

# Veileder om tvangstiltak overfor personer med rusmiddelproblemer

etter helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 10

Publikasjonens tittel:      Veileder om tvangstiltak overfor mennesker med  
rusmiddelproblemer - etter helse- og  
omsorgstjenesteloven kapittel 10

Utgitt:                              Desember 2016

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](http://www.helsedirektoratet.no)

# FORORD

Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester av 24. juni 2011 trådte i kraft 1. januar 2012. Lovens kapittel 10 inneholder bestemmelser om særlige tvangstiltak overfor rusmiddelavhengige. Det er i § 10-2 gitt regler om tilbakehold i institusjon uten eget samtykke, i § 10-3 om tilbakehold av gravide rusmiddelavhengige og i § 10-4 om tilbakehold i institusjon på grunnlag av eget samtykke.

Ny forskrift om rettigheter og bruk av tvang under opphold i institusjon for behandling, omsorg og rehabilitering av personer med rusmiddelproblemer trådte i kraft 1. november 2016. Den nye forskriften har som formål å gi regler om gjennomføringen av oppholdet i institusjon for personer med rusmiddelproblemer, samt avklare når det er adgang til å bruke tvang og å forhindre at tvang brukes i større utstrekning enn nødvendig.

Formålet med denne veilederen er å bidra til en mer enhetlig og riktig bruk av tvangstiltak ovenfor personer med rusmiddelproblemer i henhold til lov og forskrift. Målet er å sikre at det etableres sammenhengende og helhetlige pasient- og brukerforløp for pasienter som er underlagt tvang. Veilederen gir anvisning på hvordan bestemmelsene i kapittel 10 skal forstås og anvendes, og er ment å gi tjenestene veiledning til den faglige skjønnsutøvelsen.

Veilederen har vært på høring hos aktuelle fagmiljøer og berørte instanser, og deres innspill er søkt ivare tatt i veilederen. Det tas sikte på å utgi veilederen i en digital utgave i løpet av 2017.

Helsedirektoratet håper veilederen kan bli et praktisk og faglig hjelpemiddel for personell i tjenestene som har ansvar for å forberede, vedta, følge opp og gjennomføre tvangstiltak.

Oslo, desember 2016



Bjørn Guldvog  
helsedirektør



# INNHold

<b>FORORD</b>	<b>2</b>
<b>INNHold</b>	<b>4</b>
<b>INNLEDNING</b>	<b>7</b>
<b>1 Brukermedvirkning ved bruk av tvang</b>	<b>11</b>
1.1 Pasient/bruker er viktigste aktør	11
1.2 Etske betraktninger ved bruk av tvang	13
1.3 Pårørende og søsken til den som har rusmiddelproblemer	13
1.4 Barn av foreldre med omfattende rusmiddelbruk	14
<b>2 Samarbeid på tvers av tjenestenivåer</b>	<b>17</b>
2.1 Tjenestenes ansvar og samarbeid ved bruk av tvangstiltak	17
2.2 Bistandsteam	19
2.3 Samarbeid ved graviditet	20
2.4 Individuell plan, kriseplan og koordinator	21
2.5 Taushetsplikt og informasjonsutveksling m.m.	22
2.6 Politiets rolle ved bruk av tvang	29
<b>3 Vurderingsfasen</b>	<b>33</b>
3.1 Når skal kommunen vurdere tvang?	33
3.2 Hva skal kommunen vurdere?	34
3.3 Pasienter med samtidige rus- og psykiske problemer (ROP)	35
<b>4 Vilkår for bruk av tvangstiltak overfor personer med rusmiddelproblemer</b>	<b>39</b>
4.1 Oversikt over reglene	39
4.2 Tilbakehold i institusjon på grunnlag av samtykke, § 10-4	40
4.3 Tilbakehold i institusjon uten samtykke, § 10-2	46
4.4 Tilbakeholdelse av gravide rusmiddelavhengige, § 10-3	52

4.5	Midlertidige vedtak	59
<b>5</b>	<b>Beslutningsfasen – Saks- og nemndsbehandling</b>	<b>62</b>
5.1	Saksbehandling	62
5.2	Fylkesnemnda for barnevern og sosiale saker	63
5.3	Parter og andre aktører i prosessen	63
5.4	Dokumentasjon og relevante opplysninger til bruk i saken	65
5.5	Hastevedtak	67
5.6	Klage på hastevedtak	69
5.7	Ordinær behandling av vedtak om tilbakehold i fylkesnemnda	69
5.8	Vedtaket	72
5.9	Iverksettelse av vedtak	73
<b>6</b>	<b>Tilbakeholdsfasen</b>	<b>76</b>
6.1	Betydningen av brukermedvirkning, samarbeid og rutiner	76
6.2	Tilbud om individuelt tilrettelagt behandling, kartlegging og utredning	77
6.3	Tvangstiltak under gjennomføring av oppholdet	78
6.4	Spesielt om tvang etter § 10-3 (gravide)	84
6.5	Særlig om pasienter med utagerende atferd	85
6.6	Forsvarlig utskrivning av pasienten	86
6.7	Videre frivillig behandling i spesialisthelsetjenesten	87
<b>7</b>	<b>Oppfølgingsfasen</b>	<b>89</b>
7.1	Gode oppfølgingstjenester	89
7.2	Felles ansvar for forsvarlig oppfølging	90
7.3	Kommunens helhetlige og koordinerende ansvar	90
7.4	Barn, partner, andre pårørende og nettverk	93
<b>8</b>	<b>Referanser</b>	<b>96</b>
<b>9</b>	<b>Vedlegg</b>	<b>98</b>
9.1	Rutinebeskrivelse, saksbehandling i kommunen	98
9.2	Helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 10	100
9.3	Hovedfunn i evalueringen	103
9.4	Vedtak i fylkesnemnda for barnevern og sosiale saker	105
9.5	Samtykke	106
9.6	Tilbakemelding fra kommunen på bekymringsmelding fra pårørende	107
9.7	Innhenting av opplysninger § 10.2	108
9.8	Innhenting av opplysninger § 10-3	109
9.9	Innhenting av opplysninger uten brukerens samtykke	110
9.10	Samtykke til innleggelse med mulighet for tilbakehold etter helse- og omsorgstjenesteloven § 10-4 første avsnitt	111
9.11	Samtykke til innleggelse med mulighet for tilbakehold etter helse- og omsorgstjenesteloven § 10-4 annet avsnitt	112

9.12	Midlertidige vedtak etter § 10-2	113
9.13	Midlertidig vedtak etter § 10-3 (gravid)	115
9.14	Anmodning om godkjenning av midlertidig vedtak etter §§ 10-2 eller 10-3	116
9.15	Individuell plan	117
9.16	Kriseplan	120
9.17	Begjæring om tvangsinnleggelse til fylkesnemnda for barnevern og sosiale saker	121
9.18	Innkalling av vitner	128
9.19	Videreføring av vedtak etter helse- og omsorgstjenesteloven § 10-3	129
9.20	Fylkesnemndene er lokalisert 12 steder i Norge	130
9.21	Forslag til begrepsbruk på rusfeltet	133
9.22	Eksempel på bistandsteam – Vestre Viken	136

# 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.

Evaluerings<sup>1</sup> av regelverket viste at det var betydelige variasjoner i rettsanvendelsen mellom ulike kommuner, som ikke kun kan forklares ut fra andel personer med rusmiddelproblemer. Det fremkom også utfordringer knyttet til samhandling mellom tjenestenivåer og variasjoner i kvaliteten på gjennomføring av tvangsvedtak.

Om lag 32 000 pasienter mottok behandling i tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) i 2015.<sup>2</sup> Dette inkluderer både døgnbehandling og poliklinisk behandling. Totalt sett var det i 2015

1 947 døgnplasser i TSB, mens om lag 440 000 polikliniske konsultasjoner/kontakter ble rapportert som poliklinisk virksomhet i TSB.

Et lite antall av pasientene i TSB er i behov av tvangsvedtak etter helse- og omsorgstjenesteloven. Årlig rapporterer fylkesnemnda for barnevern og sosiale saker - sentralenheten, på antall vedtak med hjemmel i helse- og omsorgstjenesteloven §§ 10-2 og 10-3. I 2015 ble det etter § 10-2 rapportert 155 ordinære og 112 midlertidige vedtak. Samme år ble det rapportert 25 ordinære og 37 midlertidige vedtak etter § 10-3. Antall vedtak i for perioden 1996-2015 er oppsummert i vedlegg 9.4.

Formålet med veilederen er å bidra til *riktigere* bruk av tvang ved å gi anvisning på hvordan bestemmelsene i helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 10 skal forstås, og gi veiledning til den faglige skjønnsutøvelsen ved anvendelsen av reglene.

Gjennom å bidra til en mer enhetlig og riktigere bruk av tvangsbestemmelsene er målet å sikre at det etableres sammenhengende og helhetlige pasient- og brukerforløp, slik at de som blir underlagt tvang får et bedre grunnlag til å mestre sine rusmiddelproblemer enn før tvangsinnleggelsen. Sentrale elementer i denne sammenheng er aktiv bruker- og

<sup>1</sup> [Rapport 2/2010](#), Uni Rokkansenteret.

<sup>2</sup> [Rapport IS-2485 SAMDATA Spesialisthelsetjenesten 2015](#)



pårørendemedvirkning, og et godt samarbeid og samhandling mellom tjenestenivåene både før, under og etter tvangsoppholdet. God oppfølging etter tvangsoppholdet er også viktig for å redusere faren for overdosedødsfall.

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

Innholdet i veilederen er i seg selv ikke rettslig bindende for mottakerne, utover det som følger av lov og forskrift. 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 lovforklaring av bestemmelsene, og veilederen beskriver en praksis eller fremgangsmåte som ifølge Helsedirektoratet må anses å gjenspeile faglig forsvarlighet og/eller god praksis. Den som velger løsninger som avviker fra veiledernes 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 Myrholm – 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 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. Med *pasient* menes en person som henvender seg til helse- og omsorgstjenesten med anmodning om helsehjelp, eller som helse- og omsorgstjenesten gir eller tilbyr helsehjelp i det enkelte tilfelle. Med *bruker* menes en person som anmoder om eller mottar tjenester omfattet av helse- og omsorgstjenesteloven som ikke er helsehjelp.<sup>3</sup>

De tidligere tvangsbestemmelsene i sosialtjenesteloven brukte betegnelsen «*rusmiddelmissbruk*» eller kortformen «*missbruk*». I helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 10 har lovgiver endret betegnelsen til «*rusmiddelavhengig*». Begrepsskiftet 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 første ledd nr. 5 er f. eks. «*tverrfaglig 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 omtalt som en språklig modernisering i «*tråd med dagens språkbruk*» og ikke en realitetsendring. Følgende fremgår av 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.»*

I veilederen benytter Helsedirektoratet i hovedsak begrepet «*personer med rusmiddelproblemer*» eller «*personer med alvorlige rusmiddelproblemer*»<sup>4</sup>. 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 overfor personer med rusmiddelproblemer.

<sup>3</sup> jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 1-3

<sup>4</sup> Se vedlegg 9.21, Forslag til begrepsbruk på rusfeltet (notat til Helse- og omsorgsdepartementet).



# 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 grunnleggende 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 tilpasset 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 og informeres ut fra individuelle forutsetninger og til beste for pasienten.
- Pårørende bør være en viktig samarbeidspartner, og samtidig få nødvendig individuell støtte og avlastning, opplæring og veiledning.
- Barn som pårørende skal få nødvendig informasjon og oppfølging, og er et ansvar for både kommunen og spesialisthelsetjenesten.

## 1.1 Pasient/bruker 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. Pasient/bruker har rett til medvirkning og informasjon i henhold til pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 3.

Tjenestene må legge til rette for pasient- og brukermedvirkning som ledd i å utøve forsvarlig virksomhet.<sup>5</sup>

<sup>5</sup> Helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1, spesialisthelsetjenesteloven § 2-2 og helsepersonelloven §§ 4, jf. 16

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.<sup>6</sup>

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, egen 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 oppholdet på institusjonen vil være et sentralt moment i den konkrete vurderingen av hvor stor brukerinnflytelse pasienten kan gis i den enkelte situasjon. Pasientens mulighet til å bestemme over seg selv skal ivaretas så langt det er forenlig med formålet med oppholdet og med institusjonens ansvar for driften.<sup>7</sup>

Intervjuer med pasienter som har vært underlagt tvang, viser at de er sårbare overfor tjenesteutøvernes omtale og kategorisering. Flere rapporterer at tvangsinnleggelse forsterker stigma, og at status som «rusmiddelavhengig» overgår andre og langt viktigere personlige kjennetegn. Holdninger i hjelpeapparatet kan forsterke eller redusere pasientens /brukernes 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.<sup>8</sup> Godt planlagte innleggelser, hvor pasienten/brukeren 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/brukeren 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.<sup>9</sup> 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.<sup>10</sup>

<sup>6</sup> Lundeberg, Mjåland og Søvig (2014): Tvang i rusfeltet, side 35.

<sup>7</sup> Forskrift om rettigheter og tvang i rusinstitusjon § 3 andre ledd

<sup>8</sup> Lundeberg (2010)

<sup>9</sup> Orlinsky, Rønnestad og Willutzki 2004

<sup>10</sup> Rokkanrapporten side 270

## 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.<sup>11</sup>

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

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.

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

---

<sup>11</sup>For bistand ved vanskelig etiske spørsmål, se Universitetet i Oslo sin [nettside om etikk i helsetjenesten](#).

til hvor formålstjenlig de opplever tvangsutøvelsen og etiske utfordringer.

## 1.3 Pårørende og søsken til den som har rusmiddelproblemer

---

Pårørende er ofte en viktig ressurs for brukeren/pasienten og en sentral samarbeidspartner for tjenesteutøver.<sup>12</sup> 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. Som en del av en helhetlig kartlegging av pasienten/brukeren i tvangssaker vil det være viktig å innhente opplysninger fra pårørende.

Alle i familien blir påvirket når et familiemedlem har store rusmiddelproblemer. Hverdagen endres på mange områder, og for foreldre kan situasjonen oppleves overveldende. I slike situasjoner har også søsken behov for å bli sett, hørt og involvert i det som skjer. Når søsken opplever at en søster eller bror er syk, vil det ofte bety en stor omveltning i livet. Rollene i familien og rutineene i hverdagen endrer seg. Hvordan søsken reagerer, og hvilken betydning endringene vil ha for dem, vil variere fra person til person.<sup>13</sup>

Pårørendes rolle kan være utfordrende for relasjonen mellom pårørende og personen som har rusmiddelproblemer.<sup>14</sup> 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

---

<sup>12</sup> [IS-1512 Pårørende – En ressurs](#). Veileder om samarbeid med pårørende innen psykiske helsetjenester

<sup>13</sup> [www.barnsbeste.no](http://www.barnsbeste.no)

<sup>14</sup> Helse- og omsorgstjenesteloven § 10-1

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. Det kan ofte være behov for informasjon til pårørende om hvilke hjelpetilbud som foreligger og om hvor de kan henvende seg for å få hjelp, herunder selvhjelpsgrupper, pårørendeorganisasjoner mv.<sup>15</sup>

Dersom spesialisthelsetjenesten vurderer at det ikke er forsvarlig å gjennomføre tvangsvedtaket, vil det kunne være nødvendig å opplyse pårørende. Uten samtykke fra pasienten, kan helsepersonell gi informasjon til pårørende når det er tungtveiende grunner til det.<sup>16</sup> Vanligvis vil det være 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, selvsykdom/selvmoordsrisiko, overdose eller risiko for vold mot andre, blir utskrevet, kan det etter en konkret vurdering være rett å gi informasjon til pårørende selv om pasienten ikke samtykker.

Pårørende har ulike roller i forholdet til brukeren og vil i varierende grad være involvert i den rusrelaterte problematikken. I noen tilfeller har ikke pasienten hatt kontakt med familie på mange år. Institusjonsoppholdet kan brukes til å bygge opp et tillitsforhold til foreldre, søsken 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 pasient/bruker kan være kompliserte og kreve særskilt ivaretagelse. Noen har selv en lang historikk med rusmiddelproblemer. Mange har god kontakt med helse- og omsorgstjenesten, mens andre trenger rettleiding og henvisning til riktig instans.

#### **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 foresatte kan føre til psykiske og følelsesmessige vansker hos barna. Risikoen for sykdom, helseplager, skader og sosiale problemer stiger med økt bruk av rusmidler, både for pasient/bruker og pårørende.

Barn av foreldre med omfattende og vedvarende rusmiddelbruk er i en særlig sårbar situasjon. Helse- og omsorgspersonell skal bidra til å ivareta det behovet for informasjon og nødvendig oppfølging som mindreårige barn av pasienter med psykisk sykdom, rusmiddelavhengighet eller alvorlig

---

<sup>15</sup> <https://helsenorge.no/parorende>

<sup>16</sup> Helsepersonelloven § 23 nr. 4

somatisk sykdom eller skade kan ha som følge av foreldrenes tilstand.<sup>17,18</sup> Helse- og omsorgspersonell som yter tjenester til en pasient/bruker skal søke å avklare om pasienten har mindreårige barn, skaffe seg oversikt over omsorgssituasjonen og innhente samtykke til hensiktsmessig oppfølging. 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. Andre familier vil trenge samordnet hjelp fra flere instanser, herunder tiltak fra barneverntjenesten. Barneverntjenesten vil være en sentral aktør for ulike hjelpetiltak, enten frivillig eller ved at saken meldes barnevernet.<sup>19</sup>

Av lov om barneverntjenester § 4-2 følger at barneverntjenesten snarest, og senest innen en uke, skal gjennomgå innkomne meldinger og vurdere om meldingen skal følges opp med undersøkelser etter § 4-3.<sup>20</sup>

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 pasient/bruker ikke samtykker til å involvere andre omsorgspersoner eller hjelpeapparat

for å sikre barnets interesser, må dette meldes barnevernet.<sup>21</sup>

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»](#) har oversikt over alle barneansvarlige knyttet til helseforetak.

---

<sup>17</sup> Jf. helsepersonelloven § 10 a

<sup>18</sup> Jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 2-1

<sup>19</sup> Barne- og likestillingsdepartementet har hatt på [høring](#) forslag til endringer i opplysningsplikten til barnevernet og ny opplysningsplikt til barnevernet ved tilbakeholdelse av gravide rusmiddelavhengige. Det foreslås samtidig en ny bestemmelse i barnevernloven § 1-5 som presiserer at barneverntjenesten kan gi råd og veiledning, tilby frivillige hjelpetiltak og vurdere behovet for å iverksette tiltak etter fødsel når de mottar slik melding

<sup>20</sup> Jf. barnevernloven §§ 4-2 og 4-3.

