

Møteinnkalling - Kontrollutvalget i Rana kommune

Arkivsak: 25/133
Møtedato/tid: 10.04.2025 kl. 08:30
Møtested: Havmannen

Møtet avvikles for åpne dører, i tråd med kommuneloven § 11-5.

Eventuelle forfall, eller spørsmål om habilitet, meldes til Konsek Trøndelag IKS v/ Kent Røstad på telefon 481 06 048, eller e-post: kent.rostad@konsek.no

Varamedlemmer møter etter nærmere innkalling.

Trondheim, 03.04.2025

Martin Bråteng (sign.)
Leder av kontrollutvalget

Kent Røstad
rådgiver
Konsek Trøndelag

Kopi: Varamedlemmer, ordfører, kommunedirektør og Deloitte

Sakliste

Saksnr.	Sakstittel
10/25	Kommunedirektørens orientering om oppfølging av forvaltningsrevisjon "Kontroll og tilsyn med uteområdet i barnehagene"
11/25	Kommunedirektørens orientering om kommunens tvang overfor sårbare grupper
12/25	Oppfølging av etterkontroll av forvaltningsrevisjonsrapport av barneverntjenesten
13/25	Oppfølging av revisjonsrapport nr. 8
14/25	Forvaltningsrevisors samhandling med kommunens administrasjon
15/25	Innspill til kontrollarbeidet
16/25	Referatsaker/folkevalgtopplæring
17/25	Oppfølging av kontrollutvalgets saker
18/25	Godkjenning av protokoll fra dagens møte

Kommunedirektørens orientering om oppfølging av forvaltningsrevisjon "Kontroll og tilsyn med uteområdet i barnehagene"

Behandles i utvalg Kontrollutvalget i Rana kommune	Møtedato 10.04.2025	Saknr 10/25
Saksbehandler Kent Røstad		
Arkivkode FE-217, TI-&58		
Arkivsaknr 23/409 - 3		

Forslag til vedtak

1. Kontrollutvalget tar kommunedirektørens redegjørelse til orientering.
2. Kommunedirektøren har fulgt opp kommunestyrets vedtak og saken anses avsluttet.

Vedlegg

Kommunedirektørens skriftlige orientering om oppfølging av forvaltningsrevisjon - Kontroll og tilsyn med uteområder i barnehagene
Forvaltningsrapport - "Kontroll og tilsyn med uteområdene i barnehagene"
Saksfremlegg sak 21-23
Protokoll, kontrollutvalgets møte 25.04.2023

Saksopplysninger

Forvaltningsrevisjonsrapport "Kontroll og tilsyn med uteområdet i barnehagene" ble behandlet i kontrollutvalgets møte 25. april 2023 i sak 21/23 og i kommunestyrets møte 9. mai 2023 i sak 39/2023.

Detaljert saksgang er beskrevet i saksframlegg fra kontrollutvalgets møte 25. april 2023 som er vedlagt.

I kommunestyrets møte 9. mai 2023 ble det fattet følgende vedtak:

"Kommunestyret tar forvaltningsrevisjonsrapporten «Kontroll og tilsyn med uteområder i barnehagene» til orientering og ber rådmannen imøtekomme rapportens anbefalinger."

Revisor anbefalte i forvaltningsrevisjonsrapporten at Rana kommune setter i verk følgende tiltak:

1. Sikrer at det er etablert tilstrekkelig system og rutiner for de kommunale barnehagene, herunder:
 - a. system og rutiner som sikrer at barnehagene søker om godkjenning når dette er påkrevd etter regelverket.
 - b. rutiner og retningslinjer som sikrer at barnehagene jevnlig kartlegger risiko i barnehagenes uteområder, inkludert når barnehagen skal på tur med barn utenfor barnehagens områder.
2. Sikrer at roller og ansvar når det gjelder bl.a. kontroll og vedlikehold av uteområder og lekeapparat i barnehagene er tydeliggjort for alle involverte parter.
3. Etablerer tilstrekkelig retningslinjer og rutiner for årlig kontroll av uteområder og lekeapparat i barnehagene, for å sikre at
 - a. den årlige kontrollen fanger opp alle relevante risikoområder i barnehagenes uteområder,
 - b. eventuelle avvik og mangler som blir avdekket blir tydelig formidlet til aktør med ansvar for drift og vedlikehold
4. Dokumenterer uavhengighet i tilsynene som er gjennomført, i samsvar med krav til dette i regelverket
5. Når det gjelder tilsyn knyttet til miljørettet helsevern i barnehagenes uteområder:

- a. sikrer at det blir gjennomført regelmessige tilsyn.
- b. sikrer at tilsynsmyndigheten ut fra en risikovurdering kontinuerlig følger med forhold som kan tilsi at utemiljøet i barnehager er uforsvarlig.
- c. sikrer at tilsynssaker er så godt opplyst som mulig før vedtak treffes.

En konkret oversikt over hvordan kommunedirektøren har oppført at tiltakene er fulgt opp oppført i dokument "Kommunedirektørens skriftlige orientering om oppfølging av forvaltningsrevisjon - Kontroll og tilsyn med uteområder i barnehagene" som er vedlagt.

I den skriftlige orienteringen vises det blant annet til at:

- Barnehagene er kjent med at det er barnehagemyndigheten som fører tilsyn med uteområdene, at byggdrift har en årlig kontroll av lekeapparatene og at det er mulig å ta kontakt med begge parter for å få veiledning på dette området hvis noe nytt skal installeres.
- Barnehagene har en lokalt tilpasset rutine for uteområder og turer som revideres to ganger i året. Uteområdene er ulike og nærmiljøene er også ulike med tanke på om omgivelsene har mye trafikk, inneholder skog, strender o.l. Rutinene her håndteres derfor lokalt og oppbevares i en egen prosedyreperm.
- Ansvarsområdene er kjent for barnehagene og øvrige involverte. Barnehageeier har delegert myndighet på dette området til barnehagestyrer.
- Byggdrift har overtatt ansvaret fra kontroll med barnehagenes utearealer og lekeapparater fra Park og idrett som hadde dette ansvaret fram til 2022.
- En lekeplasskontroll er en systematisk gjennomgang av lekeplassutstyr og -områder for å sikre at de oppfyller gjeldende sikkerhetsstandarder og gir et trygt miljø for barn. Kontrollen utføres av kvalifiserte inspektører som følger strenge retningslinjer for å identifisere potensielle risikoer
- Byggdrift har fått sertifisert en person for å ivareta kontroller av lekeapparater. Byggdrift gjennomfører en årlig kontroll av lekeapparatene i kommunens barnehager.
- Under lekeplasskontroller benyttes sjekklister for å dokumentere tilstanden til hvert lekeapparat og området generelt.
- Sjekklisten sikrer en systematisk tilnærming til inspeksjonen og gir nødvendig dokumentasjon for oppfølging og vedlikehold.
- Etter kontroll blir avvik som registreres lagt inn i fagsystemet Facilit, tilstanden vil vise grønn, gul eller rødt alt etter tilstandsgrad. Alle avvik som kan utbedres vil da fortløpende bli utbedret.
- Rutine 5345 «Kriterier for bruk av virkemidler barnehage og skole – miljørettet helsevern» skal følges. Rutinen har som formål å sørge for likebehandling og forutsigbarhet i behandling av tilsynsobjektene i skoler og barnehager.
- Tilsyn knyttet til miljørettet helsevern i barnehagenes uteområder er kommuneoverlegens ansvar. Kommunen har p.t. ikke fast ansatt kommuneoverlege, men har laget midlertidig ordning for å sikre at lovpålagte oppgaver ivaretas. Kommuneoverlegestillingen, samt en tilhørende rådgiver, skal ansettes (fortrinnsvis) våren 2025. I tiden fram til dette er på plass, vil tilsyn skje når det ansees nødvendig.

Kommunedirektøren vil gi en muntlig orientering i kontrollutvalgets møte 10. april 2025.

Vurdering

Sekretariatet vurderer at Rana kommune har utarbeidet rutiner for kontroll og tilsyn med uteområder i barnehagene i kommunen. Sekretariatet vurderer at kommunedirektøren har imøtekommet og fulgt opp forvaltningsrevisor anbefalinger.

Konklusjon

Sekretariatet mener at kommunen har fulgt opp revisors punkter for forbedring. Sekretariatet mener at saken kan anses som avsluttet og fulgt opp av kommunedirektøren dersom kontrollutvalget ikke har innvendinger mot kommunedirektørens orientering.

Mo i Rana, 27.03.2025

Konsek Trøndelag IKS

Saksnummer og dokumentnummer
2022/6473-134

Avdeling/saksbehandler
UNGOPPV/LILO

Deres referansenummer

Skriftlig tilbakemelding vedrørende oppfølging av forvaltningsrevisjon. Tema: Kontroll og tilsyn med uteområder i barnehagene - 2023

Bakgrunn for saken: Kontrollutvalget fikk gjennomført en undersøkelse av kontroll og tilsyn med uteområder i barnehagene i Rana kommune som ble fullført mars 2023.

Rapporten ble behandlet i kommunestyret 09.05.2023, og kommunestyret gjorde følgende vedtak:

«Kommunestyret tar forvaltningsrevisjonsrapporten «Kontroll og tilsyn med uteområder i barnehagene» til orientering og ber rådmannen imøtekomme rapportens anbefalinger.»

Videre har kontrollutvalget i brev den 22.01.2025 bed om en skriftlig tilbakemelding om hvordan rapportens anbefalinger er fulgt opp, samt en muntlig orientering i kontrollutvalgets møte.

I forvaltningsrapporten anbefaler revisjonen at Rana kommune setter i verk følgende tiltak (s. 26 i rapporten):

1. Sikrer at det er etablert tilstrekkelig system og rutiner for de kommunale barnehagene, herunder:

a) system og rutiner som sikrer at barnehagene søker om godkjenning når dette er påkrevd etter regelverket.

Status: Barnehagene er kjent med at det er barnehagemyndigheten som fører tilsyn med uteområdene, at byggdrift har en årlig kontroll av lekeapparatene og at det er

mulig å ta kontakt med begge parter for å få veiledning på dette området hvis noe nytt skal installeres.

b) rutiner og retningslinjer som sikrer at barnehagene jevnlig kartlegger risiko i barnehagens uteområder, inkludert når barnehagen skal på tur med barn utenfor barnehagens områder.

Status: Barnehagene har en lokalt tilpasset rutine for uteområder og turer som revideres to ganger i året. Uteområdene er ulike og nærmiljøene er også ulike med tanke på om omgivelsene har mye trafikk, inneholder skog, strender o.l. Rutinene her håndteres derfor lokalt og oppbevares i en egen prosedyreperm. Det praktiseres lese-liste hvor ansatte kvitterer på at rutinene er gjennomgått. Nyansatte leser prosedyrepermen og kvitterer for dette.

2. Sikrer at roller og ansvar når det gjelder bl.a. kontroll og vedlikehold av uteområder og lekeapparat i barnehagene er tydeliggjort for alle involverte parter.

Status:

Rolle	Ansvar
Ansvar for årlig kontroll av utearealer og lekeapparater	Byggdrift
Ansvar for vedlikehold av uteområder og lekeapparater	Byggdrift
Tilsyn knyttet til miljørettet helsevern i barnehagens uteområder.	Kommunelegen
Veiledning, tilsyn og godkjenning av barnehager	Barnehagemyndigheten
Regelmessig kontroll av barnehagens uteområder (rutiner i barnehagens interkontroll)	Barnehagestyrer
Ansvar for å melde avvik når feil og mangler oppdages ut over årlig kontroll	Barnehagestyrer

Ansvarsområdene er kjent for barnehagene og øvrige involverte. Barnehageeier har delegert myndighet på dette området til barnehagestyrer.

3. Etablerer tilstrekkelig retningslinjer og rutiner for årlig kontroll av uteområder og lekeapparat i barnehagene, for å sikre at

- a) den årlige kontrollen fanger opp alle relevante risikoområder i barnehagenes uteområder,
- b) eventuelle avvik og mangler som blir avdekket blir tydelig formidlet til aktør med ansvar for drift og vedlikehold.

Status: Kontroll av barnehagens uteområder og lekeapparater

Byggdrift har overtatt ansvaret fra kontroll med barnehagenes utearealer og lekeapparater fra Park og idrett som hadde dette ansvaret fram til 2022.

En lekeplasskontroll er en systematisk gjennomgang av lekeplassutstyr og -områder for å sikre at de oppfyller gjeldende sikkerhetsstandarder og gir et trygt miljø for barn. Kontrollen utføres av kvalifiserte inspektører som følger strenge retningslinjer for å identifisere potensielle risikoer.

Byggdrift har fått sertifisert en person for å ivareta kontroller av lekeapparater. Byggdrift gjennomfører en årlig kontroll av lekeapparatene i kommunens barnehager. Kontrollen utføres iht Forskrift om sikkerhet ved lekeplassutstyr.

Under lekeplasskontroller benyttes sjekklister for å dokumentere tilstanden til hvert lekeapparat og området generelt. Skjemaet inkluderer:

- Sjekkliste med kontrollpunkter og regelverk for de ulike typer lekeapparater som blir kontrollert
- Identifikasjon av apparatet: Navn, type og plassering.
- Merknader: Notering av eventuelle skader, slitasje eller mangler.
- Dato for registrering
- Dato for utbedring
- Merknad etter utbedring

Sjekklisten sikrer en systematisk tilnærming til inspeksjonen og gir nødvendig dokumentasjon for oppfølging og vedlikehold.

Etter kontroll blir avvik som registreres lagt inn i fagsystemet Facilit, tilstanden vil vise grønn, gul eller rødt alt etter tilstandsgrad. Alle avvik som kan utbedres vil da fortløpende bli utbedret.

4. Dokumenterer uavhengighet i tilsynene som er gjennomført, i samsvar med krav til dette i regelverket.

Status: Rutine 5345 «Kriterier for bruk av virkemidler barnehage og skole – miljørettet helsevern» skal følges. Rutinen har som formål å sørge for likebehandling og forutsigbarhet i behandling av tilsynsobjektene i skoler og barnehager.

5. Når det gjelder tilsyn knyttet til miljørettet helsevern i barnehagens uteområder:

a) sikrer at det blir gjennomført regelmessige tilsyn.

Status: Tilsyn knyttet til miljørettet helsevern i barnehagens uteområder er kommuneoverlegens ansvar. Tilsyn skal gjøres ihht. rutine 5345 «kriterier for bruk av virkemidler barnehager og skoler – miljørettet helsevern». Kommunen har p.t. ikke fast ansatt kommuneoverlege, men har laget midlertidig ordning for å sikre at lovpålagte oppgaver ivaretas. Kommuneoverlegestillingen, samt en tilhørende rådgiver, skal ansettes (fortrinnsvis) våren 2025. I tiden fram til dette er på plass, vil tilsyn skje når det ansees nødvendig.

b) sikrer at tilsynsmyndigheten ut fra en risikovurdering kontinuerlig følger med forhold som kan tilsi at utemiljøet i barnehager er uforsvarlig.

Status: Prosess for jevnlig risikovurdering og plan for tilsyn vil komme på plass når ny kommuneoverlege er på plass.

c) sikrer at tilsynssaker er så godt opplyst som mulig før vedtak treffes.

Status: Rutine 5345 «Kriterier for bruk av virkemidler barnehage og skole – miljørettet helsevern» skal følges.

Med vennlig hilsen

Liv-Åse Brosveet Lorentzen
Avdeling for ung oppvekst
75145449

Brevet er elektronisk signert og har derfor ikke håndskrevne signaturer.



Forvaltningsrevisjon | Rana kommune Kontroll og tilsyn med uteområder i barnehagene

Mars 2023

Forvaltningsrevisjon av kontroll og tilsyn
med uteområder i barnehagene

Mars 2023

Rapporten er utarbeidet for Rana
kommune av Deloitte AS.

Deloitte AS
Postboks 6013 Postterminalen, 5892
Bergen
tlf: 55 21 81 00
www.deloitte.no
forvaltningsrevisjon@deloitte.no

Sammendrag

Revisjonen har i samsvar med bestilling fra kontrollutvalget gjennomført en undersøkelse av kontroll og tilsyn med uteområder i barnehagene i Rana kommune. Formålet med undersøkelsen har vært å undersøke om Rana kommune har et tilfredsstillende system for å sikre oversikt over behov for tiltak i barnehagenes uteareal, og om det er en hensiktsmessig organisering av ansvar og oppgaver når det gjelder tilsyn og kontroll med barnehagenes uteareal. Videre har det vært et formål å undersøke om det er etablert system og rutiner som sikrer at risikoforhold i barnehagenes uteområder blir systematisk og regelmessig fulgt opp av kommunen.

Som datagrunnlag har revisjonen benyttet intervju, dokumentasjonsgjennomgang og stikkprøvekontroll. Undersøkelsen ble gjennomført fra september 2022 til mars 2023.

Rana kommune har oversikt over godkjenningsstatus for barnehagene i kommunen. Det fremgår av undersøkelsen at det de siste årene har blitt gjennomført flere tiltak for å sikre at barnehagemyndigheten har oversikt over godkjenningsstatus, da dette ikke tidligere har vært tilstrekkelig godt nok ivarettatt. Undersøkelsen viser samtidig at det **ikke i tilstrekkelig grad er etablert system og rutiner som skal sikre at de kommunale barnehagene melder fra dersom det blir gjort endringer i uteområdene** som krever ny godkjenning. Revisjonen påpeker at barnehagene plikter å søke om godkjenning både ved etablering av barnehage, men også dersom det gjøres endringer av et visst omfang i allerede godkjente barnehager. Det er kommunen som skal avgjøre om endringene som skal gjennomføres krever ny godkjenning.¹ Det er barnehageeier som etter § 9 i barnehageloven skal sikre at det er systematisk internkontroll i barnehagene, og under dette påse at det er etablert nødvendige rutiner og prosedyrer.

Rana kommune har etablert system som skal sikre rapportering av behov for oppfølging av barnehagenes lekeapparater og fysiske utemiljø. Avdeling bydrift ved park og idrett (Teknisk sektor) gjennomfører årlig kontroll av lekeapparat og uteområder i de kommunale barnehagene, og rapport etter kontrollen blir sendt til Rana Byggdrift KF (som har ansvar for drift og vedlikehold av lekeapparat og uteområder) og den enkelte barnehage. Det er videre etablert et digitalt system der barnehagene kan melde inn avvik og mangler i uteområdene som bør følges opp av Rana Byggdrift KF. Undersøkelsen viser at det kan være utfordringer knyttet til lang responstid fra driftsteknikerne i Rana Byggdrift. Revisjonen mener at dette er uheldig, men merker seg at det er etablert praksis for at avdelingsleder for driftsteknikerne ukentlig undersøker at driftsteknikere svarer ut henvendelser i Facilit.

Revisjonen påpeker viktigheten av at det blir etablert rutiner og system som sikrer at avdeling bydrifts årlige kontroll av lekeapparat og uteområder i de kommunale barnehagene fanger opp alle relevante risikoområder. Revisjonen stiller spørsmål ved om dagens system er tilstrekkelig for å fange opp mulige risikoområder og avvik i barnehagenes uteområder. Revisjonen understreker videre at det er barnehageeier som har ansvar for at apparater som er bygget på dugnad eller lignende er i henhold til forskrift. Ansvarer gjelder likeledes montering, ettersyn og vedlikehold.²

Det blir ikke tilstrekkelig tydelig formidlet hvilke mangler og avvik som blir avdekket ved den årlige kontrollen, og revisjonen mener at kommunen må sikre at det dokumenteres tydelig hva som må/bør utbedres slik at man sikrer at nødvendig vedlikehold blir gjennomført. Det at det er to ulike aktører som gjennomfører kontroll og vedlikehold/utbedring nødvendiggjør ytterligere at mangler, behov for utbedring mv. blir tydelig kommunisert etter gjennomført kontroll.

Rana kommune har **ikke etablert en tilstrekkelig tydelig fordeling av ansvar og oppgaver** når det gjelder kontroll og tilsyn med uteareal i barnehagene i kommunen. Det er ikke etablert virksomhetsbeskrivelser, retningslinjer eller lignende som beskriver ansvars- og oppgavedelingen på området, og undersøkelsen viser at det for de involverte aktørene heller ikke er tilstrekkelig tydelig hvilke oppgaver som ligger til de ulike aktørene når det gjelder kontroll og tilsyn med barnehagenes uteareal, og da særskilt fordeling av oppgaver mellom kommunen som barnehageeier og Rana Byggdrift, og mellom avdeling bydrift og Rana Byggdrift.

Det er **ikke etablert tilstrekkelig rutiner og retningslinjer som sikrer kartlegging av risiko i barnehagenes uteområder.** Det fremgår av undersøkelsen at ikke alle barnehagene har etablert rutiner eller har plassert tydelig ansvar for kartlegging av risiko i uteareal som benyttes av barnehagen, og det fremgår videre at det varierer om barnehagene gjennomfører risikoanalyser. Revisjonen vurderer at dette ikke er tilstrekkelig, og vil påpeke at kommunen som barnehageeier skal ha

¹ Utdanningsdirektoratet. Godkjenning av barnehager. <https://www.udir.no/regelverk-og-tilsyn/barnehage/godkjenning-og-kontroll-av-private-barnehager/#a119894>

² Kunnskapsdepartementet. Veileder for utforming av barnehagens uteareal. 2006.

internkontroll med barnehagene og blant annet sikre at det er etablert nødvendige rutiner og prosedyrer, samt følge opp at avvik og risiko for avvik blir fulgt opp.

Rana kommunen har plassert ansvaret for tilsyn innen miljørettet helsevern til avdeling legetjenester og samfunnsmedisin. Undersøkelsen viser at det er en rådgiver med sykepleierbakgrunn som sammen med kommunelegen utgjør helsemyndigheten og videre at det er etablert et samarbeid mellom helsemyndigheten og barnehagemyndigheten i kommunen. Revisjonen har, basert på undersøkelsen som er gjennomført, **ikke indikasjoner på at det ikke er tilstrekkelig kompetanse til å utføre tilsyn innen miljørettet helsevern** i kommunen.

Rana kommunes tilsynsvirksomhet av uteområder i barnehagene har ikke vært regelmessig de siste årene. Undersøkelsen viser at det er gjennomført tre varslede tilsyn fra helsemyndigheten, sammen med barnehagemyndigheten i 2022, og at forrige varslede tilsyn fra begge tilsynsmyndigheter ble gjennomført i 2017. Dette er ikke i henhold til Helsedirektoratets anbefalinger om å føre tilsyn med barnehager hvert 3. år.

Kommunen har, i henhold til krav om dette i folkehelseloven, **etablert risikovurderinger for gjennomføring av tilsyn av miljørettet helsevern**, det er gjort en vurdering av helserisiko og risikovurderingen bygger på kunnskap om folkehelseutfordringer i kommunen. Revisjonen påpeker samtidig at helsemyndigheten **ikke arbeidet kontinuerlig med vurderinger av risiko i barnehagene når det gjelder miljørettet helsevern**. Undersøkelsen viser at det er gjort noen vurderinger i forkant av tilsyn av miljørettet helsevern i barnehagene i 2022, men dette er ikke dokumentert. Det er heller ikke etablert system eller rutiner for å sikre at helsemyndigheten jevnlig eller ved hendelser e.l. registrerer risikomoment i barnehager og eventuelt benytter dette inn i risikovurdering. Revisjonen påpeker at kommunen ved tilsynsmyndigheten innen miljørettet helsevern skal følge med forhold som kan tilsi at miljøet i barnehager er uforsvarlig, og de skal følge med ut fra en risikovurdering.

Rana kommune **dokumenterer ikke i tilstrekkelig grad tilsyn som er gjennomført**. Undersøkelsen viser blant annet at det ikke blir dokumentert uavhengighet i tilsynene som er gjennomført, noe som ikke er i samsvar med krav i folkehelseloven § 30, andre ledd, som sier at uavhengighet i tilsyn skal dokumenteres. Tilsyn utført av helsemyndigheten opplyser ikke i tilstrekkelig grad om observasjoner og vurderinger i forbindelse med gjennomførte tilsyn og eventuelle påfølgende påviste mangler og avvik. Revisjonen understreker at kommunen i henhold til krav i forvaltningsloven skal sikre at saker er så godt opplyst som mulig før vedtak treffes.

Lokale tilsynsmyndigheter i Rana kommune **følger opp at det blir satt i verk tiltak for å rette opp identifiserte mangler eller risiko i barnehagene i kommunen**.

Revisjonens konklusjon og anbefalinger fremgår av kapittel 6.

Innhold

1	Innledning	8
2	Om tjenesteområdet	10
3	System for å sikre oversikt over behov for tiltak	11
4	Organisering av oppgaver og ansvar	16
5	Systematisk og regelmessig oppfølging av risikoforhold	20
6	Konklusjon og anbefalinger	25
	Vedlegg 1 : Høringsuttalelse	27
	Vedlegg 2 : Revisjonskriterier	28
	Vedlegg 3 : Sentrale dokumenter og litteratur	31

Detaljert innholdsfortegnelse

1	Innledning	8
1.1	Bakgrunn	8
1.2	Formål og problemstillinger	8
1.3	Metode	8
1.3.1	Dokumentanalyse	8
1.3.2	Intervju	9
1.3.3	Stikkprøvegjennomgang	9
1.3.4	Verifiseringsprosesser	9
1.4	Revisjonskriterier	9
2	Om tjenesteområdet	10
2.1	Organisering	10
3	System for å sikre oversikt over behov for tiltak	11
3.1	Problemstilling	11
3.2	Revisjonskriterier	11
3.3	Oversikt over godkjenningsstatus for barnehager	11
3.3.1	Datagrunnlag	11
3.3.2	Vurdering	13
3.4	System for rapportering	13
3.4.1	Datagrunnlag	13
3.4.2	Vurdering	15
4	Organisering av oppgaver og ansvar	16
4.1	Problemstilling	16
4.2	Revisjonskriterier	16
4.3	Fordeling av ansvar og oppgaver	16
4.3.1	Datagrunnlag	16
4.3.2	Vurdering	17
4.4	Rutiner og retningslinjer som sikrer kartlegging og rapportering av risiko	17
4.4.1	Datagrunnlag	17
4.4.2	Vurdering	18
4.5	Kompetanse til å utføre forsvarlig tilsyn	18
4.5.1	Datagrunnlag	18
4.5.2	Vurdering	19
5	Systematisk og regelmessig oppfølging av risikoforhold	20
5.1	Problemstilling	20
5.2	Revisjonskriterier	20
5.3	Tilsynsvirksomhet basert på risikovurderinger	20
5.3.1	Datagrunnlag	20
5.3.2	Vurdering	23
5.4	Dokumentering av tilsyn	23
5.4.1	Datagrunnlag	23
5.4.2	Vurdering	24

5.5	Iverksetting av tiltak for å rette opp identifiserte mangler	24
5.5.1	Datagrunnlag	24
5.5.2	Vurdering	24
6	Konklusjon og anbefalinger	25
	Vedlegg 1 : Høringsuttalelse	27
	Vedlegg 2 : Revisjonskriterier	28
	Vedlegg 3 : Sentrale dokumenter og litteratur	31

Figurer

Figur 1: Organisasjonskart Rana kommune (Kilde: Rana kommune)	10
---	----

Tabeller

Tabell 1: Rapport etter kontroll av uteområdet i en kommunal barnehage i Rana kommune i 2022.....	14
Tabell 2: Oversikt over ansvar og roller vedr. barnehagenes uteområder (Kilde: Rana kommune).....	16
Tabell 3: Risikoklasse og tilsynsfrekvens (Kilde: Rana kommune).....	21
Tabell 4: Risikovurdering miljørettet helsevern, barnehager (Kilde: Rana kommune).....	22

1 Innledning

1.1 Bakgrunn

Deloitte har gjennomført en forvaltningsrevisjon av kontroll og tilsyn med uteområder i barnehagene i Rana kommune. Prosjektet ble bestilt av kontrollutvalget i Rana kommune i sak 036/22 3. juni 2022.

1.2 Formål og problemstillinger

Formålet med prosjektet har vært å undersøke om Rana kommune har et tilfredsstillende system for å sikre oversikt over behov for tiltak i barnehagenes uteareal, og om det er en hensiktsmessig organisering av ansvar og oppgaver når det gjelder tilsyn og kontroll med barnehagenes uteareal. Videre har det vært et formål å undersøke om det er etablert system og rutiner som sikrer at risikoforhold i barnehagenes uteområder blir systematisk og regelmessig fulgt opp av kommunen.

Med bakgrunn i formålet er det utarbeidet følgende problemstillinger som har blitt undersøkt:

- 1) Har Rana kommune etablert tilstrekkelig **system for å sikre oversikt over behov for tiltak** i barnehagenes uteareal?
 - a) Har kommunen oversikt over godkjenningsstatus for barnehager?
 - b) Har kommunen etablert system som sikrer rapportering av behov for oppfølging av barnehagenes fysiske utemiljø?
- 2) I hvilken grad har Rana kommune en **hensiktsmessig organisering av ansvar og oppgaver** knyttet til tilsyn av og kontroll med barnehagenes uteareal? Under dette:
 - a) Har kommunen etablert en klar fordeling av ansvar og oppgaver når det gjelder kontroll og tilsyn med uteareal i barnehagene?
 - b) I hvilken grad har kommunen etablert, og gjort kjent, **tilstrekkelig rutiner og retningslinjer** som sikrer kartlegging og rapportering av risiko vedr. barnehagenes utearealer?
 - c) I hvilken grad har kommunen tilstrekkelig kompetanse til å utføre forsvarlig tilsyn innen miljørettet helsevern?
- 3) I hvilken grad er det etablert system og rutiner som sikrer at **risikoforhold** i barnehagenes uteområder blir **systematisk og regelmessig fulgt opp** av kommunen?
 - a) Er kommunens tilsynsvirksomhet med barnehagenes uteområder regelmessig og basert på risikovurderinger?
 - b) Blir tilsyn med barnehagenes uteareal i tilstrekkelig grad dokumentert i henhold til krav om dette i forvaltningsloven og folkehelseloven?
 - c) I hvilken grad blir det fulgt opp at det blir satt i verk tiltak for å rette opp identifiserte mangler eller risiko i barnehagenes uteareal?³

1.3 Metode

Oppdraget er utført i samsvar med gjeldende standard for forvaltningsrevisjon (RSK 001) og kvalitetssikret i samsvar med kravene til kvalitetssikring i Deloitte Policy Manual (DPM).

