



Deres referanse:

Vår referanse:
19/17978

Sted, Dato
Oslo, 02.01.2020

HØRING - NOU 2019:14 TVANGSBEGRENSNINGSLOVEN - FORSLAG TIL FELLES REGLER OM TVANG OG INNGREP UTEN SAMTYKKE I HELSE- OG OMSORGSTJENESTELOVEN

Innledning

Formålet med utredningen har vært å foreta en samlet gjennomgang og utrede behov for revisjon og modernisering av regelverket om tvang i helse- og omsorgssektoren. Utredningen er omfattende og tar sikte på å samle hjemler og begrense bruk av tvang i psykiatri og rusomsorg.

Utredningen fremstår som meget omfattende og samvittighetsfull. Politiet har ingen kompetanse eller kunnskap vedrørende hensiktsmessig behandling av syke. Oslo politidistrikt har naturlig nok ingen synspunkter på hva som er hensiktsmessig medisinsk behandling av psykisk syke. Å ta hånd om denne gruppen er imidlertid en daglig beskjeftigelse for politiet, som også bruker svært store ressurser på å bistå helsemyndighetene i deres bestrebelser på å gi tjenlig behandling.

Samhandling med helsevesenet – herunder de mange problematiske forholdene som oppstår – omfatter forhold som politiet har tatt opp med helsevesenet i mange år, så som manglende hjemler, uklare hjemler, og uheldig bruk av politi ovenfor psykisk syke. Utredningen har dermed nærhet til oppgaver politiet bruker veldig mye tid og kapasitet på. Det er derfor med en viss skuffelse at det må konstateres at utvalget i liten grad har hatt kompetanse eller for den saks skyld empiri fra politiet. Vi har også merket oss at mens politiet har tatt til orde for at det er behov for å legge til rette for at helsevesenet selv kan gjennomføre egne tvangsvedtak uten å benytte politi, er utredningens fokus å begrense tvangen i helsevesenet. Dette er vurderinger og målsettinger som selvsagt fremstår som gode og humanitære, og som politiet i utgangspunktet ikke har noe med, forutsatt at politiet ikke i enda større grad må bistå helsevesenet med tvang enn det som gjøres i dag. Og vi er skeptiske til om denne målsettingen er realistisk, idet den så vidt vi kan forstå forutsetter at helsevesenets verktøy eller pasientene selv endres i stor grad.

Mens helsevesenet har et *individfokus*, skal politiet også ivareta *samfunnsvernet*, som ikke sjelden krever polisier inn gripen ovenfor personer som er syke. Slik inn gripen vil ofte berøre

eller kollidere med personvern og selvbestemmelse for en behandlingstrengende person. I utredningen er det knapt vist til begrepet "samfunnsvern". I den nærmere omtalen har utvalget kun anført følgende:

Reglene skal også ivareta samfunnsvernet. Utvalget har ikke hatt en sammensetning til å gå med tilstrekkelig dybde inn i disse reglene. (Pkt. 5.5.2).

Dette er både overraskende og skuffende. Sett fra politiets side er det vesentlige spørsmål som ikke er blitt behandlet når et stort lovarbeid ble igangsatt. For "folk flest" er nok nettopp samfunnsvernet en vesentlig størrelse, og vi vil mene at inngripen ovenfor psykisk syke er et område hvor samfunnsvern og individvern støter sammen på en måte som krever klare og gode regler.

Oslo politidistrikt vil derfor redegjøre litt nærmere for forhold som er praktiske for politiet, og som knytter seg til forståelsen av politiets og helsevesenets adgang til å bruke tvang ovenfor psykisk syke, fra henholdsvis politiets og helsevesenets side. Det er en vanlig forekommende situasjon at helsevesenet ber om bistand til tvang fordi de anfører at de selv mangler hjemmel for å gripe inn (til tross for at det foreligger tvangsvedtak) – men hvor heller ikke politiet har hjemmel. Dels skyldes dette at helsevesenet etter politiets mening oppfatter egne hjemler for avgrenset, har feilaktig oppfatning av politiets hjemmelssituasjon, og dels at det faktisk finnes et "hjemmelstomt" rom i maktbruk ovenfor pasienter, hvor det er forventet at politiet må og skal agere. Situasjonen medfører uheldige situasjoner, hvor det er politiet som må strekke sine hjemler for å få et resultat som er tjenlig for alle – ikke minst den behandlingstrengende. Oslo politidistrikt har siden 2006 fremholdt behovet for klarere og harmoniserte regler.

Vi har også talløse eksempler på at åpenbart syke og meget hjelpetrengende mennesker blir avvist av helsevesenet pga at helsevesenet mener de mangler rettslig grunnlag for å ivareta dem, og hvor den hjelpetrengende ender opp i politiarresten som et rent livreddende tiltak.

