

Høringsutkast – Veileder om tvangstiltak ovenfor personer med rusmiddelproblemer etter helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 10

Publikasjonens tittel: Høringsutkast – Veileder om tvangstiltak ovenfor personer med rusmiddelproblemer etter helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 10

Utgitt:

Publikasjonsnummer: IS-2355

ISBN-nr.

Utgitt av: Helsedirektoratet
Kontakt: Avdeling psykisk helsevern og rus
Postadresse: Pb. 7000 St Olavs plass, 0130 Oslo
Besøksadresse: Universitetsgata 2, Oslo

Tlf.: 810 20 050

Faks: 24 16 30 01

www.helsedirektoratet.no

FORORD

Kommer etter ekstern høring.

INNHold

FORORD	2
INNHold	3
INNLEDNING	6
SAMMENDRAG	10
1 Brukermedvirkning ved bruk av tvang	12
1.1 Bruker/pasient er viktigste aktør	12
1.2 Etske betraktninger ved bruk av tvang	14
1.3 Pårørende	15
1.4 Barn av foreldre med omfattende rusmiddelbruk	16
2 Samarbeid og samhandling på tvers av tjenestenivåer	19
2.1 Tjenestenes ansvar og samarbeid ved bruk av tvangstiltak	19
2.2 Bistandsteam	21
2.3 Samarbeid ved graviditet	23
2.4 Individuell plan, kriseplan og koordinator	23
2.5 Taushetsplikt og informasjonsutveksling m.m.	24
2.6 Politiets rolle ved bruk av tvang	31
3 Vurderingsfasen	35
3.1 Når skal kommunen vurdere tvang?	35
3.2 Hva skal kommunen vurdere?	36
3.3 Pasienter med samtidig rus- og psykiske problemer (ROP)	37
4 Tvangstiltak ovenfor personer med rusmiddelproblemer	41
4.1 Oversikt over reglene	41
4.2 Tilbakehold i institusjon på grunnlag av samtykke, § 10-4	42

INNHOOLD

4.3	Tilbakehold i institusjon uten samtykke §§ 10-2 og 10-3	47
4.4	Midlertidige vedtak	55
5	Beslutningsfasen – Saks- og nemndsbehandling	59
5.1	Saksbehandling	59
5.2	Fylkesnemnda for barnevern og sosiale saker	60
5.3	Parter og andre aktører i prosessen	60
5.4	Dokumentasjon og relevante opplysninger til bruk i saken	62
5.5	Hastevedtak	64
5.6	Klage på hastevedtak	66
5.7	Ordinær behandling av vedtak om tilbakehold i fylkesnemnda	66
5.8	Vedtaket	69
5.9	Iverksettelse av vedtak	70
6	Tilbakeholdsfasen	72
6.1	Betydningen av brukermedvirkning, samarbeid og rutiner	72
6.2	Tilbud om individuell tilrettelagt behandling, kartlegging og utredning	73
6.3	LAR-behandling	74
6.4	Skjerming	74
6.5	Å jobbe med tilbakehold og tvang	74
6.6	Spesielt for tvang etter § 10-3 (gravide)	74
6.7	Forsvarlig utskrivning av pasienten	76
6.8	Tvangsinnlagte skal prioriteres i videre frivillig behandling	76
6.9	Andre forhold ved gjennomføring av tvang	77
7	Oppfølgingsfasen	81
7.1	Felles ansvar for forsvarlig oppfølging	81
7.2	Kommunens helhetlige og koordinerende ansvar	82
7.3	Partner, andre pårørende og nettverk	84
8	Referanser	86
9	Vedlegg	88
9.1	Helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 10	88

INNHOOLD

9.2	Hovedfunn i evalueringen	91
9.3	Vedtak i fylkesnemndene for sosiale saker	93
9.4	Samtykke	94
9.5	Tilbakemelding på bekymringsmelding fra pårørende	96
9.6	Innhenting av opplysninger § 10.2	97
9.7	Innhenting av opplysninger § 10.3	98
9.8	Innhenting av opplysninger uten brukerens samtykke	99
9.9	Samtykke til innleggelse med mulighet for tilbakehold etter helse- og omsorgstjenesteloven § 10-4 første avsnitt	100
9.10	Samtykke til innleggelse med mulighet for tilbakehold etter helse- og omsorgstjenesteloven § 10-4 annet avsnitt	101
9.11	Midlertidige vedtak etter § 10-2	102
9.12	Midlertidig vedtak etter § 10-3 (gravid)	104
9.13	Anmodning om godkjenning av midlertidig vedtak etter §§ 10-2 eller 10-3	105
9.14	Individuell plan	106
9.15	Kriseplan	109
9.16	Begjæring om tvangsinnleggelse til fylkesnemnda for barnevern og sosiale saker	110
9.17	Innkalling av vitner	117
9.18	Videreføring av vedtak etter helse- og omsorgstjenesteloven § 10-3	118
9.19	Fylkesnemndene er lokalisert 12 steder i Norge	119
9.20	Forslag til begrepsbruk på rusfeltet	121
9.21	Eksempel på bistandsteam – Vestre Viken	124

INNLEDNING

Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester av 24. juni 2011 trådte i kraft 1. januar 2012 som ledd i samhandlingsreformen. Lovens kapittel 10 viderefører bestemmelsene fra lov om sosiale tjenester av 13. desember 1991 kapittel 6 om særlige tvangstiltak overfor rusmiddelavhengige. Det er i § 10-2 gitt regler om tilbakehold i institusjon uten eget samtykke, § 10-3 om tilbakeholdelse av gravide rusmiddelavhengige og § 10-4 om tilbakehold i institusjon på grunnlag av eget samtykke.

Denne veilederen erstatter «Handlingsveileder i bruk av tvang overfor rusmiddelmissbrukere etter sosialtjenesteloven §§ 6-2, 6-2a og 6-3», I-0965/2000.

Gjennom evaluering¹ av regelverket vet man at det er betydelige variasjoner i rettsanvendelsen mellom ulike kommuner, som ikke kun kan forklares ut fra andel personer med rusmiddelproblemer. Det er også utfordringer knyttet til samhandling mellom tjenestenivåer og variasjoner i kvaliteten på gjennomføring av tvangsvedtak.

Formålet med veilederen er å bidra til *riktigere* bruk av tvang ved å gi anvisning på hvordan bestemmelsene i kapittel 10 skal forstås og anvendes, og gi veiledning til den faglige skjønnsutøvelsen, slik at de som blir underlagt tvang får et bedre grunnlag til å mestre sine rusmiddelproblemer enn før tvangsinnleggelsen.

Gjennom å bidra til en mer enhetlig og riktigere bruk av bestemmelsene er målet å sikre at det etableres sammenhengende og helhetlige pasient- og brukerforløp. Sentrale elementer i denne sammenheng er aktiv bruker- og pårørendemedvirkning, og et godt samarbeid og samhandling mellom tjenestenivåene både før, under og etter tvangsoppholdet.

Veilederen gjennomgår de ulike fasene i en tvangssak, og som vedlegg ligger ulike brev- og saksbehandlingsmalere.

Innholdet i veilederen er i seg selv ikke rettslig bindende for mottakerne. I prinsippet er veilederen å anse som en samling anbefalinger og råd. Det betyr imidlertid ikke at anbefalinger og råd som gis i faglige veiledere er uten enhver rettslig betydning. Helsedirektoratet har ansvar for lovfortolkning av bestemmelsene, og veilederen beskriver en praksis eller fremgangsmåte som ifølge Helsedirektoratet

¹ Rapport 2/2010, Uni Rokkansenteret. (http://pub.tv2.no/multimedia/TV2/archive/00845/Rapport_Tvang_over_845165a.pdf)

INNLEDNING

må anses å gjenspeile faglig forsvarlighet og/eller god praksis. Den som velger løsninger som avviker fra veilederens anbefalinger, må være forberedt på å kunne dokumentere og begrunne sine valg.

Målgruppen for veilederen er ansatte i kommunale helse- og omsorgstjenester/NAV-kommune med ansvar for å vurdere å følge opp bruk av tvang etter helse- og omsorgstjenesteloven, institusjoner og personell i spesialisthelsetjenesten med ansvar for gjennomføringen, samt Fylkesnemnda for barnevern og sosiale saker, som fatter vedtak i sakene. Veilederen vil også være nyttig for politisk og administrativ ledelse i kommunen og de regionale helseforetakene, samt for brukere og pårørende.

Veilederen er basert på et utkast utarbeidet av en bredt sammensatt arbeidsgruppe ledet av Kompetansesenter rus region øst ved spesialrådgiver Torhild Kielland. Arbeidsgruppen har som del av arbeidet også avholdt et stort rådslag der berørte instanser og personer deltok med viktige muntlige og skriftlige innspill. En stor takk til arbeidsgruppens medlemmer:

Karl Harald Søvig – dr. juris professor UiB

Kristin Tømmervik – fagdirektør Rusforetaket (Helse Midt-Norge)

Heidi Hansen – Rusmisbrukernes interesseorganisasjon (RIO)

Leiv Tungesvik – sosialsjef bydel Laksevåg, Bergen

Ove Veum – fylkesnemndsleder Hordaland

Arne Johan Vetlesen – professor i filosofi ved UiO

Siri Strømsmo – seniorrådgiver, Helsedirektoratet

Ragnhild Lien Myrholt – leder skjermet avd. og familieenheten Borgestadklinikken

Liv Drangsholt – spesialkonsulent, KoRus-Sør

Veilederen har lagt til grunn aktuelt kunnskapsgrunnlag, blant annet retningslinjen for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelser (ROP–retningslinjen), retningslinjen for gravide i legemiddelassistert rehabilitering og oppfølging av familiene frem til barnet når skolealder, retningslinjen for behandling og rehabilitering for rusmiddelproblemer og avhengighet, og veilederen «Sammen om mestring». Videre bygger den på kunnskapsoppsummeringen gjort av KORFOR i forkant av Stortingsmelding 30, kunnskapsoppsummeringen fra Atferdssenteret i 2011 om virksomme metoder i rusbehandling, og

INNLEDNING

på evalueringsrapporten, om bruk av tvang etter lov om sosiale tjenester §§ 6-2, 6-2a og 6-3, som UNI Rokkansenteret presenterte i 2010.

Begreper

I veilederen brukes begrepene pasient og bruker. Dette henger sammen med lovbestemmelser av nyere dato, særlig i pasient- og brukerrettighetsloven, som gir den enkelte pasient eller bruker rettigheter overfor helse- og omsorgstjenesten. Rettighetsbestemmelsene i tidligere kommunehelsetjenestelov og sosialtjenestelov ble tatt inn i pasientrettighetsloven da ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester trådte i kraft.

De tidligere tvangsbestemmelsene i sosialtjenesteloven brukte betegnelsen «*rusmiddelmissbruk*» eller kortformen «*missbruk*». I helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 10 har lovgiver endret betegnelsen til «*rusmiddelavhengig*». Begrepskiftet er likevel ikke konsekvent gjennomført. De som kan tvangsinnlegges er i § 10-2 definert som «*missbruk*» (underforstått av «*rusmidler*»). I § 10-3 er «*missbruket*» brukt i formuleringen av de nærmere vilkårene for tvangsinnleggelse. I § 10-1 om kommunens plikt til å vurdere bruk av tvang etter melding fra pårørende er «*rusmiddelmissbruk*» brukt. I spesialisthelsetjenesteloven § 2-1a(1)5 er f. eks. «*tværfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengighet*» brukt, men når denne tjenesten er vist til i pasient- og brukerrettighetsloven § 2-4, er den lovfastsatte betegnelsen «*rusmiddelmissbruk*».

Siktemålet med endringen av betegnelse fra «*rusmiddelmissbruk*» til «*rusmiddelavhengig*», er en språklig modernisering «*tråd med dagens språkbruk*» og ikke en realitetsendring (Prp. 91 L (2010-11) s. 502: «*Begrepet «rusmiddelavhengighet» omfatter også personer med et problematisk rusmiddelbruk som ikke nødvendigvis har utviklet seg til en avhengighet. Både personer med problematisk bruk og avhengighet vil kunne ha rett til behandling i spesialisthelsetjenesten og omfattes av reglene for tvang etter helse- og omsorgstjenesteloven kap. 10. Bruk av begrepet «rusmiddelavhengighet» i forhold til det tidligere brukte begrepet «rusmiddelmissbruk» innebærer således ingen innsnevring når det gjelder hvilke pasientgrupper som vil kunne tilbakeholdes etter tvangsbestemmelsene i helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 10. Det som bør ligge til grunn for tilgangen på ulike helsetjenester på dette området, er en vurdering av hvilke problemer bruken av rusmiddelet medfører for brukeren.»*

INNLEDNING

I veilederen benytter Helsedirektoratet i hovedsak begrepet «personer med rusmiddelproblemer» eller «personer med alvorlige rusmiddelproblemer»². Når innholdet i lovens vilkår omtales, benyttes lovens terminologi, i hovedsak i kapittel 2.5 vedrørende taushetsplikt og informasjonsutveksling m.m. og i kapittel 4 vedrørende tvangstiltak ovenfor personer med rusmiddelproblemer.

² Se vedlegg 9.20, Forslag til begrepsbruk på rusfeltet (notat til Helse- og omsorgsdepartementet).

SAMMENDRAG

Kommer etter ekstern høring.



**BRUKERMEDVIRKNING VED BRUK AV
TVANG**

1 BRUKERMEDVIRKNING VED BRUK AV TVANG

Aktiv involvering av brukeren/pasienten i valg av tjenester og behandling er både en rettighet for den enkelte og en faglig anbefaling. I situasjoner hvor det gjøres inngrep i en persons selvbestemmelse, og hvor inngrepet kan oppleves som krenkende, er dialog og medvirkning særdeles viktig. Kapittelet beskriver hvordan tjenestene, med utgangspunkt i regelverk og brukererfaringer, kan ivareta brukermedvirkning ved forberedelse og gjennomføring av tvangstiltak.

Anbefalinger

- Brukermedvirkning er et førende prinsipp ved bruk av tvang.
- Brukerinvolvering må skje i alle faser - både i vurderingsfasen, ved innleggelsen, under oppholdet og i oppfølgingen etter endt opphold.
- Tjenestene må gi god og tydelig informasjon i alle fasene av et forløp.
- Brukeren skal så langt det er mulig informeres om at kommunen vurderer og eventuelt utreder mulighetene for tvang.
- Kommune og spesialisthelsetjeneste bør utarbeide rutiner for involvering av brukere/pasienter. Rutinene må baseres på gjeldende regelverk, og bør bygge på studier av brukeres/pasienters syn på og erfaringer med tvangstiltak.
- Pårørende må involveres ut fra individuelle forutsetninger.
- Pårørende bør møtes som en samarbeidspartner, og samtidig få nødvendig støtte og avlastning.
- Barn som pårørende skal ivaretas ut fra egne behov, og er et ansvar for både kommunen og spesialisthelsetjenesten.

1.1 Bruker/pasient er viktigste aktør

Bruk av tvangstiltak er et alvorlig inngrep i den enkeltes selvbestemmelsesrett, og det er derfor særlig viktig å sikre brukermedvirkning i disse situasjonene. Bruker/pasient har rett til medvirkning og informasjon i henhold til pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 3.

Tjenestene må legge til rette for dette som ledd i å utøve forsvarlig virksomhet.³

Boks 1.1.1 Noen eksempler på brukererfaringer

- Brukere som ble rusfri etter tvang tilskriver støttepersoner i

³ Helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1, spesialisthelsetjenesteloven § 2-2 og helsepersonelloven §§ 4, jf. 16

hjelpeapparatet en viktig rolle i forkant av, under, og etter tvangsoppholdet

- Krenkende innleggelsesforløp oppgis som:
 - ikke å være informert om hjelpeapparatets bekymringer og vurderinger før vedtak fattes
 - å være uforberedt og uvitende om hva en tvangsinnleggelse innebærer
 - å bli hentet av politiet med makt
- De som legges inn på bakgrunn av et midlertidig vedtak har langt mer negative erfaringer fra selve innleggelsen enn personer som ble innlagt etter ordinær og planlagt saksgang
- Mangler i institusjonsoppholdet oppgis å være:
 - lite individuell tilrettelegging
 - få aktiviteter
 - mangel på utredning og behandlingstilbud
- Institusjonsoppholdets kvalitet kan redusere den negative opplevelsen av tvangsinngrepet
- Antall rømninger og utagerende atferd kan ha sammenheng med mange kontrolltiltak og en streng struktur rundt pasienten.

Boks 1.1.2 Case Pia

Pia var ikke informert om at sosialtjenesten vurderte og forberedte et tvangsvedtak på henne. Frustrasjonen og ydmykelsen hun opplevde da hun ble hentet av politiet, og utageringen og truslene det medførte mot politiet og sosialkuratoren, tilskriver hun blant annet at det kom så totalt uforberedt: Pia reagerte på at hun ikke hadde fått si sin mening i forkant av

innleggelsen og at hun ikke var blitt tilbudt frivillig, behandling først.⁴

Brukerinvolvering må skje gjennom hele utrednings -og vurderingsfasen, ved innleggelsen, under oppholdet og i oppfølgingen etter endt opphold. Det vil også være aktuelt å ta med pårørende på råd. Dialog og aktiv involvering i alle deler av prosessen øker mulighetene for å motivere brukeren/pasienten for videre hjelp. Dette inkluderer innflytelse på valg av behandlingssted og på innholdet i behandlingsopplegget ved institusjonen. Kontinuerlig forsøk på å involvere brukeren/pasienten på tross av motstand bedrer resultater av tvang.⁵

Aktiv brukerinvolvering på individnivå bedrer muligheten for en god behandler/pasientrelasjon, og bidrar til å oppfylle lovens målsetning om tilrettelegging for frivillig behandling. Den enkeltes kunnskap om eget liv/livssituasjon og den oppsummerte brukererfaringen må tillegges betydelig vekt og integreres i det samlede kunnskapsgrunnlaget ved ethvert behandlingsopplegg. Det betyr ikke at den ene kunnskapen skal erstatte den andre, eller at den faglig ansvarlige fritas for ansvar for å gi forsvarlig behandling.

Formålet med tvangen og med den enkeltes opphold vil være et sentralt moment i den konkrete vurderingen av hvor stor brukerinntflytelse pasienten kan gis i den enkelte situasjon. Pasientens mulighet til å bestemme over seg selv skal ivaretas så langt

⁴ Rapport 2/2010, Uni Rokkansenteret. (http://pub.tv2.no/multimedia/TV2/archive/00845/Rapport_Tvang_Over_845165a.pdf) side 198/199.

⁵ Lundeberg, Mjåland og Søvig (2014): Tvang i rusfeltet, side 35.

det er forenlig med formålet med oppholdet og med institusjonens ansvar for driften.⁶

Boks 1.1.3 Opplevelsen av tvang

Opplevelsen av tvang har sammenheng med graden av brukermedvirkning.

Intervjuer med pasienter som har vært underlagt tvang, viser at de er sårbare overfor tjenesteutøvernes omtale og kategorisering. Flere rapporterer tilsier at tvangsinnleggelse forsterker stigma, og at statusen som «rusmiddelavhengig» trumfer andre og langt viktigere personlige kjennetegn. Holdninger i hjelpeapparatet kan forsterke eller redusere brukernes/pasientens opplevelse av hvor inngripende og krenkende et tilbakehold kan oppleves. I hvilken grad den enkelte opplever å bli forstått, hørt og respektert oppgis som svært betydningsfullt for utfallet av tvangsoppholdet. Aktiv brukerinvolvering kan minske opplevelsen av krenkelse og redusere unødig bruk av tvang.

Studier viser positive effekter av brukermedvirkning før, under og etter institusjonsopphold.⁷ Godt planlagte innleggelse, hvor brukeren/pasienten er kjent med hjelpeapparatets bekymring og har deltatt i prosessen, synes å bedre mulighetene for å få vedkommende motivert for videre hjelp. Kunnskapsoppsummeringer av sentrale faktorer for å oppnå bedring i frivillig behandling, viser til at informasjon om hva pasienten selv tror er nyttig for han eller henne er avgjørende for behandlingen. Brukermedvirkning kan bidra til bedre løsninger for den enkelte (skreddersøm) i

utformingen og gjennomføringen.⁸ På bakgrunn av krav om brukermedvirkning, er det viktig å gi god informasjon om hvilket tilbud de kan få etter tvangen og mulighet til å få være med på beslutningen om videre behandling.⁹

Boks 1.1.4 Aktiv brukerinvolvering

Brukeren/pasienten bør inviteres til å velge mellom alternativer innenfor rammene av tvangsoppholdet. Aktiv brukerinvolvering i hele prosessen frem til og under gjennomføringen av et tvangsvedtak, kan motvirke brukerens/pasientens opplevelse av avmakt og umyndiggjøring og dempe konfliktnivået.

1.2 Ethiske betraktninger ved bruk av tvang

Bruk av tvangstiltak er et alvorlig inngrep som begrenser individets rett til selvbestemmelse, og som også kan oppleves svært krenkende. Vurderinger av om tvangstiltak bør benyttes må foretas basert på en avveining mellom etikk, forsvarlighet og hva som er formålstjenlig for brukeren/pasienten. Tjenesteutøvere som har myndighet til å etablere tvangsvedtak, må være bevisst den sammensatte vurderingen, herunder de etiske sider ved et tvangsvedtak.¹⁰

Bruk av tvang forutsetter en helhetlig kartlegging av brukerens livssituasjon. Brukerinvolvering, tilstrekkelig og tilpasset informasjon, forutsigbarhet og tydelige rammer kan motvirke den negative

⁶ Sosialtjenesteforskriften kapittel 5, se særlig § 5-2

⁷ Lundeberg (2010)

⁸ Orlinsky, Rønnestad og Willutzki 2004

⁹ Rokkanrapporten side 270

¹⁰ For bistand ved vanskelig etiske spørsmål:

<http://www.med.uio.no/helsam/tjenester/kunnskap/etikkelsetjenesten/>

opplevelsen av tvang. Et kvalitativt godt institusjonstilbud og en helhetlig plan for oppfølging etter institusjonsoppholdet, er sentralt for at bruk av tvang skal oppleves og være hensiktsmessig både for brukeren/pasienten og for aktørene som er involvert.

1.3 Pårørende

Pårørende er ofte en viktig ressurs for brukeren/pasienten og en sentral samarbeidspartner for tjenesteutøver.¹¹ Pårørende kan ha kunnskap som er viktig for utredning, behandling og rehabilitering. De kjenner ofte personen langt bedre enn tjenesteutøverne, og vet hvordan personen er når han eller hun ikke bruker rusmidler.

Boks 1.3.1 Lytte

Man bryter aldri taushetsplikten ved å lytte til pårørende.

Pårørendes rolle som bekymringsmelder kan være utfordrende for relasjonen mellom pårørende og personen som har rusmiddelproblemer.¹² Dette bør vurderes, og tas hensyn til i dialogen med pårørende. Også i saker der det vurderes at det ikke er grunnlag for å fatte vedtak om tilbakehold, bør saksbehandleren som har utredet saken og tatt i mot bekymringsmelding fra pårørende, vurdere om det er behov for bistand og støtte til pårørende. Dette gjelder særlig når brukeren/pasienten bor hjemme hos sine pårørende eller når pårørende har utstrakt kontakt med brukeren/pasienten. Det kan være behov for at pårørende får informasjon

¹¹ <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/parorende-en-ressurs/Publikasjoner/parorende-en-ressurs-konvertert.pdf>

¹² Helse- og omsorgstjenesteloven § 10-1

om hvilke hjelpetilbud som foreligger, og informasjon om hvor de kan henvende seg får å få hjelp, herunder selvhjelpsgrupper, pårørendeorganisasjoner mv.¹³

Boks 1.3.2 Case Per

Far til Per (18 år) ringer ruskonsulenten i kommunen. Per har tidvis vært psykisk syk, og har i tillegg et omfattende blandingsmisbruk. Far forteller at Per har forandret atferd den siste tiden, blitt mer innesluttet, vasker seg ikke lenger, spiser kun sporadisk og er mer ukritisk når det gjelder inntak av rusmidler. Far klarer ikke lenger å kommunisere med ham. Far er redd for disse forandringene, men tør ikke mase for mye på ham. Han ber kommunen vurdere bruk av tvang og spør om et møte for å snakke nærmere om hele situasjonen.

For å få saken tilstrekkelig opplyst foreslår ruskonsulenten et hjemmebesøk for å kartlegge hvordan Per fungerer hjemme og hvilke konsekvenser Pers atferd har for far og søsteren på 17 år. Hjemmebesøk gir viktig informasjon for å avklare både Pers og familiens situasjon.

Far og søster kan ha selvstendige behov for bistand. Manglende bistand til dem kan i neste omgang også påvirke Per negativt. Per er positiv til hjemmebesøk.

Ruskonsulenten gir far og søster veiledning i forhold til hva slags hjelp de kan få som pårørende, inkludert informasjon om frivillige organisasjoner som kan bidra (veiledningsplikten). Ruskonsulenten får samtykke av Per til å kunne samarbeide med fastlegen hans.

Pårørende har ulike roller i forholdet til brukeren og vil i varierende grad være involvert i den rusrelaterte problematikken. I

¹³ <https://helsenorge.no/parorende>

noen tilfeller har ikke pasienten hatt kontakt med familie på mange år. Institusjonsoppholdet kan brukes til å bygge opp et tillitsforhold til egne foreldre eller andre pårørende. Hvem av de pårørende som skal involveres, og på hvilken måte, avgjøres av brukeren/pasienten i dialog med hjelpeapparatet.

Noen relasjoner mellom pårørende og bruker/pasient kan være meget kompliserte og kreve særskilt ivaretagelse. Noen har selv en lang historikk med rusmiddelproblemer. Mange har god kontakt med helse- og omsorgstjenesten, mens andre trenger rettledning og henvisning til riktig instans.

Boks 1.3.3 Pårørendesenteret

Pårørendesenteret i Stavanger har utarbeidet et pårørendeprogram beregnet på ansatte og ledere i kommunale og spesialiserte tjenester. Programmet illustrerer betydningen av å utveksle informasjon med pårørende, og hvordan tjenesteutøverne kan legge til rette for pårørendes medvirkning. Programmet egner seg godt som utgangspunkt for refleksjon i fagmøter og kan danne grunnlag for nye rutiner.

1.4 Barn av foreldre med omfattende rusmiddelbruk

Mange barn berøres av foresattes rusmiddelbruk. Rusmiddelavhengighet hos foreldrene kan føre til psykiske og følelsesmessige vansker hos barna. Risikoen for sykdom, helseplager, skader og sosiale problemer øker med økt bruk av rusmidler, både for bruker og pårørende. Barn av foreldre med omfattende og vedvarende rusmiddelbruk er i en særlig sårbar situasjon.

Barn og familier er forskjellige og trenger ulike typer og ulikt omfang av hjelp. I enkelte familier kan det i tillegg til rusbehandling, være tilstrekkelig med familiesamtaler med mål om å bedre kommunikasjonen og øke forståelsen for barnets situasjon. Noen familier vil trenge samordnet hjelp fra flere instanser, herunder tiltak fra barneverntjenesten.

I tilfeller hvor tvangsinnleggelse med tilbakehold vurderes som nødvendig, bør bruker oppfordres til å samtykke til samarbeid med andre omsorgspersoner som kan ivareta omsorgen for barnet i en periode. Hvis bruker/pasient ikke samtykker til å involvere andre omsorgspersoner eller hjelpeapparat for å sikre barnets interesser, må dette meldes til barnevernet.¹⁴

I saker der kommunen fatter et midlertidig vedtak, må barnas interesser sikres. Helse- og omsorgspersonell skal rutinemessig innhente informasjon om hvorvidt pasienten har mindreårige barn, og få oversikt over omsorgssituasjonen til barna. Det skal være barneansvarlige på alle sykehus. «Barns beste»¹⁵ har oversikt over alle barneansvarlige knyttet til helseforetak.

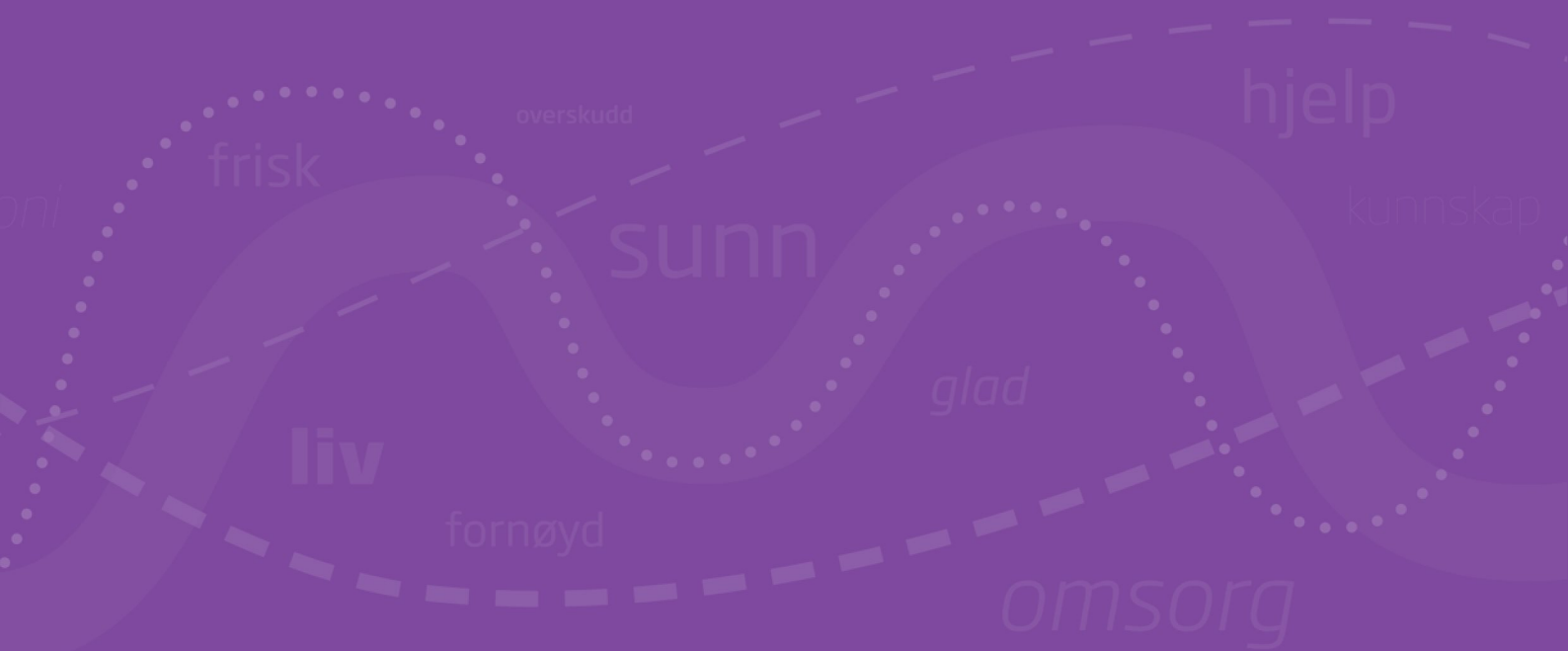
Boks 1.4.1 Oppfølging av barn

Helse- og omsorgspersonell som yter helse- og omsorgstjenester til pasienter/brukere i tilknytning til psykisk sykdom, rusmiddelbruk eller alvorlig somatisk sykdom eller skade, har plikt til å bidra til å ta vare på interessene til barna som følge av forelderens tilstand. Plikten til å følge

¹⁴ Helsepersonelloven § 33

¹⁵ Se mer informasjon på www.barnsbeste.no

opp det enkelte barnet skal legges til en bestemt person.



SAMARBEID OG SAMHANDLING PÅ TVERS AV TJENESTENIVÅER

2 SAMARBEID OG SAMHANDLING PÅ TVERS AV TJENESTENIVÅER

Det kan være utfordrende å gi personer med sammensatte hjelpebehov samtidig og koordinert hjelp fra de ulike nivåer og deler av hjelpeapparatet. For å få til gode prosesser for pasient/bruker ved bruk av tvangstiltak er det nødvendig at flere aktører og ulike tiltak for vedkommende er samordnet. Arbeidet med å etablere og gjennomføre et tvangsopphold vil berøre mange instanser med ulike problemstillinger av rusfaglig, sosialfaglig, helsefaglig, juridisk, administrativ og praktisk art.

Etablering av et samarbeidsorgan – bistandsteam – kan bidra til å sikre sammenheng i tjenestene, og være et sted hvor utfordringer og spørsmål knyttet til bruk av tvang kan diskuteres. Det er også viktig å etablere lokale samarbeidsavtaler utover de generelle og mer overordnede lovpålagte avtalene.

Anbefalinger

- Samarbeid mellom kommune og spesialisthelsetjenesten må skje både før, under og etter et tvangsopphold
- Tjenestene må avklare hvilke roller og oppgaver de har i tvangsforløpet
- Det bør opprettes felles bistandsteam. Nærliggende kommune(r) bør i samarbeid med hvert enkelt helseforetak opprette et felles bistandsteam. Det bør etableres lokale samarbeidsavtaler
- Samarbeid med fastlege er sentralt i alle tvangssaker
- Ved graviditet bør kommunen ha samarbeidsavtaler mellom den kommunale rustjenesten, fastlegen, barnevernet og helsestasjonen for å ivareta fosteret og den gravide.
- Det bør tas i bruk systematiske planleggingsverktøy, som for eksempel tiltaksplan
- Som del av den individuelle planen, bør det utarbeides kriseplan
- Politi har bistandsplikt, men skal kun benyttes når helsetjenesten finner det nødvendig ved etablering og gjennomføring av tvangsopphold

2.1 Tjenestenes ansvar og samarbeid ved bruk av tvangstiltak

2.1.1 Kommunens ansvar

Kommunen har en sentral rolle i tiltakskjeden for personer med rusmiddelproblemer.

Kommunen skal sørge for nødvendige helse- og omsorgstjenester. Tjenester til personer med rusmiddelproblemer er en integrert del av ansvaret, og faller innenfor reguleringen av lovpålagte tjenester og oppgaver.¹⁶ Tjenester

¹⁶ Helse- og omsorgstjenesteloven §§ 3-1, jf. 3-2

og tiltak kan være organisert både innenfor sosialtjenesten i NAV og i kommunens helse- og omsorgstjeneste. Kommunen har det helhetlige og koordinerende ansvaret for tjenester både før, under og etter opphold i spesialisthelsetjenesten, også for tvangssaker. Ruskonsulenten er gjerne saksbehandler for tiltak og tjenester, herunder saksbehandler i en tvangssak.

Boks 2.1.1 Sammensatte hjelpebehov

Personer med rusmiddelproblemer har gjerne spesielle og sammensatte hjelpebehov på grunn av sin reduserte funksjonsevne. Prosessen fram mot innleggelse på institusjon kan i noen tilfeller føre til uklarhet om arbeids- og ansvarsfordeling, noe brukeren/pasienten kan oppleve som forvirrende og krenkende.

2.1.2 Spesialisthelsetjenestens ansvar

Mens kommunen har et gjennomgående og helhetlig ansvar før, under og etter innleggelse, har spesialisthelsetjenesten et mer avgrenset ansvar enn kommunen i tvangssaker.¹⁷ Det regionale helseforetaket (RHF) skal sørge for at personer med fast bopel eller oppholdssted innen helseregionen tilbys tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengighet (TSB), herunder institusjonsplasser som kan ta imot personer med rusmiddelproblemer med hjemmel i helse- og omsorgstjenesteloven §§ 10-2 til 10-4.¹⁸ RHF peker ut behandlingsinstitusjoner i hver region som får ansvar for å ta imot pasienter på tvang.

¹⁷ Lundeberg, Mjåland og Søvig (2014): Tvang i rusfeltet, kap. 1.8

¹⁸ Spesialisthelsetjenesteloven § 2-1a første ledd pkt 5.

2.1.3 Felles ansvar om samarbeid i tvangssaker

Ansvarsdelingen mellom kommune og spesialisthelsetjenesten i tvangssaker forutsetter et etablert samarbeid mellom nivåene, og er helt sentralt for at brukeren/pasienten kan tilbys en forsvarlig og sammenhengende tjeneste.

Kommunene og de regionale helseforetakene har ansvar for å tilrettelegge for samhandling og samarbeid internt i tjenestene, med andre tjenesteytere og med bruker- og pårørendeorganisasjoner.¹⁹

Det er anbefalt at de lovpålagte avtalene bør regulere bruk av reglene om tvangstiltak overfor mennesker med rusmiddelproblemer etter hol. kap. 10.²⁰ Avtalen må omfatte enighet om hvilke helse- og omsorgsoppgaver forvaltningsnivåene er pålagt ansvaret for, og en felles oppfatning av hvilke tiltak partene til enhver tid skal utføre.²¹ Samarbeidsavtalen bør sikre likeverdighet mellom partene.

Etablering av bistandsteam bør forankres i samarbeidsavtalene, som en delavtale.²²

God samhandling mellom kommuner og helseforetak forutsetter løpende kontakt både før, under og etter et tvangsopphold. Særlig viktig er det å sikre prosedyrer for god samhandling om innleggelse og utskrivelse, da dette har vist seg særlig utfordrende i praksis.

¹⁹ Se Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-4, Spesialisthelsetjenesteloven § 2-1e og Helse- og omsorgstjenesteloven Kap. 6.

²⁰

<https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/hod/dokumente-sam/nasjonale-veileder-samarbeidsavtaler-mellom-kommuner.pdf>

²¹ Helse- og omsorgstjenesteloven § 6-2 første ledd nr. 1

²² Jf. Kap. 2.2

Boks 2.1.2 Verktøy for samhandling

Gode verktøy for samhandling finnes i kvalitetsrutiner og behandlingslinjer i helseforetakene og i kommunene.²³

Verktøy og tiltak som skal og kan anvendes på system- og individnivå er grundig beskrevet i veileder IS-2076 «Sammen om mestring».²⁴

2.2 Bistandsteam

Bistandsteam er et rådgivende samarbeidsorgan for tjenestene ved vurdering, opprettelse, gjennomføring og utskrivning i forbindelse med tvangssaker. Praksis viser at bistandsteam gir gode forutsetninger for samarbeid og brukermedvirkning.

Kommunene bør, eventuelt som regional/ interkommunal ordning, etablere bistandsteam i samarbeid med hvert enkelt helseforetak. Bistandsteamenes organisering og innhold bør tilpasses lokale forhold og behov, i samsvar med lovgivers overordnede målsetning for helse- og omsorgstjenestene i kommunen.

Bistandsteam vil kunne bidra til faglig forsvarlige prosesser i arbeidet med tvangssaker. Videre vil teamet kunne opparbeide kompetanse, erfaringer og kunnskap vedrørende ulike tvangssaker. Dette vil spesielt små kommuner med få tvangssaker ha nytte av.

²³ Et eksempel er behandlingslinjen for gravide med rusproblemer ved Sykehuset Innlandet: <http://demo.datakvalitet.no/egg/dok/dok32177.pdf>.

²⁴ <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/sammen-om-mestring-veileder-i-lokalt-psykisk-helsearbeid-og-rusarbeid-for-voksne/Sider/default.aspx>

Boks 2.2.1 Eksempel på bistandsteam – Kommuner i Buskerud og spesialisthelsetjenesten

Bistandsteamet²⁵ jobber sammen når det vurderes bruk av tvang overfor mennesker med alvorlige rusmiddelproblemer.²⁶ Teamet består av ruskonsulent, spesialisthelsetjenesten og kommuneadvokaten. Den aktuelle saken drøftes i teamet før det fremmes sak for fylkesnemnda slik at nødvendig institusjonsplass er klar når nemndas beslutning foreligger. Teamets arbeid har gjort at det nå tas et felles ansvar for disse pasientene og det unngås ansvarsfraskrivelser og faglig uenigheter som hindrer effekt av institusjonsoppholdet. Dessuten er det etablert et samhandlingsprosjekt mellom Drammen kommune og spesialisthelsetjenesten der prosjektleder som er ansatt i Drammen kommune er lokalisert på Sykehuset Buskerud for å sikre bedre samhandling mellom de to nivåene både før, under og etter den tverrfaglige spesialiserte rusbehandlingen.

2.2.1 Bistandsteamets sammensetning

Et bistandsteam bør være flerfaglig sammensatt og bestå av representanter fra både kommune og spesialisthelsetjenesten. Teamet bør ha faste deltakere for å ivareta kompetanse og kontinuitet om anvendelse av tvangsbestemmelsene. En fast person bør som regel ha ansvar for å kalle inn til møter, lede og koordinere arbeidet i bistandsteamet.

²⁵ For mer utfyllende informasjon om dette bistandsteamet, se vedlegg 9.21.

