



POLITIET

POLITIDIREKTORATET

Helse- og omsorgsdepartementet
Postboks 8011 Dep
0030 OSLO

Deres referanse
201002105-1/AWG

Vår referanse
2010/01766-7 433

Dato
8. november 2010

NOU 2010:3 "Drap i Norge i perioden 2004 – 2009" – høringsuttalelse

Det vises til Helse- og omsorgsdepartementets høringsbrev av 18. juni 2010. Politidirektoratet beklager en oversittelse av høringsfristen.

Politidirektoratet har forelagt høringssaken for samtlige politidistrikt og Kripos. Direktoratet har mottatt uttalelse fra Oslo politidistrikt. Kopi av politidistriktets brev av 4. oktober 2010 følger vedlagt. Kripos har ved brev av 14. september 2010 avgitt høringssvar direkte til Helse- og omsorgsdepartementet.

Tematikken politi – psykiatri er utvilsomt et område som i høyeste grad berører politiet i det daglige og som det erfaringsmessig er mange meninger om. Politidirektoratet er derfor noe overrasket over at kun ett av landets 27 politidistrikter har avgitt innspill til direktoratet i høringssaken. Når det er sagt vil direktoratet fremheve den relativt grundige uttalelse som Oslo politidistrikt har avgitt ved sitt brev av 4. oktober 2010, og som direktoratet i det vesentlige vil slutte seg til.

I fraværet av uttalelser fra politidistriktene vil Politidirektoratet også trekke frem undersøkelsen som utvalget har fått foretatt overfor politietaten, jf. utredningen kapittel 12. Etter direktoratets vurdering gir undersøkelsen en god illustrasjon på utfordringer som politiet står overfor i det daglige samarbeidet med helsevesenet, og ber departementet ta med seg funnene i det videre arbeidet.

Kapittel 3 – Drapsundersøkelser i Norge

Politidirektoratet gir sin fulle tilslutning til utvalgets vurderinger om behov for mer kunnskap på dette feltet, herunder forslaget om å etablere en permanent forskningsbasert ordning for gjennomgang av samtlige drapssaker i Norge jf pkt 16.2.11. Direktoratet støtter i denne sammenheng Oslo politidistrikts merknad om at forskningen – for å gi den ønskede læringseffekt – bør omfatte alle saker der det er idømt tvunget psykisk helsevern, ikke bare sakene om drap og drapsforsøk.

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

Direktoratet nevner videre at et av tiltakene i regjeringens handlingsplan mot vold i nære relasjoner er knyttet til en kartlegging av drapssaker der gjerningspersonen er offerets nåværende eller tidligere partner.

POD har tidligere initiert og bevilget penger til to prosjekter i regi av Kompetansesenteret for sikkerhets-, fengsel- og rettspsykiatri for helseregion Sør-Øst. Disse er spesifikt omtalt i utredningen, jf. pkt 3.2. Det ene prosjektet er imidlertid nylig blitt lagt på is, siden en ikke har fått tilgang til aktuelle dokumenter, mens det andre prosjektet fortsatt venter på klarsignal fra den regionale komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) og den nasjonale komité for medisin og helsefag (NEM). REK har satt krav til samtykke fra domfelte, noe både forsker og oppdragsgiver (POD og JD) ser som svært uheldig, og avgjørelsen er derfor påklaget.

POD vil på det sterkeste støtte og bekrefte utvalgets påpekning av behovet for mer forskning. Det er allmenn enighet om at vi har mangelfull kunnskap på dette feltet. En vet for lite om effekten av en del individuelle tiltak som igangsettes. Forskning som kan øke kunnskapen er derfor påkrevd. Målsettingen med de to prosjektene POD har initiert, er først og fremst å identifisere risikofaktorer og derigjennom utvikle forebyggende tiltak.

Med fokus på risikofaktorer, mulige forvarsler og forklaringsvariabler, i tillegg til at en kartlegger og systematiserer offerets og gjerningspersonens kontakt med hjelpe- og behandlingsapparatet, mener Politidirektoratet å kunne bidra til fremskaffing av viktig kunnskap. Det fremstår klart uheldig at prosjekter som er initiert av POD/JD og hvor Riksadvokaten har godkjent innsyn i straffesaksdokumentene, blir vanskeliggjort av REK.

Det vises for øvrig til Oslo politidistrikts høringsuttalelse (side 6 merknader til utredningen punkt 16.2.11) som synes å illustrere at regelverket også i helsekretser oppfattes som et hinder for å gå i gang med forskning på feltet.

