POLITIET

Psykiatrien i Vestfold HF

HELSE SØR-ØST

Politi og psykiatri

En deskriptiv studie

Henriette Kaasa og Arne Repål

Vestfold 13. oktober 2010

Innledning.....4

Metodikk.....6

Bakgrunnsinformasjon om personene.....6

Kjønn.....7

Alder.....7

Institusjonstilhørighet.....7

Registrert med flere PO-meldinger.....9

Gjengangere.....9

Kjennetegn ved oppdrag.....10

Antall oppdrag.....10

Melder.....11

Type henvendelse.....13

Ble bistand gitt?.....15

Tiltak fra melder.....16

Utrykningskjøring.....17

Ønske om hjelp.....17

Sivilt kjøretøy/ antrekk.....17

Maktbruk/bevæpning.....17

Maktbruk og kjønn.....18

Trusler mot polititjenestemenn.....19

Vold mot polititjenestemenn.....20

Andre med på transporten.....21

Maktbruk for oppdrag der helsepersonell er med.....22

Oppdragets utfall.....22

Tidsbruk.....24

Konklusjoner.....26

Ordforklaringer.....31

Innledning

Stortinget vedtok i 1998 Opptrappingsplanen for psykisk helse. Man erkjente at det manglet ressurser på området, men pekte også på at det var behov for omlegging til en mer desentral modell. Bakgrunnen for dette var blant annet de negative sidene ved langvarig hospitalisering og et ønske om at også mennesker med omfattende og langvarige psykiske lidelser skal integreres i samfunnet. Norge har også, sammen med en rekke andre europeiske land, skrevet under på Helsinki-deklarasjonen fra 2004. I dette ligger det en helsepolitisk forpliktelse om at også mennesker med alvorlige og sammensatte psykiske lidelser skal gis et desentralt behandlingstilbud, og så langt som mulig leve sine liv som en del av lokalmiljøet. Samtidig er det enighet om at tvangsbruk overfor denne pasientgruppen skal reduseres. Behandling skal i utgangspunktet baseres på frivillighet. Som en naturlig følge av dette har mennesker med alvorlige psykiske lidelser også blitt mer synlige i samfunnet.

I Vestfold ble det i 2006 opprettet et "Forum for Politiet i Vestfold, Psykiatrien i Vestfold HF og kommuner." Forumet består av representanter på ledernivå fra utvalgte kommuner, politi og Psykiatrien i Vestfold HF (PiV HF). Forumet ledes av fagdirektør i PiV HF, og har som formål å drøfte konkrete samarbeidssaker og bidra til økt kompetanse omkring psykisk lidelse og bedret forståelse for hverandres rammer. Det holdes seks møter i året og en årlig fagdag med fokus på aktuelle tema. I forumets mandat er nedfelt at:

"Forumet skal legge til rette for samhandling mellom 1.-linje, spesialisthelsetjeneste og Politiet i Vestfold overfor pasienter med alvorlige psykiske lidelser eller kombinasjonen alvorlige psykiske lidelser og rusavhengighet som de nevnte instanser kommer i kontakt med, men som i dag faller utenfor hjelpeapparatet. Gruppen skal være et fast felles forum for samhandling og bidra til:

- kompetanseheving
- samarbeid rundt enkeltpasienter der dette er mulig innenfor gjeldende lovverk
- forbedring av eksisterende samarbeidsrutiner/opprettelse av nye"

I løpet av de fire årene forumet har eksistert har det, ut fra de involverte etaters vurdering, bidratt til en større forståelse for hverandres hverdag og de muligheter og begrensninger som ligger i ressurser, rammer og lovverk.

Det har i de senere årene vært et fokus på at politiet bruker en økende del av sin tid på oppdrag knyttet til pasienter med psykiske lidelser. Sett i lys av den utviklingen vi har beskrevet innledningsvis er det ikke unaturlig at politiet i større grad også blir involvert i forhold til oppdrag knyttet til mennesker med psykiske lidelser. Sentrale spørsmål er *hvordan* og *når* de blir involvert, om noen oppdrag faller utenfor det som burde være politiets oppgaver og hvordan samhandlingen mellom politiet og andre involverte etater fungerer. Går vi til pressen, våre egne fagfolk og befolkningen generelt kan det virke som det er mange antagelser rundt dette uten at vi har så mye konkret kunnskap. Eksempler på slike antagelser er:

- Et lite antall "gjengangere" står for størstedelen av oppdragene.

- Psykiatriske pasienter er farlige, og oppdragene krever ofte bruk av makt.

- Politiet bruker svært mye tid på psykiatrioppdrag.

- Det er mange som havner "mellom to stoler" og som ikke har noe tilbud fra hjelpeapparatet.

- Meldinger kommer ofte inn når andre instanser har stengt (etter klokken 16.00 og i helger).

- Mange av oppdragene er rene transportoppdrag som egentlig tilfaller helsevesenet.

Forumet vedtok derfor i 2009 å iverksette et arbeid med å kartlegge og systematisere de oppdragene Politiet i Vestfold var i befatning med i løpet av 2009 som var registrert under kategorien psykiatri. Målet var å få frem et tilstandsbilde tuftet på kunnskap mer enn antagelser, noe vi antok ville være et bedre utgangspunkt for en saklig diskusjon om forbedringer av tilbudet til, og samhandling rundt, denne pasientgruppen. Som et ledd i dette arbeidet engasjerte forumet en person som gikk inn i et kartleggingsprosjekt med utgangspunkt i politiets logger. Denne artikkelen bygger på de funn som er gjort der. Vi skal prøve å belyse de antagelsene som er nevnt ovenfor i slutten av rapporten.

Metodikk

PO-loggen er politiets operative logg, hvor alle henvendelser og politioppdrag registreres. PO-loggen føres primært av ansatte/operatører på operasjonssentralen, men den enkelte polititjenestemann kan også føre inn relevant informasjon i meldingen. Det benyttes ulike kategorier for å definere forholdets art. En av disse kategoriene kalles "Sykdom/psykiatri". Ett oppdrag kan være kodet med flere ulike kategorier. Andre PO-kategorier som er brukt på psykiatrioppdrag inkluderer "Bistand", "Kontroll person", "Saknet person" og "Tvang/trusler". En PO-melding består av en overskrift som angir hvilke(n) kategori(er) som er brukt, samt fritekst. I friteksten opplyses det vanligvis om hvem som er melder til politiet, hva henvendelsen går ut på, og hvordan et eventuelt oppdrag forløper. Noe informasjon, som sted og personalia, er lagt inn etter forhåndsdefinerte parametre. For denne rapporten ble samtlige av PO-meldingene som er logget som "Sykdom/psykiatri" i Vestfold politidistrikt for hele 2009 analysert. Dette utgjør 926 meldinger. Totalt antall oppdrag i 2009 som er inkludert i dette datasettet er 757. Den vanligste årsaken til at en PO-melding ikke ble tatt med i datasettet var at meldingen ikke førte til operative tiltak. Datamaterialet som er analysert er altså omfattende. I denne rapporten presenteres hovedfunnene for samtlige variabler som ble studert. Noe informasjon må tilbakeholdes av taushetsplikthensyn og kravet om anonymisering av enkeltpersoner. Variablene ble konstruert slik at mest mulig av informasjonen i meldingene ble beholdt i datasettet. Variabellisten bestod av 43 ulike variabler, med et varierende antall alternativer (2 til 25 verdier). I rapporten brukes forkortelsene DPS for Distriktspsykiatrisk senter, forkortelsen PFA for Psykiatrisk Fylkesavdeling og forkortelsen BUPA for barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling.

Bakgrunnsinformasjon om personene

For variablene er det ulikt antall "missing" (manglende informasjon), noe som kan føre til noe diskrepans mellom tallene. I enkelte tilfeller kan for eksempel kjønn og institusjonstilhørighet være kjent, men ikke alder. Dette skyldes at personalia ikke er ført på korrekt måte i PO-loggen, men dette gjelder svært få saker. I tillegg hender det at personalia og andre opplysninger ikke er tilgjengelige – for noen oppdrag hender det at helsepersonell tar med seg eller kommer over personen, og henviser til taushetsplikt når de blir spurt om opplysninger om vedkommende. For noen oppdrag var heller ikke alle variablene relevante. *For oversikten som sådan er det viktig å huske at tallene refererer til antall oppdrag, og ikke til antall*

personer. Beregninger viste at antallet unike personer i materialet er et sted mellom 318 og 420.

