

Utkast til forskrift om rettigheter og bruk av tvang under opphold i institusjon for behandling, omsorg og rehabilitering av personer med rusmiddelproblemer

Forslag til ny gjennomføringsforskrift

Heftets tittel: Utkast til forskrift om rettigheter og bruk av tvang under opphold i institusjon for behandling, omsorg og rehabilitering av personer med rusmiddelproblemer

Utgitt: 5/2013

Bestillingsnummer: **IS-2056**

Utgitt av: Helsedirektoratet

Prosjektansvarlig: Gitte Huus, Avdeling psykisk helsevern og rus

Prosjektleder: Ingunn Myklebust, Avdeling psykisk helsevern og rus

Arbeidsgruppe: Eyvind Berg, Hanne Skoe Cederkvist, Martin Blindheim, Kathrine Egeland, Vårin Hellevik, Ketil Nordstrand, Siri Strømsmo og Tine Sveen

Postadresse: Pb. 7000 St Olavs plass, 0130 Oslo

Besøksadresse: Universitetsgata 2, Oslo

Tlf.: 810 20 050

Faks: 24 16 30 01

www.helsedirektoratet.no

Innhold

1	Innledning	3
1.1	Oppdrag	3
1.2	Om behovet for å regulere gjennomføring av opphold i institusjon for personer med rusmiddelproblemer	3
1.3	Arbeidet med rapporten	4
1.4	Faktagrunnlag	5
1.4.1	Institusjoner i spesialisthelsetjenesten	5
1.4.2	Kommunale og private institusjoner for personer med rusmiddelproblemer	7
1.4.3	Manglende kunnskap om omfang av tvangstiltak etter gjeldende gjennomføringsforskrift	11
1.4.4	Oppsummering av faktagrunnlaget	11
2	Felles gjennomføringsforskrift	12
3	Behov for lovendringer	14
3.1	Regulering av gjennomføringsregler i lov eller forskrift?	14
3.2	Behov for likelydende hjemler for gjennomføringsforskriften	14
3.3	Forslag til forskriftsbestemmelser som også vil kreve lovendringer	15
3.4	Bruk av begrepet rusmiddelavhengig	15
3.5	Personer med spillavhengighet	16
3.6	Behov for endringer i psykisk helsevernlovens gjennomføringsbestemmelser	16
4	Generelle bestemmelser	18
4.1	Forskriftens tittel, formell tittel og korttittel	18
4.2	Forskriftens formål (§ 1)	18
4.3	Forskriftens virkeområde (§ 2)	18
4.3.1	Forskriftshjemlene	18
4.3.2	Anbefaling av virkeområde	19
4.4	Vern om personlig integritet (§ 3)	25
4.5	Husordensregler (§ 4)	26
4.5.1	Skjerming av pasient og bruker som er ruset	27
4.5.2	Spørsmål om økt ressursbehov for landets fylkesmenn	27
4.6	Oppbevaring av eiendeler og økonomiske midler (§ 5)	28
5	Bruk av tvang	30
5.1	Generelt om bruk av tvang	30
5.2	Samtykke til tiltak etter gjennomføringsforskriften	30
5.3	Konsekvenser av manglende samarbeid ved tiltak etter forskriften og brudd på husordensregler	31
5.4	Rusmiddeltesting (§ 6)	32

5.4.1	Vurdering av regel om rusmiddeltesting sett opp mot forskrift om legemiddelassistert rehabilitering (LAR forskriften)	35
5.5	Forbindelse med omverden (§ 7)	35
5.5.1	Besøk	35
5.5.2	Kontroll av post	36
5.5.3	Elektroniske kommunikasjonsmidler, herunder mobiltelefon og PC	36
5.6	Kroppsvistasjon og ransaking (§ 8)	37
5.7	Beslag (§ 9)	39
5.8	Tvang i akutte nødsituasjoner (§ 10)	40
5.9	Tilbakehold ved institusjon og tilbakeføring ved rømming (§ 11)	41
5.10	Forslag til ny bestemmelse om beregning av tilbakeholdstid ved tvangsinnleggelse etter helse- og omsorgstjenesteloven § 10-2 (§ 12)	42
6	Bestemmelser i forskrift til lov om sosiale tjenester som ikke foreslås videreført	44
6.1	Medisinsk behandling	44
6.2	Forbud mot behandling uten eget samtykke	44
6.3	Avtaleforbud	44
6.4	Adgang til å nekte permisjon	45
6.5	Tvang som straff	45
7	Vedtakskompetanse, klage, klagebehandling og forholdet til forvaltningsloven	46
7.1	Underretning og registrering av vedtak (§ 13)	46
7.2	Klage (§ 14)	47
7.2.1	Om klagebehandling	47
7.3	Forholdet til forvaltningsloven	48
7.4	Ny bestemmelse om plikt til samarbeid mellom institusjonen og kommunen (§ 15)	49
8	Helsedirektoratets forslag til forskrift	50

1 Innledning

1.1 Oppdrag

I Helse- og omsorgsdepartementets tildelingsbrev for 2009 punkt 2.5 står det at Helsedirektoratet skal «Utarbeide forslag til nye gjennomføringsbestemmelser med hjemmel i spesialisthelsetjenesteloven § 3-14 nytt annet ledd, som ikke har trådt i kraft.»

I brev av 27.03.2012¹ ble oppdraget utdypet og utvidet til å vurdere mulig endring av virkeområdet for forskriften. Oppdraget var opprinnelig begrenset til å utarbeide nye gjennomføringsbestemmelser for rusbehandling i institusjoner i spesialisthelsetjenesten. Helsedirektoratet ble bedt om å vurdere behovet for tilsvarende regulering for institusjoner med heldøgns helse- og omsorgstjenester for personer med rusmiddelproblemer i den kommunale helse- og omsorgstjenesten etter helse- og omsorgstjenesteloven § 12-4. Direktoratet fikk i oppdrag å vurdere om bestemmelser i kapittel 5 i forskrift til sosialtjenesteloven, nå helse- og omsorgstjenesteloven, bør endres eller videreføres.²

Helsedirektoratet skal vurdere om det er hensiktsmessig å gi *felles* forskrift for institusjoner under spesialisthelsetjenesten og under den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Vurderingen skal også omfatte private institusjoner, som kan ha avtale med spesialisthelsetjeneste og kommuner, samt tilby egne plasser.

1.2 Om behovet for å regulere gjennomføring av opphold i institusjon for personer med rusmiddelproblemer

Bestemmelser om rettigheter og bruk av tvang berører spørsmål om personlig integritet og autonomi. Med autonomi menes individets rett til selvbestemmelse og til selv å avgjøre saker og spørsmål som angår en selv.

For at bruk av tvang skal være legitimt, må det anses utvilsomt at den som anvender tvang har innsikt i personens beste og at tvang gir en så gunstig virkning at det klart oppveier ulempene ved bruken av tvang. Tvangstiltak vil kunne være berettiget hvis tiltaket sikrer eller bidrar til å oppnå et gode personen ellers ikke vil oppnå. Det godet som oppnås må vurderes opp mot det å frata en person selvbestemmelse. Dette innebærer vanskelige etiske vurderinger. Det er foreløpig få sentrale retningslinjer for behandling av rusmiddelproblemer. Vurderingene av hva som anses som gode og nødvendige kontrolltiltak endrer seg, og feltet kan til dels være ideologisk preget.

Rusmiddelproblemer og -avhengighet er et alvorlig, noen ganger livstruende, problem. Personer med rusmiddelproblemer vil ofte oppleve at perioder med avhold

¹ Brev av 27.3.2012 fra Helse- og omsorgsdepartementet, deres ref. 201200477

² Jf. Helse- og omsorgstjenestelovens § 13-2 Forskrift om lov om sosiale tjenester m.v. kapittel 5. Beboernes rettigheter og bruk av tvang i institusjoner for omsorg og behandling av rusmiddelmissbrukere

eller redusert forbruk avløses av tilbakefall. Varierende motivasjon for behandling er en del av dette bildet. Bruk av rusmidler kan enkelte ganger føre til at pasient og bruker midlertidig mister sin samtykkekompetanse. Rusmiddelproblemer vil kunne innebære tilknytning til kriminalitet, eller at vedkommende kommer i tilstander som kan innebære fare.

I rapportens kapittel 5 vurderes det hvorvidt det skal være adgang til å gjennomføre ulike kontrolltiltak uten pasientens og brukerens samtykke. Tvangstiltak vil kunne bidra til å sikre forsvarlig behandling og omsorg, slik at formålet med oppholdet kan oppnås. Tvangstiltak vil også kunne ivareta andre pasienter og brukere som oppholder seg på institusjonen, samt personalet. Direktoratet er derfor av den oppfatning at det er nødvendig med tvangsbestemmelser.

Det vurderes at bruk av tvangstiltak som rusmiddeltesting og ransaking i noen tilfeller vil være nødvendig når formålet med oppholdet i institusjonen er å oppnå rusfrihet. Det samme gjelder muligheten til å kunne innskrenke retten til å få besøk.

Rusmiddeltesting er et så inngripende tiltak at også adgangen til å samtykke til dette tiltaket bør reguleres. Det er viktig å ha klare regler for når det er adgang til å bruke tvang og det bør være klare regler for dokumentasjon av tvang og klagerett.

Et annet spørsmål er om det er nødvendig å regulere *rettigheter* i gjennomføringsforskriften. Med rettigheter menes for eksempel rettigheter som fremgår i pasient- og brukerrettighetsloven. Som hovedregel er det ikke behov for å regulere slike rettigheter. Årsaken til det er at slike rettigheter fremgår av annet lovverk. Direktoratet har likevel vurdert det som nødvendig å oppstille noen slike rettigheter, som vern om personlig integritet og rett til individuell plan.

1.3 Arbeidet med rapporten

I arbeidet med å skrive utkast til ny forskrift har Helsedirektoratet tatt utgangspunkt i rapport 2-2010 fra Uni Rokkansenteret.³ Rapporten inneholder en evaluering av lovreglene om tvangstiltak overfor personer med rusmiddelavhengighet og en gjennomgang av forskrift til lov om sosiale tjenester mv kap. 5, gjennomføringsforskriften.

Helsedirektoratet har opprettet et rådslag for å få innspill til forslagene til nye regler. Rådslaget har bestått av deltakere fra institusjoner som yter tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengighet, og kommunale og private institusjoner som yter omsorg og behandling til personer med rusmiddelproblemer. Videre har rådslaget bestått av deltagere fra brukerorganisasjonene A-LARM, Foreningen for human narkotikapolitikk (FHN) og Medikament Assistert Rehabilitering Bruker Organisasjon (MARBORG), representant fra Fylkesmannen i Rogaland, Oslo kommune, regionalt helseforetaks nettverk innen TSB og Pasient- og brukerombudet i Buskerud (vedlegg 1). Det har vært ett heldagsmøte med rådslaget 7. desember 2012 og ett høringsmøte 8. april 2013. Arbeidsformen har i tillegg vært å diskutere problemstillinger med deltakerne i rådslaget via e-post og telefon. Helsedirektoratet har vært på besøk og intervjuet ledelse og pasienter på to institusjoner⁴. I tillegg har

³ Tvang overfor rusmiddelavhengige, Evaluering av Lov om sosiale tjenester §§6-2, 6-2a og 6-3 Uni Rokkansenteret Rapport 2-2010

⁴ Vi har vært på besøk hos Arken kvinnekollektiv og Oslo universitetssykehus ved avdeling avhengighetsbehandling unge

vi også tatt kontakt med enkelte institusjoner på telefon for å få ytterligere informasjon om ønske og behov for regulering av gjennomføring av opphold på institusjon.

Vi har også fått flere gode innspill på aktuelle problestillinger fra professor dr. juris Karl Harald Søvig, Universitetet i Bergen.

Spesialisthelsetjenesteloven § 3-14 nytt annet ledd og helse- og omsorgstjenesteloven § 12-4 er hjemmelsgrunnlaget for ny forskrift. Direktoratet har tatt utgangspunkt i gjeldende gjennomføringsforskrift og har fortløpende vurdert hvilke bestemmelser som skal utgå, revideres eller videreføres. Ny forskrift må ses i sammenheng med annen tvangslovgivning på helse- og omsorgsrettens område, herunder regulering av gjennomføring av opphold i psykisk helsevern og barneverninstitusjoner. Det vil være en avveining om man av pedagogiske grunner skal gjenta regler i gjennomføringsforskriften som reguleres andre steder. Eksempel på dette er dagens regulering i forskriftens § 5-3 om rett til nødvendig helsehjelp som også er regulert i pasient- og brukerrettighetsloven.

1.4 Faktagrunnlag

1.4.1 Institusjoner i spesialisthelsetjenesten

1.4.1.1 Omfang

Det ble obligatorisk med rapportering til Norsk pasientregister (NPR) fra enheter som yter tverrfaglig spesialisert behandling (TSB) for rusmiddelavhengighet fra 1. januar 2009. NPR skal inneholde helseopplysninger om alle som diagnostiseres eller behandles i spesialisthelsetjenesten i Norge.⁵ I rapportserien *Samdata spesialisthelsetjenesten* presenteres årlig nøkkeltall for behandlingstilbudet for personer med rusmiddelproblemer som er organisert innen spesialisthelsetjenesten.⁶ I 2011 var det 1 753 døgnplasser og 13 063 innleggelser i TSB, fordelt på ca. 70 institusjoner.⁷

Fra 2012 skal institusjonene rapportere både henvisningsformalitet og lovgrunnlag til NPR, herunder vedtak om tilbakehold av rusmiddelavhengige etter helse- og omsorgstjenesteloven §§ 10-2, 10-3 og 10-4.⁸ Innrapportert data er i dag for ufullstendig til at det gir et korrekt bilde av bruk av tvang overfor personer med rusmiddelproblemer.

Det er imidlertid gitt en oversikt over vedtak om tilbakehold fra fylkesnemndene for sosiale saker med hjemmel i helse- og omsorgstjenesteloven §§ 10-2 og 10-3. Tallene for 2010 og 2011 er fremskaffet av Fylkesnemndene for sosiale saker - sentralenhetene (vedlegg 2). I 2011 ble det fattet 271 vedtak om tilbakeholdelse i institusjon uten eget samtykke. Antall vedtak er ikke lik antall saker eller antall

⁵ FOR 2007-12-07 nr 1389: Forskrift om innsamling og behandling av helseopplysninger i Norsk pasientregister (Norsk pasientregisterforskriften)

⁶ Fra tabell 1.1 *Nasjonale nøkkeltall 2007-2011*. Se Samdata Rapport IS-2009 Spesialisthelsetjenesten 2011. <http://www.helsedirektoratet.no/sites/samdata/Sider/default.aspx> - se side 15 og 16 i rapporten.

⁷ Grunnlagstall til SAMDATA spesialisthelsetjenesten 2011. Se exel-filene som ligger til grunn for kap 19 og 20.

<http://www.helsedirektoratet.no/tall-analyse/samdata/datagrunnlag/Sider/definisjoner-og-grunnlagsdata-2011.aspx>

⁸ <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/veileder-for-registrering-i-tverrfaglig-spesialisert-behandling-for-rusmiddelmisbruk-tsb>

personer som er holdt tilbake, da det kan være fattet flere vedtak som gjelder samme person.

1.4.1.2 *Innholdet i tverrfaglig spesialisert behandling (TSB)*

Tjenestetyper

TSB skal gi tilbud om akuttbehandling, avrusning, utredning og behandling av rusmiddelproblemer. De regionale helseforetakene skal dessuten peke ut institusjoner i sitt område til å ivareta tilbakehold i henhold til helse- og omsorgstjenestelovens §§ 10-2, 10-3 og 10-4. Det vises til ferdigstilte nasjonale retningslinjer og veiledere på området.

Avrusning

Avrusning er tidsavgrenset helsehjelp som gis når en person ønsker å avslutte bruk av rusmidler. Formålet er å sikre en medisinsk forsvarlig avslutning av rusmiddelbruken og å forebygge og lindre abstinensplagene. Avrusning kan både finne sted poliklinisk og ved innleggelse på institusjon og kan skje både i spesialisthelsetjenesten og i kommunehelsetjenesten. Avrusning er sjelden aktuelt som et enkeltstående tiltak og bør oftest skje i tilslutning til videre oppfølging og behandling. Det kan være skadelige konsekvenser av isolert avrusning ved opioidavhengighet ved at pasienten mister sin toleranse for opioider og dermed står i økt fare for å ta overdose rett etter en avrusning. Helsedirektoratet utarbeider en Nasjonal retningslinje for avrusning fra forskjellige rusmidler og legemidler, et arbeid som er planlagt ferdig i 2014.

Øyeblikkelig hjelp

I henhold til spesialisthelsetjenesteloven skal helseforetakene peke ut institusjoner innen tverrfaglig spesialisert behandling (TSB) som har plikt til å yte øyeblikkelig hjelp til pasienter som trenger akutt behandling for sitt rusmiddelproblem. Plikten til å gi akutt/øyeblikkelig behandling gjelder dersom det ut i fra de foreliggende opplysninger må antas at hjelpen er påtrengende nødvendig og det ikke vil være forsvarlig å henvise pasienten til å følge ordinære prosedyrer for inntak. I det videre forløpet innebærer kravet til faglig forsvarlighet at disse pasientene prioriteres på linje med andre rettighetspasienter.

Poliklinikk og døgnbehandling, herunder tilbakehold på institusjon uten samtykke

Pasienter som tilkjennes rett til nødvendig helsehjelp innen TSB kan få dette i form av poliklinisk behandling, dagbehandling eller døgnbehandling. I et døgnbehandlingstilbud oppholder pasienten seg på institusjonen. Under bestemte vilkår kan pasienter med rusmiddelproblemer som setter sin egen fysiske eller psykiske helse i fare og gravide, hvis rusmiddelbruk setter fosteret i fare, holdes tilbake på institusjon. Dette er hjemlet i helse- og omsorgstjenesteloven.

Legemiddelassistert rehabilitering (LAR) er en medikamentell støttet behandling av opioidavhengige som kan gis alene eller sammen med annen behandling, blant annet ved døgnbehandling.

Tverrfaglig spesialisert tjeneste må kunne ha kompetanse til:

- å kartlegge med hensyn til pasientens rusrelaterte problematikk, sosiale fungering og situasjon samt psykiske og fysiske forhold

- å vurdere pasientens motivasjon og relasjonelle, familierelaterte og nettverksmessige situasjon
- å vurdere pasientens kognitive funksjonsnivå, herunder kunne gjøre bruk av resultater fra relevante screening- og testverktøy
- å foreta medisinske vurderinger av pasientens fysiske og psykiske tilstand og ev. somatiske tilleggslidelser, herunder kompetanse til å gjøre bruk av laboratorieanalyser og ev andre spesialistutredninger
- å stille diagnoser samt iverksette og følge opp med adekvat medisinsk, psykososial og psykoterapeutisk behandling

Personellsammensetning

Institusjoner som yter TSB skal være tverrfaglig sammensatt med sosialfaglig, psykologfaglig og medisinskfaglig kompetanse, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 2-1a nr. 5.

Det må være spesialisert personell på faglige nøkkelposisjoner ved institusjonen slik at institusjonens faglige profil og generelle utrednings- og behandlingstilbud ligger på et spesialistnivå. Det vurderes ikke tilstrekkelig at enkelte pasienter leilighetsvis får et tilbud om spesialisthelsetjenester da hele tilbudet må være kvalifisert slik at ulike typer spesialistutredning og behandling rutinemessig vurderes og iverksettes.

Hvilke institusjoner kan yte TSB

Både offentlige institusjoner og private institusjoner med avtale med RHF-ene, kan yte tverrfaglig spesialisert behandling. Det vises til pkt. 4.3.1 for nærmere omtale av dette.

1.4.2 Kommunale og private institusjoner for personer med rusmiddelproblemer

1.4.2.1 Omfang

Mens spesialisthelsetjenestens aktivitet er samlet ved Norsk pasientregister, er det ingen tilsvarende felles oversikt over kommunehelsetjenesten og private institusjoners aktivitet.

