoner. Etter dagens system er det slik at flere inngrep overfor pasienter bygger på nødrett/nødverge etter strafferetten. Straffeloven kan ikke anses å gi positive hjemler for inngrep, og politiet støtter i utgangspunktet at helselovgivningen får egne positive hjemler. I høringsforslaget fremgår det imidlertid at de ulike formene for nødsituasjoner som skal gi grunnlag for inngripen skal reguleres uttømmende i lov, og også slik at inngripen overfor tingsskade skal være sterkt begrenset.

Departementet legger til grunn at en uttømmende regulering av nødssituasjoner i helse- og

omsorgstjenesten vil innebære at strafferettslig nødrett og nødverge ikke lenger vil kunne brukes som supplerende grunnlag for inngrep overfor en pasient. OPD mener det er grunn til å utvise forsiktighet med å fastslå dette som en sannhet, uten at det samtidig gjøres en modifikasjon om at strafferetten også i fortsettelsen vil utgjøre en hjemmel for inngrep. OPD mener med andre ord at det er viktig og riktig at det etableres egne positive hjemler for inngripen, men er samtidig av den oppfatning at straffelovens bestemmelser alltid vil være et sikkerhetsnett som helsepersonell vil kunne påberope seg, dersom det viser seg at en beslutning om tvang i en nødsituasjon er tatt utenfor de positive hjemlene som etableres.

OPD er bekymret for at manglende samsvar mellom helselovgivningen og strafferetten vil medføre at helsepersonell vegrer seg for å gripe inn der en situasjon kan eskalere, noe som igjen vil utsette ikke bare pasienten, men også den ansatte for fare. Oslo politidistrikt vil peke på at også helsepersonell har rett til et trygt arbeidsmiljø, og rett til ikke å bli utsatt for alvorlig skade. Retten følger av arbeidsmiljøloven, men også av menneskerettighetene. OPD mener at disse rettighetene er uforenlige med å etablere enn snevrere adgang til å handle i nødrett/nødverge for helsepersonell, enn den som følger av straffeloven.

De ansatte har et ansvar for å sikre et trygt og terapeutisk miljø for medpasientene. Mange av disse er også innlagt mot sitt ønske, og er fratatt muligheten til å forlate avdelingen. Det er viktig at departementet ikke begrenser de ansattes rett og plikt til å gripe inn, eller gjør helsepersonell usikre på regelverket. Selv for jurister er det vanskelig å forstå forholdet mellom nødvergebestemmelsene i tvangsbegrensningsloven og straffeloven. Det blir enda vanskeligere når nødvergebestemmelsene kommer i ulike utgaver, avhengig av hvilke tvangsmiddel som skal benyttes. Psykiatriske avdelinger har en stor gruppe ansatte ekstravakter, som ikke får noe opplæring i helselovgivningen, samt at en ikke kan påregne at helsepersonell skal ha disse grensedragningene klart for seg i en akutt eller krisepreget situasjon.

OPD er heller ikke kjent med annen lovgivning som tar sikte på å uttømmende regulere nødrett og nødverge, og hvordan en slik overtredelse skal sanksjoneres. Dette er heller ikke berørt i Utredningen, og vi stiller spørsmål ved om utvalget har sett problemstillingen. Sikkert er det imidlertid at nødverge er en absolutt straffrihetsgrunn. Dersom en ansatt ikke har utvist skyld i forhold til straffeloven, kan vedkommende vanskelig holdes ansvarlig for inngripen inne i et sykehus, uten at det må forstås at terskelen for hva helsepersonell skal måtte tåle, er vesentlig hevet i forhold til en samfunnsborger. OPD vil hevde at en slik forutsetning ikke er forenlig med menneskerettighetene, ei heller straffeloven og arbeidsmiljøloven. Pasienters menneskerettigheter er naturlig nok sterkt vektlagt i utredning og forslag. Vi savner likevel en avveining mellom pasienter/brukeres rettigheter og de som ansatte i helsesektoren har.

OPD frykter at et politisk ønske om å redusere bruk av tvang i helsevesenet som bl.a. realiserer seg i innskrenket adgang til å handle i nødrett/nødverge, vil lede til en utrygg arbeidshverdag for helsepersonell, som skal følge opp til tider svært krevende og farlige psykiatriske pasienter.

3.2 Ulike vilkår for inngrep i nødvergesituasjoner ved fare for andre

3.2.1 Lovforslaget §§ 4-2, 4-4, 4-5, 4-7

Totalt sett oppstiller loven tre ulike vilkår for tiltak i nødvergesituasjoner, avhengig av hvilket skadeavvergende tiltak som tillates benyttet. Dette fremstår som unødvendig, og gir neppe en bedre presisjon. Det antas at bakgrunnen er et ønske om at de mer inngripende tiltakene skal ha en høyere terskel for bruk. Dette synes tilfredsstillende ivare tatt ved at "minste inngreps-

prinsipp" er lovfestet i §§ 4-1 og 4-2. Det stilles spørsmål om hva som er den faktiske forskjellen på vilkårene (se under) – de synes å overlappe hverandre, med unntak av tingsskade som omfattes i ulik grad. En slik avklaring savnes også i utredningen og høringsnotatet.

Forslaget § 4-2 krever "*akutt fare for andres liv, krenkelse av andres fysiske integritet eller vesentlig skade på andres eiendeler*", for å anvende *skjerming*. (Vi antar det kun er skjerming som er påtenkt her, da det oppstilles andre, formentlig strengere, vilkår for de resterende tiltakene, og at tiltaket "tilbakehold" knytter seg til en nødrettssituasjon jf. § 4-1, ikke nødverge, jf. § 4-2).

Forslaget §§ 4-4 og 4-5 krever "*akutt fare for liv og vesentlig helseskade*" for å anvende *mekaniske tvangsmidler eller legemidler*, som anses særlig inngripende.

Paragraf 4-7 krever at for å "*avverge et fysisk angrep mot andre mennesker*", kan tiltaket "*fysisk nedleggelse*" benyttes.

3.2.2 Særlig om begrepet "*vesentlig helseskade*" som vilkår for nødverge ved fare for andre

Politiet mener at begrepet "vesentlig helseskade" er et egnet vilkår ved tvangsinnleggelse av hensyn til pasienten selv, ref. lovutkastet §§ 4-1 og 5-4. Derimot bør vilkåret "vesentlig helseskade" ikke anvendes ved særlige inngripende tvangstiltak i nødsituasjoner av hensyn til andre, ref. lovutkastet §§ 4-4 (mekaniske tvangsmidler) og 4-6 (hurtigvirkende legemidler). I slike situasjoner benyttes samme begrep, men nødvendigvis med en annet innhold, da det i nødsituasjoner er tredjeparter, som ansatte og medpasienter, som skal vernes mot å bli påført "vesentlig helseskader". Dette er uheldig av flere grunner:

1. To identiske vilkår med ulikt anvendelsesområde og dermed innhold i samme lov er uheldig av pedagogiske årsaker.
2. Politiet savner en definisjon av vilkårets nærmere innhold i situasjoner hvor skadeavverging er det sentrale.
3. Det fremstår som om helsepersonell har et dårligere vern enn enhver borger sml. med straffelovens nødvergebestemmelse, som gjør handlinger lovlige så lenge de blir foretatt "for å avverge et ulovlig angrep". Dette er i så tilfelle underlig, da helsepersonell er gitt et særskilt vern som "særlig utsatt yrkesgruppe" i strl. § 265, hvor strafferammen er hevet til to år, mot ett år i den ordinære trusselbestemmelsen, jf. strl. § 263. Det samme prinsippet gjelder vold mot helsepersonell, jf. strl. § 268.

Det rapporteres om økende antall vold og trusselsaker mot helsepersonell i psykisk helsevern. Det synes ikke å være dekning for å mene at helsepersonell skal måtte tåle en "vesentlig helseskade", før bruk av mekaniske tvangsmidler/legemidler kan tas i bruk, sett hen til den grundige behandlingen dette spørsmålet ble underlagt i utarbeidelsen av ny straffelov. I tillegg er helsepersonell også i sitt arbeid vernet av straffelovens nødvergebestemmelse.

Det fremstår som svært uheldig å ha et *skadekriterium* som et vilkår for å kunne beskytte seg mot angrep. Et *farekriterium* synes bedre egnet. Det anføres at nødvergebestemmelsen i straffeloven dekker situasjoner som oppstår i en avdeling. Dersom departementet ønsker å innføre en egen nødvergebestemmelse i tvangsbegrensningsloven, foretrekkes ordlyden i § 4-2.

4 FORBUD MOT BRUK AV MEKANISKE TVANGSMIDLER - UTFASINGSPERIODE

Av høringsnotatet pkt. 6.12 fremgår at departementet går inn for at forbudet mot å benytte mekaniske tvangsmidler for undersøkelse og behandling av pasienter skal videreføres, samt at bruk av mekaniske tvangsmidler i *nødsituasjoner* skal fases ut tre år etter lovens vedtakelse, jf her utredningens forslag til § 4-3 og § 4-4. Departementet har bedt om høringsinstansenes synspunkter på dette.

"Mekaniske tvangsmidler angis å være: "... tiltak som hindrer personens bevegelsesfrihet, herunder belter og remmer samt skadeforebyggende spesialklær. I denne utfasingsperioden skal de mekaniske innretningene ikke oppbevares i "umiddelbar nærhet til den aktuelle avdelingen når de ikke er i aktiv bruk". Utvalget har vist til "det potensialet som utvalget oppfatter ligger i forebyggende arbeid" som begrunnelse for at det etter en treårsperiode ikke vil være behov for slike midler, og også at å redusere tilgjengeligheten i utfasingsperioden vil være "en viktig suksessfaktor" i denne prosessen.

I denne overgangsperioden skal det være en uttømmende regulering av adgangen til å bruke mekaniske innretninger i nødsituasjoner – og det skal kreves "akutt fare for liv eller vesentlig helseskade", jf. også foran i pkt. 3. Som nevnt skal mekaniske tvangsmidler ikke oppbevares "i umiddelbar nærhet av den aktuelle avdelingen når de ikke er i aktiv bruk". Tanken er at redusert tilgjengelighet vil gjøre at "mindre inngripende tiltak vurderes først". Departementet uttaler at de "har forståelse" for at det i tidligere høringsrunder har fremkommet at flere institusjoner er bekymret for ansattes sikkerhet. Departementet på sin side har vist til pasientenes menneskerettigheter. Som fremholdt foran i pkt. 3, mener Oslo politidistrikt at selv menneskerettighetshensyn krever en avveining – også mellom rettighetene til pasienter og ansatte.

Oslo politidistrikt strever litt med å se hvilke mindre inngripende tiltak som kan benyttes når det først foreligger en nødlignende tilstand. Det vises for så vidt til våre synspunkter foran.

Forslaget reiser mange spørsmål, og berører politiets oppgaveløsning i stor grad, idet det grunn til å tro at forslagene vil utløse ytterligere behov for bistand fra politiet. Dette er etter vår mening så vidt vesentlig at vi har funnet grunn til å gi en særlig omtale av bistand fra politiet til helsevesenet i pkt. 5 under.

Det er vår erfaring at helsevesenet relativt ofte synes å befinne seg i en situasjon hvor det er nødvendig å benytte makt, men hvor de selv mener å mangle hjemmel for å utøve den. Når de som har kompetansen på pasientbehandling og besitter de egnede og godkjente tvangsmidlene mener seg uten mulighet for å handle, ser helsevesenet få andre muligheter enn å be politiet om bistand. Forslaget om utfasing og avvikling vil forsterke dette.

Politiet bistår helsevesenet med maktbruk i tusenvis av saker hvert år – bare i Oslo politidistrikt. Det er grunn til å tro at dette er – og forblir – en usynlig og uregistrert maktbruk ovenfor pasienten, hvor det istedenfor belter blir benyttet håndjern – for eksempel.

