

Politiets glattcelle er ikke et sted for syke mennesker

Tragedier i glattcellen

Innbringelser skjer fordi noen har vært truende, innblandet i slagsmål eller er blitt pågrepet etter lovbrudd eller pga. sterk grad av beruselse. Ofte ligger familietragedier eller personlig sammenbrudd bak. Noen av de innbrakte er gjengangere i politiarresten, oftest mennesker med oppvekst i karrige kår og med et liv preget av rusmiddelproblemer og sosial forkommenhet. Mange er bitre og vanskelige etter bitre og vanskelige liv. Noen er unge og uerfarne på rusmiddelarenaen. Innbringelse og arrest berører med andre ord mennesker i kriser og mennesker med ulike helseproblemer. Ifølge straffeprosessloven skal den arresterte fremstilles for retten innen 24 timer (unntak for helg og helligdager). Selve arrestsituasjonen og bruken av glattcelle er regulert av interne regler fastsatt av den sentrale politiledelsen.

Noen ganger skjer det som ikke skal skje: En innbrakt blir funnet livløs. Vinteren 1999 inntraff et slikt dødsfall i arresten på Hamar: En 19 år gammel mann døde på glattcelle uten at lege var tilkalt (1). Denne og liknende hendelser førte til at politidirektøren opprettet et utvalg for å utarbeide nye retningslinjer. Utvalgets legemedlem, Willy Aasebø, er førsteforfatter av en artikkel i dette nummer av Tidsskriftet (2). Der settes søkelyset på dødsfallene i alle landets arrestar i perioden 1993–2001. I løpet av disse ni årene døde 36 personer i glattcelle, i gjennomsnitt fire hvert år.

Hvordan skal dette tallet vurderes? I Norge er det gjennomsnittlig 66 300 innbringelser per år (2), altså mer enn en halv million i den undersøkte perioden. Antallet individer er betydelig lavere, men problemet er stort. Dødsraten, 0,6 per 10 000 innbringelser, er ikke i seg selv et høyt tall, men fire dødsfall per år, er fire for mye. Undersøkelsen til Aasebø og medarbeidere viser et bredt spekter av mennesker og dødsårsaker. Det er naturlig nok noen tilfeller av brå hjertedød. Noen er innbrakt med skader, særlig hjerneskader, som ikke oppdages tidnok. Noen begår selvmord, til tross for retningslinjer for å forebygge selvskading. Dette viser at politiet må ha god tilgang til helsetjenester og gode rutiner for å sikre den innsatte.

Problemet er særlig knyttet til bruk av rusmidler. 20 dødsfall (56 %) ble tilskrevet akutte forgiftninger, hvorav noe over halvparten med alkohol. Beruselse var den direkte årsak til innbringelsen i mer enn åtte av ti innbringelser som medførte dødsfall. Det er altså særlig når arrestanten er påvirket at det er fare på ferde, spesielt når politiet tror tilstanden er forårsaket av beruselse, men hvor uoppdaget diabetes eller hjerneskader forårsaker eller forverrer tilstanden. Politivold forekommer også i Norge (3), men undersøkelsen av Aasebø og medarbeidere (2) peker ikke i slike retninger. Situasjonen kan være en annen i land hvor politiet har andre roller og arbeidsbetingelser.

Søkelyset bør nå rettes mot rollefordeling og ansvar ved forgiftningstilstander med preg av beruselse. Helsevesenets selvbeskyttelse og fordommer kan lett skygge for helseoppgavene. Kanskje medfører vårt kulturelle syn på rusmidler en tendens til at oppgavene skyves over fra helsevesen til politi. Fyllearresten i Romerike politidistrikt tok i årene 1988, 1993, 1998 og 2000 imot mer enn åtte ganger så mange personer med akutt alkoholforgiftning enn det ansvarlige sykehuset i området (4). Det var en viss nedgang i bruken av fyllearrest, på tross av økende alkoholbruk i befolkningen. Dette kan skyldes at det sosiale hjelpeapparatet

i området tok et økt ansvar for gjengangerne, de mest forkomne. Sykehuset ble også brukt mer ved alkoholforgiftninger.