---

<sup>21</sup> Helsepersonelloven § 33





**SAMARBEID OG  
SAMHANDLING PÅ TVERS AV  
TJENESTENIVÅER**

## 2 SAMARBEID 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 et samarbeidsorgan - bistandsteam. Etablering av bistandsteam bør forankres i samarbeidsavtalene mellom kommune og helseforetak
- Sammensetning av bistandsteam bør bestemmes i samarbeid mellom helseforetak og kommunen. Nærliggende kommune(r) bør i samarbeid med hvert enkelt helseforetak opprette et felles bistandsteam. Det bør utarbeides samarbeidsavtaler for det enkelte bistandsteam.
- Samarbeid med fastlege bør etableres i alle tvangssaker
- Bruk av systematiske planleggingsverktøy, som for eksempel Individuell plan, er viktig i tvangssaker
- Politiet har bistandsplikt ved etablering og gjennomføring av tvangsopphold. Politibistand skal kun benyttes når helsetjenesten finner det nødvendig

### 2.1 Tjenestenes ansvar og samarbeid ved bruk av tvangstiltak

#### 2.1.1 Kommunens ansvar

Kommunen har en sentral rolle når det gjelder tjenester til personer med rusmiddelproblemer, og skal sørge for nødvendige helse- og omsorgstjenester til alle som oppholder seg i kommunen. Å sørge for et helhetlig og individuelt tilpasset hjelpetilbud til personer med

rusmiddelproblemer og/eller psykiske problemer er en integrert del av ansvaret, og faller innenfor de av lovpålagte tjenester og oppgaver.<sup>22</sup>

Tjenester og tiltak kan være organisert både i 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.

### 2.1.2 Spesialisthelsetjenestens ansvar

Mens kommunen har et gjennomgående og helhetlig ansvar før, under og etter innleggelse, har spesialisthelsetjenesten et noe mer avgrenset ansvar enn kommunen i tvangssaker.

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.<sup>23</sup> RHF peker ut behandlingsinstitusjoner i hver region som får ansvar for å ta imot pasienter på tvang, eller delegere dette til helseforetakene.<sup>24</sup> RHF har ansvar for å sørge for at det foreligger et tilstrekkelig døgntilbud i sin region, og må løpende vurdere om det er behov for økt døgncapasitet.

<sup>22</sup> Jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1, jf. § 3-2

<sup>23</sup> jf. spesialisthelsetjenesteloven § 2-1a første ledd nr. 5.

<sup>24</sup> Jf. spesialisthelsetjenesteloven § 2-1a fjerde ledd

### 2.1.3 Felles ansvar for samarbeid i tvangssaker

Ansvarsdelingen mellom kommune og spesialisthelsetjeneste i saker angående tvang forutsetter et etablert samarbeid mellom nivåene, og er helt sentralt for at pasienten/brukeren 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.<sup>25</sup>

I Helse- og omsorgsdepartementets [nasjonale veileder om lovpålagte samarbeidsavtaler](#) mellom kommuner og helseforetak, er det anbefalt at avtalene bør regulere bruk av reglene om tvangstiltak overfor mennesker med rusmiddelproblemer etter hol. kap. 10. Avtalen må omfatte hvilke helse- og omsorgsoppgaver forvaltningsnivåene er pålagt ansvaret for, og en felles oppfatning av hvilke tiltak partene til enhver tid har ansvar for å utføre i forløpet.<sup>26</sup>

Etablering av bistandsteam bør også forankres i samarbeidsavtalene, som en delavtale.<sup>27</sup>

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.

<sup>25</sup> Se Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-4, Spesialisthelsetjenesteloven § 2-1e og Helse- og omsorgstjenesteloven Kap. 6.

<sup>26</sup> Helse- og omsorgstjenesteloven § 6-2 første ledd nr. 1

<sup>27</sup> Jf. Kap. 2.2

### Verktøy for samhandling

Gode verktøy for samhandling finnes i kvalitetsrutiner og behandlingslinjer i helseforetakene og i kommunene. Et eksempel er [behandlingslinjen for gravide med rusproblemer](#) ved Sykehuset Innlandet HF.

Verktøy og tiltak som kan anvendes på system- og individnivå er grundig beskrevet i Helsedirektoratets veileder [IS-2076 Sammen om mestring](#).

## 2.2 Bistandsteam

---

Det anbefales at det etableres et samarbeidsorgan – bistandsteam – som kan bidra til å sikre sammenheng i tjenestene, og være et forum hvor utfordringer og spørsmål knyttet til bruk av tvang kan diskuteres.

Bistandsteam er et rådgivende samarbeidsorgan for begge tjenestenivåer 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 helseforetakene. Bistandsteamenes organisering og innhold bør tilpasses lokale forhold og behov, i samsvar med lovgivers overordnende målsetning for helse- og omsorgstjenestene i kommunen.

Bistandsteam vil kunne bidra til faglig forsvarlige og samordnede 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.

### Eksempel på bistandsteam – kommuner i Buskerud og spesialisthelsetjenesten

Dette bistandsteamet<sup>28</sup> kommer sammen når det vurderes bruk av tvang overfor mennesker med alvorlige rusmiddelproblemer.<sup>29</sup> Teamet består av representanter fra kommunen og spesialisthelsetjenesten. 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 tas et felles ansvar for disse pasientene og ansvarsfraskrivelse og faglig uenigheter unngås. Dette gir bedre effekt av institusjonsoppholdet for pasient/bruker.

#### 2.2.1 Bistandsteamets sammensetning

Et bistandsteam bør være tverrfaglig sammensatt, og bestå av medisinskfaglig, psykologfaglig, sosialfaglig kompetanse. I tillegg er det ofte hensiktsmessig å ha juridisk kompetanse tilgjengelig. Teamet bør ha representanter både fra kommune og spesialisthelsetjenesten. Teamet bør ha faste deltakere for å ivareta kompetanse og kontinuitet om anvendelse av tvangsbestemmelsene. En fast person bør ha ansvar for å kalle inn til møter, lede og koordinere arbeidet i bistandsteamet.

Bistandsteamet trer sammen når kommunen har behov for å vurdere å fremme sak for nemnda. Bistandsteamet må også ha rutiner for å håndtere de akutte tilfellene, slik at

---

<sup>28</sup> For mer utfyllende informasjon om dette bistandsteamet, se vedlegg 9.22.

<sup>29</sup> [Årsrapport 2008. Fylkesmannen i Buskerud](#)

bistandsteamet ikke blir en forsinkende instans i akutte situasjoner.

Ved behov kan teamet samles senere i forløpet. Det er den konkrete saken som avgjør hvem som bør delta i teamet utover de faste deltakerne. Pasienten/brukeren 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 bør det vurderes om følgende deltakere bør inngå i bistandsteamet i tillegg til 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/psykisk helse- og rustjeneste.
- Brukerens/pasientens fastlege

I saker som berører gravide er det viktig å ha med helsesøster og jordmor i bistandsteamet. Barneverntjenesten bør delta der det er aktuelt og det foreligger samtykke fra pasient/bruker. Dette kan bidra til å sikre god oppfølging under graviditet og etter fødsel.

Pårørende bør involveres og/eller informeres innenfor reglene om taushetsplikt og opplysningsrett.

### 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.

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.

### Bistandsteamet kan blant annet bistå i følgende vurderinger:

- Om det er aktuelt med innleggelse etter § 10-4 (avtalt tvang), § 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
- Vurdere 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 rutiner for samarbeid mellom den kommunale helse- og omsorgstjenesten/rustjenesten, fastlegen, barnevernet og helsestasjonen for å ivareta fosteret og den gravide. Rutinene bør inneholde hvilken rolle den enkelte instans bør ha i saker der kommunen vurderer å

fremme sak 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, men kvinnen kan inngå et frivillig samarbeid med barneverntjenesten før fødsel.<sup>30</sup>

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 er oppmerksom på meldeplikten etter helsepersonelloven § 32, og at kommunen ikke bruker for lang tid på utredningen og bruk av frivillige tiltak.

---

<sup>30</sup> Barne- og likestillingsdepartementet har hatt på [høring](#) forslag til endringer i opplysningsplikten til barnevernet og ny opplysningsplikt til barnevernet ved tilbakeholdelse av gravide rusmiddelavhengige. Det foreslås samtidig en ny bestemmelse i barnevernloven § 1-5 som presiserer at barneverntjenesten kan gi råd og veiledning, tilby frivillige hjelpetiltak og vurdere behovet for å iverksette tiltak etter fødsel når de mottar slik melding

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.<sup>31</sup> Arbeidet med IP antas å være aktuelt i de fleste saker om tvangstiltak. Bruk av ansvarsgrupper er også hensiktsmessig for å sikre samarbeid og samhandling rundt den enkelte sak. 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.<sup>32</sup> I disse sakene kan det være hensiktsmessig at for eksempel ruskonsulenten har koordineringsansvaret. Koordinatoren vil ha en sentral rolle i 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.

---

<sup>31</sup> Se FOR-2011-12-16-1256 [Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator](#) og veileder [I 2076 Sammen om mestring](#).

<sup>32</sup> Jf. Hol. § 7-2

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 (inkludert 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 pasient/bruker.<sup>33</sup> Koordinatoren 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 for eksempel Individuell plan, behandlingsplan eller lignende. 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.<sup>34</sup>

<sup>33</sup> Se veileder [IS 2076 Sammen om mestring](#)

<sup>34</sup> Se eksempel på kriseplan, se vedlegg 9.16.

## 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 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.<sup>35</sup> 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.<sup>36</sup> 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.

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.<sup>37</sup> 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

<sup>35</sup> jf. spesialisthelsetjenesteloven § 2-1a første ledd nr. 5.

<sup>36</sup> jf. forvaltningsloven §§ 13 til 13f.

<sup>37</sup> jf. helsepersonelloven § 22.



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..

### 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 informasjoninnhenting 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.<sup>38</sup> Selv om det ikke er et krav bør samtykket være skriftlig og spesifisere

formålet med innhenting. Som vedlegg følger utkast til samtykkeerklæringer.<sup>39</sup>

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 helse- og omsorgspersonell, 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 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.

<sup>38</sup> jf. forvaltningsloven § 13a nr. 1 og helsepersonelloven § 22.

<sup>39</sup> Se vedlegg kap. 9.5.

For at opplysningsplikten skal inntreffe må to forhold være oppfylt. For det første må helsepersonellet har 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 videreføres.<sup>40</sup>

Det er gitt tilsvarende regler om opplysningsplikt for barneverntjenesten og for fagpersoner på familievernkontorene.<sup>41</sup>

### 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 viderefordre 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.<sup>42</sup> Unntaket vil likevel ikke ha særlig praktisk betydning for å opplyse enkeltsaker.

§ 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 tilside sette taushetsplikten må veie vesentlig tyngre enn hensyn som taler for å

<sup>40</sup> 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:

<sup>41</sup> jf. barnevernloven § 6-7 og familievernkontorloven § 9.

<sup>42</sup> jf. helsepersonelloven § 23 nr. 3.

bevare taushet. Helsepersonellens skjønn vil derfor stå sentralt i vurderingen.

Utlevering av taushetsbelagte opplysninger fra andre aktører som for eksempel 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 videreformidles bl.a. til nemnda og til behandlende institusjon i spesialisthelsetjenesten. Forvaltningsloven § 13 b nr. 2 gir hjemmel til å videreformidle 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.<sup>43</sup> 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.

<sup>43</sup> Woxholth 2011 s. 294

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 veiledning i andre saker».<sup>44</sup> 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.

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 teori<sup>45</sup> 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

<sup>44</sup> jf. § 13 b nr. 3.

<sup>45</sup> Graver (2007): «Alminnelig forvaltningsrett» 3. utgave.

opplysninger om helsetilstanden. Taushetsplikten gjelder også overfor 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

#### **Spesialisthelsetjenestens ansvar for oppfølging**

Gjennomføringen skjer ved institusjon i spesialisthelsetjenesten som yter tverrfaglig spesialisert rusbehandling.<sup>46</sup> 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 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.<sup>47</sup>

<sup>46</sup> jf. spesialisthelsetjenesteloven § 2-1a første ledd nr. 5.

<sup>47</sup> For utfyllende merknader, se [IS-8/2012](#) Helsepersonelloven med kommentarer.

### **Kommunens ansvar for oppfølging**

Selv om gjennomføring av vedtaket skjer ved institusjon i spesialisthelsetjenesten er kommunen fortsatt ansvarlig for videre oppfølging av pasienten. 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 videreformidle 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 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 [IS-5/2013 Rundskriv spesialisthelsetjenesteloven med kommentarer](#) anbefales det at det før utskriving bør vurderes om det skal utarbeides individuell plan.<sup>48</sup> De aller fleste pasienter som behandles i tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengighet vil ha rett til å få utarbeidet en individuell plan, og også rusbehandlingsinstitusjonen har et ansvar for at dette blir gjort.<sup>49</sup>

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.

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. Helse- og omsorgspersonell 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 rundskriv<sup>50</sup> av Helsedirektoratet og Politidirektoratet om helsetjenestens og politiets ansvar for psykisk syke. Deler av det som fremgår her om oppgaver og samarbeid mv vil også være retningsgivende for bruk av tvang etter hol. kapittel 10.

*Det anbefales at det etableres lokale samarbeidsrutiner mellom helsetjenesten og politi, eller at eksisterende samarbeid styrkes.*

### Innholdet i bistandsplikten

Bistandsplikten knytter seg til «fullbyrdelse av tvangsvedtak», og gjelder både ved midlertidige og ordinære tvangsvedtak. Det kan bes om bistand ved anbringelse til avrusning, overføring fra avrusning til annen behandlingsinstitusjon, samt tilbakeføring til institusjonen 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.

### Kun nødvendig bistand

Bruk av politi ved etablering og gjennomføring av tvangsoppholdet må kun benyttes når det er helt *nødvendig*. Politi skal ikke rutinemessig benyttes. Unødig bruk av politi og fysisk makt må unngås.

<sup>48</sup> jf. § 2-5.

<sup>49</sup> jf. § 2-5.

<sup>50</sup> Rundskriv IS-5/2012, Helsetjenestens og politiets ansvar for psykisk syke – Oppgaver og samarbeid

Politiets bistand kan 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 rømming
- Når det er nødvendig å bane seg adgang til hus, rom eller annet lokale.<sup>51</sup>

Det er helsetjenesten som vurderer om bistand fra politiet er nødvendig. Det må i hvert enkelt tilfelle foretas en konkret vurdering av behovet for bistand, og det bør foreligge rutiner i tjenestene som sikrer dette.

#### Bistandsanmodningen

Anmodningen til politiet om bistand bør så langt forholdene tilsier det, angi hvorfor bistand fra politiet anses 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 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.

#### Gjennomføring av bistandsoppdraget

Politiet avgjør i utgangspunktet selv på hvilken måte bistandsoppdraget skal gjennomføres.<sup>52</sup>

Bruk av politibistand må søkes gjennomført uten at pasienten opplever krenkelse eller uverdigg behandling. Politiet bør innhente råd hos tjenestene, både generelt og i det konkrete tilfelle, for å sikre at deres tilnærming er mest mulig skånsom og respektfull i møte med pasienten.

Politiet har kun en bistandsplikt. Det innebærer at representant fra kommunen/spesialisthelsetjenesten også må delta ved gjennomføring av bistandsoppdrag, slik at gjennomføring av tvangsvedtaket skjer på en forsvarlig og mest mulig skånsom og verdig måte. Så langt det er mulig bør den som deltar fra helse- og omsorgstjenesten være noen pasienten har tillit til.

Ved avhenting av en person i egen bolig, må helsetjenesten sørge for at eventuelle pårørende i familien blir ivaretatt, herunder vurdere opplysningsplikten til barneverntjenesten. Ved avhenting i eget hjem må det vises respekt for personens privatliv.

#### Ansvarsforhold mellom kommune og institusjonen

Når det gjelder ansvarsforhold mellom kommune og spesialisthelsetjenesten er det som utgangspunkt kommunen som har ansvar for transport, og nødvendig politibistand, for å fullbyrde tvangsvedtaket. Dette omfatter både innleggelse og transport til nemnd.<sup>53</sup>

Tidligere hadde kommunen også ansvar for tilbakeføring ved rømming, herunder å vurdere om en tilbakeføring er hensiktsmessig.<sup>54</sup> Dette er endret i ny forskrift

<sup>51</sup> Jf. politiloven § 12 (3)

<sup>52</sup> Jf. politiinstruksen § 13-5

<sup>53</sup> Helsedirektoratets fortolkning 15.12.2010 (10/5000)

<sup>54</sup> Jf. tidligere sosialtjenestelovforskrift § 5-9 tredje ledd

om rettigheter og tvang i rusinstitusjon § 11 andre ledd, hvor dette ansvaret er lagt til institusjonen.

*Det fremgår i bestemmelsen at «Ved rømming skal institusjonen straks varsle kommunen og om nødvendig politiet. I samarbeid med kommunen skal institusjonen sette i verk nødvendige tiltak for å tilbakeføre pasienten til institusjonen. Tilbakeføring av pasienten skal skje på en så skånsom måte som mulig.»*

Endringen er begrunnet med at den er mer i samsvar med gjeldende ansvarsforhold i helsetjenesten. Det er institusjonen som er ansvarlig for behandling av pasienten, og som må sette i verk nødvendige tiltak for tilbakeføring, herunder vurdere om tilbakeføring bør skje. Det presiseres at dette skal gjøres i samarbeid med kommunen, som skal følge opp pasienten etter oppholdet på institusjon. Kommunen har ofte god kjennskap til pasienten og kan være de som kjenner pasienten best, særlig når oppholdet i institusjon har vært kortvarig. Institusjonen skal straks varsle kommunen ved rømming, og de skal samarbeide om tilbakeføring. Institusjonen har om nødvendig også ansvar for å varsle politiet ved rømming.

#### 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.

I forbindelse med politiets bistand kan det oppstå behov for at politiet må ta seg inn i hus, rom eller annet lokale, jf. politiloven § 12 tredje ledd. Det kan da oppstå økonomiske utgifter som følge av skader i forbindelse med at politiet oppfylder bistandsplikten. Dette vil typisk være utgifter for skade på dør, lås, sikring av lokaler mv. Dette er å anse som utgifter som påløper ved gjennomføringen av helsehjelp og skal dekkes av den instansen som anmodet politiet om bistand, enten kommunen eller helseforetaket.





# 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 pasient/bruker. 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 behandlingsplasser som faglig og materielt er i stand til å følge opp ulike typer tvangsvedtak.

### Anbefalinger

- Kommunen må tilrettelegge for at vurdering av tvang blir igangsatt der situasjonen tilsier at det gjøres en slik vurdering, i tråd med 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 fra pårørende 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.
- Kommunen bør organisere seg slik at det legges til rette for tilstrekkelige ressurser ved vurdering og saksbehandling. Det anbefales to saksbehandlere per bruker/sak.<sup>55</sup>
- Tjenestene må sørge for gode samarbeidsforhold mellom nivåene for å sikre effektiv innhenting av opplysninger i saken

### 3.1 Når skal kommunen vurdere tvang?

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

består i å foreta 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 § 10-3 femte ledd.

<sup>55</sup> Se Lundeberg, Mjåland og Søvig (2014): Tvang i rusfeltet, side 148.

Kommunen bør også på eget initiativ iverksette en utredning hos personer med omfattende rusmiddelbruk, slik at det kan tilbys tilpasset bistand for vedkommende og eventuelt utrede behov for tvang. Det vises til kommunens ansvar for å sørge for at personer som oppholder seg i kommunen tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester.<sup>56</sup> 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 ha vært forsøkt.

Frivillige tiltak må være prøvd eller vurdert som ikke hensiktsmessig før det fremmes sak etter §§ 10-2 og 10-3.

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

Gravide med rusmiddelproblemer 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 derfor 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.

Det helse- og omsorgspersonell som får kunnskap om graviditeten har ansvar for straks å vurdere om det foreligger opplysningsplikt, 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

---

<sup>56</sup> jf. hol § 3-1

umiddelbart forsøke å inngå avtale om frivillige urinprøver og oppfølgingsamtaler.