Det er ikke lett å se for seg hvordan forebyggende tiltak vil kunne erstatte mekaniske maktmidler i alle tilfeller, at holding vil være mer lempelig enn f.eks. belteseng, og mindre risikofyllt for både pasient og personale ved for eksempel tvangsmedisinering. At en belteseng – i alle fall i en treårsperiode – skal befinne seg langt unna avdelingen for å forhindre misbruk,

er en vurdering som med politiøyne er krevende. På den ene siden erkjennes det at mekaniske tvangsmidler har en plass og kan være påkrevet i visse situasjoner, på den andre siden skal de være så vanskelig tilgjengelig at politiet er en raskere tilgjengelig ressurs – i noen deler av landet i alle fall. En belteseng er ikke noe som lar seg flytte raskt, og formentlig vil det være situasjoner som er så vanskelige og formentlig farlige at det ikke vil være tilgjengelig personale for å frakte den. Vi antar at det ikke er noen stor tro på at den aktuelle pasientgruppen vil bli «bedre» eller borte fra institusjonene.

Mens politiets bistand i slike situasjoner sjelden vil representere noe hjemmelsmessig problem for politiet, krever bistand generelt mye av politiets ressurser. Vi mener det er grunn til å tro at det vil bli en øket etterspørsel etter politivakthold inne på institusjoner, slik det var i tidligere tider. Vi erfarer at helsepersonell ser dette som fordelaktig, mens politiet på sin side ser det som hverken ønskelig eller hensiktsmessig – både av hensyn til pasientene, og for ivaretagelse av politiets primæroppgaver.

Det er dessuten vanskelig å forstå at man mener tiltak som er ment å skulle være viktige av hensyn til pasienten skal erstattes av politifolk og håndjern. Kanskje er det også institusjoner som må tåle at politiressursene er færre og lengre unna enn det for eksempel er tilfelle i hovedstadsområdet. De vil etter vårt syn befinne seg i en vanskelig situasjon dersom det inntreffer en alvorlig og farlig hendelse. Vi viser for øvrig drøftingen under i pkt. 5 om politibistand.

5. POLITIETS BISTANDSPLIKT TIL HELSE- OG OMSORGSTJENESTEN - § 8-7

Politiet gir en omfattende bistand til helsevesenet, jf også foregående punkt. En vanlig begrunnelse for bistandsbehovet er at helsevesenet «mangler hjemmel» for å bruke makt selv. Vi oppfatter dermed at helsevesenet ønsker å bruke makt, og finner det formålstjenlig, men har valgt / finner det best å ha et lovmessig grunnlag som nødvendiggjør innsats og maktbruk fra et annet offentlig organ. Vi erfarer at helsevesenet er raske med å «hive inn håndkleet» for egen del, og at det er liten forståelse for at også politiet er avhengig av hjemmel for å gripe inn med tvang ovenfor andre personer.

Når politiet gir direkte bistand til helsevesenet, handler politiet innenfor helsevesenets hjemler. Når denne fremholdes å være fraværende, vil politiet ofte være avskåret fra å gi slik direkte bistand. En meget vanlig situasjon er bistandsanmodningene som fremsettes vedrørende pasienter som befinner seg utenfor institusjon – i sitt hjem, eller for den saks skyld utenfor institusjonens fysiske vegger. Helsevesenet anmoder om bistand, og begrunner dette med at de selv ikke kan foreta seg noe ovenfor pasienten fordi de «mangler hjemmel». Mens det er åpenbart at politiet skal bistå helsevesenet med fysisk krevende og farlige pasienthåndtering, er det vanskeligere når det ikke er snakk om det, som for eksempel å skulle vri om en nøkkel, se på låsesmed utføre arbeidet sitt, eller sørge for at en pasient underlagt tvangsvedtak ikke forlater transportmiddelet mellom to institusjoner, fordi det oppfattes at det ikke er anledning til å unnlate å etterkomme pasientens ønske om å gå ut av bilen.

Mens politiet på sin side viser til at vi skal gi «nødvendig bistand», og at det i samsvar med politiinstruksen § 13-5 er politiet som bistandsorgan som skal beslutte når og hvordan bistanden skal gis, synes helsevesenet generelt å være av den oppfatning at det er helsevesenet som bestemmer både om, når og hvordan bistand skal gis, og en anmodning fra dem skaper en hjemmel for politiet. Slik er det neppe.

Politiet skal som nevnt gi «nødvendig bistand», som jo fordrer at helsevesenet setter seg i stand til å håndtere egne pasienter i størst mulig utstrekning – det være seg med rett kompetanse, rett materiell, og også hensiktsmessig regulering av bruken av tvang. For vår del er forslaget om å fase ut mekaniske tvangsmidler etter tre år, og å gjøre dem vanskelig tilgjengelig i treårsperioden, et eksempel på en regulering som vil kreve ytterligere politibistand, og hvor det ikke bare er enkelt å se det tjenlige for pasientenes del.

I NOU 2019:14 presiseres det at det er nødvendig med politibistand til fysisk maktbruk utenfor institusjon. I forslaget til § 8-7 om «*bistandsplikt* for politiet og annen offentlig myndighet» fremgår av første ledd at politiet skal gi «*nødvendig bistand*». I annet ledd fremgår imidlertid at helsevesenet og omsorgstjenesten «*kan kreve bistand*» av politiet. (Våre uthevinger). Det synes å være manglende samsvar mellom overskrift og de to leddene i bestemmelsen. Bestemmelsens andre ledd bør begrense seg til å angi at helse- og omsorgstjenesten kan *anmode* om bistand.

Det er problematisk at politiets hjemmelssituasjon og rettslige handlingsrom ikke er omhandlet noen steder i utredningen eller det aktuelle høringsnotatet. Politiet kan ikke instrueres av helsevesenet, og politiet må også kunne prioritere sine egne ressurser. Det samme gjelder selvsagt også motsatt. Og på samme måte som helsevesenet, må politiet ha hjemmel for sin maktbruk. Det er frustrerende at dette synes som å forbli en fullstendig neglisjert problemstilling, til tross for flere år med problematiseringer fra politiets side ovenfor helse.

6. OFFENTLIGE MYNDIGHETERS VARSLINGSPLIKT § 1-4

Offentlig myndigheters varslingsplikt til spesialisthelsetjenesten i saker om psykisk helsevern er i dag regulert i lov om psykisk helsevern § 3-6. Bestemmelsen lyder som følger:

§ 3-6 Varslings- og bistandsplikt for offentlig myndighet

Offentlig myndighet skal ved varslings av helse- og omsorgstjenesten og ved nødvendig bistand som beskrevet i loven her, bidra til at personer som må antas å fylle vilkårene for tvunget psykisk helsevern, og som ikke selv søker behandling, blir undersøkt av lege. Om nødvendig skal det fremmes begjæring om tvungen undersøkelse, tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern

I høringsnotatet s.115 fremgår forslag til ny bestemmelse om offentlige myndigheters varslingsplikt. Ordlyden som foreslås er som følger:

§ 1-4 Offentlige myndigheters varslingsplikt

Dersom det framstår som klart at en person har behov for tiltak etter loven her, har offentlig myndighet plikt til å varsle helse- og omsorgstjenesten.

Helsepersonell skal gi opplysninger til den kommunale helse- og omsorgstjenesten i samsvar med helsepersonelloven § 32 andre ledd.

Departementet kan gi forskrifter om innholdet i varslingsplikten.

Virkefeltet til forslaget til ny bestemmelse er gjort bredere, idet den ikke er begrenset til psykisk helsevern. I NOU 2019:14 s. 720 fremgår det at utvalget ønsker at terskelen for varslingsplikten skal heves til når det vurderes "klart" at tiltak kreves, i motsetning til dagens § 3-6 som bruker uttrykksmåten "må antas" å nå terskelen for tvungent psykisk helsevern.

OPD kan vanskelig se hva formålet er med å foreslå terskelen for varslingsplikten hevet. Vi vil bemerke at det her er satt samme terskel for å varsle som for å fatte vedtak, jf. den foreslåtte bestemmelsen i tvangsloven § 9-9. Begge bestemmelsene setter som vilkår at det må fremstå som *klart* at en person har behov for tiltak etter loven her. På vedtakstidspunktet vil man ha langt mer informasjon enn på tidspunktet for mulig varsling. En naturlig språklig forståelse av at noe er *klart*, er at det er sikkert. OPD mener at en ikke kan kreve at man er *sikker* på at pasienten vil ha behov for tiltak etter loven før man varsler. Terskelen for varslingsplikten bør være lavere, og da slik at spesialisthelsetjenesten på bakgrunn av varselet får gjort en grundig og faglig fundert vurdering av om pasienten har behov for tiltak.

Psykiatrigruppa i OPD opplever allerede i dag at offentlige myndigheter ikke varsler fordi man er redd for å bryte med taushetsplikten. OPD er bekymret for at innføring av et vilkår om at det må fremstå som *klart* at vedkommende vil ha behov for tiltak før offentlige myndigheters varslingsplikt inntreffer, vil medføre at ansatte vil vegre seg for å varsle fordi de blir i tvil om hvorvidt vilkåret er oppfylt. OPD mener at det er mer hensiktsmessig å beholde dagens vilkår om at *det må antas* at vedkommende vil ha behov for tiltak. Slik OPD ser det, er det også i pasientens interesse at offentlige myndigheter varsler, slik at vedkommende kan få den nødvendige bistand, og at det i så måte er bedre at det varsles en gang for mye enn en gang for lite.

7. VILKÅR FOR INNLEGGELSE - HØRINGSFORSLAGETS PKT. 6.4 OG 6.5

7.1 Psykiske "helseproblemer"

OPD har vanskeligheter med å få ordet «helseproblemer» til å passe inn i en lovtekst. Begrepet treffer heller ikke den klart største pasientgruppen som faller under lovens virkeområde.

Loven omfatter pasienter/brukere med medisinske diagnoser som er syke, til dels med alvorlig og livslang sykdom. OPD tenker særlig på alvorlig psykisk syke, personer med psykisk utviklingshemming og andre liknende medfødte syndromer/lidelser og de som er alderdomssvekket av ulike årsaker. Det virker lite treffende å beskrive deres sykdom som «problemer» i en så formell kontekst som en lovtekst representerer. Gruppen rusmisbrukere treffes bedre, da «helseproblemer» er nærmere beslektet med «rusproblemer» enn med alvorlig sykdom. Ruslidelser og den sykdom som oppstår som en følge av rusmisbruk, er direkte knyttet til adferd, og skiller seg sånn sett fra alvorlig sykdom som en pasient ikke kan kontrollere.

Ettersom tvangsbruk overfor gruppen med «selvpåførte» rusdiagnoser er så liten i forhold til tvang overfor de alvorlige syke eller svekkede, foreslås det at «helseproblemer» endres til «behandling av psykiske lidelser» i kapitteloverskriften til kapittel 6 del III og i overskriften til § 6-11. Da blir terminologien mer helhetlig, idet "psykiske lidelser" benyttes i mange andre bestemmelser.

7.2 Rett og plikt til nødvendige tiltak for å unngå tvang – unntak og frivillighet

I lovutkastets bestemmelser som omhandler tvang, er det et gjennomgående vilkår om tilbud og krav til frivillig behandling med tilrettelagte tverrfaglige tilbud, jf. forslaget til § 2-1 og § 2-2. OPD ser det som positivt at det er synliggjort i bestemmelsen at alternativer til tvang også

har en side mot det en kan ha rettskrav på etter dagens pasient- og brukerrettighetslov.