Det bekreftes i Helsedirektoratets rapport om utvidelse av pasientskadelovens virkeområde der det står at det ikke finnes nasjonale data for institusjoner for personer med rusmiddelproblemer som er hjemlet i helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 første ledd nr. 6 bokstav c.⁹ Det vises til forskrift om kommunal helse- og omsorgsinstitusjon av 16. desember 2011 nr. 1254 § 1 b «Institusjon med heldøgns helse- og omsorgstjenester for rusmiddelavhengige». Slike institusjoner kan være kommunalt eid eller drevet av private og ideelle institusjoner etter avtale med kommunen. Når det gjelder plasstall for slike institusjoner baserer rapporten om pasientskadelovens virkeområde seg på en landsomfattende oversikt fra Sirius fra 2007 og en oversikt over rusinstitusjoner i Oslo fra 2011.^{10 11} På side 18 i rapporten vises det til Sirius' oversikt fra 2007 der man lister opp 80-90 institusjoner hjemlet i den tidligere sosialtjenesteloven. For hele landet utenom Oslo angis omtrent 1500

⁹ Rapport IS-2080 fra Helsedirektoratet av 1. oktober 2012- Bør pasientskadelovens virkeområde utvides?

¹⁰ Sirius 2007. Tiltak for rusmiddelmissbrukere, landsdekkende oversikt SIRUS

¹¹ Tiltakskatalogen. Oslo kommune Rusmiddeletaten.

plasser, se liste i vedlegg 3 til rapport om pasientskadelovens virkeområde. Vi må anta at det er skjedd en del endringer. Det er lagt til grunn at en stor del av institusjonene fortsatt eksisterer, omtrent 60-70 stk. Minst 10 av institusjonene ser imidlertid ut til å være lagt ned eller ha fått avtaler med spesialisthelsetjenesten. Vi må anta at noen nye institusjoner har oppstått. I noen av institusjonene vil en varierende del av plassene være privat finansiert uten avtale med kommuner. Eksempel på dette er Evangeliesentrene som både har avtaler med kommuner og som tilbyr omsorgs- og rehabiliteringstjenester finansiert av private pengegaver.

Oslo kommune drifter 21 institusjoner og har i tillegg avtaler med ti private og ideelle organisasjoner for kjøp av institusjonsplasser. Til sammen har Oslo kommune omtrent 700 plasser. Ca. 30 % av plassene er kjøpt fra private leverandører. I resten av landet er det ikke vanlig at kommunene drifter egne institusjoner i dag. Kommunene bruker i større grad kommunale boliger og sykehjem, med tjenester tilpasset den enkelte bruker.

Det vises også til en oversikt over private institusjoner for personer med rusmiddelproblemer som mottar tilskudd fra Helsedirektoratet over tilskuddsordning kap. 0763/71 (vedlegg 3). Mange av institusjonene har ikke avtaler med helseforetak eller kommunen. I 2012 ble det fattet vedtak om utbetaling av kr 62 550 000 i tilskudd til 19 private institusjoner. Det finnes også noen private institusjoner som ikke mottar offentlig tilskudd.

På landsbasis utgjør dette til sammen ca. 90 rusinstitusjoner.

1.4.2.2 Beskrivelser av ulike typer institusjoner som yter helse og omsorgstjenester til personer med rusmiddelproblemer hjemlet i helse- og omsorgstjenesteloven

I Helsedirektoratets rapport om utvidelse av pasientskadelovens virkeområde beskrives disse tjenestene.¹² Plasser ved private og ideelle institusjoner som er privat finansiert og som ikke er hjemlet i helse- og omsorgstjenesteloven faller utenfor det som er kartlagt i denne rapporten.

Rusinstitusjoner kan være kommunalt eid og drevet, eller drevet av private og ideelle institusjoner etter avtale med kommunene. Beskrivelsen av tjenestetyper er basert på Oslo kommunes konkurransegrunnlag (2010) ved anskaffelsen av tjenester til personer med rusmiddelproblemer. Vi antar at beskrivelsen dekker bredden i tjenestene som ytes ellers i landet, enten de er beskrevet i avtaler/instrukser eller ikke.

Noen av institusjonene kan til en viss grad sammenliknes med tverrfaglig spesialiserte tjenester til personer med rusmiddelproblemer. I motsatt ende av skalaen finner man lavterskelinstitusjoner med tak over hodet og skadereduksjon som formål. Mellom disse ytterpunktene finner man rehabiliterings- og omsorgsinstitusjoner med eller uten helsepersonell.

¹² Se fotnote 9

Tjenestetyper

Tjenestene deles her inn i fire typer, men institusjonene tilbyr ofte tjenester innenfor hele spekteret av tjenester:

1. Rehabiliteringstjenester
2. Korttidsplasser
3. Omsorgstjenester
4. Tjenester for personer med rusmiddelproblemer med særlig behov og uforutsigbar adferd

Rehabiliteringstjenestene

Intensjonen med rehabiliteringstjenestene er at brukerne skal kunne leve et liv uten rusmidler og bli best mulig integrert i samfunnet gjennom:

- integrering i arbeidsliv og/eller utdanning
- et fast og trygt bosted
- en meningsfull fritid
- et godt sosialt nettverk
- oversikt, og helst kontroll, over sin økonomiske situasjon
- et avklart forhold til egne barn og/eller andre nære pårørende

Rehabiliteringsinstitusjonene skal gi brukerne bistand til rusmestring/-regulering og skjerme dem fra rusmidler. Dette er en forutsetning for å oppnå andre rehabiliteringsmål. Brukerne får råd og veiledning og/eller praktisk trening i ulike strategier for å forebygge tilbakefall til skadelig bruk av rusmidler. Brukerne får ferdighetstrening i hverdagslige gjøremål som matlaging, vask av klær, hygiene, innkjøp i butikker, normalisering av døgnrytmen, etc. De får også ferdighetstrening i sosial omgang med andre mennesker uten bruk av rusmidler, samt motiveres til å bruke ulike former for fritidstilbud. Rehabiliteringsinstitusjonene gir også tilbud til brukere med legemiddelassistert rehabilitering (LAR). Noen av rehabiliteringsinstitusjonene ivaretar praktisk håndtering, oppbevaring og utdeling av legemidler (Metadon/Subutex eller lignende).

Korttidsplasser

Korttidsplassene kan være for personer som er rusfrie eller være uten krav om rusfrihet, og formålet kan variere. Formålet med de rusfrie korttidsplassene kan være skjerming i et rusfritt miljø i ventetiden til et lengre behandlings- eller rehabiliteringsopphold ved andre institusjoner. Det kan også dekke et behov for en mellomstasjon etter et opphold i spesialisthelsetjenesten. Andre ganger er korttidsplassen et tilbud til brukere som bor i egen bolig og som trenger stabilisering, rammer og støtte for å fortsette å holde seg rusfrie.

Under korttidsoppholdet kan bruker og tjenesteyter sammen definere delmål som bruker skal begynne å arbeide med, for eksempel ernæring, hygiene, helse og/eller kosthold. Andre delmål kan være å opprette kontakt med fastlegen og andre viktige instanser som DPS eller TSB.

Formålet med en korttidsplass uten krav om rusfrihet kan være å gi et stabiliserende opphold for å kunne ivareta helse, hygiene og døgnrytme hos en bruker med rusmiddelproblemer. Tjenesten har da ofte fokus på rusregulering og -mestring, brukers helse samt på et mer varig tilbud etter oppholdet. Bruker vil ofte ha behov for medisinsk tilsyn og medisiner. Ofte er det snakk om brukere med LAR, og

institusjonen samarbeider med fastlegen og spesialisthelsetjenesten. Oppholdets lengde kan variere fra noen dager til uker.

Omsorgstjenester

Formålet med omsorgsinstitusjonene er å gi et tilbud til personer med rusmiddelproblemer med somatiske og/eller psykiske lidelser. Spennet i funksjonsnivået hos brukerne kan være stort. Den enkelte kan også ha et variabelt funksjonsnivå. Omsorgsinstitusjonene etterstreber et så rusfritt miljø som mulig for å øke funksjonsnivået.

Brukerne har behov for at helsen deres blir ivaretatt og institusjonene vil ofte kunne tilby enklere helsetjenester som praktisk bistand til medisinerings, sårstell, hygiene og kosthold. Oftest er det snakk om ansvarliggjøring, oppfordring og støtte til egenomsorg heller enn pleie, men det kan også være pleiebehov hos beboere som er gamle og sterkt preget av rusmisbruket. Når det gjelder kosthold kan det i en god periode holde med en påminnelse om å spise, i en dårlig periode må maten kanskje serveres på rommet.

Brukerne i omsorgsinstitusjonene vil ha behov for medisinerings og medisinsk tilsyn. Noen omsorgsinstitusjoner rundt i landet vil nok samarbeide med hjemmesykepleien om denne typen tjenester, men i Oslo er hovedregelen at hjemmesykepleien i bydelen ikke brukes i omsorgsinstitusjonene. Ved forverret helsetilstand og behov for tjenester på sykehjemsnivå vil overføring til sykehjem være aktuelt.

Tjenester for personer med rusmiddelproblemer med særlige behov

Enkelte institusjoner tilbyr plasser og tjenester til personer med rusmiddelproblemer med særlige behov og som opplever å ha uforutsigbar, utagerende og til dels voldelig adferd. Disse brukerne klarer ikke å nyttiggjøre seg ordinære tilbud og kan ha forsøkt mange ulike tilbud tidligere.

De viktigste intensjonene med tilbudet er skjerming fra rus og adekvat medisinerings, noe som erfaringsmessig medfører større mulighet for at brukeren kan overføres til andre tiltak, enten innen spesialisthelsetjenesten eller kommunens ordinære tiltak. Tjenestene har fokus på å hindre rusepisoder og tilbakefall. Oppholdet skal gi stabilitet, oppfølging, tilsyn, struktur og skjerming fra rus. Brukerne vil ha behov for medisinsk tilsyn, undersøkelser og medisinerings. Institusjonene må sikre at brukerne blir medisinert på en adekvat måte, enten gjennom egne legetjenester eller i samarbeid med fastlegen og/eller spesialisthelsetjenesten. De må også kunne håndtere LAR. Institusjonene vil kunne ivareta ukompliserte avrusningsbehov, men ved behov for mer komplisert avgiftning, blir dette gjennomført i spesialisthelsetjenesten.

Personellsammensetning

Personellet i rusinstitusjonene består av sosialfaglig personell, helsepersonell, miljøterapeuter, assistenter og personer uten utdanning, men med ulik bakgrunn og erfaring. Tradisjonelt har kommunalt rusarbeid vært sosialt arbeid, men senere år har helsepersonell kommet inn i tjenestene. Et nettsøk på hjemmesidene til institusjonene rundt i landet viser at en del institusjoner har ansatt noe helsepersonell.

1.4.2.3 Private institusjoner uten avtale med kommune eller stat og uten tilskudd

Det finnes noen private institusjoner som yter helse- og omsorgstjenester for personer med rusmiddelproblemer uten avtale med de regionale helseforetakene eller med kommuner. Eksempel på dette er Nye Vangseter. Flere private institusjoner uten faste avtaler stiller enkeltplasser til disposisjon for kommuner. Direktoratet har i dag ikke oversikt over hvor mange slike institusjoner som eksisterer.

1.4.3 Manglende kunnskap om omfang av tvangstiltak etter gjeldende gjennomføringsforskrift

Det er i dag ikke krav til institusjonene om å rapportere tiltak etter gjeldende gjennomføringsforskrift til NPR. Vi mangler derfor en nasjonal oversikt over tvangsbruk som for eksempel kontroll av post, kroppsvisitasjon, ransaking eller tvang i nødsituasjoner. Dette gjelder både for institusjoner i spesialisthelsetjenesten, samt kommunale og private institusjoner.

Direktoratet har vært i kontakt med fylkesmannsembetene som opplyser at antall klager på tiltak etter gjeldende forskrift til lov om sosiale tjenester kap. 5 er svært få.

1.4.4 Oppsummering av faktagrunnlaget

Mens spesialisthelsetjenestens aktivitet i TSB er samlet ved NPR, er det ingen tilsvarende felles oversikt over kommunale- og private institusjoners aktivitet innen rusfeltet. Tallene fra kommunale og private institusjoner som nevnt ovenfor er usikre. Det kan se ut som om det er flere institusjonsplasser ved de private og kommunale institusjonene (herunder private institusjoner som kommunen har avtale med) enn i spesialisthelsetjenesten.

Det er ikke krav til rapportering av tvangstiltak etter gjeldende gjennomføringsforskrift. Det er en slik variabel i NPR meldingen som krever registrering av tvangstiltak (kap. 4 vedtak) ved gjennomføring av psykisk helsevern.

Direktoratet vil vurdere om det også bør være et slikt krav om rapportering av gjennomføringstiltak i institusjonene som yter TSB. Tilsvarende rapportering fra kommunale og private institusjoner må løses på annen måte, da det bare er aktiviteten i spesialisthelsetjenesten som skal registreres i NPR.

2 Felles gjennomføringsforskrift

Direktoratet skal vurdere om gjeldende gjennomføringsforskrift bør videreføres i sin nåværende form. Forskriften er ikke endret i tråd med endringer i lovgivningen på bakgrunn av rusreformen i januar 2004 eller i forbindelse med ny helse- og omsorgstjenestelov. Det er derfor behov for oppdateringer, og direktoratet foreslår vesentlige innholdsmessige endringer, se rapportens kapittel 4 og 5.

Direktoratet skal også vurdere om det skal lages en felles gjennomføringsforskrift med regler som får anvendelse på alle institusjoner som behandler personer med rusmiddelproblemer. Forskriften vil da gjelde alt fra frivillige innleggelse, til avtalt tvang og tvangsinnlagte etter helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 10. Den vil videre gjelde innlagte i spesialisthelsetjenesten, i kommunale og i private institusjoner.

Det er flere utfordringer med å regulere bestemmelsene om gjennomføringen av oppholdet i en felles forskrift. Målsettingen med oppholdet på institusjonene kan være forskjellig, noe som igjen gir ulike behov med tanke på tvangsbruk. I institusjoner som i hovedsak skal ivareta en omsorgsfunksjon, kan personens selvbestemmelse og frihet ikke innskrenkes i større grad enn det som er nødvendig for å ivareta driften av institusjonen og hensyn til andre som bor der og de ansattes sikkerhet. Er formålet med oppholdet behandling og rehabilitering for å oppnå rusfrihet, kan hensynet til gjennomføring av behandlingsopplegget begrunne visse begrensninger i den enkeltes selvbestemmelse og personlige frihet. En felles forskrift kan gi inntrykk av at man gir videre hjemmel for kontrolltiltak enn det praktiske behovet tilsier. Man vil måtte regulere forhold som bare er aktuelt for pasienter med opphold etter vedtak om tilbakehold fra fylkesnemndene for sosiale saker med hjemmel i helse- og omsorgstjenesteloven §§ 10-2 og 10-3. Det vil være kontrolltiltak som ikke vil gjelde for personer med rusmiddelproblemer innlagt etter samtykke eller som mottar et såkalt lavterskeltilbud. Et eksempel på dette er forskriftens bestemmelse om rusmiddeltesting uten samtykke. Felles forskrift vanskeliggjør også bruk av begreper, som bruk av «pasient» og «bruker» og «rusmiddelavhengig» jf. nedenfor i pkt. 3 om behov for lovendringer.

Pedagogiske hensyn og hensyn til rettsikkerheten taler klart for en felles gjennomføringsforskrift. Dette vil føre til at personer med rusmiddelproblemer lettere blir kjent med regelverket. Mange har oppholdt seg på flere ulike typer rusinstitusjoner. Det er også slik at mange private institusjoner, som f. eks. Tyrili, har pasienter innlagt etter avtale både med RHF-ene og kommunene. Det vil være vanskelig for både pasient og brukere og institusjonen om de skulle forholde seg til ulike forskrifter ved gjennomføring av opphold, alt ettersom den enkelte er innlagt etter avtale med kommunen eller med regionalt helseforetak. Et annet hensyn som klart taler for en felles forskrift er at formålet med behandlingen kan være det samme i kommunale institusjoner, institusjoner i spesialisthelsetjenesten og private institusjoner. Flere av bestemmelsene til gjennomføringsforskriften vil derfor kunne

være aktuelle for alle disse institusjonene. Man kan anta at samhandlingsreformen på sikt også vil føre til endringer som gjør at man vil få flere institusjoner i kommunen som vil ha rusmiddelfrihet og rehabilitering som formål for oppholdet.

Felles forskrift vil regulere ulike tjenestenivå, ulike institusjoner og ulike formål med oppholdet. Det er ikke slik at forskriften automatisk åpner for å anvende alle bestemmelsene ved alle typer institusjoner selv om den har et vidt virkeområde. Det vil bero på en konkret vurdering i det enkelte tilfelle om det er adgang til å benytte tvangstiltakene i forskriften. Dette ivaretas ved at vi i de ulike forskriftshjemlene presiserer at tiltaket skal være nødvendig «for å oppnå formålet med oppholdet». I mange kommunale institusjoner der rusfrihet ikke er et formål, vil flere bestemmelser dermed ikke være aktuelle å anvende. I tillegg vil det fremgå av noen bestemmelser at de kun gjelder for tvangsinnlagte.

Anbefaling:

Helsedirektoratets vurdering er at gjeldende gjennomføringsforskrift ikke kan videreføres i sin nåværende form.

Pedagogiske hensyn og hensyn til rettsikkerheten til den enkelte pasient og bruker taler for at det utarbeides en felles gjennomføringsforskrift. Behovet for forskriften er til stede på begge tjenestenivå. Vi anbefaler derfor en forskrift om rettigheter og bruk av tvang under opphold i alle typer institusjoner for behandling, omsorg og rehabilitering av personer med rusmiddelproblemer.

3 Behov for lovendringer

3.1 Regulering av gjennomføringsregler i lov eller forskrift?

Forslag til ny gjennomføringsforskrift har hjemmel i ny bestemmelse i spesialisthelsetjenesteloven § 3-14 andre ledd og i helse- og omsorgstjenesteloven § 12-4 fjerde ledd. Den materielle reguleringen skal skje i forskriften. Helsedirektoratet mener det er uheldig at gjennomføringsregler som innebærer materiell regulering av tvang foreslås regulert i forskrift og ikke i lov. Inngrep i privates rettsstilling krever lovs form eller hjemmel i lovs form, jf. legalitetsprinsippet. Dess mer inngripende tiltak, dess større grunn til at regelen fremgår i lov. Bruk av tvang ligger i kjerneområdet av legalitetsprinsippet. Hensynet til tilgjengelighet for borgerne taler også for at bestemmelser om tvang reguleres i lov og ikke i forskrift. Det er ingen grunn til å forskjellsbehandle denne pasient- og brukergruppen med pasienter i det psykiske helsevern. Tilsvarende bestemmelser om gjennomføring i det psykiske helsevernet er regulert i psykisk helsevernloven, kapittel 4.

Anbefaling:

Helsedirektoratet foreslår at gjennomføringsregler for opphold i institusjon for personer med rusmiddelproblemer reguleres i lov.

3.2 Behov for likelydende hjemler for gjennomføringsforskriften

Velger Helse- og omsorgsdepartementet å regulere de materielle reglene i forskrift, mener direktoratet at det er uheldig at det er to bestemmelser med ulikt innhold som gir hjemmel til ny gjennomføringsforskrift. Helse- og omsorgstjenesteloven § 12-4 fjerde ledd gir etter ordlyden en fullmakt til å regulere tvangstiltak i forskrift. I spesialisthelsetjenesteloven § 3-14 andre ledd har man uttømmende regulert hvilke tvangstiltak som kan reguleres i forskrift.

Rettsikkerhetshensyn tilsier at lovhjemmelen uttømmende lister opp tvangstiltakene som kan reguleres i forskriften.¹³ Bruk av tvang faller klart innenfor legalitetsprinsippets område. Dette taler for at helse- og omsorgstjenestelovens § 12-4 fjerde ledd bør endres med en uttømmende regulering av hvilke tvangstiltak som kan brukes. Legalitetsprinsippet taler for at forskriftshjemmelen slik den lyder i dag i helse- og omsorgstjenesteloven § 12-4 fjerde ledd ikke kan anvendes fullt ut. Direktoratets vurdering er at man ikke kan forsvare å utforme tvangsbestemmelser i forskrift for opphold i kommunale institusjoner for personer med rusmiddelproblemer etter helse- og omsorgstjenesteloven § 12-4 som går lengre enn for institusjoner som tilbyr tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengighet, jf.