Oppdraget er gjennomført i tidsrommet september 2022 til mars 2023.

1.3.1 Dokumentanalyse

Informasjon om Rana kommune og dokumentasjon på etterlevelse av interne rutiner, regelverk mm. har blitt samlet inn og analysert. Innsamlet dokumentasjon har blitt vurdert opp mot revisjonskriteriene. Dokumentanalysen har blitt gjennomført løpende, slik at også dokumenter som har blitt utarbeidet under prosjektperioden har blitt analysert.

³ Opprinnelig underproblemstilling var «I hvilken grad blir det satt i verk tiltak for å rette opp identifiserte mangler eller risiko i barnehagenes uteareal?». Revisjonen har endret problemstillingen noe for å tydeliggjøre at vi under denne hovedproblemstilling ser på de lokale tilsynsmyndighetenes arbeid, og ikke den enkelte barnehage.

1.3.2 Intervju

For å få supplerende informasjon til de skriftlige kildene, har Deloitte intervjuet utvalgte personer i Rana kommune som er involvert i eller har ansvar for kontroll og tilsyn med uteområder i barnehagene i ulike deler av organisasjonen. Dette inkluderer barnehagemyndigheten, barnehagesjef, helsemyndigheten, avdelingsleder for driftsteknikk ved Rana Byggdrift KF og fagkonsulent avdeling Bydrift.

Revisjonen har intervjuet totalt fem personer.

1.3.3 Stikkprøvegjennomgang

Revisjonen har gjennomført en stikkprøvekontroll av gjennomførte tilsyn av uteområder i barnehager i kommunen i 2022. I kontrollen har vi undersøkt om tilsyn er gjennomført i henhold til krav i regelverket, blant annet når det gjelder krav til dokumentering av tilsyn og om tilsynssaker er tilstrekkelig opplyst.

1.3.4 Verifiseringsprosesser

Oppsummering av intervju er sendt til de som er intervjuet for verifisering og det er informasjon fra de verifiserte intervjureferatene som er benyttet i rapporten.

Datadelen av rapporten er sendt til kommunen for verifisering, og tilbakemeldinger og innspill fra verifiseringen er innarbeidet i rapporten. Høringsutkast av rapporten er sendt til rådmannen for uttalelse, og rådmannens høringsuttalelse er lagt ved den endelige rapporten (vedlegg 1).

1.4 Revisjonskriterier

Revisjonskriterier er de krav og forventninger som forvaltningsrevisjonsobjektet skal bli vurdert opp mot. Kriteriene er utledet fra autoritative kilder i samsvar med kravene i gjeldende standard for forvaltningsrevisjon. I dette prosjektet er revisjonskriteriene i hovedsak hentet fra kommuneloven, barnehageloven og forskrift om miljørettet helsevern i barnehager og skoler. Kriteriene er kort presentert innledningsvis under hvert tema, og nærmere redegjort for i vedlegg 2.

2 Om tjenesteområdet

2.1 Organisering

Rana kommune er organisert som en trenivå-kommune. Under rådmannen er det fire sektorområder: oppvekst og kultur, helse og omsorg, tekniske tjenester og stab/sentrale støttetjenester. Avdelingene ledes av hver sin kommunaldirektør.

Det er **helsemyndigheten** i kommunen som godkjenner private og kommunale barnehager etter forskrift om miljørettet helsevern i barnehager og skoler, og som fører tilsyn med barnehagene etter samme forskrift. Helsemyndigheten ligger til avdeling legetjenester og samfunnsmedisin i Helse- og omsorgssektoren.

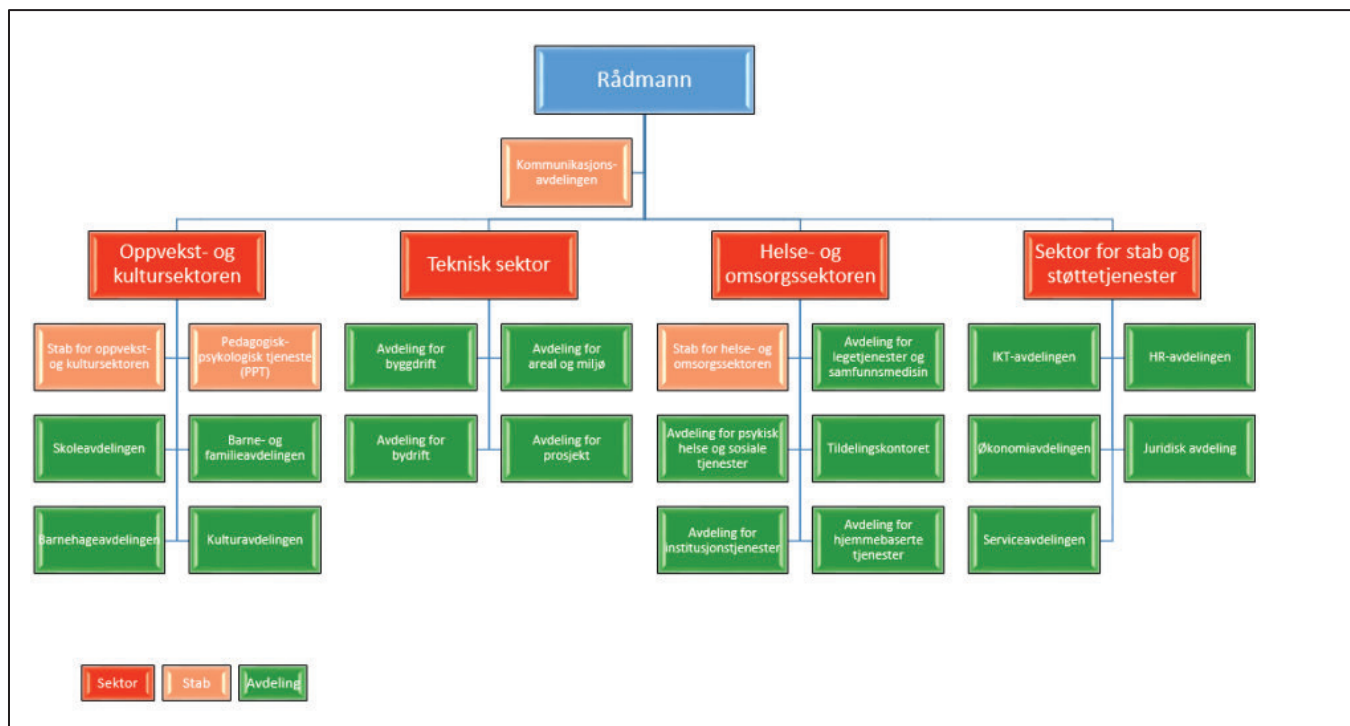
Kommunen som **barnehagemyndighet** er etter barnehageloven godkjennings- og tilsynsmyndighet for hele barnehagesektoren (både private og kommunale barnehager). Barnehagemyndigheten har tre virkemidler til disposisjon; veiledning, tilsyn og godkjenning. I Rana kommune ligger kommunens ansvar som barnehagemyndighet til stab for oppvekst og kultur.

Barnehageavdelingen under oppvekst og kultursektoren er **barnehageeier** for de kommunale barnehagene. Kommunen som **barnehageeier** skal ha internkontroll med de kommunale barnehagene for å sikre etterlevelse av krav i barnehageloven.

Avdeling Bydrift ved park og idrett ligger til teknisk sektor og har ansvar for årlig kontroll av alle kommunens lekeplasser, inkludert i barnehager. Den årlige kontrollen er utført for å bistå Rana Byggdrift KF med vedlikeholdsarbeidet på uteområdene. **Rana Byggdrift KF** er et kommunalt foretak som forvalter, drifter og vedlikeholder hele kommunens bygningsmasse (inkludert uteområder).

Det er totalt 23 barnehager i Rana kommune: 9 kommunale og 14 private barnehager.

Figur 1: Organisasjonskart Rana kommune (Kilde: Rana kommune)



3 System for å sikre oversikt over behov for tiltak

3.1 Problemstilling

I dette kapittelet vil vi svare på følgende hovedproblemstilling med underproblemstillinger:

*Har Rana kommune etablert tilstrekkelig **system for å sikre oversikt over behov for tiltak** i barnehagenes uteareal?*

Under dette:

- Har kommunen oversikt over godkjenningsstatus for barnehager?
- Har kommunen etablert system som sikrer rapportering av behov for oppfølging av barnehagenes fysiske utemiljø?

3.2 Revisjonskriterier

Krav til kommunen når det gjelder system for å sikre oversikt over behov for tiltak i barnehagenes uteareal utledes fra kommuneloven, barnehageloven, folkehelseloven, forskrift om miljørettet helsevern i skoler og barnehager og tilhørende veiledere.

Kommunen skal:

- ha oversikt over godkjenningspliktige barnehager i kommunen (§ 9 i folkehelseloven)
- avdekke og følge opp avvik og risiko for avvik (§ 9 c. i barnehageloven)

Eier/anskaffer av lekeplassutstyr skal

- sikre jevnlig ettersyn og nødvendig vedlikehold av lekeplassutstyret, slik at utstyrets sikkerhetsegenskaper opprettholdes (§ 16 i forskrift om sikkerhet ved lekeplassutstyr).

Se vedlegg 2 for utfyllende revisjonskriterier.

3.3 Oversikt over godkjenningsstatus for barnehager

3.3.1 Datagrunnlag

Barnehager skal være godkjent etter forskrift om miljørettet helsevern i barnehager og skoler og etter barnehageloven. Det er helsemyndigheten i Rana kommune som skal godkjenne barnehager etter forskriften og barnehagemyndigheten som skal godkjenne barnehager etter barnehageloven. Både barnehagemyndigheten og helsemyndigheten i kommunen har etablert oversikt over godkjenningsstatus for barnehagene i kommunen.

Godkjenning ved barnehagemyndigheten

Barnehagemyndigheten har etablert en oversikt over godkjenningsstatus for alle barnehagene som blir drevet i kommunen. Det blir påpekt at barnehagemyndigheten har brukt en del tid på å få på plass denne oversikten, og at det ikke har vært system som har sikret oversikt over godkjenningsstatus for barnehagene før ansvaret som barnehagemyndighet ble skilt fra rollen som barnehageeier i 2021.

I barnehagemyndighetens oversikt over godkjenningsstatus fremgår det at én av de totalt 23 barnehagene har et uteområde som ikke er godkjent for bruk etter befaring i 2022. Det fremgår videre at én av barnehagene ble godkjent før uteområdet var ferdigstilt i 2004, men at planlagt uteområde ble vurdert som tilfredsstillende. Én av barnehagene har gjennom tilsyn i 2022 fått vurdert uteområdet sitt som forsvarlig, mens en annen barnehage fikk vurdert sitt uteområde som tilfredsstillende ved godkjenning i 2008.

I oversikten fremgår det videre at utearealet ikke er nevnt i godkjenningen for 18 av barnehagene i kommunen. I fem av disse 18 barnehagene var barnehagemyndigheten på undersøkelsestidspunktet i prosess med å godkjenne

barnehagene på nytt på grunn av blant annet søknad om utvidelse, ombygging e.l. Det blir i intervju pekt på at Rana kommune ikke har oversikt over hvilke forhold som er vurdert ved tidligere godkjenning av de enkelte barnehagene i kommunen, men at man ser at tidligere gjennomførte godkjenningsprosesser av utearealer har vært mangelfulle, og at man for eksempel har regnet areal på feil grunnlag i enkelte barnehager, og at det ikke har blitt fattet vedtak i henhold til krav til dette i forvaltningsloven. Det blir i intervju påpekt at disse godkjenningene er gjennomført før barnehagemyndighet ble skilt ut som eget område i 2021.

Det fremgår at barnehagemyndigheten i 2022 har prioritert godkjenning, og særskilt godkjenning av arealbruk (også uteområdet), i hver enkelt barnehage i kommunen. Barnehagemyndigheten viser til at det er gjennomført ulike tiltak for å skaffe oversikt over godkjenningsstatus. Det har blant annet blitt sendt ut en spørreundersøkelse til alle barnehagene i kommunen, der man har spurt om det er gjennomført endringer i barnehagene som krever godkjenning fra barnehagemyndigheten. Videre har det blitt gjennomført et møte med eierne av de private barnehagene i kommunen, der det ble opplyst om barnehagemyndighetens planlagte tilsyn på areal i alle barnehagene. I møtet ble det videre opplyst om at barnehageeierne kunne ta kontakt dersom det var gjort endringer i areal som ikke var omsøkt. Den 15. november 2022 sendte barnehagemyndigheten også ut et egenrapporteringskjema til barnehagene der det inngikk en veiledning knyttet til bestemmelser i regelverket når det gjelder godkjenning.

Godkjenning ved helsemyndigheten

I oversikt over godkjenningsstatus fra helsemyndigheten fremgår det at det har blitt gjennomført tilsyn med fire av de 23 barnehagene i kommunen i 2022. På samme måte som i oversikten fra barnehagemyndigheten, fremgår det i oversikten at en barnehage på revisjonstidspunktet ikke har fått godkjenning og at barnehagen har fått bruksforbud på en utebase. For en annen av de fire barnehagene fremgår det ikke hvorvidt barnehagen har fått godkjenning eller ikke etter tilsyn i 2022. Det fremgår at de resterende 19 barnehagene hadde tilsyn i 2017 og at samtlige har fått godkjenning.

Det blir i intervju vist til at det alltid blir gjennomført en befaring dersom en barnehage søker om godkjenning til helsemyndigheten. Ved søknad om godkjenning går helsemyndigheten også gjennom forrige utarbeidede godkjenning for den aktuelle barnehagen for å se på eventuelle tidligere tilbakemeldinger og avvik. Kommunen viser til at barnehager kan godkjennes etter en totalvurdering opp mot forskrift om miljørettet helsevern i barnehager og skoler. Det påpekes eventuelle mangler gis merknader⁴, og at dette kreves rettet før barnehagen får godkjenningen.

Barnehagenes system og rutiner for å søke godkjenning

På Rana kommune sine nettsider er det et temaområde som omhandler «miljørettet helsevern» og under dette en side som omhandler «miljø og helse i skoler og barnehager». På denne siden foreligger det blant annet informasjon om *godkjenning og meldeplikt* og det er tilgjengelige skjema for søknad om godkjenning når det foreligger planer for ny virksomhet eller endring i eksisterende virksomhet (trinn 1) og skjema for søknad om godkjenning for oppstart av ny virksomhet eller oppstart av endringer i eksisterende virksomhet (trinn 2).

På kommunens nettsider er det videre lagt inn digitalt søknadsskjema for godkjenning av barnehagen som sendes til kommunen v/barnehagemyndigheten. Det er også lagt inn forklarende tekst om blant annet *når* barnehagene må søke godkjenning, og hvilke opplysninger og dokumentasjon mv. som skal legges ved søknaden. Det går videre frem at «virksomheten bør søke veiledning hos kommunen v/ barnehagemyndigheten og øvrige myndigheter så tidlig som mulig i prosessen».

Kommunen som barnehageeier har ikke etablert felles retningslinjer for barnehagene som sier noe om ansvar og roller knyttet til det å søke om godkjenning dersom det blir gjort endringer i barnehagens uteareal. Det blir i intervju med flere vist til at det heller ikke er etablert praksis for at barnehagene søker om godkjenning dersom det for eksempel blir gjennomført driftsmessige endringer, oppført nye tilbygg eller lignende i barnehager som allerede er godkjent i kommunen. Det blir vist til at det i en stor andel av barnehagene der det har vært gjennomført tilsyn det siste året, har blitt gjennomført mindre endringer uten at det er søkt godkjenning. Det er videre flere barnehager som har faste uteområder, utenom barnehagenes uteareal, som benyttes hyppig og hvor det ikke er søkt om godkjenning for bruk av området. Det blir av flere påpekt at det er en utfordring i kommunen at barnehager setter opp apparater og byggverk ute i skogen uten at det er oppført i henhold til krav og forskrifter,

⁴ Merknader er en oppfordring til å rette opp i mindre feil som ikke kan defineres som avvik, men som bør forbedres.

og det blir understreket at det er behov for mer kontroll med barnehagene når det gjelder oppføring av egne byggverk og apparater. Helsemyndigheten og barnehagemyndigheten gjennomførte i 2022 tilsyn av en barnehage, og i etterkant av dette tilsynet fikk barnehagen bruksforbud i deler av utebasen som har blitt brukt mye av barnehagen.

Det blir vist til at barnehagene søker om samtykke fra helsemyndigheten til planer og godkjenning før oppstart av tiltak når det skal gjennomføres større tiltak i barnehagens uteområde som er søknadspliktige etter plan- og bygningsloven. Det blir pekt på det i disse tilfellene er en ekstern prosjektleder eller en person fra teknisk avdeling involvert, og at disse har kjennskap til at miljørettet helsevern må godkjenne planer og tiltak før oppstart.

3.3.2 Vurdering

Revisjonen vurderer at Rana kommune ved henholdsvis barnehagemyndighet og helsemyndighet har oversikt over godkjenningsstatus for barnehagene i kommunen. Det fremgår av undersøkelsen at det de siste årene har blitt gjennomført flere tiltak for å sikre at barnehagemyndigheten har oversikt over godkjenningsstatus, da dette ikke tidligere har vært tilstrekkelig godt nok ivaretatt.

Revisjonen vurderer at det ikke i tilstrekkelig grad er etablert system og rutiner som sikre at de kommunale barnehagene melder fra dersom det blir gjort endringer i uteområdene som krever ny godkjenning. Revisjonen vil påpeke at barnehagene plikter å søke om godkjenning både ved etablering av barnehage, men også dersom det gjøres endringer av et visst omfang i allerede godkjent barnehage. Det er kommunen som skal avgjøre om endringene som skal gjennomføres krever ny godkjenning.⁵ Revisjonen vil videre understreke at det er barnehageeier som etter § 9 i barnehageloven skal sikre at det er systematisk internkontroll i barnehagene, og under dette påse at det er etablert nødvendige rutiner og prosedyrer.

3.4 System for rapportering

3.4.1 Datagrunnlag

Kommunen opplyser at avdeling bydrift v/park og idrett årlig sjekker lekeapparater i alle kommunale barnehager og lekeplasser. Rapport etter undersøkelsen sendes deretter til Rana Byggdrift KF. Det blir videre opplyst at ansatte i barnehagene kan melde avvik til Rana Byggdrift KF gjennom systemet *Facilit Helpdesk* dersom de oppdager avvik utenom den årlige kontrollen.

Årlig kontroll

Avdeling for bydrift v/park og idrett gjennomfører årlig kontroll av alle kommunens lekeapparater, inkludert lekeapparat og uteområder i de kommunale barnehagene. Det blir i intervju vist til at ansvaret som eier av barnehagens lekeapparater tidligere lå til avdeling bydrift, men at Rana Byggdrift KF overtok ansvaret som eier i 2017. Bydrift utførte på revisjonstidspunktet fortsatt kontrollene av barnehagens lekeapparater fordi de har en ansatt med erfaring på området. Det er den samme ansatte som har gjennomført alle kontroller vedrørende kommunes lekeapparater siden 2014. Vedkommende skal ikke lenger gjennomføre disse kontrollene fra 2023, og det var ikke på revisjonstidspunktet avklart hvem som eventuelt skal overta dette ansvaret.

Den årlige kontrollen gjennomføres i løpet av våren/ sommeren, og etter gjennomført kontroll oversendes rapportene til Rana Byggdrift for videre oppfølging og arkivering i deres system (Facilit). Det fremgår videre at Rana Byggdrift videresender rapporten etter avdeling bydrifts kontroll til aktuelle barnehagestyrere.

Tabellen under viser en av rapportene som er utarbeidet etter kontroll av lekeapparater i en kommunal barnehage i Rana kommune. Som vist består rapporten av en tabell med fire kolonner. Som vist i tabellen blir det under første kolonnen («elements navn») ført inn undersøkte lekeapparat mv. i barnehagen, og i neste kolonne er det for noen av elementene kort beskrevet hvilke eventuelle avvik eller mangler som er avdekket i kontrollen. Det er videre krysset av for om elementene er befart i kontrollen, og under kolonnen merket med utropstegn er det krysset av dersom det er behov for utbedring/fjerning/erstatning av apparat.

⁵ Utdanningsdirektoratet. Godkjenning av barnehager. Veileder. Sist endret 10.11.2015 <https://www.udir.no/regelverk-og-tilsyn/barnehage/godkjenning-og-kontroll-av-private-barnehager/#a119894>

Tabell 1: Rapport etter kontroll av uteområdet i en kommunal barnehage i Rana kommune i 2022

Elementets navn	Avvik som ble funnet ved den tekniske gjennomgangen noteres her. (bruk eventuelt også baksiden eller eget ark ved behov)	Elementet er befart (sett x)	!
Sandkasse SØR	På dukkehuset i kassa er et bord defekt	x	x
Oppmerking asfalt	Ordnet av barnehagen	x	
Oppslagstavle m/utstyr	Diverse. Noen bord er løsnet.	x	x
Sandbasseng m/vippe, balansestokk og kryperør.	1 dekk er på vippen, litt langt nede. Vippen er mye slitt. Er det barnehagen som har satt opp dette? Sjekk også størrelsene på kryperør, hva sier forskriften.	x	x
Klatre-hus m/sklike	Litt kort avstand fra sklike til balansestokk.	x	x
Huske UFO	Fallsand bør luftes.	x	
Vannpost		x	
Klatreapparat m/div. aktiviteter	Her må en følge med ramma oppe, da materialene begynner å råtne i innfestingen.	x	x
Port m/NORD. Går til uteområde.	Smør handtak og hengsler.	x	x
Benkebord		x	
Utstyrs bod		x	
Sandkasse NORD		x	
Koie i skogen	Mosegrodd tak.	x	
Annet i skogen/friområde	Her er det bygd en masse greier, og dette må barnehagen selv stå ansvarlig for. Dette har tidligere år ikke vært nevnt ved årlig teknisk gjennomgang. Disse elementene regner jeg med er barnehagen selv har satt opp.		

Som vist i figuren over er det ikke alle beskrivelsene av avvik som er like presise, blant annet blir det vist til at det er funnet «diverse» avvik og det på et friområde er «bygd en masse greier».

Etter at kontrollen er gjennomført sender bydrift rapport for hver barnehage til Rana Byggdrift KF v/ avdelingsleder for driftsteknikk, som i neste omgang sender dette videre til driftsteknikerne i avdelingen. Det vises til at det er god dialog mellom avdeling for bydrift og Byggdrift KF, og at de har hatt et godt samarbeid om kontroll og oppfølging av lekeplassområder over mange år. I forbindelse med verifiseringen av rapporten blir det også pekt på at rapport i form av tabell som vist over, har fungert godt etter driftsavdelingen ved Rana Byggdrift sine behov.

System for innrapportering av avvik

De ansatte i barnehagene kan gjennom hele året melde fra om eventuelle behov for utbedring av uteområde og/eller lekeapparat til avdeling for driftsteknikk ved Rana Byggdrift, via systemet Facilit Helpdesk. Det er 18 driftsteknikere ved avdeling for driftsteknikk i Rana Byggdrift. Driftsteknikerne er fordelt på soner i kommunen og utfører driftsoppgaver for bl.a. skoler, barnehager og sykehjem.

En av de kommunale barnehagene har sendt skjermbilde av meldte avvik i Facilit Helpdesk. Det går her frem at barnehagen kan markere alvorlighetsgrad for avvik som blir meldt i systemet (lav, middels eller høy), man kan følge med på om meldingen er sett/ ikke sett av driftsteknikk, det går frem navn på ansvarlig driftstekniker (vedkommende som åpner meldingen) og om avviket er lukket. Avdelingsleder for driftsteknikk viser til at driftsteknikerne skal gå inn i systemet hver morgen og sjekke om det er nye meldinger, og at det er driftsteknikeren som er i dialog med en barnehage som også er den ansvarlige for å følge opp det meldte avviket. Når utbedring er gjort, kvitterer driftstekniker at avviket er utbedret eller legger inn en kommentar på når dette kan utbedres. Dette gjøres i Facilit Helpdesk slik at innmelder kan se hva som er gjort.

I intervju blir det pekt på at det er utfordringer knyttet til lang responstid fra avdeling for driftsteknikk etter at avvik er meldt. Avdelingsleder for driftsteknikk hos Rana Byggdrift viser til at barnehagene skal få svar i Facilit Helpdesk så snart som mulig etter at de har meldt avvik, og ikke senere enn to til tre dager etter at avviket er meldt. Dersom det er alvorlige avvik, skal det rettes opp med en gang. Samtidig blir det av flere påpekt at det ofte går lang tid før barnehagene får tilbakemelding på meldte avvik. Avdelingsleder i Rana Byggdrift viser til at han har en pågående dialog med driftsteknikerne angående dette. Det blir vist til at avdelingsleder ukentlig går inn i systemet for å sjekke at meldinger blir svart ut, og at han ved behov plasserer ansvar på driftsteknikere utfra områdene de har ansvar for. Avdelingsleder viser til at driftsteknikerne har blitt noe bedre på å svare på meldingene i Facilit Helpdesk det siste året, og han påpeker videre til at det ikke er utfordringer knyttet til kapasitet som gjør at meldinger ikke besvares.

Det blir pekt på at vinterhalvåret er utfordrende med tanke på oppfølging fra Rana Byggdrift og at det har vært tilfeller der barnehagene melder avvik i Facilit på glatte eller snødekkede uteområder, og får tilbakemelding om at de må måke inngangen, eller strø uteområde selv. Rana Byggdrift KF peker samtidig på at det blir meldt avvik på områder utenfor Rana Byggdrifts ansvarsområde, men at de ofte forsøker å løse dette på en grei måte. Eksempelvis kan driftsteknikere rette opp avvik på bygg eller lekeapparat som er satt opp av barnehagen selv, men da sendes regningen for materialer eller lignende til barnehagen. Det blir vist til at barnehagene er enig i denne fordelingen.

Barnehagesjef viser til at hun har bedt barnehagestyrerne om å melde avvik gjennom kvalitetssystemet (EQS) dersom de ikke får respons i Facilit Helpdesk. I EQS melder de sakene direkte til daglig leder for Rana Byggdrift.

Overordnet oversikt over behov for oppfølging av barnehagenes uteareal

I flere intervju blir det påpekt at kommunen ikke har tilstrekkelig samlet oversikt over behov for tiltak i de kommunale barnehagenes uteareal. Videre blir det understreket at barnehagenes innmelding av avvik i Facilit Helpdesk og kvalitetssystemet er «brannslukking» og ikke er del av langsiktige planlegging på dette området. Det blir pekt på at det ikke fulgte med ekstra budsjettmidler da Rana Byggdrift overtok ansvaret for lekeapparatene i kommunen i 2017, og at Rana Byggdrift derfor heller ikke i stor grad har midler til å kjøpe nye lekeapparat eller utbedre eksisterende lekeapparater i barnehagene. Det blir i intervju vist til at det er tilfeller der barnehagene melder inn avvik på lekeapparater, og at Rana Byggdrift demonterer apparatene fremfor å reparere de. Det blir vist til at dette fører til at barnehagene selv forsøker å gjennomføre reparasjoner før de melder inn avvik og at barnehagene forsøker å kompensere for færre lekeapparater ved å lage aktiviteter, og å sette opp egne tilbud som for eksempel lavvo.

3.4.2 Vurdering

Revisjonen vurderer at Rana kommune har etablert system som skal sikre rapportering av behov for oppfølging av barnehagenes lekeapparater og fysiske utemiljø. Det blir gjennomført årlig kontroll av lekeapparat og det er etablert et digitalt system der barnehagene kan melde inn avvik og mangler i uteområdene som bør følges opp av Rana Byggdrift KF. Undersøkelsen viser at det kan være utfordringer knyttet til lang responstid fra driftsteknikerne i Rana Byggdrift. Revisjonen mener at dette er uheldig, men merker seg at det er etablert praksis for at avdelingsleder for driftsteknikerne ukentlig undersøker at driftsteknikere svarer ut henvendelser i Facilit.

Revisjonen vil påpeke at det er viktig at det blir etablert rutiner og system som sikrer at den årlige kontrollen fanger opp alle relevante risikoområder i barnehagenes uteområder. Undersøkelsen viser at det er de samme tabellene som blir benyttet som både sjekklister og rapport årlig i hver barnehage, og revisjonen stiller spørsmål ved om dette systemet er tilstrekkelig for å fange opp mulige risikoområder og avvik i barnehagenes uteområder. Revisjonen understreker videre at det er barnehageeier som har ansvar for at apparater som er bygget på dugnad eller lignende er i henhold til forskrift. Ansvarer gjelder likeledes montering, ettersyn og vedlikehold.⁶

Revisjonen vurderer videre at det ikke i tilstrekkelig grad blir tydelig formidlet hvilke mangler og avvik som blir avdekket ved den årlige kontrollen. Undersøkelsen viser for eksempel at det blir påpekt mangler uten at dette alltid blir dokumentert ved presise beskrivelser eller annet (eksempelvis bilder). Revisjonen mener at kommunen må sikre at det dokumenteres tydelig hva som må/bør utbedres slik at man sikrer at nødvendig vedlikehold blir gjennomført. Faktoren at det er to ulike aktører som gjennomfører kontroll og vedlikehold/utbedring nødvendigvis gjør ytterligere at mangler, behov for utbedring mv. blir tydelig kommunisert etter gjennomført kontroll.

⁶ Kunnskapsdepartementet. Veileder for utforming av barnehagens uteareal. 2006.