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 tvangsinngjøring av en person under 18 år. Her må det gjøres en konkret vurdering av situasjonen i forhold til lovens vilkår, samt alternativer.

Tvangssaker skal 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.

### 3.2 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 til stede. Vilråene er omtalt nærmere i kapittel 4.

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

- formålet med oppholdet
- brukers 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 om tvang bør benyttes:

- Vedvarende påvirkning av og/eller omfattende misbruk av rusmidler.
- 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 rusmiddelmissbruket.
- 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 impulskontroll. Fare for at personen sannsynligvis vil avslutte et behandlingsopphold for tidlig.
- Når rusmiddelproblemene 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.

Tvangsreglene som gir grunnlag for tilbakehold uten eget samtykke i institusjon kan ikke brukes til å løse kortsiktige kriser av sosial og økonomisk art. Voldsom, truende og forstyrrende atferd vil heller ikke alene gi grunnlag for bruk av tvang etter disse bestemmelsene. Når det gjelder samarbeid om brukere med vold- og utageringsproblematikk vises det også til Helsedirektoratets veileder [IS-2076 Sammen om mestring](#).

### **3.3 Pasienter med samtidige rus- og psykiske problemer (ROP)**

Når kommunens tjenesteapparat avdekker at en person både har rus- og psykiske problemer (ROP), skal personen henvises til rett utrednings- og behandlingsnivå, enten i det kommunale tjenesteapparatet, i psykisk helsevern eller i TSB.

De regionale helseforetakene skal sørge for at pasienter med ROP-lidelser får et samordnet og koordinert behandlingstilbud innen spesialisthelsetjenesten. Ut fra dagens organisering er det mest vanlig at hovedansvaret for behandling av alvorlig psykiske lidelser og ruslidelser ligger hos

psykisk helsevern, både med mindre alvorlig og alvorlig ruslidelse.<sup>57</sup>

Når det gjelder bruk av tvangsregler vil det for personer med en alvorlig sinnslidelse være aktuelt å vurdere etablering av tvungent psykisk helsevern med grunnlag i psykisk helsevernloven. Dette gjøres ved at det først gjennomføres en legeundersøkelse etter lovens § 3-1, for å bringe på det rene om lovens vilkår for å etablere tvungent psykisk helsevern er oppfylt. Vilkårene fremgår av psykisk helsevernloven § 3-3. Grunnvilkåret er at pasienten har en «alvorlig sinnslidelse», som henger nært sammen med psykoselidelser. Også rusutløste psykoser vil omfattes. Kun unntaksvis vil avvikstilstander av ikke-psykotisk karakter kunne føre til tvangsinnleggelse. Det vises til Rundskriv IS-9/2012 om psykiskhelsevernloven mv. for nærmere omtale av reglene.

Regelverket åpner også for at personer kan innlegges i psykisk helsevern med grunnlag i §§ 10-2 og 10-3. Dette kan være aktuelt i tilfeller hvor det foreligger et alvorlig rusmiddelproblem, men en mindre alvorlig psykisk lidelse. Likevel slik at det anses som det beste alternativet med innleggelse i psykisk helsevern, fremfor TSB.

Muligheten for å tvangsinnlegge personer med rusmiddelproblemer i psykisk helsevern har i liten grad blitt anvendt. I saker der det er nødvendig for å ivareta pasienter med samtidig rus- og psykisk lidelse, kan denne muligheten vurderes.

---

<sup>57</sup> Roller og ansvar ved ROP lidelser, er nærmere beskrevet i IS-1948 Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse, ROP-lidelser kapittel 8.

De regionale helseforetakene må sørge for at det foreligger nok plasser i psykisk helsevern for pasienter med samtidige lidelser og som har tvangsvedtak etter hol. kap. 10.

Når en pasient innlegges i psykisk helsevern med hjemmel i helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 10, gjelder gjennomføringsreglene i psykisk helsevernloven kapittel 4.<sup>58</sup>

De bestemmelser i kapittel 4 som forutsetter tvungent psykisk helsevern kan imidlertid ikke benyttes når oppholdet skjer med i medhold av hol. §§ 10-2 og 10-3. Dette gjelder psykisk helsevernloven §§ 4-4 (tvangsbehandling), 4-5 andre ledd (innskrenkning av forbindelse med omverdenen), 4-9 (kontrollundersøkelser) og 4-10 (overføring uten samtykke) Bestemmelsen i psykisk helsevernloven § 4-7a om rusmiddeltesting av biologisk materiale vil likevel få anvendelse ved innleggelse i psykisk helsevern i medhold av §§ 10-2 og 10-3.

### Nettressurser

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

- [www.snakkomrus.no](http://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](http://www.ropbruker.no) er en nettressurs for pasienter, brukere og pårørende som skal gjøre innholdet i ROP -retningslinjen mest

---

<sup>58</sup> jf. psykisk helsevernloven § 1-1a

mulig tilgjengelig, og gjennom dette påvirke fagpersoners atferd og hjelpesystemenes tjenestetilbud.



# VILKÅR FOR BRUK AV TVANGSTILTAK OVERFOR PERSONER MED RUSMIDDELPROBLEMER

# 4 VILKÅR FOR BRUK AV TVANGSTILTAK OVERFOR PERSONER MED RUSMIDDELPROBLEMER

## 4.1 Oversikt over reglene

---

Som utgangspunkt skal tiltak overfor personer med rusmiddelproblemer baseres på frivillighet. Som for alle andre pasientgrupper er hovedregelen at helsehjelp skal baseres på samtykke.<sup>59</sup>

Selv om frivillighet er det klare utgangspunkt har ulike former for bruk av tvang overfor personer med rusmiddelproblemer lange tradisjoner i lovgivningen. Det er foretatt en avveining av den enkeltes selvbestemmelsesrett og samfunnets ansvar for å gi beskyttelse og hjelp.

Rusmiddelproblemer kan for noen være alvorlig og noen ganger livstruende. Selv om egen motivasjon utvilsomt er av avgjørende betydning for en rehabilitering, kan personen trenge bistand for å kunne rehabilitere seg fysisk, overkomme abstinensproblemer og

komme i en slik tilstand at det kan iverksettes forsøk på motivering og tilrettelegging av langsiktige tiltak. Det er derfor vurdert som både faglig og etisk riktig å kunne benytte tvangsinngrep for å få i gang en slik prosess, bl.a. ved å begrense adgangen til uten videre å forlate institusjonen når problemene melder seg.<sup>60</sup>

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).

Det gis adgang til tvangstiltak i form av innleggelse og tilbakehold i institusjon for tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengighet (TSB). Adgangen til tilbakehold er tidsbegrenset. Bestemmelsene gir ikke adgang til tvangsbehandling under innleggelsen.

---

<sup>59</sup> jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 4-1

---

<sup>60</sup> Ot.prp.29 (1990-91) pkt. 6.4



Dersom en adgang til tilbakehold anses nødvendig som del av behandlingsopplegget er det forutsatt i lovens forarbeider at det primært er § 10-4 om tilbakehold på grunnlag av samtykke som skal dekke behovet.<sup>61</sup> Derfor er denne bestemmelsen omtalt først i dette kapitlet, i punkt 4.2.

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 barnevern og sosiale saker. Ansvar for å fremme sak om tvang etter §§ 10-2 og 10-3 er lagt til kommunen.<sup>62</sup> Midlertidige vedtak i hastesaker treffes i begge tilfeller 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.

Regler om tvangstiltak under gjennomføring av institusjonsopphold etter hol. kapittel 10 er gitt i [FOR-2016-08-26-1003 Forskrift om rettigheter og bruk av tvang under opphold i institusjon for behandling, omsorg og rehabilitering av personer med rusmiddelproblemer](#) (forskrift om rettigheter og tvang i rusinstitusjon). Forskriften trådte i kraft 1. november 2016.<sup>63</sup> Disse reglene

<sup>61</sup> Ot.prp.29 (1990-91) pkt. 6.6

<sup>62</sup> jf. hol. § 10-6.

<sup>63</sup> Forskriften erstattet forskrift av 4. desember 1992 nr. 915 til lov om sosiale tjenester m.v kapittel 5 om «Beboernes rettigheter og bruk av tvang i institusjoner for omsorg for og behandling av rusmiddelmisbrukere».

omtales i kapittel 6 som omhandler tilbakeholdsfasen.

## 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.<sup>64</sup>

Bestemmelsen tar utgangspunkt i at personen selv ønsker opphold i institusjon for å få behandling for sitt rusproblem, men gir institusjonen mulighet for tilbakehold et visst antall ganger når pasientens motivasjon svikter, for å komme gjennom en krise og gjenoppta en ønsket behandling.

En innleggelse etter hol. § 10-4 er en kombinasjon av et samtykke fra pasienten og et vedtak fra institusjonen om å sette vilkår om tilbakehold. Avtalen gjøres mellom pasienten og institusjonen. Kommunen er ikke direkte part i avtalen, og det kreves ikke godkjenning fra fylkesnemnda.

Dette betegnes ofte som «avtalt tvang» mellom pasienten og institusjonen, og det angis i lovforarbeidene at denne bestemmelsen skal dekke behovet i den grad en tilbakeholdsadgang vurderes nødvendig for å gjennomføre behandlingsopplegget.<sup>65</sup> Det innebærer at i den grad en mulighet for tilbakehold anses å være nødvendig, skal det vurderes om ordningen med avtalt tvang er tilstrekkelig i den enkelte sak.

<sup>64</sup> Jf. spesialisthelsetjenesten § 2-1a fjerde ledd

<sup>65</sup> Ot.prp. 29 (1990-91) pkt.6.6.

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 vurderes som et tilstrekkelig alternativ for å ivareta behovet i en konkret sak.

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 å avtale mulighet for tilbakeholdelse 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.

Andelen pasienter som faller ut av et frivillig behandlingsopplegg i spesialisthelsetjenesten er høy, og det er ofte i begynnelsen av et opphold på behandlingsinstitusjon at motivasjonen svikter og pasienten avbryter behandlingen. Det kan derfor være grunn til å ha et aktivt forhold til hol. § 10-4 i en tidlig fase av problemutviklingen. Det stilles ved bruk av § 10-4 ikke vilkår om helsefare, slik som ved bruk av § 10-2. Tilbakehold på grunnlag av samtykke kan anses som et forsterket frivillig tilbud, hvor adgangen til tilbakehold benyttes som et virkemiddel i behandlingen for å støtte pasienten gjennom en vanskelig fase. Det bør vurderes om denne bestemmelsen bør benyttes, i samarbeid mellom kommune og spesialisthelsetjeneste, i forkant av en innleggelse.

Avtalen innebærer en fullmakt som institusjonen kan anvende ved behov for å hindre at vedkommende avbryter oppholdet. Institusjonen kan begrense adgangen til å forlate institusjonen i den utstrekning det er nødvendig etter vedtakets formål.<sup>66</sup> Dette kan i praksis være låste dører, tiltak i miljø og samtaler. Institusjonen kan også hente personen tilbake ved rømning, om nødvendig med tvang. Behovet for å anvende tvangsfullmakten må alltid bero på en konkret og helhetlig vurdering i det enkelte tilfelle.

Det er en forutsetning for bruk av § 10-4 at personen ikke står i en faktisk tvangssituasjon. 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, enten det er innleggelse eller poliklinisk oppfølging/dagbehandling.

Tilbakehold etter § 10-4 kan også anvendes for gravide rusmiddelavhengige. På lik linje med hva som gjelder for andre, må det vurderes om avtalt tvang er tilstrekkelig. 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.

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 den unges samtykke tilstrekkelig.<sup>67</sup>

<sup>66</sup> Jf. sphl. § 3-14, jf. forskrift om rettigheter og tvang i rusinstitusjon § 11

<sup>67</sup> hol. § 10-4 siste ledd

I praksis brukes ikke § 10-4 overfor ungdom med rusmiddelproblemer fordi barnevernloven § 4-26 anses som et mer aktuelt rettsgrunnlag.<sup>68</sup> Unntak kan tenkes for unge gravide som trenger oppfølging i en institusjon som er spesielt rettet mot gravide.<sup>69</sup>

#### 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.<sup>70</sup>

Det er ofte kommunen og/eller fastlegen som har hatt den tetteste kontakten med bruker i forkant, og som vil være i posisjon til å få kjennskap til behov og motivasjon for en innleggelse og vurdere i hvilken grad frivillig tvang etter § 10-4 er aktuelt. 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 behov for avtalt tvang i en større helhet hvor brukeren gis et tilpasset tjenestetilbud som kan sikre effekt av tvangstiltaket.

<sup>68</sup> Ot.prp.nr 29 (1990-1991) pkt. 6.1

<sup>69</sup> Lundeberg, Mjåland og Søvig (2014): Tvang i rusfeltet, side 108

<sup>70</sup> jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 b og § 2-2, og prioriteringsveileder for TSB

Det er viktig at relevant informasjon for vurderingen av om § 10-4 bør anvendes fremkommer av henvisningen til vurderingsenheten i spesialisthelsetjenesten. Dette vil bl.a. være opplysninger om motivasjon for en plassering etter § 10-4 og tidligere historikk med avbrutte institusjonsopphold er relevant. Også kommunens vurdering av om avtalt tvang er hensiktsmessig bør fremgå.

Vurderingsenheten bør på sin side vurdere opphold i institusjon utpekt for plasseringer etter § 10-4, der kommunens henvisning eller annen informasjon tilsier at avtalt tvang kan bli nødvendig. Dialog med kommunen er viktig i vurderingen av om § 10-4 bør benyttes.

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

For å benytte adgangen til tilbakehold på grunnlag av samtykke, må institusjonen sette vilkår om dette, enten etter § 10-4 første eller andre ledd. Det er institusjoner som er utpekt av det regionale helseforetaket som kan stille vilkår om samtykke til tilbakeholdelse.

Institusjonenes avgjørelse om å stille vilkår om tilbakeholdelse anses som et enkeltvedtak som kan påklages til Fylkesmannen.<sup>71</sup>

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

- Pasienten er rusmiddelavhengig
- Pasienten avgir et gyldig samtykke

<sup>71</sup> Lundeberg, Mjåland og Søvig (2014): Tvang i rusfeltet, side 111 og Gyldendal rettsdata, Alice Kjellevold note 122

- Det må foretas en skjønnsmessig helhetsvurdering av om det bør settes vilkår om tilbakehold

#### 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 avgir et gyldig samtykke

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 moment i

helhetsvurderingen av om avtalt tvang anses å være hensiktsmessig.

#### 4.2.4 Nærmere om krav til pasientens samtykke

Kravene til pasientens samtykke følger reglene i pasient- og brukerrettighetsloven (pbrl.) kapittel 4.<sup>72</sup> I tillegg kommer de særlige kravene som følger av § 10-4.

#### Krav om samtykkekompetanse

Hvem som har kompetanse til å samtykke til helsehjelp, reguleres av pbrl. § 4-3.<sup>73</sup>

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 med personer som er ruspåvirket. På den annen side kan ikke kravet praktiseres så strengt at denne gruppen i praksis ikke kan gjøre bruk av innleggelse 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 med avtalt tilbakehold innebærer.

#### Pasienten må informeres om hva samtykket omfatter

Før samtykket gis må pasienten informeres om hva samtykket innebærer og omfatter.

<sup>72</sup> For nærmere omtale av samtykkeregulene vises til Helseinspektorens rundskriv IS-8/2015

<sup>73</sup> Ibid

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, hentes tilbake mv.

For innleggelser etter § 10-4 er det spesielt viktig å gi informasjon om at avtalen innebærer vilkår om at pasienten kan nektes å forlate institusjonen, at institusjonen kan hindre at pasienten drar, og bringe pasienten tilbake, om nødvendig med tvang, jf. forskrift om rettigheter og tvang i rusinstitusjon § 11.

All informasjon skal være tilpasset mottakerens individuelle forutsetninger og gis på en hensynsfull måte. Personellet skal så langt som mulig sikre seg at pasienten har forstått innholdet og betydningen av opplysningene. Opplysning om den informasjon som er gitt, skal nedtegnes i pasientens journal.<sup>74</sup>

#### Samtykket må være skriftlig

Samtykket skal være skriftlig.<sup>75</sup>

Institusjonen bør utarbeide mal for skriftlig samtykke, og skille mellom innleggelse etter henholdsvis § 10-4 første ledd og andre ledd. I vedlegg til veilederen er det inntatt eksempel på slike samtykkeskjema.

#### Skriftlig samtykke skal gis til institusjonsledelsen

Pasientens skriftlige samtykke skal gis til ledelsen ved institusjonen hvor oppholdet skal gjennomføres.<sup>76</sup>

Innenfor rammene av faglig forsvarlighet bør den enkelte institusjon ha rutiner for saker om tilbakehold ved eget samtykke etter § 10-4. Dette inkluderer både vurdering av henvisning, om vilkårene i § 10-4 er oppfylt og om det bør settes vilkår om tilbakekall etter henholdsvis første eller andre ledd, informasjon til pasienten om hva det innebærer, utarbeide et skriftlig samtykke sammen med pasienten, og oppbevaring av det skriftlige samtykket ved institusjonsledelsen.

Som det fremgår ovenfor skal opplysning om den informasjon som er gitt, nedtegnes i pasientens journal.

#### Samtykket skal gis senest når oppholdet begynner

Samtykket skal foreligge senest når oppholdet begynner. Dette gjelder både innleggelse etter § 10-4 første ledd og andre ledd. Samtykke kan også gis ved direkte overgang fra opphold med hjemmel i §§ 10-2 og 10-3.

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 også dekke opphold på begge institusjonene, og den innsøkende pasienten må få informasjon om dette. Institusjoner som skal ivareta tilbakehold i henhold til § 10-4 må være særskilt utpekt av det regionale helseforetaket, uavhengig av hvor vedtaket ble fattet.

<sup>74</sup> Jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 3-5

<sup>75</sup> jf. § 10-4 tredje ledd.

<sup>76</sup> Jf. § 10-4 tredje ledd

#### 4.2.5 Alternative vilkår om oppholdets varighet mv

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

- Etter første ledd kan institusjonen sette som vilkår at den rusmiddelavhengige kan holdes tilbake *i opptil tre uker fra inntaket*.
- Etter andre ledd kan det ved opphold i institusjon med sikte på behandling eller opplæring i minst tre måneder, settes vilkår om tilbakehold *i opptil tre uker fra samtykket er trukket tilbake*, og med mulighet til *gjentagelse 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.