¹³ Vedtak til lov om endringer i helseregisterloven mv. (opprettelse av nasjonal kjernejournal m.m.) Lovvedtak 71 (2011-2012) i spesialisthelsetjenestelovens § 3-14 andre ledd

spesialisthelsetjenestelov § 3-14 nytt andre ledd. Eksempel på dette er regulering av innskrenkinger i forhold til bruk av mobil og internett.

Anbefaling:

Helsedirektoratet foreslår at det uttømmende listes opp hvilke tvangstiltak som kan reguleres i helse- og omsorgstjenesteloven § 12-4 fjerde ledd og spesialisthelsetjenesteloven § 3-14 nytt andre ledd. Vi foreslår at det tas utgangspunkt i ordlyden i § 3-14, dog med foreslåtte endringer i lov, jf. forslag nedenfor.

3.3 Forslag til forskriftsbestemmelser som også vil kreve lovendringer

I dialog med Helse- og omsorgsdepartementet har direktoratet utformet en forskriftstekst uten å la oss begrense av dagens hjemmelsgrunnlag. Dette gjelder forskriftens bestemmelser om virkeområde, regulering av rusmiddeltesting og regulering av bruk av mobiltelefon/ PC, og en presisering av nærmeste pårørendes klagerett. Behovet for slike lovendringer er redegjort for under den enkelte bestemmelse nedenfor.

3.4 Bruk av begrepet rusmiddelavhengig

Forutsatt at man velger å lage felles forskrift for begge tjenestenivåene i helse- og omsorgstjenesten, er det en utfordring at den innlagte noen ganger er pasient og noen ganger bruker. Det er behov for felles benevnelse i forskriften. Det kan også stilles spørsmål om begrepsbruken i selve lovtekstene bør endres.

Begrepsbruken i spesialisthelsetjenesteloven § 3-14 andre ledd er «rusmiddelavhengighet» og «pasient». Helse- og omsorgstjenesteloven § 12-4 bruker begrepet «beboer». Felles benevnelse av person med rusmiddelproblemer i forskriften kunne vært «rusmiddelavhengig». Dette er begrepsbruken i helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 10. Direktoratet mener imidlertid det kan være uheldig å omtale personer med det helseproblemet han eller hun har. Til sammenligning har man for eksempel gått bort fra å omtale mennesker med hørselshemming som døve.

Begrepet «pasient» er for snevert, da personer med opphold på institusjoner for lavterskeltilbud i mange situasjoner ofte vil være brukere og ikke pasient. Begrepet «beboer» kan oppfattes som nøytralt og mindre stigmatiserende enn «rusmiddelavhengig», men passer ikke når det gjelder helselovens begrepsbruk. Det er vanskelig å se for seg at pasienter i TSB i en sykehusavdeling blir å anse som «beboer». Ett annet alternativ som har vært diskutert er å erstatte «den rusmiddelavhengige» med «den innlagte». Dette er imidlertid ikke en god benevnelse i kommunale institusjoner.

Departementet har byttet ut begrepet «rusmiddelmisbruker» med «rusmiddelavhengig» i arbeidet med lov om helse- og omsorgstjenesteloven. (Prp. L. 91(2011) s. 502). Der fremgår videre at klient er erstattet med pasient eller bruker. Ellers er reglene i sosialtjenesteloven om tvang i all hovedsak videreført uten endringer. Endringen skaper problemer fordi betegnelsene «avhengighet» og «misbruker» viser til ulike aspekter ved rusmiddelkonsumet, og også er to

forskjellige kategorier i medisinske klassifikasjonssystemer (både ICD-10 og DSM-IV skiller mellom skadelig bruk og avhengighetssyndrom.) Dessuten er ikke endringene fullt ut gjennomført i lovtekstene, både helse- og omsorgstjenesteloven §§ 10-2 og 10-3 bruker fremdeles ordet «misbruk/misbruket». Dette blir særlig tydelig ved tvangstiltak overfor gravide. Det er en realitetsforskjell med hensyn til om kvinnen er misbruker av rusmidler eller om hun skal karakteriseres som avhengig. Loven må forstås etter intensjonen, det vil si at endringen ikke skulle medføre realitetsforskjeller. Det vises til artikkel fra dr. juris Karl Harald Søvig.¹⁴

«Personer med rusmiddelproblem» er faglig sett det beste begrepet, men vil være for tungt å bruke i mange sammenhenger i forskriftsteksten. «Pasient og bruker» er begrepet som benyttes i pasient- og brukerrettighetsloven. Direktoratet mener at også denne betegnelsen er tung å bruke, men vil omfatte alle personene som reguleres i forskriften, på begge nivåene. Helsedirektoratet mener disse to betegnelse anses å være de beste. Direktoratet skal i nær fremtid foreta en nærmere vurdering av begrepsbruk innen rusfeltet i sitt arbeid med retningslinje for TSB.

Anbefaling:

Helsedirektoratets forslag er å bruke benevnelsen «pasient og bruker» i ny gjennomføringsforskrift. Der det passer bedre, brukes benevnelsen «personer med rusmiddelproblemer».

3.5 Personer med spillavhengighet

Det har vært stilt spørsmål om personer med spillavhengighet også skal omfattes av forskriften. Dette ville krevet en presisering i lov. Tilbakemeldinger fra helsetjenesten er at man ikke har hatt døgnopphold der spilleavhengighet alene har vært grunnlaget for innleggelsen. Det har vært flere innleggelse der hoveddiagnosen har vært rus (F.10-19) og bidiagnose har vært F.63.0 – patologisk spillelidenskap. Under enkelte innleggelse kan det imidlertid ha kommet fram at problemer knyttet til spill og avhengighetsatferd i forhold til dette i betydelig grad har vært «motoren» i en ruslidelse, men innleggelse har alltid vært på bakgrunn av rus. Det taler for at det ikke er behov for å la pasienter med spillavhengighet omfattes av forskriften.

Anbefaling:

Helsedirektoratets vurdering er at personer med spillavhengighet ikke skal omfattes av forslaget til ny gjennomføringsforskrift.

3.6 Behov for endringer i psykisk helsevernlovens gjennomføringsbestemmelser

De siste 25 årene har det vært en økende erkjennelse av at rusmiddelmisbruk og psykiske lidelser ofte opptrer samtidig.¹⁵ Helsedirektoratet har fått tilbakemeldinger om at det vil være behov for å kunne bruke de samme kontrolltiltakene som foreslås i ny gjennomføringsforskrift for rusinstitusjoner i institusjoner innen psykisk helsevern. Pasienter med rusmiddelproblemer som er innlagt i det psykiske

¹⁴ Sotjl. (LOST) blir til hol. – Endringer i lovverket som følge av ny helse- og omsorgstjenestelov. Av professor dr. juris Karl Harald Søvik(27.3.2012)

¹⁵ IS-1948 Nasjonale faglige retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse- ROP-lidelser

helsevernet skal også behandles for sin ruslidelse. Rutinemessig kroppsvisitasjon og ransaking ved innleggelse kan vurderes som nødvendig for å oppnå formålet med behandlingen av ruslidelsen/psykisk lidelse også i det psykiske helsevernet. Tilsvarende gjelder for forslag til bestemmelsen om skjerming ved rus på institusjon i det psykiske helsevernet, forslaget om adgang til «rusmiddeltesting» (ikke kun urinprøve), og adgang til inndragelse av mobiltelefon/ PC av personvern hensyn.

Anbefaling:

Direktoratet anbefaler at de ovenfor nevnte bestemmelsene også gis i psykisk helsevernloven kap. 4.

4 Generelle bestemmelser

4.1 Forskriftens tittel, formell tittel og korttittel

Direktoratets forslag til virkeområde for forskriften omfatter både institusjoner innen tverrfaglig spesialisert behandling (TSB), kommunale institusjoner som yter omsorg, rehabilitering og behandler personer med rusmiddelproblemer og private institusjoner med og uten avtale med kommunen. Dette må synliggjøres i forskriftens tittel.

Anbefaling:

Forslag til tittel er «Forskrift om rettigheter og bruk av tvang under opphold i institusjon for behandling, omsorg og rehabilitering av personer med rusmiddelproblemer». Det er en diskusjon i fagmiljøet i forhold til bruk av ordet «rusmiddelavhengighet». Man kan eventuelt bytte ut teksten «rusmiddelproblemer» med «rusmiddelavhengighet». Vi viser til diskusjon om begrepsbruk under 3.4.

Direktoratet forslag til korttittel er «Gjennomføringsforskriften».

4.2 Forskriftens formål (§ 1)

Bestemmelsen er ny i forhold til gjeldene forskrift. Helsedirektoratet mener det er hensiktsmessig å innta en formålsbestemmelse. En formålsbestemmelse legger føringer for tolkning av øvrige bestemmelser i en forskrift.

Formålet med denne forskriften er å gi regler om gjennomføring av opphold i institusjon for personer med rusmiddelproblemer. Forskriften skal avklare når det er adgang til å bruke tvang, og å hindre at tvang brukes i større utstrekning enn nødvendig. En formålsbestemmelse som er tydelig på hva som er hensikten med forskriften kan bidra til en mest mulig riktig bruk av tvang.

Vi er på legalitetsprinsippets område, og forskriften skal ivareta pasient og brukers rettsikkerhet ved bruk av tvang og kontrolltiltak. I den grad forskriften åpner for tvangsbruk, kan tvang bare skje når det er nødvendig av hensyn til pasient og bruker, medpasienter og/eller ansatte på institusjonen.

4.3 Forskriftens virkeområde (§ 2)

4.3.1 Forskriftshjemlene

Hjemmelen for å gi ny forskrift er helse- og omsorgstjenesteloven § 12-4 fjerde ledd og spesialisthelsetjenesteloven § 13-2 nytt andre ledd.

Helse- og omsorgstjenesteloven § 12-4 fjerde ledd gir i dag hjemmel for å gi forskrift for gjennomføring av opphold i kommunale rusinstitusjoner og private rusinstitusjoner med avtale med kommunen.¹⁶ Denne forskriftshjemmelen gjelder tilsvarende for institusjoner som yter tverrfaglig spesialisert behandling som nevnt i spesialisthelsetjenesteloven § 2-1a første ledd nr. 5. Dette følger av spesialisthelsetjenesteloven § 3-14 andre ledd. Virkeområde for dagens gjennomføringsforskrift for spesialisthelsetjenesten er med dette begrenset til å gjelde helseforetak som yter tverrfaglig spesialisert behandling (TSB) og private institusjoner som regionale helseforetak har inngått avtale med.¹⁷

Under lovarbeidet med helse- og omsorgstjenesteloven ble allerede vedtatt, men ikke iverksatt, forskriftshjemmel i spesialisthelsetjenesteloven § 3-14 nytt andre ledd oversett. I juni 2012 ble det fattet vedtak i lov om endringer i denne bestemmelsen på bakgrunn av forslaget i Ot.prp.nr.53 (2006-2007).¹⁸ Det ble gjennomført en begrepsmessig endring, «rusmiddelmissbruk» er endret til rusmiddelavhengighet. Iverksetting av denne lovendringen skal skje når ny gjennomføringsforskrift er fastsatt. Når denne lovendringen iverksettes, vil gjennomføring av opphold ved institusjoner som tilbyr tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengighet reguleres etter spesialisthelsetjenesteloven § 3-14 nytt andre ledd. Den nye forskriftshjemmelen vil ha ett videre anvendelsesområde ved at det ikke er angitt at den kun gjelder for helseforetak som yter tverrfaglig spesialisert behandling (TSB) og private institusjoner som de regionale helseforetak har inngått avtale med.¹⁹ Det får den konsekvens at også andre som yter tjenester tilsvarende TSB omfattes.

4.3.2 Anbefaling av virkeområde

Direktoratet foreslår at ny forskrift skal gjelde for følgende døgninstitusjoner som yter helse- og omsorgstjenester for personer med rusmiddelproblemer:

- a) institusjoner i helseforetak som tilbyr tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengighet og private institusjoner som har avtale med regionalt helseforetak om å tilby tverrfaglig spesialisert behandling som nevnt i spesialisthelsetjenesteloven § 2-1a første ledd nr. 5, inkludert innleggelse med hjemmel i helse- og omsorgstjenesteloven §§ 10-2, 10-3 og 10-4,
- b) private institusjoner som har inngått avtale med Helseøkonomiforvaltningen (Helfo) som tilbyr tjenester som tilsvarer innholdet i tverrfaglig spesialisert behandling,
- c) kommunale institusjoner for personer med rusmiddelproblemer og private institusjoner for personer med rusmiddelproblemer som har avtale med kommunen,
- d) private institusjoner for personer med rusmiddelproblemer finansiert helt eller delvis gjennom statlige tilskuddsordninger
- e) private institusjoner for personer med rusmiddelproblemer uten avtale med kommunen eller avtale med regionalt helseforetak

¹⁶ Forskrift til lov om sosiale tjenester kapittel 5 (gjennomføringsforskriften) er videreført som forskrift til ny helse- og omsorgstjenestelov § 13-2

¹⁷ Tilsvarende begrensning av virkeområde mot private institusjoner fremgikk også av bestemmelsen i § 3-14 andre ledd forut for lovendringene som ble gjort i tilknytning til lov om helse- og omsorgstjenesteloven.

¹⁸ Lov 22. juni 2012 nr. 46

¹⁹ For pasienter med rusmiddelproblemer som er innlagt i det psykiske helsevernet, gjelder gjennomføringsbestemmelsene etter psykisk helsevernloven, jf. psykisk helsevernloven § 1-1a andre ledd.

Det er et spørsmål om virkeområdet skal knyttes til individnivå eller institusjonsnivå. Direktoratets vurdering er at et tosporet system bør unngås i den enkelte institusjon, da det vil være ødeleggende for prinsippet om forutberegnelighet for ansatte og pasient og brukere. Direktoratet anbefaler at forskriften skal gjelde for institusjonen som sådan.

Begrunnelsen for direktoratets forslag til hvilke institusjoner forskriften skal gjelde for følger nedenfor.

4.3.2.1 *Tverrfaglig spesialisert behandling*

Institusjoner som tilbyr «tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengighet» vil etter den kommende spesialisthelsetjenesteloven § 3-14 andre ledd omfattes av forskriften. Både offentlige institusjoner og private institusjoner med avtale med RHF-ene som yter tverrfaglig spesialisert behandling (TSB) vil omfattes av denne bestemmelsen. Bestemmelsen er helt generelt knyttet opp til "tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengighet", uten begrensning til tjenester som nevnt i lovens § 2-1a første ledd nr. 5. Spesialisthelsetjenesteloven gjelder både private og offentlige tjenesteutøvere, uavhengig av om det er inngått avtale med de regionale helseforetakene, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 1-2. Etter lovens ordlyd skulle man tro at også private aktører uten avtale med et RHF kunne yte TSB. Helse- og omsorgsdepartementet har tidligere skrevet at «Private institusjonene som tilbyr TSB anses som helseinstitusjoner som omfattes av spesialisthelsetjenesteloven».²⁰

I spesialisthelsetjenesteloven § 2-1a nr. 5, jf. § 2-1 fremgår at de regionale helseforetakene har ansvar for å sørge for tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengighet (TSB). Bestemmelsen plasserer ansvaret for hvem som skal sikre at det foreligger et tilstrekkelig antall TSB-plasser for befolkningen. Foretakene kan selv velge om de ønsker å yte disse plassene selv, eller om de helt eller delvis oppfyller «sørge for-ansvaret» ved å inngå avtale med andre tjenesteytere, jf. § 2-1a nr. 5 fjerde ledd. I begge tilfeller bidrar institusjonsplassene til å oppfylle RHF-enes sørge for ansvar etter § 2-1a nr. 5.

Direktoratet mener tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengighet (TSB) er en beskrivelse av et tjenesteområde innen spesialisthelsetjenesten for tjenester som nevnt i § 2-1a første ledd nr. 5. Dette innebærer at bare regionale helseforetak sine institusjoner og private institusjoner som har avtale med regionalt helseforetak skal kunne tilby tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengighet. Det bør derfor fremgå av spesialisthelsetjenesteloven § 3-14 at forskriftshjemmelen gjelder «for tjenester som nevnt i § 2-1a første ledd nr. 5.»

En konsekvens av denne forståelsen vil være at private institusjoner uten avtale med RHF-ene som yter helsetjenester tilsvarende TSB, ikke omfattes av ny forskriftshjemmel i spesialisthelsetjenesteloven § 3-14 andre ledd.

²⁰ Jf. Helse- og omsorgsdepartementets ref. 201201698-/PIAG

Helseøkonomiforvaltningen (Helfo)

Når Helfo i fristbruddsituasjoner formidler plass i en privat institusjon som Helfo har avtale med, faller institusjonens tjenester inn under spesialisthelsetjenesteloven § 1-2. En institusjon som tar imot en fristbruddspasient omfattes derimot ikke av «sørge for-ansvaret» i § 2-1a nr. 5. Når en institusjon inngår avtale med Helfo om å ta imot fristbruddspasienter, så er dette på bakgrunn av at de regionale helseforetakene selv ikke klarer å oppfylle sitt ansvar etter § 2-1a innen en gitt frist. Pasienten har da rett til tilsvarende tilbud fra en annen tjenestetilbyder. Dersom denne tjenestetilbyderen er privat, vil den oppfylle de regionale helseforetakenes ansvar, men vil ikke omfattes av § 2-1a.

Når Helfo formidler slike fristbruddsplasser for pasienter med rett til TSB, skal de private institusjonene som pasienten formidles til ha tilbud tilsvarende som i den offentlige delen av spesialisthelsetjenesten. Institusjonen bør da også omfattes av gjennomføringsforskriften. Helsedirektoratet foreslår derfor at slike private institusjoner omfattes av forskriften. Direktoratet antar at institusjonene ofte allerede vil være omfattet av de andre punktene i forskriftens virkeområde, men ønsker likevel å sikre at alle private institusjoner som mottar fristbruddspasienter omfattes, jf. direktoratets forslag til § 2 b).

Direktoratet er kjent med at Helfo i dag legger til grunn at det er en fordel å ha avtaler om fristbruddsplasser ved private institusjoner som RHF-ene har avtaler med, for å tilby tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengighet. Det vil likevel være slik at Helfo vil kunne inngå avtaler med private institusjoner uten avtale med RHF-ene. Det er per dags dato bare inngått avtale med en privat institusjon som ikke har avtale med RHF-ene om å yte plass ved fristbrudd. Det er videre opplyst at denne private institusjonen har avtale med kommunen om å levere plasser for personer med rusmiddelproblemer, og derfor omfattes av forslaget § 2 c).

Når det nå er fremmet forslag som medfører behov for å revidere hjemmelslovene, anbefaler direktoratet at institusjoner som inngår avtale med Helfo omfattes av forskriftshjemmelen i spesialisthelsetjenesteloven § 3-14.

4.3.2.2 Kommunale institusjoner og private institusjoner med avtale med kommunen

Kommunalt drevne institusjoner

Helse- og omsorgstjenesteloven § 12-4 fjerde ledd gir hjemmel for å gi forskrifter til kommunale institusjoner og private institusjoner med avtale med kommunen, jf. § 1-2 første ledd og § 3-2 første ledd nr 6 bokstav c. Noen kommuner tilbyr ulike helse- og omsorgstjenester til personer med rusmiddelproblemer i egne kommunale rusinstitusjoner. Institusjon er i henhold til forskrift om helse- og omsorgsinstitusjon § 1 første ledd bokstav b definert som «institusjon med heldøgns helse- og omsorgstjenester for rusmiddelavhengige». Helse- og omsorgstjenesteloven § 12-4 gir ikke adgang til å regulere bruk av tvang innenfor helse- og omsorgstjenester som ikke er å regne som institusjon. Det er for eksempel ikke hjemmel for å regulere tvangstiltak i omsorgsboliger eller andre typer tjenester som etter lovens § 3-2 første ledd nr. 6 bokstav a er å regne som «helsetjenester i hjemmet».

Helsedirektoratet mener at det er behov for å avklare nærmere hvilke kriterier som kreves for å omfattes av institusjon etter helse- og omsorgstjenesteloven § 1-2 første ledd og § 3-2 første ledd nr 6 bokstav c. Ett av forskriftens kriterier er at det skal være en heldøgns institusjon for personer med rusmiddelproblemer. Direktoratet forstår også bestemmelsen slik at det er et krav til heldøgnsbemanning. Ett annet kriterium kan være at det stilles krav til hvordan oppholdet finansieres. Betales husleie, taler dette for at boforholdet faller utenfor denne forskriften.

