



POLITIET

POLITIDIREKTORATET

Det kongelige helse- og omsorgsdepartement
Postboks 8011 Dep
0030 OSLO

Deres referanse

Vår referanse

Dato

2011/02226-5 008

07.02.2012


Høring NOU 2011:9 - Økt selvbestemmelse og rettssikkerhet - balansegangen mellom selvbestemmelsesrett og omsorgsansvar i psykisk helsevern


Det vises til høringsbrev av 25. august 2011 fra Helse- og omsorgsdepartementet, med utsatt frist for høringsvar til 6. februar.

Paulsrud utvalget har foretatt en omfattende utredning om balansegangen mellom selvbestemmelsesrett og omsorgsansvar i psykisk helsevern. Politidirektoratet er av den formening at økt selvbestemmelse vil kunne medføre et behov for politiets bistand i flere saker og i ytterste konsekvens kan dette medføre økt bruk av tvangsmidler mot denne gruppen fordi de ikke fanges opp av helsevesenet. Politidirektoratet er av den formening at man må søke å unngå en slik konsekvens.

Politidirektoratet har fått innspill fra Oslo politidistrikt. Politilegen har deltatt i dette arbeidet. Svaret vedlegges i sin helhet. Politidirektoratet ønsker særlig å fremheve argumentene under punkt 3 b "farekriteriet" og 3 c "særlig om kriminelle som ikke er syke nok".

Med hilsen


Trond Egn Wirth
avdelingsdirektor


Morten Hojem Ervik
seksjonssej

Kopi: Justisdepartementet.

Saksbehandler:
Anette Berger
Tlf:

Politidirektoratet

Post: Postboks 8051 Dep., 0031 Oslo
Besøk: Hammersborggata 12
Tlf: 23 36 41 00 Faks: 23 36 42 96
E-post: politidirektoratet@politiet.no

Org. nr.: 982 531 950 mva
Bankgiro: 7694.05.02388



POLITIET

Politidirektoratet
Pb 8051 dep
0031 Oslo

Deres referanse
201102226

Vår referanse
201106367

Dato
31.01.2012

Høring NOU 2011:9 – Økt selvbestemmelse og rettssikkerhet – balansegangen mellom selvbestemmelsesrett og omsorgsansvar i psykisk helsevern

Det vises til høringsbrev av 25. august 2011 fra Helse- og omsorgsdepartementet, med utsatt frist for svar til Politidirektoratet 30. januar. En kortere fristoversittelse beklages, jf også vår mail av i dag.

Utredningen er omfattende. Oslo politidistrikt har en del innledende synspunkter, og har i hovedsak valgt å følge de tema som høringsbrevet berører: a) Styrking av pasienters selvbestemmelse (beslutningskompetanse), b) Vilkår for tvungent psykisk helsevern og c) Gjennomføring av tvungent psykisk helsevern. Dernest har vi enkelte merknader til de konkrete bestemmelser, og endelig noen synspunkter på områder som oppleves som svært relevante og aktuelle i forbindelse med politiets kontakt med psykiatriske pasienter og vårt samarbeid med helsevesenet.

1: Innledning

Paulsrud-utvalgets mandat er å redusere bruken av tvang i psykiatrien og utvalgets arbeid munner ut i et lovforslag om endringer i pasientrettighetsloven og psykisk helsevernloven som det redegjøres for i kap. 18.

Utvalgets hovedtese synes å være at man i minst mulig utstrekning bør ha særlover rettet mot spesielle grupper i samfunnet, i dette tilfellet psykiatriske pasienter. Man ønsker i stedet å harmonisere psykisk helsevernloven med pasientrettighetsloven ved å innføre begrepet beslutningskompetanse som også skal inkludere samtykkekompetanse i pasientrettighetslovens § 4a. Oslo politidistrikt er usikre på om det er grunnlag for å hevde at psykiatriske pasienter opplever det som diskriminerende ved at deres behandlingsbehov er regulert i egen lov. Kanskje kan det like gjerne sees slik at psykisk helsevernloven er en rettighetslov som regulerer forholdene i de psykiatriske behandlingsinstitusjonene, og sikrer mennesker som behøver det adekvat behandling.