Det er i forarbeidene antatt at tre uker vil gi institusjonen og pasienten tid til å bearbeide de problemer som ligger til grunn for en aktuell krise som oppstår i behandlingsprosessen. Videre gis institusjonen, i tilfeller hvor det er planlagt et lengre opphold (minst 3 mnd.), en mulighet til å holde pasienten tilbake inntil tre uker med gjentagelse tre ganger med et klart siktemål, i en intens innsatsperiode, å bearbeide de kriser som oppstår. Dette er tenkt som en refleksjonsperiode for pasienten.<sup>77</sup>

Det fremgår videre i forarbeidene at en tilbakeholdsadgang vil kunne gi tid til aktiv

<sup>77</sup> Ot.prp.nr 29 (1990-1991) pkt. 6.6

målrettet kriseintervensjon og gi rom for avklaring, noe som bør kunne skje inntil tre ganger ved samme innleggelse for om mulig å oppnå den målsetting som er satt. Det er en forutsetning at institusjonen faglig er innstilt på å arbeide intenst med pasienten i tilbakeholdsperioden med sikte på å kunne fortsette behandlingen eller på annen måte, i samarbeid med pasienten, finne fram til hensiktsmessige løsninger på de problemer som har oppstått. Det må understrekes at det i en slik situasjon ikke bare settes krav til pasienten, men også til institusjonens profesjonalitet og innsats.<sup>78</sup>

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 klart frem kan det oppstå uklarhet i beregningen av tilbakeholds-tiden, det vil si om tilbakeholds-tiden løper fra innleggelsen eller fra tidspunktet når samtykket blir trukket tilbake.<sup>79</sup>

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 som nevnt ovenfor kan institusjonen da holde pasienten tilbake opptil tre uker, med mulighet for gjentagelse tre ganger for hvert opphold.

I § 10-4 andre ledd er det ikke regulert en lengstetid for hvor lenge institusjonen kan benytte samtykkeerklæringen som grunnlag

<sup>78</sup> Ot.prp.nr 29 (1990-1991) pkt. 6.6

<sup>79</sup> 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 lovteksten.

for tilbakehold. Dette bør imidlertid avtales mellom pasient og institusjon, og fremgå av samtykkeerklæringen. Det bør fremgå at når oppholdet har vart i et gitt antall måneder, kan ikke lenger institusjonen bruke samtykkeerklæringen som grunnlag for tilbakehold. Videre opphold vil da etter dette baseres på samtykke, med mulighet for pasienten til å avslutte oppholdet.

#### 4.2.6 Forholdet mellom § 10-4 og §§ 10-2 og 10-3

Ved bruk av hol. § 10-4 er selve innleggelsen frivillig, og det gjøres en avtale med institusjonen om at det skal være adgang til tilbakehold i tidsperioden (avtalt tvang). Ved innleggelsen kan motivasjonen være tilstede, men det erkjennes samtidig at denne erfaringsvis vil svikte på grunn av abstinensproblemer mv. underveis i oppholdet.

Ved at § 10-4 forutsetter samtykke fra pasienten, vil det innebære et mindre inngrep i selvbestemmelsesretten enn ved bruk av tvangsbestemmelsene.

Ved bruk av §§ 10-2 eller 10-3 er derimot ikke samtykke eller erkjennelse avgjørende, men om vilkårene om helsefare mv. er oppfylt. Vilråene i bestemmelsene må være oppfylt før tvangsadgangen kan benyttes.

Avtalt tvang etter § 10-4 er således basert på en avtale mellom pasienten og institusjonen, mens 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.

Avtalt tvang etter § 10-4 er aktuelt både pasienter som ønsker et forsterket opplegg i forhold til en ordinær frivillig innleggelse, pasienter som ikke oppfyller vilråene etter §§ 10-2 eller 10-3, og pasienter som oppfyller vilråene etter § 10-2 eller § 10-3, men hvor § 10-4 likevel vurderes som et tilstrekkelig alternativ for å ivareta behovet i en konkret sak.

I noen tilfeller vil imidlertid ikke § 10-4 være et alternativ til bruk av §§ 10-2 og 10-3. Dette kan være tilfelle ved graviditet om vedtakets lengde anses å være for begrenset til at det gir tilstrekkelig vern for fosteret. Et vedtak etter § 10-4 gjelder for en kortere periode enn vedtak etter §§ 10-2 og 10-3.

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

### 4.3 Tilbakehold i institusjon uten samtykke, § 10-2

---

#### 4.3.1 Innledning

Helse- og omsorgstjenesteloven (hol.) § 10-2 hjemler tvang overfor personer med omfattende og vedvarende rusmiddelmissbruk. Hol. § 10-3 er en egen bestemmelse om tilbakeholdelse av gravide rusmiddelavhengige som misbruker rusmidler til skade for fosteret, og denne behandles nærmere i punkt 4.4.

Utgangspunktet er som nevnt den enkeltes selvbestemmelsesrett over beslutninger som gjelder egen helsesituasjon. Vedtak etter både §§ 10-2 og 10-3 representerer et inngrep i selvbestemmelsesretten, og er fastsatt på bakgrunn av samfunnets ansvar for å gi beskyttelse og hjelp i visse situasjoner. Et

sentralt legitimeringsgrunnlag for bestemmelsene er at rusmiddelmissbruk kan føre til redusert selvbestemmelsesevne til å ta egne valg, kombinert med den fare for negative helsekonsekvenser som er forbundet med høyt rusmiddelforbruk.

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

Når det gjelder begrepsbruk bemerkes at 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. Begrepet «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).

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 bruk

av bestemmelsen er uaktuelt for pasienter som samtykker, kan det fremmes tvangssak 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 frivillighet er et alternativ, eller om bruk av avtalt tvang (§ 10-4) vil være et tilstrekkelig tiltak for denne pasienten.

Det regionale helseforetaket har ansvar for å peke ut institusjoner i det enkelte helseforetak som kan ta imot rusmiddelavhengige til opphold med hjemmel i hol. § 10-2.<sup>80</sup>

#### 4.3.2 Målgruppe og formål

Målgruppen for § 10-2 er personer med alvorlige og skadelige rusmiddelproblemer, der hverken frivillige tiltak eller avtalt tilbakehold er aktuelt eller tilstrekkelig. Et inngrep er begrunnet i hensynet til den rusmiddelavhengiges egen situasjon, for å hindre helseskade.

Bestemmelsen formulerer ikke direkte hva som skal være formålet med et opphold etter hol. § 10-2. I lovens forarbeider fremgår at bestemmelsen tar sikte på de sterkt belastede misbrukere, og at det ikke er grunn til å bruke denne tvangsadgangen med mindre det konkret er grunn til å tro at man gjennom en periode på inntil 3 måneder kan klare å gjøre noe som på sikt har positiv betydning for personen. Det presiseres at de rene avrusningstiltak faller utenfor § 6-2.<sup>81</sup>

Det anses derfor å være en sentral målsetning at pasienten gjennom et rusfritt opphold vil settes i stand til å ta valg om videre behandling og rehabilitering basert på eget

<sup>80</sup> Jf. spesialisthelsetjenesteloven § 2-1a fjerde ledd

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



samtykke. Det fremgår også av ordlyden at inntak skjer for «undersøkelse og tilrettelegging av behandling», jf. hol. § 10-2 første ledd.

Samtidig vil lovens vilkår også omfatte akutte situasjoner hvor en innleggelse er nødvendig for å avverge en alvorlig helseskade, for eksempel fare for overdose, men hvor det er mer uavklart eller usikkert om oppholdet vil ha noen positiv betydning på sikt.

I juridisk teori påpekes at bestemmelsen omfatter ulike perspektiver og dimensjoner; både hindring av funksjonsforverring (avverge akutt skade), funksjonsstabilisering (avrusing) og funksjonsforbedring (bedring i et lengre tidsperspektiv). Forskjellen på de tre dimensjoner er dels tidsmessig, men skiller seg også fra hverandre ved at den første handler om å avverge en mer akutt skade som følge av rusmiddelinntak (skadeavverging), mens de to andre dimensjonene retter seg mer mot rusmiddelavhengigheten (rehabilitering). Felles for de ulike situasjonene er at formålet er å hindre negative helsekonsekvenser.<sup>82</sup>

Formålet ved innleggelsen etter hol. § 10-2 kan derfor både være å hindre akutt, livstruende skade i nær fremtid, og på sikt få pasienten rusfri eller inn i en tilværelse med vesentlig lavere rusmiddelforbruk.<sup>83</sup>

#### 4.3.3 Vilkårene for bruk av §§ 10-2

Kommunen må i den enkelte sak vurdere om de materielle vilkårene i bestemmelsen er oppfylt før den fremmer begjæring om tvang for fylkesnemnda. Vilkårene må også være oppfylt for å treffe midlertidige vedtak.

<sup>82</sup> Karl Harald Søvig (2007) Tvang overfor rusmiddelavhengige s. 93

<sup>83</sup> Lundeberg, Mjåland og Søvig (2014): Tvang i rusfeltet, side 66

Fylkesnemnda må i hver enkelt sak ta stilling til om alle vilkårene for tvangsinnleggelse er oppfylt, basert på en konkret vurdering av det faktiske grunnlaget.

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

Det oppstilles i hol. § 10-2 flere materielle vilkår som alle må være oppfylt. Vilkårene kan omtales og systematiseres noe ulikt, men i henhold til ordlyden er det naturlig med følgende inndeling av vilkårene:

- Omfattende og vedvarende (rusmiddel) misbruk
- Fysisk eller psykisk helsefare
- Årsakssammenheng mellom rusmiddelmisbruket og helsefaren
- Frivillige hjelpetiltak er utilstrekkelig
- Krav om skjønnsmessig helhetsvurdering

I det følgende vil de ulike vilkårene omtales nærmere.

#### **Vilkåret: «omfattende og vedvarende misbruk»**

Det må foreligge et misbruk av *rusmidler*. Selv om ikke begrepet rusmidler benyttes direkte i ordlyden, fremkommer dette av sammenhengen. Rusmidler refererer seg 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.<sup>84</sup>

Videre må det foreligge et *misbruk* av rusmidler. Misbrukskriteriet stiller krav til omfanget av atferden som kan føre til tvangsinnleggelse. Det stilles i § 10-2 krav om et "omfattende og vedvarende misbruk". Språklig sett står "misbruk" i kontrast til "bruk". Begrepet forutsetter dermed en akseptabel bruk og en bruk som er så omfangsrik eller har slike negative konsekvenser at den kan karakteriseres som misbruk.

Det er et krav at misbruket er av et visst omfang, både i tid og mengde. Det må foretas en helhetsvurdering av personenes rusmiddelbruk. Det er ikke mulig å sette opp definerte størrelser, for eksempel at inntak enn mer enn et gitt antall alkoholenheter skal regnes som misbruk, siden det avgjørende er konsekvensen av bruken, ikke mengden i seg selv.

Sentrale momenter i vurderingen av om det foreligger et misbruk 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.

Forsvarlig, forskrevet medikamentbruk vil ikke være et misbruk i lovens forstand.

Begrensningen ligger i at forskrivningen må være *forsvarlig*. Undertiden forskriver leger et

legemiddelforbruk ut over hva som anses som medisinsk forsvarlig. Fylkesnemnden må i slike situasjoner kunne overprøve legens vurdering og konkludere med at rusmiddelinntaket er "misbruk" i lovens forstand. I praksis oppstår sjelden problemstillingen isolert sett fordi personen i tillegg til den forskrevne legemiddelbruken bruker ytterligere rusmidler.

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

**Vilkåret: «utsetter sin fysiske eller psykiske helse for fare»**

Tvangsinnleggelse etter hol § 10-2 kan skje dersom vedkommende ved sitt misbruk utsetter sin fysiske eller psykiske helse for fare, dvs. at det er fare for skade på egen helse. Det forutsettes ved dette at misbruk av rusmidler kan føre til en negativ helsekonsekvens for vedkommende selv.

Det er kun vedkommendes egen helse som ivaretas etter bestemmelsen. Utenfor faller andre interesser, som økonomi, fare for andre eller lignende.

Både skade på den fysiske og psykiske helsen omfattes.

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

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

inntrådt. Det må foretas en sammenligning av pasientens helse med og uten tvangsinnleggelse. Vurderingstemaet er hvordan pasientens 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.

Farevilkåret i hol. § 10-2 inneholder ikke kvalifiserende elementer, i form av alvorlig fare e.l. Det er tilstrekkelig for tvangsbruk at det er «fare» for egen helse. Det er kritisert i teorien at terskelen for tvangsbruk ved dette er lav sammenlignet med for eksempel psykisk helsevernloven.<sup>85</sup> Likevel er krav om fare kun et av flere vilkår som må være oppfylt. Videre vil formåls- og forholdsmessighetsvurderinger utelukke tvangsbruk for å avverge en marginal helsefare.

#### **Vilkåret: Årsakssammenheng mellom rusmiddelmisbruket og helsefaren**

Det er krav om at den helseskaden et tvangsopphold skal forhindre, kan føres tilbake til rusmiddelmisbruket.

Negative helsekonsekvenser som følge av usunt kosthold, røyking eller andre årsaker vil følgelig falle utenfor.

#### **Vilkåret: Frivillige hjelpetiltak må være utilstrekkelige**

---

<sup>85</sup> Lundeberg, Mjåland og Sjøvig (2014): Tvang i rusfeltet, side 89

Det er et vilkår etter hol. § 10-2 at «hjelpetiltak ikke er tilstrekkelig». Tvangsinnleggelse er et inngripende tiltak som ikke skal brukes dersom samme resultat kan oppnås på andre mindre inngripende måter.

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

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.

Det er en praktisk erfaring at målsettingen er lettere å nå om den er basert på pasientens samtykke.<sup>86</sup>

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.<sup>87</sup>

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.

---

<sup>86</sup> Lundeberg, Mjåland og Sjøvig (2014): Tvang i rusfeltet, side 98

<sup>87</sup> Lundeberg, Mjåland og Sjøvig (2014): Tvang i rusfeltet, side 98

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 barnevernloven kan være sentralt for å komme i behandlingsposisjon.

Vanligvis vil frivillig institusjonsopphold være tilbudt før tvangsinnleggelse er aktuelt. Hjelpetiltak inkluderer både institusjonsopphold basert på samtykke (inkludert § 10-4) og ulike former for polikliniske tjenester.

I vurderingen av om hjelpetiltak ikke er *tilstrekkelig*, må kommunens og fylkesnemndas vurdering baseres på en konkret vurdering av den enkeltes bruk av rusmidler, konsekvenser og erfaringer med det frivillige hjelpeapparatet.

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 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.

**Vilkåret: Krav om skjønnsmessig helhetsvurdering**

Bestemmelsen er 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 den vanskeligste vurderingen.

Det må gjøres en individuell avklaring av hva som er *formålet* med tvangsinnleggelsen for 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.

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. I saker etter § 10-2 vil belastningen for pasienten stå sentralt, siden tvangsbruken skjer av hensyn til pasienten selv. Dersom pasienten har tidligere erfaring med institusjonsopphold, eventuelt under tvang, 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 vurdere fordeler og ulemper med disse. Jo mer sannsynlig det er at pasienten profiterer på tvangsinnleggelse, og jo større helsegevinsten vil være for pasienten, jo større er grunnen til å konkludere med at tiltaket er rimelig og hensiktsmessig.

Under den skjønnsmessige vurderingen er det også anledning til å legge en viss vekt på momenter som ikke er relevante ved vurderingen av de øvrige vilkårene. Dersom pasienten er til fare for andre, faller dette utenfor skadevilkåret i § 10-2, men kan likevel til en viss grad trekkes inn i den skjønnsmessige helhetsvurderingen. Selv om tvangsinnleggelse ikke kan skje for å hindre forverring av kroppslig lidelse som er uten sammenheng med rusmiddelmisbruket, kan fylkesnemnda under den skjønnsmessige helhetsvurderingen legge vekt på at tvangsinnleggelse vil være gunstig for denne lidelsen. Momentene som nevnes her må spille en tilbaketrasket rolle under helhetsvurderingen, og en forutsetning vil alltid være at de øvrige vilkårene for tvangsinnleggelse er oppfylt.

#### 4.3.4 Lengden på oppholdet

Etter § 10-2 kan pasienten holdes tilbake på institusjon «i opptil tre måneder». Begrunnelsen for tre 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.

Tre måneder er en lengstetid, men fylkesnemnda kan fastsette kortere tidsrom.

Bestemmelsen begrenser ikke adgangen til å treffe et nytt vedtak etter at vedkommende

igjen er ute av institusjonen, men det kan ikke skje direkte. Det presiseres i forarbeidene at det bør det være adgang til å gjeninnta rusmiddelmisbrukere i institusjon dersom det etter noen tid er behov for nye undersøkelser og tilrettelegging av behandling.<sup>88</sup>

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

## 4.4 Tilbakeholdelse av gravide rusmiddelavhengige, § 10-3

---

### 4.4.1 Innledning

Helse- og omsorgstjenesteloven (hol.) § 10-3 gir adgang til å tvangsinnlegge en gravid rusmiddelavhengig som misbruker rusmidler til skade for fosteret, og tilbakeholde henne i hele svangerskapet, når nærmere vilkår er oppfylt.

Både vedtak etter både §§ 10-2 og 10-3 representerer et inngrep i selvbestemmelsesretten, og er fastsatt på bakgrunn av samfunnets ansvar for å gi beskyttelse og hjelp i visse situasjoner. Mens formålet med § 10-2 er å hindre helseskade hos den rusavhengige selv, er hovedformålet med § 10-3 å verne fosteret mot helseskade som følge av den rusmiddelavhengiges misbruk under svangerskapet. Hensynet til den gravide rusmiddelavhengige kommer ved dette i annen rekke. Lovgiver har gjennom § 10-3 fastsatt at fosterets behov for beskyttelse må veie tyngre enn kvinnens rett til selvbestemmelse.<sup>89</sup>

---

<sup>88</sup> Ot.prp.29 (1990-91) s. 163

<sup>89</sup> Lundeberg, Mjåland og Søvig (2014): Tvang i rusfeltet, side 64

Adgang til tilbakehold etter § 10-3 er ikke samtykkebasert etter avtale med kvinnen, men er basert på vedtak fattet av fylkesnemnda for barnevern og sosiale saker (ordinært vedtak) eller av kommunen (midlertidig vedtak).

Når det gjelder begrepsbruk bemerkes at 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. Begrepet «rusmiddelavhengig/misbruker» 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).

Hol. § 10-3 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 § 10-3. Til tross for at ordlyden kan tolkes dithen at bruk av bestemmelsen er uaktuelt for pasienter som samtykker, kan det fremmes tvangssak også for pasienter som ønsker et tilbakehold innenfor de rammene som følger av § 10-3. Det er en forutsetning at det gjøres en vurdering av om frivillighet er et alternativ,

eller om bruk av avtalt tvang (§ 10-4) vil være et tilstrekkelig tiltak for denne pasienten.

Det regionale helseforetaket har ansvar for å peke ut institusjoner i det enkelte helseforetak som kan ta imot gravide rusmiddelavhengige til opphold med hjemmel i hol. § 10-3.<sup>90</sup>

#### 4.4.2 Målgruppe og formål

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 hovedformål er å hindre eller begrense sannsynligheten for at fosteret påføres rusmiddelrelatert skade.

I tillegg er formålet med innleggelsen å bidra til at kvinnen kan ta seg av barnet etter fødselen. Dette fremgår direkte av lovbestemmelsen i § 10-3 andre ledd: «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.» Behandlingen skal ved dette rette seg både mot den gravides rusmiddelproblem og mot hennes omsorgsevne. Bestemmelsen kan imidlertid benyttes uavhengig av om kvinnen vil kunne ivareta barnet etter fødsel.<sup>91</sup> Hovedformålet med tvangsoppholdet er å hindre eller begrense skade på barnet.

#### 4.4.3 Vilkårene for bruk av § 10-3

Kommunen må i den enkelte sak vurdere om de materielle vilkårene i hol. § 10-3 er oppfylt før den fremmer begjæring om tvang for fylkesnemnda. Fylkesnemnda må i hver enkelt sak ta stilling til om alle vilkårene for

<sup>90</sup> Jf. spesialisthelsetjenesteloven § 2-1a fjerde ledd

<sup>91</sup> Ot.prp. nr. 48 (1994-95) s. 20

tvangsinnleggelse er oppfylt, basert på en konkret vurdering av det faktiske grunnlaget.