4 Organisering av oppgaver og ansvar

4.1 Problemstilling

I dette kapittelet vil vi svare på følgende hovedproblemstilling med underproblemstillinger:

*I hvilken grad har Rana kommune en **hensiktsmessig organisering av ansvar og oppgaver** knyttet til tilsyn av og kontroll med barnehagens uteareal?*

Under dette:

- Har kommunen etablert en klar fordeling av ansvar og oppgaver når det gjelder kontroll og tilsyn med uteareal i barnehagene?
- I hvilken grad har kommunen etablert, og gjort kjent, tilstrekkelig rutiner og retningslinjer som sikrer kartlegging og rapportering av risiko vedr. barnehagens utearealer?
- I hvilken grad har kommunen tilstrekkelig kompetanse til å utføre forsvarlig tilsyn innen miljørettet helsevern?

4.2 Revisjonskriterier

Basert på krav i kommuneloven, folkehelseloven, forskrift om sikkerhet ved lekeplassutstyr og forskrift om miljørettet helsevern i barnehager og skoler mv. har revisjonen utledet følgende revisjonskriterier knyttet til problemstillingene som blir undersøkt i dette kapittelet:

Kommunen skal:

- Ha en klar fordeling av ansvar, oppgaver og myndighet (folkehelseloven § 30).
- Ha nødvendige rutiner og retningslinjer (kommuneloven § 25-1)
- Kunne dokumentere at de som gjennomfører og har ansvar for tilsyn av miljørettet helsevern har den nødvendige kompetansen (folkehelseloven § 9).

Eier/anskaffer av lekeplassutstyr skal

- sikre jevnlig ettersyn og nødvendig vedlikehold av lekeplassutstyret, slik at utstyrets sikkerhetsegenskaper opprettholdes (§ 16 i forskrift om sikkerhet ved lekeplassutstyr)

Se vedlegg 2 for utfyllende revisjonskriterier.

4.3 Fordeling av ansvar og oppgaver

4.3.1 Datagrunnlag

Som vist i kapittel 2, er det avdeling bydrift, Rana Byggdrift, barnehageeier, barnehagemyndigheten og helsemyndigheten som har overordnet ansvar for kontroll og tilsyn med uteareal i barnehagene i kommunen.

Rana kommune har ikke etablert virksomhetsplaner, beskrivelser eller andre typer oversikter som konkretiserer fordeling av ansvar og oppgaver når det gjelder kontroll og tilsyn med uteareal i barnehagene. Kommunen beskriver følgende fordeling av ansvar og oppgaver:

Tabell 2: Oversikt over ansvar og roller vedr. barnehagens uteområder (Kilde: Rana kommune)

Aktør	Ansvar og oppgaver
Bydrift ved park/idrett	Utfører en årlig gjennomgang av apparatene på uteområdet som eies av kommunen. Den årlige gjennomgangen utføres på alle kommunale barnehager og skoler i sommerhalvåret. Rapporten sendes videre til Byggdrift.

Helsemyndigheten v/ avdeling for legetjenester og samfunnsmedisin	Helsemyndigheten har ansvar for å godkjenne barnehagene og deres uteområder etter forskrift om miljørettet helsevern i barnehager og skoler § 25, jf. Folkehelseloven § 9. De har også ansvar for å føre tilsyn med barnehagene etter samme lovverk.
---	--

Barnehageeier	Skal ha interkontroll med barnehagens uteområder for å sikre at kravene i barnehageloven med forskrifter følges, jf. barnehageloven § 9. Interkontrollen skal være systematisk og tilpasset barnehagen.
---------------	---

Ved interkontroll skal barnehageeier:

- utarbeide en beskrivelse av barnehagens hovedoppgaver, mål og organisering
- ha nødvendige rutiner og prosedyrer
- avdekke og følge opp avvik og risiko for avvik.

Barnehageeier har ansvar for å dokumentere internkontrollen i den formen og omfang det er nødvendig, og for å evaluere og ved behov forbedre prosedyrer for interkontroll og sette inn tiltak.

Barnehagemyndighet	Barnehagemyndigheten skal gi veiledning om og påse at barnehagene drives etter bestemmelsene i barnehageloven med forskrifter. Om barnehagemyndigheten avdekker regelverksbrudd hos en barnehage gis det pålegg om oppretting.
--------------------	--

I tilsendt oversikt fremgår ikke Rana Byggdrift sin rolle og ansvar på området. Dette går heller ikke frem av kommunens nettsider eller i Rana kommunes *budsjett og økonomiplan 2023-2026*⁷.

Flere av de intervjuede peker på at det ikke er tilstrekkelig tydeliggjort hvilke aktører som har hvilket ansvar og oppgaver når det gjelder kontroll og tilsyn med uteareal i barnehagene. Det blir av flere holdt frem at det kan være utydelig fordeling av ansvar mellom kommunen som barnehageeier og Rana Byggdrift som eier lekeapparat og drifter uteområdene. Det vises til at det heller ikke finnes noen felles møtepunkter mellom Rana Byggdrift KF og kommunene som barnehageeier.

Det blir videre vist til at det kan være uklart hvilket ansvar henholdsvis Rana Byggdrift KF og avdeling bydrift har når det gjelder uteområder. Før Rana Byggdrift overtok ansvaret for drift og vedlikehold av barnehagenes uteområde i 2017, lå dette ansvaret til avdeling bydrift. Det blir blant annet pekt på at det hender at avdeling bydrift får tilsendt avviksmeldinger knyttet til lekeapparat som de må videresende til Rana Byggdrift KF.

4.3.2 Vurdering

Revisjonen vurderer at det ikke i tilstrekkelig grad er etablert en klar fordeling av ansvar og oppgaver når det gjelder kontroll og tilsyn med uteareal i barnehagene i kommunen. Det er ikke etablert virksomhetsbeskrivelser, retningslinjer eller lignende som beskriver ansvars- og oppgavedelingen på området. Undersøkelsen viser at det for de involverte aktørene heller ikke er tilstrekkelig tydelig hvilke oppgaver som ligger til de ulike aktørene når det gjelder kontroll og tilsyn med barnehagenes uteareal, og da særskilt fordeling av oppgaver mellom kommunen som barnehageeier og Rana Byggdrift og mellom avdeling bydrift og Rana Byggdrift.

4.4 Rutiner og retningslinjer som sikrer kartlegging og rapportering av risiko

4.4.1 Datagrunnlag

Som nevnt i avsnitt 3.4 er det avdeling bydrift som har ansvar for årlig kontroll av lekeplassutstyr i barnehagene. Det er videre barnehageeier som skal sikre tilstrekkelig internkontroll i barnehagene, inkludert beskrivelse av barnehagens hovedoppgaver, mål og organisering, sikre nødvendige rutiner og prosedyrer og sikre at barnehagene avdekker og følger opp avvik og risiko for avvik (se tabell 2 på side 16).

Rutiner og retningslinjer for årlig kontroll av lekeplassutstyr i barnehagene

Teknisk sektor ved avdeling for bydrift sjekker lekeapparat og uteområder i alle kommunale barnehager, skoler og parker en gang i året. Det fremgår av intervju at den ansatte ved bydrift som har dette ansvaret, har med en

⁷ Rana kommune. Budsjett 2023. Økonomiplan 2023-2026. Kommunestyrets vedtak 14. desember 2022.

sjekkliste når han gjennomfører kontroll på uteområdene. Sjekklisten er i form av en tabell (tabell 1 på side 14) og det er også denne tabellen som blir levert videre til Rana Byggdrift KF som rapport etter kontrollen. Det er utenom dette ikke etablert retningslinjer eller rutiner for den årlige kontrollen.

Rutiner for kartlegging og rapportering av risiko i barnehagene

Det fremgår av intervju at kommunen som barnehageeier ikke har utarbeidet felles rutiner eller sjekklister for barnehagene når det gjelder jevnlig kartlegging av risiko vedrørende barnehagens uteområder. Det blir vist til at den enkelte barnehage har egne sjekklister og rutiner for kontroll av uteområder, for eksempel rutiner for sjekk av uteplass for å kartlegge om sikkerheten er ivarettatt før de slipper ut barna på uteområdene. Barnehagesjefen opplever at den enkelte barnehagestyrer er klar over dette, og at det er praksis for at dette blir gjennomført. Samtidig blir det pekt på at kontrollen er tilpasset hver enkelt barnehage, både med tanke på tidspunkt på dagen og hyppighet. Det blir vist til at enkelte barnehager må gjennomføre slike sjekkrunder oftere enn andre på grunn av sentral plassering.

Revisjonen har fått tilsendt tilbakemelding fra barnehagene i kommunen angående rutiner og retningslinjer for tilsyn av uteområder, system og rutiner for knyttet til oppfølging av uteområder (inkludert risikovurderinger, rapportering av avvik/uhell/uønskede hendelser og rapportering av behov for tiltak) og ev. andre system, retningslinjer og rutiner som barnehagen anser som relevant for forvaltningsrevisjonen. Det går frem av tilsendt informasjon fra de kommunale barnehagene at det er opprettet årshjul som sier at det skal gjennomføres årlig eller halvårlig vernerunde i barnehagens uteområde. Barnehagene opplyser videre at avvik eller vedlikeholdsbehov meldes til Rana Byggdrift KF via Facilit Helpdesk og at avdeling bydrift (noen viser til Rana Byggdrift her) gjennomfører årlig kontroll av uteområdet i barnehagen.

Fem av de ni kommunale barnehagene peker på at de har en retningslinje kalt *internkontroll miljørettet helsevern* som er en felles mal for internkontrollsystem på området, men tilpasset hver enkelt barnehage. I retningslinjen går det blant annet frem rutine og ansvarsdeling for vedlikehold av barnehagebygg og uteområde. Syv av de ni barnehagene viser visere til at de har sjekklister eller lignende for barnehagens uteområde, og to av barnehagene viser til at det er etablert rutine på at det blir gjennomført kontroll/sjekk av uteområder daglig før barna går ut. I en av barnehagene er det opprettet en egen «utegruppe» som har ekstra ansvar for uteområdet ved at de eksempelvis melder fra ved avvik eller eventuelt reparerer det som barnehagen selv kan ordne.

Fire av de ni kommunale barnehagene har etablert mal for risikovurdering av uteområdet (barns sikkerhet, miljørettet helsevern mv.) og to av barnehagene har etablert skjema for risikovurdering for bruk av tuområder/uteområder utenfor barnehagen som brukes regelmessig. I en av de to barnehagene blir det imidlertid påpekt at risikovurdering av tuområder bare har blitt gjennomført sporadisk og at det er behov for å forbedre praksis på dette i barnehagen.

I et intervju blir det vist til at flere av barnehagene i kommunen har etablert rutiner som skal sikre kartlegging og rapportering av risiko i uteområdene, men det blir, på bakgrunn av erfaringer fra tilsyn, stilt spørsmål ved hvorvidt barnehagene i praksis etterlever egne rutiner.

4.4.2 Vurdering

Basert på undersøkelsen som er gjennomført, vurderer revisjonen at det ikke er etablert tilstrekkelig rutiner og retningslinjer som sikrer kartlegging av risiko av risiko i barnehagens uteområder. Det fremgår av undersøkelsen at ikke alle barnehagene har etablert rutiner eller har plassert tydelig ansvar for kartlegging av risiko i uteareal som benyttes av barnehagen, og det fremgår videre at det varierer om barnehagene gjennomfører risikoanalyser. Revisjonen vurderer at dette ikke er tilstrekkelig, og vil påpeke at kommunen som barnehageeier skal ha internkontroll med barnehagene og blant annet sikre at det er etablert nødvendige rutiner og prosedyrer, samt følge opp at avvik og risiko for avvik blir fulgt opp.

4.5 Kompetanse til å utføre forsvarlig tilsyn

4.5.1 Datagrunnlag

Kommunens ansvar som helsemyndighet er, som nevnt i kapittel 2, lagt til avdeling legetjenester og samfunnsmedisin. Det er en rådgiver i avdelingen som i hovedsak arbeider med miljørettet helsevern i barnehager (og skoler) i kommunen. Rådgiveren er utdannet sykepleier, og det blir vist til at vedkommende får oppfølging fra kommunelegen ved behov. Det går videre frem at det er tett kontakt mellom helsemyndigheten v/rådgiver og

barnehagemyndigheten i kommunen. Det blir vist til at de to instansene gjennomfører tilsyn sammen, at de har jevnlig dialog.

I intervju blir det påpekt at det i utgangspunktet ikke mangler kompetanse innen miljørettet helsevern i kommunen. Det blir vist til at det som regel er ansatte med fagbakgrunn innen helse, juss eller ingeniørstudier som arbeider med miljørettet helsevern, og at mens man i større kommuner kan ha flere ansatte med ulike fagkunnskaper, må man i mindre kommuner som Rana tilegne seg teknisk og juridisk kompetanse gjennom erfaring.

Kommunen opplyser videre at helsemyndigheten følger forskrift om miljørettet helsevern i sine tilsyn, og benytter Helsedirektoratets *veileder til forskrift om miljørettet helsevern i barnehage og skoler*⁸ i tilsynene. Det blir vist til at helsemyndigheten har følgende fokusområder ved tilsyn av uteareal:

- Trafikale forhold (jf. forskrift om miljørettet helsevern i barnehager og skoler § 8. og § 14).
- Kontrollere at barnehagens internkontrollsystem etterleves, og at det er laget rutiner fra barnehageeier om regelmessig kontroll av utstyr som lekeapparater, inngjerding, gelender etc. (jf. forskrift om miljørettet helsevern i barnehager og skoler §4)
- Kontrollere om det finnes løse gjenstander som kan veltes og føre til slagskader, klemskader, fallskader, etc. (jf. forskrift om miljørettet helsevern i barnehager og skoler §§ 8 - 9. og § 14).

4.5.2 Vurdering

Rana kommunen har plassert ansvaret for tilsyn innen miljørettet helsevern til avdeling legetjenester og samfunnsmedisin. Undersøkelsen viser at det er en rådgiver med sykepleierbakgrunn som sammen med kommunelegen utgjør helsemyndigheten og videre at det er etablert et samarbeid mellom helsemyndigheten og barnehagemyndigheten i kommunen. Revisjonen har, basert på undersøkelsen som er gjennomført, ikke indikasjoner på at det ikke er tilstrekkelig kompetanse til å utføre tilsyn innen miljørettet helsevern i kommunen.

⁸ Helsedirektoratet. Veileder for kommunens tilsyn med miljørettet helsevern. Regelverk, metodikk og saksbehandling. Utgitt i mai 2016. Publikasjonsnummer IS-2288

5 Systematisk og regelmessig oppfølging av risikoforhold

5.1 Problemstilling

I dette kapittelet vil vi svare på følgende hovedproblemstilling med underproblemstillinger:

*I hvilken grad er det etablert system og rutiner som sikrer at **risikoforhold** i barnehagenes uteområder blir **systematisk og regelmessig fulgt opp** av kommunen?*

Under dette:

- Er kommunens tilsynsvirksomhet med barnehagenes uteområder regelmessig og basert på risikovurderinger?
- Blir tilsyn med barnehagenes uteareal i tilstrekkelig grad dokumentert i henhold til krav om dette i forvaltningsloven og folkehelseloven?
- I hvilken grad blir det fulgt opp at det blir satt i verk tiltak for å rette opp identifiserte mangler eller risiko i barnehagenes uteareal?⁹

5.2 Revisjonskriterier

Basert på krav i folkehelseloven, forvaltningsloven og forskrift om miljørettet helsevern i barnehager og skoler mv. har revisjonen utledet følgende revisjonskriterier knyttet til problemstillingene som blir undersøkt i dette kapittelet:

Kommunen skal:

- føre regelmessig tilsyn med barnehager i kommunen (folkehelseloven § 9)
- prioritere tilsynsvirksomhet etter en vurdering av helserisiko (forskrift om miljørettet helsevern i barnehager og skoler mv. § 4)
- dokumentere tilsyn som er gjennomført (folkehelseloven § 9)
- påse at saker er så godt opplyst som mulig før vedtak treffes (§ 17 i forvaltningsloven)
- følge opp forhold som kan tilsi at miljøet i barnehager er uforvarlig og følge med ut fra en risikovurdering (folkehelseloven § 9¹⁰)

Se vedlegg 2 for utfyllende revisjonskriterier.

5.3 Tilsynsvirksomhet basert på risikovurderinger

5.3.1 Datagrunnlag

Kommunen opplyser at helsemyndigheten og barnehagemyndigheten ofte gjennomfører befaringer og planlagte tilsyn i barnehagene sammen. Kommunen opplyser at det er utarbeidet et felles årshjul for de to aktørene, slik at de har kontinuitet i godkjenninger og tilsynsarbeidet.

Kommunen peker på at helsemyndigheten og barnehagemyndigheten sammen **skal utføre tilsyn med en tredjedel av barnehagene (både private og kommunale) hvert år, og at det i løpet av en treårsperiode skal ha blitt ført tilsyn i hver enkelt barnehage minst en gang**. Dette skal sikre at barnehagene får jevnlig tilsyn, og at helsemyndigheten og barnehagemyndighet har oversikt over status i barnehagene i Rana Kommune. Helsemyndigheten fører tilsyn med inne- og utearealet i barnehagene og skal undersøke om barnas miljø i barnehagen ivaretas. Med barnas miljø menes det fysiske og psykososiale miljø både i innendørs arealer og på uteområder som ligger på

⁹ Opprinnelig underproblemstilling var «I hvilken grad blir det satt i verk tiltak for å rette opp identifiserte mangler eller risiko i barnehagenes uteareal?». Revisjonen har endret problemstillingen noe for å tydeliggjøre at vi under denne hovedproblemstilling ser på de lokale tilsynsmyndighetenes arbeid, og ikke den enkelte barnehage.

¹⁰ Lovkommentar til § 9 ved Liv Shelby. Notene er sist hovedrevidert 04.12.2019.

barnehagens eiendom, i umiddelbar tilknytning til denne og andre områder som virksomheten drives på.¹¹ I praksis vil dette si at man ved tilsyn blant annet undersøker at utearealet er stort nok, tilpasset brukergruppen og at det ikke er noen åpenbare risikoforhold knyttet til området som for eksempel bratte skrenter, manglende gjerde mot trafikkert vei/mørk skog, store dødszoner og tilstrekkelig personell ute til å kunne ha oversikt over barna. Det blir videre vist til at helsemyndigheten fører tilsyn med andre paragrafer som indirekte kan gå på lekeapparat, herunder virksomhetenes internkontroll og egne risikoanalyser knyttet til uteområder og utstyr.

Barnehagemyndigheten har ikke egen rutine for tilsyn med barnehagens uteområder, men vurderer uteområdene etter barnehageloven når de er på tilsyn eller ser på godkjenning. Barnehagemyndigheten har mulighet til å gi barnehagen pålegg dersom de oppdager uforsvarlige eller ulovlige forhold. Det blir vist til at før ansvaret for barnehagemyndigheten ble plassert hos stabsavdeling for oppvekst og kultur i 2021, ble det i hovedsak gjennomført hendelsesbaserte tilsyn¹² dersom kommunen fikk henvendelser og/eller klager som tilsa at det var behov for dette. Det fremgår at siste planlagte tilsyn som ble gjennomført av barnehagemyndigheten før 2022, var i 2017 og tema var bemanningsnormen. I tilsendt oversikt over tilsyn fra helsemyndigheten fremgår det at de sist gjennomførte planlagte tilsynene fra helsemyndigheten i barnehager før 2022, også ble gjennomført i 2017.

I 2022 gjennomførte helsemyndigheten og barnehagemyndigheten tre felles planlagte tilsyn¹³ i to kommunale og en privat barnehage i kommunen. Tema for tilsynene var godkjenning av ute- og inneareal. Det fremgår at helsemyndigheten og barnehagemyndigheten har valgt ut barnehager som skal få gjennomført tilsyn ved at de har sett på hvilke barnehager som har stått lengst uten regodkjenning.

I tillegg til de tre felles planlagte tilsynene har barnehagemyndigheten i 2022 gjennomført to uvarslede befaringer knyttet til godkjenning av barnehager og en befaring av et uteområde etter ønske fra barnehageeier. I sistnevnte befarings deltok også helsemyndigheten med innspill, og befaringsen resulterte i midlertidig stenging av uteområdet. Helsemyndigheten har videre gjennomført befarings knyttet til helseverngodkjenning i to barnehager og det blir vist til at barnehagemyndigheten har kommet med innspill til disse befaringsene. I forbindelse med verifisering av rapporten blir det vist til at barnehagemyndigheten sammen med helsemyndigheten også har godkjent utvidelse av en barnehage i 2022, og at barnehagens uteområde også ble vurdert. Denne godkjenningen er ikke del av revisjonens stikkprøvekontroll.

Risikovurdering

Det er utarbeidet en risikovurdering for tilsyn 2020-2023¹⁴ knyttet til **tilsynsfrekvens** for miljørettet helsevern for Rana kommune. Det fremgår i dette dokumentet at kommunen har utarbeidet dokumentet *Oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer, og Helhetlig ROS for Rana kommune* (2018), og at dette er bakgrunnen for risikovurderingen..

Risikovurderingen gjennomgår flere tilsynsobjekter, vurderer risiko (sannsynlighet for og konsekvens av ulike hendelser/tilstand) og plasserer deretter tilsynsobjektet innenfor tilsynsklasse/tilsynsfrekvens ut fra vurdert risikonivå. Det blir vist til at risikovurderingen angir en tilsynsfrekvens på hvert 4.-6. år for barnehager, mens føringer fra Helsedirektoratet gjør at kommunen etterstreber å føre tilsyn med barnehagene hvert 3. år.

Tabell 3: Risikoklasse og tilsynsfrekvens (Kilde: Rana kommune)

Risikoklasse	Risiko	Tilsynsklasse	Tilsynsfrekvens
Rød	6-9	1	2.-3. år
Gul	3-4	2	4.-6. år
Grønn	1-2	3	Ved behov

Kommunens overordnede risikovurdering for miljørettet helsevern i barnehager fremgår av tabellen under.

¹¹ Gjennomgang av godkjenninger av barnehagene i Rana kommune – et samarbeid mellom barnehagemyndigheten og helseavdelingen. Utkast. Ikke datert. Det fremgår ikke hvilket politisk utvalg eller organ som skal/skulle behandle dette saksfremlegget.

¹² «Et hendelsesbasert tilsyn er tilsyn som reaksjon på en konkret hendelse. Opplysninger om hendelsen kan komme fra forskjellige kilder, eksempelvis: klager, lokalaviser, bekymringsmeldinger mv.». Helsedirektoratet. Veileder for kommunens tilsyn med miljørettet helsevern. Regelverk, metodikk og saksbehandling. Utgitt mai 2016.

¹³ «Et planlagt tilsyn er en planlagt og koordinert aktivitet, oftest varslet». Helsedirektoratet. Veileder for kommunens tilsyn med miljørettet helsevern. Regelverk, metodikk og saksbehandling. Utgitt mai 2016.

¹⁴ Rana kommune. Risikovurdering for tilsyn 2020-2023. Grunnlag for tilsynsprogram miljørettet helsevern 2020-2023.

Tabell 4: Risikovurdering miljørettet helsevern, barnehager (Kilde: Rana kommune)

Bransjer/uønsket tilstand eller hendelse	Sannsynlighet	Konsekvens	Produkt
Barnehager			
Mangelfull tilrettelegging for funksjonshemmede	1	2	2
Dårlig tilrettelagt for måltider (vet for lite, følger ikke Hdir's retningslinjer)	1	2	2
Psykososiale forhold	2	2	4
Mangelfullt renhold	2	2	4
Mangelfull beredskap og risikovurdering	1	3	3
Mangelfullt førstehjelpsutstyr og kompetanse	2	2	4
Overføring av smittsomme sykdommer	2	2	4
Dårlig inneklima	2	2	4
Høyt radonnivå	1	1	1
Dårlig lysforhold	1	2	2
Støy fra tekniske installasjoner, akustikk, uteområdet	2	2	4
Dårlig sanitære forhold	2	2	4
Mangelfull avfallshåndtering	1	2	2
Dårlige stelle- og toalettforhold	2	1	2
Lite tilrettelagt for fysisk aktivitet	1	2	2
Dårlig utendørs luftkvalitet (svevestøv)	3	2	6
Kommentar om barnehager: Barnehager regnes som virksomheter med en sårbar gruppe (mindreårige barn), de er prisgitt den tjenesten og de miljøforholdene som barnehageeier leverer og kan i liten grad velge selv hva gjelder eksponering for miljøfaktorer i barnehagen. I Rana får barnehagene miljørettet helsevern-tilsyn hvert 3. år. Tilsynet utføres i samarbeid med den lokale barnehagemyndigheten.	Lovverk: Forskrift om miljørettet helsevern i barnehager og skoler	Tilsynsklasse: 2	Tilsynsfrekvens: Hvert 4.-6. år

Det fremgår i intervju at helsemyndigheten i forkant av tilsyn som blir gjennomført i 2022, har gjennomgått forrige godkjenning fra helsemyndigheten og utfra dette har satt opp noen områder (i henhold til forskriften) som man mener det vil være nødvendig å gjennomgå. Revisjonen har etterspurt, men ikke mottatt opplysninger om at det er etablert system, rutiner, maler eller lignende for at helsemyndigheten gjennomfører jevnlig risikovurderinger knyttet til miljørettet helsevern i barnehagene i kommunen. I forbindelse med verifiseringen av rapporten blir det påpekt at det ikke er praksis at miljørettet helsevern utarbeider egne ROS-analyser utover det barnehagene selv har plikt til å utarbeide. Det er utarbeidet mal for ROS-analyser knyttet til miljørettet helsevern som skal gjennomføres i barnehagene, og revisjonen har mottatt denne malen.

Rana kommune ved **barnehagemyndigheten** har utarbeidet risikodiagram for barnehagesektoren i Rana kommune innen tema *brukerperspektiv og barnets beste*. Det er videre etablert *plan for veiledning og tilsyn med barnehager*¹⁵, der det fremgår at barnehagemyndigheten i forkant av et tilsyn skal ha gjennomført en risikovurdering. Risikovurderinger blir i planen definert som «løpende vurderinger av sannsynlighet for og konsekvensen av brudd på barnehageeiers plikter i barnehageloven». Det fremgår videre at barnehagemyndigheten gjennomfører årlig risikovurdering i januar/februar, og at risikovurderingen bygger på opplysninger fra barnehagen (årsplan, årsmelding, vedtekter, etc.), samt for eksempel klager til barnehagemyndigheten på forhold i barnehagen eller medieoppslag. Planen viser videre til at barnehagemyndigheten også gjennomfører fortløpende risikovurderinger, for eksempel knyttet til enkelthendelser som kan oppstå i løpet av året.

Barnehagemyndigheten har også utarbeidet dokumentet *risikovurderinger og tiltaksplan 2023*, der det fremgår at risikovurderinger følger Rana kommunes fremgangsmåte etter rutine i kvalitetsportalen og barnehagemyndighetens rutine for veiledning, tilsyn og godkjenning. Det er vider lagt inn et skjema/mal for risikovurdering og lagt inn utfylt tabell med tiltaksplan 2023 – 2025 og planlagte stedlige/skriftlige tilsyn 2023-

¹⁵ Rana kommune. Plan for veiledning og tilsyn med barnehager. Ikke datert.

2024. Det fremgår av tilsendt dokumentasjon at barnehagemyndigheten har dokumentert risikovurdering i ett av de tre felles planlagte tilsynene barnehagemyndigheten gjennomførte sammen med helsemyndigheten i 2022.

5.3.2 Vurdering

Revisjonen vurderer at kommunens tilsynsvirksomhet i barnehagene ikke har vært regelmessig de siste årene. Undersøkelsen viser at det er gjennomført tre varslede tilsyn fra helsemyndigheten, sammen med barnehagemyndigheten i 2022, og at forrige varslede tilsyn fra begge tilsynsmyndigheter ble gjennomført i 2017. Dette er ikke i henhold til Helsedirektoratets anbefalinger om å føre tilsyn med barnehager hvert 3. år.

Revisjonen vurderer at Rana kommune har etablert risikovurderinger for tilsynsfrekvens innen miljørettet helsevern, at det er gjort en vurdering av helseisiko og at risikovurderingen bygger på kunnskap om folkehelseutfordringer i kommunen¹⁶. Revisjonen vurderer samtidig at helsemyndigheten ikke arbeider kontinuerlig med vurderinger av risiko knyttet til miljørettet helsevern i barnehagene. Undersøkelsen viser at det er gjort noen vurderinger i forkant av tilsyn av miljørettet helsevern i barnehagene i 2022 (hvor lenge det er siden sist godkjenning), men dette er ikke dokumentert. Det er heller ikke etablert system eller rutiner for å sikre at helsemyndigheten jevnlig eller ved hendelser e.l. registrerer risikomoment i barnehager og eventuelt benytter dette inn i risikovurdering. Revisjonen vil påpeke at kommunen ved tilsynsmyndigheten innen miljørettet helsevern skal følge med forhold som kan tilsa at miljøet i barnehager er uforsvarlig, og de skal følge med ut fra en risikovurdering.¹⁷

5.4 Dokumentering av tilsyn

5.4.1 Datagrunnlag

Som nevnt i avsnitt 5.3.1, har helsemyndigheten og barnehagemyndigheten gjennomført varslede tilsyn sammen i 2022, og tema for tilsynene var godkjenning av ute- og inneareal. Kommunen viser til at **barnehagemyndigheten** har etablert rutiner og maler som skal sikre tilstrekkelig dokumentering av gjennomførte tilsyn. Det er blant annet utarbeidet maler for foreløpig tilsynsrapport, varsel om skriftlig tilsyn og endelig tilsynsrapport med pålegg, og det er etablert plan for veiledning og tilsyn med barnehager¹⁸ som blant annet inneholder rutiner og krav for gjennomføring av ulike typer tilsyn etter barnehageloven.

Kommunen viser til at helsemyndigheten følger forskrift om miljørettet helsevern i sine tilsyn, og at veilederen til forskriften¹⁹ benyttes ved tilsyn. Det er videre utarbeidet en intervjuguide og en sjekkliste²⁰ som kan benyttes av helsemyndigheten ved godkjenning og tilsyn i barnehager.