Hvordan er helsevesenet rustet til å bedømme helsetilstanden hos rusede personer? Få helseinstitusjoner har utviklet rutiner for dette. Ett viktig unntak er Oslo legevakt, som har opprettet en egen observasjonspost og har egne rutiner for observasjonene basert på en skala utviklet i Glasgow (5). Grunnlaget er gradering av alvorlighetsgrad i forhold til tale, blick og bevegelser slik at det lar seg gjøre å krysse av og regne ut en poengsum. Pupillforhold og respirasjonsfrekvens må bemerkes og bevissthetsgraden vurderes. Dersom rusen er så dyp at det er vanskelig å oppnå kontakt, eller dersom bevissthetstilstanden er lavere enn rimelig i forhold til ruspåvirkning, skal innleggelse overveies. Minimumskravet er gjentatte observasjoner til det er klart i hvilken retning tilstanden utvikler seg, for eksempel i en fire timers periode. Skjemaet stiller opp konkrete handlingsalternativer. Det er nyttig å ta i bruk slike systematiske rutiner for å fange opp kritiske grader av rus og tilfeller hvor andre lidelser er maskert.

Sammenlikninger med for eksempel Danmark og Nederland (2) og det forhold at antall dødsfall er påfallende lavt i Oslo (2), tyder på at antall dødsfall i arresten kan reduseres. Oslo kommune har opprettet en innbringertjeneste som tilkalles dersom det ikke foreligger voldelig atferd og trusler; bare da har politiet en rolle. Når politiet innbringer en sterkt påvirket person, skal vedkommende rutinemessig kjøres til Oslo legevakt, unntatt når det foreligger en urotilstand som gjør dette vanskelig. Alle innbrakte tilsees hver halvtime. Ved mistanke om helseproblemer kontaktes Legevakten, og lege kommer vanligvis innen én time. Dette samarbeidet mellom sosialvesen, helsevesen og politi kan tenkes å være en del av forklaringen på at antall dødsfall i arresten i Oslo er signifikant lavere enn i resten av landet. Dette viser at samarbeid nytter, og at helse- og sosialtjenestene er viktige samarbeidspartnere når de tar sitt yrkesetiske ansvar overfor mennesker med omfattende psykiske og somatiske helseproblemer. Artikkelen til Aasebø og medarbeidere (2) bør studeres av representanter for helse- og sosialtjenestene i alle fylker og kommuner.

Helge Waal

helge.waal@psykiatri.uio.no

Seksjon for kliniske rusmiddelproblemer
Ullevål universitetssykehus
0407 Oslo

Helge Waal (f. 1940) er professor og leder av Seksjon for kliniske rusmiddelproblemer ved Instituttgruppe for psykiatri, Universitetet i Oslo. Han ledet Sosialdepartementets prosjekt «Alternativ til fengsling av ungdom» 1980–84, var avdelingsoverlege ved Akuttinstitusjonen for stoffmisbrukere 1986–89 og ledet utredningsarbeid for og utvikling av medikamentassistent rehabilitering 1994–2000.

Litteratur

1. Høie IM. Berusede til lege eller rett i glattcelle? Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 1599.
2. Aasebø W, Erikssen J, Jonsbu J. Dødsfall i norske politiarrestar. Tidsskr Nor Lægeforen 2003; 123: 1066–7.
3. Bratholm A. Politivold: omfang, årsaker, forebyggelse: en studie i desinformasjon. Oslo: Tano. 1986.
4. Aasebø W, Erikssen J, Jonsbu J. Akutt alkoholforgiftning i sykehus og fyllearrest. Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 2683–5.
5. Nore AK, Ommundsen OE, Steine S. Hvordan skille mellom sykdom, skade og rus på Legevakten? Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 1055–8.