OPD er derimot bekymret for fjerningen av unntaksbestemmelsen om at det ikke er nødvendig å forsøke frivillighet i tilfeller hvor det er åpenbart formålsløst. OPD leser utvalgets begrunnelse for å fjerne unntaket i pkt. 22.3.2 som noe uklart:

"Et slikt unntak anses som unødvendig ut fra utvalgets forslag til definisjon av tvang og motstand, jf. Lovutkastet § 1-3. Der et tvangsbegrep er knyttet til fravær av gyldig samtykke, vil en avgrensning mot det åpenbart formålsløse gi mening fordi det ikke kan iverksette frivillig baserte tiltak som ikke er basert på et gyldig samtykke. Dette stiller seg annerledes ved et snevrere tvangsbegrep slik utvalget har lagt til grunn: her vil det svært sjelden være grunnlag for ikke å forsøke å overvinne motstand uten bruk av tvang."

Departementet anfører at en mulig konsekvens av den foreslåtte tydeliggjøringen vil være at det bidrar til et ønsket skifte mot mer systematisk utprøving av frivillige alternativer.

OPDs bekymring er at en fjerning av unntaket kan bidra til mindre fokus på samfunnsvernet. Det kan skapes forventninger om forsøk med frivillighet i tilfeller som tidligere ville vært ansett som åpenbart formålsløst, eller et økt og presset fokus på frivillige alternativer som ikke følges opp i tilstrekkelig grad. I verste fall kan frivillige tiltak bli prioritert i tilfeller hvor personen kan utgjøre en fare for andre.

For så vidt gjelder frivillig oppfølging er OPD som nevnt innledningsvis positive til at det inntas og synliggjøres en rett til tilrettelagt tjenestetilbud uten bruk av tvang, jf. lovutkastets § 2-2. Vi har håndtert flere saker hvor vi har sett det som nødvendig at det prøves ut behandling og oppfølging med ulike rammer, dette være seg utprøving av ambulerende eller poliklinisk behandling, både frivillig og med tvang uten opphold på institusjon. En forutsetning er bl.a. at pasienten tildeles bolig med rett omsorgsnivå, og vi håper at en slik tydeliggjøring som foreslått kan bidra til en raskere sikring av slike behov.

Vår erfaring er at det er ulikt og til dels manglende tilbud i det kommunale tjenestetilbudet hva gjelder bolig til personer med psykiske lidelser og rusavhengighet. Vi mener kommunenes bo- og tjenestetilbud må styrkes. Dette i takt med et endret lovverk som har som formål å redusere bruk av tvang, og hvor det forventes at flere skal oppsøke og motta frivillig hjelp i "lokal kommunehelsetjeneste". Vi tror en slik styrking kan bidra til et bedre og raskere botilbud for de som skrives ut til tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold.

7.3 Fjerning av behandlingsvilkåret

OPD er kritisk til en endring hvor man går vekk fra det tidligere behandlingsvilkåret for etablering av tvang. Bekymringen baserer vi på den nye ordlyden "...nærliggende og alvorlig fare ... for at vedkommende skal bli påført vesentlig helseskade".

Departementet anfører at en fjerning/endring av dette vilkåret vil resultere i færre tvangsinnleggelse, og at flere vil frivillig oppsøke kommunehelsetjenesten for hjelp. OPDs erfaring knytter seg til gruppen pasienter som gjennom et langt liv i psykiatrien ikke har ønsket behandling, og som ofte mangler innsikt i egen sykdom og atferd i samfunnet. Det er lite trolig at tvangsbruken overfor denne gruppen kan eller bør endres, uavhengig av gode intensjoner og meget gode frivillige tilbud. Det er viktig at departementet også har denne

gruppen i tankene når regelverket utformes. Ikke alle i denne gruppen fanges opp av de farlige (§ 5-5), selv om de kan være en betydelig belastning i det offentlige rom, for naboer, pårørende, næringslivet osv. Denne gruppen har særdeles stort behov for behandling, da de lever så marginalt at de balanserer på en knivsegg nær døden. Tvungen psykiatrisk behandling er den eneste helsehjelpen de «må» ta imot, og som gir livsnødvendig helsehjelp mot livstruende infeksjoner i åpne kjøttsår (forårsaket av sprøytestikk, dårlig hygiene), KOLS, diabetes, kreft, alvorlige hjerte- karsykdommer, og tannmangel. Flere av psykiatrigruppens klienter har benyttet et «varetektssurrogat» i psykiatrien til å få inn et helt nytt tannsett med implantater, hvilket ikke hadde vært mulig ellers, da faren for infeksjoner er for høy. Disse har uttrykt takknemlighet ovenfor politiet. De har i årevis slitt med tannmangel og medfølgende problemer med ernæring.

Det eksisterer helt klart en rett til å gå til grunne i Norge i dag, da selvbestemmelsesretten i enkelte tilfeller dras for langt. Når det gjelder rusmisbrukere med psykoselidelser anser OPD at deres rett til å gå til grunne bør være mer innskrenket, da disse særlig sårbare personene er mindre i stand til å ta livsnødvendige valg på egne vegne.

Tvang kan også være omsorg. Psykiatrigruppen i Oslo politidistrikt ser daglig at pasienter, og deres pårørende, er takknemlige og nært knyttet til ansatte i de offentlige etater som utøver tvangsvedtakene. For noen har livet blitt dramatisk endret til det bedre, og pasientene sier selv at dette ikke hadde skjedd uten tvang, som for eksempel «tvungen» flytting til institusjon «på landet». Samme pasientgruppe samtykker til at politiet og helsevesenet kan dele informasjon, og deltar selv i møter med begge etater. Et annet interessant funn¹ er intervjuet av de domfelte² som ikke begjærer opphør³ av de treårige dommene sine, og som sier at de har fått mer hjelp enn noen gang tidligere. Et annet funn er at flere domfelte etterlyser mer deltagelse fra politiet. Rapporten konkluderer med at flere politidistrikt burde ha en dedikert påtale/etterforskningsgruppe som jobbet forebyggende mot psykisk syke lovbrøyttere.

Ved å skjerpe disse vilkårene, mener OPD at helsevesenet i flere tilfeller fratas muligheten til å behandle og dermed hindre forverring av f.eks. alvorlige psykoselidelser i en tidlig fase, og at det er en fare for at det blir flere personer som går ubehandlet over en lengre tid, med økende risiko for vold. OPD mener at det i takt med økt selvbestemmelsesrett må tydeliggjøres en grensedracting mot når man kan anvende tvang for å verne samfunnet mot fremtidige skadelige handlinger.

Vi mener utvalget i pkt. 24.8.3.1 har begrenset seg ved å forenkle problemstillingen når de skriver:

"...løse betraktninger om mulig forebyggende effekt, vurderer utvalget som åpenbart uakseptabelt. En slik nedtoning av enkeltindividets rettssikkerhet på et så svakt grunnlag, vil neppe være i tråd med Norges menneskerettslige forpliktelser."

¹ Rapport fra Kompetansesentrene for sikkerhets, fengsels- og rettspsykiatri i Oslo, Bergen og Trondheim. Rapporten er skrevet på oppdrag fra Helsedirektoratet.

² Det siktes her til den nye gruppen som begår vedvarende og samfunnsskadelig kriminalitet, ref. utvidelse av straffeloven § 62 som trådte i kraft 1.oktober 2016.

³ Domfelte kan begjære opphør hver 6.måned i løpet av den 3-års periode en tidsbegrenset TPH-dom varer.

I høringsnotatet 6.4.6.1 kommenterer departementet om beslutningskompetanse:

"Konsekvensen av økt vektlegging av personers rett til selvbestemmelse vil bli at samfunnet må ha større aksept for beslutninger som mange vil synes er rare eller ubegripelige. Samfunnet må også akseptere at konsekvensene av beslutningene vil kunne føre til mye lidelse hos dem som tar beslutningene, og at dette igjen vil kunne føre til store belastninger for pårørende og tjenestene."

Og videre i pkt. 6.4.6.3:

"En del høringsinstanser tar i realiteten til orde for at behandlingskriteriet i psykisk helsevernloven bør videreføres som et preventivt tiltak for å hindre vold og drap. Å opprettholde adgangen til tvangsbruk med den begrunnelse at det kan ha en mulig forebyggende effekt vil neppe være i tråd med Norges menneskerettslige forpliktelser."

Oslo politidistrikt savner en bedre redegjørelse for fjerning av behandlingsvilkåret, og hvilket ansvar helsevesenet har for å forebygge forverring ovenfor personer med manglende beslutningskompetanse. I tilfeller der pasienter har en kjent voldsrisiko / voldshistorikk, kan pasienten ivaretas med vedtak etter § 5-5 (ved fare for andre). Imidlertid finnes det en pasientgruppe som ikke har en omfattende voldshistorikk, men som likevel gir politiet og helsevesenet grunn til bekymring for alvorlig vold.

Et eksempel vil være en yngre person som misbruker sentralstimulerende rusmidler, og som ikke er diagnostisk utredet. På hvilket tidspunkt har helsevesenet ansvar for å behandle forverring av en psykoselidelse med bruk av tvang, slik at man forebygger alvorlige hendelser?

OPD mener at det nye lovforslaget hever denne grensen ytterligere, og går i feil retning ved at helsevesenets håndtering av disse pasientene blir reaktiv. Samtidig vil politiet på dette tidspunktet ikke ha de rette virkemidlene for å forebygge. Ved å først benytte tvang etter en inntruffet voldshandling, frykter OPD en økning av personer innlagt på § 5-5, og en økning av personer som blir dømt til tvungent psykisk helsevern.

7.4 Diagnostisk utredning

Forutsetningen for at helsevesenet og politiet skal ha en god håndtering av en pasient, er en riktig diagnose.

Psykiatrigruppen i OPD håndterer saker hvor antatt utilregnelige gjerningspersoner begår gjentatt og/eller alvorlig kriminalitet. Personene har i flere tilfeller vært diagnostisert med usikker psykoselidelse, grunnet utilstrekkelig observasjonsgrunnlag innenfor psykisk helsevernloven. Psykiatrigruppens strategi har i disse tilfellene vært å etablere innleggelse på tvang for fastsettelse av diagnose. Målet har også vært å stabilisere pasienten, styrke behandlingsplanen og bedre prognosen, noe som igjen bidrar til redusert kriminalitet. I flere tilfeller har en langvarig innleggelse vist seg utfordrende og til dels umulig å etablere.

Politiet står igjen med begrensende muligheter til å få pasientene utredet med hjemmel i straffespoet. Dette er en prosess som tar tid og svært kostnadskreven for domstolen. Håndteringen av pasientene oppleves utfordrende, da man i en lengre tid må balansere mellom politiets og helsevesenets tvangsmidler, uten å vite hva som er det rette alternativet: behandling, dom til behandling/omsorg (særreaksjon) eller straff. I verste fall vil en mangelfull diagnose føre til feil reaksjon, noe som åpenbart utfordrer rettsikkerheten til pasienten og samfunnsvernet.

Med den foreslåtte lovendringen frykter OPD at det vil bli vanskeligere for spesialisthelsetjenesten å stille diagnoser basert på et sikkert grunnlag. Det bemerkes at det i tillegg til lovutkastets forslag om høyere terskel for innleggelse, er foreslått å redusere antall døgn fra 10+10 til 7+5 for det som tidligere var "tvungen observasjon", og som nå er foreslått som "midlertidig vedtak" i utkastets § 5-11.

7.5 Vedtak, klage og oppsettende virkning

Oslo politidistrikt synes det er positivt at loven inneholder et kapittel om formkrav i kap. 9, del III: Vedtaket. En rekke av de prosessuelle kravene i psykisk helsevernloven fremgår enten i forskrift om etablering av TPH,⁴ eller forutsetningsvis av forvaltningsloven. Vi vil her gi et praktisk eksempel på forvirringen dette skaper:

OPD har opplevd tilfeller hvor patruljer har fremstilt antatt psykotiske personer for Oslo kommunale legevakt (OKL) for vurdering av vilkårene for etablering av tvungent psykisk helsevern. Ettersom det er politiet ved påtalejurist som har begjært innleggelse, har undersøkende lege ved OKL orientert juristen ved OPD om utfallet. I ett tilfelle hvor legen ikke fant vilkårene oppfylt, og hvor politiet som begjærende myndighet ønsket å klage, ble det gitt tilbakemelding om at det ikke fantes noe vedtak som kunne påklages, da den tvungne legeundersøkelse var gjennomført. Undersøkende lege avviste at legens beslutning om manglende henvisning var å anse som et enkeltvedtak som kunne påklages.