Utredningen er svært omfattende og grundig, og gir en beskrivelse av utvalgets arbeid og de motsetninger som nødvendigvis må komme til uttrykk ved den sammensetning utvalget fikk. Den overordnede målsetting er menneskerettighetstenkingen som i vestlige land

Oslo politidistrikt

91 Strategisk Stab, besøk: Grønlandsleiret 44, 0190 OSLO
Post: Postboks 8101 Dep, 0032 OSLO
Tlf: 22 66 90 50 Faks: 22 66 87 01

Org. nr.: 961398142
Postgiro: 7694.05.08319

særlig dreier seg om det enkelte individs rettigheter. Det utvalget i langt mindre grad beskjeftiger seg med er menneskerettighetene i et bredere perspektiv, som for eksempel rettighetene til andre pasienter, pårørende og ansatte i de psykiatriske institusjonene og i poliklinikkene. Dette gjelder ikke minst også personer som blir utsatt for vold fra psykiatriske pasienter der lovverket begrenser muligheten for effektiv behandling.

Oslo politidistrikt er usikre på om lovforslaget representerer en forbedring for pasientene, eller om det bare er et spørsmål om mer kosmetiske forandringer, mest motivert av en sterk og "tidsriktig" individualisme på bekostning av andre individer, og ikke minst fellesskapet. Dessverre er norsk psykiatri i en ressurskrise, og det er vanskelig å se at pasientene vil få det bedre ved dette lovforslaget, som medfører øket byråkrati og en reell risiko for at mange pasienter og pårørende ikke får den behandling og hjelp de burde ha krav på.

2: Nærmere om beslutningskompetanse og antatt samtykke

"Beslutningskompetanse" er foreslått som ny betegnelse for det nåværende "samtykkekompetanse". Beslutningskompetanse er et grunnvilkår ved tvangsinnleggelse, men er et uklart begrep og dermed vanskelig å bruke som grunnlag for tvangsbehandling, da det vil kreves en ganske omfattende dokumentasjon overfor kontrollmyndigheten. Behandlerne må f. eks bygge på antakelser om hva pasienten ville ha ønsket i en frisk periode osv.

Det vil være hensiktsmessig å få en nærmere juridisk avklaring av det nye begrepet "beslutningskompetanse", som er en utvikling av pasientrettighetslovens betegnelse "samtykkekompetanse". Ved å innføre begrepet "beslutningskompetanse" legger utvalget til grunn at psykiatrien kan foreta antagelser om pasientens egentlige ønsker. For eksempel antas det at når man i friske faser ikke ville gitt sitt samtykke til behandling, er pasienten beslutningskompetent og at man derfor ikke gis anledning til å bruke tvangsbestemmelsene i psykisk helsevernloven – og motsatt. Journaler, øvrige behandlere osv kan også trekkes inn for å tolke hva pasienten egentlig ville mene. Utvalget avviser imidlertid at en psykisk syk person i friske perioder kan avgi et forhåndssamtykke til tvungen behandling. Dette er ikke umiddelbart lett å forstå, det "hypotetiske samtykke" fremstår som et ressursødende og i liten grad kvalitetsøkende kriterium.

Som en parentes til problemstillinger som knytter seg til samtykke, vil Oslo politidistrikt vise til at utredningen også omhandler helsevern for personer med aldersdemens. Dette er en gruppe som politiet har lite å gjøre med i straffesakssammenheng, men som likevel opptar betydelige politiresurser, både mannskapsmessige og økonomiske, når disse kommer bort fra sitt hjem eller institusjonen de bor på. For mange kan en slik "forsvinning" bli livstruende, enten pga kulde eller fordi livsnødvendige medisiner uteblir. Å sørge for at demente som "stikker av", har en elektronisk enhet på eller med seg som kan sørge for GPS-sporing har derfor vært et aktuelt tema i flere år. Datatilsynet har lagt til grunn at dette er å anse som ulovlig overvåking med mindre personene det gjelder har "forstått hva saken gjelder", og selv har samtykket til ordningen. Tilsynet har påpekt at en annen praktisering vil kreve en lovendring. Formentlig kan denne lovendringen skje ved en tilpasning av psykisk helsevernloven.