Kjønn

Analysene viste at det er en klar overvekt av menn i materialet – 449 oppdrag, noe som utgjør 59.3 %. Kvinneandelen er 300 oppdrag, noe som utgjør 39.6 %. Kjønn er ikke oppgitt i 8 tilfeller.

Alder

Alder er oppgitt i 741 tilfeller (16 missing). Fordelingen på alderskategoriene er som følger:

Aldersgruppe	**Frekvens**	**Prosent**	**Menn (frekvens)**	**Kvinner (frekvens)**
Under 16 år	2	.3%	2	0
16-18 år	22	3.0%	10	12
18-20 år	52	7.0%	39	13
21-30 år	196	26.5%	110	86
31-40 år	167	22.5%	102	65
41-50 år	172	23.2%	90	82
51-60 år	80	10.8%	57	23
61-70 år	28	3.8%	22	6
Over 70 år	22	3.0%	13	9
Totalt	741	100%	445	296

Av oversikten ovenfor ser man at det er nokså stor spredning på alderskategoriene, men at hovedvekten av oppdragene (i overkant av 70%) dreier seg om personer mellom 21 og 50 år.

Institusjonstilhørighet og institusjonstype

Institusjonstilhørighet er kodet etter statusen på det tidspunktet oppdraget begynte. Det vil si at i de tilfeller en person ble fremstilt for lege(vakt) og så innlagt PFA uten å ha annen institusjonstilhørighet, ble variabelen "institusjonstilhørighet" kodet som "nei". Dette skyldes

at det ville blitt en kunstig høy andel med institusjonstilhørighet PFA. Dessuten ville man mistet informasjon om vedkommendes øvrige institusjonstilhørighet, og "flyten" av pasienter mellom ulike nivåer i spesialisthelsetjenesten er interessant i seg selv. Av anonymitetshensyn er det heller ikke skilt mellom de ulike avdelingene i PFA. Videre er pasienter fra DPS kodet med DPS som institusjonstilhørighet, selv om de innlegges PFA. Dog er det tatt høyde for dette i en annen variabel, slik at man kan se hvor mange dette dreier seg om. Disse tallene presenteres senere i rapporten. Det er også viktig å merke seg at en og samme person kan ha ulik institusjonstilhørighet i ulike meldinger – dette gjelder spesielt de som har mange reinnleggelser på PFA (såkalte "svingdørspasienter"). Det er heller ikke skilt mellom ulike pasientstatuser (dagpasient vs. døgnpasient) da det ofte ikke foreligger nok informasjon i meldingene til å si noe sikkert om dette.

Tallene viser at angjeldende person i 277 oppdrag hadde en kjent institusjonstilhørighet (36.6 %), mens det for 467 oppdrag ikke forelå informasjon som tydet på institusjonstilhørighet. I 13 tilfeller var informasjonen mangelfull, slik at det ikke er tatt stilling til spørsmålet.

Fordelingen for type institusjon i synkende rekkefølge er som følger:

Type institusjon	**Frekvens**	**Prosent**	**Menn (frekvens)**	**Kvinner (frekvens)**
DPS	123	44.4 %	79	43
Bemannet bolig/bofellesskap	67	24.2 %	39	29
PFA	54	19.5 %	21	32
Øvrige institusjonsformer, herunder rusomsorg, eldreomsorg og kriminalomsorgen	23	8.3 %	17	6
Flyktning-/asylmottak	7	2.5 %	7	0
Barnevernsinstitusjon/BUPA	3	1.1 %	1	2
Totalt	277	100.0 %	164	112

Av tabellen kan man se at en hjelp til disse personene i stor grad er lokalt fremfor sentralt forankret: I drøye to tredjedeler (68.8%) av oppdragene hvor vedkommende har en kjent

institusjonstilhørighet er denne tilhørigheten til et DPS eller en bemannet bolig. Basert på føringene i *Opptrappingsplanen* som er nevnt innledningsvis er dette forventet, da store deler av behandlingstilbudet er desentralisert. Dessuten har de desentraliserte boligene/institusjonene ofte friere rammer enn PFA med tanke på pasientenes muligheter for å bevege seg fritt, noe som også kan bidra til at politiet i større grad kommer i kontakt med dem.

Registrert med flere PO-meldinger?

Hver person ble søkt opp for å se om vedkommende var registrert med flere PO-meldinger logget som "Sykdom/psykiatri". En god del av personene var også omhandlet for andre forhold, men av taushetsplikthensyn er denne informasjonen ikke kodet. I 545 (72 %) av de 757 oppdragene var vedkommende registrert med flere PO-meldinger i kategorien "Sykdom/psykiatri". Av disse 545 oppdragene dreide 331 oppdrag seg om menn, mens 214 oppdrag dreide seg om kvinner. I realiteten kunne tallet vært høyere, fordi det kun er sjekket i PO-loggen for Vestfold Politidistrikt - vedkommende kan altså være omhandlet i andre politidistrikters PO-logg. Dessuten er det erfaringsmessig slik at flere meldinger i enkeltes historikk godt kunne vært kodet som "Sykdom/psykiatri", men at andre kategorier har blitt brukt, for eksempel "Bistand".

I 195 (25.8 %) av oppdragene var vedkommende ikke registrert med flere "Sykdom/psykiatri"-meldinger tidligere, mens det i 17 tilfeller ikke forelå nok personalia til å sjekke dette (2.2 %). Gruppen som kun var registrert med en "Sykdom/psykiatri"-melding noensinne, står for flere oppdrag enn gruppen "Gjengangere", definert som de med flere enn fem meldinger. Disse er beskrevet nedenfor. Dette strider mot oppfatningen om at et fåtall gjengangere står for uforholdsmessig mange av oppdragene.

Gjengangere

21 personer er registrert med flere enn 5 "Sykdom/psykiatri"-meldinger i 2009. Totalt er disse 21 personene registrert med 154 "Sykdom/psykiatri"- meldinger i perioden. Dette innebærer at de står for ca. 20 % av psykiatrioppdragene. 19 av de 21 er registrert med andre forhold også, totalt står disse 21 personene for 302 PO-meldinger i 2009. Det høyeste antall PO-meldinger som er registrert på en person i dette utvalget er 60 meldinger, mens det høyeste antall "Sykdom/psykiatri"-meldinger som er registrert på en person er 13.

13 av "gjengangerne" var menn, 8 var kvinner. Aldersmessig var spredningen stor. Blant mennene var 2 personer mellom 18–20 år, 4 var 21-30 år, 2 var 31-40 år, 2 var 41-50 år mens 3 var 51-60 år. Blant kvinnene var 4 personer 21-30 år, 2 var 31-40 år og 2 var 41-50 år. Nesten to tredjedeler (14 personer) hadde en kjent institusjonstilhørighet (dog fremgår det sjelden om det er dag- eller døgnplass, eller tvungent ettervern det dreier seg om). 7 personer (5 menn og 2 kvinner) hadde ingen kjent institusjonstilhørighet. 5 av mennene var tilknyttet et DPS, 1 var tilknyttet PFA, mens 2 av dem bodde i en bemannet bolig. Blant kvinnene var 5 tilknyttet et DPS mens 1 var tilknyttet PFA. Manglende institusjonstilhørighet ser ikke ut til å generere flere PO-meldinger i gjengangergruppa: Tredjedelen (8 "gjengangere") uten kjent institusjonstilhørighet står for en tredjedel av meldingene (50 "Sykdom/psykiatri"-meldinger) mens gruppen med kjent institusjonstilhørighet (14 personer, altså to tredjedeler av "gjengangerne") står for to tredjedeler av meldingene (104 "Sykdom/psykiatri"-meldinger). Når det gjelder sykdomsbilde, er psykoselidelser (herunder schizofreni) klart vanligst – 12 av personene er oppgitt å lide av en psykoselidelse. For 5 av dem er det indikert at problematikken er emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse. I 3 tilfeller er det ikke oppgitt informasjon om sykdomsbilde, mens 1 person havner i kategorien "annet" grunnet andre lidelser. To tredjedeler (14 personer) har rusproblematikk, mens det for 7 personer (6 menn og 1 kvinne) ikke er oppgitt informasjon som tyder på dette. 4 av de 14 "gjengangerne" som også har rusproblemer har ingen kjent institusjonstilhørighet. Samlet sett indikerer dette at gruppen som har samtidig rus- og psykiatriproblematikk er en ressurskrevende gruppe for politiet.