Helsedirektoratet er også kjent med at noen ønsker at «institusjonslignende boformer» også skal omfattes av denne forskriften. Grensedragnings mellom institusjon og egen bopel kan være uklare i praksis. Ett eksempel på dette er boformen gjennomgangsløp med tett oppfølging av fagpersonell. Direktoratet anbefaler at tjenester «i hjemmet», herunder omsorgsbolig, ikke bør omfattes av forskriften.

Hvilke krav stilles til avtalen mellom privat institusjon og kommunen?

Lovteksten definerer ikke avtalebegrepet. Forarbeidene gir heller ikke nærmere føringer. I tråd med lovhistorien i tidligere kommunehelsetjenesteloven (khtl.) § 1-1 jf. § 4-1, synes betalingsdimensjonen å stå sentralt. Når kommunen gir den private institusjonen vederlag, skal det inngås avtale. Til gjengjeld må den private institusjonen også forplikte seg til å følge de krav til systematiske kvalitetsforbedringer som følger av helse- og omsorgstjenesteloven. Ofte vil det mellom kommunen og institusjonen foreligge en generell rammeavtale, i tillegg til konkrete avtaler knyttet til den aktuelle pasienten/omsorgsmottakeren. Lovens avtalebegrep synes å omfatte begge.

Har kommunen og den private institusjonen inngått en avtale, vil bestemmelsene i helse- og omsorgstjenesteloven gjelde, inkludert forskriftshjemmelen i § 12-4. I forarbeidene skriver departementet at "også private ved avtaleinngåelsen regnes som kommunens medhjelpere, og derfor vil være forpliktet til å overholde de kravene som lovgivningen stiller til tjenestene", jf. Prp. L 91 (2011-12) s. 164. utfordringer kan tenkes hvor det ikke foreligger en formalisert avtale, utover at kommunen har forpliktet seg til å yte vederlag. En slik tilnærming må sies å være i strid med forutsetningene helse- og omsorgstjenesteloven bygger på, men en kan ikke utelukke at denne formen for regulering skjer i praksis.

Spørsmålet er om slike innleggelse faller utenfor § 12-4, jf. § 1-2. Etter direktoratets syn er vederlagsdimensjonen sentral. Helse- og omsorgstjenesteloven § 1-2 krever ikke en "skriftlig avtale", og etter alminnelige avtalerettslige prinsipper kan avtaler også være muntlige. Direktoratet legger til grunn at når partene (kommunen og institusjonen) er enige om vederlaget, har begge parter avgitt en viljeserklæring (kommunen om å yte et pengebeløp og institusjonen om å ta imot den aktuelle borgeren). Det vil da være inngått en avtale etter helse- og omsorgstjenesteloven § 1-2, selv om ikke alle enkelthetene er regulert. Dette får den virkning at forskriftshjemmelen i § 12-4 også gjelder for den aktuelle institusjonen.

4.3.2.3 *Private institusjoner som ikke har avtale med kommunen og som ikke yter TSB*

Er det hjemmel for å regulere private institusjoner som ikke har avtale med kommunen og som ikke yter TSB?

Dagens bestemmelse om virkeområde for gjennomføringsforskriften gjelder også for private institusjoner, se gjeldende gjennomføringsforskrift § 5-1 andre ledd.

Gjennomføringsforskrift etter helse- og omsorgstjenesteloven § 12-4 kan bare gis for institusjoner som faller inn under lovens generelle virkeområde, hvilket er betinget av at "private har avtale" med kommunen. Private institusjoner uten avtale med kommunen faller utenfor, jf. § 1-2 første ledd.

Bestemmelsen i helse- og omsorgstjenesteloven § 1-2 om at loven gjelder både for kommunale tjenester og private med "avtale" viker tilbake for "når ikke annet følger av loven her". En slik spesialbestemmelse er forskriftshjemmelen etter § 3-2. Denne gjelder uttrykkelig også "for private tjenesteytere som ikke har avtale med kommunen". Et skoleeksempel i vår sammenheng vil være institusjoner som tar imot personer med rusmiddelproblemer på rent privat basis, hvor personen selv betaler for oppholdet. Et annet eksempel er private institusjoner finansiert helt eller delvis gjennom statlige tilskuddsordninger.

Høringsnotatet til helse- og omsorgstjenesteloven inneholdt ikke en slik forskriftshjemmel som § 12-4. Bestemmelsen kom inn etter innspill fra bl.a. Statens helsetilsyn.

Mye taler for at § 3-2 fjerde ledd gir hjemmel for å gi forskrift for private institusjoner uten avtale. Spørsmålet er hva denne type forskrift kan inneholde. Selv om innholdet ikke er klart spesifisert, synes lovbestemmelsen i første rekke å ha fokus på kvaliteten i tilbudet, jf. ordlyden "herunder kvalitets- og funksjonskrav". Utfordringen er da knyttet til bestemmelser som inneholder tvangselement, typisk dagens regulering om tvang i nødsituasjoner (sosialtjenesteforskriften § 5-16). Selv om denne tvangsfullmakten er en "gjenfortelling" av reglene om nødrett og nødverge, kan en stille spørsmål ved om helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 fjerde ledd er en tilstrekkelig hjemmel for å gi bestemmelser med tvangspreg når lovgivers intensjon har vært å sikre kvaliteten. Samtidig har en sentral målsetning vært å videreføre dagens rettstilstand. Den tidligere sosialtjenesteloven § 7-11 hadde som formål også å underlegge private institusjoner offentlig regulering, jf. bl.a. Ot.prp. 29 (1990-91) s. 108. Dette kan tilsi at dagens § 3-2 fjerde ledd ikke bare omfatter kvalitetskrav i snever betydning, men alle former for regulering av institusjonsoppholdet. Begrensningen vil ligge i tvangstiltak som går ut over hva som ellers kan gjøres med hjemmel i nødretts- eller nødvergebetraktninger. Disse vil kreve en særskilt hjemmel.

Etter direktoratets vurdering er det i dag ikke hjemmel for å regulere tvangstiltak for private rusinstitusjoner som ikke har avtale om å yte TSB og som heller ikke har avtale med kommunen om å yte helse- og omsorgstjenester på institusjon. Det er uklart hvor stort omfanget er av slike private institusjoner.

Bør det være hjemmel for å kunne regulere gjennomføringsregler for private institusjoner uten avtale med kommunen og som ikke yter TSB

Spørsmålet er i hvilken grad en ny gjennomføringsforskrift bør omfatte ulike former for private institusjoner som ikke har avtale med RHF-ene eller kommunene. Flere hensyn taler for at private heldøgns rusinstitusjoner bør reguleres av gjennomføringsforskriften. Slike private rusinstitusjoner eksisterer ikke i et lovtomt rom. Legalitetsprinsippet setter grenser for hvilke tvangstiltak som kan benyttes. Det er likevel uklart i hvilken grad samtykke fra den enkelte kan benyttes om grunnlag for tvang.

Forholdet mellom person og institusjon når personen fullt ut betaler vederlaget med egne midler og når institusjonen heller ikke får offentlig støtte, er i utgangspunktet regulert av privatrettslige regler, selv om visse offentligrettslige regler vil kunne ha betydning (i første rekke tilsynsbestemmelser).

Direktoratet anbefaler at private institusjoner for personer med rusmiddelproblemer finansiert helt eller delvis gjennom statlige tilskuddsordninger bør omfattes av gjennomføringsforskriften. I 2013 utbetalte Helsedirektoratet over 62 millioner kroner til 19 private institusjoner. Staten har behov for å kunne stille krav til slike institusjoner.

Når forskriften også skal gjelde for disse institusjonene, antar direktoratet at det vil være svært få private institusjoner som ikke er regulert av forskriften. Helsedirektoratet mener at også de resterende institusjonene skal omfattes.

Direktoratet har fått tilbakemeldinger om at det bør være mulig for private institusjoner å opprette hjelpetiltak som er basert på annen tenkning enn den som regulerer institusjoner som det offentlige finansierer og at slike institusjoner derfor ikke bør medtas i virkeområde. Eksempel på slike nåværende institusjoner er Nye Vangseter og Grønn omsorg. Direktoratets oppfatning er at det må være mulig å få til dette, selv om forskriften gjelder for virksomheten. Det vil ikke være denne forskriften, men skranker i annet regelverk som setter grenser for hvordan et tilbud skal se ut, f. eks kravet til faglig forsvarlighet, både for personell og selve institusjonen.

Enkeltmennesker må beskyttes mot integritetskrenkninger. Rapporter fra tilsyn fra private institusjoner viser at det ved gjennomføring av opphold brukes tvangstiltak som ikke har hjemmel i hverken lov eller forskrift. Ulik regulering av offentlige og private rusinstitusjoner vil kunne skape tilfeldig forskjellsbehandling av pasienter og brukere som i mange tilfeller mottar like tjenester. Direktoratet vurderer at det er behov for regler overfor disse private institusjonene som tydeliggjør hvilke regler man skal forholde seg til ved bruk av tvangstiltak, og at det blir tydelig hvilke rettigheter man har i forhold til klageadgang og hvilke regler institusjonen skal vurderes etter ved tilsyn.

Forutsatt at private institusjoner uten avtaler og/eller statlig tilskudd ikke skal omfattes av forskriften, vil dette kunne føre til uklarheter om en institusjon omfattes av forskriften eller ikke. Ett eksempel på dette er privat institusjon med avtale med kommunen om å ta i mot en pasient i noen måneder. Forskriften skal da gjelde for alle som har opphold i institusjonen i denne perioden. Etter dette vil forskriften ikke

gjelde for de andre som har opphold i institusjonen. En forutsetning er selvsagt at den private institusjonen ikke har avtaler med kommunen som gjelder andre pasienter. Her får man vanskelige «periodiseringsregler» som medfører kompliserte avklaringer, både for institusjonen, pasient og bruker og fylkesmannen ved eventuelle tilsyn og klager. Dette er et argument i seg selv som taler for at de private institusjonene som ikke har avtale eller får statlig tilskudd skal omfattes av forskriften.

Skal private institusjoner uten avtale eller mottakelse av statlige midler omfattes av forskriften, vil dette kreve lovendringer. Direktoratet anbefaler er at dette kan løses ved utvidelse av virkeområde i helse- og omsorgstjenesteloven § 12-4.

Anbefaling av virkeområdet:

Rettsikkerhetshensyn tilsier at forskriften bør gjelde for alle institusjoner som yter helse- og omsorgstjenester for personer med rusmiddelproblemer. Dette bør også gjelde private institusjoner uten avtaler med det offentlige som yter helse- og/eller omsorgstjenester til personer med rusmiddelproblemer.

4.4 Vern om personlig integritet (§ 3)

Personer med rusmiddelproblemer kan erfaringsvis bli møtt med tiltak som begrunnes terapeutisk, men som i realiteten fratrukker dem grunnleggende rettigheter, gjerne i god hensikt. Når man oppholder seg i institusjon er man i en sårbar situasjon. Dette tilsier at forskriften bør ha en bestemmelse som presiserer «vernet om personlig integritet».

Ved utforming av denne bestemmelsen har Helsedirektoratet tatt utgangspunkt i utformingen i gjeldende forskrift § 5-2 og psykisk helsevernloven § 4-2 om vern om personlig integritet. Den foreslåtte bestemmelsen følger oppbyggingen i sistnevnte bestemmelse. Det er flere viktige prinsipper som omtales i denne bestemmelsen som foreslås tatt med. Dette gjelder blant annet regelen om forholdsmessighet mellom tvang og behandlingsmessige tiltak og forholdet mellom selvbestemmelsesrett og institusjonens ansvar for driften, herunder ansvar for trygghet og trivsel for ansatte og personer med rusmiddelproblemer, jf. forslag til ny bestemmelse § 3 første og andre ledd.

Helsedirektoratets vurdering er at det er viktig å ha en regel som utdyper nærmere hvilke situasjoner det er naturlig at pasient og bruker skal kunne utøve selv- og medbestemmelsesrett. Utkast til § 3 tredje ledd er i stor grad lik bestemmelsen i psykisk helsevernloven § 4-2 tredje ledd. Ordet «dyrke» foreslås erstattet med «ivareta», jf. utkast til § 3 tredje ledd bokstav b). Denne regelen må ses i sammenheng med hva som er formålet med oppholdet. Direktoratet foreslår at pkt. 4 og pkt. 5 i gjeldende gjennomføringsforskrift § 5-2 ikke videreføres. Det er selvsagt at pasient og brukere ikke kan pålegges å delta i samtaler eller møter o.l. av religiøs eller partipolitisk karakter mot sin vilje. I siste ledd i ny forskrift § 3 foreslår direktoratet at det skal tas hensyn til den enkeltes livssyn og kulturelle bakgrunn. Dette er den samme ordlyden som er benyttet i psykisk helsevernlovens § 4-2 fjerde ledd. Vi har også tatt med at det skal tas hensyn til seksuell legning da det er gitt tilbakemeldinger om at personer har opplevd utfordringer på grunn av dette. Samvær med andre pasienter og brukere eller utenforstående kan ikke begrenses

utover hva som kan fremgå av husordensreglene eller reguleres i forskriften ellers. Det vises til forslag til ny bestemmelse § 7.

4.5 Husordensregler (§ 4)

Det faktum at en person oppholder seg i en rusinstitusjon innebærer at vedkommende må finne seg i visse innskrenkninger i sin rett til selvbestemmelse og personlige frihet. Institusjonen har ansvar for driften, og må da fastsette regler for at denne skal fungere best mulig som et sosialt fellesskap. Slike generelle regler som omhandler hverdagslivet ved institusjonen vil i det følgende kalles husordensregler. Oppramsingen i den foreslåtte bestemmelsens første ledd viser at dette kun dreier seg om hverdagslige «kjøreregler» for livet på institusjonen.

I gjeldende gjennomføringsforskrift omtales ikke husordensregler, men begrepet brukes i den nye forskriftshjemmelen i spesialisthelsetjenesteloven § 3-14 andre ledd. Det å innta en bestemmelse om «husordensregler» kan kanskje virke gammeldags og paternalistisk. Samtidig har de fleste rusinstitusjoner i dag regler om besøkstider, telefontider, TV-tider, rutiner rundt måltider mm, fordi dette oppleves som nødvendig. Det vurderes da som hensiktsmessig å ha en bestemmelse om husordensregler i forskriften, bl.a. for å kunne si noe om hva husordensregler kan omhandle. Det er viktig å påpeke at det ikke er grunn til at pasient og bruker med rusmiddelproblemer skal behandles annerledes eller strengere enn andre pasienter når det gjelder slike «kjøreregler» for institusjonslivet. Hvor særlige regler anses nødvendig av hensyn til ruslidelsens særpreg, er det de øvrige bestemmelsene i forskriften som skal ivareta dette, ikke husordensreglene.

Ved å kreve at institusjonen *skal ha* husordensregler, sikrer man at institusjonen går gjennom og vurderer hensiktsmessigheten av sine regler, herunder at de ikke er strengere enn nødvendig, og at de ikke bryter med lov og forskrift. Faren for at institusjonene har regler og praksis i strid med lov og forskrift er større dersom reglene ikke skrives ned og kontrolleres, se neste avsnitt.

I det psykiske helsevernet skal husordensreglement forelegges kontrollkommisjonen, som skal se at dette er i overensstemmelse med gjeldende lovgivning, jf. psykisk helsevernforskriften § 63 annet ledd. Personer med rusmiddelproblemer bør ikke ha et dårligere rettsvern på dette området, og det foreslås derfor at rusinstitusjoners husordensregler skal forelegges fylkesmannen for gjennomgang. Til tross for dette vil det være fare for at institusjonen har ulovlig/urimelig inngripende praksis, uten at dette fremgår av husordensreglene. En «godkjenning» fra fylkesmannen vil derfor ikke være ensbetydende med at institusjonens praksis er faglig forsvarlig og i tråd med gjeldende regler, men den sier noe om at reglene som er oppstilt i reglementet ikke bryter med lov og forskrift. Kontrollen vil likevel kunne være et viktig bidrag for å sikre riktig praksis. Direktoratet foreslår også at revisjoner av husordensregler skal forelegges fylkesmannen.

Innholdet i husordensreglene vil avhenge av formålet med oppholdet. Der formålet med oppholdet er behandling kan man i større grad berettigede regulering enn når tiltaket er å ivareta bofunksjonen. Det er viktig at reglene ikke er strengere enn nødvendig. Dette gjør seg i særlig grad gjeldende for pasienter som har opphold i institusjon uten eget samtykke.

Husordensregler kan ikke regulere tvangstiltak som krever hjemmel i lov og forskrift. Eksempelvis kan man ikke i et husordensreglement på generell basis nekte pasient og bruker besøk eller å benytte telefon.

Gjeldende gjennomføringsforskrift § 5-5 gir et forbud mot å medbringe og oppbevare «alkoholholdige drikkevarer, legemidler og andre berusende midler i institusjonen». Denne bestemmelsen foreslås nå inntatt i bestemmelsen om husordensregler. Siste setning foreslås tatt bort da det er selvsagt at det er forbudt å medbringe ulovlige rusmidler.

Ved å kreve at husordensregler forelegges pasienten eller brukeren ved ankomst institusjonen (se foreslåtte femte ledd), blir hverdagslivet mer forutsigbart.

4.5.1 Skjerming av pasient og bruker som er ruset

Direktoratet er kjent med at flere institusjoner har restriksjoner knyttet til bruk av fellesområder for pasient og bruker som er ruset. Dette både av hensyn til pasienten selv, og til tredjepart. Pasienten har rett til å bli værende i behandling og bli ivaretatt, samtidig som behandlingssfellesskapet har rett til et rusfritt behandlingsmiljø. Adgangen til å be pasient og bruker om å oppholde seg på eget rom eller avrusningsenhet må anses å være en del av behandlingen. Den ansvarlige for behandlingen av pasienten må vurdere hva som er faglig forsvarlig.

Det kan være et spørsmål om dette er et så inngripende tiltak at det bør utformes en egen bestemmelse med krav til vedtaksfesting og klagerett. Psykisk helsevernloven § 4-3 har en bestemmelse om skjerming. Vilkåret her er at skjerming må være nødvendig på grunn av pasientens psykiske tilstand eller utagerende adferd. Faglig ansvarlig bestemmer hvilket omfang skjermingstiltaket skal ha. Pasienten kan overføres til skjermet enhet eller lignende, og innebærer betydelig endring av vedkommendes omgivelser eller bevegelsesfrihet.

Helsedirektoratets vurdering er at skjerming i rusinstitusjoner ikke er av et omfang eller art som tilsier tilsvarende regulering som i psykisk helsevernloven § 4-3. Vi er i imidlertid kjent med at det kan være et problem at pasient og bruker i unødvendig stor grad fratras mulighet til å delta i fellesskapet i etterkant av rusepisode. Vi foreslår derfor en presisering i forslaget § 4 andre ledd om at dette kun skal gjøres der det vurderes som strengt nødvendig.

4.5.2 Spørsmål om økt ressursbehov for landets fylkesmenn

Da de fleste rusinstitusjoner allerede har husordensregler, vil en regel som pålegger dette ikke medføre økt ressursbruk hos institusjonene. Det vil imidlertid kreve noe ressurser hos fylkesmannen å gå gjennom slike reglementer. Et alternativ vil være at fylkesmannen går gjennom slike ved tilsyn. Direktoratet er av den oppfatning at dette er et område det er viktig å prioritere. Det er uheldig om denne pasient- og brukergruppen skal komme dårlige ut enn pasienter i det psykiske helsevernet på dette området. Dette er også et område hvor det jevnt over har blitt foretatt lite

legalitetskontroll fra fylkesmennes side de siste årene. Direktoratet vil kunne gi retningslinjer for fylkesmannens kontroll av slike husordensregler.

I en startfase vil denne oppgaven kreve noe ekstra ressurser av fylkesmannen, men deretter vil det kun være aktuelt med kontroller av husordensregler ved nyetablering av institusjoner for personer med rusmiddelproblemer, eller hvor institusjoner endrer sine regler.