3: Vilkår for tvungent psykisk helsevern

a) Behandlingskriteriet

Man velger å beholde behandlingsskriteriet, men det skal nå innskrenkes til å gjelde forhindring av "alvorlig helseskade". Oslo politidistrikt er usikre på hvordan behandlere skal kunne ha klart for seg hva alvorlig helseskade vil si ved psykiatrisk sykdom, og hvordan man skal kunne forutse fremtidig helseskade dersom det ikke iverksettes behandling.

Utvalget foreslår å innføre et kompetansebasert beslutningssystem. Dette innebærer at adgangen til tvangsbehandling av pasienter med beslutningskompetanse snevres inn. For pasienter uten beslutningskompetanse på behandlingstidspunktet, vil antatt samtykke kunne legitimere tvang. Motsatt vil pasienten på forhånd kunne reservere seg mot bruk av tvang. Slik politiet vurderer det, er det fare for at dette kan medføre at flere alvorlig syke personer som begår mindre alvorlige kriminelle handlinger eller ordensforstyrrelser, blir sittende på glattcelle eller i varetekt fordi de ikke lenger fyller kriteriene for tvangsinngjelse.

b) Farekriteriet

Farekriteriet vil ikke nødvendigvis være oppfylt for en person som oppfattes som plagsom, men vedkommendes atferd kan tilsa at politiet ikke kan slippe vedkommende ut på grunn av gjentakelsesfare. Det å sitte i politiarrest eller i varetekt regnes som et svært inngripende tiltak, og generelt vil man innad i politiet mene at syke mennesker fortrinnsvis hører hjemme på sykehus og ikke på glattcelle. FNs torturkommisjon har i flere år vært kritisk til Norges bruk av varetektsfengsel, og det vil være lite heldig om antallet "plagsomme", men alvorlig psykisk syke varetektsfanger stiger. I et humanistisk perspektiv framstår det for mange i politiet som problematisk å måtte håndtere denne gruppen som ingen andre vil ta ansvaret for.

Videre vil det være en risiko for at de farligste ikke blir fanget opp dersom de foreslåtte endringene gjennomføres. For noen lidelser, i hvert fall paranoid schizofreni, kan farepotensialet inntre lenge før det oppstår synlig og akutt fare. I flere draps- og drapsforsøksaker der gjerningspersonen var psykotisk (og nesten uten unntak paranoid schizofren) er det avdekket manglende oppfølging fra helsevesenet. Når muligheten til å bruke sivil tvang etter psykisk helsevernloven kap. 3 snevres inn, kan det bli enda vanskeligere å forebygge slike drap.

Oslo politidistrikt viser til at utviklingen i Danmark er at svært mange av pasientene i psykiatriske institusjoner er dømt til tvungent psykisk helsevern. Selv om utviklingen ikke har vært like eksplosiv i Norge, opptas mange sengeplasser av personer som har begått alvorlige kriminelle handlinger og som er dømt til behandling. Fordi det ikke er anledning til å forske på denne gruppen, vet man altfor lite om hvorfor disse ikke ble fanget opp av psykiatrien før de begikk drap, drapsforsøk eller andre alvorlige handlinger. Oslo politidistrikts erfaring i disse sakene er imidlertid at flere av dem aldri hadde vært i kontakt med psykiatrien eller at oppfølgingen de fikk var for dårlig forut for den kriminelle handlingen. Mangel på kunnskap og forskning om gruppen som er dømt til tvungent psykisk helsevern de siste ti årene, utfordringen med de såkalt "plagsomme" og utviklingen i Danmark gir grunn til bekymring. Når adgangen til å anvende tvang snevres inn, frykter Oslo politidistrikt at flere personer vil bli dømt til behandling og at disse i enda større grad enn i dag vil oppta plasser i døgninstitusjoner og generelt beslaglegge behandlingsressurser i det psykiske helsevernet.

Psykiatrien har bygget ned sengeplasser og man er ikke lenger i stand til å gi det minimum av omsorg som mange pasienter trenger, og tilbudet ved DPS'ene er på langt nær i stand til

å dekke behovet. Mange mener derfor at utviklingen i Norge vil ta lignende form som i våre naboland, jf også over.

