

TVANGSINNLEGGELSE AV RUSMIDDELMISBRUKERE

Gjennomføring av tvangsinnleggelse i henhold til
sosialtjenesteloven §§ 6-2 og 6-2a

Kandidatnummer: 266
Veileder: Karl Harald Søvig
Leveringsfrist: 25.11.2005

Til sammen 17.720 ord

27.04.2006

Innholdsfortegnelse

<u>1</u>	<u>INNLEDNING</u>	<u>1</u>
1.1	Presentasjon av tema	1
1.2	Hovedproblemstilling og avgrensning	2
1.3	Definisjoner	3
<u>2</u>	<u>RETTSKILDESITUASJONEN</u>	<u>6</u>
<u>3</u>	<u>HISTORIKK</u>	<u>8</u>
<u>4</u>	<u>LOVGIVNINGEN</u>	<u>11</u>
4.1	§ 6-2	11
4.1.1	Misbrukskriteriet	11
4.1.2	Helsekriteriet	12
4.1.3	Krav om årsakssammenheng	13
4.1.4	Det minste inngreps prinsipp	13
4.1.5	Institusjonskriteriet	13
4.1.6	Formålskriteriet	14
4.2	§ 6-2a	14
4.3	Saksbehandlingen	17
<u>5</u>	<u>RUSREFORMENE</u>	<u>18</u>
5.1	Bakgrunnen for rusreformene	18
5.2	Rusreformenes innhold	19
5.2.1	Rusreform I	19

5.2.2	Rusreform II	19
5.2.3	Individuell plan	21
6	<u>INSTITUSJONENE</u>	25
6.1	Valg av institusjon	25
6.1.1	Ansvarsfordeling	25
6.1.2	Pasientrettighetsloven	30
6.2	Finansiering	32
6.3	Midlertidige vedtak	34
7	<u>GJENNOMFØRINGEN</u>	38
7.1	Iverksettelse	40
7.2	Urinprøver	41
7.3	Permisjon	44
7.4	Kontroll av post	46
7.5	Ransaking	48
7.6	Tilbakeføring ved rømming	49
7.7	Tvangsmidler	51
7.8	Utskriving	53
8	<u>OPPFØLGING I OG UTENFOR INSTITUSJON</u>	56
9	<u>TILSYN OG KLAGE</u>	59
9.1	Tilsyn	59

9.2	Klage	60
<u>10</u>	<u>AVSLUTNING</u>	<u>63</u>
<u>11</u>	<u>LITTERATURLISTE</u>	<u>64</u>

1 Innledning

1.1 Presentasjon av tema

Bekjempelse av problemer som følger med rusmiddelmissbruk har vært et tema for norsk ruspolitikk i lengre tid, og det blir stadig mer aktuelt. Tvangsinnleggelse av rusmiddelmissbrukere er blitt benyttet som ett av flere virkemidler for å oppnå den politiske visjon om ”frihet fra rusmiddelproblemer”.¹ Hovedmålet er å redusere de sosiale og helsemessige skadene av rusmiddelmissbruk i betydelig grad. Tidligere var det slik at sosialtjenesten i hver enkelt kommune hadde ansvaret for de fleste tiltak og virkemidler overfor rusmiddelmissbrukere, fylkeskommunen hadde ansvaret for etablering og drift av institusjoner for rusmiddelmissbrukere, mens de regionale helseforetakene hadde ansvaret for spesialisthelsetjenestene. Som en videreføring av sykehusreformen fra 2002,² kom det i 2002-2003 forslag til reformer på området for rusomsorg.³ De statlige regionale helseforetakene, som ble opprettet ved sykehusreformen, har etter rusreformene også fått ansvaret for institusjoner som tidligere lå under fylkeskommunenes ansvarsområde. Sosialtjenesten i den enkelte kommune har fortsatt monopol på å initiere et tvangstiltak, mens gjennomføringen altså er flyttet fra fylkeskommunene til de regionale helseforetakene. Tiltak overfor rusmiddelmissbrukere har således blitt en del av spesialisthelsetjenesten. Målet med rusreformen er både å yte kvalitetsmessig gode tjenester og at resultatene av tiltak overfor rusmiddelmissbrukere skal bli bedre.⁴ Reformen kan derfor sies å være både en ansvarsreform og en kvalitetsreform.

¹ Regjeringens handlingsplan mot rusmiddelproblemer 2003-2005 s.13.

² Ot.prp. nr.66 (2000-2001)

³ Ot.prp. nr.3 (2002-2003) og Ot.prp. nr.54 (2002-2003)

⁴ Ot.prp. nr.54 (2002-2003) s.9

Tema for denne oppgaven er gjennomføringen av tvangsopphold for personer som er innlagt i institusjon med hjemmel i sosialtjenesteloven §§ 6-2 og 6-2a. Bestemmelsene hjemler tvangsinnleggelse av rusmiddelmisbrukere på visse vilkår. Rusreformen medførte en omfattende omorganisering og regelendring på området, og det er behov for nærmere analyser av regelverket.

1.2 Hovedproblemstilling og avgrensning

Rusreformen innebar som nevnt at de regionale helseforetakene overtok ansvaret for institusjoner som tidligere lå under fylkeskommunens myndighetsområde. Kommunenes sosialtjeneste er fortsatt enerådende i forhold til å forberede tvangssaker, mens det som hovedregel er fylkesnemnda for sosiale saker som skal fatte vedtak om innleggelse (unntak gjelder her ved midlertidige vedtak). Gjennom rusreformen er ansvaret for institusjoner for rusmiddelmisbrukere lagt til spesialisthelsetjenesten, på lik linje med andre spesialisttjenester innen helsevesenet. I kjølvannet av reformen oppstår det spørsmål av både materiell og personell art. I denne fremstillingen vil særlig de personelle spørsmål være av interesse. Rusreformen reiser mange uavklarte problemstillinger i forhold til kompetansefordelingen mellom sosialtjenesten, fylkesnemnda for sosiale saker og den enkelte institusjon. De materielle spørsmålene er på den annen side heller ikke uten betydning. Hovedproblemstillingen i denne oppgaven er hvem som har ansvaret for de ulike delene av et tvangsvedtak, og hva det kan treffes beslutning om i denne sammenheng. Min problemstilling er for det første et spørsmål om ansvarsfordeling. Hvem har myndighet til å velge ut en institusjonsplass i det enkelte tilfelle? Tilsvarende personelle spørsmål kan også oppstå under gjennomføringen av tvangsoppholdet. Hvem har kompetanse til å fatte avgjørelser som vedrører innholdet av tvangsoppholdet mens rusmiddelmisbrukeren er holdt tilbake i institusjonen? Når det gjelder de materielle spørsmålene, vil også disse bli diskutert i min fremstilling. Problemstillingen her blir hvilke virkemidler som kan tas i bruk for å sikre at institusjonsoppholdet blir gjennomført i henhold til sitt formål i hvert enkelt tilfelle. Disse spørsmålene vil jeg konsentrere min fremstilling rundt.

Tvangsinnleggelse i institusjon er bare aktuelt når frivillige tiltak ikke fører frem. Jeg vil avgrense min fremstilling til å gjelde tvangsinnleggelse, fordi de reiser flere rettslige problemstillinger enn et opphold på frivillig basis gjør. Jeg vil videre konsentrere meg om sosialtjenestelovens regler om tilbakehold i institusjon. Helselovgivningen vil også bli behandlet i den grad den har innvirkning på tvangsoppholdet, men jeg vil holde tvangsinnleggelse i institusjon med selvstendig hjemmel i psykisk helsevernloven utenfor.

1.3 Definisjoner

Sosialtjenesteloven §§ 6-2 og 6-2a inneholder regler om tvangsinnleggelse av personer med rusproblemer. ”Tvang” omfatter i denne sammenhengen et inngrep i den personlige integritet og en begrensning av bevegelses- og handlefriheten til vedkommende. Loven bruker uttrykket ”tilbakehold”, noe som også indikerer en frihetsberøvelse overfor den enkelte. Tvangen er her av juridisk art. Det innebærer at tiltakets karakter ikke behøver å korrespondere med hvordan rusmiddelmissbrukeren oppfatter situasjonen.⁵ Selv om utgangspunktet for vedtaket er tvang, er det i praksis en viss andel som etter hvert samtykker til tiltaket. Dette kan blant annet finne sted under behandlingen i fylkesnemnda for sosiale saker. Det er altså ikke nødvendig at tilbakeholdelsen faktisk oppfattes som et tvangstiltak. Resultatet i disse sakene blir en form for ønsket tvang. Den enkeltes handlefrihet kan imidlertid ikke begrenses uten hjemmel i lov. Alle lovens vilkår må være oppfylt for at bestemmelsene i sosialtjenestelovens kapittel 6 skal kunne komme til anvendelse. Vi befinner oss her i legalitetsprinsippets kjerneområde. I forhold til min problemstilling er dette av betydning i den grad det må foreligge kompetanse for å fatte et tvangsvedtak. Både personelle og materielle kompetansegrunnlag må være tilstede for at en avgjørelse skal kunne være gyldig. Jo mer omfattende et inngrep er, desto klarere hjemmelsgrunnlag kreves.

I denne sammenheng er det også nødvendig å definere begrepet ”rettssikkerhet”. I forhold til den enkelte borger, er det nødvendig med definerte regler for å hindre overgrep fra

⁵ Søvig 2004 s.5

myndighetene. Rettssikkerhet, og herunder hensynet til forutberegnelighet, er en viktig verdi i norsk rett. Rusreformen medførte endringer både i tilknytning til tilbudet som gis til den enkelte rusmiddelmissbruker, og på det organisatoriske nivå. Ved innføringen av reformer av denne størrelsen er det viktig å sikre at rettssikkerheten ivaretas. Dette kan gjøres ved å fastsette regler for gjennomføringen. Kjønstad og Syse deler rettssikkerhetsbegrepet inn i to hovedbetydninger.⁶ For det første kan begrepet brukes om krav til riktige avgjørelser. På sosialrettens område treffes vedtakene både av offentlige organer og institusjoner i privat eie. Det er viktig at vedtakene blir riktige, og at ikke tvang utøves med mindre lovens vilkår er oppfylt. Tvangsbruken må her begrenses i henhold til regelverkets intensjoner. Bruk av tvang er kun et alternativ dersom det er nødvendig og forholdsmessig, sett i forhold til lovens formål. Dette følger også av Den europeiske menneskerettskonvensjon (EMK) artikkel 8. Sosialtjenesteloven §§ 6-2 og 6-2a er laget for å sikre trygghet for riktige avgjørelser. Regler som dette kalles rettssikkerhetsgarantier. Denne betydningen av ”rettssikkerhet” brukes altså om de formelle krav til rettsriktige avgjørelser.

Uttrykket brukes ifølge Kjønstad og Syse i sin andre betydning om de materielle krav til lovgivningens innhold. Her fokuseres det på grunnleggende rettigheter som de som er fastsatt i Grunnloven, i menneskerettighetskonvensjoner og i de grunnleggende rettfærdsforestillinger i samfunnet. Vern mot overgrep var noe av tanken bak sosialtjenesteloven da den kom i 1991.⁷ Hvis reglene er enkle å praktisere, blir avgjørelsene lettere å forutse for borgerne. Forvaltningsloven av 1967 tar på sin side sikte på en betryggende saksbehandling, og gjelder i følge § 1 for hele den virksomhet som drives av forvaltningsorganer. Loven gjelder også for institusjoner som er i privat eie, idet de treffer enkeltvedtak i tvangssaker, se forvaltningsloven § 1 tredje setning. Den formelle rettssikkerhet som oppnås gjennom saksbehandlingsregler, er av grunnleggende betydning for at den enkelte skal kunne nå frem med sine krav. Hensyn som ligger bak dette er

⁶ Kjønstad og Syse 2005 s.102 flg. Det er store variasjoner i hva som legges i ”rettssikkerhet”. Begrepet er diskutert atskillige steder i juridisk litteratur. Se her blant annet Søvig 2004, Kjønstad 2000.

⁷ NOU 1985:18

respekten for den enkeltes autonomi og integritet, i tillegg til et ønske om å begrense feil eller misbruk av offentlig myndighet.⁸ Disse tankene er ikke jussen alene om. I de fleste tilfeller vil god ivaretagelse av saksbehandlingsregler samsvare med krav til godt profesjonelt arbeid. Rettssikkerhet kan i tillegg oppnås i høyere grad ved å fastsette personelle regler. Ved at de organer som treffer avgjørelser består av personer med god faglig og juridisk innsikt, kan man sikre en forsvarlig saksbehandling. Selve gjennomføringen av et tvangsopphold forvaltes i stor grad av ikke-jurister. Disse har imidlertid en høy grad av sosialfaglig innsikt, noe som kommer godt med i dette arbeidet.

Jo mer inngripende vedtak som fattes, desto sterkere juridisk kompetanse kreves. Dette kan vi se i fylkesnemnda for sosiale saker, som i følge sosialtjenesteloven § 9-1 skal være sammensatt av både en leder med juridisk bakgrunn, sakkyndige og lekfolk. For å oppnå størst mulig grad av rettssikkerhet, er det også nødvendig å overprøve vedtak som sosialtjenesten og andre offentlige organer utfører. Dette gjøres i norsk forvaltning både av overordnede organer og av domstoler.

”Rettssikkerhet” har som vi har sett stor betydning innen sosialretten.

Rusmiddelmisbrukere betraktes av mange som en av de svake gruppene i samfunnet, og har dermed fått en ekstra beskyttelse gjennom velferdsrettens regelverk.⁹

⁸ Kjønstad og Syse 2003 s.110

⁹ Kjønstad og Syse 2005 s.381 flg.

2 Rettskildesituasjonen

Høsten 1991 ble sosialtjenesteloven vedtatt etter et omfattende og debattfylt forarbeid. Ved vedtagelsen hadde sosialtjenesteloven bare en regel om tvangsbruk overfor rusmiddelmissbrukere, nemlig § 6-2. § 6-2a ble tilføyd ved en lovendring i 1995. Den første tiden ble det fattet svært få vedtak etter disse bestemmelsene. Dette førte til debatter i Stortinget, og det ble uttrykt et ønske om hyppigere bruk av reglene. De materielle reglene står imidlertid uendret i loven i dag. Flere av de prosessuelle reglene var på sin side gjenstand for en lovendring i 1998. Rusreformene i 2003 førte til ytterligere organisatoriske endringer på området for tvangsinnleggelse etter sosialtjenesteloven §§ 6-2 og 6-2a.

Rusreformen ble innført fra 1/1-2004, og er med andre ord av nyere dato.

Dokumentutvekslingen i forkant av reformene var stor. Jeg har derfor hatt en rekke offentlige dokumenter å sette meg inn i. Både sosialtjenesteloven og elementer fra helselovgivningen er aktuelle rettskilder i den forbindelse, samt forskrifter gitt med hjemmel i disse lovene. I tillegg kommer som nevnt de ulike forarbeider og etterarbeider som er utarbeidet i tilknytning til hver enkelt lov. I tilknytning til deler av rusreformenes forarbeider, oppstår det imidlertid enkelte spørsmål. Regjeringens forslag til rusreform II¹⁰ gikk ut på at ansvaret for tiltak overfor rusmiddelmissbrukere skulle deles mellom kommunen og staten. I dette forslaget omfattet de kommunale sosiale tjenester både ansvaret for spesialiserte sosiale tjenester og omsorgsinstitusjoner. Kommunene ville i tillegg ha ansvaret for kommunehelsetjenestene. Staten, ved de regionale helseforetakene, beholdt på sin side ansvaret for spesialisthelsetjenesten. Stortingets vedtak¹¹ videreførte todelingen av ansvaret, men la alle de spesialiserte tjenester og ansvaret for institusjoner for

¹⁰ Ot.prp. nr.54 (2002-2003)

¹¹ Innst.O. nr.4 (2003-2004)

rusmiddelmissbrukere til staten, ved de regionale helseforetakene. Kommunen har etter dette kun ansvaret for de kommunale sosiale tjenester og kommunehelsetjenester. Det er med andre ord store forskjeller fra regjeringens forslag til stortingets vedtak. Rettskildemessig innebærer dette at regjeringsdokumentet ikke har den betydning det ville hatt om stortinget hadde vedtatt forslaget uten endringer.

Når det gjelder praksis på området, er det svært få av de vedtak som fattes i fylkesnemndene etter sosialtjenesteloven §§ 6-2 og 6-2a som er offentlig tilgjengelige. Saksbehandlingen i fylkesnemndene er grundigere enn i andre forvaltningsorganer, og har mer til felles med underrettspraksis enn med ordinær forvaltningspraksis. Dette tilsier at praksisen bør ha en viss rettskildemessig betydning. Jeg vil i min fremstilling vise til konkrete eksempler fra noen avgjørelser. Disse vedtakene er offentliggjort i anonymisert form på lovdatas internettsider. I tillegg vil juridisk litteratur på området kunne bidra i drøftelsen av de problemstillinger som oppstår. Det finnes ingen høyesterettsavgjørelser som kan bidra til å oppklare rettstilstanden. Jeg vil i denne oppgaven foreta en analyse av de rettskildefaktorene som er å finne på området. Det kan synes som om de ulike lovhjemlene ikke er fullt ut harmonisert etter vedtakelsen av rusreformen. Formålet med denne spesialoppgaven er derfor å trekke opp noen linjer for å bidra til en bedre forståelse av regelverket.