Det fremgår av tilsendt dokumentasjon at det er barnehagemyndigheten som på vegne av begge myndighetene sender **varsel om tilsyn** til de aktuelle barnehagene. Revisjonen har i forbindelse med stikkprøvekontroll gjennomgått de utsendte varslene om tilsyn i 2022, og samtlige varsel viser til hjemmel for tilsynet²¹ og at bakgrunnen for tilsynet er at de to lokale tilsynsmyndighetene skal gjennomgå alle godkjenninger som er gjort av barnehagene i Rana. Videre fremgår tema (i form av lovparagrafer) og hensikt for tilsynet, dato og tidspunkt, hvem som bør møte fra virksomheten og hva som vil være agenda for tilsynet. Varselet viser videre til navn og kontaktinformasjon for de tre deltakerne fra henholdsvis barnehagemyndigheten og helsemyndigheten. Det blir videre bedt om oversending av en del dokumentasjon, og det er satt frist for denne oversendelsen.

Det fremgår ikke av tilsendt dokumentasjon at det blir dokumentert **uavhengighet og likebehandling** i tilsynene som er gjennomført. Barnehagemyndigheten viser til at de ikke gjennomfører habilitetssjekk av personene som har deltatt i tilsyn for barnehagemyndigheten, men det blir påpekt at de to medarbeiderne som arbeider med tilsyn ikke har nære knytninger til noen av de som jobber i barnehagene i Rana kommune som vil kunne skape spørsmål rundt habilitet. Det blir videre påpekt at de to medarbeiderne verken direkte eller indirekte er inhabile til å føre tilsyn ved noen av kommunens barnehager, og at de heller ikke har oppgaver som er knyttet til kommunal barnehageeier som vil kunne sette deres habilitet i tvil.²²

¹⁶ I samsvar med krav til dette i folkehelseloven § 9 (spesifisert i lovkommentar)

¹⁷ Helsedirektoratet. Veileder for kommunens tilsyn med miljørettet helsevern. Regelverk, metodikk og saksbehandling. Mai 2016.

¹⁸ Rana kommune. Plan for veiledning og tilsyn med barnehager. Ikke datert.

¹⁹ Helsedirektoratet. Miljø og helse i barnehagen. Veileder til forskrift om miljørettet helsevern i barnehager og skoler. IS-2072. Utgitt mars 2014.

²⁰ Rana kommune. Godkjenning og tilsyn barnehager. Ikke datert.

²¹ Hjemlet i forskrift om miljørettet helsevern i barnehager og skoler § 25, jf. folkehelseloven § 9, og med hjemmel i barnehageloven § 53

²² E-post 06.01.2023.

Barnehagemyndigheten og helsemyndigheten sender separate rapporter etter tilsyn og ev. **foreløpige rapporter med varsel om pålegg**. Barnehagemyndigheten har i to av de tre felles tilsynene som er gjennomgått sendt foreløpig rapport til barnehagen det er gjennomført tilsyn med; i en av de to foreløpige rapportene blir det pekt på funn av avvik, mens i den andre foreløpige rapporten viser ikke barnehagemyndigheten til avvik. I det tredje tilsynet avdekket ikke barnehagemyndigheten avvik, og det er ikke utarbeidet foreløpig rapport.

I ett av de tre tilsynene som er gjennomført, påpeker helsemyndigheten avdekkede *avvik*. I de to andre tilsynene har helsemyndigheten *merknader* til barnehagene etter tilsynet.²³ Rapportene etter tilsyn fra helsemyndigheten forklarer ikke hva som undersøkt opp mot lovparagrafene som er tema for tilsyn, det er heller ikke forklart hvilke rettslige krav som ligger til paragrafene, hvilke vurderinger som er gjort mv. Det er heller ikke lagt inn utfyllende beskrivelser av observasjoner og vurderinger i rapportene, og det er i rapportene tilsynelatende likelydende observasjoner som er vurdert ulikt. Eksempelvis er det i én endelig rapport lagt inn *merknad* om at det bør monteres barnesikring på noen av stikkontaktene, mens i et annet tilsyn blir det påpekt *avvik* på samme tema med manglende barnesikring på noen kontakter. Verken merknader eller avvik er begrunnet i rapportene.

5.4.2 Vurdering

Revisjonen vurderer at Rana kommune ikke i tilstrekkelig grad dokumenterer tilsyn som er gjennomført. Undersøkelsen viser blant annet at det ikke blir dokumentert uavhengighet i tilsynene som er gjennomført, noe som ikke er i samsvar med krav i folkehelseloven § 30, andre ledd, som sier at uavhengighet i tilsyn skal dokumenteres.

Revisjonen vurderer videre at tilsyn utført av helsemyndigheten ikke i tilstrekkelig grad opplyser om observasjoner og vurderinger i forbindelse med gjennomførte tilsyn og eventuelle påfølgende påviste mangler og avvik. Revisjonen vil understreke at kommunen i henhold til krav i forvaltningsloven skal sikre at saker er så godt opplyst som mulig før vedtak treffes.

5.5 Iverksetting av tiltak for å rette opp identifiserte mangler

5.5.1 Datagrunnlag

Ved gjennomgang av utførte tilsyn, fremgår det at begge de lokale tilsynsmyndighetene i foreløpig rapport setter frist for oppfølging fra barnehagen på påpekte avvik. Det blir videre utarbeidet endelig rapport etter at barnehagen har hatt mulighet til å uttale seg om eventuell foreløpig rapport. Det fremgår videre at det blir fulgt opp at påpekte avvik blir lukket, og i tilfellene der barnehagene påviser at avvik er lukket, blir det sendt ut et skriv fra tilsynsmyndighetene angående avslutning av tilsyn til barnehagen.

Det blir påpekt avvik i en av de tre barnehagene der det ble gjennomført felles tilsyn fra de lokale tilsynsmyndighetene i 2022. Barnehagemyndigheten påpekte flere avvik etter tilsynet, og setter krav om at barnehagens arealer, også uteområder, må omsøkes og godkjennes på nytt. Det fremgår av tilsendt korrespondanse mellom kommunen og aktuelle barnehageeier at påbud om tiltak ikke per januar 2023 er fulgt opp av barnehageeier. Barnehagemyndigheten har etterlyst tilbakemelding og ny søknad fra den aktuelle barnehageeieren ved flere anledninger, og det fremgår at barnehagemyndighet skulle følge dette opp videre i januar 2023. Helsemyndigheten påpeker ett avvik og har to merknader, men alle tre omhandler forhold inne i barnehagebygget og ikke i uteområdet.²⁴

5.5.2 Vurdering

Revisjonen vurderer at lokale tilsynsmyndigheter i Rana kommune følger opp at det blir satt i verk tiltak for å rette opp identifiserte mangler eller risiko i barnehagene i kommunen.

²³ «Kun manglende etterlevelse av krav fastsatt i i lov eller forskrift skal benevnes som avvik, annet er merknader». Helsedirektoratet. Veileder for kommunens tilsyn med miljørettet helsevern. Regelverk, metodikk og saksbehandling. Utgitt mai 2016.

²⁴ Påpekt avvik er lukket og tilsynet fra helsemyndigheten er lukket.

6 Konklusjon og anbefalinger

Forvaltningsrevisjonen viser at Rana kommune har oversikt over godkjenningsstatus for barnehagene i kommunen og at det er etablert system som skal sikre rapportering av behov for oppfølging av barnehagenes lekeapparater og fysiske utemiljø. Det er videre etablert risikovurderinger for tilsynsfrekvens av miljørettet helsevern i ulike virksomheter, og undersøkelsen viser at barnehagemyndigheten og helsemyndigheten følger opp at det blir satt i verk tiltak for å rette opp identifiserte mangler eller risiko i barnehagene i kommunen.

Samtidig viser undersøkelsen at det er flere forhold knyttet til kontroll og tilsyn av uteområder i barnehager i Rana kommune som ikke er tilfredsstillende:

- Det er ikke etablert tilstrekkelig system og rutiner som skal sikre at de kommunale barnehagene melder fra dersom det blir gjort endringer i uteområdene som krever ny godkjenning. Barnehagene plikter å søke om godkjenning både ved etablering av barnehage og dersom det gjøres endringer av et visst omfang i allerede godkjente barnehager. Det er barnehageeier som skal sikre at det er systematisk internkontroll i barnehagene, og under dette påse at det er etablert nødvendige rutiner og prosedyrer.
- Revisjonen stiller spørsmål ved om den årlige kontrollen fanger opp alle relevante risikoområder i barnehagenes uteområder, og påpeker videre at det ikke blir tilstrekkelig tydelig formidlet hvilke mangler og avvik som blir avdekket gjennom den årlige kontrollen.
- Rana kommune har ikke etablert en tilstrekkelig tydelig fordeling av ansvar og oppgaver når det gjelder kontroll og tilsyn med uteareal i barnehagene i kommunen. Det er ikke etablert virksomhetsbeskrivelser, retningslinjer eller lignende som beskriver ansvars- og oppgavedelingen på området, og undersøkelsen viser at det for de involverte aktørene heller ikke er tilstrekkelig tydelig hvilke oppgaver som ligger til de ulike aktørene når det gjelder kontroll og tilsyn med barnehagenes uteareal, og da særskilt fordeling av oppgaver mellom kommunen som barnehageeier og Rana Byggdrift og mellom avdeling bydrift og Rana Byggdrift.
- Det er ikke etablert tilstrekkelig rutiner og retningslinjer som sikrer at barnehagene jevnlig kartlegger risiko i barnehagenes uteområder. Det fremgår av undersøkelsen at ikke alle barnehagene har etablert rutiner eller har plassert tydelig ansvar for kartlegging av risiko i uteareal som benyttes av barnehagen, og det fremgår videre at det varierer om barnehagene gjennomfører risikoanalyser. Kommunen som barnehageeier skal ha internkontroll med barnehagene og blant annet sikre at det er etablert nødvendige rutiner og prosedyrer, samt følge opp at avvik og risiko for avvik blir fulgt opp.
- Rana kommunes tilsynsvirksomhet av uteområder i barnehagene har ikke vært regelmessig de siste årene. Dette er ikke i henhold til Helsedirektoratets anbefalinger om å føre tilsyn med barnehager hvert 3. år.
- Det blir ikke arbeidet kontinuerlig med vurderinger av risiko i barnehagene når det gjelder miljørettet helsevern. Det er ikke etablert system eller rutiner for å sikre at helsemyndigheten jevnlig eller ved hendelser e.l. registrerer risikomoment i barnehager og eventuelt benytter dette inn i risikovurdering. Kommunen ved tilsynsmyndigheten innen miljørettet helsevern skal følge med forhold som kan tilsi at miljøet i barnehager er uforsvarlig, og de skal følge med ut fra en risikovurdering.²⁵
- Rana kommune dokumenterer ikke i tilstrekkelig grad tilsyn som er gjennomført. Undersøkelsen viser blant annet at det ikke blir dokumentert uavhengighet i tilsynene som er gjennomført, noe som ikke er i samsvar med krav i folkehelseoven § 30, andre ledd, som sier at uavhengighet i tilsyn skal dokumenteres. Tilsyn utført av helsemyndigheten opplyser ikke i tilstrekkelig grad om observasjoner og vurderinger i forbindelse med gjennomførte tilsyn og eventuelle påfølgende påviste mangler og avvik. Kommunen skal, i henhold til krav i forvaltningsloven, sikre at saker er så godt opplyst som mulig før vedtak treffes.

²⁵ Helsedirektoratet. Veileder for kommunens tilsyn med miljørettet helsevern. Regelverk, metodikk og saksbehandling. Mai 2016.

Basert på det som kommer frem i undersøkelsen anbefaler revisjonen at Rana kommune setter i verk følgende tiltak:

1. Sikrer at det er etablert tilstrekkelig system og rutiner for de kommunale barnehagene, herunder:
 - a) system og rutiner som sikrer at barnehagene søker om godkjenning når dette er påkrevd etter regelverket.
 - b) rutiner og retningslinjer som sikrer at barnehagene jevnlig kartlegger risiko i barnehagenes uteområder, inkludert når barnehagen skal på tur med barn utenfor barnehagens områder.
2. Sikrer at roller og ansvar når det gjelder bl.a. kontroll og vedlikehold av uteområder og lekeapparat i barnehagene er tydeliggjort for alle involverte parter.
3. Etablerer tilstrekkelig retningslinjer og rutiner for årlig kontroll av uteområder og lekeapparat i barnehagene, for å sikre at
 - a) den årlige kontrollen fanger opp alle relevante risikoområder i barnehagenes uteområder,
 - b) eventuelle avvik og mangler som blir avdekket blir tydelig formidlet til aktør med ansvar for drift og vedlikehold.
4. Dokumenterer uavhengighet i tilsynene som er gjennomført, i samsvar med krav til dette i regelverket.
5. Når det gjelder tilsyn knyttet til miljørettet helsevern i barnehagenes uteområder:
 - a) sikrer at det blir gjennomført regelmessige tilsyn.
 - b) sikrer at tilsynsmyndigheten ut fra en risikovurdering kontinuerlig følger med forhold som kan tilsi at utemiljøet i barnehager er uforsvarlig.
 - c) sikrer at tilsynssaker er så godt opplyst som mulig før vedtak treffes.

Vedlegg 1: Høringsuttalelse

Rådmannens uttalelse

Rana kommune viser til utarbeidet forvaltningsrevisjonsrapport om barnehagenes uteområder av mars 2023.

Rådmannen mener rapporten gir et riktig bilde av situasjonen. Rapporten kunne skilt tydeligere på hva som er avvik i henhold til lov, forskrift og veiledere, og hvor revisjonen mener kommunen har forbedringspotensiale.

Rana kommune tar forvaltningsrevisjonsrapporten til etterretning.

Vedlegg 2: Revisjonskriterier

Internkontroll

§ 13-1 i kommuneloven omtaler kommunedirektørens oppgaver og myndighet.

Her står det at kommunedirektøren skal lede den samlede kommunale administrasjonen, med de unntak som følger av lov, og innenfor de instruksjer, retningslinjer eller pålegg kommunestyret gir.

Det står videre i § 25-1 at kommunedirektøren har ansvar for internkontrollen i kommunen og at internkontrollen skal være systematisk og tilpasset virksomhetens størrelse, egenart, aktiviteter og risikoforhold. Ved internkontroll etter § 25-1 skal kommunedirektøren:

- a) utarbeide en beskrivelse av virksomhetens hovedoppgaver, mål og organisering
- b) ha nødvendige rutiner og prosedyrer
- c) avdekke og følge opp avvik og risiko for avvik
- d) dokumentere internkontrollen i den formen og det omfanget som er nødvendig
- e) evaluere og ved behov forbedre skriftlige prosedyrer og andre tiltak for internkontroll

Kravet til internkontroll i folkehelseloven § 30 innebærer at kommunen **må ha klar fordeling av ansvar, oppgaver og myndighet**. Kommunen kan delegere oppgaver og myndighet innenfor miljørettet helsevern internt i kommunen, til en vertskommune eller til et interkommunalt selskap (IKS), etter de alminnelige reglene om delegering i kommuneloven, jf. folkehelselova § 9 første ledd andre punktum.

Forskrift om miljørettet helsevern i barnehager og skoler mv. har som formål å bidra til at miljøet i bl.a. barnehager fremmer helse, trivsel, gode sosiale og miljømessige forhold, samt forebygger sykdom og skade.

Det fremgår av forskriftens § 4 at

Leder av virksomheten har ansvar for å påse at bestemmelsene i eller i medhold av denne forskrift overholdes, og skal rette seg etter de pålegg som kommunen til enhver tid gir.

Virksomhetens eier skal påse at det er etablert et internkontrollsystem

§ 13 i forskriften setter videre krav til at uteområdet skal vedlikeholdes etter behov.

Krav til barnehagens uteareal

Barnehageloven setter i § 2, andre ledd, krav til at barnehagen skal gi barn muligheter for lek, livsutfoldelse og meningsfylte opplevelser og aktiviteter. I forskrift om rammeplan for barnehagens innhold og oppgaver understrekes barnehagens ansvar for å legge til rette for gode lekeareal:

Leken skal ha en sentral plass i barnehagen, og lekens egenverdi skal anerkjennes. Barnehagen skal gi gode vilkår for lek, vennskap og barnas egen kultur. Leken skal være en arena for barnas utvikling og læring, og for sosial og språklig samhandling. Barnehagen skal inspirere til og gi rom for ulike typer lek både ute og inne. Barnehagen skal bidra til at alle barn kan oppleve glede, humor, spenning og engasjement gjennom lek - alene og sammen med andre.

Barnehagemyndigheten er ansvarlig for at barnehagene er godkjente etter barnehageloven § 14. I Utdanningsdirektoratets veileder til **godkjenning av barnehager**²⁶ fremgår det at kommunen i vurdering av ordinære barnehager skal vurdere om barnehagen er egnet ut fra kravene i barnehageloven. Det innebærer blant annet at barnehagen skal være en pedagogisk virksomhet som skal gi barna gode utviklings- og aktivitetsmuligheter, noe som medfører krav til utforming, innhold og bemanning. Det står videre at dette vil innebære at kommunen blant annet skal:

- vurdere om barnehagens fysiske rammer, altså lokaler, inventar og uteområder, er egnet for barnehagedrift
- skal fastsette barnas innendørs leke- og oppholdsareal

²⁶ Utdanningsdirektoratet. Godkjenning av barnehager. Sist endret: 10.11.2015.

Veilederen peker videre på at **barnehageeier** skal fastsette antall kvadratmeter per barn med utgangspunkt i *arealnormen*²⁷. Arealnormen setter krav til at utearealet i barnehagen bør være om lag seks ganger så stort som leke- og oppholdsarealet inne. Arealnormen er veiledende, noe som betyr at kommunen kan godkjenne en barnehage med et annet areal enn normen, etter en konkret vurdering.

Det fremgår av § 16 i forskrift om sikkerhet ved lekeplassutstyr at det er den som anskaffer eller eier lekeplassutstyr som er ansvarlig for jevnlig ettersyn og nødvendig vedlikehold, slik at utstyrets sikkerhetsegenskaper opprettholdes. Det blir i Utdanningsdirektoratets veileder for utforming av barnehagens utearealer påpekt at dette ansvaret likeledes gjelder for montering, ettersyn og vedlikehold.

Det fremgår videre av veilederen at de viktigste kravene til sikkerhet omhandler:

- **Fallunderlag:** Lekeplassutstyr skal være utformet, konstruert og plassert slik at risikoen for at brukere eller tredjepart skades på grunn av fall fra utstyret, er redusert til et minimum.
- **Farlige åpninger/vinkler:** Krav til utforming, konstruksjon og plassering av lekeplassutstyr skal forhindre kvelningsulykker.
- **Materialer/kjemiske egenskaper:** Lekeplassutstyr skal ikke inneholde, avgi eller danne stoffer og produkter som er klassifisert som helsefarlige i en slik konsentrasjon eller form at de kan medføre helsefare for barn eller tredjepart.
- **Sikkerhetssoner:** Det skal være sikkerhetssoner rundt hvert lekeplassutstyr. Sikkerhetssonen fastsettes særskilt for det enkelte utstyr.
- **Risiko:** Utvalget av lekeutstyr skal være tilpasset barnas mestringsnivå på de ulike alderstrinn. Utstyret skal utformes slik at voksne kan hjelpe når det trengs
- **Produkt/leverandør:** Lekeplassutstyret skal ved markedsføring og salg være merket med navn og adresse til norsk produsent eller importør og en produktveiledning (plassering, fundamentering, sikkerhetssoner, fallunderlag og vedlikehold) skal følge med
- **Vedlikehold:** Den som anskaffer eller eier lekeplassutstyr, er ansvarlig for jevnlig ettersyn og nødvendig vedlikehold slik at utstyrets sikkerhetsegenskaper opprettholdes.

Det fremgår videre at Norsk Standard 1176 og 1177 er retningsgivende for sikkerhet på lekeplassen, og at de således skal være veiledende for de ansvarlige for vedlikehold og ettersyn.

Kommunens tilsynsansvar

Kommunen skal føre tilsyn med at krav i forskrift om miljørettet helsevern i barnehager og skoler mv. overholdes, og kan bruke virkemidler som gransking, retting, stansing og tvangsmulkt (jf. kap. 3 om miljørettet helsevern i folkehelseloven og §§ 25-26 i forskrift om miljørettet helsevern i barnehager og skoler mv.)

Folkehelseloven § 9, andre ledd, setter krav til at kommunens tilsyn med virksomhet og eiendom skal dokumenteres særskilt, også uavhengighet og likebehandling i tilsynet. Kommunen må organisere seg slik at de personene eller enheten som fører tilsyn med miljørettet helsevern, er tilstrekkelig uavhengige av underliggende virksomheter som det skal føres tilsyn med, og kommunen må dokumentere at tilsynet er uavhengig.

Tilsynsansvaret i kommunen innebærer, etter folkehelseloven § 9, å ha oversikt over godkjenningspliktige barnehager i kommunen, og å følger opp forhold som kan tilsi at miljøet kan være uforsvarlig. Det fremgår videre at tilsynsvirksomheten skal baseres på en **risikovurdering**.

Kommunen må følge opp forhold som kan innebære at miljøet i barnehager er uforsvarlig og skal føre regelmessig tilsyn med barnehagene ut fra risikovurderinger. I § 4, andre ledd, i forskrift om miljørettet helsevern, blir det presisert at kommunen skal prioritere sin tilsynsvirksomhet etter en vurdering av helserisiko.

Forvaltningslovens § 17 setter krav til kommunens **utrednings- og informasjonsplikt**. Det fremgår av § 17, første ledd, at forvaltningsorgan skal påse at saker er så godt opplyst som mulig før vedtak treffes. Metodene kommunen benytter ved tilsyn av miljørettet helsevern må gi et tilstrekkelig faktagrunnlag til å sikre forsvarlig saksbehandling og for å kunne konkludere. Når kommunen konkluderer med pålegg, må også utredningsplikten etterleves.

Når kommunen har ført tilsyn med en barnehage, skal tilsynet, uavhengig av utfall, avsluttes (jf. § 11 a, første ledd i forvaltningsloven). Kravet til internkontroll i folkehelseloven § 30 innebærer at kommunen systematisk må følge opp hvert enkelt tilsyn og alle tilsyn som ikke er avsluttet. Kommunen skal ha oversikt over frister, rutiner for

²⁷ Arealnormen er gitt i rundskriv F-08-06 fra Kunnskapsdepartementet.

purring og ha en plan for videre oppfølging. Folkehelseloven §§ 13 – 16 går nærmere inn på krav til fremgangsmåte ved gransking, retting, tvangsmulkt og stansing.

Kommunale styringsdokument og vedtak

I Rana kommunes vedtekter for de kommunale barnehagene fremgår det krav om at

De kommunale barnehagene har rutiner og prosedyrer som skal sikre etterlevelse av kravene i forskrift om miljørettet helsevern i skoler og barnehager. Oppdatert dokumentasjon over internkontrollsystemet skal være tilgjengelig i hver barnehage. Barnehagene skal drives i samsvar med gjeldende regelverk og rutiner for helse, miljø og sikkerhet som Rana kommune til enhver tid fastsetter.

Vedlegg 3: Sentrale dokumenter og litteratur

Lov og forskrift

- Kommunal- og moderniseringsdepartementet: Lov om kommuner og fylkeskommuner (kommuneloven). LOV-2018-06-22-83
- Kunnskapsdepartementet: Lov om barnehager (barnehageloven). LOV-2005-06-17-64
- Helse- og omsorgsdepartementet: Lov om folkehelsearbeid (folkehelseloven). LOV-2011-06-24-29
- Justis- og beredskapsdepartementet: Lov om behandlingsmåten i forvaltningssaker (forvaltningsloven). LOV-1967-02-10
- Helse- og omsorgsdepartementet: Forskrift om miljørettet helsevern i barnehager og skoler m.v. FOR-1995-12-01-928
- Arbeids- og inkluderingsdepartementet: Forskrift om systematisk helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid i virksomheter (Internkontrollforskriften). FOR-1996-12-06-1127
- Justis- og beredskapsdepartementet: Forskrift om sikkerhet ved lekeplassutstyr. FOR-1996-07-19-703

Forarbeider, rundskriv, veiledere mv.

- Helsedirektoratet: *Miljø og helse i barnehagen, Veileder til forskrift om miljørettet helsevern i barnehager og skoler*. Veileder. Utgitt 03.2014.
- Helsedirektoratet. Veileder for kommunens tilsyn med miljørettet helsevern. Regelverk, metodikk og saksbehandling. Utgitt i mai 2016. Publikasjonsnummer IS-2288
- Utdanningsdirektoratet. Godkjenning av barnehager. Veileder. Sist endret 10.11.2015
- Kunnskapsdepartementet. Veileder for utforming av barnehagens uteareal. 2006.
- Utdanningsdirektoratet: *Skolemiljø UDIR-3-2017*. Rundskriv. Sist endra 20.12.2017

Dokumenter fra kommunen

- Rana kommune. Budsjett 2023. Økonomiplan 2023-2026. Kommunestyrets vedtak 14. desember 2022.
- Rana kommune. Risikovurdering for tilsyn 2020-2023. Grunnlag for tilsynsprogram miljørettet helsevern 2020-2023.
- Rana kommune. Plan for veiledning og tilsyn med barnehager. Ikke datert.



Deloitte AS and Deloitte Advokatfirma AS are the Norwegian affiliates of Deloitte NSE LLP, a member firm of Deloitte Touche Tohmatsu Limited ("DTTL"), its network of member firms, and their related entities. DTTL and each of its member firms are legally separate and independent entities. DTTL (also referred to as "Deloitte Global") does not provide services to clients. Please see www.deloitte.no for a more detailed description of DTTL and its member firms.

Deloitte Norway conducts business through two legally separate and independent limited liability companies; Deloitte AS, providing audit, consulting, financial advisory and risk management services, and Deloitte Advokatfirma AS, providing tax and legal services.

Deloitte is a leading global provider of audit and assurance, consulting, financial advisory, risk advisory, tax and related services. Our network of member firms in more than 150 countries and territories serves four out of five Fortune Global 500® companies. Learn how Deloitte's 330,000 people make an impact that matters at www.deloitte.no.

© 2023 Deloitte AS

SAKSFREMLEGG

KU-RANA

Ekstraordinært møte 25.04.2023

Sak 021/23 Forvaltningsrevisjonsrapporten «Kontroll og tilsyn med uteområder i barnehagene»

Dokumenter:

- Brev datert 30.03.2023 fra Deloitte AS til KU-sekretariatet med følgende vedlegg
 - Forvaltningsrevisjonsrapporten «Kontroll og tilsyn med uteområder i barnehagene»
- Utkast til behandlingssak til kommunestyret fra kontrollutvalget

Saksorientering:

Med bakgrunn i vedtatt «Plan for forvaltningsrevisjon 2020-2024» ble prosjektplan for forvaltningsrevisjon innen «Kontroll og tilsyn med uteområder i barnehagene» godkjent i KUs møte 26.08.2022 i sak 046/22.

Vedlagt følger rapport fra forvaltningsrevisjonen.

- I rapportens kapittel 1.3 fremgår at oppdraget er utført i samsvar med gjeldende standard for forvaltningsrevisjon (RSK 001).
- De problemstillinger som er lagt til grunn for undersøkelsene, er presentert samlet i rapportens kapittel 1.2 og disse samsvarer med de problemstillinger som KU godkjente ved behandling av prosjektplanen. Resultatet av undersøkelsene til den enkelte problemstilling presenteres og vurderes i rapportens kapitler 3 til 5.
- Rapportens konklusjoner og anbefalinger presenteres i rapportens kapittel 6.
- Rådmannens høringsuttalelse til rapporten er gjengitt i rapportens vedlegg 1. Dette er i henhold til kommunelov § 23-5 der det kreves at rådmannen skal gis anledning til å uttale seg før KU behandler rapporten.

I henhold til forskrift om kontrollutvalg og revisjon § 4 skal KU rapportere til kommunestyret om gjennomførte forvaltningsrevisjoner og resultatet av dem. Med bakgrunn i ovennevnte anbefales at forvaltningsrevisjonsrapporten legges frem for behandling i kommunestyret.

Forvaltningsrevisor fra Deloitte AS er tilstede i møtet pr. Teams.

Det fremgår av rådmannens uttalelse til rapporten at denne kunne skilt tydeligere på hva som er avvik i hht. lov, forskrift og veiledere, og hvor revisjonen mener kommunen har forbedringspotensiale. Forvaltningsrevisor kan kommentere dette i møtet.

I tråd med tidligere praksis, tas det utgangspunkt i at revisor presenterer rapportens hovedmomenter når denne kommer til behandling i kommunestyret.

Innstilling til vedtak:

Kontrollutvalget tar forvaltningsrevisjonsrapporten «Kontroll og tilsyn med uteområder i barnehagene» til orientering, og vedtar å oversende rapporten for behandling i kommunestyret med følgende innstilling til vedtak:

Kommunestyret tar forvaltningsrevisjonsrapporten «Kontroll og tilsyn med uteområder i barnehagene» til orientering og ber rådmannen imøtekomme rapportens anbefalinger

PROTOKOLL FRA EKSTRAORDINÆRT MØTE 25.04.2023

KONTROLLUTVALGET I RANA

Tid: 25.04.2023 kl 08.30-10.00.

Sted: Fjernmøte via Teams

Tilstede: Martin Bråteng (leder)
Atle Hiller (nestleder)
Ingrid Johannessen (medlem)
Kjell Mjelle (medlem)
Unni Johanne Andersen (medlem)

Forfall:

For øvrig møtte:

Kjersti Gjuvslund (forvaltningsrevisor), orienterte i sak 021/23
Knut Soleglad (KU-sekretær)

Martin Bråteng åpnet møtet og innhentet følgende status:

- Innkalling: Godkjent.
- Sakliste: Godkjent.
- Deltakere: 5 av 5 medlemmer deltok, og møtet var beslutningsdyktig.

I møtet ble følgende saker behandlet:

Sak 020/23 Oppf. av KST-vedtak 07/23 (vedr. alternativ organisering av KU-sekretariat)

Møtebehandling:

KU fant ikke behov for å gjøre endringer i sak fra KU til kommunestyret.