Det er også fremsatt forslag om tvungen tidsbegrenset omsorg som vil gjelde mange klienter og småkriminelle som har psykiatriske diagnoser, rusmisbruk og som foretar serier av mindre alvorlige lovbrudd. Disse klientene kan likevel påføre samfunnet og andre enkeltmennesker svært stor belastning og redusert livskvalitet, jf også neste punkt.

Oslo politidistrikt vil også gi uttrykk for at man med dagens utvikling til sist kunne stå tilbake med farekriteriet som eneste grunnlag for tvangsinngrep. Dermed kan psykiatriske pasienter generelt bli assosiert med vold og kriminalitet ved at man lettest kan gripe inn overfor dem når de foretar kriminelle handlinger. Handlingene kan isolert sett være bagatellmessige, men likevel fungere som en inngangsport til psykiatrisk behandling.

c) Særlig om kriminelle som ikke er "syke nok"

Utredningen kommenterer overhodet ikke den gruppen pasienter innen psykiatrien som også utøver gjentatte mindre alvorlige kriminelle handlinger, de såkalte "frikortkandidatene". Vi mener at det er svært uheldig at denne gruppen, til tross for at det er få personer det dreier seg om, skal fortsette å falle mellom to stoler. Et forslag til endringer av straffeloven, som går ut på at disse skal kunne dømmes til en særreaksjon i form av tvungent psykisk opphold, er ennå ikke vedtatt, antagelig på grunn av kritiske høringsuttalelser. Det er av vesentlig betydning at det nå tas stilling til hvilket lovverk som skal ivareta samfunnets interesser i forhold til de omfattende samfunnsskader denne pasientgruppen står for. Etter vår mening må det nå tas stilling til hvorvidt denne gruppen av personer skal anses som psykiatriske pasienter eller som kriminelle. Per i dag er de ingen av delene.

Vi foreslår at det inntas en egen bestemmelse vedrørende denne gruppen i kapittel 4. Utvalget har valgt å skille mellom inngrep av hensyn til pasienten selv (behandlingsvilkåret) og inngrep av hensyn til samfunnsvernet (farevilkåret), på den måten at vilkårene er foreslått regulert i hver sin paragraf. Dette synes logisk og oversiktlig. I tråd med dette er vi av den oppfatning at dagens "frikortkandidater", de plagsomme psykisk syke (i motsetning til de farlige psykisk syke), bør reguleres på samme måte.

Generelt mener vi at behandlingen av psykiatriske pasienter må drøftes i et bredere perspektiv enn utelukkende å konsentrere seg om pasientens menneskerettigheter, fordi deres livsførsel berører andre individer som også har et vern i lys av menneskerettighetene. Dette gjelder for eksempel andre pasienter, pårørende, ansatte i det offentlige og sivilt fornærmede i straffesaker som blir utsatt for vold og trusler, eller som gjentagende utsettes for hærverk, tyveri/naskeri, plagsom oppførsel og lignende fra psykiatriske pasienter.

d) Prosessuelle rettigheter:

Etter at man ved den siste endring i loven forlot tutelprinsippet, ønsker man nå å innføre et nytt byråkratisk tiltak ved at en utenforliggende instans (i praksis kommunelegen) skal fatte et vedtak om undersøkelse som igjen skal utføres av innleggende lege. Man kan stille spørsmål ved hensiktsmessigheten av denne konstruksjonen. Det samme gjelder forslaget om at den vedtaksføre behandler i institusjonen skal rådføre seg med en annen behandler i en tilsvarende institusjon før vedtak om tvang fattes. Det er grunn til å minne om at forhold og omstendigheter kan være svært forskjellige fra for eksempel en mindre institusjon på Vestlandet til Akuttpsykiatrisk i avdeling ved Ullevål universitetssykehus.