Dersom offentlig myndighets klagerett er avskåret ved førsteinstansens vurdering av innleggelse, slik legen hevdet, vil dette innebære en begrensning i klageretten. Dette er ikke i samsvar med den klare klageretten slik den er formulert i psykisk helsevernloven.

Det bør derfor tilføres en nødvendig og klargjørende presisering i § 9-13, 2. ledd.

Det fremstår uklart om lovgiver i gjeldende phvl. § 3-7 siste ledd har tenkt på om oppsettende virkning er en mulighet dersom pasienten ikke blir henvist for innleggelse av primærhelsetjenesten, og offentlig myndighet benytter sin klagemulighet. Dette er særlig relevant der siktede ikke sitter i fengsel (varetekt), eller kan tilbakeføres til arrest. OPD har tolket loven slik at det kun er ved klage på spesialisthelsetjenestens manglende henvisning at Kontrollkommisjonen kan beslutte oppsettende virkning. Dersom departementet støtter OPDs lovforståelse, ber vi departementet vurdere om det bør være anledning til å få oppsettende virkning i førsteinstans, da dette i praksis vil uthule klageadgangen og utgjøre et sikkerhetsproblem for samfunnet. Dette fremstår ikke som lovgivers intensjon.

8. VEDTAK OM TVUNGEN LEGEUNDERSØKELSE – FORVIRRING OM VEDTAKETS VARIGHET

Det synes å være en utbredt misforståelse i helsevesenet at et vedtak om tvungen legeundersøkelse har en begrenset varighet på ti dager. Tidsbegrensningen fremgår av og til skriftlig i vedtaket fra kommune/bydelsoverlegene. I tillegg har Psykiatrigruppen på

⁴ Forskrift om etablering av tvungent psykisk helsevern

forespørsel til sykehusene fått bekreftet at praksis er slik. Dette byr på store utfordringer for politiet, og dermed ivaretagelse av samfunnsvernet, som vi vil komme nærmere tilbake til.

Vi har etterlyst det juridiske hjemmelsgrunnlaget for at et vedtak kun skal være gyldig i ti dager. Svaret er "praksisbasert", men det er etter vår mening en feil praksis som ikke er lovforankret. Det eneste vi finner i lovverket som har en tidagers begrensning, er at den første og andre undersøkelsen i forkant av etablering av TPH ikke må være eldre enn ti dager, da helsetilstanden kan ha endret seg mye om det går for lang tid. All den tid pasienten ikke er undersøkt, er vår lovforståelse at vedtaket er gyldig inntil pasienten er undersøkt, og behovet for helsehjelp er avklart.

Dersom en pasient har rømt fra institusjon, uteblitt fra poliklinisk behandling, reist til utlandet eller av andre årsaker unndrar seg behandling, kan et vedtak om tvungen legeundersøkelse være av avgjørende betydning for at samfunnet og pasienten helse kan ivaretas nasjonalt og internasjonalt. Vi vil redegjøre for betydningen av et slikt vedtak i to reelle eksempler:

Eksempel 1 – hvor alt går galt

En pasient har rømt fra psykiatrisk sykehus. Pasienten har en alvorlig psykoselidelse og ruslidelse, og har tidligere utøvd vold. Sykehuset melder pasienten saknet, og beskriver at pasienten kan være farlig for andre ved manglende medisiner og rusinntak. Politiets saknetgruppe oppretter sak og begynner å lete etter personen. Sporene leder til at politiet tror at pasienten har reist utenlands.

To scenarioer fra sykehuset:

- a) Sykehuset kan ikke la en kostbar seng⁵ stå ubenyttet, og skriver pasienten ut.
- b) Sykehuset blir enig med politiet om å holde "sengen" åpen i tilfelle pasienten raskt kan tilbakeføres. Sykehuset sier at tvangsvedtaket skal behandles av kontrollkommisjonen⁶ om to uker. De kan ikke pretendere å ha en pasient innlagt som faktisk ikke er under tvangsbehandling, og har derfor ingen mulighet til å forlenge vedtaket når de to ukene har gått. Tvangsvedtaket løper ut, og sykehuset har ikke annet valg enn å skrive pasienten ut. På dette tidspunktet stiller politiet spørsmål ved om pasienten fortsatt er savnet av sykehuset, eller om grunnlaget for saknetsaken er blitt borte.

Tre scenarioer fra politiet:

- a) Pasienten etterlyses nasjonalt med grunnlag i saknetsaken
- b) Pasienten etterlyses internasjonalt
- c) Det blir ingen internasjonal etterlysning, fordi vilkårene ikke er oppfylt grunnet manglende økonomisk garanti fra helsevesenet

Pasienten er kun etterlyst nasjonalt og befinner seg i utlandet. Ettersom det ikke foreligger en internasjonal etterlysning, er myndighetene i landet pasienten befinner seg i (trefflandet)

⁵ En sengeplass koster fra 10.500 per døgn til 25. 000 kr per døgn avhengig av om det er akuttplass, langtidsplass eller sikkerhetsavdeling.

⁶ Kontrollkommisjonen behandler rutinemessig alle vedtak om tvangsinnleggelse hver tredje måned, uavhengig av om pasienten har klaget på vedtaket.

ukjent med risikoen pasienten utgjør. Pasienten blir ikke oppsøkt av lokalt politi, og de to ulike tiltakene "meddelelse om oppholdssted" eller "ta i forvaring" blir ikke benyttet.

Dette kan lede til at pasienten utøver alvorlig vold i:

- a) Utlandet, og den norske ambassade kontaktes mens pasienten sitter på glattcelle eller er innlagt på sykehus
- b) Norge, da ingen oppdager at pasienten har kommet tilbake og pasienten går under radaren til de offentlige myndigheter som har ansvar. Pasienten har ingen bolig, bor på gata, ruser seg og er psykotisk etter lengre tid uten medisiner.

Eksempel 2 – der alt går bra

En psykiatrisk pasient uteblir, og rømmer under utgang med personalet fra sikkerhetspsykiatrisk avdeling. Pasienten er på dette tidspunktet siktet for drapsforsøk, og er erklært utilregnelig. Pasienten blir meldt saknet hos politiet, men det er uklart om pasienten befinner seg i Norge eller i utlandet. Politiet leter aktivt etter pasienten. Etter et par uker mottar politiet beskjed om at tvangsvedtaket opphører. Politiets Psykiatrigruppe, som har fulgt opp pasienten, går i dialog med sikkerhetspsykiatrisk avdeling og DPS som pasienten har mottatt oppfølging fra. Ettersom pasienten har vært underlagt TPH, og er ansett å være til fare for seg selv og andre, er det enighet om at Psykiatrigruppen skal tilskrive bydelsoverlegen med begjæring om vedtak om tvungen legeundersøkelse. Begjæringen utferdiges av politiet. Bydelsoverlegen fatter vedtak, og på denne måten holdes også politiets saknetsak åpen. Et par uker senere blir pasienten påtruffet av politiet, og fremstilt for legevakt for en effektuering av den tvungne legeundersøkelsen, og deretter innleggelse på psykiatrisk døgnavdeling. (Pasienten ble domfelt for drapsforsøk og dømt til tvungent psykisk helsevern, da retten anså det nødvendig for å verne samfunnet mot ny alvorlig kriminalitet).

Forskjellen i de to eksemplene er *hvorvidt det foreligger et vedtak om en tvungen legeundersøkelse*. Det er tilsvarende viktig at vedtaket ikke inneholder en setning om at vedtaket er gyldig i ti dager. Fra pasienten i eks. 2 ble etterlyst, tok det OPD fire uker å finne pasienten i Oslo. I eksempel 1 hvor pasienten reiser utenlands, kreves både vedtak om tvungen legeundersøkelse og økonomisk garanti fra helsevesenet for at tiltaket "ta i forvaring" kan anvendes av utenlandsk politi.⁷ Dersom helsevesenet ikke stiller med økonomisk garanti,

⁷ Grunnlaget for etterlysning av saknet myndig person som etterlyses av hensyn til egen eller andres sikkerhet, er SIS II-beslutning art. 32, jfr. SIS-loven § 7 nr. 3. Tiltaket for denne registreringen er at vedkommende skal tas i forvaring. Som det fremgår av rundskriv 2013/014 fra politidirektoratet – brukerinstruks ved registrering og treff i SIS II – av 3. desember 2013, må det foreligge vedtak om tvungent psykisk helsevern, jfr. psykisk helsevernloven §§ 3-1 til § 3-3. Det er nødvendig å skille mellom tiltaket "tas i forvaring", og det at personen skal føres tilbake til Norge. Tilbakeføring til det landet som har registrert etterlysningen, er ikke et *obligatorisk* tiltak som følge av treffet, selv om det selvfølgelig er målet i de fleste saker. Tilbakeføring til Norge vil måtte komme som en følge av våre egne, sivilrettslige regler, se for eksempel helsedirektoratets veileder IS-1560 "Om hjemsendelse av alvorlig psykisk syke", og er ikke regulert i SIS II-regelverket. Et annet relevant rundskriv er RS 2012/007 "helsetjenestens og politiets ansvar for psykisk syke – oppgaver og samarbeid (punkt 4 og 6).

Det følger av rundskrivet fra Politidirektoratet (2013/014) pkt. 1.3.2.2 at det ved etterlysning må fremlegges:

er utenlandsk politi begrenset til tiltaket "underretning om oppholdssted" til norsk politi. Tiltaket er likevel viktig for det lokale politiet, som jo blir varslet om at de har en potensielt psykisk syk og antatt farlig person i sin nærhet, som de kan vurdere å anvende egne tvangsmidler mot for å trygge samfunnet. Dersom norsk politi skal oppfylle sin del av de internasjonale forpliktelsene, kan vi ikke sitte passivt og unnlate å informere utenlandske myndigheter.

Med mindre en pasient er dømt til tvungent psykisk helsevern, er det frivillig⁸ for psykiatriske pasienter å bli hentet hjem til Norge med bistand fra norsk helsevesen og evt. politi. Kostnader dekkes av egen post på statsbudsjettet, innvilges av Statsforvalteren, og må forhåndsgodkjennes. Det kreves derfor en søknad fra avdelingen som savner pasienten, men sykehusets budsjett blir ikke belastet.

Det er en stor utfordring for OPD at helsevesenet sjelden anmoder kommunelegen/bydelsoverlegene⁹ om et vedtak om tvungen legeundersøkelse, eller søker om økonomisk garanti. Samtidig er holdningen at den savnede pasienten er blitt en "politisak", og helsevesenet trekker seg ut og overlater samfunnsvernet til politiet, uten å sette politiet i stand til å utføre den bistanden helsevesenet har bedt om.

Det er strengt tatt ingen lovmessige hindringer som i dag hindrer nødvendig samhandling mellom helsevesenet og politi. Problemstillingen skyldes antagelig manglende kunnskap om hverandres regelverk og forutsetninger for å sette hverandre i stand til å kunne bistå hverandre.

Når det gjelder forvirringen rundt tidagersfristen, bør kunnskapen i klinikken oppfriskes ved noen sentrale føringer fra departement/direktorat. Ideelt sett burde det fremgå klart i phvl. § 3-1 at vedtaket er gyldig til pasientens helsetilstand er kjent og avklart.