Videre er det eksempler på syke og farlige personer som faller mellom to stoler – de er for syke for kriminalomsorgen, men for "friske" for innleggelse/tvangsbehandling og pasienten motsetter seg frivillig behandling. For å ivareta samfunnsvernet – som er en åpenbar plikt, jf over - må politiet likevel engasjere seg på ulike måter, ovenfor vedkommende selv, evt familie eller andre som er skadelidende. Politiet er da henvist til å forsøke å få flere pasienter dømt til behandling for å ivareta samfunnsvernet. For øvrig er politiets eneste virkemidler utover voldsalarm og begjæring om tvangsinnleggelse "forebyggende samarbeid".

Om "nødvendig bistand"

Av særlig relevans for politiet er utredningens pkt. 27.5 som omhandler "Bistandsplikt for offentlig myndighet i gjennomføringen".

Her er det vist til psykisk helsevernloven § 3-6, 2. ledd, som pålegger politiet en plikt til å bistå når det er nødvendig. Videre er det det vist til "fellesrundskriv" fra 2012, hvor det er nedfelt at bistand fra politiet «først og fremst» vil være nødvendig i følgende tilfeller:

«Ved behov for fysisk maktutøvelse utenfor institusjon, eller

når en person antas å ville påføre seg selv eller andre skade og helsepersonell ikke er i stand til å avverge dette, eller

når det er nødvendig å bane seg adgang til hus, rom eller annet lokale, jf. politiloven § 12 tredje ledd.»

For egen del viser vi også til politiloven § 2 nr. 5, som pålegger politiet å "på anmodning yte andre offentlige myndigheter vern og bistand under deres tjenesteutøvelse når dette følger av lov eller sedvane". Videre har politiet en selvstendig plikt til å bringe syke til helsepersonell, jf. politiloven § 12.

Selv om vi holder utenfor tilfeller hvor politiet kommer til stedet for å bistå helsepersonell som befinner seg i en akutt farlig situasjon, er fortsatt politiets bistand til helsevesenet omfattende. En undersøkelse foretatt i Oslo politidistrikt for januar 2018, viste planmessig bistand til helsevesenet i 205 oppdrag. Hvert oppdrag kan ta flere timer, og involvere en eller flere patruljer, hver bemannet med to til tre tjenestepersoner. Det er ingen tvil om at dette er meget ressurskrevende for politiet, og fortrenger løsning av andre oppgaver.

Mange av disse oppdragene gjelder personer med voldspotensiale, og hvor helsevesenet ikke kan greie å håndtere vedkommende selv. Det kan gjelde personer som skal hentes hjemme for innleggelse på tvang, men kan også være hendelser på institusjoner. Flere anmodninger gjelder likevel politiets bistand til å få fraktet personer undergitt tvangsvedtak mellom institusjoner, hvor behandlingsinstitusjonen mener at de ikke har noen hjemmel for å undergi pasienten tvang, fordi pasienten i en kortvarig periode under transport befinner seg "utenfor institusjon", eller at pasienten befinner seg på institusjonens område, men utenfor bygningen, eller utenfor institusjonens område med følge av ansatte. Det er mao ikke primært pasientens voldspotensiale som er avgjørende for om politiets bistand er nødvendig i planlagte oppdrag, men helsevesenets forståelse av hvor langt egne regler rekker. Utvalget har vedr dette vist til forarbeidene i psykisk helsevernloven i pkt. 27.5.2, og anført:

Utvalget vurderer at psykisk helsevernloven § 3-6 andre ledd er uklart utformet ved at den generelle uttrykksmåten «offentlig myndighet» – som vi har sett rekker langt – benyttes også der bistand må ytes ved hjelp av tvang, jf. siste punktum. I forarbeidene presiseres imidlertid at bistandsplikten «relaterer seg til den enkelte myndighets oppgaver»:

«For eksempel vil politiets bistand være påkrevet dersom det er nødvendig å ty til bruk av fysisk maktutøvelse utenfor institusjon.»¹

I rundskriv gjentas dette og at helsepersonell bare kan bruke makt utenfor institusjon i «nødrettssituasjoner».²

Politiets bistand skal mao være "nødvendig".

Oslo politidistrikt rettet 27. januar 2015 en henvendelse til Politidirektoratet som ble videresendt Helsedirektoratet. Her bes det blant annet om en klargjøring av "helsevesenets forståelse av egen adgang til bruk av makt, og hvor langt maktadgangen strekker seg for henholdsvis helsevesen og politi." (Oslo politidistrikt sak 201500739), idet dette har en åpenbar betydning for hva som er "nødvendig".