Kapittel 8 - Oppfølging som personene mottok før hendelsen

Politidirektoratet har merket seg utvalgets vurderinger om at det er et ”underskudd” på risikovurderinger innen det psykiske helsevesen, i forhold til det som er anbefalt av Helsedirektoratet¹. Selv om det alltid vil hefte usikkerhet med slike vurderinger fremstår strukturerte voldsrisikovurderinger som et helt nødvendig, og hensiktsmessig, virkemiddel for å kunne vurdere adekvate tiltak overfor personer som er i faresonen for å utøve vold. Politidirektoratet mener derfor at det utvilsomt er grunn til å se nærmere på praksisen på området med tanke på å sikre at de forutsatte risikovurderinger blir gjennomført. Direktoratet vil i denne sammenheng også vise til utvalgets påpekning av at det sjelden er slik at vedkommende som utøver vold helt plutselig blir voldelig, men at det normalt er en eskalering av forhold frem mot eventuell voldsutøvelse. Fra utredningen punkt 8.3.8 hitsettes:

”Flertallet av gjerningspersonene som hadde hatt kontakt med hjelpeinstans i forbindelse med psykiske helseproblemer, hadde tegn som kunne indikere økt risiko for utøvelse av vold ved siste kontakt. Det er imidlertid ikke mulig å se om det var flere slike tegn enn i lignende pasientgrupper som ikke har begått drap. Det var imidlertid tegn på at det ble sjeldnere utført voldsrisikovurderinger enn det som er anbefalt....

¹ Jf. Helsedirektoratets rundskriv IS9/2007 - Vurdering av risiko for voldelig atferd – bruk av strukturelle kliniske verktøy

Tidligere gjennomganger viser at manglende rutiner for voldsrisikovurderinger kan være et generelt problem innen deler av psykisk helsetjeneste.”

Politidirektoratet vil anta at man i de deler av psykiatrien som jevnlig foretar voldsrisikovurderinger innhenter adekvat informasjon fra politiet om tidligere og aktuell voldsutøvelse, jf og Oslo politidistrikt uttalelse side 5. Direktoratet er likevel usikker på rutinene for vurdering av om informasjon fra politiet skal eller bør innhentes. I Helsedirektoratets rundskriv IS9/2007 (“Vurdering av risiko for voldelig atferd – bruk av strukturelle kliniske verktøy) er informasjonsinnhenting fra politiet i det minste ikke konkret omtalt. ”Samhandling/kommunikasjon” er kun nevnt i forbindelse med formidling av resultatet av en risikovurdering, jf. rundskrivet punkt 2.1. Politidirektoratet mener derfor at det bør vurderes å ta inn noe i rundskrivet om at informasjonsinnhenting fra politiet må vurderes.

Kapittel 11 – Taushetsplikt, opplysningsplikt- og rett

Samarbeid er et overordnet stikkord i utvalgets arbeid. Sentralt i et ethvert samarbeid står kommunikasjon. For politiets del er god informasjonsutveksling med helsevesenet viktig for at politiet skal kunne oppfylle sin bistandsplikt på en forsvarlig og hensiktsmessig måte - av hensyn til pasienten, involverte tjenestemenn og for en god ressursdisponering. Informasjonsutveksling fra politiet til helsevesenet er i enkelte sammenhenger også viktig for at helsevesenet skal kunne foreta forsvarlige risikovurderinger, med tanke å iverksette adekvate tiltak for beskyttelse av berørte og av hensyn til pasienten selv.

Som utvalget,² og Oslo politidistrikt³, peker på oppleves praktiseringen av taushetspliktsbestemmelsene ofte som vanskelig. Taushetspliktsbestemmelsene legger opp til en betydelig grad av skjønn samtidig som ”feiltråkk” i ytterste konsekvens kan føre til strafferettslige og disiplinære reaksjoner. Politidirektoratet vil i denne sammenheng også vise til følgende uttalelse i utredningen (kap.10.2 side 109) som direktoratet finner meget treffende:

”Fra salen ble det anført at helsepersonell er redd for at de tolker regelverket feil, og at eventuelle feil vil medføre sanksjoner fra Helsetilsynet. Det ble antydnet at en slik redsel kan medføre at helsepersonellet ”for sikkerhets skyld” unnlater å kommunisere med andre offentlige etater.”

Det er på det rene at helsepersonells taushetsplikt er streng, herunder ved at unntakene for å utlevere informasjon er relativt begrenset. Politiet har på sin side i mye større utstrekning adgang til å utlevere informasjon til andre når formålet er å avverge eller forebygge kriminalitet. Det er likevel Politidirektoratets påstand at helsepersonell ikke utnytter de muligheter for kommunikasjon med politiet som regelverket faktisk åpner for.