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

Det oppstilles i hol. § 10-3 flere materielle vilkår som alle må være oppfylt. Disse er i hovedsak de samme som etter § 10-2. I det følgende vil de ulike vilkårene omtales nærmere.

Vilkårene kan omtales og systematiseres noe ulikt, men i henhold til ordlyden er det naturlig med følgende inndeling av vilkårene:

- Gravid
- Rusmiddelavhengig - misbruk
- Barnet vil bli født med skade
- Årsakssammenheng mellom rusmiddelmissbruket og skaden
- Frivillige hjelpetiltak er ikke tilstrekkelig
- Krav om skjønnsmessig helhetsvurdering

#### **Vilkår: Gravid**

Det er et krav at kvinnen er «gravid». Det kan være et praktisk problem å avklare om kvinnen er gravid eller ikke. Det er ikke hjemmel for å ta graviditetstest av kvinnen uten hennes samtykke. Kommunen er derfor henvist til andre virkemidler for å avklare om kvinnen er gravid eller ikke, f. eks. gjennom

opplysninger fra lege eller fra andre som kjenner kvinnen. Dette medfører i praksis at vedtak etter § 10-3 fattes et stykke ut i svangerskapet.

Helsepersonell har opplysningsplikt etter helsepersonelloven § 32 til den kommunale helse- og omsorgstjenesten når det er grunn til å tro at § 10-3 kommer til anvendelse.

#### **Vilkår: rusmiddelavhengig - misbruk**

Det må foreligge et misbruk av *rusmidler*. Selv om ikke begrepet rusmidler benyttes direkte i ordlyden, fremkommer dette av sammenhengen. Rusmidler refererer seg 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.<sup>92</sup>

Videre må det foreligge et *misbruk* av rusmidler. Misbrukskriteriet stiller krav til omfanget av atferden som kan føre til tvangsinnleggelse. Det stilles i § 10-3 krav om at "misbruket er av en slik art" at det er overveiende sannsynlig at barnet vil bli født med skade. Språklig sett står "misbruk" i kontrast til "bruk". Begrepet forutsetter dermed en akseptabel bruk og en bruk som er så omfangsrik eller har slike negative konsekvenser at den kan karakteriseres som misbruk.

Det er et krav at misbruket er av et visst omfang, både i tid og mengde. Sentrale momenter i denne vurderingen vil være økt toleranse, abstinens, sterk trang til rusmiddelinntak og manglende evne til å

<sup>92</sup> NOU 1985:18 s. 217 og Ot.prp. 29 (1990–91) s. 86.

kontrollere rusmiddelinntaket. Momentene er ikke uttømmende, og ikke alle må være tilstede for at det skal dreie seg om et misbruk i lovens forstand.

Vurderingen vil variere om saken gjelder tvangsinnleggelse etter § 10-2 eller § 10-3. Hensynet til vern av fosteret tilsier at terskelen for når et rusmiddelinntak er et «misbruk», må være lavere etter § 10-3 enn etter § 10-2.

Forsvarlig, forskrevet medikamentbruk vil ikke være et misbruk i lovens forstand. Begrensningen ligger i at forskrivningen må være *forsvarlig*. Undertiden forskriver leger et legemiddelforbruk ut over hva som anses som medisinsk forsvarlig. Fylkesnemnden må i slike situasjoner kunne overprøve legens vurdering og konkludere med at rusmiddelinntaket er "misbruk" i lovens forstand. I praksis oppstår sjelden problemstillingen isolert sett fordi personen i tillegg til den forskrevne legemiddelbruken bruker ytterligere rusmidler.

Legemiddelassistert rehabilitering (LAR) under svangerskapet vil ikke anses som et misbruk i lovens forstand, når bruken er forskrevet av lege og skjer som ledd i et LAR-program. På samme måte som for andre forskrevne legemidler må utgangspunktet være at når bruken skjer som forskrevet er den forsvarlig. Når det gjelder anbefalinger for behandling av gravide i LAR vises det til Nasjonal retningslinje for behandling av gravide i LAR mv.<sup>93</sup>

---

<sup>93</sup> [Nasjonal retningslinje for gravide i legemiddelassistert rehabilitering \(LAR\) og oppfølging av familiene frem til barnet når skolealder.](#)

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, og dette vurderes som misbruk.

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

**Vilkår: «barnet vil bli født med skade»**

Tvangsinnleggelse etter hol. § 10-3 kan skje dersom misbruket er av en slik art at det er overveiende sannsynlig at barnet vil bli født med skade.

Bruk av rusmidler under svangerskapet kan utsette fosteret for betydelig risiko for skade. Å sikre en rask intervensjon overfor gravide rusavhengige er en sentral målsetning for tjenestene.

Skadevilkåret er i § 10-3 definert som at «barnet vil bli født med skade». Vernet settes altså inn på fosterstadiet, men den beskyttede interessen er i loven beskrevet som barnet.

Det må vurderes om fosterets fysiske eller psykiske helsetilstand vil avvike negativt fra den helsetilstanden fosteret ville hatt, dersom moren ikke hadde misbrukt rusmidler under svangerskapet. Det må foretas en sammenligning av situasjonen med og uten tvangsinnleggelse. Vurderingstemaet er hvordan fosterets prognose vil være dersom moren holdes tilbake i institusjon, sammenlignet med hvordan utviklingen vil bli uten slik tilbakeholdelse. I vurderingstemaet



ligger innbakt et visst avvik fra det optimale, idet hva som er normalt nødvendigvis må åpne for et visst spillerom.

Både abstinenser og risiko for tidlig fødsel må ses på som skade i lovens forstand.<sup>94</sup> At abstinenser omfattes av skadebegrepet er praktisk viktig siden denne skadetyper normalt er enkel å sannsynliggjøre.

I saker om tvangsinnleggelse etter § 10-3 er det viktig at fylkesnemnda har et tilstrekkelig grunnlag for å vurdere skadepotensialet (og 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 sakkyndig kompetanse ut over 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.

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 es 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.

#### **Vilkår: Årsakssammenheng mellom rusmiddelmissbruket og skaden**

Bestemmelsene i § 10-2 og 10-3 hjemler tvangsbruk for å hindre helseskade som kan føres tilbake til rusmiddelmissbruk.

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. Vurderingen blir om frivillige hjelpetiltak er egnet til å hindre helseskade på fosteret. Kommunens og fylkesnemndas vurdering må baseres på en konkret vurdering av den enkeltes bruk av rusmidler, konsekvenser og erfaringer med det frivillige hjelpeapparatet.

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

<sup>94</sup> Karl Harald Sjøvig (2007) Tvang overfor rusmiddelavhengige s. 265–266

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.

Det er en praktisk erfaring at målsettingen er lettere å nå om den er basert på pasientens samtykke.<sup>95</sup>

Hvilke hjelpetiltak som er relevante må vurderes i lys av den enkeltes behov, herunder beskyttelse av fosteret. Både aktuelle tilbud på kommunalt nivå og i spesialisthelsetjenesten må være utilstrekkelig før tvangsinnleggelse er aktuelt.<sup>96</sup>

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.

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.

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.

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.

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 § 10-3 må det være klart at den gravide ikke vil gjennomføre et frivillig opphold i institusjonen.

For gravide vil frivillige urinprøver ofte være aktuelt som en del av hjelpetiltakene. Det finnes gode tiltak for gravide rusmiddelmissbrukere som ikke er i LAR, og slike alternativer bør vurderes først.<sup>97</sup> Søknad til LAR kan være aktuelt.<sup>98</sup> En 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.<sup>99</sup> 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.

<sup>97</sup> For utfyllende informasjon, se [IS-1876 Nasjonal retningslinje for gravide i legemiddellassistert rehabilitering \(LAR\) og oppfølging av familiene frem til barnet når skolealder.](#)

<sup>98</sup> 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.

<sup>99</sup> Se [IS-1701 Nasjonal retningslinje for legemiddellassistert rehabilitering ved opioidavhengighet.](#)

<sup>95</sup> Lundeberg, Mjåland og Søvig (2014): Tvang i rusfeltet, side 98

<sup>96</sup> Lundeberg, Mjåland og Søvig (2014): Tvang i rusfeltet, side 98

Dersom kvinnen takker nei til LAR vil hjelpetiltaket anses som «utilstrekkelig». LAR behandling må alltid innebære et helhetlig rehabiliteringsforløp med helhetlig oppfølging og behandling.

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 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**

Bestemmelsen er 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 den vanskeligste vurderingen.

Ved innleggelse av gravide er *formålet* å hindre eller begrense sannsynligheten for at barnet påføres skade. Barnets situasjon er gitt forrang fremfor kvinnens selvbestemmelsesrett. Kommunen og fylkesnemnda må vurdere nærmere hvor sannsynlig det er at en oppnår denne målsetningen gjennom en tvangsinnleggelse.

I saker etter § 10-2 står *belastningen for den aktuelle pasienten* sentralt. 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.

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 større helsegevinsten vil være for fosteret, 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.<sup>100</sup>

#### **4.4.4 Lengden på oppholdet**

Etter § 10-3 kan oppholdet være «hele svangerskapet».

Vedtaket etter § 10-3 må vurderes minst hver tredje måned.<sup>101</sup> Tilbakeholdelsen kan bare fortsette dersom kommunen treffer avgjørelse om det innen fristen på tre måneder. Det skal

<sup>100</sup> jf. § 10-3 andre ledd siste setning.

<sup>101</sup> jf. § 10-3 tredje ledd.

vurderes om det fortsatt er grunnlag for tilbakeholdelse.

Vedtak etter § 10-3 faller automatisk bort ved svangerskapsavbrudd eller fødsel. Dersom en kvinne innlagt etter § 10-3 tar abort eller mister barnet under svangerskap, kan hun overføres til videre frivillig innleggelse eller skrives ut om hun ønsker det. Det kan også vurderes om det er grunnlag for avtalt tvang § 10-4 eller tvangsopphold etter § 10-2.

#### 4.5 Midlertidige vedtak

Det kan ta tid å forberede og fatte vedtak etter §§ 10-2 og 10-3. Kommunen er derfor gitt en adgang til på nærmere vilkår å treffe et midlertidig vedtak om tvangsinnleggelse, etter en forenklet saksbehandling, jf. § 10-2 fjerde ledd og § 10-3 femte ledd.

Et midlertidig vedtak, eller «hastevedtak», skal bare brukes når de hensynene vedtaket skal ivareta kan bli vesentlig skadelidende om ikke vedtaket fattes og iverksettes raskt. Adgangen til å fatte midlertidig vedtak er ment å være et unntak fra hovedregelen om at det skal fattes ordinært vedtak.<sup>102</sup>

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 (særlig om det er ukritisk) og om faren for overdose eller akutt forgiftning er overhengende. Pasientens eget syn på saken er også relevant.<sup>103</sup>

Hastevedtaket er et enkeltvedtak som må begrunnes.<sup>104</sup> Det må gjøres særskilt rede for hvorfor kommunen har funnet det nødvendig å fatte hastevedtak i saken, fremfor å følge ordinær fremgangsmåte. Det midlertidige vedtaket må godkjennes av fylkesnemndsleder.<sup>105</sup>

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.

<sup>103</sup> Pasient- og brukerrettighetsloven § 3-1

<sup>104</sup> Erfaring viser at midlertidige vedtak brukes i stor utstrekning, og langt mer enn lovgiver hadde forutsatt..

<sup>105</sup> Jf. barnevernloven § 7-22

<sup>102</sup> Ot.prp. 48 (1994–95) s. 21, jf. NOU 1985: 18 s. 299

Midlertidige vedtak utløser plikt til øyeblikkelig vurdering i spesialisthelsetjenesten, men ikke nødvendigvis innleggelse på dagen. Institusjonen avgjør innleggelsestidspunktet ut fra hastegrad og en forsvarlighetsvurdering.<sup>106</sup>

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.

Innleggelse via hastevedtak oppleves ofte som dramatisk for den det gjelder og kan forsterke følelsen av maktesløshet i prosessen. Pasienten vil i liten grad være forberedt på innleggelsen, og starten på institusjonsoppholdet kan preges av motvilje. I tillegg kan pasienten rette fokus mot hovedsaken, slik at motivasjonen ikke er til stede for behandling i påvente av at saken skal vurderes av nemnda. Dermed kan behandlingsinstitusjonen under den første delen av oppholdet ha problemer med å få en god relasjon til pasienten.

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, men barneverntjenesten kan uavhengig av det sette inn ulike former for hjelpetiltak dersom den gravide samtykker. Å sikre en rask intervensjon overfor gravide rusavhengige er en sentral målsetning for tjenestene.

<sup>106</sup> Helsedirektoratets fortolkning 12.05.2010 (08/8983)

Det kan være vanskelig å komme utenom at saker om tvangsinnleggelse overfor gravide normalt vil haste. Rokkan-rapporten<sup>107</sup> 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 fosteret for betydelig risiko for å bli født med skade, og utsetter den gravide selv for helse- og livsrisiko. God kommunikasjon og samarbeid mellom helse- og omsorgstjenesten og barneverntjenesten 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 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 og kunnskap om tjenestenes opplysningsplikt.<sup>108</sup>

<sup>107</sup> Rapport 2/2010, Uni Rokkansenteret

<sup>108</sup> helsepersonelloven § 32 og 33



# 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.<sup>109</sup>

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. Nemndbehandlingen, 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,

<sup>109</sup> Se også rutinebeskrivelse saksbehandling, vedlegg kap. 9.17

*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 opphøre<sup>110</sup>
- fødselen har funnet sted eller svangerskapet er avbrutt<sup>111</sup>

<sup>110</sup> Jf § 10-2, (3) andre og tredje punktum og § 10-3(4)

## 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).

---

<sup>111</sup> Jf. § 10-3

Fylkesnemndas avgjørelse kan overprøves av tingretten.<sup>112</sup> Fylkesnemndene er lokalisert på 12 steder i Norge. Det er i Oslo, Moss, Drammen Lillehammer, Skien, Stavanger, Kristiansand, Bergen, Molde, Trondheim, Bodø og Tromsø.<sup>113</sup>

## 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 bokstave)
2. *kommunen* (§ 10-2 og § 10-3)

Det er bare partene og deres prosessfullmektig som har innsynsrett i saken.<sup>114</sup>

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 i spesialisthelsetjenesten
- politiet
- avrusningsinstitusjon
- behandlingsinstitusjon
- eventuelt samarbeidsorgan/bistandsteam

---

<sup>112</sup> Jf. hot. § 10-7

<sup>113</sup> Se vedlegg kap. 9.19 for detaljert oversikt.

<sup>114</sup> Se § 10-5, jf. barnevernloven § 7-4



### *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 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

### **Delegasjonsvedtak**

NAV eller kommunal helse- og omsorgstjeneste har 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.<sup>115</sup> Dette gjelder

<sup>115</sup> Se helse- og omsorgstjenesteloven §§ 10-8, jf. 11-1

også der pasienten allerede er innlagt i spesialisthelsetjenesten med grunnlag i et midlertidig vedtak. I utgangspunktet påhviler ansvaret oppholdskommunen.<sup>116</sup> Ansvaret for å sørge for ledsager ved behov, samt å finansiere utgiftene knyttet til ledsager, faller innenfor kommunens helhetlige ansvar for å reise tvangssak.<sup>117</sup>

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 kommunen. Det er viktig at advokaten som engasjeres har god kompetanse innenfor fagfeltet.

<sup>116</sup> Jf. § 10-8 første ledd

<sup>117</sup> Jf. §§ 10-4, jf. 11-1

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.

#### *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.<sup>118</sup>

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.<sup>119</sup> I saker som går for fylkesnemnda, gjelder et utvidet dokumentinnsyn sammenlignet med forvaltningslovens vanlige regler.<sup>120</sup> 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:*

<sup>118</sup> Se barnevernloven § 7-8 og rettshjelpsloven § 17

<sup>119</sup> Jf. barnevernloven § 7-4 og forvaltningsloven § 18

<sup>120</sup> Jf. barnevernloven § 7-4

- 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

#### *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

- saksbehandlers observasjoner nedtegnet i journal

### 3. Årsakssammenheng rusmiddelmissbruk 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.<sup>121</sup>

#### 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.

<sup>121</sup> Det vises til vedlagte mal for begjæring om tiltak til fylkesnemnda i kap. 9.17.

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.

#### 2. Rusmiddelmissbruk

- 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 rusmiddelmissbruk og helsefare

- dokumentasjon fra lege, helsestasjon, svangerskapsomsorg og lignende.
- dokumentasjon på overdoser, akuttinnleggelser
- somatisk og psykisk helse: for eksempel legeattester, urinprøver
- sosial situasjon/fungering
- rusmiddelmissbruk under eventuelle tidligere svangerskap
- vitneobservasjoner
- faglig dokumentasjon av følgene av rusmiddelmissbruk for barnet<sup>122</sup>

#### 4. Andre hjelpetiltak er ikke tilstrekkelig

- dokumentasjon eller beskrivelse av frivillige tiltak

<sup>122</sup> «Rapport om konsekvenser for fosteret/barnet ved bruk av rusmidler/avhengighetsskapende legemidler i svangerskapet» fra Folkehelseinstituttet ferdigstilles september 2015.

- 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:

- 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 innhentingene. Hvis informasjonskilden ikke har taushetsplikt, kan det innhentes opplysninger uavhengig av personens standpunkt.<sup>123</sup>

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 langt 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.<sup>124</sup>

## 5.5 Hastevedtak

Dersom det ikke er tid til å avvente vanlig saksgang kan kommunen treffe et midlertidig vedtak, også omtalt som akutt- eller hastevedtak. Dette er en hjemmel som tillater å forskuttere fylkesnemndas vedtak. Det er ikke anledning for kommunen å vedta at det skal tas urinprøver ved midlertidige vedtak etter § 10-2 og § 10-3. Midlertidige vedtak etter § 10-2 og § 10-3 er enkeltvedtak, og forvaltningslovens bestemmelser om og krav til enkeltvedtak gjelder.<sup>125</sup>

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,

<sup>123</sup> Kapittel 2.5 omhandler informasjonskilder som har taushetsplikt.

<sup>124</sup> Se § 10-5, jf. barnevernloven § 7-17 og tvisteloven § 22-7

<sup>125</sup> Jf. forvaltningsloven kapittel 4 og 5

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

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

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.

Det midlertidige vedtaket må godkjennes foreløpig av fylkesnemndlederen snarest mulig etter at vedtaket er iverksatt, og hvis mulig innen 48 timer.<sup>126</sup>

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.

Fristen for å fremme forslag til endelig vedtak for fylkesnemnda er to uker fra vedtaksdatoen for det midlertidige vedtaket.<sup>127</sup> 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.

#### **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

<sup>126</sup> Jf. barnevernloven § 7-22. Se rutiner for saksbehandling i sammendraget

<sup>127</sup> § 10-2(5) og § 10-3(6)

lengstetid på 3 måneder som vedtas i ordinær sak. Lengstetiden beregnes derfor med utgangspunkt i det tidspunkt det midlertidige vedtak ble iverksatt.