Videre fremgår det av brevet bl.a. følgende:

¹Ot.prp. nr. 65 (2005–2006)

²Helsedirektoratet, IS-1/2017, s. 46

Politiet er et maktorgan med vidtgående og unike fullmakter, men har ingen selvstendige hjemler i eget lovverk som gir oss anledning til å bruke makt i forbindelse med tvangsmedisinerings osv.

Utgangspunktet for politiets bistand til helsevesenet er slik vi ser det at helsevesenet har et lovlig maktgrunnlag (tvangsvedtak), og at politiet som et "lovlig" bistandsorgan bistår med å effektivere dette når vår bistand er *nødvendig*.

Når politiet blir anmodet om bistand til et behandlingstiltak/undersøkelsestiltak, vil politiet be om begrunnelse for hvorfor bistanden er nødvendig, og nedtegne svaret. Ikke sjelden svares det at helsevesenet ikke har hjemmel til å bruke makt. Dette er en komplisert begrunnelse sett fra politiets side. Dersom helsevesenet mangler hjemmel, har heller ikke politiet noen hjemmel for maktbruk, med mindre situasjonen er akutt og slik at politiets "egne" hjemler for å bruke makt da er tilstede – politiloven § 6, 7, 12 mv. – mao slik at det har oppstått en situasjon hvor politiet har ansvar for å gripe inn for å ivareta sikkerhet osv.

Vi oppfatter at anførselen fra helsevesenets side om at de "mangler hjemmel" knytter seg til oppfatning av hva som er "lovlig" maktbruk fra helsevesenets side, i en situasjon hvor det i utgangspunktet er rettslig grunnlag for å bruke makt i medhold av lov om psykisk helsevern. Noen legger terskelen for hva som anses som maktbruk svært lavt og kan ikke ta i pasienten for å geleide, andre viser til at maktbruk bare kan skje på spesielle institusjoner. En slik forståelse stiller åpenbart store krav til politiets ressursbruk. Det er altså ikke alltid et spørsmål om hva helsevesenet konkret føler seg kapable til uten bruk av "politimuskler", men også *hvor* maktbruken skal skje.

(..) Et eksempel er en pasient på skjermet avdeling på sykehjem som skal ha regelmessige antipsykotiske depotinjeksjoner. For å spare pasient for slitsom transport til DPS eller annen "riktig" institusjon kommer helsepersonellet til pasienten, men anser at de ikke kan benytte noen form for makt ovenfor pasienten om han motsetter seg injeksjonen, fordi han ikke befinner seg på "riktig" sort institusjon. Det anses at personalet på sykehjemmet heller ikke kan bistå personalet fra DPS, slik at politiet helt regelmessig og over flere år må gi bistand, også selv om politiet skulle anse at den påkrevde maktbruken – og dermed nødvendigheten – er svært beskjeden. Et annet eksempel er at politiet kontaktes for å hente inn en i utgangspunktet medgjørlig pasient som har tatt seg ut av bygningen og står i hagen, mens det hevdes at de ansatte ikke "har lov til å bruke makt utenfor institusjonen". Vi mener at dette ikke er en riktig lovforståelse. Mener helsevesenet å ha en hjemmelsmangel i denne situasjonen, er det ikke nødvendigvis slik at politiet har adgang til å gripe inn. Vi er kjent med psykisk helsevernloven § 3-5, men mener det kan anføres at evt mangler i forhold til de kravene som stilles for tvangsmessig behandling i eller utenfor godkjent institusjon mv, ikke kan tilfredsstilles bare fordi det er politiet som håndterer pasienten. For politiet er det også en realitet at politiloven § 6, 4. lodd ikke representerer en selvstendig hjemmel til alltid å bruke makt i polisier tjeneste. Det kan nesten se ut som om helsevesenet har innskrenket adgangen til maktbruk fra behandlende personell ganske mye uten helt å ta inn over seg at politiets handlingsrom på dette området ikke er ubegrenset.

Politiet må ha en rettslig adgang til å bistå. Dette må knyttes til hva som er "nødvendig". Vår vurdering er at hva som er "nødvendig bistand" fra politiets side må forstås på bakgrunn av at helsevesenet *har* egne hjemler til å bruke tvang/makt, og at politiets egne ikke vil alltid være tilstrekkelige.