Med tanke på en bedret informasjonsutveksling vil Politidirektoratet særlig peke på to forhold.

² Kap. 10.2 side 109.

³ Høringsuttalelsen side 4.

For det første mener direktoratet, i likhet med Oslo politidistrikt og andre⁴, at en praktisk veileder ville vært av meget stor nytte for informasjonsutvekslingen mellom politiet og helsevesenet.

Politidirektoratet og Helsedirektoratet tilstreber flere praktiske eksempler under den pågående revisjon av fellesrundskrivet fra 2006⁵. Dette er krevende samtidig som det ofte ikke er mulig eller hensiktsmessig å være så konkret som ønskelig, i rundskrivs form. Uansett vil rundskrivet ikke omfatte mer enn noen utvalgte typetilfeller. Politidirektoratet mener derfor at det bør vurderes å dedikere særskilte ressurser til å utarbeide en praktisk veileder. Det vil i så fall være naturlig å organisere dette som et samarbeidsprosjekt mellom helse- og justissektoren. Som Oslo Politidistrikt fremhever er det stor sannsynlighet for at dette ville blitt en "bestselger" både i politiet og i helsevesenet og gi bedre trygghet for den enkelte ved praktisering av bestemmelsene. Politidirektoratet viser i denne sammenheng også til uttalelsen fra Oslo politidistrikt (side 5) om utfordringer i forhold til form, omfang mv. på den informasjonen som politiet utleverer til psykiatrien til bruk for voldsrisikovurderinger. Dette er et tema som hensiktsmessig kunne omfattes av et eventuelt utredningsprosjekt.

Den ovennevnte veileder vil likevel ikke avhjelpe eventuell manglende vilje eller forståelse for viktigheten av kommunikasjon mellom politi og helsevesen. Direktoratet viser her til de ulike forhold utvalget peker på, og som kan tale for at helsepersonell ikke utnytter den kommunikasjonsadgang som allerede i dag følger av regelverket, jf. og ovennevnte eksempel. Det vises herunder til utvalgets påpekning av forståelsen av opplysningsretten etter helsepersonelloven § 23 nr. 4, som etter den rådende oppfatning innen helseretten ikke har vært ansett å rekke lenger enn opplysningsplikten etter helsepersonelloven § 31⁶. Utvalget kan vanskelig se at dette kan medføre riktighet.

Politidirektoratet kan for sin del ikke forstå annet enn at de beste grunner taler for at utvalgets vurdering er riktig – at opplysningsretten må rekke lenger enn opplysningsplikten. Direktoratet anser forholdet som en illustrasjon på den svært restriktive holdning som råder på feltet, og som neppe kan være samfunnsmessig tjenlig. Fra politiets side er det et klart ønske om at man i helsesektoren øker oppmerksomheten mot den samfunnsmessige betydning av informasjonsutveksling mot andre offentlige etater. Direktoratet mener det i denne sammenheng kan være nødvendig å ta i bruk virkemidler som omfatter en utvidelse av helsepersonellens opplysningsplikt.

Politidirektoratet gir i denne sammenheng sin klare tilslutning til utvalgets forslag i punkt 11.8.2.3 om at det på samme måte som førerkort, bør innføres en varslingsplikt til politiet hvor vedkommende ikke lenger kan anses å oppfylle de helsemessige vilkårene for å inneha våpen. Politidirektoratet vil også ta opp dette spørsmålet med Helsedirektoratet ved revisjon av fellesrundskrivet, med tanke på å innføre rutiner for slik varsling i rundskrivs form. Det understrekes samtidig at Politidirektoratet mener det er riktig at denne varslingsplikten uansett også innføres i lovs/forskrifts form.

Direktoratet vil for øvrig vise til utredningen kapittel 8 hvor det er vist til en gjennomgang Statens helsetilsyn hadde foretatt overfor helsetilsynene i fylkene hvor personer med

⁴ Jf. utredningen kap. 10.2 side 109 – plenumsdiskusjonen.

⁵ Helsetjenesten og politiets ansvar for psykisk syke – oppgaver og samarbeid

⁶ Se særlig om forståelsen av helsepersonelloven § 23 nr. 4, jf. utredningen kapittel 11.8 jf. 11.4.3.3.1.

psykiske lidelser hadde begått drap i perioden fra 1. januar 2004 til 3. april 2009. Gjennomgangen baserte seg på 22 hendelser. Undersøkelsen *kan* illustrere en for lav bevissthet omkring sentrale risikofaktorer. Fra kapittel 8.2 side 76 hitsettes med vår understrekning:

"I 13 av sakene var sikkerhetsrisiko ikke et tema under behandlingen, og det ble ikke utført sikkerhetsrisikovurderinger. I fire saker der voldshandlinger og truende atferd kom frem av journalen, var det ikke gjennomført strukturerte risikovurderinger. I fire saker der voldshandlinger og truende atferd kom frem av journalen var det ikke gjennomført strukturerte risikovurderinger for vold, som anbefalt av Helsedirektoratet. Ingen av pasientene ble spurt av sine behandlere om de hadde tilgang til våpen eller andre farlige gjenstander."