Det er svært usikkert hvor mange døgninstitusjoner for personer med rusmiddelproblemer som drives i medhold av helse- og omsorgstjenesteloven, det vil si er kommunale eller har avtale med kommunen. Det er grunn til å tro at tallet ligger på et sted rundt 90 institusjoner, jf. kap. 1.4.2. Det er totalt ca. 70 døgninstitusjoner som tilbyr tverrfaglig spesialisert behandling, jf. kap 1.4.1. Totalt blir dette ca. 160 institusjoner. Noen institusjoner vil ha ulike husordensregler for ulike avdelinger, slik at det vil være ca. 170 husordensregler som skal kontrolleres av landets fylkesmenn. Mange av husordensreglene vil være i overenstemmelse med lov og forskrift, og det vil da antagelig ikke kreve mer enn 1- 2 timers arbeid av en jurist og en ansatt med rusfaglig kompetanse hos fylkesmannen å gjennomgå disse. Noen vil sette opp urimelige regler og regler som bryter med lov og forskrift. Det vil selvsagt variere hvor mye oppfølging og tid dette vil ta for fylkesmannen. Slike regelbrudd er uansett noe Fylkesmannen allerede skal følge opp. Det kan beregnes et gjennomsnitt på 4 arbeidstimer pr. husordensregler i oppstartfasen. Dette vurderes å omfatte kartlegging av hvilke institusjoner som er aktuelle, innhenting av regler der institusjonen ikke selv sender slike uoppfordret, og selve kontrollen. Dette vil utgjøre ca. 680 arbeidstimer, eller ca. 0,4 årsverk fordelt på landets fylkesmenn. Denne belastningen vil komme når regelen om husordensregler trår i kraft og alle husordensregler dermed skal gjennomgås. Etter hvert vil det kun være ved opprettelse av nye døgnposter eller endring av reglement at disse skal gjennomgås. Økning i ressursbehov for fylkesmannen i dette fortløpende arbeidet vurderes å være av lite omfang.

4.6 Oppbevaring av eiendeler og økonomiske midler (§ 5)

Bestemmelsen er en forenkling av gjeldende bestemmelse i forskriften. Den gjeldende bestemmelsen sier at institusjonen har plikt til å sørge for at det finnes betryggende oppbevaringsmuligheter for pasient og brukers penger og verdisaker. Videre er det i gjeldende forskrift regulert en mulighet for å avtale at institusjonen påtar seg forvaltning av pasient og brukers midler.

Etter direktoratets vurdering er det ikke ønskelig eller hensiktsmessig med en slik detaljert regulering. Dette skyldes blant annet mangfoldet av institusjoner og hvordan disse drives med tanke på varighet og omfang. I TSB-institusjoner vil man som regel være innlagt som pasient på et helseforetak på lik linje med andre pasienter, og det vil da ikke være naturlig med et omfattende tilbud om å oppbevare eiendeler. Motsetningsvis vil det kunne være mer aktuelt for lavterskeltilbud som inngår i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Slike institusjoner tar inn pasienter og brukere som har et større behov for å ta med seg, og få oppbevart, eiendeler under oppholdet på institusjonen.

Ved å gjøre bestemmelsen om til en mer generell bestemmelse om institusjonens plikt til å ha rutiner for oppbevaring av eiendeler og økonomiske midler, ønsker direktoratet å signalisere at institusjonen skal ha slike rutiner, men at institusjonen står friere til å bestemme omfanget av plikten til oppbevaring. Institusjonene kan således sette begrensninger i forhold til plass, ressurser og tidsperiode.

Institusjonens plikt til å ha skriftlige rutiner for oppbevaring av økonomiske midler og eiendeler kan også sees i sammenheng med Lov om sosiale tjenester i NAV § 18 som åpner for at personen kan søke om oppbevaring av innbo og personlige eiendeler under oppholdet i institusjon.

5 Bruk av tvang

5.1 Generelt om bruk av tvang

Tiltak under opphold på rusinstitusjon skal i hovedsak være basert på frivillighet. Unntaksvis er det likevel behov for å anvende tiltak uten pasient og brukers samtykke. Tiltak uten samtykke vil i det følgende omtales som tvang. Det er likevel klart at i hvilken grad et slikt tiltak vil oppleves som tvang vil variere, bl.a. i forhold til grad av motstand mot tiltaket. Tiltak uten pasient og brukers samtykke kan være nødvendig for å ivareta behandlingsmessige hensyn, hensynet til andre pasienter eller brukere og eventuelt institusjonens ansvar for driften, se også kap.1.2. Dette kan gjelde både for frivillig innlagte og tvangsinnlagte pasienter og brukere.

Nedenfor beskrives først adgangen til å samtykke til ulike tiltak. Deretter beskrives forslagene til regler om bruk av tvang i rusinstitusjoner.

Foreslåtte forskrift regulerer opphold i vidt forskjellige typer institusjoner, alt fra behandlingsplasser i spesialisthelsetjenesten til kommunale lavterskelinstitusjoner uten krav om rusfrihet. Behovet for kontrolltiltak og tvang vil variere etter type institusjon. Det er ikke slik at forskriften automatisk åpner for å anvende alle bestemmelsene selv om den har et vidt virkeområde. Det vil bero på en konkret vurdering i det enkelte tilfelle om det er adgang til å benytte tvangstiltakene i forskriften. Generelt er behovet for å anvende forskriftens hjemler for tiltak større ved behandlingsinstitusjoner enn ved lavterskelinstitusjoner. I de fleste bestemmelsene om bruk av tvang begrenses derfor anvendelsesområdet til der tiltaket er «nødvendig av hensyn til *formålet med oppholdet*». For eksempel vil tiltak som nevnt i § 8 «kroppsvistasjon og ransaking», kun unntaksvis benyttes på lavterskelinstitusjon der formål med oppholdet ikke er rusfrihet. Det vil imidlertid også her kunne være behov for å avdekke farlige gjenstander. I tillegg vil det fremgå av noen bestemmelser at de kun gjelder for tvangsinnlagte, for eksempel rusmiddeltesting uten pasientens samtykke.

Forskriftens foreslåtte tvangstiltak gir ikke adgang til bruk av fysisk makt ved gjennomføring av tiltakene. Dette med unntak av § 10 «tvang i akutte nødsituasjoner», som nettopp hjemler bruk av fysisk tvang. Dersom pasient og bruker fysisk motsetter seg tvangstiltak som rusmiddelkontroll og ransaking, vil det ikke være forholdsmessig å gjennomføre tiltaket, fordi krenkelsen for pasient og bruker og belastningen for personale lett vil bli for stor i forhold til hva som kan oppnås.

5.2 Samtykke til tiltak etter gjennomføringsforskriften

Direktoratet er kjent med at dagens praksis i stor grad er at pasient og bruker samtykker til å levere fra seg mobiltelefon, til å avgi urinprøver og til ransaking av

bagasje og klær ved ankomst i institusjon. I mange tilfeller er samtykket trolig gitt på et mangelfullt grunnlag, ved at det samtykkes selv om vedkommende egentlig ikke ønsker tiltaket eller fordi vedkommende ikke føler at det foreligger en reell valgsituasjon.

Gjeldende gjennomføringsforskrift § 5-8 første ledd regulerer samtykke til urinprøve. Ellers er adgangen til å samtykke til tiltak i dag i stor grad avskåret ved at det i gjeldene forskrift § 5-18 oppstilles et forbud mot at det inngås avtaler som stiller beboeren dårligere enn hva som følger av forskriften. Dette avtaleforbudet foreslås nå opphevet, se rapporten kap. 6.3. I pasient- og brukerettighetsloven kapittel 4 fremgår hovedregelen om at all behandling skal baseres på pasientens samtykke. Der et slikt samtykke ikke foreligger, må behandling eller tiltak ha hjemmel i lov. Noen ganger kan det å be om samtykke til et tiltak i seg selv være så inngripende at det bør hjemles. Dette er tilfelle for samtykke til urinprøvetaking for å avdekke rusmiddelbruk, jf. Ot.prp.nr.65 (2005-2006) s.77, forarbeidene til bestemmelse om urinprøvetaking i psykisk helsevern.

I utkastet til forskrift foreslås derfor hjemmel for samtykke til rusmiddeltesting videreført i § 6 første ledd. I forhold til de andre tiltakene forskriften åpner for, vurderes det ikke som nødvendig eller hensiktsmessig med regulering av pasientens mulighet til å samtykke til tiltaket. Hovedregelen om pasientens rett til å samtykke fremgår som nevnt av pasrl. kap. 4. På denne måten vil forskriften i hovedsak beskrive adgang til tiltak uten pasientens samtykke. Dette er i tråd med legalitetsprinsippet og etter samme system som i psykisk helsevernloven og -forskriften, hvor det kun er ved urinprøvetaking at samtykke til tiltaket er regulert.

Det blir også et spørsmål om det skal treffes vedtak etter forskriften dersom pasient og bruker samtykker til tiltaket. I rundskriv til psykisk helsevernloven (IS-9/2012) er dette avklart ift. gjennomføringstiltak etter psykisk helsevernlovens kap. 4. Disse vurderingene vil være relevante også for gjennomføringsforskriften her: Hvis forskriftens krav til materielle vilkår for et tiltak er oppfylt, bør institusjonen være varsom med å basere tiltak på samtykke alene. Institusjonen bør da alltid treffe vedtak, selv om pasienten samtykker til tiltaket. Bestemmelsene knytter tiltakene opp mot materielle vilkår, til personell kompetanse, til saksbehandlingsregler og til klagerett til fylkesmannen. Disse rettssikkerhetsgarantiene bortfaller dersom tiltaket kun baseres på samtykke. Samtidig vil institusjonene ofte ikke bare ha mulighet, men også plikt, til å iverksette tiltaket dersom pasienten ikke samtykker. I realiteten vil det derfor ofte foreligge en "trussel om at vedtak treffes" ved uteblivende samtykke, noe som kan medføre at samtykket ikke er gyldig. Dersom en pasient selv ønsker et tiltak iverksatt uten at vilkårene i bestemmelsen er oppfylt – en pasient ber for eksempel om at det tas urinprøver eller om at institusjonen oppbevarer mobiltelefonen - er vi utenfor de tiltakene som beskrives i forskriften, og tiltaket vil kunne baseres på samtykke alene.

5.3 Konsekvenser av manglende samarbeid ved tiltak etter forskriften og brudd på husordensregler

Direktoratet er kjent med at fylkesmannen mottar klager som handler om utskrivning av pasient og brukere som følge av brudd på regler om rusbruk, adferd, vold eller

trusler om vold.

Institusjonen er avhengig av å ha et samarbeid med pasient og bruker for å kunne oppfylle formålet med oppholdet og kunne ivareta ansvaret for driften, også ansvaret for andre pasienter og brukere. Personalet må foreta en vurdering av om pasient og bruker nyttiggjør seg av oppholdet/behandlingen. Hvorvidt en pasient eller bruker holder seg rusfri eller ikke vil kunne få betydning for behandlingsopplegget, for eksempel når det gjelder muligheter for permisjoner.

Pasient og bruker har rett til nødvendige helse- og omsorgstjenester. Brudd på husordensreglene kan ikke i seg selv føre til tap av institusjonsplass. Det er problematisk å skrive ut pasient og bruker fordi han eller hun viser symptomer på egen lidelse. Det må foretas en konkret vurdering ut fra faglig forsvarlighet om pasient og bruker skal fortsette å være i institusjonen eller skal tilbys plass ved annen institusjon, eventuelt tilbys andre tiltak fra kommunen og/eller i spesialisthelsetjenesten. Det kan for eksempel være forsvarlig å vurdere alternativ institusjonsplassering eller andre tiltak i kommunen. Slike tiltak bør ta utgangspunkt i dialog med pasient og bruker. Dersom en utskriving iverksettes, må det sørges for god oppfølging i tiden utenfor institusjon med sikte på å ivareta kontinuitet i behandlingen og at utskriving er faglig forsvarlig.

Direktoratets vurdering er at spørsmålet om konsekvenser av manglende samarbeid og brudd på husordensregler ikke skal fremgå som en egen bestemmelse i forskriften. Rett til helse- og omsorgstjenester fremgår av helselovene, herunder pasient- og brukerrettighetsloven.

5.4 Rusmiddeltesting (§ 6)

Helsedirektoratet er kjent med at det er behov for å kunne ta prøver for rusmiddeltesting av annet biologisk materiale enn urin, slik gjeldende gjennomføringsforskrift i dag er begrenset til. Rusmiddeltesting via spytt og hår er under utprøving og er i ferd med å bli en aktuell testmetode. For å ta høyde for framtidig teknologi på dette området, foreslås det at forskriften åpner for "testing av biologisk materiale". Av samme grunn reviderer Helsedirektoratet i disse dager to rundskriv som omhandler *urinprøvetaking* (rundskriv IS-13 og IS-14 fra 2002), slik at disse i stedet omhandler *Prosedyrer for rusmiddeltesting i biologisk materiale*. Per i dag benyttes både blod, spytt og utåndingsprøver sammen med urinprøver ved rusmiddeltesting. Spytt og utåndingsprøver vil dessuten kunne oppleves mindre inngripende enn en urinprøve. En utvidelse fra urinprøver til biologisk materiale, vil også samsvare med LAR forskriften § 8 som omhandler «*Urinprøver, blodprøver og prøver av annet biologisk materiale*».

Utvidelsen vil kreve en endring av ordlyden fra «urinprøve» til «biologisk materiale» i forskriftshjemlene i helse- og omsorgstjenesteloven § 12-4 fjerde ledd og spesialisthelsetjenesteloven § 3-14 andre ledd bokstav a. Samme endring bør også gjøres i psykisk helsevernloven § 4-7a.

Å kreve biologisk materiale for rusmiddeltesting er så inngripende overfor den det gjelder at det ikke er anledning til å basere dette på pasientens samtykke uten særskilt hjemmel. En slik hjemmel for å avgi samtykke til urinprøve finnes i dag i

gjeldende gjennomføringsforskrift § 5-8 første ledd. Denne videreføres i forslaget § 6 første ledd. Det foreslås likevel en innsnevring i forhold til dagens hjemmel: I dag kan det samtykkes til urinprøve for å avdekke rusmiddelbruk under oppholdet. Det foreslås en presisering slik at rustesting (ved samtykke eller vedtak jf. annet ledd) kun er aktuelt «når det er nødvendig for å oppnå formålet med oppholdet». På denne måten ønsker direktoratet å presisere at det ikke skal tas tester for rene kontrollformål, men at testen skal knyttes til behandlings-/rehabiliteringsformål.

Den foreslåtte bestemmelsen følger oppbyggingen til psykisk helsevernloven § 4-7a om urinprøve. I første ledd reguleres samtykke til rusmiddeltesting, mens i andre ledd reguleres mulighet til vedtak om testing uten pasientens samtykke. Første ledd omfatter alle pasienter og brukere i institusjon, andre ledd er kun aktuell for tvangsinnlagte, jf. helse- og omsorgstjenesteloven §§ 10-2 og 10-3. Adgangen til å samtykke til rusmiddeltesting er noe videre i denne bestemmelsen sett opp mot psykisk helsevernloven. Det er tilstrekkelig at rustesting vurderes nødvendig «for å oppnå formålet med oppholdet». Dette er fordi rustesting jevnt over vil være aktuelt i disse institusjonene da rusmiddelavhengighet nettopp er bakgrunn for institusjonsoppholdet. Testing vurderes både av institusjon og ofte også av pasient og bruker som et nyttig redskap i oppfølgingen av behandlingen.

Rusmiddeltesting kan være nødvendig for å oppnå formålet med behandlingen. Det kan være nødvendig ved innkost til avrusning for å avdekke rusmiddelbruken, og dermed hvordan avrusningen best kan gjennomføres. Pasienten vil ikke alltid selv huske hvilke stoffer vedkommende har inntatt. Rustesting vil også kunne være nødvendig for å sikre forsvarlig oppstart av for eksempel substitusjonsbehandling.

Direktoratet mener likevel at testing uten pasientens samtykke er så inngripende at det kun bør være adgang til dette overfor tvangsinnlagte pasienter, jf. forslaget andre ledd (som i dag).

Direktoratet er kjent med at institusjonene tidvis opplever det som et problem at fylkesnemnda har eksklusiv kompetanse til å fastsette urinprøvetaking for tvangsinnlagte pasienter, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 10-2 annet ledd og § 10-3 første ledd. Dette oppleves av institusjonene som problematisk hvor fylkesnemnda ikke har besluttet urinprøvetaking, men hvor institusjonen likevel vurderer dette som faglig nødvendig. Samtidig er det også uheldig dersom fylkesnemnda fastsetter urinprøvetaking «for sikkerhets skyld», noe som kan medføre en høyere grad av tvangsbruk enn nødvendig. Foreslåtte forskriftstekst forutsetter at bestemmelsene om rusmiddeltesting tas ut av helse- og omsorgstjenesteloven, og i stedet fullt ut reguleres i forskriften (og i tilhørende forskriftshjemler). Direktoratet er av den oppfatning at behandlingsansvarlig institusjon er rett instans til å vurdere hvorvidt rusmiddeltesting er et egnet og nødvendig middel i behandlingen av pasienten. Behovet for rusmiddeltesting er noe helsetjenesten fortløpende må vurdere. Helsetjenesten er nærmest til å vurdere nytten opp mot eventuell motstand hos pasienten. Beslutningsnivået vil da ligge samme sted som i det psykiske helsevernet, hvor det også er institusjonen (ved faglig ansvarlig) som eventuelt begjærer eller beslutter urinprøvetaking, jf. psykisk helsevernloven § 4-7a.

Overfor tvangsinnlagte med «midlertidige vedtak», jf. helse- og omsorgstjenesteloven §§ 10-2 fjerde ledd og 10-3 femte ledd, har man etter gjeldene rett ikke adgang til å beslutte urinprøvetaking. Det foreslås nå at institusjonen kan vedta rusmiddeltesting ved midlertidige vedtak, se forslaget § 6 annet ledd. Midlertidige vedtak benyttes ofte, og det er derfor viktig å regulere rusmiddeltesting overfor denne gruppen.

For innleggelse etter helse- og omsorgstjenesteloven § 10-4 fjerde ledd kan institusjonen sette som vilkår at pasienten før oppholdet samtykker til at det kan tas urinprøver under institusjonsoppholdet. Denne regelen foreslås fjernet, og det foreslås ikke å åpne for vedtak om rusmiddeltesting for denne gruppen etter forslaget § 6 annet ledd. Direktoratet mener at det ikke vil være nødvendig å kunne stille vilkår om samtykke til rusmiddeltesting for en slik innleggelse. Det anses heller ikke nødvendig å ha anledning til å kunne treffe slike vedtak etter annet ledd. Hvor rusmiddeltesting anses nødvendig, vil regelen om samtykke til rusmiddeltest i foreslåtte forskrift § 6 første ledd være aktuell og tilstrekkelig også for denne gruppen pasienter. Det bemerkes at dette er den løsningen som har fått bredest støtte fra tjenesten under rådslag og annen oppfølging av forskriftsarbeidet.

Foreslåtte regulering vil altså medføre endring av dagens helse- og omsorgstjenestelov §§ 10-2, 10-3 og 10-4.

Urinprøvetaking vil typisk skje på et toalett hvor et personale av samme kjønn befinner seg i samme rom. Det kan ikke anvendes fysisk makt for å gjennomføre rusmiddelprøve/urinprøvetaking.

Gjeldende gjennomføringsforskrift § 5-8 sier at institusjonen skal ha «regler for konsekvenser av positiv prøve eller nekting av prøve». Fordelen med en slik regulering er at pasient og bruker og institusjon på forhånd har avtalt mulige konsekvenser. Ulempen er at det kan se ut som om en positiv test automatisk skal få negative konsekvenser for pasienten. Direktoratet mener det er viktig å kommunisere til tjenesten at en positiv test i seg selv ikke bør tilsi negative konsekvenser. Denne formuleringen er derfor tatt bort. Det er likevel fortsatt slik at kunnskap om hvorvidt en pasient eller bruker holder seg rusfri eller ikke vil kunne få betydning for behandlingsopplegget, for eksempel når det gjelder muligheter for permisjoner. Behandlingsmessig er det problematisk å skrive ut pasienter fordi en viser symptomer på egen lidelse. Det er derfor ikke adgang til rutinemessig utskrivelse ved positiv rusprøve. Det er nødvendig å planlegge alternative tiltak for å unngå brudd i behandlingen. Slike tiltak bør ta utgangspunkt i dialog med pasienten. Dersom en utskrivning likevel iverksettes, må det sørges for god oppfølging i tiden utenfor institusjon med sikte på å ivareta kontinuitet i behandlingen, se kap. 5.3.

Det er gjort studier som viser at pasienter svarer ærlig på spørsmål om bruk av rusmidler dersom de føler seg trygge på at svarene ikke fører til negative reaksjoner (Helseth et al., 2005c).