Oslo politidistrikt anførte videre i samme brev at

Det er vanskelig for våre operasjonsledere å forstå at det kan eller skal gis bistand til helsevesenet enten utfra det som fremstår som formalbetraktninger om *hvor* maktbruken skal skje, og/eller fordi det anses at hjemlene ikke strekker til selv meget mild form for maktbruk som "geleiding", i tilfeller hvor dette er tilstrekkelig. Vi mener at kravet om nødvendighet tilsier at det

må gis en faktisk og konkret begrunnelse for bistandsbehovet, og at helsevesenet ikke kan hevde seg helt ute av stand til å "ta" i pasienter, selv når de er utenfor institusjonen.

Når en bistandsanmodning fra helsevesenet innkommer, vil politiet kort kontrollere at det foreligger et vedtak, og at anmodningen fremmes fra et riktig nivå. Vi vil ha notoritet om hvorfor bistanden er "nødvendig". I dette ligger som det vil ha fremgått over behovet for en konkret begrunnelse knyttet til person og situasjon, og at helsevesenets egne muligheter er forsøkt eller vurdert. Er det nødvendig med bistand, vil politiet bistå, og innenfor rammen av fellesrundskrivet pkt 4, hvor det fremgår at bistandsanmodningen skal inkludere informasjon om "hvorfor bistand fra politiet anses nødvendig", herunder også informasjon om tidligere adferd og andre aktuelle risikofaktorer". Fellesrundskrivet angir også at det i utgangspunktet er politiet som avgjør på hvilken måte og med hvilke midler bistandsoppdraget skal gjennomføres.

(...)

Oslo politidistrikt ber om at det snarest mulig ovenfor helsevesenet tydeliggjøres politiets behov for å handle innenfor tilstrekkelige hjemler, herunder hva som anses som "nødvendig bistand", og politiets behov for å få en konkret og individuell begrunnelse for bistandsanmodningen.

Helsedirektoratet besvarte brevet, men på en slik måte at det ble ansett som påkrevet med et oppfølgende brev 11. september 2015. Her er det fra Oslo politidistrikts side anført følgende:

Oslo politidistrikt har i sitt brev anført at politiet bistår helsevesenet i kraft av sin kapasitet, ikke for å skaffe helsevesenet hjemmel for bruk av makt når helsevesenet selv mener å "komme til kort" hjemmelmessig. Oslo politidistrikts synspunkt er at politiet i bistandsoppdrag av den typen som er omhandlet her heller ikke har hjemmel for tvang - når den som ber om bistand heller ikke har. Det er ingen hjemmel i politiloven som angir at politiet har rett til å bruke tvang for å medvirke til gjennomføring av behandling. Når vi bistår, "låner" vi hjemlene til den som ber om bistand. Når helsevesenet ber om bistand til gjennomføring av behandling med tvang, fordi de opplyser at de selv ikke har anledning til å bruke makt på det stedet behandlingen ønskes foretatt, er politiet utenfor sin ramme for legitim maktbruk. Da synes både helsevesenet og politiet å være i en situasjon hvor ingen kan bruke makt.

Dette er i og for seg en alvorlig situasjon, tilsynelatende også helt ufornuftig, og det er dette som vårt brev handler om, og som ikke kan sees kommentert eller omtalt på noen måte. At det vises til rundskrivet som fastslår at det er helsevesenet som beslutter hva som er nødvendig, løser ikke dette. Et rundskriv har dessuten lav rettskildemessig trinnhøyde, og er uansett ingen hjemmel for politiets maktbruk. Selv om det "fremgår klart av rundskrivet at det er behov for politibistand ved fysisk maktutøvelse utenfor institusjon", er ikke et opplevd behov fra helsevesenets side det samme som en hjemmel for politiet.

(..)

Dersom det da er slik at man ved tvangsmessig behandling har behov for maktbruk, og hverken helsevesenet eller politiet mener å ha hjemmel for dette, er jo da spørsmålet om hvordan denne "mangelen" skal utbedres. En mulighet er å endre politiets hjemler, en annen er å tydeliggjøre helsevesenets hjemler. Det som er anført fra Oslo politidistrikt tidligere er at når helsevesenet er komfortable med selv å utøve tvangsbruk på noen institusjoner, men ikke andre, er det muligens hensiktsmessig å se på om "geografiske" kriterier for tvangsbruk er det beste. Å legge alle inn på den "riktige" typen institusjoner er sikkert også en mulighet, som antydnet i Helsedirektoratets brev, men vil utvilsomt være en ressurskrevende løsning, som kanskje heller ikke alltid er til pasienters beste.

