

Politidirektoratet
Postboks 8051 Dep
0031 OSLO

Deres ref.: 200501307-43 722 og
2015/00444-3
Vår ref.: 15/6309-2
Saksbehandler: Vårin Hellevik
Dato: 20.08.2015

Helsetjenesten og politiets ansvar for psykisk syke

Helsedirektoratet viser til brev fra Politidirektoratet av henholdsvis 15. og 23. juni i år. I brevene bes om presiseringer av ulike problemstillinger som er omtalt i direktoratenes felles rundskriv IS-5/2012 «Helsetjenesten og politiets ansvar for psykisk syke».

Helsedirektoratet har i sommer også mottatt en henvendelse fra en kontrollkomisjon knyttet til politiets bevæpning ved bistand til psykisk helsevern, som vi også omtaler nedenfor.

Betaling av utgifter for skade på dør/lås

I henvendelsen av 15. juni i år etterspørres en presisering av hvordan Helsedirektoratet forstår nevnte rundskriv pkt. 6 «Dekning av utgifter i forbindelse med politiets bistand»:

I forbindelse med politiets bistand kan det oppstå behov for at politiet må bane seg adgang til hus, rom eller annet lokale, jf. politiloven § 12 tredje ledd. Det kan da oppstå økonomiske utgifter som følge av skader i forbindelse med at politiet oppfyller bistandsplikten. Dette vil typisk være utgifter for skade på dør, lås, sikring av lokaler mv. Dette er å anse som utgifter som påløper ved gjennomføringen av psykisk helsevern og skal dekkes av helseforetakene, jfr. spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 a. Dersom det er kommunehelsetjenesten som initierer tvungent vern, og dermed ber om politibistand, skal kravet rettes til kommunehelsetjenesten, jf. helse - og omsorgstjenesteloven § 3-1.

Helsedirektoratet mener at dette må forstås slik at pasienten har rett til å få skade på dør/lås erstattet fra helsetjenesten når skaden har skjedd etter anmodet politibistand knyttet til tvungent psykisk helsevern. Dette uavhengig av pasientens manglende samarbeid/ egen oppførsel, altså som et «ubetinget rettskrav» som Oslo politidistrikt kaller det i vedlegg til nevnte brev.

Av og til er politiet først på stedet (uten helsetjenestens anmodning om bistand), i en situasjon som ender med en tvangsinnleggelse. Vi ser i vedlegg til nevnte brev av 15. juni i år at Politidirektoratet anser at slike situasjoner ikke regnes som «gjennomføring av psykisk helsevern», og dermed ikke noe som helsetjenesten skal dekke, men som en polisier beslutning med et eventuelt erstatningskrav til politiet. Vi støtter denne forståelsen. Det

Helsedirektoratet - Divisjon spesialisthelsetjenester

Avdeling psykisk helsevern og rus

Vårin Hellevik, tlf.: 24163343

Postboks 7000 St. Olavs plass, 0130 Oslo • Besøksadresse: Universitetsgata 2, Oslo • Tlf.: 810 20 050

Faks: 24 16 30 01 • Org.nr.: 983 544 622 • postmottak@helsedir.no • www.helsedirektoratet.no

fremgår videre av vedlegget at politiet behandler slike erstatningskrav etter skadeerstatningsloven, og at pasienten kun får dekket slike utgifter dersom politiet har opptrådt uaktsomt. Det fremgår videre at Oslo politidistrikt mener at likebehandlingshensyn tilsier at også disse pasientene (der politiets inngripen ender med en tvangsinnleggelse), skal få sine utgifter dekket. Helsedirektoratet er enig i at det bør være likebehandling, slik at pasienter som blir tvangsinnlagt får dekket utgifter til skade på dør/lås uavhengig av om det er helsetjenesten eller politi som først oppdager et en tvangsinnleggelse er nødvendig.

Politidirektoratet etterspør videre om hvordan Helsedirektoratet tenker tilsvarende utgifter dekket ved «annen behandling mot pasientens vilje». Helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 10 åpner for tvangstiltak overfor rusmiddelavhengige. Helsedirektoratet har nå på høring en veileder om tvangstiltak overfor personer med rusmiddelproblemer.¹ I utkastet kap. 2.6. vises til et brev fra Justisdepartementet av 25.8 1998 som sier at utgifter knyttet til politibistand vurderes som en ordinær politioppgave og at politiet dekker egne utgifter. Dette må vel forstås slik at politiet også behandler ev. erstatningskrav ved skade på dør/lås. Sammenlignet med tvungent psykisk helsevern, er omfanget av politibistand ved tvungen rusomsorg svært begrenset.