Når det gjelder hvilke forpliktelser helsevesenet har til å muliggjøre politiets søk etter saknet person, bør det fremgå av ny lovtekst, alternativt forskrift. Det bør fremgå at det er institusjonen som savner pasienten (enten døgnavdeling eller DPS) som bør anmode om et vedtak om tvungen legeundersøkelse. Dette vedtaket danner grunnlaget for å opprettholde en saknetsak, selv om pasienten er utskrevet, samt gir det juridiske grunnlaget for en etterlysning og evt. fremstilling¹⁰ av pasienten ved påtreff. I eksempel 2 over nektet sikkerhetsavdelingen å anmode om en tvungen legeundersøkelse, selv om det avdelingen som

"Informasjon om hvem som har ansvaret for å hente vedkommende hjem, og hvem som dekker utgiftene (f.eks. institusjoner, privatperson, helsemyndigheter el.) De som melder vedkommende saknet har ansvaret for henting av vedkommende. Bistand fra lokalt politi avtales mellom lokalt politi og melder"

⁸ Veileder fra Helsedirektoratet: Hjemsendelse av alvorlig psykisk syke. Gjennomføring av pasienttransporter til og fra utlandet. Utgitt: 09/2008, revidert 01/2016.

⁹ Kompetansen er tillagt primærhelsetjenesten.

¹⁰ Politiloven § 12, hjelp til syke, kan være et selvstendig grunnlag for fremstilling av syke, men er basert på en "der og da" vurdering av ikke-helsepersonell. Bestemmelsen anvendes som oftest ved et tilfeldig påtreff av politiet, gjerne etter meldt bekymring. Hvorvidt politiloven § 12 kan utgjøre et selvstendig grunnlag for å opprettholde en saknetsak (i tilfeller hvor det ikke fattes vedtak om tvungen legeundersøkelse), er ikke drøftet her.

hadde meldt pasienten saknet. Det endte med at Psykiatrigruppen, som ikke hadde hatt befatning med pasienten på lang tid, anmodet om en tvungen legeundersøkelse. Dette mener vi blir feil, og at helsevesenet ikke tok tilstrekkelig ansvar for sin del av samfunnsvernet.

I tillegg bør det lovreguleres i samme lovtekst/forskrift at internasjonale etterlysninger har to tiltak: *meddelelse om oppholdssted* og *ta i forvaring*. Sistnevnte krever forhåndsgodkjenning/økonomisk garanti, som politiet ikke kan fremskaffe.

Det bør i tillegg fremgå at det (bør) lages¹¹ egne saknetinstruks for de som er dømt til tvungent psykisk helsevern, da de er forhåndsdefinert som personer med høy residivfare for alvorlige handlinger.

9 AVSLUTTENDE MERKNAD

Det er Oslo politidistrikts oppfatning at det navnet som er valgt – tvangsbegrensningsloven – er uheldig. Mens det er et åpenbart mål at mennesker skal utsettes for minst mulig tvang. Det er videre hensiktsmessig å fortløpende vurdere lovregler og praksis på dette området opp mot ny viten og forbedret profesjonspraksis. Det er likevel ikke vist til vitenskapelig dokumenterte undersøkelser som viser at det brukes for mye tvang i Norge, eller at tvang benyttes feil. Etter vår mening vil det være mer meningsbærende å kalle loven "tvangsreguleringsloven" – som har som siktemål å sikre begrunnet og korrekt bruk av tvang

Med vennlig hilsen



Beate Gangås

Saksbehandlere: Lisa-Marie Løkke, Siri Weisæth, Øystein Saglien, Runa Bunæs

¹¹ OPD har en egen saknetinstruks for denne gruppen domfelte, OPD er ukjent med praksis i andre politidistrikter.



POLITIET

Politidirektoratet
Postboks 2090 Vika
0125 Oslo

Nordland politidistrikt

Deres referanse:

Vår referanse:

Dato:

21/84670 - 17

01.11.2021

Foreleggelse av høring - Oppfølging av forslagene fra Tvangslovutvalget svar fra Nordland politidistrikt

Det vises til ovennevnte.

Nordland politidistrikt ønsker å tilkjenne bekymring knyttet til de foreslåtte endringer i tvangsloven knyttet til psykisk syke.

Politiet i Nordland har siden forrige lovendring i 2017 opplevd en økt oppdragsmengde knyttet til håndtering av psykisk syke, særlig innenfor suicidalitet og personer som er i grenseland mellom strafferettslig tilregnelighet og utilregnelighet. En antar dette har sammenheng med nevnte lovendring.

Vi er derfor bekymret for at forslaget som foreligger vil bidra til ytterligere overføring av håndtering av psykisk syke til politiet. Etter vårt syn legges det i for stor grad vekt på individets autonomi, og for lite vekt på samfunnets krav på vern fra denne pasientgruppen. En kan derfor ikke ha en terskel for tvangsbruk som blir så høy at personer som utgjør en fare for seg selv eller andre i realiteten blir overført til å møte politiet i stedet for å møtes med behandling.

Det bør derfor tydeliggjøres hvorledes terskel for tvangs skal praktiseres, og at man hensyntar ovennevnte vurderinger når man fastsetter denne.

Nordland politidistrikt

Post: Postboks 1023, 8001 BODØ
E-post: post.nordland@politiet.no

Tlf: (+47) 75 58 90 00

Org. nr: 983999999
www.politiet.no

Med hilsen

Stig Morten Løkkebakken
Politiinspektør

Dokumentet er elektronisk godkjent uten signatur.



POLITIET

Politidirektoratet

Postboks 2090 Vika
0125 Oslo

Innlandet politidistrikt

Deres referanse:

Vår referanse:

Dato:

21/84670 - 25

04.11.2021

Høring - Oppfølging av forslagene fra Tvangslovutvalget

Det vises til høringsbrev av 11. oktober 2021 fra Politidirektoratet og høringsbrev av 6. juli 2021 fra Helse- og omsorgsdepartementet.

I høringsbrevet ber Helse- og omsorgsdepartementet om innspill og vurderinger til en rekke forhold knyttet til utarbeidelse av plan for innføring av nytt regelverk om tvangsbruk i helse- og omsorgssektoren. De fleste spørsmålene oppfatter vi er rettet mot helse- og omsorgssektoren. Nedenfor følger kommentarer fra Innlandet politidistrikt i den grad vi mener det er av relevans for politiets samfunnsoppdrag og vårt samarbeid med helse- og omsorgssektoren.

Innledningsvis presiserer vi at vårt hovedperspektiv er knyttet til tredjeperson, samfunnssikkerheten og sikkerheten for våre egne mennskaper.

I stor grad er personer med psykisk sykdom ikke farlige, og det er av betydning ikke å stigmatisere pasientene. Men det er likevel viktig å understreke at det finnes personer med psykisk sykdom som skårer høyt på risikofaktorer for vold og trusler og hvor sykdomsbildet kan være en påvirkende faktor.

Viktigheten av å kunne beskytte tredjepersoner og samfunnssikkerheten har dessverre vist seg som en kritisk faktor ved senere tids hendelser hvor psykisk ustabile personer har rettet dødelige angrep mot uskyldige. Det er nok å vise til angrepet mot NAV-ansatte i Bergen og drapene i Kongsberg.

Bare i Innlandet politidistrikt har vi de siste to – tre årene opplevd mange alvorlige hendelser i hele politidistriktet hvor psykisk syke, som har vært åpenbart psykisk ustabile over tid, har gått til angrep på tilfeldig personer i det offentlige rom, eller gått til angrep mot enkeltpersoner i deres hjem. Det dreier seg om hendelser som har medført alvorlige skader og død, og hvor angrepene blant annet har dreid seg om:

- knivangrep mot tilfeldig forbi passerende utenfor kjøpesenter,
- saksehugg mot tilfeldig polititjenestemann i gågate,
- øksehugg mot hode til en tilfeldig forbi passerende på gangbro,

Innlandet politidistrikt

- oppsøkt person hjemme og angrepet vedkommende med kniv
- oppsøkt person hjemme og utsatt vedkommende for massiv vold
- gjentatte seksuallovbrudd
- dyredrap
- ildspåsettelser

I tillegg opplever vi personer med skremmende, truende og utagerende atferd, som medfører utrygghet og frykt i omgivelsene rundt vedkommende.

I høringsnotatet punkt. 6.5 – særlig om fare for andres liv eller helse, skriver departementet at man vil legge til grunn Tvangslovsutvalgets forslag om at det fortsatt skal være særlige regler om tvangs bruk mot personer som utgjør en «*nærliggende fare for andre*». I punkt 6.5.2 uttales at farebegrepet også må være alvorlig og at trusselutøveren må ha en «*alvorlig sinnslidelse*» for at det skal kunne etableres tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern. I punkt 6.5.6 fremhever departementet at

«menneskerettighetene krever at staten skal beskytte personer mot integritetsinngrep fra andre personer. Departementet slutter seg til utvalgets vurdering av at det fortsatt er behov for særlige regler om tvangs bruk mot personer som utgjør en nærliggende fare for andre.»

Dette er et meget viktig prinsipp om en av statens viktigste oppgaver, nemlig å gi medborgere og samfunnet beskyttelse, og bør vies vesentlig større oppmerksomhet.

Utvalget ga i forrige høringsrunde uttrykk for at det alminnelige rettsstatlige utgangspunkt er at mottiltak må komme som en reaksjon i ettertid som straff. Det ble uttalt at det skal gode grunner til for å gripe inn preventivt for å verne andres interesser. Det fremstår som at lovforslaget i for liten grad vil gi adgang til å forebygge alvorlig fare ved bruk av tvang, men at det må ha kommet så langt at tvang tidligst kan anvendes for å avverge, som innebærer en nært forestående konkret fare, og at tvang skal brukes i etterkant av inntrufne handlinger. Tilnærmingen gitt av utvalget er i sterk kontrast til det som er politiets hovedstrategi om å arbeide forebyggende.

Det fremstår også som en mangel i lovforslaget at det ikke gis adgang til å anvende tvang mot psykisk ustabile personer ved andre typer integritetsangrep, som skremmende, truende og utagerende atferd, som medfører utrygghet og frykt.

I den forrige høringsrunden het det videre:

"Noen av hovedintensjonene med den nye loven er:

- *Markert nedgang av den faktiske tvangsbruken*
- *Innstramming av rammene for inngrep i nødsituasjoner*
- *Et overprøvingssystem som er innrettet mot redusert bruk av tvang*
- *Innstramning av tvangsbegrepet*
- *Et økt fokus på alternativer til tvang»*

Innlandet politidistrikt skrev eget høringsbrev av 20. november 2019 til Politidirektoratet i forbindelse med høringsrunden til NOU 2019:14 Tvangsbegrensningsloven. I vårt forrige høringsbrev ga vi blant annet uttrykk for at lovforslagets tiltak overfor de pasientene som utgjør en fare for andre eller truer samfunnssikkerheten, eller ødelegger andres livskvalitet, fremstår som utilstrekkelige. Denne bekymringen opprettholdes.

POLITIET OG UTFORDRINGER KNYTTET TIL "PSYKIATRIOPPDAG"

I det følgende pekes det på sentrale utfordringer for politiet knyttet til håndtering av oppdrag og hendelser hvor psykiatri, sikkerhet, kriminalitetsbekjempelse og mulige forebyggende tiltak står sentralt. Det dreier seg om

- *Individets rettigheter eller allmennhetens sikkerhet?*
- *Politiets bruk av ressurser og konsekvenser*

Politiets hovedoppgaver fremgår av politiloven § 2:

Politiet skal

- 1. beskytte person, eiendom og fellesgoder og verne om all lovlig virksomhet, opprettholde den offentlige orden og sikkerhet og enten alene eller sammen med andre myndigheter å verne mot alt som truer den alminnelige tryggheten i samfunnet*
- 2. forebygge kriminalitet og andre krenkelser av den offentlige orden og sikkerhet*
- 3. avdekke og stanse kriminell virksomhet og forfølge straffbare forhold i samsvar med regler gitt i eller i medhold av lov*
- 4. yte borgerne hjelp og tjenester i faresituasjoner, i lovbestemte tilfeller og ellers når forholdene tilsier at bistand er påkrevet og naturlig*
- 5. på anmodning å yte andre offentlige myndigheter vern og bistand under tjenesteutøvelse når dette følger av lov eller sedvane*
- 6. samarbeide med andre myndigheter og organisasjoner tillagt oppgaver som berører politiets virkefelt så langt regler gitt i eller i medhold av lov ikke er til hinder for dette*

Det fremkommer videre i politiloven § 1 at politiet skal gjennom forebyggende, håndhevende og hjelpende virksomhet være et ledd i samfunnets samlede innsats for å fremme og befeste borgernes rettssikkerhet, trygghet og alminnelig velferd for øvrig.