5.4.1 Vurdering av regel om rusmiddeltesting sett opp mot forskrift om legemiddelassistert rehabilitering (LAR forskriften)

LAR forskriften regulerer også rusmiddeltesting. LAR forskriften § 8 lyder som følger:

«§ 8. *Urinprøver, blodprøver og prøver av annet biologisk materiale*

Lege i spesialisthelsetjenesten kan beslutte at pasienten skal avlegge urinprøve, blodprøve og prøver av annet biologisk materiale. Formålet med prøvene skal være å få oversikt over pasientens legemiddelinntak og rusmiddelbruk mens pasienten er i legemiddelassistert rehabilitering. Hyppigheten av prøvetakingen skal begrenses til det som er nødvendig for å sikre en faglig forsvarlig oppfølging av pasienten. Det kan besluttes at prøvene skal avlegges under påsyn.»

Denne bestemmelsen vil være aktuell for enkelte pasienter og brukere i institusjon. Her kan rusmiddeltest kreves som forutsetning for behandlingen da det kan vurderes som faglig uforsvarlig å iverksette LAR uten rusmiddelprøve. Det forutsettes samtykke fra pasienten til rusmiddeltesting. Kravet i foreslåtte forskrift § 6 første ledd om at samtykket må være skriftlig vil da kun gjelde pasient og brukere i institusjon, og ikke for LAR-pasienter som mottar poliklinisk behandling. For å samordne dette bedre bør det eventuelt inntas i LAR-forskriften at samtykket skal være skriftlig.

5.5 Forbindelse med omverden (§ 7)

Gjeldende gjennomføringsforskrift har regler som omhandler besøk, post og permisjon. Bestemmelsen om permisjon foreslås tatt ut, se rapporten kap. 6.4. Når det gjelder bestemmelsene om besøk og post foreslås de sammenstilt i en bestemmelse, hvor også retten til bruk av elektroniske kommunikasjonsmiddel inngår. Disse tre områdene gjelder alle retten til forbindelse med omverdenen, og hører naturlig sammen. Bestemmelsen omhandler da det samme som psykisk helsevernloven § 4-5, «Forbindelse med omverdenen».

5.5.1 Besøk

Gjeldende gjennomføringsforskrift § 5-10 omhandler besøk. Bestemmelsen fastslår først hovedregelen om at pasienten har rett til besøk, og oppstiller deretter en hjemmel for begrensning «hvis det er nødvendig av hensyn til behandlings- eller rehabiliteringsopplegget.» Muligheten for å nekte besøk foreslås nå innskrenket fra å kunne gi et generelt forbud til kun å kunne omfatte bestemte person(er). Årsaken til dette er tilbakemeldinger fra tjenesten om at forbud sjelden benyttes, og at det i tilfelle vil være tilstrekkelig med et forbud knyttet til bestemte person(er). Behov for forbud vil kunne være aktuelt f. eks. hvor det er grunn til å tro at besøkende person vil medbringe rusmidler, eller det er grunn til å tro at besøket er knyttet til prostitusjon eller vil kunne medføre vold.

Direktoratet er kjent med at det ved enkelte institusjoner, typisk ved avrusningsinstitusjoner, kan vurderes som nødvendig å ha personale til stede ved besøk. Dette for å forhindre at den besøkende gir rusmidler til pasienten. Det er

derfor behov for en bestemmelse som gir institusjonen adgang til å kunne vedta at besøk kun kan skje med personale til stede.

Per i dag kan man altså nekte pasient og bruker besøk «hvis det er nødvendig» av hensyn til behandlings- eller rehabiliteringsopplegget.» Dette foreslås videreført og innstrammet gjennom følgende presisering som viser at det skal en del til for å treffe et slikt vedtak: «... der det er nødvendig for å oppnå formålet med oppholdet, herunder begrunnet mistanke om at personen vil medbringe legemidler, rusmidler eller farlig gjenstand», se forslagetets andre ledd.

Omfang/tider for besøk og hvor dette skal skje, kan reguleres i husordensregler, jf. forslaget § 4.

I gjeldende gjennomføringsforskrift § 5-10 fremgår at beboer ikke kan nektes besøk av «advokat, representant for off. myndighet, prest, annen sjelesørger eller lignende». Direktoratet er av den mening at dette er selvsagt, men vurderer likevel at regelen bør videreføres av pedagogiske hensyn, se forslagetets § 7 femte ledd. Tilsvarende regel finnes også i psykisk helsevernloven § 4-5 tredje ledd og barnevernforskriften § 3.

5.5.2 Kontroll av post

Gjeldende gjennomføringsforskrift § 5-4 omhandler postforsendelser. Bestemmelsen videreføres i all hovedsak i foreslåtte § 7 første og tredje ledd. Hovedregelen er at pasient og bruker har rett til å sende og motta brev eller pakker, med mulighet for kontroll ved begrunnet mistanke om innføring av legemidler, rusmidler, skadelige stoffer eller farlig gjenstand. Ved å ta med «skadelige stoffer» omfattes anabole steroider og «legal highs».

Pasient og bruker skal så langt mulig være til stede ved kontrollen. Institusjonen kan oppbevare posten mens klagen behandles. Vedtak iverksettes ikke før eventuell klage er ferdigbehandlet, se forslagetets § 14 tredje ledd.

5.5.3 Elektroniske kommunikasjonsmidler, herunder mobiltelefon og PC

Gjeldende gjennomføringsforskrift har ikke regler knyttet til elektroniske kommunikasjonsmidler, herunder telefon. Tilbakemeldinger fra tjenesten er at i perioder av behandlingsforløpet, i hovedsak ved avrusning, vil behandlingsmessige hensyn kunne tilsi at pasienten ikke bør benytte egen mobiltelefon/ PC. Det vurderes da av behandlerne som nødvendig å skjerme vedkommende fra rusmiljøet. Samtidig har det den senere tiden skjedd en vridning i behandlingssideologi i retning av at flere pasienter også ved avrusning beholder mobiltelefonen sin. Tanken er at pasienten heller ikke i avrusningsfasen bør skjermes fra «rusfristelser» som vedkommende uansett må lære seg å motstå.

I institusjoner med den praksis at pasienten ikke får benytte egen mobiltelefon/PC, baseres dette pr i dag på pasientsamtykke. Samtidig er direktoratet kjent med at samtykkene i noen tilfeller antakelig ikke er gyldige, da institusjoner oppgir at

pasienter motvillig gir fra seg mobiltelefonen. Pasientene opplever det tidvis som negativt å bli fratatt mobiltelefonen, men også som positivt å slippe «presset utenfra». Så vidt direktoratet er kjent med har pasienten alltid tilgang til fasttelefon. Tilbakemelding fra én avrusningsinstitusjon var at det er viktig at *alle* pasientene fratras mobiltelefonen. Dersom én pasient har mobiltelefon vil de andre lett kunne benytte denne.

Innlevering av mobiltelefon/PC skal baseres på et gyldig samtykke. Det må fremgå av situasjonen at dette er noe pasienten selv bestemmer. Det vurderes ikke som nødvendig å forskriftsfeste at det kan gis samtykke til dette tiltaket, se kap. 5.2 om samtykke til tiltak etter forskriften.

Direktoratet har vurdert hvorvidt det bør være adgang for institusjonen til å beslaglegge pasientens egen mobiltelefon/PC uten pasientens samtykke. Enkelte avrusningsinstitusjoner mener dette er et nødvendig tiltak for å sikre forsvarlig behandling, og at man bør ha denne muligheten for inngripen hvor pasienten ikke samtykker til tiltaket (noe man ikke har i dag). Det faktum at flere avrusningsinstitusjoner ikke vurderer tiltaket som nødvendig, taler derimot i mot å åpne for dette. Siden praksis for flere institusjoner går i retning av å la pasientene beholde mobilen sin, finner direktoratet ikke grunnlag for å forslå en slik hjemmel.

Det vil kunne være nødvendig å begrense tilgang til kamera og mobiltelefon/PC med kamerafunksjon hvor pasient og bruker utgjør en trussel mot andre pasient og brukers/ansattes personvern. Dette er en aktuell problemstilling i det psykiske helsevernet, men også i institusjoner for personer med rusmiddelproblemer, spesielt hvor pasient og bruker også har en samtidig psykisk lidelse. Institusjonen skal sørge for å ivareta personvernet til andre beboere. I forslaget fremgår at institusjonen kan treffe vedtak om at mobil/ PC med kamerafunksjon inndras av personvern hensyn, mot at pasient og bruker gis tilgang til annen telefon/PC, se forslaget § 7 fjerde ledd. Tilsvarende bestemmelse bør vurderes inntatt i psykisk helsevernloven § 4-5.

Foreslåtte regel i forslaget § 7 fjerde ledd om vedtak om å ikke benytte egen mobiltelefon/PC tilsier en presisering av dette i helse- og omsorgstjenesteloven § 12-4 fjerde ledd og spesialisthelsetjenesteloven § 3-14 andre ledd.

5.6 Kroppsvisitasjon og ransaking (§ 8)

I forslaget videreføres gjeldende regel om at det skal være adgang til kroppsvisitasjon, ransaking av rom og eiendeler ved «begrunnet mistanke» jf. gjeldende gjennomføringsforskrift § 5-6.

Kroppsvisitasjon og ransaking krever tydelig hjemmel. Den nye bestemmelsen i spesialisthelsetjenesteloven § 3-14 hjemler adgang til å gi forskrift med nærmere bestemmelser om blant annet kroppsvisitasjon og ransaking av pasientens rom og eiendeler. Det er dermed tydelig signalisert i lovtekst at institusjon skal kunne ha adgang til å foreta ransaking og kroppsvisitasjon.

I gjeldende forskrift er adgangen til kroppsvisitasjon og ransaking betinget av at det foreligger mistanke om at pasient og bruker er i besittelse av rusmidler, legemidler

eller farlige gjenstander. Mistanken må være begrunnet, det vil si at det foreligger objektive indisier som kan begrunne mistanken. Den nærmere vurderingen må skje konkret og til en viss grad baseres på skjønn. Det er ikke et tilstrekkelig grunnlag for mistanke at beboeren er en person med rusmiddelproblemer. Også i lov om psykisk helsevern § 4-6 er adgangen til ransaking og kroppsvisitasjon betinget av begrunnet mistanke.

Forskriftshjemlene begrenser ikke ransaking og kroppsvisitasjon til kun å gjelde ved begrunnet mistanke. Utvider man adgangen til ransaking og kroppsvisitasjon til å kunne foretas rutinemessig, må dette begrunnes godt da dette er inngripende tiltak.

Flere institusjoner med rusmiddelfrihet som formål, særlig avrusningsinstitusjoner, vurderer at det er behov for rutinemessig ransaking og kroppsvisitasjon ved ankomst i institusjon. Direktoratet er kjent med at rutinemessig ransaking av bagasje og kroppsvisitasjon i form av gjennomgang av ytterklær ved ankomst, er en utbredt praksis i dag. Institusjonene baserer tiltaket på pasient og brukers samtykke – et samtykke som nok ikke alltid er gyldig, jf. rapportens pkt. 5.2. Dette er begrunnet i behandlingsmessige behov, men også i behov for å sikre driften ved institusjonen, sikkerhetsmessige årsaker og av hensyn til andre pasienter og brukere som er innlagt på samme avdeling. Tilbakemeldinger fra institusjoner viser at det ofte er ønskelig også fra pasient og bruker å gå igjennom bagasjen ved innleggelse da de ofte ikke har oversikt over hva de har med seg, og har et ønske om ikke å være i besittelse av rusmidler.

På denne bakgrunn foreslår direktoratet at det åpnes for rutinemessig kroppsvisitasjon og ransaking ved ankomst i institusjoner. Det vil si at det her kan foretas kroppsvisitasjon av person og ransaking av eiendeler ved inntak, uten at det foreligger begrunnet mistanke om at man har med seg rusmidler, legemidler eller farlige gjenstander, når dette er nødvendig for å oppnå formålet med oppholdet. Årsaken til at det ikke er tilstrekkelig med rutinemessig ransaking, men at vi også foreslår å åpne for rutinemessig kroppsvisitasjon, er at mange institusjoner mener en kontroll av ytterklærne og lommer er nødvendig.

Selv om det åpnes for at det kan foretas rutinemessig kroppsvisitasjon og ransaking, må institusjonen vurdere grundig om behovet for dette er tilstede, jf. forslaget § 3.

Ransaking praktiseres ofte ved at en ansatt pakker ut bagasjen sammen med pasient og bruker ved innleggelse. Ransaking av rom skal foretas med pasient og bruker tilstede.

Kroppsvisitasjon innebærer undersøkelse av klær og kroppens overflate. Tilbakemeldinger fra fagmiljøet viser at det er behov for å kunne foreta mer enn kun undersøkelse av klær. Når det er et reelt behov for å foreta en undersøkelse av kroppens overflate bør det være anledning til dette. Terskelen bør imidlertid være høyere enn ved ransaking av klær, og avkledning for å gjennomføre visitasjonen er kun tillatt når det er helt nødvendig. Avkledning skal foretas på en skånsom måte og alltid av en person med samme kjønn som den som blir undersøkt, selv om dette innebærer at det i praksis legges føringer for institusjonen i den forstand at de må ha en ansatt av samme kjønn som den som skal avkles.

I gjeldende forskrift er det anledning til å undersøke munnhulen. De fleste tjenestene har meldt at det ikke er behov eller ønskelig med undersøkelse av munnhulen. Dette er en undersøkelse som er svært integritetskrenkende og kan være problematisk å gjennomføre dersom det ikke gjøres frivillig. Likevel er det gitt tilbakemelding fra enkelte institusjoner som vurderer det nødvendig å kunne undersøke munnhulen, selv om dette er et svært integritetskrenkende inngrep. Direktoratet er gjort kjent med at dette er aktuelt for tvangsinnlagte gravide. Det understrekes at selv om det gis anledning til å undersøke munnhulen, må dette tiltaket kun brukes der det erfaringsmessig er behov for en slik undersøkelse. Ut over dette er det ikke under noen omstendighet tillatt å undersøke kroppens hulrom.

Kroppsvisitasjon og ransaking kan kun foretas overfor pasient og bruker, ikke besøkende eller andre personer.

5.7 Beslag (§ 9)

Bestemmelsen om beslag er en videreføring av gjeldende gjennomføringsforskrift § 5-7, der det fremgår at rusmidler, herunder legemidler og farlige gjenstander, kan beslaglegges og tilintetgjøres. Dette kan også omfatte utstyr til bruk av rusmidler og gjenstander som ikke nødvendigvis er farlige, men som kan brukes til rømning. Ulovlige rusmidler vil i denne sammenhengen bety rusmidler som er omfattet av narkotikaforskriften og som ikke er anskaffet lovlig.²¹

I utgangspunktet skal ikke beslaglagte eiendeler tilintetgjøres, men leveres tilbake ved avslutning av institusjonsoppholdet. Eventuell tilintetgjøring må vurderes konkret i hvert tilfelle, og det må tas hensyn til tredjepart og driften av institusjonen. Har pasient og bruker ved innkomst på seg en vanlig lommekniv, ville det i ordinære situasjoner ikke være noe å si på det. Forholdene tatt i betraktning kan imidlertid kniven være farlig for pasient og brukeren eller andre på institusjonen. Den beste løsning her vil kunne være at kniven beslaglegges og oppbevares med tanke på tilbakelevering ved utskrivning. Annerledes kan det stille seg ved funn av våpen eller rusmidler. Her kan det lett måtte bedømmes slik at pasient og bruker ikke har beskyttelsesverdige interesser i å få gjenstanden tilbake etter beslag. Her vil derfor tilintetgjørelse lettere kunne framstå som et alternativ. Destruksjon er imidlertid et så vidtgående tiltak at det bør utøves et helhetlig skjønn i vurderingen. Når det gjelder for eksempel lovlige legemidler bør institusjonen komme frem til en ordning som innebærer at slike legemidler kan destrueres på en sikker måte, for eksempel ved levering til apotek som returmedisin, jf. apotekloven § 6-10, eller at det håndteres innenfor eksisterende ordninger i helseforetaket som institusjonene er en del av eller har avtale med.

I noen tilfeller vil personen være under behandling med legemidler rekvirert av lege i det oppholdet på institusjon begynner. I disse tilfellene må legemiddelbehandlingen vurderes av institusjonens lege i forhold til den behandling som skal gis ved institusjonen. Dette er vanlig praksis ved somatisk behandling og behandling innen psykisk helsevern, og bør også være praksis ved institusjoner som yter medisinsk behandling til personer med rusmiddelproblemer. Man kan i slike tilfelle beslutte å beslaglegge legemidlene fordi de ikke lar seg kombinere med pågående behandling

²¹ Dvs. ikke er rekvirert til personen av en rekvirert med rett til å rekvirere legemidlene forskrevet av lege med forskrivningsrett for slike rusmidler.

i institusjonen. Kravet til forsvarlig helsehjelp vil selvsagt gjelde jf. helsepersonelloven § 4.

Dersom det besluttes at pasienten skal avslutte legemiddelbehandling som er initiert av lege utenfor institusjonen, må det avgjøres hva som skal skje med legemidlene når pasienten skrives ut. I noen tilfeller vil det være snakk om vanedannende legemidler i reseptgruppe A eller B. Dersom pasienten har gjennomført en behandling som har ført til avrusning vil det i noen tilfeller ikke være tilrådelig at pasienten fortsetter å ta vanedannende legemidler når behandlingsoppholdet avsluttes. Det bør være opp til institusjonens lege å avgjøre om pasienten skal få tilbake legemidler som blir beslaglagt under oppholdet. Det foreslås derfor en bestemmelse som pålegger institusjonen å sørge for sikker destruksjon av legemidlene dersom det etter en medisinsk vurdering anses utilrådelig å la pasienten få disse tilbake etter utskrivning fra institusjonen. Bestemmelsen er således en hjemmel for at institusjonen kan sørge for destrusering av lovlige legemidler som er pasientens eiendom.

Når det gjelder beslag av ulovlige rusmidler skal politiet alltid kontaktes slik at de kan avgjøre hva institusjonen skal gjøre med rusmidlene. Således legges vurderingen av hva institusjonen skal gjøre med beslaglagte ulovlige rusmidler over på politiet. Det kan vurderes om denne begrunnelsen skal stå uttrykkelig i forskriftsteksten.

Ved kontakt med politiet er det viktig å være oppmerksom på at taushetsplikten som gjelder for personalet ved en institusjon også gjelder overfor politiet, med de begrensninger som finnes i straffelovgivningen og helsepersonelloven. Etter helsepersonelloven § 21 har helsepersonell taushetsplikt om folks legems- eller sykdomsforhold eller andre personlige forhold som de får vite om i egenskap av å være helsepersonell. Dette innebærer at helsepersonell har taushetsplikt om straffbare forhold de får kjennskap til i egenskap av å være helsepersonell. I kontakt med politiet er det derfor som utgangspunkt ingen plikt for ansatte i en institusjon som yter helse- og omsorgstjenester å opplyse politiet om identiteten til vedkommende som har oppbevart ulovlige rusmidler.

Unntak fra denne hovedregelen finnes i helsepersonelloven § 31 hvor helsepersonell har en plikt til å formidle opplysninger til nødetater dersom dette er nødvendig for å avverge alvorlig skade på person eller eiendom. Tilsvarende plikt finnes i straffeloven § 139. I forbindelse med beslag av ulovlige rusmidler oppstår det da kun plikt til å gi politiet informasjon om identiteten til personen dersom det er nødvendig for å avverge skade på person eller eiendom. Dette kan f.eks. være aktuelt dersom det gjøres beslag av større mengder narkotiske stoffer som åpenbart er ment for videresalg.

5.8 Tvang i akutte nødsituasjoner (§ 10)

Direktoratet har tatt utgangspunkt i gjeldende forskrifts bestemmelse § 5-16 om tvang i nødsituasjoner, og sett hen til regulering av tilsvarende bestemmelse i psykisk helsevernloven § 4-8 og psykisk helsevernloven kapittel IV ved utforming av denne bestemmelsen. Behovet for bruk av nødrett er mindre i institusjoner for personer med rusmiddelproblemer enn i institusjoner innen psykisk

helsevern. Ruslidelse vil sjeldnere enn psykisk lidelse medføre adferd som nødvendiggjør tvangsmidler. Institusjoner for personer med rusmiddelproblemer er heller ikke i samme grad utrustet eller bemannet på en måte som gjør bruk av tvangsmidler mulig og forsvarlig.