²⁶ [http://arapp.fylkesmannen.no/\(F\(K4G9ovDmbrn1caOgG-1Km-k96bSTpbHypoh_cPKsiPRMMemZSykfyLeoH9y0d7evZhqOaolF3r3H6SplUOL550S1aSGZmi3mo3LG_MDneFo1\)\)/Pdf/2008/FMBU_Aarsrapport_2008.pdf](http://arapp.fylkesmannen.no/(F(K4G9ovDmbrn1caOgG-1Km-k96bSTpbHypoh_cPKsiPRMMemZSykfyLeoH9y0d7evZhqOaolF3r3H6SplUOL550S1aSGZmi3mo3LG_MDneFo1))/Pdf/2008/FMBU_Aarsrapport_2008.pdf)

Eksempel på sammensetting (faste deltakere) kan være:

- Representanter fra kommunens helse- og omsorgstjeneste inkludert lege og sosialtjenesten i NAV, avhengig av hvor ansvaret for forvaltning av tvangsbestemmelsene er lagt.
- Representanter fra spesialisthelsetjenesten, for eksempel behandlingsinstitusjon som gjennomfører tilbakeholdet, avrusingsinstitusjon og ruspoliklinikk (sosialmedisinsk poliklinikk), distriktspyskiatriske sentre (DPS).

Bistandsteamet trer sammen når kommunen har behov for å vurdere å fremme sak for nemnda. Teamet kan også komme inn igjen senere i forløpet ved behov. Det er den konkrete saken som avgjør hvem som bør delta i teamet utover de faste deltakerne. Brukeren/pasienten selv skal så langt det lar seg gjøre, bli invitert til å delta på møter i bistandsteamet der ansatte i tjenesteapparatet er til stede, og tvang og eventuelle alternative tiltak, blir drøftet.

Når en konkret sak tas opp i bistandsteam vil følgende deltakere kunne inngå i bistandsteamet utover de faste deltagerne:

- Brukeren/pasienten selv, der det er formålstjenlig og praktisk mulig
- Saksbehandler i kommunen, oftest koordinator og/eller ruskonsulent fra NAV eller kommunens rustjeneste.
- Brukerens/pasientens fastlege

I saker som berører gravide bør helsesøster og jordmor delta i bistandsteamet. Barnevernet bør delta der det er aktuelt og det foreligger samtykke fra bruker/pasient. Dette kan bidra

til å sikre god oppfølging under graviditet og etter fødsel.

Pårørende bør involveres og informeres der det foreligger samtykke fra bruker /pasient - og ellers informeres innenfor reglene om taushetsplikt og opplysningsplikt.

2.2.2 Bistandsteamets mandat og oppgaver

Bistandsteam bør være forankret i samarbeidsavtalene mellom kommunene og helseforetakene. Eventuelt som en delavtale der teamets mandat, kompetanse, ansvarsforhold og oppgavefordeling tydeliggjøres. Et bistandsteam skal tilrettelegge for en planlagt innleggelse og gjennomføring i samarbeid med brukeren/pasienten. Bistandsteam må også ha rutiner for å håndtere de akutte tilfellene, slik at bistandsteamet ikke blir en forsinkende instans i akutte situasjoner.

Teamet kan bidra til en bedre forståelse for tjenestenes ansvarsområder, avklare uenigheter og forventninger, og hvilke virkemidler man kan ta i bruk ved sammensatte pasientforløp. Et fast bistandsteam kan også være en arena for fagutvikling, og for å utvikle en felles kunnskapsbasert praksis om hva som gir gode prosesser for brukere/pasienter underlagt tvang.

Boks 2.2.2 Bistandsteamet kan bistå i følgende vurderinger:

- Om det er aktuelt med innleggelse etter § 10-4 (avtalt tvang) eller et vedtak om tilbakehold etter § 10-2 eller §§ 10-3.
- Drøfte/vurdere etiske dilemmaer

- Vurdere om det bør fattes et hastevedtak (midlertidig vedtak) dersom kommunen anser at det er forsvarlig å avvente til teamet trer sammen.
- Vurdere egnet institusjon
Avklare når tvangsvedtaket skal iverksettes i institusjon
- Planlegge utskrivning/overgang til frivillig behandling og/eller oppfølging i etterkant av vedtaket.

2.3 Samarbeid ved graviditet

Kommunen bør ha samarbeidsavtaler mellom den kommunale helse- og omsorgstjenesten/rustjenesten, fastlegen, barnevernet og helsestasjonen for å ivareta fosteret og den gravide. Avtalen bør konkretisere hvilke rutiner den enkelte instans skal ha i saker der en vurderer eller følger opp vedtak etter § 10-3. Dersom det er etablert lokale bistandsteam anbefales det i saker etter § 10-3 at relevante instanser er en del av bistandsteamet.

Forutsigbarhet knyttet til urinprøver og testing av biologisk materiale er viktig for å unngå diskusjoner om økonomi, prøvehypighet og eventuelt manglende oppmøte i en akutt situasjon. Rutinene bør inneholde anbefalinger knyttet til hvem som har hovedansvaret for samtaler og oppfølging, og hvem som har ansvar for løpende å vurdere risikoen for fosteret.

Barnevernloven gjelder fra barnet er født. Foreldrene kan inngå et frivillig samarbeid med barneverntjenesten før fødsel.

Boks 2.3.1 Rapport Borgestadklinikken (2012)

En rapport fra Borgestadklinikken (2012) om gravide innlagt på tvang sier at det er et gjennomsnitt på 11 uker fra kvinnen oppdager at hun er gravid, til hun blir innlagt på tvang (n=55). Ukene er perioden kvinnene har tilbud om frivillige tiltak.

Søvig (2007) fant i sin undersøkelse at sosialtjenesten brukte 58 dager i gjennomsnitt fra de fikk kjennskap til at en kvinne med rusmiddelproblemer var gravid, til tvangsvedtaket ble fattet.

Det er viktig at helsepersonell overholder meldeplikten etter hpl. § 32, og at kommunen ikke bruker for lang tid på utredningen og bruk av frivillige tiltak.

Kommune og helseforetak kan utarbeide konkrete samarbeidsrutiner for oppfølging fra kommunens og sykehusets side. Dette kan eksempelvis være svangerskapskontroll hos jordmor med 1 til 3 ukers mellomrom. Ultralydkontroll i svangerskapsuke 18 og 32 og samarbeidsmøte på sykehuset i uke 36.

2.4 Individuell plan, kriseplan og koordinator

Alle som har behov for langvarige og koordinerte tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven, spesialisthelsetjenesteloven og psykisk helsevernloven, har rett til å få utarbeidet en individuell plan (IP). IP er pasientens/brukerens plan og tjenestenes ansvar.²⁷ Arbeidet med IP antas å være aktuelt

²⁷ Se Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator (<https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2011-12-16-1256>) og veileder Sammen om mestring (<https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/>)

i de fleste saker om tvangstiltak. Bruk av ansvarsgrupper er også hensiktsmessig for å sikre samarbeid og samhandling rundt den enkelte sak.

Boks 2.4.1 Samhandling

Der pasient/bruker ikke ønsker individuell plan eller koordinator, skal tjenestene likevel samhandle og koordinere sin innsats.

I tvangssaker vil kommunen regelmessig ha plikt til å tilby koordinator.²⁸ I disse sakene kan det være hensiktsmessig at ruskonsulenten har koordineringsansvaret. Koordinatoren vil ha en sentral rolle for å samordne prosessen i tilknytning til etablering av tvangstiltak og oppfølging underveis og etter oppholdet. Der det er etablert bistandsteam bør koordinatoren være en del av bistandsteamet.

Boks 2.4.2 I tvangssaker kan for eksempel koordinatoren bidra til:

- at det utvikles rutiner, skriftlige avtaler og tilrettelegges for godt samarbeid
- at det etableres ansvarsgruppe og individuell plan (kriseplan)
- at det tilrettelegges for frivillige tiltak for gravide, som for eksempel urinprøver, kartlegging og støttesamtaler, samarbeid med jordmor og helsestasjon, og samarbeid med barneverntjenesten

Koordinatoren skal sørge for nødvendig oppfølging av den enkelte bruker/pasient.²⁹

[410/Sammen-om-mestring-Veileder-i-lokalt-psykisk-helsearbeid-og-rusarbeid-for-voksne-IS-2076.pdf.pdf](#) .

²⁸ Jf. Hol. § 7-2

²⁹ Se veileder Sammen om mestring

(<https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/>

Koordinator skal også sikre samordning av tjenestetilbudet og fremdrift i arbeidet med individuell plan. Brukeren og pårørende får med dette en bestemt kontaktperson i kommunen å forholde seg til.

I tvangssaker kan det være hensiktsmessig å utarbeide en kriseplan som del av en behandlingsplan. Kriseplan skal gi større forutsigbarhet og trygghet i vanskelige livs- og risikosituasjoner. Planen kan inneholde nyttig informasjon om hvordan brukeren/pasienten ønsker å bli møtt, og inneholde informasjon om tidlige tegn på en krise hos brukeren/pasienten, og gir konkrete opplysninger om hvem som kan kontaktes i hjelpeapparatet når tegn eller symptomer er under utvikling.³⁰

2.5 Taushetsplikt og informasjonsutveksling m.m.

2.5.1 Oversikt over reglene

Taushetsplikten i den offentlige helse- og omsorgstjenesten reguleres av et tosporet system. Enhver som er ansatt i den offentlige helse- og omsorgstjenesten har forvaltningsmessig/tjenestebasert taushetsplikt. I tillegg har helsepersonellet profesjonsbestemt taushetsplikt etter helsepersonelloven når de yter helsehjelp eller omsorgstjenester.

Taushetsplikten skal ivareta befolkningens tillit til helse- og omsorgstjenesten og helsepersonell slik at personer ikke unnlater å oppsøke tjenesten for å få hjelp i frykt for at uvedkommende skal få tilgang til opplysningene. Tillitsforholdet er også viktig

[410/Sammen-om-mestring-Veileder-i-lokalt-psykisk-helsearbeid-og-rusarbeid-for-voksne-IS-2076.pdf.pdf](#)).

³⁰ Se eksempel på kriseplan, se vedlegg 9.15.

for at pasient/bruker skal føle det trygt å gi fra seg informasjon som er nødvendig for at helse- og omsorgstjenesten/helsepersonellet blir i stand til å yte en forsvarlig tjeneste.

Taushetsplikt innebærer en plikt til å hindre at uvedkommende får tilgang til opplysninger som er taushetsbelagte ved å unnlate å videreformidle opplysninger og ved aktivt å forhindre tilgang til opplysninger.

Den profesjonsbaserte taushetsplikten finner vi i helsepersonelloven § 21. Alt helsepersonell som yter helsehjelp har taushetsplikt etter denne bestemmelsen, enten det skjer i offentlig eller i privat virksomhet. Helsepersonell er nærmere definert i helsepersonelloven § 3.

Gjennomføring av tvangstiltak etter helse- og omsorgstjenesteloven §§ 10-2 og 10-3 skjer ved institusjon i spesialisthelsetjenesten som yter tverrfaglig spesialisert rusbehandling.³¹ Dette innebærer at personellet i institusjonen vil være å anse som helsepersonell etter helsepersonelloven i den grad de utfører handlinger som er definert som helsehjelp.

Den tjenestebaserte taushetsplikten finner vi i spesialisthelsetjenesteloven § 6-1 og helse- og omsorgstjenesteloven § 12-1. Disse bestemmelsene sier at enhver som utfører tjeneste eller arbeid for offentlige helseinstitusjoner eller for den kommunale helse- og omsorgstjenesten har taushetsplikt etter de alminnelige reglene om taushetsplikt i forvaltningen.³² Taushetsplikten etter disse bestemmelsene er utvidet i forhold til forvaltningslovens regler, og omfatter også opplysninger om pasientens fødested, fødselsdato, personnummer,

statsborgerforhold, sivilstand, yrke, bopel og arbeidssted m.m. Den tjenestebaserte taushetsplikten har selvstendig betydning for helsepersonell som ikke yter helsehjelp. Det kan være personell som utfører administrativt arbeid. Typisk i denne sammenheng vil være ansatte på et bestillerkontor eller liknende som forbereder saker for fylkesnemnda etter reglene i helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 10. I forbindelse med fylkesnemndas behandling av begjæring av tvangstiltak overfor rusmiddelavhengige etter helse- og omsorgstjenesteloven § 10-5 vil fylkesnemndleder, nemndmedlemmer og de ansatte i fylkesnemnden være underlagt reglene om taushetsplikt etter helse- og omsorgstjenesteloven § 12-1.

2.5.2 Unntak fra taushetsplikten

Hverken den profesjonsbaserte eller den tjenestebaserte taushetsplikten er absolutt. Unntakene fra taushetsplikten kan deles i to kategorier; unntak som gir opplysningsrett og unntak som pålegger opplysningsplikt eller meldeplikt. Vi kommer nærmere tilbake til disse i omtalen under.

Nærmere om den profesjonsbaserte taushetsplikten og unntak fra denne:

Taushetsplikten innebærer at helsepersonell aktivt skal hindre at andre får tilgang til eller kjennskap til opplysninger om folks legems- og sykdomsforhold eller andre personlige forhold som helsepersonellet får vite om i egenskap av å være helsepersonell.

Taushetsplikten er i utgangspunktet til hinder for at det enkelte helsepersonell gir opplysninger videre til pasientens familie, andre profesjonsutøvere, andre etater eller andre personer.

³¹ jf. spesialisthelsetjenesteloven § 2-1a første ledd nr. 5.

³² jf. forvaltningsloven §§ 13 til 13f.

Taushetspliktsreglene gjelder også mellom helsepersonell. Utveksling av taushetsbelagt informasjon mellom helsepersonell kan kun skje når det er nødvendig for behandling og oppfølging av pasienten, dersom pasienten samtykker, eller hvor det foreligger annet rettslig grunnlag for å gi slik informasjon.

Taushetsplikten faller som nevnt bort i den utstrekning den som har krav på taushet samtykker.³³ Det er i tillegg gjort flere unntak fra taushetsplikten som innebærer at helsepersonell får en opplysningsrett eller en opplysnings- eller meldeplikt. Særskilt kan nevnes opplysningsplikt til barnevernet etter helsepersonelloven § 33, opplysningsplikt til den kommunale helse- og omsorgstjenesten § 32 annet ledd og unntakene fra taushetsplikten etter § 23 som gir helsepersonell en opplysningsrett i visse tilfeller. Helsepersonelloven § 23 punkt 4 bestemmer at taushetsplikten ikke er til hinder for at opplysninger gis videre når tungtveiende private eller offentlige interesser gjør det rettmessig å gi opplysningene videre.

Helsepersonelloven §§ 25 og 45 regulerer unntak fra taushetsplikten for opplysninger som er nødvendige for å yte forsvarlig helsehjelp til pasienten. Helsepersonelloven § 25 tredje ledd åpner også for å gi opplysninger til samarbeidende personell når dette er nødvendig for å ivareta behovene til pasientens barn. Med samarbeidende personell menes for eksempel helsepersonell i andre avdelinger i sykehus, helsepersonell utenfor sykehuset eller personell i andre virksomheter. Disse bestemmelsene kommer altså til anvendelse i forbindelse med ytelse av helsehjelp til pasienten, eventuelt pasientens barn.

³³ jf. helsepersonelloven § 22.

2.5.3 Forberedelse og oppfølging av tvangsvedtaket

Innhenting av informasjon

Det er kommunen som skal forberede, fremme, iverksette og følge opp tvangsvedtak etter helse- og omsorgstjenesteloven §§ 10-2 og 10-3. Dette kan medføre at den som forbereder saken for kommunen har behov for å innhente opplysninger om den enkelte rusmiddelavhengige pasient/bruker. Når det gjelder innhenting av informasjon, er utgangspunktet at informasjonsinnhenting skal skje i samråd med pasient/bruker selv. Både etter forvaltningsloven og helsepersonelloven kan den som opplysningene angår samtykke til at ellers taushetsbelagte opplysninger blir kommunisert.³⁴ Selv om det ikke er et krav bør samtykket være skriftlig og spesifisere formålet med innhenting. Som vedlegg følger utkast til samtykkeerklæringer.³⁵

I de tilfeller der vedkommende ikke samtykker til at taushetsbelagte opplysninger blir utlevert til kommunen i forbindelse med saksforberedelsen, vil adgangen til å utlevere nødvendige opplysninger avhenge av unntak fra taushetsplikten. Her vil situasjonen være ulik for forberedelse av saker etter § 10-2 og § 10-3.

2.5.4 Forberedelse av saker etter § 10-3 - gravide rusmiddelavhengige:

Når det gjelder gravide rusmiddelavhengige har helsepersonell, på nærmere bestemte vilkår, opplysningsplikt til den kommunale helse- og omsorgstjenesten etter helsepersonelloven § 32 annet ledd. Det fremgår av lovbestemmelsen at plikten gjelder både etter pålegg fra de organer som er

³⁴ jf. forvaltningsloven § 13a nr. 1 og helsepersonelloven § 22.

³⁵ Se vedlegg kap. 9.4.

ansvarlige for gjennomføringen og etter eget tiltak. Både den/de som forbereder saker etter helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 10 for kommunen og ansatte i fylkesnemnda vil være «organ som er ansvarlig for gjennomføringen av den kommunale helse- og omsorgstjenesteloven» i denne sammenheng.

Det fremgår direkte av bestemmelsen at opplysningsplikten gjelder uavhengig av taushetsplikten. Hensynet til barnet veier altså tyngre enn hensynet til å bevare taushet om kvinnens helseforhold.

Som nevnt har helsepersonellet også opplysningsplikt etter bestemmelsen etter eget tiltak, selv om opplysningene ikke er etterspurt av den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

For at opplysningsplikten skal inntreffe må to forhold være oppfylt. For det første må helsepersonellet ha grunn til å tro at en gravid kvinne misbruker rusmidler. Helsepersonell trenger ikke med sikkerhet vite at kvinnen misbruker rusmidler, det er tilstrekkelig at helsepersonellet har holdepunkter for dette. For det andre må det være overveiende sannsynlig at kvinnens misbruk av rusmidler vil føre til at barnet vil bli født med skade. Helsepersonellet bør så langt det er mulig og hensiktsmessig informere pasienten før opplysninger viderefordles.³⁶

³⁶ For ytterligere merknader, se IS- 8/2012 [Helsepersonelloven med kommentar](#), og IS-17/2006 Helsepersonells plikt og rett til å gi opplysninger til barneverntjenesten, politiet og sosialtjenesten ved mistanke om: - mishandling av barn i hjemmet - andre former for alvorlig omsorgssvikt av barn - misbruk av rusmidler under graviditet: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/462/Helsepersonells-plikt-og-rett-til-a-gi-opplysninger-til-barneverntjenesten-politiet-og-sosialtjenesten-IS-17-2006.pdf>

Det er gitt tilsvarende regler om opplysningsplikt for barneverntjenesten og for fagpersoner på familievernkontorene.³⁷

2.5.5 Forberedelse av saker etter § 10-2

Når det gjelder personer med rusmiddelavhengighet som faller inn under helse- og omsorgstjenesteloven § 10-2 foreligger det ikke tilsvarende regler om opplysningsplikt som for gravide rusmiddelavhengige.

Eventuell utlevering av taushetsbelagte opplysninger fra den øvrige helse- og omsorgstjenesten i forbindelse med kommunens saksforberedelse etter § 10-2 må derfor baseres på de generelle unntakene fra taushetsplikten i de tilfeller pasient/bruker ikke samtykker. Helsepersonelloven § 23 gir helsepersonell en opplysningsrett i gitte situasjoner. Opplysningsretten innebærer at helsepersonellet selv kan avgjøre om de vil gi opplysninger eller ikke, forutsatt at vilkårene i bestemmelsen er oppfylt.

§ 23 nr. 1 åpner for å viderefordle opplysninger som allerede er kjent for mottaker, her den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Dette unntaket fra taushetsplikten begrenser seg til å gjelde konkrete opplysninger som er kjent fra før. Taushetsplikten vil fortsatt gjelde for opplysninger og informasjon som ikke er gjort kjent.

Opplysninger kan også formidles videre når disse er anonymisert.³⁸ Unntaket vil likevel ikke ha særlig praktisk betydning for å opplyse enkeltsaker.

³⁷ jf. barnevernloven § 6-7 og familievernkontorloven § 9.

³⁸ jf. helsepersonelloven § 23 nr. 3.

§ 23 nr. 4 gir adgang til å utlevere opplysninger i situasjoner der «*tungtveiende private og eller offentlige interesser gjør det rettmessig*». Det er i praksis lagt til grunn en streng norm for når det kan være aktuelt å benytte opplysningsretten i helsepersonelloven § 23 nr. 4. Det er bare i de helt spesielt alvorlige tilfellene at taushetsplikten kan settes til side etter denne bestemmelsen. Unntaket omfatter i hovedsak situasjoner der det er fare for menneskeliv eller helse og de vurderinger helsepersonellet må gjøre er langt på vei sammenfallende med de vurderinger som foretas i nødretts- og nødvergesituasjoner. Det vil være situasjoner hvor videreføring av informasjon kan bidra til å motvirke skade av et visst omfang.

Hvorvidt det foreligger opplysningsrett i den enkelte situasjon forutsetter en konkret vurdering fra helsepersonellet. Hensyn som taler for å tilsidesette taushetsplikten må veie vesentlig tyngre enn hensyn som taler for å bevare taushet. Helsepersonellets skjønn vil derfor stå sentralt i vurderingen.

Utlevering av taushetsbelagte opplysninger fra andre aktører som f.eks NAV, barnevernstjenesten og politi må bero på det aktuelle organs regelverk. Pårørende og andre privatpersoner har mulighet, men ingen plikt til å gi opplysninger til helse- og omsorgstjenesten.

2.5.6 Utveksling av opplysninger fra kommunens saksforberedende instans til nemnd/behandlende institusjon/pårørende

Som nevnt har enhver som utfører tjeneste eller arbeid etter helse- og omsorgstjenesteloven taushetsplikt etter

lovens § 12-1. Dette får betydning for hvilke opplysninger som kan viderefremmes bl.a. til nemnda og til behandlende institusjon i spesialisthelsetjenesten. Forvaltningsloven § 13 b nr. 2 gir hjemmel til å viderefremme taushetsbelagte opplysninger når opplysningene skal brukes til det formål de er innhentet for. Da kan opplysningene i følge bestemmelsen bl.a. brukes «i forbindelse med saksforberedelse, avgjørelse, gjennomføring av avgjørelsen, oppfølging og kontroll». Bestemmelsen hjemler både kommunikasjon innad i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og til andre organer eller personer som trenger opplysningene i forbindelse med saksbehandlingen.³⁹ Når saken står for fylkesnemnda, vil den kommunale helse- og omsorgstjenesten kunne formidle opplysninger med hjemmel i forvaltningsloven § 13b nr. 2 som ledd i saksforberedelse og gjennomføring. Bestemmelsen gir også den kommunale helse- og omsorgstjenesten hjemmel til å gi opplysningene til institusjonen som gjennomfører tvangsvedtaket.

Opplysningene kan også gjøres tilgjengelig for andre i den kommunale- helse og omsorgstjenesten «i den utstrekning som trengs for en hensiktsmessig arbeids- og arkivordning, bl.a. til bruk ved vegledning i andre saker».⁴⁰ I tillegg bestemmer forvaltningsloven § 13 b nr. 1 at taushetsplikten ikke er til hinder for å gjøre opplysningene kjent for sakens parter og deres representanter – det vil i denne sammenheng si pasienten og kommunen og deres representanter.

³⁹ Woxholth 2011 s. 294

⁴⁰ jf. § 13 b nr. 3.

Forvaltningsloven § 13 b nr. 3 medfører blant annet at flere saksbehandlere i den kommunale helse- og omsorgstjenesten kan samarbeide om en sak og ha full tilgang til opplysningene. Av juridisk teori⁴¹ fremgår det også at bestemmelsen åpner for at det kan utveksles opplysninger mellom forskjellige saker og at det kan hentes opplysninger fra tidligere arkiverte saker vedrørende samme person, siden en hensiktsmessig arbeidsordning som regel vil tilsi at det er forskjellige personer som arbeider med forskjellige saker. Det er viktig å huske at opplysningene likevel ikke kan sirkulere fritt i organet, og det er kun opplysninger som er nødvendig og relevante for saksbehandlingen som omfattes av unntaket.

Når det gjelder kommunikasjon til de pårørende er utgangspunktet at pasienten må samtykke for at den kommunale helse- og omsorgstjenesten skal kunne formidle opplysninger om helsetilstanden. Taushetsplikten gjelder også ovenfor pårørende som har bedt om vurdering av tvangsinnleggelse etter helse- og omsorgstjenesteloven § 10-1. Dersom pasienten har barn, kan den kommunale helse- og omsorgstjenesten ha opplysningsplikt etter eget tiltak til barneverntjenesten etter barnevernloven § 6-4. Helsepersonellets opplysningsplikt til barneverntjenesten er regulert i helsepersonelloven § 33.

2.5.7 Gjennomføring av vedtaket Spesialisthelsetjenesten ansvar for oppfølging

Gjennomføringen skjer ved institusjon i spesialisthelsetjenesten som yter tverrfaglig

spesialisert rusbehandling.⁴² Dette innebærer at institusjonene anses som helseinstitusjoner og er underlagt spesialisthelsetjenesteloven.

Alle som utfører tjeneste eller arbeid for helseinstitusjonen har taushetsplikt etter lovens § 6-1. Personellet som yter helsehjelp etter helsepersonelloven § 3 er i tillegg underlagt taushetspliktsreglene i helsepersonelloven §§ 21 flg.

Helsepersonelloven §§ 25 og 45 regulerer unntak fra taushetsplikten for utveksling av opplysninger som er nødvendige for å yte forsvarlig helsehjelp til pasienten. Helsepersonelloven § 25 regulerer de situasjoner der helsepersonell samarbeider om helsehjelpen til en pasient uavhengig av om dette skjer innenfor eller på tvers av virksomheter.

Bestemmelsen åpner for at taushetsbelagte opplysninger som er nødvendig for å yte forsvarlig helsehjelp til pasienten kan gis til samarbeidende personell.

Helsepersonelloven § 45 regulerer plikten til å gi nødvendige og relevante helseopplysninger til andre som yter eller skal yte helsehjelp til samme pasient, når det er nødvendig for å gi forsvarlig helsehjelp. Det betyr at helsepersonellet kan utveksle informasjon både innad i behandlingsinstitusjonen og utad til andre virksomheter som skal yte eller yter helsehjelp til pasienten, f.eks. den kommunale helse- og omsorgstjenesten, fastlegen eller annen spesialisthelsetjeneste, dersom vilkårene i bestemmelsene er oppfylt.

Det er en forutsetning etter bestemmelsene at pasienten ikke motsetter seg at opplysningene blir gitt til annet helsepersonell. Pasienten har

⁴¹ Graver (2007): «Alminnelig forvaltningsrett» 3. utgave.

⁴² jf. spesialisthelsetjenesteloven § 2-1a første ledd nr. 5.

rett til å reservere seg mot at opplysninger gis, selv om disse er nødvendige for å yte helsehjelp. Det er i utgangspunktet ingen plikt til å innhente et eksplisitt samtykke før opplysningene utleveres, men dersom det er grunn til å tro at pasienten vil motsette seg, må helsepersonellet undersøke nærmere før eventuell utlevering skjer. I tilfeller hvor rusmiddelavhengige pasienter er innlagt etter tvangsbestemmelsene i kapittel 10 vil det i de aller fleste tilfeller være grunn til å tro at pasienten vil motsette seg slik utlevering. Helsepersonellet bør derfor som hovedregel informere og spørre pasienten først. Pasientens rett til å motsette seg utlevering forutsetter at pasienten er kjent med at opplysninger kan gis til annet helsepersonell som skal yte helsehjelp. Bestemmelsen forutsetter at virksomheten utarbeider gode rutiner for informasjon om regelverket til pasientene.⁴³

Kommunens ansvar for oppfølging

Selv om gjennomføring av vedtaket skjer ved institusjon i spesialisthelsetjenesten er kommunen fortsatt ansvarlig for oppfølging av pasienten ved f. eks. å finne alternative institusjonsplasser ved utskriving før vedtakets utløp eller å treffe avgjørelse om forlengelse av tvangsvedtak etter helse- og omsorgstjenesteloven § 10-3 tredje ledd. Kommunen er derfor avhengig av informasjon fra den behandlende institusjonen. Helsepersonellet ved den behandlende institusjonen er som nevnt underlagt reglene om taushetsplikt i helsepersonelloven og utlevering av taushetsbelagte opplysninger må

derfor enten skje med pasientens samtykke eller med hjemmel i lov.

Helsepersonelloven § 25 åpner for utveksling av informasjon mellom samarbeidende personell som er nødvendig for å yte helsehjelp. Den/de som er ansvarlige for den administrative oppfølging av vedtaket i kommunen vil normalt ikke defineres som samarbeidende personell som yter helsehjelp, og bestemmelsen kommer derfor i utgangspunktet ikke til anvendelse. Dersom man i enkelte situasjoner skulle komme til at vedkommende kan defineres som samarbeidende personell, vil hovedregelen likevel være at helsepersonellet ikke kan utlevere taushetsbelagt informasjon til kommunen uten å innhente pasientens samtykke. Det vises her til det som er skrevet over om helsepersonelloven § 25.

Dersom pasienten ikke ønsker å samtykke til slik utlevering, eller der det ikke er mulig å innhente samtykke, for eksempel hvis pasienten har rømt fra institusjonen, må utveksling av informasjon bero på andre lovbestemte unntak fra taushetsplikten.

Som nevnt tidligere åpner § 23 nr. 1 for å videreforme opplysninger som allerede er kjent for mottaker. Dette unntaket fra taushetsplikten begrenser seg til å gjelde konkrete opplysninger som er kjent fra før. Taushetsplikten vil fortsatt gjelde for opplysninger og informasjon som ikke er gjort kjent.

Helsepersonelloven § 23 nr. 4 åpner for at det kan tenkes tilfeller hvor opplysninger likevel bør utleveres. Vurderingen helsepersonellet må gjøre i slike situasjoner vil langt på vei være sammenfallende med de vurderinger

⁴³ For utfyllende merknader, se IS 8/2012 Helsepersonelloven med kommentarer: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/207/Helsepersonelloven-med-kommentarer-IS-8-2012.pdf>

som foretas i nødrettssituasjoner. Det vises til tidligere omtale av helsepersonelloven § 23.

Vilkårene for tilbakehold etter § 10-2 er strenge. Det er nærliggende å tenke at mange av de situasjonene hvor det er grunnlag for å anvende tvangstiltak etter helse- og omsorgstjenesteloven kap. 10 vil være av en så alvorlig karakter at vilkårene for å gi opplysninger etter § 23 nr.4 tilsvarende vil være oppfylt. Hvorvidt det foreligger opplysningsrett i den enkelte situasjon vil bero på en konkret vurdering fra ansvarlig helsepersonell.

Når det gjelder utlevering av opplysninger i forbindelse med kommunens oppfølging av tvangsvedtak etter helse- og omsorgstjenesteloven § 10-3 har helsepersonell som tidligere nevnt opplysningsplikt etter helsepersonelloven § 32 annet ledd.

2.5.8 Utveksling av opplysninger ved utskrivning

Spesialisthelsetjenesteloven § 3-15 tredje punktum pålegger spesialisthelsetjenesten å varsle den kommunale helse- og omsorgstjenesten ved utskrivning av pasienter som er innlagt med hjemmel i helse- og omsorgstjenesteloven §§ 10-2 og 10-3. Varsel skal gis selv om pasienten ikke samtykker. I rundskriv til spesialisthelsetjenesten⁴⁴ anbefales det at det før utskrivning bør vurderes om det skal utarbeides individuell plan.⁴⁵ De aller fleste pasienter som behandles i tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengighet vil ha rett til å få

⁴⁴

<https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/261/Spesialisthelsetjenesteloven-med-kommentarer-IS-5-2013.pdf>

⁴⁵ jf. § 2-5.

utarbeidet en individuell plan, og også rusbehandlingsinstitusjonen har et ansvar for at dette blir gjort.⁴⁶

Spesialisthelsetjenesteloven § 3-15 tredje punktum gir ikke hjemmel for utlevering av taushetsbelagte opplysninger utover det som fremgår av bestemmelsen. Bestemmelsen må sees i sammenheng med helsepersonelloven § 45a. Med mindre pasienten motsetter seg det, skal det ved utskrivning fra helseinstitusjon oversendes epikrise til innleggende eller henvisende helsepersonell, til det helsepersonellet som trenger opplysningene til å gi pasienten forsvarlig oppfølging og til pasientens faste lege.

2.6 Politiets rolle ved bruk av tvang

Det følger av politiloven § 2 nr. 5 at politiet på anmodning skal yte andre offentlige myndigheter vern og bistand under deres tjenesteutøvelse når dette følger av lov eller sedvane.⁴⁷

En slik bistandsplikt er gitt i spesialisthelsetjenesteloven § 6-4 hvor det fremgår at politiet har plikt til å yte bistand ved fullbyrdelse av tvangsvedtak etter helse- og omsorgstjenesteloven §§ 10-2 og 10-3 eller vilkår etter helse- og omsorgstjenesteloven § 10-4. Helsepersonell kan uten hinder av taushetsplikt gi ut taushetsbelagte opplysninger når dette er nødvendig for å innhente slik bistand fra politiet.

Det er utgitt et felles rundskriv⁴⁸ av Helsedirektoratet og Politidirektoratet om helsetjenestens og politiets ansvar for psykisk

⁴⁶ jf. § 2-5.

⁴⁷ <http://www.lovdatab.no/all/tl-19950804-053-001.html#2>

⁴⁸ Felles rundskriv, 2012/007, IS-5/2012

syke. Deler av det som fremgår her om oppgaver og samarbeid mv vil også være retningsgivende for bruk av tvang etter hol. kapittel 10.

Bistandsplikten knytter seg til «fullbyrdelse av tvangsvedtak», og gjelder både ved midlertidige og ordinære tvangsvedtak. Helsedirektoratet har lagt til grunn⁴⁹ at det kan bes om bistand ved anbringelse til avrusning, overføring fra avrusning til behandlingsinstitusjon, samt tilbakeføring etter rømning. Det kan også være aktuelt å be om bistand ved gjennomføring av møte i Fylkesnemnda. Videre kan det bes om bistand fra politiet ved endringer i gjennomføringen av tvangsoppholdet ved overføring til annen institusjon innen spesialisthelsetjenesten.⁵⁰

Bruk av politi ved etablering og gjennomføring av tvangsoppholdet må kun benyttes når det er nødvendig. Unødig bruk av politi og fysisk makt kan forsterke motstand og være en dårlig start på et tvangsopphold. Politi skal ikke rutinemessig benyttes.

Politiets bistand vil først og fremst være nødvendig i følgende tilfeller:

- Ved behov for fysisk maktutøvelse utenfor institusjon
- Når en person antas å ville påføre seg selv eller andre skade og helsepersonell ikke er i stand til å avverge dette
- Bistand med å hente tilbake ved rømning
- Når det er nødvendig å bane seg adgang til hus, rom eller annet lokale.⁵¹

Det er helsetjenesten som vurderer om bistand fra politiet er nødvendig. Kommunen/helsetjenesten må i hvert enkelt

tilfelle foreta en konkret vurdering av behovet for bistand, og det bør foreligge rutiner i tjenestene som sikrer dette.

Når det gjelder ansvarsforhold mellom kommune og spesialisthelsetjenesten har Helsedirektoratet lagt til grunn⁵² at kommunen har ansvar for transport og nødvendig politibistand for å fullbyrde tvangsvedtaket, og at dette omfatter både innleggelse, transport til nemnd og tilbakeføring ved rømning.

Når det gjelder tilbakeføring ved rømning er dette også regulert spesielt i sosialtjenestelovforskriften § 5-9, hvor det fremgår at sosialtjenesten (kommunen) skal sette i verk nødvendige tiltak for å tilbakeføre rusmiddelmissbrukeren til institusjonen.

Merknad: I utkast til ny forskrift som har vært på høring foreslås det å endre § 5-9 om tilbakeføring ved rømning, slik at det er institusjonen som tillegges dette ansvaret, da dette er mer i samsvar med gjeldende ansvarsforhold i helsetjenesten.

Det anbefales følgende:

- Det bør tas initiativ til å etablere lokale samarbeidsrutiner mellom helsetjeneste og politi, eller at eksisterende samarbeid styrkes
- Bistandsanmodningen bør så langt forholdene tilsier det, angi hvorfor bistand fra politiet anses for nødvendig.
- Det må gis nødvendige opplysninger om pasienten og situasjonen for at oppdraget skal kunne gjennomføres på en forsvarlig og minst mulig inngripende måte av politiet for pasienten og eventuelt pårørende.
- Følgende informasjon er normalt

⁴⁹ Helsedirektoratets fortolkning 13.10.2011 (11/1229)

⁵⁰ Det er gjort en ny vurdering av dette i forhold til fortolkning 13.10.2011, der det motsatte er lagt til grunn.

⁵¹ Jf. politiloven § 12 (3)

⁵² Helsedirektoratets fortolkning 15.12.2010 (10/5000)

nødvendig å gi politiet ved anmodning om bistand: pasientens navn og fødselsdato, tilstand, relevant informasjon om tidligere atferd og andre aktuelle risikofaktorer, hente- og avleveringssted, planlagt transportmåte og følgepersonell fra helsetjenesten og opplysninger om eventuelle barn og unge i familien som berøres av henting.

- Ved avhenting av en person i egen bolig, må helsetjenesten sørge for at eventuelle pårørende i familien blir ivaretatt, herunder vurdere opplysningsplikten til barneverntjenesten.

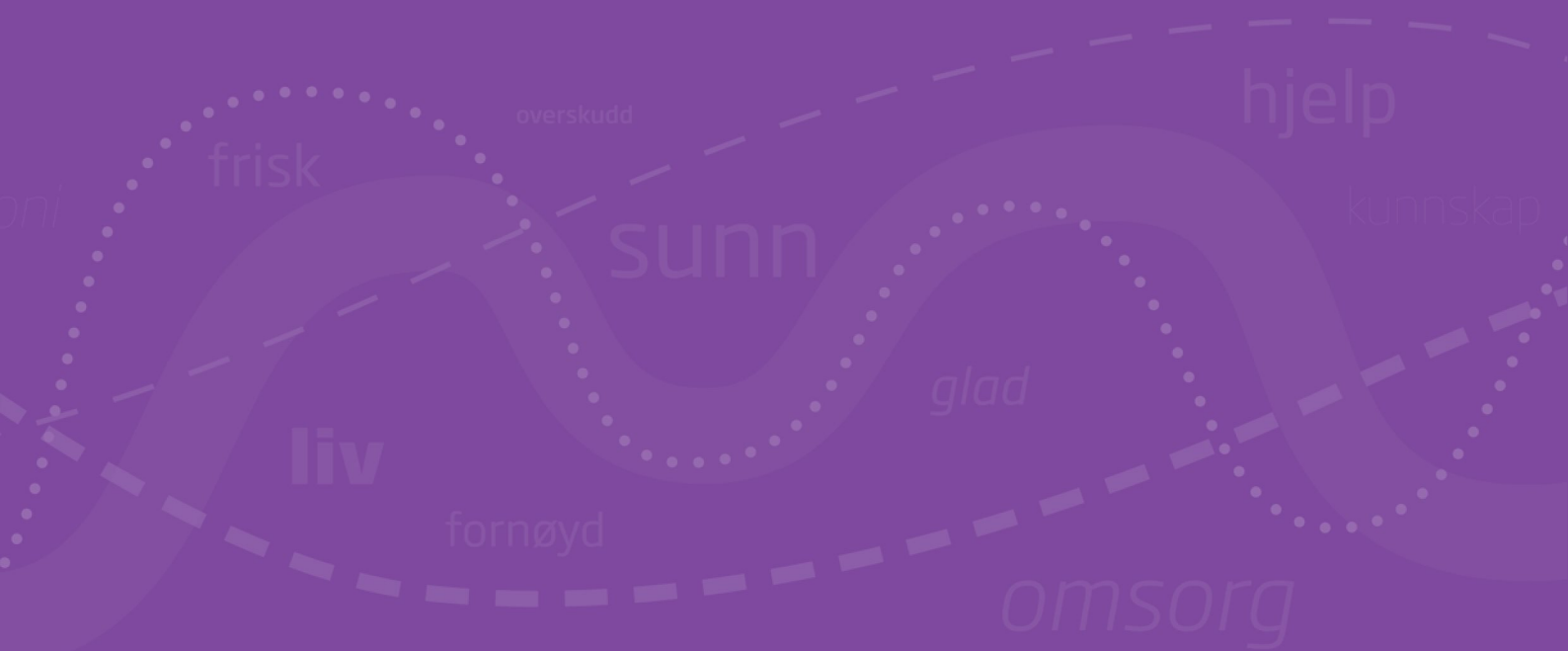
Politiet avgjør i utgangspunktet selv på hvilken måte og med hvilke midler bistandsoppdrag skal gjennomføres.⁵³

Utgifter i forbindelse med politiets bistand

Politibistand i tvangssaker etter helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 10 vurderes som en ordinær politioppgave og politiet dekker egne utgifter ved bistandsoppdraget.