Alle oppdrag knyttet til psykiatri som faller innunder ordlyden i politilovens §§ 1 og 2 faller inn under politiets portefølje. Psykiatrioppdragene kan grovt deles inn i følgende hovedkategorier:

- Oppdrag der personer med en psykisk lidelse er utøver av en eller annen form for kriminalitet og er til fare eller sjenanse for andre.
- Oppdrag der personer er til fare for seg selv.
- Bistandsoppdrag til annen offentlig myndighet, særlig helse- og omsorgstjenester.

Den første kategorien med oppdrag hvor det utøves kriminalitet er åpenbart politiets oppgave og ansvar. Det er uvesentlig om en gjerningsperson har en eller annen form for psykisk lidelse og om vedkommende har skyldene eller ikke. Politiet skal avverge og stanse kriminell virksomhet uavhengig av gjerningspersonens sinnstilstand.

I den andre kategorien er det heller ikke særlig tvil om at politiet har et ansvar både for å yte hjelp i en faresituasjon også når personen er til fare for seg selv. Politilovens § 12 sier blant annet at politiet har plikt til å hjelpe eller sørge for hjelp til personer de kommer i kontakt med som ikke er i stand til å ta vare på seg selv og som ikke ivaretas av andre. Det står også at politiet skal søke å finne frem til en betryggende plassering. Utfordringen med denne typen oppdrag er når det ikke er noen til å overta ansvaret. Politiets oppdrag må kunne avgrenses tydeligere og opphøre i det personen er bragt til helsehjelp.

Den siste kategorien med bistandsoppdrag til annen offentlig myndighet kan deles i to:

- Beskyttelse og sikkerhet
- Bistand for øvrig

Ved mer generell bistand for øvrig er bildet mer diffust:

- Er bistandsbehovet begrunnet i andre aktørers manglende kapasitet og at det henvises til politiets bistandsplikt for å dekke opp for denne mangelen? Dette vil kanskje i størst grad omhandle fremstillinger av pasienter der politiet ofte ikke er en bistandsressurs for å yte andre offentlige myndigheter vern under deres tjenesteutøvelse, men får ansvaret for hele oppdraget. Ved denne typen oppdrag har politiet ofte et klart ansvar innledningsvis, men utfordringen er at det ikke er andre som kan overta der politiets ansvar slutter. Dette er i de fleste tilfeller personer som fremstår som for syke til å settes i arrest og vurderes som for friske til å behandles – i alle fall med tvang.
- Andre aktørers manglende kompetanse og forståelse av egen rolle og myndighet til å opptre med makt overfor psykisk syke personer de har til behandling.

I hovedsak synes det åpenbart at de fleste oppdrag knyttet til psykiatri er innenfor det som må defineres som politiets oppdrag. Utfordringen er at oppdragene ofte legger beslag på politiets ressurser i lang tid da det er vanskelig å avgrense oppdraget og overføre ansvaret til andre. Det synes som et åpenbart behov for nærmere å avklare samarbeidet med spesielt helsevesenet og definere hvor langt politiets bistandsplikt strekker seg.

BEKYMNING FOR OM TJENESTENE ER FORBEREDT PÅ ENDRINGENE NY LOV VIL MEDFØRE

Innlandet politidistrikt bruker regelmessig store ressurser på å bistå helsevesenet eller for å beskytte tredjepersoner mot truende, utagerende og voldelige psykisk syke personer. Om man gjennom ny lovgivning legger opp til mindre bruk av tvang og mer andre typer kontrollerende tiltak, er det vår bekymring at det vil medføre økende risiko for befolkningens trygghet og enda mer bruk av politiets ressurser. Dette er ikke ønskelig for best å utnytte politiets ressurser. Det antas heller ikke å være til de beste for den enkelte pasient at politiet koples inn stadig oftere.

For å beskytte ro og orden, samfunnssikkerheten, bekjempelse av kriminalitet og beskytte enkeltmennesker er politiet gjennom politiloven og straffeprosessloven gitt hjemler til å benytte tvangsmidler overfor enkeltpersoner. Politiets befatning med psykisk syke mennesker knytter seg mye til situasjoner hvor det er nødvendig med tvangsmakt overfor enkelt mennesker av hensyn til allmennhetens sikkerhet, ofrenes og pårørendes livskvalitet og sikkerhet, eller beskyttelse av viktige samfunnsinteresser. I mange tilfeller faller denne kategorien mennesker mellom to stoler; det er ikke tilrådelig å anbringe dem i politiarrest, samtidig som de ikke slipper gjennom nåløyet for å bli tvangsmessig tatt hånd om av helsevesenet. Resultatet blir ofte utilfredsstillende.

Ikke sjeldent innsettes personer i politiarresten, som heller burde vært på sykehus. Dette er arrestanter som ligger i et grenseområde mellom tvangsinnleggelse og opphold i politiarresten. Etter vårt syn medfører mindre bruk av tvang i psykiatrien at disse pasientene ofte skrives ut for tidlig. Det er ikke uvanlig at pasientene på grunn av samfunnsvernet ikke kan operere fritt i

allmennheten. Dette medfører blant annet at det finnes en rekke pasienter som politiet til stadighet (opptil flere ganger i måneden) må transportere fra sitt hjem eller andre steder hvor de har forårsaket en situasjon til psykiatrisk sykehus, hvor de kun mottar kortvarig behandling. Politiet ser en stadig økning i såkalte «psykiatrioppdrag», som en følge av at flere alvorlig psykisk syke oppholder seg utenfor institusjon. Fra flere hold innen helsevesenet har vi registrert begrepet «svingdørspasienter» - pasienter som kun er innlagt i kort tid. Det er også et inntrykk at mange av "svingdørspasientene" har et sykdomsbilde som tilsier et mer helhetlig og langvarig behandlingstilbud i institusjon.

Generelt legger ofte oppdrag som gjelder psykiatri tidvis omfattende beslag på politiets ressurser, som går på bekostning av den øvrige vakt- og beredskapsoppgaven. Tallet for antall sikkerhetspsykiatriske plasser er de senere år blitt redusert, kapasiteten ved psykiatriske sykehus er redusert, samtidig som det er økt bruk av tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold (TUD).

Den beskrevne utviklingen har pågått over tid, men synes å ha økt etter lovendringen i 2017 i lov om psykisk helsevern hvor adgangen til å bruke tvang overfor samtykkekompetente opphørte.

Stortinget vedtok høsten 2016 endringer i reglene om strafferettslige særreaksjoner i straffeloven 2005 og lov om psykisk helsevern. Virkeområdet for de strafferettslige særreaksjonene ble utvidet. Blant annet har endringene medført at personer kan dømmes til tvungent psykisk helsevern ikke bare på grunn av farlighet, men også grunnet gjentatte lovbrudd av samfunnsskadelig eller særlig plagsom art. Dette er en ny kategori av pasienter, som kommer i tillegg til de som tradisjonelt har blitt dømt etter straffeloven § 62 for lovbrudd som krenker andres liv, helse eller frihet, og hvor dom på overføring til tvungent psykisk helsevern derfor har blitt vurdert nødvendig for å ivareta samfunnsvernet. (Prp. 122 L (2014-2015), Innst. 179 L (2015-2016), Lovvedtak 46 (2015-2016)).

Med helsevesenets nedbygde kapasitet, konsekvensene av lovendringen i 2017 og uklarheten i hva som egentlig ligger i vilkårene nærliggende (alvorlig) fare for andre og opphør av bruk av tvang overfor samtykkekompetente, er det vår oppfatning at tjenestene og samfunnet for øvrig ikke er forberedt på å ta i bruk ny tvangslov.

Det vil også være i en psykiatrisk pasients interesse at tvangslovgivningen i helseperspektivet verner vedkommende mot sitt voldspotensiale, verner samfunnssikkerheten og forhindrer vedkommende i å begå voldshandlinger og andre integritetskrenkende handlinger, fremfor å bli straffeforfulgt etter at handlinger er begått. I mangel av tilstrekkelige virkemidler i helsevesenet, vil politiet og påtalemyndigheten bli tvunget til å straffeforfølge den psykisk syke.

Det er fare for at forslaget til ny tvangslov vil gi et skinn av redusert bruk av tvang overfor psykisk syke personer, ved at tvangsbruken skyves over til justissektoren og straffeforfølgningsspoet. En slik utvikling vil heller ikke være til pasientenes fordel.

Vår klare oppfatning er at forslaget til ny tvangslov ihvertfall ikke må vedtas før det er gjennomført en grundig evaluering av de samfunnsmessige virkningene av lovendringen fra 2017.

Det bemerkes også at navnet lovforslaget er gitt – tvangsbegrensningsloven – er misvisende. Formålet må lovgivningen er å sørge for korrekt bruk av tvang, hvor hensynet til behandling av pasienten og samfunnsvernet ivaretas på en god måte. Det er lang tradisjon i Norge for at lovgivning som gir adgang til å bruke tvangsmidler mot mennesker, skal være nødvendig, forsvarlig og forholdsmessig.

ØKONOMISKE KONSEKVENSER

De økonomiske konsekvensene ved å ta i bruk ny tvangslov synes ikke godt nok vurdert. Om intensjonen om å bruke mindre tvang opprettholdes, forventes det økt ressursbruk til psykiatrioppdrag for politiet. Politiet og annen offentlig myndighet skal ha bistandsplikt, jf. lovforslaget § 8-7. Offentlig myndighet skal gi nødvendig bistand til helse- og omsorgstjenesten i saker etter loven. Helse- og omsorgstjenesten kan kreve bistand av politiet til gjennomføring av tiltak, herunder bruk av tvang.

Som beskrevet ovenfor, erfarer vi økning i omfanget av oppdrag knyttet til psykiatri i de siste årene og det er en lang rekke alvorlige hendelser begått av personer med en diagnose innenfor psykiatri. Politiet bruker en stor del av sine ressurser på denne typen oppdrag uten at det gir tilfredsstillende løsninger over tid alene. Politiets ressursbruk og utfordringer med psykiatri må derfor ses i sammenheng med andre offentlige etaters ansvar og myndighet.

Medfører bestemmelsen utvidet bistandsplikt i forhold til dagens situasjon, vil innføring av ny tvangslov ha budsjettmessige konsekvenser. I den grad politiet kan kreve refundert kostnadene ved sin bistand til helse, vil det medføre økte kostnader for helse. Det er i dag uklare regler og ulike refusjonspraksiser i landet. Det fremstår som en nødvendig del av kartleggingen av de økonomiske konsekvensene, å ha ryddet godt opp i hva som ligger i politiets bistandsplikt og grensene for politiets refusjonsadgang overfor helsevesenet.

IMPLEMENTERINGSFASE PREGET AV AKTIV INVOLVERING AV ANSATTE, BRUKERE OG PÅRØRENDE OG HVA SOM MÅ TIL FOR Å KUNNE ETTERLEVE LOVENDRINGENE I PRAKSIS.

I høringsnotatet fra Helse og omsorgsdepartementet fremheves ønske om en implementeringsfase av ny tvangslov bør være preget av aktiv involvering av ansatte, brukere og pårørende. En slik intensjon støttes også opp mot andre myndigheter, som samarbeider med helse- og omsorgstjenestene i forskjellige sammenhenger, herunder politiet.