Vi forstår at Helsedirektoratet ikke kommenterer eller griper inn i konkrete saker, men det er likevel slik at konkrete saker er gode eksempler på aktuelle problemstillinger. Pasienten på

sykehjem som skal ha depotmedikasjon en gang i måneden i overskuelig fremtid er nevnt fra vår side, og slik vi forstår Helsedirektoratets brev er svaret og enten fortsette med politibistand i all fremtid, eller å vurdere flytting til annen institusjon hvor helsevesenet kan utøve tvang. I denne konkrete saken skrev Oslo politidistrikt til den behandlingsansvarlige institusjonen at vi ikke lenger kunne bistå med dette oppdraget fordi vi anså at også politiet hadde hjemmelsmessige problemstillinger, og at andre praktiske løsninger var fullt mulige. Vi anmodet om at det aktuelle DPS klaget på vår beslutning, og vi sendte kopi av saken til Fylkeslegen. Vi har ikke hørt noen ting, men registrerer at DPS har mottatt vår beslutning, og innrettet seg på en annen måte: Pasienten sendes nå med ambulanse til Ullevål sykehus for å bli medisinert der. Av vår logg fremgår at politiet har fått noen minutters varsel til å møte etter at legen anførte at det var helt nødvendig med bistand fra politiet, og at tidligere bistand som var gitt på sykehjemmet nå var "omgjort" til å bistå med transport mv til sykehus. Det ble også gitt uttrykk for at pasienten skulle observeres i tre timer etter at han var medisinert, men det at det var " greit" at politiet ikke ventet på sykehuset i disse tre timene. En patrulje ble imidlertid tilkalt da pasienten skulle returneres til sykehjemmet for å følge denne transporten. Av loggen fremgår at pasienten ikke satte pris på "utflukten", og at han var urolig.

Denne løsningen involverer svært mange mennesker og også materiell – den er således ressurskrevende. I tillegg må det vel kunne antas at pasienten ikke opplevde dette som en forandring til bedre, og trolig ikke verdsatte regelverkets fokusering på geografi. Uansett ender enhver tilnærming med at pasienten får en sprøyte med medisin som det er lovlig besluttet at han *skal* ha. I alle fall fra et legmannssynspunkt synes mye å tale for at belastningene rundt dette minimaliseres så mye som mulig for alle involverte.

Dette brevet kan ikke sees å være besvart.

Oslo politidistrikt vil også anføre at det på mange institusjoner som ikke er godkjent for tvangsbruk likevel er nødvendig å bruke makt. I den senere tid er det særlig satt søkelys på situasjonen med utagerende demente i sykehjem og omsorgsboliger. Som en etat med helt andre oppgaver enn helsevesenet er det for politiet vanskelig å se på kravene til "geografi" – hvilke institusjoner som er godkjent for tvang – som så vidt ufravelige som de synes å være nå. Det ender jo med tvang, men fra representanter for en etat som ikke har medisinsk bakgrunn.

Vi vil også gi uttrykk for at det er nokså frustrerende at mange år med brevskrivning om behovet for hensiktsmessige avklaringer for så vidt gjelder grensesnittene mellom politiets og helsevesenets adgang til å bruke makt ikke leder til noen avklaringer, men tilsynelatende "bare" en innskrenkning av helsevesenets adgang til å bruke makt, uten at det erkjennes at i den grad helsevesenet bruker mindre makt, er det all grunn til å tro at jo mer vil det bli nødvendig å tilkalle politiet - med mindre det legges til grunn at psykiatriske pasienter vil endre seg, eller nye behandlingsmetoder medføre en radikal endring som reduserer behovet for tvang vesentlig.

For vår del er det også et tankekors av mens maktbruk i helsevesenet er underlagt strenge rapporteringskrav, vil politiets maktbruk neppe bli rapportert av helsevesenet, og omfanget av maktbruk ovenfor psykisk syke vil bli tilslørt.

Særlig om transport av pasienter underlagt tvang

I utredningen fremgår det at utvalget mener at politiet brukes til å frakte pasienter "på en uheldig måte" (27.5.2).

At bruk av politi også har negative sider og da ikke bare ressursmessig for politiet, er likevel åpenbart. Å koble inn ordensmakten kan generelt oppleves krenkende og uverdig for så vel den hjelpetrengende personen som pårørende, og i enkelte tilfeller også bidra til å eskalere situasjonen. I nevnte rundskriv om samarbeid og oppgavefordeling er slike spørsmål omtalt. Det kan også vises til ulike initiativ som egen psykiatriambulansse i denne sammenheng. Om det er behov for en tettere lovmessig regulering, har ikke utvalget hatt en tilstrekkelig bred sammensetning til å gå nærmere inn i.