3 Historikk

Tvang overfor rusmiddelmissbrukere er et tema som har vært diskutert og debattert i lange tider. I år 1900 innføres løsgjengerloven med bestemmelser om adgang til å tvangsplassere den som er ”forfalt til drukkenskap”.¹² Tvangsplasseringen forutsatte i disse tilfellene at det forelå en straffedom på forholdet. Datidens bestemmelse i løsgjengerloven § 17 ga inntil 1970 adgang til å dømme de såkalte løsgjengerne til opphold i tvangsarbeidshus eller kuranstalt. Ved gjentakelse kunne oppholdet vare i inntil tre år. I realiteten ble loven anvendt overfor de som gjentatte ganger ble arrestert for løsgjengeri, tigging og beruselse på offentlig sted.¹³ Den ble også anvendt overfor alkoholikere som forsømte forsørgelsesplikten eller var en byrde for sin familie.¹⁴ Da loven trådte i kraft, ble det samtidig bestemt at ansvaret for tvangsarbeidsvesenet skulle bli lagt til Justisdepartementet i stedet for Kirkedepartementet. Dette understreket løsgjengerlovens tilknytning til området for strafferett.¹⁵ Før vedtakelsen av løsgjengerloven var det fattiglovgivningen som regulerte rusomsorgen. Tvangsarbeidshusene var da et kommunalt ansvar. Løsgjengerloven la ansvaret for tvangsarbeidshusene til staten. Den statlige overtakelsen innebar imidlertid ikke overtakelse av de eksisterende institusjoner som ved rusreformen i 2004. Den nærmere reguleringen av anstaltene ble i 1900 gitt i egen lov.¹⁶ Når det gjaldt hvem som skulle ha myndighet til å fatte avgjørelse om tvangsarbeid, ble dette utførlig diskutert under

¹² Fekjær 2004 s.53

¹³ Dette ble senere brukt som argument for en lovendring, se Ot.prp. nr.54 (1968-69) og Ot.prp. nr.23 (1969-70)

¹⁴ Bernt 2000 s.237

¹⁵ Søvig 2004 s.18

¹⁶ Lov om fengselsvesenet og tvangsarbeide av 31. mai 1900 nr.4

lovgivningsprosessen. Da dette ble tillagt strafferettspleien, førte det til en nedgang i antall innsatte etter løsgjengerloven i forhold til etter tidligere lovgivning.¹⁷

Det ble imidlertid hevdet fra ulike hold at reglene etter løsgjengerloven ikke fungerte etter sin hensikt, og Justisdepartementet opprettet derfor i 1926 edruehetskomitéen. Komitéen fant at lovgivningen ikke var tilstrekkelig, fordi reglene bare kunne anvendes overfor de som ble straffet. I 1932 ble derfor edruskapsloven vedtatt. Denne loven hjemlet blant annet langvarig tvangsinnleggelse av rusmiddelmissbrukere i inntil to år. Edruskapsloven skulle først og fremst beskytte omgivelsene fra misbrukeren. I tillegg til at man ville beskytte misbrukeren mot seg selv, var det viktig å åpne for tvangsbehandling hvis misbrukeren voldte omgivelsene skade. Skadebegrepet omfatter her både fysiske, økonomiske og moralske ringvirkninger.¹⁸ Edruehetskomitéen foreslo å opprette edruskapsnemnder i den enkelte kommune, slik at arbeidet på dette området ikke lengre skulle være kun politiets oppgave. De kommunale edruskapsnemndene ble i edruskapsloven gitt svært vide fullmakter til å anvende tvang.¹⁹ Fullmaktene ble imidlertid ikke benyttet i den utstrekning de ga hjemmel til. Det gikk stadig lengre tid mellom hver gang tvangshjemlene ble tatt i bruk, og varigheten på det enkelte opphold var sjelden mer enn ett år. Edruskapsloven var opprinnelig begrenset til misbruk av alkohol. Løsgjengerloven ble beholdt, i tillegg til den nye lovgivningen, og ble anvendt på strafferettens område. Umyndiggjøringsloven ga på sin side hjemmel for tvangsinnleggelse gjennom verge. Det oppstod dermed et flersporet system, der ingen av reglene hadde forrang. I praksis dominerte imidlertid innleggelsene etter løsgjengerloven og edruskapsloven.²⁰

Edruskapslovgivningen, med mindre endringer, har vært gjeldende rett helt frem til senere tid. Loven om fylkeskommunalt ansvar for alkoholistinstitusjonene ble innført i 1984.²¹

¹⁷ Søvig 2004 s.19 med videre henvisning

¹⁸ Bernt 2000 s.237

¹⁹ Bernt 2000 s.237

²⁰ Søvig 2004 s.18

²¹ Ot.prp. nr.42 (1982-83)

Denne loven fikk først og fremst innvirkning på finansieringen av institusjonsoppholdet. Kommunene måtte nå bidra med en kommunal egenandel ved innleggelse i kursted. Loven åpnet også for at den innlagte skulle betale deler av oppholdet selv. I praksis lot dette seg ikke gjennomføre, da de fleste var ubemidlede, og derfor ikke hadde anledning til å betale for oppholdet.

I 1985 ble det i forarbeider til ny sosialtjenestelov på det materielle plan lagt stor vekt på den personlige frihet og integritet.²² Edruskapslovgivningens moraliserende innhold ble kritisert, og det ble tatt til orde for et mer liberalt grunnprinsipp. Det nye lovforslaget frontet imidlertid ikke store endringer på det personelle plan. Etter vedtakelsen av sosialtjenesteloven ble institusjoner for rusomsorg fortsatt omfattet av fylkeskommunenes ansvarsområde. Ansvarsfordelingen har etter dette på nytt blitt reformert ved rusreformene i 2004. I skrivende stund er ansvaret for institusjoner som tar imot rusmiddelmissbrukere igjen lagt til staten. Vi står altså overfor et område som stadig er i utvikling og blir forsøkt forbedret.

²² NOU 1985:18 s.52

4 Lovgivningen

Sosialtjenesteloven kapittel 6 er et spesialkapittel som retter seg mot selve rusmisbruket og tiltak for å hjelp vedkommende bort fra dette.²³ I denne delen av oppgaven vil jeg gi en fremstilling av §§ 6-2 og 6-2a.

4.1 § 6-2

Lovens hovedintensjon er at institusjonsbehandling av rusmiddelmissbrukere skal være frivillig. Det oppstilles allikevel hjemler som gir adgang til tvangsinnleggelse. Visse betingelser må være tilstede for at vedtak om tvangsinnleggelse kan treffes. Forfatterne på området har ulikt syn på hvordan betingelsene bør inndeles. Jeg har valgt å presentere vilkårene i § 6-2 slik Kristian Andenæs har fremstilt de i "Sosialrett".²⁴ Andenæs' fremstilling er systematisk, og den gir derfor etter min oppfatning et oversiktlig bilde av vilkårene i § 6-2.

4.1.1 Misbrukskriteriet

Loven stiller for det første opp et krav om at vedkommendes rusmiddelmissbruk må være "omfattende og vedvarende". Det må både dreie seg om et "rusmiddel" og om et "missbruk". I kategorien "rusmiddel" medregnes både alkohol og narkotika.²⁵ "Missbruket" må videre være "langt framskredent". Det kan imidlertid være vanskelig å klassifisere dette entydig. Begrepet kan også skifte meningsinnhold i forhold til hvilken kontekst man opptrer i. Det må ved vurderingen sees hen til blant annet om vedkommende er merkbart

²³ Andenæs 2003 s.233

²⁴ Andenæs 2003 s.240 flg.

²⁵ NOU 1985:18 s.217

påvirket daglig, om påvirkningen i stor grad påvirker vedkommendes opptreden og/eller om misbruket er av langvarig art, selv om det kan være under kortvarig kontroll.²⁶

Kortvarig rusmiddelbruk kvalifiserer vanligvis ikke til at bestemmelsen kan komme til anvendelse. Det tas ved anvendelsen av § 6-2 sikte på å ramme de misbrukere som på det aktuelle tidspunkt er så nedkjørt at de vanskelig kan ta standpunkt til sitt behov for hjelp.²⁷

4.1.2 Helsekriteriet

I følge dette kriteriet må vedkommende utsette sin fysiske eller psykiske helse for fare. Det kan vise seg både ved fysisk forkommenhet og svekket psykisk helse. For å kartlegge dette, kan man undersøke beskrivelser fra leger eller helsestasjon samt oversikt over overdoser og sykehusinnleggelse. I tillegg kan man undersøke hvordan vedkommendes sosiale situasjon er, med andre ord om rusmiddelmisbrukeren fungerer i dagliglivet, miljøtilhørighet og vedkommendes forhold til familie og venner.²⁸

Vilkåret kan også beskrives som et farekriterium. Her er det avgjørende at misbruket er en fare for vedkommende selv.²⁹ Løsgjengerlovens regler om at rusmiddelmisbrukeren kunne tvangsplasseres hvis han ikke oppfylte forsørgelsesplikten sin og Edruskapslovens formål om å beskytte samfunnet fra misbrukeren, har lovgiver dermed helt fjernet seg fra.

Tvangsinnleggelse etter reglene i sosialtjenesteloven kan kun komme i betraktning under henvisning til individet selv.³⁰

Misbrukskriteriet og helsekriteriet utgjør selve grunnvilkåret i sosialtjenesteloven § 6-2.³¹

Det er imidlertid flere vilkår som må være oppfylt for at bestemmelsen skal kunne komme til anvendelse.

²⁶ SHD, Handlingsveileder 1999 s.10

²⁷ NOU 1985:18 s.232

²⁸ SHD, Handlingsveileder 1999 s.23

²⁹ Andenæs 2003 s.241

³⁰ Ot.prp. nr.54 (2002-2003) s.9

³¹ Bernt 2000 s.240

4.1.3 Krav om årsakssammenheng

Det presiseres i lovens ordlyd at helseskaden må være forårsaket ”ved” rusmisbruket.³²

Ethvert helseproblem hos en som misbruker rusmidler vil dermed ikke kvalifisere for tvangsinnleggelse. Det er altså tale om en ”årsak – virkning” situasjon.

Rusmiddelmissbruket må gjøre seg utslag i helseproblemer hos vedkommende for at det skal være anledning til å benytte tvang. Som regel er dette ikke vanskelig å påvise, siden legejournaler og lignende dokumentasjon ofte gir et visst inntrykk av omfanget av rusmisbruket.³³

4.1.4 Det minste inngreps prinsipp

Det minste inngreps prinsipp innebærer at tiltak aldri skal utføres mer inngripende enn det som er nødvendig sett ut fra den konkrete situasjon.³⁴ I sosialtjenesteloven § 6-2 kommer dette til uttrykk ved at bestemmelsen kun kan komme til vurdering hvis ”hjelpetiltak etter § 6-1 ikke er tilstrekkelig”. Det overordnede prinsipp for tiltak overfor rusmiddelmissbrukere er altså frivillighet. Sosialtjenesteloven hviler på en forutsetning om at mildere virkemidler må utprøves før tvangstiltak kan iverksettes.

4.1.5 Institusjonskriteriet

Lovens neste vilkår er i følge § 6-2 tredje ledd at institusjonen ”faglig og materielt er i stand til å tilby vedkommende tilfredsstillende hjelp, sett i forhold til formålet med inntaket”. Rusmiddelmissbrukere skal altså ikke bli sendt bort til ”oppbevaring” på institusjoner som ikke har tilstrekkelig kompetanse til å motivere rusmiddelmissbrukeren til videre behandling. Dette vilkåret skal sikre at den faglige kvaliteten er skjerpet i tilfeller

³² Andenæs 2003 s.241

³³ SHD, Handlingsveileder 1999 s.23

³⁴ Kjønstad og Syse 2003 s.200

hvor det er aktuelt med bruk av tvang.³⁵ Institusjonen må være kvalifisert til å ivareta den enkelte rusmiddelmisbrukers individuelle behov. Dette kriteriet forvaltes i utgangspunktet av sosialtjenesten i den enkelte kommune. Tidligere var det fylkesnemndas oppgave å vurdere om institusjonen tilfredsstilte kravene.³⁶ Nemnda tar ikke lenger stilling til institusjonens egnethet, men forholder seg til den vurderingen som sosialtjenesten har gjort i det konkrete tilfelle. Kompetansefordelingen under dette kriteriet er et av temaene for denne oppgaven, og vil senere i fremstillingen bli ytterligere problematisert.

4.1.6 Formålskriteriet

Sosialtjenesteloven § 6-2 første ledd angir formålet med en tvangsinnleggelse etter denne paragrafen. Tvangsinnleggelse kan kun foretas for ”undersøkelse og tilrettelegging av behandling”. Tiltaket må altså ha et behandlingsformål for å tilfredsstille lovens krav. Innleggelsen kan ikke ha et rent avrusningsformål.³⁷ I følge § 6-2 første ledd kan rusmiddelmisbrukeren bare holdes tilbake ved institusjonen i tre måneder. Utfordringen for institusjonen ligger her i å få tvangen til å bidra med noe positivt for rusmiddelmisbrukeren, ved å bearbeide for motivasjon i hele perioden. Den underliggende tanken med denne bestemmelsen er altså at rusmiddelmisbrukeren vil bli motivert for en lengre periode med rehabilitering etter disse tre månedene.

4.2 § 6-2a

Under arbeidet med sosialtjenesteloven av 1991 ble spørsmålet om tvang overfor gravide rusmiddelmisbrukere tatt opp ved flere anledninger. Forslagene som ble fremmet i denne forbindelse ble det imidlertid ikke oppnådd enighet om. I 1994 ble det lagt frem et nytt forslag om tvangsretensjon av gravide rusmiddelmisbrukere. Dette resulterte i et lovvedtak i 1995, og bestemmelsen trådte i kraft 1/1-1996. I motsetning til § 6-2, som ble vedtatt for å

³⁵ Andenæs 2003 s.242

³⁶ Ot.prp. nr.78 (1997-98)

³⁷ NOU 1985:18 s.350

beskytte rusmiddelmisbrukeren selv, har § 6-2a som formål å beskytte fosteret for skader som følger av morens rusmiddelmisbruk. Dette kommer til uttrykk i paragrafens annet ledd. Bestemmelsen er et uttrykk for lovgiverens avveining av to motstridende interesser, på den ene siden hensynet til mors selvbestemmelsesrett, og hensynet til fosterets helse på den annen side.³⁸

Bestemmelsen stiller for det første opp et vilkår om at det må dreie seg om et rusmiddelmisbruk. Jeg viser her til fremstillingen av misbrukskriteriet i forrige kapittel under 4.1.1. Vedkommende rusmiddelmisbruker må i tillegg være gravid, noe som bør dokumenteres så fort som mulig.³⁹

Det neste vilkåret for å beslutte tvangsinnleggelse av gravide rusmiddelmisbrukere er at det er overveiende sannsynlig at ”barnet vil bli født med skade”. Det er ikke noe krav til at skaden må være alvorlig.⁴⁰ Ofte vil rusmiddelmisbruket i seg selv indikere at faren for skade på fosteret er tilstede. Utgangspunktet for vurderingen må være en normalforventning.⁴¹ Utvikling av viktige organer hos fosteret starter allerede i svangerskapets første uker, og allerede i denne perioden vil barnet kunne utsettes for påvirkninger. ”Skade” kan omfatte både fysiske endringer på fosteret, abstinensliknende symptomer og prematur fødsel. Det er derfor viktig å få moren rusfri så tidlig som mulig.

Det stilles i tillegg opp et krav om at misbruket er av en slik utstrekning at det er ”overveiende sannsynlig” at barnet vil bli født med skade. Det må her være en reell fare for skade, samtidig som at hensynet til fosteret tilsier at kravet ikke må settes for lavt.⁴² Sannsynlighetskravet kan sammenlignes med kravet til årsakssammenheng i erstatningsretten. Den potensielle skaden må ha sin årsak i morens rusmisbruk.

³⁸ Sjøvig 1999 s.21

³⁹ SHD, Handlingsveileder 1999 s.24

⁴⁰ Innst.O. nr.68 (1994-95) s.2

⁴¹ Sjøvig 1999 s.57

⁴² Sjøvig 1999 s.60

Bestemmelsen kan dermed ikke anvendes hvis barnet kan ha blitt påført skade på andre måter, og ikke hvis skaden allerede har oppstått. Bestemmelsen skal verne fosteret mot fremtidige skader, og skal dermed ikke straffe kvinnen for skader hun allerede har påført fosteret.⁴³ Sannsynlighetskravet kan anses som en rettssikkerhetsgaranti for kvinnen mot unødvendig tvangsinnleggelse.⁴⁴

Før et tvangstiltak kan settes i verk, må det i tillegg vurderes om frivillige tiltak etter sosialtjenesteloven § 6-1 er tilstrekkelig. Hvis bestemmelsens formål kan oppnås med frivillige tiltak, kan ikke den gravide rusmiddelmissbrukeren tvangsinnlegges med hjemmel i § 6-2a. Et tvangsvedtak vil i den forbindelse både fremstå som unødvendig og uforholdsmessig tyngende for moren. Utøvelse av tvang skal som tidligere nevnt i alle tilfeller være siste utvei. Frivillighetsprinsippet fremstår dermed som en lovfesting av det forholdsmessighetsprinsippet som ellers setter grenser for utøvelse av forvaltningens skjønn.⁴⁵

Under tvangsinnleggelsen skal moren i følge § 6-2a annet ledd, annen setning både få hjelp med sitt rusproblem og sin omsorgsevne. Det skal vurderes hver tredje måned om vilkårene for tilbakeholdelsen fortsatt er til stede. I praksis er det slik at rusmiddelmissbrukeren ofte blir holdt tilbake resten av svangerskapet, av hensyn til det ufødte barnet. Bestemmelsen tolkes slik at sosialtjenesten og institusjonen i samarbeid foretar en løpende vurdering av grunnlaget for tvangsinnleggelsen. § 6-2a vil være en kontrollregel sett fra morens ståsted, men en verneregul sett fra fosterets side.⁴⁶

I § 6-2a oppstilles det i lovens ordlyd ikke et institusjonskriterium slik det gjøres i § 6-2. Sosialtjenesteloven § 6-2 ble ved en lovendring i 1998 endret slik at det nå er sosialtjenesten i den enkelte kommune, ikke fylkesnemnda for sosiale saker, som skal

⁴³ Søvig 1999 s.60 og s.71

⁴⁴ Søvig 1999 s.60

⁴⁵ Søvig 1999 s.76

⁴⁶ Kjønstad og Syse 2005 s.452

vurdere den enkelte institusjons egnethet. Ved vedtak av denne type, er rusmiddelmissbrukeren ofte allerede plassert i en institusjon på grunnlag av et midlertidig vedtak. Spørsmålet som kan stilles i denne forbindelse er om fylkesnemnda allikevel kan sette et vilkår for vedtaket. Det er antatt at svaret på dette spørsmålet er at fylkesnemnda ikke er forpliktet til å ta stilling til spørsmålet om den enkelte institusjons egnethet, men at den har adgang til det hvis det fremstår som mest hensiktsmessig.⁴⁷ Dermed har fylkesnemnda den samme adgang til å avgjøre spørsmålet om institusjonens egnethet ved vedtak etter sosialtjenesteloven § 6-2a som den har etter § 6-2.

4.3 Saksbehandlingen

Som hovedregel er det fylkesnemnda for sosiale saker som skal fatte vedtak etter sosialtjenesteloven §§ 6-2 og 6-2a. Hjemmelen for dette finnes i § 6-2 annet ledd og § 6-2a tredje ledd, jf. lovens kapittel 9.