For å sikre etterlevelse av en lovendring i praksis, er det behov for flere tiltak i samarbeidet mellom helse- og omsorgstjenestene og politiet. Dette ser vi også opp mot dagens lovgivning.

I Innlandet er det derfor etablert flere tiltak for å fremme bedre samhandling og rolleavklaringer mellom helse- og omsorgstjenestene og politiet:

1. Det er et behov for at flere samfunnsaktører samarbeider tett med fokus på å forebygge fare. Politiet har ansvar, men ikke alene. Det foreslås å opprette forebyggende samhandlingsgrupper i alle politidistrikter ledet av politiet, men med representanter fra andre viktige samfunnsorganer som helsevesenet, NAV, skole, barnevern mfl. Formålet er å ha tverrfagligoversikt over personer som utgjør en

kvalifisert fare for allmennheten

2. Felles retningslinjer for og samarbeid om utarbeidelse av voldsrisikovurderinger mellom politi og helsevesen. Når det er nødvendig, er politiets bistand til ansatte i helsevesenet viktig for å sørge for tilstrekkelig sikkerhet. Vi erfarer at det er av sentral betydning med god informasjonsutveksling i initialfasen for bistandsoppdrag mellom helsemyndighetene og politiet. Innlandet politidistrikt samhandler med helse i utvikling og implementering av Brøset Violence Cheklist (BVC). BVC er en internasjonal metodikk for analyse og avdekking av voldsrisiko og dermed kunne forebygge voldshendelser.
3. Etter alvorlige hendelser hvor helse og politi har vært involvert sammen, gjennomføre erfaringslæring i fellesskap.
4. Politidistriktet har vært med i forprosjektet Fact-Sikkerhet, som nå er implementert som eget fireårig prosjekt og tiltak som følge av lovendringen i 2017. Det har lenge vært en realitet for sikkerhetspsykiatrien, at populasjonen av dømte til behandling har vært jevnt økende. Når antallet av nye domfelte vesentlig overstiger antallet som får opphør av dom, har det stilt økende krav til de sikkerhetsenheter som er ansvarlige for behandling og rehabilitering av denne gruppen av pasienter, især da det samtidig medfølger et klart definert ansvar for ivaretagelse av samfunnsvernet.

I utskrivelsesfaser der pasienten er dømt til tvungent psykisk helsevern, kreves tiltak for å sikre forsvarlighet, god rehabilitering og så liten grad av opplevd tvang som mulig. For å lykkes, er det behov for langvarige og koordinerte tjenester, herunder samarbeid mellom pasient, sykehus, kommune og påtalemyndighet, med mulighet for rask retur til sykehus og tett behandlingskontakt. For å ivareta både samfunnsvern og rehabiliteringsfilosofi, krever slike utskrivningsfaser ryddige rammer, der man har mandat til å gjøre denne nødvendige jobben. Det er lagt vekt på samarbeid med politiet. Samfunnsvern er en stor del av ansvaret for innen sikkerhetspsykiatri og utførelse av tvang og makt ute i samfunnet krever samarbeid med politiet.

5. Det er og vil være behov for rettslige avklaringer, særlig knyttet til spørsmål som taushetspliktens grenser, avvergingsplikt og informasjonsplikt. Som eksempel kan det nevnes at Innlandet politidistrikt, sammen med juridisk enhet ved Sykehuset Innlandet har gjennomført undervisning for ansatte for å etablere lik forståelse av rettsreglene.
6. Revisjon av Helsetjenestens og politiets ansvar for psykisk syke – oppgaver og samarbeid. (Rundskriv 2012/007) særlig med fokus på ny tvangslov og evt. endringer i hjemmelsgrunnlaget for bruk av tvang hos både politiet og helsevesenet.

Innlandet politidistrikt har etablert et strategisk samarbeid både med Fylkeslegen i Innlandet (tidligere Fylkeslegen i Hedmark og Oppland) og Sykehuset Innlandet HF. Dette har vært konstruktivt og nyttig. En rekke avklaringer er blitt gjort, arenaer for samhandling og læring er etablert. Tidligere i år ble det undertegnet en strategisk samarbeidsavtale mellom Sykehuset Innlandet HF og Innlandet politidistrikt. I de strategiske møtene har utfordringer knyttet til rus, psykiatri og samhandling helse/politi blitt behandlet flere ganger. Det strategiske samarbeidet har bidratt til økt samarbeid på det operative området og det rettslige området.

Johan Brekke
Politimester

Johan Martin Welhaven
Påtalesjef

Dokumentet er elektronisk godkjent uten signatur.



Politidirektoratet
Postboks 2090 Vika
0125 Oslo

Deres referanse:
21/84670 - 2

Vår referanse:
21/84670-14

Sted, dato:
Bergen, 2. november 2021

Høring – oppfølging av forslagene til Tvangslovutvalget

Innledning

Det vises til Helse- og omsorgsdepartementets høring med forslag til lovendringer som baserer seg på forslagene som fremkommer i NOU 2019:14 (tvangsbegrensingsloven).

Tvangslovutvalget har i *NOU 2019:14 Tvangsbegrensingsloven* levert en omfattende utredning om hvordan tvangsbruken i psykisk helsevern kan reduseres. Helse- og omsorgsdepartementet inviterer høringsinstansene til å gi innspill til forhold som høringsinstansene ser som relevante faktorer for å lykkes med å implementere ny tvangslov.

Politidirektoratet og tre politidistrikt har gitt høringsuttalelse på Tvangslovutvalgets forslag. I det følgende gir vi kommentarer til departementets høringsnotat da politiets høringssvar synes avgrenset for stramt. Av samme grunn er det også nødvendig å berøre noe av innholdet i utvalgets rapport.

Kommentarer til departementets høringsnotat og utvalgets forslag

Departementet peker i høringsbrevet (s. 44) på at Politidirektoratet antar at forutsetningene om mindre tvang i helse og omsorgssektoren ikke nødvendigvis vil føre til økt ressursbruk for politiet. Dette synes å være en forenkling av det direktoratet faktisk har ment. Vest politidistrikt har en særlig bekymring for en forskyvning av behovet for tvangsmakt fra helse- og omsorgstjenestene til politiet dersom utvalgets forslag blir realisert. Vi viser til vårt brev av 25. februar 2021 til Politidirektoratet og Riksadvokaten, vedlagt for enkel referanse. I brevet peker vi på at endringen i lov om psykisk helsevern av 2017 om samtykkebasert behandling, kan ha gitt en økning i politiets psykiatrioppdrag og bevæpninger. Det har etter endringen også vært flere alvorlige voldsforbrytelser og drap der gjerningspersonene har vært utilregnelige som følge av psykisk sykdom.

Tvangslovutvalget viser i siste avsnitt på side 522 til Olsenuutvalget¹ der det i kapittel 6 heter:

¹ NOU 2010:3 Drap i Norge i perioden 2004-2009

"Når man tar hensyn til kjente risikofaktorer utover psykisk helse, er personer med psykisk lidelse ikke lenger like overrepresentert, eller ikke overrepresentert i det hele tatt, blant gjerningspersoner. Når vi skal vurdere sammenhengen mellom psykisk lidelse og drap, må vi derfor også ta hensyn til faktorer utover psykisk lidelse".

Det er viktig å understreke at Olsenutvalget også viser til at det er flere studier som har vist at personer med psykiske lidelser er overrepresentert i drapsstatistikken. Dette henger sammen med at personer med psykiske lidelser ofte i større grad en friske, er bærere av andre risikofaktor. Eksempler på slike faktorer er unge menn uten arbeid og leve- og oppvekstkår i områder med mye vold. Olsenutvalget viser videre til at 71 prosent av deres utvalg av personer som hadde drept, hadde en diagnostiserbar psykisk lidelse på gjerningstidspunktet, og at 75 prosent hadde en psykisk lidelse i løpet av livet.

Politiet stiller seg bak at personer med psykisk sykdom i stor grad ikke er farlige, men vil understreke at det finnes personer med psykisk sykdom som skårer høyt på risikofaktorer for vold og der psykisk sykdom synes å være en driver. Det er denne gruppen vi har omtalt i vårt brev av 25. februar 2021, og det er denne gruppen vi er bekymret for vil komme dårligere ut dersom utvalgets forslag blir realisert. Om disse skal ivaretas av helse- og omsorgstjenesten eller av politiet, går til kjernen av det politiet er opptatt av. Det må avklares nærmere hva slags virkemidler politiet skal benytte for å ivareta både samfunnsvernet og den psykisk syke i fasen mellom helse- og omsorgstjenestens avslutning av sin behandling og før alvorlige voldsforbrytelser eventuelt forekommer.

Politidistriktene kommenterte i høringssvaret til utvalgets forslag problemet med syke og farlige personer som faller mellom to stoler. Dette gjelder typisk personer som er for friske for tvangsinnleggelse men for syke for kriminalomsorgen eller politiarrest. Departementet peker på side 45 at det *"... vil ofte ikke være et spørsmål om det skal gripes inn fra samfunnets side, men om dette er en oppgave for helse- og omsorgstjenesten, eller om den må overlates til politiet"*. Videre peker departementet på at dagens regelverk allerede har et skille mellom regler som er begrunnet i hensyn til personen selv, og de som er begrunnet i hensynet til andre.

Departementet mener at en tydeligere markering av at det er ulike hensyn som begrunner ulike bestemmelser, kan bidra til å tydeliggjøre dette. Om departementet her går inn for en tettere lovmessig regulering mellom helse- og omsorgstjenesten og politiet, framstår imidlertid som uklart.

Utvalget behandler i kapittel 27.5 bistandsplikten for offentlig myndighet ved gjennomføringen av psykisk helsevern. Politiets bistandsplikt er nedfelt i lov om psykisk helsevern § 3-6.

Politiet har også en selvstendig plikt til å hjelpe syke etter politiloven § 12 og en selvstendig bistandsplikt hjemlet i politiinstruksen § 13-1. Politiet kan etter forskrift om psykisk helsevern § 7, bokstav d, begjære tvungen legeundersøkelse, tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern. Oppgavefordelingen og samarbeidet mellom helsetjenesten og politiet overfor psykisk syke er nærmere regulert i rundskriv IS-5/2012 som per nå er under revisjon.

Utvalget gjør imidlertid ingen vurderinger av hvordan deres forslag vil påvirke arbeidet og ansvarsforhold til blant andre politiet. Utvalget skriver; *"...om det er behov for en tettere*

lovmessig regulering, har ikke utvalget hatt en tilstrekkelig bred sammensetning til å gå nærmere inn i"².

Politiet har over år opplevd at hjemmelsgrunnlaget vårt er mangelfullt og uklart. Like fullt bruker vi store ressurser og ofte tvangsmakt for å håndtere personer med psykisk sykdom. Vi savner derfor en nærmere drøfting om behovet for en tettere lovmessig regulering mellom helse- og omsorgstjenesten og politiet. Departementets høringsnotat gir inntrykk av at dette er avklart, og at det kun handler om å henvise til det regelverket som allerede finnes og de aktuelle bestemmelsene, for å tydeliggjøre hvilke hjemler som brukes.

I vårt arbeid må vi ofte konstruere hjemmelsgrunnlag når psykisk syke opptrer utagerende og på en måte som er farlig, nedverdiggende og stigmatiserende i det offentlige rom. Atferd som er klare symptom på psykisk sykdom, må håndteres i henhold til lovverk som hjemler politiets handlingsrom. Politiet håndterer disse sakene med det formål å dels skjerme samfunnet dels skjerme disse personene fra stigma når helse- og omsorgstjenesten ikke gjør det. Ikke sjelden kommer disse personene igjen og igjen fordi våre virkemidler er kortsiktige. Dette gjelder også i tilfeller der vi bruker forskrift om psykisk helsevern § 7, bokstav d, til å begjære tvungen legeundersøkelse, tvungen observasjon eller tvunget psykisk helsevern. Denne bestemmelsen kan komme til hyppigere anvendelse om utvalgets forslag tas til følge. I dag fremstiller vi som oftest personen for legevakt, jf. forskriftens § 7. bokstav a. Bestemmelsene gir rom for tvungen observasjon, eller tvunget psykisk helsevern i inntil 10 dager. Erfaringen er at dette for mange er for kort tid.