Politiet er oppmerksomme på at det for mange – både den behandlingstrengende og pårørende – vil det kunne være traumatiserende at uniformert politi møter og intervensjoner i en vanskelig situasjon. Mens fellesrundskrivet anbefaler et sivilt politi i størst mulig grad, gir helsepersonell ofte uttrykk for at det er politiuniformen som er "nyttig" i en opphetet situasjon. Uansett vil politiet praktisk talt alltid være uniformert i bistandsoppdrag til helsevesenet. Dette har å gjøre med egensikkerhet, og også at personellet som benyttes er uniformert IP-personell, som ikke har mulighet for å skifte før og etter oppdrag. Vi er ubetinget enige i at hverken politibiler eller regulære ambulanser er hensiktsmessig for transport av syke, og at det finnes enda mer kompetent personale til å utføre transporten.

Det vil være kjent at bl.a Helse Bergen i over ti år har hatt en velfungerende "psykiatriambulansse". Oslo politidistrikt har over lang tid forsøkt å få Oslo universitetssykehus HF – som har ansvar for prehospitale tjenester (her ambulansetjenester) til i det minste å vurdere å iverksette en prøveordning med et tilpasset kjøretøy, bemannet med psykiatriske sykepleiere etter mønster fra Helse Bergen. Dette har ikke latt seg gjøre, til tross for flere møter og adskillig korrespondanse.

Det synes hensiktsmessig her å vise til vårt brev av 11. september 2017, til RHF Sør-Øst, hvor Oslo politidistrikt foreslo tiltak for å begrense bruk av politi ovenfor psykisk syke (vår sak 201717289). Det ble bl.a anført:

Oslo politidistrikt bruker årlig store ressurser for å bistå helsevesenet med deres ivaretagelse av psykisk syke. Dette høres til politiets lovfestede bistandsoppgaver, jf også Fellesrundskriv 2012/007. Her understrekes også at politiet må utvise særlig hensynsfullhet fordi politinærværet er belastende for pasienten og evt pårørende. En annen konsekvens av å benytte politibistand er at politiet ofte vil forsinke helsetjenesten i deres planlagte oppgaveutførelse, fordi det ikke er ledige politiresurser.

Politiets bistand vil noen ganger dreie seg om å rykke ut og bistå helsepersonell som har kommet i en truende situasjon, eller ikke er i stand til å gjennomføre eget vedtak om tvangsbehandling, andre ganger for å bistå med planlagte oppdrag. I tillegg til inngripen på stedet, følger gjerne politiresursene med til institusjon, og noen ganger også inn på avdeling/behandlingsrom.

Allerede i 2010 (Innst. 184 S) behandlet Stortinget forslag om å innføre psykiatrisk ambulansetjeneste etter modell fra Helse Vest. Det var tilslutning, også fra høringsinstansene, til å innføre dette over hele landet, men forslaget ble nedstemt i Stortinget. I 2015 ble det inngått en samarbeidsavtale mellom regjeringspartiene og Vestre om "grunnlaget for et fremtidsrettet, robust nærpolti" hvor det ble forutsatt at det skal skje en "overføring av oppgaver" til andre aktører, bl.a. "transport av psykisk syke ("psykebil") til helsevesenet".

Videre ble det i Regjeringens oppdragsdokument til helseforetakene i 2014 anmodet om at det i treårsperioden 2014-2016 ble gjennomført prosjekter for å få ned bruken av politi når psykisk syke skal transporteres, og det ble gitt midler til dette. Det skulle rapporteres på iverksatte tiltak. Til tross for at psykiatriambulansse har vært i drift i mange år i Helse Vest, og

med stor tilfredshet, ble det ikke gjennomført noe forsøksprosjekt vedr slik tjeneste for AMK og ambulanseavdelingen ved Oslo universitetssykehus HF, som dekker 1,5 millioner innbyggere i landets mest befolkningstette områder (Oslo, Akershus og Østfold). Andre helseforetak har gjort forsøk med psykiatriambulanse.

Oslo politidistrikt registrerer at det utføres svært mange bistandsoppdrag til helsevesenet som det er vår oppfatning kunne blitt utført bedre med eget personell med kjøretøy som er tilpasset behovet. Politiet benytter ikke sine kjøretøy til slik transport bl.a. av hensyn til pasient og pårørende, og helsevesenet har ofte vanskeligheter med å stille egnet bil til rådighet. Enten benyttes ambulanse med kostbart utstyr, herunder også med farlige gjenstander som saker og kniver, eller det kommer biler som er relativt uegnet. Det er vanskelig å tenke seg noen del av landet med et større grunnlag for hensiktsmessig drift av eget kjøretøy med personell med kompetanse på å forholde seg til utagerende pasienter enn her. En slik ordning ville betydd mye for politiets ressursutnyttelse, og trolig også for omsorgen for en utsatt pasientgruppe