## 5.6 Klage på hastevedtak

---

Privat part kan når som helst påklage et midlertidig vedtak til fylkesnemnda.<sup>128</sup> Privat part skal sende klage direkte til fylkesnemnda.<sup>129</sup> 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.<sup>130</sup> 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.

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.

### 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)

---

<sup>128</sup> Se barnevernloven § 4-23.

<sup>129</sup> Jf. § 10-2(4) og § 10-3(5) sammenholdt med barnevernloven § 7-23

<sup>130</sup> Jf. § 10-2(4) og § 10-3(5) og barnevernloven § 7-23

- 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.<sup>131</sup>

### *Begjæringens innhold*

Loven beskriver kravene til begjæringen.<sup>132</sup> 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.<sup>133</sup>

Kommunen / prosessfullmektigen bør snarest varsle aktuelle vitner.<sup>134</sup>

<sup>131</sup> Jf. barnevernloven § 7-12

<sup>132</sup> Se § 10-5 og barnevernloven § 7-11

<sup>133</sup> Jf. 6 ukers iverksettelsesfrist, § 10-2(3) og 2 ukers iverksettelsesfrist i § 10-3(3)

<sup>134</sup> Se vedlegg 9.17.

### *Fylkesnemndas saksforberedelse og forenklet behandling*

Fylkesnemndas saksmottak:

- Fylkesnemnda foretar en kontroll av saken i forkant av forhandlingsmøte.<sup>135</sup>
- 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.<sup>136</sup>

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 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.

---

<sup>135</sup> Jf. barnevernloven § 7-12

<sup>136</sup> Jf. § 10-5(2)

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 tilsvare i all hovedsak en vanlig hovedforhandling hos domstolen. Nemnda innkaller partene til forhandlingsmøtet.<sup>137</sup> Så langt innkalling har funnet sted i henhold til barnevernsloven<sup>138</sup>, kan saken behandles selv om privat part ikke møter.<sup>139</sup> Forhandlingsmøtet er regulert i barnevernloven.<sup>140</sup>

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.<sup>141</sup> I tillegg betaler nemnda eventuelle utgifter til oversetting av vedtak for fremmedspråklige parter.

---

<sup>137</sup> Jf. barnevernloven § 7-7

<sup>138</sup> § 7-7(1)

<sup>139</sup> Jf. § 7-7(2)

<sup>140</sup> § 7-15 og tvisteloven § 9-15

<sup>141</sup> Rettshjelpsloven § 17



### 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.

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.<sup>142</sup>
- Forhandlingsmøtet er lukket for andre enn partene.<sup>143</sup> 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.<sup>144</sup>

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.

---

<sup>142</sup> Se barnevernloven § 7-18

<sup>143</sup> Se barnevernloven § 7-16

<sup>144</sup> Jf. § 10-5 og barnevernloven § 7-10

Kommunen har ingen plikt til å iverksette vedtaket. Kommunen kan la være å iverksette vedtaket dersom forholdene tilsier det.<sup>145</sup>

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.

#### *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.<sup>146</sup>

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

tilsvar, 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.<sup>147</sup>

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.<sup>148</sup> 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.<sup>149</sup> 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 at vedtaket skal settes i verk.

---

<sup>145</sup> Jf. hot. § 10-2(3) og § 10-4(4)

<sup>146</sup> § 10-7. Domstolens saksbehandlingsregler følger av tvistelovens kap. 36.

<sup>147</sup> Hjemmelen for fylkesnemnda er forvaltningsloven § 43, mens hjemmelen til domstolen er tvisteloven § 36-2(3).

<sup>148</sup> Jf. § 10-2(3)

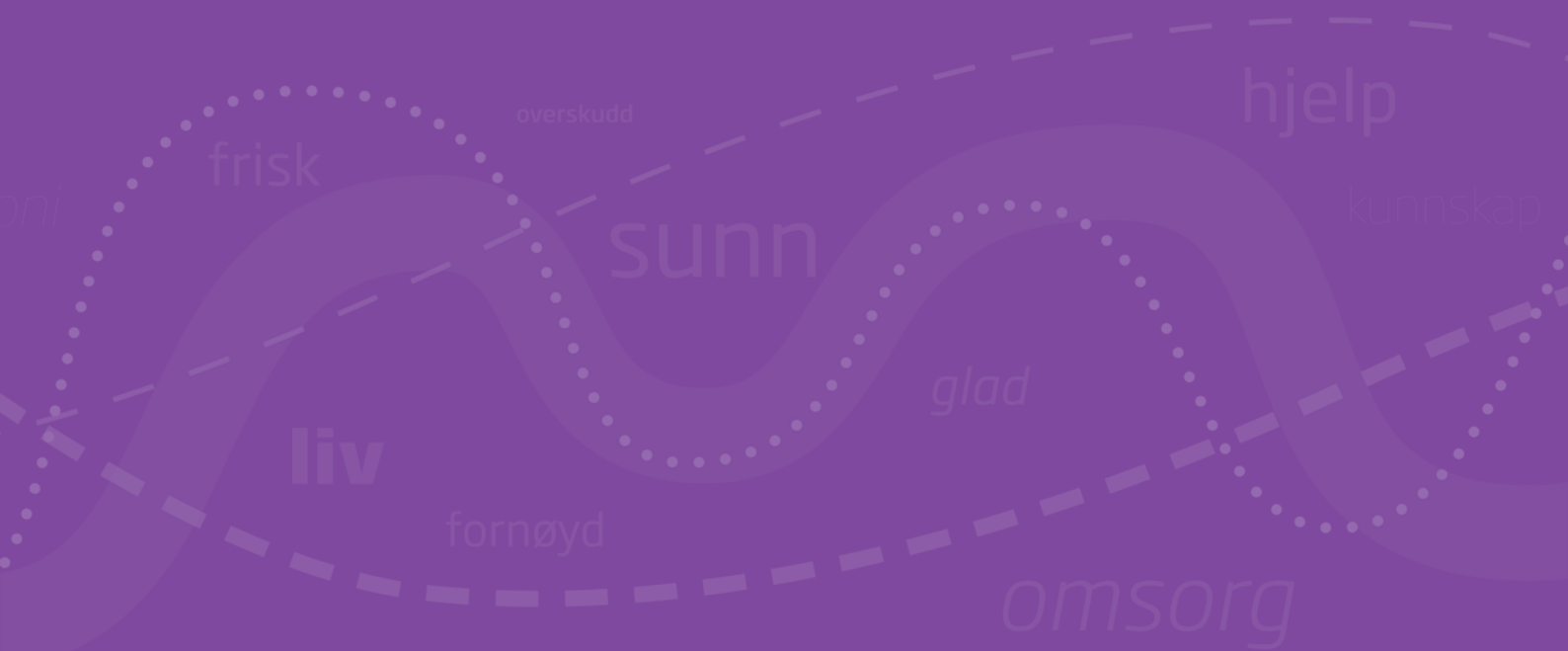
<sup>149</sup> Jf. det uttrykkelige påbudet i § 10-2(3)

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,<sup>150</sup> 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.<sup>151</sup>

---

<sup>150</sup> Lundeberg og Mjåland 2009

<sup>151</sup> Jf. spesialisthelsetjenesteloven § 6-4



# TILBAKEHOLDSFASEN

## 6 TILBAKEHOLDSFASEN

Gjennomføringen av vedtak om tvang skjer i en eller flere institusjoner i spesialisthelsetjenesten som yter tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB). Institusjonen må legge til rette for at oppholdet gjennomføres i tråd med vedtaket. Institusjonen har ansvar for å samarbeide med relevante aktører, og for at tilbakeholdet tilrettelegges slik 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

- Et tvangsopphold skal være individuelt tilrettelagt i samarbeid med pasienten/brukeren og relevante aktører.
- Institusjonen må foreta 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 rømming. Tilbudet må være variert, meningsfullt og inneholde tilstrekkelig aktivitet.
- Pasienten bør sikres direkte overgang til frivillig institusjonsplass i TSB, hvor pasienten ønsker det.
- Personell som jobber med tvang må få nødvendig opplæring og veiledning for å sikre tilrettelagt oppfølging av pasientene.
- Avklaring av ansvar og fordeling av oppgaver bør fastsettes sammen med relevante aktører så tidlig som mulig.
- Oppfølging etter utskrivning bør planlegges allerede ved innleggelse. Bruk av bistandsteam, individuell plan og ansvarsgrupper er gode 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 og samarbeide med kommunen i god tid før utskrivning for å sikre pasienten nødvendig oppfølging.
- Tvang og restriksjoner skal innskrenkes til det strengt nødvendige, og det skal så langt det er mulig tas hensyn til pasient og brukers syn på slike tiltak. Det kan bare benyttes tiltak som gir en så gunstig virkning at det klart oppveier ulempene med tiltaket.

### 6.1 Betydningen av brukermedvirkning, 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.<sup>152</sup> 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 gjennomføringen får forutsigbarhet og en målrettet innretning for oppholdet.

Institusjoner som tilbyr pasienter plass etter §§ 10-2, 10-3 og 10-4 må ha skriftlige rutiner for opphold som ivaretar formålene med disse innleggelsene.

## 6.2 Tilbud om individuelt 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. Målet er å motivere for videre behandling. Hensikten med opphold etter §§ 10-2, 10-3 og 10-4 vil være ulik og faglig innhold må gjenspeile dette.

### Mottakelse av pasienter

Selve innleggelsen kan være en spesielt sårbar situasjon for pasientene. 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, kvalifisert helsepersonell 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 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.<sup>153</sup> Dersom det finnes en individuell plan (IP) fra tidligere bør det bygges videre på denne i samarbeid med pasient/bruker, kommunen og andre relevante aktører. Kommunens ansvar for å tilby IP tilsier at kommunen alltid involveres når IP utformes.<sup>154</sup>

Det bør gjennomføres regelmessige ansvarsgruppemøter.<sup>155</sup> Deltakere i ansvarsgruppa avgjøres sammen med pasienten, i samarbeid med kommunen, 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 innleggelse etter § 10-3. Det er spesielt viktig ved en innleggelse etter § 10-3 at det lages en plan for oppfølging av mor og barnet, og at far/partner også inkluderes dersom mor ønsker det. Ofte er det hensiktsmessig å involvere og gi tilstrekkelig hjelp til partner i saker etter § 10-3. Dette kan bidra til at partner kan være med å stabilisere

---

<sup>152</sup> Se kapittel 1 vedrørende brukermedvirkning.

---

<sup>153</sup> [IS-2214](#) Behandling og rehabilitering av rusmiddelproblemer og avhengighet

<sup>154</sup> Jf. HOL § 7-1.

<sup>155</sup> Se kap 2.2 - Bistandsteam

situasjonen og være en god støtte i videre behandling for den gravide.<sup>156</sup>

Dersom det blir klart at det vil fattes vedtak om omsorgsovertagelse er det viktig å sørge for god oppfølging av mor/far for å ivareta den psykiske helsen. Det kan være viktig å vurdere om det er behov for å involvere søsken uavhengig av omsorgsovertakelse eller ikke, selv der søsken er plassert i fosterhjem.

Mer utfyllende informasjon om kartlegging, utredning, behandlingstilnærming, behandlingsforløp og ulike behandlingsmetoder finnes i [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.

### **LAR-behandling**

Rokkan-evalueringen viste at det var flere pasienter som under tilbakeholdet ble vurdert til å ha nytte av LAR-behandling.<sup>157</sup> Det anbefales at pasienter som kan være aktuelle

for substitusjonsbehandling utredes for dette.<sup>158</sup>

## **6.3 Tvangstiltak under gjennomføring av oppholdet**

---

### **6.3.1 Innledning**

[Forskrift](#) 2016-08-26-1003 om rettigheter og bruk av tvang under opphold i institusjon for behandling, omsorg og rehabilitering av personer med rusmiddelproblemer (Forskrift om rettigheter og tvang i rusinstitusjon) trådte i kraft 1. november 2016.<sup>159</sup>

Forskriften gjelder for alle døgninstitusjoner som yter helse- og omsorgstjenester på rusfeltet, jf. § 2. Den gjelder også for innleggelse i institusjoner som tilbyr tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengighet (TSB) med hjemmel i helse- og omsorgstjenesteloven § 10-2, § 10-3 og § 10-4. Dette er presisert i forskriften § 2 a). Forskriften gjelder selv om TSB-institusjonen organisatorisk er underlagt psykisk helsevern.

Formålet med forskriften er å gi regler om gjennomføring av oppholdet i institusjon for personer med rusmiddelproblemer, å avklare når det er adgang til å bruke tvang og å forhindre at tvang brukes i større utstrekning enn nødvendig. Tiltak under opphold på rusinstitusjon skal i hovedsak være basert på frivillighet. Unntaksvis er det likevel behov for å anvende tiltak uten pasient og brukers samtykke.

---

<sup>158</sup> [IS-1701](#) Nasjonal retningslinje for legemiddellassert rehabilitering ved opioidavhengighet

<sup>159</sup> Ny forskrift erstatter tidligere forskrift til lov om sosiale tjenester kapittel 5 «Beboernes rettigheter og bruk av tvang i institusjoner for omsorg for og behandling av rusmiddelmisbrukere», jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 13-2

---

<sup>156</sup> Zanoni, L. Et al. (2013) Fathers as "core business" in child welfare practice and research: an interdisciplinary review. Children and Youth Services Review 35, pp. 1055-1070

<sup>157</sup> [Rapport 2-2010](#), Uni Rokkansenteret.

I forbindelse med utarbeidelsen av ny forskrift ble det også gjort nødvendige endringer i forskriftshjemlene i spesialisthelsetjenesteloven § 3-14 og helse- og omsorgstjenesteloven § 12-4, samt enkelte endringer i helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 10 og psykisk helsevernloven om rusmiddeltesting.<sup>160</sup>

Rusmiddeltesting reguleres etter endringene av ny forskrift § 6. Fylkesnemndas tidligere kompetanse til å vedta adgang til å kreve urinprøver av pasienter som tvangsinnlegges etter hol. §§ 10-2 andre ledd og 10-3 første ledd, er opphevet. Videre er hol. § 10-4 fjerde ledd om samtykke til adgang til å sette vilkår om urinprøver også opphevet.

### 6.3.2 Vern om personlig integritet

Forskriften § 3 regulerer vern om personlig integritet. Det fremgår at tvang og restriksjoner etter forskriften skal innskrenkes til det strengt nødvendige, og det skal så langt det er mulig tas hensyn til pasient og brukers syn på slike tiltak. Det kan bare benyttes tiltak som gir en så gunstig virkning at det klart oppveier ulempene med tiltaket. Tvangsbruk kan i hovedsak bare skje når det er strengt nødvendig av hensyn til pasient og bruker selv, av hensyn til andre medpasienter og brukere, eller av hensyn til ansatte på institusjonen.

Videre presiseres det i forskriften at så langt det er forenelig med formålet med oppholdet, institusjonens ansvar for å ivareta forsvarlig drift og hensynet til andre pasienter og brukere, skal institusjonen drives slik at

pasient og brukers mulighet til å bestemme over seg selv blir ivaretatt.

Med disse begrensninger skal forholdene legges til rette for at pasient og bruker blant annet får delta i utformingen av institusjonens daglige liv og andre forhold som berører den enkelte, anledning til å ivareta sine private interesser og hobbyer, tilgang til aktivitetstilbud innen rammen av husordensreglene og anledning til daglige uteaktiviteter. Det skal tas hensyn til den enkeltes livssyn, kulturelle bakgrunn og seksuelle legning.

### 6.3.3 Husordensregler

Forskriften § 4 pålegger institusjonen en plikt til å utarbeide husordensregler. Reglene skal forelegges for pasienten ved ankomst for å sikre forutsigbarhet i oppholdet.

Husordensregler kan bare omfatte hverdagslige interne regler for det daglige livet på institusjonen. Formålet med reglene er å sikre god og forsvarlig drift, sikre at institusjonen fungerer som et sosialt fellesskap, og at det legges til rette for et godt behandlings- og rehabiliteringsmiljø.

Ved opphold i en rusinstitusjon må alle finne seg i visse innskrenkninger i sin rett til selvbestemmelse for å sikre hensynet til fellesskapet og formålet med driften og oppholdet. Eksempler på husordensregler kan være regler for telefonbruk på fellesarealer, regler for nattero, tid for måltider, hvor og når besøk kan finne sted, forbud mot alkohol og andre berusende midler.

Det kan også bestemmes i husordensreglene at pasient med ruspåvirket atferd kan bes om å oppholde seg på eget rom og kan nektes

<sup>160</sup> Jf. lov av 20. mai 2016 nr. 10 om endringer i psykisk helsevernloven mv. og [Prop. 40 L \(2015-2016\)](#)



adgang til felles oppholdsrom. Dette kan ikke gjøres i større utstrekning enn strengt nødvendig.

Det må gjøres en konkret vurdering av om det er behov for å be pasienten oppholde seg på rommet i henhold til adgangen fastsatt i husordensreglene. Dette kan ikke gjøres rutinemessig, for eksempel for alle nye pasienter ved oppstarten av et døgnopphold. Det vises til at dette tiltaket ikke kan gjøres i større utstrekning enn strengt nødvendig. Den ansvarlige for behandlingen av pasienten må vurdere hva som er faglig forsvarlig. Det vil heller ikke være adgang til å låse døren til pasientens rom eller inn til en egen mindre del av enheten/avdelingen.

Husordensregler, rutiner eller lignende kan ikke innskrenke pasient og brukers rettigheter etter lov og forskrift, og må ikke anvendes på en måte som vil være urimelig i det enkelte tilfellet. Husordensreglene skal ikke være strengere enn absolutt nødvendig etter formålet. Husordensreglene må fremstå forholdsmessige, og ikke gi generelle regler om forhold som etter sin art er av et slikt innhold at de bør vurderes individuelt. Institusjonen må foreta en grundig vurdering av hva slags interne regler de vurderer at det er behov for, og sikre at disse er i samsvar med lov og forskrift.

Husordensreglementet bør undersøkes med henblikk på om det gjør inngrep i pasientens/brukerens livsutfoldelse i en slik grad at det forutsetter lovhjemmel (legalitetsprinsippet) og vedtak etter forskriften.

Forskriften pålegger også institusjonene å sende husordensreglene og revisjoner av disse

til Fylkesmannen, som skal påse at reglene er i overensstemmelse med gjeldende lover og forskrifter.

#### 6.3.4 Oppbevaring av eiendeler og økonomiske midler

Forskriften § 5 pålegger institusjonen å ha skriftlige rutiner for hvordan pasienten kan oppbevare økonomiske midler og personlige eiendeler.

#### 6.3.5 Rusmiddeltesting av biologisk materiale

Forskriften § 6 regulerer rusmiddeltesting. Mens rustesting tidligere var begrenset til urinprøver er det ved lov- og forskriftsendringene innført en teknologinøytral bestemmelse om rusmiddeltesting av biologisk materiale. Rusmiddeltesting via spytt og hår er under utprøving og er i ferd med å bli aktuelle testmetoder. For å ta høyde for framtidig teknologi på dette området åpner forskriften for rusmiddeltesting av biologisk materiale.

I tillegg til urinprøver kan det gis det da adgang til testing av andre typer biologisk materiale som f.eks. spytt og hår.

Pasienten kan samtykke til at det tas prøver av biologisk materiale for å påvise bruk av rusmidler når det er nødvendig for å oppnå formålet med oppholdet. Samtykke må være skriftlig og avgis før eller under oppholdet.