Vår praktisering av lovverket overfor personer med psykisk sykdom, kan følgelig utgjøre et rettssikkerhetsproblem. Vi er bekymret for at dette kan øke i omfang, men er ikke stand til å vurdere konsekvensene av utvalgets forslag fullt ut. Vi er også bekymret for at departementets høringsnotat avgrenser for stramt, og at viktige konsekvenser av utvalgets forslag faller ut i denne høringsprosessen.

Kombinasjonen av psykisk sykdom, rus og voldelig adferd hos en person, er tilfeller politiet er særlig bekymret for, spesielt i partnervoldssaker. Politiets hovedstrategi er å forebygge. Det gjør vi ved bla å sette inn risikoreduserende tiltak. Når en farlig person regnes som utilregnelig, vil ikke politiet ha samme adgang til å bruke strafferettslige virkemidler overfor gjerningspersonen for å forebygge voldelige handlinger. I stedet må den fornærmede tåle inngripende risikoreduserende tiltak, som for eksempel voldsalarm og flytting på hemmelig adresse, noe som i stor grad rammer livskvaliteten til de fornærmede og medfører psykiske belastninger.

Det er også en overrepresentasjon av personer med psykisk sykdom blant dem som er radikaliseret og har en voldelig kapasitet. Det brukes mye ressurser fra politiets side på å forebygge dette. Lavere antall tvangsinnleggelser og mindre bruk av tvangsmedisinering vil medføre at flere personer vil kunne representere en reell fare ute i samfunnet. Det vil kreve mer ressurser fra politiets side å håndtere dette.

Vårt forslag til videre behandling av utvalgets forslag

Vest politidistrikt mener på denne bakgrunnen at det er uheldig at høringsinstansene hver for seg skal vurdere konsekvensene av utvalgets forslag. For det første er det krevende å få en fullstendig oversikt over hva forslagene faktisk innebærer da rapporten er svært omfangsrik. For det andre vil det føre til fragmenterte vurderinger der viktige

² Jf. pkt 27.5.2.

avhengigheter og sammenhenger ikke fanges opp. Politiet har et nært samarbeid med kommune- og spesialisthelsetjenesten. Hvilke konsekvenser forslagene får for kommunehelsetjenesten er det ikke mulig for politiet å mene noe om. Dermed vet vi heller ikke hvilket behov for bistand kommunehelsetjenesten vil få og hvordan dette vil påvirke politiets rolle overfor psykisk syke.

Vest politidistrikt foreslår derfor at det nedsettes et utvalg som får i oppdrag å gjøre en samlet konsekvensvurdering av forslagene. Utvalget må ha tilstrekkelig bred kompetanse til å gjøre vurderinger av blant annet hvordan endringene vil påvirket bistandsbehovet fra annen offentlig myndighet deriblant kommunene og politiet. Videre må utvalget settes sammen av personer med kompetanse til å gjøre vurderinger av behovet for en tettere lovmessig regulering av justisvesenets og helsevesenets roller og ansvar knyttet til psykisk syke. Målet må være å finne en god balanse mellom individuell behandling på den ene siden og samfunnsvernet på den andre siden.

Med hilsen

Kaare Songstad

politimester

*Dokumentet er godkjent elektronisk uten
signatur.*

Saksbehandler:

Morten Ørn

Driftsenhetsleder

Vedlegg:

Brev av 25. februar 2021 fra Vest politidistrikt til Politidirektoratet og Riksadvokaten

Politidirektoratet

Postboks 2090 Vika
0125 Oslo

Vest politidistrikt

Deres referanse:

Vår referanse:

Dato:

21/25037 - 1

25.02.2021

Kriminalitet og psykiatri

Psykisk syke personer med stort voldspotensiale er løftet fram som en utfordring i årets trusselvurdering (Politiets trusselvurdering-PTV). Vest politidistrikt er et av flere distrikt som har pekt på denne utfordringen og har bidratt med data til PTV på dette området. Vår vurdering er at politiet ikke bør være primæretat, men en viktig bidragsyter i arbeidet med denne kriminalitetstrusselen. Vi ønsker med dette brevet å løfte fram problemstillingen og understreke at virkemiddelet for å ta ned trusselen primært bør være forebygging. Politidistriktet mener at man bør ta initiativ til å se på behov for lov- og regelendring i helsesektoren på dette området.

I en rapport utarbeidet av Etterretningsseksjonen ved Vest politidistrikt fremgår det at det har vært en kraftig økning i antall oppdrag som involverer psykisk syke personer i perioden 2016 – 2019. Fra 1738 oppdrag i 2016, økte det til 3332 i 2020.

Vi ser også at det er en kraftig økning i antallet bevæpninger til slike oppdrag fra 45 i 2016 til 195 i 2020. Ordre om bevæpning er gitt i disse oppdragene fordi det har vært grunn til å tro at politiet kan komme til å stå overfor en situasjon som er *"særlig farlig for dem eller andre"*. Det er ikke økning av antall oppdrag hvor helseetatene ber politiet om bistand som bekymrer oss, men den generelle økningen av oppdrag som involverer psykisk syke personer. Oppdragene blir ofte utløst av meldinger om handlinger utført av personer som viser seg å ha utfordringer med psykisk sykdom.

I 2019 og 2020 hadde Vest politidistrikt henholdsvis 7 og 5 drap og tre drapsforsøk. Flere av disse er begått av personer med historikk innen psykiatri, og i flere av sakene var gjerningspersonen psykotisk på gjerningstidspunktet. I flere av tilfellene var det også nærhet i tid mellom utskrivning fra sykehus og drapshandlingen.

Vi mener det er grunn til å anta at den store økningen i antall oppdrag, herunder økningen i antallet oppdrag politiet har bevæpnet seg grunnet risiko for liv og helse, kan knyttes til endringer i lov om psykisk helsevern av 1. september 2017. Endringene skulle i hovedsak styrke pasientenes rettigheter og psykisk syke skulle ikke lenger bli innlagt eller behandlet mot sin vilje dersom de har samtykkekompetanse. Mye tyder imidlertid på at lovendringen har fått utilsiktede negative konsekvenser. Det er dessverre grunn til å tro at ett eller flere drap kunne vært unngått i 2019 og 2020 dersom helsevesenet hadde hatt andre fullmakter og kapasitet til å håndtere disse pasientene på en annen måte.

Vest politidistrikt

De funn vi har gjort knyttet til antall oppdrag og ikke minst funn gjort i flere drapssaker, gjør at vi mener lovverket må gjennomgås med sikte på å gi adekvate rammer rundt psykisk syke som har voldspotensiale. For oss ser det ut som om en lovendring med de beste hensikter - å ta ned risikoen for unødig tvangsbruk i psykiatrien - kan ha ført til flere tilfeller der denne pasientgruppen på grunn av sin psykiske lidelse utøver grov vold og drap. Det er ofte nær familie, venner og tidvis også tilfeldige ofre, som må tåle konsekvensene av dette.

Politiet har begrensede virkemidler for å møte en slik utfordring. Vi kan søke å begrense skadevirkninger gjennom god beredskap og lave responstider. Vi kan etterforske og dermed avklare hendelsesforløp og eventuelt følge opp med påtale og straff gjennom behandling i domstolene. Disse virkemidlene har begrenset preventiv effekt, og politiet må kunne sies å ha begrenset med forebyggende tiltak som har god nok virkning. Politiet må forebygge ved å løfte problemstillingen, og ved å samarbeide med andre offentlige etater om innholdet i fremtidige løsninger.

Vi har orientert Statsforvalteren og fylkeslegen i Vestland fylke om våre bekymringer. Vårt klare inntrykk er at bekymringene deles av Statsforvalter, herunder Fylkeslegen og helseforetakene. Statsforvalteren har gjennom Fylkeslegen påtatt seg å koordinere kontakten mot helseforetakene. Politiet har deltatt på felles møter og utvekslet informasjon.

Lovendringene i 2017

Vi er klar over at spørsmålet om bruk av tvang er en kompleks problemstilling og at lovendringen i 2017 ikke kan sees på isolert. Endringen må sees i lys av en utvikling over tid hvor styrking av pasientens selvbestemmelse og ønske om å redusere tvang i behandling står sentralt. Kontrollkommisjonene har vært gjenstand for kritikk, og det er også stor politisk interesse rundt disse spørsmålene. I tillegg er det også slik at kunnskap om og interesse for regelverket på dette området varierer blant helsepersonell, noe som pasientombudene har påpekt i sine årsmeldinger flere ganger. Manglende trygghet eller kompetanse kan føre til at regelverket tolkes for snevert for å være "på den sikre siden", altså at tvang ikke besluttet. Ved bruk av tvang i behandling er det også et underliggende spørsmål om tvangsbruken egentlig er et symptom på at det øvrige helsetilbudet til pasienten er for dårlig. Pasienten er for eksempel ikke utredet godt nok, eller det kommunale tilbudet er for mangelfullt.

Som det fremgår av forarbeidene til lovendringen av 2017 fremhevet flere av høringsinstansene at forslaget ville være vanskelig å praktisere, og at det kunne få uheldige konsekvenser. Det ble også påpekt at det var vanskelig å forutse i hvilken grad krav om manglende samtykkekompetanse ville påvirke bruk av tvang i praksis. Fagmiljøer som Psykologforeningen, OUS, Statens helsetilsyn og Legeforeningen kom med sterke faglige innvendinger mot forslaget, jf. Ot.prp. 147 L (2015-2016).

Her gjengis hva Legeforeningen uttalte:

"Legeforeningen ser at det på den annen side kan tenkes at en forsiktig, snever fortolkning av begrepet beslutningskompetanse vil føre til at en del pasienter, særlig ved psykosesykdom under utvikling, vil bli innlagt senere enn under nåværende regelverk. Man kan tenke seg at sykdom må utvikle seg i alvorlig grad og at funksjonsnivået må falle betydelig før tvang kan anvendes.

Hvis utfallet av den foreslåtte lovendringen blir at færre psykotiske personer, og særlig «nye syke», blir tatt imot til tvungent psykisk helsevern, kan konsekvensen bli alvorlig for pasientene og deres pårørende. Langvarige, ubehandlede psykoser kan føre til helseskade

på kort og lang sikt. Foruten å gi dårligere behandlingsutsikter så vil sen/ forsinket behandling også kunne medføre økt forekomst av alvorlig vold og alvorlig suicidaladferd."

De erfaringer vi har gjort oss i årene etter lovendringen underbygger dessverre innvendingene fra den gang. Vi mener det er grunn til å anta at bekymringene som legeforeningen gav uttrykk for, nå har blitt en realitet. Paradoksalt nok har en lovendring med formål å styrke pasientenes rettigheter, fått alvorlige negative konsekvenser for mange pasienter og deres pårørende. Det er sannsynlig at flere alvorlige voldssaker, også drap, kunne vært unngått. Vi mener at informasjonen med styrke peker i retning av at lovendringen i alle fall er en sterkt medvirkende faktor, og at det derfor er påkrevd med en snarlig revisjon av dette regelverket. Jeg anmoder derfor om at Riksadvokaten og Politidirektoratet går videre med denne viktige saken.

Med hilsen

Kaare Kjølberg Songstad
Politimester

Dokumentet er elektronisk godkjent uten signatur.

Kopi:

Statsforvalteren i Vestland	Statens hus, Njøsavegen 2	6863	LEIKANGER
-----------------------------	---------------------------	------	-----------

Mottakere			
Den høyere	Postboks 2102 Vika	0125	OSLO
påtalemyndighet,			
Riksadvokatembetet			