Innstilling til vedtak ble godkjent med utfasing av følgende tekst i vedtakets punkt 1: «... - med de endringer som fremkom i møtet - ...».
Vedtaket var enstemmig.

Vedtak:

1. Kontrollutvalget vedtar å oversende sak til kommunestyret med følgende innstilling til vedtak:
 1. Kommunestyret vedtar å slutte seg til fremlagte selskapsavtale med Konsek Trøndelag IKS.
 2. Kommunestyret gir ordfører fullmakt til å signere fremlagte leveranseavtale med Konsek Trøndelag IKS
2. KU-leder og KU-sekretær gis fullmakt til å foreta eventuelle endringer i sak til kommunestyret dersom resultatet av representantskapsmøtet i Konsek Trøndelag IKS den 27.04.2023 skulle kreve dette. Ved behov kalles det inn til fjernmøte i kontrollutvalget med kort varsel.

Sak 021/23 Forvaltningsrevisjonsrapporten «Kontroll og tilsyn med uteområder i barnehagene»

Møtebehandling:

Forvaltningsrevisor gav en gjennomgang av rapportens hovedmomenter.

PROTOKOLL FRA EKSTRAORDINÆRT MØTE 25.04.2023 KONTROLLUTVALGET I RANA

Innstilling til vedtak ble godkjent.
Vedtaket var enstemmig.

Vedtak:

Kontrollutvalget tar forvaltningsrevisjonsrapporten «Kontroll og tilsyn med uteområder i barnehagene» til orientering, og vedtar å oversende rapporten for behandling i kommunestyret med følgende innstilling til vedtak:

Kommunestyret tar forvaltningsrevisjonsrapporten «Kontroll og tilsyn med uteområder i barnehagene» til orientering og ber rådmannen imøtekomme rapportens anbefalinger

Eventuelt **Vedr. formannskapssak 21/23 og kommunestyresak 30/23 vedr. «Integrasjon av havneterminaler og dypvannskai»**

Møtebehandling:

Innstilling til vedtak ble formulert i møtet og godkjent med følgende ordlyd.
«Kontrollutvalget ber rådmannen om skriftlig tilbakemelding på kommunens begrunnelse – med lovhenvvisninger - for at saksdokumentene og vedtak til formannskapssak 21/23 og kommunestyresak 30/23 ikke er offentliggjorte. Kontrollutvalget ber om å få tilsendt alle dokumentene og vedtaket til ovennevnte to saker.»

Vedtaket var enstemmig.

Vedtak:

Kontrollutvalget ber rådmannen om skriftlig tilbakemelding på kommunens begrunnelse – med lovhenvvisninger - for at saksdokumentene og vedtak til formannskapssak 21/23 og kommunestyresak 30/23 ikke er offentliggjorte. Kontrollutvalget ber om å få tilsendt alle dokumentene og vedtaket til ovennevnte to saker.

Martin Bråteng (leder)

Atle Hiller (nestleder)

Ingrid Johannessen (medlem)

Kjell Mjelle (medlem)

Unni Johanne Andersen (medlem)

Kommunedirektørens orientering om kommunens tvang overfor sårbare grupper

Behandles i utvalg

Kontrollutvalget i Rana kommune

Møtedato

10.04.2025

Saknr

11/25

Saksbehandler Kent Røstad

Arkivkode FE-033

Arkivsaknr 23/402 - 12

Forslag til vedtak

Kontrollutvalget tar redegjørelsen til orientering.

Vedlegg

Kommunedirektørens orientering om sårbare grupper

Oversikt over lovverk ved bruk av tvang i helsetjenestene

Rundskriv - Rettssikkerhet ved bruk av tvang og makt overfor enkelte personer med psykisk utviklingshemming

Veileder - Etablering og opphør av tvungent psykisk helsevern kap. 3

Veileder - Helsehjelp til pasienter uten samtykkekompetanse som motsetter seg helsehjelpen mv.

Veileder - Tvangstiltak overfor personer med rusmiddelproblemer

Saksopplysninger

I kontrollutvalgets møte 20. februar 2025 ble det i sak 06/25 - Innspill til kontrollarbeidet, fattet følgende vedtak:

Kontrollutvalget ber kommunedirektøren gi en skriftlig orientering til sekretariatet innen den 27. mars 2025 og en muntlig orientering i kontrollutvalgets møte 10. april 2025 om kommunens bruk av tvang overfor sårbare grupper, og hvordan kommunen sikrer at det er forankret i gyldige vedtak og rutiner.

Kommunedirektøren har i sin skriftlige orientering vist til følgende:

- Bruk av tvang i helse- og mestringstjenestene kan skje etter Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester mm (helse- og omsorgstjenesteloven) kapittel 9 (psykisk utviklingshemming) eller kapittel 10 (rusmiddelavhengige), samt etter Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven) kapittel 4a (demenssykdom).
- Kommunen har i dag aktive tvangsvedtak innenfor de tre områdene, hver med spesifiserte underliggende tvangstiltak. Det kan i tillegg oppstå situasjoner hvor det gjøres tvangsvedtak rett før eller rett etter en hendelse (nødverge). I begge situasjoner skal bruk av tvangstiltak dokumenteres i pasientjournal når de brukes.
- Siden vedtak under kapittel 10 i helse- og omsorgstjenesteloven i all hovedsak gjøres av Barneverns- og helsenemnda i Nordland, har kommunen i sitt svar konsentrert seg om vedtak etter pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4a og helse og omsorgstjenesteloven kapittel 9, som gjøres av kommunen.
- Bruk av tvang overfor enkeltindivider er inngripende. Det er likevel viktig å påpeke at av og til er tvangstiltak viktige for å få utført helt alminnelig personlig pleie, helse og tilsynsoppgaver som andre innbyggere håndterer selv. Det kan være tannpuss, ernæring, vask og påkledning, men det kan også være langt mer krevende situasjoner.
- Det er derfor viktig å få frem at området «bruk av tvang», er godt regulert i lovverket og at kommunen har rutiner for hvordan de aktuelle kapitlene kan brukes. Det gjøres alltid en faglig vurdering, kvalitetssikring i lederlinjen og man innhenter medisinsk eller juridisk kompetanse når det er nødvendig før et tvangsvedtak fattes.

- Forslag til tvangsvedtak, sendes alltid til Statsforvalteren i Nordland for stadfestelse, før kommunen kan iverksette – med mindre det er dokumenterte behov for å gjøre tiltak allerede før stadfestelsen er gjort.
- Det er mange forhold som skal vurderes og dokumenteres før man gjør et tvangsvedtak. Vurderingene skal ligge i vedtaket.
- Det er forskjell på et vedtak som gjøres på forhånd og er gjeldende over litt tid, og et vedtak som gjøres knyttet til en nødvergesituasjon.
- Kommunen har over mange år hatt nedskrevne rutine for hvordan den skal forholde seg til bruk av tvang. I tillegg skal lovtekst, forskrifter, rundskriv og veileder alltid brukes når man gjør et tvangsvedtak, og man skal søke medisinsk eller juridisk bistand når det er behov for det. Rutiner, lov og forskrift er gjort kjent i tjenesten for de som jobber med dette.
- Etter innføringen av kvalitetssystemet EQS, er rutinene tilgjengeliggjort der i tillegg til at det gjøres opplæring og oppfrisking for aktuelle ansatte. Noen rutiner ligger i pasientjournalssystemet fordi det er mer hensiktsmessig.

Når det gjelder den konkrete saken som er foranledningen til kontrollutvalgets spørsmål, så ble det etter tilsyn påpekt at kommunen:

- I visse tilfeller har handlet uten gyldig tvangsvedtak, med bakgrunn i at den tvungne helsehjelpen ikke var detaljert nok beskrevet i vedtaket.
- I visse tilfeller, ikke har gjort og dokumentert tvangsvedtak i pasientjournal etter en nødvergesituasjon.

Statsforvalteren ga pålegg om å oppdatere rutinene for å

- sikre at tvangsvedtak detaljerer den faktiske helsehjelpen som må gis under tvang.
- sikre at det gjøres vedtak om tvang etter en nødvergesituasjon.
- sikre at all bruk av tvang dokumenteres i pasientjournalen når den utføres, eller straks etter.

Avslutningsvis vises det til at rutinene er oppdatert i tett dialog med sykehjemslege, og det er gjort kompetanseheving (internundervisning) på området. Tjenesten følger opp saken videre. Saken er ikke avsluttet fra Statsforvalteren, og kommunen vil følge opp eventuelle henvendelser eller ytterligere pålegg og innspill fra Statsforvalteren. Kommunedirektøren vurderer at kommunen har gode rutiner og god kunnskap, samt sikring av kompetanse på området.

Fagsjef helse og pleie og fagsjef psykisk helse og miljøterapi vil gi en muntlig orientering i kontrollutvalgets møte 10. april 2025.

Vurdering

Den konkrete saken som er utgangspunkt for kontrollutvalgets henvendelse er per dags dato ikke avsluttet fra Statsforvalteren, og kommunen vil følge opp eventuelle henvendelser eller ytterligere pålegg og innspill fra Statsforvalteren. Kommunedirektøren har opplyst at den nevnte tilsynssaken har gitt kommunen nyttige innspill til å ytterligere forbedre rutiner og kompetanse. Kommunen opplever god dialog med Statsforvalteren både i denne saken og i tilsynssaker generelt. Kommunen virker å ha god dialog med faglige eksterne aktører og at det er en økt bevissthet rundt rutiner og regelverk etter sak som som er utgangspunkt for kontrollutvalgets henvendelse.

Konklusjon

Kontrollutvalget skal ikke behandle saker som allerede er til behandling i andre instanser. I dette tilfellet gjelder det Statsforvalteren. Sekretariatet anbefaler derfor at kontrollutvalget tar redegjørelsen til orientering.

Mo i Rana, 24.03.2025

KONSEK TRØNDELAG IKS
Postboks 2564
7735 STEINKJER

Unntatt offentlighet -Offl. § 24 1. ledd

Saksnummer og dokumentnummer
2022/9868-13Avdeling/saksbehandler
HO/1-15258

Deres referansenummer

Skriftlig tilbakemelding KU-sak 06/25

Kontrollutvalget vedtok i sak 06/25 20.2.25 at: «*Kontrollutvalget ber kommunedirektøren gi en skriftlig orientering til sekretariatet innen den 27. mars 2025 og en muntlig orientering i kontrollutvalgets møte 10. april 2025 om kommunens bruk av tvang overfor sårbare grupper, og hvordan kommunen sikrer at det er forankret i gyldige vedtak og rutiner.*» Foranledningen er opplyst å være en sak som var omtalt i Rana Blad 20. januar 2025, hvor Statsforvalteren i Nordland har behandlet en sak fra et av sykehjemmene i Rana.

Bruk av tvang i helse- og mestringstjenestene kan skje etter Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester mm (helse- og omsorgstjenesteloven) kapittel 9 (psykisk utviklingshemming) eller kapittel 10 (rusmiddelavhengige), samt etter Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven) kapittel 4a (demenssykdom). Kommunen har i dag aktive tvangsvedtak innenfor de tre områdene, hver med spesifiserte underliggende tvangstiltak. Det kan i tillegg oppstå situasjoner hvor det gjøres tvangsvedtak rett før eller rett etter en hendelse (nødverge). I begge situasjoner skal bruk av tvangstiltak dokumenteres i pasientjournal når de brukes. Siden vedtak under kapittel 10 i helse- og omsorgstjenesteloven i all hovedsak gjøres av Barneverns- og helsenemnda i Nordland, har vi i vårt svar konsentrert oss om vedtak etter pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4a og helse og omsorgstjenesteloven kapittel 9, som gjøres av kommunen.

Bruk av tvang overfor enkeltindivider er inngripende. Det er likevel viktig å påpeke at av og til er tvangstiltak viktige for å få utført helt alminnelig personlig pleie, helse og tilsynsoppgaver som andre innbyggere håndterer selv. Det kan være tannpuss, ernæring, vask og påkledning, men det kan også være langt mer krevende situasjoner. Derfor er det viktig å få frem at området «bruk av tvang», er godt regulert i lovverket og at kommunen har rutiner for hvordan de aktuelle kapitlene kan brukes. Det gjøres alltid en faglig vurdering, kvalitetssikring i lederlinjen og man innhenter medisinsk eller juridisk kompetanse når det er nødvendig før et tvangsvedtak fattes. Forslag til tvangsvedtak, sendes

alltid til Statsforvalteren i Nordland for stadfestelse, før kommunen kan iverksette – med mindre det er dokumenterte behov for å gjøre tiltak allerede før stadfestelsen er gjort.

Det er mange forhold som skal vurderes og dokumenteres før man gjør et tvangsvedtak. Vurderingene skal ligge i vedtaket. Det er forskjell på et vedtak som gjøres på forhånd og er gjeldende over litt tid, og et vedtak som gjøres knyttet til en nødvergesituasjon (enkeltstående hendelse der og da, hvor for eksempel pleier har måttet gripe inn).

Se vedlegg for overordnet forklaring til bruksområder og hensyn som må tas ved tvangsvedtak ihht. pasient- og brukerettighetsloven kap. 4A helse- og omsorgstjenesteloven kap. 9 eller 10, samt psykisk helsevernloven kap. 3. Veiledere og rundskriv til de aktuelle tvangsbestemmelser utarbeidet av Helsedirektoratet som ligger også vedlagt.

Kommunen har over mange år hatt nedskrevne rutine for hvordan vi skal forholde oss til bruk av tvang. I tillegg skal lovtekst, forskrifter, rundskriv og veileder alltid brukes når man gjør et tvangsvedtak, og man skal søke medisinsk eller juridisk bistand når det er behov for det. Rutiner, lov og forskrift er gjort kjent i tjenesten for de som jobber med dette. Etter innføringen av kvalitetssystemet EQS, er rutinene tilgjengeliggjort der i tillegg til at det gjøres opplæring og oppfrisking for aktuelle ansatte. Noen rutiner ligger i pasientjournalssystemet fordi det er mer hensiktsmessig.

Når det gjelder den konkrete saken som er foranledningen til kontrollutvalgets spørsmål, så ble det etter tilsyn påpekt at kommunen:

- I visse tilfeller har handlet uten gyldig tvangsvedtak, med bakgrunn i at den tvungne helsehjelpen ikke var detaljert nok beskrevet i vedtaket.
- I visse tilfeller, ikke har gjort og dokumentert tvangsvedtak i pasientjournal etter en nødvergesituasjon.

Statsforvalteren gav pålegg om å oppdatere rutinene for å

- sikre at tvangsvedtak detaljerer den faktiske helsehjelpen som må gis under tvang
- sikre at det gjøres vedtak om tvang etter en nødvergesituasjon.
- sikre at all bruk av tvang dokumenteres i pasientjournalen når den utføres, eller straks etter.

I tett dialog med sykehjemslege, er rutinene nå oppdatert og det er gjort kompetanseheving (internundervisning) på området, og tjenesten følger saken opp videre. Saken er ikke avsluttet fra Statsforvalteren enda, og kommunen vil følge opp eventuelle henvendelser eller ytterligere pålegg og innspill fra Statsforvalteren.

Kommunedirektørens vurdering er at kommunen har gode rutiner og god kunnskap om dette området, men at det likevel har vært behov for både presisering av rutiner og ikke minst sikring av

kompetanse på området. Dette er et komplekst og inngripende område, og den nevnte tilsynssaken har gitt oss nyttige innspill til å ytterligere forbedre rutiner og kompetanse. Vi opplever god dialog med Statsforvalteren både i denne saken og i tilsynssaker generelt.

Til møtet i kontrollutvalget den 10. april 2025 møter Anne Lise Solberg fagsjef helse og pleie og Ann-Marit Tverå fagsjef psykisk helse og miljøterapi. Vi ber om tilbakemelding om tid og sted for orienteringen.

Med vennlig hilsen

Sissel Karin Andersen
Kommunaldirektør helse og mestring

Brevet er elektronisk signert og har derfor ikke håndskrevne signaturer.

Vedlegg

- | | | |
|---|---|-----------------------|
| 1 | Oversikt over lovverk ved bruk av tvang i helsetjenestene | Offl. § 24 1.
ledd |
| 2 | Rundskriv - Rettssikkerhet ved bruk av tvang og makt overfor enkelte personer med psykisk utviklingshemming | Offl. § 24 1.
ledd |
| 3 | Veileder - Etablering og opphør av tvungent psykisk helsevern kap. 3 | Offl. § 24 1.
ledd |
| 4 | Veileder - Helsehjelp til pasienter uten samtykkekompetanse som motsetter seg helsehjelpen mv. | Offl. § 24 1.
ledd |
| 5 | Veileder - Tvangstiltak overfor personer med rusmiddelproblemer | Offl. § 24 1.
ledd |

Kopi til:

Oversikten er ikke uttømmende, men gir et oversiktsbilde over de kapitler i helse- og omsorgslovgivningen som brukes i vedtak om tvang. Kommunen forholder seg aktivt til veiledere og rundskriv til de aktuelle tvangshjemler som er gitt av Helsedirektoratet

Lov om pasient og brukerrettigheter

- Lovanvendelse ved bruk av tvang

Kapittel 4A

Anvendes der hvor det er nødvendig med bruk av tvang og makt overfor pasienter for å få gitt nødvendig helsehjelp og pleie:

«§ 4A-4. Gjennomføring av helsehjelpen

Dersom vilkårene i § 4A-3 er oppfylt, kan helsehjelp gjennomføres med tvang eller andre tiltak for å omgå motstand hos pasienten.

Pasienten kan blant annet legges inn ved helseinstitusjon og holdes tilbake der dersom det er nødvendig for å få gjennomført helsehjelpen.

Dersom lovens vilkår er oppfylt, kan videre varslings- og lokaliseringssystemer med tekniske innretninger og bevegelseshindrende tiltak som belter og lignende anvendes.

Helsehjelpen skal vurderes fortløpende og avbrytes straks lovens vilkår ikke lenger er til stede. Det skal særlig legges vekt på om helsehjelpen viser seg å ikke ha ønsket virkning, eller har uforutsette negative virkninger.»

Kapittel 4A gjelder for:

- Kapittel 4A gjelder kun for pasienter som mottar helsehjelp
- Helsehjelp til pasienter uten samtykkekompetanse som motsetter seg helsehjelp mv

Øvrige vilkår for å bruke tvang Kapittel 4A

- om pasienten kan få vesentlig helseskade hvis han eller hun ikke får helsehjelpen.
- om helsehjelpen er nødvendig.
- om helsehjelpen er forholdsmessig.
- om det å få helsehjelpen med tvang er den klart beste løsningen for pasienten

Hva regnes som tvang og makt?

- Bruker eller pasient motsetter seg tiltaket (både fysisk og verbalt)
- Tiltaket er så inngripende at det uansett motstand må regnes som tvang eller makt

- Bruk av inngripende varslingsystemer med tekniske innretninger

Krav til utredning, forebygging, saksbehandling, dokumentasjon, gjennomføring og evaluering, samt seks vilkår med underpunkter som skal være vurdert for å kunne få godkjenning fra Statsforvalter.

[Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m](#)
- lovanvendelse ved bruk av tvang

Kapittel 9

Anvendes ved bruk av tvang og makt overfor enkeltpersoner med psykisk utviklingshemning.

Formålet med reglene i dette kapitlet er å hindre at personer med psykisk utviklingshemning utsetter seg selv eller andre for vesentlig skade, samt forebygge og begrense bruk av tvang og makt.

Tjenestetilbudet skal tilrettelegges med respekt for den enkeltes fysiske og psykiske integritet, og så langt som mulig i overensstemmelse med pasientens selvbestemmelsesrett. Ingen skal behandles på en nedverdiggende eller krenkende måte.

Virkeområde: Reglene i dette kapittel gjelder bruk av tvang og makt som ledd i tjenester til personer med psykisk utviklingshemning (diagnose etter ICD-10). For de som ikke har denne diagnosen, kan vi ikke bruke dette lovverket, men man kan gjøre avtale med tjenestemottaker.

Hva regnes som tvang og makt?

- Bruker eller pasient motsetter seg tiltaket (både fysisk og verbalt)
- Tiltaket er så inngripende at det uansett motstand må regnes som tvang eller makt
- Bruk av inngripende varslingsystemer med tekniske innretninger

Krav til utredning, forebygging, saksbehandling, dokumentasjon, gjennomføring og evaluering, samt seks vilkår med underpunkter som skal være vurdert for å kunne få godkjenning fra Statsforvalter.

Tvangsbruken reguleres i 3 nivå:

1. § 9-5 bokstav a – skadeavvergende tiltak i nødsituasjoner (enkeltmeldinger)
2. Planlagte skadeavvergende tiltak i gjentatte nødsituasjoner - § 9-5 tredje ledd bokstav b.
 - For Rana kommune kan dette bety innlåsing av kniver ol, føre personer, eller legge personer ned i bakken
3. Tiltak for å dekke pasientens eller brukerens grunnleggende behov - § 9-5 tredje ledd bokstav c

- For Rana kommune betyr dette som oftest innlåsing av mat og hygienemidler

Kapittel 10

Anvendes ved bruk av tvang overfor rusmiddelavhengige enkeltpersoner.

Formålet med dette kapitlet er å ivareta personer som utsetter egen fysiske og psykiske helse for fare ved omfattende og vedvarende misbruk, hvor hjelpetiltak ikke er tilstrekkelig.

Vedtak etter denne lovgivningen treffes av fylkets barneverns- og helsenemnd og av spesialisthelsetjenesten. Kommunen kan ta initiativ til at en slik sak igangsettes og kommunen kan gjøre midlertidig vedtak etter denne lovgivningen «*dersom de interesser bestemmelsen skal ivareta kan bli vesentlig skadelidende dersom vedtak ikke treffes og gjennomføres straks*». Akuttvedtak skal også prøves i nemnda. I slike saker kommer både barnevernslovgivningen og spesialisthelsetjenesteloven til anvendelse. Nemndas avgjørelser kan overprøves av tingretten. Tvistelovgivningen og pasient- og brukerrettighetsloven kan derfor også komme til anvendelse.

[Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern](#)

- [lovanvendelse ved bruk av tvang til gjennomføring av legeundersøkelse](#)

§3-1 gir kommunelegen, eller den han/hun bemyndiger, anledning til å gjøre vedtak om tvungen legeundersøkelse i visse tilfeller. I Rana kommune har kommuneoverlegen delegert dette til kommunepsykologen. Dersom en slik tvungen legeundersøkelse skulle føre til ytterligere tvungen behandling, så vil det i så fall være spesialisthelsetjenesten som foretar slik vurdering og beslutning, ikke kommunen.



Rettsikkerhet ved bruk av tvang og makt overfor enkelte personer med psykisk utviklingshemming

Lov av 24. juni 2011 nr. 30 om kommunale helse- og omsorgstjenester kapittel 9

Publikasjonens tittel: Rettssikkerhet ved bruk av tvang og makt overfor enkelte personer med psykisk utviklingshemming
Lov av 24. juni 2011 nr. 30 om kommunale helse- og omsorgstjenester kapittel 9

Utgitt: 07/2015¹

Publikasjonsnummer: IS-10/2015

Utgitt av: Helsedirektoratet
Kontakt: Avdeling omsorgstjenester
Postadresse: Pb. 7000 St Olavs plass, 0130 Oslo
Besøksadresse: Universitetsgata 2, Oslo

Tlf.: 810 20 050
Faks: 24 16 30 01
www.helsedirektoratet.no

¹ Rundskrivnet er oppdatert pr. 1. oktober 2015.

Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester trådte i kraft 1. januar 2012, og erstatter den tidligere kommunehelsetjenesteloven og deler av den tidligere sosialtjenesteloven. Lovens kapittel 9 *Rettsikkerhet ved bruk av tvang og makt overfor enkelte personer med psykisk utviklingshemning*, som dette rundskrivet omhandler, er en videreføring av kapittel 4A i tidligere lov om sosiale tjenester.

Dette rundskrivet erstatter rundskriv IS-10/2004, og har tatt opp i seg de lovendringene som har skjedd frem til 1. juli 2015². For øvrig har revisjonsarbeidet gått ut på å foreta etterspurte klargjøringer av hvordan regelverket skal forstås, og i nødvendig grad utdype forståelsen av de vilkår og øvrige krav som regelverket oppstiller.

Rundskrivet har som hovedformål å gi veiledning om regelverket til saksbehandlere og tjenesteytere som skal praktisere dette. Videre tar det sikte på å sette spørsmålet om tvang og makt i sammenheng med tjenesteytingen for øvrig, og klargjøre hensyn og momenter som skal vektlegges i de ulike vurderingene som må gjøres. Fordi bestemmelsene handler om inngripen i menneskers liv som stiller tjenesteapparatet overfor krevende faglige og etiske dilemmaer, har det vært nødvendig å videreføre en grundig framstilling.

Et regelverk gir ikke i seg selv tilstrekkelig vern mot krenkende behandling eller andre former for overgrep mot mennesker med utviklingshemning. Den viktigste beskyttelsen ligger i de verdier og de holdninger omsorgsmiljøene og samfunnet ellers besitter. Å videreutvikle metoder som så langt som mulig gjør bruk av tvang overflødig, er en sentral oppgave for fagfeltet.

Helsedirektoratet håper at dette rundskrivet kan bidra til å styrke forståelsen og anvendelsen av regelverket til beste for pasienter og brukere.

Lykke til med bruken av rundskrivet!



Bjørn Guldvog (sign.)
Helsedirektør

² Rundskrivet er oppdatert pr. 1. oktober 2015.

INNHold

1.	REGELVERKET	9
1.1	Helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 9	9
1.2	Annet relevant regelverk	13
1.2.1	Helse- og omsorgstjenesteloven	13
1.2.2	Forskrift om habilitering og rehabilitering	14
1.2.3	Internkontrollforskriften	14
1.2.4	Kvalitetsforskriften for pleie- og omsorgstjenestene	15
1.2.5	Pasient- og brukerrettighetsloven	15
1.2.6	Vergemålsloven	16
1.2.7	Helsepersonelloven og pasientjournalforskriften	16
1.2.8	Pasientjournalloven	17
1.2.9	Forvaltningsloven	17
1.2.10	Politoloven og politiinstruksen	18
1.2.11	Barnelova	19
1.2.12	Opplæringslova	19
1.2.13	Psykisk helsevernloven	20
1.2.14	Diskriminerings- og tilgjengelighetsloven	20
1.2.15	Straffeloven 2005	21
1.2.16	Forskrift om tvungen omsorg	22
1.2.17	Internasjonale konvensjoner	22
1.3	Lovforkortelser og forarbeider	24
2.	ETIKK OG GRUNNLEGGENDE RETTIGHETER	26
2.1	Etiske prinsipper og rettigheter	26
2.1.1	Innledning	26
2.1.2	Rett til selvbestemmelse	26
2.1.3	Rett til å treffe egne valg	27
2.1.4	Rett til å være seg selv	27
2.1.5	Rett til ikke å bli utnyttet	27
2.1.6	Rett til privatliv	27
2.1.7	Rett til forsvarlig levestandard, tjenestetilbud og opplæring/utdanning	28
2.1.8	Rett til fravær av tvang	28
2.1.9	Rett til utøvelse av tro- og livssyn	28
2.1.10	Rett til å benytte rettigheter	28

2.2	Selvbestemmelse og beslutningskompetanse	28
2.2.1	Innledning	28
2.2.2	Nærmere om retten til selvbestemmelse og begrensninger i denne	29
2.2.3	Selvbestemmelse, beslutningskompetanse og forholdet til kapittel 9	29
2.2.4	Vurdering av beslutningskompetanse	30
2.2.5	Særlig om samtykke til helsehjelp	31
3.	LIVSMILJØ, TJENESTETILBUD OG SÆRLIGE UTFORDRINGER	32
3.1	Innledning	32
3.2	Tjenestetilbud og livsmiljø	32
3.2.1	Et godt tjenestetilbud	32
3.2.2	Fysiske rammebetingelser	33
3.2.3	Livsmiljø og ivaretagelse av grunnleggende behov	33
3.2.4	Individuell plan og koordinator	35
3.3	Mulige utfordringer ved utviklingshemming	36
3.3.1	Innledning	36
3.3.2	Nedsatt språkkompetanse	37
3.3.3	Utfordringer knyttet til å forstå omgivelsene	37
3.3.4	Nedsatte sosiale evner og ferdigheter	38
3.3.5	Mangelfullt innhold i tilværelsen	38
3.3.6	Tidligere lange institusjonsopphold	38
3.3.7	Somatiske lidelser	38
3.3.8	Psykiske lidelser	39
3.3.9	Aldring og demens	39
3.3.10	Andre tilstander, funksjonsnedsettelse og særskilte syndromer	40
3.4	Utfordrende adferd	40
3.4.1	Tilnærminger til utfordrende atferd	40
3.4.2	Årsaker til utfordrende atferd	41
3.4.2.1	Innledning	41
3.4.2.2	Udekkede behov - generelt	42
3.4.2.3	Miljø, samhandling og kommunikasjon	42
3.4.2.4	Fysisk smerte og ubehag	42
3.4.2.5	Psykiske lidelser og syndromer	42
3.4.2.6	Andre årsaker	42
3.5	Utredning og kartlegging ved mulig behov for tvang	43
3.5.1	Generelt om utredning og kartlegging	43
3.5.2	Særlig om vurdering av farlighet	44
4.	MERKNADER TIL LOVBESTEMMELSENE	45
4.1	§ 9-1 med merknader	45
4.2	§ 9-2 med merknader	46
4.2.1	Innledning	46
4.2.2	Hvem reglene gjelder overfor	47
4.2.3	Hvor reglene gjelder	48