Til tross for mange møter med ulike parter i RHF Sør-Øst og HF OUS, har det ikke skjedd noen utvikling i saken. Oslo politidistrikt synes det er beklagelig at utvalget ikke har funnet anledning til å se på pasienttransportordninger som vil bidra til å redusere tvangsbruk i stor grad – og sikre at den tvangen som blir utøvd i forbindelse med tvangsbruk, blir protokollert – noe som det er grunn til å tro ikke skjer i dag. Dersom politikernes ønsker om en slik tilpasset tjeneste for psykisk syke skal bli innført der det er mulig og hensiktsmessig, må det åpenbart besluttes på et høyere nivå. Det er derfor som påpekt innledningsvis beklagelig at utvalget kun anfører at det ikke har hatt en tilstrekkelig bred sammensetning til å gå nærmere inn i spørsmålet.

Om hjelpetrequende som faller mellom to stoler

Utredningen vektlegger pasienters selvråderett og påpeker individenes lovfestede rettigheter til selvbestemmelse, bevegelsesfrihet osv. De mange dilemmaene som oppstår i behandling av personer som er for syke til å ha god situasjonsforståelse og dømmekraft kan politiet ikke mene noe om, men vi synes utvalgets forslag vedrørende fjerning av diagnoser og diagnosenære vilkår for behandling av personer uten beslutningskompetanse, slik at det "bare" er krav om "sterkt behov" for tiltak er hensiktsmessig. Det springende punktet blir da hvor terskelen for beslutningskompetanse blir lagt. Utvalget selv gir uttrykk for at "alle personer i utgangspunktet skal anses som beslutningskompetente og at en påstand om manglende beslutningskompetanse må begrunnes konkret og individuelt."

Dette kan politiet ikke være uenige i. Men som nevnt innledningsvis er det slik at politiet i stor grad er "første enhet på stedet" når en person er i fare. Politiet har også en lovpålagt plikt til å redde liv. Vi har mange erfaringer rundt det å skaffe profesjonell bistand til personer politiet mener er i stor og akutt fare, men motsetter seg behandling. Fra vårt ståsted synes det som forståelsen av kravene til beslutningskompetanse må oppfattes dynamisk og avveies mot tiltakets nødvendighet.

Vi finner grunn til å redegjøre for en slik hendelse, som ikke er unik, som et eksempel på politiets dilemmaer når helsevesenet avviser at det grunnlag for tvang, og gjengir fra vårt brev til den aktuelle helsemyndigheten (vår sak 201814264). Saken gjelder en ung kvinne, som politiet over en tre måneders periode hadde mye kontakt med, som følge av selvskading og selvdropsforsøk. En natt ble hennes situasjon akutt forverret og dramatisk.

Ved midnatt natt til y ble NN hentet i veibanen i X-gate, åpenbart forvirret, barbert og i en slags pysjamas. Meldere til politiet mente at hun forsøkte å ta livet sitt, og hun ble "pågrepet" og lagt i

bakken av forbipasserende, som holdt henne inntil politi og deretter ambulanse kom. Det ble opplyst til politiet at hun hadde blitt utskrevet fra X sykehus noen timer tidligere. Ambulansen tok hånd om NN, og forlot stedet med henne.

Nokså nøyaktig to timer senere får politiet melding om person som vil hoppe fra broen X. Forbipasserende og politiet får tak på henne før hun får hoppet – som hun gjør gjentatte forsøk på – og hun ble tatt med til legevakten kl. 0221. Hun ble undersøkt av dr. X, som besluttet at hun skulle dimitteres.

Kl 0309 får politiet flere meldinger om en kvinne som går barbert iført pysj på [meget travelt trafikknutepunkt]. Meldere opplyser at kvinnen virker redd. På et tidspunkt har hun klatret opp i [stor høyde]. Noen hadde også satt seg selv i fare ved å forsøke å klatre etter henne. Alle nødetatene kommer til stedet, og etter noen tid har det lykkes personell fra brann og politi å få tak på henne, og tatt henne med ned til bakken. NN var så vidt fast bestemt på at hun ville hoppe fra [stor høyde] at politiet ikke fant noen hensikt i å tilkalle våre forhandlere som er vanlig i en situasjon som dette. De mente at enten fikk redningspersonalet tak på henne raskt, eller hun ville hoppe. NN hadde i løpet av klatringen fått strøm i seg, og blitt håndtert av både politi og redningspersonell. Hun klaget over smerter, og var oppskrapet i ansiktet.

For tredje gang på kort tid ble NN fremstilt på legevakten, men dr X som på nytt undersøkte NN mente at hun åpenbart var en fare for seg selv, men ikke psykotisk. Vilåårene var derfor etter legens mening ikke oppfylt for tvangsinnleggelse/tvungen legeundersøkelse.