I følge § 9-4 skal hver sak innledes ved at sosialtjenesten i kommunen utarbeider et forslag til vedtak. Kommunen har et lovfestet ansvar for å reise saker etter sosialtjenesteloven §§ 6-2 og 6-2a. Dette kommer til uttrykk i lovens § 10-4. Forslaget skal behandles av fylkesnemnda etter § 6-2 annet ledd og § 6-2a tredje ledd. Hvis det derimot haster med å få iverksatt et slikt vedtak, kan sosialtjenesten fatte midlertidige vedtak i medhold av § 6-2 fjerde ledd og § 6-2a femte ledd. Vilkåret er her at de interessene som bestemmelsene beskytter kan bli "vesentlig skadelidende" hvis ikke tiltaket blir iverksatt straks. Dette vedtaket må imidlertid godkjennes av fylkesnemnda innen 48 timer. Et midlertidig vedtak gir dermed selvstendig hjemmel for tvangsinnleggelse, forutsatt at lovens vilkår er oppfylt.

⁴⁷ Søvig 2004 s.298

5 Rusreformene

Som tidligere nevnt ble det i 2002-2003 foreslått flere endringer på området for rusomsorg.⁴⁸ Forslagene førte til en lovendring med virkning fra 1/1-2004. Jeg vil i det følgende kapittel redegjøre for bakgrunnen for reformene, samt identifisere endringene de medførte på det organisatoriske plan.

5.1 Bakgrunnen for rusreformene

Et av regjeringens overordnede mål er å sikre alle borgere sosial- og helsetjenester av høy kvalitet.⁴⁹ Enkeltmenneskets behov skal stå i sentrum for denne politikken. Psykiske lidelser er utbredt blant rusmiddelmissbrukere, samtidig som misbruket ofte medfører somatiske helseproblemer som HIV eller hepatitt.⁵⁰ På bakgrunn av dette ble forslaget til rusreform fremmet. Det er viktig å merke seg at rusreformen kom i kjølvannet av sykehusreformen, hvor selve organisering og eierskap ble reformert ved opprettelsen av de regionale helseforetakene.⁵¹ Rusreformen har imidlertid et innhold også utover det rent organisatoriske. Intensjonen var også å gi rusmiddelmissbrukere et helhetlig tilbud tilpasset den enkeltes behov. Ved å legge institusjoner for tvangsplassering av rusmiddelmissbrukere under spesialisthelsetjenesten, kan dette målet lettere oppnås. Omorganiseringen skal føre til at alle får individuelt tilpassede tiltak, og at alle tiltak skal henge sammen i en helhetlig kjede av tilbud. Rusreformen omfatter alle tjenester og tiltak, frivillige og tvangsmessige, som kan gjennomføres overfor rusmiddelmissbrukere. Tvangsinnleggelse i institusjon

⁴⁸ Ot.prp. nr.3 (2002-2003) og Ot.prp. nr.54 (2002-2003)

⁴⁹ Ot.prp. nr.54 (2002-2003) s.9 Dette dokumentet er utarbeidet av den forrige regjeringen, men har formodentlig tverrpolitisk oppslutning.

⁵⁰ Innst.O. nr.51 (2002-2003) s.2

⁵¹ Ot.prp. nr.66 (2000-2001)

fremstår med andre ord kun som en mindre del av denne reformen. Selv om reformen omfatter et vidt spekter av tiltak og tjenester overfor rusmiddelmissbrukere, begrenses den imidlertid til å gjelde fordeling og omorganisering av ansvar, som tidligere lå under fylkeskommunens myndighetsområde. Dette innebærer at det ved reformarbeidet ikke forelå intensjoner om å reformere den kommunale sosialtjenesten.

5.2 Rusreformenes innhold

5.2.1 Rusreform I

Målet med den første rusreformen var å styrke spesialisthelsetjenesten overfor rusmiddelmissbrukerne. De regionale helseforetakene skulle etter denne reformen sørge for spesialisthelsetjenester til rusmiddelmissbrukere på lik linje med resten av befolkningen.⁵² Ansvarsfordelingen skulle forstst være tredelt. Fylkeskommunene ville ha ansvar for etablering og drift av institusjoner som tilbyr spesialiserte sosiale tjenester overfor rusmiddelmissbrukere, og ansvar for omsorgsinstitusjonene. I tillegg skulle kommunene fremdeles ha ansvaret for de kommunale sosiale tjenester og kommunehelsetjenester.⁵³ Forarbeidene tok sikte på at lovendringene skulle tre i kraft 1/1-2004, men reformen ble innen den tid utvidet med rusreform II. Av denne grunn vil de to rusreformene ofte bli omtalt som "rusreformen".

5.2.2 Rusreform II

Rusreform I medførte en fordeling av ansvar over tre forvaltningsnivåer på rusmiddelfeltet.⁵⁴ Flere av høringsinstansene mente imidlertid at dette ville være uheldig. En situasjon med tre nivåer ville også ifølge departementet kunne medføre økt fare for gråsoner og ansvarsfraskrivelser på området. Målet var å utvikle helhetlige tiltakskjeder for den enkelte rusmiddelmissbruker, men med et tungrodd system vil progresjonen i

⁵² Ot.prp. nr.3 (2002-2003)

⁵³ Sjøvig 2004 s.162

⁵⁴ Ot.prp. nr.54 (2002-2003) s.18

behandlingen kunne bli forstyrret. Forslaget til rusreform II går ut på å forankre ansvaret for rusmiddelmissbrukere i to forvaltningsnivåer i stedet for tre. To instanser er ingen garanti for økt koordinasjon og et samlet, helhetlig tilbud, men sannsynligheten er større for at to nivåer vil fungere bedre enn tre.⁵⁵ Rusreform I var altså bare det første skrittet i retning av en forbedring av tiltaksapparatet for rusmiddelmissbrukere. Som jeg tidligere har beskrevet, ble regjeringens forslag til rusreform utsatt for store endringer før det endelige vedtaket forelå i Stortinget. Rusreform II innebærer dermed en ytterligere omorganisering av ansvarsforholdet innen rusomsorgen enn først antatt.

Rusreformen medførte som tidligere nevnt at staten ved de regionale helseforetakene overtar fylkeskommunens ansvar for behandling av rusmiddelmissbrukere, mens kommunenes ansvar i seg selv ikke er endret. Tidligere betalte kommunene en egenandel hvis de hadde pasienter i tverrfaglig spesialisert tilbud for rusmiddelproblemer. Dette er nå endret, og midlene blir i stedet direkte overført til helseforetakene.⁵⁶

For staten innebærer rusreformen at helseforetakene har overtatt fylkeskommunale behandlingstiltak og samtidig trådt inn i avtaler som fylkeskommunen tidligere hadde med private institusjoner. De regionale helseforetakene har nå ansvaret for et differensiert behandlingstilbud som omfatter både de akutte avrusningstiltak, polikliniske og døgnbaserte tiltak.

Rusreformen medførte at institusjonsbehandling av rusmiddelmissbrukere nå er en del av spesialisthelsetjenesten. Dette har også konsekvenser utover det rent organisatoriske. Reformen har medført at pasientrettighetsloven også vil kunne få relevans for den som er innlagt i rusinstitusjon. I tillegg er de ansatte ved institusjonene nå omfattet av helsepersonelloven. Noen av spørsmålene som reiser seg i denne forbindelse vil jeg komme tilbake til senere i min fremstilling.

⁵⁵ Ot.prp. nr.54 (2002-2003) s.19

⁵⁶ SIRUS rapport 2/2004 s.9

Det skal etter vedtakelsen av rusreform II gis et tverrfaglig spesialisert behandlingstilbud for rusmiddelmisbruk.⁵⁷ Meningen bak dette er at rusmiddelmisbrukeren lettere skal få tilgang til andre nødvendige spesialisthelsetjenester for å få redusert sine fysiske og psykiske plager, i tillegg til at vedkommende får hjelp med sitt misbruk.

Rusmiddelmisbrukere skal være pasienter i spesialisthelsetjenesten på lik linje med andre pasienter. Det totale hjelpebehovet hos den enkelte skal stå i fokus. Hjemmelen for dette finnes i spesialisthelsetjenesteloven § 2-1a nr. 5. De regionale helseforetakene har et såkalt ”sørge for”-ansvar overfor personer som trenger spesialisthelsetjeneste i eller utenfor institusjon. I følge bestemmelsens andre ledd skal de regionale helseforetakene peke ut institusjoner ved tiltak som nevnt i sosialtjenesteloven §§ 6-2 og 6-2a. Dette vil jeg problematisere senere i fremstillingen.

Denne oppgaven omhandler vedtak om tvangsplassering av rusmiddelmisbrukere. Mange av disse tiltakene har et variert tilbud om hjelp og behandling, og kan tilby både omsorgs- og aktivitetspreget hjelp og sosial- og helsefaglig behandling. De regionale helseforetakene skal i følge spesialisthelsetjenesteloven sørge for et tverrfaglig tilbud til den enkelte. Mange av institusjonsoppholdene kan beskrives som en tiltakskjede av tilbud som til sammen utgjør det helhetlige tilbudet. Institusjonene har forskjellige opplegg, herunder arbeidsopplæring, behandling i form av samtalerapi og trening i å utvikle sosiale relasjoner.

5.2.3 Individuell plan

I sammenheng med rusreform II ble det også lovfestet en rett til individuell plan for rusmiddelmisbrukere. Dette reguleres både av pasientrettighetsloven § 2-5 og sosialtjenesteloven § 4-3a.⁵⁸ Bruk av individuell plan er et tiltak som vil kunne bidra til å sikre effektiv hjelp. I følge forskrift om individuell plan § 2 er formålet med planen for det første å kunne gi den enkelte et helhetlig og koordinert tjenestetilbud. Ved å opprette en

⁵⁷ SIRUS rapport 2/2004 s.9

⁵⁸ Forskrift om individuell plan etter helselovgivningen og sosialtjenesteloven 2004

individuell plan vil man også kunne kartlegge rusmiddelmissbrukerens behov for tjenester på ulike områder lettere, i tillegg til at man vurderer og koordinerer tiltak som vil dekke den enkeltes bistandsbehov. Formålet med en individuell plan er også å styrke samarbeidet og samhandlingen mellom de berørte parter.⁵⁹ Ved å lovfeste retten til en individuell plan, vil rettssikkerheten altså kunne ivaretas bedre, ved at den enkelte får konkrete rettigheter i forhold til samordning av den hjelpen han eller hun trenger.⁶⁰ Reglene i sosialtjenesteloven gir tjenestemottakeren en rettighet, men det foreligger ingen lovfestet plikt for sosialtjenesten til å utarbeide en slik plan. Det er imidlertid antatt at når tjenestemottaker har en rett, vil det med dette utløses en plikt for tjenesteyteren.⁶¹ Personer med behov for langvarige og koordinerte tjenester har dermed rettskrav på å få utarbeidet en individuell plan. Det foreligger ikke et rettskrav på å motta bestemte tjenester, men tjenestene må være faglig forsvarlige. Tjenestetilbudet utarbeides av den enkelte kommune.

Målet med individuell plan er som sagt å sikre et helhetlig tjenestetilbud for alle som har et langvarig og sammensatt behov for tjenester.⁶² Sosialtjenestens og helseforetakets plikt til å utarbeide en slik plan er nedfelt i forskriften § 6. Sosialtjenesten og det enkelte helseforetaket er i henhold til denne bestemmelsen pålagt å samarbeide med andre sektorer som yter tjenester til rusmiddelmissbrukere. Planarbeidet må imidlertid koordineres, slik at det kun utarbeides en individuell plan for hver enkelt tjenestemottaker.⁶³ Samarbeid mellom tjenesteytere på tvers av ulike sektorer og nivåer er en forutsetning for et godt hjelpeapparat.⁶⁴ Samarbeidsplikten er nedfelt i sosialtjenesteloven § 3-2. I NOU 2005:3 er det foreslått at ansvaret for den individuelle plan legges til kommunen, med plikt for spesialisthelsetjenesten og andre offentlige virksomheter til å medvirke.⁶⁵

⁵⁹ Sosial- og helsedirektoratet, Veileder til forskrift om individuell plan 2005 s.12

⁶⁰ Ot.prp. nr.54 (2002-2003) s.38

⁶¹ Sosial- og helsedirektoratet, Veileder til forskrift om individuell plan 2005 s.13

⁶² Ot.prp. nr.54 (2002-2003) s.61 og NOU 2004:18 s.89

⁶³ NOU 2004:18 s.89

⁶⁴ Sosial- og helsedirektoratet, Veileder til forskrift om individuell plan 2005 s.13

⁶⁵ NOU 2005:3 s.100

Sosialtjenesteloven § 4-3a og forskriften § 4 gir rusmiddelmissbrukeren en rett til å få utarbeidet individuell plan ved behov for langvarige og koordinerte tjenester. En slik plan kan i følge forskriften § 5 ikke utarbeides uten tjenestemottakerens samtykke.

Vedkommende har også en medbestemmelsesrett i henhold til sosialtjenesteloven § 8-4 og forskrift om individuell plan § 4. Dette innebærer at det ikke kan utarbeides en individuell plan uten pasientens medvirkning. Er pasienten innlagt med hjemmel i psykisk helsevernloven, stiller saken seg noe annerledes. I slike tilfeller kan institusjonen utarbeide en individuell plan uten pasientens samtykke. Hjemmelen for dette finnes i psykisk helsevernloven § 4-1. En individuell plan skal utarbeides med respekt for det enkeltes selvstendighet og integritet. Det er det samlede tilbud som bør stå i fokus, og ikke selve plandokumentet. Planlegging er imidlertid et viktig virkemiddel for å oppnå et individuelt tilpasset tjenestetilbud.⁶⁶ Planen kan altså anvendes som et verktøy for å skape trygghet i prosessen.

En bestemmelse i samme kategori finnes i sosialtjenesteloven § 6-1 femte ledd. Her er regelen at sosialtjenesten skal utarbeide en tiltaksplan hvis tiltak etter §§ 6-2 eller 6-2a ønskes iverksatt. Her oppstår plikten til å utarbeide en plan ved initiativ fra kommunens side. Innholdet skal her være en plan over hvordan sosialtjenesten vil følge opp denne konkrete rusmiddelmissbrukeren både under institusjonsoppholdet og etter utskrivning.

Individuell plan etter sosialtjenesteloven § 4-3a er ikke forbeholdt rusmiddelmissbrukere, men gjelder for alle tjenester som reguleres av sosialtjenesteloven. Rusmiddelmissbrukere som mottar tjenester fra spesialisthelsetjenesten har i tillegg en hjemmel for individuell plan i pasientrettighetsloven § 2-5. Også etter spesialisthelsetjenesteloven har helseforetaket plikt til å utarbeide en slik plan. Denne planen gjelder da kun for den perioden oppholdet i institusjonen varer. I perioden før og etter dette er det sosialtjenesteloven § 4-3a som regulerer retten til individuell plan, og

⁶⁶ Sosial- og helsedirektoratet, Veileder til forskrift om individuell plan 2005 s.32

rusmiddelmisbrukeren vil dermed også ha behov for oppfølging i forhold til denne bestemmelsen.

Reglene om retten til individuell plan og tiltaksplan kan være vanskelige å få oversikt over, og regelverket er vanskelig tilgjengelig. Et spørsmål som kan oppstå i denne forbindelse, er om formålet med å utarbeide individuell plan kan ivaretas, så lenge reglene på området ikke er klare og tydelige. Det kan synes som om det kan være behov for en avklaring på området. Juridisk litteratur er utarbeidet i senere tid, men har i skrivende stund ikke kommet ut.⁶⁷

⁶⁷ Kjellevold 2005

6 Institusjonene

6.1 Valg av institusjon

En av hovedmålsetningene med rusreformene var å styrke kvaliteten på tiltak overfor rusmiddelmisbrukere.⁶⁸ Reformen medførte både overføring av kompetanse og lovendringer. Ved nærmere gjennomgang kan det imidlertid synes som om lovarbeidet ikke er fullstendig gjennomført. For noen deler av gjennomføringen er reglene klare, mens det i andre tilfelle kan by på tvil om hvilke kompetanseregler som er gjeldende etter nåværende rett. I dette avsnittet vil jeg ta for meg reglene for valg av institusjon i det enkelte tilfelle.

6.1.1 Ansvarsfordeling

I 1998 ble det gjennomført en lovendring i forbindelse med institusjonskriteriet i sosialtjenesteloven § 6-2. Før denne lovendringen trådte i kraft, var det fylkesnemndas oppgave å vurdere om institusjonene var kvalifiserte til å ta imot rusmiddelmisbrukere på tvangsopphold. I dag er denne kompetansen lagt til sosialtjenesten i den enkelte kommune, med visse modifikasjoner. Etter gjennomføringen av rusreformen fra 1/1-2004 er det som nevnt de regionale helseforetakene som har ”sørge for”-ansvaret for driften av institusjoner hvor rusmiddelmisbrukere kan tvangsinnlegges med hjemmel i sosialtjenesteloven §§ 6-2 og 6-2a. Det enkelte helseforetak er ansvarlig for driften av institusjoner innenfor sitt område, i tillegg til at mange institusjoner drives av private organisasjoner som har inngått driftsavtaler med de regionale helseforetakene. Det fremheves imidlertid i forarbeidene at sosialtjenesten i hver enkelt kommune fremdeles har hovedansvaret for tiltak rettet mot personer med rusmiddelproblemer.⁶⁹ Spørsmålet som skal behandles i dette kapitlet, er

⁶⁸ Ot.prp. nr.54 (2002-2003) s.9

⁶⁹ Ot.prp. nr.54 (2002-2003) s.13

hvordan kompetansefordelingen ved valg av institusjon kommer til uttrykk i den enkelte tvangssak.

Sosialtjenesten i den kommunen rusmiddelmissbrukeren oppholder seg i har ansvaret for å vurdere om det skal reises sak, og eventuelt reise sak i det enkelte tilfelle hvis det er nødvendig sett ut fra forholdene.⁷⁰ Sosialtjenesten har med andre ord monopol på å fremme tvangssaker i henhold til sosialtjenesteloven. De henvender seg da til det regionale helseforetaket med forespørsel om ledig plass i en institusjon. I følge spesialisthelsetjenesteloven § 2-1a nr.5 skal de regionale helseforetak sørge for at det er plasser å oppdrive. De skal i tillegg peke ut institusjoner innenfor sitt område som kan ta imot rusmiddelmissbrukere. Formålet med denne funksjonen er å sikre at det er vurdert og tatt et standpunkt til hvilke institusjoner som kan egne seg for slike oppgaver. I tillegg er det viktig at omverdenen får kjennskap til hvilke plasser som er aktuelle i regionen.⁷¹ Det regionale helseforetaket har dermed en overordnet posisjon, ved at det er de som peker ut de institusjonsplassene som sosialtjenesten senere kan velge blant ved de konkrete tiltakene. Sosialtjenesten i kommunen har med andre ord ikke fullstendig kompetanse her.⁷² Helseforetakets kompetanse omfatter både offentlige og privat eide institusjoner. Det er imidlertid ikke nok at det er en ledig plass ved den aktuelle institusjonen. Plassen må samtidig være eid av det regionale helseforetaket eller være tilgjengelig på grunnlag av en fast avtale opprettet av helseforetaket.