Dette følger av brev av 25.8.1998 fra Justisdepartementet hvor det fremgår at dekning av utgifter til politibistand i tvangssaker (etter daværende sosialtjenestelov) må løses på samme måte som i rundskriv av 2.10.1998 (G-143/89). Dette rundskrivet omhandler utgiftsfordeling mellom kommunene og politiet når nemnda i henhold til barnevernloven ber om bistand. I følge rundskrivet skal politiet dekke egne utgifter.

⁵³ Jf. politiinstruksen § 13-5



VURDERINGSFASEN

3 VURDERINGSFASEN

Refleksjon og langsiktig planlegging er en målsetning i alle saker. Målet er å oppnå gode behandlingslinjer på systemnivå og sammenhengende behandlingsforløp for den enkelte bruker/pasient. Det er viktig å oppnå forløp som ivaretar behovene i den akutte situasjonen, men også behovene for oppfølging og behandling på sikt. En forutsetning for at rettsanvendelsen skal kunne følge intensjonene i lovgivningen, er at det finnes tilstrekkelige behandlingssplasser som faglig og materielt er i stand til å følge opp ulike typer tvangsvedtak.

Anbefalinger

- Kommunens ledelse må tilrettelegge for at vurdering av tvang blir igangsatt der forholdene tilsier at det gjøres en slik vurdering, i tråd med lovgivers intensjoner og vilkårene i tvangsbestemmelsene
- Det anbefales at kommunen utarbeider rutiner og prosedyrer for hele tvangsforløpet i henhold til §§ 10-2 og 10-3.
- Kommunen bør i tilknytning til rutiner og prosedyrer, utarbeide eller ta i bruk sjekklister for hvilke forhold som skal vurderes basert på vilkårene for anvendelse av tvangsbestemmelsene, og hvilke aktører som kan være aktuelle for å avgi opplysninger som er relevante for vurderingen
- Bekymringsmeldinger gir grunnlag for vurdering av tvang. Kommunen bør sikre at slike vurderinger også skjer på eget initiativ.
- Det må sikres tilstrekkelig rusfaglig kompetanse i kommunen ved den instansen som har ansvar for saksbehandlingen.
- Tjenestene bør organiseres slik at det legges til rette for tilstrekkelige ressurser ved vurdering og saksbehandling. Det anbefales to saksbehandlere per bruker/sak.⁵⁴
- Tjenestene må sørge for gode samarbeidsforhold mellom nivåene for å sikre effektiv innhenting av opplysninger i saken

Tvangssaker fremmes av den kommunen hvor vedkommende oppholder seg, og denne kommunen har ansvaret for oppfølging og kontroll etter at vedtaket er truffet og iverksatt. Ved avtale kan ansvaret overføres til en annen kommune som personen har tilknytning til.

Brukerens hjemkommune bør kontaktes da de ofte har god kjennskap til brukeren og kan bistå med råd og veiledning i vurderingsfasen.

3.1 Når skal kommunen vurdere tvang?

Kommunen har plikt til å vurdere bruk av tvang etter bekymringsmelding fra pårørende om omfattende rusmiddelmissbruk. Plikten

⁵⁴ Se Lundeberg, Mjåland og Søvig (2014): Tvang i rusfeltet, side 148.

består i å foreta de nødvendige undersøkelser i saken, og vurdere om det skal fremmes sak etter §§ 10-2 eller 10-3.

Ved vurdering av meldingen må kommunen også vurdere hastegrad, og om det foreligger grunnlag for å treffe et midlertidig vedtak etter § 10-2 fjerde ledd eller § 10-4 femte ledd.

Kommunen bør uansett på eget initiativ iverksette en utredning hos personer med omfattende rusmiddelbruk, slik at det kan tilbys tilpasset bistand for vedkommende og eventuelt utrede for tvang.⁵⁵ I tilfeller der det er aktuelt å fremme en tvangssak, vil personen vanligvis være kjent av kommunen/hjemkommunen på forhånd, og mindre omfattende hjelpetiltak vil som regel være forsøkt. En utredning av om vilkårene for tvang foreligger, kan også føre til at det åpner seg andre løsninger for personen.

Frivillige tiltak må være prøvd eller vurdert som ikke hensiktsmessig i §§ 10- og 10-3-saker.

Det bør vurderes om avtalt tvang i henhold til § 10-4 kan være et egnet alternativ.

Gravide med rusmiddelproblematikk er i en særstilling og konsekvensene for fosteret kan være alvorlige hvis kommunen bruker for lang tid på å vurdere bruk av tvang. Kommunen må ikke bruke unødig lang tid på utredning og utprøving av frivillige tiltak.

Forsvarlighetskravet tilsier raske avklaringer for å hindre at fosteret utsettes for unødig risiko for skade.

Den som først får kunnskap om graviditeten har ansvar for umiddelbart å vurdere meldeplikt og etablere samarbeid med den gravide, fastlege og helsestasjon. Øyeblikkelig hjelp og behov for innleggelse i institusjon på dagen bør vurderes. Dersom kvinnen ikke skal innlegges, bør kommunen umiddelbart forsøke å inngå avtale om frivillige urinprøver og oppfølgingsamtaler.

3.2 Hva skal kommunen vurdere?

Kommunen skal vurdere om det skal fremmes sak etter §§ 10-2 eller 10-3. I denne vurderingen må kommunen vurdere om vilkårene etter bestemmelsen er tilstede.⁵⁶

To forhold står helt sentralt når kommunen vurderer bruk av tvang:

- formålet med oppholdet
- brukerens helse- og livssituasjon

Formålet med oppholdet

Målet med å bruke tvang kan deles inn i fire hovedgrupper:

- Hindre helseskade
- Motivere og tilrettelegge for behandling
- Etablere en behandlingsallianse med sikte på viderebehandling og rehabilitering
- For gravide: Hindre eller begrense sannsynligheten for at fosteret påføres skade

Brukerens helse- og livssituasjon

Følgende situasjoner/momentene kan blant annet gi grunnlag for å vurdere videre om tvang bør benyttes:

- Vedvarende påvirkning av og/eller omfattende misbruk av rusmidler.

⁵⁵ jf. Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1

⁵⁶ Det vises til kapittel 4, hvor vilkårene omtales nærmere.

- Langvarig misbruk. Brukeren har et misbruk som kan være under periodevis kontroll, men som ved gjentatte anledninger ødelegger arbeids- og boligforhold, ekteskap eller økonomi. Behandlingsforsøk har mislyktes av samme årsak.
- Fysisk forkommenhet
- Sykdommer som skyldes eller forverres av rusmiddelmisbruket.
- Underernæring
- Hyppige overdoser/akutte forgiftninger.
- Svekkede kognitive/psykologiske funksjoner som ikke skyldes aktuell beruselse.
- Svekket psykisk helse. Rusmidler kan i seg selv redusere psykisk funksjonsnivå eller forsterke eksisterende psykiske lidelser.
- Manglende evne til impuls kontroll. Fare for at personen sannsynligvis vil avslutte et behandlingsopphold for tidlig.
- Når rusmiddelproblemer i perioder eller situasjoner reduserer personens evne til å ivareta seg selv.
- For gravide er det særlige hensyn ut fra at omsorgen for fosteret går foran omsorgen for kvinnen. Utgangspunktet for bestemmelsen er å favne bredere i befolkningen enn de kvinnene som har et allerede kjent rusmiddelproblem. Målgruppen er kvinner som ikke klarer å stoppe inntaket av rusmidler under graviditet.
- Dersom den gravide avlegger positiv urinprøve, unnlater å avlegge urinprøve eller uteblir fra avtale.

Bruk av tvang vil være mest aktuelt for personer over 18 år. Dette fordi det stilles krav om at det skal foreligge et ”omfattende og vedvarende misbruk”. Dersom misbrukets utvikling er alvorlig nok kan det være aktuelt å

vurdere sak om tvangsplassering av en person under 18 år. Her må det gjøres en konkret vurdering av situasjonen i forhold til lovens vilkår, samt alternativer. For personer under 18 år vil også barnevernloven være aktuell som grunnlag for tvangstiltak.

Når skal tvangsbestemmelsene ikke anvendes?

Tilbakehold uten eget samtykke i Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) kan ikke brukes til å løse kortsiktige kriser av sosial og økonomisk art. Slike problemer må det arbeides med samtidig som det eventuelt gjennomføres et tvangsvedtak om tilbakehold. Voldsom, truende og forstyrrende atferd vil heller ikke alene gi grunnlag for bruk av tvang etter helse- og omsorgstjenesteloven. I disse situasjonene kan det være mer riktig å kontakte politiet.⁵⁷

3.3 Pasienter med samtidig rus- og psykiske problemer (ROP)

Personer med rusmiddelproblemer har også ofte psykiske problemer. Problemene kommer ofte til syne i forbindelse med at personen ikke inntar rusmidler. Regelverket åpner for at personer kan innlegges i psykisk helsevern med grunnlag i §§ 10-2 og 10-3.

Når en pasient innlegges i psykisk helsevern med hjemmel i helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 10, gjelder gjennomføringsreglene i psykisk helsevernloven kapittel 4.⁵⁸

Muligheten for å tvangsinnlegge personer med rusmiddelproblemer i psykisk helsevern

⁵⁷ Se også veileder «Sammen om mestring», vedrørende samarbeid om brukere og pasienter med vold- og utageringsproblematikk. (<https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/410/Sammen-om-mestring-Veileder-i-lokalt-psykisk-helsearbeid-og-rusarbeid-for-voksne-IS-2076.pdf.pdf>).

⁵⁸ jf. psykisk helsevernloven § 1-1a.

har i liten grad blitt anvendt. I saker der hjelpeapparatet trenger å ivareta pasienter med samtidig rus- og psykisk lidelse, kan det være aktuelt å benytte seg av denne adgangen.

Gjennomføring av vedtak etter hol. §§ 10-2 og 10-3 i en institusjon underlagt psykisk helsevern innebærer bl.a. at pasienten kan skjermes med hjemmel i psykisk helsevernloven § 4-3.

Flere bestemmelser i kapittel 4 kan imidlertid ikke benyttes når pasientene har et vedtak etter hol. §§ 10-2 og 10-3:

- Pasienten kan ikke behandles uten eget samtykke (f. eks. tvangsmedisinering).
- Eventuell urinprøvetaking av pasienter innlagt etter hol. §§ 10-2 og 10-3 som gjennomfører tvangsinnleggelsen i en institusjon under det psykiske helsevernet kan bare skje om fylkesnemnda har fattet vedtak om det.
- Klager fra pasienter som gjennomfører vedtak med hjemmel i § 1-1a hører inn under kontrollkommisjonen.

Foretakene må lage systemer og samarbeidsrutiner som tilrettelegger for smidige pasientforløp. De regionale helseforetakene må sørge for at det foreligger nok plasser for pasienter med samtidige lidelser som har tvangsvedtak etter hol. kap. 10.

Boks 3.3.1 Psykisk helsevernloven

Psykisk helsevernloven § 1-1a innebærer at pasienter med vedtak fra fylkesnemnda etter hol. § 10-2 og § 10-3 (eventuelt på grunnlag av et midlertidig vedtak fattet av

kommunen), kan tas inn på institusjoner i psykisk helsevern. Oppholdet reguleres da etter psykisk helsevernloven kapittel 4, og ikke etter sosialtjenestelovforskriften.

Dersom brukeren/pasienten har en alvorlig sinnslidelse kan innleggelse med grunnlag i psykisk helsevernloven vurderes. Denne loven regulerer blant annet tvangsbruk overfor personer med psykiske lidelser. Grunnvilkåret for tvungent psykisk helsevern er at pasienten har en «alvorlig sinnslidelse»⁵⁹, som henger nært sammen med psykoselidelser og bare unntaksvis vil avvikstilstander av ikke-psykotisk karakter kunne føre til tvangsinnleggelse.

Personer med akutte psykoser har rett til behandling i psykisk helsevern, uavhengig av om lidelsen er rusmiddelutløst eller ikke.

Boks 3.3.2 ROP-retningslinjen

Helsedirektoratet ga i 2012 ut Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse, ROP-lidelser. Sentrale anbefalinger fra ROP-retningslinjen er i denne sammenheng:⁶⁰

- For å ivareta et sammenhengende tilbud skal den instansen som først kommer i kontakt med en person med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse, sikre at personen følges opp med hensyn til begge lidelser og vurdere behovet for individuell plan
- Selv om ansvaret plasseres ett sted, vil andre instanser også ha et ansvar. Det skal alltid etableres forpliktende

⁵⁹ jf. § 3-3 nr. 3

⁶⁰ Se ROP-retningslinjen

(<https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/188/Nasjonal-faglig-retningslinje-personer-med-rop-lidelser-IS-1948.pdf>)

samarbeid

- Uenighet om ansvarsforhold må ikke føre til at pasienten får et dårligere behandlingstilbud og blir skadelidende

Boks 3.3.3 Nettressurser

Det er utviklet viktige nettressurser for å ivareta kunnskapen om kombinasjonen av rus og psykiske lidelser.

www.snakkomrus.no er en nettressurs spesielt laget for ansatte i kommunens helse- og omsorgstjenester, i NAV og i spesialisthelsetjenesten. Her finner du elektroniske kartleggingsverktøy, fagstoff, filmer og annet læringsmaterieell som kan gjøre deg til en bedre rådgiver i samtaler om bruk av alkohol og andre rusmidler.

www.ropbruker.no er en nettressurs for pasienter, brukere og pårørende som skal gjøre innholdet i ROP -retningslinjen mest mulig tilgjengelig, og gjennom dette påvirke fagpersoners atferd og hjelpesystemenes tjenestetilbud.

Boks 3.3.4 ROP-retningslinjen har flere anbefalinger som understreker viktigheten av rutiner og samarbeid:

- Nr. 76: I alle helseforetak bør det etableres rutiner for tidlig å avdekke og følge opp personer med ROP-lidelser.
- Nr. 78: Psykisk helsevern skal ha kompetanse til å behandle pasienter med kombinasjonen alvorlig psykisk lidelse og alle typer ruslidelser.
- Nr. 85: Psykisk helsevern skal kunne gi tilbud om behandling av pasienter med kombinasjonen alvorlig psykisk lidelse og alle typer ruslidelser.
- Nr. 89: Samarbeid mellom nivåer og innenfor nivåer bør skje gjennom

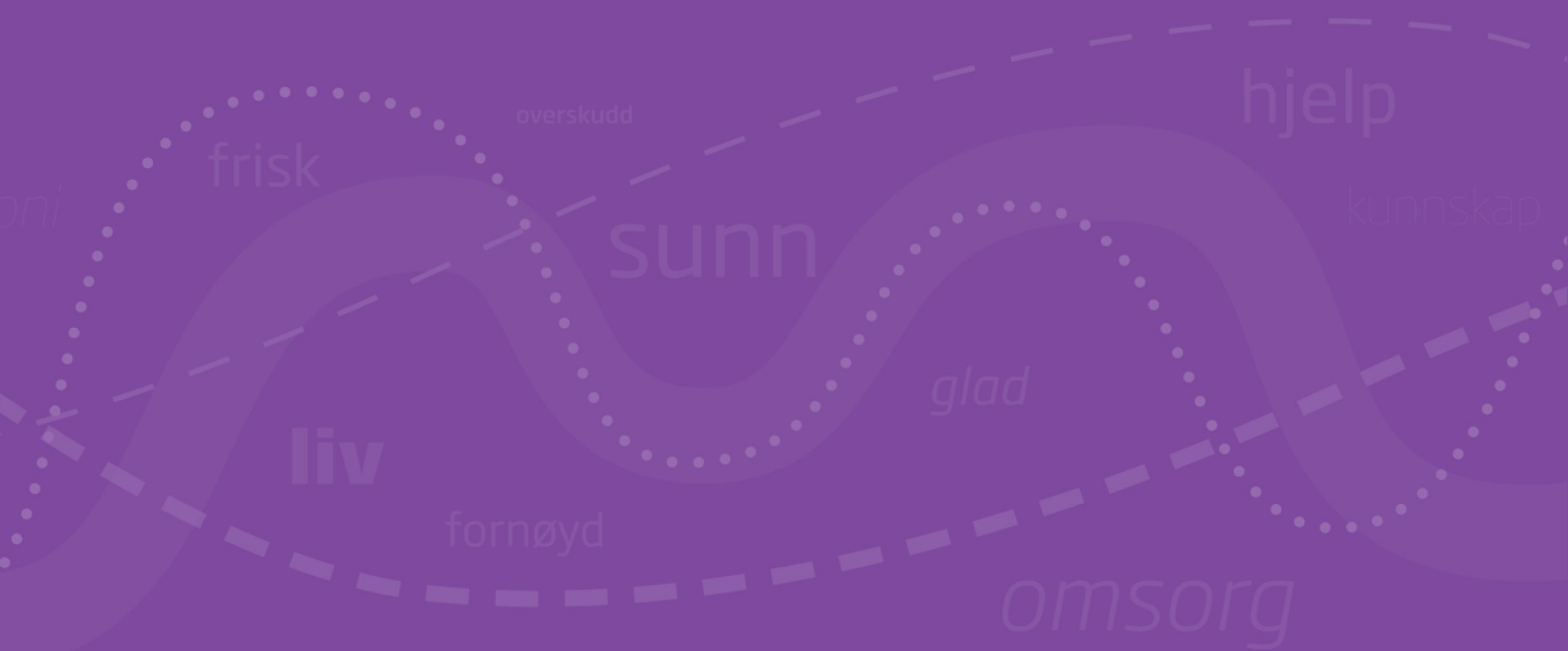
samarbeidsavtaler som må formaliseres. For den enkelte person er det Individuell plan som presiserer samarbeidet. Det bør utformes samarbeidsavtaler mellom enheter knyttet til enkeltpasienter.

Boks 3.3.5 Case Martin (med avtale)

Martin (24) er innlagt på institusjon etter hol. § 10-2. I tillegg til sin amfetaminavhengighet har han en psykoselidelse. Etter to uker på institusjonen får han psykosesyntomer og han blir sterkt utagerende. Institusjonen kontakter en psykiatrisk avdeling i samme helseforetak. Denne avdelingen har større muligheter for å skreddersy skjerming som pasienten har behov for. Helseforetaket har tilrettelagt for samarbeid gjennom avtaler mellom avdelingene. Martin overføres til den psykiatriske avdelingen hvor han får skjerming og behandling. Etter 4 dager overføres han tilbake til institusjonen innenfor tverrfaglig spesialisert rusbehandling for å fortsette sitt tilbakehold der.

Boks 3.3.6 Case Turid (uten avtale)

Turid (36) er innlagt på institusjon etter hol. § 10-2. Hun har store betente abscesser og må innlegges på en somatisk avdeling. Sykehuset er ikke utpekt av foretaket til å ta imot pasienter på tvang og har ikke hjemmel til å holde pasienter tilbake. En ansatt fra institusjonen følger derfor Turid på sykehuset. Institusjonen som har ansvar for tilbakeholdet må stille med personell om nødvendig. I mange situasjoner vil det være mest hensiktsmessig at Turid får somatisk helsehjelp ved institusjonen som gjennomfører tilbakeholdet.



TVANGSTILTAK OVENFOR PERSONER MED RUSMIDDELPROBLEMER

4 TVANGSTILTAK OVENFOR PERSONER MED RUSMIDDELPROBLEMER

4.1 Oversikt over reglene

Helse- og omsorgstjenesteloven (hol.) kapittel 10 inneholder tre tvangsbestemmelser: § 10-2 om tvang overfor rusmiddelavhengige, § 10-3 om tvang overfor gravide rusmiddelavhengige og § 10-4 om tilbakehold på grunnlag av samtykke (avtalt tvang) overfor rusmiddelavhengige. Disse bestemmelsene gir adgang til tvangstiltak i form av innleggelse og tilbakehold i spesialisthelsetjenesten i institusjon for tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengighet (TSB). Bestemmelsene gir ikke adgang til tvangsbehandling, og tilbakeholdet er tidsbegrenset.

Boks 4.1.1 Avtalt tvang

Ved behov for tvangsbruk må det først vurderes om avtalt tvang etter § 10-4 kan benyttes.

I lovforarbeidene⁶¹ betegnes § 10-4 om avtalt tvang som hovedregelen om tvangsbruk. Det bør derfor først vurderes om dette

alternativet er tilstrekkelig for å dekke behovet i en aktuell sak.

Nærmere regler om adgangen til tvangstiltak under gjennomføring av institusjonsopphold etter hol. kapittel 10 er gitt i forskrift 4. desember 1992 nr. 915 (sosialtjenestelovforskriften) kapittel 5. Den er gitt med hjemmel i den nå opphevede sosialtjenesteloven, men er gitt forlenget levetid gjennom hol. § 13-2.

Merknad: Sosialtjenestelovforskriften er under revisjon. Helse- og omsorgsdepartementet har utgitt et høringsnotat av 30. januar 2015 med forslag til lov og forskriftendringer om gjennomføringen av rusomsorgen⁶². Etter planen tas det sikte på å ferdigstille dette regelverket høsten 2015. Denne veilederen baserer seg på gjeldende regelverk, men vil oppdateres med nytt regelverk før utgivelse.

Vedtak om å sette vilkår om tilbakeholdelse på grunnlag av samtykke etter § 10-4 treffes av den enkelte institusjon. Vedtak om tilbakeholdelse uten eget samtykke etter § 10-2 og § 10-3 treffes av fylkesnemnda for

⁶¹ Ot.prp.29 (1990-91) s 92

⁶² [Høringsnotat - lov og forskrifter om gjennomføring av rusomsorgen](#)

barnevern og sosiale saker. Midlertidige vedtak i hastesaker treffes av kommunen.

Fylkesnemnda for barnevern og sosiale saker er et eget forvaltningsorgan med saksbehandlingsregler som ligger nær opp til domstolenes. Saksbehandlingen i tvangssaker følger av helse- og omsorgstjenesteloven §§ 10-5 flg. som henviser til reglene i barnevernloven kapittel 7. Ansvar for å fremme sak om tvang etter §§ 10-2 og 10-3 er lagt til kommunen.⁶³

4.2 Tilbakehold i institusjon på grunnlag av samtykke, § 10-4

4.2.1 Innledning

Helse- og omsorgstjenesteloven (hol.) § 10-4 åpner for at en person med rusmiddelproblemer selv kan samtykke til å bli holdt tilbake i institusjon utpekt av regionalt helseforetak.⁶⁴

En innleggelse etter hol. § 10-4 er en kombinasjon mellom et samtykke fra pasienten og et vedtak fra institusjonen om å sette vilkår om tilbakehold. Dette betegnes ofte som «avtalt tvang» mellom pasienten og institusjonen, og angis i lovforarbeidene som hovedregelen ved bruk av tvang⁶⁵. Det innebærer at i den grad et tvangsgrunnlag anses å være nødvendig, skal det først vurderes om ordningen med avtalt tvang er tilstrekkelig i den enkelte sak.

Avtalen gjøres mellom pasienten og institusjonen. Kommunen er ikke direkte part i avtalen, og det kreves ikke godkjenning fra fylkesnemnda.

Avtalt tvang er praktisk i de situasjoner hvor personen ønsker behandling men samtidig erkjenner at motivasjonen kan svikte underveis, bl.a. basert på tidligere erfaringer. Formålet med avtalt tvang er å hindre at impulshandlinger, ambivalens eller sviktende motivasjon fører til at pasienten avbryter oppholdet. I flere tilfeller vil forpliktelsen som ligger i avtalen være det personen trenger for å klare seg gjennom ulike situasjoner, og adgangen til fysiske begrensninger i praksis ikke blir aktuell å benytte.

For at hol. § 10-4 skal kunne fungere som hovedregel i praksis, er det nødvendig at kommune og spesialisthelsetjeneste samarbeider i forkant av en innleggelse, og vurderer om avtalt tvang kan være et aktuelt alternativ.

Målgruppen for avtalt tvang etter § 10-4 er både pasienter som ønsker et forsterket opplegg i forhold til en ordinær frivillig innleggelse, pasienter som ikke oppfyller vilkårene etter §§ 10-2 eller 10-3, og pasienter som oppfyller vilkårene etter § 10-2 eller § 10-3, men hvor § 10-4 likevel vil være et tilstrekkelig alternativ.

Tilbakehold etter § 10-4 kan også anvendes for gravide rusmiddelavhengige. Også for denne gruppen skal det vurderes om avtalt tvang er tilstrekkelig, men institusjonen må da særlig vurdere om fosteret får tilstrekkelig beskyttelse. Hvor § 10-4 benyttes for gravide vil det være nærliggende for institusjonen å gjennomføre innleggelse på samme avdeling som tar imot pasienter etter § 10-3.

Det er en forutsetning for bruk av § 10-4 at personen ikke står i en faktisk tvangssituasjon.

⁶³ jf. hol. § 10-6.

⁶⁴ Jf. spesialisthelsetjenesten § 2-1a fjerde ledd

⁶⁵ Ot.prp. 29 (1990-91) s 92

Med det menes at vedkommende ikke blir stilt i en slik situasjon at han/hun må godta vilkår om tilbakehold for i det hele tatt å få et tilbud om tverrfaglig spesialisert rusbehandling i spesialisthelsetjenesten.

Avtalen innebærer en fullmakt som institusjonen kan anvende som grunnlag for å iverksette nødvendige tiltak for å hindre at vedkommende avbryter oppholdet. Dette kan være tilbakehold i form av låste dører, følge i og utenfor institusjonen og fysisk tilbakehold. Institusjonen kan også hente personen tilbake ved rømning, herunder med bistand fra politiet. Behovet for å anvende tvangsfullmakten må alltid bero på en konkret og helhetlig vurdering i det enkelte tilfelle.

Et barn over 12 år med rusmiddelproblemer kan tas inn i institusjon på grunnlag av samtykke fra barnet selv og de som har foreldreansvaret. Har barnet fylt 16 år, er barnets samtykke tilstrekkelig.⁶⁶

I praksis brukes ikke § 10-4 overfor ungdom med rusmiddelproblemer fordi barnevernloven § 4-26 anses som et mer aktuelt rettsgrunnlag. Unntak kan tenkes for unge gravide som trenger oppfølging i en institusjon som er spesielt rettet mot gravide.⁶⁷

4.2.2 Forholdet til henvisning og prioriteringsreglene

I forkant av en avtale etter hol. § 10-4 vil det foreligge en henvisning til spesialisthelsetjenesten på ordinær måte, som blir vurdert av vurderingsenhet i henhold til

pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 2 om rett til helse- og omsorgstjenester mv.⁶⁸

Det er ofte kommunen og/eller fastlegen som har hatt den tetteste kontakten med brukeren i forkant, og som vil være i posisjon til å få kjennskap til behov og motivasjon for en innleggelse, og i hvilken grad frivillig tvang etter § 10-4 er et alternativ. Dialog med spesialisthelsetjenesten er viktig i vurderingen av om § 10-4 bør benyttes.

I mange tilfeller vil ruskonsulenten være den som har tettest kontakt med bruker og som er i posisjon til å vurdere om avtalt tvang kan være et hensiktsmessig tiltak. Kommunens helhetlige ansvar for oppfølging sikrer også en stor grad av innflytelse over tilbudet til brukeren før, under og etter et opphold på avtalt tvang. Kommunen er dermed i posisjon til å se avtalt tvang i en større helhet hvor brukeren gis et tilpasset tjenestetilbud som kan sikre effekt av tvangstiltaket.

En vurdering av om det bør settes vilkår om tilbakehold etter § 10-4 bør inngå i utredningen der pasientens historikk viser avbrutte institusjonsopphold, eller der forholdene tilsier at personen vil kunne risikere en tvangsplassering etter §§ 10-2 eller 10-3, eller øvrige forhold tilsier at det bør skje en slik vurdering. Informasjon kommunen har om pasientens behov og motivasjon for en plassering etter § 10-4, er relevant for spesialisthelsetjenestens vurderingsenhet, og må fremkomme av kommunens henvisning til vurderingsenheten i spesialisthelsetjenesten.

Vurderingsenheten bør på sin side vurdere plassering i institusjon utpekt for plasseringer etter § 10-4, der kommunens henvisning eller

⁶⁶ hol. § 10-4 siste ledd

⁶⁷ Lundeberg, Mjåland og Søvig (2014): Tvang i rusfeltet, side 108

⁶⁸ jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 b

annen informasjon tilsier at avtalt tvang kan bli nødvendig.

4.2.3 Forholdet mellom § 10-4 og §§ 10-2 og 10-3

Avtalt tvang etter hol. § 10-4 er basert på en avtale mellom pasienten og institusjonen. Tvangsinnleggelse etter hol. §§ 10-2 og 10-3 er basert på vedtak av fylkesnemnda på begjæring fra kommunen. Dermed er både saksbehandlingen og de involverte instansene forskjellige.

Fordelen med å bruke § 10-4 fremfor §§ 10-2 eller 10-3 er at det forutsetter frivillig medvirkning og deltagelse fra brukeren/pasienten, og vil på denne måten innebære et mindre inngrep i selvbestemmelsesretten.

§ 10-4 stiller ikke vilkår om at liv eller helse må være i fare. Således vil avtalt tvang kunne være aktuelt i tilfeller hvor det ikke er grunnlag for å fremme begjæring om innleggelse etter §§ 10-2 og 10-3. § 10-4 vil være uaktuelt å anvende der pasienten ikke samtykker, eller ikke har samtykkekompetanse.

Avtale om tilbakehold etter § 10-4 kan også inngås ved direkte overgang fra opphold med hjemmel i §§ 10-2 eller 10-3.

Det må påses at § 10-4 blir vurdert før kommunen eventuelt setter i gang en tvangssak etter §§ 10-2 eller 10-3. Det er ikke gitt at avtalt tvang etter § 10-4 vil dekke behovet i en konkret sak, men muligheten bør alltid inngå i kommunens vurdering av hvilken løsning som bør velges.

Boks 4.2.1 § 10-4 som hovedregel

Dersom § 10-4 skal være hovedregelen i praksis, må kommunen ha et aktivt forhold til denne bestemmelsen. Kommunen bør på et tidlig stadium i vurderingsfasen drøfte med brukeren om § 10-4 kan være et aktuelt alternativ. Dersom bruker anser den som aktuell vil det neste være å sende en ordinær henvisning til vurderingsenhet for en § 10-4 plass. Det bør påses at § 10-4 blir vurdert før kommunen eventuelt setter i gang en tvangssak etter §§ 10-2 eller 10-3.

I visse tilfeller, for eksempel ved graviditet, vil ikke § 10-4 nødvendigvis være tilstrekkelig. For eksempel kan vedtakets lengde anses å være for begrenset til at det gir tilstrekkelig vern for fosteret. Et annet argument i den enkelte sak kan være tidligere erfaringer med pasienten hvor vedkommende har trukket tilbake et samtykke til avtalt tvang.

4.2.4 Vilkår som må være oppfylt for bruk av § 10-4

For å anvende hol. § 10-4 om avtalt tvang, må følgende vilkår foreligge:

- Pasienten er rusmiddelavhengig
- Pasienten avgir et gyldig samtykke
- Skjønnsmessig helhetsvurdering om det skal settes vilkår fra institusjonens side

Pasienten er rusmiddelavhengig

Grunnvilkåret for å sette vilkår om tilbakehold er at pasienten er "rusmiddelavhengig". Innleggelsen er frivillig, basert på at pasienten søker hjelp for sitt rusmiddelproblem. På bakgrunn av denne situasjonen vil det sjelden være aktuelt for institusjonen å overprøve pasientens egen oppfatning av å være rusmiddelavhengig. Vilkåret vil således i begrenset grad utgjøre et hinder for innleggelse etter § 10-4.

Pasienten samtykker til tilbakehold

Avtalt tvang forutsetter et gyldig samtykke fra pasienten selv. Pasientens samtykke skal dekke både innleggelsen i institusjonen og vilkår om tilbakehold. Pasienten bruker her sin selvbestemmelsesrett til å begrense egen bevegelsesfrihet i et begrenset fremtidig tidsrom. Krav til pasientens samtykke omhandles nærmere i punkt 4.2.5.

Skjønnsmessig helhetsvurdering fra institusjonens side

Institusjonen «kan» sette vilkår om tilbakehold. Det dreier seg dermed om en *adgang* til å stille vilkår om tilbakeholdelse, ikke en plikt.

Institusjonen må foreta en konkret vurdering av om innleggelse med avtale om tilbakeholdelse er et rimelig og hensiktsmessig tiltak. Dette innebærer blant annet en vurdering opp mot andre mulige tiltak, i første rekke en ordinær frivillig innleggelse. § 10-4 stiller i motsetning til §§ 10-2 og 10-3 ikke krav om at frivillige tiltak må være utilstrekkelig, men dette er likevel et sentralt moment i helhetsvurderingen av om avtalt tvang anses å være hensiktsmessig.

Det er institusjonen som er utpekt av det regionale helseforetaket som kan stille vilkår om samtykke til tilbakeholdelse.

Institusjonenes beslutning om å stille vilkår om tilbakeholdelse er et enkeltvedtak som kan påklages til Fylkesmannen.⁶⁹

⁶⁹ Lundeberg, Mjåland og Søvig (2014): Tvang i rusfeltet, side 111 og Gyldendal rettsdata, Alice Kjellevoid note 122

4.2.5 Nærmere om krav til pasientens samtykke

Kravene til pasientens samtykke følger reglene i pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4.⁷⁰ I tillegg kommer de særlige kravene som følger av § 10-4.

Krav om samtykkekompetanse

Når det gjelder krav om samtykkekompetanse er det en særlig utfordring ved bruk av avtalt tvang at pasienten kan være påvirket av rusmidler når samtykket gis. Spørsmålet blir i hvilken grad ruspåvirkningen gjør at samtykkekompetansen kan bortfalle, og dermed utelukke bruk av § 10-4. Innleggelse etter § 10-4 danner grunnlag for inngripende tiltak. Dette taler for varsomhet med å inngå avtale om avtalt tvang for personer som er ruspåvirket. På den annen side kan ikke kravet praktiseres så strengt at denne gruppen i praksis ikke kan gjøre bruk av innleggelser etter § 10-4.

Institusjoner som tar imot pasienter etter § 10-4 må forsikre seg om at den aktuelle pasienten, til tross for eventuell ruspåvirkning og andre fysiske eller psykiske forhold, har en forståelse for hva en innleggelse innebærer.

Pasienten må informeres om hva samtykket innebærer

Før samtykket gis må pasienten informeres om hva samtykket innebærer. Pasienten må få informasjon om hvorvidt det stilles vilkår med hjemmel i § 10-4 første ledd eller § 10-4 andre ledd. Det må gis nødvendig informasjon om hva institusjonsopphold på disse vilkårene innebærer, og informeres tilstrekkelig om hvor lenge han eller hun kan holdes tilbake.

⁷⁰ For nærmere omtale av samtykkereglene vises til Helseledningsdirektoratets rundskriv IS-8/2015

For innleggelser etter § 10-4 er det spesielt viktig å gi informasjon om at vilkåret innebærer at pasienten kan nektes å forlate institusjonen, og at institusjonen om nødvendig kan bruke fysisk makt for å hindre at pasienten drar, eller for å bringe pasienten tilbake, jf. sosialtjenesteforskriften § 5-9. Også ved forlengelser av stilte vilkår gjelder et informasjonskrav. I tillegg kommer at den generelle informasjonsplikten ved ytelse av helsehjelp må være oppfylt.⁷¹

All informasjon skal være tilpasset mottakerens individuelle forutsetninger og gis på en hensynsfull måte.⁷² Personellet skal så langt som mulig sikre seg at pasienten har forstått innholdet og betydningen av opplysningene.⁷³ Informasjonen kan gis muntlig, men opplysningene er av en slik karakter at de også skal nedtegnes i pasientens journal.⁷⁴

Samtykket må være skriftlig

Samtykket skal være skriftlig.⁷⁵ Institusjonen må utarbeide en skriftlig samtykkeerklæring. Avtalen må inngås senest ved inntaket, eller ved overgang fra opphold med hjemmel i §§ 10-2 eller 10-3.

Skriftlig samtykke skal gis til institusjonsledelsen

Pasientens skriftlige samtykke skal gis til institusjonsledelsen eller de som er gitt denne fullmakten.⁷⁶ Innenfor rammene av faglig forsvarlighet er det opp til hver enkelt institusjon å peke ut hvem som har adgang til å ta i mot samtykke, herunder å gjøre

vurderingen av om institusjonen bør stille vilkår etter § 10-4.

Den enkelte institusjon bør lage interne prosedyrer om hvilke ansatte som kan ta imot samtykke og foreta konkrete vurderinger av om institusjonen bør sette vilkår om avtalt tvang overfor den aktuelle pasienten.

Samtykket skal gis senest når oppholdet begynner

Samtykket skal foreligge senest når oppholdet begynner. Slikt samtykke kan også gis ved direkte overgang fra opphold med hjemmel i §§ 10-2 og 10-3.

Begrunnelsen for dette er å sikre at pasienten har en reell valgmulighet når det gjelder innleggelse etter § 10-4. Dersom det er grunn til å stille vilkår etter § 10-4, bør dette avklares allerede under et eventuelt avrusningsopphold.

Vedtaket som institusjonen fatter om å sette vilkår kan gjennomføres i ulike institusjoner utpekt av det regionale helseforetaket, typisk hvor pasienten først må gjennomgå avrusning før overføring til en annen institusjon for videre behandling og oppfølging. Samtykket må dekke opphold på begge institusjonene, og den innsøkende pasienten må få informasjon om den aktuelle situasjonen. Institusjoner som skal ivareta tilbakeholdet i henhold til § 10-4 må være særskilt utpekt av det regionale helseforetaket, helt uavhengig av hvor avtaleforholdet ble inngått.

Institusjonen kan sette som vilkår at pasienten samtykker til å avlegge urinprøver under oppholdet. Et slikt samtykke må foreligge før oppholdet begynner.⁷⁷ Samtykket må være

⁷¹ Pasient- og brukerrettighetsloven § 4-1 første ledd annet punktum

⁷² Jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 3-5 første ledd

⁷³ Jf. § 3-5 andre ledd

⁷⁴ Pasient- og brukerrettighetsloven § 3-5(3)

⁷⁵ jf. § 10-4 tredje ledd.

⁷⁶ Jf. § 10-4 (3)

⁷⁷ Jf. § 10-4(4)

skriftlig.⁷⁸ Før samtykket gis, skal pasienten gjøres kjent med reglene om urinprøvetaking.⁷⁹

4.2.6 Alternative vilkår om oppholdets varighet mv

Hol. § 10-4 inneholder to forskjellige alternative vilkår i henholdsvis første og andre ledd. Dette må anses som to selvstendige alternativer, og institusjonen må i forkant avgjøre hvilket alternativ som skal anvendes:

- Første ledd gir adgang til tilbakehold i tre uker regnet fra inntaket.
- Andre ledd gir adgang til tilbakehold i tre uker, men her regnes tiden fra samtykket blir trukket tilbake. Dette kan gjentas tre ganger for hvert opphold. Dersom pasienten rømmer, men blir brakt tilbake innen tre uker, regnes utgangspunktet for tilbakeholdsfristen fra det tidspunkt vedkommende er bragt tilbake til institusjonen.

Vilkår etter andre ledd er kun aktuelt ved opphold i institusjon med sikte på behandling eller opplæring i minst 3 måneder.

Boks 4.2.1 Tilbakeholdstid

Tilbakeholdstiden er satt til 3 uker. Perioden skal gi institusjonen og pasienten tilstrekkelig tid til å bearbeide de problemer som ligger til grunn for en aktuell krise som oppstår i behandlingsprosessen.

Det må fremgå tydelig hvilke vilkår som er avtalt og om de er forankret i § 10-4 første eller annet ledd. Dersom dette ikke kommer

⁷⁸ Jf. sosialtjenesteforskriften § 5-8

⁷⁹ Jf. Sosialtjenestelovforskriften § 5-8(4)

klart frem kan det oppstå uklarhet i beregningen av tilbakeholdstiden, det vil si om tilbakeholdstiden løper fra innleggelsen, eller løper fra tidspunktet når samtykket blir trukket tilbake.⁸⁰

I § 10-4 andre ledd er det ikke regulert en lengstetid for hvor lenge institusjonen kan foreta tilbakehold. Dette bør likevel avtales mellom pasient og institusjon, og bør fremgå av samtykkeerklæringen.

Et samtykke etter § 10-4 første ledd kan ikke trekkes tilbake, men gjelder for den tiden som er avtalt, maksimalt tre uker.