Formålet med bestemmelsen er å gi hjemmel for tiltak som kan benyttes i nødrettslignende situasjoner der pasient og bruker har utagerende og ukontrollert adferd. Bruk av nødrett skal avverge en akutt situasjon. Nødrett kan bare benyttes når dette er uomgjengelig nødvendig for å hindre pasient og bruker å skade seg selv eller andre, eller avverge betydelige skader på bygninger, inventar eller andre ting.

Direktoratet er kjent med at dersom en pasient eller bruker i institusjon for personer med rusmiddelproblemer utviser adferd som tilsier bruk av nødrett, er alternativene ofte enten å overføre vedkommende til det psykiske helsevernet eller å la vedkommende forlate institusjonen. Likevel vil slike institusjoner unntaksvis måtte benytte tvang i nødrettssituasjoner. Direktoratet er kjent med at det da kun er holding som benyttes. Tilbakemeldingene fra rådslaget har vært at holding i nødrettssituasjoner er lite brukt. Det vil likevel kunne oppstå situasjoner der holding kan være nødvendig.

Rådslaget var ikke kjent med at noen brukte tvangsmedisinering/korttidsvirkende legemiddel eller isolasjon med hjemmel i nødrett. Det er mulig at isolasjon benyttes helt unntaksvis. Vårt inntrykk er likevel at det i tilfelle er så sporadisk at det ikke er hensiktsmessig å regulere.

Direktoratet vurderer etter dette at det kun er tvangsmiddel i form av kortvarig fastholding som bør kunne benyttes i institusjoner for personer med rusmiddelproblemer. Begrepet «kortvarig» er tatt inn for å understreke at bruken av tiltaket ikke skal opprettholdes lenger enn strengt nødvendig. Bestemmelsen omfatter kun kortvarig holding som har skadeavvergende formål, jf. utkastets § 10 første ledd. Tiltaket kan bare benyttes i den grad det kan utføres på en faglig forsvarlig måte som er trygg for både pasient og personalet. Fastholding av pasient kan bidra til å eskalere situasjonen og er da kontraindisert. I slike tilfeller kan det være nødvendig å la pasienten forlate institusjonen og varsle samarbeidspartnere, eventuelt politiet. Det vises til utkastet § 3 om vern om personlig integritet. Tvang og restriksjoner skal innskrenkes til det strengt nødvendige og en kan kun benytte tvang som gir en så gunstig virkning at det klart oppveier ulempene med tiltaket.

Det er et spørsmål om tvang i nødsituasjoner/tvangsmidler er faktiske handlinger som ikke krever vedtak. Ved en beslutning om kortvarig fastholding i en akutt nødsituasjon ligger ikke forholdene til rette for at forvaltningslovens krav til enkeltvedtak kan oppfylles. Det foreslås likevel at handlingen/tiltaket protokollføres og pasient/bruker skal ha klagerett på tiltaket, jf. §§ 13 og 14 i direktoratets forslag til forskrift.

5.9 Tilbakehold ved institusjon og tilbakeføring ved rømming (§ 11)

Spesialisthelsetjenestelovens § 3-14 første ledd gir adgang til å holde personer med rusmiddelproblemer tilbake i institusjon når de er plassert i en institusjon med

hjemmel i helse- og omsorgstjenesteloven §§ 10-2, 10-3 eller 10-4. Helsedirektoratet foreslår at man av pedagogiske grunner tar med en bestemmelse som tilsvarer psykisk helsevernlovens § 3-5 første ledd andre setning der det står det at pasienten kan holdes tilbake mot sin vilje og hentes tilbake ved unnvikelse, om nødvendig med makt, se forslaget § 11 første ledd.

Spesialisthelsetjenesteloven § 3-14 tredje ledd gir hjemmel for å gi forskrifter med nærmere bestemmelser om tilbakeføring ved rømming fra institusjon. Dette gjelder for pasienter plassert i en institusjon med hjemmel i helse- og omsorgstjenesteloven §§ 10-2, 10-3 eller 10-4. Det kan gis regler om ansvar for innbringning, praktisk gjennomføring og saksbehandling.

Direktoratets forslag i utkastet § 11 er i stor grad en videreføring av gjeldende regel om tilbakeføring ved rømming, jf. § 5-9, men det er gjort enkelte endringer.

Andre ledd andre punktum i utkastet § 11 har fått endret ordlyd slik at den er i samsvar med gjeldende ansvarsforhold i helsetjenesten. I samarbeid med kommunen skal *institusjonen* (vår uthevelse) sette i verk nødvendige tiltak for å få pasienten tilbakeført. Det er institusjonen som er ansvarlig for behandling av pasienten og som må sette i verk nødvendige tiltak for tilbakeføring. Det er viktig at dette gjøres i samarbeid med kommunen, som er den som skal følge opp vedkommende etter at pasienten er ferdigbehandlet i spesialisthelsetjenesten. Kommunen har ofte god kjennskap til pasienten og kan være de som kjenner pasienten best, særlig når oppholdet i institusjonen har vært kortvarig. Det er kommunen som har utarbeidet begjæring om tilbakeholdelse i institusjon uten samtykke og har hatt ansvaret for å reise tvangssak.

Direktoratet foreslår at gjeldende forskrift § 5-9 tredje ledd utgår. Der står det at «Sosialtjenesten kan bestemme at tilbakeføring ikke skal skje dersom den finner at en tilbakeføring ikke er hensiktsmessig». Etter helsepersonellovens §§ 4 og 16 er det helsepersonellet og institusjonen som er ansvarlig for helsehjelpen som ytes på institusjonen. Det er institusjonen som til en hver tid må vurdere hva som er å anse som forsvarlig helsehjelp, herunder om behandlingen skal avsluttes.

Det følger av spesialisthelsetjenesteloven § 6-4 at helsepersonell uten hinder av taushetsplikt kan gi taushetsbelagte opplysninger når dette er nødvendig for å innhente bistand fra politiet til fullbyrdelse av tvangsvedtak overfor rusmiddelavhengige etter helse- og omsorgstjenesteloven §§ 10-2, 10-3 og § 10-4. Det fremgår videre at politiet har plikt til å yte slik bistand. Dersom det er behov for å bane seg adgang til bopel, eller for fysisk maktutøvelse utenfor institusjon må politiet bistå.

5.10 Forslag til ny bestemmelse om beregning av tilbakeholdstid ved tvangsinnleggelse etter helse- og omsorgstjenesteloven § 10-2 (§ 12)

Per i dag inneholder ikke helse- og omsorgstjenesteloven § 10-2 nærmere bestemmelser om beregning av tilbakeholdstid. For gravide etter helse- og omsorgstjenesteloven § 10-3 kan man i prinsippet fatte tvangsvedtak som er tidsbegrenset, men dette er ikke praktisk. Det er fylkesnemnden som fastsetter maksimal tilbakeholdstid, og erfaringsvis brukes lovens maksimal lengde. Regulering

av tilbakeholdstid er særlig påtrengende for innleggelse etter § 10-2, siden slike opphold ikke kan forlenges uten utskrivning og eventuelt nytt tvangsvedtak. Problemstillingen er nærmere drøftet av Karl Harald Søvig som også viser hvordan fylkesnemndene til dels har lagt til grunn ulik praksis.²²

Siktemålet med utkastet til § 12 er å regulere noen av de mest praktiske problemstillingene som kan oppstå knyttet til tilbakeholdstid. Formålet med innleggelse er at pasienten skal få et opphold på inntil tre måneder. Helsedirektoratet legger derfor som utgangspunkt til grunn at reglene skal sikre at pasienten faktisk er på institusjonen det antall dager vedtaket bestemmer.

Midlertidige vedtak er reelt sett en forskuttering av et vedtak og tilbakehold på et midlertidig vedtak må derfor regnes med i den totale tilbakeholdstiden (se riktignok Rt. 2011 s. 662 om tilbakehold i institusjon etter barnevernloven).

Dersom pasienten overføres til en annen institusjon som ledd i tvangsvedtaket, typisk til en somatisk institusjon for et kirurgisk inngrep, er pasienten reelt sett tvangsinnlagt selv om den somatiske institusjonen ikke har tvangsfullmakter ut over regelen i helsepersonelloven § 7. Opphold i somatisk avdeling ved slik overføring må derfor regnes med i den totale tilbakeholdstiden.

Dersom pasienten forlater institusjonen uten å ha fått permisjon må fraværstiden legges til for å oppnå en reell oppholdstid på det antall dager vedtaket bestemmer. Samtidig må forskriften også sette en lengstetid for hvor lenge fraværet kan vare og samtidig gi grunnlag for et fortsatt tvangsopphold uten nytt tvangsvedtak. Dette er satt til tre måneder, som samsvarer med lovens lengstetid for oppholdet.

Foreslåtte regel § 12 om beregning av tilbakeholdstid ved tvangsinnleggelser vil kreve hjemmel i lov eller forskriftshjemmel da vi er på legalitetsprinsippets område. Dette kan presiseres i forskriftshjemmelen i helse- og omsorgstjenesteloven § 12-4 fjerde ledd og eventuelt i spesialisthelsetjenesteloven § 3-14 andre ledd.

²² Karl Harald Søvig, tvang overfor rusmiddelavhengige, Fagbokforlaget 2007 s. 238 flg.

6 Bestemmelser i forskrift til lov om sosiale tjenester som ikke foreslås videreført

6.1 Medisinsk behandling

I gjeldende gjennomføringsforskrift § 5-3 står det «Institusjonen skal sørge for at beboerne får nødvendig medisinsk tilsyn og behandling under opphold i institusjonen.» Retten til nødvendig helsehjelp følger av pasient- og brukerrettighetsloven. Personer med rusmiddelproblemer har rett til alle typer tjenester som omfattes av helse- og omsorgstjenesteloven, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 andre ledd. Helsedirektoratet mener derfor det er unødvendig å gjenta en slik rettighet. En slik regel vil også kunne føre til at det blir uklart hvem som har ansvar for å yte helsehjelpen til en hver tid. Rådslaget pekte på at en slik regel virker malplassert etter rusreformen.

Anbefaling:

Helsedirektoratet foreslår at gjeldende gjennomføringsforskrift § 5-3 ikke videreføres.

6.2 Forbud mot behandling uten eget samtykke

Gjeldende gjennomføringsforskrift § 5-14 forbyr tvangsmedisinering og fysisk tvang som ledd i behandlingen. I andre ledd omtales påtvungen arbeidsinnsats. Det kan stilles spørsmål om man av pedagogiske hensyn fortsatt bør ha en egen bestemmelse der det fremgår at tvangsmedisinering ikke er tillatt. Helsedirektoratet mener en slik bestemmelse er unødvendig. Dette kan også skape uklarheter i forhold til pasienter med dobbeltdiagnoser som er under behandling uten eget samtykke i psykisk helsevern samtidig som de mottar behandling i TSB. Slik vi forstod rådslaget er dette ikke en aktuell behandlingsform. De var heller ikke kjent med at man benytter korttidsvirkende medisinering i nødssituasjoner.

Anbefaling:

Helsedirektoratet foreslår at gjeldende gjennomføringsforskrift § 5-15 ikke videreføres.

6.3 Avtaleforbud

Gjeldende forskrift § 5-18 inneholder et avtaleforbud. Institusjonen kan ikke inngå avtaler med beboere om regler under institusjonsoppholdet som innskrenker de rettigheter de har etter forskriften. Institusjonen er vern mot samtykkebaserte løsninger på tvers av forskriftens system. Det er gitt tilbakemeldinger på at denne bestemmelsen er i veien for at man får til gode tiltak for den innlagte. Direktoratet foreslår at bestemmelsen ikke tas med i ny forskrift. Legalitetsprinsippet i seg selv setter grenser for hva den enkelte kan samtykke til. Samtidig er den klare hovedregelen at pasienter kan samtykke til behandling, se pasient- og

brukerrettighetslovens kap. 4. Se mer om samtykke vs. vedtak i denne rapporten kap. 5.2.

Helsedirektoratet har forstått regelverket slik at pasient og bruker ikke kan møtes med krav om samtykke til å måtte avbryte behandlingen ved f. eks en positiv rusmiddelprøve. Dette strider mot pasientens rett til helsehjelp etter pasient- og brukerrettighetsloven. Det vises til rapporten pkt. 5.3 om konsekvenser av pasient og brukers brudd på husordensregler og forskriftens bestemmelser om bruk av tvang.

Anbefaling:

Helsedirektoratet foreslår at gjeldende gjennomføringsforskrift § 5-18 ikke videreføres.

6.4 Adgang til å nekte permisjon

Dagens forskrift har detaljert beskrivelse av pasient og brukers adgang til permisjon og korte fravær i §§ 5-11 og 5-12. I psykisk helsevernloven reguleres ikke adgang til fravær og permisjon. Direktoratet er av den oppfatning at hvorvidt pasient og bruker skal få permisjon er en faglig avgjørelse som det ikke er nødvendig å forskriftsregulere. Helsedirektoratets forslag er at bestemmelsene i dagens forskrift om regulering av permisjon utgår i sin helhet. Tilbakemeldingene fra rådslaget og flere institusjoner er at institusjonene må foreta konkrete vurderinger i de enkelte tilfeller ut fra hva som er nødvendig og faglig forsvarlig når det gjelder behandlingen av den enkelte. Det vises også til spesialisthelsetjenesteloven § 3-14 første ledd som gir institusjonene adgang til å holde personer med rusmiddelproblemer tilbake i institusjon når de er plassert i en institusjon med hjemmel i helse- og omsorgstjenesteloven §§ 10-2, 10-3 eller 10-4.

Anbefaling:

Helsedirektoratet foreslår at gjeldende gjennomføringsforskrift §§ 5-11 og 5-12 ikke videreføres.

6.5 Tvang som straff

Gjeldene forskrift § 5-15 har en regel om forbud mot bruk av korporlig refsing, isolasjon, mekaniske tvangsmidler, permisjonsnekting, utgangsforbud, økonomiske sanksjoner eller tvangsmedisinering som straff. Helsedirektoratet mener dette er selvsagt og foreslår at denne bestemmelsen utgår.

Anbefaling:

Helsedirektoratet foreslår at gjeldende gjennomføringsforskrift § 5-15 ikke videreføres.

7 Vedtakskompetanse, klage, klagebehandling og forholdet til forvaltningsloven

7.1 Underretning og registrering av vedtak (§ 13)

I forslaget videreføres dagens regel om at det er «institusjonens leder, eller den lederen gir fullmakt», som kan vedta ulike tvangstiltak. Dette fremgår av de ulike tiltakshjemplene (§§ 6-10).

I henhold til dagens forskrift til lov om sosiale tjenester kap. 5, § 5-7 og § 5-16 skal beslag og tvangsmidler protokollføres. I henhold til barnevernforskriften skal alle avgjørelser protokollføres. I psykisk helsevern skal tre av lovens gjennomføringstiltak protokollføres.

I forslaget til forskriftens § 13 første ledd fremgår at alle vedtak og avgjørelse om bruk av tvang i akutte nødsituasjoner skal protokollføres. Tiltakene skal altså nedtegnes i egne bøker slik at det i hver institusjon finnes en lett tilgjengelig oversikt over institusjonenes tvangsbruk. Dette både for å sikre internkontroll og til bruk for tilsynsmyndigheten (fylkesmannen).

Til bruk i det psykiske helsevernet har direktoratet trykket opp en godkjent "perm/bok» for registrering av henholdsvis tvangsmidler, skjerming og behandling uten samtykke. Det kan stå opplysninger om flere pasienter i samme protokoll.

Det vurderes ikke som nødvendig med tilsvarende «godkjent» protokoll for rusinstitusjoner. Dette finnes ikke i dag, og tvangsbruken i rusinstitusjoner er mindre omfattende enn i det psykiske helsevernet. Direktoratet ønsker videre av flere grunner å utvikle slike papirprotokoller og heller la protokollene inngå som en del av elektronisk pasientjournal. For rusinstitusjoner som har pasientjournalssystemer som tillater en overgang til elektroniske protokoller er dette absolutt å foretrekke, bl.a. av hensyn til personvern/taushetsplikt. Det vises til www.kith.no, KITH rapportnummer 02/07 med tittel: "EPJ standard: Enkelte vedtak om tvang i det psykiske helsevern". Dette er en beskrivelse av hvordan tvangsvedtak kan registreres på en måte som gjør at de enkelt kan søkes frem for kvalitetsutvikling og kontroll. Rusinstitusjoner bør jobbe mot en overgang til elektroniske tvangsprotokoller, som da vil være en del av pasientjournal.

Institusjoner for personer med rusmiddelproblemer etter helse- og omsorgstjenesteloven har ikke plikt til å ha pasientjournalssystemer, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 første ledd pkt 6 c og forskrift om helse- og omsorgsinstitusjon § 1 bokstav b, jf. § 2. Helsepersonelloven gjelder i utgangspunktet for personell som yter tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 2-1. Men selve dokumentasjonsplikten er begrenset til personell som yter helsehjelp, jf. forskrift om helsepersonellovens anvendelse § 2. Det finnes derfor enkelte institusjoner som ikke vil ha pasientjournalssystemer samtidig som personalet har dokumentasjonsplikt.

Dette tilsier en fortsatt praksis med (papir) tvangsprotokoller.

Direktoratet vurderer at alle vedtak etter foreslåtte forskrift bør protokollføres (ev. i tillegg til å journalføres). Tilsvarende bør avgjørelse etter nødrettsbestemmelsen § 10 også protokollføres og journalføres. Det er ikke grunn til å tro at dette vil utgjøre en stor arbeidsbelastning for institusjonene. Direktoratet er kjent med at det pr i dag i liten utstrekning fattes vedtak etter forskrift til lov om sosiale tjenester kap. 5.

7.2 Klage (§ 14)

Klageinstans for vedtak etter forskriften vil være fylkesmannen.

I forhold til hvem som skal kunne påklage vedtak oppgis i gjeldende gjennomføringsforskrift § 5-18: «...beboerne, deres pårørende, verge/hjelpeverge og annen person som ut fra sin kontakt med den enkelte beboer må anses å kunne representere denne». Dette foreslås nå endret i tråd med tvangsbestemmelsene i psykisk helsevernloven og pasient- og brukerrettighetsloven kap. 4A til å være pasient og bruker og pasientens nærmeste pårørende, jf. pasrl. § 1-3 første ledd bokstav b. Brukeres pårørende faller utenfor og vil dermed ikke ha klagerett, jf. pasrl. § 1-3.

En klagerett for nærmeste pårørende forutsetter at vedkommende får informasjon om at vedtak er truffet og innholdet i dette. I det psykiske helsevernet kan pasienten reservere seg mot dette når det gjelder gjennomføringstiltak etter phvl. kap. 4, jf. psykisk helsevernforskriften § 27 tredje ledd. Dette er i overensstemmelse med hovedregelen i pasrl. § 3-3 om at pasienten som hovedregel skal samtykke til at informasjon gis til nærmeste pårørende. Denne reservasjonsretten bør komme klart frem i foreslåtte bestemmelse om klage. Regelen om at pasienten skal samtykke til at informasjon gis er derfor inntatt i forslaget § 13 andre ledd. Dette er spesielt viktig da nærmeste pårørendes klagerett ikke fremgår av hjemmelslovene. Dersom pasienten ikke har gitt sitt samtykke har ikke nærmeste pårørende klagerett, heller ikke om de ved en tilfeldighet skulle få kunnskap om tvangsvedtaket.

Det foreslås at det fremgår av forskriftshjemlene i helse- og omsorgstjenesteloven § 12-4 fjerde ledd og spesialisthelsetjenesteloven § 3-14 andre ledd bokstav a, at vedtak etter forskriften kan påklages av pasient og bruker og pasientens *nærmeste pårørende*.

7.2.1 Om klagebehandling

Gjeldende gjennomføringsforskrift har ikke en egen bestemmelse om klagebehandlingen. For psykisk helsevern finnes dette i psykisk helsevernforskriften §§ 29 og 55. Hensynet til at regelverket ikke er mer ulikt enn nødvendig tilsier at også foreslåtte forskrift har en slik bestemmelse. Reglene i psykisk helsevernforskriften §§ 29 og 55 er imidlertid spesifikt knyttet til kontrollkomisjonene og den hastepregede behandlingen av klager på behandling uten eget samtykke, og passer dermed ikke godt for klagebehandling etter foreslåtte forskrift.