Hvilke konsekvenser får så denne ansvarsfordelingen overfor den enkelte rusmiddelmissbruker? Praxis på dette området er kritisert i en artikkel i Juristkontakt, hvor forfatteren, Werpen, peker på at praktiseringen av det såkalte institusjonsvilkåret i sosialtjenesteloven kapittel 6 kan få negative konsekvenser for den enkelte

⁷⁰ Rundskriv I-8/2004 s.8

⁷¹ Ot.prp. nr.3 (2002-2003)

⁷² Kommunens sosialtjeneste hadde heller ikke kompetanse på dette området tidligere, idet det fantes regler om godkjenning og utpeking av institusjoner i sosialtjenesteloven § 6-4.

rusmiddelmissbruker.⁷³ Artikkelen er bygget på en konkret tvangssak, og forfatteren trekker her frem en rekke problemstillinger som oppstod under saksbehandlingen i fylkesnemnda for sosiale saker.

Et spørsmål som kan stilles i denne forbindelse, er hva som skal være avgjørende for plassvalget i det enkelte tilfelle. I praksis er det ofte slik at helseforetaket kun har tilgang til et visst antall plasser for innleggelse etter sosialtjenesteloven ved den enkelte institusjon. Plassen må være i helseforetakets eie eller være tilgjengelig på grunnlag av fast avtale mellom helseforetaket og institusjonen for å være aktuell. Dette kan medføre at sosialtjenesten i det konkrete tilfelle er avskåret fra å velge den plassen de opprinnelig mener vil være den best egnede. Når en institusjon er utpekt av et helseforetak til å stille tvangsplasser til disposisjon, bør det i følge Werpen være institusjonenes generelle kapasitet som skal være avgjørende. Dette ville også vært det mest ideelle sett fra rusmiddelmissbrukerens ståsted. Slik er det imidlertid ikke etter dagens regler. Sosialtjenestens oppgave blir i praksis å finne den best mulige plassen som er tilgjengelig på det aktuelle tidspunkt. Dette bør i stor grad gjøres i samarbeid med rusmiddelmissbrukeren. Dette vil jeg imidlertid komme tilbake til senere i fremstillingen.

Tvangsinnleggelse i institusjon er et svært inngripende tiltak overfor den enkelte, og det er derfor viktig at oppholdet er av en viss kvalitet, og at det utføres på en forsvarlig måte. Werpen viser i denne sammenheng til at man i praktiseringen av institusjonskriteriet bør konsentrere seg om institusjonenes faglige og materielle status i stedet for å fokusere for mye på plassbegrensninger. Han mener videre at det er uten betydning om den ledige plassen finnes innenfor eller utenfor eget helseforetak, eller om plassen er i offentlig eller privat eie, så lenge det er den plassen som er best egnet i det konkrete tilfelle. Hvordan kan dette fungere i praksis? Det viktige her vil være at sosialtjenesten og det regionale helseforetak i samarbeid finner den plassen som er best egnet. Ved et godt samarbeid vil tiltakene etter all sannsynlighet bli mer vellykkede, og dermed føre til lavere kostnader for

⁷³ Werpen 2005

samfunnet. Etter min mening vil et godt samarbeid også kunne løse mange av problemene som oppstår under dette arbeidet i dag. Hvis institusjonsplassen som velges ut ikke kan tilby det rusmiddelmissbrukeren har behov for, vil det være vanskeligere å motivere vedkommende til et videre behandlingsopphold. Ved økt koordinasjon mellom sosialtjenesten og det enkelte helseforetak, vil det være større muligheter for at man lykkes i å hjelpe enkeltmennesker.

Kritikken av praksis når det gjelder institusjonskriteriet kan her i en viss grad virke berettiget, siden rusreformens uttalte formål var å forbedre kvaliteten på tiltak overfor rusmiddelmissbrukere.⁷⁴ For å bedre kvaliteten, bør også effektiviteten stå i fokus. Ved et tettere samarbeid kunne man raskere sett resultater av reformen. I praksis kan dette imidlertid være vanskelig. Situasjonen i dag er slik at noen institusjoner er i privat eie, og det offentlige kan dermed ikke disponere et ubegrenset antall plasser uten å ha avklart dette med den aktuelle institusjon på forhånd. Med klare regler på området vil imidlertid rusmiddelmissbrukeren stå i fokus, slik intensjonen med rusreformen var.

Et annet tema som kan tas opp i sammenheng med institusjonskriteriet, er hvilken rolle fylkesnemnda for sosiale saker har i disse sakene. Sosialtjenesten i kommunen fremmer tvangssaken for fylkesnemnda, og nemnda har avgjørelsesmyndigheten. Sosialtjenesten kan på sin side la være å sette i verk vedtaket. Problemstillingen her er hvilket kompetanseforhold det kan sies å være mellom henholdsvis sosialtjenestens rolle kontra fylkesnemndas myndighet på området. Sosialtjenesten er i følge forarbeidene ansvarlig for tvangsvedtaket, men fylkesnemnda kan allikevel sette som vilkår at tvangsinnleggelsen skal finne sted ved en bestemt institusjon. Hvordan kan disse reglene harmoneres? Werpen skriver i sin artikkel at det beste resultatet ville være om sosialtjenesten og det regionale helseforetaket samarbeidet om å finne en plass, slik at fylkesnemnda bare kunne godkjenne dette i ettertid. Rettsikkerheten vil i følge Werpen allikevel ivaretas ved muligheten for å bringe vedtaket inn for domstolene. Dette kan imidlertid ikke tas bokstavelig. Retten til

⁷⁴ Ot.prp. nr.54 (2002-2003) s.9

overprøving av fylkesnemndas vedtak er regulert i sosialtjenesteloven § 9-10, med en henvisning til tvistemålsloven kapittel 33.⁷⁵ Saksøker må i henhold til reglene i tvistemålsloven ha en aktuell søksmålsinteresse. Hvis vedkommende er skrevet ut av institusjonen før saken kommer for retten, vil søksmålet bli hevet. Saken må i så fall fremmes etter de ordinære regler om prøving av forvaltningsvedtak i tvistemålsloven kapittel 30. Domstolene har da begrenset prøvingskompetanse, og vil i slike saker kun i beskjeden utstrekning kunne overprøve valg av plasseringssted. Det kan i praksis være vanskelig å få igjennom en slik sak, fordi saksbehandlingstiden normalt medfører at rusmiddelmissbrukeren mangler rettslig interesse når saken skal opp til behandling. I følge reglene i sosialtjenesteloven §§ 6-2 og 6-2a faller også vedtakene bort hvis de ikke blir iverksatt innen visse frister. Det kan derfor likevel ha en rettssikkerhetsfunksjon at spørsmålet om plasseringssted gis en særskilt behandling i fylkesnemnda.

Kritikken i denne artikkelen er spesielt rettet mot praksis i en av landets fylkesnemnder i konkrete saker. Mye kan tyde på at det kan være variasjoner i slik praksis fra sted til sted. Det er imidlertid vanskelig å finne dokumentasjon for dette, fordi praksis fra fylkesnemndene i liten grad er offentliggjort for allmennheten. Det kan derfor vanskelig trekkes noen slutninger ut fra dette. I de få avgjørelsene jeg har hatt tilgang til, stiller fylkesnemnda seg som regel bak sosialtjenestens evne til å ta beslutning på området.⁷⁶ I en avgjørelse fra Møre og Romsdal⁷⁷ nøyer nemnda seg med å konstatere at institusjonene som sosialtjenesten har nedlagt påstand om, begge tilfredsstillende vilkårene i sosialtjenesteloven § 6-2. I de fleste saker vil sosialtjenestens valg av institusjon være en veloverveid avgjørelse. Det kan imidlertid være en sikkerhetsventil at fylkesnemnda i særskilte saksforhold kan gå inn og påvirke valg av plasseringssted.

Vedtaket egenart kan også tilsi at sosialtjenestens vurdering av institusjonens egnethet bør få gjennomslag. Fylkesnemnda vil i de aller fleste tilfeller akseptere sosialtjenestens valg

⁷⁵ Kjønsstad og Syse 2005 s.472

⁷⁶ De få avgjørelsene jeg refererer til, er gjort tilgjengelige i lovdatas betalingstjeneste.

⁷⁷ FNV-2004-139-MRO

av institusjon i saker hvor rusmiddelmissbrukeren allerede er plassert som følge av et midlertidig vedtak, foreløpig godkjent av nemnda i følge sosialtjenesteloven §§ 6-2 fjerde ledd eller 6-2a femte ledd. Ofte vektlegger fylkesnemnda da at både selve tvangstiltaket og behandling i ettertid kan skje innenfor samme institusjon, siden formålet med innleggelser etter sosialtjenesteloven § 6-2 er å motivere for videre behandling. I forbindelse med lovens § 6-2a er hensynet til fosteret det viktigste. Institusjonen må kunne ivareta dette hensynet, i tillegg til å hjelpe moren med sitt rusmisbruk. Denne formålsangivelsen er nedfelt i § 6-2a annet ledd.

6.1.2 Pasientrettighetsloven

Staten ved de regionale helseforetakene har ansvaret for å sørge for tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmissbrukere. Personer med rusmiddelproblemer som oppsøker helsevesenet blir dermed pasienter med rettigheter forankret i helselovgivningen på lik linje med andre pasienter. Betydningen av dette ble fremhevet under arbeidet med rusreformen. Sosialkomiteen uttaler blant annet at en god kvalitet på behandlingstilbudet for rusmiddelmissbrukere vil være avgjørende for en positiv utvikling på rusfeltet.⁷⁸ Kvaliteten kan sikres ved å gi tiltakene både en sosialfaglig og helsefaglig tilnærming. Ved å gi rusmiddelmissbrukerne pasientstatus, kan man også bidra til at det stigmatiserende klientstempelet forsvinner. Problemstillingen i dette kapitlet er om reglene i pasientrettighetsloven om fritt valg av behandlingssted får direkte betydning for rusmiddelmissbrukere som skal tvangsinnlegges med hjemmel i sosialtjenesteloven.

Ved å gi spesialisert behandling for rusmiddelmissbruk status som helsetjeneste etter spesialisthelsetjenesteloven, blir rusmiddelmissbrukerne også omfattet av pasientrettighetsloven. "Pasient" er i pasientrettighetsloven § 1-3 definert som "en person som henvender seg til helsetjenesten med anmodning om helsehjelp, eller som helsetjenesten gir eller tilbyr helsehjelp i det enkelte tilfelle". "Helsehjelp" er i samme bestemmelse definert som handlinger som har forebyggende, diagnostisk, behandlende,

⁷⁸ Innst.O. nr.4 (2003-2004) s.14

helsebevarende, rehabiliterende eller pleie- og omsorgsformål. Helsetjenesten må utføres av helsepersonell eller deres hjelpere for å omfattes av loven.

Når det gjelder valg av institusjon, vil pasientene ha rett til fritt valg av sykehus i følge pasientrettighetsloven § 2-4. Spørsmålet her blir hvordan dette stiller seg ved tvangsinnleggelse i institusjon etter sosialtjenesteloven §§ 6-2 og 6-2a.

I medhold av pasientrettighetsloven, kan pasienter velge hvilket offentlig sykehus eller distriktpspsykiatriske senter de skal motta behandling ved. Denne valgretten er ikke begrenset til vedkommendes bostedsregion, men omfatter hele landet.⁷⁹ I denne sammenheng er det viktig å understreke at rusreformen ikke omfattet alle institusjoner i landet. Ved rusreformen overtok de regionale helseforetakene de institusjonene som var direkte underlagt fylkeskommunen, samtidig som de trådte inn i avtaler som fylkeskommunen hadde inngått med private institusjoner. Noen av de private institusjonene hadde full driftsavtale med fylkeskommunen, noen hadde en fast avtale om kjøp av et visst antall plasser, mens andre kun hadde avtale om kjøp av plasser ved behov. Noen institusjoner hadde tidligere avtaler med flere fylkeskommuner.⁸⁰ De regionale helseforetakene kan altså i det enkelte tilfelle oppfylle forpliktelsene etter spesialisthelsetjenesteloven § 2-1a ved, som tidligere nevnt, enten å benytte seg av plasser i offentlige institusjoner eller hvor det er inngått avtale med en privateid institusjon. I forhold til dette kan det altså se ut som om rusmiddelmissbrukeren kan velge tilnærmet fritt. Det fremheves imidlertid i rundskriv I-8/2004 at det ikke er naturlig å betrakte alle institusjoner som tilbyr tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmissbruk som sykehus, selv om det anses som en spesialisthelsetjeneste. Den lovfestede retten til å velge behandlingssted vil etter dette bare gjelde når den tverrfaglige spesialiserte behandlingen tilbys ved et sykehus eller et distriktpspsykiatriske senter.⁸¹ Slik jeg ser det vil dermed tvangsinnleggelse av rusmiddelmissbrukere i institusjon i utgangspunktet falle utenfor denne

⁷⁹ Rundskriv I-8/2004 s.23

⁸⁰ Ot.prp. nr.54 (2002-2003) s.24

⁸¹ Rundskriv I-8/2004 s.23-24

rettigheten. Helseforetakene er likevel instruert av regjeringen til å anvende en tilsvarende regel i forhold til personer med rusmiddelproblemer som er innlagt i institusjon.⁸² Det er på den annen side ikke gjort klart om retten til å praktisere fritt sykehusvalg gjelder for pasienter som er innlagt på tvangsmessig grunnlag etter sosialtjenesteloven §§ 6-2 og 6-2a.

Ved tilbakehold i institusjon etter sosialtjenesteloven vil det imidlertid være et lovfestet krav til at rusmiddelmissbrukeren skal få komme med innspill vedrørende hvilken institusjon vedkommende skal bli plassert ved. Sosialtjenesteloven § 8-4 fastslår at tjenestetilbudet skal utformes i samarbeid med klienten, og at det skal legges ”stor vekt på hva klienten mener”. Det er også gitt en bestemmelse om medvirkning i pasientrettighetsloven § 3-1. I følge forarbeidene til rusreform I, kan rusmiddelmissbrukerens mening imidlertid høres kun i den grad dette er mulig og hensiktsmessig.⁸³ Det kan derfor virke som om sosialtjenesten gjennom forarbeidene er gitt en adgang til å ta den avgjørende beslutning, der rusmiddelmissbrukeren ikke er i stand til å være med på avgjørelsen. Dette har ikke blitt videreført til lovteksten. Mye kan imidlertid tale for at retten til medvirkning gjelder med visse modifikasjoner med hensyn til tvangsinnleggelse etter sosialtjenesteloven §§ 6-2 og 6-2a. Der rusmiddelmissbrukeren ikke er i stand til å ivareta sitt eget beste, vil sosialtjenesten kunne ta avgjørelsen for å sikre at bestemmelsenes formål blir ivaretatt.

6.2 Finansiering

Jeg har tidligere fremhevet at rusreformene medførte endringer på det organisatoriske så vel som på det innholdsmessige nivå innen rusomsorgen. Spørsmålet under dette kapitlet blir hvem som etter denne omorganiseringen finansierer de ulike deler av et tvangstiltak.

I følge spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 er det staten som har det overordnede ansvaret for at befolkningen gis nødvendig spesialisthelsetjeneste. Gjennom Stortingets årlige

⁸² Rundskriv I-8/2004 s.24 med videre henvisninger

⁸³ Ot.prp. nr.3 (2002-2003) s.26

bevilgninger tildeles de regionale helseforetakene tilskudd til sin virksomhet fra staten. De regionale helseforetakene har igjen ansvaret for å sørge for plasser i den enkelte institusjon innenfor sitt geografiske område. Ansvaret for finansiering av de enkelte plassene hviler dermed på det regionale helseforetaket. Hvordan dette organiseres innen det enkelte område er imidlertid opp til det enkelte helseforetak.⁸⁴

Spesialisthelsetjenesteloven § 5-2 fastslår at det er det regionale helseforetak i rusmiddelmissbrukernes bostedsregion som skal dekke vedkommendes ”behandlings- og forpleiningsutgifter”. Bostedsregionen er der vedkommende har sin faste bopel eller faste oppholdssted. Dette er nærmere presisert i lovens § 5-1.

Ved gjennomføringen av rusreformen ble altså finansieringsgrunnlaget for tiltak overfor rusmiddelmissbrukere overført fra fylkeskommunene til staten ved de regionale helseforetakene. Reformen skulle imidlertid ikke føre til noen endring i det totale bevilgningsnivå til driften av institusjonene.⁸⁵ Utgifter ved omorganiseringen måtte imidlertid påregnes, og det ble anbefalt å bevilge ekstra midler til videre kartlegging av disse utgiftene ved behandlingen av budsjettet i årene 2002 til 2004.⁸⁶ Både rusreform I og II førte til store omlegginger og omfordeling av bevilgninger. Kommunenes ansvar er ikke endret, men reformen innebærer at kommunene ikke lenger betaler den egenandelen de tidligere var pålagt å betale som refusjon når de henviste rusmiddelmissbrukere til tverrfaglig spesialisert behandling for sine problemer. Disse midlene blir trukket fra kommunenes bevilgninger og direkte overført til de regionale helseforetakene.⁸⁷

Det fremheves i lovens forarbeider at rusreformen verken vil medføre økonomisk tap for fylkeskommunene eller noen økonomisk gevinst for staten. Staten skulle overta de økonomiske forpliktelsene som var knyttet til driften av institusjonene. Gjeldsforpliktelser

⁸⁴ Ot.prp. nr.3 (2002-2003) s.17

⁸⁵ Ot.prp. nr.54 (2002-2003) s.57

⁸⁶ Innst.O. nr.51 (2002-2003) s.5 og Innst.O. nr.4 (2003-2004) s. 10

⁸⁷ SIRUS rapport 2/2004 s.9

var også medregnet her.⁸⁸ I utgangspunktet skal altså ikke omorganiseringen få konsekvenser for den totale bevilgningen på området. Det understrekes i denne forbindelse at alle nivåer fortsatt må ha muligheten til å kunne ivareta sine oppgaver på en forsvarlig måte, også etter at rusreformen er gjennomført.⁸⁹

Jeg har tidligere fremhevet at rusreformen var en kvalitetsreform så vel som en reform vedrørende det organisatoriske på området. Et viktig spørsmål i denne forbindelse er om det er mulig å heve kvaliteten på tjenester og tiltak overfor rusmiddelmissbrukere uten at ressurstilgangen samtidig økes. Det avgjørende her vil være at ressursene fordeles riktig innenfor hvert enkelt område. Økende fokus på problemstillinger innenfor rusomsorgen har imidlertid ført til en endring i denne politikken. I følge det siste statsbudsjettet med tillegg er tiltak mot fattigdom og rusmiddelmissbruk høyt prioriterte satsningsområder.⁹⁰ Det vil derfor bli foretatt en økning i de økonomiske rammer for tiltak overfor rusmiddelmissbrukere i denne perioden.