4.2.4	For hvilke tjenester regelverket kommer til anvendelse	49
4.2.4.1	Generelt	49
4.2.4.2	Kravet om at tvangstiltak skal være som ledd i tjenester etter § 3-2 første ledd nr. 6 bokstavene a til d	49
4.2.4.3	Særlig om brukerstyrt personlig assistanse (BPA)	50
4.2.4.4	Grensen mot helsehjelp som ikke er pleie eller omsorg	51
4.2.5	Hva regnes som tvang og makt	52
4.2.5.1	Innledning	52
4.2.5.2	Nærmere om tiltak som vedkommende motsetter seg	52
4.2.5.3	Nærmere om tiltak som er å anse som tvang uavhengig av motstand	54
4.2.5.4	Nærmere om inngripende varslingssystemer med tekniske innretninger	56
4.2.6	Særlig om regelverkets anvendelse overfor barn	57
4.2.6.1	Innledning	57
4.2.6.2	Foreldreansvaret og alminnelig barneoppdragelse	58
4.2.6.3	Hvilke tiltak som må anses som tvang overfor barn	59
4.2.6.4	Foreldrenes rolle ved vurdering av tvang overfor barn	60
4.2.7	Utenfor virkeområdet til kapittel 9	60
4.3	§ 9-3 med merknader	61
4.3.1	Innledning	62
4.3.2	Hvem som anses som pårørende	62
4.3.3	Særlig om medvirkning og informasjon i vedtaksprosessen	63
4.3.4	Krav om særskilt oppnevning av verge	63
4.4	§ 9-4 med merknader	64
4.4.1	Innledning	64
4.4.2	Forebygging ved tilrettelegging av tjenestetilbudet	65
4.4.3	Forebygging ved opplæring, veiledning og oppfølging av tjenesteyterne	67
4.4.4	Særlig om forebygging hos barn	68
4.5	§ 9-5 med merknader	68
4.5.1	Innledning	69
4.5.2	Vilkåret om at andre løsninger er forsøkt	70
4.5.2.1	Generelt om vilkåret	70
4.5.2.2	Nærmere om andre løsninger	70
4.5.2.3	Unntak fra kravet om andre løsninger	72
4.5.3	Vilkåret om at tiltaket må være nødvendig for å hindre eller begrense vesentlig skade	73
4.5.3.1	Generelt om vilkåret	73
4.5.3.2	Nærmere om vesentlig skade	73
4.5.3.3	Tiltaket må være nødvendig	77
4.5.4	Vilkåret om forholdsmessighet	79
4.5.5	Vilkåret om faglig og etisk forsvarlighet	80
4.5.5.1	Faglig og etisk forsvarlige metoder	81
4.5.5.2	Faglig og etisk forsvarlige tiltak og virkemidler	81
4.5.5.3	Faglig og etisk forsvarlig gjennomføring	82
4.5.5.4	Særlig om etisk forsvarlighet	83
4.5.5.5	Faglige og etiske forhold som kan medføre at tvangstiltak ikke bør iverksettes	84

4.5.6	Situasjoner der tvang kan benyttes	85
4.5.6.1	Innledning	85
4.5.6.2	Nærmere om begrepet nødsituasjon	85
4.5.6.3	Skadeavvergende tiltak i nødsituasjoner - § 9-5 tredje ledd bokstav a	86
4.5.6.4	Planlagte skadeavvergende tiltak i gjentatte nødsituasjoner - § 9-5 tredje ledd bokstav b	86
4.5.6.5	Tiltak for å dekke pasientens eller brukerens grunnleggende behov - § 9-5 tredje ledd bokstav c	87
4.6	§ 9-6 med merknader	89
4.6.1	Innledning	90
4.6.2	Mekaniske tvangsmidler	90
4.6.2.1	Generelt om bestemmelsen	90
4.6.2.2	Når mekaniske tvangsmidler kan brukes	91
4.6.3	Skjerming	91
4.6.4	Opplærings- og treningstiltak	92
4.7	§ 9-7 med merknader	93
4.7.1	Innledning	94
4.7.2	Nærmere om ansvars plassering og ansvarsforhold	94
4.7.3	Saksbehandling av beslutning etter § 9-5 bokstav a	95
4.7.3.1	Beslutning om skadeavvergende tiltak i nødsituasjoner	95
4.7.3.2	Melding om skadeavvergende tiltak i nødsituasjon	96
4.7.4	Saksbehandling av vedtak etter § 9-5 tredje ledd bokstavene b og c	96
4.7.4.1	Generelt om saksbehandling av vedtak om tvang	96
4.7.4.2	Krav til vedtakets innhold - § 9-7 tredje ledd	97
4.7.5	Oversendelse til Fylkesmannen – uttalelse fra spesialisthelsetjenesten mv.	98
4.7.5.1	Generelt	98
4.7.5.2	Vergens og pårørendes rolle	99
4.7.6	Iverksettelse	99
4.8	§ 9-8 med merknader	100
4.8.1	Innledning	100
4.8.2	Fylkesmannens saksbehandling	100
4.8.3	Fylkesmannens kompetanse	100
4.9	§ 9-9 med merknader	101
4.9.1	Innledning	101
4.9.2	Bistand fra spesialisthelsetjenesten	102
4.9.3	Rett til kvalifisert personale	102
4.9.4	Krav om to tjenesteytere	103
4.9.4.1	Generelt	103
4.9.4.2	Unntak fra kravet om to tjenesteytere	104
4.9.5	Utdanningskrav	104
4.9.5.1	Generelt	104
4.9.5.2	Nærmere om utdanningskravene	105
4.9.5.3	Dispensasjon fra utdanningskravet	105
4.9.6	Løpende vurdering av tiltaket	107
4.10	§ 9-10 med merknader	108
4.10.1	Innledning	108
4.10.2	Formålet med dokumentasjonsplikten	108

4.10.3	Virksomheters ansvar for journalsystemer	109
4.10.4	Journalføring av relevante og nødvendige opplysninger	109
4.10.5	Tidspunkt for oppretting av journal	111
4.10.6	Journal og forholdet til ansvarlig for gjennomføring av tiltak	111
4.10.7	Øvrige regler	111
4.11	§ 9-11 med merknader	112
4.11.1	Innledning	112
4.11.2	Klage til Fylkesmannen – beslutning etter § 9-5 tredje ledd bokstav a	113
4.11.3	Klage til fylkesnemnda – vedtak etter § 9-5 tredje ledd bokstav b og c	113
4.11.3.1	Klageadgang, klagefrist mv.	113
4.11.3.2	Fylkesmannens forberedelse av klagesaken	113
4.11.3.3	Fylkesnemndas behandling av klagesaken	114
4.12	§ 9-12 med merknader	114
4.13	§ 9-13 med merknader	116
4.14	§ 9-14 med merknader	117
5.	ANSVAR, STYRING OG KONTROLL	118
5.1	Innledning	118
5.2	Kommunens ansvar etter kapittel 9 og plikten til å sikre etterlevelse av lovbestemmelsene	118
5.2.1	Styring og ledelse	118
5.2.2	Kompetanse og opplæring	119
5.3	Nærmere beskrivelse av innholdet i internkontrollplikten	120
5.3.1	Hva internkontroll er	120
5.3.2	Spesielle organisatoriske krav i kapittel 9	120
5.4	Spesialisthelsetjenestens ansvar og rolle etter kapittel 9	122
5.4.1	Generelt om spesialisthelsetjenestens rolle	122
5.4.2	Nærmere om spesialisthelsetjenestens ansvar og oppgaver	122
5.4.2.1	Helseforetakenes sørge for-ansvar	122
5.4.2.2	Oppgaver knyttet til utforming av tiltak	122
5.4.2.3	Oppgaver knyttet til gjennomføring av tiltak	123
5.4.2.4	Rett til å uttale seg om kommunens vedtak	123
5.4.2.5	Adgang til å fatte vedtak	123

1. REGELVERKET

1.1 Helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 9

Regler om rettssikkerhet ved bruk av tvang og makt overfor enkelte personer med psykisk utviklingshemming er plassert i kapittel 9 i helse- og omsorgstjenesteloven av 24. juni 2011 nr. 30. Loven trådte i kraft 1.1.2012.

§ 9-1 Formål

Formålet med reglene i dette kapitlet er å hindre at personer med psykisk utviklingshemming utsetter seg selv eller andre for vesentlig skade og forebygge og begrense bruk av tvang og makt.

Tjenestetilbudet skal tilrettelegges med respekt for den enkeltes fysiske og psykiske integritet, og så langt som mulig i overensstemmelse med brukerens eller pasientens selvbestemmelsesrett.

Ingen skal behandles på en nedverdiggende eller krenkende måte.

§ 9-2 Virkeområde

Reglene i kapitlet her gjelder bruk av tvang og makt som ledd i tjenester etter § 3-2 nr. 6 bokstavene a til d til personer med psykisk utviklingshemming.

Som bruk av tvang eller makt etter reglene i kapitlet her regnes tiltak som brukeren eller pasienten motsetter seg, eller tiltak som er så inngripende at de uansett motstand må regnes som bruk av tvang eller makt. Bruk av inngripende varslingssystemer med tekniske innretninger skal alltid regnes som bruk av tvang eller makt etter reglene i kapitlet her. Almennelige oppfordringer og ledelse med hånden eller andre fysiske påvirkninger av liknende art anses ikke som bruk av tvang eller makt.

§ 9-3 Rett til medvirkning og informasjon

Tjenestetilbudet skal så langt som mulig tilrettelegges og gjennomføres i samarbeid med brukeren eller pasienten.

Brukeren, pasienten, pårørende og verge skal høres før det treffes vedtak om bruk av tvang og makt etter reglene i kapitlet her og gis informasjon om adgangen til å uttale seg i saker som skal overprøves, klageadgang og adgangen til å bringe vedtaket inn for tilsynsmyndighet og tingretten.

Dersom verge ikke allerede er oppnevnt der kommunen anser det aktuelt å fatte vedtak om bruk av tvang og makt etter reglene i kapitlet her, skal verge oppnevnes. Kommunen skal begjære oppnevning av verge dersom ikke oppnevning er begjært av andre som kan fremsette slik

begjæring, jf. vergemålsloven § 56. Opplysninger om personlige forhold som vergen mottar, kan bare gis videre dersom det er nødvendig for å utføre vergeoppdraget.

Som pårørende regnes den som er definert som pårørende i pasient- og brukerrettighetsloven § 1-3 bokstav b.

§ 9-4 *Krav til forebygging*

Kommunen plikter å sørge for at forholdene legges til rette for minst mulig bruk av tvang og makt. I tillegg til å tilrettelegge tjenestetilbudet i overensstemmelse med reglene i § 9-1 andre ledd, jf. også § 9-5 første ledd, plikter kommunen å gi nødvendig opplæring etter § 8-1, herunder faglig veiledning og oppfølging i gjennomføring av tiltak etter kapitlet her.

§ 9-5 *Vilkår for bruk av tvang eller makt*

Andre løsninger enn bruk av tvang eller makt skal være prøvd før tiltak etter kapitlet her settes i verk. Kravet kan bare fravikes i særlige tilfeller, og det skal i så fall gis en begrunnelse.

Tvang og makt kan bare brukes når det er faglig og etisk forsvarlig. I vurderingen skal det legges særlig vekt på hvor inngripende tiltaket er for den enkelte bruker eller pasient. Tiltakene må ikke gå lenger enn det som er nødvendig for formålet, og må stå i forhold til det formålet som skal ivaretas. Tvang og makt kan bare brukes for å hindre eller begrense vesentlig skade.

Det kan anvendes tvang og makt i følgende tilfeller:

- a) skadeavvergende tiltak i nødssituasjoner
- b) planlagte skadeavvergende tiltak i gjentatte nødssituasjoner
- c) tiltak for å dekke brukerens eller pasientens grunnleggende behov for mat og drikke, påklledning, hvile, søvn, hygiene og personlig trygghet, herunder opplærings- og treningstiltak.

§ 9-6 *Særlige grenser for bruk av enkelte tiltak*

Mekaniske tvangsmidler som hindrer brukerens eller pasientens bevegelsesfrihet, herunder belter, remmer, skadeforebyggende spesialklær og liknende kan bare brukes for å gi nødvendig støtte for fysiske funksjonshemninger, for å hindre fall og for å hindre at brukeren eller pasienten skader seg selv. I alle tilfeller må vilkårene i § 9-5 være oppfylt.

Dersom en nødssituasjon etter § 9-5 tredje ledd bokstavene a og b gjør det nødvendig å skjerme brukeren eller pasienten fra andre personer, skal skjermingen foregå i et ordinært beboelsesrom med ulåst dør. Sikkerhetsmessige hensyn kan unntaksvis tilsi at døren låses. Vedkommende skal i alle tilfeller holdes under oppsyn, og skjermingen skal avbrytes straks situasjonen er brakt under kontroll.

Det er ikke tillatt med opplærings- og treningstiltak etter § 9-5 tredje ledd bokstav c som påfører brukeren eller pasienten smerte eller psykisk eller fysisk skade, herunder all form for fysisk refselse, eller som innebærer betydelig fysiske og psykiske anstrengelser for brukeren eller pasienten eller medfører fysisk isolering.

§ 9-7 Kommunens saksbehandling

Beslutning om bruk av tvang og makt etter § 9-5 tredje ledd bokstav a treffes av den som har det daglige ansvaret for tjenesten, eller - dersom det ikke er tid til dette - av tjenesteyteren. Beslutningen skal nedtegnes straks etter at tiltaket er gjennomført. Reglene i tredje ledd bokstavene a til e og bokstav i om hva som skal nedtegnes, gjelder tilsvarende. Det skal straks sendes melding om beslutningen til den faglig ansvarlige for tjenesten, Fylkesmannen, verge og pårørende, eller på den måten Fylkesmannen beslutter. Meldingen skal opplyse om adgangen til å klage etter § 9-11 første ledd.

Vedtak i medhold av § 9-5 tredje ledd bokstav b og c treffes av den som har det overordnede faglige ansvaret for tjenesten. Vedtak kan treffes for inntil tolv måneder om gangen. Spesialisthelsetjenesten skal bistå ved utformingen av tiltakene.

Vedtaket skal settes opp skriftlig og inneholde:

- a) brukerens eller pasientens navn og tid og sted for vedtaket,
- b) beskrivelse av brukerens eller pasientens situasjon og en faglig vurdering av denne,
- c) beskrivelse av de tiltakene som skal settes i verk og den faglige begrunnelsen for disse,
- d) fastsettelse av tidsramme for tiltakene,
- e) bekreftelse på at vilkårene i kapitlet er oppfylt, herunder begrunnelse etter § 9-5 første ledd annet punktum,
- f) opplysning om hvilken holdning brukeren eller pasienten og dennes representant har til tiltaket,
- g) angivelse av faglig ansvarlig for gjennomføringen av tiltaket,
- h) opplysning om Fylkesmannens overprøvingsmyndighet og adgang til å uttale seg i saker som skal overprøves etter § 9-8, og
- i) opplysning om tilsynsmyndighet.

Vedtaket skal sendes Fylkesmannen til overprøving etter § 9-8. Vedtaket skal samtidig sendes spesialisthelsetjenesten, verge og pårørende som kan avgi uttalelse til Fylkesmannen. Frist for å avgi slik uttalelse er en uke fra vedtaket er mottatt. Vedtaket kan ikke iverksettes før det er godkjent av Fylkesmannen. Dersom vedtaket er påklaget etter § 9-11 andre ledd, kan vedtaket ikke iverksettes før fylkesnemnda for barnevern og sosiale saker har godkjent vedtaket.

§ 9-8 Fylkesmannens overprøving

Fylkesmannen skal overprøve vedtak etter § 9-5 tredje ledd bokstav b og c, jf. § 9-7 fjerde ledd. Fylkesmannen skal prøve alle sider av saken.

Fylkesmannen skal gi vergen og pårørende opplysning om klageadgangen etter § 9-11 andre ledd.

§ 9-9 Krav til gjennomføring og evaluering

Spesialisthelsetjenesten skal bistå ved gjennomføringen av tiltak etter § 9-5 tredje ledd bokstav b og c.

Brukeren eller pasienten har rett til kvalifisert personale ved gjennomføringen av tiltak etter § 9-5 tredje ledd bokstav b og c. Ved gjennomføringen av disse tiltakene skal det være to tjenesteytere til stede dersom dette ikke er til gunst for brukeren eller pasienten.

Når tiltak etter § 9-5 tredje ledd bokstav b gjennomføres, skal den ene av de to tjenesteyterne minst ha bestått utdanning i helse-, sosial- eller pedagogiske fag på høghskolenivå. Når tiltak etter § 9-5 tredje ledd bokstav c gjennomføres, skal den ene av de to tjenesteyterne minst ha bestått avsluttende eksamen i studieretning for helse- og sosialfag i videregående opplæring. Fylkesmannen kan i særlige tilfeller gi dispensasjon fra utdanningskravet.

Tiltaket skal vurderes kontinuerlig, og avbrytes straks, dersom vilkårene for vedtaket ikke lenger er til stede eller det viser seg ikke å ha de forutsatte konsekvenser eller å ha uforutsette, negative virkninger.

§ 9-10 Plikt til å føre journal

Reglene i helsepersonelloven kapittel 8 om dokumentasjonsplikt og forskrift om pasientjournal gjelder.

§ 9-11 Klage

Beslutning etter § 9-5 tredje ledd bokstav a kan påklages av brukeren eller pasienten, verge og pårørende til Fylkesmannen. Fylkesmannen skal prøve alle sider av saken.

Vedtaket etter § 9-5 tredje ledd bokstavene b og c som er overprøvd av Fylkesmannen etter § 9-8, kan påklages av brukeren eller pasienten, vergen og pårørende, til fylkesnemnda for barnevern og sosiale saker. Klageadgangen gjelder også hvis Fylkesmannen har nektet å godkjenne kommunens vedtak, forutsatt at kommunen fortsatt ønsker å gjennomføre tiltaket. Fylkesnemnda skal prøve alle sider av saken.

Det kan oppnevnes et eget utvalg av fagkyndige for saker som etter reglene i dette kapitlet skal behandles av fylkesnemnda. Forhandlingsmøte for saker etter denne bestemmelsen, skal holdes snarest og hvis mulig innen to uker etter at fylkesnemnda mottok saken, jf. barnevernloven § 7-14. For øvrig gjelder reglene i barnevernloven §§ 7-1 til 7-8 og §§ 7-11 til 7-21. Kongen kan gi forskrift om at disse reglene skal gjelde helt eller delvis.

Klagesaken skal forberedes av Fylkesmannen etter bestemmelsene i forvaltningsloven § 33 første til fjerde ledd. Fylkesmannen skal redegjøre for de omstendigheter som ligger til grunn for vedtaket. De skriftlige uttalelser og forklaringer som vedtaket bygger på, skal vedlegges. Det skal opplyses om hvilke personer som skal gi forklaring for fylkesnemnda.

Klagefristen er tre uker fra vedtaket eller melding om beslutning er kommet frem til den som har klagerett etter første og andre ledd.

§ 9-12 Overprøving i tingretten

Vedtaket i klagesak etter § 9-11 andre ledd kan bringes inn for tingretten etter reglene i tvisteloven kapittel 36. Søksmålsadgangen gjelder ikke hvis fylkesnemnda for barnevern og sosiale saker har nektet å godkjenne kommunens vedtak.

Saksøker er den som tvangsinngrepet er rettet mot. Saksøker kan reise sak på egen hånd dersom vedkommende har evne til å forstå hva saken gjelder. Søksmål kan også reises av pårørende eller

verge. Om adgangen for et barn til å reise søksmål gjelder pasient- og brukerrettighetsloven § 6-5.

Fristen til å reise søksmål er to måneder fra den dag den som har rett til å reise søksmål, fikk melding om vedtaket.

§ 9-13 Spesialisthelsetjenesten

Reglene i dette kapitlet gjelder tilsvarende for spesialisthelsetjenesten når den deltar i tiltak etter kommunale vedtak etter § 9-7.

Som ledd i spesialisthelsetjenestens utførelse av oppgaver etter §§ 9-7 og 9-9, kan det treffes vedtak om bruk av tvang og makt i medhold av reglene i dette kapitlet. Saksbehandlingsreglene i dette kapitlet gjelder så langt de passer.

Regionalt helseforetak plikter å sørge for at spesialisthelsetjenesten har den kompetansen og bemanningen som er nødvendig for å yte forsvarlig bistand til kommunene ved tiltak etter reglene i dette kapitlet.

§ 9-14 Forskrift

Kongen kan i forskrift gi nærmere bestemmelser til utfylling og gjennomføring av reglene i dette kapitlet.

1.2 Annet relevant regelverk

I arbeidet med tjenester til personer med utviklingshemming og med saker etter helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 9, er også øvrige bestemmelser i helse- og omsorgstjenesteloven, og regler i en rekke andre lover og forskrifter, av betydning. De viktigste av disse er omtalt kort nedenfor.

1.2.1 Helse- og omsorgstjenesteloven

Helse- og omsorgstjenesteloven pålegger kommunen å sørge for nødvendige helse- og omsorgstjenester til alle som oppholder seg i kommunen, og inneholder viktige regler om ulike sider av det dette ansvaret. Det vises særlig til § 3-1 om kommunens plikt til å sørge for at alle personer som oppholder seg i kommunen tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester, § 4-1 om plikt til å sørge for at de tjenestene som tilbys og ytes er forsvarlige, og § 4-2 om plikt til å arbeide systematisk for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet.

For mennesker med utviklingshemming som har vedtak etter helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 9, eller for personer der dette vurderes, er samarbeidet mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten av stor betydning. Det er gitt regler for dette samarbeidet i helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 6, herunder kommunens plikt til å inngå samarbeidsavtale med

helseforetaket. Også kommunens plikt til å utarbeide individuell plan og tilby koordinator, jf. kapittel 7, er av betydning i arbeidet med å forebygge og redusere behov for bruk av tvang i tjenestene.

1.2.2 Forskrift om habilitering og rehabilitering

Forskrift om habilitering og rehabilitering er gitt med hjemmel i helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 7. Formålet med forskriften er å sikre at personer som har behov for sosial, psykososial eller medisinsk habilitering og rehabilitering, tilbys og ytes tjenester som kan bidra til stimulering av egen læring, motivasjon, økt funksjons- og mestringsevne, likeverdighet og deltakelse. Formålet er også å styrke samhandlingen mellom tjenesteyter og pasient og bruker og eventuelt pårørende, og mellom tjenesteytere og etater på samme tjeneste-/forvaltningsnivå og på tvers av nivåer (§ 1).

Forskriften inneholder blant annet regler om utarbeidelse av individuell plan og hva planen skal inneholde, og om koordinators oppgaver og ansvar. Dette vil ofte være aktuelt for personer med utviklingshemming. Individuell plan og koordinator er nærmere omtalt i rundskrivets pkt. 3.2.4.

Helsedirektoratet har utgitt en veileder om rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator, som er publisert på Helsedirektoratets nettsider.³ Veilederen gir utdypende beskrivelser av hvordan lov og forskrift skal forstås. Den inneholder også temaer som ikke er omtalt i forskriften, men som er sentrale for tjenesteområdene habilitering og rehabilitering.

1.2.3 Internkontrollforskriften

Arbeidet med internkontroll i helse- og omsorgstjenesten er regulert i internkontrollforskriften, som trådte i kraft 1. januar 2003. Internkontroll skal blant annet bidra til faglig forsvarlige helse- og omsorgstjenester, og er et verktøy som skal sikre at daglige arbeidsoppgaver blir utført, styrt og forbedret i henhold til lovens krav.

Bruk av tvang eller makt stiller særlige krav til god ledelse og tydelige ansvarslinjer, blant annet for å sikre at kravene til faglig og etisk forsvarlighet etterleveres og at det arbeides systematisk med å unngå unødig bruk av tvang. Et godt internkontrollsystem er derfor særlig viktig der det ytes tjenester til personer med utviklingshemming. Se blant annet rundskrivets del 5 for nærmere omtale av internkontroll i forbindelse med bruk av tvang og makt.

Det vises til ellers til veileder IS-1183⁴ til forskriften, som er ment som et hjelpemiddel for virksomheter som er i ferd med å etablere internkontroll, og som en sjekklister for de som allerede har internkontroll eller andre mer omfattende kvalitetssystemer. En ny forskrift om internkontroll i helse- og omsorgstjenesten er for tiden under arbeid.

³ <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/rehabilitering-habilitering-individuell-plan-og-koordinator>

⁴ <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/internkontroll-i-sosial-og-helsetjenesten>

1.2.4 Kvalitetsforskriften for pleie- og omsorgstjenestene

Kvalitetsforskriften for pleie- og omsorgstjenestene skal bidra til å sikre at personer som mottar pleie- og omsorgstjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven får ivaretatt sine grunnleggende behov, med respekt for det enkelte menneskets selvbestemmelsesrett, egenverd og livsførsel. Forskriften presiserer og utdypet kommunens internkontrollplikter på området for disse tjenestene, med blant annet særlige krav om prosedyrer for å sikre at det kontinuerlig arbeides med kvalitet, helhet og brukermedvirkning i tjenestene. Som en del av dette skal det utarbeides skriftlig nedfellede prosedyrer som søker å sikre at brukere av pleie- og omsorgstjenester får tilfredsstillende grunnleggende behov.

Helsedirektoratet har utarbeidet en veileder til forskriften (IS-1201).⁵

1.2.5 Pasient- og brukerrettighetsloven

Etter 1.1.2012 er rett til nødvendige helse- og omsorgstjenester fra kommunen hjemlet i pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1a andre ledd. Kommunens plikt til å forebygge behov for tvang, og kravet om at andre løsninger skal være prøvd før det fattes vedtak om bruk av tvang, kan medføre at bruker og pasient får krav på tjenester utover det ellers ville anses som tilstrekkelig ut fra vedkommendes hjelpebehov.

Pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 3 inneholder regler om pasientens og brukerens rett til medvirkning og informasjon, noe som er av sentral betydning for alle som mottar omfattende og langvarige helse- og omsorgstjenester. Etter disse reglene har pasient og bruker rett til å medvirke ved gjennomføring av tjenestene, og medvirkningens form skal tilpasses den enkeltes evne til å gi og motta informasjon. Tjenestetilbudet skal så langt som mulig utformes i samarbeid med pasient eller bruker. Det skal legges stor vekt på hva pasient og bruker mener ved utforming av tjenestetilbud etter helse- og omsorgstjenesteloven §§ 3-2 første ledd nr. 6, 3-6 og 3-8. Dersom en pasient ikke har samtykkekompetanse, har pasientens nærmeste pårørende rett til å medvirke sammen med pasienten.

Tilrettelagt informasjon og brukermedvirkning er et viktig virkemiddel i forebyggingen av behov for tvang og makt, og i saker der det er nødvendig å ta i bruk tvangstiltak. Det følger av pasient- og brukerrettighetsloven § 3-5 at informasjonen skal være tilpasset mottakerens individuelle forutsetninger, som alder, modenhet, erfaring og kultur- og språkbakgrunn, og at personellet så langt som mulig skal sikre seg at mottakeren forstår innholdet i og betydningen av den informasjonen som gis. Når pasienten eller brukeren har en utviklingshemming, kan det være behov for flere og kombinerte virkemidler for å gjøre informasjonen forståelig for personen.

Også andre bestemmelser i pasient- og brukerrettighetsloven er av betydning, og det vises særlig til rett til individuell plan, rett til brukerstyrt personlig assistanse og rett til journalinnsyn

⁵ <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/veileder-til-forskrift-om-kvalitet-i-pleie-og-omsorgstjenestene-for-tjenesteyting-etter-kommunehelsetjenesteloven-og-sosialtjenesteloven>

(jf. hhv. lovens §§ 2-5 og 4-6 flg., kapittel 3 og kapittel 5). Pasient- og brukerrettighetsloven gir også rettigheter til pasient og brukers pårørende og verge.

Det vises videre til § 4-6 og kapittel 4A i pasient- og brukerrettighetsloven, som trådte i kraft 1. januar 2009. Bestemmelsene skal sikre nødvendig helsehjelp til pasienter som mangler samtykkekompetanse, og kapittel 4A har også som formål å forebygge og begrense bruk av tvang. Pasient- og brukerrettighetsloven § 4-6 og kapittel 4A gjelder all somatisk helsehjelp, også til personer med utviklingshemming. I tilfeller som også faller inn under virkeområdet til helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 9, går imidlertid helse- og omsorgstjenestelovens regler foran.

Etter pasient- og brukerrettighetsloven § 2-4 har pasienten rett til fritt sykehusvalg.⁶ Denne retten gjelder også personer som henvises til habiliteringstjenesten for utredning mv. i saker etter helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 9. Særlige spørsmål som oppstår i denne forbindelse er omtalt i prioriteringsveilederne for habilitering i spesialisthelsetjenesten.

Et nytt samlet, oppdatert og revidert rundskriv til pasient- og brukerrettighetsloven (IS-8/2015) er utgitt i 2015.⁷

1.2.6 Vergemålsloven

Ny vergemålslov ble vedtatt 26.3.2010, og trådte i kraft 1.7.2013. Den skal ivareta en bedre rettssikkerhet og integritet for personer med verge, og erstatter umyndiggjøringsloven fra 1898 og vergemålsloven fra 1927. En viktig endring er at kommunen ikke lenger er vergemålsmyndighet. Begrepet «overformynderi» har falt bort, og den lokale vergemålsmyndigheten er overført til Fylkesmannen. Også begrepet hjelpeverge har falt bort; alle er nå *verger*.

Der det er aktuelt å fatte tvangsvedtak etter helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 9, skal det oppnevnes verge for tjenestemottakeren med mindre vedkommende er mindreårig og har fødte verger, eller allerede har oppnevnt verge, jf. § 9-3 tredje ledd. Om nødvendig skal kommunen begjære oppnevning av verge. Vergens mandat må uttrykkelig omfatte ivaretagelse av personens interesser i saker etter kapittel 9, jf. også vergemålsloven § 21.

Se nærmere om vergens rolle i merknadene til § 9-3.

1.2.7 Helsepersonelloven og pasientjournalforskriften

Helsepersonelloven regulerer yrkesutøvelsen til helsepersonell. Lovens formål er å bidra til sikkerhet for pasienter og kvalitet i helsetjenesten, samt å sikre befolkningens tillit til helsepersonell og helsetjenesten. Det følger av helse- og omsorgstjenesteloven § 1-3 at

⁶ Lovendring om innføring av fritt behandlingsvalg er vedtatt, men den har pr. 1.10.2015 ikke trådt i kraft.