Utvalget har foreslått⁷ å endre politiloven § 24 fjerde ledd nr. 3 slik at bestemmelsen utvilsomt gir politiet adgang til å gi informasjon til det *private* helsevesen i kriminalitetsforebyggende øyemed. Politidirektoratet tiltrer utvalgets vurderinger, men viser til at den vedtatte, men ikke ikrafttrådte, politiregisterloven (kapittel 6) vil erstatte blant annet taushetspliktsbestemmelsen i politiloven § 24. Det vises her til politiregisterloven § 27 andre ledd nr. 2, hvor utlevering til det private helsevesen må anses hjemlet. Politiregisterloven er etter det direktoratet erfarer forventet å tre i kraft høsten 2011. Direktoratet anser det etter dette lite hensiktsmessig å nå initiere endring av politiloven § 24.

Politidirektoratet støtter utvalgets forslag i punkt 11.8.3 om å utrede nærmere spørsmålet om adgang til rutinemessig informasjonsutveksling i forbindelse med personer som på grunn av sine psykiske lidelser anses å utgjøre en varig/langvarig trussel.

Kapittel 12- Samarbeid mellom politiet og helsetjenesten om personer med psykiske lidelser

I fellesrundskrivet fra Politi- og Helsedirektoratet⁸ er det oppfordret til at det etableres *lokale* samarbeidsrutiner mellom helsetjeneste og politi. Det fremkommer av utredningens kapittel 12 (side 141) at av 27 respondenter hadde 19 etablert faste samarbeidsfora. I de politidistriktene hvor slikt lokalt samarbeid er på plass har distriktene selv gitt uttrykk for at samarbeidet fungerer godt⁹. Utvalget konkluderer samtidig med¹⁰ at samarbeidet mellom politi og helsevesenet generelt må styrkes og at rollene må defineres klarere.

Politidirektoratet er enig i at styrking av samarbeidet er en vesentlig suksessfaktor, og mener dette først og fremst må skje gjennom styrking av samarbeidet på *lokalt nivå*.

En tydeligere avklaring av politiets og helsevesenets respektive *roller* må naturlig skje på overordnet nivå. Som kjent har Politidirektoratet og Helsedirektoratet et uformelt samarbeidsforum hvor problemstillinger i feltet politi – psykiatri tas opp. Politidirektoratet er noe usikker på om behovet for rolleavklaring som utvalget påpeker kan gjennomføres innenfor rammene av det eksisterende samarbeidsforumet. Direktoratet antar at det vil være nødvendig, i det minste hensiktsmessig, å dedikere særskilte ressurser for en eventuell gjennomføring av et slikt arbeid. Det vil også være naturlig å involvere personer fra politidistrikt og helsetjenesten i et slikt arbeid. Det vil være naturlig å se et slikt arbeid i

⁷ Kapittel 11.8.2.4.

⁸ Helsetjenesten og politiets ansvar for psykisk syke – oppgaver og samarbeid

⁹ NOU 2010:3 kapittel 12, jf. eks. side 141 og 144.

¹⁰ Kapittel 12.5

sammenheng med en eventuell utarbeidelse av en praktisk veileder i taushetspliktsreglene, jf. merknadene til kapittel 11.

Politidirektoratet har merket seg utvalgets anbefaling om at politiets utdanning bør styrkes når det gjelder kunnskap om psykisk lidelse og håndtering av psykisk ustabile personer. Politidirektoratet er enig i at det ideelt sett er ønskelig at polititjenestemenns kunnskap på dette feltet heves. Spørsmålet må vurderes nærmere av Politihøgskolen. Politidirektoratet finner samtidig grunn til å peke på at en eventuelt økt kunnskap hos de politiansatte klart nok aldri kan erstatte at nødvendig helsepersonell er tilstede under transport og i forbindelse med annen bistand fra politiets side.

Politidirektoratet vil for øvrig anta at lokale samarbeid sannsynligvis er det mest hensiktsmessige og kostnadseffektive virkemiddel for å oppnå en bedre forståelse for respektive etaters oppgaver og samfunnsoppdrag, jf. merknadene i utredningen kapittel 12.5.