Utvalget fremsetter i pkt. 16.5 forslag om nedleggelse av kontrollkommisjonen, noe det er grunn til å stille seg kritisk til. Begrunnelsen for forslaget er at kontrollkommisjonene kan føre en noe forskjellig praksis. Man foreslår nå at kontrollfunksjonen av pvhl blir overført til fylkesnemndene, og at det i tillegg oppnevnes egne utvalg som skal føre tilsyn med velferdsforhold i de psykiatriske institusjonene. Man ser da bort fra den erfaring og kompetanse som en kontrollkommisjon opparbeider og den gode kjennskap den etter hvert får til den enkelte psykiatriske behandlingsinstitusjon. At det kan oppstå forskjell i praksis kan også skyldes forskjeller i opptaksområde og klientell uten at dagens ordning dermed er feil. Vi viser også til synspunkter på klageordningen som fremkommer under i del 4.

For øvrig skal det understrekes at pr i dag har man ingen sentral oversikt over hvem som er dømt til tvungent psykisk helsevern, hvor de befinner seg, og hvilke straffbare handlinger de har begått. I Helse Sør-Øst har Koordineringsenheten for dom til behandling fått en midlertidig tillatelse fra Datatilsynet til å føre en oversikt over pasientene, hvor de befinner seg, og hvem som er faglig ansvarlig. Slik politiet ser det, er det uholdbart at man er avhengig av å få fornyet konsesjonen fra Datatilsynet. Kunnskap om dette er vesentlig for å ivareta samfunnsvernet. Adgangen til å føre et slikt register bør derfor lovfestes, for eksempel i kap. 5 i psykisk helsevernloven. Forøvrig mener Oslo politidistrikt det er behov for å kunne forske på denne ordningen og gruppen av domfelte pasienter. I dag er det ikke tillatt.

3 Gjennomføring av tvungent psykisk helsevern – herunder tvangsmedisinering og skjerming

Oslo politidistrikt vil påpeke at utvalget ikke diskuterer en del relevante spørsmål. Først og fremst gjelder dette adgangen til å ransake/visitere pasienter, her med referanse til drapet som nylig skjedde i en psykiatrisk avdeling i Oslo. En pasient ble drept av en medpasient. Spørsmålet er særlig aktuelt i sikkerhetsavdelinger, men også der hvor man behandler ungdom.

4 Konkrete merknader til tidligere kapittel 3, nå nytt kapittel 4

Ny § 4-2

Paragrafen omhandler tvangsinngrep av hensyn til pasienten selv. Vi forstår det slik at vilkårene i bestemmelsen er ment å være kumulative. Dette er en vesentlig endring av gjeldende rett som medfører at det vil bli langt færre innleggelser enn det behandlingstilskåret åpner for i dag. Dette oppfattes å være intensjonen bak lovforslaget. Vi er redd utvalget går for langt i å beskytte pasientene mot bruk av tvang. Resultatet blir at denne pasientgruppen likevel vil måtte legges inn ved bruk av tvang, men på et senere tidspunkt og da med en vesentlig forverret helsetilstand, som gjør at pasienten vil oppfylle farekriteriet i stedet. Det er vel neppe en ønsket utvikling.

Ny § 4-3

Paragrafen omhandler inngrep av hensyn til samfunnsvernet, men omhandler kun fare for andre. Som nevnt ovenfor mener vi at det her også bør inntas et ”svært plagsom” vilkår. Vurderingstema foreslås å være lik det som er foreslått i forbindelse med lovendringsforslaget til straffeloven vedrørende dom på særvilkår, og da slik at det er gjentagelsen som skal være plagsom og ikke de enkelte lovovertrædelser.

Ny § 4-6. annet ledd

Paragrafen medfører en endring i gjeldende rett som vi stiller oss kritiske til. Forslaget opphever dagens klageadgang på vedtak om ikke å anvende tvang. Det foreslås at en negativ beslutning, altså beslutning om ikke å anvende tvang, ikke lenger skal anses som et enkeltvedtak som kan påklages. I stedet skal offentlig myndighet, som har fremsatt begjæring om tvang, kunne kreve en fornyet behandling av begjæringen, foretatt av annet "vedtakskompetent" helsepersonell. Vi mener at slik negativ beslutning fortsatt skal anses som et enkeltvedtak, og at det fremdeles skal være klageadgang gjennom en **uavhengig** og overordnet faglig instans (kontrollkommisjonen). Hvis ikke er det stor fare for at det "annet vedtakskompetent personell" (som lovforslaget lyder på) vil kvie seg for å fatte en annen beslutning enn de som foretok den første beslutningen. Muligheten for nære kollegiale bånd og/eller annen avhengighet dem imellom, bidrar til å svekke habiliteten. Dette vil igjen føre til at det er de institusjonelle ressurser som styrer avgjørelsen og ikke det reelle og lovlige behov.