⁷ <https://helsedirektoratet.no/Sider/Pasient-og-brukerrettighetsloven-med-kommentarer.aspx>

personell i helse- og omsorgstjenesten som utfører handlinger som nevnt i bestemmelsens tredje ledd er å anse som helsepersonell.

Helsepersonelloven stiller en rekke krav til det enkelte helsepersonell. Blant annet har helsepersonell en plikt til å utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes bl.a. ut fra helsepersonellets kvalifikasjoner og arbeidets karakter. Helsepersonell er videre pålagt en streng taushetsplikt, jf. helsepersonelloven § 21.

Av helsepersonelloven kapittel 8 følger at den som yter helsehjelp, skal føre pasientjournal. For helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 9 er også pasientjournalforskriften gjort fullt ut gjeldende, jf. § 9-10. Det innebærer at alle nødvendige og relevante opplysninger skal nedtegnes i pasientens eller brukerens journal.

Pasientjournalforskriften gir på en del områder mer detaljerte regler enn helsepersonelloven kapittel 8, og den fyller ut loven på noen punkter hvor loven ikke har egne regler, men kun en forskriftshjemmel. Andre bestemmelser i forskriften viser til annet relevant regelverk og er tatt med for oversiktens skyld.

Det er utarbeidet et rundskriv til helsepersonelloven (IS-8/2012).⁸ Rundskrivet er ment som et praktisk oppslagsverk for helsepersonell og ledere i helsetjenesten og saksbehandlere i helseforvaltningen.

Journalføringsplikten i saker etter kapittel 9 er nærmere omtalt i merknadene til § 9-10.

1.2.8 Pasientjournalloven

Pasientjournalloven gjelder helsepersonells bruk av helseopplysninger i forbindelse med helsehjelp, og åpner for at nødvendige opplysninger om en pasient kan gjøres tilgjengelige for behandlende helsepersonell uavhengig av hvor pasienten har fått helsehjelp tidligere. Videre åpner loven for at to eller flere helseinstitusjoner kan samarbeide om pasientjournaler og andre behandlingsrettede helseregistre.

Pasientene har rett til å få vite hvem som har hatt tilgang til eller fått utlevert helseopplysninger, og kan motsette seg at opplysningene gjøres tilgjengelige for annet helsepersonell. Alle som får se opplysningene har taushetsplikt.

1.2.9 Forvaltningsloven

Forvaltningsloven gjelder ved behandling av saker etter helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 9, med de særlige bestemmelsene som følger av helse- og omsorgstjenesteloven og pasient- og brukerrettighetsloven, jf. § 2-2. Det innebærer at forvaltningslovens regler om bl.a. veiledningsplikt, taushetsplikt, dokumentinnsyn, utredningsplikt, begrunnelse av vedtak og

⁸ <https://helsedirektoratet.no/publikasjoner/helsepersonelloven-med-kommentarer>
Regelverket

klagebehandling gjelder fullt ut i saker etter kapittel 9, med mindre helse- og omsorgstjenesteloven eller pasient- og brukerrettighetsloven inneholder egne bestemmelser som regulerer spørsmålet.

Et eksempel på at det er gitt regler i helse- og omsorgstjenesteloven som avviker fra reglene i forvaltningsloven, er at i saker etter kapittel 9 har nærmeste pårørende selvstendige partsrettigheter, herunder klagerett og rett til informasjon. Videre inneholder helse- og omsorgstjenesteloven § 9-7 detaljerte regler om saksbehandlingen og krav til vedtakets innhold.

1.2.10 Politiloven og politiinstruksen

Politiiloven regulerer politiets plikter, oppgaver og ansvar, og slår fast at politiet gjennom forebyggende, håndhevende og hjelpende virksomhet skal være et ledd i samfunnets samlede innsats for å fremme og befeste borgernes rettssikkerhet, trygghet og alminnelige velferd for øvrig. Herunder skal politiet forebygge og motvirke kriminalitet og beskytte samfunnet mot kriminelle handlinger, jf. politiiloven §§ 1 og 2. I politiinstruksen er det gitt utfyllende regler.

Politiet kan på eget initiativ gripe inn for å ivareta enkeltpersoners eller allmennhetens sikkerhet, og for å avverge eller stanse lovbrudd. Slike situasjoner er nærmere regulert i politiinstruksen § 12-3. I slike situasjoner er det tilstrekkelig at politiet varsles. Av politiiloven § 2 nr. 5 jf. politiinstruksen § 13-1 følger det at politiet på anmodning skal yte andre offentlige myndigheter vern og bistand under deres tjenesteutøvelse, når dette følger av lov eller sedvane. Bistand som nevnt omfatter kun trygging av tjenestemenn som skal gjennomføre vedtak, ikke tvangsinngrep overfor tredjemann.

Etter anmodning fra vedkommende forvaltningsorgan kan politiet også yte bistand til tvangsgjennomføring av forvaltningsvedtak, jf. politiinstruksen § 13-2, forutsatt at forvaltningsorganet har hjemmel for tvangsgjennomføring av vedtaket. Anmodning om slik bistand kan rettes til stedlig politi. Hvis anmodningen tilsier at politiet må anvende fysisk makt, kreves det i alminnelighet en skriftlig begjæring. Politiet vil i slike tilfeller ha plikt til å kontrollere det rettslige grunnlaget for anmodningen.

Helsedirektoratet og Politidirektoratet har gitt ut et felles rundskriv (IS-5/2012)⁹ hvor intensjonen er å styrke og forenkle samarbeidet mellom helse- og omsorgstjenesten og politiet, slik at felles utfordringer løses på egnet måte. I rundskrivet anbefales at det bør etableres lokale samarbeidsrutiner mellom helse- og omsorgstjenesten og politiet. Rutinene bør blant annet omfatte regelmessige møter for utveksling av informasjon, og retningslinjer for hvem som skal kontaktes i ulike situasjoner.

⁹ <https://helsedirektoratet.no/publikasjoner/helsetjenestens-og-politiets-ansvar-for-psykisk-syke-oppgaver-og-samarbeid>

1.2.11 Barnelova

Barnelova gjelder for barn og unge under 18 år, og regulerer blant annet innholdet i foreldreansvaret, jf. § 30, og barnas rettigheter overfor foreldrene. Barnelova bygger på prinsippene i barnekonvensjonen, og slår fast at det alltid skal være barnets interesser og behov som skal ligge til grunn for oppdragelsen av barnet. Barnelova forbyr bruk av vold eller annen skadelig og krenkende behandling som oppdragelsesmetode.

Av barnelova §§ 31 og 33 følger at barnet skal ha større selvbestemmelsesrett med økende alder. Når barnet har fylt 7 år, skal det få si sin mening før foreldrene tar avgjørelser om barnets personlige forhold (f.eks. påkledning, leggetider og skolegang). Det skal legges vekt på hva barnet mener. Når barnet har fylt 12 år, skal det legges stor vekt på hva barnet mener om personlige forhold. Jo eldre barnet blir, jo sterkere grunner skal til for å sette barnets ønsker til side. Ved 15 år har barnet blant annet rett til å bestemme selv i spørsmål om valg av utdanning og medlemskap i politiske, religiøse og andre organisasjoner, jf. barnelova § 32.

Prinsippene i barnelova skal ligge til grunn også for tjenesteytingen overfor barnet, blant annet når det gjelder hensynet til barnets beste, hvilke metoder som lovlig kan benyttes og vektleggingen av barnets selvbestemmelse på ulike alderstrinn. Særlige forhold som gjør seg gjeldende når det gjelder spørsmål om bruk av kapittel 9 overfor barn er omtalt i rundskrivets pkt. 4.2.6 og 4.4.4.

1.2.12 Opplæringslova

Opplæringslova handler om rettigheter og plikter forbundet med opplæring og skolegang i Norge. Regler som utfyller loven er gitt i forskrift til opplæringslova. Sammen med læreplanen Kunnskapsløftet gir opplæringslova og forskriften de formelle rammene for hva opplæringen skal inneholde og hvordan den skal foregå.

Etter opplæringslova § 2-1 har barn og unge rett og plikt til 10 års grunnskoleopplæring. Dersom hensynet til eleven tilsier det, kan kommunen etter sakkyndig vurdering og med skriftlig samtykke fra foreldre helt eller delvis fritta en elev for opplæringsplikten. Av § 3-1 følger videre at ungdom som har fullført grunnskolen eller tilsvarende opplæring, etter søknad har rett til tre års heltids videregående opplæring. Elever som har rett til spesialundervisning etter opplæringslova kapittel 5, har ved behov rett til videregående opplæring i inntil to år ekstra.

Etter opplæringslova § 5-1 har elever som ikke har eller kan få tilfredsstillende utbytte av det ordinære opplæringstilbudet, rett til spesialundervisning. Før det fattes vedtak om spesialundervisning må det foreligge en sakkyndig vurdering, og foreldrene må samtykke til vedtaket. Ved utformingen av tilbudet skal det særlig legges vekt på elevens utviklingsmuligheter. Det totale undervisningstimetallet skal være det samme som for andre elever. For elever som får mottar spesialundervisning skal det utarbeides en individuell opplæringsplan.

Enkelte elever med utviklingshemming har vedtak etter helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 9. I rundskrivets pkt. 4.2.3 er det en omtale av muligheten for å gjennomføre tiltak etter kapittel 9 som ledd i helse- og omsorgstjenester som ytes mens eleven er på skolen.

1.2.13 Psykisk helsevernloven

Psykisk helsevernloven regulerer det psykiske helsevernet i Norge. Med psykisk helsevern menes spesialisthelsetjenestens undersøkelse og behandling av mennesker på grunn av psykisk lidelse, samt den pleie og omsorg dette krever. Psykisk helsevern reguleres også av andre lover på helserettens område, som pasientrettighetsloven og spesialisthelsetjenesteloven. Personer med utviklingshemming har rett til utredning, behandling og omsorg i det psykiske helsevernet på lik linje med andre.

Psykisk helsevernloven regulerer etablering og gjennomføring av frivillig og tvungent psykisk helsevern. Loven beskriver blant annet de vilkårene som må være oppfylt for at det skal kunne etableres tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern. Videre beskrives ulike tiltak som kan iverksettes under gjennomføringen av psykisk helsevern. Loven regulerer også kontrollkomisjonenes rolle, og har regler om gjennomføringen av den strafferettslige særreaksjonen dom på overføring til tvungent psykisk helsevern, jf. også straffeloven 2005 kapittel 12.

1.2.14 Diskriminerings- og tilgjengelighetsloven

Formålet med diskriminerings- og tilgjengelighetsloven er å fremme likestilling uavhengig av funksjonsevne. Likestilling innebærer likeverd, like muligheter og rettigheter, tilgjengelighet og tilrettelegging. Loven skal bidra til nedbygging av samfunnsskapt funksjonshemmende barrierer og hindre at nye skapes. Loven gjelder på alle områder i samfunnet, med unntak av familieliv og andre rent personlige forhold.

Loven inneholder forbud mot blant annet trakassering og usaklig negativ forskjellsbehandling på grunn av funksjonsnedsettelsen, jf. §§ 5 og 8. Den pålegger videre plikt for offentlige og private virksomheter rettet mot allmennheten til å sikre universell utforming av virksomhetens alminnelige funksjon så langt dette ikke medfører en uforholdsmessig byrde for virksomheten, jf. § 13.

Etter lovens § 16 har barn med nedsatt funksjonsevne rett til egnet individuell tilrettelegging av kommunalt barnehagetilbud for å sikre likeverdige utviklings- og aktivitetsmuligheter. Personer med nedsatt funksjonsevne har videre rett til egnet individuell tilrettelegging av tjenestetilbud etter helse- og omsorgstjenesteloven av varig karakter for den enkelte, for å sikre at personer med nedsatt funksjonsevne får et likeverdig tilbud. Retten gjelder tilrettelegging som ikke innebærer en uforholdsmessig byrde. På samme vilkår har elever og studenter med nedsatt funksjonsevne rett til egnet individuell tilrettelegging av lærested, undervisning, læremidler og eksamen for å sikre likeverdige opplærings- og utdanningsmuligheter, jf. § 17.

1.2.15 Straffeloven 2005

Straffeloven 2005, som trådte i kraft 1. oktober 2015, inneholder blant annet bestemmelser om straffartene, straffbarhetsbetingelsene og strafferammer for forbrytelser og forseelser.

Bestemmelsene om straffartene og straffbarhetsbetingelsene inneholder enkelte regler som har særlig betydning for personer med utviklingshemming.

Personer med utviklingshemming som er strafferettslig tilregnelige (i praksis IQ høyere enn 55, kombinert med vurdering av funksjonsevne) kan idømmes vanlig tidsbestemt fengselsstraff. Etter straffeloven 2005 § 40 kan de også dømmes til forvaring når fengselsstraff ikke anses tilstrekkelig til å verne samfunnet. Forvaring er blant annet aktuelt der personen er funnet skyldig i en alvorlig voldsforbrytelse, seksualforbrytelse, frihetsberøvelse, ildspåsettelse eller en annen alvorlig forbrytelse som krenker andres liv, helse eller frihet, og det må antas å være en nærliggende fare for at lovbyteren på nytt vil begå en slik forbrytelse. Forvaring kan også være aktuelt der personen er funnet skyldig i en mindre alvorlig forbrytelse av samme art som nevnt, dersom vedkommende også tidligere har begått eller forsøkt å begå samme type forbrytelse, og det må antas å være en nær sammenheng mellom det tidligere og det nå begåtte lovbruddet. I slike tilfeller er det et krav at faren for tilbakefall til en ny forbrytelse som nevnt må antas å være særlig nærliggende.

Ved prøveløslatelse fra forvaring kan retten blant annet, når særlige grunner tilsier det og institusjonen eller kommunen har samtykket, sette som vilkår at den domfelte skal ha opphold i institusjon eller kommunal boenhet utover ettårsfristen i straffeloven 2005 § 37 bokstav h, jf. samme lovs § 45 første ledd. Retten kan da også fastsette at den domfelte skal kunne holdes tilbake der mot sin vilje og hentes tilbake ved unnvikelse, om nødvendig med tvang og med bistand fra offentlig myndighet.

For personer med utviklingshemming som er strafferettslig tilregnelige følger det av straffeloven 2005 § 80 bokstav g at retten kan sette ned straffen under den minstestrafen som er bestemt for handlingen, og til en mildere straffart.

Av straffeloven 2005 § 20 første ledd følger at den som på gjerningstidspunktet strafferettslig utilregnelig på grunn av såkalt høygradig psykisk utviklingshemming (i praksis IQ på 55 eller lavere, kombinert med vurdering av funksjonsevne), ikke straffes. I slike tilfeller åpner loven for at vedkommende kan idømmes såkalt tvungen omsorg, jf. §§ 63 og 64. Der det er aktuelt å idømme tvungen omsorg skal det alltid gjennomføres en rettspsykiatrisk undersøkelse, jf. straffeprosessloven § 165 første og andre ledd. Tvungen omsorg kan også benyttes som varetektssurrogat, jf. straffeprosessloven § 188 andre ledd.

Gjennomføring av tvungen omsorg skjer i dag vanligvis ved Sentral fagenhet for tvungen omsorg ved St. Olavs Hospital, Avd. Brøset. Det følger imidlertid av straffeloven 2005 § 63 andre ledd at fagenheten etter nærmere regler kan inngå avtale om gjennomføring av omsorgen utenfor fagenheten hvis hensynet til den domfelte tilsier det og sikkerhetshensyn ikke taler mot det. Det følger av bestemmelsen at fagenheten har det overordnede ansvaret for gjennomføringen av

tvungen omsorg, også når særreaksjonen gjennomføres utenfor fagenheten. Den domfelte kan holdes tilbake mot sin vilje og hentes tilbake ved unnvikelse, om nødvendig med tvang og med bistand fra offentlig myndighet. Det er gitt en egen forskrift om gjennomføring av tvungen omsorg utenfor fagenheten. Forskriften er fra 2001, men er nå også hjemlet i straffeloven 2005. Den er omtalt i pkt. 1.2.16 nedenfor.

Er det nødvendig for å bedømme siktedes tilregnelighet, kan det bestemmes at han eller hun skal innlegges til undersøkelse på psykiatrisk sykehus eller annet egnet undersøkelsessted, jf. straffeprosessloven § 167. Blir siktede straffet, skal oppholdet komme til fradrag i straffen etter samme regler som for varetektsopphold.

1.2.16 Forskrift om tvungen omsorg

Som beskrevet over skal tvungen omsorg etter straffeloven 2005 §§ 63 og 64 gjennomføres i en fagenhet innen spesialisthelsetjenesten som er innrettet for formålet, jf. § 63 andre ledd. Hvis hensynet til den domfelte tilsier det og sikkerhetshensyn ikke taler mot det, kan imidlertid fagenheten inngå avtale om gjennomføring av omsorgen utenfor fagenheten, i praksis i kommunen.

Forskrift om tvungen omsorg regulerer gjennomføringen av særreaksjonen tvungen omsorg, og kapittel 2 i forskriften inneholder regler om gjennomføring av tvungen omsorg utenfor fagenheten. Det fremgår her at en avtale om gjennomføring av tvungen omsorgen utenfor fagenheten skal være skriftlig og blant annet inneholde bestemmelser om boforhold, behandling for atferdsproblemet, bistand fra habiliteringstjenesten, nødvendige tjenester, sikkerhetstiltak, tilsyn og kontroll og utgiftsdekning, jf. §§ 4 og 5.

Under gjennomføringen har fagenheten ansvaret for at nødvendig sikkerhet blir opprettholdt, og at personen gis et adekvat behandlingmessig og materielt tilbud, jf. § 6. Staten skal dekke avtalepartens utgifter til gjennomføringen, jf. § 11. Avtaleparten, dvs. kommunen, skal varsle fagenheten om påtakelige forandringer i den domfeltes tilstand og om andre forhold av betydning for sikkerheten og for den domfeltes velferd, jf. § 8. Finner fagenheten at hensynet til sikkerheten eller den domfelte tilsier det, følger det av § 9 at den domfelte skal tilbakeføres til fagenheten, om nødvendig straks. Dersom dette medfører at avtaleparten må si opp ansatte, skal utgifter til lønn i oppsigelsestiden dekkes av fagenheten, med mindre tilbakeføringen skyldes avtalepartens forhold. Hvis ikke annet er avtalt kan avtalen sies opp av begge parter med tre måneders varsel, jf. § 10.

1.2.17 Internasjonale konvensjoner

Ved lov 21. mai 1999 nr. 30 om styrking av menneskerettighetenes stilling i norsk rett (menneskerettsloven), ble enkelte av menneskerettskonvensjonene, blant annet EMK, inkorporert i norsk lovgivning, jf. også Grunnloven § 110c om statens plikt til å respektere og

sikre menneskerettighetene. Dersom det skulle være motstrid mellom helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 9 og EMK, vil EMK gå foran.

Forholdet til menneskerettighetene ble viet spesiell oppmerksomhet av Rådet¹⁰. I sin sluttrapport viste Rådet til forholdet til menneskerettighetene var blitt drøftet på en rekke møter med representanter for ulike fagmiljøer, herunder menneskerettighetsekspertene i Norge og andre nordiske land, samt menneskerettighetsorganer i Europarådet, uten at det hadde fremkommet vesentlige prinsipielle innvendinger mot den norske reguleringsformen.

Som ledd i en internasjonal bevisstgjøring og rettsutvikling når det gjelder rettigheter til mennesker med nedsatt funksjonsevne, ble FN-konvensjonen om rettighetene til mennesker med nedsatt funksjonsevne¹¹ vedtatt av FNs generalforsamling 13. desember 2006. Norge undertegnet konvensjonen i 2007 og ratifiserte den i 2013. Ratifiseringen innebærer at Norge påtar seg en folkerettslig forpliktelse til å etterleve konvensjonens bestemmelser. Hovedformålet med konvensjonen er å «fremme, verne om og sikre mennesker med nedsatt funksjonsevne full og likeverdig rett til å nyte alle menneskerettigheter og grunnleggende friheter, og å fremme respekten for deres iboende verdighet» (artikkel 1). Konvensjonen slår fast at de alminnelige menneskerettigheter skal gjelde også for mennesker med nedsatt funksjonsevne, og tydeliggjør hvordan menneskerettighetene skal forstås og gjennomføres for personer med nedsatt funksjonsevne. Den er et tydelig signal om at mennesker med nedsatt funksjonsevne har de samme rettighetene som alle andre.

Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet har utgitt et hefte med en lettlest versjon av FN-konvensjonen om rettighetene til mennesker med nedsatt funksjonsevne. Formålet med heftet er at personer med utviklingshemming lettere skal få kunnskap om sine rettigheter.

Den rettsutviklingen som er beskrevet ovenfor, medfører at retten til selvbestemmelse på noen områder må vektlegges sterkere enn tidligere ved forståelsen av reglene i helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 9. Det innebærer at den enkeltes samtykkekompetanse/ beslutningskompetanse i noe større grad må vurderes og hensyntas når reglene skal anvendes. Se bl.a. pkt. 2.2 og merknadene til § 9-5 tredje ledd bokstav c for nærmere omtale av dette.

For øvrig vises til FNs barnekonvensjon som ble vedtatt av FN 20.11.1989, og ratifisert av Norge 8.1.1991. Konvensjonen ble inkorporert i norsk lov 10.06.2003. Barnekonvensjonen uttrykker et helhetssyn på barn, og bygger på at barn er mennesker med fullt menneskeverd som har spesielle behov og som trenger støtte og beskyttelse. Konvensjonen slår fast at barn har egne rettigheter, og at barn skal høres og respekteres.

Et viktig poeng i denne sammenhengen er at tiltak som omfattes av tvangsdefinisjonen i helse- og omsorgstjenesteloven § 9-2 må skje etter reglene i kapittel 9 også når personen er

¹⁰ Rådet for vurdering av praksis og rettsikkerhet etter sosialtjenesteloven kapittel 6A

¹¹ <https://www.regjeringen.no/contentassets/d8d611d10d7f4684b7e00f8cf3f1a741/fn-konvensjonen-om-rettighetene-til-mennesker-med-nedsatt-funksjonsevne-1309142.pdf>

mindreårig. Se nærmere om barns rettigheter og anvendelsen av kapittel 9 i saker som gjelder barn i rundskrivets pkt. 4.2.6. og 4.4.4.

1.3 Lovforkortelser og forarbeider

Nedenfor angis de lover, forskrifter og konvensjoner som det er henvist til i rundskrivet, med korttittel og lenke til fullstendig tekst i Lovdata. I teksten er korttittelen benyttet.

Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30	Helse- og omsorgstjenesteloven
Lov om helsepersonell m.v. https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64	Helsepersonelloven
Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61	Spesialisthelsetjenesteloven
Lov om pasient- og brukerrettigheter https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63	Pasient- og brukerrettighetsloven
Lov om behandling av helseopplysninger ved ytelse av helsehjelp https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2014-06-20-42	Pasientjournalloven
Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-62	Psykisk helsevernloven
Lov om vergemål https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2010-03-26-9	Vergemålsloven
Lov om behandlingsmåten i forvaltningssaker https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1967-02-10	Forvaltningsloven
Lov om barn og foreldre https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1981-04-08-7	Barnelova
Lov om grunnskolen og den vidaregåande opplæringa https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1998-07-17-61	Opplæringslova
Lov om forbud mot diskriminering på grunn av nedsatt funksjonsevne https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2013-06-21-61	Diskriminerings- og tilgjengelighetsloven
Lov om politiet https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1995-08-04-53	Politi-loven
Lov om straff https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2005-05-20-28	Straffeloven 2005
Lov om gjennomføring av straff mv. https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2001-05-18-21	Straffegjennomføringsloven
Lov om rettergangsmåten i straffesaker https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1902-05-22-10	Straffeprosessloven
Lov om statlig tilsyn med helse- og omsorgstjenesten m.m. https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1984-03-30-15	Helsetilsynsloven
Lov om barneverntjenester https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1992-07-17-100	Barnevernloven
Lov om mekling og rettergang i sivile tvister https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2005-06-17-90	Twisteloven

Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenesten https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2003-06-27-792	Kvalitetsforskriften for pleie- og omsorgstjenestene
Forskrift om pasientjournal https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2000-12-21-1385	Pasientjournalforskriften
Forskrift om habilitering, rehabilitering, individuell plan og koordinator https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2011-12-16-1256	Forskrift om habilitering og rehabilitering
Forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2002-12-20-1731	Internkontrollforskriften
Forskrift om gjennomføring av særreaksjonen tvungen omsorg https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2001-12-21-1523	Forskrift om tvungen omsorg
Lov om styrking av menneskerettigheter i norsk rett https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-05-21-30	Menneskerettsloven
Lov om sosiale tjenester (opphevet)	Sosialtjenesteloven

Det har vært relativt små endringer i reglene om tvang og makt overfor personer med utviklingshemming siden de opprinnelige reglene ble vedtatt og frem til i dag. Tidligere forarbeider har derfor betydning ved tolkning av reglene. Dette er en oversikt over forarbeidene til regelverket:

- NOU 1991:20 («Røkke-utvalget»)
- Høringsnotat fra Sosial- og helsedepartementet av november 1994
- Ot.prp.nr.58 (1994-95)
- Ot.prp.nr.57 (1995-96)
- Innst.O.Nr.79 (1995-96).
- St.meld.nr.26 (1997-98)
- Ot.prp.nr.62 (2000-2001)
- Høringsnotat fra Sosialdepartementet av 04.11.02
- Ot.prp.nr.55 (2002-2003)
- Innst.O.Nr.14 (2003-2004)
- Prop.91L (2010-2011)

2. ETIKK OG GRUNNLEGGENDE RETTIGHETER

2.1 Etske prinsipper og rettigheter

2.1.1 Innledning

Alle mennesker er unike og har samme iboende menneskeverd. Dette synet er nedfelt i FNs erklæring om universelle rettigheter av 1948. Menneskeverdet begrunnes altså ikke i bestemte egenskaper, men i det å være menneske.

Det rettslige utgangspunktet er at alle har rett til å anvende sine grunnleggende rettigheter, og bestemme selv i saker som berører egen situasjon. I all tjenesteyting til personer med nedsatt funksjonsevne er det et mål å legge til rette for dette. Prinsippet om selvbestemmelse er også nedfelt i helse- og omsorgstjenesteloven § 9-1 andre ledd. For mindreårige barn må deres rett til selvbestemmelse ses i sammenheng med foreldrenes omsorgsplikt. Barnets rett til selvbestemmelse utvides med økende alder.

Generelle etiske betraktninger kan virke lite rettleidende i det daglige arbeidet med utvikling og utøvelse av offentlige tjenester. Et bevisst forhold til grunnleggende rettigheter er imidlertid særlig viktig når det gjelder de spørsmålene som dette rundskrivet omhandler. Tjenesteapparatets og tjenesteyternes evne og vilje til å respektere og ivareta tjenestemottakerens grunnleggende rettigheter, kan være avgjørende i arbeidet med å fjerne eller redusere behovet for tvang. På samme måte kan manglende evne i omgivelsene og tjenesteapparatet til å se og tilrettelegge for ivaretagelse av grunnleggende rettigheter, føre til passivitet eller til handlinger som kan være til fare for tjenestemottakeren selv eller for omgivelsene.

I det følgende fremheves noen viktige etiske prinsipper og grunnleggende rettigheter som må tas i betraktning ved planlegging og gjennomføring av tjenester.

2.1.2 Rett til selvbestemmelse

Å få bestemme over eget liv er en av de viktigste forutsetningene for en positiv utvikling og identitet. Tiltak og tjenester etter pasient- og brukerrettighetsloven og helse- og omsorgstjenesteloven skal så langt som mulig utformes og gjennomføres i samarbeid med den det gjelder.

Utviklingshemmingen kan for noen, avhengig av graden og situasjonen, gjøre det vanskelig å foreta valg eller fullt ut overskue konsekvensene av ulike handlingsalternativer. Det er en viktig oppgave for tjenesteyterne å legge forholdene til rette slik at tjenestemottakerne så langt som mulig kan foreta valg ut fra egne forutsetninger. Videre er det viktig å ha nær kontakt med eventuell verge og pårørende slik at disse kan bistå tjenestemottakeren.

Se pkt. 2.2 nedenfor for omtale av forholdet mellom selvbestemmelsesrett og reglene i helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 9.

2.1.3 Rett til å treffe egne valg

Den enkelte må ha mulighet til å lære å treffe egne valg gjennom å prøve og feile. Dette gjelder selv om en slik rett resulterer i atferd eller handlinger som for omverdenen kan fortone seg som et dårlig valg. Retten til å ta egne valg består så lenge det ikke oppstår krenkelse av andre verdier, brudd på andre bestemmelser og nødsituasjoner.

Retten til å treffe valg tilsier at den enkelte må gis valgmuligheter. Valgsituasjonene må forklares på en forståelig måte, slik at vedkommende så langt som mulig settes i stand til å forstå konsekvensene av forskjellige valgmuligheter.

2.1.4 Rett til å være seg selv

Enhver har krav på respekt og rett til å være seg selv. Dette innebærer også en rett til å være annerledes. Utforming av tjenester kan ikke ha som siktemål å gjøre enkeltpersoner like, eller å tilpasse deres framtreten slik at den blir «normal». Det må være rom for at tjenestemottakeren kan ha en avvikende atferd, eller en atferd som folk flest ikke bifaller fordi den bryter med deres egne normer. Siktemålet må være å gi gode livsbetingelser på tjenestemottakerens egne premisser.

2.1.5 Rett til ikke å bli utnyttet

Enhver har rett til ikke å bli utnyttet. Tjenesteyterne må bistå i å avverge utnyttning av alle slag. Det kan ikke igangsettes opplæringstiltak/motivasjonssystemer der tjenestemottakerens egne eiendeler benyttes som belønning.

2.1.6 Rett til privatliv

Retten til privatliv er beskyttet av EMK, og respekt for rett til privatliv er særlig viktig i bolig- og tjenesteforhold med omfattende tjenesteyting. Selv om tjenestemottakeren har en atferd som f.eks. kan gjøre det vanskelig å forlate vedkommende uten noen form for tilsyn, må det søkes å tilrettelegge for privatliv.