6.3 Midlertidige vedtak

Hovedregelen i sosialtjenesteloven § 6-2 og 6-2a er at saker om tvangsinnleggelse av rusmiddelmissbrukere skal føres i fylkesnemnda for sosiale saker, etter forberedelse av sosialtjenesten i den enkelte kommune. Bestemmelsene gir også sosialtjenesten adgang til i unntakstilfeller å fatte midlertidige vedtak på visse betingelser. Hva som skal til for å fatte et midlertidig vedtak, og om det kan stilles opp et rettskrav om dette, blir temaer for det påfølgende kapittel.

I medhold av sosialtjenesteloven §§ 6-2 fjerde ledd og 6-2a femte ledd kan sosialtjenesten i den enkelte kommune treffe et midlertidig vedtak, hvis situasjonen tilsier at dette er nødvendig. Det oppstilles i denne forbindelse et krav om at de interesser som

⁸⁸ Innst.O. nr.51 (2002-2003) s.5

⁸⁹ Innst.O. nr.4 (2003-2004) s.10

⁹⁰ St.prp. nr.1 (2005-2006) og St.prp. nr.1 Tillegg nr.1 (2005-2006)

bestemmelsene beskytter kan bli ”vesentlig skadelidende” hvis ikke et vedtak fattes straks. Interessene som beskyttes er i § 6-2 rusmiddelmissbrukeren selv og i § 6-2a fosteret, og bestemmelsene gir anvisning på interesseavveininger i denne forbindelse. Sosialtjenestens kompetanse har her støtte i nødretts- eller nødvergelignende betraktninger.⁹¹ Lederen i fylkesnemnda må imidlertid treffe en foreløpig godkjenning av vedtaket innen 48 timer. Et forslag til endelig vedtak må siden sendes til fylkesnemnda innen to uker. Hvis ikke dette blir gjort, faller vedtaket i sin helhet bort. Det skal i utgangspunktet mye til for at man skal kunne fatte et midlertidig vedtak. Adgangen til dette skal først og fremst kunne være en løsning i unntakstilfeller. Det kreves her noe ekstraordinært for at hjemmelen skal kunne benyttes. I praksis kan det synes som om midlertidige vedtak er den prosessuelle hovedregel ved plassering etter sosialtjenesteloven § 6-2, siden det er flere som innlegges i institusjon etter midlertidige vedtak enn etter vedtak i fylkesnemnda for sosiale saker.⁹²

Også i saker etter sosialtjenesteloven § 6-2a har allikevel midlertidige vedtak blitt den dominerende sakstypen.⁹³ Det kan ofte være nødvendig å handle raskt, særlig i de tilfellene frivillige tiltak allerede er utprøvd. Nødvendigheten av en rask saksbehandling kan også begrunnes i at det finnes en viss ”rømningsfare” ved vedtak av denne typen, i tillegg til at hensynet til fosteret tilsier at sosialtjenesten foretar seg noe straks. Ulempen ved dette er at det kan gå en tid mellom det midlertidige vedtaket og den endelige godkjenningen fra fylkesnemnda. Det foreligger alltid en viss risiko for at fylkesnemnda finner at det ikke forelå tilstrekkelig grunnlag for det midlertidige vedtaket, slik at tvangsinnleggelsen ikke var berettiget. I tillegg kan det være vanskelig å motivere rusmiddelmissbrukeren når vedkommende ikke har et endelig vedtak å forholde seg til.⁹⁴

⁹¹ Søvig 1999 s.86

⁹² Kjønstad og Syse 2005 s.451

⁹³ Søvig 1999 s.87

⁹⁴ Søvig 1999 s.88

I pasientrettighetsloven § 2-1 finnes det på sin side regler om når en pasient har et materiellrettslig krav på nødvendig helsehjelp.⁹⁵ Bestemmelsens første ledd stadfester at ”Pasienten har rett til øyeblikkelig hjelp”, mens annet ledd gir rett til ”nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten”. § 2-1 kan sies å være utformet med sikte på at pasienten selv søker om helsehjelp, og får da et visst rettighetspreg. Dette harmonerer dårlig med reglene i sosialtjenesteloven §§ 6-2 og 6-2a.⁹⁶ Initiativet etter disse bestemmelsene hører under sosialtjenestens ansvarsområde. Allikevel kan en anmodning om iverksettelse av et midlertidig vedtak sees på som øyeblikkelig hjelp etter pasientrettighetsloven § 2-1 første ledd, mens en anmodning om et ordinært vedtak anses som nødvendig helsehjelp som beskrevet i bestemmelsens annet ledd.⁹⁷

Regelen i pasientrettighetsloven § 2-1 overlappes delvis av spesialisthelsetjenesteloven § 3-1a. Retten til øyeblikkelig hjelp etter denne bestemmelsen gjelder imidlertid bare i forhold til ”sykehus”, og ikke andre institusjoner som yter spesialisthelsetjenester. Plikten gjelder kun for tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmisbruk, dersom disse tjenestene er organisert som en del av et sykehus.⁹⁸ I praksis vil dette dermed ramme få av institusjonene som tar imot rusmiddelmisbrukere på grunnlag av tvang. Pasientrettighetsloven § 2-1 må imidlertid suppleres med helsepersonelloven § 7. Helsepersonell har i følge denne bestemmelsen en plikt til å yte øyeblikkelig hjelp når dette fremstår som ”påtrengende nødvendig”. Formålet med denne bestemmelsen er å beskytte liv og helse. I forarbeidene presiseres det at det med dette ikke gis hjemmel for tvangsinnleggelse,⁹⁹ men at det gis adgang til tvangstiltak i akutte situasjoner hvor vedkommende er til fare for seg selv eller andre. Regelen kan da være aktuell for eksempel i forbindelse med akutt rusmiddelforgiftning. Her har helsepersonell en plikt til å yte øyeblikkelig helsehjelp til vedkommende i henhold til helsepersonelloven § 7, selv om hun eller han motsetter seg

⁹⁵ Rundskriv I-8/2004 s.16

⁹⁶ Søvig 2004 s.166

⁹⁷ Søvig 2004 s.166

⁹⁸ Rundskriv I-8/2004 s.9

⁹⁹ Ot.prp. nr.13 (1998-1999) s.219

dette. I følge pasientrettighetsloven § 4-9 kan en pasient kun nekte helsehjelp i slike situasjoner på grunnlag av en alvorlig overbevisning eller hvis vedkommende er døende.

Ved å klassifisere midlertidige vedtak som øyeblikkelig hjelp i henhold til pasientrettighetsloven § 2-1, skapes det ringvirkninger til andre sider av tvangsvedtaket. Det er tidligere redegjort for retten til fritt sykehusvalg, og at det ved tvangsvedtak kan oppstå problemstillinger på området. I rundskriv I-8/2004 fastslås det imidlertid at rett til fritt valg av sykehus ikke gjelder ved øyeblikkelig hjelp.¹⁰⁰ Sett i sammenheng med kriteriet som må være oppfylt for at midlertidige vedtak kan fattes, nemlig at interesser kan bli vesentlig skadelidende hvis ikke vedtak fattes straks, fremstår dette som rimelig. Det alvorlige i situasjonene tilsier i disse tilfellene at vedtaket blir gjennomført så effektivt som mulig. Kravet til at institusjonen må være faglig og materielt i stand til å ta imot den enkelte må fortsatt være oppfylt, og kvaliteten på oppholdet sikres derfor på denne måten.

¹⁰⁰ Rundskriv I-8/2004 s.23

7 Gjennomføringen

Regler for gjennomføring av tvangsopphold i institusjon i henhold til sosialtjenesteloven §§ 6-2 og 6-2a, finnes i lovens § 7-11 og i sosialtjenesteforskriften gitt i medhold av denne. De fleste tiltakshjemlene åpner for en hensiktsmessighetsvurdering i det enkelte tilfelle. I denne sammenheng vil institusjonsoppholdets formål spille en vesentlig rolle. Her er det sentrale forskjeller på tiltak etter henholdsvis §§ 6-2 og 6-2a. Ved tilbakehold etter § 6-2 er det rehabiliteringsformål som er det sentrale, mens det ved § 6-2a er å hindre den gravide i å bruke rusmidler. Vedtaket kan bare iverksettes hvis det kan tjene disse lovfestede formålene. Det samme gjelder for særskilte tiltak under oppholdet i institusjonen. I denne sammenheng er det også viktig at regler for gjennomføringen står i forholdsmessighet til det som skal oppnås ved tilbakeholdelsen. I tilknytning til reglene må det derfor både foretas en hensiktsmessighetsvurdering og en proporsjonalitetsbetraktning før man setter vedtak i verk. Disse verdiene vil stå sentralt i forhold til mange av vurderingene nedenfor.

Som tidligere nevnt har rusreformen medført at rusmiddelmissbrukere som er innlagt i institusjon har fått pasientstatus, og dermed også rettigheter etter helselovgivningen. Spørsmålet her blir om reformen har fått innvirkning på hjemmelsgrunnlaget for selve gjennomføringen av tvangsoppholdet.

I følge spesialisthelsetjenesteloven § 3-14 annet ledd gjelder reglene i sosialtjenesteloven § 7-11 og forskriftene ved gjennomføringen av tvangsinnleggelse i institusjon etter sosialtjenesteloven §§ 6-2 og 6-2a. Dette tyder på at reglene i sosialtjenesteloven er ment å ha forrang i disse tilfellene. Dette er også lagt til grunn i rundskriv I-8/2004.¹⁰¹ Reglene i sosialtjenesteloven § 7-11 og forskriften som er gitt i medhold av denne bestemmelsen,

¹⁰¹ Rundskriv I-8/2004 s.13

gjelder altså på generell basis ved opphold i alle institusjoner som tilbyr faglig spesialisert behandling for rusmiddelmisbruk. Dersom vedtaket skjer med hjemmel i sosialtjenesteloven, vil dette vedtaket og reglene i sosialtjenesteloven være hjemmelsgrunnlag for eventuelle tiltak under tvangsoppholdet. Hvis vedtaket er fattet med hjemmel i psykisk helsevernloven kapittel 4, er det andre regler som gjør seg gjeldende. Dette kan begrunnes i hensynet til likhet ved gjennomføringen av tvangsopphold for rusmiddelmisbrukere.¹⁰² Visse spørsmål vil allikevel oppstå i denne forbindelse.

Det er i den senere tid kommet en høringsuttalelse på dette området.¹⁰³ Helse og omsorgsdepartementet trekker i denne høringen frem ulike problemstillinger som oppstår når en og samme institusjon har plasser med hjemmelsgrunnlag i henholdsvis lov om psykisk helsevern og sosialtjenesteloven. Innenfor den enkelte institusjon må det derfor praktiseres med forskjellige regelverk overfor de ulike pasientene. Dette fører til forvirring både for de ansatte ved institusjonene og den enkelte pasient. Departementet kommer i denne høringen fram til at den beste løsning ville være om det ble praktisert kun ett regelsett innenfor hver enkelt institusjon, uavhengig av hvilket hjemmelsgrunnlag pasientene har blitt tvangsinnlagt etter. I skrivende stund foreligger det imidlertid ingen løsning på problemstillingen. Slik dette legges frem av departementet, vil pasienter fortsatt kunne oppleve forskjellige gjennomføringsregler i ulike institusjoner, avhengig av hvilket regelsett institusjonen er underlagt. Det beste for den enkelte pasient ville nok vært at alle institusjoner hadde samme regelverk, slik at man lettere kan tilpasse seg ved innleggelse i ny institusjon. Dette vil på sin side være vanskelig å gjennomføre, siden hver enkelt institusjon drives ut fra sin egen ideologi. Departementets forslag vil også skape en viss ensartethet på området, og bidra til at den enkelte institusjon fortsatt beholder sin selvstendighet.

¹⁰² Syse 2004 s.188

¹⁰³ HOD, Høringsnotat om endringer i psykisk helsevernloven og pasientrettighetsloven 2005

7.1 Iverksettelse

Som tidligere fremhevet, er det sosialtjenesten i hver enkelt kommune som har monopol på å forberede tvangstiltak overfor en rusmiddelmissbruker. Når vedtaket om tilbakehold i institusjon er fattet i fylkesnemnda, flyttes fokus til selve anbringelsen av rusmiddelmissbrukeren i institusjonen. Jeg vil i dette kapitlet se på hvordan ansvarsfordelingen mellom de ulike instansene kommer til uttrykk når et tvangsvedtak skal settes i verk.

I følge sosialtjenesteloven § 10-4 annet ledd er det sosialtjenesten i den enkelte kommune som har ansvaret for å sette i verk tvangsvedtak. Iverksettelsesansvaret innebærer blant annet at sosialtjenesten må sørge for at rusmiddelmissbrukeren blir brakt inn til institusjonen. Det regionale helseforetak, det vil si den enkelte institusjon, er så ansvarlig for at oppholdet blir gjennomført.¹⁰⁴ I følge §§ 6-2 tredje ledd og 6-2a fjerde ledd, kan imidlertid sosialtjenesten la være å iverksette et vedtak om ”forholdene tilsier det”. Dette kan være tilfelle hvis de etter en fornyet vurdering finner at vilkårene for tvangsinnleggelsen ikke lenger er oppfylt. Et vedtak om tvangsinnleggelse medfører altså at sosialtjenesten får en rett, men ingen plikt til å iverksette tiltaket.¹⁰⁵ For at ikke vedtakene skal bli stående som en trussel mot rusmiddelmissbrukeren, er det oppstilt frister på henholdsvis seks uker i § 6-2 og to uker i § 6-2a for gjennomføringen. Hvis denne tiden har gått uten at tiltaket er blitt satt i verk, faller vedtaket i sin helhet bort. Hvis det fortsatt er aktuelt med et tvangsopphold, må prosessen da startes helt fra begynnelsen igjen.

Det ligger i tvangsvedtakets natur at en rusmiddelmissbruker som det er fattet et tvangsvedtak mot, vil kunne motsette seg å bli innlagt i institusjonen. Med hjemmel i sosialtjenesteloven § 8-9 foreligger det her en plikt for politiet til å bidra til at vedtaket blir fullbyrdet i slike tilfeller. Politiet har med andre ord en medvirkningsplikt ved iverksettelse av vedtak etter sosialtjenesteloven §§ 6-2 og 6-2a.¹⁰⁶ Plikten utløses i følge § 8-9 ved at

¹⁰⁴ Kjønstad og Syse 2005 s.451

¹⁰⁵ Andenæs 2003 s.243

¹⁰⁶ Andenæs 2003 s.243

sosialtjenesten eller institusjonen ber om assistanse i det konkrete tilfellet. Det forutsettes med andre ord i denne bestemmelsen at rusmiddelmissbrukeren kan føres til institusjonen med makt, selv om det ikke finnes noen uttrykkelig lovbestemmelse om dette.

I tillegg til regelen i sosialtjenesteloven § 8-9, er det oppstilt en lignende hjemmel i spesialisthelsetjenesteloven § 6-4 annet punktum. Også denne regelen gir politiet en plikt til å bistå helsepersonell ved fullbyrdelse av tvangsinnleggelse i henhold til sosialtjenesteloven §§ 6-2 og 6-2a. Sosialtjenesteloven er imidlertid hjemmelslov for vedtaket, og tilføyelsen i spesialisthelsetjenesteloven er av denne grunn overflødig.

7.2 Urinprøver

Urinprøver brukes i en viss utstrekning som et virkemiddel for at institusjonen skal kunne avdekke rusmiddelmissbruk under oppholdet. Et påbud om å avlegge urinprøve vil imidlertid for noen kunne virke som et inngrep i den personlige integritet. Ved innleggelse i institusjon på frivillig grunnlag kreves det derfor samtykke for at det skal kunne tas urinprøve for å avdekke misbruk. Ved tvangsinnleggelse etter sosialtjenesteloven §§ 6-2 eller 6-2a er det på sin side ikke nærliggende at rusmiddelmissbrukeren vil gi samtykke til urinprøver, siden selve grunnlaget for innleggelsen er tvang. Jeg vil i dette kapitlet se på hvilke hjemmelsgrunnlag som kreves i denne forbindelse.

Adgang til å ta urinprøver har i de fleste tilfeller nær sammenheng med muligheten til å gi permisjon. Ved en urinprøve kan man stadfeste med stor sikkerhet om vedkommende er påvirket av rusmidler eller ikke. Rusfrihet er et absolutt krav ved innvilgelse av permisjon. Urinprøver kan også brukes som et kontrolltiltak i etterkant av permisjonen, for å kontrollere om vedkommende har holdt seg rusfri også i denne perioden. Permisjonsadgangen vil jeg komme tilbake til i neste avsnitt.

For at det skal være anledning til å ta urinprøver av den tvangsinnlagte rusmiddelmissbruker, må dette være fastsatt av fylkesnemnda for sosiale saker. Dette følger av §§ 6-2 annet ledd, annet punktum og 6-2a første ledd, siste punktum. Spørsmålet må tas

særskilt stilling til i det enkelte fylkesnemndsvedtak. Ved tvangsinnleggelse etter midlertidige vedtak er det dermed ikke adgang til å ta urinprøver.¹⁰⁷

I henhold til forskriftshjemmelen i lovens § 7-11 fjerde ledd, er det gitt en utfyllende forskrift på området. I følge sosialtjenesteforskriften § 5-8 tredje ledd skal hver enkelt institusjon ha regler for når urinprøve kan kreves avlagt, og regler vedrørende prosedyren i denne forbindelse. Rusmiddelmissbrukeren som har fått et slikt vedtak fattet mot seg, har krav på å bli gjort kjent med disse reglene ved tvangsoppholdets begynnelse, se bestemmelsens fjerde ledd.