I hvilken grad kan helsepersonell utøve fysisk makt utenfor institusjon

I brev av 23. juni i år bes Helsedirektoratet utdype i hvilken grad helsepersonell kan utøve fysisk maktutøvelse utenfor institusjon, noe som i sin tur får betydning for når politibistand er nødvendig. I rundskriv IS-5/2012 pkt. 4- står følgende om dette spørsmålet:

Kun nødvendig bistand

Det er et krav i henhold til ovennevnte bestemmelser at bistand fra politiet må være nødvendig. Det er helsetjenesten som vurderer om bistand fra politiet er nødvendig.

Helsetjenesten må i hvert enkelt tilfelle foreta en konkret vurdering av behovet for bistand, og det bør foreligge rutiner ved institusjonene som sikrer dette. Politiets bistand vil først og fremst 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. politil. § 12 tredje ledd.*

Det fremgår altså klart av rundskrivet at det er behov for politibistand ved fysisk maktutøvelse utenfor institusjon.

Ved f.eks. vedtak om tvungen legeundersøkelse eller tvangsmedisinering ved tvang uten døgnopphold, skal i utgangspunktet helsepersonell selv oppsøke pasienten og forsøke å gjennomføre beslutningen. Ofte kan god tid og en god behandlerrelasjon gjøre fysisk

¹ <https://helsedirektoratet.no/horinger/veileder-om-tvangstiltak-ovenfor-personer-med-rusmiddelproblemer-etter-helse-og-omsorgstjenesteloven-kapittel-10>

maktutøvelse unødvendig. Når det er nødvendig med fysisk maktutøvelse, er det derimot politiet som er rette instans til å utøve dette utenfor institusjon.

Innimellom vil det oppstå vanskelige vurderinger for helsepersonell, for eksempel av hvorvidt gjennomføringen av transport eller setting av depotsprøyte vil kunne skje uten utagering. I slike tilfeller bør det foreligge voldsrisikovurderinger med fokus på risikohåndtering for å redusere den aktuelle risikoen. I en slik håndteringsplan bør det også fremgå når politiet bør bistå. Risikohåndtering legger et grunnlag for behandling og oppfølging som sikrer et tryggere og bedre liv for pasientene og deres omgivelser. Skulle en pasient likevel utagere, kan helsepersonell gripe inn på den mest formålstjenlige og forsvarlige måte, for eksempel ved fastholding dersom det vurderes uomgjengelig nødvendig. I en slik situasjon anses maktutøvelsen hjemlet i alminnelige nødrettslige prinsipper, som ikke er stedlig begrenset. Man kan imidlertid ikke «planlegge» for bruk av nødrett.

I Politidirektoratets brev av 23. juni i år refereres til en situasjon hvor psykisk helsevern rutinemessig ber om bistand når de skal gi depotsprøyter til en pasient som er underlagt tvungent vern uten døgnopphold på et sykehjem. Det blir oppgitt at politiet mener at det verken er nødvendig eller ønskelig at politiet på denne måten benyttes fordi *«pasienten befinner seg på et sted hvor helse ikke kan anvende tvang»*. I brevet fremgår videre at *«En patrulje forventes å stille på institusjonen eller i hjemmet som en fast ordning...ofte over mange år, og forventningen påvirkes ikke av om pasienten har fremstått medgjørlig for politiet over lengre tid»*.

Helsedirektoratet vurderer ikke enkeltsaker, men kan generelt si at dersom helsetjenesten rutinemessig vurderer at det er fare for utagering ved setting av depotsprøyte, vil ofte ikke tvang uten døgnopphold være beste alternativ og riktig behandlingsnivå for pasienten, jf. psykisk helsevernloven § 3-5 tredje ledd. I psykisk helsevernforskriften § 34 står det at dersom en pasient som er underlagt tvungent vern uten døgnopphold gjentatte ganger må hentes (enten av helsepersonell eller ev med bistand av politi) til behandling, skal det på ny vurderes om tvang *med* døgnopphold er et bedre alternativ. Krav om en slik vurdering vil være enda mer aktuell dersom pasienten gjentatte ganger må ha politi til stede ved setting av depotsprøyte. Ved medisineri i pasientens hjem (her sykehjemmet) er det videre et krav om at pasienten har samtykket til dette, jf. psykisk helsevernforskriften §§ 22 og 34. Når pasienten motsetter seg setting av depotsprøyte, kan det vel stilles spørsmål ved om et slikt samtykke foreligger.

For øvrig kan det bemerkes at det at pasienten for politiet fremstår rolig, ikke i seg selv tilsier at politibistand er unødvendig. Det kan være nettopp politiets tilstedeværelse som gjør at pasienten ikke utagerer.