NN var barbert, tynnkledd, forkommen, forvirret og redd. Politiet kunne ikke akseptere at hun på nytt skulle ta seg ut i byen og gjøre nye forsøk på selvdrap. Den eneste muligheten for å ta hånd om NN slik politiet så det var å sette henne i politiarresten, hvor det er varmt, mat, personell, videoovervåking og kontroll.

Det ble klarert med legen at det ikke var noen helsemessige innvendinger mot å sette NN i arrest. Politiarresten er likevel ikke et sted å plassere syke og hjelpetrengende personer. Vårt arrestpersonale er erfarent, men ikke helsepersonell. Det er en krevende situasjon også for dem å ta hånd om syke.

Det er naturlig nok strengt lovregulert å sette folk i arrest, og for å få til dette ble det opprettet en straffesak mot NN for ordensforstyrrelser, og lagt til grunn at det forelå fare for gjentakelser.

Neste dag ble NN avhørt, og redegjorde for en langvarig psykiatrisk lidelse, og det som synes som en tiltakende forverring de siste ukene. Hun redegjorde for et sterkt og vedvarende ønske om å dø, som hun oppfattet var det alle mente hun burde, og som hun selv var enig i. NN har et behandlingstilbud ved DPS, men har vært innlagt ved akuttpsykiatrisk avdeling ved X, som det kan se ut som om hun forlot barbert og i pysj lørdag [samme dag]. Hun ga uttrykk for liten tillit til helsevesenet, og mente også at timene i arresten hadde vært en stor belastning. Slik politiet ser det, ville NN trolig lykkes med sitt forsett om å ta livet av seg.

Sett fra politiets side er det vesentlig her å gjengi deler av helsevesenets svar på vår henvendelse, hvor det signaliseres en viss maktesløshet:

"Begge legene vurderer at pasienten har en kronisk forhøyet selvmordsrisiko, som har eskalert denne aktuelle natten. Til tross for dette vurderer begge legene at pasienten fremstår samtykkekompetent, og av denne grunn ikke finner grunnlag for ny akuttinnleggelse på psykiatrisk avdeling innenfor Lov om psykisk helsevern. (..)

Det er klart at dette også for oss i primærhelsevesenet er et betydelig, og til tider uoverkommelig etisk dilemma, en person som åpenbart fremstår syk og behandlingstrengende, men som ikke

ønsker å ta imot hjelp, og ifølge rådende lovverk så er pasientens samtykke til hinder for at man kan bruke tvangsparagraf og legge henne inn på nytt i akuttpsykiatrisk avdeling. (...).

At helsevesenet deretter angir at det ikke er noe til hinder for å sette vedkommende i politiets arrest, er jo et godt resultat for så vidt gjelder lojalitet til integritetsvernet i psykisk helsevernloven, men neppe det beste for pasienten.

Avslutning

Politiet frykter at et politisk ønske om å redusere bruk av tvang i helsevesenet fører til en økt bruk av tvang, samt en kriminalisering av pasienter, i politi og påtalemyndigheten. Dels ved at pasienter i større grad sykner inn mens de er ute og blir til en bekymring/fare for sine omgivelser, herunder pårørende, naboer og samfunnet for øvrig. I mangel av virkemidler i psykisk helsevernloven blir politiet tvunget til å produsere straffesaker, som nevnt over, for å ta kontroll på pasienten ved bruk av arrest eller varetektsfengsling. Dels ved at psykisk syke i økende grad blir dømt til overføring til tvungent psykisk helsevern, i mangel av adekvat behandling innenfor det administrative helsevernet. Sistnevnte gruppe finnes det knapt sengeplasser til, da det ikke er bevilget friske midler til denne gruppen.

Utredningen synes å mangle en balansert drøfting av psykisk helsevernlovens virkemidler mot politiloven, straffeloven og straffeprosessloven. Dersom samfunnssikkerheten skal ivaretas, må tvangsmidlene i overnevnte lovverk møtes.

Så fremt pasientpopulasjonen i landet ikke friskner til eller folketallet vil synke (pt stiger det) vil summen av psykiske lidelser, ofte i kombinasjon med rus, nedbygging av sengeplasser mv, føre til at adferd forårsaket av sykdom fortsatt må håndteres. Faren er at tvangsbruken kamufleres ved at tvang mot psykisk syke skyves over til justissektoren med tilhørende lovgivning. I såfall vil pasientene komme enda dårligere ut enn tilfellet er i dag, selv om tvangsstatistikken sett fra helses ståsted muligens ser bedre ut.

Med vennlig hilsen



Sveinung Sponheim
visepolitimester

Saksbehandler: Runa Bunæs, politiinspektør