I hver konkrete sak må altså fylkesnemnda ta stilling til spørsmålet om adgang til å ta urinprøver hvis dette er anført av kommunen. Begrunnelsen er forskjellig utformet i det enkelte tilfelle, men den er sjelden svært utfyllende. I en avgjørelse fra Rogaland,¹⁰⁸ begrunnes adgangen til å ta urinprøver med at det kan være nyttig for institusjonen å ha oversikt over om vedkommende fremdeles misbruker rusmidler, og hvilke rusmidler dette eventuelt dreier seg om. Dette vil ifølge vedtaket være viktig i forbindelse med undersøkelse og tilrettelegging av behandlingen. Adgang til å ta urinprøver begrunnes altså her med at det er hensiktsmessig med hensyn til lovens formål. Dette er også gitt som begrunnelse i en sak fra Hordaland og Sogn og Fjordane.¹⁰⁹ I en annen avgjørelse, fra Møre og Romsdal,¹¹⁰ er adgangen til å ta urinprøver begrunnet både i hensynet til rusmiddelmissbrukeren og i tiltakets formål. Rusmiddelmissbrukeren hadde her en alvorlig sykdomshistorie, og det var derfor viktig at vedkommende holdt seg rusfri. Institusjonen fikk adgang til å kontrollere dette ved hjelp av urinprøver. Vanligvis er ikke fylkesnemndas standpunkt i forbindelse med urinprøveadgangen gitt noen særlig begrunnelse. Fylkesnemnda nøyer seg ofte med å stadfeste at det gis adgang til slike tiltak. I et vedtak

¹⁰⁷ Ot.prp. nr.78 (1997-98) s.14

¹⁰⁸ FNV-2002-125-ROG

¹⁰⁹ FNV-2003-47-HSF

¹¹⁰ FNV-2004-139-MRO

fra Agder,¹¹¹ er det kun uttalt at ”Nemnda vurderer det som nødvendig at det gis hjemmel for å ta urinprøver med tvang i kontrolløyemed så lenge plasseringen varer”. Her kan det altså foretas urinprøver for å kontrollere, men det er opp til den konkrete institusjon å vurdere i hvilke tilfeller dette er tillatt. Urinprøver er et nyttig verktøy fra institusjonens side, for å kartlegge bruk av rusmidler under oppholdet. I tillegg til dette ønsker ofte den innlagte selv å avgi urinprøver, fordi vedkommende da for eksempel lettere kan få medhold i søknad om permisjon. Ved å avgi urinprøve, dokumenteres også rusfriheten for ettertiden.

Tyrilikkollektivet er et eksempel på en institusjon som tar imot rusmiddelmissbrukere som har fått et tvangsvedtak fattet mot seg. I henhold til sosialtjenesteforskriften har de sine egne prosedyrer for urinprøvetaking nedfelt i et eget reglement.¹¹² Formålet med å ta urinprøver er i følge dette reglementet både å holde institusjonen rusfri, og å hjelpe den enkelte med å få kontroll over sin rusavhengighet. Reglementet er utformet som en kontrakt, som må undertegnes av rusmiddelmissbrukeren og en representant for kollektivet ved innleggelse. Urinprøver kan i følge dette reglementet tas når det foreligger mistanke om bruk av rusmidler. I tillegg kan det tas som stikkprøver, og som et kontrollmiddel etter permisjon. Vedkommende har alltid rett til å få informasjon om hvorfor urinprøve blir tatt i nettopp dette tilfellet. Etter at vedkommende får beskjed om at urinprøve skal avlegges, får han eller hun ikke være alene før prøven er avlagt. Informasjon om resultatet blir gitt så snart dette foreligger, etter at den er testet av et laboratorium. Hvis testen er positiv, er det fast praksis at alle i kollektivet får informasjon om dette. Vedkommende må da sendes til en avrusningsinstitusjon, fordi det ikke er adgang til å oppholde seg ved Tyrilikkollektivet i ruset tilstand. En positiv urinprøve gir ikke i seg selv grunnlag for utskrivning av institusjonen, men kan være en faktor ved en eventuell helhetsvurdering av dette.

I de aller fleste saker om tvang hvor kommunen legger ned påstand om adgang til å ta urinprøver, får de medhold.¹¹³ Avgjørelsene er i liten grad begrunnet, så det er vanskelig å

¹¹¹ FNV-2002-183-AGD

¹¹² Tyrilistiftelsen 2005a

¹¹³ Søvig 2004 s.172

se hva fylkesnemnda har vektlagt i det enkelte tilfelle. Som regel kan avgjørelsen begrunnes i hensynet til ivaretagelsen av bestemmelsenes formål. Et spørsmål som kan stilles i denne sammenheng, er om det er nødvendig å avgjøre adgangen til å ta urinprøver særskilt, eller om det burde vært omfattet av vedtaket om tvangsinnleggelse i sin helhet. Hensynet til rettssikkerhet tilsier at spørsmålet bør avgjøres særskilt. Det er viktig overfor rusmiddelmissbrukeren som får fattet dette vedtaket mot seg at det er på det rene hva som omfattes av avgjørelsen, slik at ikke tiltakene oppleves som vilkårlige. Siden fylkesnemnda nesten i alle tilfeller gir kommunen medhold i denne påstanden, kan allikevel forholdet til rettssikkerheten diskuteres. Fylkesnemndas sammensetning og dens kompetanse vil imidlertid veie tungt for at avgjørelsene som blir tatt, er korrekte.

7.3 Permisjon

En permisjon kan gis i løpet av et institusjonsopphold som et gode, for eksempel som en belønning for god oppførsel. En viktig komponent i et tvangsopphold etter sosialtjenesteloven § 6-2 kan også være at rusmiddelmissbrukeren forberedes på å møte ”det virkelige livet” i rusfri tilstand. I dette kapitlet vil jeg ta for meg adgangen til å gi permisjon ved tvangsinnleggelse etter sosialtjenesteloven §§ 6-2 og 6-2a, og samtidig se på hvem som har kompetanse til å avgjøre dette spørsmålet.

I henhold til forskrift til lov om sosiale tjenester § 5-12 første ledd har beboere rett til permisjon etter avtale med institusjonen de er innlagt ved. Adgangen til å få permisjon kan bare begrenses i den utstrekning det følger av selve tvangsvedtaket som er fattet av fylkesnemnda for sosiale saker. Dette er regulert i bestemmelsens tredje ledd. I omtrent 70 % av sakene er det imidlertid ikke tatt stilling til spørsmålet om permisjonsadgang.¹¹⁴ Årsaken til dette er som regel manglende påstand vedrørende dette fra sosialtjenestens side. En av grunnene til dette kan være at permisjonsadgangen ikke er tatt med i departementets

¹¹⁴ Søvig 2004 s.172

forslag til standardpåstand i deres handlingsveileder.¹¹⁵ I disse tilfellene oppstår spørsmålet om vedkommende da har et rettskrav på permisjon.

Ved en lovendring i 2003 som følge av rusreformen, ble deler av sosialtjenestelovens § 7-11 overført til spesialisthelsetjenesteloven § 3-14. Bestemmelsens første ledd gir institusjonen kompetanse til å begrense adgangen til å gi permisjon, hvis dette fremstår som nødvendig etter vedtakets formål. Sosialtjenesteforskriften gir imidlertid bare adgang til dette hvis det er regulert av fylkesnemndas vedtak. På dette området kan det derfor sies å være svak koordinering mellom lovtekst og forskrift.¹¹⁶ Spesialisthelsetjenesteloven er her *lex superior* i forhold til sosialtjenesteforskriften. Dette taler for at institusjonen i det enkelte tilfelle bør ha mulighet til å nekte å gi permisjon til en rusmiddelmisbruker som er tvangsinnlagt etter sosialtjenesteloven §§ 6-2 eller 6-2a. I tillegg til dette vil det sjelden være det mest praktiske å la fylkesnemnda fatte avgjørelsen. Det mest hensiktsmessige for alle parter vil som regel være å vurdere hvert tilfelle konkret ut fra forholdene på det tidspunktet det søkes om permisjon. Det kan være vanskelig for fylkesnemnda å forutse hvordan tilbakeholdstiden vil forløpe. Det vil i de fleste tilfeller være lettere for den enkelte institusjon å vurdere dette konkret, enn det vil være for nemnda på et tidlig tidspunkt. Dette harmonerer også med regler for institusjoner som har et behandlings-, rehabiliterings- eller avrusningsformål, se forskrift til lov om sosiale tjenester § 5-12, annet ledd. I de fleste tilfeller hvor adgangen til å gi permisjon er regulert av fylkesnemndas vedtak, vil det gis adgang for institusjonen til å nekte permisjon hvis det er hensiktsmessig. I praksis vil det derfor i de fleste tilfeller til syvende og sist være institusjonen som avgjør spørsmålet. Fylkesnemnda for sosiale saker er et særskilt organ, og hensynet til rettssikkerhet tilsier at slike avgjørelser bør bli fattet på et slikt nivå. Siden praksis på området medfører at det i de fleste tilfeller er den enkelte institusjon som får avgjørelsesmyndigheten, kan det stilles spørsmål ved om hensynet til rettssikkerhet og forutberegnelighet blir tilstrekkelig ivarettatt. Alt tyder imidlertid på at tapet av rettssikkerhet, ved å legge denne myndigheten til den

¹¹⁵ SHD, Handlingsveileder 1999 s. 17

¹¹⁶ Søvig 2004 s.173

enkelte institusjon, vil være minimalt.¹¹⁷ Hensynet til effektivitet og korrekte avgjørelser i det enkelte tilfelle vil her veie tyngst.

7.4 Kontroll av post

Sensur av postforsendelser er vanlig ved soning av straff i norske fengsler. En tvangsinnleggelse skal imidlertid ikke oppleves som en straff. Til tider kan det på den annen side være nødvendig å kontrollere hva som blir sendt inn og ut av institusjonen. Det finnes tungtveiende argumenter både for og imot å kontrollere de tvangsinnlagtes post. Jeg vil i det følgende ta for meg hva som skal til for å ta en slik beslutning, og hvem som tar denne avgjørelsen i det enkelte tilfelle.

I henhold til sosialtjenesteforskriften § 5-4 er sensur av beboernes post forbudt. Dette gjelder imidlertid med den reservasjon at institusjonen kan kontrollere forsendelsen hvis det foreligger begrunnet mistanke om at den inneholder rusmidler eller farlige gjenstander. Det er altså institusjonen selv som avgjør om det foreligger slike sterke grunner. Forskriften er gitt med hjemmel i sosialtjenesteloven § 7-11 fjerde ledd, bokstav c. Forskriften § 5-5 fastslår at det uansett er forbudt å bringe ulovlige rusmidler og farlige gjenstander inn i institusjonen. Det kan i tillegg bestemmes at alkohol og legemidler er underlagt samme restriksjoner. Sosialtjenesteforskriften § 5-4 omfatter forbud mot ”berusende eller bedøvende midler”. Farlige gjenstander beskrives som ”gjenstander som kan medføre skade på person eller ting”. Dette vil da særlig gjelde våpen og skarpe gjenstander.

Kravet om at mistanken må være begrunnet, kan knyttes opp til personvern hensyn. Hvis de ansatte ved institusjonen ikke har noen konkret mistanke til at nettopp denne forsendelsen inneholder noe som ikke er tillatt ved institusjonen, er posten å anse som av privat karakter. Forskriften gir ingen hjemmel for å lese pasientenes brev. I de tilfeller hvor det blir besluttet å åpne en postforsendelse, kan det være under henvisning til ivaretagelse av flere

¹¹⁷ Søvig 2004 s.173

hensyn. Der det foreligger en berettiget mistanke om at posten inneholder rusmidler, bør denne åpnes først og fremst av hensyn til formålet med innleggelsen. Siden oppholdet er satt i verk for å hjelpe vedkommende ut av sitt rusmiddelmisbruk, bør det være streng kontroll med innførsel av de ulovlige rusmidlene. Hvis det foreligger mistanke om en farlig gjenstand i postforsendelsen, bør det forhindres at denne gjenstanden kommer inn i institusjonen, både av hensyn til sikkerheten for andre innlagte, de ansatte og vedkommende som posten var adressert til. Ved de fleste institusjonene opereres det med en nulltoleranse for vold, og kontroll med våpen er en del av dette.

Hvis det foreligger en berettiget mistanke om at post som skal inn eller ut av institusjonen har innhold som er forbudt, skal posten åpnes av styrer for institusjonen i nærvær av postens mottaker eller avsender. Vedtaket om å åpne post skal i det enkelte tilfelle registreres, begrunnes og legges frem for tilsynsmyndigheten. Hvis det avdekkes ulovlige rusmidler eller gjenstander under kontrollen, skal dette i følge forskriften § 5-7 overleveres politiet. Rusmidler og gjenstander av annen karakter kan beslaglegges og tilintetgjøres. Den enkelte institusjon har i slike tilfeller kompetanse til å avgjøre hva som skal gjøres i den enkelte sak.

Retten til fri korrespondanse er beskyttet av EMK artikkel 8. Konvensjonen gjelder i følge menneskerettsloven § 2 som norsk lov. Unntak fra EMK artikkel 8 kan kun gjøres med hjemmel i lov og hvis det fremstår som nødvendig i det konkrete tilfelle.

Sosialtjenesteforskriften er, som tidligere nevnt, opprettet med hjemmel i sosialtjenesteloven § 7-11 fjerde ledd, bokstav c, og kravet til lovhjemmel er dermed oppfylt. Nødvendighetskriteriet ivaretas i sosialtjenesteforskriften gjennom at det ved kontroll av postforsendelsen må foreligge en "begrunnet mistanke" om at innholdet er av ulovlig art. Det må med andre ord foreligge en konkret mistanke om at nettopp denne forsendelsen inneholder rusmidler eller en farlig gjenstand. Dette kan være vanskelig å bedømme i det enkelte tilfelle, men det sees ofte hen til tidligere erfaringer og handlingsmønster hos den tvangsinnlagte. Det er imidlertid viktig å ivareta forholdsmessigheten i slike tilfeller. Det skal være en proporsjonalitet mellom tiltak og

formål. Bestemmelsen i EMK beskytter en viktig verdi i denne sammenheng, nemlig vernet om den personlige integritet.

Ved innleggelse med hjemmel i psykisk helsevernloven, reguleres adgangen til kontroll av post av lovens § 4-5, fjerde ledd. Regelverkene for gjennomføring av tvangsopphold i henholdsvis sosialtjenesteloven med forskrift og psykisk helsevernloven er stort sett tilsvarende.¹¹⁸ Regelmengden i sosialtjenesteloven er imidlertid noe mindre. Psykisk helsevernloven har i tillegg blant annet regler om telefonkontroll i § 4-5. Ved tilbakehold i institusjon med hjemmel i sosialtjenestelovens regler, åpnes det dermed ikke for muligheter til å kontrollere pasientens telefonbruk.

7.5 Ransaking

I mange tilfeller anses det imidlertid ikke tilstrekkelig med kontroll av de tvangsinnlagtes post. Fra tid til annen er det nødvendig med ytterligere tiltak for å hindre at rusmidler og farlige gjenstander oppbevares i institusjonen. Forskrift til lov om sosiale tjenester § 5-6 hjemler også en rett for institusjonens styrer og stedfortreder til å foreta kroppsvisitasjon og ransaking av rom og eiendeler i visse tilfeller. Kravet for å foreta slike undersøkelser er det samme som ved kontroll av postforsendelser, nemlig at det må foreligge en berettiget mistanke om at den innlagte er i besittelse av enten rusmidler eller farlige gjenstander. Det gis her ingen hjemmel for rutinemessige kontroller, i motsetning det som gjelder ved adgangen til urinprøvetaking.

Spørsmålet i denne sammenheng blir hva det gis hjemmel for å undersøke hvis det foreligger en slik berettiget mistanke. Ransaking av rom eller eiendeler skal i følge forskriften foregå mens vedkommende er til stede, med mindre dette er vanskelig å gjennomføre. Hvis beboeren ikke er til stede eller ikke ønsker å delta, vil ransakingen bli foretatt av styrer og stedfortreder alene. Det er altså også her institusjonen selv som fatter avgjørelse om å foreta en ransaking på bakgrunn av en konkret mistanke. Hvis det blir gjort

¹¹⁸ Syse 2004 s.186

funn av rusmidler eller farlige gjenstander, skal dette beslaglegges og tilintetgjøres eller overleveres politiet. Denne regelen finnes i sosialtjenesteforskriften § 5-7.

Når det gjelder kroppsvisitasjon, kan denne i henhold til regelen i sosialtjenesteforskriften § 5-6 bare omfatte kroppens overflate og munnhulen. En undersøkelse av kroppens hulrom fremstår som svært inngripende overfor den enkelte, og forskriften gir av denne grunn ikke hjemmel for dette.¹¹⁹ Kroppsvisitasjonen må med andre ord ikke gå lengre enn strengt tatt nødvendig, og utføres med respekt for den det gjelder. Denne begrensningen kan begrunnes i hensynet til personvern. Vedtak om kroppsvisitasjon skal protokollføres og begrunnes, slik at tilsynsmyndigheten senere kan kontrollere at hensynet til rettssikkerheten ble ivare tatt overfor den tvangsinnlagte.

7.6 Tilbakeføring ved rømming

Rusmiddelmissbrukere som er lagt inn i institusjon med grunnlag i et tvangsvedtak, har som utgangspunkt ikke noe ønske om å være i institusjonen. Noen benytter derfor muligheten til å rømme hvis anledningen byr seg. Spørsmålet i denne forbindelse blir om vedkommende i slike tilfeller kan føres tilbake til institusjonen mot sin vilje, og eventuelt hvem som i slike situasjoner er ansvarlig for denne prosessen.