Politidirektoratet legger til grunn at Helsemyndighetene, på tilsvarende måte som Politidirektoratet, er enig i utvalgets påpekning av at det er uheldig at politiet i en del tilfeller overlates å håndtere personer som åpenbart er psykisk ustabile. Fra utredningen punkt 15.5 hitsettes:

”Utvalget mener det er uheldig at det i en del tilfeller overlates til politiet alene å håndtere personer som åpenbart er psykisk ustabile. Helsepersonell bør som hovedregel alltid møte å vurdere psykisk ustabile personer. Det er likevel viktig å understreke at ved voldsutøvelse eller frykt/fare for voldsutøvelse utenfor institusjon, må helsepersonell alltid sikres bistand fra politiet før de intervensjoner direkte med pasienten.”

Utvalget tilrår videre at (kapittel 12.5):

”Utvalget anbefaler at det innskjerpes at helsepersonell har hovedansvaret for å ivareta og vurdere psykisk ustabile personer, eventuelt også for å hente dem. Ambulante team/ eventuelt psykiatriske ambulansetjenester vil være egnede aktører her. Politiet skal ikke brukes som ren transporttjeneste, men må bistå hvis situasjonen tilsier det, for eksempel ved begrunnet fare for voldsutøvelse.”

Samfunnsmessig sett kan det ikke være tvilsomt at det beste for borgerne er at syke personer tas hånd om av helsepersonell, og ikke samfunnets sivile maktapparat - politiet. Dette vil samtidig frigjøre politiressurser til kriminalitetsbekjempelsen og andre politioppgaver. Politidirektoratet gir derfor sin fulle støtte til utvalgets forslag om at arbeidet med å finne løsninger på disse utfordringene bør intensiveres. Politidirektoratet er blant annet kjent med, basert på et foredrag ved en felleskonferanse mellom politi – psykiatri på Garderomen i 2008, at hvor ambulante team ble benyttet i en bydel i Oslo var behovet for politiets bistand helt begrenset.

Kapittel 17- Økonomiske og administrative kostnader

Når det gjelder ressursbruk knyttet til gjennomføringen av politiets bistandsoppdrag vil direktoratet ikke bruke mye plass på spørsmålet her, men minner om problemstillingen knyttet til misbruk av politiet som en ren transportør av psykisk syke¹¹. Videre vises til de

¹¹ Se også Politi- og Helsedirektoratets fellesrundskriv ”Helsetjenestens og politiets ansvar for psykisk syke – oppgaver og samarbeid” punkt 4.

ovennevnte merknader under kapittel 12 om viktigheten av å finne løsninger som kan redusere bruken av politiet.

Politidirektoratet vil imidlertid peke på behovet for en enklere ordning for refusjon av kostnader i forbindelse med politiets bistand. Det vises her til Politidirektoratets brev av 11. desember 2006 till Helse- og omsorgsdepartementet, samt vår påminnelse av 29. september 2010.

Politidirektoratet har i ovennevnte brev åpnet for anvendelse av en fast timesats forutsatt at denne tar opp i seg overtid mv. Direktoratet vil i denne sammenheng vise til at politiet i forbindelse med bistand til vakthold mv. ved avvikling av konserter, offentlige arrangementer mv. krever refusjon av arrangøren i medhold av politiloven § 25. Frem til 2006 ble refusjonsgrunnlaget for såkalt privatbetalt politioppsyn basert på de faktiske utgifter knyttet til det enkelte oppdrag. Blant annet av hensyn til likebehandling og forutsigbarhet for arrangørene ble det i 2006 innført en fast sats beregnet med utgangspunkt i at den skal dekke den gjennomsnittlige timeprisen for politiet ved slike oppdrag. I tillegg til lønn og godtgjørelser omfatter satsen også kostnader som slitasje på materiell, utstyr, bilbruk administrasjon mv. Satsen tar også hensyn til at oppdragene i stor grad vil utløse 100% overtid og godtgjørelser for ubekvem arbeidstid. Satsen utgjør per i dag NOK 790,-. Direktoratet mener det bør vurderes å anvende denne satsen også i forbindelse med refusjonskrav ved politiets bistand, jf. pasientrettighetsloven § 2-6 jf. spesialisthelsetjenesteloven § 5-5.

Med hilsen


Vidar Refvik
ass. politidirektør



Christian Budsberg Pettersen
juridisk rådgiver

Saksbehandler:
Christian Budsberg
Pettersen

Kopi m/vedlegg:
Justisdepartementet

Vedlegg:
Oslo politidistrikts
høringsuttalelse av
4.10.2010