Et samtykke etter § 10-4 andre ledd kan trekkes tilbake, men medfører ikke utskrivning. Da inntreer en tre ukers tilbakeholdsadgang, som er tenkt som en refleksjonsperiode for pasienten. Når perioden på tre uker er over kan pasienten samtykke til et videre opphold eller skrive seg ut.

4.3 Tilbakehold i institusjon uten samtykke §§ 10-2 og 10-3

4.3.1 Innledning

Helse- og omsorgstjenesteloven (hol.) § 10-2 hjemler tvang overfor personer med omfattende og vedvarende rusmiddelavhengighet. Hol. § 10-3 er en egen bestemmelse om tvang overfor gravide rusmiddelavhengige som misbruker rusmidler til skade for fosteret.

⁸⁰ I vedlegg 9.9 og 9.10 følger utkast til samtykkeerklæringer for innleggelse etter henholdsvis § 10-4 første og annet avsnitt. Samtykkeerklæringene gjenspeiler de kravene som følger av lovtæksten. Før pasienten gir sitt samtykke, må institusjonen gjennomgå erklæringene med pasienten, og må i tillegg gi muntlig informasjon om hva oppholdet innebærer.

Gjennom vilkårene i bestemmelsene er det på gruppenivå satt kriterier for tvangsinnleggelse. Siden denne gruppen favner vidt, er det nødvendig med en ytterligere utvelgelse. Denne skjer på individnivå gjennom kravet til en skjønnsmessig helhetsvurdering.

Adgang til tilbakehold etter disse bestemmelsene er ikke samtykkebasert etter avtale med pasienten, men er basert på vedtak fattet av fylkesnemnda (ordinært vedtak) eller av kommunen (midlertidig vedtak).

Boks 4.3.1 Selvbestemmelse

Utgangspunktet ved all diskusjon om tvangsbruk er individets selvbestemmelsesrett. En tvangsinnleggelse innebærer at pasienten fratras retten til selv å bestemme over inntak av rusmidler og begrenser bevegelsesfriheten. Et sentralt legitimeringsgrunnlag for bestemmelsene i §§ 10-2 og 10-3 er at rusmiddelavhengighet eller misbruk fører til redusert selvbestemmelsesevne, kombinert med den fare for negative helsekonsekvenser som er forbundet med høyt rusmiddelforbruk.

Hol. § 10-2 bruker formuleringen «uten eget samtykke». I praksis vil mange av de som begjæres innlagt allerede være på institusjon som følge av et midlertidig vedtak, og en del av disse vil samtykke til bruk av § 10-2. Til tross for at ordlyden kan tolkes dithen at innleggelse er uaktuelt for pasienter som samtykker, kan det fremmes tvangsak også for pasienter som ønsker et tilbakehold innenfor de rammene som følger av § 10-2. Det er en forutsetning at det gjøres en vurdering av om bruk av avtalt tvang (§ 10-4)

vil være et tilstrekkelig tiltak for denne pasienten.

Det regionale helseforetaket har ansvar for institusjonsplasser der personer med en rusmiddelavhengighet kan holdes tilbake uten eget samtykke med hjemmel i hol. §§ 10-2 og 10-3. Vurderinger om bruk av tvang skal holdes atskilt fra rettighetsvurderinger i henhold til pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1b, men tilstanden til pasienter under tvang er som regel svært alvorlig.

4.3.2 Målgruppe og formål

Målgruppen for § 10-2 er pasienter med alvorlige og skadelige rusmiddelproblemer, der hverken frivillige tiltak eller avtalt tvang er aktuelt eller tilstrekkelig. Inntakets formål er «undersøkelse og tilrettelegging av behandling». En sentral målsetning er at pasienten skal ha et rusfritt opphold og settes i stand til å ta valg om videre behandling basert på eget samtykke.⁸¹ Tvangsinnleggelse skal ikke bare primært være et avrusningstiltak, men omfatte pasienter hvor det er grunn til å tro at oppholdet kan ha positiv betydning på sikt.⁸²

Praksis viser økende fokus på helse og livredning og bruk av midlertidige vedtak. Det er adgang til å bruke tvangsreglene også i akutte situasjoner hvor det er usikkert om oppholdet vil ha noen positiv betydning på sikt, men hvor det er påkrevd å sette i verk tiltak straks på grunn av fare for liv og helse (f. eks. fare for overdose). Reglene må derfor forstås slik at innleggelse kan skje både om siktemålet er undersøkelse og tilrettelegging av behandling, eller for å hindre en mer umiddelbar helseskade.

⁸¹ Ot.prp. 29 (1990–91) s. 162, jf. NOU 1985: 18 s. 350.

⁸² NOU 1985:18 s. 350 og Ot.prp. 29 (1990–91) s. 162.

Målgruppen for § 10-3 er gravide som bruker rusmidler på en måte som kan være skadelig for fosteret, og hvor mindre inngripende tiltak ikke er tilstrekkelige. Inntakets formål er å hindre eller begrense sannsynligheten for at barnet påføres rusmiddelrelatert skade. Et formål er også å sikre kvinnen tilfredsstillende hjelp for sitt rusmiddelmissbruk, og å gjøre henne i stand til å ta vare på barnet. Dette er imidlertid ikke et vilkår for innleggelse. Det faglige innholdet i oppholdet skal i størst mulig grad legge forholdene til rette for at mor kan ta seg av barnet etter fødselen. I den grad dette kan komme i konflikt med formålet om å beskytte fosteret, går hensynet til fosteret foran.

4.3.3 Vilåårene for bruk av §§ 10-2 og 10-3

Etter både §§ 10-2 og 10-3 fremkommer fem materielle vilåå som alle må være oppfylt. I tillegg må kvinnen være "gravid" etter § 10-3.⁸³

Vilåårene er:

- Rusmiddelmissbruker (ev. -avhengig)
- Skade – negativ helsekonsekvens (enten for personen selv eller fosteret)
- Årsakssammenheng mellom rusmiddelmissbruket og skaden
- Vurdering av frivillige hjelpetiltak som utilstrekkelig
- Krav om skjønnsmessig helhetsvurdering
- Graviditet

Kommunen må i den enkelte sak vurdere om vilåårene i loven er oppfylt før den fremmer

⁸³ Hvilke vilåå en vil operere med er likevel et skjønnsprosmåå, og ulike forfattere har forskjellige tilnærminger (Bernt, i Kjønstad m.fl. (2000:237–246); Andenæs m.fl. (2003:239–245); Kjønstad/Syse (2012:542–545)). Fylkesnemndene opererer også i praksis med litt forskjellige tilnærminger. Imidlertid har ulike syn på inndelingen liten eller ingen betydning for innholdet av reglene.

begjæring om tvang for fylkesnemnda. Vilåårene må også være oppfylt for å treffe midlertidige vedtak. Fylkesnemnda må i hver enkelt sak ta stilling til om alle vilåårene for tvangsinnleggelse er oppfylt, basert på en konkret vurdering av det faktiske grunnlaget. I tillegg må saksbehandlingsreglene være oppfylt.

For å kunne ta stilling til om vilåårene er oppfylt, må man først avgjøre hvilket faktisk grunnlag vurderingene skal skje ut i fra. Det faktiske grunnlaget kan knytte seg til både fortid (hvilke rusmidler har vedkommende brukt) og fremtid (hvilke rusmidler vil vedkommende kunne komme til å bruke uten innleggelse).

Boks 4.3.1 Begrepsbruk

Tidligere sosialtjenestelov brukte begrepet "rusmiddelmissbruker". I helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 10 er betegnelsen noen steder endret til "rusmiddelavhengig", andre steder er misbruksbegrepet beholdt. Begrepet «rusmiddelavhengig» er kun en språklig modernisering, og innebærer ikke en endring i forhold til terskelen for når en person kan/bør tvangsinnlegges. Gjeldende rett innebærer en videreføring fra sosialtjenesteloven, og rusmiddelavhengighet omfatter både problematisk bruk (et misbruk), og avhengighet.

Vilåå: Rusmiddelavhengig

Vilååret «rusmiddelavhengig/rusmiddelmissbruker» inneholder to komponenter. Det ene er at det må dreie seg om inntak av rusmidler (rusmiddelkriteriet), det andre er at det må dreie seg om et misbruk eller en avhengighet (misbrukskriteriet).

- Rusmiddelkriteriet

Rusmiddelkriteriet refererer til typen av substanser som er relevante å legge vekt på. Det er kun kjemiske substanser i form av rusmidler som kan danne grunnlag for tvangssak.

Etter alminnelig språkbruk betyr "rusmidler" psykoaktive stoffer. Både alkohol, narkotika og andre rusfremkallende stoffer er omfattet, herunder vanedannende medikamenter.⁸⁴

Boks 4.3.2 Liv og helse

Det handler om personer som bruker rusmidler på en slik måte at det er fare for skade på liv eller helse

- Misbrukskriteriet

I § 10-2 er kriteriet beskrevet som «omfattende og vedvarende misbruk» av rusmidler. Dette innebærer at bruken må være av et visst omfang, både i tid og rom.

Sentrale momenter i misbruksvurderingen vil være økt toleranse, abstinens, sterk trang til rusmiddelinntak og manglende evne til å kontrollere rusmiddelinntaket. Momentene er ikke uttømmende, og ikke alle må være tilstede for at det skal dreie seg om et misbruk i lovens forstand.

I § 10-3 er misbrukskriteriet beskrevet som at «misbruket er av en slik art at det er overveiende sannsynlig at barnet vil bli født med skade». Hensynet til foster tilsier at terskelen for når et rusmiddelinntak er «misbruk», må være lavere etter § 10-3 enn etter § 10-2.

⁸⁴ NOU 1985:18 s. 217 og Ot.prp. 29 (1990–91) s. 86.

For legemidler foreskrevet gjennom Legemiddelassistert rehabilitering (LAR) har Helsedirektoratet gjennom nasjonale retningslinjer anbefalt at forskrivning av disse skal fortsette når graviditet konstateres.⁸⁵ Tvangsinnleggelse av gravide kvinner som er i LAR-behandling kan likevel være aktuelt dersom kvinnen i tillegg inntar rusmidler som ikke er forskrevet av lege.

Når kommunen fremmer sak om tvangsinnleggelse er det viktig at det foreligger en redegjørelse av vedkommendes rusmiddelbruk. Dette kan dokumenteres både gjennom rusmiddeltester, ved journalføringer og vitneforklaringer. Også pasientens egen forklaring vil stå sentralt dersom fylkesnemnda holder forhandlingsmøte.

Vilkår: Skade – negativ helsekonsekvens

Generelt om vilkåret

Innleggelse forutsetter at bruken av rusmidler kan føre til en negativ helsekonsekvens, enten på vedkommende selv (§ 10-2) eller på fosteret (§ 10-3). Dermed setter bestemmelsene opp et skadevilkår. Både skader på den fysiske og psykiske helsen omfattes.

Når fylkesnemnda skal vurdere om skadevilkåret er oppfylt, må nemnda foreta en differansebetraktning, hvor den forestiller seg to alternative handlingsforløp:

- Alternativ 1) hvilken helsetilstand er det sannsynlig at pasienten eller fosteret vil få, dersom rusmiddelbruken fortsetter.
- Alternativ 2) hvilken helsetilstand er det sannsynlig at pasienten eller fosteret vil få, dersom rusmiddelbruken opphører.

⁸⁵ Helsedirektoratet 2011:60

Et negativt avvik i denne sammenligningen, vil være en skade i lovens forstand.

Skade i henhold til § 10-2 – egen helse

Tvangsinnleggelse etter § 10-2 kan skje når den rusmiddelavhengige ved sitt misbruk utsetter sin fysiske eller psykiske helse for «fare», dvs. at det er fare for skade på egen helse.

Farevilkåret i § 10-2 inneholder ikke kvalifiserende elementer.⁸⁶ Sosiallovutkastets forslag om «alvorlig fare» ble ikke vedtatt. Formåls- og forholdsmessighetsvurderinger vil imidlertid utelukke tvangsbruk for å avverge en marginal helsefare.

I motsetning til § 10-3 trenger ikke faren for skade å være «overveiende sannsynlig». Det er tilstrekkelig at det er en reell mulighet for at skade vil inntre som følge av rusmiddelinntaket.

Skade i henhold til § 10-3 – fosterets helse
Etter helse- og omsorgstjenesteloven § 10-3 kan tvangsinnleggelse skje når det «er overveiende sannsynlig at barnet vil bli født med skade». Sannsynlighetsgraden skal være klart mer enn 50 prosent.⁸⁷

Boks 4.3.3 Bruk av rusmidler og alkohol under svangerskapet

Bruk av rusmidler og alkohol under svangerskapet kan utsette det ufødte barnet for betydelig risiko for skade. Å sikre en rask intervensjon overfor gravide

⁸⁶ Sammenholdt med andre beslektete bestemmelser som verner vedkommende egen helse, setter § 10-2 opp en lav terskel for tvangsinnleggelse. Se til sammenligning psykisk helsevernloven § 3-3

⁸⁷ Ot.prp. 48 (1994–95) s. 11

rusavhengige er en sentral målsetning for tjenestene.

Den nærmere problemstillingen er om fosterets fysiske eller psykiske helsetilstand vil avvike negativt fra den helsetilstanden fosteret ville hatt, dersom moren ikke hadde brukt rusmidler under svangerskapet. Både abstinenser og risiko for tidlig fødsel må ses på som skade i lovens forstand.

I saker om tvangsinnleggelse etter § 10-3 er det viktig at fylkesnemnda har et tilstrekkelig grunnlag for å vurdere skadepotensialet og å foreta prognosevurderingen. Kommunen bør derfor vurdere å hente inn erklæringer fra fagkyndige. Fylkesnemnda bør på sin side vurdere om det er nødvendig å hente inn ytterligere sakkyndig kompetanse utover det fagkyndige medlemmet av nemnda. I så fall må forventet nytte av sakkyndige utredninger veies opp mot betydningen for saksbehandlingstiden. Nemnda bør også vurdere å bruke to fagkyndige medlemmer i saker etter § 10-3.

Fremtidsaspektet i skadevurderingen: prognosekravet

Hensikten med tvangsinnleggelse er å hindre at helseskader oppstår, eller å redusere eller begrense virkninger av skader som allerede er inntrådt.

Det må på dette grunnlag foretas en sammenligning av pasientens eller fosterets prognose med og uten tvangsinnleggelse. Vurderingstemaet er hvordan pasientens eller fosterets prognose vil være dersom vedkommende holdes tilbake i institusjon, sammenlignet med hvordan utviklingen vil bli uten slik tilbakeholdelse. I praksis vil beslutningstakerne ofte oppleve at «noe må

gjøres», og at tvang fremstår som det eneste alternativet som ennå ikke er prøvd. Samtidig må alle avgjørelser om tvangsbruk være basert på nøkterne analyser, og det er viktig at beslutningstakere foretar en realistisk vurdering av de ulike alternativene.

En første utfordring er knyttet til allerede inntrådte helseskader. Disse kan best illustreres ved tvangsinnleggelse av gravide etter § 10-3. Om kvinnens rusmiddelbruk allerede har ført til skader på barnet, skal disse holdes utenfor ved vurderingen av tvangsinnleggelse, med mindre innleggelse vil lindre allerede inntrådte skader eller utviklingen av disse. Bakgrunnen for at inntrådte skader ikke er relevante ligger i tvangsreglens preventive karakter. Også i saker etter § 10-2 må allerede inntrådte konsekvenser holdes utenfor, men i disse sakene vil denne tematikken sjelden være aktuell.

Vilkår: Årsakssammenheng mellom rusmiddelmisbruket og skaden

Bestemmelsene i § 10-2 og 10-3 hjemler tvangsbruk for å hindre helseskade som kan føres tilbake til rusmiddelmisbruk. Negative helsekonsekvenser som følge av usunt kosthold, røyking eller andre årsaker vil følgelig falle utenfor.

Vilkår: Frivillige hjelpetiltak må være utilstrekkelige

Etter både § 10-2 og § 10-3 er det et vilkår for tvangsvedtak at «hjelpetiltak ikke er tilstrekkelig».

Tvangsinnleggelse er et inngripende tiltak som ikke skal brukes dersom samme resultat kan oppnås på andre mindre inngripende måter.

Boks 4.3.4 Frivillighet

Frivillighet skal alltid ha vært forsøkt, eller vurdert som utilstrekkelig, før bruk av tvang. Kravet betyr ikke at alle hjelpetiltak må være utprøvd.

Tiltakene som kommunen setter inn, skal følge prinsippet om at enklere og mindre inngripende tiltak skal prøves først. Etter dette prinsippet skal frivillige tiltak være utilstrekkelige før tvang er aktuelt. Helse- og omsorgstjenesteloven §§ 3-1 og 3-2 flg. beskriver kommunens ansvar for å tilby personer med rusmiddelproblemer nødvendige helse- og omsorgstjenester og pasient- og brukerrettighetsloven regulerer den enkeltes rett til helse- og omsorgstjenester.

Boks 4.3.5 Pasientens samtykke

Det er en praktisk erfaring at målsettingen er lettere å nå om den er basert på pasientens samtykke.⁸⁸

Hvilke hjelpetiltak som er relevante må vurderes i lys av den enkeltes behov. Både aktuelle tilbud på kommunalt nivå og i spesialisthelsetjenesten må være utilstrekkelig før tvangsinnleggelse er aktuelt.⁸⁹

For gravide gjelder det å iverksette frivillige tiltak raskest mulig. Dette dreier seg ofte om avtale om regelmessig urinprøvekontroll, samt for eksempel polikliniske samtaler, forsterket helsestasjon, frivillig innleggelse etc.

⁸⁸ Lundeberg, Mjåland og Sjøvig (2014): Tvang i rusfeltet, side 98

⁸⁹ Lundeberg, Mjåland og Sjøvig (2014): Tvang i rusfeltet, side 98

Boks 4.3.6 Bolig

Eksempelvis vil hjelp til å skaffe midlertidig bolig kunne være et tiltak som er avgjørende for å komme i posisjon til å yte andre hjelpetiltak på en effektiv måte. Tvang må aldri være et alternativ til bolig eller andre hjelpetiltak. Også hjelpetiltak etter barvernloven kan være sentralt for å komme i behandlingsposisjon.

Pasient eller bruker vil også ha behov for, og rett til, tjenester etter annet lovverk. Dette kan gjelde for eksempel rettigheter etter lov om sosiale tjenester i NAV og barneverntjenesteloven. Kommunen må sørge for et helhetlig og tilstrekkelig tjenestetilbud for å søke å hindre behov for tvang. Samtidig må ikke utprøving av hjelpetiltak forsinke en prosess der tvang er nødvendig.

Vanligvis vil frivillig institusjonsopphold alltid måtte være tilbudt før tvangsinnleggelse er aktuelt. Hjelpetiltak inkluderer både institusjonsopphold basert på samtykke (inkludert § 10-4) og ulike former for polikliniske tjenester. For gravide vil frivillige urinprøver ofte være aktuelt som en del av hjelpetiltakene.

For gravide vil rusmiddeltesting normalt være et relevant tiltak, der den gravide samtykker til dette. I Norge har man gode tiltak for gravide rusmiddelmissbrukere som ikke er i LAR, og slike alternativer bør vurderes først.⁹⁰ Søknad til LAR kan være aktuelt.⁹¹ En

⁹⁰ For utfyllende informasjon, se <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/454/Nasional-retningslinje-for-gravide-i-lar-og-oppfolging-utgave-som-trykkes-lar-IS-1876.pdf>.

⁹¹ Se anbefaling 5 og 11 i Guidelines for the identification and management of substance use and substance use disorders in pregnancy. World Health Organization 2014. Lenke: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/107130/1/9789241548731_eng.pdf?ua=1

søknad til LAR er frivillig og bør ikke presses på kvinnen. Hvis søknad til LAR vurderes som aktuelt, må det sikres oppfølging fra det lokale hjelpeapparat.⁹² Hvilke tiltak som skal igangsettes må vurderes grundig i hvert enkelt tilfelle, og det som er avgjørende er hva som er best for kvinnen og barnet totalt sett. Dersom kvinnen takker nei til LAR vil hjelpetiltaket anses som "utilstrekkelig". LAR behandling må alltid innebære et helhetlig rehabiliteringsforløp med helhetlig oppfølging og behandling.

Både § 10-2 og § 10-3 stiller vilkår om at "hjelpetiltak ikke er tilstrekkelig". Vurderingen blir om frivillige hjelpetiltak er egnet til å hindre helseskade på pasienten selv (§ 10-2) eller fosteret (§ 10-3). Kommunen og fylkesnemndas vurdering må baseres på en konkret vurdering av den enkeltes bruk av rusmidler, konsekvenser og erfaringer med det frivillige hjelpeapparatet. Selv om ordlyden er den samme etter § 10-2 og § 10-3, innebærer ikke dette at vurderingen skal være identisk. For gravide vil det alltid haste med å avslutte rusmiddelmissbruket for å verne fosteret mot skade, og dette har også innvirkning på hvilke hjelpetiltak som vil anses som utilstrekkelige overfor gravide. Men også for bruk av §§ 10-2 og 10-3 må det være klart at den gravide ikke vil gjennomføre et frivillig opphold i institusjonen.

Når kommunen fremmer sak for fylkesnemnda er det viktig å gjøre rede for hvilke hjelpetiltak den aktuelle pasienten har fått tilbud om, hva som eventuelt er takket nei til, og hvordan de tiltakene som faktisk har

⁹² Se <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/100/IS-1701-Legemiddelassistert-rehabilitering-ved-opioidavhengighet.pdf>

vært forsøkt er fulgt opp fra kommunens, spesialisthelsetjenestens og brukerens/pasientens side. Dersom relevante hjelpetiltak ikke er tilbudt, må kommunen begrunne hvorfor. Problemstillinger rundt ressursmangel og ventelister må presenteres i saksfremstillingen, men kan ikke være avgjørende for kommunens vurdering om å fremme sak.

Vilkår - Skjønnsmessig helhetsvurdering

Både etter § 10-2 og § 10-3 er bestemmelsene formulert slik at fylkesnemnda "kan" fatte vedtak om tvangsinnleggelse dersom de øvrige vilkårene er oppfylt. Dermed må det foretas en skjønnsmessig helhetsvurdering av om tvangsinnleggelse er et rimelig og hensiktsmessig tiltak. I mange saker vil dette være stridens kjerne.

Det må gjøres en individuell avklaring av hva som er *formålet* med tvangsinnleggelsen av den aktuelle pasienten, og en vurdering av hvor sannsynlig det er at dette formålet vil bli oppfylt. Er det akutt avrusning med sikte på å hindre akutt helsefare i nær fremtid som er formålet, eller er formålet undersøkelse og tilrettelegging av behandling, eventuelt begge deler? I denne sammenheng er det viktig at kommunen, spesialisthelsetjenesten og andre samarbeidende instanser har en bevisst holdning til hvordan de skal samarbeide om en god oppfølging under og etter institusjonsoppholdet, siden dette har avgjørende betydning for hvordan de langsiktige målsetningene av en tvangsplassering vil være.

Ved innleggelse av gravide er formålet å hindre eller begrense sannsynligheten for at barnet påføres skade. Barnets situasjon er gitt forrang fremfor kvinnens

selvbestemmelsesrett. Når formålet for pasienten er klargjort, må kommunen og fylkesnemnda vurdere nærmere hvor sannsynlig det er at en oppnår denne målsetningen gjennom en tvangsinnleggelse.

I tillegg til formålsvurderingen står *belastningen for den aktuelle pasienten* sentralt. Rett til medvirkning etter pasient- og brukerrettighetsloven § 3-1 gjelder også ved vurdering av bruk av tvang. På dette punktet er det vesensforskjeller i vurderingene etter § 10-2 og § 10-3. Belastningen for kvinnen i saker etter § 10-3 vil normalt ha begrenset vekt holdt opp mot hensynet til å hindre skade på fosteret. I saker etter § 10-2 vil derimot belastningen for pasienten stå mer sentralt, siden tvangsbruken skjer av hensyn til pasienten selv. Dersom pasienten har tidligere erfaring med institusjonsopphold, er det viktig å få frem dette.

Et utgangspunkt for vurderingen kan være å sette opp to ulike mulige handlingsforløp. Det ene tar utgangspunkt i tvangsinnleggelse og setter opp fordeler og ulemper med dette alternativet, mens det andre tar utgangspunkt i de tiltakene som pasienten vil få, basert på eget samtykke, og vurderer fordeler og ulemper med disse. Jo mer sannsynlig det er at pasienten profiterer på tvangsinnleggelse, og jo større helsegevinsten vil være for pasient eller foster, jo større er grunnen til å konkludere med at tiltaket er rimelig og hensiktsmessig.

Det kan ofte være hensiktsmessig at fylkesnemnda kommenterer både behandlingsforløpet under tvangsoppholdet og videre opphold etter utskrivning, inkludert fortsatt opphold på frivillig grunnlag. For gravide bør kommunen også redegjøre for

hvordan den kommunale oppfølgingen av den gravide under oppholdet vil være, både med henblikk på omsorgsevne for barnet og mestring av egne rusproblemer.⁹³

4.3.4 Lengstetid for oppholdet

Etter § 10-2 kan pasienten holdes tilbake på institusjon «i opptil tre måneder». Etter § 10-3 er lengstetiden «hele svangerskapet».

Vedtak etter § 10-3 må vurderes minst hver tredje måned.⁹⁴ Tilbakeholdelsen kan bare fortsette dersom kommunen treffer avgjørelse om det innen fristen på tre måneder. Det skal vurderes om det fortsatt er grunnlag for tilbakeholdelse.

Vedtak etter § 10-3 faller automatisk bort ved fødsel eller svangerskapsavbrudd. Dersom en kvinne innlagt etter § 10-3 tar abort eller mister barnet under svangerskap, må hun umiddelbart skrives ut, overføres til frivilling innleggelse eller eventuelt innlegges etter § 10-2.

Begge bestemmelsene formulerer lengstetider. Fylkesnemnda kan fastsette kortere tidsrom.

Begrunnelsen for 3 måneders fristen er at dette ble vurdert å være en tilstrekkelig periode til å få pasienten ut av akutfasen og til å etablere en positiv innstilling til behandling i egnet institusjon.

I forarbeidene⁹⁵ åpnes det for repetert tvangsinnleggelse, men forutsetningen er at pasienten er ute av institusjonen mellom oppholdene. Et nytt direkte tvangsopphold, uten utskrivning mellom oppholdene, er

⁹³ jf. § 10-3 annet avsnitt siste setning.

⁹⁴ jf. § 10-3 tredje ledd.

⁹⁵ (Ot.prp.29 (1990-91)

utelukket. I saker der en pasient tidligere har vært tvangsinnlagt etter § 10-2, stilles det særlige krav til den skjønsmessige helhetsvurderingen.

4.4 Midlertidige vedtak

Kommunen kan treffe midlertidig vedtak etter §§ 10-2 (4) og 10-3 (5). Et midlertidig vedtak er ment å være et unntak fra hovedregelen om at det skal fattes ordinært vedtak. Et midlertidig vedtak skal bare brukes når de hensynene vedtaket skal ivareta kan bli vesentlig skadelidende om ikke vedtaket fattes og iverksettes raskt. Forarbeidene til loven gir klart uttrykk for at midlertidige vedtak skal være en snever unntaksregel.⁹⁶ Det må da gjøres særskilt rede for hvorfor man har funnet det nødvendig å fatte hastevedtak i saken.

Det midlertidige vedtaket må godkjennes av fylkesnemndsleder.⁹⁷ Hastevedtaket er et enkeltvedtak som må begrunnes.⁹⁸

Boks 4.4.1 Midlertidig vedtak

Et midlertidig vedtak skal iverksettes straks det er fattet og før det sendes til fylkesnemnda for foreløpig godkjenning.

Innleggelse via hastevedtak oppleves ofte som dramatisk av pasienten og kan forsterke følelsen av maktesløshet i prosessen. Pasienten er i liten grad forberedt på innleggelsen, og dette fører ofte til at starten på institusjonsoppholdet preges av motvilje. I tillegg vil pasienten ofte ha fokus mot hovedsaken, slik at motivasjonen ikke er til

⁹⁶ NOU 1985: 18 s. 299 og Ot.prp. 48 (1994-95) s. 21

⁹⁷ Jf. barnevernloven § 7-22

⁹⁸ Erfaring viser at midlertidige vedtak brukes i stor utstrekning, og langt mer enn lovgiver hadde forutsatt..

stede for behandling i påvente av at saken skal vurderes av nemnda. Dermed vil behandlingsinstitusjonen under den første delen av oppholdet ofte ha problemer med å få en god relasjon til pasienten.

Boks 4.4.2 Samarbeid mellom tjenestene

Det vil ofte være en fordel om det etableres et samarbeid mellom tjenestene i en tidlig fase. Barnevernloven gjelder i utgangspunktet fra barnet er født. Barneverntjenesten kan uavhengig av det sette inn ulike former for hjelpetiltak dersom den gravide samtykker. Å sikre en raskere intervensjon overfor gravide rusavhengige er en sentral målsetning for tjenestene.

Det kan likevel være vanskelig å komme utenom at saker om tvangsinnleggelse overfor gravide normalt vil haste. Rokkan-rapporten⁹⁹ viser at til tross for at det i så godt som samtlige saker i henhold til § 10-3 anvendes midlertidig vedtak, går det i gjennomsnitt 55 dager fra sosialtjenesten får kjennskap til graviditeten, til det fattes midlertidig vedtak. Da er det i gjennomsnitt 126 dager til termin.

Bruk av rusmidler og alkohol under svangerskapet utsetter det ufødte barnet for betydelig risiko for å bli født med skade, og utsetter den gravide selv for helserisiko. God kommunikasjon og samarbeid mellom helse- og omsorgstjenesten og barnevernstjenesten er avgjørende for å gi mor og barn et best mulig tilbud.

Faktorer som kan bidra til å avhjelpe behovet for en hastesak, vil være at

⁹⁹ Rapport 2/2010, Uni Rokkansenteret. (http://pub.tv2.no/multimedia/TV2/archive/00845/Rapport_Tv_ang_over_845165a.pdf)

kommunen/sosialtjenesten på et tidligere tidspunkt og i større omfang enn i dag, sikrer seg kjennskap til kvinner som eksponerer seg for rus i svangerskapet. Dette bør skje både gjennom sosialtjenestens egen undersøkelse i aktuelle målgrupper, herunder kartlegging av rusvaner i svangerskapet, ved samarbeid med andre tjenester, fokus på tjenestenes meldeplikt¹⁰⁰ og arbeid for å øke antallet øvrige bekymringsmeldinger.

Vilkårene for midlertidige vedtak

Vilkårene for ordinære vedtak etter § 10-2 og § 10-3 må også være oppfylt for midlertidige vedtak. I tillegg må følgende vilkår være oppfylt: «Den det gjelder kan bli vesentlig skadelidende dersom vedtak ikke treffes og gjennomføres raskt».

Begrepet «vesentlig» angir en høy terskel, og det skal derfor mer til for å fatte et midlertidig vedtak enn et ordinært vedtak. Situasjonen må være akutt, og det må være nødvendig å forsere innleggelsen i form av et midlertidig vedtak («treffes og gjennomføres straks»).

I saker om innleggelse av gravide etter § 10-3 er siktemålet å verne fosteret. Fosteret vil kunne ta skade av rusmiddelinntaket som skjer i påvente av fylkesnemndsbehandlingen. Her vil derfor ofte vilkårene for midlertidige vedtak være oppfylt. Dermed vil det regelmessig være mer aktuelt å fatte midlertidige vedtak i saker etter § 10-3, enn i saker etter § 10-2.

I saker etter § 10-2 må kommunene vurdere hvor nærliggende og alvorlig helseskaden er, og denne vurderingen må gjøres ut fra den aktuelle pasientens livssituasjon. Sentrale momenter vil være pågående rusmiddelinntak

¹⁰⁰ helsepersonelloven § 32 og 33

(særlig om det er ukritisk) og om faren for overdose eller akutt forgiftning er overhengende. Pasientens eget syn på saken er også et relevant.¹⁰¹

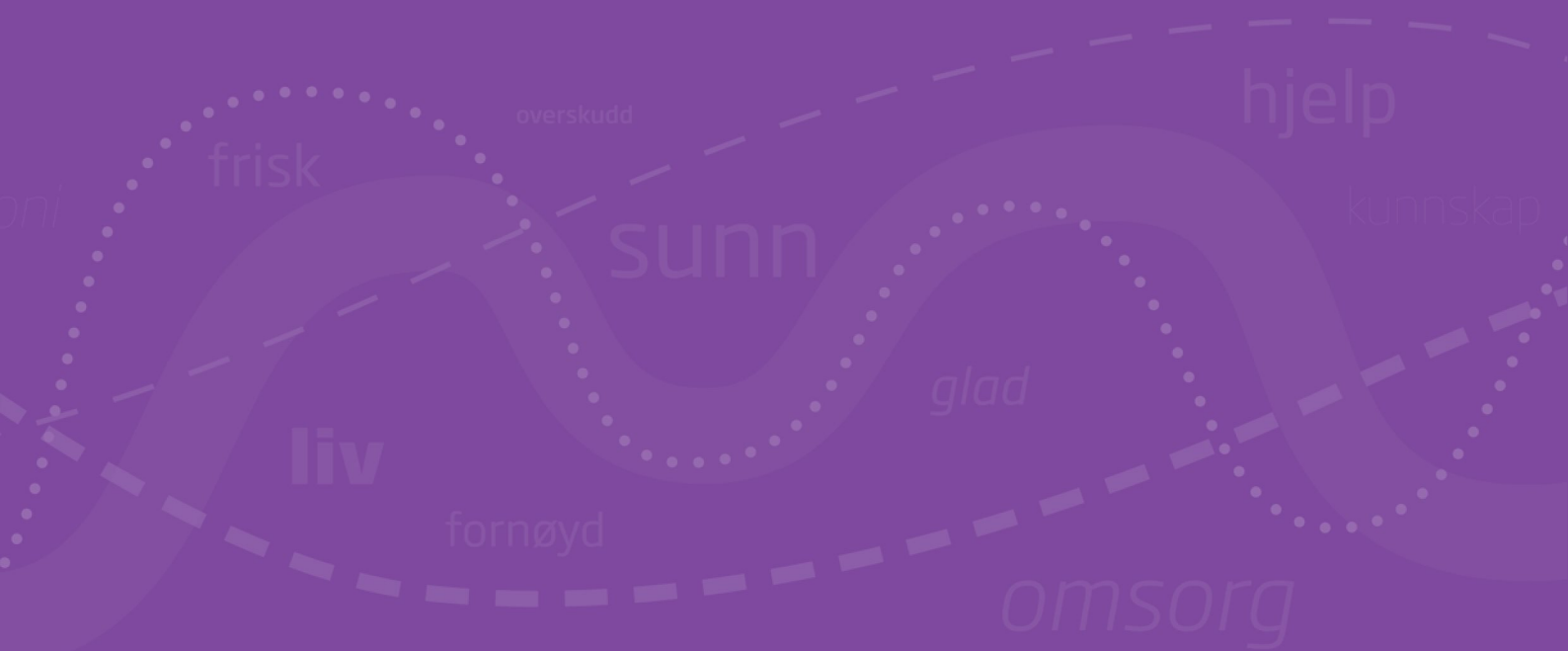
Er det truffet et midlertidig vedtak, må kommunen innen to uker sende forslag om tiltak til fylkesnemnda, og fylkesnemnda må behandle saken på vanlig måte og treffe et endelig vedtak. Hvis saken ikke er sendt fylkesnemnda innen fristen, faller det midlertidige vedtaket bort.

Midlertidige vedtak utløser plikt til øyeblikkelig vurdering i spesialisthelsetjenesten, men ikke nødvendigvis innleggelse på dagen. Institusjonen avgjør innleggelsestidspunktet ut fra hastegrad og en forsvarlighetsvurdering.¹⁰²

Spesialisthelsetjenesten kan skrive ut en pasient innlagt på midlertidig vedtak, men bare når dette vil være den forsvarlige løsningen. I praksis vil det sjelden være en aktuell eller forsvarlig beslutning i en så tidlig fase. I noen tilfeller vil overføring av pasient til annen mer egnet avdeling, eller samarbeid med annen avdeling (for eksempel somatisk sengepost) være aktuelt. Institusjonen kan ikke oppheve et midlertidig vedtak.

¹⁰¹ Pasient- og brukerrettighetsloven § 3-1

¹⁰² Helsedirektoratets fortolkning 12.05.2010 (08/8983)



BESLUTNINGSGFASEN – SAKS- OG NEMNDSBEHANDLING

5 BESLUTNINGSFASEN – SAKS- OG NEMNDSBEHANDLING

5.1 Saksbehandling

Målet med dette kapittelet er å gjøre rede for hvem som deltar i saksbehandlingsprosessen, de ulike aktørenes ansvar, forløpet i prosessen, hvilke momenter som må tas i betraktning i forbindelse med begjæring til fylkesnemnda, og saksbehandlingen i fylkesnemnda. Det kan være regionale forskjeller mellom de ulike nemndene, også med hensyn til det som er beskrevet i denne veilederen.¹⁰³

Gangen i saksbehandlingsprosessen kan deles i fire faser:

1. Saksutredningen før saken fremmes for nemnda, som inkluderer prosedyrer rundt det å *forberede og fremme* saken for fylkesnemnda.
2. Saksforberedelsen *etter* at saken er fremmet for nemnda
3. Nemndsbehandlingen, med prosedyrer rundt et *munlig forhandlingsmøte* og vedtak av fylkesnemnda.
4. Gjennomføring og oppfølging av vedtaket til fylkesnemnda, som inkluderer *innbringelse* av klienten til institusjon,

oppfølging av pasienten under oppholdet og *utskrivning* fra institusjon.

Når kommunal helse- og omsorgstjeneste vurderer at vilkårene for bruk av tilbakehold er til stede, og bistandsteamet har vurdert saken og kommet frem til at det ikke finnes andre alternativ, må kommunen under punkt 1 internt avklare:

- Hvem forbereder og skriver saken, og samarbeider med advokat
- Hvem orienterer bruker og eventuelt pårørende om beslutningen som er tatt
- Hvem skal representere kommunen som vitne i fylkesnemnda
- Hvem samarbeider med spesialisthelsetjenesten og ulike kommunale aktører og innkaller til ansvarsgruppemøter.

Saken anses ikke for formelt avsluttet før

- vedtaksperioden er over
- kommunen unnlater å iverksette vedtaket
- kommunen bestemmer at tvangsvedtaket skal opphøre¹⁰⁴
- fødselen har funnet sted eller svangerskapet er avbrutt¹⁰⁵

¹⁰³ Se også rutinebeskrivelse saksbehandling, vedlegg kap. 9.16

¹⁰⁴ Jf § 10-2, (3) andre og tredje punktum og § 10-3(4)

¹⁰⁵ Jf. § 10-3

5.2 Fylkesnemnda for barnevern og sosiale saker

Fylkesnemnda er et statlig, uavhengig og domstolslignende forvaltningsorgan. Administrativt er fylkesnemndene underlagt «Sentralenheten for fylkesnemndene», som ledes av en direktør. Etatsstyringen av fylkesnemndene ligger under Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet.

Nemnda avgjør blant annet saker som gjelder plassering og tilbakehold av personer med rusmiddelproblemer på institusjon uten eget samtykke, etter §§ 10-2 og 10-3. De fleste saker fylkesnemnda behandler, er saker etter barnevernloven.

Saksbehandlingsreglene til fylkesnemnda er omhandlet i § 10-5, som viser til deler av barnevernloven kapittel 7. Barnevernloven kapittel 7 bygger dels på tvistelovens bestemmelser i tillegg til at det vises til flere av tvistelovens bestemmelser. Det gjør at fylkesnemnda og domstolen i hovedsak har lik saksbehandling.

Det holdes vanligvis muntlige forhandlingsmøter der kommunen og private parter møter med hver sin advokat. I den enkelte saken ledes nemnda av en fylkesnemndleder. I tillegg skal nemnda som hovedregel bestå av én lemperson og én fagkyndig som oppnevnes.

Dersom partene er enige, kan fylkesnemndlederen bestemme at saken skal behandles av nemndleder alene og/eller uten forhandlingsmøte (forenklet behandling). Fylkesnemndas avgjørelse kan overprøves av tingretten.¹⁰⁶ Fylkesnemndene er lokalisert på 12 steder i Norge. Det er i Oslo, Moss,

¹⁰⁶ Jf. hot. § 10-7

Drammen Lillehammer, Skien, Stavanger, Kristiansand, Bergen, Molde, Trondheim, Bodø og Tromsø.¹⁰⁷

5.3 Parter og andre aktører i prosessen

For å unngå saksbehandlingsfeil er det viktig å klargjøre hvilke aktører som er part i saken. I saker etter §§ 10-2 og § 10-3 vil partene være:

1. *person med rusmiddelproblemer* (forvaltningsloven § 2 første ledd bokstav e)
2. *kommunen* (§ 10-2 og § 10-3)

Det er bare partene og deres prosessfullmektig som har innsynsrett i saken.¹⁰⁸

I tillegg til partene i saken kan også andre sentrale aktører medvirke i saksbehandlingsprosessen i form av å gi informasjon. De er ikke part i saken og har derfor ikke innsynsrett.

Sentrale aktører kan være:

- familie/pårørende/vordende far
- lege/helsestasjon/helsesøster/jordmor (eventuelt andre kommunale instanser)
- ansatte ved spesialisthelsetjenesten
- politiet
- avrusningsinstitusjon
- behandlingsinstitusjon
- eventuelt samarbeidsorgan/bistandsteam

Familie og andre pårørende:

Selv om melding fra pårørende er bakgrunn for saken, er ikke familie og andre pårørende part i saken, og har derfor ikke rett til

¹⁰⁷ Se vedlegg kap. 9.19 for detaljert oversikt.

¹⁰⁸ Se § 10-5, jf. barnevernloven § 7-4

informasjon om saken med mindre pasienten samtykker til det.

Innenfor reglene om samtykke og taushetsplikt anbefales det å ha et nært samarbeid der dette er mulig, spesielt ut fra to forhold:

- Familie/pårørende kan være en ressurs med tanke på å bedre/stabilisere situasjonen
- Familie/pårørende kan bidra med opplysninger om helsesituasjon og rusproblemet

Boks 5.3.1 Delegasjonsvedtak

NAV eller kommunal helse- og omsorgstjeneste har fremdeles kompetanse etter lovens kapittel 10, selv om det ikke er truffet delegasjonsvedtak. Imidlertid er det formålstjenlig at kommunene treffer et generelt delegasjonsvedtak, knyttet til kommuneloven som sier hvem som skal ha kompetanse etter kapittel 10. Fylkesnemnda må informeres om et slikt delegasjonsvedtak.

Kommunen

Kommunen er den ene av partene i saken, der saksbehandler vil være kommunens partsrepresentant. Kommunen skal *forberede, fremme, gjennomføre og følge opp* tvangsvedtakene etter § 10-2 og § 10-3. Kommunen er *følgelig* den *koordinerende* instansen i prosessen, og har ansvaret for utgiftene forbundet med tvangssaken og iverksettelsen av vedtaket.¹⁰⁹ Dette gjelder også der pasienten allerede er innlagt i spesialisthelsetjenesten med grunnlag i et midlertidig vedtak. I utgangspunktet påhviler ansvaret oppholdskommunen.¹¹⁰ Ansvaret for

¹⁰⁹ Se helse- og omsorgstjenesteloven §§ 10-8, jf. 11-1

¹¹⁰ Jf. § 10-8 første ledd

å sørge for ledsager ved behov, samt å finansiere utgiftene knyttet til ledsager, faller innenfor kommunens helhetlige ansvar for å reise tvangssak.¹¹¹ Kommunen kan etter avtale med spesialisthelsetjenesten overlate ledsageroppgaven til institusjonen der pasienten er innlagt, men kommunen kan ikke pålegge institusjonen en slik oppgave. Kommunens ansvar for å yte forsvarlige tjenester vil gjelde selv om oppgaven overlates til institusjonens personell. Hvorvidt det foreligger et behov for ledsager bør vurderes i samarbeid mellom kommunen og behandlingsansvarlig institusjon. Institusjonen kan bare kreve dekning av utgifter til ledsager når ledsageroppdraget er avtalt med kommunen.

Advokat for kommunen

Kommuneadvokaten eller annen advokat er den som fremmer saken for fylkesnemnda på vegne av kommunen. Advokaten er kommunens prosessfullmektig i fylkesnemnda, både for saksforberedelsen, gjennomføringen av forhandlingsmøtet og mottaket av nemndas vedtak.

Advokaten vil være en viktig samarbeidspartner for kommunene. Det er viktig at advokaten som engasjeres har god kompetanse innenfor fagfeltet.

Det kan være formålstjenlig å benytte en advokat som kommunens barneverntjeneste har kontakt med.

Privat part

Privat part er den som kommunen vil fremme tvangsvedtak overfor. Privat part skal så langt det er mulig, informeres og delta på møter under hele saksgangen.

¹¹¹ Jf. §§ 10-4, jf. 11-1

Privat parts advokat

Den private parten har rett til å benytte advokat på ethvert stadium i prosessen og . kommunen skal derfor underrette den private parten om dette tidligst mulig, og før saken fremmes for nemnda. Det er fylkesnemnda som oppnevner en advokat for den private parten når nemnda mottar begjæring om sak fra kommunen.¹¹²

Advokaten skal få tilgang på informasjon på lik linje som den private parten. Advokaten har også samme rett som privat part til å få innsyn i saksmappen, hvis han ber om det.¹¹³ I saker som går for fylkesnemnda, gjelder et utvidet dokumentinnsyn sammenlignet med forvaltningslovens vanlige regler.¹¹⁴ Dette innebærer bl.a. at kommunen ikke kan nekte innsyn for å beskytte sine kilder, slik det unntaksvis kan være hjemmel for etter forvaltningsloven § 19(2).

5.4 Dokumentasjon og relevante opplysninger til bruk i saken

Kommunen må kunne dokumentere at misbruket av rusmidler oppfyller lovens vilkår.

Eksempler på dokumentasjon er:

- personens egen forklaring / erkjennelse
- urinprøver
- legeerklæringer, som blant annet inneholder observasjonsbeskrivelser
- vitneobservasjoner
- familie som kan fortelle om utviklingen, og som eventuelt har gitt melding etter § 10-1.
- Saksbehandlerens observasjoner av bruker under møter og hjemmebesøk

¹¹² Se barnevernloven § 7-8 og rettshjelpsloven § 17

¹¹³ Jf. barnevernloven § 7-4 og forvaltningsloven § 18

¹¹⁴ Jf. barnevernloven § 7-4

Hva er relevante opplysninger

I hovedsak er det bare opplysninger som kan underbygge om lovens vilkår er oppfylt eller ikke, som er relevante for saken. Bevis kan legges fram både muntlig og skriftlig til fylkesnemnda. Skriftlig bevisførsel vil først og fremst være rapporter og skriv fra andre aktører. Journalnotater kan også benyttes som bevis, men slik bevisførsel kan også gis i muntlig forklaring i nemnda. Muntlig bevisførsel skjer i form av forklaringer fra vitner og parter, mens skriftlig bevis legges ved begjæringen eller prosesskrivet til nemnda.

Relevant for § 10-2

1. Omfattende og vedvarende rusmiddelmisbruk

- antall år med rusmiddelforbruk
- hvilke rusmidler
- omfang av rusmiddelforbruket

2. Personen utsetter sin fysiske eller psykiske helse for fare

- dokumentasjon fra lege, helsestasjon og lignende, i form av attester
- dokumentasjon på overdoser, akuttinnleggelser
- somatisk og psykisk helse, f.eks. legeattester, urinprøver
- sosial situasjon/fungering
- saksbehandlerens observasjoner nedtegnet i journal

3. Årsakssammenheng rusmiddelmisbruk og helsefare

- Det samme som under punkt 2.

4. Andre hjelpetiltak er ikke tilstrekkelig

- dokumentasjon eller beskrivelse av tidligere poliklinisk behandling

- tidligere institusjonsopphold både innenfor rusomsorgen og barnevernet
- samlet vurdering av tidligere behandlingsforsøk

5. Hensiktsmessig og nødvendig å anvende tvang

- vurderinger knyttet til hvordan og hvorfor bruk av tvang vil kunne tilrettelegge for langsiktige tiltak/behandling

Alle vilkårene må være oppfylt ved anvendelse av tvang med hjemmel i § 10-2. Eksempelene nevnt under vilkårene er ikke uttømmende.¹¹⁵

Relevant for § 10-3

Utgangspunktet for vurdering etter § 10-3 er sannsynligheten for at barnet blir født med skade som følge av kvinnens rusinntak. I motsetning til § 10-2 er det ikke helsetilstanden til den gravide som er utgangspunktet for vurderingen, men sannsynligheten for at barnet vil bli født med skade. En annen viktig forskjell er at en ikke skal dokumentere et omfattende og vedvarende misbruk, men derimot at misbruket er av en slik art at det er overveiende sannsynlig at barnet vil bli født med skade.

Relevante opplysninger i saker etter § 10-3:

1. Gravid

- Graviditet er bekreftet / termin (viktig å dokumentere tidlig i svangerskapet)
- Det er ikke hjemmel for å ta urinprøver uten kvinnens samtykke for å klarlegge om hun er gravid. Kommunen må på andre måter underbygge sannsynligheten for at kvinnen er gravid, inkludert muligheten for innsyn i helseopplysninger.

¹¹⁵ Det vises til vedlagte mal for begjæring om tiltak til fylkesnemnda i kap. 9.16.

2. Rusmiddelmisbruk

- antall år med rusmiddelforbruk
- typer rusmidler som benyttes
- omfang av rusmiddelforbruket (urinprøver, observasjoner, rapporter)

3. Det er overveiende sannsynlig at misbruket vil føre til at barnet vil bli født med skade/ årsakssammenheng mellom rusmiddelmisbruk og helsefare

- dokumentasjon fra lege, helsestasjon, svangerskapsomsorg og lignende.
- dokumentasjon på overdoser, akuttinnleggelse
- somatisk og psykisk helse: for eksempel legeattester, urinprøver
- sosial situasjon/fungering
- rusmiddelmisbruk under eventuelle tidligere svangerskap
- vitneobservasjoner
- faglig dokumentasjon av følgene av rusmiddelmisbruk for barnet¹¹⁶

4. Andre hjelpetiltak er ikke tilstrekkelig

- dokumentasjon eller beskrivelse av frivillige tiltak
- dokumentasjon eller beskrivelse av tidligere behandling, før og under svangerskapet
- samlet vurdering

5. Hensiktsmessig og nødvendig å anvende tvang

Selv om det også etter § 10-3 skal foretas en vurdering av om tvang er hensiktsmessig, vil denne være annerledes enn etter § 10-2 fordi hensynet til fosteret kommer først.

Hvem har disse opplysningene

De mest sentrale informasjonskildene vil ofte være:

¹¹⁶ «Rapport om konsekvenser for fosteret/barnet ved bruk av rusmidler/avhengighetsskapende legemidler i svangerskapet» fra Folkehelseinstituttet ferdigstilles september 2015.

- privat part
- NAV / kommune
- lege/helsestasjon/helsesøster/barneverntjeneste o l
- poliklinisk behandlingsapparat
- behandlingstilbud
- familie/pårørende
- barnevern

Hvordan innhente disse opplysningene

Opplysninger skal så langt som mulig innhentes hos personen selv eller i samarbeid slik at bruker har kjennskap til innhentingen. Hvis informasjonskilden ikke har taushetsplikt, kan det innhentes opplysninger uavhengig av personens standpunkt.¹¹⁷

Kommunen har ofte en del dokumentasjon i saksmappen/journalen fra tidligere. Dette gjelder f.eks. meldinger og rapporter andre har avgitt til kommunen ved tidligere anledninger.

Det som er innhentet i henhold til tidligere samtykke kan benyttes som bevis. Så framtidig samtykket ikke er trukket tilbake.

Bevis som er skaffet til veie ved brudd på taushetsplikten, og dermed på utilbørlig måte, kan nektes å bli ført.¹¹⁸

5.5 Hastevedtak

Dersom det ikke er tid til å avvente vanlig saksgang må det treffes et midlertidig vedtak, også omtalt som akutt- eller hastevedtak. Dette er en hjemmel som tillater å forskuttere fylkesnemndas vedtak. Det er ikke anledning til å bestemme at det skal tas urinprøver ved midlertidige vedtak etter § 10-2 og § 10-3.

¹¹⁷ Punkt 3.4 omhandler informasjonskilder som har taushetsplikt.

¹¹⁸ Se § 10-5, jf. barnevernloven § 7-17 og tvisteloven § 22-7

Midlertidige vedtak etter § 10-2 og § 10-3 er enkeltvedtak, og forvaltningslovens bestemmelser om og krav til enkeltvedtak gjelder.¹¹⁹

Selv om hastegraden er høy, må brukeren involveres. Dersom vedkommende er mangelfullt eller feilaktig informert i løpet av beslutningsprosessen, eller helt uvitende, kan dette føre til krenkelser og mistillit.

I visse tilfeller vil man i disse sakene benytte seg av unntaksreglene i forvaltningsloven § 16(3), som gjør det mulig å unnlate å gi forhåndsvarsel til den vedtaket retter seg mot, blant annet hvis det ikke er praktisk mulig eller kan medføre fare for at vedtaket ikke kan gjennomføres. Imidlertid må rettighetene ivaretas så snart det er anledning til det. En slik uttalelse må oversendes fylkesnemndsleder sammen med det midlertidige vedtak.

Utgangspunktet etter forvaltningsloven § 23 er at vedtaket skal være skriftlig. Det må gis informasjon om klageadgangen til fylkesnemnda. Det praktiseres ingen klagefrist. Vedtaket skal stiles til privat part, ikke til fylkesnemnda, selv om nemnda skal kontrollere vedtaket.

Innholdet skal være kortfattet, med kort historikk og beskrive aktuell situasjon som gjør det nødvendig med et midlertidig vedtak. Som hovedregel trenger en ikke legge ved dokumentasjon.

- Faktabeskrivelsen må dekke lovens krav
- Vanlig lengde på vedtaket er to sider

¹¹⁹ Jf. forvaltningsloven kapittel 4 og 5

Vedtaket kan iverksettes så snart det er truffet. En skal ikke avvete godkjenning fra fylkesnemndlederen.

Boks 5.5.1 Politistyrt innleggelse kan virke krenkende

Pågrepelser ved hjelp av uniformert politi på gaten, bruk av direkte makt og håndjern er fremgangsmåter som er forvirrende, krenkende og forsterker motstand.

Det midlertidige vedtaket må godkjennes foreløpig av fylkesnemndlederen snarest mulig etter at vedtaket er iverksatt, og hvis mulig innen 48 timer.¹²⁰

Følgende må gjøres:

- En kopi av vedtaket må straks sendes til fylkesnemnda for foreløpig godkjenning.
- Som hovedregel er det bare vedtaket som skal sendes, ikke dokumentasjon.
- Nemndlederen kan kontakte kommunen for å innhente nærmere opplysninger. Saksbehandlers telefonnummer må derfor oppgis, og vedkommende må være tilgjengelig fram til godkjenningen er gitt.
- Samtidig som vedtaket sendes til nemnda må det også sendes en kopi til privat parts advokat, såfremt kommunen vet hvem det er. Det må opplyses i oversendelsen til nemnda at dette er gjort.
- Nemndlederen sender skriftlig beskjed til kommunen om at det er gitt foreløpig godkjenning. Hvis det ikke er gitt godkjenning, bør kommunen i tillegg kontaktes per telefon.
- Kommunen må straks underrette den private parten og vedkommendes advokat om utfallet og eventuelt oppheve tvangsbruken hvis den ikke har blitt godkjent.

¹²⁰ Jf. barnevernloven § 7-22. Se rutiner for saksbehandling i sammendraget

Fristen for å fremme forslag til endelig vedtak for fylkesnemnda er to uker fra vedtaksdatoen for det midlertidige vedtaket.¹²¹ En skal således ikke ta utgangspunkt i det tidspunktet nemndleder godkjente vedtaket. Ordinær sak må fremmes ved en begjæring. Om et midlertidig vedtak ikke følges opp med en begjæring om ordinært vedtak innen fristen på to uker, faller det midlertidige vedtaket bort.

Boks 5.5.2 Begjæring når det foreligger hastevedtak

Dersom det er fattet et hastevedtak, må saken fremmes innen tidsfristen på to uker. Hvis det ikke skjer, faller hastevedtaket bort. Saken blir likevel behandlet av nemnda hvis den ikke trekkes. Selv om fylkesnemndas leder gir en foreløpig godkjenning betyr det med andre ord at saken ikke er å forstå som fremmet.

Som et utgangspunkt har det midlertidige vedtaket tvangskraft fram til fylkesnemnda har truffet ordinært vedtak. Vedtak etter § 10-3 opphører uansett ved svangerskapsavbrudd eller fødsel.

Plasseringstid i henhold til midlertidige vedtak etter § 10-2 kommer til fradrag fra den lengstetid på 3 måneder som vedtas i ordinær sak. Lengstetiden beregnes derfor med utgangspunkt i det tidspunkt det midlertidige vedtak ble iverksatt.

¹²¹ § 10-2(5) og § 10-3(6)

5.6 Klage på hastevedtak

Privat part kan når som helst påklage et midlertidig vedtak til fylkesnemnda.¹²² Privat part skal sende klage direkte til fylkesnemnda.¹²³ Hvis parten sender klagen til kommunen, må kommunen straks sende den til fylkesnemnda.

Fylkesnemnda skal avsi vedtak innen en uke etter at klagen er mottatt.¹²⁴ Saksbehandleren og partenes prosessfullmektiger må derfor regne med å møte for nemnda på svært kort varsel hvis det treffes midlertidige vedtak.

I klager på midlertidige vedtak oppnevnes det en prosessfullmektig for den private parten, og kommunen skal møte med advokat som prosessfullmektig i klagesaken. Prosessfullmektigene må kunne møte på kort varsel. Kommunen bør derfor knytte kontakt med en advokat før eller straks det fattes et midlertidig vedtak. Det bør fremgå av det midlertidige vedtaket hvem som er advokat for hver av partene.

I klagesaker på midlertidige vedtak holdes det et kort forhandlingsmøte, der dokumentene inngår i avgjørelsesgrunnlaget uten at de bevismessig skal gjennomgås. Det er begrenset adgang til å føre vitner i klagesaker. Det kan bare skje med forhåndstillatelse fra nemndlederen. Det kan legges fram nye dokumenter som bevis i klagesaken. I slike tilfeller bør dokumentene være overlevert den andre partens prosessfullmektig før klagemøtet. Vitneførsel skjer etter partsforklaring, først klagerens vitner og deretter kommunenes vitner.

¹²² Se barnevernloven § 4-23.

¹²³ Jf. § 10-2(4) og § 10-3(5) sammenholdt med barnevernloven § 7-23

¹²⁴ Jf. § 10-2(4) og § 10-3(5) og barnevernloven § 7-23

Vedtakene i klagesaker gjøres stort sett samme dag som forhandlingsmøtet blir avholdt. Nemndas vedtak sendes til partene så snart som mulig. Kommunen må straks oppheve tvangsbruken hvis klager har fått medhold.

Partene kan bringe fylkesnemndas vedtak inn for tingretten for rettslig overprøving på vanlig måte.

5.7 Ordinær behandling av vedtak om tilbakehold i fylkesnemnda

Saken er formelt fremmet når begjæringen har kommet til fylkesnemnda. Frister avbrytes når begjæringen blir levert til nemnda eller ved poststempel. Fylkesnemnda vil da beramme sak og starte saksforberedelsen fram mot forhandlingsmøtet.

Boks 5.7.1 Behandling av vedtak

I hovedsak skal begjæringen inneholde:

- Hvem som er partene og deres prosessfullmektiger
- En kort beskrivelse av hva begjæringen gjelder

Forhold som har betydning for saksbehandlingen:

- Hvor lang tid det bør settes av til forhandlingsmøte (oftest en dag)
- Om partene samtykker til forenklet behandling av saken og vurdering av forsvarlighet knyttet til dette.
- En kort saksframstilling. Dette kan gjøres kronologisk eller etter tema. Som regel gir kronologisk framstilling best oversikt.
- En vurdering opp mot lovens krav
- Hvilke bevis som skal føres:
 - Vitner: en kort redegjørelse for hva

- de skal forklare seg om, og om det er bestridt av den andre parten.
- Dokumentbevis. Viser til på aktuelle steder i saksframstillingen. Dokumentliste for dokumentbevisene med sidenummerering og gjerne med dokumentnummer. Sidetall / paginerte dokumentbevis

Forslag til vedtak:

- Danner rammen for fylkesnemndas sak, for eksempel om kommunen mener det bør tas urinprøver.
- Skal tilsvare den slutningen partene ønsker at fylkesnemnda skal treffe.
- Hvor lenge tvangsoppholdet bør vare ved vedtak etter § 10-2. (Loven setter en maksimumsgrense, men begjæringen og vedtaket kan angi en kortere tidsramme. Hvis det er truffet et hastevedtak regnes tiden fra det tidspunktet tvangen ble iverksatt).
- Dersom det skal være adgang til å ta urinprøver av klienten under institusjonsoppholdet, må fylkesnemnda vedta det. Det må derfor være med i forslaget til vedtak.

Begjæring

Det er vanligvis kommunens advokat som utformer begjæring om tiltak på vegne av kommunen og sender den til fylkesnemnda. Hvis det blir gjort av kommunens saksbehandler, bør det skje i samarbeid med vedkommende advokat. Før kommunens advokat reiser sak, bør advokaten ha fått tilsendt en kopi av saksmappen.

Begjæringens formål er å gi nødvendig informasjon til nemnda og privat part slik at:

- Den private part og dens prosessfullmektig skal få tilstrekkelig informasjon til å kunne ivareta saken.
- Den skal gi hele nemnda en kort innføring

i saken.

- Sammen med tilsvaret skal den gi nemndlederen tilstrekkelig informasjon til at saken kan administreres på en god måte.¹²⁵

Begjæringens innhold

Loven beskriver kravene til begjæringen.¹²⁶ Den følger samme modell som stevninger i sivile saker for domstolen. Begjæringen må være kortfattet i henhold til lovens krav. Kommunen kan skissere en tiltaksplan i begjæringen. De kan også opplyse hvilke institusjoner som skal ta imot personen. Det bør opplyses når institusjonene kan ta imot personen.¹²⁷

Kommunen / prosessfullmektigen bør snarest varsle aktuelle vitner.¹²⁸

Fylkesnemndas saksforberedelse og forenklet behandling

Fylkesnemndas saksmottak:

- Fylkesnemnda foretar en kontroll av saken i forkant av forhandlingsmøte.¹²⁹
- Advokater oppnevnes som prosessfullmektiger, og de får en kort frist til å gi et svar som må inneholde privat parts standpunkt og ønsket bevisførsel.
- Saken berammes ved at nemnda kontakter oppgitte prosessfullmektiger

Lovens krav er at sakene skal berammes snarest og om mulig innen to uker.¹³⁰

Kravet til snarlig berømmelse gjør at de ulike aktørene må være innforstått med at de må møte i nemnda i løpet av kort tid etter at begjæring er sendt til fylkesnemnda. Etter at tilsvar er mottatt tar nemndlederen stilling til

¹²⁵ Jf. barnevernloven § 7-12

¹²⁶ Se § 10-5 og barnevernloven § 7-11

¹²⁷ Jf. 6 ukers iverksettelsesfrist, § 10-2(3) og 2 ukers iverksettelsesfrist i § 10-3(3)

¹²⁸ Se vedlegg 9.17.

¹²⁹ Jf. barnevernloven § 7-12

¹³⁰ Jf. § 10-5(2)

den videre saksbehandlingen. Ulike former for forenklet behandling krever samtykke fra begge parter. Dette er aktuelt hvis den private parten er enig i at det skal treffes et tvangsvedtak.

Etter tilsvar kan nemndlederen avholde et saksforberedende møte/planmøte med prosessfullmektigene. Hensikten med møtet er å planlegge forhandlingsmøtet og eventuelt diskutere bevisførsel, behandlingsform og annet.

Kommunens prosessfullmektig bør i samarbeid med den private partens prosessfullmektig, utarbeide et forslag til tidsplan for forhandlingsmøtet. Den bør sendes til nemndlederen før forhandlingsmøtet.

Kommunen/prosessfullmektigen bør ha en dialog med vitnene. Det er viktig at de blir varslet om at de er påberopt som vitner, og om når de kan forvente å måtte avgi forklaring, jf tidsplanen. Det er kommunen/prosessfullmektigene som skal innkalle de ulike vitnene til forventet tidspunkt.

Innhold i forhandlingsmøte

Innholdet i et forhandlingsmøte tilsvarer i all hovedsak en vanlig hovedforhandling hos domstolen. Nemnda innkaller partene til forhandlingsmøtet.¹³¹ Så fram innkalling har funnet sted i henhold til barnevernsloven¹³², kan saken behandles selv om privat part ikke møter.¹³³ Forhandlingsmøtet er regulert i barnevernloven.¹³⁴

¹³¹ Jf. barnevernloven § 7-7

¹³² § 7-7(1)

¹³³ Jf. § 7-7(2)

¹³⁴ § 7-15 og tvisteloven § 9-15

Kommunen må opplyse i begjæringen om det er behov for tolk til forhandlingsmøtet. I så tilfelle er det som regel kommunen som må skaffe tolk til forhandlingsmøtet. Kommunen bør samarbeide med den private partens prosessfullmektig slik at det bestilles tolk som behersker de aktuelle språkene.

Kommunen betaler egne kostnader, utgifter til tolk og vitneutgifter uansett om det er kommunens eller den private partens vitner.

Fylkesnemnda betaler honoraret til den private partens prosessfullmektig som fri sakførsel etter rettshjelploven.¹³⁵ I tillegg betaler nemnda eventuelle utgifter til oversetting av vedtak for fremmedspråklige parter.

Forhandlingsmøtet

- Forhandlingsmøtet innledes av nemndleder som klargjør saksforholdet. Nemndleder forsøker å få kartlagt hvor det er uenighet og dermed behov for bevisførsel. I tillegg avklarer nemndleder ulike praktiske spørsmål og kontrollerer at nemnda er habil.
- Deretter avholder prosessfullmektigene hver sin innledning. Rekkefølgen er vanligvis slik at kommunen kommer først, så privat part, både for innledningene, partsforklaringer og vitner. Vitnene møter i nemnda eller kontaktes per telefon. Skal telefon benyttes må det være avklart i forkant med den andres prosessfullmektig og nemndlederen. Det er kommunens prosessfullmektig som har oppgaven med å redegjøre for saksforholdet på en mest mulig objektiv måte, og gjennomgå aktuelle dokumentbevis.
- Etter innledningene kommer partsforklaringer og deretter vitneforklaringer.

¹³⁵ Rettshjelpsloven § 17

Kommunens partsrepresentant må både kunne redegjøre for faktiske forhold som har funnet sted, og redegjøre for vurderingene som har gjort at kommunen har reist sak.

- I forbindelse med vurderingen av om det er hensiktsmessig å bruke tvang bør kommunen kunne redegjøre for hvilke tiltak de mener er nødvendige å tilrettelegge for etter vedtaksperioden.
- Etter bevisførselen holder prosessfullmektigene sluttinnlegg, først kommunens prosessfullmektig og deretter privat parts prosessfullmektig. Den private parten har anledning til å gi en kort sluttkommentar før møtet heves.
- Nemnda kan bare vektlegge de faktaene som bevismessig gjennomgås på forhandlingsmøtet. Dokumenter og andre opplysninger som ikke er gjennomgått i forhandlingsmøtet blir ikke tatt hensyn til. Det gjelder selv om dokumenter er vedlagt begjæringen.¹³⁶
- Forhandlingsmøtet er lukket for andre enn partene.¹³⁷ Samtlige tilstedeværende har taushetsplikt. Andre personer enn partene kan være tilstede så langt partene samtykker til det og nemnda tillater det.

5.8 Vedtaket

Fylkesnemndas vedtak er regulert i barnevernloven § 4-19. Like etter forhandlingsmøtet avholder nemnda et rådslagningsmøte, og vanligvis blir det foreløpige saksutfallet avklart på det møtet. Avstemming skjer ved at hvert av nemndmedlemmene har én stemme.

Deretter skriver nemndleder et forslag til vedtak, og nemndmedlemmene møtes på nytt for å undertegne avgjørelsen. Nemndleder undertegner avgjørelsen sist, og da er

avgjørelsen avsagt. De ulike nemndmedlemmenes oppfatning er ikke bindende før nemndleder har undertegnet vedtaket. Vedtaket skal treffes snarest mulig og senest to uker etter forhandlingsmøtet.¹³⁸

Fylkesnemndas vedtak gir kommunen mulighet til tilbakehold uten eget samtykke i en angitt periode på inntil tre måneder i henhold til § 10-2 eller ut svangerskapsperioden for den gravide kvinnen i henhold til hot § 10-3.

Kommunen har ingen plikt til å iverksette vedtaket. Kommunen kan la være å iverksette vedtaket dersom forholdene tilsier det.¹³⁹

Hvis vedtaket skal iverksettes gjelder følgende frister:

- Seks uker for saker etter § 10-2
- To uker for saker etter § 10-3

Er ikke vedtaket iverksatt innen fristen, faller vedtaket bort. Hvis kommunen fremdeles ønsker å anvende tvang, må det fremmes ny sak. I så tilfelle kan fylkesnemnda vurdere en forenklet saksgang, se kapittelet om nemndas sammensetning.

Kommunen skal løpende vurdere grunnlaget for tilbakeholdet. I saker etter § 10-3 skal kommunen minst hver tredje måned vurdere om det fortsatt er grunnlag for tilbakehold. Denne avgjørelsen bør være skriftlig og begrunnet, og bør dokumenteres i journal. Avgjørelsen er ikke et enkeltvedtak, og kan følgelig ikke påklages av den tvangsinnlagte.

¹³⁶ Se barnevernloven § 7-18

¹³⁷ Se barnevernloven § 7-16

¹³⁸ Jf. § 10-5 og barnevernloven § 7-10

¹³⁹ Jf. hot. § 10-2(3) og § 10-4(4)

Rettslig overprøving av domstolen

Både kommunen og den private parten kan bringe inn et vedtak fattet av fylkesnemnda, for tingretten for å få det rettslig overprøvd innen to måneder fra det tidspunktet vedkommende mottok vedtaket.¹⁴⁰

Begjæring om rettslig overprøving sendes til fylkesnemnda. Fylkesnemnda sender deretter begjæringen sammen med sakens dokumenter til tingretten. Tingretten sender deretter den andre av partene et pålegg om tilsvaer, med frist for å uttale seg skriftlig. Deretter fortsetter saken for tingretten på samme måte som saken for nemnda.

Dersom en avgjørelse i fylkesnemnda bringes inn for tingretten, kan vedtaket likevel iverksettes i påvente av at saken kommer opp. Både fylkesnemndleder og tingretten kan imidlertid bestemme at iverksetting av vedtaket skal utsettes til et bestemt tidspunkt, senest ved endelig og rettskraftig avgjørelse.¹⁴¹

Når saken er rettskraftig avgjort, skal domstolen sende sakens dokumenter sammen med avgjørelsen til fylkesnemnda.

5.9 Iverksettelse av vedtak

Når fylkesnemnden har fattet et vedtak om tvangsinnleggelse har kommunal helse og omsorgstjeneste en frist på seks uker til å sette i verk vedtaket.¹⁴² I saker etter § 10-3 er fristen to uker.

Kommunen kan la være å sette i verk et vedtak «om forholdene tilsier det». I saker etter § 10-2 må kommunen forsikre seg om at den aktuelle institusjonen kan gi et tilfredsstillende tilbud til pasienten.¹⁴³ Paragraf 10-3 mangler en tilsvarende bestemmelse, men også ved innleggelser av gravide har kommunen et ansvar for institusjonens egnethet.

Ved midlertidige vedtak vil selve avgjørelsen og iverksettelsen være så nær hverandre i tid at det sjelden vil være behov for en egen avgjørelse om vedtaket skal settes i verk.

Når kommunen har bestemt at vedtaket skal iverksettes må kommunen samtidig vurdere hvordan iverksettelsen skal skje. Pasienten kan bringes til institusjonen med hjelp av kommunens egne ansatte. Erfaring viser at en skånsom innleggelse vil ha betydning for det videre behandlingsforløpet,¹⁴⁴ men det er samtidig viktig å være to ansatte fra kommunen som bistår, for å kunne være mer fleksible ved uforutsette situasjoner. I noen situasjoner kan det være nødvendig å be politiet om bistand. Politiet har plikt til å yte bistand.¹⁴⁵

¹⁴⁰ § 10-7. Domstolens saksbehandlingsregler følger av tvistelovens kap. 36.

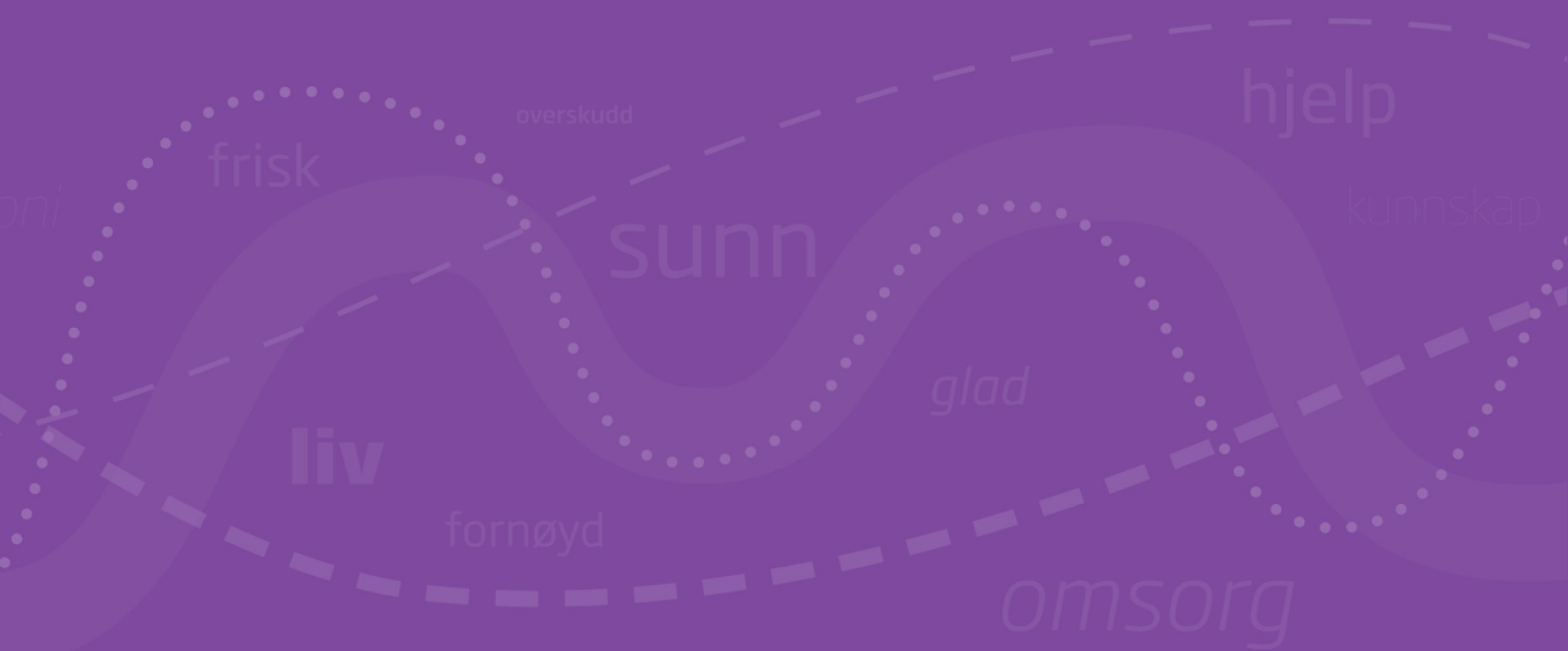
¹⁴¹ Hjemmelen for fylkesnemnda er forvaltningsloven § 43, mens hjemmelen til domstolen er tvisteloven § 36-2(3).

¹⁴² Jf. § 10-2(3)

¹⁴³ Jf. det uttrykkelige påbudet i § 10-2(3)

¹⁴⁴ Lundeberg og Mjåland 2009

¹⁴⁵ Jf. spesialisthelsetjenesteloven § 6-4



TILBAKEHOLDSFASEN

6 TILBAKEHOLDSFASEN

Gjennomføringen av vedtak om tvang skjer ved en institusjon i spesialisthelsetjenesten som yter tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB). Institusjonen må legge til rette for at oppholdet gjennomføres i tråd med vedtak i Fylkesnemnda. Institusjonen har ansvar for å opprette samarbeid med relevante aktører, og at tilbakeholdet tilrettelegges for at formålet med innleggelsen ivaretas. Kommunene har fortsatt en plikt til oppfølging av brukere/pasienter under institusjonsoppholdet, så vel som generell plikt til samarbeid med spesialisthelsetjenesten.

Anbefalinger

- Tvang skal være individuelt tilrettelagt og utarbeidet i samarbeid med pasienten/brukeren og relevante aktører.
- Institusjonen må iverksette en systematisk utredning og avklaring av pasientens helsetilstand under tilbakeholdet.
- God kvalitet i gjennomføringen må sikres for å redusere negative konsekvenser av tvang, og for å forebygge rømninger. Tilbudet må være variert og meningsfullt.
- Pasienten bør sikres frivillig plass etter tilbakeholdet.
- Personell som jobber med tvang må få nødvendig opplæring og veiledning
- Avklaring av ansvar og fordeling av oppgaver bør fastsettes med relevante aktører¹⁴⁶ så tidlig som mulig.
- Oppfølging etter utskrivning bør planlegges allerede ved innleggelse. Bruk av bistandsteam¹⁴⁷, individuell plan og ansvarsgrupper er et godt verktøy for å klargjøre ansvarsforhold og videre oppfølging.
- Spesialisthelsetjenesten (institusjonene) må ha rutiner for mottak, gjennomføring og utskrivelse av pasienter på tvang. Spesialisthelsetjenesten må sørge for en forsvarlig utskrivningspraksis og ha rutiner for å varsle kommunen i god tid før utskrivning for å sikre pasienten nødvendig oppfølging.

6.1 Betydningen av brukermedvirkning,¹⁴⁸ samarbeid og rutiner

Å fremme pasientens delaktighet og tilby et individuelt tilpasset pasientforløp er viktig.

Brukermedvirkning kan minske den negative opplevelse av tvang, og bedrer ofte muligheten for å etablere en god allianse mellom pasienten og personalet. Dette kan også bidra til at pasienten blir mer motivert for videre behandling. Det er også viktig at institusjonen og pasienten avklarer hvilke tjenester det er behov for å inngå et samarbeid med, slik at pasienten tidlig i

¹⁴⁶ Relevante aktører vil variere i hver enkelt sak. Vanligvis vil det være tjenester fra kommunen, som helse- og omsorgstjenester (fastlege) og NAV/sosialtjenesten,

¹⁴⁷ Se omtale av bistandsteam kap. 2.2.

¹⁴⁸ Se kapittel 1 vedrørende brukermedvirkning.

gjennomføringen får forutsigbarhet og en målrettet innretning for oppholdet.

Det anbefales at institusjoner som tilbyr pasienter plass etter §§ 10-2, 10-3 og 10-4 har nedfelte rutiner for opphold etter disse bestemmelsene.

6.2 Tilbud om individuell tilrettelagt behandling, kartlegging og utredning

Tvangsvedtaket gir ikke grunnlag for behandling uten samtykke. Institusjonen skal likevel kontinuerlig legge til rette for og gi tilbud om en individuell behandling basert på samtykke. Hensikten med opphold etter §§ 10-2, 10-3 og 10-4 vil være ulik og faglig innhold må gjenspeile dette. Målet er å motivere for videre behandling uansett lovgrunnlag.

Boks 6.2.1 Mottakelse av pasienter

Selve innleggelsen kan være en spesielt sårbar situasjon for pasienter på tvang. Pasientens første møte med personalet kan være avgjørende for utvikling av et godt tillitsforhold og pasientens videre utvikling. Det er derfor viktig at institusjonen har gode rutiner for mottakelse av pasientene, og har egnet fast personell til å følge pasienten gjennom oppholdet.

Det bør gjøres en systematisk utredning og kartlegging av pasientens somatiske og psykiske helsetilstand, dersom pasienten samtykker til dette. Kartlegging av sosiale forhold som familie, nettverk, økonomi, arbeid og utdanning, er også viktig. Utredning av rusmiddelbrukens alvorlighetsgrad, omfang, oppstart og funksjon er avgjørende for

utarbeidelse av behandlingsplan for den enkelte pasient. God kartlegging og utredning legger grunnlag for arbeid med motivasjon, endring og forebygging av dropout/tilbakefall.¹⁴⁹ Dersom det finnes en individuell plan (IP) fra tidligere bør det bygges videre på denne i samarbeid med bruker/pasient, kommunen og andre relevante aktører. Kommunenes ansvar for å tilby IP tilsier at kommunen alltid involveres når IP utformes.¹⁵⁰

Det bør gjennomføres regelmessige ansvarsgruppemøter.¹⁵¹ Deltakere i ansvarsgruppa avgjøres sammen med pasienten, i samarbeid med koordinator og institusjonen. Ofte inviteres pårørende, helse- og omsorgstjeneste i kommunen, behandlingsansvarlig ved institusjon/avdeling, miljøpersonell/primærkontakt til deltakelse i ansvarsgruppe.

Jordmor og barnevern bør også være en del av ansvarsgruppa dersom det er en sak etter § 10-3. Det er spesielt viktig ved en innleggelse etter § 10-3 at det lages en plan for oppfølging av barnet. Dersom mor mister omsorgen må det sikres god oppfølging av mor etter fødsel for å ivareta hennes psykiske helse.

For mer utfyllende om kartlegging, utredning, behandlingstilnærming, behandlingsforløp og ulike behandlingsmetoder finnes i IS-2214 som omhandler - Behandling og rehabilitering av rusmiddelproblemer og avhengighet.¹⁵²

¹⁴⁹ IS-2214 Behandling og rehabilitering av rusmiddelproblemer og avhengighet

¹⁵⁰ Jf. HOL § 7-1.

¹⁵¹ Se kap 2.2 - Bistandsteam

¹⁵² IS-2214 Behandling og rehabilitering av rusmiddelproblemer og avhengighet

Institusjonens egnethet og kvalitet

Institusjonsoppholdets kvalitet er av stor betydning for å redusere negative opplevelser av tvang. Institusjonene må legge til rette for at pasientene kan delta på meningsfulle aktiviteter som kan styrke mestringsfølelsen, forebygge rømning og dempe konfliktnivået. Samtaler, aktiviteter og samvær som bidrar til en positiv opplevelse i rusfrihet kan være av stor betydning. At institusjonene bidrar til at pasientene kan delta på nye sosiale arenaer og inngå i sosiale felleskap innenfor og utenfor institusjonen, kan være avgjørende for å oppnå god rusmestring.

6.3 LAR-behandling

Rokkan-evalueringen viste at det var flere pasienter som under tilbakeholdet ble vurdert til å ha nytte av LAR-behandling.¹⁵³ Det anbefales at pasienter som kan være aktuelle for substitusjonsbehandling utredes for dette.

6.4 Skjerming

Det er flere institusjoner som har mulighet til å benytte seg av en egen avlåst enhet, en såkalt *skjermingsenhet*. Bruk av skjermingsenhet varierer mellom ulike institusjoner. Noen institusjoner gjennomfører tilbakeholdet ved institusjonens ordinære plasser sammen med frivillig innlagte pasienter. Dette er ofte utgangspunktet for pasienter på avtalt tvang etter § 10-4. Bruk av skjermingsenhet må kontinuerlig vurderes med hensyn til omfang og nytte.

¹⁵³ <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/nasjonal-retningslinje-for-legemiddellassistert-rehabilitering-ved-opioidavhengighet/Publikasjoner/nasjonal-retningslinje-for-legemiddellassistert-rehabilitering-ved-opioidavhengighet.pdf>

6.5 Å jobbe med tilbakehold og tvang

Å bli utsatt for tvang kan skape mistillit til de som jobber i tjenestene. Dette kan bidra til at det er vanskelig for ansatte både i kommunen og spesialisthelsetjenesten å bygge en allianse med personen som er innlagt på tvang. De ansatte må tåle å bli gjenstand for pasientens frustrasjon. Dette kan for mange ansatte oppleves utfordrende og være belastende for personalgruppen. Noen pasienter kan komme med voldstrusler eller utøve vold. Dette kan bidra til uro og frykt i personalgruppen.¹⁵⁴

Personell som jobber med tvang bør få mulighet til veiledning – både fordi pasientene kan være ambivalente, men også fordi personalet kan oppleve ambivalens i forhold til hvor formålstjenlig de opplever tvangsutøvelsen og etiske utfordringer.

6.6 Spesielt for tvang etter § 10-3 (gravide)

Det bør utarbeides en plan for oppfølging etter fødsel for den gravide hvor det fremkommer hvilke behov kvinnen har etter fødsel, og eventuelt ved omsorgsovertakelse av barnet.¹⁵⁵ Det bør være avklart hvem som kontakter barnevernet ved fødsel. Fødselsplanen bør tas med til fødeavdeling. Planen bør også inkludere momenter for oppfølging av mor og barn sammen, og ved omsorgsovertakelse egne planer for henholdsvis mor og barn. Der det er aktuelt vil samhandling og tilrettelegging for samtidig behandling av partner, kunne være helt

¹⁵⁴ Se avsnitt Tilrettelegging av tilbud til personer med utagerende atferd, kap 6.9.1

¹⁵⁵ Se retningslinje LAR gravide (<https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/454/Nasjonal-retningslinje-for-gravide-i-lar-og-oppfolging-utgave-som-trykkes-lar-IS-1876.pdf>)

avgjørende for å sikre en stabil behandlingssituasjon for den gravide.

Jordmor bør være en viktig samarbeidspartner ved saker vedrørende § 10-3.

6.6.1 Oppfølging av vedtak hver 3. måned av gravide

Loven stiller krav om at det skal gjøres en ny vurdering innen tre måneder der det må fremkomme en avgjørelse om eventuell videreføring av vedtaket. Det er kommunen som er ansvarlig for å gjøre vurderingen.

Om barneverntjenesten fatter hastevedtak for plassering av barnet i beredskapshjem direkte etter fødsel, må barneverntjenesten i samarbeid med mor/far lage plan for samvær med barnet frem til fylkesnemndsbehandling. Med tanke på at situasjonen kan være spesielt sårbar etter å ha mistet omsorgen for et barn, bør ansvarsforhold drøftes nøye før utskrivelse og skisseres i individuell plan og kriseplan.

Boks 6.6.1 Eksempel på pasientforløp for gravide

Gode samarbeidsrutiner finnes gjerne i kvalitetsrutiner og behandlingslinjer i helseforetakene og i kommunene. Et eksempel er behandlingslinjen for gravide med rusmiddelproblemer ved Sykehuset Innlandet:
<http://demo.datakvalitet.no/egg/dok/dok32177.pdf>

6.6.2 Ved utskrivelse fra § 10-3

Det må drøftes i hver enkelt sak hva som er kvinnens behov. Behovene kan være:

- Tilbud til eventuell partner.
- Tilbud om barselopphold med eller uten barn og partner, ved en familieenhet eller

annen egnet avdeling.

- Tilbud om telefon avtaler de første månedene etter fødsel.
- Tilbud om oppfølgingssamtaler.
- Tilbud om tettere oppfølging fra helsestasjon og fastlege. Tilbud fra kommunen kan være hjemmebesøk og oppfølging knyttet til sårbare overganger fra institusjon til egen bolig. I retningslinjen for gravide i LAR og oppfølging av familien frem til barnet når skolealder står det beskrevet detaljerte og gode oppfølgingsrutiner, som generelt kan være nyttig for familier der barn har blitt eksponert for rusmidler under svangerskapet.¹⁵⁶

Boks 6.6.1 Case Hilde

Hilde (20) er samboer med Petter og gravid i 18. uke. Hun innlegges etter § 10-3 ved et hastevedtak. Begge bruker vanedannende medikamenter og amfetamin. Hilde har levert positive urinprøver og har uteblitt fra avtaler. Hun er bekymret for Petter og personalet sørger for å tilrettelegge for fast avtale med Petter om å få komme to ganger i uka, innledningsvis under tilsyn. Personalet gjennomfører kartlegging og hjelper Hilde med å skrive Individuell plan. Hun bestemmer seg for at hun vil være på avdelingen fram til fødselen og samtykker til forenklet behandling i fylkesnemnda. Petter kan søke seg inn på samme avdeling. Hilde samtykker til samarbeid med barneverntjenesten og lager plan for tiltak etter fødsel. Avdelingen arrangerer jevnlig ansvarsgruppemøter. Etter åtte uker får Hilde gå ut på egen hånd fire timer hver ettermiddag, og i alle helger. Petter

¹⁵⁶ Kilde:

<http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/nasional-retningslinje-for-gravide-i-lar-og-oppfolging-av-familie-frem-til-barnet-nar-skolealder/Publikasjoner/nasional-retningslinje-for-gravide-i-lar-og-oppfolging-utgave-som-trykkes-lar-15-mars.pdf>

uteblir stadig fra avtaler. Dette tar på Hildes engasjement og krefter. Parallelt har hun stort utbytte av behandlingen for sine egne problemer og ser behovet for langvarig hjelp dersom hun skal bli i stand til å ta ansvaret for et barn. Hun bryter forholdet til Petter. Hilde finner ny bolig og styrker kontakten med foreldre og søsken. I samarbeid med barneverntjeneste og rustjeneste blir det søkt om overføring til videre behandling på familieavdeling. Hildes søster blir med på fødselen.

6.7 Forsvarlig utskrivning av pasienten

Utskrivelsestidspunktet er en særlig sårbar overgang i et pasientforløp. En forsvarlig utskrivelse forutsetter at den ikke skjer på usaklig grunnlag.

Rundskriv IS-17/2004 som gjelder utskrivning fra pasienter i døgnopphold i psykisk helsevern inneholder en rekke anbefalinger for å sikre forsvarlig utskrivelse til kommunen. Flere av anbefalingene her vil også være aktuelle for utskrivelse fra TSB.

Boks 6.7.1 Aktuell punkter for en forsvarlig utskrivning:

- Informasjon til pårørende (etter samtykke eller i særlige tilfeller)¹⁵⁷
- Varsel til kommunen
- Etablert tilbud i kommunen, herunder bolig
- Avklaring av spesialisthelsetjenestens oppfølgingsrolle
- Vurdering av overdosefare, selvmordsfare, farlighet
- Brukerinvolvering i planleggingen av

¹⁵⁷ Se punkt 6.9 vedrørende i hvilke særlige tilfeller må helsepersonell må varsle pårørende

utskrivelse

- Foreligger IP
- Hvem er koordinator
- Muligheter og tiltak ved eventuelt tilbakefall
- Nødvendige medikamenter, resepter
- Nødvendige sykemeldinger mv
- Utskrivningssamtale

Overgang til frivillig behandling og ivaretagelse av kontinuitet skal prioriteres. Pasientens ønsker må vektlegges i betydelig grad, slik at lovens formål om å motivere til behandling blir oppfylt.

6.8 Tvangsinnlagte skal prioriteres i videre frivillig behandling

Dersom en pasient/bruker ønsker videre helsehjelp etter opphørt tvang, er hovedregelen at pasienten er å anse som rettighetspasient inntil vedkommende er «behandlet ut av sin tilstand».¹⁵⁸ Det er ikke nødvendig å sende henvisning for ny vurdering ved overgang til et videre frivillig behandlingsforløp.

Det må ut fra forsvarlighetshensyn sikres at overgangen blir umiddelbar, og uten avbrudd, slik at ikke pasienten utskrives i påvente av frivillig plass.

Rett til fritt sykehusvalg, rett til medvirkning og rett til informasjon om hvilket tilbud man kan få etter tvangsvedtakets utløp, er sentrale rettigheter som spesialisthelsetjenesten har plikt til å oppfylle i alle saker.

¹⁵⁸ Prioriteringsveilederen for TSB (IS 1505)

Boks 6.8.1 Case Kristin

Kristin fikk ikke noen form for tilbud, selv om hun var motivert og ønsket seg videre behandling. Problemet med å ikke bli tilbudt videre plass var noe ruskonsulenten i sosialtjenesten også hadde erfart tidligere, og vurderte som svært problematisk. At Kristin ikke var garantert frivillig plass etter tilbakeholdet gjorde at lovens formål om motivasjon og tilrettelegging til frivillig behandling ble uten mening i Kristin sitt tilfelle. I Kristins tilfelle ble en rekke sentrale rettigheter og prinsipper brutt.¹⁵⁹

Boks 6.8.2 Case Sara

Sara ble involvert i prosessen med å velge hvilken institusjon hun ønsket å fortsette på frivillig grunnlag etter at tvangsvedtaket utløp. Hun fikk anledning til å bli informert om flere aktuelle institusjoners behandlingstilbud gjennom besøk og denne medvirkningen sa hun var avgjørende for å bli værende. Sara ble overført til frivillig avdeling ved samme institusjon. Dette bedret forutsetningene hennes for å få en myk og gradvis overgang, ved at det ble tilrettelagt for kontinuerlige besøk og opphold i den nye avdelingen.¹⁶⁰

6.9 Andre forhold ved gjennomføring av tvang

6.9.1 Tilrettelegging av tilbud til personer med utagerende atferd

I institusjoner som er utpekt til å ta i mot pasienter etter hol. §§ 10-2, 10-3 og 10-4 bør institusjonen ha rutiner for å håndtere situasjoner med utagerende atferd. Ved

¹⁵⁹ Case hentet fra Rokkan

¹⁶⁰ Case hentet fra Rokkan

mistanke om risiko for voldsutøvelse foreligger det verktøy som kan anvendes for å si noe om voldsrisiko på kort sikt.¹⁶¹

Årsaken til utagerende atferd kan være sammensatt og varierende. Der det foreligger kriseplan bør dette scenarioet være beskrevet. Personale som skal forvalte gjennomføring av tvangsvedtak må ha tilstrekkelig kunnskap og ferdigheter i konflikthåndtering. Institusjonen må faglig og materielt være i stand til å ivareta formålet med tvang.

Personalet kan ha behov for oppfølging og veiledning i etterkant av hendelser med utagerende atferd, og bør tilbys dette.

Brudd på institusjonens regler og rutiner for oppholdet (for eksempel «Husordensregler») trusler om eller utøvelse av vold kan ikke i seg selv føre til tap av institusjonsplass. Pasienten har rett til nødvendige helsehjelp, selv om personen bryter reglene eller kommer med trusler om vold. Det må foretas en konkret individuell vurdering ut fra faglig forsvarlighet om pasienten skal fortsette å være i institusjonen eller skal tilbys plass ved annen institusjon, eventuelt tilbys andre tiltak fra kommunen og/eller i spesialisthelsetjenesten. Det kan for eksempel være forsvarlig å vurdere alternativ institusjonsplassering eller andre tiltak i kommunen. Slike tiltak må ta utgangspunkt i dialog med pasienten.

Boks 6.9.1 Voldsrisikorundskriv - systemnivå

«Organisasjon, ledelse og systemer har stor betydning for hvordan og når

¹⁶¹ Eksempler på screening-verktøy: V-RISK-10

(<http://sifer.no/verktoy/detalj/v-risk-10-voldsrisiko-sjekkliste-10-voldsrisikovurdering>), Brøset Violence Check-list (BVC)

(<http://www.helsebiblioteket.no/psykisk-helse/slik-bruker-du-br%C3%B8set-violence-checklist-bvc>).

risikovurdering og risikohåndtering skal vurderes gjennomført.

Selv om denne listen ikke er uttømmende, vil direktoratet særlig fremheve betydningen av at det er etablert rutiner som sikrer at:¹⁶²

- det finnes prosedyrer for risikovurdering av om pasienter kan være til fare for andre, herunder prosedyrer for når slike risikovurderinger skal gjennomføres
- prosedyrene følges
- vurderinger dokumenteres i pasientens journal
- klinisk testede verktøy brukes
- det gjennomføres opplæring i bruk av aktuelle risikovurderingsverktøy
- det finnes rutiner for hvordan virksomheten håndterer situasjonen hvis det
- foreligger risiko for voldelig/aggressiv atferd
 - avvik fra disse rutinene meldes
 - det skjer en kontinuerlig vurdering av de erfaringer man har fått etter et avvik
- det skjer en kontinuerlig endring av rutiner/prosedyrer i tråd med ny læring/kunnskap»

Boks 6.9.2 Eksempel på faktorer for konflikthåndtering

Det viktigste kriteriet i en voldsrisikovurdering er om personen har begått voldshandlinger tidligere. Eksempel på noen faktorer som kan inngå i rutiner for konflikthåndtering:

- Ved økende uro hos pasienten bør personalet være tilgjengelig og tilby

samtaler og forsøke å kartlegge årsaken. Utløsende faktorer forsøkes dempet eller fjernet fra situasjonen der det lar seg gjøre.

- Tilby pasienten å være alene i eget rom (skjerming)
- Ved utagerende atferd bør personalet opptre rolig og tydelig. Personalet bør ta kontroll over situasjonen med hovedfokus på sikkerhet
- Ved fare for pasientens, personalets eller andres sikkerhet, må personalet iverksette nødvendige tiltak for å sikre og trygge situasjonen på nødvendig måte
- I nødsituasjoner kan pasienten fysisk holdes tilbake

6.9.2 I hvilke tilfeller må helsepersonell varsle pårørende?

Dersom spesialisthelsetjenesten vurderer at det ikke er forsvarlig å gjennomføre tvangsvedtaket, vil det kunne være nødvendig å opplyse pårørende i særlige tilfeller.

Uten samtykke fra pasienten, kan helsepersonell gi informasjon til pårørende når det er tungtveiende grunner til det.¹⁶³

Vanligvis vil det være i situasjoner der det er fare for skade på liv og helse på pasienten selv, pårørende eller andre personer. Men også fare for skadevoldende handlinger på andre interesser kan tenkes å gi helsepersonell rett til å informere pårørende. Dersom en pasient med en psykisk tilstand som krever særlig årvåkenhet, for eksempel spiseforstyrrelser, selvskading/selvmondsrisiko, overdose eller risiko for vold mot andre, blir utskrevet, kan det etter en konkret vurdering være rett å gi

¹⁶² <https://helsedirektoratet.no/publikasjoner/vurdering-av-risiko-for-voldelig-atferd-bruk-av-strukturerte-kliniske-verktoy>

¹⁶³ Helsepersonelloven § 23 nr. 4

informasjon til pårørende selv om pasienten ikke samtykker.

6.9.3 Overgangen fra tvang etter §§ 10-2 og 10-3 til avtalt tvang etter § 10-4?

Loven gir mulighet for at pasienten kan gå direkte fra et opphold på tvang etter § 10-2 og § 10-3 til et opphold på «avtalt tvang».¹⁶⁴

Spesialisthelsetjenesten må legge til rette for dette dersom den faglige vurderingen tilsier at avtalt tvang er et bedre tiltak eller nødvendig for å fortsette et frivillig behandlingsforløp. Helseforetakene skal sørge for fleksibilitet i tilbudet, slik at disse overgangene er mulig å gjennomføre.

6.9.4 Hvilket ansvar har institusjonene ved inngåelse av avtalt tvang (§ 10-4)?

På samme måte som ved tvangsinnleggelse gir § 10-4 institusjonen en *tvangsfullmakt*, som institusjonen i hvert enkelt tilfelle må vurdere om den vil ta i bruk, både med hensyn til innleggelse og gjennomføring av oppholdet.

Enkelte institusjoner bruker § 10-4 rutinemessig overfor alle pasienter som søker opphold. Institusjonen må likevel sørge for at ordinær frivillig innleggelse er et reelt alternativ for pasienten, og institusjonen må i denne sammenheng samarbeide med det regionale helseforetaket.¹⁶⁵

6.9.5 Når er det aktuelt å vurdere utskrivning før vedtaket er fullbyrdet?

Hvis pasientens situasjon endrer seg i positiv retning i løpet av vedtaksperioden kan det bli aktuelt å vurdere overgang til frivillig

behandling. Dersom en kvinne innlagt etter § 10-3 tar abort, vil det ikke være grunnlag for fortsatt opphold basert på denne bestemmelsen.

Atferdsproblemer, utagering, rusepisoder, kriminelle handlinger, psykiske og somatiske behandlingsbehov kan ikke brukes som utskrivningsgrunnlag alene. Helseforetaket må kontinuerlig inn å vurdere overflytting til annen avdeling eller samordning av behandlingsressurser, i samarbeid med kommunen.

I enkelte tilfeller kan tvangen virke mot sin hensikt. Institusjonen og kommunen må i slike tilfeller samarbeide med pasienten og helseforetaket for å finne gode alternative løsninger. Ansvarsgrupper eller familieråd¹⁶⁶ kan være gode rammer for slike vurderinger.

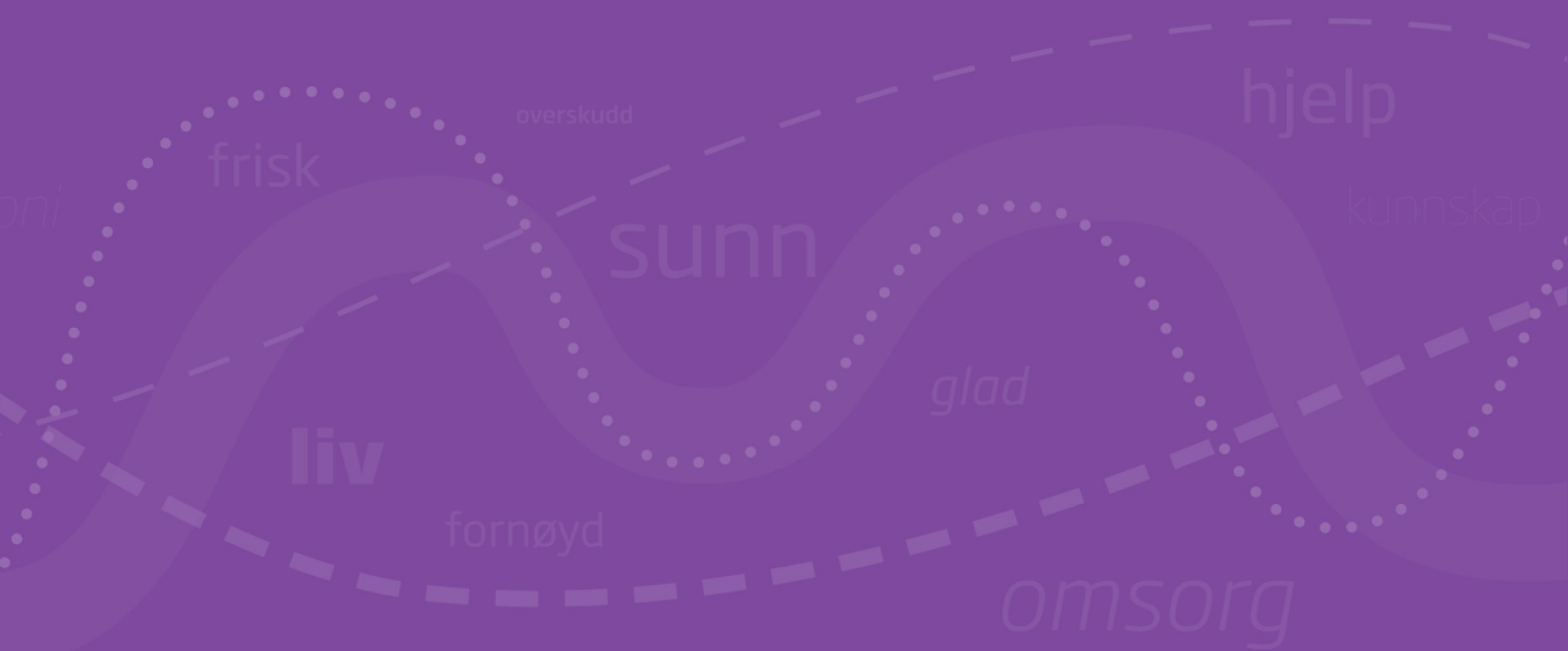
Institusjonens vurdering av om pasienten skal skrives ut må skje med utgangspunkt i en vurdering av hva som er faglig forsvarlig, og institusjonene må vurdere konsekvensene av å opprettholde vedtaket opp mot et annet frivillig alternativ.

¹⁶⁴ Jf. § 10-4(3)2

¹⁶⁵ Se også kap. 4.2.1.

¹⁶⁶ Se

http://www.bufdir.no/barnevern/Tiltak_i_barnevernet/Familierad/



OPPFØLGINGSFASEN

7 OPPFØLGINGSFASEN

Tvangsvedtaket danner grunnlag for at både kommune og spesialisthelsetjenesten har en særlig forpliktelse til å sørge for et planlagt, helhetlig og kvalitativt godt oppfølgingstilbud. Tjenestene må sørge for en oppfølging som gir brukeren/pasienten god nytte og effekt av institusjonsoppholdet. Strukturert oppfølging er avgjørende for resultatene av tvang.

Anbefalinger

- Systematisk oppfølging bør planlegges i god tid før utskrivning
- Både kommunen og spesialisthelsetjenesten må bidra til en strukturert og planmessig oppfølging som kan bidra til god nytte og effekt av institusjonsoppholdet
- Tiltak, roller og ansvarsforhold i oppfølgingen må koordineres og bør være beskrevet i planverket.
- Oppfølgingen må så langt som mulig være utformet ut fra brukerens/pasientens behov og premisser
- Ambulant/oppøkende tjenester (også med ansatte fra spesialisthelsetjenesten) kan være et virkemiddel i oppfølgingen av pasienter/brukere som har gjennomført en tvangsinnleggelse.
- Institusjonen som har hatt ansvar for gjennomføringen bør bidra til at pasientens overgang til annen oppfølging ivaretas.
- Kommunen og spesialisthelsetjenesten bør i fellesskap raskt kunne intervensere ved tilbakefall, på bakgrunn av kriseplan, brukerstyrte plasser mv.
- Bistandsteam bør bistå i vurderingen om overgang til frivillig behandling og innholdet i den videre oppfølgingen.

7.1 Felles ansvar for forsvarlig oppfølging

Gjennom ansvarsgrupper og individuell plan/kriseplan og tiltaksplan kan partene tydeliggjøre hvordan kommune og spesialisthelsetjeneste skal følge opp pasient/bruker, eksempelvis ved medisinerings, overgang til poliklinisk behandlingstilbud, og tilrettelegging for eventuelle akutte

reinnleggelse, ambulante tjenester, hjemmebesøk og telefonkontakt.¹⁶⁷

Veilederen «Sammen om mestring»¹⁶⁸ beskriver hvordan kommuner og spesialisthelsetjenesten kan tilrettelegge lokalt psykisk helse og rusarbeid. Veilederen inneholder oversikt over sentrale aktører og

¹⁶⁷ Se Lundeberg, Mjåland og Søvig (2014): Tvang i rusfeltet, side 39.

¹⁶⁸ Se Veileder Sammen om mestring (<https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/410/Sammen-om-mestring-Veileder-i-lokalt-psykisk-helsearbeid-og-rusarbeid-for-voksne-IS-2076.pdf.pdf>)

tjenester som også kan inngå i oppfølgingsarbeidet, etter institusjonsopphold.

Overdosefare

En stor andel av overdosedødsfallene skjer i forbindelse med utskrivelse fra institusjon, eller som følge av avbrudd i behandling. Forskning viser at risikoen for å dø av overdose de fire første ukene etter behandling er 16 ganger større enn ellers. Effekten av behandlingsinnsats svekkes dersom det kommunale helsetilbudet ikke er godt nok. For å redusere faren for overdosedødsfall, er det derfor avgjørende med god oppfølging etter endt behandling.¹⁶⁹

7.2 Kommunens helhetlige og koordinerende ansvar

Kommunen må koordinere et forsvarlig samarbeid mellom helse- og omsorgstjenesten og øvrige deler av kommunen, herunder NAV-kontoret og barneverntjenesten, spesialisthelsetjenestene, og andre relevante aktører.

Oppfølgingstjenestene må ivareta den enkeltes nødvendige helse- og omsorgstjenestebehov, og ta hensyn til at brukeren er i en særlig sårbar fase.

Oppholdsprinsippet gjelder for tildeling av tjenester. Forsvarlig oppfølging må tilrettelegge for mestring av eget liv, forebygge tilbakefall, forebygge sykdom, skade eller lidelse og forebygge sosiale problemer. Dette tilsier at kommunen ut fra forsvarlighetshensyn kan måtte yte et

omfattende tjenestetilbud. Tjenestetilbudet kan for eksempel omfatte egnet bolig, oppfølging i bolig, personlig assistanse, hjemmesykepleie, tiltak knyttet til fritid, arbeid mv. Kommunen må kunne respondere raskt og effektivt ved mistanke om tilbakefall til rus- og/eller psykiske problemer.

Boks 7.2.1 Tilpasset behandling

Tidlig og tilpasset behandling kan hindre forverring av problemet/lidelsen, og legge til rette for bedringsprosesser.

Dersom brukeren etter utskrivelse oppholder seg i en annen kommune enn den som fremmet og iverksatte vedtaket, må de to kommunene samarbeide om en forsvarlig overgang og videreføring av ansvar og oppfølging.

7.2.2 Hvem har ansvar når pasienten flytter mellom kommuner?

Dersom pasienten flytter til en annen kommune, har den opprinnelige oppholdskommunen og den nye kommunen gjensidig ansvar for å legge til rette for samarbeid.

Etter helse- og omsorgstjenesteloven § 10-8 hviler ansvaret for å reise tvangssak på oppholdskommunen. Oppholdskommunen beholder også ansvar for iverksettelse dersom det er reist sak. Hvis oppholdskommunen ikke har fremmet begjæring for fylkesnemnda (eller fattet hastevedtak) og vedkommende flytter, kan den tidligere oppholdskommunen ikke fremme sak, men overføre saken til ny kommune.

Informasjonsflyten mellom kommunene reguleres av forvaltningslovens regler om

¹⁶⁹ "Mortality among drug users after discharge from inpatient treatment" Edle Ravndal, Ellen J. Amundsen. 2010

taushetsplikt.¹⁷⁰ Forvaltningslovens § 13b nr. 5 gir hjemmel for å kommunisere til den nye oppholdskommunen at tvangssak har vært vurdert,¹⁷¹ fordi informasjonsflyten er nødvendig for å løse oppgaver pålagt i helse- og omsorgstjenesteloven.

Boks 7.2.1 Case Pia

Pia er gravid og innlagt etter § 10-3 ved en institusjon i TSB. Hun melder flytting fra kommune A til kommune B straks hun blir innlagt. Far til barnet bor i kommune B. Helse- og omsorgstjenestelovens § 10-8 regulerer ansvar for gjennomføring av tvangssaken, men kommunene har et felles ansvar for å finne en hensiktsmessig løsning. Skal Pia flytte til kommune B ved utskriving, så er det naturlig at kommune A og B oppretter et samarbeid og deltar på ansvarsgruppemøter i en overgangsfase.

7.2.3 Sentrale faktorer i oppfølgingsarbeid

Oppfølgingen må ta sikte på å fremme faktorer som bidrar til deltagelse i aktiviteter, arbeid og fremmer sosial inklusjon. Mangel på egnet bolig, meningsfulle aktiviteter, dårlig økonomi og ensomhet er elementer som kan bidra til tilbakefall.¹⁷²

7.2.4 Bolig

Det er et felles ansvar for alle parter å unngå utskrivelse til bostedsløshet eller til en uegnet bolig, for eksempel gjennom bruk av midlertidig bolig over for lang tid, eller bomiljøer som preges av rusmiddelbruk. I slike situasjoner kan innsatsen gjennom tvangsvedtak og behandling oppleves

meningsløs etter kort tid. Hva som er en egnet bolig vil være forskjellig fra person til person, men det er sentralt at boligen må oppleves som et hjem for personen. Det er i dag svært varierende hvordan kommunen og behandlingsinstitusjonen samarbeider om å finne egnet botilbud før utskrivelse, særlig i tilfeller der hjemkommunen ligger langt unna. I Nasjonal strategi for boligsosialt arbeid, «Bolig for velferd»¹⁷³, er det en målsetting om at alle som har behov for det skal ha bistand til å mestre et boforhold. Oppfølgings tjenestene må ha fokus på brukerens mestring av boforholdet og bidra til at boforholdet blir stabilt og varig.

7.2.5 Økonomi og aktivitet

Personer som innlegges på tvang har ofte lav inntekt. Mange har gjeld med uhensiktsmessige nedbetalingsordninger. Gjeldsrådgivning, informasjon om og konkret hjelp til å søke eksisterende støtteordninger er viktige tiltak i oppfølgingsfasen og bør påbegynnes under institusjonsoppholdet. Økonomi, i likhet med bolig bør vektlegges under institusjonsopphold i spesialisthelsetjenesten.

Manglende utdanning og arbeidserfaring er ofte en problemstilling. Situasjonen er gjerne kaotisk og tiltakene må ta utgangspunkt i den enkeltes ønsker og forutsetninger. En bør legge vekt på trening i ferdigheter som kan bedre personens funksjonsnivå og livskvalitet. Samtidig vet vi at lønnet arbeid kan ha vesentlig betydning for den enkeltes økonomi og bidra til innflytelse og uavhengighet. Arbeid gir mulighet for sosial deltakelse og opplevelse av mestring, samt å være til nytte. Ulike former for «Supported Employment»

¹⁷⁰ jf. hol. § 12-1

¹⁷¹ jf. hol. § 12-1(3)

¹⁷² Se veileder Sammen om mestring, kap. 3

(<https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/410/Sammen-om-mestring-Veileder-i-lokalt-psykisk-helsearbeid-og-rusarbeid-for-voksne-IS-2076.pdf.pdf>).

¹⁷³

(https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kmd/boby/nasjonal_strategi_boligsosialt_arbeid.pdf)

(individuell jobbstøtte) hvor arbeid inngår som en integrert del av en rehabilitering, har vist seg effektiv for å få personer med nedsatt arbeidsevne tilbake i arbeidslivet.¹⁷⁴

Også for brukere som i lengre tid vil stå utenfor arbeidsmarkedet er det betydningsfullt å tilrettelegge for økonomistyring, meningsfull aktivitet og fritidstilbud. Fra enkelte brukerorganisasjoner pekes det på at dette må anses som likestilt med arbeidsrettede tiltak. Her vil kommunene kunne samarbeide med frivillighetsfeltet som kan ha en betydelig rolle.

Frivillige støttetiltak i nærmiljøet er viktige. Frivillige støttetiltak kan være brukerdrevne tiltak i regi av ideelle organisasjoner, selvhjelpsgrupper og nettverk som familie og venner.

Det vises til veilederen «Sammen om mestring» kapittel 3 om gode levekår og helsefremmende tjenester. Kapitlet beskriver levekårenes betydning for helse og påvirkningsfaktorer for rusmiddelproblemer.

7.3 Partner, andre pårørende og nettverk

Pasienten avgjør i samarbeid med institusjonen og kommunen hvem som blir sentrale aktører i oppfølging etter et fullført eller avbrutt tvangsopphold i tillegg til kommunen og spesialisthelsetjenesten. Dette må avklares i god tid før utskrivning og kan fremkomme i IP og/eller tiltaksplan,

¹⁷⁴ ROP-retningslinjen s.64. Se også <https://www.nav.no/no/NAV+og+samfunn/Kontakt+NAV/Relatert+informasjon/attachment/410883?download=true&ts=14c367a4508>.

Partner og/eller andre pårørende er ofte sentrale aktører i pasientens/brukerens liv og det er viktig å avklare hvorvidt partner/pårørende kan medvirke på en positiv måte etter oppholdet. Dette tilsier at tjenestene må tilrettelegge for en stor grad av pårørende involvering der dette er formålstjenlig.

Nettverksmøter og familieråd med nærmeste familie og venner, samt selvhjelpsgrupper er i for liten grad brukt systematisk. Modellene legger opp til stor grad av brukermedvirkning og brukerstyring og har gode resultater.

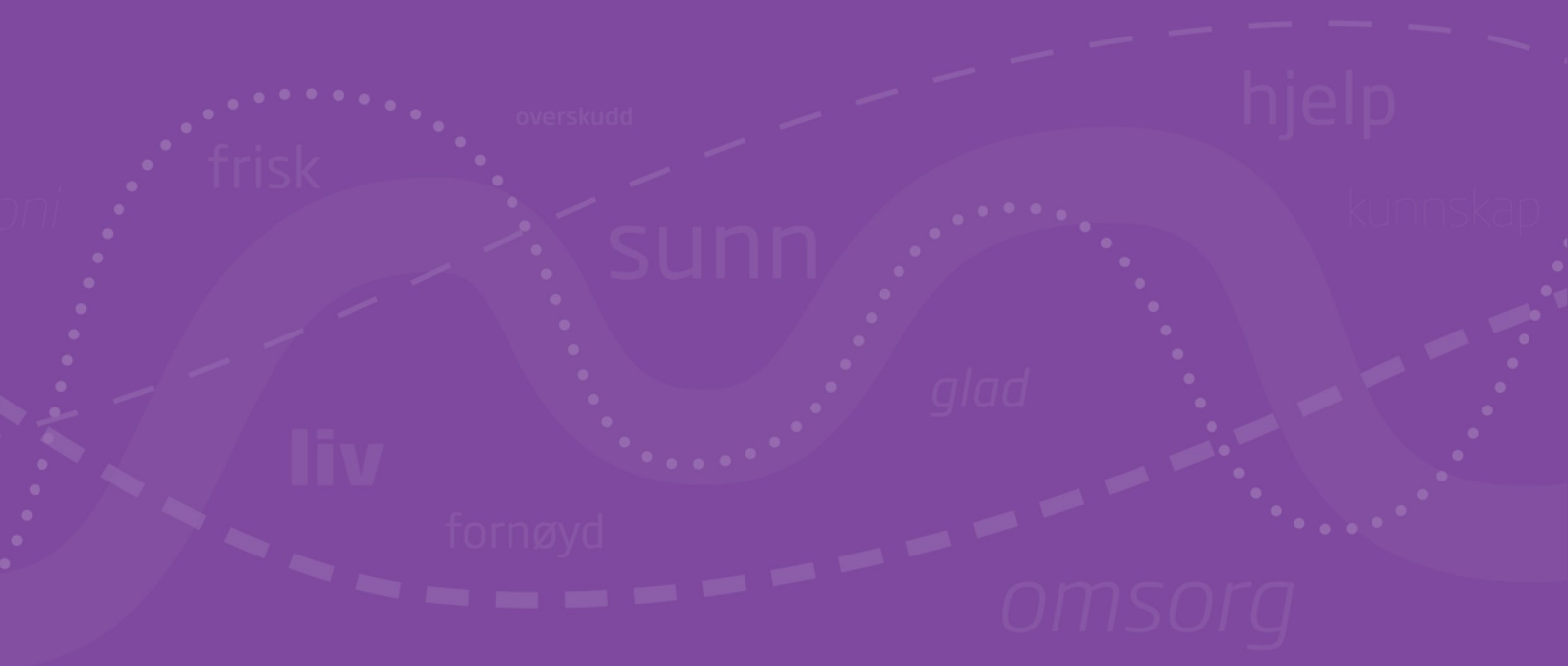
Barnevernet kan være en sentral aktør i saker etter § 10-3, men også som samarbeidspartner for alle pasienter som har barn. Spesielt når det er stor usikkerhet knyttet til omsorgsforhold er det viktig at barnevernet kommer inn tidlig.

Behov for oppfølging kan drøftes i:

- Individuelle samtaler
- Familieråd, nettverksmøter
- Ansvarsgruppemøter
- Møter med ulike hjelpeinstanser
- Parsamtaler

Oppfølgingsarbeidet etter et tvangsopphold skiller seg ikke i vesentlig grad kvalitativt fra oppfølging etter frivillig behandlingsopphold, eller fra lokalt rusarbeid generelt. Sammen om mestring viser til hvordan kommunene, i samhandling med spesialisthelsetjenesten, kan legge til rette for god behandling og oppfølging av mennesker med rusmiddelproblemer.¹⁷⁵

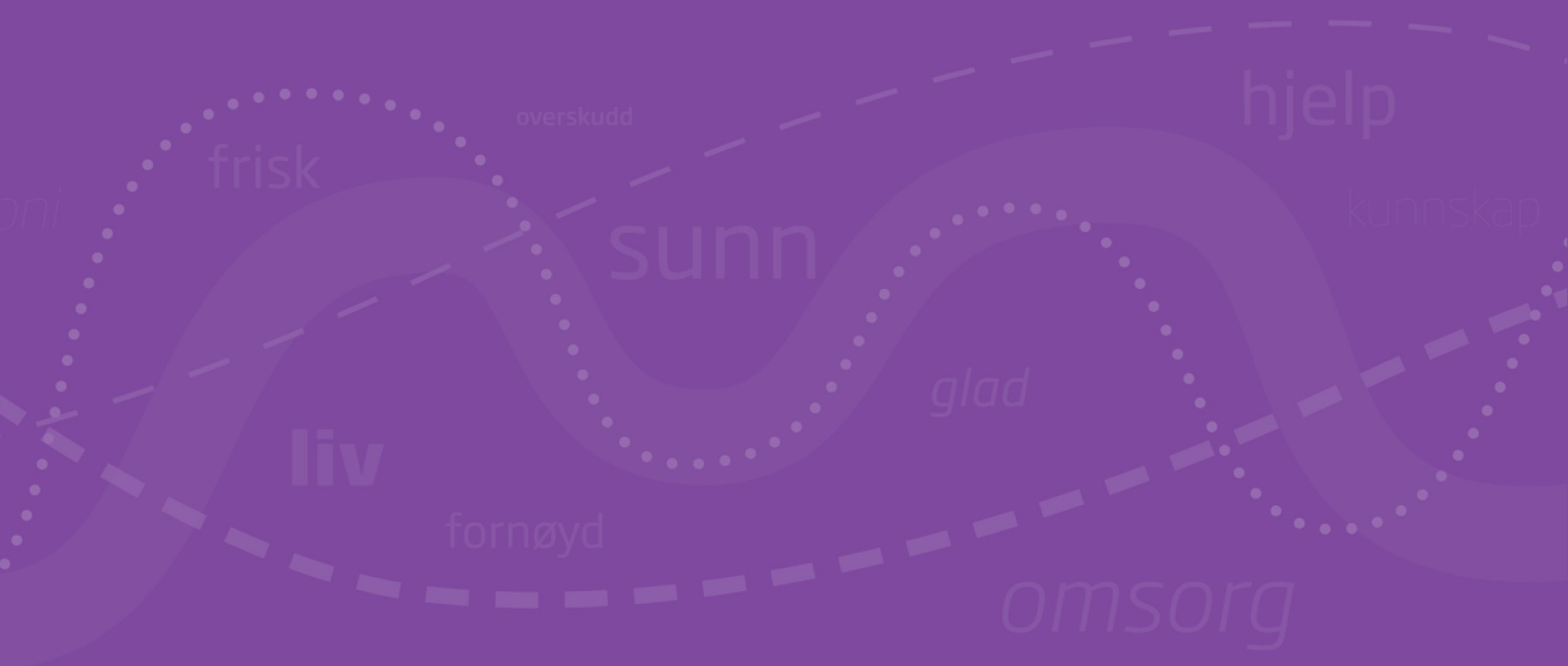
¹⁷⁵ Se veileder Sammen om mestring. Lenke: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/410/Sammen-om-mestring-Veileder-i-lokalt-psykisk-helsearbeid-og-rusarbeid-for-voksne-IS-2076.pdf.pdf>



REFERANSER

8 REFERANSER

Kommer etter ekstern høring. Inntil videre finnes referanser i fotnoter.



VEDLEGG

9 VEDLEGG

9.1 Helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 10

§ 10-1. Kommunens plikt til å vurdere bruk av tvang etter melding fra pårørende

Kommunene skal ved melding fra pårørende om omfattende rusmiddelmisbruk foreta de nødvendige undersøkelser i saken, og vurdere om det skal fremmes sak etter §§ 10-2 eller 10-3. Når saken er utredet, skal den pårørende ha tilbakemelding om dette.

En persons pårørende etter første ledd er den som er definert som pårørende i pasient- og brukerrettighetsloven § 1-3 bokstav b.

§ 10-2. Tilbakehold i institusjon uten eget samtykke

Dersom noen utsetter sin fysiske eller psykiske helse for fare ved omfattende og vedvarende misbruk, og dersom hjelpetiltak ikke er tilstrekkelig, kan det vedtas at vedkommende uten eget samtykke kan tas inn i en institusjon utpekt av regionalt helseforetak, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 2-1a fjerde ledd, for undersøkelse og tilrettelegging av behandling, og holdes tilbake der i opptil tre måneder.

Vedtak etter første ledd skal treffes av fylkesnemnda for barnevern og sosiale saker. Fylkesnemnda skal samtidig ta stilling til om det skal være adgang til å ta urinprøver av pasienten under institusjonsoppholdet.

Fylkesnemndas vedtak etter første ledd kan bare settes i verk dersom institusjonen faglig og materielt er i stand til å tilby vedkommende tilfredsstillende hjelp sett i forhold til formålet med inntaket i institusjonen. Kommunen kan la være å sette et vedtak i verk om forholdene tilsier det. Er vedtaket ikke satt i verk innen seks uker, faller det bort.

Et midlertidig vedtak etter første ledd kan treffes av kommunen dersom de interesser bestemmelsen skal ivareta kan bli vesentlig skadelidende dersom vedtak ikke treffes og gjennomføres straks. For øvrig gjelder reglene i barnevernloven §§ 7-22 og 7-23.

Er det truffet midlertidig vedtak, skal et forslag til endelig vedtak sendes fylkesnemnda innen to uker. Dersom saken ikke er sendt til fylkesnemnda innen denne fristen, faller vedtaket bort.

§ 10-3. Tilbakeholdelse av gravide rusmiddelavhengige

Det kan vedtas at en gravid rusmiddelavhengig uten eget samtykke skal tas inn på institusjon utpekt av regionalt helseforetak, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 2-1a fjerde ledd, og holdes tilbake der i hele svangerskapet dersom misbruket er av en slik art at det er overveiende sannsynlig at barnet vil bli født med skade, og dersom hjelpetiltak ikke er tilstrekkelig. Fylkesnemnda skal samtidig ta stilling til om det skal være adgang til å ta urinprøver av den gravide under institusjonsoppholdet.

Inntakets formål er å hindre eller begrense sannsynligheten for at barnet påføres skade. Under oppholdet skal det legges vekt på at kvinnen tilbys tilfredsstillende hjelp for sitt rusmiddelmissbruk og for å bli i stand til å ta vare på barnet.

Kommunen skal, i samråd med institusjonen, minst hver tredje måned vurdere om det fortsatt er grunnlag for tilbakeholdelse. Tilbakeholdelsen kan bare fortsette dersom kommunen treffer avgjørelse om det innen denne fristen.

Kommunen kan la være å sette et vedtak i verk om forholdene tilsier det. Er vedtaket ikke satt i verk innen to uker, faller det bort.

Et midlertidig vedtak etter første ledd kan treffes av kommunen dersom de interesser bestemmelsen skal ivareta kan bli vesentlig skadelidende dersom vedtaket ikke treffes og gjennomføres straks. For øvrig gjelder reglene i barnevernloven §§ 7-22 og 7-23.

Er det truffet midlertidig vedtak, skal forslag til endelig vedtak sendes fylkesnemnda innen to uker. Dersom saken ikke er sendt til fylkesnemnda innen denne fristen, faller vedtaket bort.

§ 10-4. Tilbakehold i institusjon på grunnlag av eget samtykke.

Når en rusmiddelavhengig på grunnlag av eget samtykke blir tatt inn i en institusjon utpekt av regionalt helseforetak, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 2-1a fjerde ledd, kan institusjonen sette som vilkår at den rusmiddelavhengige kan holdes tilbake i opptil tre uker regnet fra inntaket.

Ved opphold i en institusjon med sikte på behandling eller opplæring i minst tre måneder kan det også settes som vilkår at den rusmiddelavhengige kan holdes tilbake i opptil tre uker etter at samtykket uttrykkelig er trukket tilbake. Tilbakehold kan bare skje opptil tre ganger for hvert opphold. Dersom den rusmiddelavhengige rømmer, men blir brakt tilbake innen tre uker, regnes utgangspunktet for tilbakeholdsfristen fra det tidspunkt den rusmiddelavhengige er brakt tilbake til institusjonen.

Samtykket skal være skriftlig og skal gis til institusjonsledelsen senest når oppholdet begynner. Slikt samtykke kan også gis ved direkte overgang fra opphold med hjemmel i §§ 10-2 og 10-3. Før den rusmiddelavhengige gir sitt samtykke, skal han eller hun gjøres kjent med eventuelle vilkår som nevnt i første og andre ledd.

Institusjonen kan sette som vilkår for oppholdet at den rusmiddelavhengige før oppholdet begynner, gir samtykke til at det kan tas urinprøver under institusjonsoppholdet.

Et barn over 12 år med rusmiddelproblemer kan tas inn i institusjon på grunnlag av samtykke fra barnet selv og de som har foreldreansvaret. Har barnet fylt 16 år, er barnets samtykke tilstrekkelig.

§ 10-5. Bruk av fylkesnemnda i saker etter §§ 10-2 og 10-3

Barnevernloven §§ 7-1 til 7-8 og §§ 7-11 til 7-23 gjelder tilsvarende for saker etter §§ 10-2 og 10-3 i den utstrekning annet ikke fremgår av loven her.

Forhandlingsmøter for saker etter §§ 10-2 og 10-3 skal holdes snarest og hvis mulig innen to uker etter at fylkesnemnda mottok saken, jf. barnevernloven § 7-14.

§ 10-6. Innledning til sak etter §§ 10-2 og 10-3

En sak etter §§ 10-2 og 10-3 innledes ved at kommunen utarbeider begjæring om tiltak etter vedkommende bestemmelse.

Dersom begjæringen skal forelegges et folkevalgt organ, skal begjæringen, dersom organet er enig, med eventuelle merknader omgående sendes til fylkesnemnda. Haster saken, kan den sendes til nemnda uten at den er forelagt det folkevalgte organet på forhånd.

§ 10-7. Overprøving i tingretten

Nemndas vedtak kan bringes inn for tingretten etter reglene i tvisteloven kapittel 36 av den private part eller av kommunen. Kommunen er part i saken. Om adgangen for et barn til å reise søksmål gjelder pasient- og brukerrettighetsloven § 6-5.

Fristen for å reise søksmål er to måneder fra den dag den som har rett til å reise søksmål, fikk melding om vedtaket. Det kan gis oppfriskning etter tvisteloven mot oversittelse av fristen.

Kommunen dekker sine egne omkostninger i saken.

§ 10-8. Ansvar for å reise tvangssak

Ansvar for å reise sak etter §§ 10-2 og 10-3 har den kommunen der den rusmiddelavhengige oppholder seg. Ved avtale mellom de berørte kommunene kan ansvaret overføres til en annen kommune som den rusmiddelavhengige har tilknytning til.

Den kommunen som har reist saken, har ansvaret for iverksetting av vedtaket. Endring i den rusmiddelavhengiges tilknytning til kommunen medfører ingen endring i ansvarsforholdet hvis det ikke blir inngått avtale som nevnt i første ledd andre punktum.

9.2 Hovedfunn i evalueringen

Nedenfor skisseres hovedfunn fra evalueringen (Rokkan-rapporten) som kan være et hinder for gode endringsprosesser for pasienter som er på tilbakehold etter Helse- og omsorgsloven §§ 10-2, 10-3 og 10-4.

9.2.1 Saksbehandlere i helse- og omsorgstjenestene oppgir i hovedsak rettslige og ressursmessige forklaringer på hvorfor tvang ikke anvendes mer

- Manglende tilgang på plasser og manglende kvalitet på plassene i spesialisthelsetjenesten
- Mangel på ressurser i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, særlig når det gjelder ressurskrevende saker som tvang
- Lovreglene åpner opp for tvangstiltak overfor en stor gruppe rusmiddelavhengige, men mange som skal anvende lovverket opplever at loven stiller så strenge krav at den bare brukes i beskjeden grad.
- Evalueringen viser en vedvarende høy forekomst av midlertidige vedtak. Akutt livredning og avverging av skade er den mest sentrale begrunnelsen for tvang i sosialtjenestens rettspraksis. Dette har også sammenheng med lang ventetid på frivillige institusjonsplasser og et mangelfullt utbygd akuttilbud i store deler av landet.
- Evalueringen fant at midlertidige vedtak har sterk sammenheng med mangelfull klientmedvirkning i tiden forut for innleggelsen, noe som skaper krenkende innleggelsessituasjoner for klientene med hyppig tilstedeværelse av politi.
- Grunnen til at § 10-4 (tilbakehold med eget samtykke) ikke brukes mer mener sosialarbeiderne først og fremst skyldes for få slike plasser i behandlingssektoren og en viss motvilje mot å ta i mot denne type pasienter blant behandlerne. Det fremheves også at den kommunale helse- og omsorgstjenesten har begrenset kunnskap om disse rettsreglene.
- Det eksisterer betydelige variasjoner i rettsanvendelsen mellom kommunene. Viktige forklaringer på variasjonen ser ut til å være spesialisering av arbeidet med tvang ved noen kontor, ulike holdninger og kunnskap hos den enkelte sosialarbeider

9.2.2 Samarbeidet mellom sentrale aktører er mangelfullt og har en rekke forbedringsmuligheter

- Tydeliggjøring av arbeidsdeling mellom nivåene og klargjøre hva slags forventninger instansene har til hverandre.
- Mangel på samarbeid, kommunikasjon og tilpasset behandling i spesialisthelsetjenesten til pasienter med et komplekst sykdomsbilde
- Samarbeidet mellom psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling i spesialisthelsetjenesten er mangelfullt. Dette gjør at det foreligger betydelige svakheter ved tilbudet til ROP-pasienter
- Mangel på samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og sosialtjenesten i forkant av tvangsvedtak er viktig.
- Mangel på bruk av Individuell plan, tiltaksplan og ansvarsgrupper som planleggings- og styringsverktøy.

- Midlertidige innleggelser fører til dårlige samarbeidsforhold mellom tjenestenivåene, vanskeliggjør motivasjonsarbeidet, og skaper store utfordringer i tilretteleggingen av videre egnede behandlingsforløp. Det er problematisk at lovens hovedregel praktiseres som et unntak.
- Strukturert oppfølging i etterkant av tilbakeholdet bedrer resultatene av tvang. Velfungerende ansvarsgrupper og IP gir gode resultater. Pasienter på tvunget tilbakehold tilbys i liten grad et strukturert tilbud om oppfølging i etterkant av oppholdet.

9.2.3 Spesialisthelsetjenesten

- Generelt mangel på rutiner i behandlingstilbudene for pasienter på tilbakehold. Det mangler også rutiner ved utskriving, og når de gjelder kontakten med sosialtjenesten i hjemkommunen varierer.
- Lukkede institusjoner som har mer kontrolltiltak skaper dårligere forutsetninger for alliansebygging med pasienten. Strenge kontrolltiltak ser ut til å øke risikoen for rømminger, i tillegg til at de tilbyr mindre aktiviteter og behandling enn de mer åpne institusjonene med færre kontrolltiltak.
- Mangel på individuell tilrettelegging av tilbakeholdet
- Noen pasienter som ønsker å gå videre i frivillig behandling får ikke tilbud.
- Evalueringen fant at det eksisterer svært ulike praksiser og tolkninger når det gjelder § 10-4. Den avtalte tvangen bør sikres en sterkere relativ posisjon enn den har i dag.
- Institusjonsoppholdets kvalitet er av stor betydning for å minske negative opplevelser av tvang. Behandling som oppleves som meningsfull av klientene forebygger rømminger.

9.3 Vedtak i fylkesnemndene for sosiale saker

Vedtak i fylkesnemndene for sosiale saker med hjemmel i helse og omsorgstjenesteloven §§10-2 og 10-3 (§§ 6-2a og 6-3 1996-2011)

Decisions by County Social Welfare Boards pursuant to the Act on Health and Care Services §§ 10-2 and 10-3

	§10-2	§10-2 midlertidige <i>Temporary decisions</i>	§10-3 <i>Pregnant women</i>	§10-3, midlertidige vedtak (gravide) <i>Temporary decisions (pregnant women)</i>
1996	18	..	8	26
1997	21	..	9	18
1998	29		16	30
1999	46	33	17	42
2000	22	31	8	19
2001	39	31	12	11
2002	38	35	17	34
2003	42	30	21	24
2004	49	58	15	22
2005	80	66	25	30
2006	65	49	29	33
2007	83	54	30	43
2008	71	50	23	49
2009	87	88	29	46
2010	106	106	25	45
2011	101	100	28	42
2012	109	103	28	43
2013	157	127	24	51
2014	155	135	17	32

Note 1: § 10-2 gjelder tilbakeholdelse av rusmiddelmisbrukere i institusjon uten eget samtykke, og §10-3 gjelder tilbakeholdelse av gravide (se www.lovdatab.no).

Note 1: § 10-2 regulates detention of substance abusers in an institution without the consent of the patient, and § 10-3 regulates detention of pregnant women suffering from alcohol and drug abuse (see www.lovdatab.no).

Note 2: Antall vedtak er ikke lik antall saker eller antall personer som er holdt tilbake, da det kan ha vært fattet flere vedtak mot samme person.

Note 2: Number of decisions is not equal to the number of cases or the number of persons who has been withheld, because more than one decision may affect the same person/case.

Note 3: Tallene for 2010 og 2013 er fremskaffet av Fylkesnemndene for sosiale saker – sentralenheten.

Note 3: The numbers for 2010 og 2013 are produced by Family Law Court - The Central Processing Unit.

Kilde: Uni Rokkansenteret og Helsedirektoratet og Fylkesnemndene for sosiale saker - sentralenheten

Source: Uni Rokkansenteret and Norwegian Directorate for Health and Family Law Court - The Central Processing Unit

9.4 Samtykke

9.4.1 Om samtykke

I malen nedenfor er hensikten angitt til at Tore skal få behandling for sin rusmiddelavhengighet. Denne må eventuelt justeres dersom den aktuelle målsetningen er annerledes. Aktuelle eksempler vil være gravide pasienter hvor primærformålet er å stoppe rusmiddelinntaket av hensyn til fosteret eller pasienter som tas inn til avrusning med sikte på å gjennomføre et somatisk operativt inngrep.

I forslaget til mal for samtykkeerklæring nedenfor er det tatt inn en formulering om at institusjonen om nødvendig kan hente pasienten tilbake med bruk av politiet. Likevel kan ikke institusjonen frasi seg denne oppgaven i forkant av innleggelsen. Dette er forhold som kan diskuteres med pasienten ved innleggelse. Politiet er en form for tvangsbruk som kan oppleves som et mer inngripende tiltak enn dersom institusjonens egne ansatte forsøker å hente pasienten tilbake. Samtykkeerklæringen inneholder ikke nærmere formuleringer om oppfølgingen av pasienten etter endt opphold etter § 10-4. Det vil likevel være nærliggende for institusjonen å diskutere videre oppfølging allerede ved inntak etter § 10-4, selv om dette ikke tas inn i avtalen. Om pasienten har en individuell plan, kan det være hensiktsmessig å vise til denne i samtykkeerklæringen. Institusjonen bør også i forbindelse med oppstart av innleggelse etter § 10-4 klargjøre med pasienten hvordan samarbeidet med den kommunale helse- og omsorgstjenesten skal være, særlig dersom denne ikke har foretatt henvisningen til opphold etter § 10-4.

9.4.2 Samtykkeskjema

Opplysninger skal så langt det er mulig innhentes i samarbeid med den det gjelder, eller slik at han eller hun har kjennskap til innhenting.

Jeg _____ samtykker til at _____ kommune v/ _____, kan innhente, få, gi og bruke opplysninger vedrørende min situasjon i samarbeid med følgende personer/ instanser:

- Primærlege _____
- Psykolog/DPS _____
- Sykehus _____
- Annet _____
- Annet _____
- Annet _____

Samtykket gir mulighet for å innhente opplysninger i perioden ____ til ____.

Samtykket betyr at den kommunale helse- og omsorgstjenesten kan få opplysninger uavhengig av taushetsplikt. Samtykket er frivillig, og jeg er gjort kjent med at opplysningene skal brukes til å vurdere tvangsinnleggelse på grunn av rusmiddelmisbruk (helse- og omsorgstjenesteloven § 10-2).

Sted/dato

Underskrift med personnummer

9.5 Tilbakemelding på bekymringsmelding fra pårørende

_____ kommune mottok [dato] melding fra _____ om bekymring for _____.

Etter helse og omsorgstjenesteloven § 10-1 plikter kommunen å gi deg/dere tilbakemelding når saken er utredet.

Bestemmelsen lyder:

§ 10-1. Kommunens plikt til å vurdere bruk av tvang etter melding fra pårørende

”Kommunene skal ved melding fra pårørende om omfattende rusmiddelmissbruk foreta de nødvendige undersøkelser i saken, og vurdere om det skal fremmes sak etter §§ 10-2 eller 10-3. Når saken er utredet, skal den pårørende ha tilbakemelding om dette.

En persons pårørende etter første ledd er den som er definert som pårørende i pasient- og brukerrettighetsloven § 1-3 bokstav b”.

_____ kommune har utredet saken og har kommet frem til at vi skal/ ikke skal fremme sak etter § 10-2/ § 10-3. Avgjørelsen kan ikke påklages.

Vi setter gjerne av tid til en samtale med dere, vår kontaktperson er _____, telefon _____.

Vi vil så raskt som mulig avklare spørsmålet om samtykke med _____ til videre dialog og samarbeid.

Med vennlig hilsen

...

9.6 Innhenting av opplysninger § 10.2

Vedr.: _____ [navn og personnummer]

_____ kommune, ved _____, vurderer å fremme begjæring om tvangsinnleggelse på grunn av rusmiddelmisbruk (helse- og omsorgstjenesteloven § 10-2) overfor _____.

§ 10-2 første ledd lyder:

"Dersom noen utsetter sin fysiske eller psykiske helse for fare ved omfattende og vedvarende misbruk, og dersom hjelpetiltak ikke er tilstrekkelig, kan det vedtas at vedkommende uten eget samtykke kan tas inn i en institusjon utpekt av regionalt helseforetak, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 a andre ledd, for undersøkelse og tilrettelegging av behandling, og holdes tilbake der i opptil tre måneder."

For å komme videre i saken, trenger vi dokumentasjon på deres vurdering av _____ fysiske og psykiske helsesituasjon. Vi trenger en oversikt over akuttinnleggelser, dokumentasjon på hva som eventuelt er prøvd av frivillige tiltak samt øvrige opplysninger som er av betydning i forhold til overnevnte bestemmelse.

Vi ber om dokumentasjon som enten underbygger eller avkrefter behovet for bruk av tvang innen (dato) _____. _____ har gitt samtykke til innhenting av disse opplysningene (kopi vedlagt).

Med hilsen

saksbehandler

9.7 Innhenting av opplysninger § 10.3

Vedr.: _____ [navn og personnummer]

_____ kommune, ved _____, vurderer å fremme begjæring om tvangsinnleggelse på grunn av rusmiddelmisbruk under graviditet (helse- og omsorgstjenesteloven § 10-2) overfor

_____.

§ 10-3 i helse- og omsorgstjenesteloven sier:

”Det kan vedtas at en gravid rusmiddelavhengig uten eget samtykke skal tas inn på institusjon utpekt av regionalt helseforetak, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 a andre ledd, og holdes tilbake der i hele svangerskapet dersom misbruket er av en slik art at det er overveiende sannsynlig at barnet vil bli født med skade, og dersom hjelpetiltak ikke er tilstrekkelig.”

_____ er bekreftet gravid og vi trenger opplysninger i saken for å vurdere omfanget av hennes bruk av rusmidler.

Vi gjør oppmerksom på opplysningsplikten til den kommunale helse- og omsorgstjenesten for visse yrkesgrupper og sammenfatter lovbestemmelsene slik:

Uten hinder av taushetsplikt skal en sykepleier/ lege/ jordmor/ barneverntjeneste av eget tiltak gi opplysninger til sosialtjenesten når det er grunn til å tro at en gravid kvinne misbruker rusmidler på en slik måte at det er overveiende sannsynlig at barnet vil bli født med skade, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 10-3. Også etter pålegg fra de organer som er ansvarlige for gjennomføringen av helse- og omsorgstjenesteloven, plikter en sykepleier/ lege/ jordmor/ barneverntjeneste å gi slike opplysninger.

Dette er en høyt prioritert sak og vi ber om dokumentasjon så raskt som mulig og senest innen (dato)

_____ har ikke gitt/gitt sitt samtykke til innhenting av disse opplysningene (eventuell kopi vedlagt)

Med hilsen

saksbehandler

Kopi: fastlege, DPS

9.8 Innhenting av opplysninger uten brukerens samtykke

Vedr.: _____ [navn og personnummer]

_____ kommune, ved _____, vurderer å fremme begjæring om tvangsinnleggelse på grunn av rusmiddelmisbruk (helse- og omsorgstjenesteloven § 10-2) overfor _____.

§ 10-2 første ledd sier:

"Dersom noen utsetter sin fysiske eller psykiske helse for fare ved omfattende og vedvarende misbruk, og dersom hjelpetiltak ikke er tilstrekkelig, kan det vedtas at vedkommende uten eget samtykke kan tas inn i en institusjon utpekt av regionalt helseforetak, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 a andre ledd, for undersøkelse og tilrettelegging av behandling, og holdes tilbake der i opptil tre måneder."

Utgangspunktet er at informasjonsutveksling mellom helsepersonell og den kommunale helse- og omsorgstjenesten bare skal skje med bakgrunn i pasientens samtykke. _____ har ikke gitt sitt samtykke. Etter helsepersonelloven § 23 nr. 1 kan taushetsbelagt informasjon gis videre når "tungtveiende private eller offentlige interesser gjør det rettmessig at opplysningene gis videre". Bestemmelsen setter opp en snever unntaksregel og bygger på nødrettslige betraktninger. Kommunen ber om at dere vurderer å gi ut opplysninger om _____ helsetilstand med hjemmel i helsepersonelloven § 23 nr. 3.

_____ er nå i en situasjon hvor han ikke evner å kontrollere eget rusmiddelinntak. Det er en reell fare for tap av liv eller alvorlig helseskade. Samtidig har kommunen begrenset dokumentasjon om _____ sin helsesituasjon, og oppdatert og pålitelige opplysninger er nødvendig for å vurdere tvangsinnleggelse.

Med hilsen

Saksbehandler

9.9 Samtykke til innleggelse med mulighet for tilbakehold etter helse- og omsorgstjenesteloven § 10-4 første avsnitt

Mellom _____ [navn] og _____ [institusjon] er det inngått avtale om innleggelse med mulighet for tilbakehold etter helse- og omsorgstjenesteloven § 10-4 første avsnitt. Oppholdet innebærer at Pasienten frivillig legger seg inn på institusjonen og samtidig samtykker til at institusjonen i tre uker fra innleggelsen kan holde pasienten tilbake, selv om han/hun ønsker å forlate institusjonen. Institusjonen kan også hente pasienten tilbake om han/hun forlater institusjonen. Siktemålet med innleggelsen er at pasienten skal få behandling for sin rusmiddelavhengighet.

Pasienten er innforstått med at denne samtykkeerklæringen innebærer at institusjonen har mulighet til å hindre pasienten i å forlate institusjonen de første tre ukene etter innleggelsen og bringe pasienten tilbake med tvang. Politiet kan om nødvendig medvirke. Pasienten har fått nærmere informasjon om hva oppholdet innebærer og har også fått informasjon om husordensreglene ved institusjonen. Institusjonen har i samråd med pasienten (legg til om aktuelt: og den kommunale helse- og omsorgstjenesten) vurdert andre innleggelsesalternativ, men finner at innleggelse etter § 10-4 første avsnitt er den beste løsningen for pasienten.

Institusjonen finner at pasienten er i en slik tilstand at han/hun kan vurdere sin egen situasjon, jf. reglene om samtykkekompetanse i pasient- og brukerrettighetsloven § 4-3. Pasienten har fått muntlig informasjon om hva et opphold etter § 10-4 første ledd innebærer. Pasienten må i hvert enkelt tilfelle vurdere om det er rimelig og formålstjenlig å bruke den tvangsfullmakten som følger av pasienten sitt samtykke.

Urinprøveadgang (Valgfritt)

_____ samtykker til at _____ kan ta urinprøver under oppholdet med tanke på å avklare eventuelt rusmiddelbruk under oppholdet.

Nærmere om klageadgang

Institusjonens avgjørelse om å stille vilkår etter § 10-4 annet avsnitt er et enkeltvedtak etter forvaltningsloven. Pasienten kan derfor påklage vedtaket om vilkårsstillelse til Fylkesmannen. Klagefristen er tre uker. Eventuell klage skal fremmes for institusjonen. Klagen må være underskrevet. Pasienten må angi den endring som ønskes i vedtaket og bør nevne de grunner klagen støtter seg til.

Sted, dato

Underskrift på vegne av institusjonen

Pasientens underskrift

9.10 Samtykke til innleggelse med mulighet for tilbakehold etter helse- og omsorgstjenesteloven § 10-4 annet avsnitt

Mellom _____ [pasienten] og _____ [institusjon] er det inngått avtale om innleggelse med mulighet for tilbakehold etter helse- og omsorgstjenesteloven § 10-4 annet avsnitt. Oppholdet innebærer at pasienten frivillig legger seg inn på institusjonen og samtidig samtykker til at institusjonen kan holde pasienten tilbake, selv om han/hun ønsker å forlate institusjonen. Institusjonen kan også hente pasienten tilbake om han/hun forlater institusjonen. Tilbakehold med hjemmel i dette samtykket kan skje opptil tre ganger. Siktemålet med innleggelsen er at pasienten skal få behandling for sin rusmiddelavhengighet, og pasienten planlegger å bli ved institusjonen i minst tre måneder. Når oppholdet har vart i _____ [antall] måneder, kan institusjonen ikke lenger bruke denne samtykkeerklæringen som hjemmel for tilbakehold.

Pasienten er innforstått med at denne samtykkeerklæringen innebærer at institusjonen har mulighet til å hindre pasienten i å forlate institusjonen og bringe pasienten tilbake med tvang. Politiet kan om nødvendig medvirke. Pasienten har fått nærmere informasjon om hva oppholdet innebærer og har også fått informasjon om husordensreglene ved institusjonen.

Institusjonen har i samråd med pasienten (legg til om aktuelt: og den kommunale helse- og omsorgstjenesten) vurdert andre innleggelsesalternativ, men finner at innleggelse etter § 10-4 annet avsnitt er den beste løsningen for pasienten. Institusjonen finner at pasienten er i en slik tilstand at han/hun kan vurdere sin egen situasjon, jf. reglene om samtykkekompetanse i pasient- og brukerrettighetsloven § 4-3. Pasienten har fått muntlig informasjon om hva et opphold etter § 10-4 annet avsnitt innebærer. Institusjonen må i hvert enkelt tilfelle vurdere om det er rimelig og formålstjenlig å bruke den tvangsfullmakten som følger av pasientens samtykke.

Urinprøveadgang (Valgfritt)

_____ [pasienten] samtykker til at _____ [institusjon] kan ta urinprøver under oppholdet med tanke på å avklare eventuelt rusmiddelbruk under oppholdet.

Nærmere om klageadgang

Institusjonens avgjørelse om å stille vilkår etter § 10-4 annet avsnitt er et enkeltvedtak etter forvaltningsloven. Pasienten kan derfor påklage vedtaket om vilkårsstillelse til Fylkesmannen. Klagefristen er tre uker. Eventuell klage skal fremmes for institusjonen. Klagen må være underskrevet. Pasienten må angi den endring som ønskes i vedtaket og bør nevne de grunner klagen støtter seg til.

Sted, dato

Underskrift på vegne av institusjonen

Pasientens underskrift

9.11 Midlertidige vedtak etter § 10-2

_____ [Navn]

_____ [Adresse]

kopi: Fylkesnemnda for sosialesaker

Saken gjelder: Midlertidig vedtak etter helse og omsorgstjenesteloven § 10-2

Personalia: _____ [Navn og personnummer]

Adresse: _____

Sakens bakgrunn (eksempel på redegjørelse)

Per Normann har misbrukt rusmidler siden han var 15 år gammel. De siste sju årene har han drukket alkohol daglig. Han har brukt hasj og benzodiazepiner regelmessig i 11 år, og amfetamin sporadisk siste tre år. I samme treårsperiode har Per Normann vært innlagt ved Solgløtt Sykehus fem ganger på tvang etter lov om psykisk helsevern. Han har skrevet seg ut umiddelbart når plassen ble endret til å være på frivillig grunnlag. Parallelt har han hatt 14 innleggelser i somatisk sykehus pga intox/ akuttinnleggelser i komatøs tilstand.

For ett år siden var han innlagt tre måneder på langtids institusjonsbehandling for rusavhengige, avdeling Havbris, på frivillig grunnlag. Han ruset seg på samtlige permisjoner. Han valgte selv å avslutte behandlingsoppholdet. Kort tid etter utskrivning ble han kastet ut av huseier pga. husbråk og rus. Per flyttet tilbake til tidligere samboer. Per har økonomisk forvaltning gjennom NAV pga. manglende økonomisk styring.

Per er anmeldt og tatt for en rekke forhold med kjøring i ruset tilstand. Han har en dom på 60 dager for disse forholdene. Han har videre pådratt seg nye forhold siste 6 måneder. Han lever i perioder uten fast bolig og overnatter der han finner det mulig, eksempelvis på toaletter i offentlige bygg. Per Normann besøker NAV hyppig, ofte synlig beruset. For en uke siden kollapset han utenfor kontoret og vi fikk ikke kontakt med han. Ambulanse ble tilkalt. Han fikk en ny innleggelse med intox på Solgløtt sykehus, med tilbud om frivillig plass i tre dager. Han valgte å skrive seg ut dagen etter innleggelse.

Per Normann fikk så plass på avgiftsenheten ved Solgløtt sykehus etter to dager. Han fikk innvilget permisjon to dager senere og reiste hjem til kjæresten, stjal bilen hennes, kjørte i ruset tilstand, ble hentet av politiet og returnert til sykehuset samme natt.

Det fattes følgende midlertidige vedtak:

_____ [Navn og personnummer, plasseres og tilbakeholdes uten eget samtykke i institusjon utpekt av regionalt helseforetak, jf. helse- og omsorgstjenesteloven (hot.) § 10-2, fjerde avsnitt.

Begrunnelse for vedtaket (eksempel på vedtak)

Kommunens vurdering er at pasienten blir betydelig skadelidende hvis vedtak ikke settes i verk straks. Kommunen ønsker å skjerme pasienten mot muligheten for nye overdoser gjennom en innleggelse i institusjon etter hot. § 10-2. Vår vurdering er at pasienten er til fare for seg selv. Dette underbygges av en

marginal og destruktiv livsførsel siste tre år. Saken er drøftet med _____ [sykehus], avgiftningsenheten og overlege _____ [navn], som anbefaler kommunen å gjennomføre tiltak etter hot. § 10-2.

Pasienten er orientert om vedtaket og bakgrunnen for at kommunen ønsker å gjennomføre dette. Pasienten har samtykket til innhenting av informasjon fra (navn på sykehus, institusjon, DPS og fastlege). Pasientens fastlege har bedt kommunen om å iverksette en tvangssak. Kommunen vil i samarbeid med pasientens advokat legge frem saken for fylkesnemnda etter de tidsfrister som er nedfelt i loven.

Nærmere informasjon om saksgangen

Når dette midlertidige vedtaket er iverksatt, vil kommunen sende vedtaket til godkjenning i fylkesnemnda, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 10-5, jf. barnevernloven § 7-22. Du kan påklage det midlertidige vedtaket etter behandling i fylkesnemnda.

Med hilsen

NAV leder

teamleder

9.12 Midlertidig vedtak etter § 10-3 (gravid)

[Navn]

[Adresse]

kopi: fylkesnemnda for sosiale saker

Personalìa: _____ [Navn og personnummer]

Adresse: _____

Sakens bakgrunn (eksempel på redegjørelse)

Kari Normann er bekreftet gravid i 3. måned etter konsultasjon hos sin fastlege _____ [navn] v/ _____ [legesenter] _____ [dato]. Fastlegen beskrev henne som ruset og med ferske sprøytstikk i armene.

Kommunen mottok bekymringsmelding fra barneverntjenesten _____ [dato]. Bakgrunnen var at Karis bror hadde kontaktet barnevernet. Kari hadde fortalt broren at hun er gravid i 4. måned. Han formidlet sterk bekymring for det ufødte barnet.

Den _____ [dato] fikk kommunen skriftlig bekymringsmelding fra Politiet etter at Kari Normann hadde ringt operasjonssentralen i politidistriktet og opplyst om et medikamentinntak som gjorde at hun hadde falt i gulvet flere ganger. Hun opplyste sentralen om at hun var gravid.

Det fattes følgende midlertidige vedtak:

Kari Normann, _____ [født] plasseres og tilbakeholdes uten eget samtykke i institusjon utpekt av regionalt helseforetak, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 10-3, femte avsnitt.

Begrunnelse for vedtaket (eksempel på vedtak)

_____ [kommune] har kjent Kari Normann siden _____ [dato]. Hun har oppgitt til NAV at hun har brukt amfetamin sammenhengende siste tre år. I en samtale med NAV _____ [dato] opplyste Kari at hun har ruset seg "heftig" siste seks måneder. Kari Normann har innrømmet overfor sin fastlege at hun setter amfetamin intravenøst. Det foreligger dokumentasjon fra politiet, NAV og lege som beskriver Kari Normanns rusinntak.

Kommunens vurdering er at Kari Normanns rusinntak er svært skadelig for hennes ufødte barn. Hun følger ikke opp avtaler hos sin lege og hun ønsker ikke oppfølging fra helsestasjon eller jordmor. Hun er uten fast bolig, og oppholder seg på ulike adresser i kommunen sammen med andre personer i rusmiljøet.

Nærmere informasjon om saksgangen

Når dette midlertidige vedtaket er iverksatt, vil kommunen sende vedtaket til godkjenning i fylkesnemnda, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 10-5, jf. barnevernloven § 7-22. Du kan påklage det midlertidige vedtaket om det blir godkjent av fylkesnemnda, og vil få nærmere orientering om klageadgang og fremgangsmåte av fylkesnemnda.

Med hilsen

NAV leder

teamleder, rus

9.13 Anmodning om godkjenning av midlertidig vedtak etter §§ 10-2 eller 10-3

[Fylkesnemnda for sosiale saker]

[Adresse]

Kommunen traff _____[dato] midlertidig vedtak om tvangsinnleggelse av (gravid) rusmiddelmisbruker, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 10-2 fjerde avsnitt (§ 10-3 femte avsnitt). Vedtaket ble iverksatt _____[dato], og pasienten er nå innlagt på _____ [institusjon]. Institusjonen er utpekt av helseforetaket til å ta imot innleggelse etter helse- og omsorgstjenesteloven § 10-2 (§ 10-3).

Alternativ 1: _____[navn] har fått forhåndsvarsel etter forvaltningsloven.

Alternativ 2: Forhåndsvarsel er unnlatt etter forvaltningsloven § 16(3)c, og kommunen har orientert _____[navn] etter at vedtaket er fattet og gitt pasienten mulighet for å uttale seg i forkant av fylkesnemndas godkjenning.

Kommunen ber med dette om at fylkesnemnda gir sin foreløpige godkjenning av det midlertidige vedtaket, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 10-2 (§ 10-3) med videre henvisning til barnevernloven § 7-22.

Kommunen vil i samarbeid med pasientens advokat _____ legge frem saken for Fylkesnemnda etter de tidsfrister som er skissert i loven. Kommunens kontaktperson er _____[navn], _____ [tlf.].

Vennlig hilsen

NAV leder

teamleder

Vedlegg: kopi av midlertidig vedtak datert _____ [dato]

Kopi: _____ [pasienten]

9.14 Individuell plan

Navn: _____

F.nr. _____

Adresse: _____

Telefon: _____

Planperiode: _____ [fra]-_____ [til]

Samtykkeerklæring

Jeg ønsker å få utarbeidet en individuell plan. Jeg har forstått hva individuell plan er, og hva det innebærer å delta i ordningen. Jeg er klar over at jeg når som helst kan trekke tilbake mitt samtykke. Jeg samtykker i at plandokumentet kan distribueres til de personer som er medlemmer av ansvarsgruppen og at disse fortløpende får kopi av den oppdaterte individuelle planen. Det skal gis samtykke fra meg hvis andre personer enn de som er involvert i tjenestetilbudet har behov for en kopi. Alle kontaktpersoner har taushetsplikt. Samtykket gjelder fra 00.00.00 til 00.00.00.

Sted/dato

Signatur

Kontaktpersoner

Navn/funksjon	Adresse/ Telefon	E-post adresse
[Pasient]		
Koordinator/teamleder rus		
Fastlege		
Behandler		

Avhengighetsproblematikk:

Kort historikk: Jeg har misbrukt rusmidler siden jeg var 15 år gammel. De siste sju årene har jeg drukket alkohol daglig, pluss brukt hasj og benzodiazepiner, amfetamin sporadisk siste tre år. Konsekvensen har blitt mange innleggelses på sykehus. Fem ganger på tvang etter lov om psykisk helsevern og 14 ganger pga intox. For ett år siden prøvde jeg tre måneder på [institusjon]. Jeg syns det var vanskelig å være der på frivillig grunnlag, stakk av og ble utskrevet pga rusing.

Ønsker: Å få hjelp til å bli rusfri.

Tiltak (Hvem gjør hva innen når):

[Pasient]: Gi samtykke til at kommunen kan innhente opplysninger for å vurdere hot. § 10-2 innen [dato].

[Institusjon]: Gjennomføre vurderingssamtale med Per [dato].

[Kommune]: Sende ut skjema for innhenting av opplysninger etter samtykke fra Per [dato], fortløpende vurdere vedtak etter hot. § 10-2

Bolig:

Kort historikk: Jeg har vært uten fast bolig de siste årene. Bodd korte perioder sammen med kjæresten, men det blir fort mye bråk og rus. Sover hos kamerater eller ute.

Ønsker: Egen leilighet sentralt i byen ettersom jeg har mistet førerkortet

Tiltak (Hvem gjør hva innen når):

[Pasienten]: Møte opp til avtaler med saksbehandler 00.00.00

[Kommunen]: undersøke pasientens mulighet til å leie kommunal bolig innen [dato] og hans rettigheter til på sikt å søke husbanken om lån til egen bolig.