Ny § 4-8, sjette ledd, jfr. fjerde ledd

Dagens ordning foreslås endret slik at det ikke lenger er klageadgang over vedtak om opphør av tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern. Vi er av den oppfatning at en slik klageadgang absolutt bør være tilstede, fordi den instans som har begjært vedtak om tvang i første omgang, kan ha opplysninger av relevans også ved vedtak om opphør av tvang. Slike opplysninger kan for eksempel gå ut på kunnskap om pasientens livsførsel i etterkant av tidligere utskrivelser, som boevne, evne/vilje til å motta medisin uten tvang, kriminell aktivitet, misbruk av rusmidler etc. Denne kunnskapen vil igjen kunne si noe om faren for vesentlig forringelse av pasientens helsetilstand, med forverring av sykdomsbildet og atter fare for at sykdommen kronifiseres.

5 Særlig om politiets rolle og samarbeid med helsemyndighetene

Politiets samfunnsrolle generelt (forebygge og bekjempe kriminalitet og skape trygghet), ivaretagelse av liv og helse, og også politiets bistandsplikt til annen offentlig myndighet (jf. utredningens pkt. 4.2.4.5), gjør at politiet har en betydelig interesse i dette området. Vi ønsker derfor å komme med noen særskilte merknader.

Fra politiets side er det viktig at grensesnittet og samarbeidet mellom politi og helsevesen er tilstrekkelig godt avklart. Det kan reises spørsmål om hvordan helsevesenet bruker politiet som bistandsenhet, regler og rutiner vedr. maktanvendelse.

Politiets kontakt med psykisk syke og/eller mentalt ustabile personer vil kunne virke som en målestokk på samfunnets evne til å ivareta denne gruppen. Når de ikke er ivaretatt, gir det seg utslag i en type atferd som ansees som uakseptabel og som skaper usikkerhet, ubehag og til og med frykt. Truende og adferd fra det som oppfattes som psykiatriske pasienter angis ofte som det mange forbinder med utrygghet og fare, og som vanskelig å beskytte seg mot. Politiet skal ved hendelser ivareta den akutte situasjonen og samfunnsinteressene, men samtidig den enkelte sykes interesse på en god måte. En hensiktsmessig og god "overlevering" av personen til helsevesenets omsorg og oppfølging, vil være viktig. Politiet må bidra med relevant informasjon som kan bidra til å øke presisjonen og kvaliteten på helsevesenets oppfølging og på den måten også forbygge/forhindre ny uorden og kriminalitet fra psykisk syke personer.

Utvalget har i eget pkt. 8.16 gjennomgått det som beskrives som "politiets rolle". Her refereres det til en undersøkelse av vaktjournalen (gjort ved Vestfold politidistrikt ved en studie av politiets vaktjournal (PO) og oppdrag kategorisert som "sykdom, psykiatri" i 2008.) Dette er interessant, men det savnes noe i forhold til omfanget av politiets aktivitet på dette området. Her ville NOU 2010:3 "Drap i Norge i perioden 2004 – 2009" (Olsen-utvalget) kunne supplere bildet av politiets rolle på dette området i Norge. I kap. 12 og vedlegg 6 gis en grundig dokumentasjon av politiets aktivitet, utfordringer og muligheter. I Paulsрудutvalgets mandat kap 2.2 pkt 5, pålegges de å legge en del konkrete dokumenter til grunn i sitt arbeid, herunder NOU 2010:3. Det er likevel vanskelig å se spor av kapitlene som omhandler politiet i Paulsрудutvalgets vurderinger og konklusjoner. Her problematiseres ikke politiets rolle og samarbeidet mellom etatene Dette er en svakhet ved rapporten, siden politiets rolle er så sentral i forhold til den praktiske gjennomføringen av tvungen psykisk helsevern.