Psykisk helsevernloven § 4-8 hjemler bruk av tvangsmidler (holding, mekaniske tvangsmidler, korttidsvirkende legemiddel og isolasjon). Bestemmelsen regulerer den tvangsmiddelbruk som kan skje i institusjon *godkjent for tvang med døgnopphold*. I psykisk helsevernforskriften § 24 gjøres unntak slik at tvangsmidler kan benyttes overfor pasienter «under psykisk helsevern i andre institusjoner», ved akutte situasjoner. Det skal i slike situasjoner straks vurderes om pasienten heller bør ha opphold i godkjent institusjon. Unntaksbestemmelsen retter seg først og fremst mot andre psykisk helseverninstitusjoner som ikke er godkjent for tvang med døgnopphold, og er ikke aktuell for f.eks. et sykehjem.

I felles rundskriv pkt. 4 står at: «*Helsetjenesten må i hvert enkelt tilfelle foreta en konkret vurdering av behovet for bistand, og det bør foreligge rutiner ved institusjonene som sikrer dette.*» I brevet av 23. juni etterspørres om Helsedirektoratet har kjennskap til de ulike rutinene. Helsedirektoratet er ikke kjent med eventuelle interne rutiner som de ulike institusjonene har på dette området, men forutsetter selvsagt at disse er i samsvar med nevnte rundskriv.

Innledningsvis i nevnte felles rundskriv anbefales at det etableres lokale samarbeidsrutiner og møter mellom helsetjeneste og politi. Disse møtepunktene er nettopp et sted hvor man kan gjennomgå rutiner og diskutere eventuelle uenigheter. Dersom man ikke blir enig i en praksis (f.eks den som nevnt ovenfor), bør eventuelt fylkesmannen/politidistriktet involveres, eller eventuelt direktoratene ved spørsmål om mer generell regelforståelse.

Bevæpnet politi ved politioppdrag for psykisk helsevern

Helsedirektoratet har i brev av 22. juni 2015 mottatt en henvendelse fra en kontrollkommisjon vedrørende «bruk av væpnet politi» ved oppdrag for psykisk helsevern. Fra brevet siteres:

«Flere pasienter har den siste tiden gitt uttrykk for at de har opplevd innleggelsen som svært skremmende når de har blitt hentet og transportert av væpnet politi. Pårørende har også i noen tilfeller gitt uttrykk for det samme. Kontrollkommisjonen har gjennom egen erfaring opplevd det ubehagelig å møte væpnet politi i sykehusets akuttmottak..

Bevæpnet politi vil også kunne virke provoserende på noen pasientgrupper, og antagelig i noen situasjoner kunne utløse uønskede handlinger fra pasientens side.

Helsedirektoratet bes å vurdere om det er mulighet for å endre nåværende praksis med bruk av væpnet politi ved innleggelse av syke mennesker».

Politiets gjennomføring av bistandsoppdraget er beskrevet i rundskrivets pkt. 4:

«Politiet avgjør i utgangspunktet selv på hvilken måte og med hvilke midler bistandsoppdraget skal gjennomføres, jf. politiinstruksen § 135. Som hovedregel skal helsepersonell være til stede når bistandsoppdraget gjennomføres.

Politiets håndtering av psykisk syke personer skal skje på en mest mulig skånsom måte. I den grad det er praktisk mulig bør politiet opptre i sivilt antrekk og med kjøretøy uten politimerking når dette anses å være det beste for pasienten. Dersom den syke utgjør en sikkerhetsrisiko, forsøker å påføre seg selv skade eller det er fare for rømning, vil politiet etter en konkret vurdering kunne benytte håndjern, jf. politiinstruksen § 32 tredje ledd.»

Vi ber om Politidirektoratets vurdering av dette innspillet fra kontrollkommisjonen. Er det etter (midlertidig) bevæpning av politiet grunn til å presisere aktuelle avsnitt i rundskrivet slik at det fremgår at bevæpning i størst mulig grad bør unngås? Da rundskrivet relativt nylig er revidert, er det vel mest hensiktsmessig at Politidirektoratet i tilfelle sender en slik presisering ut i brev form til politiet. Vi ber om Politidirektoratets tilbakemelding på dette.

Vennlig hilsen

Gitte Huus e.f.
avdelingsdirektør

Vårin Hellevik
seniorrådgiver

Dokumentet er godkjent elektronisk

Vedlegg: Brev fra kontrollkommisjonen for Innlandet av 22.6.2015

Kopi: Helse- og omsorgsdepartementet
Regionale helseforetak
Kontrollkommisjonen for sykehuset Innlandet, v leder E.M. Bendixen