Innhold og mening i hverdagen:

Kort historikk: Ikke vært i arbeid siste 10 år. Erfaring fra lagerarbeid. Liker å spille gitar. Har spilt i diverse band siden jeg var 14 år.

Ønsker: å kjøpe meg ny gitar. De jeg hadde, har jeg solgt. Når det gjelder jobb håper jeg på å få litt trening på [institusjon]. På sikt vil jeg søke jobb via tiltak på NAV.

Tiltak (Hvem gjør hva innen når):

[Pasient]: sparer 400,- kr i mnd til gitar gjennom forvaltningsavtale med NAV.

[Kommune/NAV]: Tilby avklaringsamtale om tiltak/arbeid innen [dato]

[Institusjon]: Kartlegge ressurser hos pasienten innen [dato]

Familie/ nettverk:

Kort historikk: Datter på 5 år i fosterhjem. Ingen kontakt de siste 3 årene. Jeg har mistet kontakt med all annen familie. Mor og far døde i bilulykke for 7 år siden.

Ønsker: å få kontakt med bror og søster. På sikt få samvær med datteren. Ønsker å begynne å spille i band/ storband igjen. Jeg har lyst til å engasjere meg i en brukerorganisasjon.

Tiltak (Hvem gjør hva innen når):

[Pasienten]: Jeg vil ringe [brukerorganisasjon] innen [dato] for å få mer informasjon.

[Institusjon]: legge til rette for kontakt med bror og søster innen [dato].

[Kommune]: Innkalle til samarbeidsmøte med barneverntjenesten innen [dato].

Fysisk helse/ ernæring:

Kort historikk: Jeg fikk Hepatitt C for 6 år siden. Jeg har en del smerter på grunn av absesser i beina. Jeg har spist uregelmessig og dårlig de siste årene.

Ønsker: å lære å lage enkel middagsmat. Ønsker å bli kvitt Hepatitt C

Tiltak (Hvem gjør hva innen når):

[Pasient]: Møte opp til time hos lege [dato].

[Fastlege]: Informere pasienten om interferonbehandling innen [dato].

[Institusjon]: Tilrettelegge for at pasienten kan lære enkel matlaging/hjelpe på kjøkkenet innen [dato].

Psykisk helse:

Kort historikk: Mange innleggelses i sykehus på grunn av suicidalforsøk de siste årene. Jeg sliter med å kontrollere impulstanker og panikkangst. Jeg vet at folk opplever meg som kaotisk og ganske manipulerende.

Ønsker: en mer stabil hverdag. Kunne tenkt meg en utredning sånn at jeg vet litt mer om hvorfor ting blir så kaotisk.

Tiltak (Hvem gjør hva innen når):

[Pasient]: Følge opp timene på DPS og ved [institusjon].

[DPS]: Starte utredning og kartlegging innen [dato]. Ferdigstilles innen [dato] i samarbeid med [institusjon].

Tannhelse:

Kort historikk: Tennene har vært viktig for meg, så vært ganske god på å pusse og gå til tannlegen. De siste tre årene har det gått dårligere. Slo ut 4 tenner i en slåsskamp for 5 måneder siden.

Ønsker: Å reparere/sette inn tannproteser. Føler meg rar uten tenner.

Tiltak (Hvem gjør hva innen når):

[Pasient]: Bestille tannlegetime innen [dato].

Økonomi:

Kort historikk: jeg har fått sosialhjelp fra NAV de siste 10 årene. Har svart gjeld på ca 150.000 kroner. Hvit gjeld på 950.000 kroner.

Ønsker: å stå på egne bein og ikke være avhengig av andre.

Tiltak (Hvem gjør hva innen når):

[Pasient]: Her må jeg planlegge i mange år og det er jeg ikke så god på. Først må jeg bestille time hos gjeldsrådgiver innen [dato].

[Kommune]: Prioritere tid til gjeldsrådgivning til pasienten mens han er på [institusjon].

[Pasient] (sign)/ dato

9.15 Kriseplan

I en kriseplan er det viktig å avklare ansvarsforhold slik at mest mulig er forutsigbart for alle parter hvis en krisesituasjon oppstår. I planen under er det nevnt ulike eksempler som må utvides og justeres etter behov.

Situasjon	Hvem	Kontaktinfo	Hva	Når
Eks. Åpenbare psykotiske symptomer	Brukeren selv, kommunen, pårørende eller personalet på institusjonen kontakter fastlege og samboer/ andre pårørende		Vurdering om nødvendig med innleggelse på avdeling Y. Løpende avtale med avdeling Y om å få komme på skjerming 1 – 7 dager	Umiddelbart når symptomene er kjent
Eks. Rømning	Personalet på institusjonen kontakter koordinator i kommunen, eventuelt pårørende/ andre ved samtykke		Koordinator og institusjon avgjør om politiet skal kobles inn. Dersom samtykke kan pårørende kobles inn.	Umiddelbart når rømning er oppdaget
Eks. rusepisode	Brukeren selv, pårørende, kommunen eller personalet på institusjon kontakter koordinator og/ eller avd Z		Vurdering om nødvendig med avgiftning og skjerming på avdeling Z	Umiddelbart når rusepisoden er kjent

Kriseplanen kan lages detaljert med å spesifisere symptomer som en på forhånd vet er faresignaler. Eksempler kan være at bruker slutter å ta telefon, ikke møter til samtaler, opptrer ustelt og endrer oppførsel. Kriseplanen må lages slik det er hensiktsmessig i den aktuelle situasjonen og ut fra hva en vet om tidligere forløp. Brukeren selv har gjerne mange innspill til hva som bør være bekymringspunkter og tiltak i kriseplanen.

9.16 Begjæring om tvangsinnleggelse til fylkesnemnda for barnevern og sosiale saker

[Fylkesnemnda for barnevern og sosiale saker]

[Fylke]

[Adresse]

[Saksnr.] -: [kommune v/ NAV/ helse/sosialtjeneste]

Offentlig part: [kommune v/NAV/ helse/sosialtjeneste],

Postboks

0000 Sted

[Prosessfullmektig]: [Advokatfirma],

v/ Advokat

Postboks

0000 Sted

Privat part: Kari Nordmann

Prosessfullmektig: x

Saken gjelder:

Eksempel 1:

Forslag om vedtak om tilbakehold av gravid rusmiddelmissbruker i institusjon uten eget samtykke, jf. helse- og omsorgstjenesteloven (hot.) § 10-3.

Eksempel 2:

Forslag om vedtak om tilbakehold av rusmiddelmissbruker i institusjon uten eget samtykke, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 10-2.

1. Prosessuelt

Avklaring av partsforhold

Kari Nordmann fnr. 000000-00000

Bevis, side x : 00.00.00 Utskrift av folkeregisteret av x.

Saksbehandler x møter i fylkesnemnda på vegne av X kommune.

Behandlingsmåten i nemnda:

Det er fattet midlertidig vedtak om plassering. Det påregnes at saken må behandles på ordinær måte, jf. barnevernloven (bvl.) §§ 7-5 og 7-14. Det antas tilstrekkelig at nemnda settes med tre medlemmer, jf. bvl. § 7-11. Kommunen varsler x vitner. Det anslås det bør avstettes inntil x dag(er) til forhandlingsmøte.

2. Aktuell situasjon

X kommune v/ NAV mottok bekymringsmelding fra barneverntjenesten 00.00.00 med bakgrunn i at Kari Nordmanns bror hadde ringt inn bekymring til barnevernet for Kari, som opplyste at hun var gravid.

Bevis, side x : 00.00.00 Bekymringsmelding.

Kari Nordmann er bekreftet gravid i 3. måned etter konsultasjon hos sin primærlege NN ved Y legesenter den 00.00.00. Termin er satt til 00.00.00. Primærlegen beskrev henne som ruset og med ferske sprøytstikk i armene.

Bevis, side x : 00.00.00 Utskrift av journal.

Kari Nordmann har erkjent et omfattende misbruk av narkotiske stoffer over lang tid, blant annet heroin, amfetamin, cannabis og benzodiazepiner. Kari Nordmann er utredet ved avd. for rusrelatert psykiatri ved X sykehus, og hun har vært innlagt ved institusjonen XX fra 00.00.00 til 00.00.00.

Sosialtjenesten i X kommune har kjent Kari Nordmann siden 0000. Hun har oppgitt til NAV at hun har brukt amfetamin sammenhengende de siste tre årene. Hun opplyser at det har vært "heftig" de siste 6 mnd. Det er etablert ansvarsgruppe rundt henne. I forbindelse med graviditeten ble det laget et opplegg som innebar at hun skulle møte på Y legesenter hver dag. Videre skulle hun til samtale en gang per uke ved DPS- poliklinikk rus, oppfølging og avlevering av tre urinprøver hver uke på Z helsestasjon hos jordmor (navn), og også oppfølging av fastlege.

Kari Nordmann har ikke fulgt opp alle avtaler, herunder avtaler som er gjort om urinprøvetaking, og i slutten av februar avleverte hun tre prøver som var positive på amfetamin. Kari Nordmann har videre fortalt at hun brukte hasj i begynnelsen av svangerskapet. Dette ble bekreftet i urinprøve avlevert 00.00.00.

Bevis, side x : 00.00.00 Utskrift av laboratorieark

NAV i X kommune har vurdert det dit hen at Kari Nordmann sitt misbruk er svært skadelig for hennes ufødte barn, og på den bakgrunn ble det den 00.00.00 fattet midlertidig vedtak etter hot. § 10-3.

Bevis, side x : 00.00.00 Midlertidig vedtak

Den 00.00.00, ble vedtaket gitt foreløpig godkjenning av Fylkesnemnda for sosiale saker.

Bevis, side x : 00.00.00 Brev fra fylkesnemnda

Kari Nordmann fikk plass ved adv. XX ved X sykehus onsdag 00.00.00, og fra den 00.00.00 ble hun overført til skjermet enhet YY for opphold der.

3. Sakens bakgrunn

Rusproblematikk har hele tiden vært et tema i den tiden X kommune ved NAV har hatt kontakt med Kari Nordmann. Det er opprettet ansvarsgruppe rundt henne, og det avholdes jevnlig møter. Det er også utarbeidet individuell plan for henne som gjennomgås og oppdateres i samarbeid med Kari Nordmann.

Kari Nordmann har overfor hjelpeapparatet ytret ønske om å bli rusfri, og den 00.00.00 ble hun innlagt til avgiftning ved X sykehus for opphold ved BB for langtidsbehandling. Oppholdet ved BB varte fra 00.00.00 til 00.00.00. I tillegg hadde hun tilbud om oppfølgingsamtaler.

Kari Nordmann ytret ønske om å gjennomføre behandlingen slik at hun kunne leve rusfritt, imidlertid hadde hun tilbakefall med midlertidige utskrivelser. I sluttrapport fra BB under punktet oppsummering, uttales det at Kari Nordmann sin tilstedeværelse og mottakelighet for behandling under oppholder var variabelt og at hun hadde tre registrerte tilbakefall. Hun beskrives også til å være modig og oppriktig i sin behandling i lange perioder av gangen, men at hun ikke er "ferdigbehandlet" i forhold til rusproblematikken. Hun ble utskrevet den 00.00.00 forbindelse med en rusepisode.

Bevis, side x : 00.00.00 Melding om inntak
Bevis, side x : 00.00.00 Brev vedrørende oppfølgningssamtaler
Bevis, side x : 00.00.00 Sluttrapport fra BB

Kari Nordmann holdt seg rusfri en måned etter oppholdet på BB, men begynte så å ruse seg igjen. Unntaksvis har hun rusfrie perioder på en til to uker.

Kari Nordmann har samtykket ovenfor X kommune, NAV, til innhenting av opplysninger.

Bevis, side x : 00.00.00 Samtykkeskjema

Fra 00.00.00 og frem til 00.00.00, har Kari Nordmann vært bruker av ØØ, et lavterskeltilbud til aktive rusmiddelavhengige. I perioden hun benyttet seg av dette tilbudet, uttales det fra ØØ, at man var kjent med at hun brukte opiater, sentralstimulerende stoffer og cannabis.

Bevis, side x : 00.00.00 Uttalelse fra ØØ

Fra 00.00.00 ble Kari Nordmann bruker av ÅÅ Tjenestesentral. Arbeidet der varte frem til 00.00.00 og ble avsluttet grunnet graviditeten.

Bevis, side x : 00.00.00 Uttalelse fra ÅÅ Tjenestesentral

Kari Nordmann har siden 00.00.00 også vært bruker av ÆÆ senteret – et oppfølgningssenter for personer som ønsker hjelp til å leve rusfritt. ÆÆ beskriver at Kari har hatt en vanskelig tid med periodevis rusing.

Etter at hun ble gravid ble det avtalt at hun skulle være på ÆÆ- senteret tre dager i uken. Dette ble gjennomført, bortsett fra uker fravær. ÆÆ- senteret uttaler at de har vært bekymret for om Kari Nordmann ruset seg.

Bevis, side x : 00.00.00 Uttalelse fra ÆÆ

Kari Nordmann har mottatt tjenester fra psykiaritjenesten i Fiktiv kommune ved to anledninger, sist gang i perioden 00.00.00 til 00.00.00. I denne perioden hadde hun kontakt med spesialsykepleier yy, og det ble gjort flere forsøk på avtaler og kontakt. Fordi Kari Nordmann meldte avbud eller glemte avtalene, ble hun oppfordret om å ta kontakt dersom hun ønsket videre bistand. Kari Nordmann fikk avslag på videre psykiatrisk sykepleie den 00.00.00.

Bevis, side x : 00.00.00 Uttalelse fra yy

Kari Nordmann har ukentlige samtaler ved DPS-Poliklinikk rus. Oppmøtet til disse timene har vært ustabile, selv om hun har uttalt at hun synes at disse timene er viktig for henne. Kari Nordmann har gitt opplysninger om en vanskelig barndom med traumatiske opplevelser i nær familie og gjentatte overgrep.

Hun beskriver at hun hører stemmer, og at hun parallelt får russug og selvmedisinerer seg med Subutex for ikke å ruse seg på heroin. I samtalen beskriver hun problemer med å holde seg rusfri over tid, på tross av institusjonsbehandling og poliklinisk behandling i mange år.

Bevis, side x : 00.00.00 Poliklinisk notat ved psykolog xx

Vitne: xx, adresse.

Jordmor nn ved Z Helsestasjon ble koplet inn i forhold til oppfølging rundt graviditeten, og Kari Nordmann skulle avgi tre urinprøver hver uke på helsestasjonen. Kari Nordmann uteble fra flere av disse avtalene, og leverte ikke urinprøver som avtalt. Noen urinprøver var som tidligere nevnt positive.

Bevis, side x : 00.00.00 Uttalelse fra Fiktiv helsestasjon

Vitne: nn, adresse

MM politidistrikt har i brev av 00.00.00 opplyst at politiet har vært i kontakt med Kari Nordmann i de siste årene, og at hun ved flere anledninger er anmeldt for bruk og besittelse av narkotika. Ut i fra hennes omgangskrets uttaler MM politidistrikt at det er tydelig at hun tilhører et rusmiljø.

Bevis, side x : 00.00.00 Uttalelse fra MM politidistrikt

Det er utarbeidet tiltaksplan, jf. hot. § 7-1.

Bevis, side x : 00.00.00 Tiltaksplan av 00.00.00

Familie

Kari Nordmann giftet seg 00.00.00 med NN.

Kari Nordmann har tre barn fra tidligere forhold på hhv (x), (y) og (z) år. To av barna er plassert i fosterhjem og ett bor hos sin far. Hun har samvær med den eldste annen hver helg gjennom samværsavtale med barneverntjenesten i X, og samvær med sitt yngste barn en dag hver tredje uke gjennom samværsavtale med barneverntjenesten i X kommune. Samvær med barnet som bor hos sin far, avtales direkte mellom henne og barnets far.

4. De omstendigheter som begrunner forslaget

X kommunes vurdering er at Kari Nordmanns ufødte barn vil kunne bli født med skade om hun ikke holdes tilbake mot sin vilje på institusjon, for å hindre fortsatt rusmiddelmissbruk under svangerskapet. Vilklårene for vedtak om tilbakehold i institusjon uten eget samtykke, jf. hot. § 10-3, er oppfylt.

Kari Nordmann er konstatert gravid ved urinprøve hos sin fastlege. Termin er satt til 00.00.00.

Kommunen mener at det er overveiende sannsynlig at misbruket vil medføre at barnet vil bli født med skade. Kari Nordmann har hatt problemer med rusmidler over flere år, og har blant annet ruset seg på heroin, amfetamin, cannabis og medikamenter. Dette har hun erkjent ovenfor NAV og hjelpeapparatet rundt seg. To av hennes barn er plassert i fosterhjem begrunnet i en historie med tungt rusmiddelmissbruk. X politidistrikt har bekreftet at Kari Nordmann er kjent fra et belastet rusmiljø.

Etter at det ble kjent at Kari Nordmann var gravid, har hun testet positivt på amfetamin ved tre anledninger. Hun har videre fortalt at hun brukte hasj i begynnelsen av svangerskapet. Dette ble bekreftet i urinprøve avlevert 00.00.00.

I anledning graviditeten ble det laget et opplegg for Kari Nordmann som innebar at hun skulle møte på Y legesenter hver dag. Videre skulle hun til samtale en gang per uke ved DPS poliklinikk rus, oppfølging og avlevering av tre urinprøver hver uke på Z helsestasjon og også oppfølging av fastlege. Kari Nordmann har ikke fulgt opp alle avtaler, herunder avtaler om urinprøvetaking, og hun har avlevert positive urinprøver.

NAV anser det for overveiende sannsynlig at misbruket vil medføre at barnet vil bli født med skade. Av hensyn til det ufødte barnet, er det viktig at Kari Nordmann plasseres i hht. hot. § 10-3.

X kommune anser det slik at Kari Nordmann må holdes tilbake i institusjon i hele svangerskapet.

Kommunen mener at frivillige tiltak ikke er tilstrekkelig i nåværende situasjon. Kari Nordmann trenger et strukturert opplegg som hun ikke kan velge seg ut av. Hensynet til reduksjon av skaderisiko for barnet må gå foran hennes interesse av ikke å være tvangsplassert. Kari Nordmann har overfor hjelpeapparatet ved flere anledninger gitt uttrykk for at hun ønsker å bli rusfri og at hun ønsker hjelp til dette. Hun har et apparat rundt seg bestående av fagpersoner, og det avholdes jevnlig ansvarsgruppemøter for å forsøke og legge til rette på beste måte. Hun har videre vært til behandling ved BB-institusjon. Kari Nordmann har også vært bruker av flere andre tilbud.

Til tross for sitt ønske om et rusfritt liv og bistand til dette, opplever hjelpeapparatet at hun ikke klarer å følge opp sine ønsker i praksis ved å møte til de avtaler som er satt og å følge opp i forhold til urinprøvetaking. Hennes forhistorie når det gjelder rus viser at hun klarer å være rusfri i perioder, for så å falle tilbake til misbruk. De positive urinprøvene viser at hun ikke mestrer en helt rusfri tilværelse, selv om hun ønsker dette, og selv om hun er gravid. Sosialtjenesten opplever således at Kari Nordmann har et troverdighetsproblem og at frivillig tiltak ikke er tilstrekkelig til å holde henne rusfri mens hun er gravid.

Kari Nordmanns psykiske helse er sårbar. Ved at hun hører stemmer fremstår hun med psykotiske trekk som vil forsterkes ved rusmisbruk. Hun selvmedisinerer seg og har seponert på anvist medisin. Kari Nordmann har lang erfaring med å avbryte frivillige behandlingsopplegg uten at hun oppnår stabil rusfrihet.

Kari Nordmann giftet seg nylig. Også ektemannen har tidligere hatt rusmiddelproblemer. Selv om ektemannen nok vil kunne støtte henne, opplever NAV at Kari Nordmann har behov for støtte fra fagpersonell for å klare å være rusfri gjennom graviditeten.

Adgang til å ta urinprøver:

NAV anser det nødvendig at det skal være adgang til å ta urinprøver av Kari Nordmann for å sikre nødvendig kontroll med at hun ikke inntar rusmidler under oppholdet.

Det finnes to aktuelle institusjoner som har kompetanse og er godkjent for plassering etter hot. § 10-3. Det vurderes at behandling i institusjon tilhørende spesialisthelsetjenesten, er eneste reelle alternativ i nåværende situasjon. Institusjonen har bekreftet at Kari Nordmann gis plass til opphold og behandling.

5. Oppsummering av vitner og hva de skal forklare seg om

Eksempel:

Jordmor nn, adresse, tlf.

- Bekymringen som førte til behov for oppretting av ansvarsgruppe
- Mors spesielle behov
- Oppfølging av mor under svangerskapet
- Arbeidet i ansvarsgruppa under svangerskapet og rett etter fødsel

Helsesøster yy, adresse, tlf.

- Avtaler om urinprøvetaking
- Mulighet for avhjelp ved hjelpetiltak,

Representant for ÆÆ-senteret, adresse, tlf.

- Erfaring med rusmisbruk
- Avtaler om oppfølging
- Evne til å stå i forpliktende avtaler

Lege yy, adresse: evt tlf nr.

- Vurdering av rusmisbruket
- Fare for skade på barnet
- Vurdering av tiltaket

6. Kommunens forslag til tiltak

Med forbehold om ytterligere påstandsgrunnlag og bevis, nedlegges forslag til vedtak:

Eksempel 1:

- I. Kari Nordmann, født 00.00.00, kan uten eget samtykke plasseres og holdes tilbake i institusjon utpekt av regionalt helseforetak og holdes tilbake der for resten av svangerskapet, jf hot. § 10-3.
- II. Institusjonen gis adgang til å kreve avlagt urinprøver under oppholdet, jf hot. § 10-3 første avsnitt.

Eksempel 2:

- I. Per Nordmann, født 00.00.00 plasseres og holdes tilbake i institusjon utpekt av regionalt helseforetak uten eget samtykke for undersøkelse og tilrettelegging av behandling i inntil 3 måneder, regnet fra (dato/ev. fra iverksettelsen), jf. hot. § 10-2.
- II. Institusjonen gis adgang til å kreve avlagt urinprøver under oppholdet, jf. § 10-2 annet avsnitt

* * * * *

Dette prosesskriv med bilag i 8 eksemplarer. Herav er 3 sendt til fylkesnemnda, og 2 er sendt direkte til privat parts prosessfullmektig. 3 eksemplaret beror her.

* * * *

Sted, den 00.00.00

advokat

Dokumentoversikt (kronologisk, eldste først)

Dato	Tekst	Side
Bevis, side x	00.00.00	Utskrift av folkeregisteret av x.
Bevis, side x	00.00.00	Melding om inntak
Bevis, side x	00.00.00	Brev vedrørende oppfølgingssamtaler
Bevis, side x	00.00.00	Sluttrapport fra BB
Bevis, side x	00.00.00	Bekymringsmelding.
Bevis, side x	00.00.00	Utskrift av legejournal.
Bevis, side x	00.00.00	Utskrift av laboratorieark
Bevis, side x	00.00.00	Midlertidig vedtak
Bevis, side x	00.00.00	Brev fra fylkesnemnda
Bevis, side x	00.00.00	Samtykkeskjema
Bevis, side x	00.00.00	Uttalelse fra ØØ datert 00.00.00
Bevis, side x	00.00.00	Uttalelse fra ÅÅ Tjenestesentral
Bevis, side x	00.00.00	Uttalelse fra ÆÆ
Bevis, side x	00.00.00	Uttalelse fra yy
Bevis, side x	00.00.00	Poliklinisk notat ved spesialsykepleier xx
Bevis, side x	00.00.00	Uttalelse fra Z helsestasjon
Bevis, side x	00.00.00	Uttalelse fra MM politidistrikt
Bevis, side x	00.00.00	Tiltaksplan av 00.00.00

9.17 Innkalling av vitner

1. Vitneinnkalling fylkesnemndmøte; dag 00.00.00
2. Innkalling til forberedende møte; dag 00.00.00

1. De innkalles med dette som vitne i sak for fylkesnemnda for barnevern og sosiale saker. Om vitneplikt og vitneførsel gjelder bestemmelsene i tvisteloven § 24-1:

”Enhver som kan ha noe å forklare av betydning for det faktiske avgjørelsesgrunnlaget i saken, har plikt til å møte som vitne i rettsmøte etter innkalling i henhold til § 13-3.”

Saken gjelder Kari / Per Normann, 00.00.00

Fylkesnemnda skal ta stilling til:

Eksempel 1:

Forslag om vedtak om tilbakehold av gravid rusmisbruker i institusjon uten eget samtykke, jf helse- og omsorgstjenesteloven mv. § 10-3.

Eksempel 2:

Forslag om vedtak om tilbakehold av rusmisbruker i institusjon uten eget samtykke, jf helse- og omsorgstjenesteloven mv. § 10-2.

Deres vitnemål er planlagt til:

Dato: dag 00.00.00 kl 00.00

De må påregne at det kan bli noe ventetid.

Sted: Fylkesnemnda for barnevern og sosiale saker, Fylke, Adresse

2. I tillegg innkaller vi Dem til et forberedende møte sammen med vår advokat, for gjennomgang av deres vitnemål

Dato: dag 00.00.00, kl 00.00

Sted: X kommune, adresse

Om De er forhindret fra å møte, eller av andre grunner vegrer Dem for å vitne, må De snarest gi beskjed, slik at vi kan vurdere om det skal skje formell innkalling fra fylkesnemndas side. Innkalling fra nemnda skjer ved forkynning. Vitner som mottar vitneforkynning har plikt til å møte i nemnda til innkalt tid.

Har De spørsmål til innkallingen, kan disse rettes til undertegnede på tlf 00 000000 eller til vår advokat NN, tlf 00 000000, Advokatfirma X & Co, Adresse.

Med hilsen

NN

Teamleder

X kommune

9.18 Videreføring av vedtak etter helse- og omsorgstjenesteloven § 10-3

Kari Normann født 00.00.00

Viser til ansvarsgruppemøte 00.00.00.

Fylkesnemnda ga i sin kjennelse av 00.00.00 X kommune medhold i bruk av tvang etter helse- og omsorgstjenesteloven (HOT) § 10-3. Hovedhensikten med plasseringen er å hindre eller begrense sannsynligheten for at barnet ditt påføres skade på grunn av rusmiddelmisbruk. Du har termin 00.00.00.

Loven stiller krav om at det skal gjøres en ny vurdering innen tre måneder, der det skal fremkomme en avgjørelse om eventuell videreføring av tvangsvedtaket.

Vår avgjørelse er å videreføre vedtaket etter HOT § 10-3.

Det er flere positive sider ved din situasjon som kan danne grunnlag for et rusfritt liv etter barnets fødsel. Vår vurdering er imidlertid at du har flere år med rusmisbruk bak deg og at du trenger tid for å endre tankemønstre og holdninger.

Den første tiden på institusjon Y har du valgt å bruke på fritidssysler og ikke på konkret tilbud om rusbehandling. Du har heller ikke prioritert tilbud om å forberede deg til fødsel og hverdagen med et nyfødt barn.

Fylkesnemnda har satt som en forutsetning at institusjon Y skal legge vekt på å gi deg tilfredsstillende hjelp for ditt rusproblem og gjøre deg i stand til å ta vare på barnet. Du har gitt oss tilbakemelding om at du har det greit på Y, men vi ser ingen iver etter å jobbe med den livsførselen og den historien som du trenger et bevisst forhold til når du skal tilbake til X kommune. Du har selv kontaktet barneverntjenesten i X kommune. Det er svært positivt. Vår vurdering er at du fungerer godt i de rammene Y gir deg.

I din forklaring i Fylkesnemnda la du vekt på problemene med å bryte med venner i rusmiljøet. Barnets far er en del av dette miljøet. Fylkesnemnda skriver i sin kjennelse at du ikke foreløpig har realistisk innsikt i egen problematikk og hvilke risikofaktorer som foreligger. Vår vurdering er at denne situasjonen er uendret.

Med hilsen

NN
NAV-leder

PP
teamleder

9.19 Fylkesnemndene er lokalisert 12 steder i Norge

Fylkesnemnda for barnevern og sosiale saker i Oslo og Akershus	
Postboks 8172 Dep	Tordenskioldsgt. 12
0034 Oslo	0160 Oslo
Tlf: 23 10 61 00 Fax: 23 10 61 01	e-postadr.: oslo@fylkesnemnda.no
Fylkesnemnda for barnevern og sosiale saker i Østfold	
Postboks 493	Kongensgate 21
1502 Moss	1530 Moss
Tlf: 69 24 00 40 Fax: 69 24 00 49	e-postadr.: moss@fylkesnemnda.no
Fylkesnemnda for barnevern og sosiale saker i Buskerud og Vestfold	
Postboks 3593 Postterminalen	Statens Hus
3007 Drammen	Grønland 32
Tlf: 32 21 12 00 Fax: 32 21 12 01	3045 Drammen
	e-postadr.: drammen@fylkesnemnda.no
Fylkesnemnda for barnevern og sosiale saker i Hedmark og Oppland	
Postboks 1113 Nordre Ål	Gudbrandsdalsv. 186
2605 Lillehammer	2619 Lillehammer
Tlf: 61 05 15 80 (sentralbord) Fax: 61 05 15 81	e-postadr.: lillehammer@fylkesnemnda.no
Fylkesnemnda for barnevern og sosiale saker i Telemark	
Postboks 3034 Handelstorget	Langbrygga 4, 3.etg.
3707 Skien	3724 Skien
Tlf: 35 51 97 60 Fax: 35 53 25 88	e-postadr.: skien@fylkesnemnda.no
Fylkesnemnda for barnevern og sosiale saker i Rogaland	
Postboks 247	Lagårdsv. 44
4002 Stavanger	4010 Stavanger
Tlf: 51 90 52 00 Fax: 51 90 52 99	e-postadr.: stavanger@fylkesnemnda.no

Fylkesnemnda for barnevern og sosiale saker i Agder	
Postboks 516 Lundsiden	Fylkeshuset, Tordenskjoldsgate 65
4605 Kristiansand	4614 Kristiansand S
Tlf: 38 17 60 00/38 17 69 00 Fax: 38 17 60 14	e-postadr.: kristiansand@fylkesnemnda.no
Fylkesnemnda for barnevern og sosiale saker i Hordaland og Sogn og Fjordane	
Postboks 244 Sentrum	Fortunen 7, 4.etg.
5804 Bergen	5013 Bergen
Tlf: 55 56 41 60 Fax: 55 56 41 61	e-postadr.: bergen@fylkesnemnda.no
Fylkesnemnda for barnevern og sosiale saker i Møre og Romsdal	
Postboks 2515	Julsundveien 4
6404 Molde	6412 Molde
Tlf: 71 25 80 72 Fax: 71 25 80 74	e-postadr.: molde@fylkesnemnda.no
Fylkesnemnda for barnevern og sosiale saker i Trøndelag	
Postboks 4735 Sluppen	Sommerveita 3
7468 Trondheim	7011 Trondheim
Tlf: 73 19 94 30 Fax: 73 19 94 31	e-postadr.: trondheim@fylkesnemnda.no
Fylkesnemnda for barnevern og sosiale saker i Nordland	
Sjøgata 1	
8002 Bodø	
Tlf: 75 53 90 00 Fax: 75 53 90 01	e-postadr.: bodo@fylkesnemnda.no
Fylkesnemnda for barnevern og sosiale saker i Troms og Finnmark	
Strandveien 13	
9296 Tromsø	
Tlf: 77 64 24 90 Fax: 77 64 24 99	e.postadr.: tromso@fylkesnemnda.no

9.20 Forslag til begrepsbruk på rusfeltet



Helse- og omsorgsdepartementet

Postboks 8011 Dep
0030 OSLO

Deres ref.:
Vår ref.: 11/2625-29
Saksbehandler: Brittelise Bakstad
Dato: 26 02 2014

Forslag til begrepsbruk på rusfeltet

I forbindelse med utviklingen av mandat til nasjonal retningslinje for behandling og rehabilitering av rusmiddelmissbrukere (arbeidstittel) ble bruken av begreper og terminologi tatt inn som et område arbeidsgruppen skulle drøfte. Bakgrunnen for gjennomgangen var at man hadde sett en uensartet bruk av begreper i rusfeltet og i offentlige dokumenter.

Hensikten med gjennomgangen ble derfor sammenfattet i to punkter:

- sikre en mer entydig begrepsbruk i forvaltningen
- bidra til å hindre stigmatiserende språkbruk

Vi håper dette er nyttige innspill for departementet og viser til vedlegg

Vennlig hilsen

Gitte Huus e.f.
avdelingsdirektør


Brittelise Bakstad
seniorrådgiver

Dokumentet er godkjent elektronisk

Vedlegg: 1

Helse- og omsorgsdepartementet - Divisjon spesialisthelsetjenester

Avdeling psykisk helsevern og rus
Brittelise Bakstad, tlf.: 24163090

Postboks 7000 St. Olavs plass, 0130 Oslo • Besøksadresse: Universitetsgata 2, Oslo • Tlf : 810 20 050
Faks: 24 16 30 01 • Org.nr : 983 544 622 • postmottak@helsedir.no • www.helsedirektoratet.no

Entydig begrepsbruk – Fra mandat ny retningslinje TSB

Et utvalg fra retningslinjens arbeidsgruppe bestående av klinikere og brukerrepresentanter leverte et forslag til ensartet bruk av noen utvalgte begreper til Helsedirektoratet høsten 2012. Deres innspill danner grunnlag for en bredere drøfting i rådslag for retningslinjen våren 2013 og drøftinger internt i direktoratet.

Det følgende er direktoratets forslag til endring og klargjøring av noen utvalgte begreper med bakgrunn i det ovennevnte arbeidet.

Rus: I hovedsak bør «rus» erstattes med «rusmiddel» slik også Statens Institutt for rusmiddelforskning (SIRUS) foreslo i rapport 4/2010 s. 32. Begrepet «rusmisbruk» tilsier f.eks. at noen misbruker rus, mens det som menes er misbruk av rusmidler. Unntak fra SIRUS' liste vil være gruppebetegnelsene som vi foreslår å redusere så mye som mulig, selv om det nok ikke helt kan unngås (se neste punkt).

Vi foreslår etter dette også å unngå bruk av begreper som ruslidelse, ruskarriere o.l.

Abstinens: Abstinens er en kroppslig reaksjon på opphør av bruk av rusmidler, jf. diagnosesystemet ICD-10 (F10-F19). «To be abstinent» betyr imidlertid å være avholdende. De ulike betydningene brukes om hverandre og skaper misforståelser.

Vi foreslår at den opprinnelige norske betydningen som sammenfaller med ICD-10's definisjon av abstinens brukes, og at avholdende brukes når personen ikke bruker rusmidler.

Gruppebetegnelser: Hovedinnvendingen ved å omtale en gruppe med utgangspunkt i deres sykdom er problematisk. Mennesker er ikke rusmiddelmisbrukere, men har et rusmiddelproblem. Det foreslås også å unngå bruk av ord som alkoholiker og narkoman. I rådslaget våren 2013 ble begrepet avhengighet/avhengige løftet frem av både brukere og klinikere som et av de minst stigmatiserende begrepene.

Følgende begreper vil være i tråd med moderniseringen av språket, og vi foreslår at de ikke trenger å begrenses til diagnostiske kriterier, men brukes om hverandre:

personer/pasienter med rusmiddelproblemer
personer/pasienter med skadelig bruk av rusmidler
personer/pasienter som er rusmiddelavhengige

Personer berørt av annens bruk av rusmidler: Ved omtale av tredjepart som rammes av en annens direkte bruk av rusmidler foreslås det å unngå benevnelser som rusbarn, rushjem, rusfamilier, russkadd m.m.

De bør omtales som barn/pårørende til de som har et rusmiddelproblem

Avsluttende kommentar: Det bør tilstrebes en ensartet og konsistent begrepsbruk i offentlige dokumenter. Samtidig bør offentlige dokumenter være leservennlige og ha et levende og klart språk hvor leseren ikke forventes å legge en spesifikk definisjon av et allment begrep til grunn. Vi har derfor på generelt grunnlag ikke tatt hensyn til de mer snevre definisjonene knyttet opp til de diagnostiske verktøyene ICD-10 og DSM-V.

Vi har også vurdert å foreslå en mer ensartet benevnelse på tjenestene som ytes innenfor rammene av kommune og spesialisthelsetjeneste. Disse brukes også om hverandre uten et omforent meningsinnhold (omsorg, behandling, ettervern o.l.). Dette vil vi eventuelt komme tilbake til ved en senere anledning.

Kilder:

- Notat fra arbeidsgruppe
- Rådslag med brukere, forskere og klinikere juni 2013
- SIRUS-rapport 4/2010
- Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse (ROP-lidelser)
- Meld. St. 30 (2011-2012) Se meg!
- ICD-10
- DSM-V



Beskrivelse av Bistandsteam i Avdeling for rus og avhengighet Vestre Viken.

Avdeling for rus og avhengighet, ARA, i vestre Viken etablerte bistandsteam i samarbeid med Senter for rusforebygging, SFR, Drammen kommune ca. 2007. Ordningen vil bli formelt utvidet til også å gjelde alle Vestre Vikens 26 kommuner, - uformelt fungerer det allerede slik.

Bakgrunn:

ARA og SFR opplevde ved flere anledninger at samarbeidet omkring forberedelse og gjennomføringen av den gang § 6.2 i LOST, nå 10.2 og 10.4 i HOT, var lite smidig. Det ble stilt spørsmål ved hvilke vurderinger som ble gjort på de ulike nivåer, og vi hadde ikke noe egnet fora for å drøfte slike spørsmål.

Nødvendig informasjonsinnhenting i forberedende fase var utfordrende, og det kunne være uenighet om alle frivillige muligheter var utnyttet, og uenighet om tiltaket ved egnet.

Deltakere:

Fra kommunen:

- Alltid saksbehandler og ofte teamleder.
- Det er vanlig at kommuneadvokaten deltar.
- I tillegg inviteres relevante personer som har kontakt med pasienten, det kan være medarbeidere med ansvar for bo-veiledning, representanter for ute-team og for ambulerende tjenester.
-

Fra ARA:

- Alltid en inntakskoordinator. De har et stort kontaktnett og kjennskap til de ressursene som finnes tilgjengelig.
- Avdelingssjef er fast deltaker. Hans deltakelse kan være nyttig hvis det kommer opp kreative løsningsforslag som krever noe økonomisk bidrag, eller bryter med sedvanlig praksis.
- Når pasienten omtales med navn (etter samtykke) inviteres eventuell pasientens behandler i spesialisthelsetjenesten, der en slik finnes.

Det har også forekommet at representant fra Psykisk helsevern har deltatt, og en pårørende har deltatt.

Praktisk fungering:

Det er kommunen som innkaller til bistandsteam når de tenker at bruk av tvang kan være aktuelt. Hvis pasienten har gitt sitt samtykke til å bli drøftet, informeres alle om hvem pasienten er. Det gir en god mulighet til å være forberedt. Gir ikke pasienten et slikt samtykke drøftes saken anonymt, og det har også vist seg nyttig.

Spørsmål og temaer som går igjen:

- Finnes det frivillige alternativer som er uprøvd?
- Er situasjonen slik at den faller inn under lovens intensjon?
- Hva forventer en å oppnå ved å benytte tvang?
- Hva forspiller en ved ikke å benytte tvang?
- Hvis ja til tvang, - hvor vil egnet behandlingssted være?
- Hvor mye haster det, - hva kan gjøres av forberedelse og informasjon?
- Ethiske utfordringer ved en slik inngripen i pasientens liv!

Erfaringer:

- Bedre saksforberedelser før behandling i fylkesnemnda.
- Bedre forberedte forløp, - større forutsigbarhet for pasienten.
- Godt forberedte tiltak øker muligheten for å lykkes
- Redusert bruk av tvang, - fordi en noen ganger finner frivillige løsninger gjennom felles kreativ tenkning og felles ressurser.
- Større trygghet for "rett pasient på rett tiltak"

ARA er godt fornøyd med de erfaringene vi har høstet av dette teamets arbeid. Når det nå er blitt kjent i de øvrige kommunene i Vestre Viken, etterspørres det, og utvidelsen er i gang. De aller fleste kommunene har svært få saker, så de mangler trening og erfaring både når det gjelder saksforberedelser og vurderinger. De viser takknemlighet for å få bistand, og ARA er takknemlig for å få muligheten til å forberede gjennomføringen.

Drammen 26.06.15

Olaf Bergflødt
Avdelingssjef



Helsedirektoratet

Postadresse: Pb. 7000,
St. Olavs plass, 0130 Oslo

Telefon: +47 810 20 050

Faks: +47 24 16 30 01

E-post: postmottak@helsedir.no

www.helsedirektoratet.no