I pkt. 8.19.1 Klage til fylkesmannen på vedtak om tvungen undersøkelse, heter det i siste avsnitt at: "Det er ikke vært fattet vedtak om tvungen legeundersøkelse hvis pasienten er brakt til legevakten av politiet". I pkt. 14.9.2 konkluderer utvalget med at: "Dersom undersøkelsen gjennomføres uten at det er fattet et forutgående vedtak, og det ikke er øyeblikkelig hjelp, vil undersøkelsen være gjennomført uten gyldig rettsgrunnlag". Dette er helsepersonell som tar imot politiet med slike pasienter selvfølgelig klar over. Ved flere slike anledninger har pasienten blitt avvist og sendt ut på gata til politiets store frustrasjon, til tross for at personen åpenbart trenger helsehjelp. Dette synes ikke hensiktsmessig for noen involvert. Her er etter vårt skjønn lovverket utydelig og/eller de praktiske rutineene ved "overlevering" av klienter/pasienter fra politiet til helsevesenet for dårlig. Det må tilrettelegges for at denne prosedyren blir forbedret. Problemet er kjent ved Oslo politidistrikt, og det er sendt et forslag til POD for å få "tvungen undersøkelse" inn på vårt "tutor-skjema" som benyttes av politiet ved formelle anmodninger om overtakelse av personer som ut fra politiets vurdering trenger helsehjelp. Vi har ikke mottatt svar i denne saken foreløpig.

Som vedlegg 4 til utredningen er "Vurdering av beslutningskompetanse" (Reidar Pedersen, Senter for medisinsk etikk, UiO). I pkt. 2.2. "Praksis i Norge", skriver han noe om hvordan politiet brukes/misbrukes i forhold til å oppfylle et tilsynelatende uhensiktsmessig regelverk:

".....Enkelte nevner at det å legge slike pasienter inn frivillig kan være problematisk hvis pasienten raskt ønsker å avbryte behandlingen, for eksempel pga vrangforestillinger, pga konverteringsforbudet. Dette fører noen ganger til at eneste utvei er å la pasienten gå, men be om at innleggende lege legger pasienten inn nytt og be politiet hente pasienten."

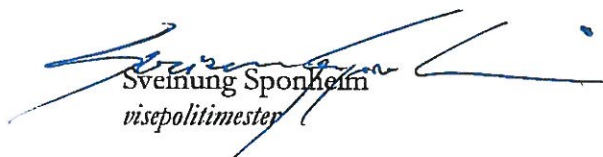
Her også bør regelverket og/eller praktisering av regelverket endres og forbedres.

Lovforslaget synes lite konkret hva gjelder å ivareta grensesnittet mellom politi og psykiatrisk helsetjeneste. Her kreves at det følges opp med forskrifter og prosedyrer som ivaretar dette bedre enn hva som er tilfelle i dag. Her bidrar fellesrundskrivet fra POD/HD av 2006 i noen grad, men det er viktig å videreutvikle denne typen reguleringer og praktiske rutiner ytterligere.

For å løse utfordringene i behovene for å ivareta den enkelte klient/pasient spesielt og samfunnets interesser generelt, er det nødvendig å utvikle samarbeidet mellom etatene jf. NOU 2010:3 kap 12.5 Utvalgets råd, 3.siste avsnitt:

”Utvalget etterlyser mer forskning på politiets kontakt med og håndtering av personer med psykisk lidelse. Ulike modeller for samhandling mellom politi og helsevesen når det gjelder bistand til mennesker med psykiske lidelser bør studeres nærmere. Slike studier bør også inneholde en vurdering og beskrivelse av en mest mulig hensiktsmessig bruk av ressurser og fordeling av ansvar mellom politi og helsevesen.”

Med vennlig hilsen



Sveinung Sponheim
visepolitimester

Saksbehandler:

Bente Gerner, Cecilie
Gulnes, Stein Egil Ikdahl,
Arne Erik Hennem/RB
Tlf: