

Masteroppgave, høst 2022

Samarbeid mellom politi og psykisk helsevern

Har politi og psykisk helsevern felles forståelse av oppgavefordeling, av taushetsplikt og av konsekvenser av lovendring i 2017?

Ove Westgård

Erfaringsbasert master i helseadministrasjon
30 studiepoeng

Avdeling for helseledelse og helseøkonomi, institutt for helse og samfunn
Det medisinske fakultet



Forord

Denne oppgaven er min masteroppgave ved studieprogrammet «Erfaringsbasert master i helseadministrasjon» ved Avdeling for helseledelse og helseøkonomi, Institutt for helse og samfunn, Det medisinske fakultet ved Universitetet i Oslo.

Jeg ønsker å takke alle medstudenter i kull 35 for en lærerik og fin tid i perioden fra august 2021 til desember 2022 med mange kloke mennesker som jeg har lært mye av. Jeg vil også takke Christian Reissig som både anbefalte meg og gav råd om å gjennomføre masterprogrammet, innvilget nødvendig permisjon til gjennomføringen og har støttet utdanningen underveis. Han har også korrekturlest denne oppgaven og kommet med gode innspill både av faglig karakter og andre nyttige innspill.

For gjennomføringen av denne oppgaven ønsker jeg særlig å takke min veileder, Ann-Helén Bay, som er professor i statsvitenskap ved OsloMet. Hun har fra første møte vært tilgjengelig, nysgjerrig på mine idéer og gjennom hele prosessen kommet med nyttige innspill og lært meg mye i prosessen om hvordan undersøkelsen bør gjennomføres og oppgaven utformes. Hun har utfordret meg på en statsvitenskapelig og derav også en mer ikke-medisinsk tilnærming til deler av problemstillingene, noe som har vært spennende, uvant og lærerikt. Uten hennes tilgjengelighet og tålmodighet og til enhver tid gode og konstruktive tilbakemeldinger ville det ikke vært noe av denne oppgaven.

Jeg ønsker videre å takke alle 119 respondenter og alle som har vært positive til å bidra til formidling av undersøkelsen. Hilde Næss er en god venn som jeg ønsker å takke for engelsk oversettelse av sammendraget!

Når jeg ikke er student arbeider jeg ved psykiatrisk sykehusavdeling ved Sykehuset i Vestfold HF. Dette er en arbeidsplass jeg er stolt av å tilhøre og glad for å være en del av. Jeg vil derfor takke alle gode kollegaer som har vært støttende både i oppgaveskrivingen, gjennomføringen av studiet men aller mest til å lage en flott arbeidsplass som gir trygge og kvalitetsmessige gode helsetjenester til de viktigste i helsetjenesten – pasientene.

Til slutt vil jeg takke mine aller viktigste støttespillere, både i gjennomføringen av studiet og denne oppgaven, men aller mest i livet forøvrig: min kone Anne som alltid støtter meg og som har vært positiv til studiet og arbeidet med denne oppgaven uavhengig av snømengde, klesvask og alt annet som skal gjøres i hverdagen. Jeg vil også takke Jonas og Jakob, de to sønnene mine, som alltid er positive og gir den støtten de kan ved å gi tid og rom til studenttilværelsen.

Sammendrag

Jeg har undersøkt hvordan helsepersonell og politi forstår og tolker regler både om samhandling og om taushets- og opplysningsplikt. Jeg har videre undersøkt kunnskap om to spesifikke temaer, nemlig bruk av varetektssurrogat og endring i psykisk helsevernloven av 2017 og respondentenes vurdering av dette. Avslutningsvis har jeg undersøkt hvordan samarbeidet mellom politiet og psykisk helsevern oppleves. Undersøkelsen er gjennomført som en surveyundersøkelse med to vignetter som etterfølges av kunnskapsspørsmål og flere spørsmål om opplevd samarbeid som besvares på Likert-skala. Respondentene er helsearbeidere i psykisk helsevern i sykehusene i Helse Sør-Øst RHF's opptaksområde og politiansatte i de tilhørende politidistriktene.

Undersøkelsen avdekker for begge grupper betydelige mangler i kunnskap om reglene for taushetsplikt og for informasjonsutveksling. Manglede kunnskap om regelverket kan blant annet avleses i respondenters vurderinger av om helsevesenet kan ta kontakt med politi for å få opplysninger for å gjennomføre en voldsrisikovurdering.

Store mindretall misforstår ansvarsforhold, for eksempel knyttet til at en pasient rømmer fra en avdeling.

Flertallet av respondentene i begge grupper opplever klare forbedringspunkter i samarbeidet og at overordnede etater som politidirektorat og helsedirektorat ikke legger tilstrekkelig til rette for god daglig samhandling.

En konklusjon i oppgaven er at det er behov for tiltak som forbedrer samarbeidet mellom politiet og det psykiske helsevesenet. Konklusjonen baserer seg på både respondentenes egne vurderinger av samarbeidet, og de kunnskapshullene som er avdekket i undersøkelsen. Mye kan oppnås ved at kunnskapsnivået om gjeldende regler økes, slik at de muligheter for samhandling som allerede er der utnyttes. Råd og anbefalinger i tidligere rapporter til myndighetene og som ikke er fulgt opp, bør settes på agendaen og følges opp. I tillegg bør myndighetene komme med klare føringer og oppklaringer for å øke samarbeidet i det daglige til beste både for enkeltpasienter, for samfunnet og for å oppnå best mulig ressursutnyttelse. Det bør legges til rette for samhandling på alle nivåer. Politisk bør gjeldende lovverk gjennomgås, på direktoratsnivå bør føringer for samhandling gis fra politi- og helsedirektoratet samlet og det bør fremgå tydelig hva det er ønskelig og forventet at det samhandles om, inkludert føring for tolking av gjeldende og eventuelt oppdatert lovverk. I den enkelte organisasjon bør fora for samhandling utvikles eller videreutvikles, og det må være kjent i organisasjonen at forumet finnes og hvordan medarbeiderne kan komme i kontakt med forumet.

Abstract

I have investigated how health workers and police officers understand and interpret rules about cooperation, duty of confidentiality, and obligation to provide information. I have specifically investigated to themes: the use of custody surrogates and an amendment of the Mental Health Protection Act from 2017, as well as the respondents' own assessment of these. I have also investigated how the police officers and mental health care workers perceive the interactions. The investigation has consisted of a survey with two vignettes, followed up by detailed questions canvassing levels of knowledge, as well as how the respondents perceived the interactions. These questions were answered on a Likert scale. The respondents are health workers in mental health care in South-Eastern Norway Regional Health Authority admission area and police officers in the corresponding areas.

The survey disclosed a significant lack of familiarity with the rules regarding duty of confidentiality and information exchange. This lack of familiarity clearly shown in the respondents' assessment of the availability of a police-conducted assessment of risk of violence.

A significant number of respondents misunderstand the division of their and the other party's responsibilities, for instance when a patient escapes from a ward.

The majority of the respondents recognize room for improvement. Both the governmental agencies, the National Police Directorate and the Norwegian Directorate of Health, could do more to facilitate beneficial day-to-day interactions.

One of my conclusions is that there is a need to implement measures to improve the cooperation between the police and the mental health care institutions. This conclusion is based on both the respondents' own assessments, and the lack of knowledge exposed by the survey. A lot can be gained by increasing the level of knowledge about the applicable rules, so that the current potential for cooperation may be taken advantage of. Prior reports to the authorities, which have not yet been acted upon, should be discussed and followed up. The authorities should state clear guidelines and clarifications for the purpose of increasing cooperation and interactions on a day-to-day basis. This will not only benefit the individual patient, but also society as a whole, and make better use of our resources. All management levels will benefit from better cooperation and more interactions. On a political level, the current laws should be reviewed. The Police and Health Directorates should issue clear common guidelines, which clearly state expectations for areas of cooperation, as well as guidance regarding interpretations and future updates of the current laws.

The individual institutions should develop, or develop further- forums for interactions. These forums, and how to get in touch with them, must be communicated to all parts of the organization.

Innhold

1	Innledning.....	6
1.1	Introduksjon til tema.....	6
1.2	Kongsberg, oktober 2021	7
1.3	Eget utgangspunkt	8
1.4	Disposisjon	9
2	Teoretisk utgangspunkt: politi og helsevesen som bakkebyråkrater.....	11
3	Psykisk helsevern, politi og gjeldende regelverk	14
3.1	Psykisk helsevern og tvangsinnleggelse	14
3.2	Helsevesenets og politiets samfunnsoppdrag og juridiske rammeverk.....	19
3.3	Taushetsplikt og opplysningsplikt.....	22
3.4	Innleggelsesbegjæring/tutorerklæring	24
3.5	Tidligere undersøkelser av opplevd samarbeid	25
3.6	Bruk av varetektssurrogat.....	27
4	Metode og data	30
4.1	Metode.....	30
4.2	Respondenter og svarprosent.....	32
4.3	Godkjenninger	37
5	Resultater.....	38
5.1	Kunnskap om regler.....	38
5.2	Vurdering av endringene i psykisk helsevernloven i 2017.....	55
5.3	Vurdering av samarbeid mellom politi og psykisk helsevern	59
5.4	Åpne spørsmål med forbedringstiltak.....	67
5.5	Oppsummering	69
6	Drøfting og konklusjon	73
6.1	Behandling uten samtykke.....	73
6.2	Kunnskap	74

6.3	Samarbeid	75
6.4	Oppsummert	77
6.5	Videre forskning	78
7	Konklusjoner og anbefalinger	79
8	Litteratur.....	81

Vedlegg

[Vedlegg 1: Spørreskjema fra nettskjema.no](#)

[Vedlegg 2: Godkjenning fra NSD](#)

[Vedlegg 3: Informasjonsskriv spørreundersøkelse](#)

[Vedlegg 4: Godkjenning personvernombud Oslo Universitetssykehus HF.](#)

[Vedlegg 5: Epost sendt til respondenter med lenke til undersøkelsen. Lenken er deaktivert i vedlegget.](#)

[Vedlegg 6: Godkjenning personvernombud Vestre Viken HF.](#)

Liste over tabeller

Tabell 1: Oversikt over helseforetak og tilhørende politidistrikt (2022).....	33
Tabell 2: Antall utsendte undersøkelser og innkomne svar fordelt på institusjon; antall utsendte, svar og svarprosent. (2022)	35
Tabell 3: Respondenter per yrkestittel – helsevesen. Antall og prosent. (2022).....	36
Tabell 4: Respondenter per yrkestittel - politi/påtalemyndighet. Antall og prosent. (2022)....	36
Tabell 5: Kan politiet beslutte innleggelse i psykiatrisk avdeling uavhengig av legevaktens vurdering? Prosent. (2022).....	39
Tabell 6: Legeerklæring er nødvendig når politiet er tutor. Prosent. (2022).....	40
Tabell 7: Skal rusutløst psykose anses som helseproblem eller ordensforstyrrelse. Prosent. (2022)	41
Tabell 8: Skal / kan politiet transportere Tor til psykiatrisk avdeling fra legevakten. Prosent. (2022)	42
Tabell 9: Politiet kan kontaktes for å bringe Katrine tilbake til sykehuset. Prosent. (2022)....	43
Tabell 10: Gjelder helsepersonellens ordinære taushetsplikt når pasienten er tvangsinnlagt? Prosent. (2022)	46
Tabell 11: Skal sykehuset selv forsøke å hente pasienten tilbake til sykehuset når pasienten er tvangsinnlagt? Prosent. (2022).....	46
Tabell 12: Kan sykepleier bringe pasienten mot hennes vilje tilbake til sykehuset når hun er tvangsinnlagt? Prosent. (2022).....	47
Tabell 13: Politiet plikter å bistå og hente pasienten når sykehuset har forsøkt først. Prosent. (2022)	48
Tabell 14: Kan politiet gi informasjon om den aktuelle hendelsen til sykehuset når de ankommer psykiatrisk avdeling? Prosent. (2022)	48
Tabell 15: Kan politiet gi informasjon om kjennskap de har til tidligere voldshistorikk til sykehuset? Prosent. (2022).....	49
Tabell 16: Kan helsepersonellet på psykiatrisk avdeling gi tidligere kjent informasjon til politiet? Prosent. (2022)	50
Tabell 17: Har politiet rett til informasjon om det etableres TPH eller ei, om opphør av TPH og om diagnose? Prosent. (2022)	51
Tabell 18: Kan helsevesenet kontakte politiet for å be om opplysninger for å gjøre voldsrisikovurdering? Prosent. (2022)	53

Tabell 19: Kan politiet gi opplysninger til overlege F. Link for å gjøre voldsrisikovurdering? Prosent. (2022)	53
Tabell 20: Kan retten beslutte innleggelse etter straffeprosessloven § 188? Prosent. (2022)..	54
Tabell 21: Hvilke regler gjelder under en innleggelse dersom pasienten er i varetektssurrogat? Prosent. (2022)	54
Tabell 22: Opplevs lovendringen i 2017 å ha innvirkning på når TPH oppheves? Prosent. (2022)	57
Tabell 23: Finnes det formaliserte samarbeidsfora mellom egen arbeidsplass og tilhørende psykiatriske sykehus/politidistrikt? Prosent. (2022)	59
Tabell 24: Vet respondenten hvem som er kontaktperson til samarbeidsforum i egen organisasjon? Prosent av de som kjente til forumet i Tabell 23.(2022).....	60

Liste over figurer

Figur 1: Antall tvangsinnleggelses og antall personer utsatt for minst en tvangsinnleggelse årlig i perioden 2012-2020. Kilde: Tvangsforskning.no (2021).....	17
Figur 3: Kart over politidistrikter. Kilde: Politidirektoratet.	32
Figur 2: Kart over Norge som viser Helse Sør-Østs opptaksområde. Kilde: Helse Sør-Øst RHF (2022)	32
Figur 4: Hvor kjent er du med endringene i psykisk helsevernloven fra 2017? Prosent. (2022)	55
Figur 5: Det oppleves vanskeligere å etablere tvungent psykisk helsevern etter lovendringen i 2017. Prosent. (2022)	56
Figur 6: Lovendringen gjør at flere personer med alvorlig psykiatrisk sykdom er ubehandlet. Prosent. (2022)	58
Figur 7: Lovendringen har gjort samfunnet farligere fordi flere personer med psykiatrisk sykdom er ubehandlet. Prosent. (2022).....	58
Figur 8: Samarbeidet mellom politi og helsevesen i mitt distrikt er svært godt. Prosent (2022)	61
Figur 9: Det er ingen forbedringspunkter i samarbeidet mellom politi og helsevesen i vårt distrikt. Prosent. (2022).....	61
Figur 10: Samarbeidet på overordnet nivå (politimester/helseforetak) er godt i vårt distrikt. Prosent. (2022)	62
Figur 11: Jeg vet hvem jeg skal kontakte hos politiet/helsevesenet når jeg har behov for å drøfte en konkret sak. Prosent. (2022).....	63
Figur 12: Jeg er trygg på hhv helsevesenets (venstre) og politiets (høyre) grenser for taushetsplikt. Prosent. (2022)	64
Figur 13: Om å være trygg på egen varslingsplikt. Helsevesen til venstre, politiet til høyre. Prosent. (2022)	64
Figur 14: Samarbeidet mellom etatene er så godt at personer med psykiske lidelser får optimal behandling. Prosent. (2022)	65
Figur 15: Samarbeidet mellom helsedirektoratet og politidirektoratet er godt og gir tydelige føringer for samarbeid mellom helsevesen og politi. Prosent. (2022).	66
Figur 16: Lovverket er ikke til hinder for godt daglig samarbeid. Prosent. (2022)	66

1 Innledning

1.1 Introduksjon til tema

Den overordnede problemstillingen for oppgaven er å undersøke påstanden om at samarbeidet mellom politi og psykiatri er dårlig på områder som gjelder samhandling knyttet til mennesker med alvorlige psykiatriske sykdommer. Problemstillingen blir belyst gjennom tre hypoteser:

1. Politi og psykisk helsevern har mangelfulle kunnskaper om hverandres regelverk og ansvarsområder.
2. Både helsevesen og politi opplever at samarbeidet har stort potensial for forbedring.
3. Både helsevesen og politi opplever at lovendringen i psykisk helsevernloven har bidratt til at samfunnet har blitt noe farligere. Konsekvensen av lovendringen er også at flere pasienter med psykiske sykdommer får mer med politiet å gjøre.

En viktig forutsetning for samarbeid på tvers av etater er at man har felles forståelse, tilstrekkelig innsikt og kunnskap om hverandre blant annet når det gjelder arbeidsoppgaver, ansvarsområder og juridisk rammeverk.

I psykisk helsevern kom det i 2017 en endring i psykisk helsevernloven (1) om krav til manglende samtykkekompetanse (2;3) for å etablere tvungent psykisk helsevern. Med endrede krav til etablering og opprettholdelse av tvungent psykisk helsevern, får dette også konsekvenser for samhandlingen mellom politi og psykiatri.

I 2020 kom Undersøkelseskommissjonen for helse- og omsorgstjenesten (Ukom) ut med en rapport som omhandler bruk av varetektssurrogat (4), altså at en antatt psykisk syk er i institusjon fremfor fengsel under en varetektsfengsling. Jeg ønsker også å kartlegge i hvor stor grad begge etater har kunnskap om disse spesifikke temaene, opplevd konsekvens av lovendringen av 2017, og deres vurdering av og bruken av varetektssurrogat både generelt og for samhandlingen mellom politi og psykiatri.

Først vil jeg gi et teoretisk bakteppe for studien, basert på litteratur om bakkebyråkrater – i norsk språkdrakt også ofte omtalt som frontlinjearbeidere. Jeg vil sette politiets og helsevesenets ansatte inn i dette rammeverket. Deretter vil jeg gi en redegjørelse for hovedoppgavene til politiet og det psykiske helsevernet, samt gjeldende lovgivning, før spørreundersøkelsen blir redegjort for og resultatene tolket.

1.2 Kongsberg, oktober 2021

Den 13. oktober 2021 er en dato som fikk skjebnesvangre følger for mange mennesker. Politiet fikk meldinger fra en rekke personer om at en mann var bevæpnet med pil og bue og skjøt rundt seg mot tilfeldige mennesker. Fem mennesker i alderen 52 til 78 år ble drept og en rekke personer ble alvorlig skadet i løpet av 20 minutter i Kongsberg sentrum.

Gjerningsmannen forklarte i retten at han drepte fordi han trodde han skulle bli blind og at han måtte bli født på nytt for å bli gjenfødt på et bra sted (5). Han ble etter pågripelsen innlagt i psykiatrisk sykehus og fikk behandling blant annet i form av antipsykotiske legemidler og forklarte seg i retten om hendelsene. Han fortalte i retten at han angret veldig og at han ikke lenger så logikken i at *han måtte drepe slik at han kunne bli blind for så å gjenfødes*. Gjerningsmannen hadde ifølge media sykdommen paranoid schizofreni og var uten aktiv behandling da hendelsen og drapene skjedde. I en fellende og rettskraftig dom ble gjerningspersonen idømt overføring til tvungent psykisk helsevern etter at retten vurderte at han ikke var tilregnelig (6).

For å kunne dømme en person som har gjennomført en straffbar handling må vedkommende ha skyldene. Straffeloven (7) § 20 definerer at den som *er under 15 år, den som har en sterkt avvikende sinnstilstand, den som har en sterk bevissthetsforstyrrelse eller den som er høygradig psykisk utviklingshemmet*, ikke er strafferettslig ansvarlig. Det som skal vektlegges er blant annet *graden av svikt i virkelighetsforståelse og funksjonsevne*. I slike saker får retten råd fra rettsoppnevnte sakkyndige som er psykologer eller leger med spesialistutdanning. Typisk vil en person med en pågående psykose, altså en alvorlig svikt i virkelighetsforståelsen, som ledd i en alvorlig psykiatrisk sykdom, anses som ikke strafferettslig tilregnelig. I stedet for ordinær straff kan vedkommende i slike tilfeller dømmes til overføring til tvungen behandling i psykisk helsevern (straffeloven § 62).

Mange personer med en kronisk psykosesykdom har vært og er i kontakt med helsevesenet i form av psykisk helsevern i kortere eller lengre tid for utredning og behandling av den psykiske sykdommen. Sykdomsbildet er derfor gjerne kjent fra tidligere, slik det i media fremgår at det også var i Kongsbergsaken. Helsevesenet har som hovedregel taushetsplikt og vil kun i svært sjeldne tilfeller kunne informere politiet om en persons helse- og sinnstilstand. Politiet involveres også ofte i saker hvor mennesker med alvorlige psykiske sykdommer trenger hjelp, enten som bistand til helsevesenet eller når den psykisk syke har en atferd i samfunnet som

påkaller politiets oppmerksomhet og handling. Politiet har som hovedregel taushetsplikt, men også politiet har plikter og muligheter til å informere helsevesenet når de anser det påkrevet.

De to etatene styres av hver sine direktorat og tjenestene utøves av politibetjenter, jurister og helsepersonell med forskjellig bakgrunn, forskjellig kunnskap og forskjellig erfaringsgrunnlag. Også kunnskapen om eget og den andre etats lovverk vil være forskjellig, og vil utøves forskjellig.

1.3 Eget utgangspunkt

Helsevesenet med psykisk helsevern og politiet tilhører to forskjellige etater med to forskjellige samfunnsoppdrag. Begge etater har både et overordnet samfunnsansvar og et individrettet ansvar. Helsevesenets primære oppgave er allikevel den enkelte borger som tar kontakt om et opplevd helseproblem og som ønskes avhjulpet under rammen av diskresjon og taushetsplikt. Politiets primære oppgave er rettet mot samfunnet og sentralt for politiet er samfunnets sikkerhet. Politiets oppgave er derfor blant annet å skjerme kollektivet for individer som truer dette, og med denne bakgrunnen rette innsats mot enkeltindivider.

Mennesker med alvorlige psykiatriske sykdommer har ofte et behov for helsehjelp i helsevesenet, og hvor helsevesenet har et hovedansvar. Utviklingen gjennom de siste decennier er at tvang skal reduseres og menneskets rett til selv å ta valg på egne vegne er styrket i tråd med styrking av menneskerettighetene. Psykiatriske institusjoner er derfor i stor grad bygget ned (8;9) og mennesker med alvorlige psykiatriske sykdommer bor i egne boliger i sin hjemkommune. En del av disse menneskene vil som ledd i sin psykiatriske sykdom ha en atferd som gjør at de truer samfunnet enten sikkerhetsmessig eller at de har en atferd som gjør at politiets oppmerksomhet påkalles på annet vis. På denne måten har både politi og helsevesen svært viktige roller i livet til mange mennesker som har alvorlige psykiatriske sykdommer, men med helt forskjellig innfallsvinkel. For å lykkes med å gi enkeltmennesket en best mulig behandling samtidig som samfunnssikkerheten er ivaretatt og samfunnets ressurser brukes optimalt, er samarbeid mellom etatene viktig. Et godt samarbeid krever at begge sider har en felles forståelse av hva samarbeidet skal handle om, og tilstrekkelig innsikt og kunnskap om den andre parten.

Min yrkesbakgrunn er at jeg er lege og spesialist i psykiatri. Til vanlig er jeg avdelingsoverlege ved psykiatrisk sykehusavdeling ved Sykehuset i Vestfold HF og har klinisk arbeid primært knyttet til akuttpsykiatriske problemstillinger. Som avdelingsoverlege arbeider jeg på systemnivå og ser systemutfordringer knyttet til forventninger om vurdering av voldsrisiko,

adekvat og god diagnostikk og behandling og økende forventninger til hva som skal skje i en psykiatrisk avdeling, samtidig som jeg i klinikken merker de samme utfordringene i hverdagen. I tillegg tar jeg oppdrag som rettsoppnevnt sakkyndig psykiater og gjennomfører rettspsykiatriske undersøkelser for domstolen, slik som mannen fra Kongsberg beskrives å ha gjennomgått. Gjennom dette arbeidet får jeg innblikk i saker hvor noe har gått galt, for eksempel alvorlige straffbare handlinger begått i psykotisk tilstand. I rettspsykiatriske erklæringer gis som oftest råd til domstolen om fremtidig risiko for å utøve voldshandlinger på gruppenivå og hvilke tiltak som kan redusere en slik risiko.

I media er det regelmessig saker som kan påpeke at psykiatrien svikter, at politiet bruker for mye ressurser på psykiatrioppdrag, at det brukes for mye tvang i psykiatrien og for lite tvang i psykiatrien, avhengig av ønsket vinkling. I klinikken er det fortvilelse fra klinikere som forventes å gjøre voldsrisikovurderinger, mens de samtidig opplever at det er vanskelig å få et samarbeid med politiet for å få nødvendige opplysninger. Politiet på sin side gir uttrykk for at de bruker for mye tid på psykiatri, at de ikke får opplysninger de ønsker i enkeltsaker og at samarbeidet oppleves dårlig.

Sentrale myndigheter gir føringer som blant annet har til hensikt å bedre samhandlingen mellom etater. Innenfor psykiatri og politi er det, slik jeg har oppfattet det, en utbredt oppfatning om at samarbeidet dem imellom er dårlig. Allikevel har jeg ikke kunnet finne dokumentasjon eller undersøkelser som viser at dette faktisk stemmer. Jeg ønsker derfor å belyse disse spørsmålene ved en spørreundersøkelse til ansatte i politi og påtalemyndigheten på den ene siden og ansatte i helsevesenet på den andre siden. Dette er personer som i det daglige står for praktiseringen av informasjonsutveksling og samarbeid, og som på den måten må tolke og forstå et relativt sammensatt og komplisert regelverk bestående av lover, forskrifter og forskjellige rundskriv.

1.4 Disposisjon

Kapittel 2 omhandler teorien om bakkebyråkrater, og relevansen av den for å analysere politi og helsevesen.

I kapittel 3 redegjør jeg for lovgrunnlaget for psykisk helsevern og tvangsinnleggelse som står sentralt i spørsmålene som inngår i undersøkelsen. Jeg redegjør også relativt kort for endringene i psykisk helsevernloven fra 2017, og for hva en voldsrisikovurdering er. Deretter omtaler jeg helsevesenets og politiets samfunnsoppdrag og de juridiske rammene rundt taushets- og opplysningsplikt.

I kapittel 4 gjennomgås vignettene som brukes, bakgrunn om respondentene og hvilken metode som er brukt for å innhente og analysere data.

Kapittel 5 viser resultatene fra undersøkelsen med mine kommentarer.

Kapittel 6 drøfter de mest sentrale resultatene opp mot hypoteser og i lys av det teoretiske rammeverket.

I kapittel 7 vil jeg komme med konklusjon og innspill til videre arbeid med temaet.

2 Teoretisk utgangspunkt: politi og helsevesen som bakkebyråkrater

Som teoretisk forståelse av hvordan de som er direkte i kontakt med befolkningen praktiserer de lover og regler de er satt til å utøve, introduserte Michael Lipsky allerede i 1980 (10) begrepet bakkebyråkrater (street-level bureaucracy - SLB). I norsk faglitteratur omtales ofte bakkebyråkrater som frontlinjearbeidere (11). (I tråd med tidligere forskning anvender jeg begge begrepene synonymt i oppgaven.)

Bakkebyråkratenes oppgave kan ofte være en vanskelig balansegang. På den ene side skal de omsette vedtatt politikk i form av lover, forskrifter og rundskriv til utøvende tjenester, på den andre side fortolke den enkelte innbyggers situasjon, behov og forventninger (11).

Lipskys teori om bakkebyråkrater er at ansatte i offentlige etater styres av lover og forskrifter, som de må bruke individuelt skjønn for å omsette til beste for den enkelte borger. I litteraturen er polititjenestemenn, sosialarbeidere og lærere trukket fram som sentrale eksempler på bakkebyråkrater. I denne oppgaven er det naturlig å se på både ansatte i politi- og påtalemyndigheten og ansatte i helsevesenet som bakkebyråkrater, siden begge etater omsetter politiske føringer i praktisk utøvelse overfor enkeltborgere.

Teorien om bakkebyråkrater er like enkel som den er genial, og har gitt utspring til videre teorier rundt samme tema. Bernardo Zacha ga i 2017 ut boken «When the State meets the Street – Public Service and Moral Agency» (12) hvor han blant annet går inn på moralske dilemmaer den enkelte bakkebyråkrat kan stå i. Evelyn Brodtkin har også videreutviklet teorien, særlig knyttet til hvordan bakkebyråkrater forholder seg til overordnede føringer som lovendringer og regelendringer mens de målstyres gjennom *New Public Management* (13;14) og hvilke utfordringer dette gir.

Frontlinjearbeiderne må ifølge Lipsky håndtere politiske mål som kan være tvetydige og i konflikt med hverandre i en hverdag som ofte er preget av knapphet på tid og ressurser. De stilles overfor dilemmaer, samtidig som de ofte har relativt mye autonomi til skjønnsmessig å avgjøre hvordan de skal handle i enkeltsaker. Med et slikt rom for autonomi åpnes det opp for at skjønnutøvelsen mellom de forskjellige medarbeiderne vil variere, men det kan også føre til at det etableres forskjellige saksbehandlingstradisjoner fra kontor til kontor. Hva som bestemmer hvilket skjønn den enkelte utøver, har vært forstått på flere måter. En tradisjon er opptatt av hvordan strukturelle forhold påvirker atferden til bakkebyråkrater (10), en annen legger vekt på den enkelte bakkebyråkrats kunnskap, forståelse og holdninger (15).

I denne undersøkelsen tar jeg som utgangspunkt at det både er strukturelle betingelser som bestemmer hvordan den enkelte handler og at den enkelte må gjøre avveininger og handle på egen hånd, noe som kan gi seg utslag i ulik håndtering av ellers like saker.

Selv om det ideelt sett er slik at alle like saker bør behandles likt, er det heller ikke ønskelig at det ikke er et skjønn i utøvelsen. I et intervju med Michael Lipsky (16) trekker han frem hvordan et samfunn ville blitt dersom det ikke var skjønnsutøvelse. Samfunnet ville da blitt mer teknisk og mekanisk styrt som om det var roboter som tok avgjørelsene, noe de færreste ønsker at skal være tilfelle.

Analytisk kan bakkebyråkratenes praksis studeres i lys av fire kontekster (11); politisk, styringsmessig, organisatorisk og individuelt.

Det politiske nivået definerer politiske føringer som spesifiserer hvilke mål som skal vektlegges, både i form av politiske uttalelser og særlig i form av lover, forskrifter, rundskriv og andre regler. I denne oppgaven vil de politiske føringene i utgangspunktet være divergerende i enkelte saker; politi og påtalemyndighet har som overordnet samfunnsoppdrag å beskytte samfunnet og enkeltmennesker mot vold og overgrep, etterforske og påtale lovbrudd mens helsevesenet har som overordnet samfunnsoppdrag å gi helsehjelp til den enkelte, bevare taushet om den enkeltes helsesituasjon og ikke minst ivareta enkeltmenneskets mulighet til å ta valg på egne vegne uten at tvang utøves i tråd med menneskerettighetene.

Styringsnivået refererer mer konkret til strukturelle føringer og uttrykte forventninger til hvilken praksis frontlinjen utøver. Her ser vi på hvordan de forskjellige etatene er organisert, med hvordan Justisdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet gir føringer nedover i sine styringslinjer. Justis- og beredskapsdepartementet gir føringer via de forskjellige politidistriktene ved politimesteren, via ledernivåene og ut til frontlinjen. Helse- og omsorgsdepartementet gir på sin side føringer via bestillingsdokumenter til de regionale helseforetakene (RHF¹), eventuelt via styrene eller foretaksmøte som øverste myndighet. RHF'ene gir detaljerte bestillingsdokumenter til hvert enkelt helseforetak, og deretter ut i linjen. Begge etater har mange nivåer fra direktorat til frontlinje, og begge etater styres av målkrav som kan telles og måles, noe som gjør at styringen i begge etater kan oppfattes byråkratisk, detaljstyrt og rigid.

¹ RHF: Regionalt helseforetak. Det er fire regionale helseforetak i Norge: Helse Nord, Helse Vest, Helse Midt og Helse Sør-Øst.

Organisasjonsnivået viser til de forhold som mer konkret handler om arbeidsbetingelsene til den enkelte frontarbeider. Dette kan for eksempel være opplevd mangel på tid og ressurser, men også i hvilken grad det enkelte arbeidssted – politidistrikt eller helseforetak – har lagt til rette for samhandlingsarenaer hvor etatene kan møtes, utveksle erfaringer og sammen evaluere og videreutvikle samarbeidet. For å lykkes med dette må de som arbeider i frontlinjen i begge etater kjenne til hvorvidt det finnes slike fora, og dersom de finnes hvordan saker kan løftes til forumet for drøfting.

I spørreundersøkelsen i denne oppgaven vil oppmerksomheten primært være rettet mot individnivået. Rammevilkårene som er nevnt over vil legge føringer for hvilken praksis den enkelte medarbeider har fordi reglene forstås og erfares forskjellig og påvirkes også av bakgrunnskunnskap, opplevelser og preferanser. Blant annet er det viktig for praksis hvorvidt den enkelte medarbeider har et positivt syn på de mål som gis, og om mål og virkemidler oppleves hensiktsmessige. Tidligere erfaringer kan være at det er vanskelig å få til samarbeid med politiet for helsevesenet, og at man derfor ikke tar kontakt fordi erfaring tilsier at det allikevel ikke nytter. En slik holdning kan også spre seg innad i miljøet slik at dette vil kunne være forskjellig fra et arbeidssted til et annet innen samme etat.

Bakkebyråkratens bakgrunnskunnskap er viktig, både fra utdanning og erfaring fra praksis. I denne undersøkelsen vil bakgrunnen til påtalemyndigheten være juristutdanning, hos operasjonsledere politiutdanning, hos spesialister i helsetjenesten lege- eller psykologutdanning med tilhørende spesialistgodkjenning og hos ledere i helsevesenet oftest en helsefaglig utdanning og lederutdanning.

En av hypotesene som blir undersøkt i oppgaven er at de ansatte i de to etatene opplever at samarbeidet fungerer dårlig. Samarbeid mellom etater har ofte vært gjenstand for undersøkelser, siden samfunnets kompleksitet øker fra år til år. Blant annet har det vært forsket på samarbeidet innen helse- og velferdssektoren når det gjelder integrering av flyktninger i samfunnet (17) som ser på ansatte i NAV og voksenopplæring. Her er de NAV-ansatte og ansatte i voksenopplæringen bakkebyråkrater som setter den norske flyktningpolitikken ut i livet. Et av utsagnene herfra er at samarbeid er ferskvare og beskriver viktigheten av kontinuerlig satsing på samarbeid mellom etater for å lykkes. Politiet som bakkebyråkrater har også ofte vært belyst, for eksempel i situasjoner hvor de griper inn i familievoldssaker (18) hvor essensen i bakkebyråkratens dilemma er sentralt og hvor det må fattes raske beslutninger på individuelt grunnlag på begrenset informasjonsgrunnlag.

3 Psykisk helsevern, politi og gjeldende regelverk

I dette kapitlet gjennomgås gjeldende regelverk og nødvendig bakgrunnskunnskap som ligger til grunn for undersøkelsen. Først gjennomgås det juridiske rammeverket for tvangsinnleggelse i psykisk helsevern, hvem som blir tvangsinnlagt og om lovendringen i psykisk helsevernloven som kom i 2017. Også prinsippene for vurdering av fremtidig risiko for å utøve vold gjennomgås.

Deretter gis en oversikt over helsevesenets og politiets generelle ansvarsområder i samfunnet og deres samfunnsoppdrag, før regelverket for taushetsplikt og opplysningsplikt gjennomgås. Mot slutten av kapitlet gjennomgås regelverket for bruk av tutorerklæring og konsekvensene av å bruke dette, eventuelt å ikke bruke det samt tidligere undersøkelser av samarbeid og til slutt informasjon om bruk av varetektssurrogat.

3.1 Psykisk helsevern og tvangsinnleggelse

Hvem får behandling i psykisk helsevern og hvilke regler gjelder?

Personer med psykiatriske sykdommer som er i behov av utredning og behandling i spesialisthelsetjenesten og vurderes å ha rett til nødvendig helsehjelp (2) får dette som hovedregel frivillig og etter eget samtykke. Dette er hjemlet i psykisk helsevernloven (1) kapittel 2. Noen pasienter har en så alvorlig psykiatrisk sykdom at de ikke nødvendigvis selv forstår eget sykdomsbilde ved at de ikke anerkjenner å ha en sykdom eller anerkjenner et behov for behandling. For en liten gruppe personer vil det da være hjemmel for å utrede og behandle en pasient i psykisk helsevern uten at vedkommende samtykker.

Kriteriene for slik utredning og behandling fremgår av psykisk helsevernloven kapittel 3 og stiller som krav blant annet at pasienten har en alvorlig sinnslidelse med behov for behandling for å sikre en vesentlig bedring eller forebygge en alvorlig forverring, eventuelt at pasienten i tillegg anses å være til alvorlig og nærliggende fare for eget eller andres liv eller helse. Lovtekstens bruk av alvorlig sinnslidelse er ikke et medisinsk begrep, men et juridisk begrep hvor det sentrale er tilstander av psykotisk karakter. Typisk vil tilstander som schizofreni være i sentrum av de sykdommer som kvalifiserer for å være en alvorlig sinnslidelse og det er et stort overlapp mellom det som i psykisk helsevernloven anses å være en alvorlig sinnslidelse og det som i straffeloven anses som en *sterkt avvikende sinnstilstand* med *alvorlig grad av svikt i virkelighetsforståelse*.

Psykisk helsevernloven stiller flere krav for å etablere tvungent psykisk helsevern. En lege som er uavhengig av den aktuelle institusjonen må først ha undersøkt pasienten og henvist til institusjon. Videre er det et krav at pasienten ikke allerede er i behandling under rammen av frivillig psykisk helsevern. Den faglig ansvarlige overlegen eller psykologspesialisten må avslutningsvis begrunne at etablering og opprettholdelse av tvang samlet sett er til det beste for pasienten.

Bruk av makt for gjennomføring kan kun skje i institusjon, mens pasienter kan være underlagt tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold og allikevel bo i egen bolig eller i kommunal institusjon. Verken helsepersonell i kommunale boliger eller i psykisk helsevern har anledning til bruk av makt i pasientens hjem eller i det offentlige rom.

Lovendring av 2017

Den 1. september 2017 kom en endring inn i psykisk helsevernloven hvor økt selvbestemmelse og rettssikkerhet (3) for pasienten var det sentrale. Endringen var at det nå kom et krav om at *pasienten mangler samtykkekompetanse, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 4-3. (2)*. I denne paragrafen fremgår i annet ledd at *samtykke-kompetansen kan bortfalle helt eller delvis dersom pasienten på grunn av fysiske eller psykiske forstyrrelser, senil demens eller psykisk utviklingshemming åpenbart ikke er i stand til å forstå hva samtykket omfatter*.

Føringene for hvordan dette skal forstås er at terskelen for å mangle samtykkekompetanse skal være høy, og dersom det er tvil om en pasient har samtykkekompetanse skal pasienten anses å være samtykkekompetent. Helsedirektoratet har utgitt et rundskriv (19) hvor det legges føringer for hvor grensen for manglende samtykkekompetanse går. Direktoratet viser blant annet til lovteksten hvor det står at kriteriet åpenbart skal være innfridd, noe som vil si at mange med redusert evne til å forstå hva helsehjelpen omfatter skal vurderes som samtykkekompetente og derved ikke kan underlegges tvungent psykisk helsevern.

Når pasienten på bakgrunn av sin sykdom vurderes å være til nærliggende fare for andres liv eller helse eller for eget liv, bortfaller kravet om manglende samtykkekompetanse. Nærliggende sikter her ikke til nærliggende i tid, men nærliggende i sannsynlighet (20).

Konsekvensen av denne endringen er at terskelen for å etablere tvungent psykisk helsevern er hevet noe siden et kriterium tilkommer for å etablere tvungent psykisk helsevern, mens ingen frafalles. Endringen har hatt liten betydning for vurdering av når tvungent vern bør iverksettes for de som har en etablert, alvorlig psykiatrisk sykdom. Endringen har derimot medført at noen personer, som tidligere oppsøkte helsevesenet og søkte innleggelse frivillig uten at de fullt ut

forsto omfanget av egen sykdom, nå må tvangsinnlegges fordi de anses uten samtykkekompetanse.

Konsekvensen som ble advart mot forut for innføringen av loven, og som har vist seg etter innføringen, er at tvang opphører tidligere. Med det nye lovkravet om at pasienten skal mangle samtykkekompetanse for at tvungent psykisk helsevern skal kunne opprettholdes, må tvang oppheves dersom den faglig ansvarlige anser at pasienten gjenvinner samtykkekompetansen, det vil si når effekten av behandlingen begynner å komme. Før lovendringen kunne tvungent vern opprettholdes i noe lengre tid, dersom en kunne begrunne at det sannsynligvis ville tilkomme en snarlig forverring av sykdomsbildet uten at tvang ble opprettholdt. Rasjonale bak lovendringen er at det å begrense tvang er viktigere enn å begrense risikoen for at flere blir syke, slik den åpenbare konsekvensen av lovendringen var og har vist seg å bli. I tillegg er det innskjerpet at personer uten samtykkekompetanse ikke kan innlegges frivillig. Dette har medført at mennesker som tidligere oppsøkte innleggelse uten fullt ut å forstå hva det innebar men forsto de var i behov av sykehusinnleggelse, nå må innlegges til tvungent psykisk helsevern. Samlet sett har derfor antall tvangsinnleggelser økt (21;22) i strid med hva lovgivers intensjon var.

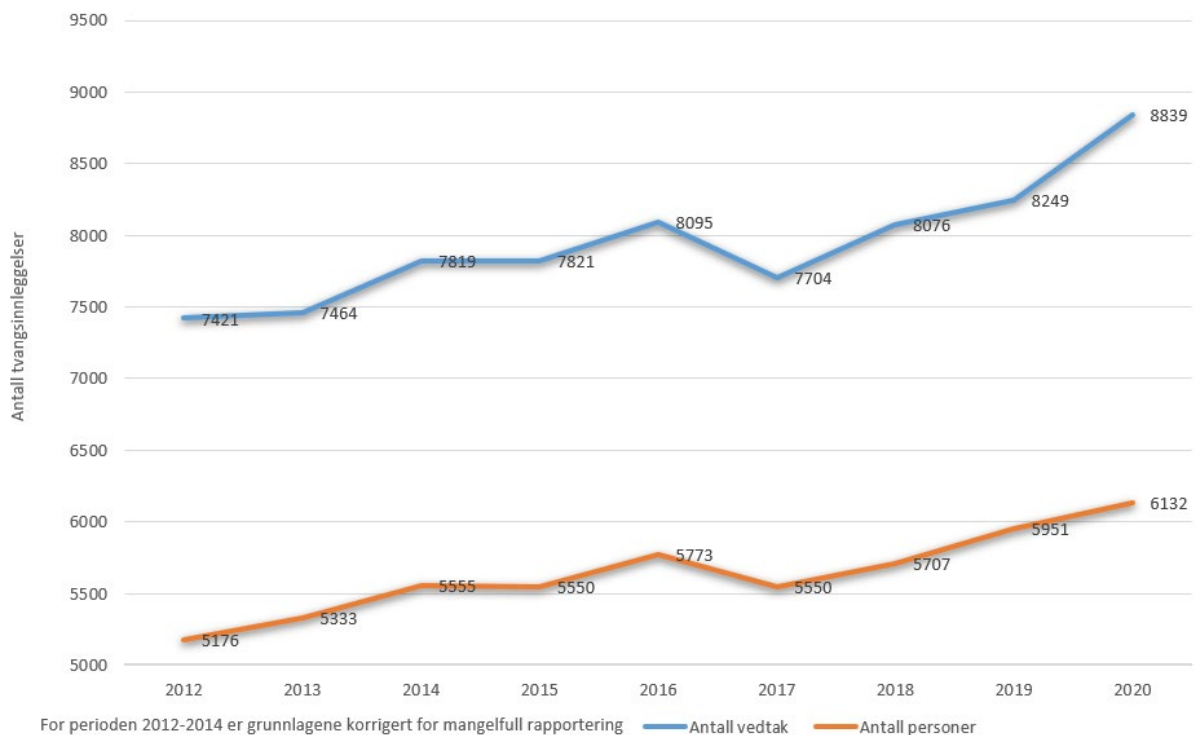
Når flere personer har en dårlig behandlet eller ubehandlet psykosesykdom vil antall psykotiske sekunder i samfunnet øke (antall personer med psykose øker og lengden på hver psykose øker)(23). En naturlig følge er at det vil bli flere alvorlige kriminelle handlinger, også drap, som utøves av mennesker med ubehandlede og pågående psykotiske symptomer.

Konsekvensen av lovendringen for politiets del vil være at flere personer med alvorlige psykiatriske sykdommer har mer synlige symptomer siden de er dårligere ikke har blitt tilstrekkelig fulgt opp av helsevesenet og derfor vil komme i kontakt med politiet, enten fordi de er i behov av helsehjelp utenfor institusjon med bruk av tvang eller fordi de med bakgrunn i sin ubehandlede sykdom har atferd som gjør at politiet må gripe inn.

I psykisk helsevernloven er det allikevel slik at tvungent psykisk helsevern kan etableres og opprettholdes dersom pasienten anses å være til fare for andres liv eller helse eller eget liv selv om pasienten anses samtykkekompetent. Det betyr at tvang kan opprettholdes hos de som anses farlige, nettopp for å hindre at det skjer alvorlige voldshandlinger begått av personer med psykose.

Hva er omfanget av tvangsinnleggelse og alvorlige voldshandlinger?

Bruk av tvang i psykisk helsevern er nøye overvåket og det er en overordnet målsetting å redusere bruk av tvang til et minimum. Etter lovendringen i 2017 har antall tvangsinnleggelse økt hvert år fram til 2020. Målsettingen med lovendringen var reduksjon i bruk av tvang. Når antall tvangsinnleggelse nå har økt, kan dette forklares med at hver episode med etablert tvang varer kortere tid og flere pasienter får flere tvangsinnleggelse der hvor de tidligere hadde en periode som var av lengre varighet (24). Data som viser bruk av andre typer tvang i institusjon, som for eksempel skjerming og tvangsmidler har også økt noe, noe som kan forklares ved at de pasientene som er innlagt samlet sett har mer symptomer enn før lovendringen. Som beskrevet over er det ikke bare flere tvangsinnleggelse for de som allerede har minst en tidligere tvangsinnleggelse, men antall personer med minst en tvangsinnleggelse har også økt fra år til år i samme periode.



Figur 1: Antall tvangsinnleggelse og antall personer utsatt for minst en tvangsinnleggelse årlig i perioden 2012-2020. Kilde: Tvangsforskning.no (2021)

Om vurdering av voldsrisiko

Det å vurdere hvorvidt en person er eller kan være til fare for andre vurderes som en del av psykisk helsevern. Risikovurderingsinstrumentet HCR-20 (25) anses som en gullstandard i voldsrisikovurderinger. Helsedirektoratet ga i 2018 ut nasjonale faglige råd om voldsrisikoutredning ved alvorlig psykisk lidelse (26) som anbefaler strukturert gjennomgang av risikofaktorer som på gruppenivå øker sannsynlighet for å utøve vold. Den omfattende

HCR-20 består av 20 ledd: 10 ledd for fortid (historiske), 5 for nåtid (kliniske) og 5 for fremtid (risikohåndteringsfaktorer) (27). For å gjøre en god vurdering skal informasjon innsamles fra alle tilgjengelige kilder. Den enkelte risikofaktor skal vurderes om er til stede og hvilken relevans den antas å ha. Til slutt skal vurderingen ende opp i en risikohåndteringsplan for å kunne iverksette målrettede tiltak som reduserer risiko for å utøve vold mot andre. HCR-20 er omfattende og tidkrevende slik at det er utviklet et enklere verktøy som tar for seg de ti viktigste ledd i V-RISK-10 (28), som er det som vanligvis brukes i akutt- og allmennpsykiatri.

Det viktigste vil være å kartlegge hvorvidt personen tidligere har hatt problemer med vold. Dette gjelder både forsøk på vold, trusler om fysisk skade eller faktisk utøvd vold. Slik informasjon er ikke nødvendigvis tilgjengelig for helsevesenet og innhenting av informasjon fra andre informanter er viktig, her vil særlig politiet være en viktig informant.

Dersom personen har annen antisosial atferd enn vold, er dette en selvstendig risikofaktor. Eksempler her er straffbare handlinger begrunnet i økonomisk eller materiell vinning, seksuelle overgrepshandlinger, innførsel og omsetning av illegale rusmidler. Også dette vil være informasjon som politiet ofte vil ha informasjon om.

Det å ha problemer med lengrevarige intime relasjoner, med arbeid og utdanning og med rusmidler er tre selvstendige risikofaktorer. Disse vil ofte være kjent i helsevesenets dokumenter eller via opplysninger som er innhentet fra familiemedlemmer.

Det å ha en alvorlig psykisk sykdom eller en alvorlig personlighetsforstyrrelse anses som to isolerte risikofaktorer. Her kartlegges i hvilken grad sykdommen påvirker dagliglivets funksjon og forhold til familie, jobb eller skole. Særlig psykosesykdommene og alvorlige stemnings sykdommer vil være viktige her. Utredning og diagnostikk av alvorlige psykosesykdommer og personlighetsforstyrrelser er en lege- eller psykologoppgave. Helsevesenet vil her ofte være i posisjon til å ha mye informasjon. Dette er informasjon som i utgangspunktet vil være underlagt helsepersonellens taushetsplikt og som ikke i utgangspunktet kan leveres til politiet.

Tidlige traumatiske opplevelser i livet, som å ha vært utsatt for seksuelle, psykiske eller fysiske overgrep i barne- og ungdomsalder eller i voksen alder er neste risikofaktor som kartlegges, også dette i utgangspunktet i helsevesenet, men informasjon fra barnevernstjenesten kan gi omfattende informasjon som er tilgjengelig dersom personen samtykker.

En person som har voldelige holdninger, vil også ha en øket risiko for utøvelse av vold. Her kartlegges både om personen har tenkt på eller fantasert om vold, men også innblanding i

kriminelle organisasjoner eller gjenger og manglende respekt for politi og rettsvesen. Dette sammen med hvorvidt personen har vært negativ til å forholde seg til tilsyn, rømming fra fengsel eller institusjon osv. er opplysninger som er viktige, og hvor ofte politiet vil kunne ha mye opplysninger.

Når de ti historiske leddene er gjennomgått, er det fem kliniske ledd som skal vurderes. Her vurderes hvorvidt personen selv har innsikt i egen psykiske sykdom eller personlighetsforstyrrelse og hvordan dette innvirker på daglig fungering. Det skal også kartlegges aktive voldsforestillinger og -intensjoner og aktive symptomer på psykisk sykdom, problemer med ustabilitet og aktuelle problemer med respons på behandling og tilsyn, for eksempel at vedkommende motsetter seg samarbeid om behandling.

Når de historiske og kliniske faktorene er kartlagt er den viktige delen av en voldsrisikovurdering risikohåndteringsleddene som skal gi anbefalinger for tiltak med sikte på å redusere risiko for fremtidige voldelige handlinger. Her vil det å tilrettelegge for bruk av offentlige tjenester, boforhold, arbeid og økonomi, sosialt nettverk, adekvat behandling og oppfølging være sentralt. Dernest å kartlegge hva som kan hindre dette og lage planer for å forebygge at noe ikke går galt, og til slutt ha risikohåndteringsplan for rask intervensjon dersom det går galt.

Vi ser at helsevesenet vil være i behov av mye informasjon fra politiet for å gjøre en god vurdering av risiko for fremtidig vold. Uten slik informasjon vil vurderingen i motsatt fall bli mangelfull og i verste fall feil. Det å kjenne til hvorvidt man kan ta kontakt med politiet og videre hvorvidt man kan utveksle informasjon mellom helsevesen og politi, er da sentralt nettopp for å få denne nødvendige informasjonen.

3.2 Helsevesenets og politiets samfunnsoppdrag og juridiske rammeverk

Både helsevesenet og politiet har sentrale roller i samfunnet. Overordnet er politiets samfunnsoppdrag å beskytte samfunnet og opprettholde offentlig orden og sikkerhet og forebygge, stanse og avdekke kriminell virksomhet slik det fremgår av politiloven § 2 (29), men også å bistå andre offentlige myndigheter når dette er hjemlet i lov og forholdene tilsier at bistand er nødvendig.

Helsevesenet skal yte helsetjenester til enkeltpersoner, men på overordnet nivå også tilby helsetjenester, drifte sykehus osv. I sin natur tar helsevesenet sikte på å gi behandling til enkeltmennesket, mens politiet på den annen side ivaretar samfunnet.

Helsevesenets rolle og ansvar generelt

Helsevesenet skal yte helsetjenester til befolkningen. Helsevesenet består både av kommunenes helse- og omsorgstjeneste og spesialisthelsetjenesten. Alle deler av helsevesenet har ansvar i utredning, behandling og oppfølging av alvorlig psykisk syke, noe som fordrer et samarbeid også internt i helsetjenesten. For å sikre dette er det utgitt flere veiledere og føringer, slik at pasienten får en helhetlig tilnærming i utredning og behandling.

For å sikre samhandlingen knyttet til mennesker med sammensatte og langvarige tjenester som pasientgruppen som er omhandlet i denne oppgaven ofte har, finnes det en *forskrift om habilitering, rehabilitering og koordinator* (30) som gir føring for at de med et behov skal få en individuelt utviklet plan hvor formålet er at personen får helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tjenestetilbud etter en konkret kartlegging av personens ressurser og behov (31). En slik plan vil ofte gi en oversikt over de aktuelle instanser som er involvert i oppfølgingen av en pasient. Utgangspunktet er tjenester innen helse- og omsorgstjenesten, men den kan også omfatte tjenester fra for eksempel politiet der dette anses relevant.

Politiets rolle og ansvar

Politiet skal i sitt overordnede samfunnsoppdrag beskytte samfunnet og bistå andre offentlige instanser i deres tjenesteutøvelse, men har en lang rekke oppgaver. Politiet skal blant annet forebygge, forhindre og etterforske straffbare handlinger, opprettholde alminnelig orden i samfunnet og beskytte samfunnets borgere og deres lovlige virksomhet. De som utøver oppdrag for politiet, har med hjemmel i politiloven (29) § 4 politimyndighet. Politiinstruksen (32) § 3-2 hjemler politiets bruk av makt når dette er nødvendig for å iverksette og gjennomføre en tjenestehandling. Bruk av makt i samfunnet utenfor institusjon er tillagt de som har politimyndighet.

Politiet har flere oppgaver som vil være i samarbeidsområdet for helsevesenet. Blant annet sier politiloven § 9 at politiet kan innbringe personer som forstyrrer offentlig ro og orden på grunn av bruk av rusmidler. Dette hjemler også vurdering av behov for helsehjelp og om nødvendig sørge for dette. Politiloven § 12 gir politiet plikt til å *hjelppe eller sørge for hjelp til syke personer som ikke er i stand til å ta vare på seg selv (...)*, og sørge for nødvendig helsehjelp. Politiet kan da også om nødvendig bruke makt. I det offentlige rom er det kun personer med politimyndighet som lovlig kan benytte makt dersom en ser bort fra nødrettslige handlinger.

Når politiets og helsevesenets ansvarsområder overlapper

Som vi ser over vil personer med alvorlige psykiatriske sykdommer ikke nødvendigvis være i institusjon, faktisk vil de være i det offentlige rom eller i egen bolig. Ved en forverring av sykdomsfasen har ingen i helsevesenet hjemmel til å bruke makt, og politiet vil være nødvendig for å bistå i helseoppdraget dersom personen selv ikke frivillig oppsøker helsevesenet. Dette kan være personer som har en etablert alvorlig sinnslidelse og det kan være personer uten kjent sinnslidelse, men som for eksempel har nyoppståtte psykosesymptomer, enten som ledd i en psykosesykdom eller som resultat av rusinntak.

I rundskrivet for samarbeid mellom helsevesen og politi (33) fra 2012 oppsummeres arbeidsdelingen og ansvarsdelingen. Helsevesenet har ansvar for å yte øyeblikkelig hjelp og nødvendig hjelp hele døgnet, og politiet har plikt til å hjelpe eller sørge for hjelp til personer de kommer i kontakt med som ikke er i stand til å ta vare på seg selv og som ikke kan ivaretas av andre. Også der hvor rus utløser symptomer som er forenelig med «alvorlig sinnslidelse» skal helsevesenet gi nødvendig behandling etter at politiet eventuelt bringer personen til helsetjenesten.

Politiet har en plikt til å varsle helsetjenesten om personer som antas å være alvorlig syke og som ikke selv søker behandling. Dette er hjemlet i psykisk helsevernloven § 3-6 hvor politiet i henhold til psykisk helsevernforskriften § 7 første ledd bokstav d skal *fremme begjæring om etablering av tvungent psykisk helsevern dersom personen er i politiets varetekt eller politiet er nødvendig for å bringe personen under psykisk helsevern*, eventuelt også hvis det er fare for liv eller helse. En slik begjæring gir politiet klagerett på linje med nærmeste pårørende hva gjelder etablering eller nektet etablering av tvungent psykisk helsevern, samt opphør av tvungent psykisk helsevern.

Rundskrivet understreker også politiets plikt til å bistå helsevesenet når dette er vurdert som nødvendig. Dette følger av politiloven (29) § 2 nummer 5 og vil være nødvendig i de tilfeller det er behov for fysisk maktutøvelse utenfor institusjon, når en person antas å ville påføre seg selv eller andre skade og helsepersonell ikke alene kan avverge dette, og når det er nødvendig for å ta seg inn i hus, leilighet eller annet sted, jf. politiloven § 12 tredje ledd. Helsevesenets har en viktig rolle i å så langt som mulig unngå at situasjonen utvikler seg slik at fysisk maktutøvelse vil være nødvendig. Det påpekes videre at politiet ikke skal benyttes som transporttjeneste og ikke skal brukes med begrunnelse i ressursmangel i helsetjenesten. Politiet skal heller ikke benyttes til å lete etter personer som ikke møter til avtale eller rømmer dersom det ikke etter en konkret vurdering anses nødvendig som beskrevet over.

Noen personer med alvorlige psykiske sykdommer har som i befolkningen ellers en atferd i samfunnet som vekker politiets oppmerksomhet fordi de begår lovbrudd. I tillegg vekker noen politiets oppmerksomhet fordi de har en atferd som er så påfallende at personen åpenbart er i behov av hjelp fra samfunnet. I slike tilfeller vil ofte både politiet og helsevesenet ha en rolle i å hjelpe personen. Helsevesenet og politiet er forskjellige offentlige instanser med forskjellig samfunnsoppdrag, med forskjellig utdannelsesbakgrunn, forskjellige juridiske rammer og ikke minst forskjellige kulturer, men altså med viktige roller i møtet med den enkelte pasient.

3.3 Taushetsplikt og opplysningsplikt

I samarbeidet vil behovet for informasjonsutveksling være åpenbart. Dette er utfordrende av mange årsaker, men blant annet har både helsevesenets personell og politiets personell lovbestemt taushetsplikt. Dette er hjemlet i forskjellige lovverk, og det er unntak fra bestemmelsene om taushetsplikt som gir helsepersonell både opplysningsrett og opplysningsplikt til blant annet politiet og for politiet plikt til å gi informasjon til helsevesenet.

I Olsen-utvalgets rapport «Drap i Norge», NOU 2010:3 (34) gjennomgås det juridiske grunnlaget for muligheter og grenser for informasjonsutveksling, da for å vurdere om *usikkerhet om taushetsplikten har hindret informasjonsutveksling som kunne bidratt til å forebygge at personer med kjent psykisk lidelse utøvde alvorlig vold som medførte drap.*

Siden politiet og helsevesen har forskjellige oppdrag og også forskjellige verdier de er satt til å ivareta og beskytte, ser en allerede ved å sammenligne formålsparagrafene i helsepersonelloven og politiloven at regelverket for taushetsplikt blir forskjellig:

Helsepersonelloven § 1: *Lovens formål er å bidra til sikkerhet for pasienter og kvalitet i helse- og omsorgstjenesten samt tillit til helsepersonell og helse- og omsorgstjenesten (35).* Selv om kvalitet og pasientsikkerhet er viktig er det tydelig at det er interessene til den enkelte pasient som er helsevesenets førsteprioritet.

Politoloven § 2 lister på syv punkter som anses som politiets oppgaver, men det som anses som det viktigste fremgår i § 2 nummer 1 der det står at politiet skal *beskytte person, eiendom og fellesgoder og verne om all lovlig virksomhet, opprettholde den offentlige orden og sikkerhet og enten alene eller sammen med andre myndigheter verne mot alt som truer den alminnelige tryggheten i samfunnet.*(29). Her ser vi at det er sentralt at politiet skal ivareta samfunnets behov for trygghet som sin viktigste oppgave.

Oppsummert kan en si at helsevesenet er basert på at enkeltpersoner oppsøker det frivillig med formål å oppnå en positiv endring av helsetilstanden. Opplysningene som gis vil ligge i det sentrale av hva den enkelte vil anse som i den private sfære, hvor vi selv ønsker kontroll på hvilken informasjon som går videre til hvem. Dersom enkeltmennesket ikke er trygg på dette, vil det føre til at færre oppsøker helsevesenet for nødvendig helsehjelp og gir de opplysninger som er nødvendig for å få hjelp. Helsepersonellet er helt avhengig av pasientens tillit for å få nødvendige opplysninger for å kunne yte helsehjelpen.

Politiet er på sin side også avhengig av tillit i befolkningen, også hos de som får tjenester fra politiet. Politiets arbeidsoppgaver er derimot i stor grad basert på at enkeltmennesket ikke nødvendigvis oppsøker politiet selv for å fortelle om seg selv. Atferd og handlinger som ligger til grunn for kontakten kan ofte observeres og beskrives av andre, og bringes ikke til politiet i noen form for fortrolighet. Dersom vilkårene er til stede vil politiets arbeid kunne føre til at enkeltmennesket får det verre i form av straff eller bøtelegging for å sikre oppnåelse av samfunnsoppdraget om at befolkningen og samfunnet skal få det bedre.

Helsevesenets regler for taushetsplikt, opplysningsplikt og -rett

Helsepersonellens regler for taushetsplikt, opplysningsplikt og -rett er regulert i helsepersonellloven (35) og for psykisk helsevern til en viss grad også i psykisk helsevernloven (1).

Hovedregelen er at helsepersonell har taushetsplikt om det de får kjennskap til gjennom rollen å være helsepersonell. Helsepersonell har allikevel både rettigheter og plikter til å informere politiet. Når helsepersonell anser det som nødvendig *for å avverge alvorlig skade på person eller eiendom* gir helsepersonelloven § 31 plikt til å varsle politi der politiets bistand anses nødvendig. Dersom en hendelse allerede har skjedd er ikke plikten eller retten til å varsle utløst. Det er helsepersonellet som må vurdere om plikten er utløst basert på sin kjennskap til pasienten, og i hvilken grad det anses som sikkert at hendelsen vil skje.

Helsepersonell har også en opplysningsrett etter helsepersonelloven § 23 nummer 4: *Taushetsplikten etter § 21 er ikke til hinder for: [...] 4. at opplysninger gis videre når tungtveiende private eller offentlige interesser gjør det rettmessig å gi opplysningene videre [...]*". Her må helsepersonellet veie interessene som taler for å bevare taushetsplikten opp mot å sette den til side og slik det fremgår må det være *tungtveiende interesser*.

Et eksempel er dersom helsepersonell har grunn til å tro at en pasient er i ferd med å utføre alvorlige kriminelle handlinger og dermed være til fare for omgivelsene vil retten etter § 23 nummer 4 kunne være til stede, eventuelt også plikten etter § 31.

Plikten etter § 31 eller retten etter § 23 nummer 4 til å gi opplysninger til politiet kan kun benyttes etter konkret vurdering i enkelttilfelle, og for å avverge skade. Det gis ikke anledning til å gi opplysninger for å bistå etterforskningen av en sak og kan heller ikke brukes i regelmessig samarbeid som er planlagt, for eksempel rapportering av alle pasienter som innlegges eller lignende.

Eksempler på når helsepersonell bør varsle politiet vil være når en pasient vurderes med høy voldsrisiko og rømmer, der en psykisk ustabil person har våpen eller ved trusler om alvorlig vold som oppfattes reell.

Politiets regler for taushetsplikt

Reglene for taushetsplikt hos politiet er mer sammensatt. Politiet har to ledelseslinjer. Den første linjen er for etterforskning og påtale av straffesaker. Denne delen av politiet er påtalemyndigheten og har Riksadvokaten som øverste leder. Den andre linjen er det operative politiarbeidet hvor politidirektoratet og Justis- og beredskapsdepartementet er øverste leder. Taushetsplikten er hjemlet i politiregisterloven kapittel 6 (36), forvaltningsloven §§ 13 – 13b (37) og politiloven § 24.

Politiet har allikevel gjennomgående rett og tidvis plikt til å gi andre offentlige etater taushetsbelagt informasjon. Dette er når utlevering skjer for å avverge eller forebygge straffbare handlinger og er hjemlet i politiregisterloven § 27. Utleveringen må være forholdsmessig og det skal vektlegges mottakerens rolle, blant annet om mottakeren har taushetsplikt og hvordan opplysningene blir oppbevart. Av IS 5:2012 (33) fremgår også at *politiet bør vurdere å informere helsetjenesten om tidligere voldshistorikk, når politiet er involvert ved innleggelse av en person og har kjennskap til dette*. Det gis som eksempel at dette er sentralt når helse-tjenesten skal vurdere voldsrisiko og om vilkår for etablering av tvungent psykisk helsevern er oppfylt.

3.4 Innleggelsesbegjæring/tutorerklæring

En viktig inngangsport for å gi nødvendig og viktig informasjon fra politiet til helsevesenet er de tilfeller hvor politiet bringer pasienten til sykehus. Fram til 2006 var det et krav om at offentlig myndighet eller pasientens pårørende måtte utferdige en innleggelsesbegjæring for etablering av tvungent psykisk helsevern, altså i tillegg til helsevesenets vurderinger. I praksis ble dette løst ved at politiets jurister skrev slike erklæringer, ofte uten at det ble gjort noen vurdering av innholdet og pasientens bakgrunn. Ved lovendring i 2006 bortfalt kravet om slik begjæring, og antallet innleggelsesbegjæringer falt til å nesten bli fraværende. Muligheten for

å gi slik begjæring er allikevel fremdeles til stede og gir derfor en god mulighet for påtalemyndigheten til å gi opplysninger ved å skrive en slik begjæring. Begjæringen gir påtalemyndigheten klagerett på linje med pårørende når det gjelder etablering og opphør av tvungent psykisk helsevern og derved innsikt i hvilke vurderinger helsevesenet har gjort av de opplysninger politiet har kommet med. Det finnes ingen oversikt over omfanget av bruk av slike tutorerklæringer i helsedirektoratets statistikker. ²

3.5 Tidligere undersøkelser av opplevd samarbeid

Olsen-utvalget (34) gikk gjennom alle registrerte drap i Norge i seksårsperioden 2004-2009. Flere av drapene ble begått av mennesker med alvorlige psykiatriske sykdommer og utvalget vurderte blant annet i hvilken grad psykisk helsevern eller politi hadde dokumentert utfordringer i samhandlingen forut for handlingen.

Utvalget gjennomgikk 126 saker med 137 ofre (se Olsen-utvalgets rapport (34) side 29) begått av 129 gjerningspersoner i løpet av 5 år og fire måneder. Av de 129 gjerningspersonene hadde 92 (71 %) en diagnostiserbar psykisk sykdom på gjerningstidspunktet. De vanligste psykiske sykdommene på gjerningstidspunktet var rusrelaterte diagnoser (38 %), personlighetsforstyrrelser (30 %) og schizofreni/paranoid psykose (18 %). Andelen med diagnosen schizofreni eller paranoid psykose var vesentlig høyere enn det som er vanlig i befolkningen. Utvalget viser til en metastudie av 18 studier fra industrialiserte land (38) som viste at gjennomsnittlig 6 % av drap ble begått av mennesker med diagnosen schizofreni. Den viste også at drapsraten begått av personer med diagnosen schizofreni hadde sterk korrelasjon med total drapsrate. Personer med schizofreni og andre alvorlige psykiatriske sykdommer er altså overrepresentert hos de som begår drapshandlinger. Det er naturlig å tenke at dette også gjelder annen alvorlig kriminalitet som voldshandlinger.

I forbindelse med utarbeidelsen av NOU 2010:3 (34) var det en oppfatning at taushetspliktbestemmelser tidvis har vært til hinder for nødvendig samarbeid om nødvendig utveksling av informasjon. Utvalget kom frem til at det ikke egentlig fantes noen oversikt over hvordan samarbeidet mellom instanser var, og få systematiske undersøkelser om hvordan taushetspliktsbestemmelsene faktisk ble brukt mellom etater. Det vises til NOU 2009:22 *Det du gjør, gjør det helt – Bedre samordning av tjenester for utsatte barn og unge* (39) som avga rapport etter å ha sett på hvordan tjenester for utsatte barn og unge var tilstrekkelig samordnet. Utvalget redegjorde for hvordan mulighet for samarbeid mellom ulike tjenestefelt og ulike regler for

² Informasjon fremkommet i epost med medarbeider i Helsedirektoratet

taushetsplikt var omtalt i en rekke tidligere offentlige utredninger. Utvalget skrev at reglene for taushetsplikt oppfattes som kompliserte av de som skal bruke reglene i praksis, som i utgangspunktet er aktører uten juridisk kompetanse. Utvalget pekte videre på at det sentrale da blir hvordan den enkelte medarbeider anvender reglene og at det finnes lite empiri rundt dette. Konklusjonen var *at det er vanskelig si noe om hvorvidt taushetspliktsreglene virker hemmende for tverretattlig samarbeid* (40).

Utvalget gjennomførte derfor en undersøkelse hvor de inviterte til et stormøte/høringsmøte i Oslo i 2009 hvor det blant annet ble stilt følgende spørsmål:

Hvilke faktorer kan sikre nødvendig informasjonsflyt mellom tjenester som skal samarbeide om personer med kjent psykisk lidelse?

Det ble gitt noen mulige problemstillinger:

- *Er dagens regler om taushetsplikt til hinder for å forebygge eventuelle alvorlige skader på liv og helse?*
- *Hvordan praktiseres reglene om taushetsplikt?*
- *Opplevs skjønnsutøvelsen som vanskelig for fagpersonellet og eventuelt i hvilke situasjoner?*
- *Har helsepersonell og annet personell god nok kunnskap om hvilke muligheter som finnes for lovlig kommunikasjon med andre tjenester og etater, herunder regler om samtykke, opplysningsrett og opplysnings- og meldeplikt?*
- *På hvilke måter og i hvilken grad ivaretas pårørendes behov for kommunikasjon med hjelpeapparatet?*

Utvalget gjennomførte videre en spørreundersøkelse til alle landets 27 politidistrikter (i 2010), hvert politidistrikt var en respondent. Noen av resultatene fra undersøkelsen var:

- Rundskrivet fra politidirektoratet og helsedirektoratet fra 2006 (41) (som er forløperen for det tilsvarende fra 2012 (33)) ble oppfattet som en nyttig presisering for politiet og det hadde gjort politiet mer bevisst på at oppfølging og ivaretagelse av psykisk syke er en helsesak.
- Politiet bruker mer og mer ressurser på psykisk syke; oppdragene skjer oftere og tar lang tid samt er ressurskrevende for politiets innsatsressurser.
- Politiet var bevæpnet i 1.223 saker merket psykiatri i løpet av 5 år.

- 19 av 27 politidistrikt opplyste at de hadde etablert faste samarbeidsfora mellom psykiatri og politi. Møtene ble oftest avholdt 2-4 ganger per år og var på høyt administrativt nivå, ofte politimester/visepolitimester og direktør.
 - Møtene ble brukt til å utveksle erfaring, utvikle samarbeid, håndtere gråsonepasienter.
 - I tillegg var det også møter på utførende nivå i enkeltsaker, eksempelvis bistand ved tvangsinnleggelse, transport osv.
- 17 av 27 oppfattet unødvendig bruk av politiressurser som en stor utfordring, så som lange transporter, vakthold ved legevakt osv.
- 16 av 27 oppfattet at bruken av politiressurser var unødvendig høyt fordi pasientene fikk mangelfull oppfølging i helsevesenet.
- 11 av 27 opplevde at helsevesenet ikke ga hjelp når mennesker som fremsto ruset og samtidig var åpenbart psykisk syk.
- Politiet opplevde at helsevesenet trengte bedre kjennskap til politiets rolle og ansvar. Det er viktig for et konstruktivt samarbeid at etatene kjenner hverandre.
- Politiet opplevde at helsepersonell i liten grad kjente til rundskrivet om ansvarsfordeling (33).
- Politiet opplevde mangelfullt tilbud til de som ikke trenger tvangsinnleggelse, men som sliter med å fungere i samfunnet og som ikke er tilstrekkelig ivaretatt med timeavtaler på dagtid.
- Politiet opplevde for liten kapasitet i psykiatriske sikkerhetsavdelinger.
- Politiet opplevde at helsevesenets taushetsplikt skapte utfordring i samarbeidet, både at taushetsplikten er streng og at helsepersonellet er usikre på hvilke unntak som finnes.

Det ble ikke utført tilsvarende undersøkelse i helsevesenet.

3.6 Bruk av varetektssurrogat

Straffeprosessloven (42) § 188 har bestemmelser om alternativer til fengsling (varetektssurrogat) når en person har gjort en straffbar handling og ellers ville blitt varetektsfengslet. Annet ledd:

I stedet for fengsling kan retten treffe beslutning om plassering i institusjon eller kommunal boenhet. Slik plassering kan bare skje dersom institusjonen eller kommunen samtykker.

Dette kan være aktuelt i de tilfeller hvor det for eksempel har vært en rettspsykiatrisk undersøkelse som gjør at påtalemyndigheten antar at personen er psykiatrisk syk og i behov av behandling. Retten kan da beslutte at personen skal innlegges i psykiatrisk sykehus.

Ved en slik innleggelse er det i prinsippet to muligheter forut for innleggelse:

1. Personen kan innlegges uten en forutgående legeundersøkelse. Regelen i psykisk helsevernloven § 1-1a annet ledd vil da komme til anvendelse. Den sier at når en person som er innlagt i medhold av annen lov enn psykisk helsevernloven (i dette tilfellet straffeprosessloven) gjelder ikke bestemmelsene i psykisk helsevernloven om behandling med legemidler uten samtykke, om restriksjon i kontakt med omverdenen og om tvungen rusmiddeltesting. Dersom personen ikke har samtykkekompetanse vil det ikke være hjemmel for å gi noen form for behandling.
2. Den andre muligheten er at påtalemyndigheten fremstiller personen for en lege som er uavhengig av institusjonen, for eksempel legevaktslege eller fastlege. Da kan institusjonen eventuelt beslutte etablering av tvungent psykisk helsevern og det vil også være mulig å behandle pasienten uten samtykke.

Statens undersøkelseskommissjon for helse- og omsorgstjenesten gav i desember 2021 ut rapporten «Hva kan vi lære etter et drap begått i psykotisk tilstand» (4). Rapporten kom ut og var kjent mer enn et halvt år før spørreundersøkelsen ble gjennomført og kom blant annet med anbefalinger knyttet til bruk av varetektssurrogat, herunder også presiseringen gitt over om formalia.

Rapporten tar utgangspunkt i en person som i psykotisk tilstand har begått et drap og hvordan helsevesenet ikke har innhentet informasjon fra påtalemyndigheten eller gjort adekvate voldsrisikovurderinger, hvordan rettspsykiatriske erklæringer ikke er brukt og anbefalinger om at personer som innlegges etter straffeprosessloven § 188 også bør innlegges under rammen av psykisk helsevernlovens kapittel 3 om tvungent psykisk helsevern. Rapporten kommer med anbefalinger både til helsetjenesten i fengslene, til helsedirektoratet og til det psykiske helsevernet:

Anbefaling til helsetjenesten i fengslene:

- *Helsetjenestene i fengslene bør følge vanlige innleggesrutiner når innsatte med psykose blir overført fra fengsel til innleggelse i det psykiske helsevernet.*

Anbefalinger til helsedirektoratet:

- *Helsedirektoratet bør uttale seg om muligheten for å etablere tvungent psykisk helsevern for pasienter som er innlagt i varetektssurrogat med straffeprosessloven § 188 som eneste innleggelseshjemmel.*
- *Helsedirektoratet bør klargjøre overfor det psykiske helsevernet hvilke regler som gjelder for helsehjelp til pasienter i varetektssurrogat.*
- *Helsedirektoratet bør i samarbeid med Politidirektoratet og Riksadvokaten framheve politiets rolle i å framsette begjæring om tvungent psykisk helsevern når dette er aktuelt.*

Anbefalinger til det psykiske helsevernet:

- *Det psykiske helsevernet bør, særlig ved gjennomføring av varetektssurrogat, foreta voldsrisikovurderinger som inkluderer opplysninger fra politiet og sakkyndig-erklæringer.*

4 Metode og data

4.1 Metode

For å undersøke hypotesene om at samarbeidet mellom politi og helsevesen er dårlig og undersøke kunnskapsnivået om gjeldende regelverk, har jeg gjennomført en spørreundersøkelse til respondenter i begge etater. Oppgaven er en kvantitativ undersøkelse med survey-skjema digitalt, men med deler av oppgaven som kvalitativ hvor det er åpne felter for å gi frie kommentarer.

Bruk av spørreskjema i en undersøkelse er en metode som på en enkel måte og med få ressurser kan innhente svar fra mange respondenter, i motsetning til for eksempel dybdeintervjuer hvor mer informasjon innhentes fra færre respondenter (43).

For å kartlegge kunnskapsnivå hos respondenter er bruk av vignetter i spørreskjema en vanlig fremgangsmåte. Vignetter er i en artikkel fra 2010 av Atzmüller og Steiner (44) beskrevet slik: *En vignett er en kort, nøye konstruert beskrivelse av en person, et objekt eller situasjon som representerer en systematisk sammensetning av karakteristika.* Det er også vist at den responsen som gis i undersøkelser hvor vignetter brukes ligner de vurderinger som gjøres i reelle møter med reelle personer (45). Ved å bruke vignetter kan man derfor lage scenarier som er tilstrekkelig realistiske og gi reelle valgmuligheter som kan være målbare (46). Svarene kan derved også brukes i statistiske analyser samtidig som resultatene er gjenkjennbare fra den kliniske virkeligheten.

KATRINE

Katrine er underlagt tvungent psykisk helsevern og har rømt fra sykehusavdelingen. Hun har schizofreni og har ikke mottatt antipsykotisk legemiddelbehandling siden januar 2021 og er nå paranoid psykotisk preget av mye angst. Kathrine har aldri blitt vurdert som selvmordstruet eller til å være til fare for andres liv eller helse.

En kritikk mot bruk av vignetter er at de kan oppfattes konstruerte og urealistiske og at resultatene ikke nødvendigvis er generaliserbare, i tillegg til at de bare viser forhåndsdefinerte valg og ikke nødvendigvis reelle resultater (46;47).

I undersøkelsen er det brukt to vignetter som fanger opp ulike sider ved samhandlingen mellom de to etatene. Begge vignettene er konstruert med bakgrunn i hendelser som kan være godt

gjenkjennelig fra en klinisk hverdag og fra en politihverdag.

Spørsmålene i vignetten er gitt med to eller tre svaralternativer i nedtrekksmeny.

Spørsmålene om hvordan samarbeid oppleves er ikke gitt med vignett, men med påstander som bes besvart med en Likert-skala med linjal fra 0 (helt uenig) til 10 (helt enig) (48). Noen av respondentene har gitt tilbakemelding om at de hadde for lite kunnskap om enkelte spørsmål og derfor besvarte spørsmålet med 5 når de ikke visste, og etterlyste en mulighet for «Vet ikke» i disse spørsmålene. I gjennomgangen av resultatene er

TOR, 27 ÅR FRA LILLEBY

Lilleby er en by i ditt opptaksområde hvor det er 25.000 innbyggere. Tor er 27 år og er født og oppvokst i byen. Publikum har ringt inn til politiets nødtelefon og fortalt om en mann som går i gatene og roper på Jesus. Han har også med seg en kniv som han vifter med. Politiet kjører utrykning til stedet og det gis ordre om bevæpning. Ved politiets ankomst enser han ikke at det er politiet som kommer og fortsetter samme atferd. Politiets innsatsleder anroper Tor og ber ham stå i ro, noe han ikke etterkommer, men tvert imot kommer mot politiet med kniven hevet. En av politibetjentene løsner et varselskudd som skremmer Tor og politiet overmannen ham og påsetter håndjern. Han pågripes og er kaotisk og urolig.

Politiet finner brukerutstyr og en liten pose med hvitt pulver på ham. Han bringes til legevakten for undersøkelse og vakthavende lege mener at dette ikke har noe med psykisk sykdom å gjøre men at det er ordensforstyrrelse.

Politiet finner brukerutstyr og en liten pose med hvitt pulver på ham. Han bringes til legevakten for undersøkelse og vakthavende lege finner grunnlag for innleggelse i psykiatrisk avdeling.

Overlege F Link ønsker å gjøre en voldsrisikovurdering. En essensiell faktor for å gjøre en god voldsrisikovurdering er opplysninger om tidligere voldshistorikk. Tor har aldri vært voldelig inne på sykehuset.

Tor blir ikke lagt inn på psykiatrisk avdeling og han varetektsfengsles i fire uker. Det oppnevnes to rettspsykiatrisk sakkynndige som konkluderer med at Tor var psykotisk da hendelsen skjedde og at han er psykotisk når de undersøker ham. Retten beslutter at Tor skal innlegges i psykiatrisk avdeling som varetektssurrogat jf. straffeprosessloven § 188.

svarene gruppert slik:

0-3: Uenig.

4-7: Usikker.

8-10: Enig.

Det er også noen åpne spørsmål i undersøkelsen som utfyller noen av spørsmålene med faste svaralternativer og noen som er helt åpne med spørsmål om for eksempel forbedringsforslag.

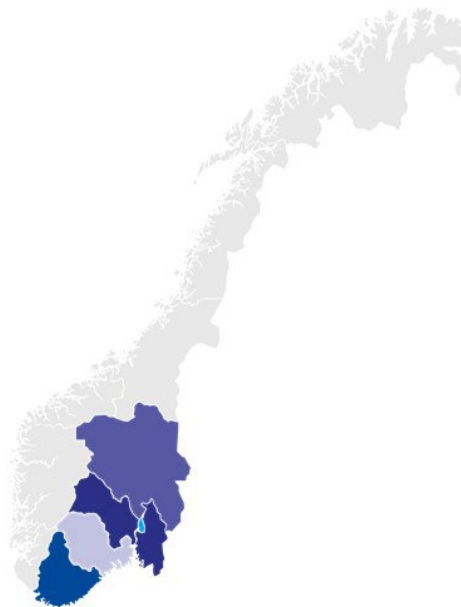
Svakheter i undersøkelsen

En svakhet i undersøkelsen er at den er gjennomført kun av meg selv og at det er første gangen jeg gjennomfører en slik undersøkelse. Tidlig og tett oppfølging fra veileder som har gitt konkrete innspill til gjennomføringen mener jeg har demmet opp noe for dette. En annen svakhet kan være min egen yrkesbakgrunn som psykiater og derved ansatt i helsevesenet. Spørsmålsstillinger og svaralternativer samt tolkninger av svar, kan forstås og tolkes annerledes av meg enn om det eksempelvis var en medforfatter med bakgrunn i politiet.

4.2 Respondenter og svarprosent

Utvalg av respondenter og fremgangsmåte

Respondentene er rekruttert fra politi og påtalemyndighet på den ene siden og psykisk helsevern med ledere og klinikere på den andre siden. Spørreundersøkelsen var tenkt utsendt til alle helseforetak i Helse Sør-Øst RHF (Figur 2) og tilhørende politidistrikter (Figur 3). Grensene



Figur 3: Kart over Norge som viser Helse Sør-Østs opptaksområde. Kilde: Helse Sør-Øst RHF (2022)



Figur 2: Kart over politidistrikter. Kilde: Politidirektoratet.

mellom politidistrikter og helseforetak er ikke helt identiske, men det enkelte politidistrikt ble bedt om å besvare spørsmål knyttet til det/de helseforetak de i hovedsak samarbeidet med. Tilsvarende ble helseforetakene bedt om å svare på spørsmål knyttet til det politidistriktet de i hovedsak tilhører.

Spørreskjemaet ble utviklet som nettskjema på Universitetet i Oslos nettskjema.no og formidlet til respondentene via en kontaktperson i hver institusjon, da det tidlig ble åpenbart at det ikke ville være mulig å få ut epostlister for å formidle selv. Dette medførte at undersøkelsen ble utsendt én gang og ikke purret på dersom den ikke ble besvart.

I helsevesenet var ønskede respondenter leger, psykologer og ledere som arbeidet i seksjoner med bruk av tvungent psykisk helsevern. Bakgrunnen for denne spesifiseringen er at det er i disse seksjonene det vil være mest aktuelt med samhandling med politi- og påtalemyndighet knyttet til informasjonsutveksling og voldsrisikovurderinger.

Hos politi- og påtalemyndigheten var ønskede respondenter påtalejurister og operasjonsledere ut fra tanken om at det er disse som vil svare på henvendelser fra helsevesenet, enten operasjonsledere som besvarer fra politiets operasjonssentral når man ringer 02800 eller påtalejurist som tar stilling til informasjonsutveksling.

Undersøkelsen er sendt ut til følgende helseforetak og politidistrikt (koblet hvilken etat de svarer om samarbeid med):

Tabell 1: Oversikt over helseforetak og tilhørende politidistrikt (2022)

Helseforetak	Politidistrikt
Akershus Universitetssykehus HF Sykehuset Østfold HF	Øst politidistrikt
Oslo Universitetssykehus HF	<i>Oslo politidistrikt³</i>
Sykehuset i Vestfold HF Sykehuset Telemark HF Vestre Viken HF	Sør-Øst politidistrikt
Sørlandet Sykehus HF	Agder politidistrikt
Sykehuset Innlandet HF	Innlandet politidistrikt

³ Oslo politidistrikt ønsket ikke å delta

Kontaktpersonen ble deretter bedt om å gi tilbakemelding på antall mottakere av eposten som hadde informasjon om undersøkelsen med link og med vedlegg (vedlegg 3) for å kjenne til svarprosent.

Sykehuset Telemark HF og Sykehuset Innlandet HF har ikke meldt tilbake hvor mange respondenter som fikk undersøkelsen tilsendt. Jeg har der anslått skjønsmessig antall mulige respondenter.

Det viste seg utfordrende å få sendt ut spørreundersøkelsen. Initialt var det utfordrende å komme i kontakt med en kontaktperson i hvert av de 8 helseforetakene og de 5 politidistriktene etter forutgående kontakt i Helse Sør-Øst RHF og politidirektoratet. Oslo politidistrikt av slo deltakelse av *ressursmessige grunner i en avveieelse mot andre prioriterte oppgaver*.

Epost som er sendt til respondentene er i vedlegg 5.

Informasjonsskriv (vedlegg 3) ble vedlagt. Til respondenter i Oslo Universitetssykehus ble i tillegg godkjenningen fra deres personvernombud (vedlegg 4) vedlagt.

Personvernombudet ved OUS HF krevde at følgende tekst måtte stå i epost som ble utsendt:

Dette prosjektet har rettslig grunnlag i EUs personvernforordning artikkel 6 nr. 1a og artikkel 9 nr. 2a og ditt samtykke.

Personvernombudet ved Oslo Universitetssykehus HF har også godkjent prosjektet (se eget vedlegg).

Forventninger til materialet

Spørsmålene som knytter seg til vignettene har ett svar som er korrekt og ett som er feil. Siden vignettene slik de er utformet illustrerer relativt tydelige problemstillinger som er gjenkjennelige fra hverdagen, kunne en forvente at respondenter begge steder i stor grad svarte korrekt. Med en hypotese om at noen samhandlingsvansker skyldes kunnskapsmangel, vil dette til en viss grad kunne testes.

Når det gjelder faktakunnskap knyttet til psykisk helsevernloven og anvendelse av denne, er dette et juridisk rammeverk som ansatte i psykisk helsevern bør kjenne i stor detalj og vesentlig bedre enn respondenter fra politiet hvor psykiatri tross alt kun er en begrenset del av alle juridiske spørsmål som er i deres hverdag.

Påstandene i undersøkelsen som beskriver samarbeidsklime, -utfordringer og -muligheter er slik at en i en ideell verden skulle ønske at alle svarte på påstander slik at svarene var forenelig

med optimalt samarbeid. Med bakgrunn i det man ser i hverdagen både hos politiet og i helsevesenet og de hverdagslige utfordringene som regelmessig beskrives i samarbeidet, vil jeg allikevel forvente at alle grupper beskriver at de i stor grad opplever samarbeidet som utfordrende. Jeg vil heller ikke nødvendigvis forvente forskjeller mellom gruppene siden det vil være naturlig at begge parter opplever samarbeidet enten dårlig eller godt i samme distrikt.

Respons og svarprosent

Med forbehold om antall som fikk undersøkelsen tilsendt i de to helseforetakene Sykehuset Telemark HF og Sykehuset Innlandet HF, fremgår antall utsendte undersøkelser og innkomne svar samt svarprosent i Tabell 2.

Tabell 2: Antall utsendte undersøkelser og innkomne svar fordelt på institusjon; antall utsendte, svar og svarprosent. (2022)

	Utsendt	Svar	Svar-prosent
<i>Oslo politidistrikt</i>	Ikke deltatt		
Sør-Øst politidistrikt	147	19	13 %
Øst politidistrikt	9	7	78 %
Innlandet politidistrikt	50	9	18 %
Agder politidistrikt	11	7	64 %
Sum politi	217	42	19 %
Sørlandet sykehus HF	30	8	27 %
Sykehuset Telemark HF	30	3	10 %
Sykehuset i Vestfold HF	71	24	34 %
Vestre Viken HF	32	8	25 %
Sykehuset Østfold HF	30	2	7 %
Oslo Universitetssykehus HF	423	24	6 %
Akershus Universitetssykehus HF	28	5	18 %
Sykehuset Innlandet HF	20	3	15 %
Sum sykehus	664	77	12 %

Det er innkommet svar fra alle politidistrikt og alle helseforetak med noe spredning i svarprosent innen det enkelte helseforetak og politidistrikt. Siden Oslo Universitetssykehus HF har sendt undersøkelsen til svært mange, er det rimelig å anta at den der er sendt til vesentlig flere enn de som var tiltenkt målgruppe.

Svarprosenten er lav, og materialet er ikke av en karakter som tillater statistisk generalisering til hele populasjonen som respondentene representerer. I analysene blir det derfor ikke foretatt signifikanstesting av resultatene. Det er imidlertid ingen grunn til å tro at respondentenes kunnskapsnivå og vurderinger systematisk skiller seg fra populasjonen på de områder som blir tatt opp i undersøkelsen.

Respondentene har oppgitt hvilket distrikt de tilhører, men tallene i det enkelte distrikt blir såpass små at jeg i de videre analysene vil se utvalget samlet og ikke bryte det ned på distrikter.

Fordeling innad i gruppene

Respondentene ble også spurt om yrkesgruppe. I helsevesenet ble det spurt om respondenten var leder uten lege- og psykologutdanning, overlege med hovedsakelig klinisk arbeid eller hovedsakelig administrativt arbeid eller psykolog med hovedsakelig klinisk eller administrativt arbeid.

Tabell 3: Respondenter per yrkestittel – helsevesen. Antall og prosent. (2022)

	Antall	Prosent
Leder - ikke lege eller psykolog	11	14 %
Overlege, hovedsakelig administrativ stilling	7	9 %
Overlege, hovedsakelig klinisk stilling	37	48 %
Psykolog, hovedsakelig administrativ stilling	4	5 %
Psykolog, hovedsakelig klinisk stilling	18	23 %
Total	77	100 %

I politi- og påtalemyndigheten ble respondentene bedt å angi hvorvidt de var politijurister eller operasjonsledere, da med følgende fordeling:

Tabell 4: Respondenter per yrkestittel - politi/påtalemyndighet. Antall og prosent. (2022)

	Antall	Prosent
Operasjonsleder	21	50 %
Politijurist	21	50 %
Total	42	100 %

4.3 Godkjenninger

Oppgaven er gjennomført som en digital spørreundersøkelse hvor hensikten var å kartlegge respondentens opplevelse av samarbeid mellom etatene. De to hovedgruppene er politi og påtalemyndighet på den ene siden og helsepersonell og -ledere på den andre siden.

Det er ikke bedt om informasjon som kan identifisere enkeltpersoner. Respondenten ble bedt om å oppgi hvilken av hovedgruppe (politi eller helsevesen) vedkommende tilhører samt yrke og hvor lenge vedkommende har arbeidet i etaten. Forfatteren kjenner ikke til hvem som har besvart spørreundersøkelsen og heller ikke hvem som har mottatt den, da formidlingen av spørreundersøkelsen er gjort via en kontaktperson i den enkelte etat.

Norsk senter for forskningsdata (NSD) har vurdert og godkjent undersøkelsen slik den er beskrevet (vedlegg 2).

Ved Oslo Universitetssykehus HF og Vestre Viken HF krevde personvernombudene å selv godkjenne prosjektet. Godkjenning fra personvernombudene i OUS og Vestre Viken HF er vedlagt som vedlegg 4 og 6.

Helse Sør-Øst RHF har godkjent bruk av bilde i Figur 2. Politidirektoratet har godkjent bruk av bilde i Figur 3.

5 Resultater

Oppgaven tar for seg ulike sider av samarbeidet mellom de to etatene; i hvilken grad det er felles forståelse av begge parters ansvarsområder i enkeltsaker som erfaringsmessig kan gi samhandlingsutfordringer, kunnskap om regler som begrenser eller fremmer informasjonsutveksling og frontlinjepersonellets opplevelse av samarbeidet, herunder om systemet er tilrettelagt for optimal samhandling.

Der hvor det er svaralternativer med et korrekt svar, er det korrekte svaret angitt som første alternativ i alle tabeller og markert med *Korrekt svar*. I skjemaet som respondentene har svart på er det naturligvis ikke slik at korrekt svar alltid er først, i spørsmålene som angår vurdering av samarbeid er det heller ikke angitt noen fasit.

5.1 Kunnskap om regler

Første del av undersøkelsen tar utgangspunkt i vignetten om Tor. Han beskrives med åpenbar virkelighetsbrist, med psykosesymptomer og han truer med kniv. Politiet tar situasjonen på alvor, bevæpner seg og løsner varselskudd. Her beskrives det som de fleste vil forstå som funn av antatt illegale rusmidler, slik at psykosen kan antas å være utløst av rusmidler.

Politiets mulighet til innleggelse uavhengig av legevaktens vurdering

Tor beskrives med åpenbart behov for innleggelse i psykiatrisk avdeling siden han har en pågående psykose. Han har rett til innleggelse i psykiatrisk avdeling uavhengig av om psykosen er del av en kronisk psykosetilstand eller om det er en psykose utløst av rusmidler (49). Politiet har pågrepet Tor og frakter ham til legevurdering.

Innleggelse i psykiatrisk avdeling til tvungent psykisk helsevern krever en ekstern legeundersøkelse, altså av en lege som på alle måter er uavhengig av institusjonen hvor pasienten skal innlegges.

Spørsmålet er om politiet kan beslutte at Tor skal innlegges i psykiatrisk avdeling dersom legevakten ikke finner grunnlag for det. Det riktige svaret her er at han må undersøkes av en lege før innleggelse.

Tabell 5: Kan politiet beslutte innleggelse i psykiatrisk avdeling uavhengig av legevaktens vurdering? Prosent. (2022).

Politiet kan	Ansatt i helsevesenet	Ansatt i politiet
Riktig svar: ikke beslutte innleggelse i psykiatrisk avdeling uavhengig av legevaktens vurdering.	74	71
Galt svar: beslutte innleggelse i psykiatrisk avdeling uavhengig av legevaktens vurdering.	26	29
Sum	100	100
N	77	42

Rundt tre fjerdedeler av respondentene i begge grupper har svart riktig på spørsmålet. Det er samtidig et betydelige mindretall, henholdsvis 26 % fra helsevesenets og 29 % fra politiets respondenter som ikke er kjent med dette. Av de som svarte feil i helsevesenet er de jevnt fordelt på alle yrkesgrupper av klinikere mens alle de 12 lederne uten lege- eller psykologutdannelse besvarte korrekt. Tilvarende er det fordelt innad i politiet med 8 jurister og 4 operasjonsledere som besvarte spørsmålet feil.

Politiet som innleggelsesbegjærer (tutor)

I psykisk helsevernloven § 3-6 fremgår i første ledd annet punktum:

Om nødvendig skal det fremmes begjæring om tvungen undersøkelse, tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern.

Dersom politiet som offentlig myndighet fremmer slik begjæring vil politiet ha klagerett på vedtak om etablering og opphør av tvungent psykisk helsevern, eventuelt på om dette ikke etableres. Politiet vil få skriftlig informasjon om vurderingen. Politiet kan i begjæringen beskrive bakgrunnen for hvorfor de fremmer slik begjæring, og derved kan gi informasjon til helsevesenet. Vilkåret beskrevet ovenfor om en uavhengig legeundersøkelse er allikevel absolutt ved slik innleggelse.

Respondentene ble spurt hvorvidt det var nødvendig med legeerklæring i tillegg til slik innleggelsesbegjæring.

Tabell 6: Legeerklæring er nødvendig når politiet er tutor. Prosent. (2022)

Når politiet er tutor for innleggelse i psykiatrisk avdeling trengs	Ansatt i helsevesenet	Ansatt i politiet
Riktig svar: i tillegg legeerklæring	90	57
Galt svar: ikke legeerklæring i tillegg	10	43
Sum	100	100
N	77	42

Innad i helsevesenet er det 7 behandlere i klinisk stilling og 1 overlege i administrativ stilling som ikke kjenner til dette. Hos politiet er det 6 operasjonsledere og 12 jurister som mener legeerklæring ikke er nødvendig. De fleste i psykisk helsevern er allikevel enig i at det er nødvendig med ekstern, uavhengig legeerklæring.

Hele 43 % av politiets respondenter mener at politiet kan være tutor og innlegge pasienten uten legeerklæring i tillegg. Dette kan gi åpenbare utfordringer i daglig samhandling, enten ved at pasienten ikke blir mottatt i sykehuset eller at det blir unødvendig mye reising mellom legevakt og sykehus og utfordrende kommunikasjon mellom involverte parter.

Rusutløst psykose – behandling i psykisk helsevern eller ivaretagelse av politi?

En psykotisk tilstand skal behandles i psykisk helsevern uavhengig av om det er en primær psykosesykdom (for eksempel schizofreni) eller om det er et rusmiddel som har utløst tilstanden (33;49). Uavhengig av genesen vil en psykose kategoriseres som alvorlig sinnslidelse og derved være grunnlag for etablering av tvungent psykisk helsevern dersom øvrige kriterier også er innfridd. Til forskjell fra en primær psykosesykdom som oftest vil være i behov av antipsykotisk legemiddelbehandling, kan den rusutløste psykosen forsvinne ved fravær av rusinntak.

Spørsmålet her er hvorvidt respondenten anser det som en ordensforstyrrelse og sak for politiet eller en sak som skal behandles i helsevesenet når legevaktslegen vurderer at Tor er psykotisk på bakgrunn av amfetamininntak⁴. Det korrekte svaret er her at det er å anse som et helseproblem og sak for helsevesenet. Politiet vil uavhengig av dette kunne starte etterforskning av straffbare forhold og vurdere å straffeforfølge Tor når han er ferdigbehandlet. Dersom påtalemyndigheten er usikker på Tors tilregnelighet kan de iverksette rettspsykiatrisk undersøkelse som kan gi retten råd om blant annet bakgrunnen for psykosen.

⁴ Amfetamin er et rusmiddel med sentralstimulerende effekt som ved bruk kan utløse psykose.

Tabell 7: Skal rusutløst psykose anses som helseproblem eller ordensforstyrrelse. Prosent. (2022)

Legevaktslegen vurderer at Tor er psykotisk utløst av amfetamin	Ansatt i helsevesenet	Ansatt i politiet
Riktig svar: Dette er å anse som et helseproblem og sak for helsevesenet	97	71
Feil svar: Dette er å anse som en ordensforstyrrelse og sak for politiet	3	29
Sum	100	100
N	77	42

Vi ser at nesten samtlige av helsevesenets respondenter svarer riktig på dette spørsmålet. Derimot svarer hver tredje respondent fra politiet feilaktig at dette er en sak for politiet å håndtere. Hvis man legger disse kunnskapene til grunn vil konsekvensen være at psykisk helsevern ikke motsetter seg å motta Tor til innleggelse, men i stedet at Tor kan gå glipp av nødvendig behandling for sin psykotiske tilstand siden tre av ti fra politiet vil argumentere for at dette *ikke* er en sak for helsevesenet.

I spørsmålsstillingen var det også en åpning for å svare «Annet» og gi kommentar. De som har svart dette og gitt kommentar, har gitt kommentarer som tolkes i retning av at helsevesenet har ansvaret, men at det også er en sak for påtalemyndigheten når han er ferdigbehandlet for sin psykose siden han vil kunne straffes for det han gjør av straffbare handlinger i en psykose som er utløst av rusmidler. Dersom Tor regelmessig ruser seg og får en forverring av en schizofren sykdom og helsevesenet ikke opprettholder tvungent psykisk helsevern vil påtalemyndigheten kunne reise straffesak, og Tor kan bli dømt til tvungent psykisk helsevern dersom domstolen finner dette riktig.

En av respondentene fra politiet kommenterer juridisk korrekt og påpeker også en problemstilling som antakelig vil være kjent for de fleste:

Dette er en sak som både omfatter helse og politiet. Her bør han innlegges til psykosen er over, deretter vurderes om han er tilregnelig til å kunne straffes. Idet helse mener han ikke er nødvendig å ha til observasjon fordi psykosen er over overtar politiet saken i straffespoet.

Det som oftest skjer er at han ikke legges inn av helse og at da blir overlatt til politiet for videre oppfølging. Han tilbringer maks 48 timer i varetekt før han løslates uten at noen av etatene har løst den underliggende problemstillingen.

Ansvar – transport til psykiatrisk avdeling fra legevakt

Når legevaktslegen har besluttet at Tor skal innlegges i psykiatrisk avdeling er det i utgangspunktet en sak hvor helsevesenet har ansvar. Dersom politiets bistand er nødvendig, kan politiet bistå helsevesenet i en slik transport etter en konkret vurdering. I denne saken er politiet allerede inne i saken, er kjent med saken og Tor har fremvist åpenbar farlighet.

Transport av pasienter med ruslidelser og psykiske lidelser trekkes ofte frem som samhandlingssaker mellom politi og helsevesen og som ofte har vært gjenstand for uenigheter om oppgavefordeling (34).

Det er her spurt om hvorvidt politiet kan, skal eller ikke kan transportere Tor til psykiatrisk avdeling. Slik spørsmålet er stilt vil begge de to første alternativene være korrekte, mens svaralternativet om at politiet ikke kan transportere vil være feil.

Tabell 8: Skal / kan politiet transportere Tor til psykiatrisk avdeling fra legevakten. Prosent. (2022)

Politiet	Ansatt i helsevesenet	Ansatt i politiet
Riktig svar: skal/kan transportere Tor til psykiatrisk avdeling	95	93
Feil svar: kan ikke transportere Tor til psykiatrisk avdeling	5	7
Sum	100	100
N	77	42

Nesten alle, 95 og 93 %, svarer korrekt at politiet kan eller skal transportere Tor til psykiatrisk avdeling. Flere av respondentene har også gitt kommentarer som utdyper med at det er helsevesenet som har ansvar og at politiet bistår ved konkret risiko- og trusselvurdering og at utgangspunktet for at transporten bør skje i ambulanse fremfor politibil er at dette vil være mindre belastende for Tor.

En utfyllende kommentar fra en respondent peker også på at samarbeidet bør bli bedre mellom etatene i disse sakene.

Samhandling når pasienten er innlagt i sykehus ved uteblivelse

Frem til nå har vi sett på samhandlingen forut for innleggelse. For pasienter som allerede er innlagt i sykehus, vil politiet også kunne spille en rolle. Katrine er beskrevet som psykotisk, men som ikke tidligere har vært vurdert farlig for seg selv eller andre.

Hvorvidt helsepersonellet her kan kontakte politiet reguleres i helsepersonellovens regler om taushetsplikt. Taushetsplikten etter helsepersonelloven § 21 er hovedregelen. Dersom politiet skal kontaktes i denne saken må et av unntakene begrunnes, enten for opplysningsrett eller -plikt. Det beskrives eksplisitt her at pasienten ikke vurderes å være til fare for seg selv eller andre basert på historiske opplysninger, og politiet kan derfor av hensyn til taushetsplikten ikke kontaktes. Slik Katrine er beskrevet er ikke noen av vilkårene for å gi opplysninger til politiet innfridd og som hovedregel kan da ikke politiet kontaktes, siden dette vil være brudd på taushetsplikten. Det riktige svaret på spørsmålet i Tabell 9 er derfor at politiet ikke kan kontaktes i dette tilfellet.

Tabell 9: Politiet kan kontaktes for å bringe Katrine tilbake til sykehuset. Prosent. (2022)

Politiet kan	Ansatt i helsevesenet	Ansatt i politiet
Riktig svar: ikke kontaktes for å bringe Katrine tilbake til sykehuset	18	12
Feil svar: kontaktes for å bringe Katrine tilbake til sykehuset	82	88
Sum	100	100
N	77	42

Hele 82 % av helsepersonellens respondenter og 89 % av politiets respondenter vurderer det annerledes, nemlig at politiet kan kontaktes for å bringe pasienten tilbake til sykehuset. Siden en så stor andel besvarer dette spørsmålet feil, indikerer det imidlertid at spørsmålet er stilt på en måte som gjør at respondentene har misforstått det. Det er for eksempel ikke vist til hvilken lov dette bes vurdert opp mot, og spørsmålet kan iallfall fra politiets side forstås som om man kan ringe politiet – og sett fra politiets side kan man *alltid* ringe politiet.

Respondentene er ikke spurt hvilket hjemmelsgrunnlag de legger til grunn for å kontakte politiet. Rundskrivet fra 2012 (33) gir klare føringer for at politiet ikke rutinemessig kan kontaktes når en person uteblir fra innleggelse og skal kun kontaktes når dette er vurdert nødvendig. Noe av dette er kommentert i åpne kommentarer i spørsmålet. En respondent skriver korrekt at Katrine kan være selvmordstruet nå, selv om hun ikke har vært det tidligere. I kommentarene til spørsmålet er følgende aspekter nevnt:

Fra helsevesenets respondenter:

- *Avdelingen forsøker først å få Katrine tilbake på egenhånd.*
- *Bør avvente kontakt med politiet, men dersom bekymringen blir større, kan man velge å kontakte politiet. Selv om Katrine aldri har vært selvmordstruet eller vært til fare for andres liv og helse, kan hun ha blitt det. Hvis hun har blitt ivaretatt under tidligere sykdomsepisoder, kan det være grunnen.*
- *Det bør gjøres en vurdering av hvor mye det haster.*
- *Her blir kontakt brudd på taushetsplikten.*
- *Katrine er på TPH⁵ og trenger behandling, kan derfor bringes tilbake, men man kan velge å avvente situasjonen.*
- *Politiet kan kontaktes, men de har ikke plikt til å hente henne siden det ikke vil anses som nødvendig siden hun ikke er til fare for seg selv. Det må være nødvendig bistand før politiet har en plikt til å bistå. Det er ofte det man er uenige om, om det er nødvendig eller ikke. Den spesifiseringen gjelder også spørsmålene nedover på denne siden.*
- *Primært skal helse lete etter og bringe pas tilbake til sykehuset. Politi kan bistå når nødvendig og det foreligger hjemmel for dette (phvl. § 3-6).*

Fra politiets respondenter kommer det tydelig frem at dette i hovedsak er en sak som bør løses av helsevesenet og at politiet kun skal benyttes når dette er vurdert helt nødvendig. I sine åpne kommentarer svarer politiets respondenter opp mot hva som er forventet av helsevesenet i slike saker i tråd med rundskrivet fra 2012:

- *Det er beklagelig at politiet i for stor grad benyttes til transport av syke personer. Det er etter min oppfatning et potensial for å forsterke sykdomsbilde når en pasient*

⁵TPH: Tvungent psykisk helsevern

eksponeres for politi. Pasienten har jo ikke gjort noe galt. Helse skulle hatt tilgang til team som kunne tatt seg av slik transport selv.

- *Det må være klar vurdering for om hun er suicidal eller ikke. Er det ikke fare for liv, så leter vi ikke.*
- *Helse må selv gjøre nødvendige tiltak for å hente henne inn. AMK⁶ ber eventuelt om bistand fra politiet ved behov.*
- *Hendelsen bør i all hovedsak håndteres av Helse selv.*
- *Her må det foreligge en konkret og spesifikk vurdering og hvilke tiltak som ønskes utført fra helsevesenets side, og at det er et mottaksapparat for eventuell ny mottakelse.*
- *Man KAN kontakte politiet, men dette bør åpenbart forsøkes løst med helseressurser. Bistanden skal være NØDVENDIG*
- *Må forventningsavklares med melder. I utgangspunktet er dette til kun til obs for politiet, og det ansees at helse er ansvarlig for oppfølging. Mener dette ikke kan være grunnlag for SAR⁷ (50).*
- *Politiet bistår ambulansse for å ivareta sikkerhet.*

I rundskrivet (33) står det: «*Politiet kan (...) ikke benyttes til ren oppsporing av pasienter som ikke møter til avtalt tid eller rømmer fra institusjonen. Helsetjenesten må som hovedregel selv forsøke å få kontakt med pasienten. Det skal ikke rutinemessig sendes savnetmelding til politiet.*»

Dersom politiet kontaktes listes også opp hvilken informasjon som anses nødvendig for politiet å få, og det presiseres at dette skal dokumenteres i pasientens journal, jf. helsepersonelloven (35) §§ 39 og 40.

Det neste spørsmålet gjelder om helsepersonellets ordinære taushetsplikt gjelder når pasienten er underlagt tvungent psykisk helsevern. Reglene for taushetsplikt gir som tidligere beskrevet også føringer for når man kan eller skal gi informasjon til andre uavhengig av taushetsplikt.

Det er ingen generelle unntak fra regler om taushetsplikt selv om pasienten er tvangsinnlagt, og riktig svar er derfor at helsepersonellets taushetsplikt gjelder.

⁶ AMK: akuttmedisinsk kommunikasjonssentral («113-sentralen»)

⁷ SAR: Search and rescue. Med SAR-varsling menes varsling mellom 11x-sentralene og HRS (hovedredningssentralen). SAR-varsling utføres umiddelbart ved henvendelse om situasjoner som initialt er å regne som en redningsaksjon. (51)

Tabell 10: Gjelder helsepersonellets ordinære taushetsplikt når pasienten er tvangsinnlagt? Prosent. (2022)

Når pasienten er underlagt tvungent psykisk helsevern	Ansatt i helsevesenet	Ansatt i politiet
Riktig svar: gjelder helsepersonellets taushetsplikt	97	86
Feil svar: gjelder ikke helsepersonellets taushetsplikt	3	14
Sum	100	100
N	77	42

Vi ser at de fleste helsepersonell (97 %) og brorparten av politiet (86 %) er enige om dette og har svart korrekt.

Når pasienten er innlagt i sykehuset og ikke samarbeider om å komme tilbake til sykehuset etter en permisjon har ikke sykehuset noen hjemmel til å utøve tvang utenfor sykehus, dette har kun politiet. Allikevel er det krav om at helsevesenet selv har forsøkt å bringe pasienten tilbake til institusjonen, jf. det som er referert fra rundskrivet ovenfor. Det riktige svaret i spørsmålet om sykehuset selv skal forsøke å hente pasienten tilbake til sykehuset når pasienten er tvangsinnlagt, er at det skal sykehuset.

Tabell 11: Skal sykehuset selv forsøke å hente pasienten tilbake til sykehuset når pasienten er tvangsinnlagt? Prosent. (2022)

Når pasienten er underlagt tvungent psykisk helsevern	Ansatt i helsevesenet	Ansatt i politiet
Riktig svar: skal sykehuset selv forsøke å hente pasienten	64	83
Feil svar: trenger ikke sykehuset først å forsøke å hente pasienten	36	17
Sum	100	100
N	77	42

De som har besvart dette korrekt er nær 2 av 3 i helsevesenet og 5 av 6 hos politiet:

Det at en større andel av politiets respondenter her svarer korrekt samsvarer med svar på øvrige spørsmål om fordeling av ansvar mellom politiet og helsevesenet og helsevesenets egne plikter, hvor politiet i større grad synes å ha det klart for seg at dette er helsevesenets ansvar enn det helsevesenet selv erkjenner.

Når sykehusets personale er utenfor institusjonens område, har de ingen hjemmel for bruk av tvang. Dersom pasienten ikke samarbeider eller lar seg overtale til å bli med sykepleieren tilbake til sykehus, kan hun ikke fysisk tvinges med tilbake. Bruk av tvang utenfor institusjon krever politimyndighet, som beskrevet innledningsvis.

Det korrekte svarte på spørsmålet om sykepleier kan ta pasienten mot hennes vilje tilbake til sykehuset er at sykepleieren ikke kan dette.

Tabell 12: Kan sykepleier bringe pasienten mot hennes vilje tilbake til sykehuset når hun er tvangsinnlagt? Prosent. (2022)

Når pasienten er underlagt tvungent psykisk helsevern kan sykepleier med sykehusets bil	Ansatt i helsevesenet	Ansatt i politiet
Riktig svar: ikke ta pasienten og transportere henne til sykehuset mot hennes vilje	84	45
Feil svar: ta pasienten og transportere henne til sykehuset mot hennes vilje	16	55
Sum	100	100
N	77	42

85 % av helsepersonellet er av denne oppfatningen, mens 55 % av politiets respondenter mener at helsepersonellet kan ta pasienten til sykehusets bil mot hennes vilje og transportere henne mot hennes vilje. Dette kan skape misforståelser samt skape feilaktige forventninger til hvor mye helsevesenet skal ha forsøkt før politiet kontaktes.

Feiloppfatningen er vesentlig større hos politiet enn hos helsevesenet. Innad i helsevesenet er feiloppfattelsen noe større hos de som ikke jobber klinisk; hos politiet er det likt fordelt mellom jurister og operasjonsledere.

Når helsevesenet selv har forsøkt å hente inn Katrine uten å lykkes og det er vurdert nødvendig å bringe pasienten inn, er det uomtvistelig at politiet har en bistandsplikt. Som hovedregel bør også helsepersonellet være til stede. Det korrekte svaret er derfor at politiet skal bistå.

Tabell 13: Politiet plikter å bistå og hente pasienten når sykehuset har forsøkt først. Prosent. (2022)

Når sykehuset har forsøkt å hente pasienten tilbake og pasienten nekter plikter	Ansatt i helsevesenet	Ansatt i politiet
Riktig svar: politiet å bistå	96	88
Feil svar: ikke politiet å bistå	4	12
Sum	100	100
N	77	42

I begge grupper er det stor enighet om at politiet plikter å bistå i tråd med hva som er politiets bistandsplikt når sykehuset allerede har forsøkt.

Opplysninger fra politiet til sykehuset om aktuell situasjon

I kapittel 3.3 er regler for taushetsplikt og opplysningsplikt gjennomgått. De kommende spørsmålene er ment for å kartlegge hvordan den enkelte tolker regler for dette i vignetter når det gjelder muligheter for informasjonsutveksling begge veier.

Slik det fremgår av IS 5:2012 (33) *bør politiet vurdere å informere helsetjenesten om tidligere voldshistorikk, når politiet er involvert ved innleggelse av en person og har kjennskap til dette.* I kasuistikken om Tor har politiet i høyeste grad vært involvert i innleggelsen, og det er ikke beskrevet forhold som tilsier at hendelsene forut for innleggelsen ikke kan formidles. Spørsmålet som er stilt er om politiet kan gi informasjon om den aktuelle hendelsen til sykehuset. Det korrekte svaret er at politiet kan gi slik informasjon.

Tabell 14: Kan politiet gi informasjon om den aktuelle hendelsen til sykehuset når de ankommer psykiatrisk avdeling? Prosent. (2022)

Ved ankomst psykiatrisk avdeling kan politiet	Ansatt i helsevesenet	Ansatt i politiet
Riktig svar: gi informasjon om den aktuelle hendelsen til sykehuset	96	93
Feil svar: ikke gi informasjon om den aktuelle hendelsen til sykehuset	4	7
Sum	100	100
N	77	42

Av de ansatte i helsevesenet vurderte 4 % at politiet ikke kan gi informasjon til helsevesenet om den aktuelle hendelsen, hos politiet vurderte 7 % det samme. Dette var to psykologer i klinisk stilling og en psykolog i administrativ stilling samt to operasjonsledere og en jurist. De øvrige har korrekt svart at politiet kan gi opplysninger til helsevesenet om den aktuelle situasjonen.

Opplysninger fra politiet til sykehuset om tidligere voldshistorikk

Spørsmålet er så om politiet på stedet kan gi informasjon om tidligere voldshistorikk og kjennskap de har om Tor. Slik spørsmålet er formulert er det ikke lagt opp til at Tor har samtykket til informasjonsutveksling. Oppfølging fra IS 5:2012 er at det videre står at informasjon av denne karakter kan være sentral i helsetjenestens vurdering av om vilkår for tvungent psykisk helsevern er oppfylt. I politiregisterloven § 30 står at politiets taushetsplikt *ikke er til hinder for at opplysninger utleveres til andre offentlige organer i deres interesse dersom dette er nødvendig for å fremme mottakerorganets oppgaver etter lov eller for å hindre at virksomhet blir utøvd på en uforsvarlig måte*. Politiet kan derfor gi opplysninger om tidligere voldshistorikk. Det som mottas skal da nedtegnes i pasientens journal, slik at det er tilgjengelig ved vurdering av vilkår for tvang, blant annet vurdering av voldspotensiale. Det riktige svaret er da at politiet kan gi informasjon til sykehuset.

Tabell 15: Kan politiet gi informasjon om kjennskap de har til tidligere voldshistorikk til sykehuset? Prosent. (2022)

Informasjon om tidligere voldshistorikk og kjennskap politibetjentene har om Tor kan de	Ansatt i helsevesenet	Ansatt i politiet
Riktig svar: gi til sykehuset	78	74
Feil svar: ikke gi til sykehuset	22	26
Sum	100	100
N	77	42

Omtrent hver fjerde respondent i begge grupper vurderer altså at politiet ikke kan gi disse opplysningene. Den relativt høye andelen med galt svar i begge grupper, kan tolkes som foruroligende da en slik feilvurdering kan bidra til at helsevesenet ikke får de opplysninger de trenger for å gjøre en god og riktig vurdering både av voldsrisiko og kriterier for etablering av tvungent psykisk helsevern.

Slik spørsmålet er stilt kan det imidlertid også ha blitt misforstått. Når opplysninger gis, bør disse være kvalitetssikret og det bør være dokumentert hos politiet hva som utgis. Spørsmålet

kan forstås slik at det spørres om hva de tilfeldige politibetjentene eventuelt vet om Tor, noe som vil være grunnlag for at opplysningene som gis er feil. Dersom de som har svart «ikke gi til sykehuset» har tenkt slik, vil dette være en korrekt vurdering.

Om helsepersonellens taushetsplikt til politiet i samme situasjon

Helsepersonellens taushetsplikt er strengere enn politiets og det kreves en hjemmel for å gi opplysninger til politiet. Slik saken beskrives her er det ingen behov for politiet å få opplysninger; det beskrives at Tor innlegges i psykiatrisk sykehus og at det ikke er behov for politiets bistand videre. Ingen av reglene for opplysningsrett eller -plikt er utløst og helsepersonellet kan ikke gi opplysninger til politiet om Tor som helsevesenet er kjent med fra tidligere, noe som blir det korrekte svaret i neste spørsmål:

Tabell 16: Kan helsepersonellet på psykiatrisk avdeling gi tidligere kjent informasjon til politiet? Prosent. (2022)

Ved ankomsten til sykehuset kan helsepersonellet på psykiatrisk avdeling	Ansatt i helsevesenet	Ansatt i politiet
Riktig svar: ikke gi tidligere kjent informasjon til politiet	81	83
Feil svar: gi tidligere kjent informasjon til politiet	19	17
Sum	100	100
N	77	42

Vi ser at så mange som hver femte i helsevesenet og hver sjettede i politiet vurderer at taushetsplikten her kan settes til side. Det er ikke stilt spørsmål om hvilket hjemmelsgrunnlag de mener er innfridd for å gi opplysninger videre her. De som har svart dette sprer seg over alle yrkesgrupper i begge etater.

Informasjon til politiet om formalia ved innleggelse og diagnose

Tor beskrives som en som var en åpenbart farlig person forut for innleggelse, han ble vurdert som psykotisk og brakt til sykehuset av politiet. Politiet er da kjent med at han er på psykiatrisk sykehus.

Det er ingen hjemler som gir rett eller plikt til å gi informasjon til politiet når politiet ikke har begjært pasienten innlagt og fremmet tutorerklæring i henhold til psykisk helsevernloven § 3-6. Politiet har ikke rett til å få informasjon verken om etablering eller opphør av tvungent psykisk helsevern. De har heller ikke rett til informasjon om diagnose.

Tabell 17: Har politiet rett til informasjon om det etableres TPH eller ei, om opphør av TPH og om diagnose? Prosent. (2022)

Politiet har	Ansatt i helsevesenet	Ansatt i politiet
Korrekt svar: ikke rett til informasjon om det etableres tvungent psykisk helsevern eller ikke	64	36
Feil svar: rett til informasjon om det etableres tvungent psykisk helsevern eller ikke	36	64
Sum	100	100
N	77	42
Korrekt svar: ikke rett til informasjon om vedtak om opphør av TPH		
Feil svar: rett til informasjon om vedtak om opphør av TPH	75	55
Feil svar: rett til informasjon om vedtak om opphør av TPH	25	45
Sum	100	100
N	77	42
Korrekt svar: ikke rett til informasjon om diagnose		
Feil svar: rett til informasjon om diagnose	96	95
Feil svar: rett til informasjon om diagnose	4	5
Sum	100	100
N	77	42

Mer enn hvert tredje helsepersonell mener allikevel feilaktig at politiet har rett til å få informasjon om det etableres tvungent psykisk helsevern eller ikke, nesten to av tre fra politiet mener det samme.

Noe færre mener feilaktig at politiet har rett til å få informasjon om når tvang opphører, hhv 25 % og 45 %, mens de færreste mener at politiet har rett til å få informasjon om diagnose: 4 % og 5 %.

Regler om taushetsplikt bør være godt kjent, særlig for helsevesenet og det er oppsiktsvekkende at et så høyt antall helsepersonell feilaktig mener de kan gi informasjon om etablering og opphør til politiet. Når så mange fra politiet er av denne oppfatningen, kan dette også skape forventninger til informasjon som helsepersonellet ikke kan eller skal innfri. Det høye antallet

som feilaktig mener informasjonen kan gis, kan også forstås ut fra teorien om bakkebyråkrater som påpeker at juridiske krav omsettes til praktisk håndtering av opplysninger i hverdagen med en mer pragmatisk tilnærming til taushetsplikten.

Informasjon fra politiet til helsevesenet når pasienten er innlagt

Når pasienten er innlagt i psykiatrisk sykehus vil vurdering av vedkommendes risiko for å utøve vold mot andre være noe av det psykisk helsevern forventes å forholde seg til. Spørsmålet er hvorvidt helsepersonellet kan få slik informasjon fra politiet.

Dette reiser spørsmål om taushetsplikt og opplysningsrett/plikt for begge parter. Helsepersonellet må vurdere om det kan begrunnes å informere politiet om at pasienten er innlagt, noe som er nødvendig for å få opplysninger. Juridisk er det enkleste om pasienten her samtykker, da kan informasjonsutveksling skje på dette grunnlaget.

Dersom pasienten ikke samtykker og det vurderes som nødvendig for forsvarlig helsehjelp også etter utskrivelse – hvor det vil være et poeng at voldsrisiko er vurdert er det åpning i helsepersonelloven § 23 nummer 4 om tungtveiende grunner som åpner for helsepersonellets kontakt til politiet. Helsepersonelloven § 23 nummer 1 sier at taushetsplikten heller ikke gjelder når opplysninger gis til den som fra før er kjent med opplysningene. Den opplysningen som i dette tilfellet er aktuelt å gi til politiet er at pasienten er innlagt i psykiatrisk sykehus. Denne opplysningen kjenner politiet fra tidligere når de har brakt Tor til innleggelse.

Det er helsepersonellet som må vurdere om unntakene i taushetsplikten kommer til anvendelse i hver enkelt sak. I dette tilfellet er farlighet fremhevet, og det er et behov for voldsrisikovurdering av en person som åpenbart kan være farlig ute i samfunnet. Det korrekte svaret er derfor at helsepersonellet kan kontakte politiet for å gjøre en voldsrisikovurdering uavhengig av om pasienten samtykker.

Tabell 18: Kan helsevesenet kontakte politiet for å be om opplysninger for å gjøre voldsrisikovurdering? Prosent. (2022)

Helsevesenet kan	Ansatt i helsevesenet	Ansatt i politiet
Korrekt svar: kontakte politiet for å be om opplysninger uten Tors samtykke	60	74
Feil svar: bare kontakte politiet for å be om opplysninger med Tors samtykke	35	24
Feil svar: ikke kontakte politiet for å be om opplysninger	5	2
Sum	100	100
N	77	42

Hele 40 % av helsepersonellet mener de ikke kan kontakte politiet for slike opplysninger uten pasientens samtykke. Dette må anses å være et høyt tall, siden slike opplysninger vil være sentrale for å gjøre vurderingen så god som mulig, og dermed ivareta både pasientens behandling og samfunnets sikkerhet.

Hva politiet kan gi av opplysninger til helsevesenet fremgår av politiregisterloven § 27 som hjemler informasjonsutlevering når det skjer *for å avverge eller forebygge straffbare handlinger*. Utleveringen må være *forholdsmessig og det skal vektlegges mottakerens rolle, blant annet om mottakeren har taushetsplikt og hvordan opplysningene blir oppbevart*. Av IS 5:2012 fremgår også at *politiet bør vurdere å informere helsetjenesten om tidligere voldshistorikk, når politiet er involvert ved innleggelse av en person og har kjennskap til dette*. Det gis som eksempel at dette er sentralt når helsetjenesten skal vurdere voldsrisiko og om vilkår for etablering av tvungent psykisk helsevern er oppfylt. Det er derfor helt riktig at politiet skal utgi informasjon til helsevesenet for å gjøre slike vurderinger når det bes om det.

Tabell 19: Kan politiet gi opplysninger til overlege F. Link for å gjøre voldsrisikovurdering? Prosent. (2022)

Politiet kan	Ansatt i helsevesenet	Ansatt i politiet
Korrekt svar: gi opplysninger til overlege F. Link	91	88
Feil svar: ikke gi opplysninger til overlege F. Link	9	12
Sum	100	100
N	77	42

De aller fleste i begge grupper er enige om dette.

Bruk av varetektssurrogat

En viktig rapport fra Undersøkelseskommissjonen kom ut i årsskiftet og har gitt påminnelse om regelverket knyttet til pasienter som er innlagt etter straffeprosessloven § 188 – varetektssurrogat. Dette er også omtalt i kapittel 3.6. Rapporten fra undersøkelseskommissjonen (4) kom ut mer enn et halvt år før undersøkelsen ble gjennomført, og har derfor vært tilgjengelig for alle respondenter slik at regler knyttet til dette burde være godt kjent. Respondentene er stilt spørsmål om sine kunnskaper om varetektssurrogat.

Spørsmålet om retten kan beslutte innleggelse etter straffeprosessloven § 188 skal derfor besvares med at retten kan beslutte dette:

Tabell 20: Kan retten beslutte innleggelse etter straffeprosessloven § 188? Prosent. (2022)

Retten kan	Ansatt i helsevesenet	Ansatt i politiet
Korrekt svar: beslutte en slik innleggelse	91	88
Feil svar: ikke beslutte en slik innleggelse	9	12
Sum	100	100
N	77	42

Nesten alle, omtrent ni av ti, har korrekt svart at retten har kompetanse til å beslutte en slik innleggelse.

En innleggelse som er hjemlet i straffeprosessloven (51) og ikke i psykisk helsevernloven fører som tidligere beskrevet til at det er en del begrensninger på hva som kan skje i psykiatrisk sykehus. Det korrekte svaret er at det ikke er de samme reglene som ved en vanlig tvangsinnleggelse:

Tabell 21: Hvilke regler gjelder under en innleggelse dersom pasienten er i varetektssurrogat? Prosent. (2022)

Dersom retten beslutter en slik innleggelse gjelder	Ansatt i helsevesenet	Ansatt i politiet
Korrekt svar: ikke de samme regler som en vanlig tvangsinnleggelse	56	26
Feil svar: de samme regler som en vanlig tvangsinnleggelse	44	74
Sum	100	100
N	77	42

Vi ser at hele 44 % i helsevesenet og 74 % i politiet ikke er kjent med denne begrensningen til tross for en nylig gjennomgang av dette med Ukoms rapport (4). Respondentene som svarer feil her er spredt i alle regioner og mellom alle yrkesgrupper. For de ansatte i helsevesenet er det svært viktig at gjeldende regelverk er kjent for å gi utredning og behandling innen de rammer som gjelder, for eksempel behandling uten samtykke. At det er så mange i politiet som ikke er kjent med reglene, har mindre betydning siden regelverket regulerer hva som skjer under innleggelsen i sykehus og derved ikke den delen av arbeidet med pasienten som berører politiet.

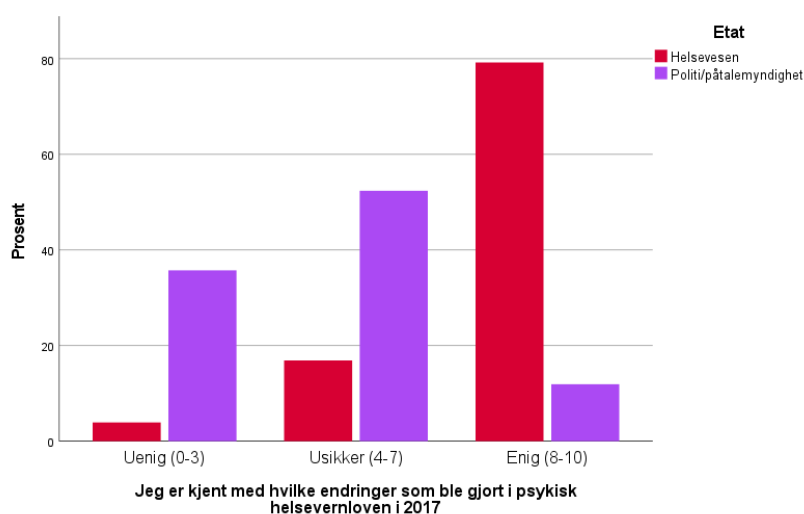
For å kunne gi en fullverdig utredning og behandling av pasienten bør det være en ekstern lege for å vurdere om pasienten kan henvises til ordinært tvunget psykisk helsevern parallelt med innleggelse etter straffeprosessloven, slik Ukoms rapport foreslår. Når politiet ikke er kjent med dette, kan det skape utfordring knyttet til samarbeid forut for innleggelsen og det å få politiet til å bringe pasienten til slik undersøkelse etter at den rettslige beslutningen er tatt.

5.2 Vurdering av endringene i psykisk helsevernloven i 2017

Endringene i psykisk helsevernloven er gjennomgått ovenfor i kapittel 3.1. Endringen består i at det ble stilt krav om at pasienten ikke hadde samtykkekompetanse for å etablere og opprettholde tvungent psykisk helsevern dersom pasienten ikke var til fare for andres liv eller helse eller eget liv.

Her ønsker jeg å kartlegge hvorvidt endringene er kjent og konsekvensene av dette. Disse spørsmålene er besvart på en Likert-skala og gruppert som angitt i figuren.

Er du kjent med endringene i psykisk helsevernloven fra 2017?



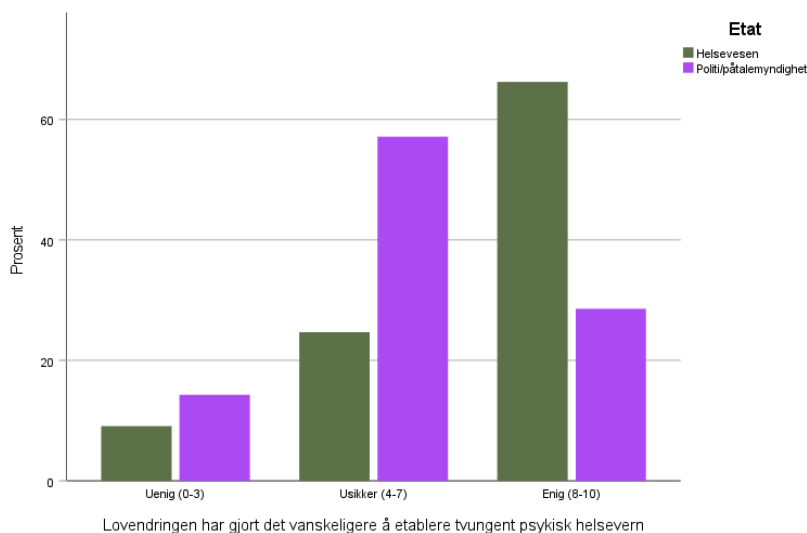
Figur 4: Hvor kjent er du med endringene i psykisk helsevernloven fra 2017? Prosent. (2022)

De fleste – opp mot 4 av 5 fra helsevesenet – svarer at de er godt kjent med endringene i psykisk helsevernloven. Hos politiets respondenter er svarene mer at de ikke er kjent med eller er usikre på lovendringen. Det er logisk at de som skal praktisere psykisk helsevernloven er godt kjent med lovendringene.

At så mange fra politiet ikke er kjent med endringene kan forstås slik at mange i politiet ikke vet hvilke kriterier som gjelder for tvangsinnleggelse og endring i reglene for dette og derfor kan ha feilaktige forestillinger om hva helsevesenet faktisk kan gjøre, noe som kan skape misforståelser og samhandlingsutfordringer.

Har lovendringen endret hvordan det er å etablere tvungent psykisk helsevern?

Ved å øke kravene for hva som skal til for å etablere tvungent psykisk helsevern er spørsmålet om det oppleves vanskeligere å etablere slikt vern nå, sammenlignet med før lovendringen.



Figur 5: Det oppleves vanskeligere å etablere tvungent psykisk helsevern etter lovendringen i 2017. Prosent. (2022)

Nesten to av tre fra helsevesenet og en av tre hos politiet har besvart spørsmålet med 8, 9 eller 10. Vi ser at helsevesenet – som presumptivt bør kjenne lovverket best – opplever at det er blitt vanskeligere å etablere tvungent psykisk helsevern enn før lovendringen; hos politiet er det vanligste svaret 5 som flere respondenter har kommentert at de har svart i mangel av «Vet ikke» som alternativ. Med forbehold om at materialet ikke er egnet for signifikanstesting, er det interessant å notere forskjellen i svarene mellom de to gruppene.

Har endringen noe å si for når tvungent psykisk helsevern oppheves?

Som redegjort for innledningsvis vil de som tilfriskner begynne å forstå eget sykdomsbilde og derved gjenvinne samtykkekompetansen, i og med at helsedirektoratet gir føringer for at terskelen for å ikke ha slik kompetanse skal være høy. Spørsmålet som er stilt er om lovendringen oppfattes å ha noe å si for om tvunget vern opphører tidligere, senere eller uendret sammenlignet med før lovendringen.

Tabell 22: Opplevs lovendringen i 2017 å ha innvirkning på når TPH oppheves? Prosent. (2022)

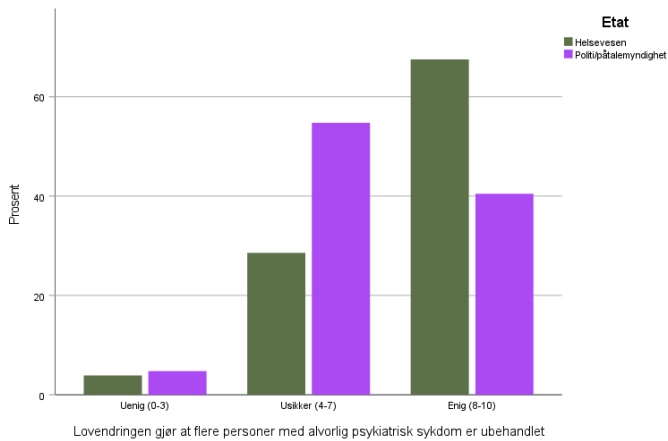
Lovendringen i 2017	Ansatt i helsevesenet	Ansatt i politiet
gjør at tvungent vern opphører tidligere enn før 2017	91	64
har ikke noe å si for når tvungent vern opphører	9	31
gjør at tvungent vern opphører senere enn før 2017	0	5
Sum	100	100
N	77	42

Ni av ti fra helsevesenet vurderer at tvungent vern opphører tidligere etter lovendringen. Dette er i tråd med hva tidligere undersøkelser om dette viser, og i tråd med lovendringens intensjon. Mer enn hver tredje i politiet mener det ikke har noe å si eller at vernet oppheves senere. Dette må ses i sammenheng med at mange fra politiet svarte at de ikke kjente til hva lovendringen var.

Dette kan også til en viss grad forklare oppfatningen fra en del i politiet som angir at pasienter skrives ut for tidlig fra psykisk helsevern og at psykisk helsevern ikke tar tilstrekkelig ansvar for pasientene.

Konsekvens av lovendring med tanke på antall ubehandlede syke

Endringen gjør at det oppleves vanskeligere å etablere tvungent psykisk helsevern og at tvungent psykisk helsevern oppheves tidligere. Dette gjør at respondentene også antar at lovendringen gjør at flere personer med alvorlig psykiatrisk sykdom er ubehandlet:

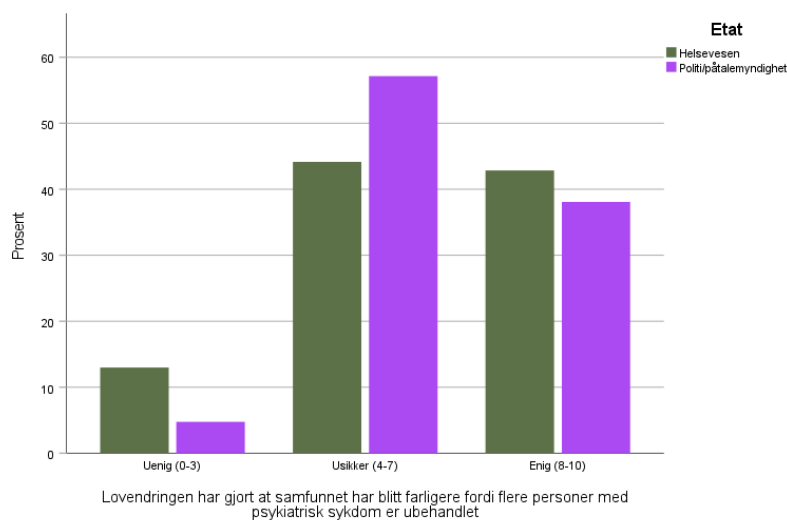


Figur 6: Lovendringen gjør at flere personer med alvorlig psykiatrisk sykdom er ubehandlet. Prosent. (2022)

70 % av helsevesenets respondenter og 40 % av politiets respondenter har besvart påstanden «Lovendringen gjør at flere personer med alvorlig psykiatrisk sykdom er ubehandlet» med Enig (8, 9 eller 10). 38 % har besvart påstanden med 5 som antas å bety «vet ikke» for mange respondenter.

Den neste påstanden er at lovendringen har gjort samfunnet farligere. Tanken bak dette er at flere personer har ubehandlet psykiatrisk sykdom. Resonnementet videre er at antall handlinger, også alvorlige straffbare handlinger, som begås i psykotisk tilstand kan ses som en funksjon av antall psykotiske sekunder (både antall personer med ubehandlet psykose og lengden på den ubehandlede psykosen hos den enkelte)(23).

Påstand: Lovendringen har gjort at samfunnet har blitt farligere fordi flere personer med psykosesykdom er ubehandlet.



Figur 7: Lovendringen har gjort samfunnet farligere fordi flere personer med psykiatrisk sykdom er ubehandlet. Prosent. (2022)

Vi ser at få er uenige i påstanden om at samfunnet har blitt farligere etter lovendringen. Om lag 2 av 5 i begge grupper besvarer påstanden med 8-10 og er enig i påstanden. I overkant av hver tredje respondent hos politiet har besvart med 5, forenelig med «Vet ikke», tilsvarende hver sjettede hos helsevesenet. Ved gjennomgang av oversikt over drap i Norge før og etter lovendringen (52) er det ikke en signifikant økning i drap begått generelt eller av personer med psykiatiske sykdommer når en sammenligner årene før og etter 2017. Dette vil det uansett være vanskelig å fastslå med sikkerhet, siden tallene som tidligere beskrevet er svært lave og enkelte episoder som eksempelvis Kongsbergdrapet vil trekke ekstremt opp for enkeltår.

5.3 Vurdering av samarbeid mellom politi og psykisk helsevern

Mellom etater som må samhandle i hverdagen er det anbefalt at det er regelmessige fora for samarbeid. Dette er også anbefalt mellom psykisk helsevern og politiet (33;34). Slike fora kan være på overordnet nivå og på nivå hvor de nærmest den daglige samhandlingen er. Spørsmålene omhandler her hvorvidt det er slike fora og om respondenten kjenner til det, om man vet hvem man skal kontakte og hvor ofte forumet samles.

Er det formaliserte samarbeidsfora og hvem kan kontaktes?

Respondentene er spurt om det er formalisert samarbeidsforum mellom eget sykehus og tilhørende politidistrikt eller eget politidistrikt og de tilhørende sykehusene:

Tabell 23: Finnes det formaliserte samarbeidsfora mellom egen arbeidsplass og tilhørende psykiatiske sykehus/politidistrikt? Prosent. (2022)

Er det formaliserte samarbeidsfora mellom din avdeling og ditt politidistrikt / ditt distrikt og din sykehusavdeling	Ansatt i helsevesenet	Ansatt i politiet
Ja	51	40
Nei	23	10
Vet ikke	26	50
Sum	100	100
N	77	42

Halvparten av respondentene fra helsevesenet er kjent med at slike fora finnes, 2 av 5 fra politiet. Halvparten av respondentene fra politiet vet ikke hvorvidt det er slike fora eller ei.

For å kunne nyttiggjøre seg et slikt forum er det nødvendig å vite hvem i egen organisasjon man kan kontakte for å bringe problemstillinger inn i forumet. Det neste spørsmålet er om man

kjenner til hvem man kan kontakte i sin organisasjon dersom man er kjent med at forumet finnes. Dette spørsmålet er kun stilt til de som har svart at de kjenner til forumet (n=56).

Tabell 24: Vet respondenten hvem som er kontaktperson til samarbeidsforum i egen organisasjon? Prosent av de som kjente til forumet i Tabell 23.(2022)

Vet du hvem du kan kontakte for å ta opp temaer i samarbeidsforumet?	Ansatt i helsevesenet	Ansatt i politiet
Ja	74	82
Nei	26	18
Sum	100	100
N	39	17

74 % av helsevesenets respondenter som kjente til forumet og 82 % av politiets respondenter som kjente til forumet i politiet vet hvem de kan kontakte i egen organisasjon. Dette blir allikevel et fåtall når i utgangspunktet omtrent halvparten ikke kjente til hvorvidt det eksisterer et forum. Den manglende kunnskapen om kontaktperson er relativt jevnt spredd i alle samarbeidsdistrikter.

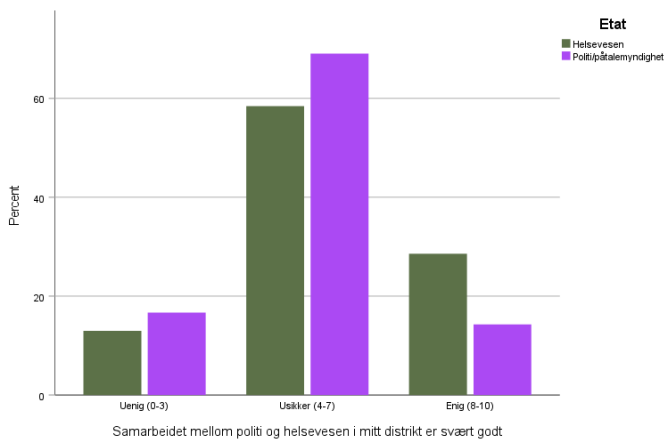
Respondentene er spurt om hvor ofte forumet møtes. De som har svart sier 1-4 ganger årlig, men mer enn 4 av 5 i begge grupper kan ikke svare på dette.

Om samarbeidsfora mellom politi og helsevesen ser vi altså at det i ganske stor grad ikke er kjent hvorvidt det i det hele tatt eksisterer hos de som er utøvende personell i helsevesenet og politiet. Når man er kjent med at det eksisterer, er kjennskapen til egen kontaktperson inn i forumet og møtefrekvens i enda mindre grad kjent.

Samarbeid mellom politi og helsevesen i mitt distrikt

Den enkelte frontlinjearbeider som i det daglige har behov for samarbeid mellom etatene vil ha en oppfatning av om det er tilrettelagt for samarbeid og i hvilken grad det oppleves som velfungerende.

Påstand: Samarbeidet mellom politi og helsevesen i mitt distrikt er svært godt.

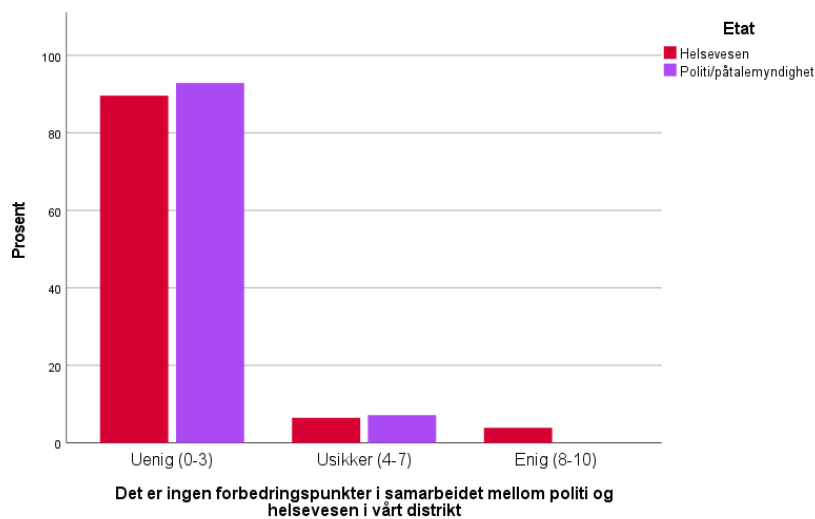


Figur 8: Samarbeidet mellom politi og helsevesen i mitt distrikt er svært godt. Prosent (2022)

Vi ser at spredningen i begge grupper er stor. Både svaralternativ 1 (helt uenig) og 10 (helt enig) er angitt i begge grupper. Helsevesenet har en noe større andel som opplever samarbeidet godt, men om lag to av tre ligger midt på skalaen.

Muligheter for å forbedre samarbeidet?

Den neste påstanden er at det ikke er forbedringspunkter i samarbeidet mellom politi og helsevesen i eget distrikt.



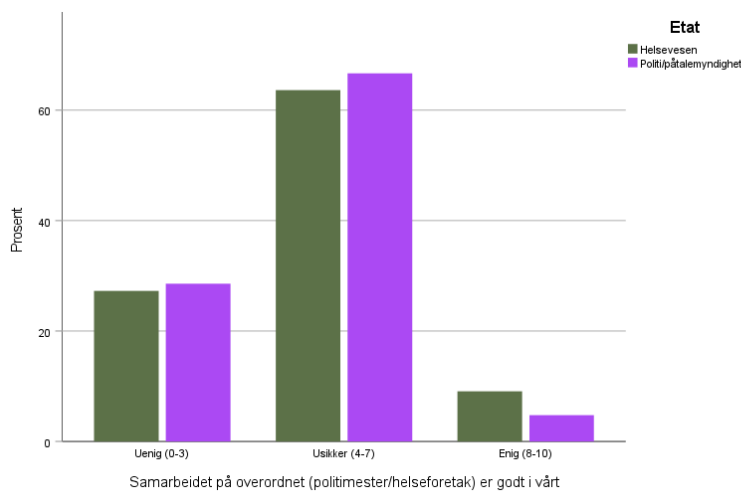
Figur 9: Det er ingen forbedringspunkter i samarbeidet mellom politi og helsevesen i vårt distrikt. Prosent. (2022)

Ni av ti i begge grupper har besvart spørsmålet med 0-3, altså at de er uenig i påstanden. Vi ser også at i alt 4 % fra helsevesenet har besvart påstanden med 8-10, at det egentlig knappest finnes forbedringspunkter i samarbeidet, alle er fra helsevesenet.

Flertallet har svart lavt som uenig. I andre, tidligere spørsmål har mange sentrert seg på midten, det ser vi ikke i dette spørsmålet. Dette må tolkes dithen at det oppleves av nesten alle at det er store muligheter for å bedre samarbeidet i alle distrikt.

Samarbeid på overordnet nivå i distriktet

Samarbeid kan være på alle nivåer, både på nivå hvor frontlinjearbeiderne er og i overordnede nivåer som i større grad skal tilrettelegge for at samarbeidet skal være best mulig. Spørsmålet her gjelder om samarbeidet på overordnet nivå, mellom politimester og helseforetak oppleves godt i eget distrikt:



Figur 10: Samarbeidet på overordnet nivå (politimester/helseforetak) er godt i vårt distrikt. Prosent. (2022)

Hele 48 % hos helsevesenet og 42 % hos politiet har besvart spørsmålet med 5, for øvrig en viss venstrevridning. Dette kan tolkes som at respondentene stort sett ikke har oversikt over hvordan samarbeidet på overordnet nivå er, og at dette inngår som en del av de organisatoriske rammebetingelsene slik vi så tidligere.

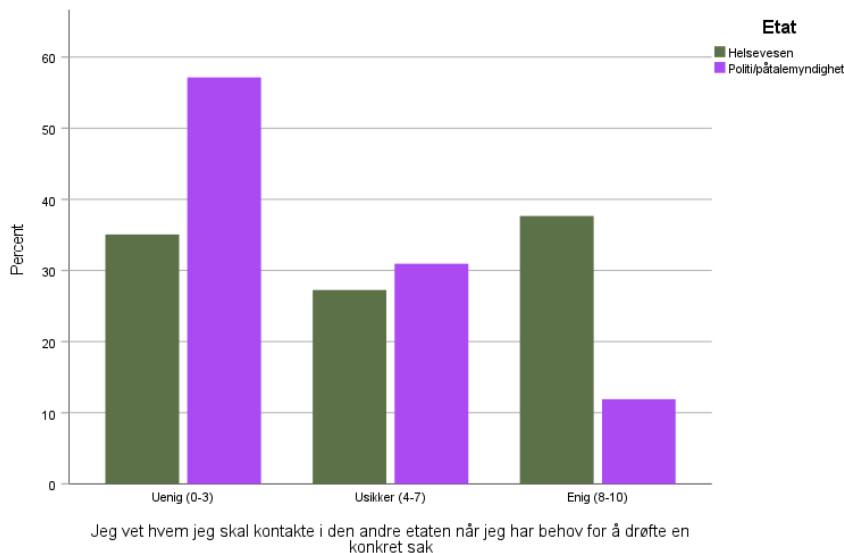
Kjennskap til kontaktperson i samarbeidende etat

For å kunne samarbeide i en konkret sak må den enkelte vite hvordan man kan komme i kontakt med relevant person i den samarbeidende etaten. Politiet vil ofte kunne kontaktes enkelt via felles telefonnummer 02800 hvor operasjonsleder hos politiet er tett på opplysninger som etterspørres. For å komme i kontakt med det helsepersonellet i helsevesenet som kan gi relevante opplysninger i et samarbeid, vil politiet i utgangspunktet måtte ta kontakt med sykehusets sentralbord hvis de ikke har en person de kan ta direkte kontakt med. I sykehusets system kan pasienten ha kontakter i flere avdelinger, iallfall både sykehus og i DPS⁸. Videre

⁸ DPS: Distriktpsikiatrisk senter som gir polikliniske tjenester og ofte følger opp pasienter mens de bor hjemme.

kan telefonhenvendelsen bli satt til en tilfeldig døgnpast hvor vakthavende sykepleier svarer eller til vakthavende lege. På systemnivå er det derfor et bedre og mer etablert system i politiet for å komme i kontakt med en person som kan gi informasjon når man ikke har en konkret kontaktperson.

Påstand: Jeg vet hvem jeg skal kontakte hos politiet/helsevesenet når jeg har behov for å drøfte en konkret sak.



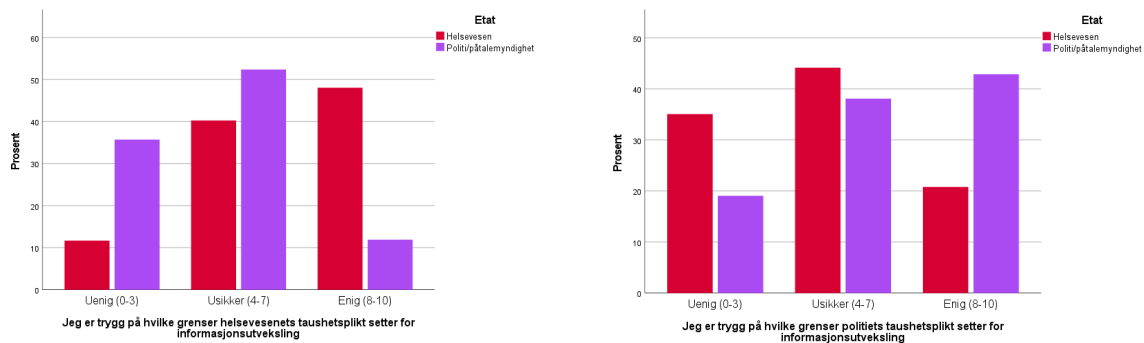
Figur 11: Jeg vet hvem jeg skal kontakte hos politiet/helsevesenet når jeg har behov for å drøfte en konkret sak. Prosent. (2022)

Vi ser at helsevesenet har en fordeling av svar som gir inntrykk av at helsepersonellet i større grad vet hvem de skal kontakte hos politiet enn for politiet å vite hvem de skal kontakte hos helsevesenet.

Trygghet på egen kunnskap om egen og hverandres taushetsplikt

For å kunne utveksle informasjon må den enkelte respondent være trygg på rammene rundt egen taushetsplikt og hvilke unntak fra taushetsplikten som kan gjøres gjeldende i et samarbeid. Dersom man ikke er kjent med dette kan det få uheldige konsekvenser i begge retninger; man kan risikere å utgi taushetsbelagt informasjon uten at det er hjemmel for det og man risikerer å tolke reglene for innskrenkende slik at opplysninger som kan gis og som anses nødvendig for den andre parten ikke utgis.

Videre er det også et poeng å kjenne til den andres taushetsplikt for å ha en realistisk forventning til hva som kan formidles. Her ser vi på følgende påstand om den andres taushetsplikt: Jeg er trygg på hvilke grenser helsevesenets taushetsplikt setter for informasjonsutveksling for politiet, motsatt for helsevesenet.

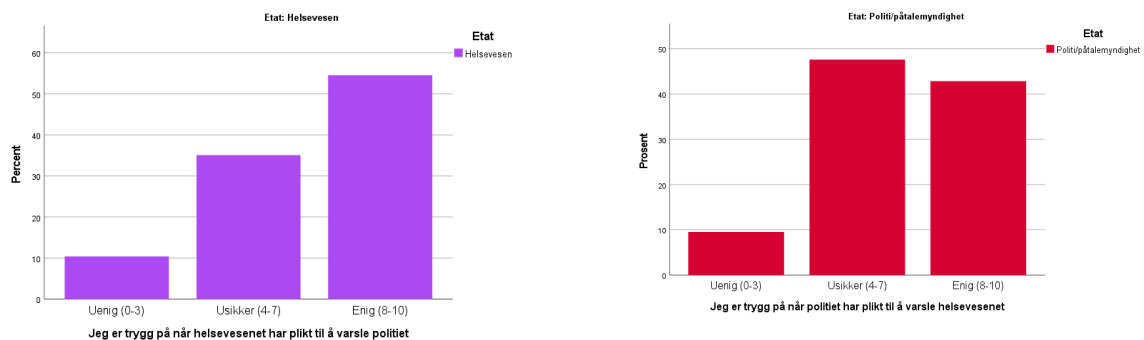


Figur 12: Jeg er trygg på hhv helsevesenets (venstre) og politiets (høyre) grenser for taushetsplikt. Prosent. (2022)

Til venstre ser vi at om lag halvparten av respondentene i helsevesenet og til høyre tilsvarende hos politiet som opplever å ha god kunnskap om egen taushetsplikt. Egen taushetsplikt bør være godt kjent og det er oppsiktsvekkende at så mange svarer å ha så dårlig kunnskap om egen taushetsplikt. At kunnskap om den andres taushetsplikt er så lav som den er, er naturlig. Samtidig vil dette innebære store utfordringer i daglig samhandling.

Trygghet på kunnskap om varslingsplikt

Utveksling av informasjon er både det å innhente til eget bruk, men like viktig er å vite når det er plikt til å varsle den andre etaten. Dette vil være en individuell vurdering, men det er viktig å kjenne til disse grensene for å faktisk varsle. Påstanden er her hvorvidt man er trygg på når man har varslingsplikt til den andre etaten.



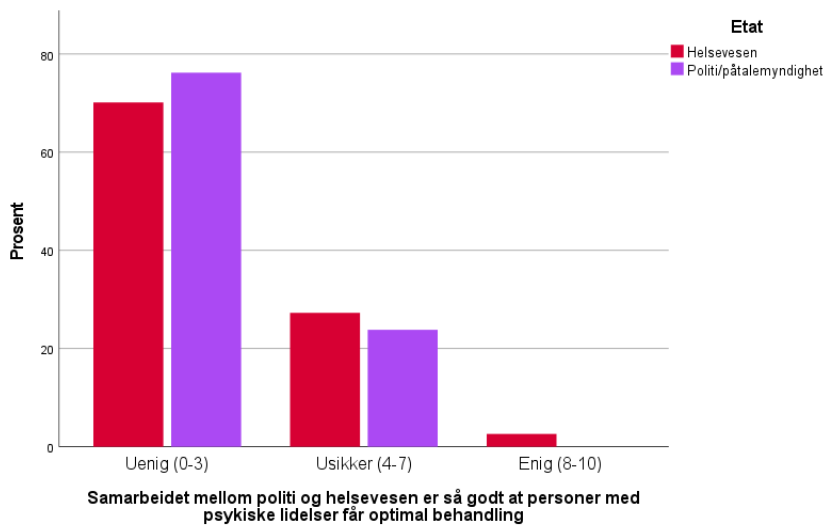
Figur 13: Om å være trygg på egen varslingsplikt. Helsevesen til venstre, politiet til høyre. Prosent. (2022)

55 % av helsevesenet er trygg på når man har varslingsplikt til politiet, tilsvarende har 43 % av politiets respondenter på at de er trygge på når de har varslingsplikt til helsevesenet. Bare en av ti svarer at de er helt uenig i påstanden om at de ikke er trygg på egen varslingsplikt.

Er samarbeidet så godt at pasienter får optimal behandling?

Frontlinjearbeiderne vil ha god kjennskap til hvordan samarbeidet virker. I en ideell verden er samarbeidet så bra at det fører til at pasientene får optimal behandling. Påstanden «Samarbeidet

mellom politi og helsevesen er så godt at personer med psykiske lidelser får optimal behandling» gir denne fordelingen av svar:



Figur 14: Samarbeidet mellom etatene er så godt at personer med psykiske lidelser får optimal behandling. Prosent. (2022)

Syv av ti helsepersonell og nesten åtte av ti av politiets respondenter besvarer påstanden med uenig (0-3). 3 % fra helsevesenet skårer påstanden til 8 eller 9 og anser altså samarbeidet så godt at det fører til optimal behandling av pasienter med psykiske lidelser.

Oppsummert ser vi at det er en gjengs oppfatning at samarbeidet har et åpenbart forbedringspotensial. En nærmere analyse av dataene viser at dette gjelder alle distriktene.

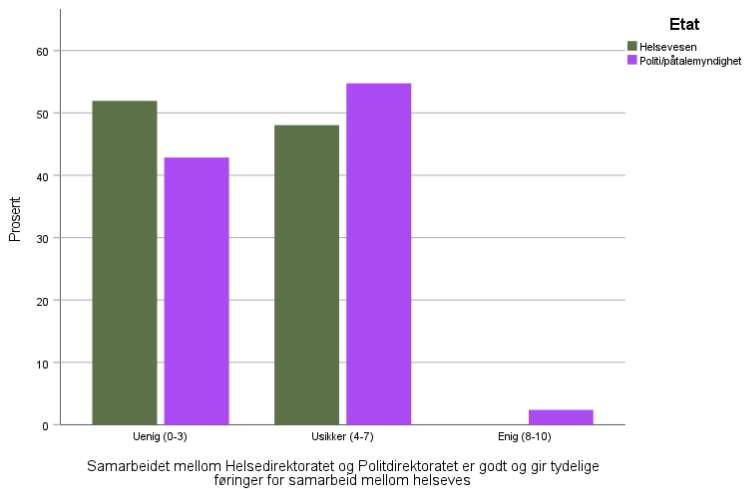
Overordnede føringer

Fram til nå er det redegjort for hvordan den enkelte respondent opplever samarbeidet i hverdagen og hvordan det oppleves at eget arbeidssted har strukturer som fungerer for å oppfordre til godt samarbeid i hverdagen.

Overordnet har politidirektoratet og helsedirektoratet ved sine føringer i tolkning av lover en viktig rolle i å forstå regelverket korrekt, og lovgiver ved politikerne må også utforme lovverket slik at det understøtter både samarbeid og ivaretagelse av den enkeltes rettigheter og plikter.

Er føringene fra sentrale direktorat tydelige og til hjelp?

Helsedirektoratet og politidirektoratet har ambisjon om å gjøre det enklere å samarbeide, eksemplifisert med brosjyren fra 2012 (33). Hvorvidt samarbeidet på direktoratnivå faktisk oppleves godt, er forsøkt sjekket ut med påstanden: Samarbeidet mellom helsedirektoratet og politidirektoratet er godt og gir tydelige føringer for samarbeid mellom helsevesen og politi.

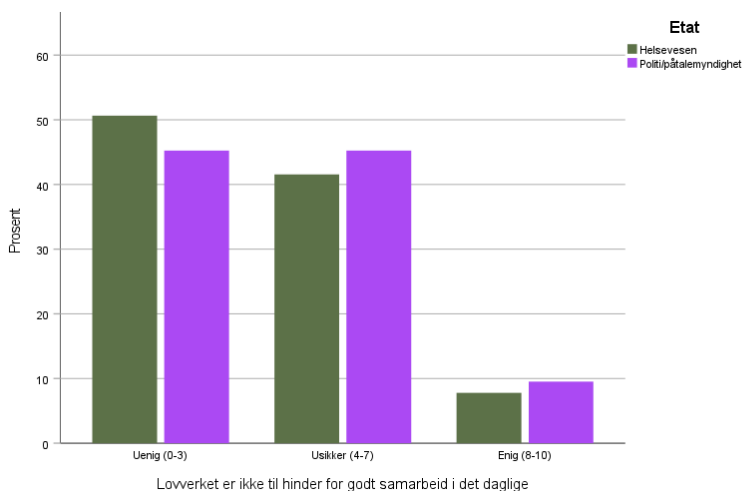


Figur 15: Samarbeidet mellom helsedirektoratet og politidirektoratet er godt og gir tydelige føringer for samarbeid mellom helsevesen og politi. Prosent. (2022).

Mer enn hver tredje i begge grupper har besvart påstanden med 5, 52 % hos ansatte i helsevesenet og 43 % hos ansatte i politiet har besvart påstanden med 0-3. Dette kan forstås som at de fleste ikke kjenner til hvordan samarbeidet er eller ikke opplever det på en måte som gjør at det er til hjelp i hverdagen i samarbeidet mellom helsevesen og politi. Kun 5 % fra helsevesenet og 10 % fra politiet har besvart spørsmålet med høyere skåre enn 5.

Er lovverket til hinder for godt samarbeid?

Det frontlinjearbeiderne i hverdagen er lengst unna å ha påvirkningskraft på, men som er førende for alle nivåer, er hvordan lovverket er utformet og hvordan det skal tolkes. Som nevnt innledningsvis skal to etater med to forskjellige samfunnsoppdrag samarbeide, og som også har forskjellige lovverk. Spørsmålet som reises her er om lovverket samlet sett styrker et godt samarbeid eller om det oppleves å være til hinder for godt samarbeid.



Figur 16: Lovverket er ikke til hinder for godt daglig samarbeid. Prosent. (2022)

Vi ser at få opplever at lovverket *ikke* er til hinder for et godt samarbeid; bare hver tiende besvarer dette med 8-10 og anser at lovverket ikke er til hinder i det daglige.

Fire av fem i begge grupper svarer 5 eller lavere og derved at lovverket faktisk er til hinder for et godt samarbeid i det daglige.

5.4 Åpne spørsmål med forbedringstiltak

Respondentene ble spurt om tiltak for å bedre samhandlingen mellom politiet og helsevesenet både lokalt og nasjonalt.

Forbedringstiltak – helse

- Etablerte, faste kontaktpersoner internt på sykehuset som klinikere kan kontakte for å diskutere lovverk
- Flere kontaktpunkter mellom instansene, øke gjensidig forståelse
- Skriftlige samarbeidsrutiner, tydelige rutiner
- Psykiatrigruppen i Oslo politidistrikt er et eksempel til etterfølgelse
- Egen kontaktperson hos politiet som psykisk helsevern kan kontakte
- Samarbeidsmøter hvor også behandlere deltar
- Øke kunnskap om lovverk i begge etater
- Øke bruk av politiet som tutor
- Mer ressurser til både politi og helsevesen
- Elektroniske, sikre kanaler mellom politi og helsevesen
- Psykiatriambulanse
- Informasjonsskriv
- Økt forståelse for dobbeltdiagnose (rus og psykose)
- Flere sengeplasser i sikkerhetspsykiatrien

Forbedringstiltak – politi

- Flere møtepunkter, spesielt førstelinje
- Helse må uavhengig av lover og regler i større grad håndtere egen portefølje innen psykiatri, det er for mye bistandsanmodninger, transporter av politi osv. Det er uheldig at syke mennesker blir møtt av uniformert politi
- Øke kunnskap om lovverk i begge etater
- Når det er usikkerhet om lovverk sikrer man seg og deler mindre enn man kan
- Jobbe sammen mot felles mål til beste for pasienten og samfunnet

- Se muligheter fremfor begrensninger i enkeltsaker
- Faste kontaktpersoner å forholde seg til i helsevesenet
- Lavere terskel for kontakt med hverandre
- Gruppemøter med caser hvor relevant personell fra helsevesen og erfarne politijurister deltar i panel
- Mer informasjon til patruljene; invitere personell fra sykehuset til morgenparole og gi direkte informasjon til patruljene
- Samhandlingsøvelser
- Tidlig varsling når helse skal prøve å hente en antatt farlig eller uvillig pasient slik at politiet kan være klare i nærheten, men ikke gripe inn dersom ikke nødvendig
- Vi er begge offentlige etater som jobber mot samme mål. Da kan vi ikke ha en sånn streng taushetsplikt oss imellom. AMK må ha fritak for taushetsplikt når det gjelder hendelser. De må varsle oss oftere i ulykker ol. Når vi trenger info om skadegrad - så må vi få svar. Dette har ekstremt mye å si for hvilke tiltak vi setter i gang. Og da er vi tilbake til å kunne se litt helhet: Vi må vite skadegrad for å vite hvor mye vi skal gjøre ut av saker. Tenk så mange tusen vi kaster bort i etterforskning fordi vi ikke får vite noe fra helse ...
- Samfunnet, det vil si politi, barnevern, helse og NAV, svikter i oppfølgingen av kriminelle med underliggende psykisk lidelse som da faller mellom alle stoler. Det norske samfunnet får strykkarakter på dette
- God kommunikasjon direkte mellom behandler og etterforskningsledelse i større saker er erfaringsmessig suksessfaktor
- Helsevesenet har operasjonssentralen til politiet å kontakte, politiet har ikke en slik beredskapskontakt innen psykisk helse annet enn en vakttelefon som blir besvart av alt mulig personell
- Det er en stor økning i antall bistandsoppdrag til helse og psykiatri, det bør opprettes flere psykiatriambulanser i alle helseforetak
- Bygge flere lukkede anstalter der de sykeste blir innesperret og da verne samfunnet for disse
- Digitale samhandlingskanaler på linje som mellom politiet og domstolen
- Overordnet dreiebok/håndbok hvor muligheter og begrensninger for samhandling er beskrevet med hovedvekt å adgang til informasjonsutveksling og muligheter for samhandling til beste for den enkelte og samfunnet

- Jevnlige møter hvor også førstelinja blir representert slik at ledernivå på nasjonalt nivå kan få direkte innspill, ikke kun innrapporteringer
- Revidere regler for taushetsplikt slik at dette blir enklere og mer intuitivt i hverdagen.
- Føringer med plikter for når politi og helse skal samarbeide
- Det bør være økt anledning for tvangsbruk i psykisk helsevern, noe vi vet det politiske samfunnet ikke vil imøtekomme
- Ansette sivile i politiet som kan besvare innsynsbegjæringer i politiet fra helsevesen og ha det daglige samarbeidsansvaret med helsevesenet og kommunene
- Kravet om å ikke ha samtykkekompetanse i psykisk helsevernloven er et samfunnsmessig sikkerhetsproblem. Det er forutsett av ledende psykiatere men likevel innført. Dette må endres.
- Mindre rapporter og byråkrati, mer ressurser inn i linjene der hjelp kan gis direkte til pasientene
- Jeg håper helse i langt større grad gjør seg i stand til å ivareta pasienter fremfor at uniformert politi settes inn; pasienter blir sett mer på som kriminelle enn som pasienter, noe som er svært uheldig

5.5 Oppsummering

Utgangspunktet for denne oppgaven har vært å studere frontlinjearbeidere, av Lipsky kalt bakkebyråkrater, i helsevesenet og politiet når det gjelder oppfatninger av samarbeidet mellom de to etatene relatert til pasienter med psykiske sykdommer. Videre har jeg ønsket å kartlegge kunnskapene politi og psykisk helsevern har om hverandres og eget ansvarsområde og regler for blant annet taushetsplikt. Avslutningsvis har jeg analysert kunnskapen om og vurderingen av lovendringen i psykisk helsevernloven av 2017 og om bruk av varetektssurrogat.

Det er tidligere gjort få slike sammenligninger, det nærmeste er redegjort for i Olsen-utvalgets rapport «Drap i Norge» fra 2010 hvor det også ble gitt anbefalinger til myndighetene med tanke på å bedre samarbeidet.

Oppgaven tar utgangspunkt i to vignetter som ligger til grunn for kunnskapsspørsmål etterfulgt av spørsmål om hvordan samarbeidet oppleves av den enkelte og hvordan det oppleves at systemet er tilrettelagt for godt samarbeid på alle nivåer fra lokalt nivå til direktorat, departement og lovgiver.

Hypotesen var at det er mangelfulle kunnskaper hos politiet om hva helsevesenet kan si og gjøre og vice versa på en måte som gjør at det kan skape utfordringer i daglig samhandling. Dette

gjelder både kunnskap om taushetsplikt, opplysningsplikt og -rett, eksempelvis hvilke maktmidler helsevesenet kan benytte utenfor institusjon og kunnskap om allerede utgitte føringer.

Undersøkelsen bekrefter i stor grad hypotesene. Det er tydelige mangler hos mange i kunnskap om taushetsplikt og hvilke åpninger denne har for å utveksle informasjon hos begge grupper. Dette kan få konsekvenser både ved at det utgis for mye informasjon og for lite informasjon. Et flertall hos politiet og et stort mindretall hos helsevesenet er for eksempel av den oppfatning at politiet kan få opplysninger om tvungent vern er etablert eller ikke, til tross for at dette representerer et klart brudd på helsepersonellens taushetsplikt. Samtidig er det også et bekymringsfullt stort mindretall som vurderte at helsepersonell ikke kan kontakte politiet uten pasientens samtykke ved et åpenbart behov for informasjon om tidligere vold for å gjøre en adekvat voldsrisikovurdering. Bruddene på taushetsplikten som skisseres kan være et eksempel på hvordan frontlinjearbeidere utvikler praktisering av gjeldende lovverk utover hva som er intendert fra lovgiver. Mangelfull kunnskap om når man kan utveksle informasjon fører til at helsevesenet ikke får gjennomført adekvate voldsrisikovurderinger med de opplysninger det er behov for.

Bruk av tutorerklæring er en god mulighet for å åpne for informasjonsutveksling begge veier. Dette benyttes sjeldent; respondentene svarer fra aldri til inntil halvparten av alle tvangsinnleggelse. Helsedirektoratet bekrefter at det ikke finnes noen statistikk som viser bruk av tutorerklæringer, slik at her er det vanskelig å konkludere med noe annet enn at slike erklæringer antakelig kan og bør benyttes i større grad og at myndighetene bør ha oversikt over omfanget av dette og også hvem som er tutor, noe som registreres i sykehusenes journalsystemer.

Kunnskaper om kontakt med og bruk av politiet ved tilbakeføring av en uteblitt pasient skisserer alvorlige mangler på kunnskap som er utbredt og som vil skape uoverensstemmelser. Vi ser at et flertall mener sykehuset kan kontakte politiet ved en rømming uavhengig av fare. Politiet svarer i større grad enn helsevesenet at helsevesenet selv skal forsøke å hente pasienten tilbake, hos helsevesenet svarer et flertall at dette ikke er tilfelle. Det er også et flertall hos politiet som mener helsepersonell kan benytte tvang mot pasienter utenfor institusjon. Dette er ikke lov, noe som nylig også er bekreftet i et brev fra Justisdepartementet (53) til helsedirektoratet og politidirektoratet. Utenfor institusjon er det kun politiet med sin politimyndighet som kan benytte maktmidler mot enkeltborgere.

At det er et ønske fra flere parter om økt informasjonsutveksling ser vi for øvrig regelmessig problematisert i media. Et eksempel er de tragiske drapene i Oslo natt til 25. juni 2022 hvor den siktede antas å ha en psykiatrisk sykdom og hvor politiet ønsker informasjon i saken både i forbindelse med etterforskning og i PSTs forebyggende arbeid (54).

Nylig formidlet kunnskap om varetektssurrogat ved rapporten fra Ukom har ikke hatt overbevisende effekt på respondentenes kunnskap om hvilke åpninger og begrensninger en innleggelse under disse rammene har. Det er verdt å merke seg at vi ikke vet noe om kunnskapsnivået om varetektssurrogat før rapporten fra Ukom ble publisert.

Det er en relativt stor enighet om at det er helsevesenet som skal behandle en psykose også når den er utløst av rusmidler og det er enighet om at politiet kan transportere pasienten som bistand til helsevesenet og også gi relevant aktuell informasjon.

Helsevesenets respondenter, som er de som i det daglige forvalter psykisk helsevernloven, kjenner i stor grad til endringene og konsekvensen av dette i psykisk helsevernloven fra 2017. Politiet kjenner naturlig nok reformen i mindre detalj. Begge grupper antar at konsekvensen av dette er at tvang opphører tidligere i tråd med lovgivers intensjon og at dette medfører at flere personer har mer symptomer på sin sykdom og i ytterste konsekvens at det er flere personer med alvorlige psykiatriske sykdommer som kan være til fare for samfunnets sikkerhet. Innspill fra flere respondenter er at lovendringen bør reverseres og at institusjonpsykiatrien bør bygges opp igjen med økt tilgang på sengeplasser i psykisk helsevern. Politiets respondenter kommer også med innspill om at helsevesenet i større grad må løse oppgavene knyttet til psykisk syke mennesker uten å benytte politiet i like stor grad som i dag.

Hypotesen om at begge parter opplever at det ikke i tilstrekkelig grad er lagt til rette for godt samarbeid i hverdagen får i stor grad støtte. Undersøkelsen viser at det oppleves at samarbeidet har klare forbedringspotensialer. De som er kjent med samhandlingsfora mellom politi og helsevesen synes mer tilfreds med samarbeidet og i åpne spørsmål kommenterer flere at et slikt samarbeid bør gjennomføres og at det gjerne utvikles et samarbeid med modell i Oslopolitiets psykiatrigruppe⁹. Respondentene synes i noen grad å mene at samarbeidet er dårlig og at dette går ut over hvordan samfunnet behandler personer med alvorlige psykiatriske sykdommer på

⁹ Oslo politidistrikt har i en årrekke hatt en dedikert gruppe påtalejurister som håndterer saker hvor antatt utilregnelige gjerningspersoner begår gjentatt og/eller alvorlig kriminalitet. Strategien har vært å sørge for innleggelse i institusjon og diagnostikk og være deltakende i utvikling av bærende behandlingsplaner.

en negativ måte. Det er også en oppfatning at lovverket er til hinder for godt, daglig samarbeid og at føringer fra sentrale myndigheter som politi- og helsedirektorat ikke er til god nok hjelp.

6 Drøfting og konklusjon

Problemstillingen jeg ønsket å belyse er om samarbeidet mellom politi og psykisk helsevern er og oppleves dårlig på områder som gjelder samhandling knyttet til mennesker med alvorlige psykiatriske sykdommer. Jeg har belyst dette ved å undersøke kunnskap om oppgavefordeling, regelverk og taushetsplikt samt om respondentene har felles forståelse av lovendringen i psykisk helsevernloven som kom i 2017 og konsekvensene av denne.

Yrkesgruppene er i oppgaven satt inn i det teoretiske rammeverket som ble utviklet av Lipsky på 1980-tallet om bakkebyråkrater. Bakkebyråkratene, eller de som på norsk ofte omtales som frontlinjearbeidere, har det til felles at de står for den praktiske gjennomføringen ut mot befolkningen og enkeltmennesket av et relativt sammensatt sett av lover og regler. Bakkebyråkratenes rammer preges ofte av mangel på ressurser i form av tid, økonomi samt personellressurser og at de i stor grad må yte mye skjønn i tolking av regler og samtidig jobbe for å få mest mulig ut av de ressursene som er til beste for samfunnet.

Det er vanlig at bakkebyråkrater må forvalte en rekke lover og regler i sin hverdag uten å nødvendigvis ha juridisk utdannelse. At dette også er en treffende beskrivelse av arbeids-situasjonen til politi og helsepersonell, er åpenbar.

Med forskjellige etater og samfunnsoppdrag og forskjellige regelverk å styre etter vil det være områder hvor ansvarsområdene er felles og hvor det må være et samarbeid, og det vil være områder hvor interessene er motstridende.

6.1 Behandling uten samtykke

I behandling av mennesker med alvorlige psykiatriske sykdommer har det i nyere tid alltid vært gitt behandling mot pasientens samtykke og ønske ut fra tanken om at personen med bakgrunn i sin sykdom ikke forstår eller anerkjenner omfanget verken av sykdommen eller behandlingsbehovet. I utviklingen av lovverket som regulerer psykisk helsevern har økt selvbestemmelse og redusert bruk av tvang vært et sentralt mål, og i tråd med dette har psykisk helsevernloven vært revidert en rekke ganger, sist i 2017.

Tvang i psykisk helsevern brukes kun mot de som har de alvorligste psykiatriske sykdommene og med de alvorligste symptomene. Når terskelen for bruk av tvang heves slik det skjedde i 2017, er den ønskede konsekvensen at færre mennesker skal underlegges behandling mot eget samtykke. Sagt på en annen måte er konsekvensen at flere mennesker skal ha flere og sterkere symptomer på sin alvorlige psykiatriske sykdom.

De fleste mennesker som har alvorlige psykiatriske sykdommer holder i stor grad disse plagene for seg selv, og har en atferd som ikke utfordrer samfunnet verken i væremåte eller sikkerhetsmessig. En liten andel av pasientene har imidlertid en atferd som utfordrer samfunnet med sin væremåte, slik at de kan være truende eller farlige. Når færre mennesker underlegges tvungen behandling er den naturlige konsekvensen at det blir flere som vil kunne være til fare for samfunnet og andre mennesker. Flertallet som arbeider både i psykisk helsevern og i politiet som har svart på undersøkelsen støtter dette utsagnet, og de støtter også utsagnet om at endringen i psykisk helsevernloven som ble gjennomført i 2017 har gjort samfunnet til et noe mer farlig sted.

Når flere mennesker er ubehandlet og kan få en slik atferd, samtidig som døgnplasser i psykisk helsevern bygges ned, er den naturlige konsekvensen av dette at flere mennesker med psykiatriske sykdommer får et symptombilde som gjør at politiet involveres. En lovendring som gir mindre bruk av tvang i psykisk helsevern, fører altså til at noe flere personer i stedet kommer i kontakt med politiet. Dette fordrer klart at de to etatene har et godt samarbeid, slik at samfunnet samlet sett klarer å hjelpe mennesker med psykiatriske sykdommer best mulig og benytte samfunnets fellesressurser best mulig.

6.2 Kunnskap

Et viktig spørsmål som er belyst i oppgaven er hva som kan formidles til hvem og når. Begge etater har lovhjemler som regulerer taushetsplikt, men disse er forskjellige. Helsepersonellet har stort sett en strengere taushetsplikt som skal verne om individets opplysninger som gis i fortrolighet, mens politiet i noe større grad kan gi opplysninger til andre etater når dette anses nødvendig for den andre etat for å gjøre sine lovpålagte oppgaver.

I oppgaven ser vi at helsepersonell på den ene siden i stor grad feilaktig mener å ha anledning til å informere politiet om hvorvidt det etableres tvungent psykisk helsevern når politiet transporterer til innleggelse. Det foreligger ingen hjemmel for dette, og det vil derfor medføre brudd på taushetsplikten. Når det gjelder innhenting av opplysninger fra politiet til bruk i voldsrisikovurderinger, kan det juridisk forsvares å ta kontakt med politiet slik det er redegjort for tidligere. Allikevel viser undersøkelsen at mange ikke vil ta kontakt med politiet uten pasientens samtykke for å innhente opplysninger til bruk i en voldsrisikovurdering som helsevesenet er pålagt å gjøre. Ved å ikke gjennomføre en fullverdig voldsrisikovurdering er det en risiko for at pasienten ikke får riktig behandling siden en farlighet mot andre vil kunne hjemle behandling under tvungent psykisk helsevern, selv om pasienten har samtykke-

kompetanse. Pasienten selv blir skadelidende ved å risikere å bli farlig for andre og samfunnet. Enkeltpersoner kan bli skadelidende ved å bli utsatt for voldshandlinger fra mennesker som skulle fått behandling uten samtykke.

Bruk av varetektssurrogat og kunnskapen om dette er også undersøkt. Ukom publiserte i siste årsskifte en rapport som omtalte forholdene rundt bruk av varetektssurrogat, en læringsrapport som det vil være naturlig å forvente at alle i psykisk helsevern som forvalter psykisk helsevernloven er kjent med. Til tross for dette, var det mange i helsevesenet som ikke kjente til begrensningene ved innleggelse til varetektssurrogat eller hvordan dette kunne løses. Dette reiser to problemstillinger som begge er bekymringsfulle. Det ene er en risiko for at tvang utøves uhjemlet, eksempelvis behandling uten samtykke til en innlagt uten at det er hjemmel for dette, og utfordringer i samarbeidet med politiet om å skaffe en ekstern legeundersøkelse forut for innleggelse. Det andre er hvordan nå frem til klinikere, og da bakkebyråkratene, med viktig informasjon og kunnskap om for eksempel lovtolkninger.

6.3 Samarbeid

For å lykkes i et samarbeid må det være en felles forståelse av de oppgaver det er behov for samarbeid om, og for hvilke rammer som foreligger. Med to etater og to oppdrag vil rammene være forskjellige, både juridisk, økonomisk og med tanke på hvilke mål som skal oppnås.

Det må være en overordnet enighet om at de to etatene skal samarbeide. Delvis er det ytret et ønske om dette via en veileder fra direktoratene om samhandling og ansvarfordeling som kom ut i 2012, og som burde være svært godt kjent i begge etater. Denne er enkel, tydelig og til poenget. Allikevel ser vi at mange av respondentene ikke er kjent med innholdet. Dette gjelder for eksempel hvorvidt og når politiet kan kontaktes når en pasient som er innlagt i psykiatrisk sykehus uteblir fra avdelingen. Fra undersøkelsen kan det synes som helsepersonellet i større grad ser det som uproblematisk å kontakte politiet enn det politiet gir uttrykk for. Politiet synes å være kjent med veilederens innhold når det gjelder dette ansvarsforholdet.

Det kan ikke utelukkes at helsepersonellet ikke ser en praktisk god mulighet for selv å hente tilbake pasienter som uteblir fra døgninnleggelse, og at det derfor utøves fra helsepersonellens side et skjønn om å sette taushetsplikten ureglementert til side og kontakte politiet som «allikevel» er ute på oppdrag i samfunnet. Dette er et eksempel på det som kan ses på som lokale forvaltningstradisjoner, og som i Lipskys teorier er resultat av at hver enkelt frontlinjearbeider praktiserer lovverket og retningslinjer på en praktisk, tilpasset måte. Veilederen sier eksplisitt at politiet ikke skal brukes til rene transportoppdrag og at helse-

personell først skal forsøke å hente pasienten tilbake. Dersom politiet kontaktes, vil dette medføre at helsepersonellet må vurdere grunnlaget for å gi opplysninger til politiet ved å sette taushetsplikten til side.

Etter at arbeidet med denne oppgaven var igangsatt kom Justis- og beredskapsdepartementet ut med en juridisk avklaring (53) nettopp om hvem som kan bruke fysisk makt utenfor institusjon. Spørsmålet er reist etter at politidirektoratet og helsedirektoratet har besluttet å revidere samhandlingsrundskrivet fra 2012. I arbeidet har direktoratene vist seg å være uenige om hvorvidt helsepersonell kan benytte makt utenfor institusjon og direktoratene har tatt kontakt med sine respektive departement. Justis- og beredskapsdepartementet kom 10.10.2022 med en avklaring og stadfester det som har vært tidligere oppfatning om at det kun er politiet som kan benytte makt utenfor institusjon. I brevet er det også en avklaring på at det vil være helsepersonell som definerer behovet for bruk av politiet, og politiet som definerer hvordan og med hvilke eventuelle maktmidler oppdraget skal gjennomføres. Maktmiddelutvalget som ble oppnevnt av Justis- og beredskapsdepartementet avga også 07.11.2022 sin rapport (55) hvor utvalget vurderer politiets bruk av makt mot psykisk syke blant annet opp mot menneskerettighetene. Oppsummert konkluderer dette utvalget på samme måte, men etter en forutgående juridisk betenkelighet om hvorvidt politiet i det hele tatt kan benytte makt som bistand til helsevesenet mot psykisk syke.

Det er anbefalt å etablere fora mellom det enkelte helseforetak og politidistrikt for å utvikle samarbeid til beste for pasientene. Mange steder er det etablert slike fora og flere er kjent med disse. De som er kjent med foraene rapporterer å være mer fornøyd med samarbeidet mellom etatene enn de som ikke kjenner til det. Der det er etablert forum, er det likevel mange som ikke er kjent med hvordan de kan bringe en sak til forumet siden de fleste ikke vet hvem fra egen institusjon som representerer forumet. For at et slikt forum skal være effektivt må det være kjent i organisasjonen, det må være enkelt å melde saker som kan drøftes og tilbakemeldinger må komme tilbake til de som har spilt inn saker. Flere foreslår at det bør være møtepunkter hvor de som samhandler i hverdagen får mulighet til å møtes og snakke direkte sammen for å få en mer omforent forståelse av hverandres hverdag.

Det er etter min vurdering behov for samhandling på alle nivåer. På politisk nivå må lovverket vurderes samlet ut fra om det legger til rette for eller motarbeider effektivt samarbeid med pasientens og samfunnets beste i sentrum. Direktoratene må på sin side samhandle, følge opp intensjonene i lover og regler og legge til rette for at deres underliggende etater samhandler. Én respondent foreslår en slags dreiebok som er lett tilgjengelig og som kan slås opp i og finne

svar, andre foreslår å gjennomføre samhandlingsøvelser. Øvelser og simuleringstrening gjennomføres allerede av begge etater på mange andre områder, og vil være en kjent fremgangsmåte. I det enkelte politidistrikt og helseforetak vil det være hensiktsmessig med samarbeidsforum både på ledernivå og på utførernivå, hvor vi igjen møter bakkebyråkratene som må samhandle i hverdagen.

Et tydelig resultat i undersøkelsen er at et flertall i begge grupper opplever samarbeidet dårlig og med stort forbedringspotensial på alle nivåer fra frontlinje, via tilrettelegging i egen organisasjon til direktorat og lovgiver. Samarbeidet oppleves av respondentene som så dårlig at det går utover hvordan samfunnet møter den enkelte person dette gjelder.

Konsekvensen er ikke at begge etater gjør for mye, men det er heller en utfordring at begge kan ha en tendens til å peke på den andre. Helsevesenet anser en sak som noe som bør forfølges i straffespetret siden det ikke er grunnlag for behandling i døgninstitusjon og pasienten ikke har en tilstand som hjemler bruk av tvang. Politiet og påtalemyndigheten reiser ikke straffesak fordi det er tvil om tilregnelighet, og mener helsevesenet må gripe inn med sine behandlingstiltak og tvangshjemler. Når etatene ikke snakker sammen og avklarer at personen her ikke vil bli ivaretatt verken av rettsvesen eller helsevesen, vil personen kunne falle ut og at ingen griper inn og hjelper.

Én respondent skrev noe som mange vil kjenne seg igjen i og som bør være til ettertanke:

Samfunnet, det vil si politi, barnevern, helse og NAV, svikter i oppfølgingen av kriminelle med underliggende psykisk lidelse som da faller mellom alle stoler.

Det norske samfunnet får strykkarakter på dette.

6.4 Oppsummert

Undersøkelsen avdekker relativt store hull i rene kunnskapsspørsmål, som både representerer en stor risiko for samhandlingsproblemer og for sikkerheten til enkeltpasienter og samfunnet. Kunnskapshullene knytter seg både til egen sektor og den andres rammer og regler. Kunnskapshullene vil kunne skape feil forventninger til hverandre og til samarbeidet mellom etatene.

Det synes som det er etablerte samarbeidsfora mange steder, men disse er i liten grad kjent for den enkelte frontarbeider og oppleves som lite nyttig i hverdagen. Resultatene fra

undersøkelsen tyder på at overordnede føringer fra direktorat er til liten hjelp i hverdagen og lovverket oppleves å gjøre samarbeidet mer vanskelig. Når vi ser at fortolkning av lov og forskrift også er uklart for direktoratene som skal samarbeide, støtter dette opp under en hypotese om at lovverket er utfordrende å håndtere riktig og til liten hjelp i den daglige samhandlingen.

Lovendringen i psykisk helsevernloven av 2017 oppleves av respondentene å ha hevet grensen for å etablere tvungent psykisk helsevern og at vernet, i tråd med intensjonene, avsluttes tidligere. Dette fører til at flere personer som lider av en psykosesykdom får mindre behandling enn de ville fått tidligere, noe som også øker risikoen for at samfunnet blir farligere enn før.

Det er også verdt å merke seg at det gjeldende regelverket som helsevesen og politi må manøvrere innenfor, oppleves uoversiktlig og vanskelig å håndtere. Mange tar også til orde for at regelverket må ses mer under ett og endres for å gjøre det enklere å få til samarbeid i enkeltsaker. Poenget illustreres godt i et sitat fra en kommentar fra en av politiets respondenter:

Vi er begge offentlige etater som jobber mot samme mål. Da kan vi ikke ha en sånn streng taushetsplikt oss imellom. AMK må ha fritak for taushetsplikt når det gjelder hendelser. De må varsle oss oftere i ulykker ol. Når vi trenger info om skadegrad - så må vi få svar. Dette har ekstremt mye å si for hvilke tiltak vi setter i gang. Og da er vi tilbake til å kunne se litt helhet: Vi må vite skadegrad for å vite hvor mye vi skal gjøre ut av saker. Tenk så mange tusen vi kaster bort i etterforskning fordi vi ikke får vite noe fra helse!

6.5 Videre forskning

På tross av temaets viktighet er det forsket lite på samarbeid og samhandling mellom politi og helsevesen. Denne oppgaven, utført i tilknytning til en erfaringsbasert master i helseadministrasjon av en lege uten tidligere forskningserfaring, er å anse som et spadestikk for videre forskning. Framtidige studier bør søke å oppnå et større materiale som kan tillate mer dyptgående statistiske analyser og med større potensial for generalisering. Samtidig er det behov for kvalitative data i form av dybdeintervjuer eller deltakende observasjon som kan kaste lys over hvordan den enkelte frontlinjearbeider resonnerer og agerer i beslutningssituasjoner.

7 Konklusjoner og anbefalinger

Tidligere undersøkelser som peker på samhandling mellom politiet og helsevesenet er særlig Olsen-utvalgets rapport fra 2010 om Drap i Norge hvor det ble gitt en rekke viktige anbefalinger. Blant annet ble de foreslått et tillegg i helsepersonelloven § 25 om å åpne for å anse politiet som samarbeidende personell som kunne få opplysninger. Utvalget anbefalte også en juridisk klargjøring av når informasjon kan gis i medhold av helsepersonelloven § 23 nummer 4, siden dette ble oppfattet utydelig også da. Utvalget pekte på at personer som anses å være til fare for andre vil være i behov av en samlet vurdering med informasjon både fra politiet og helsevesenet. Med dagens lovverk er det ikke noen åpning for at helsepersonell kan bekrefte at en person har eller ikke har en psykiatrisk sykdom. Helsevesenet har heller ikke noen hjemmel for rutinemessig å informere politiet om enkeltmennesker som for eksempel kommer til innleggelse og anses å være til fare for samfunnet uten at denne faren anses nærliggende. Utvalget anbefalte en nærmere utredning av dette, men dette har så langt ikke blitt gjennomført.

Etter 2010 kom endringene i psykisk helsevernloven som trådte i kraft i 2017 og som har medført høyere terskel for etablering av tvang og lavere terskel for opphør, slik at flere personer i tråd med intensjonen ikke er underlagt tvungent psykisk helsevern. Endringene er til en viss grad evaluert, men når det skjer alvorlige hendelser som Kongsbergdrapet og tilsvarende, etterspørres forklaringer på hvorfor det ikke er mer bruk av tvang. Det kan synes som informasjonen om at økte rettigheter til selv å beslutte behandling som politisk fanesak har underkommunisert at det samtidig betyr at flere mennesker underbehandles, og derved får dårligere behandling og i ytterste konsekvens er til fare for andre.

I desember 2021 kom Ukoms rapport hvor utgangspunktet var bruk av varetektssurrogat, men som også omhandler noe av samhandlingen mellom helsevesen og politi. Ukom kom der med flere anbefalinger til helsedirektoratet.

De anbefalinger som kom i Olsen-utvalgets og Ukoms rapporter er slik jeg ser det i liten grad fulgt opp, eventuelt i den grad de er fulgt opp har det ikke kommet åpenbare resultater ut av dette. Endringene i psykisk helsevernloven er i liten grad evaluert og konsekvensene er underkommunisert.

For den enkelte frontlinjearbeider er samarbeidsarenaene og mulighetene uoversiktlige og de juridiske rammene og grensene er mangelfulle og tidvis feil forstått. Dette gjør at grunnlaget

for misforståelser og dårlig samhandling er åpenbart, ofte på en måte som vil gå ut over pasientene.

Slik enkelte av respondentene har foreslått, bør politi- og helsedirektoratet fornye og utvide sitt informasjonsmateriell på dette området. Det fremgår av det tidligere omtalte brevet fra Justisdepartementet at arbeidet er i gang, men det er uenigheter mellom direktoratene som gjør at det vil ta tid før dette ferdigstilles. Det må videre kvalitetssikres at informasjonen når helt ut i linja, og at ikke viktig kunnskap stopper opp slik det kan synes som har skjedd med Ukoms rapport.

For å sikre god samhandling vil et godt tiltak være at hvert helseforetak har en eller flere konkrete personer med god kjennskap både til klinikk og juridiske spørsmål, som politiet kan ha som sin kontaktperson. Denne kan da kontaktes og avklare hvilken informasjon som kan utleveres, eventuelt raskt videreformidle kontakt til relevant kliniker og samtidig være tett på i veiledning slik at den enkelte kliniker også i større grad får kunnskap om rammene for taushetsplikt og opplysningsplikt. Tilsvarende bør hvert helseforetak ha en person eller et knippe enkeltpersoner i sitt politidistrikt å kontakte, som raskt kan ta stilling til utlevering av nødvendig og kvalitetssikret informasjon og sikre at dette skjer uten unødig opphold.

På departementsnivå og direktoratsnivå bør myndighetene komme med tydelige føringer for hvordan dette kan forstås og brukes i det daglige, fortrinnsvis med konkrete og gode råd, slik at både enkeltpasienters rett til nødvendig helsehjelp og taushetsplikt ivaretas, samtidig som samfunnets sikkerhet best mulig er ivaretatt og dette i et samarbeid mellom politi og helsevesen som er trygge på disse grensene.

På politisk nivå bør lovverket som regulerer samhandling ses på samlet og vurdere hvorvidt taushet på den ene siden og åpning for informasjonsutveksling på den annen side er vektet slik det er ønskelig.

Det er verdt å merke seg at det i tidligere undersøkelser er gitt tydelige råd til myndighetene om tiltak som kan gjennomføres for å bedre samhandling, uten at disse er fulgt opp. Det er også slike råd i Ukoms rapport. Denne er ny, og det bør være store forventninger til at myndighetene følger opp disse rådene slik at det faktisk kan legges til rette for en god samhandling til beste både for enkeltpasienten, for samfunnet og for en god utnyttelse av samfunnets ressurser.

8 Litteratur

1. Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern. LOV-1999-07-02-62. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/pro/NL/lov/1999-07-02-62>
2. Lov om pasient- og brukerrettigheter. LOV-1999-07-02-63. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/pro/NL/lov/1999-07-02-63>
3. Lov om endringer i psykisk helsevernloven mv. (økt selvbestemmelse og rettssikkerhet). LOV-2017-02-10-6. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/pro/LTI/lov/2017-02-10-6>
4. Statens undersøkelseskomisjon for helse- og omsorgstjenesten. Hva kan vi lære etter et drap begått i psykotisk tilstand? Helsehjelp og samfunnsvern for pasienter med psykose og økt voldsrisiko. Oslo, Norge: Statens undersøkelseskomisjon for helse- og omsorgstjenesten; 2021.
5. Ighoubah F. Slik forklarer Espen Andersen Bråthen de fem Kongsberg-drapene. Nettavisen 25.05.2022 2022. Tilgjengelig fra: <https://www.nettavisen.no/nyheter/slik-forklarer-espen-andersen-brathen-de-fem-kongsberg-drapene/s/12-95-3424277934>
6. Elgaaen VN, Oline Birgitte; Sveen, Silje Lien. Dom i Kongsberg-saken: Espen Andersen Bråthen var utilregnelig. VG 24.06.2022 2022. Tilgjengelig fra: <https://www.vg.no/nyheter/innenriks/i/y4Avye/dom-i-kongsberg-saken-espen-andersen-braathen-var-utilregnelig>
7. Lov om straff. LOV-2005-05-20-28. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/pro/NL/lov/2005-05-20-28>
8. Vold B. Psykiatrien på 1990-tallet: Mer aktiv behandling. Statistiske analyser. 2002;56.
9. sentralbyrå S Psykisk helsevern for voksne, etter år og statistikkvariabel [database]. www.ssb.no: Statistisk sentralbyrå. 2022 [oppdatert 2022]; [hentet 03.11.2022]. Tilgjengelig fra: <https://www.ssb.no/statbank/table/04511/tableViewLayout1/>
10. Lipsky M. Street-level bureaucracy : dilemmas of the individual in public services. 30th anniversary expanded utg. New York: Russell Sage Foundation; 2010.
11. Terum LI, Sadeghi T. Hva gjør individuell tilpasning av aktivitetskrav utfordrende?: En studie av veiledere ved lokalkontorene i Nav. Søkelys på arbeidslivet. 2021;38(1):41-58.
12. Zacka B. When the state meets the street : public service and moral agency. Cambridge, Massachusetts: The Belknap Press of Harvard University Press; 2017.
13. Brodtkin EZ. Policy Work: Street-Level Organizations Under New Managerialism. Journal of public administration research and theory. 2011;21(2):i253-i77.
14. Brodtkin EZ. Accountability in Street-Level Organizations. International journal of public administration. 2008;31(3):317-36.
15. Baviskar S, Winter SC. Street-Level Bureaucrats as Individual Policymakers: The Relationship between Attitudes and Coping Behavior toward Vulnerable Children and Youth. International public management journal. 2017;20(2):316-53.
16. (KAI) Kfa. Er utøvelse av skjønn i bakkebyråkratiet et demokratisk problem? En samtale med Michael Lipsky [Internet]. Oslo, Norway: OsloMet; 2022 14.10.2022. Podcast: 22:02. Tilgjengelig fra: <https://soundcloud.com/arbeidsinkludering/michael-lipsky>
17. Kartal S. Samarbeidet er ferskvare: En kvalitativ studie av samarbeid mellom offentlige aktører om introduksjonsprogrammet: Høgskulen på Vestlandet; 2021.
18. Bjerketvedt B. Den kompliserte familievolden. En kvalitativ studie av politiets erfaringer med familievold: Høgskolen i Sørøst-Norge; 2017.

19. Helsedirektoratet. Psykisk helsevernloven med kommentarer. 2017. Oslo: Helsedirektoratet; [oppdatert 11.10.2022]. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/psykisk-helsevernloven-med-kommentarer>
20. Høyesterettsdom HR-2001-621. Rt-2001-1481 (270-2001). Tilgjengelig fra: <https://jusboka.no/wp-content/uploads/2016/01/hr-2001-621.pdf>
21. Bremnes RS, Hanne. 2020. Tvang i psykisk helsevern - status etter lovendringene i 2020. Oslo: Helsedirektoratet.
22. Olafsen M. Økt selvbestemmelse? - Har det nye vilkåret om samtykkekompetanse i psykisk helsevernloven § 3-3 nr. 4 fungert etter sin hensikt? 2020.
23. Melle KH, red Rettssikkerhet, rettsvern og silotenkningens konsekvenser for vold og lovbrudd hos personer i behov av behandling. Samhandlingskonferansen for politi, kommuner og psykisk helsevern i Vestfold; Tønsberg, Vestfold 06.10.2022 Unpublished.
24. Skui HB, Ragnild. 2020. Tvang i psykisk helsevern, status etter lovendringene i 2017. Oslo:
25. Mental Health L, and Policy Institute, red. Kevin S. Douglas SDH, Christopher D. Webster, Henrik Belfrage. HCR-20 v3 Voldsriskovurdering. Bergen/Molde/Trondheim: Helse Bergen Haukeland universitetssykehus; 2014.
26. Helsedirektoratet. Utredning av risiko for vold ved alvorlig psykisk lidelse – bruk av strukturerte kliniske verktøy. 2018.Oslo [oppdatert 25.04.2018]. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/voldsriskoutredning-ved-alvorlig-psykisk-lidelse>
27. Douglas KS, Hart SD, Webster CD, Belfrage H, Guy LS, Wilson CM. Historical-Clinical-Risk Management-20, Version 3 (HCR-20V3): Development and Overview. International journal of forensic mental health. 2014;13(2):93-108.
28. Roaldset JO, Hartvig P, Bjørkly S. V-RISK-10: Validation of a screen for risk of violence after discharge from acute psychiatry. European Psychiatry. 2011;26(2):85-91.
29. Lov om politiet. 1995-08-04-53. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/pro/NL/lov/1995-08-04-53>
30. Forskrift om habilitering, rehabilitering og koordinator. FOR-2011-12-16-1256. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/pro/SF/forskrift/2011-12-16-1256>
31. Forskrift om individuell plan ved ytelse av velferdstjenester. FOR-2022-06-22-1110. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/pro/SF/forskrift/2022-06-22-1110>
32. Alminnelig tjenesteinstruks for politiet. FOR-1990-06-22-3963. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/pro/INS/forskrift/1990-06-22-3963>
33. Norge P. Helsetjenestens og politiets ansvar for psykisk syke : oppgaver og samarbeid. Oslo: Politidirektoratet ; Helsedirektoratet; 2012.[hentet]. Rundskriv, IS. Tilgjengelig fra: shorturl.at/hmr34
34. Olsen A-K, Helse- og omsorgsdepartementet. Drap i Norge i perioden 2004-2009 : utredning fra utvalg oppnevnt ved kongelig resolusjon 24. april 2009 : avgitt til Helse - og omsorgsdepartementet 3. mai 2010. Oslo: Departementenes servicesenter, Informasjonsforvaltning; 2010.
35. Lov om helsepersonell m.v. LOV-1999-04-02-64. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/pro/NL/lov/1999-07-02-64>
36. Lov om behandling av opplysninger i politiet og påtalemyndigheten. LOV-2010-05-28-16. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/pro/NL/lov/2010-05-28-16>
37. Lov om behandlingsmåten i forvaltningssaker. LOV-1967-02-10. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/pro/NL/lov/1967-02-10>
38. Large M, Smith G, Swinson N, Shaw J, Nielssen O. Homicide due to mental disorder in England and Wales over 50 years. Br J Psychiatry. 2008;193(2):130-3.

39. Flatø LE. Det du gjør, gjør det helt : bedre samordning av tjenester for utsatte barn og unge : utredning fra et utvalg oppnevnt av Barne- og likestillingsdepartementet : avgitt 3. desember 2009. Oslo: Departementenes servicesenter, Informasjonsforvaltning; 2009.
40. Andersson HW. Kunnskapsstatus om det samlede tjenestetilbudet for barn og unge. Trondheim: SINTEF Helse; 2005.[hentet]. NIS-rapport (SINTEF. Helse. Helsetjenesteforskning : online).
41. Politidirektoratets rundskriv 2006/11,. RPOD-2006-11. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/pro/#document/RPODO/rundskriv/rpod-2006-11?searchResultContext=1247&rowNumber=23&totalHits=1538>
42. Om lov om endringer i straffeprosessloven og straffeloven m.v. (etterforskningsmetoder m.v.). Oslo: Departementet; 1999. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/otprp-nr-106-2001-2002-/id169823/>
43. Glasow PA. Fundamentals of survey research methodology. Retrieved January. 2005;18:2013.
44. Atzmüller C, Steiner PM. Experimental vignette studies in survey research. Methodology: European Journal of Research Methods for the Behavioral and Social Sciences. 2010;6(3):128.
45. Taylor BJ. Factorial Surveys: Using Vignettes to Study Professional Judgement. British Journal of Social Work. 2005;36:1187-207.
46. Aguinis H, Bradley KJ. Best Practice Recommendations for Designing and Implementing Experimental Vignette Methodology Studies. Organizational research methods. 2014;17(4):351-71.
47. Leitet SAS. Terapeuten - terapirommets portvokter. Terapeuters inkludering av barn i terapeutiske samtaler. VID vitenskapelige høyskole. Oslo; 2022.
48. Joshi A, Kale S, Chandel S, Pal DK. Likert scale: Explored and explained. British journal of applied science & technology. 2015;7(4):396.
49. Andersen S. Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse - ROP-lidelser. Oslo: Helsedirektoratet; 2012.
50. Helsedirektoratet. Nasjonal veileder for nødnett i helsetjenesten - nivå 2-prosedyre. 2018. [Nettdokument]. Oslo: Helsedirektoratet; [oppdatert 19.10.2018]. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/nodnett-i-helsetjenesten>
51. Lov om rettergangsmåten i straffesaker. LOV-1981-05-22-25. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/pro/NL/lov/1981-05-22-25>
52. Kripos. 2022. Nasjonal drapsoversikt 2021 - Drap i Norge i perioden 2011-2021. Oslo: Kripos, Etterforskningsavdelingen.
53. Istad B, Kofoed S. Avklaring av rettslige spørsmål oppstått i arbeidet med revisjon av rundskriv 7/2012 om helsetjenestens og politiets ansvar for psykisk syke. Referanse 22/1703SK. 2022. Tilgjengelig fra: shorturl.at/ajm07
54. Scharff Thommessen LO, Ellen. PST: Vil ha mer informasjon fra helsevesenet. 2022.Oslo: NRK; [oppdatert 21.08.2022]. Tilgjengelig fra: https://www.nrk.no/norge/pst_-vil-ha-mer-informasjon-fra-helsevesenet-1.16036489
55. Maktmiddelutvalget. 2022. Politiets bruk av maktmidler. Oslo:

Vedlegg 1 – Spørreskjema fra nettskjema.no

Spørreskjema som er laget via nettskjema.no. Innledningsvis bekrefter respondenten sitt samtykke til å gjennomføre undersøkelsen.

Innledning:

Mange mennesker med alvorlige psykiske lidelser har i større eller mindre deler av sitt sykdomsforløp også kontakt med politiet. Dette kan være i form av ordensoppdrag og ordensforstyrrelser, i form av lovbrudd som påtales eller vurderes påtalt eller når politiet bistår helsevesenet i gjennomføring av helsehjelp.

For å kunne samhandle best mulig er det nødvendig og viktig å kjenne grensene for muligheter for informasjonsutveksling både for egen etat og for samarbeidende etat.

I denne spørreundersøkelsen ønsker vi å kartlegge hvordan de forskjellige etater tolker lovverket som begrenser eller gir mulighet til samhandling.

I tillegg vil du få spørsmål om din vurdering av konsekvenser av endringen i psykisk helsevernloven i 2017.

Dine svar kan ikke knyttes til deg. Ingen svar vil gå tilbake til arbeidsgiver eller andre uredigert.

Spørsmål om stilling og arbeidssted er forskjellig avhengig om respondenten svarer at vedkommende svarer politi eller helsevesen. Som bakgrunnsinformasjon innhentes for politiet hvilket politidistrikt vedkommende arbeider i, for helsepersonell hvilket helseforetak.

For politiet spørres om stilling er politijurist eller operasjonsleder, for helsepersonell om vedkommende er leder, overlege eller psykologspesialist og hvorvidt arbeidet hovedsakelig er klinisk eller administrativt.

Alle spørres hvor mange år de har arbeidet i sin etat inntil 20 år. De som har vært ansatt i etaten mer enn 20 år svarer 20 år.

Når det gjelder konkrete spørsmål om samarbeid bes politidistrikt og helseforetak om å svare på den etat de samarbeider med i det daglige:

- Oslo Universitetssykehus svarer om Oslo politidistrikt og vise versa.
- Akershus Universitetssykehus og Sykehuset Østfold svarer om Øst politidistrikt og vise versa.

- Sykehuset i Vestfold, Sykehuset Telemark og Vestre Viken HF svarer om Sør-Øst politidistrikt og vise versa.
 - Sørlandet sykehus svarer om Agder politidistrikt og vise versa.
 - Sykehuset Innlandet svarer om Innlandet politidistrikt og vise versa.
-

Tor, 27 år fra Lilleby

Lilleby er en by i ditt opptaksområde hvor det er 25.000 innbyggere. Tor er 27 år og er født og oppvokst i byen. Publikum har ringt inn til politiets nødtelefon og fortalt om en mann som går i gatene og roper på Jesus. Han har også med seg en kniv som han vifter med. Politiet kjører utrykning til stedet og det gis ordre om bevæpning. Ved politiets ankomst enser han ikke at det er politiet som kommer og fortsetter samme atferd. Politiets innsatsleder anroper Tor og ber ham stå i ro, noe han ikke etterkommer, men tvert imot kommer mot politiet med kniven hevet. En av politibetjentene løsner et varselskudd som skremmer Tor og politiet overmannet ham og påsetter håndjern. Han pågripes og er kaotisk og urolig.

Politiet finner brukerutstyr og en liten pose med hvitt pulver på ham. Han bringes til legevakten for undersøkelse og vakthavende lege mener at dette ikke har noe med psykisk sykdom å gjøre men at det er ordensforstyrrelse.

- Politiet kan beslutte innleggelse i psykiatrisk avdeling uavhengig av legevaktens vurdering.
- Politiet kan ikke beslutte innleggelse i psykiatrisk avdeling uavhengig av legevaktens vurdering.

- Når politiet er tutor trengs ikke legeerklæring i tillegg for innleggelse i psykiatrisk avdeling.
- Når politiet er tutor trengs i tillegg legeerklæring for innleggelse i psykiatrisk avdeling.

- Legevaktslegen vurderer at Tor er psykotisk utløst av amfetamin.
 - Dette er å anse som en ordensforstyrrelse og sak for politiet.
 - Dette er å anse som et helseproblem og sak for helsevesenet.

Om transport

Politiet finner brukerutstyr og en liten pose med hvitt pulver på ham. Han bringes til legevakten for undersøkelse og vakthavende lege finner grunnlag for innleggelse i psykiatrisk avdeling.

- Politiet skal transportere Tor til psykiatrisk avdeling.
- Politiet kan transportere Tor til psykiatrisk avdeling.
- Politiet kan ikke transportere Tor til psykiatrisk avdeling.

Åpent svar:

- Har du noen utdypende kommentarer i slike tilfeller?
-

Om informasjonsutveksling

Ved ankomst psykiatrisk avdeling kan

- politiet gi informasjon om den aktuelle hendelsen til sykehuset.
- ikke politiet gi informasjon om den aktuelle hendelsen til sykehuset.

Politiet kan

- også gi informasjon om tidligere voldshistorikk og kjennskap politibetjentene har om Tor.
- ikke gi ytterligere informasjon om tidligere voldshistorikk og kjennskap politibetjentene har om Tor.

Ved ankomsten til sykehuset kan helsepersonellet på psykiatrisk avdeling

- gi informasjon til politiet som helsevesenet er kjent med fra tidligere.
- ikke gi informasjon til politiet som helsevesenet er kjent med fra tidligere.

Noen spørsmål om forholdene der du er ansatt

Hvor ofte anslår du at politiet bruker innleggelsesbegjæring/tutorerklæring (psykisk helsevernloven § 3-6) i andel av tvangsinnleggelse?

- Linjal 0-100%

Er det formaliserte samarbeidsfora mellom din avdeling og ditt politidistrikt?

- Ja/Nei/Vet ikke

Hvis ja på spørsmål om det finnes samarbeidsforum:

Vet du hvem du kan kontakte for å ta opp temaer i samarbeidsforum?

- Ja/Nei

Hvis ja på spørsmål om det finnes samarbeidsforum:

Hvor ofte møtes forumet (ggr/år)?

Katrine som uteble fra psykiatrisk avdeling

Katrine er underlagt TPH og har rømt fra sykehusavdelingen. Hun har schizofreni og har ikke mottatt antipsykotisk legemiddelbehandling siden januar 2021 og er nå paranoid psykotisk preget av mye angst. Kathrine har aldri blitt vurdert som selvmordstruet eller til å være til fare for andres liv eller helse. Hva gjelder etter loven?

Politiet kan

- kontaktes for å bringe Katrine tilbake til sykehuset.
- ikke kontaktes for å bringe Katrine tilbake til sykehuset.

Kommentar? (åpent svar)

Vedlegg 1 – Spørreskjema fra nettskjema.no

Ansvarsvakten i avdelingen kontakter politiet og ber dem hente inn Katrine siden hun er på tvang.

Når pasienten er underlagt tvungent psykisk helsevern kan politiet

- kontaktes for å bringe pasienten tilbake selv om pasienten ikke er til fare for eget eller andres liv eller helse.
- Ikke kontaktes for å bringe pasienten tilbake selv om pasienten ikke er til fare for eget eller andres liv eller helse.

Når pasienten er underlagt tvungent psykisk helsevern

- gjelder ikke helsepersonellens taushetsplikt.
 - gjelder helsepersonellens taushetsplikt.
-

Om tilbakeføring til sykehuset

Politiet krever at sykehuset forsøker å hente Katrine selv.

Politiet plikter

- å hente pasienten når hun er på TPH.
- ikke å hente pasienten når hun er på TPH.

- Sykehuset skal selv forsøke å hente pasienten.
- Sykehuset trenger ikke først å forsøke å hente pasienten.

Katrine nekter å bli med sykepleier tilbake til sykehuset.

Når pasienten er på TPH kan

- sykepleier ta pasienten til sykehusets bil og transportere henne til sykehuset mot hennes vilje.
- Ikke sykepleier ta pasienten til sykehusets bil og transportere henne til sykehuset mot hennes vilje.

Vedlegg 1 – Spørreskjema fra nettskjema.no

Når sykehuset har forsøkt å hente pasienten tilbake og pasienten nekter plikter

- politiet å bistå.
- Ikke politiet å bistå

Når politiet skal bistå ønsker de informasjon om pasienten.

Helsepersonellets taushetsplikt gjelder

- ikke overfor politiet når politiet bes om å bistå.
- allikevel overfor politiet når politiet bes om å bistå.

Politiet kan kun få nødvendig informasjon av helsepersonellet

- Rett/galt
-

Om risikovurdering av Tor og informasjon til politiet fra sykehuset

Tor ble av legevaktslegen vurdert som psykotisk og innlagt i Lillevik akuttpsykiatriske avdeling. Politiet brakte ham til sykehuset.

Politiet har

- rett til informasjon om tvungent vern etableres eller ikke.
- ikke rett til informasjon om tvungent vern etableres eller ikke.

Politiet har

- rett til informasjon om når tvungent vern opphører.
- ikke rett til informasjon om når tvungent vern opphører.

Politiet har

- rett til informasjon om Tors diagnose.
- ikke rett til informasjon om Tors diagnose .

Overlege F Link ønsker å gjøre en voldsrisikovurdering. En essensiell faktor for å gjøre en god voldsrisikovurdering er opplysninger om tidligere voldshistorikk. Tor har aldri vært voldelig inne på sykehuset.

Overlegen kan

- kontakte politiet for å be om opplysninger uten Tors samtykke.
- kontakte politiet for å be om opplysninger hvis Tor samtykker.
- ikke kontakte politiet for å be om opplysninger.

Politiet kan

- gi opplysninger til overlege Link.
- ikke gi opplysninger til overlege Link.

Politiet kan

- gi overlege Link alle de opplysningene han ber om.
- ikke gi overlege Link alle de opplysningene han ber om.

Politiet kan

- gi opplysninger til helsevesenet uavhengig av taushetsplikt
- ikke gi opplysninger til helsevesenet uavhengig av taushetsplikt

Tor blir ikke lagt inn på psykiatrisk avdeling og han varetektsfengsles i fire uker. Det oppnevnes to rettspsykiatrisk sakkyndige som konkluderer med at Tor var psykotisk da hendelsen skjedde og at han er psykotisk når de undersøker ham. Retten beslutter at Tor skal innlegges i psykiatrisk avdeling som varetektssurrogat jf. straffeprosessloven § 188

Retten kan

- beslutte en slik innleggelse.
- ikke beslutte en slik innleggelse.

Vedlegg 1 – Spørreskjema fra nettskjema.no

Dersom retten beslutter en slik innleggelse gjelder

- de samme regler som en vanlig tvangsinnleggelse.
- ikke de samme regler som en vanlig tvangsinnleggelse.

Hvis alt 2: Hva er forskjellen?

- Åpent svar:

Noen spørsmål om samarbeidet mellom politiet og helsevesenet der du arbeider

Nedenfor kommer noen påstander om samarbeid og plikter mellom politi og psykisk helsevern hvor du skal svare fra 0 (helt uenig) til 10 (helt enig)

- Samarbeidet mellom politi og helsevesen er svært godt.
- Jeg vet hvem jeg skal kontakte hos politiet når det er behov for å drøfte en konkret sak.
- Jeg er trygg på hvilke grenser politiets taushetsplikt setter for informasjonsutveksling.
- Jeg er trygg på hvilke grenser helsevesenets taushetsplikt setter for informasjonsutveksling.
- Jeg er trygg på når politiet har plikt til å varsle helsevesenet.
- Jeg er trygg på når helsevesenet har plikt til å varsle politiet.
- Jeg er trygg på at helsevesenet kjenner sine plikter om å varsle politiet.
- Jeg er trygg på at politiet kjenner sine plikter om å varsle helsevesenet.
- I mitt distrikt er det ikke forbedringspotensial i samarbeidet mellom politi og helsevesen.

Endringer i psykisk helsevernloven i 2017

Det ble vedtatt endringer i psykisk helsevernloven som trådte i kraft fra 1. september 2017. Nedenfor kommer noen påstander om disse endringene og din kjennskap til disse hvor du bes om å svare hvor uenig (0) til enig (10) du er.

- Jeg er kjent med hvilke endringer som ble gjort i psykisk helsevernloven i 2017.
- Lovendringen har gjort det enklere å etablere tvungent psykisk helsevern.
- Lovendringen har gjort det vanskeligere å etablere tvungent psykisk helsevern.
- Lovendringen har øket pasientens rettssikkerhet.
- Lovendringen har svekket pasientens rettssikkerhet.
- Lovendringen gjør at flere personer med alvorlig psykiatrisk sykdom er ubehandlet.
- Lovendringen har gjort samarbeidet mellom politi og helsevesen vanskeligere.

Lovendringen i 2017

- gjør at tvungent vern opphører tidligere enn før 2017.
- gjør at tvungent vern opphører senere enn før 2017.
- har ikke noe å si for når tvungent vern opphører.

Nedenfor kommer flere påstander om disse endringene og din kjennskap til disse hvor du bes om å svare hvor uenig (0) til enig (10) du er.

- Samarbeidet mellom politi og helsevesen er så godt at personer med psykiske lidelser får optimal behandling.

Vedlegg 1 – Spørreskjema fra nettskjema.no

- Det er ingen forbedringspunkter i samarbeidet mellom politi og helsevesen i vårt distrikt.
- Samarbeidet på overordnet (politimester/helseforetak) er godt i vårt distrikt.
- Samarbeidet mellom Helsedirektoratet og Politidirektoratet er godt og gir tydelige føringer for samarbeid mellom helsevesen og politi.
- Lovverket er ikke til hinder for godt samarbeid i det daglige.

Har du forslag til tiltak for å bedre samhandling mellom politiet og helsevesenet lokalt?

Har du forslag til tiltak for å bedre samhandling mellom politiet og helsevesenet nasjonalt?

Vedlegg 2 – Godkjenning fra NSD

[Meldeskjema](#) / [Har politi/påtalemyndighet og helsevesen felles forståelse av taushet...](#) / Vurdering

Vurdering

Dato
15.07.2022

Type
Standard

Referansenummer
298291

Prosjekttittel
Har politi/påtalemyndighet og helsevesen felles forståelse av taushetsplikt?

Behandlingsansvarlig institusjon
Universitetet i Oslo / Det medisinske fakultet / Institutt for helse og samfunn

Prosjektansvarlig
Ann-Helén Bay

Student
Ove Westgård

Prosjektperiode
01.03.2022 - 18.12.2022

[Meldeskjema](#)

Kommentar

OM VURDERINGEN

Personverntjenester har en avtale med institusjonen du forsker eller studerer ved. Denne avtalen innebærer at vi skal gi deg råd slik at behandlingen av personopplysninger i prosjektet ditt er lovlig etter personvernregelverket.

Personverntjenester har nå vurdert den planlagte behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at behandlingen er lovlig, hvis den gjennomføres slik den er beskrevet i meldeskjemaet med dialog og vedlegg.

VIKTIG INFORMASJON TIL DEG

Du må lagre, sende og sikre dataene i tråd med retningslinjene til din institusjon. Dette betyr at du må bruke leverandører for spørreskjema, skylagring, videosamtale o.l. som institusjonen din har avtale med. Vi gir generelle råd rundt dette, men det er institusjonens egne retningslinjer for informasjonssikkerhet som gjelder.

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til den datoen som er oppgitt i meldeskjemaet.

LOVLIG GRUNNLAG

Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 og 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake.

Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a.

PERSONVERNPRINSIPPER

Personverntjenester vurderer at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen om:

- lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til behandlingen
- formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke behandles til nye, uforenlige formål
- dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet
- lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet

DE REGISTRERTES RETTIGHETER

Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), og dataportabilitet (art. 20).

Vedlegg 2 – Godkjenning fra NSD

Personverntjenester vurderer at informasjonen om behandlingen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13.

Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned.

FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

Personverntjenester legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1. f) og sikkerhet (art. 32).

Ved bruk av databehandler (spørreskjemaleverandør, skylagring eller videosamtale) må behandlingen oppfylle kravene til bruk av databehandler, jf. art 28 og 29. Bruk leverandører som din institusjon har avtale med.

For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må dere følge interne retningslinjer og/eller rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon.

MELD VESENTLIGE ENDRINGER

Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til oss ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilke type endringer det er nødvendig å melde: <https://www.nsd.no/personverntjenester/fyll-ut-meldeskjema-for-personopplysninger/melde-endringer-i-meldeskjema>

Du må vente på svar fra oss før endringen gjennomføres.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

Personverntjenester vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet.

Lykke til med prosjektet!

Vil du delta i forskningsprosjektet

” Har politi/påtalemyndighet og helsevesen felles forståelse av oppgavefordeling, taushetsplikt og konsekvenser av lovendring i 2017”?

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å kartlegge i hvilken grad påtalejurister i påtalemyndigheten og operasjonsledere i politiet på den ene siden og leger og ledere i psykisk helsevern på den andre siden har felles forståelse av oppgavefordeling og taushetsplikt. Jeg vil også kartlegge om det er en omforent forståelse av konsekvensene av endringene i psykisk helsevernloven som skjedde i 2017.

I dette skrevet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Politiet og helsevesenet må ofte samhandle rundt pasienter med psykiske lidelser. En felles forståelse av hverandres regelverk når det gjelder taushetsplikt og muligheter for å utveksle opplysninger er en forutsetning for nødvendig informasjonsutveksling til det beste både for pasienten og samfunnet, men innenfor rammen av reglene for taushetsplikt.

I denne masteroppgaven ønsker jeg å kartlegge kunnskap om gjeldende regelverk for taushetsplikt for den samarbeidende part hos politiets påtalejurister og operasjonsledere på den ene siden og spesialister innen psykisk helsevern og ledere på den andre siden og analysere hvorvidt det er en felles forståelse av muligheter og begrensninger for god informasjonsutveksling.

Jeg vil også kartlegge om det er en omforent kunnskap om og forståelse av konsekvensene av endringene i psykisk helsevernloven som skjedde i 2017 når det gjelder de konsekvenser som kan ha innvirkning i politiets hverdag.

Undersøkelsen er en masteroppgave ved Universitet i Oslo, det medisinske fakultet, som en del av masterutdanningen Helseadministrativ ledelse. Undersøkelsen sendes ut til følgende politidistrikt: Agder, Sør-Øst, Innlandet, Oslo og Øst og tilsvarende helseforetakene i Helse Sør-Øst RHF.

Spørreskjemaene vil utvikles for politi og helsevesen og kartlegge organisatorisk tilhørighet og spørsmålene vil samsvare mellom de to gruppene.

Innhentede opplysninger vil kun bli benyttet i denne masteroppgaven.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Universitetet i Oslo er ansvarlig for prosjektet.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Utvalget som ønskes at skal delta i spørreundersøkelsen er politijurister/påtalejurister samt operasjonsledere hos politiet. Bakgrunnen for dette er at de to yrkesgruppene hos påtalemyndigheten/politiet er de som i stor grad står for informasjonsutveksling med psykisk helsevern når dette er nødvendig.

I psykisk helsevern er undersøkelsen tilsvarende sendt til overleger, psykologspesialister og seksjonsledere (4.linjeledere) i psykiatriske sengeposter og akuttambulante team da det legges til grunn at det er disse yrkesgruppene i spesialisthelsetjenesten for psykisk helsevern som i størst utstrekning står for informasjonsutveksling med politiet.

Dine kontaktdata her jeg fått etter kontakt med politidirektoratet for politi/påtalemyndighet og fra helseforetakene for helsevesenet. Politidirektoratet og Helse Sør-Øst har blitt forespurt og samtykket til at skjemaet kan sendes ut.

Hva innebærer det for deg å delta?

Hvis du velger å delta i prosjektet, innebærer det at du fyller ut et spørreskjema. Det vil ta deg ca. 20 minutter. Spørreskjemaet inneholder spørsmål om kunnskap knyttet til taushetsplikt og muligheter for informasjonsutveksling mellom helsevesen og politi. Dine svar fra spørreskjemaet blir registrert elektronisk.

Vedlegg 3 – Informasjonsskriv spørreundersøkelse

Det er frivillig å delta

De fleste som svarer på undersøkelsen vil være anonyme og det er frivillig å delta. Hvis du velger å delta og kan indirekte identifiseres, kan du når som helst trekke samtykket tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle dine personopplysninger vil da bli slettet. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser hvis du ikke vil delta eller dersom du som indirekte identifiserbar senere velger å trekke deg.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrevet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket. Opplysningene samles inn gjennom tjenesten Nettskjema, og det vil ikke registreres IP-adresse, e-post eller andre opplysninger som kan direkte spores tilbake til deg.

De fleste deltakere i studien vil ikke kunne identifiseres gjennom bakgrunnsopplysninger om arbeidssted, stilling og ansiennitet. Ettersom det likevel er en mulighet for at enkelte deltakere kan identifiseres, informeres du om hvordan vi behandler opplysningene og dine rettigheter. Opplysningene som samles inn vil lagres på lukket område på server tilhørende Universitetet i Oslo og anonymiseres når prosjektet avsluttes.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Prosjektet planlegges avsluttet desember 2022. Da vil datasettet være bearbeidet slik at de som eventuelt kan indirekte identifiseres ikke kan det lenger. Det anonymiserte datamaterialet vil oppbevares videre.

Dine rettigheter

Dersom du kan sikkert identifiseres gjennom kombinasjon av bakgrunnsvariabler, vil du så lenge det er mulig, har du rett til:

- innsyn i hvilke opplysninger vi behandler om deg, og å få utlevert en kopi av opplysningene
- å få rettet opplysninger om deg som er feil eller misvisende
- å få slettet personopplysninger om deg
- å sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra Universitetet i Oslo har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Hvor kan jeg finne ut mer?

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

Ove Westgård (ovew@studmed.uio.no), telefon 92239477 (masterstudent) eller

Ann-Helén Bay (ann-helen.bay@oslomet.no) , telefon 67238003.

- Vårt personvernombud: Roger Markgraf-Bye (personvernombud@uio.no)

Hvis du har spørsmål knyttet til NSD sin vurdering av prosjektet, kan du ta kontakt med:

- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS på epost (personverntjenester@nsd.no) eller på telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen

Ann-Helén Bay

(Professor/veileder)

Ove Westgård

Masterstudent



Oslo universitetssykehus HF

Postadresse:
Trondheimsveien 235
0514 Oslo

Sentralkontor:
02770

Org.nr:
NO 993 467 049 MVA

www.oslo-universitetssykehus.no

PERSONVERNOMBUDETS UTTALELSE

Til: Ove Westgård, mastergradsstudent

Fra: Personvernombudet ved Oslo universitetssykehus

Dato: 04.10.22

Saksnummer: 22/20779

Personvernombudets uttalelse til innsamling og behandling av personopplysninger for forskning i prosjektet:

Har politi/påtalemyndighet og helsevesen felles forståelse av oppgavefordeling, taushetsplikt og konsekvenser av lovendring i 2017?

Personvernombudet har vurdert det til at den planlagte databehandlingen av personopplysninger tilfredsstiller de krav som stilles i helse- og personvernlovgivningen.

Personvernombudet har ingen innvendinger til at den planlagte databehandlingen av personopplysninger kan igangsettes under forutsetning av følgende:

1. Forskningsansvarlig / databehandlingsansvarlig er Universitetet i Oslo
2. Behandling av personopplysningene / helseopplysninger i studien skjer i samsvar med og innenfor det formål som er oppgitt i meldingen.
3. Studien er godkjent av aktuelle avdelingsledere ved OUS.
4. Prosjektet er forelagt NSD.
5. Studien er frivillig og samtykkebasert.
6. Data lagres aidentifisert. Kryssliste som kobler aidentifiserte data med personopplysninger lagres separat og avlåst.
7. Data slettes eller anonymiseres etter prosjektlutt.
8. Dersom formålet, utvalget av inkluderte eller databehandlingen endres må personvernombudet gis forhåndsinformasjon om dette.

Med hilsen

Tor Åsmund Martinsen
Personvernombud

Oslo universitetssykehus HF
Direktørens stab | Personvern



Vedlegg 5 - Epost sendt til respondenter

Hei.

Jeg er mastergradsstudent ved Universitetet i Oslo, Erfaringsbasert helseadministrasjon (MHA).

I det daglige er jeg avdelingsoverlege ved psykiatrisk sykehusavdeling ved Sykehuset i Vestfold HF.

Jeg ønsker å kartlegge om politi- og påtalemyndighet og helsevesen har samme forståelse av taushetsplikt hos hverandre, muligheter for utveksling av informasjon og har som min masteroppgave ønske om å kartlegge dette, forståelse av konsekvenser av endringene i psykisk helsevernloven i 2017 og opplevd samarbeid mellom eget politidistrikt og sykehus.

Jeg har utarbeidet et digitalt spørreskjema som det vil ta mellom 5 og 10 minutter å besvare hvor deltakerne er anonyme, men arbeidssted registreres for å se forskjeller mellom de forskjellige politidistrikter og sykehus.

Spørreundersøkelsen sendes alle sykehus i Helse Sør-Øst og tilhørende politidistrikter. Prosjektet er godkjent av NSD (nasjonalt senter for forskningsdata). Politidirektoratet har sett på spørsmålene og har vurdert at det ikke er personidentifiserende opplysninger slik at undersøkelsen kan gjennomføres, tilsvarende har Helse Sør-Øst gjort dette.

Det er selvfølgelig frivillig å delta i undersøkelsen. Det skal i svarene ikke gis informasjon som er taushetsbelagt.

Jeg vil være svært takknemlig om du kan svare på disse spørsmålene

Til spørreundersøkelsen: Nettskjema (med hyperlenke)

Vedlagt informasjonsskriv som beskriver undersøkelsen. Spørsmål kan rettes til undertegnede.

Som en takk for hjelpen vil jeg naturligvis gjerne dele oppgaven og konklusjonene fra undersøkelsen når dette er klart, send gjerne en egen henvendelse om det eller kommenter i spørreskjemaet.

Med vennlig hilsen

Ove Westgård

MHA-masterstudent ved Universitetet i Oslo og avdelingsoverlege ved Sykehuset i Vestfold

Epost: ove.westgard@studmed.uio.no

Telefon 92239477

Vedlegg 6 - PVO Vestre Viken HF godkjenning

Epost fra:

VVHF PB Personvern (personvern@vestreviken.no) 11.10.2022 kl 14:52

Subject: SV: Svar til «Melding til Personvernombudet VVHF» (Ref. 23367022) er levert

Hei!

Jeg viser til din melding om masterprosjektet «Har politi/påtalemyndighet og helsevesen felles forståelse av oppgavefordeling, taushetsplikt og konsekvenser av lovendring i 2017?», datert 4. oktober d.å. Meldingen og tilråding under har fått saksnr. 22/08869.

Det legges til grunn at UiO er behandlingsansvarlig for personopplysningene i dette prosjektet. Det legges til grunn at alle personopplysninger behandles i tråd med prosjektets dokumentasjon og retningslinjer for UiO. Det inkluderer ansatte i Vestre Viken, men vil prosjektet vil ikke behandle helseopplysninger eller pasientopplysninger. Våre ansatte inkluderes etter eget samtykke og prosjektet er tilrådd fra NSD. Det vises ellers til oversendt dokumentasjon i sin helhet.

Som personvernombud i Vestre Viken HF har jeg ingen innvendinger til behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet.

Lykke til!

Med hilsen

Jens Kristian Jebsen

Personvernombud i Vestre Viken

Foretakssekretariatet

www.vestreviken.no

mobil: +47 930 93 926