I følge spesialisthelsetjenesteloven § 3-14 tredje ledd er Kongen gitt myndighet til å vedta forskrifter med nærmere bestemmelser om tilbakeføring ved rømming fra institusjon etter vedtak om tvang i henhold til sosialtjenesteloven §§ 6-2 og 6-2a. Denne hjemmelen er ennå ikke blitt benyttet.¹²⁰ I sosialtjenesteforskriften § 5-9 finnes det regler om tilbakeføring til institusjonen etter rømming. Forskriften gir for det første en hjemmel for at en rusmiddelmissbruker som er innlagt på tvang og rømmer, faktisk kan føres tilbake til institusjonen. Tilbakeføringen skal i følge § 5-9 skje på en ”så skånsom måte som mulig”. Det underliggende her er at den tvangsinnlagte skal behandles med verdighet, selv om

¹¹⁹ Syse 2004 s.185

¹²⁰ Syse 2004 s.182

tvangsinnleggelsen i seg selv innebærer at deler av retten til selvbestemmelse og bevegelsesfrihet settes tilside.¹²¹

Ved rømming skal institusjonen varsle sosialtjenesten, og sosialtjenesten skal sette i gang de tiltak som er nødvendige for å bringe rusmiddelmissbrukeren tilbake til institusjonen. Det er også sosialtjenesten som skal avgjøre hvilke tiltak som eventuelt skal gjennomføres i ettertid. Etter innføringen av rusreformen, kan imidlertid denne arbeidsfordelingen virke litt kunstig. En konsekvens av rømmingen kan være at det besluttes at vedkommende skal skrives ut av institusjonen. Dette tilligger på sin side institusjonens myndighetsområde, og følger av spesialisthelsetjenesteloven § 3-15. Tidligere var det sosialtjenesten som hadde myndighet til å avgjøre dette. Sosialtjenesten har med andre ord ikke alle virkemidler tilgjengelige når de skal avgjøre hva som skal skje i etterkant av en rømming. Allerede ved rusreform I ble det imidlertid innført en plikt for sosialtjenesten og institusjonen til å samarbeide på visse områder.¹²² Ved rusreform II ble institusjonene gitt ytterligere bestemmelsesrett. Forskriftsbestemmelsen er dermed å anse som "foreldet", og vurderingen som er beskrevet i § 5-9 vil det nå være spesialisthelsetjenesten som foretar.¹²³

I forbindelse med tilbakeføring etter rømming kan det oppstå spørsmål om hvordan tilbakeholdsperioden på tre måneder i henhold til sosialtjenesteloven §§ 6-2 og 6-2a skal beregnes. Problemstillingen blir her om fristen skal "fryses" mens vedkommende er på rømmen, for da å umiddelbart fortsette å løpe ved tilbakeføring til institusjonen. I praksis er det slik at noen institusjoner ikke forlenger tre måneders-fristen, selv om pasienten har vært borte fra institusjonen på grunn av rømming. Det avgjørende for om fristen skal forlenges er når pasienten rømmer, og når vedkommende bringes tilbake. Hvis pasienten ikke er tilbake i institusjonen før de tre månedene har gått, kan ikke fristen forlenges. Hvis pasienten på den annen side er tilbake før perioden har forløpt, forlenges tilbakeholdsperioden med tilsvarende den tiden som pasienten har vært borte. Denne

¹²¹ Søvig 2004 s.171

¹²² Ot.prp. nr.3 (2002-2003)

¹²³ Syse 2004 s.182

praksisen vanskeliggjør imidlertid en effektiv utnyttelse av plassene ved den enkelte institusjon. Det savnes regler på dette området, både om beregning av frist ved rømming og vedrørende hvor lenge en plass kan stå tom i påvente av at en rømt pasient kommer tilbake.

7.7 Tvangsmidler

Vi har ovenfor sett at det er gitt anledning for institusjonen til å bruke makt når en pasient skal tilbakeføres etter rømming. Dette kan knyttes direkte opp til tilbakeholdsretten, som følger av lovhjemlene i sosialtjenesteloven §§ 6-2 og 6-2a. Utover dette er adgangen til å bruke makt svært begrenset. Det elementet av tvang som ligger i tilbakeholdsretten, vil først og fremst være det som er nødvendig for å gjennomføre innleggelsen og holde vedkommende på institusjonen i den fastsatte tid.¹²⁴ Det er med andre ord på det rene at sosialtjenesteloven §§ 6-2 og 6-2a ikke hjemler noen form for tvangsbehandling av den enkelte, men kun tvangsinnleggelse i institusjon på visse vilkår.¹²⁵ I følge sosialtjenesteloven § 7-11 første ledd har en rusmiddelmissbruker som er tvangsinnlagt i institusjon fortsatt rett til å bestemme i personlige spørsmål og å ha slikt samkvem med andre som de selv ønsker. I henhold til pasientrettighetsloven § 3-1 foreligger det en lovfestet rett for pasienten til å medvirke ved gjennomføring av helsehjelp, samt at lovens § 4-1 fastslår at slik hjelp bare kan gis med pasientens samtykke. Problemstillingen under dette kapitlet er om det likevel kan tenkes tilfeller der bruk av tvangsmidler kan tillates, enten i form av tvangsmedisinering eller fysisk tvangsbruk.

Med hensyn til den enkeltes personlige integritet, kan det i utgangspunktet kun gis helsehjelp når det foreligger et gyldig samtykke fra den det gjelder. Dette er fremhevet i pasientrettighetsloven § 4-1. En forutsetning for at et samtykke er gyldig, er i følge pasientrettighetsloven at vedkommende har samtykkekompetanse. Lovens § 4-3 regulerer hvem som har slik kompetanse. Den som er umyndiggjort eller mindreårig under 16 år, har ikke samtykkekompetanse, og kan dermed ikke avgi et gyldig samtykke. Det er i senere tid

¹²⁴ Bernt 2000 s.271

¹²⁵ Syse 2004 s.178

kommet et høringsnotat på dette området.¹²⁶ Forslaget regulerer de tilfellene der en person som mangler samtykkekompetanse, motsetter seg helsehjelp. Det presiseres i denne sammenheng at der en rusmiddelmissbruker som ikke har samtykkekompetanse motsetter seg helsehjelp, vil reglene i sosialtjenesteloven kapittel 6 være *lex specialis* på området, og derfor ha forrang i forhold til det nye lovforslaget. Det er derfor ikke nødvendig å ha samtykkekompetanse for at sosialtjenestelovens tvangsbestemmelser skal kunne komme til anvendelse.

Sosialtjenesteloven stiller på sin side opp en rekke absolutte forbud mot tvangsbruk. I følge § 7-11 annet ledd er det aldri tillatt å refse en person fysisk. Innelåsing, andre tvangstiltak og kontroll av korrespondanse, er på sin side bare tillatt hvis tiltaket har hjemmel i lov eller forskrift. I forskrift til lov om sosiale tjenester § 5-14 er det ytterligere presisert at verken tvangsmedisinering eller fysisk tvang er tillatt som et ledd i behandlingen av den enkelte rusmiddelmissbruker. En rusmiddelmissbruker som er tvangsinnlagt etter bestemmelsene i sosialtjenesteloven kapittel 6, kan imidlertid tvinges til arbeidsinnsats hvis dette er en del av et rehabiliterings- eller behandlingsopplegg. Det er ikke under noen omstendigheter tillatt å benytte seg av tvang som straff. Dette er nærmere regulert i forskriften § 5-15. Forskriften er gitt med hjemmel i sosialtjenesteloven § 7-11 fjerde ledd, som gir adgang til å vedta forskrifter til utfylling av bestemmelsene om tvangsmidler.

I sosialtjenesteforskriften § 5-16 åpnes det imidlertid for bruk av tvangsmidler i nødrettslignende situasjoner. Bestemmelsen inneholder en henvisning til ”alminnelige nødretts- og nødvergebetraktninger”. Reglene om nødrett og nødverge på strafferettens område er lovfestet i straffeloven §§ 47 og 48 og inneholder blant annet et krav om at det må foreligge en konkret fare eller et rettsstridig angrep for at inngrepet skal kunne være rettmessig. Tvangsbruken må heller aldri overstige det som er nødvendig for å avverge skade. Det åpnes her for både tvangsmedisinering og isolering av pasienten, men ikke bruk av mekaniske tvangsmidler. I følge forskriftsbestemmelsen siste ledd, skal et vedtak om

¹²⁶ HOD, Høringsnotat om endringer i pasientrettighetsloven 2005

bruk av tvang alltid begrunnes, og det skal føres tvangsprotokoll over når tvangsmidler har vært benyttet. Denne protokollen skal forevises tilsynsmyndigheten. På denne måten kan man gå tilbake og forsikre seg om at tvangen var rettmessig i dette konkrete tilfellet.

Det er i forskrift til sosialtjenesteloven § 5-17 gitt en adgang til å klage over vedtak som fattes med hjemmel i sosialtjenesteloven § 7-11 med tilhørende forskrifter.¹²⁷ Reglene om klage vil jeg komme nærmere tilbake til senere i fremstillingen.

7.8 Utskriving

Reglene i sosialtjenesteloven §§ 6-2 gir anledning til tilbakehold av en rusmiddelmissbruker i institusjon i tre måneder, hvis lovens vilkår er oppfylt. I § 6-2a gis det adgang til å holde den gravide rusmiddelmissbrukeren tilbake i hele svangerskapet, under forutsetning av at det foretas en fornyet vurdering hver tredje måned. Når tilbakeholdsperioden er over, finnes det ikke lenger hjemmel for å holde rusmiddelmissbrukeren tilbake, og vedkommende må da skrives ut. I visse tilfeller skrives imidlertid pasienten ut før denne tiden er over. I hvilke tilfeller pasienten kan skrives ut av institusjonen mens tvangsvedtaket gjelder, og hvordan kompetansefordelingen er ved vedtak av denne typen, er tema i det følgende.

Uttrykket ”utskriving” innebærer i denne sammenhengen at tvangsvedtaket eller adgangen til tvangsinnleggelsen ikke lenger er gyldig, og at det av denne grunn ikke er adgang til å holde rusmiddelmissbrukeren tilbake i institusjonen. Rusmiddelmissbrukeren har i disse tilfellene et krav på utskrivning. I følge handlingsveileder i bruk av tvang, er det flere mulige situasjoner som kan utløse denne rettigheten.¹²⁸ Ved vedtak etter sosialtjenesteloven § 6-2 kan tvangsvedtaket for det første ikke gjøres gjeldende hvis fylkesnemndas vedtak ikke iverksettes innen seks uker etter vedtakelsen. Ved vedtak etter § 6-2a er iverksettelsesfristen 2 uker. Hvis tiltaket ikke blir satt i verk før fristen har gått ut, faller

¹²⁷ Syse har en annen tilnærming til dette, se Syse 2004 s.185

¹²⁸ SHD, Handlingsveileder 1999 s.33

vedtaket i sin helhet bort før rusmiddelmissbrukeren blir lagt inn i institusjonen. Midlertidige vedtak som sosialtjenesten fatter, må på sin side oversendes fylkesnemnda for godkjenning innen to uker. Hvis ikke fristen overholdes, må rusmiddelmissbrukeren skrives ut av institusjonen. Formålet med et vedtak om tvangsinnleggelse er heller ikke tilstede hvis rusmiddelmissbrukeren er motivert for behandling og samtykker til et frivillig behandlingsopplegg. Ofte kan det da inngås en avtale om tilbakehold i henhold til sosialtjenesteloven § 6-3. Hjemmelen for en slik overgang finnes i § 6-3 tredje ledd. Ved vedtak etter § 6-2a, hvor det er mulighet for tilbakehold i hele svangerskapet, skal sosialtjenesten i samråd med institusjonen vurdere hver tredje måned om det fortsatt er grunnlag for tilbakehold i institusjon. Her er det sosialtjenesten som har den avgjørende myndighet. Til sist er det ved tvangsinnleggelse etter § 6-2 de tilfellene der vedtaksperioden er over, og klienten ikke er motivert for videre frivillig behandling. Institusjonen har i slike tilfeller ikke anledning til å holde noen tilbake mot sin vilje, idet hjemmelsgrunnlaget er utdatert. For at en kvinnelig rusmiddelmissbruker skal kunne holdes tilbake med hjemmel i § 6-2a, må hun være gravid. Vedtaket må derfor oppheves hvis hun føder eller aborterer under oppholdet. Vi ser altså her at for at et vedtak om tvangsinnleggelse skal være gyldig, må kravene i henholdsvis sosialtjenesteloven §§ 6-2 og 6-2a til enhver tid være oppfylt. Dette må vurderes kontinuerlig. Så snart ett eller flere av disse vilkårene ikke kan dokumenteres, finnes det ikke hjemmel i loven for å holde vedkommende rusmiddelmissbruker tilbake.

Tidligere måtte sosialtjenesten i den enkelte kommune gi sitt samtykke til at rusmiddelmissbrukeren skulle skrives ut av institusjonen før tilbakeholdsperioden var over. Nå er det institusjonen som tar denne avgjørelsen.¹²⁹ Sosialtjenesten har imidlertid fortsatt en rolle i denne prosessen. Institusjonen skal i følge spesialisthelsetjenesteloven § 3-15 varsle sosialtjenesten i god tid før utskrivningen finner sted. Utskrivningen skal i følge denne regelen planlegges og forberedes i samarbeid mellom ”berørte parter”. Etter bestemmelsens ordlyd innebærer dette et samarbeid mellom institusjonen, sosialtjenesten

¹²⁹ Ot.prp. nr.3 (2002-2003) s.46 og Rundskriv U-1/2004 s.2-3

og den enkelte pasient. Dette har nær sammenheng med oppfølgingen i etterkant av innleggelsen, som jeg vil se nærmere på i neste kapittel. Sosialtjenestens plikt til å medvirke til et slikt samarbeid fremgår av sosialtjenesteloven § 7-6a.

8 Oppfølging i og utenfor institusjon

Formålet med tilbakehold i institusjon med hjemmel i sosialtjenesteloven §§ 6-2 og 6-2a er som tidligere nevnt henholdsvis rehabilitering og å beskytte det ufødte barn fra skadevirkning av rusmidler. I løpet av et institusjonsopphold er den underliggende målsetting at den enkelte rusmiddelmissbruker kan klare å fungere i dagliglivet uten å være avhengig av rusmidler. Dette kan foregripes ved tiltak under institusjonsoppholdet, og i tilknytning til ettervernet. Spørsmålet her blir hvilke regler som finnes vedrørende oppfølging, og hvem som har ansvaret for at de blir praktisert.

En rusmiddelmissbruker har rett til å få utarbeidet en plan for tiltak, enten etter reglene om individuell plan i sosialtjenesteloven § 4-3a eller reglene om tiltaksplan i lovens § 6-1 femte ledd. Reglene vedrørende dette har jeg tatt for meg tidligere i fremstillingen. Oppfølging av vedkommende skal være en del av disse plantypene. Formålet med individuell plan er angitt i forskrift om individuell plan § 2. Formålangivelsen innebærer blant annet at det skal sikres at det til enhver tid er en tjenesteyter som har hovedansvaret for oppfølging av tjenestemottakeren. Rusmiddelmissbrukeren har i alle tilfeller rett til å få en form for oppfølging fra det offentlige. Sosialtjenesten har ansvaret for å utarbeide tiltaksplan etter sosialtjenesteloven § 6-1 femte ledd. Når det gjelder individuell plan etter lovens § 4-3a, skal sosialtjenesten samarbeide med andre tjenesteytere for å bidra til et helhetlig tilbud for den det gjelder. Dette kommer også til uttrykk i forskrift om individuell plan § 6, som fastsetter en plikt for både sosialtjenesten og helseforetaket til å utarbeide en slik plan for tjenestemottakere med behov for langvarige og koordinerte tjenester. Denne oppfølgingsplikten tilligger den delen av apparatet som vedkommende først kommer i

kontakt med. Der rusmiddelmissbrukeren oppretter en kontakt med sosialtjenesten, er det sosialtjenestens plikt til å igangsette planarbeidet.¹³⁰

Målet med en tvangsinnleggelse etter sosialtjenesteloven § 6-2 er at rusmiddelmissbrukeren skal motiveres for et videre frivillig behandlingsopphold, for å få kontroll over sitt misbruk. Hvis klienten går fra et tvangsopphold til frivillig behandling, kan prosessen karakteriseres som vellykket. Sosialtjenesten har fremdeles et ansvar for å følge opp vedkommende under videre behandling i eller utenfor institusjon. Her kommer nødvendigheten av en konkret plan inn. I forhold til § 6-2a, hvor formålet er å holde den gravide kvinnen rusfri i svangerskapet, bør det også legges en plan i forhold til oppfølging etter at svangerskapet er over. Dette kan for eksempel innebære tiltak i samarbeid med barnevernet.

Oppfølging er i stor grad viktig for å hindre tilbakefall etter en rusfri periode. Den enkelte institusjon skal opprette sine egne prosedyrer for å arbeide med dette i tilbakeholdsperioden. Tyrilistiftelsen er et av behandlingsstedene som jobber mye med denne problemstillingen. En viktig komponent i arbeidet med behandling og oppfølging av den enkelte er etter deres oppfatning å arbeide med rusmiddelmissbrukerens sosiale nettverk.¹³¹ I følge deres prosedyrer skal enhetslederen og vedkommendes kontaktperson ved institusjonen sørge for at det jobbes systematisk både med det eksisterende nettverk og med å etablere nye kontakter utenfor institusjonen. En viktig del av dette arbeidet er å oppmuntre den enkelte til å delta på fritidsaktiviteter der nye sosiale relasjoner kan etableres. Ensomhet og sosial isolasjon er vanlige årsaker til tilbakefall etter gjennomført opphold, og det er derfor viktig å forberede seg på livet utenfor institusjonen ved hjelp av et nytt sosialt nettverk, slik at man kan unngå å oppsøke sitt gamle miljø. For å holde kontakten med deler av sitt nettverk under tilbakeholdstiden, kan også rusfrie venner inviteres på besøk i fellesskapet. Ved Tyrili settes det opp en egen utviklingsplan for hver enkelt "elev", og nettverksarbeidet er en del av denne planen. På denne måten settes det et mål for hvordan livet utenfor institusjonen kan bli.

¹³⁰ Sosial- og helsedirektoratet, Veileder til forskrift om individuell plan 2005 s.12 og s.19

¹³¹ Tyrilistiftelsen 2005

Etter institusjonsoppholdet er det sosialtjenesten i rusmiddelmissbrukerens kommune som har hovedansvaret for oppfølgingen. I følge sosialtjenesteloven § 6-1 fjerde ledd skal sosialtjenesten legge til rette for nødvendige tiltak ved avslutningen av et institusjonsopphold. Dette kan være for eksempel hjelp til å skaffe et sted å bo, samt hjelp til å starte arbeid eller utdanning. Sosialtjenesten skal i tillegg gi råd og veiledning vedrørende vedkommendes rusmiddelproblemer. Denne plikten er nedfelt i lovens § 6-1 første ledd, jf. § 4-1.