Kjennetegn ved oppdragene

Antall oppdrag

Tabellen viser antall oppdrag per måned fordelt per driftsenhet.

Driftsenhet	Jan	Feb.	Mars	April	Mai	Juni	Juli	Aug.	Sept.	Okt.	Nov.	Des.	**Sum**
Horten	8	5	5	7	12	13	9	8	8	7	10	7	**99**
Tønsberg	19	19	24	18	17	17	24	23	35	23	28	16	**263**
Sandefjord	10	10	7	10	15	8	18	11	11	9	3	10	**122**
Larvik	14	9	13	11	12	12	9	13	9	19	17	19	**157**

Holmestrand	3	2	3	4	6	6	7	3	1	6	4	1	**46**
Indre Vestfold	3	5	3	1	2	2	1	3	7	1	3	2	**33**
Stokke	4	5	0	0	1	1	5	1	1	1	0	3	**22**
Tjøme	0	2	1	3	1	2	1	0	2	0	2	1	**15**
Totalt	**61**	**57**	**56**	**54**	**66**	**61**	**74**	**62**	**74**	**66**	**67**	**59**	**757**

Nesten 35% av psykiatrioppdragene finner sted i Tønsbergs politistasjons område – dette er ikke overraskende, gitt befolkningstallet og nærheten til PFA (både akuttpostene, langtids- og sikkerhetsseksjonen er innenfor Tønsberg politistasjons område). Når det gjelder månedene, er fordelingen jevn. De to månedene som peker seg ut med flest psykiatrioppdrag er juli og september (begge månedene har 74 oppdrag, noe som utgjør 9.8% av oppdragene). Variasjonen er allikevel ikke stor sett i forhold til antall oppdrag.

For tidspunkt for meldingsmottak, viste analysene at 487 (64.3%) av meldingene kom inn på en hverdag (definert som mandag klokken 08 frem til fredag klokken 16) mens 270 (35.7%) oppdrag ble meldt inn på en helligdag/helgedag (definert som fredag kl.16.01 til mandag kl. 07.59 samt helligdager). Videre ble det funnet at 311 (41.1%) av oppdragene fant sted på dagtid (kl.08-16), 255 (33.7%) fant sted på kveldstid (kl.16-23) og 191 (25.2%) fant sted på nattestid (kl.23-08). Dette innebærer at mange oppdrag kommer inn også når store deler av hjelpeapparatet har åpent på dagtid.

Melder

Melder refererer til hvem som henvender seg til politiet. Det er så og si alltid beskrevet hvem melder er i meldingene i "Sykdom/psykiatri"-kategorien.

Tabellen viser melderkategori, antall henvendelser og prosentandel av alle oppdragene i synkende rekkefølge.

Melder	**Antall henvendelser**	**Prosent (av alle oppdrag)**
Pårørende/familie/venn/kollega	139	18.4 %
Distriktspsykiatrisk senter (DPS)	113	14.9 %
Forbipasserende/butikkansatte/hotellansatte/bankansatte m.m	79	10.4 %

Legevakt/akuttmottak	72	9.5 %
AMK	64	8.5 %
Vedkommende selv	53	7.0 %
Ansatte i bemannet bolig/bofellesskap	47	6.2 %
Psykiatrisk fylkesavdeling (PFA)	36	4.8 %
Oppdraget startet som pågripelse, politiinitiativ eller ble varslet av annet politidistrikt eller krimvakta	30	4.0 %
Nabo/utleier/huseier/leieboer	28	3.7 %
Fastlege/psykolog/psykiater/kommuneoverlege	27	3.6 %
Kommunalt ansatt, herunder rus- og psykiatriteam	19	2.5 %
Øvrig hjelpeapparat, herunder rusomsorg og eldreomsorg	12	1.6 %
110	7	.9 %
Kriminalomsorgen	6	.8 %
Hjemmetjenesten/hjemmesykepleien	5	.7 %
Informasjon mangler	5	.7 %
Barnevernet	4	.5 %
Alarmselskap	4	.5 %
Operatør for hjelpetelefon	3	.4 %
Asylmottak	1	.1 %
Andre	1	.1 %
BUPA	1	.1 %
Ambulant akutteam	1	.1 %
Total	757	100%

Videre analyser hvor det ble sett nærmere på "melder"-variabelen viste ingen spesielle tendenser knyttet til driftsenhet eller måned. Det er interessant å se hvor stor spredningen er på de ulike melderkategoriene – det er mange ulike grupper og personer som henvender seg

til politiet i forbindelse med psykiatrioppdrag. Et spesielt interessant funn er hyppigheten av "tilfeldige" meldere som ikke har noen relasjon til vedkommende det meldes om (forbipasserende, butikkansatte m.m.) – denne gruppen har ringt inn flere meldinger enn legevaktene. Oversikten viser også at mange henvendelser kommer fra andre enn hjelpeapparatet. Slike forhold er viktige å ta hensyn til når rundskriv og samarbeidsrutiner utarbeides. Det er også et viktig poeng i forhold til debatten rundt psykiatrioppdrag, hvor det ofte hevdes at mange egentlig bare er transportoppdrag som tilfaller helsevesenet selv, men som "skyves over" på politiet grunnet ressurs-/personellmangel. Rundskrivet som i dag regulerer samarbeidet mellom politiet og psykisk helsevern (Helsetjenestens og politiets ansvar for psykisk syke - oppgaver og samarbeid, utgitt av Politidirektoratet og Sosial- og helsedirektoratet i 2006) trekker opp retningslinjer for saker der helsevesen og politi skal samhandle – men som det fremgår er kommuner, andre instanser og publikum også viktige aktører. Nevnte rundskriv er for øvrig under revisjon.

Type henvendelse

Type henvendelse refererer til hva det meldes om – hva er det melder ønsker bistand til eller ønsker å formidle til politiet? Den hyppigste enkeltårsaken viste seg å være politibistand til fremstilling og/eller (tvangs-)innleggelse, disse henvendelsene står for en fjerdedel av henvendelsene. 70 av disse bistandsforespørslene kom fra et DPS, og det er en klar tendens til at det er hjelpeapparatet (psykisk helsevern, legevakt, fastlege m.fl) som kommer med disse forespørslene. Kun 10 av forespørslene om bistand til fremstilling og/eller (tvangs-) innleggelse kom fra pårørende/familie/venn/kollega. Pårørende/familie/venn/kollega-kategorien meldte hyppigst ifra om selvmordsfare (61 oppdrag).

126 oppdrag startet som politioppdrag – dette innebærer at meldingen som kom inn dreide seg om andre forhold enn psykiatri, men at oppdraget utviklet seg til et psykiatrioppdrag. Typiske forhold som utløste oppdraget var kategoriene "ordensforstyrrelser på offentlig eller privat sted", "støymeldinger" og "tvang/trusler". Noen av meldingene bærer helt klart preg av at det er den psykiske lidelsen som er problemet/årsak til henvendelsen – for eksempel folk som snakker høylytt med "stemmer" utendørs uten at melder attribuerer atferden til psykisk lidelse, men tror at noen krangler.