Ved opphold etter vedtak med hjemmel i helse- og omsorgstjenesteloven § 10-2 og § 10-3, herunder ved midlertidige vedtak, kan institusjonens leder eller den lederen gir fullmakt treffe vedtak om prøve av biologisk materiale for å påvise bruk av rusmidler når det er nødvendig for å oppnå formålet med

oppholdet. Vedtaket kan ha varighet for hele oppholdet.

#### 6.3.6 Forbindelse med omverdenen

Forbindelse med omverdenen reguleres av forskriften § 7. Hovedregelen er at pasienten har rett til besøk, telefonbruk, PC og annen forbindelse med omverdenen.

I noen tilfeller kan det likevel fattes vedtak om innskrenkninger i retten til forbindelse med omverdenen. Vedtakskompetanse er lagt til institusjonens leder eller den lederen gir fullmakt.

Det kan treffes vedtak om at pasienten ikke skal få besøk av en bestemt person eller at det skal være personale til stede ved besøk, dersom det er nødvendig for å oppnå formålet med oppholdet, herunder ved begrunnet mistanke om at personen vil medbringe legemidler, rusmidler, skadelige stoffer eller farlig gjenstand. Vedtaket kan ha varighet inntil 14 dager.

Videre kan det ved begrunnet mistanke om at legemidler, rusmidler, skadelige stoffer eller farlige gjenstander vil bli forsøkt innført, treffes vedtak om at pasientens post åpnes og kontrolleres med henblikk på dette. Om mulig skal dette skje i pasientens nærvær.

Det kan også treffes vedtak om beslag av pasient og brukers egne elektroniske kommunikasjonsmidler, herunder mobiltelefon og PC, dersom kamera/lydopptaksfunksjon gjør dette nødvendig av hensyn til andre pasienters eller brukers eller ansattes personvern. Vedkommende skal da gis adgang til å benytte annen telefon/PC. Vedtaket kan ha varighet inntil 14 dager.

Utover det som følger av rimelige begrensninger i husordensregler, kan det ikke vedtas restriksjoner i retten til å kommunisere med departementet, Statens helsetilsyn, Fylkesmannen, Stortingets ombudsmann for forvaltningen, pasient- og brukerombud, prest eller tilsvarende sjelesørger, juridisk rådgiver eller den som opptrer på pasient eller brukers vegne i en klagesak.

#### 6.3.7 Kroppsvisitasjon og undersøkelse av pasients rom og eiendeler

Forskriften § 8 regulerer kroppsvisitasjon og undersøkelse av pasientens rom og eiendeler.

Institusjonens leder eller den lederen gir fullmakt kan treffe vedtak om kroppsvisitasjon og undersøkelse av pasientens rom og eiendeler ved *begrunnet mistanke* om at legemidler, rusmidler, skadelige stoffer eller farlige gjenstander vil bli forsøkt innført eller er innført i institusjonen, når dette er nødvendig for å oppnå formålet med oppholdet.

Videre kan den enkelte institusjon innføre rutinekontroll av pasienter ved innleggelse og etter opphold utenfor institusjonen for å hindre innføring av legemidler, rusmidler, skadelige stoffer eller farlige gjenstander. Kontrollen kan omfatte undersøkelse av pasientens eiendeler og kroppsvisitasjon uten avkledning av pasienten. Rutinekontroll kan bare innføres når dette er nødvendig for å oppnå formålet med oppholdet. Mindre inngripende tiltak skal være vurdert. Institusjonen skal dokumentere at vilkårene for å innføre rutinekontroll er oppfylt.

Kroppsvisitasjon og annen undersøkelse skal gjennomføres så skånsomt som mulig.

Intensiteten i kontrollen må stå i et rimelig forhold til det en kan oppnå. Kroppsvisitasjon skal foretas av en person av samme kjønn som pasienten eller brukeren og kan bare omfatte kroppens overflater og munnhulen. Dersom det er mulig, skal undersøkelse av rom og eiendeler foregå mens pasient eller bruker er til stede.

### 6.3.8 Beslag og tilintetgjøring av legemidler, rusmidler, skadelige stoffer og farlige gjenstander

Institusjonens leder eller den lederen gir fullmakt kan treffe vedtak om at legemidler, rusmidler, skadelige stoffer eller farlige gjenstander kan beslaglegges. Det vises til forskriften § 9.

Ved beslag av ulovlige rusmidler skal politiet kontaktes. Legemidler som er forskrevet av lege utenfor institusjon kan beslaglegges av institusjonens leder eller den lederen gir fullmakt, etter samråd med institusjonens lege.

Institusjonens leder eller den lederen gir fullmakt kan treffe vedtak om at beslaglagte legemidler som etter en medisinsk vurdering anses som utilrådelig å levere tilbake ved utskrivning, skal tilintetgjøres. Farlige gjenstander kan overleveres politiet. Institusjonens leder eller den lederen gir fullmakt kan dessuten vedta at farlige gjenstander skal tilintetgjøres.

Opplysninger om pasient og bruker skal bare gis til politiet så langt det ikke er i strid med lovbestemt taushetsplikt.

### 6.3.9 Kortvarig fastholding

Forskriften § 10 regulerer kortvarig fastholding. Det fremgår her at ansatte i

institusjonen kan benytte kortvarig fastholding av pasienten i akutte nødsituasjoner. Dette skal bare brukes når det er uomgjengelig nødvendig for å hindre vedkommende i å skade seg selv eller andre, eller for å avverge betydelig skade på bygninger, inventar eller andre ting.

Kortvarig fastholding skal bare brukes når lempeligere midler vurderes nytteløse eller har vist seg å være åpenbart forgjeves eller utilstrekkelige.

Tvangsbruken må ikke overstige det som er nødvendig for å avverge skaden og skal gjennomføres på en mest mulig skånsom og omsorgsfull måte. Kortvarig fastholding skal opphøre straks skaden eller faren er avverget.

Institusjonens leder eller den lederen gir fullmakt skal avgjøre bruk av kortvarig fastholding.

Vedtak og avgjørelse om bruk av kortvarig fastholding skal protokollføres. Fylkesmannen skal på forespørsel forelegges protokollene. Protokollene må oppbevares forsvarlig. Det vises til forskriften § 12 andre ledd.

### 6.3.10 Adgang til tilbakehold og tilbakeføring ved rømming

Det er presisert i forskriften § 11 at pasienter som er inntatt i institusjon etter vedtak med hjemmel i helse- og omsorgstjenesteloven § 10-2 og § 10-3, herunder ved midlertidige vedtak, og ved samtykke til tilbakehold etter § 10-4, kan holdes tilbake mot sin vilje og hentes tilbake ved rømming, om nødvendig med tvang.

Det er naturlig at det kan oppstå situasjoner hvor pasienten ønsker å forlate institusjonen.

Vedkommende kan også gi uttrykk for sin misnøye med oppholdet, være urolig eller fremsette trusler mot personale. I noen situasjoner kan pasienten også forsøke å komme seg ut, ved å forsøke å få opp dører, vinduer mv.

Institusjonen må i slike situasjoner benytte ulike faglige tilnærminger for konflikthåndtering.<sup>161</sup>

Selv om reglene forutsetter at institusjonen har adgang til å holde pasienten tilbake, også ved å bruke tvang, i situasjoner hvor vedkommende forsøker å ta seg ut av institusjonen, bør fysisk makt kun benyttes når det er helt nødvendig for å avverge alvorlig skade på personer.

Hvorvidt, og i hvilken grad, det bør utøves tilbakehold i en konkret sak for å unngå at pasienten rømmer må bero på en nærmere vurdering av formålet ved oppholdet og en forholdsmessighetsvurdering.

Ved rømming skal institusjonen straks varsle kommunen og om nødvendig politiet. I samarbeid med kommunen skal institusjonen sette i verk nødvendige tiltak for å tilbakeføre pasienten til institusjonen. Tilbakeføring av pasienten skal skje på en så skånsom måte som mulig.<sup>162</sup>

Der det vurderes at pasienten ikke skal tilbakeføres og oppholdet avsluttes, må pasienten like fullt følges opp av tjenestene på forsvarlig måte, herunder med tanke på overdosefaren.

### 6.3.11 Registrering, underretning og fortløpende vurdering av vedtak

Forskriften § 12 inneholder regler om registrering, underretning og fortløpende vurdering av vedtak etter forskriften. Det fremgår at forvaltningsloven gjelder for vedtak etter forskriften dersom ikke annet er bestemt.

Vedtak skal nedtegnes uten opphold. Underretning om vedtaket etter forvaltningsloven § 27 skal gis både til pasient og pasientens nærmeste pårørende, dersom pasienten samtykker til dette.

På grunn av enkelte situasjoners akutte karakter kan det av og til være vanskelig å etterleve kravene i forvaltningsloven. Det kan ikke alltid stilles samme krav til utredning her som ellers. I kravet til forsvarlig saksbehandling ligger det likevel en plikt til å foreta nødvendige undersøkelser slik at feilaktig bruk av bestemmelsene unngås. Forvaltningsloven §§ 16 og 17 er i likhet med øvrige saksbehandlingsregler i forvaltningslovens kapittel IV og V relativt fleksibelt utformet med egne unntaksbestemmelser. Bestemmelsene vil således kunne ivareta de særbehov for rask avklaring som kan oppstå i mer krisepregede situasjoner.

Vedtak og avgjørelse om bruk av kortvarig fastholding skal protokollføres. Fylkesmannen skal på forespørsel forelegges protokollene. Protokollene må oppbevares forsvarlig. Det skal fortløpende vurderes om vedtaket skal opprettholdes. I vurderingen skal det tas hensyn til pasients og brukers syn på saken og eventuelle negative konsekvenser tiltaket kan ha for ham eller henne.

<sup>161</sup> Se punkt 6.5

<sup>162</sup> Se også punkt 2.6 om politiets rolle ved bruk av tvang

### 6.3.12 Klage

Etter forskriften § 13 kan pasienten og pasientens nærmeste pårørende påklage vedtak og avgjørelse om kortvarig fastholding til Fylkesmannen.

Klagen kan fremsettes skriftlig eller muntlig for ansatte ved institusjonen eller direkte til Fylkesmannen. Personalet skal bistå med nedtegning av klage og straks oversende klagen til Fylkesmannen.

Vedtak om kontroll av post og tilintetgjøring kan ikke iverksettes før en klage er ferdigbehandlet. Institusjonen skal holde tilbake posten inntil klagen er behandlet.

Klagen skal behandles selv om tiltaket har opphørt dersom ikke klagen skriftlig trekkes tilbake.

### 6.3.13 Samarbeid mellom institusjonen og kommunen

Ved opphold som reguleres av forskriften, og når pasienten ønsker det, skal institusjonen og kommunen samarbeide om den videre oppfølgingen, jf. forskriften § 14.

Bestemmelsen tydeliggjør at institusjonen hvor pasienten er innlagt og kommunen skal samarbeide om oppfølgingen, for å sikre at denne blir forsvarlig. Institusjon og kommune bør allerede under oppholdet begynner å planlegge det videre samarbeidet og oppfølgingen.

Ved utskrivning etter innleggelse med hjemmel i helse- og omsorgstjenesteloven §§ 10-2 og 10-3, skal kommunen alltid varsles.

## 6.4 Spesielt om 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.<sup>163</sup> 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 avgjørende for å sikre en stabil behandlingssituasjon for den gravide. Jordmor bør være en viktig samarbeidspartner ved saker vedrørende § 10-3.

### 6.4.1 Oppfølging av vedtak hver 3. måned av gravide

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

---

<sup>163</sup> Se [IS-1876](#) Nasjonal retningslinje for gravide i legemiddellassistert rehabilitering (LAR) og oppfølging av familiene frem til barnet når skolealder

### 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.

#### 6.4.2 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 telefonavtaler de første månedene etter fødsel.
- Tilbud om oppfølgingsamtaler.
- 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.<sup>164</sup>

### 6.5 Særlig om pasienter med utagerende atferd

---

I institusjoner som er utpekt til å ta i mot pasienter etter hol. §§ 10-2, 10-3 og 10-4 bør

---

<sup>164</sup> Se Se [IS-1876](#) Nasjonal retningslinje for gravide i legemiddelassistert rehabilitering (LAR) og oppfølging av familiene frem til barnet når skolealder

det finnes rutiner for å håndtere situasjoner med utagerende atferd hos pasienter.

Ved mistanke om risiko for voldsutøvelse foreligger det verktøy som kan anvendes for å si noe om voldsrisiko på kort sikt.<sup>165</sup>

Årsaken til utagerende atferd kan være sammensatt og varierende. Der det foreligger kriseplan bør fremgangsmåten ved eventuell utagering være beskrevet. Personalet 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 en tilbakeholdsadgang.

Personalet kan ha behov for oppfølging og veiledning i etterkant av hendelser med utagerende atferd, og bør tilbys dette. Dette bør også tilbys pasienten som har utagert.

Brudd på institusjonens interne regler og rutiner for oppholdet, trusler om eller utøvelse av vold kan ikke i seg selv føre til at pasienten utskrives. Det må foretas en konkret, individuell vurdering ut fra faglig forsvarlighet om pasienten fortsatt bør være innlagt i institusjonen eller om videre opphold bør gjennomføres på en annen utpekt institusjon. Slike vurderinger må ta utgangspunkt i dialog med pasienten i samsvar med prinsippene for brukermedvirkning. I tillegg bør det opprettes dialog med kommunen.

#### Voldsrisiko på systemnivå

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

---

<sup>165</sup> Eksempler på screening-verktøy: [V-RISK-10](#) (), [Brøset Violence Check-list](#) (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:<sup>166</sup>

- 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 evaluering, justering og korrigerende av rutiner/prosedyrer i tråd med ny læring/kunnskap

### 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
- 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 en forsvarlig måte

## 6.6 Forsvarlig utskrivning av pasienten

---

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

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

I enkelte tilfeller kan tvangen virke mot sin hensikt. Institusjonen og kommunen må i slike tilfeller samarbeide med pasienten for å finne gode alternative løsninger. Ansvarsgrupper eller [familieråd](#) 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.

<sup>166</sup> [IS-9/2007](#) Vurdering av risiko for voldelig atferd – bruk av strukturerte kliniske verktøy

Utskrivelsestidspunktet er en særlig sårbar overgang i et pasientforløp.

[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.

#### **Aktuelle punkter for en forsvarlig utskrivning**

- Informasjon til pårørende (etter samtykke eller i særlige tilfeller)<sup>167</sup>
- Varsel til kommunen<sup>168</sup>
- Etablert tilbud i kommunen, herunder bolig
- Avklaring av spesialisthelsetjenestens oppfølgingsrolle, herunder poliklinisk behandling
- Vurdering av overdosefare,<sup>169</sup> selvmordsfare, farlighet mv
- Brukerinvolvering i planleggingen av utskrivelse
- Foreligger IP og/eller kriseplan
- Avklare hvem som er hvem er koordinator og avtale oppfølging
- Muligheter og tiltak ved eventuelt tilbakefall
- Nødvendige medikamenter, resepter
- Nødvendige sykemeldinger mv.
- Utskrivningssamtale

## **6.7 Videre frivillig behandling i spesialisthelsetjenesten**

---

Dersom pasienten ønsker videre helsehjelp etter opphørt tvang, bør dette tilbys.

Det vises til prioriteringsveilederen for tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)<sup>170</sup> der det fremgår at dersom pasienten ønsker videre helsehjelp etter opphørt tvang, er hovedregelen at pasienten er å anse som rettighetspasient inntil vedkommende er "behandlet ut av sin tilstand". Hvilken behandling som er nyttig og kostnadseffektiv, vil være en faglig vurdering på samme måte som for andre rettighetspasienter som er innlagt for TSB. Det innebærer at det ikke er nødvendig å sende henvisning for ny vurdering ved overgang til et videre frivillig behandlingsforløp.

En videre frivillig innleggelse bør skje uten avbrudd, slik at ikke pasienten utskrives i påvente av frivillig plass. Det vises til økt overdosefare i slike tilfeller.

Dette gjelder også for pasienter innlagt i henhold til § 10-4.

---

<sup>167</sup> Se kapittel 6.9.2 vedrørende i hvilke særlige tilfeller helsepersonell må varsle pårørende

<sup>168</sup> Forskriften § 14

<sup>169</sup> Se også kapittel 7.2.

---

<sup>170</sup> <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/tverrfaglig-spesialisert-rusbehandling-tsb/seksjon?Tittel=fagspesifikk-innledning-tverrfaglig-3218>





# OPPFØLGINGSFASEN

# 7 OPPFØLGINGSFASEN

Tvangsvedtaket danner grunnlag for at både kommune og spesialisthelsetjeneste 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 sikrer nytte og effekt av institusjonsoppholdet
- Tiltak, roller og ansvarsforhold i oppfølgingen må koordineres og bør være beskrevet i rutiner og prosedyrer, samhandlingsavtaler mv. Oppfølgingen må så langt som mulig være utformet ut fra brukerens/pasientens behov og premisser
- Egnede boliger bør være på plass i god tid før utskrivning. Det må ytes nødvendige oppfølgingstjenester og bistand for å mestre situasjon og eget liv.
- Ambulante/opsøkende 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 Gode oppfølgingstjenester

For mange begynner den viktigste delen av rehabiliteringen når behandlingsoppholdet er over. Ikke å ha bolig eller meningsfylte aktiviteter i hverdagen, oppgis ofte som årsak til tilbakefall etter behandling. Det er stort behov for å forbedre oppfølgingstjenestene, særlig i kommunene. Dette krever innsats fra en rekke instanser. Alle bør møte et

tilgjengelig, helhetlig og variert tjenesteapparat ved utskrivning. Brukeren skal gis stor innflytelse over utforming og gjennomføring av eget tjenestetilbud. Psykisk helse- og rustjenestene til personer som har vært underlagt tvang, skal være brukerorienterte tjenester.

## 7.2 Felles ansvar for forsvarlig oppfølging

---

Gjennom ansvarsgrupper og individuell plan, kriseplan og/eller tiltaksplan kan partene tydeliggjøre hvordan kommune og spesialisthelsetjeneste bør følge opp pasient/bruker, eksempelvis ved medisinerings, overgang til poliklinisk behandlingstilbud og tilrettelegging for eventuelle akutte reinnleggelser, ambulante tjenester, hjemmebesøk og telefonkontakt.<sup>171</sup> Oppfølgingen bør innrettes slik at den er fleksibel og fanger opp endrede behov etter utskrivning, sikrer nødvendig fornyelse og justering i tjenesteutførelsen og god fremdrift.

Veilederen [IS-2076 Sammen om mestring](#) beskriver hvordan kommuner og spesialisthelsetjenesten kan tilrettelegge lokalt psykisk helse og rusarbeid. Veilederen inneholder oversikt over sentrale aktører og tjenester som bør inngå i oppfølgingsarbeidet etter institusjonsopphold. Veilederen sier også at god dialog er viktig for økt samhandling mellom tjenestenivåene.

Veilederen beskriver også hvordan økt samhandling mellom kommune og spesialisthelsetjenesten krever god dialog mellom tjenestenivåene.

### Overdosefare

En stor andel av overdosedødsfallene skjer etter avrusning, utskrivelse fra institusjon, ved løslatelse fra fengsel 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 behandlingsinnsatsen

---

<sup>171</sup> Se Lundeberg, Mjåland og Søvig (2014): Tvang i rusfeltet, side 39.

svekkes dersom det kommunale helsetilbudet ikke er godt nok.<sup>172</sup> For å redusere faren for overdosedødsfall, er det derfor avgjørende at kommunen yter umiddelbar og helhetlig oppfølging etter endt behandling.