9 Tilsyn og klage

9.1 Tilsyn

Før rusreformene ble gjennomført, var det fylkesmannen som hadde ansvar for å føre tilsyn med institusjonene som tar imot rusmiddelmissbrukere på tvang etter sosialtjenesteloven §§ 6-2 og 6-2a. Etter gjennomføringen av reformen kan det virke uklart hvem som har denne myndigheten, siden det ikke lenger finnes noen uttrykkelig lovhjemmel på området. I sosialtjenesteloven § 2-6 oppstilles det en plikt for fylkesmannen til å føre tilsyn med kommunenes virksomhet etter lovens kapittel 6. Denne hjemmelen gir ingen plikt for fylkesmannen til å foreta tilsynsvirksomhet overfor institusjonene. Sosialtjenesteforskriften fastsetter på sin side at fylkesmannen skal ha tilsyn med institusjonene, men denne forskriften er gitt med hjemmel i bestemmelser i sosialtjenesteloven, som ble opphevet da rusreformen trådte i kraft.¹³² Forskriften kan av den grunn ikke sies å gi hjemmel for tilsynskompetansen.¹³³ Helsetilsynet har imidlertid et generelt ansvar for tilsyn på området. Dette er hjemlet i lov om statlig tilsyn med helsetjenesten § 2, som sier at ”Helsetilsynet i fylket skal føre tilsyn med alt helsevesen og alt helsepersonell i fylket”. I spesialisthelsetjenesteloven § 3-13 kan det synes som om det er forutsatt at det er Helsetilsynet som har tilsynsmyndigheten. I følge denne bestemmelsen skal Helsetilsynet varsles hvis det finner sted tvangsinnleggelse i henhold til sosialtjenesteloven §§ 6-2 og 6-2a. I alle tilfeller virker det unaturlig at både fylkesmannen og Helsetilsynet i fylket skal ha myndighet til å føre tilsyn med institusjoner som er pekt ut til å ta imot rusmiddelmissbrukere. Det fremstår dermed som mest nærliggende å konkludere med at det

¹³² Forskrift til lov om sosiale tjenester 1992 kap.3

¹³³ Sjøvig 2004 s.164

er Helsetilsynet som innehar kompetansen.¹³⁴ I praksis har dette imidlertid begrenset betydning, fordi Helsetilsynet i fylket er samordnet med fylkesmannsembetene.

Ved tilsynet skal Helsetilsynet i fylket påse at virksomheten drives i samsvar med de regler som er gitt i loven. Med hjemmel i lov om statlig tilsyn med helsetjenesten § 2 skal de gi råd, veiledning og opplysninger som bidrar til at behovet for helsetjenester blir dekket. Helsetilsynet kan også i følge lovens § 5 gi sosialtjenesten pålegg om å rette opp i sin praksis hvis den utøves på en uheldig eller uforsvarlig måte. Dette gjelder imidlertid kun hvis virksomheten drives på en måte som kan få skadelige følger for mottakeren.

9.2 Klage

Retten til administrativ overprøving av et vedtak er en viktig rettssikkerhetsgaranti. En person med rusmiddelproblemer som har fått et tvangsvedtak fattet mot seg, har klagerett hvis vedkommende ikke er fornøyd med gjennomføringen av vedtaket. For å kunne ivareta rettssikkerheten i slike situasjoner, er det viktig å ha klare regler om hvem som har kompetanse til å behandle klagesaker. Problemstillingen under dette kapitlet blir hvem rusmiddelmissbrukeren kan henvende seg til hvis hun eller han mener å være utsatt for urett.

I følge forskrift til lov om sosiale tjenester § 5-17, er fylkesmannen rette instans for behandling av klager i forbindelse med opphold i institusjon etter vedtak i henhold til sosialtjenesteloven §§ 6-2 og 6-2a.¹³⁵ Etter gjennomføringen av rusreformen er det imidlertid ikke riktig å forstå forskriften slik. Det fremheves i rundskriv I-8/2004 at kompetansen til å behandle klager tilligger samme instans som etter rusreformen innehar kompetanse til å foreta tilsyn, nemlig Helsetilsynet i fylket.¹³⁶ Dette er en direkte konsekvens av at tjenestene nå er definert som spesialisthelsetjenester.

¹³⁴ Søvig 2004 s.164

¹³⁵ Forskrift til lov om sosiale tjenester 1992 kap.5

¹³⁶ Rundskriv I-8/2004 s.14

Etter pasientrettighetsloven § 7-1 kan pasienten eller en representant for denne, som mener at det foreligger brudd på rettigheter etter loven, anmode den som yter helsehjelpen om at rettigheten blir oppfylt forskriftsmessig. Hvis anmodningen ikke blir tatt til følge, kan vedkommende i følge lovens § 7-2 rette en klage til Helsetilsynet i fylket. Formkravene for klagen er gjengitt i § 7-3. Klagen skal være skriftlig og undertegnet, og klageren må oppgi det forhold som det klages over. I tilknytning til tvangsinnleggelse av rusmiddelmissbrukere kan dette for eksempel være at vedkommende mener å ikke ha mottatt tilstrekkelig informasjon i henhold til pasientrettighetsloven § 3-2.¹³⁷ Gjenstanden for klage etter pasientrettighetsloven kapittel 7 er, i følge § 7-1, kun ivaretagelsen av rettigheter etter pasientrettighetsloven. Hvis rusmiddelmissbrukeren har andre forhold å klage over, må klageadgangen ha hjemmel i andre regler.

Rusmiddelmissbrukere som er innlagt ved institusjon under spesialisthelsetjenesten, har også klageadgang i henhold til pasientrettighetsloven kapittel 8. Overskriften i dette kapittelet er "Pasientombud". I følge lovens § 8-2 skal staten sørge for at det opprettes et pasientombud i hvert fylke. Ombudets arbeid skal utføres selvstendig og uavhengig av andre etater på spesialisthelsetjenestenes område. Tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmissbrukere defineres som en spesialisthelsetjeneste, og omfattes dermed av pasientombudenes arbeidsområde.¹³⁸ Pasientombudet er opprettet med det formål å arbeide for pasienters behov, interesser og rettssikkerhet. I tillegg skal det arbeides for å bedre kvaliteten på de helsetjenester som blir gitt. Lovens § 8-3 hjemler retten til å henvende seg til pasientombudet. I følge bestemmelsen annet ledd kan "Enhver" be om at en sak tas opp til behandling. I tillegg til å behandle saker på grunnlag av skriftlige og muntlige henvendelser, kan de ta opp saker på eget initiativ. Pasientombudet avgjør imidlertid selv om en henvendelse gir tilstrekkelig grunn til å ta opp en sak til behandling. Arbeidsoppgavene som tilligger ombudet er oppregnet i § 8-7. Informasjon, råd og veiledning er en viktig del av virksomheten, i tillegg til å gi veiledende uttalelser om forhold som hører under deres arbeidsområde. Uttalelsene er ikke bindende for mottakeren.

¹³⁷ Rundskriv I-8/2004 s.29

¹³⁸ Rundskriv I-8/2004 s.29

Pasientombudet har imidlertid en plikt til å underrette tilsynsmyndighetene, det vil si Helsetilsynet i fylket og Statens helsetilsyn, om forhold som ligger under deres ansvarsområde.

I lov om Stortingets ombudsmann for forvaltningen er det besluttet at en sivilombudsmann skal oppnevnes i hver stortingsperiode, for å sikre at det ved utøvelsen av offentlig myndighet ikke gjøres urett mot den enkelte borger. Sivilombudsmannen skal i tillegg bidra til at menneskerettighetene respekteres. Saker kan tas opp til behandling enten etter klage eller på eget initiativ. Etter denne loven har bare den som hevder å ha vært utsatt for urett klagekompetanse. I følge § 10 har Sivilombudsmannen rett til å uttale sin mening om forhold vedrørende utøvelse av offentlig forvaltning og menneskerettigheter, og kan påpeke feil og forsømmelser i denne forbindelse. Klageren har, i følge bestemmelsens femte ledd, rett til å få vite resultatet av behandlingen av klagen. Sivilombudsmannen kan også velge å offentliggjøre sin saksbehandling, imidlertid med reservasjon for taushetsplikten som følger av lovens § 9.

Som vi kan se av dette, er rettssikkerheten ivaretatt ved at den som får et tvangsvedtak mot seg har klagemuligheter å benytte seg av. Klagen kan i disse tilfellene rettes mot både den tilsynsansvarlige i etaten som har fattet avgjørelsen, mot et kontrollorgan og mot et uavhengig organ. Forholdene ligger dermed til rette for at rusmiddelmissbrukere skal få en korrekt og rettferdig behandling av sin sak, på linje med andre pasienter i spesialisthelsetjenesten og som parter i den offentlige forvaltning. Et spørsmål som kan stilles i denne forbindelse, er om det kan oppstå problemer i sammenheng med at flere instanser har avgjørelsesmyndighet i de samme sakene. Faren for at forskjellige instanser kan komme til ulikt resultat i samme sak, er tilstede. De ulike organenes kompetanse vil imidlertid kunne bidra til å sikre rettssikkerheten ved at en pasient får muligheten til å få sin sak prøvet flere ganger. Dermed kan avgjørelsens riktighet kontrolleres, og klageadgangen vil samtidig kunne fungere som en garanti mot vilkårlige avgjørelser.

10 Avslutning

Rusreformen medførte ny organisering av tjenestetilbudet til rusmiddelmissbrukere. Når det gjelder den personelle delen av reformen, har omorganiseringen resultert i både nye rutiner og nye lover og forskrifter å forholde seg til. Både for ansatte i de ulike instansene og de som tvangsinnlegges med hjemmel i sosialtjenesteloven §§ 6-2 og 6-2a vil det, som jeg har vist i min fremstilling, til tider være vanskelig å vite hvilke regelverk man skal bruke og hvem man skal henvende seg til. Reformen har imidlertid hatt kort varighet, og forhåpentligvis vil dette falle på plass etter hvert.

Formålet med rusreformen var å danne en mer helhetlig tiltakskjede for rusmiddelmissbrukere, og herunder gi en rett til å få utarbeidet en individuell plan. Har så reformarbeidet ført til forbedringer på det materielle plan? Rusmiddelmissbrukere som er i kontakt med behandlingsapparatet har fått pasientstatus og rettigheter i henhold til pasientrettighetsloven. Det foreligger imidlertid fortsatt tvil om dette gjelder fullt ut ved tilbakehold i institusjon uten samtykke. Hjemmelsgrunnlagene er uklare når det gjelder dette. Det er altså fortsatt noe igjen før alle spørsmål er besvart. Helseaspektet er på sin side blitt tydeliggjort ved at det er økt fokus på en helhetlig tilnærming til rusmiddelproblemer.

For at formålet med rusreformen skal kunne oppnås i høyest mulig grad, er det nødvendig med klare regler og grundig opplæring av ansatte. Det kan virke som om det er visse mangler i dagens system, og at lovarbeidet ikke er fullstendig gjennomført per dags dato. Det er fortsatt litt som gjenstår før lovene er totalt harmonisert. Rusreformen var ment å være både en ansvarsreform og en kvalitetsreform. En av de største utfordringene i dette arbeidet, er mangelen på økonomiske ressurser. Rusomsorg er imidlertid et av satsningsområdene for den nye regjeringen, og det er derfor grunnlag for å håpe på at de tar problemene på alvor og bidrar til at formålet med rusreformen oppnås i større grad.

11 Litteraturliste

Litteratur

Andenæs, Kristian: *Sosialloven*. I: Andenæs, Molven, Rasmussen, Sandberg og Warberg: Sosialrett, 6. utg. Oslo: Universitetsforlaget 2003 s. 201-267. ISBN82-15-00387-7

Bernt, Jan Frithjof: *Tvangsbruk i sosialtjenesten*. I: Kjønstad, Bernt, Kjellevold og Hove: Sosial trygghet og rettssikkerhet, 2. utg. Bergen: Fagbokforlaget 2000 s. 227-302. ISBN82-7674-628-4

Fekjær, Hans Olav: *Rus*, 2. utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS 2004. ISBN82-05-33869-8

Kjellevold, Alice: *Retten til individuell plan*, 2. utg. Bergen: Fagbokforlaget 2005. ISBN82-450-0181-3

Kjønstad, Asbjørn: *Velferdsstat, rettssikkerhet og kommunalt selvstyre*. I: Kjønstad, Bernt, Kjellevold og Hove: Sosial trygghet og rettssikkerhet, 2. utg. Bergen: Fagbokforlaget 2000 s. 303-341. ISBN82-7674-628-4

Kjønstad, Asbjørn og Aslak Syse: *Velferdsrett I*, 3. utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS 2005. ISBN82-05-34225-3

Kjønstad, Asbjørn og Aslak Syse: *Velferdsrett II*, 2. utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS 2003. ISBN82-05-30592-7

SIRUS rapport nr. 2/2004, Alver, Bretteville-Jensen og Kaarbøe: *Rusreformen - noen grunnlagsdata om organisering og finansiering*. Oslo: Statens institutt for rusmiddelforskning 2004. ISBN82-7171-258-6

Syse, Aslak: *Psykisk helsevernloven*, 1. utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS 2004. ISBN82-05-33412-9

Søvig, Karl Harald: *Tvang overfor gravide rusmiddelmisbrukere*, 1. utg. Oslo: Kommuneforlaget AS 1999. ISBN82-446-0665-7

Søvig, Karl Harald: *Tvang overfor rusmiddelavhengige*, avhandling, disputasutgave. Universitetet i Bergen 2004.

Tyrilistiftelsen: *Prosedyrer for nettverksarbeid*, 2005.

Tyrilistiftelsen: *Prosedyrer for urinprøvetaking*, 2005a.

Werpen, Fredrik B.: *Uklar praktisering av institusjonskriteriet*. I: *Juristkontakt* 6/2005 s. 39-41.

Offentlige dokumenter

NOU 1985:18 *Lov om sosiale tjenester m.v.*

NOU 2004:18 *Helhet i sosial- og helsetjenesten*

NOU 2005:3 *Fra stykkevis til helt*

Ot.prp. nr. 54 (1968-1969) *Om lov om endringer i lov 31. mai 1900 om løsgjengeri, betleri og drukkenskap m.m.*

Ot.prp. nr. 23 (1969-1970) *Om lov om endringer i lov 31. mai 1900 om løsgjengeri, betleri og drukkenskap m.m.*

Ot.prp. nr. 42 (1982-1983) *Om lov om fylkeskommunalt ansvar for alkoholistinstitutionene m.v.*

Ot.prp. nr. 78 (1997-1998) *Om lov om endringer i lov om sosiale tjenester m.v. (Tilbakeholdelse av rusmiddelmissbrukere uten eget samtykke m.m.)*

Ot.prp. nr. 13 (1998-1999) *Om lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven)*

Ot.prp. nr. 66 (2000-2001) *Om lov om helseforetak m.m. (helseforetaksloven)*

Ot.prp. nr. 3 (2002-2003) *Om lov om endringer i lov 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester m.v. og i enkelte andre lover (statlig overtakelse av deler av fylkeskommunens ansvar for tiltak for rusmiddelmissbrukere)*

Ot.prp. nr. 54 (2002-2003) *Om lov om endringer i lov 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester m.v. (Rusreform II og rett til individuell plan)*

Innst. O. nr. 68 (1994-95) *Innstilling fra sosialkomiteen om lov om endringer i lov om sosiale tjenester m.v. og i visse andre lover (tilbakeholdelse av gravide rusmiddelmisbrukere i institusjon)*

Innst. O. nr. 51 (2002-2003) *Innstilling fra sosialkomiteen om lov om endringer i lov 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester m.v. og i enkelte andre lover (statlig overtakelse av deler av fylkeskommunens ansvar for tiltak for rusmiddelmisbrukere)*

Innst. O. nr. 4 (2003-2004) *Innstilling fra sosialkomiteen om lov om endringer i lov 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester m.v. og lov 2. juli 1999 nr 61 om spesialisthelsetjenesten m.m. (Rusreform II og rett til individuell plan)*

St.prp. nr. 1 (2005-2006) *Den kongelige proposisjon om statsbudsjettet for budsjettåret 2006*

St.prp. nr. 1 Tillegg nr. 1 (2005-2006) *Om endring av St.prp. nr. 1 om statsbudsjettet 2006*

Rundskriv U-1/2004: *Orientering om endringer i sosialtjenesteloven som følge av rusreformen (Sosialdepartementet 01/2004)*

Rundskriv I-8/2004: *Rusreformen – pasientrettigheter og endringer i spesialisthelsetjenesteloven (Helsedepartementet 04/2004)*

Sosialdepartementet: *Regjeringens handlingsplan mot rusmidler 2003-2005, U-9/2002*

Sosial- og Helsedepartementet (SHD): *Handlingsveileder i bruk av tvang overfor rusmiddelmisbrukere etter sosialtjenesteloven §§ 6-2, 6-2a og 6-3, Oslo 1999, I-0965 B*

Helse- og omsorgsdepartementet (HOD): *Høringsnotat - Endringer i psykisk helsevernloven og pasientrettighetsloven, 2005*

Helse- og omsorgsdepartementet (HOD): *Høringsnotat – Endringer i lov 2. juli 1999 nr 63 om pasientrettigheter – helsehjelp til pasienter uten samtykke kompetanse, 2005*

Sosial- og helsedirektoratet: *Individuell plan 2005, Veileder til forskrift om individuell plan*, 09/2005. ISBN82-8081-067-6

Lover

Lov om umyndiggjørelse av 28. november 1898

Lov om fengselsvesenet og tvangarbeide av 31. mai 1900 nr. 4 (opphevet)

Løsgjengerloven av 31. mai 1900 nr. 5

Edruskapsloven av 26. februar 1932 nr. 1 (opphevet)

Lov om rettergangsmåter for tvistemål (tvistemålsloven) av 13. august 1915 nr. 6

Lov om Stortingets ombudsmann for forvaltningen av 22. juni 1962 nr. 8

Lov om behandlingsmåten i forvaltningssaker (forvaltningsloven) av 10. februar 1967

Lov om fylkeskommunalt ansvar for alkoholistinstitusjoner av 30. mars 1984 nr. 11
(opphevet)

Lov om statlig tilsyn med helsetjenesten av 30. mars 1984 nr. 15

Lov om sosiale tjenester m.v. (sosialtjenesteloven) av 13. desember 1991 nr. 81

Lov om styrking av menneskerettighetenes stilling i norsk rett (menneskerettsloven) av 21. mai 1999 nr. 30

Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. av 2. juli 1999 nr. 61

Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (psykisk helsevernloven) av 2. juli 1999 nr. 62

Lov om pasientrettigheter (pasientrettighetsloven) av 2. juli 1999 nr. 63

Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven) av 2. juli 1999 nr. 64

Forskrifter

Forskrift til lov om sosiale tjenester m.v. av 4. desember 1992 nr. 915

Forskrift om individuell plan etter helselovgivningen og sosialtjenesteloven av 23. desember 2004 nr. 1837

Konvensjoner

Den europeiske menneskerettskonvensjon med protokoller (EMK) av 4. november 1950

Fylkesnemndavgjørelser

27. juni 2002 (ROG), saksnr. 02-0125

08. januar 2003 (AGD), saksnr. 02-0183

09. april 2003 (HSF), saksnr. 03-0047

15. desember 2004 (MRO), saksnr. 04-0139