I andre saker er det vanskelig å avgjøre hvor viktig den psykiske lidelsen er for henvendelsen – mange av disse sakene er krangler mellom vedkommende og samboer/familie, forhold som forekommer også uavhengig av psykisk lidelse. Den melderkategorien som meldte om flest politioppdrag innenfor denne kategorien var forbipasserende, butikkansatt og lignende (41 oppdrag), mens pårørende/familie/venn/kollega-kategorien meldte om 33 politioppdrag. Omfanget av denne oppdragstypen er interessant fordi dette er oppdrag hvor det er naturlig at det er politiet som får melding og rykker ut. For kategorien "utagering eller fare for utagering i institusjon" var bemannet bolig/bofellesskap oftest melder med 14 saker, mens DPS hadde 7 saker, legevakt/akuttmottak hadde 4 saker og PFA hadde 2 saker. Anmodning om bistand til tilbakeføring til institusjon ble oftest fremsatt av PFA (10 tilfeller), mens DPS var melder i 7 saker.

Type henvendelse	**Antall**	**Prosent (av alle oppdragene)**
Bistand til fremstilling og/eller (tvangs-)innleggelse	190	25.3 %
Melding om selvmordsfare	127	16.9 %
Politioppdrag (ordensproblem på offentlig eller privat sted, tvang/trusler, husbråk, trafikkforhold m.m)	126	16.8 %
Bekymringsmelding	95	12.6 %
Bistå AMK/lege/helsepersonell/barnevernet	47	6.3 %
Ønske om hjelp til seg selv	43	5. 7 %
Melding om rømt/savnet pasient/beboer	37	4.9 %
Utagering eller fare for utagering i institusjon/bolig	35	4.7 %
Bistand til tilbakeføring til institusjon	24	3.2 %
Hjelp med tvangstiltak utenfor institusjon (tvangsmedisinering)	9	1.2 %

Brann	9	1.2 %
Overføring av psykiatrisk pasient (fra en psykiatrisk institusjon til en annen)	5	.7 %
Hjelp med tvangstiltak i institusjon (beltelegging i post)	2	.3 %
Bistand til legebehandling	2	.3 %
Trussel mot politiet	1	.1 %

Når det gjelder dem som kun er registrert med én "Sykdom/psykiatri"-melding er det noen forskjeller kontra dem som er registrert med flere slike meldinger. Den hyppigste årsaken til ønske om hjelp fra politiet for gruppen som kun er registrert med en "Sykdom/psykiatri"-melding er melding om selvmordsfare (28.7%). For gruppen som er registrert med flere "Sykdom/psykiatri"-meldinger er det tilsvarende tallet 12.8%. Dette kan skyldes at selvmord/selvmordsforsøk forekommer i alle lag av befolkningen, og at selvmordsfare kan utløses av akutte kriser eller rusbruk, uavhengig av om det er en psykisk lidelse med i bildet eller ikke. Kategorien "bistand til fremstilling og/eller (tvangs-)innleggelse" dreide seg i 147 tilfeller om noen som var registrert med flere "Sykdom/psykiatri"-meldinger.

Ble bistand gitt?

Bistand ble gitt i 93.3% av sakene. Bistand ble avslått i 23 tilfeller (3%). Årsaken til avslag på bistand er oppgitt i 22 av disse tilfellene. I 12 tilfeller mente operatøren at politiet ikke var bistandspliktige, i 10 tilfeller ble oppdraget avvist på grunn av manglende kapasitet.

De 12 oppdragene som ble avslått fordi det ble vurdert at politiet ikke var bistandspliktige (det vil si at operatøren på Operasjonssentralen ikke finner at vilkårene for politibistand er oppfylt), fordelte seg som følger: 8 forespørsler om bistand til fremstilling eller tvangs-innleggelse, 1 melding om ønske om hjelp til seg selv, 1 melding om utagering eller fare for utagering i bolig/institusjon, 1 melding om bistand til tilbakeføring til institusjon og 1 forespørsel om bistand til legebehandling. De 10 oppdragene som ble avslått fordi det ikke var kapasitet, fordelte seg som følger: 4 bekymringsmeldinger, 2 meldinger om politioppdrag,

2 forespørsler om bistand til fremstilling eller (tvangs-)innleggelse, 1 forespørsel om bistand til legebehandling og 1 melding om rømt/savnet pasient/beboer.

28 oppdrag (3.7%) bortfalt. Der hvor transportoppdrag bortfalt (henvendelser hvor bistand ikke ble gitt er ikke regnet med her) er det sett nærmere på hvem som tok transporten. Bortfall av transportoppdrag utgjør 19 oppdrag, og for 11 av disse er det ikke oppgitt hvem som tok transporten. Av de øvrige 8 oppdragene tok institusjons-/boligansatte 4 oppdrag, ambulansen tok 2 oppdrag, taxi ble brukt som transportmiddel i ett tilfelle og i ett tilfelle er transportøren i kategorien "Andre" (vedkommende kom over personen tilfeldig, og kjente ikke vedkommende, men kjørte til legevakta). Melder der hvor oppdrag bortfaller er oftest et DPS (11 oppdrag). Enkelte av oppdragene bortfalt fordi politiet ikke hadde kapasitet til å løse oppdraget innen kort tid – det vil si at politiet tok oppdraget, men gjorde oppmerksom på at det kunne ta tid før en patrulje var ledig. Manglende kapasitet er derfor en medvirkende årsak til at oppdrag bortfaller.

I 6 tilfeller hvor bistand ble avslått (3 avslag skyldtes manglende kapasitet, 3 avslag skyldtes at det ble vurdert at politiet ikke var bistandspliktige) og i 6 tilfeller hvor oppdraget bortfalt førte senere meldinger til bistand. Her er det kun tatt med de tilfellene hvor den nye meldingen er ført på samme melding, eller der hvor den nye meldingen innkommer i løpet av få timer. Videre er det kun tatt med de tilfellene der neste melding også er kodet som "Sykdom/psykiatri". I praksis er derfor dette tallet høyere dersom man regner med alle typer oppdrag (for eksempel ordensforstyrrelser, trafikkforhold m.m.) eller utvider tidsintervallet til 24 timer. Oppsummert kan det sies at politiet jevnt over yter bistand til psykiatrioppdrag. Et forbehold her må være at det kan tenkes at avslåtte oppdrag ikke logges i PO-loggen, selv om de skal loggføres.

Tiltak fra melder

Ved gjennomlesning av hver enkelt oppdragslogg er det vurdert hvorvidt melder selv har gjort tiltak av relevans for oppdraget. Eksempler på tiltak er å ordne med innleggelse (kun aktuelt der melder har mulighet), lokalisere rømt eller savnet pasient/beboer, kontakte lege/helsevesen (for eksempel varsle om fremstilling) og å løse situasjon (for eksempel ved utagering). I noen tilfeller kan ikke slike tiltak forventes – for eksempel ved trusler med våpen, alvorlige utageringer og lignende. Det er også mulig at det er gjort tiltak som det enten ikke er opplyst om, eller som ikke har blitt loggført. Det er også viktig å merke seg at det kun

er tiltak fra *melder* som er kodet – dersom pårørende er melder, mens fastlege har ordnet med innleggelse vil dette ikke fremgå. Dette er kun aktuelt i noen få saker. I 191 tilfeller er det vurdert dit hen at melder har truffet tiltak av relevans for det de melder om. Den melderkategorien som oftest ble vurdert til å ha gjort tiltak, var DPS med 56 saker (noe som utgjør drøyt 63% av sakene hvor DPS var melder).

Utrykningskjøring

Utrykningskjøring (bruk av blålys og/eller sirene) er kodet som en egen variabel fordi det sier noe om hvor mange oppdrag som vurderes til å være akutte situasjoner som krever umiddelbar respons. Det ble kjørt utrykning i 87 tilfeller (noe som utgjør 11.5 % av oppdragene). Den vanligste melderkategorien var pårørende/familie/venn/kollega, som var melder i 24 av sakene. I 18 tilfeller var AMK melder. De fleste psykiatrioppdrag er dermed ikke vurdert til å være hasteoppdrag.

Ønske om hjelp

I 103 saker (13.6% av alle oppdragene) ga vedkommende uttrykk for å ville ha hjelp fra psykiatrien, i form av behandling, oppfølging eller innleggelse. 66 av disse sakene dreide seg om menn, mens 37 oppdrag dreide seg om kvinner.

Sivilt kjøretøy/antrekk

Analysene viste at 17 oppdrag (2.2%) ble utført med sivil bil. Fordi oppdragene nesten utelukkende ble utført av polititjenestemenn som vanligvis har sivilt antrekk (for eksempel etterforskere) er det grunn til å tro at også antrekket var sivilt. Der ansatte på ordensseksjoner utfører psykiatrioppdrag i sivil er det nesten alltid snakk om tjenestemenn som er leid inn på overtid, og da ofte i forbindelse med lengre transporter.

Maktbruk/bevæpning

Med maktbruk menes bruk av håndjern, fysisk makt, pepperspray, batong, skytevåpen, samt å ta seg inn i bolig på en sånn måte at det oppstår ødeleggelse (for eksempel knuse vindu). Tallene for bevæpning (pistol, maskinpistol, langkølle og pepperspray) er meget sikre. Der bevæpningsordre gis, eller polititjenestemennene bevæpner seg selv etter en vurdering av situasjonen, skal det føres i PO-loggen. Tallene for bruk av fysisk makt er beheftet med mer usikkerhet. For det første er det i noen tilfeller et spørsmål om skjønn hva som skal regnes

som maktbruk (hva med geleiding og holding?) og for det andre er det ikke krav om dokumentasjon på samme måte som det stilles til bevæpning.

Polititjenestemenn bevæpnet seg med skytevåpen 8 ganger i forbindelse med psykiatrioppdrag, og i samtlige tilfeller dreide oppdragene seg om menn. I 5 tilfeller var bakgrunnen for oppdraget melding om selvmordsfare, i 2 tilfeller dreide det seg om politioppdrag (ordensproblem på offentlig eller privat sted, tvang/trusler, husbråk, trafikkforhold m.m.) og i 1 tilfelle var henvendelsen et ønske om hjelp til seg selv. Årsaken til at det ble gitt bevæpning i forbindelse med selvmordsfare, var primært at vedkommende hadde eller ble antatt å ha tilgang til skytevåpen.

Maktbruk har kun blitt vurdert der hvor operative tiltak ble satt inn (N=690). Det er oppgitt at makt ble bruk i 24 tilfeller (3.5%), mens det i 14 tilfeller (2%) regnes som sannsynliggjort at makt ble brukt på bakgrunn av en skjønnsmessig vurdering av ordlyd og hendelsesforløp. Det er ingen påfallende forskjeller mellom driftsenhetene når det gjelder hyppighet av maktbruk. Ser man tallene for maktbruk i sammenheng med totalt antall oppdrag for dag/kveld/natt, så fremgår det at makt ble brukt i 3.5% av alle oppdrag på dagtid (311), 3.1% av alle oppdrag på kveldstid (255) og 2.6% av alle oppdrag på nattestid (191). Det er altså ingen store forskjeller i maktbruk avhengig av når på døgnet oppdraget finner sted. Heller ikke for hverdag kontra helg/helligdag er det forskjeller utover det som forventes basert på antall oppdrag. Det er heller ingen entydige tendenser når det gjelder verken melderkategori eller type henvendelse. For å ha et sammenligningsgrunnlag, ble det innhentet tall fra Psykiatrisk ambulansetjeneste (PA) i Bergen. PA har grundig statistikkføring, og deres tall viser at fysisk makt ble brukt i ca. 6.5% av oppdragene (4641 oppdrag). Videre ble rundt 86% av oppdragene løst uten politibistand.

Maktbruk og kjønn

Kjønn	Maktbruk: Ja	Nei, men grunn til å tro at makt ble brukt basert på formuleringer i PO	Totalt
Mann	12	5	17
Kvinne	12	9	21

Det ble altså oftere brukt makt mot kvinner, dersom man tar med oppdragene hvor maktbruk er vurdert som sannsynlig. Her er det viktig å huske at under halvparten av oppdragene (39.6%) dreide seg om kvinner. Aldersgruppene 21-30 år og 41-50 år skiller seg noe ut, med henholdsvis 15 og 12 tilfeller av maktbruk. Av 38 oppdrag hvor makt faktisk eller sannsynligvis ble brukt dreide nær halvparten seg (17 oppdrag) om en person med en kjent institusjonstilhørighet. I 7 tilfeller dreide det seg om bemannet bolig/bofellesskap, i 6 tilfeller dreide det seg om et DPS, i 3 tilfeller var tilhørigheten til PFA og 1 tilfelle var vedkommende beboer på et flyktning-/asylmottak. I materialet totalt har 36.6% en kjent institusjonstilhørighet. Dermed er personer med en kjent institusjonstilhørighet noe overrepresentert når det gjelder maktbruk. I 29 tilfeller var vedkommende registrert med flere "Sykdom/psykiatri"-meldinger. I saker hvor vedkommende selv ønsket hjelp fra psykiatrien (N=103) ble det kun brukt makt i 1 tilfelle. 1 oppdrag utført i sivil involverte maktbruk – det ble banet vei gjennom å ta dør/vindu.

I de 24 tilfellene hvor maktbruk er oppgitt, er maktmidlene som følger:

Maktmiddel	**Antall oppdrag**
Håndjern og fysisk makt	8
Ta dør eller vindu (bane seg vei)	7
Pepperspray	5
Fysisk makt (holdegrep, legge i bakken m.m)	3
Håndjern	1

Der hvor maktbruk er vurdert som sannsynlig er det bruk av håndjern og fysisk makt som er aktuelt, da andre former for maktbruk dokumenteres i PO. Tallet for fysisk makt blir dermed 17 saker, dersom man tar med alle saker hvor maktbruk er vurdert som sannsynlig.

Trusler mot polititjenestemenn

Det er grunn til å tro at både vold og trusler underrapporteres, dette kan spesielt være aktuelt for verbale trusler og spytting. En årsak til dette kan være at truslene ikke oppleves som reelle, men heller som utslag av sykdom. Polititjenestemenn ble truet med våpen/farlig gjenstand under 8 oppdrag i 2009. Majoriteten (7) av våpnene var kniv, mens det i et tilfelle ble benyttet et slagvåpen. Utøverne var 3 menn og 5 kvinner. 7 av disse hadde en kjent

institusjonstilhørighet - 2 i bemannet bolig/bofellesskap, 2 på DPS, 2 på PFA og 1 i øvrige institusjoner (herunder rusomsorg og fengsel). Samtlige var registrert med flere "Sykdom/psykiatri"-meldinger. Aldersmessig er samtlige av kvinnene mellom 18-30 år, mens mennene havner i hvert sitt aldersintervall: 16-18 år, 21-30 år og 41-50 år. Det er oppgitt at polititjenestemennene brukte makt i 3 tilfeller hvor de ble truet med kniv, og det ble da benyttet pepperspray mot 1 mann og 2 kvinner. I tillegg er det for to oppdrag hvor politiet ble truet med våpen vurdert som sannsynlig at makt ble brukt. I tillegg ble det fremsatt verbale trusler mot polititjenestemennene ved 4 av disse tilfellene, og i samtlige saker ble truslene fremsatt av kvinner med en kjent institusjonstilhørighet. Ingen av truslene ble fremsatt i saker der vedkommende selv ga uttrykk for å ønske hjelp fra psykisk helsevern.

Vold mot polititjenestemenn

Polititjenestemenn ble utsatt for vold i 6 saker – 4 av sakene dreide seg om slag/spark, mens 2 av sakene dreide seg om spytting. Det er ikke registrert i PO at noen av tilfellene førte til personskade på polititjenestemennene. Spyttingen ble utøvd av 1 kvinne og 1 mann, mens vold ble utøvd av 1 mann og 3 kvinner. Det er ingen klar tendens med tanke på utøvers alder. Alle utøverne hadde en kjent institusjonstilhørighet. 3 av voldsutøverne hadde tilknytning til bemannet bolig/bofellesskap, mens 1 var tilknyttet et DPS. De to som spyttet var tilknyttet en bemannet bolig/bofellesskap og et DPS. Alle, unntatt en voldsutøver, var registrert med flere "Sykdom/psykiatri"-meldinger. Det er oppgitt at makt i form av håndjern og fysisk makt ble brukt ved 2 tilfeller (1 voldsepisode og 1 spytteepisode), mens det for de 3 øvrige voldsepisodene er vurdert som sannsynlig at makt ble brukt.

Tallene for trusler og vold mot polititjenestemennene er basert på informasjon i PO-meldingene, det er ikke sjekket hvorvidt det er opprettet sak på forholdet. I 2009 ble det totalt opprettet 59 saker for vold og/eller trusler mot offentlig tjenestemann, og nær samtlige omhandler polititjenestemenn. Det er en klart overvekt av menn blant utøverne – i perioden 2003-2008 var 84% av utøverne av vold og trusler mot polititjenestemenn menn (tallene er hentet fra en intern rapport i Vestfold Politidistrikt, forfattet av S. Fevang). Dette er en klar forskjell sammenlignet med tallene for psykiatrioppdrag presentert ovenfor, hvor kvinner er overrepresentert når det gjelder både trusler og vold.

Andre med på transporten

I rundskrivet fra Sosial- og Helsedirektoratet og Politidirektoratet "Helsetjenestens og politiets ansvar for psykisk syke – oppgaver og samarbeid" (2006) fremgår det at "som hovedregel skal helsepersonell være tilstede når bistandsoppdraget gjennomføres." Flere politidistrikter har også instruksfestet dette internt. For enkelte oppdragstyper er det ikke nødvendigvis så naturlig at helsepersonell blir med. Dette gjelder for eksempel meldinger om rømt/savnet pasient, og hvor politiet kommer over vedkommende. Det virker urimelig at transporten da skal utstå til helsepersonell kan komme til stedet og følge transporten. Rundskrivet spesifiserer heller ikke hva som skal regnes som "helsepersonell". Er det ansatte i det psykiske helsevern, eller ansatte i andre deler av helsevesenet også? Hva med kommunalt ansatte med helsefaglig utdanning og/eller bakgrunn, for eksempel sykepleiere som jobber i kommunen? Bør vedkommende ha vurderingskompetanse på ett eller flere områder?

Sett under ett er helsevesenet melder i over 40% av sakene, dersom man inkluderer kategoriene DPS, legevakt/akuttmottak, AMK, PFA og fastlege/psykolog/ psykiater/kommuneoverlege. I noen oppdrag var politiet tilkalt som bistand til helsepersonell som enten allerede var på stedet eller som på forhånd ville avtale politibistand, dette gjelder ambulanse i 36 tilfeller, legevakta i 7 tilfeller og fastlege i 1 tilfelle. I tillegg var helsepersonell/institusjonsansatte med på transporten i 41 tilfeller, det vil si at politiet tok transporten med helsepersonell som følge i politibilen. 32 av oppdragene fant sted på dagtid på en hverdag. Kjønnsfordelingen var relativt lik (22 menn og 19 kvinner).

Det er en helt klar tendens til at helsepersonell følger transporten primært i saker hvor det ble fremsatt anmodning om bistand til fremstilling og/eller (tvangs-)innleggelse. 34 av de 41 oppdragene hvor helsepersonell var med er kodet som dette. Henvendelseskategorien "Bistand til fremstilling og/eller (tvangs-)innleggelse" utgjør totalt 190 oppdrag, og helsevesenet var melder i 127 av disse sakene. Dette gir en prosentandel på 26.7% (34 av 127 oppdrag). 70 av disse henvendelsene kom fra et DPS, og det ble sendt med ansatt fra DPS i 20 av disse sakene. Med andre ord var ansatte fra DPSer med på i underkant av en tredjedel (28.5%) av disse transportene. I tillegg ble det sendt med ansatt fra DPS i 1 tilfelle hvor en person skulle tilbakeføres til institusjon. Ansatte i bemannet bolig/bofellesskap var med i 9 tilfeller (6 oppdrag hvor det ble bedt om bistand til fremstilling og/eller (tvangs-) innleggelse, 1 oppdrag som dreide seg om utagering i institusjon, 1 oppdrag som dreide seg om selvmordsfare og 1 oppdrag hvor det ble bedt om bistand til tilbakeføring til institusjon).

Ansatte fra PFA deltok på 4 transporter, hvorav 1 var bistand til fremstilling og/eller (tvangs-) innleggelse, 1 oppdrag hvor det ble bedt om bistand til tilbakeføring til institusjon, 1 oppdrag som startet med en melding om rømt/savnet pasient og 1 oppdrag hvor en psykiatrisk pasient ble forflyttet mellom to psykiatriske institusjoner. Kommunalt ansatt var med på 3 transporter, samtlige av disse var bistand til fremstilling og/eller (tvangs-)innleggelse. Øvrig hjelpeapparat (herunder rus- og eldreomsorg) var representert ved 2 tilfeller, begge oppdragene var bistand til fremstilling og/eller (tvangs-)innleggelse. I tillegg var fastlege med på 2 oppdrag - begge kodet som bistand til fremstilling og/eller (tvangs-)innleggelse. Det ser altså ut til at regelen om at helsepersonell som hovedregel skal være med ofte fravikes. Årsakene til dette kan være mange. Det kan for eksempel skyldes praktiske og bemanningsmessige hensyn – er det nok personale til å sende en person avgårde? Er det bil tilgjengelig, slik at vedkommende kan kjøre til stedet? Har politiet anledning til å vente på vedkommende?

Maktbruk for oppdrag der helsepersonell var med

For 2 oppdrag hvor helsepersonell var ble det oppgitt at makt i form av fysisk makt som holdegrep, legge i bakken m.m. ble brukt, og i begge disse tilfellene var vedkommende en kvinne. Det er ikke registrert at polititjenestemennene ble utsatt for verbale trusler, trusler med våpen/farlig gjenstand eller vold under noen av oppdragene hvor helsepersonell/institusjonansatte var med. I tillegg var pårørende eller venn med på 4 transporter (0.5%).

Oppdragets utfall

Utfall er oppgitt for 709 oppdrag, de bortfalte/avslåtte oppdragene samt noen av meldingene som ble sendt til obs er ikke med.

Utfall	Antall oppdrag	Prosent
Fremstilt for innleggelse	251	35.4%
Avlevert PFA etter avtale om innleggelse	114	16.1%
Ordnet på stedet (OPS)	87	12.3%
Transportert av ambulanse til sykehus/legevakt/akuttmottak	46	6.5%

Avlevert fastlege/legevakt/akuttmottak	43	6.1%
Tilbakeført til institusjon av polititjenestemennene	42	5.9%
Tatt hånd om av pårørende	19	2.7%
Returnerte selv til bolig eller institusjon	18	2.5%
Overtatt av øvrig hjelpeapparat	16	2.3%
Usikkert/uten resultat	16	2.3%
Satt i arrest/husville, for så å bli fremstilt for innleggelse	13	1.8%
Transportert av ambulanse til sykehus/legevakt/akuttmottak med følge av politiet	12	1.7%
Sak opprettet*	7	1%
Medisinert ved institusjon/politistasjon og hjemkjørt	5	.7%
Satt i arrest	4	.6%
OPS, ny melding førte til nytt oppdrag	4	.6%
Vurdert av lege pr. tlf, ikke innlagt	3	.4%
Avlevert DPS etter avtale om innleggelse	2	.3%
Kjørt til psykiatrisk institusjon av ansatte med følge av politiet	2	.3%
Frivillig opphold i arrest/husvill	1	.1%
Transportert av ambulanse til	1	.1%

PFA eller DPS		
Fremstilt av politiet, innlagt, tok drosje til psykiatrisk avdeling	1	.1%
Frivillig opphold i arrest (husville) ,deretter fremstilt for innleggelse	1	.1%
Avlevert DPS for fremstilling	1	.1%

* Koden "Sak opprettet" har kun blitt brukt der dette var det eneste utfallet. Saker ble opprettet i flere tilfeller, men dette er ikke sjekket via straffesaksregisteret (STRASAK).

Totalt ble det gjennomført 287 fremstillinger. Fremstilling resulterte i innleggelse i 61.3% av tilfellene, mens 37.9% av fremstillingene ikke endte med innleggelse. 16 innleggelser (5.6%) var frivillige. I 7 tilfeller ble innleggelse avslått grunnet rus. I 6 tilfeller der innleggelse ble avslått ble personen fremstilt på nytt og innlagt, mens det i 2 tilfeller ble foretatt en ny fremstilling som ikke førte til innleggelse. I 6 tilfeller der vedkommende ikke ble innlagt kom det inn nye meldinger i løpet av kort tid. I 3 tilfeller ble vedkommende fremstilt på nytt, og i samtlige tilfeller ble vedkommende innlagt. I 2 tilfeller ble det gitt oppfølging av andre instanser, mens det i 1 tilfelle ble gitt et muntlig pålegg om å holde ro. Det ble gjennomført 75 fremstillinger i saker der vedkommende hadde en kjent institusjonstilhørighet. I 36 av disse oppdragene hadde vedkommende tilhørighet til en bemannet bolig/bofellesskap, og 21 av fremstillingene førte til innleggelse. I 24 av disse oppdragene hadde vedkommende tilhørighet til et DPS, og 17 av fremstillingene resulterte i innleggelse. I 177 oppdrag var vedkommende allerede innlagt på DPS eller PFA.

Tidsbruk

I PO-loggen er tidsbruk oppgitt i formatet dd:tt:mm, altså dager, timer og minutter. Tidsbruken oppgis for aktiv tid, det vil si fra tiltak iverksettes til meldingen overføres eller avsluttes; ventetid, som er tiden fra meldingen mottas til tiltak iverksettes, og behandlingstid, som er total tidsbruk (aktiv tid+ventetid). Aktiv tid er utvilsomt den mest interessante variabelen av disse, fordi den gir det mest riktige bildet av hvor mye tid politiet bruker på psykiatrioppdrag. Tallene som fremkommer, vil være et estimat på hvor mye tid ordenstjenesten bruker på psykiatrioppdrag. Tid brukt av etterforskningsseksjoner vil f.eks ikke fremkomme, selv om enkelte psykiatrioppdrag krever etterforskning (f.eks saker som

involverer brann, trusler og vold). Heller ikke tid brukt av jurister/påtaleseksjoner vil fremkomme, selv om saker hvor det reises tiltale og/eller det må foretas en (pre-) judisiell observasjon kan være tidskrevende. Tallene gir derfor ikke noe helhetlig bilde av politiets tidsbruk, men det finnes ikke kilder for å studere tidsbruk for andre seksjoner enn ordenstjenesten. Dog er det ofte ordenstjenestens tidsbruk som regnes som mest interessant, fordi debatten ofte har dreid seg om tidsbruk knyttet til disse oppdragene. Oppgavene som utføres av andre seksjoner innen politi- og lensmannsetaten er dessuten i stor grad oppgaver som ikke kan utføres av andre instanser/organer, f.eks etterforskning av straffbare forhold.

I utregningen må det tas høyde for at det som hovedregel er flere tjenestemenn på hvert oppdrag – minimum to. I et fåtall saker er det brukt kun en polititjenestemann. Det er loggført bistand fra flere driftsenheter i 77 oppdrag, i tillegg er mange oppdrag løst ved hjelp av flere patruljer fra samme driftsenhet. Å tidsberegne bistanden som gis av andre driftsenheter/patruljer er i de fleste tilfeller vanskelig. I noen tilfeller løses oppdraget i sin helhet av flere patruljer, i andre tilfeller er bistanden kortvarig. SSB regner et årsverk som 1950 timer, dette tallet tar ikke høyde for ferieuker. I politiet vil ett årsverk, med fratrekk for fem ukers ferie, utgjøre 1809.5 timer (38.5 x 47). Analysene viste at aktiv tidsbruk var 900 timer og 7 minutter. Dersom man tar utgangspunkt i at nær alle oppdrag ble løst av minimum to polititjenestemenn, innebærer dette en tidsbruk på tilnærmet ett årsverk. Legger man til at endel oppdrag krever bistand fra mer en patrulje, og at det ofte er tidkrevende oppdrag som krever bistand (rundt 30% av oppdragene hvor flere driftsenheter bistod varte i 121-180 minutter) vil tallet bli høyere. I tillegg kommer oppdrag som burde vært kodet som "Sykdom/psykiatri". Estimatet for ordenstjenestens årlige tidsbruk på psykiatrioppdrag i Vestfold PD havner derfor på 1-1.5 årsverk.

Under ses oversikten over tidsbruk i intervaller.

Tidsbruk i intervaller (aktiv tid)	**Antall oppdrag**	**Prosentmessig fordeling**
Under 30 min	110	16.2%
30-60 min	164	24.2%
61-120 min	231	34.1%
121-180 min	113	16.7%

181-240 min	39	5.8%
241-300 min	10	1.5%
301-360 min	7	1.0%
361-420 min	1	.1%
421-540 min	2	.3%
Over 9 timer	1	.1%

Intervallkodingen viste altså at 91.2% av oppdragene ble løst innen tre timer.

Konklusjoner

Innledningsvis beskrev vi noen av de vanligste antagelsene knyttet til temaet psykisk helsevern og politi. Vi skal her kort prøve å vurdere dem i lyset av det datamaterialet som er beskrevet i artikkelen.

En lite antall "gjengangere" står for størstedelen av oppdragene

Det er ikke grunnlag for å si at noen få personer står for flertallet av oppdragene. Ser vi på personer med flere enn fem registreringer i 2009 er antallet 21, og disse er bakgrunn for bare en femtedel av oppdragene. 195 personer er bare registrert med en henvendelse. Det er likevel av interesse å se nærmere på personer med mange henvendelser. En intern kartlegging i PiV HF fra 2004 viste at de 10 pasientene som var innlagt flest ganger ved akuttavsnittet hadde en alvorlig psykisk lidelse i form av rusmisbruk kombinert med psykose eller personlighetsforstyrrelse. Disse hadde alle tilbud om behandling hvor flere instanser var inne i bildet, men syntes i mindre grad å nyttiggjøre seg dette tilbudet. Spørsmålet en kan stille seg er om det er mulig å gi disse pasientene et bedre tilbud, og i så fall på hvilken måte. Sannsynligvis vil det kreve et enda tettere samarbeid mellom involverte etater.

Psykiatriske pasienter er farlige, og oppdragene krever ofte bruk av makt

Det ble i 2009 registrert vold mot polititjenestemenn under 6 av de 757 oppdragene som er med i datasettet. Politiet ble truet med våpen/farlig gjenstand under 8 av oppdragene. Makt ble brukt i mellom 24 og 38 av oppdragene. Selv om det er grunn til å tro at vold og trusler underrapporteres er det ikke grunnlag for å si at psykiatriske pasienter generelt sett er farlige.

En rekke hendelser som involverer polititjenestemenn og personer med psykiske lidelser har fått stor oppmerksomhet i media. Fordi traumatiske hendelser huskes bedre enn dagligdagse hendelser kan slike hendelser bli en del av polititjenestemenns kollektive hukommelse og bidra til en oppfatning av personer med psykiske lidelser som farlige. Ulykkes- og skadestatistikk viser dog at det er en rekke hendelser som involverer polititjenestemenn og personer med en psykisk lidelse. I følge rapporten "Arbeidstilsynets kampanje i politi- og lensmannsetaten 1998-2000" (T. C Wathne, 2001) var det i årene 1978-1999 ni arbeidsrelaterte dødsulykker i politi- og lensmannsetaten. Fire av de ni polititjenestemennene som omkom, ble drept av det som i rapporten karakteriseres som en "psykisk ustabil person". Yrkesskader innmeldt pr. år varierer mellom 350 og 450 skader, men det antas å være mørketall grunnet underrapportering. De fleste av disse skadene (16 %) skjedde under pågripelse av en person. 1 % av skadene oppstod i forbindelse med transport av psykiatrisk pasient. Denne rapporten har vist at "psykiatrioppdrag" er en heterogen betegnelse – det er mange ulike typer oppdrag som sorterer under denne betegnelsen. Enkelte psykiatrioppdrag vil utvilsomt være beheftet med risiko for den enkelte polititjenestemann, men det gjelder også mange andre oppdrag som politiet utfører. Det finnes ikke grunnlag for å sette merkelappen "farlig" på verken de fleste psykiatriske pasienter eller de fleste psykiatrioppdrag.

Politiet bruker svært mye tid på psykiatrioppdrag

Ut fra et estimat på hvor mye tid politiet bruker på psykiatrioppdrag i Vestfold viser rapporten at mellom 1 – 1,5 årsverk går med til dette. Med utgangspunkt i dagens helsepolitikk som legger opp til en desentral modell, lite bruk av tvang i form av å holde pasienter innlagt i institusjon og en høy andel personer med kombinasjonen rusmisbruk og alvorlig psykisk lidelse vil det være et skjønnspørsmål om 1,5 årsverk knyttet til et fylke med 220 000 innbyggere er mye eller ikke. Det har imidlertid vært tilbakemeldinger fra politiet om at de i noen tilfeller bruker lang tid på å vente på vurderinger eller må utføre unødige transportoppdrag. Det er viktig at samarbeidsforumet arbeider videre med å sikre at politiet ikke må bruke mer tid enn nødvendig på denne type oppdrag. Samtidig er det viktig at polititjenestemenn er klar over de lovmessige begrensninger som er lagt for helsepersonells mulighet for bruk av makt på offentlig sted.

Det er mange som havner "mellom to stoler" og som ikke har noe tilbud fra hjelpeapparatet

Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern understreker at frivillighet skal være det bærende element i all psykiatrisk behandling. Bare der dette ikke fører frem er tvang et alternativ, men også da ut fra klare lovfestede kriterier. En person kan således være påfallende i form av avvikende atferd uten at kriterier for bruk av tvang er til stede. Den som har en alvorlig psykisk lidelse har rett til et behandlingstilbud. En må imidlertid skille mellom personer som ikke får noe tilbud, og i hvilken grad de ønsker eller er i stand til å nyttiggjøre seg tilbudet. Samtidig stiller pasienter med sammensatte og omfattende lidelser store krav til samhandling internt i spesialisthelsetjenesten og mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene. For noen pasienter vil det kunne oppstå tilbakevendende kriser knyttet til personlighetsforankrede problemer. I en del tilfeller vil henvendelse til politiet da være begrunnet i utagerende atferd, selvskading, trusler om selvmord, forvirring / beruselse m.m. Dette er ofte pasienter hvor vi vet at lengre innleggelse ikke har noen effekt. Behandling skal skje poliklinisk med korte innleggelser i forbindelse med kriser. For polititjenestemenn som må bruke tid på fremstilling av pasienter de ser på gaten noen dager senere kan nok dette virke frustrerende. Det er imidlertid ikke nødvendigvis et tegn på at pasienten faller mellom to stoler.

Selv om politiloggen ikke nødvendigvis gir et bilde av hvor mange som havner mellom to stoler i hjelpeapparatet, kan den gi et bilde av hvor mange som vurderes som for friske til å innlegges, men som politiet vurderer som ute av stand til å ta vare på seg selv. Etter Politilovens § 12 har politiet plikt til å hjelpe syke personer. I lovteksten står det at "Politiet skal hjelpe eller sørge for hjelp til syke personer som ikke er i stand til å ta vare på seg selv, når ingen pårørende eller andre ansvarlige er til stede og kan ta seg av dem. Politiet skal i slike tilfeller øyeblikkelig varsle lege dersom en persons helsetilstand gir grunn til å anta at legehjelp kan være nødvendig og for øvrig, gjennom ansvarlig helsemyndighet eller på annen måte, søke å finne frem til en betryggende plassering. Når det er åpenbar grunn til å frykte at en person som politiet må ta hånd om etter første ledd, kan være til fare for seg selv eller andre, kan politiet ta vedkommende i midlertidig forvaring inntil betryggende plassering er funnet. Slik forvaring skal være så kortvarig som mulig og må ikke strekke seg ut over 24 timer."

For Vestfold Politidistrikts del ble 7 personer (4 menn og 3 kvinner) innsatt på § 12 i 2009. Dette tallet kunne i realiteten vært høyere, da det i praksis er underrapportering og underbruk av § 12. Samtlige som ble innsatt etter § 12 er registrert med flere "Sykdom/psykiatri"-meldinger. I samtlige saker ble vedkommende fremstilt for lege før eller etter innsettelse i arrest. I 1 tilfelle ble vedkommende innlagt etter å ha sittet over 1 døgn på celle, i de øvrige sakene ble innleggelse avslått. Totalt satt disse personene på celle i 4 døgn, 6 timer og 50 minutter. I tillegg kommer de som har opphold på såkalt "husvill", det vil si at de i mangel på bolig/oppholdssted selv ber om overnatting/opphold i celle. 8 av husvillovernattingene er vurdert til å ha tilknytning til psykiatri. I 7 tilfeller var det menn som ba om husvill, i 1 tilfelle var det en kvinne. Halvparten (4) var registrert med flere enn 1 "Sykdom/psykiatri"-melding. I 7 av tilfellene ble vedkommende fremstilt uten å bli innlagt, i det siste tilfellet kom henvendelsen om vedkommende fra legevakta som ikke hadde noe tilbud til vedkommende. Tidsmessig er den totale varigheten for bruk av celle i forbindelse med husvill med tilknytning til psykiatri 2 døgn, 12 timer og 55 minutter.

Meldinger kommer ofte inn når andre instanser har stengt, dvs. etter klokken 16 og i helger

64% av henvendelsene kommer på hverdager og 36% i helger. 41 % av oppdragene fant sted på dagtid, 34% på kveldstid og 25 % på nattestid. Et flertall av henvendelsene kommer således etter at de fleste kommunale instanser er stengt. I PiV HF er poliklinikkene ved DPSene stengt på kveldstid, men det er mulighet for å komme i kontakt med ambulante akutteam på kveldstid. Akuttavsnittet ved Psykiatrisk fylkesavdeling er åpent 24 timer i døgnet. Vi vil anta at politiet kan oppleve størst unødig tidsbruk der hvor personens tilstand ikke tilsier akuttinnleggelse, men at vedkommende mer er i behov av omsorg og sosiale tjenester , og da spesielt når disse behovene gjør seg gjeldende på kvelds- og nattestid.

Mange av oppdragene er rene transportoppdrag som egentlig tilfaller helsevesenet

Når så få av oppdragene krever bruk av makt fra politiets side kan det være naturlig å spørre seg om det i en del tilfeller har vært unødvendig å tilkalle politi. Helsepersonell vil peke på at de tilkaller politi i situasjoner hvor de føler seg uttrygge på om det kan oppstå voldelige episoder eller i situasjoner hvor de vurderer at lovverket ikke åpner for maktbruk overfor pasienten. I mange tilfeller mener de at tilstedeværelsen av polititjenestemenn i seg selv bidrar til å roe ned situasjonen. Det er mulig at behov for tilstedeværelsen av politiet vil bli vurdert

noe forskjellig av helsepersonell og polititjenestemenn i slike situasjoner. Lovhjemmel for anvendelse av mild maktbruk fra helsepersonell sin side synes også å vurderes noe ulikt på landsbasis. Når det gjelder rene transportoppdrag er det nå innført nye prosedyrer i Vestfold i form av at AMK-sentralen er den instansen som får henvendelse om oppdrag. Det er også de som avgjør om det er behov for assistanse fra politiet.

Ordforklaringer

AMK:	Forkortelse for akuttmedisinsk kommunikasjonssentral
BUPA:	Forkortelse for Barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling
DPS:	Forkortelse for distriktspsykiatrisk senter. Det er to DPSer i Vestfold som begge tilbyr poliklinisk behandling og døgnbehandling.
PFA:	Forkortelse for Psykiatrisk fylkesavdeling. Avdeling ved Psykiatrien i Vestfold HF som blant annet omfatter akuttenheter og sikkerhetsenhet.
PO- logg:	Forkortelse for politiets operative logg.
Psykisk helsevern:	Betegnelse på tilbud til mennesker med psykiske lidelser. Omfatter både spesialisthelsetjenesten og kommunale tjenester.
Spesialisthelsetjeneste:	Tilbud på spesialistnivå. For psykisk helsevern i Vestfold omfatter det alle avdelinger under Psykiatrien i Vestfold HF.
1.-linje	Betegnelse på tjenester på kommunalt nivå.