## 7.3 Kommunens helhetlige og koordinerende ansvar

---

### 7.3.1 Kommunens tjenestetilbud

Tilbudet om oppfølging skal primært bygges opp og gis i nærmiljøet – og kommunen er således hovedansvarlig for oppfølgingen etter utskrivelse. Spesialisthelsetjenesten skal gi nødvendig veiledning til kommunen.<sup>173</sup>

Kommunen må koordinere et forsvarlig samarbeid mellom helse- og omsorgstjenesten og øvrige deler av kommunen, herunder NAV-kontoret og barneverntjenesten, spesialisthelsetjenesten, og andre relevante aktører. Fokus på koordinering, samordning, samhandling og planlegging av kommunens samlede oppfølgings- og rehabiliteringsarbeid, vil gi økt effekt av de samlede tiltakene.

Parallelt med dette er samarbeid med brukerne og pårørende helt grunnleggende for å tilrettelegge tjenestene på en god måte.

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

Alle som trenger det og ønsker det, har rett på nødvendig hjelp, uavhengig av om de ønsker å slutte med rusmidler eller ikke.

---

<sup>172</sup> Ravndal, Edle og Ellen J. Amundsen (2010): "Mortality among drug users after discharge from inpatient treatment"

<sup>173</sup> jf. spesialisthelsetjenesteloven § 6-3.

Oppholdsprinsippet gjelder for tildeling av tjenester.

Hjelpetilbudet skal være verdig og av god kvalitet.

Den enkeltes hjelpebehov etter utskrivning kan tilsi plikt til å yte et omfattende og langvarig tjenestetilbud, med høy grad av individuell tilrettelegging, tilpasning og justeringer underveis. Kommunen må kunne respondere raskt og effektivt ved mistanke om tilbakefall til rus- og/eller psykiske problemer. For personer med et aktivt rusmiddelproblem vil velfungerende lavterskel helsetiltak eller andre skadereduserende tiltak bidra til økt verdighet og livskvalitet, samtidig som det vil kunne virke positivt inn på brukernes motivasjon til å gjøre noe med selve avhengigheten på sikt.

### **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.

### **7.3.2 Hvem har ansvar når pasienten flytter mellom kommuner?**

Dersom pasienten flytter til en annen kommune, har den opprinnelige oppholdskommunen og den nye kommunen et 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 taushetsplikt.<sup>174</sup> Forvaltningslovens § 13b nr. 5 gir hjemmel for å kommunisere til den nye oppholdskommunen at tvangssak har vært vurdert,<sup>175</sup> fordi informasjonsflyten er nødvendig for å løse oppgaver pålagt i helse- og omsorgstjenesteloven.

### **7.3.3 Sentrale faktorer i oppfølgingsarbeidet**

Oppfølgingen må ta sikte på å fremme faktorer som bidrar til deltagelse i aktiviteter, arbeid og fremmer sosial inklusjon. Mangel på egnet bolig og meningsfulle aktiviteter, dårlig økonomi og ensomhet er elementer som kan bidra til tilbakefall.<sup>176</sup> Pårørendeinvolvering reduserer faren for tilbakefall hos brukeren og fører til færre symptomer. Det bedrer sosial fungering og gir økt opplevelse av mestring og tilfredshet både hos brukere og pårørende. Inntak i ACT-team er egnet til å redusere behovet for bruk av tvang.

### **7.3.4 Bolig**

Alle skal bo godt og trygt. Dette er viktig for å kunne ta vare på helsen og komme seg i arbeid og aktivitet. Boligen er rammen for et sosialt liv og gir tilhørighet til et nærmiljø og

<sup>174</sup> jf. hol. § 12-1

<sup>175</sup> jf. hol. § 12-1(3)

<sup>176</sup> Se [IS-2076](#) Sammen om mestring, kap. 3

lokalsamfunn. Egnede bolig bør være på plass i god tid før utskrivning. Å hjelpe den enkelte med å skaffe egnede bolig er et kommunalt ansvar. Søknad om kommunal bolig og tjenester i forbindelse med oppfølging i bolig må starte så tidlig som mulig i prosessen. Selv om personen har bolig ved innleggelse, må det vurderes om pasientens bolig er egnede som videre bosted eller om annet tilbud bør vurderes ved utskrivning.

Bolig og nødvendige oppfølgingstjenester bør være et sentralt tema i all samhandling mellom kommune og spesialisthelsetjeneste under et behandlingsopphold.

Knapphet på kommunale boliger, lange ventelister og lite differensierte boligtilbud er ofte utfordringer som ansatte både i kommunen og spesialisthelsetjenesten må forholde seg til i arbeidet med å bistå personer med rusmiddelproblemer på boligmarkedet.

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 egnede 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 behandlingstilbudet samarbeider om å finne egnede boligtilbud før utskrivelse, særlig i tilfeller der hjemkommunen ligger langt unna.

I [Bolig for velferd - Nasjonal strategi for boligsosialt arbeid \(2014-2020\)](#) er det en målsetting om at alle som har behov for det

skal ha bistand til å mestre et boforhold. Oppfølgingstjenestene må ha fokus på brukerens mestring av boforholdet og bidra til at boforholdet blir stabilt og varig.

Det pålegger kommunen et spesielt ansvar å sørge for et tilfang av egnede boliger, samtidig er det viktig at spesialisthelsetjenesten også er en pådriver og setter bolig på dagsorden så tidlig som mulig i behandlingsprosessen.

### 7.3.5 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 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» (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.<sup>177</sup>

<sup>177</sup> Se [IS-1948](#) Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse – ROP-lidelser, s.64. Se også [Effektevaluering av Jobbmestrende Oppfølging \(JMO\)](#).

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.

Plan for arbeid/utdanning og/eller tilrettelagt aktivitet bør legges allerede i forkant av innleggelse<sup>178</sup>, slik at dette er avklart før et tvangsopphold starter. Slik vil den enkelte få brukt mest mulig av tiden på institusjon på motivasjon og behandling, i trygg forvisning om at rammebetingelsene for videre oppfølging og rehabilitering er tilrettelagt etter oppholdet.

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 [IS-2076 Sammen om mestring](#) kapittel 3 om gode levekår og helsefremmende tjenester. Kapitlet beskriver levekårenes betydning for helse og påvirkningsfaktorer for rusmiddelproblemer.

## 7.4 Barn, 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 bør fremkomme i IP og/eller tiltaksplan.

I saker etter § 10-3 er det viktig å kartlegge barnet og familiens behov for oppfølging. For å kunne iverksette og evaluere tiltak, bør det gjøres en bred vurdering av barnets og familiens situasjon. En kartlegging som omfatter risiko- og beskyttende faktorer hos barnet og foreldrene gir et godt grunnlag for å planlegge tiltak i samarbeid med foreldrene.<sup>179</sup>

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.

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. Det tilsier at tjenestene må tilrettelegge for en stor grad av pårørendeinvolvering 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.

Behov for oppfølging kan drøftes i:

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

---

<sup>178</sup> [Prop. 15 S \(2015-2016\)](#) Opptrappingsplan for rusfeltet (2016-2020), side 26.

---

<sup>179</sup> Se [IS-1876](#) Nasjonal retningslinje for gravide i legemiddelasstert rehabilitering (LAR) og oppfølging av familiene frem til barnet når skolealder

- Parsamtaler

Pårørende må ivaretas av hjelpeapparatet for egen del, og deres innsats og kompetanse må anerkjennes og verdsettes. Det må ytes nødvendig informasjon og faglig veiledning, avlastning og støtte overfor familien. Et viktig formål er å sørge for god ivaretagelse av søsken av pasient/bruker.

Oppfølgingsarbeidet etter et tvangsopphold skiller seg ikke i vesentlig grad kvalitativt fra oppfølging etter frivillig behandlingsopphold, eller fra lokalt rusarbeid generelt. [IS-2076 Sammen om mestring](#) viser til hvordan kommunene, i samhandling med spesialisthelsetjenesten, kan legge til rette for god behandling og oppfølging av mennesker med rusmiddelproblemer.



# REFERANSER



## 8 REFERANSER

Referanseliste kommer i digital utgave. Inntil videre finnes referanser i fotnoter i PDF-utgaven.



# VEDLEGG

# 9 VEDLEGG

## 9.1 Rutinebeskrivelse, saksbehandling i kommunen

Aktivitet	Hjemmel	Merknader	Frister	Veileder	Ansvarlig
Vurderingsfasen	Hot. Kapittel 10	Når bør kommunen vurdere tvang <ul style="list-style-type: none"> <li>Personens situasjon</li> <li>Mål for oppholdet?</li> <li>Manglende frivillighet</li> </ul>		Veileder punkt 3.2	Saksbehandler i kommunen, ressursgruppe
Utredningsfasen	Hot. Kapittel 10	Utredning av institusjonsopphold <ul style="list-style-type: none"> <li>lovens vilkår</li> <li>klientens behov</li> <li>bevis (vitner, dokumentasjon)</li> <li>aktuell institusjon</li> <li>forberede saksfremlegg</li> </ul>		Veileder punkt 6., 10.1, 10.3, 10.4 og 10.5	Saksbehandler i kommunen  Bistandsteam
Saksbehandling	Hot. Kapittel 10	Formål <ul style="list-style-type: none"> <li>avklare frivillighet</li> <li>dokumentere vilkår for tvang</li> <li>skaffe institusjonsplass</li> </ul>		Veileder punkt 7.	Saksbehandler i kommunen
Avtalt tvang <u>Hovedregel</u> OBS: To alternativ; 3 uker fra innleggelse, eller 3 uker fra samtykket er trukket tilbake (og med mulighet for fornyelse)	Hot. § 10-4	Avtale med klient om frivillig opphold med tilbakehold på institusjon. Saksgang som ordinær behandlingsplass, men med forsterkede rammer ved innleggelse	Signeres senest ved inntak	Veileder punkt 4 og 10.6 og 10.7	Institusjon i samarbeid med klient og kommunens saksbehandler  Helseforetaket skal peke ut institusjoner med ansvar for § 10-4
Midlertidige vedtak, person med rusavhengighet Sendes straks til nemnda for "Foreløpig godkjenning"	Jf hot. § 10-2, 4.ledd Jf bvl § 7-22 § 7-23	Vilkår: <ul style="list-style-type: none"> <li>vesentlig skadelidende</li> <li>umiddelbart</li> </ul>	Svar innen <u>48 timer</u>	Veileder punkt 5.9.2 og 10.8	Saksbehandler i kommunen
Aktivitet	Hjemmel	Merknader	Frister	Veileder	Ansvarlig

Midlertidige vedtak, <u>gravid</u> . Sendes straks til nemnda for "Foreløpig godkjenning".	Hot. § 10-3, 5.ledd Jf bvl § 7-22 § 7-23	Vilkår: <ul style="list-style-type: none"> <li>Fosterets helse vesentlig skadelidende</li> <li>Umiddelbart</li> </ul>	Svar innen <u>48 timer</u>	Veileder punkt 5.9.2 og 10.9	Saksbehandler
Tvangsinnleggelse	Jf hot. § 10-2	Vilkår: <ul style="list-style-type: none"> <li>Rusmiddelavhengighet</li> <li>Skade</li> <li>Prognose/årsakssammenheng</li> <li>Hjelpetiltak ikke tilstrekkelig</li> <li>Skjønn ("kan")</li> </ul>	<u>To uker</u> for begjæring om tiltak ved midlertidig vedtak	Veileder punkt 5.2.1 og 7	Saksbehandler i kommunen
Tvangsinnleggelse <u>gravid</u>	Jf hot. § 10-3	Vilkår: <ul style="list-style-type: none"> <li>Gravid</li> <li>Rusmisbruk</li> <li>Skade</li> <li>Prognose/årsakssammenheng</li> <li>Hjelpetiltak ikke tilstrekkelig</li> <li>Skjønn ("kan")</li> </ul>	<u>To uker</u> for begjæring om tiltak ved midlertidig vedtak	Veileder punkt 5.2.1 og 7	Saksbehandler i kommunen
Saksbehandling for fylkesnemnda	Jf hot. § 10-6 § 10-5	Foreberedelse og gjennomføring av saken, sammen med advokat		Punkt 7 og rutine under	Saksbehandler/advokat
Gjennomføring av fylkesnemnda vedtak		Plassering og tilbakehold i institusjon		Punkt 8 Forskr.- 1992-12-04- 915	Kommunen og institusjon
§ 10-2 Plassering i institusjon	Jf hot. § 10-2, 3. ledd	Anbringelse og tilbakehenting ved rømning	Innen 6 uker	Punkt 8.9 og 2.3.7	Kommunen og institusjon
§ 10-3 Plassering i institusjon Oppfølging hver 3. måned	Jf hot. § 10-3, 4. ledd § 10-3, 3. ledd	Anbringelse og tilbakehenting ved rømning  Avgjørelse, skriftlig og begrunnet. Ikke enkeltvedtak.	Innen 2 uker  Minst hver 3. måned	Punkt 8.9, 2.3.7  Punkt 8.11	Kommunen og institusjon  Kommunen
Utskriving og oppfølging		At vilkårene for tvangsmessig tilbakehold ikke lenger gjelder		Punkt 8.12 og 9	Institusjon i samarbeid med kommunen
Rettslig prøving	Jf bvl § 7-24	Kan prøves for tingretten av begge parter	2 mnd	Punkt 7.7.9	Saksbehandler/advokat

## 9.2 Helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 10

---

I det følgende er helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 10 inntatt i sin helhet. Det kan skje endringer i loven. Derfor er det viktig å påse at tjenesten bruker siste versjon i sitt arbeid. Denne finnes på [lovdata.no](http://lovdata.no).

### **Kapittel 10. Tvangstiltak overfor rusmiddelavhengige**

#### *§ 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.

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.

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 rusmiddelmisbruk 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.

Et barn over 12 år med rusproblemer 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.

Forhandlingsmøte 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.

## 9.3 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.

### 9.3.1 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

### 9.3.2 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.

### 9.3.3 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.

## 9.4 Vedtak i fylkesnemnda for barnevern og 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
2015	155	112	25	37

Note 1: § 10-2 gjelder tilbakeholdelse av rusmiddelmisbrukere i institusjon uten eget samtykke, og §10-3 gjelder tilbakeholdelse av gravide (se [www.lovdatab.no](http://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](http://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 2013-2015 er fremskaffet av Fylkesnemndene for sosiale saker – sentralenheten.

*Note 3: The numbers for 2010 og 2013-2015 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*

## 9.5 Samtykke

---

### 9.5.1 Samtykkeskjema for innhenting av opplysninger

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 etter helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 10, § \_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Sted/dato

\_\_\_\_\_  
Underskrift med personnummer

## 9.6 Tilbakemelding fra kommunen 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

...

## 9.7 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

## 9.8 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

## 9.9 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. 4 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. 4.

\_\_\_\_\_ 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

## 9.10 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.

Rusmiddeltesting(Valgfritt)

\_\_\_\_\_ samtykker til at \_\_\_\_\_ det tas prøver av biologisk materiale for å påvise bruk av rusmidler 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 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.

Rusmiddeltesting (Valgfritt)

\_\_\_\_\_ [pasienten] samtykker til at \_\_\_\_\_ [institusjon] kan ta prøver av biologisk materiale for å påvise bruk av rusmiddel 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

## 9.12 Midlertidige vedtak etter § 10-2

---

\_\_\_\_\_ [Navn]

\_\_\_\_\_ [Adresse]

kopi: Fylkesnemnda for sosialesaker

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

**Personalìa:** \_\_\_\_\_ [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 avgiftningsenheten 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

### 9.13 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

## 9.14 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]

## 9.15 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 innleggelseser 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 synes 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



## 9.16 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.

## 9.17 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 avsettes 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 oppfølgingssamtaler.

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 overfor 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 overfor 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.

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.

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.

\* \* \* \* \*

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



## 9.18 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

## 9.19 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 (HOL) § 10-3. Hovedhensikten med plasseringen er å hindre eller begrense sannsynligheten for at barnet ditt påføres skade på grunn av rusmiddelbruk. 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 HOL § 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 skadelig bruk av rusmidler bak deg og at du trenger tid for å endre tankemønster 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 rusmiddelproblem 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

## 9.20 Fylkesnemndene er lokalisert 12 steder i Norge

---

<b>Fylkesnemnda for barnevern og sosiale saker i Oslo og Akershus</b>	
Postboks 8172 Dep	Tordenskioldsgt. 12
0034 Oslo	0160 Oslo
Tlf: 23 10 61 00 Fax: 23 10 61 01	e-postadr.: oslo@fylkesnemnda.no
<b>Fylkesnemnda for barnevern og sosiale saker i Østfold</b>	
Postboks 493	Kongensgate 21
1502 Moss	1530 Moss
Tlf: 69 24 00 40 Fax: 69 24 00 49	e-postadr.: moss@fylkesnemnda.no
<b>Fylkesnemnda for barnevern og sosiale saker i Buskerud og Vestfold</b>	
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
<b>Fylkesnemnda for barnevern og sosiale saker i Hedmark og Oppland</b>	
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
<b>Fylkesnemnda for barnevern og sosiale saker i Telemark</b>	
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
<b>Fylkesnemnda for barnevern og sosiale saker i Rogaland</b>	
Postboks 247	Lagårdsv. 44
4002 Stavanger	4010 Stavanger

Tlf: 51 90 52 00 Fax: 51 90 52 99	e-postadr.: stavanger@fylkesnemnda.no
<b>Fylkesnemnda for barnevern og sosiale saker i Agder</b>	
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
<b>Fylkesnemnda for barnevern og sosiale saker i Hordaland og Sogn og Fjordane</b>	
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
<b>Fylkesnemnda for barnevern og sosiale saker i Møre og Romsdal</b>	
Postboks 2515	Julsundveien 4
6404 Molde	6412 Molde
Tlf: 71 25 80 72 Fax: 71 25 80 74	e-postadr.: molde@fylkesnemnda.no
<b>Fylkesnemnda for barnevern og sosiale saker i Trøndelag</b>	
Postboks 4735 Sluppen	Sommerveita 3
7468 Trondheim	7011 Trondheim
Tlf: 73 19 94 30 Fax: 73 19 94 31	e-postadr.: trondheim@fylkesnemnda.no
<b>Fylkesnemnda for barnevern og sosiale saker i Nordland</b>	
Sjøgata 1	
8002 Bodø	
Tlf: 75 53 90 00 Fax: 75 53 90 01	e-postadr.: bodo@fylkesnemnda.no
<b>Fylkesnemnda for barnevern og sosiale saker i Troms og Finnmark</b>	
Strandveien 13	
9296 Tromsø	
Tlf: 77 64 24 90	e.postadr.: tromso@fylkesnemnda.no

Fax: 77 64 24 99	

## 9.21 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

**Helsedirektoratet - 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?
- Etske 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



**Postadresse:** Pb. 7000,  
St. Olavs plass, 0130 Oslo

**Telefon:** +47 810 20 050

**Faks:** +47 24 16 30 01

**E-post:** [postmottak@helsedir.no](mailto:postmottak@helsedir.no)

[www.helsedirektoratet.no](http://www.helsedirektoratet.no)