Av forvaltningsloven § 11a fremgår at klageorganet «..skal treffe avgjørelser uten ugrunnet opphold.». Direktoratet vurderer at dette er en tilstrekkelig bestemmelse for klagebehandlingen og mener det er unødvendig å gjenta dette i forskrift. Vi har derfor ikke ansett det nødvendig å ha med en bestemmelse om fylkesmannens klagebehandling.

7.3 Forholdet til forvaltningsloven

Forvaltningsloven gjelder for vedtak etter forskriften dersom ikke annet er bestemt. Forvaltningsloven gjelder for alle institusjoner som omfattes av forskriftens virkeområde, også rene private institusjoner. Dette fordi tiltak etter forskriften er å anse som enkeltvedtak, jf. forslaget § 13 første ledd, noe som innebærer at forvaltningsloven gjelder, jf. forvaltningsloven § 1.

Forskriften er som kjent hjemlet i to ulike lover: I helse- og omsorgstjenesteloven § 2-2 fremgår at forvaltningsloven i utgangspunktet gjelder («med de særlige bestemmelser som følger av loven her og av pasrl.»). Det er ikke en tilsvarende omtale av forholdet til forvaltningsloven i spesialisthelsetjenesteloven.

Vedtakene som forskriften regulerer innebærer til dels alvorlige inngrep overfor pasient og brukere, og grunnleggende prosessuelle rettigheter som partsoffentlighet, begrunnelse og rett til å bli hørt før vedtak treffes står sentralt. Rettssikkerhetshensynet oppveier således eventuelle praktiske og administrative hensyn som måtte tale for å begrense forvaltningslovens anvendelse.

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

Direktoratet har vurdert hvorvidt vi skulle innta en bestemmelse i forskriften som sier at «..for saker etter denne forskriften gjelder forvaltningsloven». Vi har imidlertid, i samråd med Justisdepartementets lov/forskriftsavdeling, kommet til at det er unødvendig.

Vi fant det likevel hensiktsmessig å vise til at vedtak etter forskriften er å anse som enkeltvedtak, jf. forslaget § 13 første ledd. Videre vises det til forvaltningslovens § 27 om underretning.

Vi har valgt å gjenta minst mulig av forvaltningslovens bestemmelser fordi dette blir en unødvendig gjentakelse av lovtekst i forskrift. Dette kan tilsi at det utarbeides informasjon (brosjyre) til pasient og bruker om forskriftens regler sammenstilt med viktige forvaltningsrettslige regler, som f. eksempel klagefristens lengde.

7.4 Ny bestemmelse om plikt til samarbeid mellom institusjonen og kommunen (§ 15)

Rettslig sett er utkastet til § 15 unødvendig i og med at kommunen har et helhetlig ansvar for personer med rusmiddelproblemer. Det vises til helse- og omsorgstjenesteloven §§ 3-1 og 3-4. Erfaring viser likevel at oppfølging etter institusjonsopphold ofte svikter, jf. Rokkanrapporten. Helsedirektoratet mener derfor at utkastet til § 15 kan være med på å minne kommunene om deres ansvar, og bestemmelsen kan også bidra til at institusjon og kommune allerede under oppholdet begynner å planlegge det videre samarbeidet og oppfølgingen. I den grad institusjonen er kommunalt eid eller har avtale med kommunen, vil samarbeidet foregå på samme forvaltningsnivå. Dersom pasienten er innlagt på institusjon etter spesialisthelsetjenesten, vil samarbeidet foregå mellom ulike forvaltningsnivå.

Et utgangspunkt for et slikt samarbeid er at pasienten ønsker dette. Tross mangel på samtykke fra pasienten må det være en viss informasjonsflyt mellom kommune og institusjon. Dette gjelder særlig pasienter som er innlagt med tvang. For at gjennomføringen skal være forsvarlig må visse opplysninger kunne kommuniseres på grunnlag av unntaksreglene i forvaltningsloven og helsepersonelloven, uavhengig av pasientens syn.

Også bestemmelsen om pasient og brukers rett til individuell plan foreslås regulert her, selv om dette er regulert flere andre steder i helselovene. Bakgrunn for dette er at det er mye som taler for at denne pasient- og brukergruppen i alt for liten grad får individuell plan.

8 Helsedirektoratets forslag til forskrift

FOR ..::: Forskrift om rettigheter og bruk av tvang under opphold i institusjon for behandling, omsorg og rehabilitering av personer med rusmiddelproblemer.
Hjemmel: Fastsatt av Helse- og omsorgsdepartementet med hjemmel i lov om spesialisthelsetjenesten m.m. 2. juli 1999 nr. 61 § 3-14 andre ledd og § 3-14 tredje ledd, lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. 24. juni 2011 nr. 30 § 12-4 fjerde ledd.

§ 1 Formål

Formålet med forskriften er å gi regler om gjennomføring av opphold i institusjon for personer med rusmiddelproblemer, å avklare når det er adgang til å bruke tvang og å hindre at tvang brukes i større utstrekning enn nødvendig. Tvangsbruk kan bare skje når det er strengt nødvendig av hensyn til pasient og bruker selv, av hensyn til andre medpasienter og brukere, eller av hensyn til ansatte på institusjonen.

§ 2 Virkeområde

Forskriften gjelder for følgende døgninstitusjoner som yter helse- og omsorgstjenester for personer med rusmiddelproblemer:

- a) institusjoner i helseforetak som tilbyr tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengighet og private institusjoner som har avtale med regionalt helseforetak om å tilby tverrfaglig spesialisert behandling som nevnt i spesialisthelsetjenesteloven § 2-1a første ledd nr. 5, inkludert innleggelse med hjemmel i helse- og omsorgstjenesteloven §§ 10-2, 10-3 og 10-4,
- b) private institusjoner som har inngått avtale med Helseøkonomiforvaltningen (Helfo) som tilbyr tjenester som tilsvarer innholdet i tverrfaglig spesialisert behandling,
- c) kommunale institusjoner for personer med rusmiddelproblemer og private institusjoner for personer med rusmiddelproblemer som har avtale med kommunen,
- d) private institusjoner for personer med rusmiddelproblemer finansiert helt eller delvis gjennom statlige tilskuddsordninger
- e) private institusjoner for personer med rusmiddelproblemer uten avtale med kommunen eller avtale med regionalt helseforetak

§ 3 Vern om personlig integritet

Tvang og restriksjoner etter forskriften skal innskrenkes til det strengt nødvendige og det skal så langt det er mulig tas hensyn til pasient og brukers syn på slike tiltak. Det kan bare benyttes tvang som gir en så gunstig virkning at det klart oppveier ulempene med tiltaket.

Så langt det er forenelig med formålet med oppholdet, institusjonens ansvar for å ivareta forsvarlig drift og hensynet til andre pasienter og brukere, skal institusjonen drives slik at pasient og brukers mulighet til å bestemme over seg selv blir ivaretatt.

Med de begrensninger som er nevnt, skal forholdene legges til rette for at pasient og bruker bl.a. får:

- a) delta i utformingen av institusjonens daglige liv og andre forhold som berører den enkelte,

- b) anledning til å ivareta sine private interesser og hobbyer,
- c) tilgang til aktivitetstilbud innen rammen av husordensreglene,
- d) anledning til daglige uteaktiviteter

Det skal tas hensyn til den enkeltes livssyn, kulturelle bakgrunn og seksuelle legning.

§ 4 Husordensregler

Institusjonen skal utarbeide husordensregler. Husordensregler kan kun gjelde fastsetting av interne regler for at institusjonen skal fungere best mulig som et sosialt fellesskap, herunder regler for telefonbruk på fellesområder, nattero, tid for måltider, hvor og når besøk kan finne sted, samt forbud mot alkohol og andre berusende midler.

Pasient og bruker med ruspåvirket atferd kan bes om å oppholde seg på eget rom og kan nektes adgang til felles oppholdsrom. Dette skal ikke gjøres i større utstrekning enn strengt nødvendig.

Innholdet i husordensreglene vil avhenge av formålet med oppholdet, og det skal tilrettelegges for brukarmedvirkning i utarbeidelsen av reglene.

Husordensregler, rutiner eller lignende kan ikke innskrenke pasient og brukers rettigheter etter lov og forskrift, og må ikke anvendes på en måte som vil være urimelig i det enkelte tilfellet.

Husordensreglene skal forelegges pasient og bruker ved ankomst til institusjonen.

Husordensregler, og revisjoner av disse, skal sendes Fylkesmannen som påser at disse er i overensstemmelse med gjeldende lover og forskrifter.

§ 5 Oppbevaring av eiendeler og økonomiske midler

Institusjonen skal ha skriftlige rutiner for hvordan pasient og bruker kan oppbevare økonomiske midler og personlige eiendeler.

§ 6 Rusmiddeltesting

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

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

Prøver av biologisk materiale skal håndteres i samsvar med Helsedirektoratets prosedyrer for rusmiddeltesting.

§ 7 Forbindelse med omverdenen

Pasient og bruker har rett til å motta besøk og å sende og motta brev og pakker, samt å benytte elektroniske kommunikasjonsmidler, herunder telefon og PC.

Institusjonens leder eller den lederen gir fullmakt kan treffe vedtak om at pasient og bruker ikke skal få ha besøk av en bestemt person eller at det skal være personale til stede ved besøk, dersom det er nødvendig for å oppnå formålet med oppholdet, herunder ved begrunnet mistanke om at personen vil medbringe legemidler, rusmidler, skadelige stoffer eller farlig gjenstand. Vedtak kan ha varighet inntil 14 dager.

Ved begrunnet mistanke om at legemidler, rusmidler, skadelige stoffer eller farlige gjenstander vil bli forsøkt innført kan institusjonens leder eller den lederen gir fullmakt

treffe vedtak om at pasient og brukers post åpnes og kontrolleres med henblikk på dette. Om mulig skal dette skje i vedkommendes nærvær.

Institusjonens leder eller den lederen gir fullmakt kan treffe vedtak om beslag av pasient og brukers egne elektroniske kommunikasjonsmidler, herunder mobiltelefon og PC, dersom kamera/lydopptaksfunksjon gjør dette nødvendig av hensyn til medpasienter eller brukeres eller ansattes personvern. Vedkommende skal da gis adgang til å benytte annen telefon/PC. Vedtaket kan ha varighet inntil 14 dager.

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

§ 8 Kroppsvisitasjon og ransaking av pasient og brukers rom og eiendeler

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

Ved ankomst til institusjon kan det rutinemessig foretas kroppsvisitasjon og undersøkelse av eiendeler for å forhindre innføring av legemidler, rusmidler, skadelige stoffer eller farlige gjenstander, når dette er nødvendig for å oppnå formålet med oppholdet.

Kroppsvisitasjon kan bare omfatte kroppens overflater og munnhulen.

Ransaking av rom og eiendeler skal foregå mens pasient og bruker er tilstede med mindre det er uforholdsmessig vanskelig fordi pasient/bruker har forlatt institusjonen uten samtykke eller ikke kan være tilstede.

§ 9 Beslag og tilintetgjøring av rusmidler og farlige gjenstander

Institusjonens leder eller den lederen gir fullmakt kan treffe vedtak om at legemidler, rusmidler, skadelige stoffer eller farlige gjenstander kan beslaglegges.

Ved beslag av ulovlige rusmidler skal politiet kontaktes. Legemidler som er forskrevet av lege utenfor institusjon kan beslaglegges av institusjonens leder eller den lederen gir fullmakt etter samråd med institusjonens lege. Beslaglagte legemidler som etter en medisinsk vurdering anses som utilrådelig å levere tilbake ved utskrivning kan destrueres på forsvarlig måte. Farlige gjenstander kan overleveres politiet eller tilintetgjøres. Opplysninger om pasient og bruker skal bare gis til politiet så langt det ikke er i strid med lovbestemt taushetsplikt.

§ 10 Tvang i akutte nødsituasjoner

I akutte nødsituasjoner kan ansatte i institusjonen benytte kortvarig fastholding av pasient og bruker. Dette skal bare brukes når det er helt nødvendig for å hindre vedkommende i å skade seg selv eller andre, eller for å avverge betydelig skade på bygninger, inventar eller andre ting. Kortvarig fastholding skal bare brukes når lempeligere midler har vist seg å være åpenbart forgjeves eller utilstrekkelige.

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

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

§ 11 Adgang til tilbakeføring ved rømming

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

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

§ 12 Beregning av tilbakeholdstiden ved tvangsinnleggelse med hjemmel i helse- og omsorgstjenesteloven § 10-2

Tilbakeholdstiden etter helse- og omsorgstjenesteloven § 10-2 løper fra tidspunktet hvor pasienten begynner oppholdet ved institusjonen. Dersom pasienten er innlagt etter et midlertidig vedtak, regnes dette oppholdet med ved beregning av tilbakeholdstiden. Ved beregning av tilbakeholdstiden regnes ikke med den tiden hvor pasienten har ulovlig fravær fra institusjonen. Innleggelse på institusjon etter annen lovgivning regnes med i tilbakeholdstiden. Dersom pasienten har vært fraværende fra institusjonen ut over lengstetiden for tvangsvedtaket, kan vedkommende ikke bringes tilbake til institusjonen uten et nytt tvangsvedtak.

§ 13 Registrering, underretning og fortløpende vurdering av vedtak

Med vedtak etter denne forskriften menes enkeltvedtak etter forvaltningsloven. Vedtak skal nedtegnes uten opphold. Vedtak og avgjørelse om bruk av tvang i akutte nødsituasjoner skal protokollføres. Fylkesmannen skal på forespørsel forelegges protokollene. Protokollene må oppbevares forsvarlig.

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

Det skal fortløpende vurderes om vedtaket skal opprettholdes. I vurderingen skal det tas hensyn til pasient og brukers syn på saken og eventuelle negative konsekvenser tiltaket kan ha for ham eller henne.

§ 14 Klage

Pasient og bruker og pasientens nærmeste pårørende kan påklage vedtak og avgjørelse om bruk av tvang i akutte nødsituasjoner til fylkesmannen.

Klagen kan fremsettes skriftlig eller muntlig for ansatte ved institusjonen eller direkte til fylkesmannen. Personale skal bistå med nedtegnning av klage og straks oversende klagen til fylkesmannen.

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

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

§ 15 Samarbeid mellom institusjonen og kommunen

Ved opphold som reguleres av denne forskriften, og når pasient og bruker ønsker det, skal institusjonen og kommunen samarbeide om den videre oppfølgingen av pasient og bruker. Ved utskrivning etter innleggelse med hjemmel i helse- og omsorgstjenesteloven §§ 10-2 og 10-3 skal kommunen alltid varsles.

Pasient og bruker har rett til individuell plan i samsvar med pasient- og brukerrettighetsloven § 2-5.

§ 16 Ikraftsetting

Forskriften gjelder fra... Fra samme tidspunkt oppheves forskrift 1992-12-04 nr 915, Forskrift til lov om sosiale tjenester mv. kapittel 5 om beboernes rettigheter og bruk av tvang i institusjoner for omsorg og behandling av rusmiddelmissbrukere.

Vedlegg 1

Rådslag – Gjennomføringsregler for opphold i institusjoner for personer med rusmiddelproblemer

	Deltakere	Fra
1	Rigmor K. de Waard, seniorrådgiver	Fylkesmannen i Rogaland
2	Anne-Lene E. Arnesen, pasient- og brukerombud	Pasient- og brukerombud i Buskerud
3	Sharon Ann Lauritzen, spesialkonsulent	Vestre Viken HF, Klinikk for psykisk helse og rus, Avdeling for rus og avhengighet
4	Kari Banggren, enhetsleder	Sykehuset Vestfold, Vestfoldklinikken
5	Anita Holmestad, leder	Tyrili
6	Joakim Hauge, seksjonssjef Prindsen mottakssenter	Oslo kommune, Velferdsetaten, Sentrums- og storbyavdelingen
7	Gerd Helen Irgens, avdelingssjef	Stiftelsen Bergensklinikkene
9	Stig Dragseth, avdelingsleder	Rusbehandling Midt-Norge HF, Trondheimsklinikken
10	-Erik Torjussen A-LARM Rådgiver/erfaringskonsulent	Representanter fra BrukerROP, fagråd for bruker- og
11	-Heidi Horgen, nestleder i FHN-Foreningen for human narkotikapolitikk bak FHN	pårørendeorganisasjoner innen rus- og psykisk helsefeltet
12	-Vidar Hårvik, leder i Marborg- Brukerorganisasjon på rusfeltet	
13	Jørn Fridfeldt, leder	UNN HF Avdeling for rus og avhengighet
14	Tore Sørensen, seniorrådgiver	Fylkesmannen i Oslo og Akershus
15	Trond Brækhus, institusjonssjef	Haugenstua rehabiliteringssenter
16	Guri Spilhaug, medisinskfaglig rådgiver	Senter for rus- og avhengighetsbehandling Oslo universitetssykehus hf
17	Ingjerd Meen Lorvik seniorrådgiver, psykologspesialist	Borgestadklinikken Skien
18	Brita Mauritzen Ness, rådgiver i Helse Vest RHF	RHF- nettverket TSB
19	Arve Brostigen, spesialkonsulent	Velferdsetaten, Oslo kommune – Felles Inntak
20	Reidar Petter Vibeto, spesialkonsulent	Kompetansesenter rus region Sør ved Borgestadklinikken

Vedlegg 2

Tabell 6.4

Vedtak i fylkesnemndene for sosiale saker med hjemmel i sosialtjenesteloven § 6-2 og 6-2a 1996-2011

Decisions by County Social Welfare Boards pursuant to the Act on Social Services § 6-2 and 6-2a 1996-2011

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

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

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

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

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

Note 3: Tallene for 2010 og 2011 er fremskaffet av Fylkesnemndene for sosiale saker – sentralenheten.

Note 3: The numbers for 2010 og 2011 are produced by Family Law Court - The Central Processing Unit.

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

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

Vedlegg 3 Tilskudd fra Helsedirektoratet over tilskuddsordning 0763/71

Organisasjon/prosjekt	Vedtak 2012	Søkt 2013	Vedtak 2013
Finnmarkskollektivet	kr 500 000,00	kr 750 000,00	kr 500 000,00
Himsmoenkollektivet	kr 550 000,00	kr 850 000,00	kr 550 000,00
Nord-Norsk stiftelse for rusomsorg - Steigen omsorgsheim	kr 600 000,00	kr 1 600 000,00	kr 600 000,00
P22 - Akuttmottaket + nytt jenteprosjekt	kr 10 200 000,00	kr 12 700 000,00	kr 10 500 000,00
Grubeli Rehabiliteringssenter	kr 1 100 000,00	kr 2 500 000,00	kr 1 100 000,00
Rehabiliteringssenteret F-16 Drift	kr 600 000,00	kr 1 400 000,00	kr 600 000,00
Biri Treningssenter	kr 500 000,00	kr 2 500 000,00	kr 500 000,00
De-Fence/Smart Rehab	kr 500 000,00	kr 2 500 000,00	kr 500 000,00
Evangeliesenteret	kr 19 000 000,00	kr 24 000 000,00	kr 19 000 000,00
Frelsesarmeen Rusomsorg - Gatehospitalet	kr 23 689 300,00	kr 26 832 300,00	kr 24 000 000,00
GUTS Drammen	kr 900 000,00	kr 3 500 000,00	kr 900 000,00
KRAFT - Bergen kontaktsenter	kr 700 000,00	kr 900 000,00	kr 700 000,00
KRAFT - Lundevann krise og omsorgssenter	kr 600 000,00	kr 1 100 000,00	kr 600 000,00
KRAFT - Stiftelsen Shalam	kr 1 800 000,00	kr 1 800 000,00	kr 600 000,00
KRAFT Nappane	kr 400 000,00	kr 1 500 000,00	kr 400 000,00
Sørum gård rehabiliteringssenter	kr 800 000,00	kr 1 500 000,00	kr 800 000,00
Blå kors - Stjernegruppen Ringerike		kr 1 435 000,00	kr 700 000,00
Kirkens bymisjon Oslo - Natthjemmet	kr 1 600 000,00	kr 1 960 000,00	
Kirkens bymisjon Oslo - Nattergalen			
SUM			kr 62 550 000,00



Helsedirektoratet

Pb. 7000 St Olavs plass, 0130 Oslo

Tlf.: 810 20 050

Faks: 24 16 30 01

www.helsedirektoratet.no