2.1.7 Rett til forsvarlig levestandard, tjenestetilbud og opplæring/utdanning

Det vil ofte være avgjørende for en positiv utvikling av ferdigheter og selvbylde at tiltak ikke begrenses til personens mest grunnleggende behov for overleve, men også ivaretar behovet for en meningsfylt tilværelse. Dette vil også ha betydning for den respekt vedkommende vil få fra omgivelsene.

Det er i stor grad gitt lovregler for å beskytte retten til forsvarlig levestandard, forsvarlige tjenester, forsvarlig opplæring/utdanning mv., for eksempel lovgivning om helse-, sosial-, trygde- og utdanningsrettigheter. Forsvarlighetskravet gjelder både i utformingen og gjennomføringen av tiltakene.

2.1.8 Rett til fravær av tvang

Rett til selvbestemmelse innebærer rett til fravær av tvang. Reduserte evner til å ivareta egne rettigheter innebærer ikke i seg selv at bruk av tvang blir mer legitimt. Begrunnelsen for bruk av tvang overfor en person må være at fri utøvelse av vedkommendes rettigheter kommer i konflikt med andre viktige rettigheter, for eksempel andre personers rett til frihet og selvbestemmelse.

2.1.9 Rett til utøvelse av tro- og livssyn

Retten til fri religionsutøvelse er en av de grunnleggende menneskerettighetene som er gitt alle mennesker uavhengig av funksjonsevne, og som sådan er den nedfelt i EMK artikkel 9. Den følger også av Grunnloven §§ 2 og 16.

I retten til fri religionsutøvelse ligger ikke bare et vern mot å bli aktivt hindret i sin religionsutøvelse eller mot å bli forfulgt for sin tro og sitt livssyn, men også rett til like muligheter til utøvelse og praktisering av tros- og livssyn.

2.1.10 Rett til å benytte rettigheter

Alle har rett til å benytte sine rettigheter så langt det er mulig. Dersom tjenestemottakeren har vanskelig for fullt ut selv å ivareta sine rettigheter, må det være tjenesteapparatets ansvar å foreta nødvendig tilpasning av formelle beslutningsprosedyrer. Herunder må det benyttes bistand fra verge og pårørende som kan hjelpe tjenestemottakeren til å ivareta egne rettigheter. Oppmerksomheten må forsøkes rettet mot de områdene der tjenestemottakeren har evne til å ivareta rettigheter.

2.2 Selvbestemmelse og beslutningskompetanse

2.2.1 Innledning

Som omtalt ovenfor, har alle mennesker i utgangspunktet rett til å bestemme over seg selv og i sitt liv. Rett til selvbestemmelse er et grunnleggende prinsipp som er beskyttet av

menneskerettighetene, og de gjelder på samme måte for personer med nedsatt funksjonsevne som for alle andre. Dette er ytterligere presisert i FN-konvensjonen om rettigheter til mennesker med nedsatt funksjonsevne. Begrensninger i den enkeltes selvbestemmelsesrett må ha hjemmel i lov.

2.2.2 Nærmere om retten til selvbestemmelse og begrensninger i denne

Retten til selvbestemmelse innebærer at den enkelte kan inngå avtaler og selv bestemme over egne gjøremål og handlinger, herunder nekte å samtykke til andres ønsker, beslutninger og krav. Den enkeltes rett til selvbestemmelse kan og må imidlertid begrenses på ulike måter, av hensyn til samfunnet, av hensyn til andre personer og levende vesener og av hensyn til personen selv. Derfor har vi en rekke lovbestemte unntak fra retten til selvbestemmelse.

De klareste eksemplene på dette er regler som forbyr bestemte handlinger, og som gir hjemmel for å straffe personer som begår slike handlinger. Slike regler finner vi på en rekke samfunnsområder. Et annet eksempel er at barn ikke har full selvbestemmelsesrett før fylte 18 år, jf. blant annet barnelova kapittel 5. Regler om tvangsfullbyrdelse, tvangsmessig tilbakehold av rusmiddel-avhengige og tvungent psykisk helsevern er andre eksempler på begrensninger i retten til selvbestemmelse. For personer med utviklingshemming utgjør helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 9 noen særlige unntak fra retten til selvbestemmelse.

2.2.3 Selvbestemmelse, beslutningskompetanse og forholdet til kapittel 9

Når det siktes til en persons evne til å fatte informerte beslutninger i konkrete spørsmål, har det vært vanlig å benytte begrepet samtykkekompetanse. Dette rundskrivet benytter i stedet begrepet *beslutningskompetanse* når det ikke siktes direkte til pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4 og 4A, fordi beslutningskompetanse språklig også omfatter kompetanse til å *motsette seg* et tiltak, og kompetanse til å ta selvstendige beslutninger mer generelt. Innholdsmessig er det imidlertid ingen forskjell på samtykkekompetanse og beslutningskompetanse.

I motsetning til i pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4 og 4A, er samtykkekompetanse eller beslutningskompetanse ikke nevnt som kriterium eller vurderingstema i kapittel 9. Som følge av den utvikling og bevisstgjøring som har skjedd innenfor internasjonal menneskerettighetstenkning, og som blant annet kommer til uttrykk i konvensjonen om rettighetene til mennesker med nedsatt funksjonsevne, har det imidlertid blitt klart at også på kapittel 9-området må en persons beslutningskompetanse hensyntas når et tiltak vurderes iverksatt mot vedkommendes vilje. Dette gjelder særlig for tiltak som gjelder ivaretagelse av personens grunnleggende behov utenfor nødsituasjoner (§ 9-5 tredje ledd bokstav c). Dersom personen motsetter seg et slikt tiltak, og vurderes til å være beslutningskompetent i det aktuelle spørsmålet, må dette tillegges vesentlig vekt i spørsmålet om tiltaket er forholdsmessig og etisk forsvarlig. Dette er nærmere omtalt i bl.a. pkt. 4.5.6.5.

Tjenestemottakerens beslutningskompetanse vil også kunne være av betydning i vurderingen av om et tiltak er å anse som *så inngripende at det uansett motstand må regnes som bruk av tvang eller makt*, jf. § 9-2 andre ledd. Hvis en person uttrykker ønske om at et bestemt tiltak iverksettes, og vedkommende vurderes til å være beslutningskompetent i det aktuelle spørsmålet, vil dette kunne lede til at et enkelte kortvarige eller på andre måter mindre omfattende tiltak likevel ikke anses som så inngripende at de må anses som tvang uavhengig av motstand. Dette er nærmere omtalt i pkt. 4.2.5.3.

I motsetning til hva som gjelder for beslutninger om helsehjelp etter pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4A, understrekes at hvorvidt en person anses for å være beslutningskompetent ikke alene vil være avgjørende i saker etter kapittel 9. Det vil imidlertid være et moment som må tillegges vekt i de vurderingene som skal gjøres.

2.2.4 Vurdering av beslutningskompetanse

En persons beslutningskompetanse må vurderes konkret i relasjon til det spørsmålet saken gjelder. Hvis det f.eks. er spørsmål om hvor stor vekt personens motstand skal tillegges i vurderingen av et tiltak som gjelder egenomsorg, må det i tråd med prinsippet om informert samtykke (informert beslutning) sikres at personen har mottatt informasjon om hvorfor tjenesteyterne mener at tiltaket er nødvendig, hva tiltaket innebærer og hva som vil være konsekvensene av at tiltaket ikke blir iverksatt. Konkrete forutsetninger for at personen kan anses for å ha beslutningskompetanse er at personen har evne til å uttrykke et valg, evne til å forstå informasjon som er relevant for beslutningen, evne til å relatere informasjonen til sin egen situasjon og mulige konsekvenser av ulike beslutningsalternativer, og evne til å resonnerer rundt dette i nødvendig utstrekning. Jo mer omfattende den aktuelle beslutningen er, og jo større og mer alvorlige konsekvensene av beslutningen vil være, jo høyere krav må stilles til personens forståelse og innsikt i situasjonen.

Personens kognitive fungeringsnivå vil være et viktig element når beslutningskompetansen skal vurderes. I tillegg vil erfaringsbasert kompetanse (personens tidligere erfaringer med tilsvarende eller lignende situasjoner) kunne ha betydning for personens beslutningskompetanse i en konkret sak. Graden av forståelse hos tjenestemottakeren vil også kunne avhenge av måten tjenesteyterne kommuniserer med personen på, hva slags informasjon som blir gitt og hvor mye tid som brukes på dette. Det er presisert i pasient- og brukerrettighetsloven § 3-5 at informasjonen skal tilpasses pasientens individuelle forutsetninger og behov. Ved behov må det benyttes hjelpemidler for å få gitt personen nødvendig informasjon. Informasjonen må gis på en egnet og hensynsfull måte.

Det er avgjørende at personens beslutningskompetanse vurderes av personell med relevant og tilstrekkelig kunnskap om dette, herunder kunnskap om hva utviklingshemming og andre eventuelle diagnoser og tilstander innebærer av betydning for det spørsmålet saken gjelder, og for den vurderingen som skal gjøres. Avhengig av situasjonen kan det også være viktig at noen som kjenner personen er involvert i vurderingen. Aktuelt personell kan for eksempel være

personell fra habiliteringstjenesten eller tilsvarende spesialisthelsetjeneste, eller – i enklere saker – personens fastlege i samarbeid med f.eks. faglig ansvarlig for tjenestetilbudet til personen. Hvilken kompetanse som er nødvendig for å gjøre en forsvarlig vurdering av en persons beslutningskompetanse, vil variere med hva det aktuelle spørsmålet gjelder og situasjonen for øvrig.

Av § 9-7 tredje ledd bokstav f følger det at tjenestemottakerens holdning til tiltaket skal fremgå av vedtaket. Der det gjelder tiltak for å ivareta tjenestemottakerens grunnleggende behov, og personen motsetter seg tiltaket, bør det fremgå at personens beslutningskompetanse i nødvendig utstrekning er vurdert. Vurderingen skal videre dokumenteres i personens journal; se merknadene til § 9-10.

Helsedirektoratet har laget et e-læringsprogram som gir en innføring i reglene om samtykke til helsehjelp og vurdering av samtykkekompetanse. Kurset er beregnet på helsepersonell, og kan anvendes både som en introduksjon til temaet og som en oppfriskning av kunnskaper. Kurset ligger på Helsedirektoratets nettsider.¹²

2.2.5 Særlig om samtykke til helsehjelp

Når det gjelder helsehjelp, følger det av pasient- og brukerrettighetsloven § 4-1 at helsehjelp bare kan gis med pasientens samtykke. For å kunne gi et gyldig samtykke er det et krav at personen har samtykkekompetanse, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 4-3. Av denne bestemmelsen følger at samtykkekompetansen kan bortfalle helt eller delvis hvis personen «åpenbart ikke er i stand til å forstå hva samtykket omfatter».

Pasient- og brukerrettighetsloven §§ 4-6, 4-6a og kapittel 4A inneholder regler som gir hjemmel for å gi helsehjelp til pasienter uten samtykkekompetanse. Det følger av pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4 at det ikke kan gis helsehjelp til en samtykkekompetent person som motsetter seg helsehjelpen.

¹²

<http://samtykke.helsedir.no/player/PlayerX.html?xmlid=../content/000000001926/000000001926&width=780&height=520&startloc=0:0:0:-1&flashver=17&useFS=true&langrec=nb&langmaster=nb&1428392669627>

3. LIVSMILJØ, TJENESTETILBUD OG SÆRLIGE UTFORDRINGER

3.1 Innledning

Forskning og erfaring viser at spørsmålet om bruk av tvang og makt overfor mennesker med utviklingshemming er nært knyttet til, og må sees i sammenheng med, vedkommendes livssituasjon. Mangel på individuelt tilpassede tjenester, uhensiktsmessige bo- og fellesskapsløsninger, manglende kompetanse og mange tjenesteytere i personalgruppen kan lede til utagerende atferd, som igjen kan føre til bruk av tvang eller makt. Et godt tjenestetilbud og god ledelse og organisering er derfor viktige faktorer for å forebygge eller redusere behov for tvang eller makt. Den enkeltes livskvalitet har også å gjøre med graden av påvirkning på eget liv, og om man blir sett og forstått.

For enkelte personer med utviklingshemming er det et misforhold mellom deres funksjonsnivå og de kravene som omgivelsene stiller. Det er derfor viktig å ha fokus både på utvikling og forbedring av ferdigheter og funksjonsnivå, og på tilpasning av omgivelsenes krav. Tvang kan i noen tilfeller være et nødvendig element i forsvarlig tjenesteytelse, men generelt har kommunen plikt til å sørge for forsvarlige, godt tilrettelagte og individuelt tilpassende tjenester slik at tvang og makt i størst mulig utstrekning kan unngås.

3.2 Tjenestetilbud og livsmiljø

3.2.1 Et godt tjenestetilbud

Hvilke tjenester den enkelte har behov for må avgjøres etter en konkret vurdering. Det kan være behov for både kommunale helse- og omsorgstjenester og for spesialisthelsetjenester. Behovet kan variere fra praktisk bistand i hjemmet til behandling av somatiske eller psykiske lidelser. Videre kan det være behov for arbeids- og aktivitetstilbud og tilrettelagt bolig.

Tjenester må gis ut fra individuelle vurderinger, slik at det tas hensyn til både interesser, personlighet, alder og livsfaser. Eksempelvis skal en ungdom eller en voksen ha større innflytelse over eget liv enn et lite barn. Individuelle behov kan også knytte seg til spesielle problemer som for eksempel en funksjonsnedsettelse. Det kan dreie seg om behov for hjelpemidler eller andre former for spesiell tilrettelegging.

Enkelte grunnleggende behov dekkes først og fremst gjennom måten tjenester gis på. Tjenesteytingen og den mellommenneskelige samhandlingen må derfor ha et meningsfylt innhold og god kvalitet. Dette er særlig viktig der tjenestene utgjør en sentral del av personens liv, slik det vil være for mange personer med utviklingshemming. Eksempler på grunnleggende behov som tjenesteytingen må ivareta er mulighet for selvbestemmelse, struktur og forutsigbarhet, tilhørighet og inkludering, anerkjennelse og respekt, trygghet og tillit til andre mennesker og opplevelse av mestring. Tjenestene må gis på en slik måte at det vises respekt for tjenestemottakerens verdinormer og integritet. All tjenesteyting må ha som mål å ivareta de ulike behovene tjenestemottakeren har på en best mulig måte.

Også andre personer enn tjenesteyterne, for eksempel pårørende og venner, er med på å gi tjenestemottakeren innhold og mening i tilværelsen. Tjenesteytingen må derfor ikke være til hinder for, eller vanskeliggjøre, tjenestemottakerens livsutfoldelse og samvær med andre mennesker. Tjenestemottakeren kan imidlertid også ha behov for å være mer alene. Det er derfor nødvendig å foreta en kartlegging av personens behov og interesser for å kunne avgjøre hva som vil være et godt tjenestetilbud til den enkelte.

Viktige forutsetninger for et godt tjenestetilbud er også omtalt i merknadene til § 9-4 om forebygging.

3.2.2 Fysiske rammebetingelser

Utgangspunktet for hjemmebaserte tjenester er at tjenestemottakeren eier eller leier en bolig. Boligen er personens hjem og private område. Den er den fysiske rammen for privatliv, rekreasjon og avkobling. Hjemmet må representere trygghet og beskyttelse, og danne utgangspunkt for å etablere nære relasjoner slik at tilhørighet og identitet skapes.

Erfaringer viser at god fysisk tilrettelegging, og eventuell endring av fysiske rammebetingelser, er faktorer som kan bidra til å øke trivselen og forebygge/reducere forekomsten av utfordrende atferd. Slik tilrettelegging og endring kan for eksempel gå ut på tilrettelegging av inventar og utstyr der tjenestemottakeren bor, eller flytting til en annen og bedre egnet bolig. Det er viktig at endringer har utgangspunkt i en kartlegging av personens ønsker, utfordringer og behov. Fysisk tilrettelegging kan være et viktig virkemiddel i arbeidet med å forebygge eller redusere behov for tvang og makt.

3.2.3 Livsmiljø og ivaretagelse av grunnleggende behov

Totalt sett vil alle betingelser rundt en person, herunder hvordan tjenestene er organisert og hva de inneholder, utgjøre vedkommendes *livsmiljø*. I den daglige tjenesteytingen vil det å ivareta grunnleggende behov være et hovedmål. For at tjenestetilbudet skal bidra til at personen har et godt livsmiljø, er det mange forhold å ta hensyn til.

Nære og stabile mellommenneskelige relasjoner er viktig for et godt livsmiljø, og er av avgjørende betydning for å skape nødvendig trygghet og for å kunne utforske og mestre omgivelsene. Samvær med nær familie og andre personer i det sosiale nettverket er av stor betydning. Det må legges til rette for dette.

Det må også legges til rette for varierte opplevelser og erfaringer, og for stimulering til videreutvikling og innlæring av nye ferdigheter. For personer med moderat til alvorlig utviklingshemming skjer det i liten grad en automatisk overføring av kunnskaper og ferdigheter fra en situasjon til en annen, og omgivelsene må derfor bidra til at slik overføring kan skje. For eldre personer med utviklingshemming bør imidlertid fokuset først og fremst være på best mulig opprettholdelse av funksjonsnivået, heller enn på innlæring av nye ferdigheter.

For mennesker med utviklingshemming er det som for alle andre viktig å ha valgmuligheter, å bestemme selv og at det legges til rette for utvikling i de perioder av livet hvor endring er naturlig. Tjenestemottakeren skal kunne påvirke sin egen livssituasjon og ha innflytelse på egen livsførsel, rutiner, sosial omgang og viktige valg som utdanning og sysselsetting. Prinsippet om brukermedvirkning og påvirkning på utformingen av tjenestetilbudet er også nedfelt i pasient- og brukerrettighetslovens kapittel 3. Dersom tjenestemottakeren har problemer med å motta informasjon og å medvirke, kan bruk av kommunikative eller kognitive hjelpemidler kompensere for slike vanskeligheter.

Det kan være aktuelt at andre personer, oftest pårørende og/eller verge, hjelper tjenestemottakeren med ivaretagelse av hans eller hennes interesser. Verge kan oppnevnes dersom personen ikke har dette. Det kan bør utpekes en primærkontakt blant tjenesteyterne som kan lette kommunikasjonen med tjenestemottakeren og pårørende. Opprettelse av en ansvarsgruppe, hvor personen selv og pårørende og/eller verge deltar, kan også være med og bidra til bedre ivaretagelse av tjenestemottakerens behov og interesser.

Stabilitet og forutsigbarhet i hverdagen er viktig for et godt livsmiljø. Dette gjelder særlig for personer med utviklingshemming. Det er derfor viktig at personalgruppen består av så få personer som mulig, og at tjenesteyterne har en lik og samkjørt praksis, slik at personen blir møtt med lik reaksjon på lik atferd. Det er viktig med gode, oppdaterte og lett tilgjengelige tjenestebeskrivelser slik at de daglige gjøremålene utføres på samme måte uavhengig av hvem som er på jobb. Tjenestetilbudet må videre organiseres slik at personalgruppen er mest mulig stabil.

Personer med utviklingshemming har nedsatt forståelse og nedsatte kommunikasjonsmuligheter. Dette kan gjøre det vanskelig å formidle smerter, følelser, ønsker, behov og hensikter. Disse kan da i stedet bli uttrykt i form av selvskading, aggresjon, ødeleggelser, nedstemthet og lignende. For å forstå slike uttrykk kreves det at tjenesteyterne har god kjennskap til tjenestemottakeren og hans eller hennes uttrykksformer, og at de er oppmerksomme og årvåkne i samhandlingen med tjenestemottakeren.

Tjenesteyterne må være seg bevisst at de har stor påvirkning på tjenestemottakeren. De må benytte seg av denne på en god måte i situasjoner hvor det er nødvendig, men ikke misbruke den. I denne sammenhengen er det også viktig å være bevisst på at tjenesteyternes påvirkning ikke bare kommer til uttrykk ved de ordene som brukes, men også gjennom ikke-verbal kommunikasjon som f.eks. betoning, stemmevolum, fysisk nærhet/avstand, kroppsspråk og mimikk.

Det er viktig å sørge for at helseproblemer forebygges og følges opp. Personer med utviklingshemming kan ikke forventes å si ifra selv om behov for helsekontroll eller helseoppfølging. Behovene kan komme til uttrykk på ulike måter, for eksempel ved endringer i atferd. Det er derfor nødvendig å ha klare rutiner som sikrer god oppfølging av personens fysiske og psykiske helse. Det bør utpekes en person som har ansvar for å sørge for at rutinene følges.

Privatliv og mulighet for et seksualliv er viktig for alle, og ansatte som arbeider med utviklingshemmede har en nøkkelrolle i å bidra til et seksualvennlig miljø. Det er også viktig å sørge for at personer med utviklingshemming blant annet får kunnskap om egne og andres grenser, forskjellen på venn/kjæreste og barn/voksen, og hvordan behov og ønsker kan ivaretas og kommuniseres på en god måte. Dersom kommunen selv ikke har kompetanse på området, eller det er behov for individuell opplæring, undervisning eller behandling, må det innhentes bistand fra spesialisthelsetjenesten.

Fagpersoner som arbeider med utviklingshemmede skal kunne gjenkjenne tegn på overgrep, og kommunen må ha prosedyrer for håndtering av situasjoner der det er mistanke om overgrep begått mot eller av mennesker med utviklingshemming. Det vises til Barne-, ungdoms- og familiedirektoratets retningslinjer ved seksuelle overgrep mot voksne med utviklingshemming.¹³ Det er også utarbeidet en veileder til retningslinjene.¹⁴

Generelt må miljøet rundt tjenestemottakeren tilrettelegges slik at faktorer som kan utløse utfordrende atferd er minst mulig til stede. En tjenestemottaker kan for eksempel ha en atferd som går ut på nedrivning av bilder fra veggen, og i personens eget hjem kan dette løses ved at bildene fjernes eller skruses fast på veggen. Det er imidlertid vanskelig å tilrettelegge omverdenen på denne måten. Det må derfor også være et mål at personen i størst mulig grad kan leve og oppholde seg i et normalt miljø.

3.2.4 Individuell plan og koordinator

Mange personer med utviklingshemming har behov for langvarige og koordinerte helse- og omsorgstjenester. De har da rett til å få utarbeidet individuell plan, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 2-5. En individuell plan er en overordnet sektorovergripende plan som beskriver den enkeltes behov for tjenester og hvordan de skal dekkes, og målet med planen er å oppnå mer helhetlige og samordnede tjenester. Helse- og omsorgstjenestens plikt til å utarbeide

¹³ http://www.bufdir.no/Documents/Vernmotovergrep.no/SEKSUELLE_OVERGREP_RETNINGSLINJER.pdf

¹⁴ http://www.bufdir.no/Documents/Vernmotovergrep.no/SEKSUELLE_OVERGREP_VEILEDER.pdf

individuell plan følger av helse- og omsorgstjenesteloven § 7-1, spesialisthelsetjenesteloven § 2-5 og psykisk helsevernloven § 4-1. Arbeidet med individuell plan er nærmere regulert i forskrift om habilitering og rehabilitering.

Det skal utarbeides mål for arbeidet med personen. Dette bør være generelle mål for å fremme trivsel og utvikling, opplæringsmål for konkrete ferdigheter og eventuelle behandlingsmål for avgrensede problemområder. Områder som kan inngå i en plan er kommunikasjonstrening/-opplæring, fritidsaktiviteter/sosial deltagelse, personlig utvikling, utdanning, arbeid eller annen sysselsetting og viktige livsoverganger. Arbeidet med å utarbeide mål er viktig, og krever et utstrakt samarbeid med personen selv og de pårørende.

Målene, og hvordan de skal nås, skal nedfelles i planen. Målene må være klart definert slik at det kan følges med på om de nås eller ikke, og de må være verdimeessig akseptert av personen selv, pårørende og verge. Videre må målene evalueres underveis, slik at personen ikke utsettes for unødvendige belastninger som ikke fører frem. Planen skal representere en helhet hvor målet er å bedre personens funksjonsevne, ferdigheter og mestring av egen livssituasjon.

Individuell plan skal utarbeides i samarbeid med den planen gjelder for, en koordinator og de instanser som leverer tjenester. Det er viktig at alle som har vært involvert i planarbeidet, føler medeierskap til den individuelle planen. En individuell plan med klare målsetninger, og bruk av koordinator, er viktige verktøy for å sikre helhetlige, målrettede og koordinerte tjenester over tid. Selv om retten til individuell plan er knyttet til helse- og omsorgstjenester, bør det samarbeides også med andre etater som skole og NAV for å sikre at planen berører de tjenesteområder og instanser som vedkommende trenger bistand fra.

I tillegg til den sektorovergripende planen, vil det også kunne være behov for mer avgrensede planer på bestemte områder. For å få tilstrekkelig informasjon om interesser og behov, er det ofte nødvendig og hensiktsmessig å samarbeide med pårørende og verge.

For pasienter og brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven, skal kommunen tilby koordinator. Koordinatoren skal sørge for nødvendig oppfølging av den enkelte pasient eller bruker, samt sikre samordning av tjenestetilbudet og fremdrift i arbeidet med individuell plan.

3.3 Mulige utfordringer ved utviklingshemming

3.3.1 Innledning

For å kunne yte gode tjenester til personer med utviklingshemming, og jobbe med saker etter kapittel 9, er det nødvendig med faglig innsikt og kunnskap om psykisk utviklingshemming og om mulige utfordringer knyttet til denne tilstanden.

«Psykisk utviklingshemming» er en samlebetegnelse for en rekke forskjellige tilstander. I ICD-10 beskrives diagnosen slik:

«Tilstand av forsinket eller mangelfull utvikling av evner og funksjonsnivå, som spesielt er kjennetegnet ved hemming av ferdigheter som manifesterer seg i utviklingsperioden, ferdigheter som bidrar til det generelle intelligensnivået, f.eks. kognitive, språklige, motoriske og sosiale. Utviklingshemming kan forekomme med eller uten andre psykiske og somatiske lidelser.»

Den kognitive funksjonsnedsettelsen kan innebære redusert evne til mentale prosesser som hukommelse, språk, informasjonsbearbeidelse, problemløsning og ervervelse av kunnskap og erfaring.

Kognitiv fungering spiller inn i en rekke sammenhenger i menneskers liv. Våre kognitive funksjoner er viktige i tolkning og forståelse av situasjoner og omgivelser. Kognitiv fungering spiller også en vesentlig rolle når det gjelder språk, kommunikasjon og tilpasningsevne. Også regulering av følelser skjer i stor grad ved bruk av våre kognitive evner og ferdigheter. Å kunne bearbeide informasjon kognitivt er for eksempel viktig for å kunne dempe angst og uro i en konkret situasjon der noe uventet skjer. På grunn av sin kognitive funksjonsnedsettelse, risikerer personer med utviklingshemming derfor å utvikle problemer, utfordringer og lidelser som kommer i tillegg til kognitive hemninger eller tilpasningsvansker. Mange personer med utviklingshemming har også økt sårbarhet når det gjelder somatiske og psykiske lidelser og andre tilstander og funksjonsnedsettelse.

3.3.2 Nedsatt språkkompetanse

Nedsatt språkkompetanse innebærer nedsatt evne til å oppfatte og forstå hva andre meddeler, og nedsatt evne til å formidle til andre hva en selv ønsker. Dette kan gjøre det vanskelig å meddele egne tanker, følelser, hensikter, ønsker mv. Svekkelser i språkkompetansen kan føre til språkvegring, og til at tjenestemottakeren blir satt utenfor sosial deltakelse.

Manglende språkkompetanse vil ofte føre til at personen i stedet uttrykker seg gjennom atferd. Denne atferden kan bli oppfattet av omgivelsene som problematisk og meningsløs, i stedet for at den forstås som forsøk på formidling av en mening, et ønske eller et behov. Det er derfor viktig at tjenesteyterne søker å forstå hva tjenestemottakerens atferd betyr. Tjenestemottakeren og tjenesteyterne må gis tilstrekkelig opplæring i kommunikasjonsformer som dekker den enkelte personens behov. Dette vil være særlig viktig for personer med kombinert syns- og hørsels-hemming.

3.3.3 Utfordringer knyttet til å forstå omgivelsene

Nedsatt evne til å forstå omgivelsene kan gi vanskeligheter med å forstå andres tenkning, følelser, motiver og oppfatninger. Generelt inneholder daglig samhandling mellom mennesker gjerne mye komplisert språksymbolikk og ikke-verbale uttrykksformer som mimikk og gestikulering, og slik samhandling kan det være vanskelig for personer med utviklingshemming å

forstå. Dette vil gjøre det vanskelig å reagere adekvat i ulike situasjoner, og kan vanskeliggjøre sosial samhandling. Det vil særlig være vanskelig å skulle forholde seg til samhandling med innslag av for eksempel abstraksjoner eller ironi.

For personer som ikke forstår slik samhandling kan dette fortone seg som et kaos, noe som igjen vil kunne lede til utrygghet, frustrasjon, utfordrende atferd eller andre problemer. Det er derfor viktig å tilrettelegge miljøet slik at det som foregår i omgivelsene blir mest mulig forståelig for personen.

3.3.4 Nedsatte sosiale evner og ferdigheter

Utviklingshemming kan gjøre det vanskelig å mestre sosiale situasjoner og imøtekomme vanlige krav til sosial deltakelse, noe som kan føre til opplevelse av utilstrekkelighet og til svekket selvbilde. Dette kan igjen føre til at personen vegrer seg mot å prøve nye ting eller delta i situasjoner der sjansen for å mislykkes er til stede. Hvordan de sosiale omgivelsene møter personen vil derfor ha stor betydning.

3.3.5 Mangelfullt innhold i tilværelsen

Personer med utviklingshemming vil ofte være avhengige av at andre tilrettelegger meningsfulle gjøremål og aktiviteter for dem. De gjøremål og aktiviteter som det legges opp til bør gjenspeile personens interesser, ønsker og forutsetninger. Hvis personen har aktiviteter som oppleves som lite givende vil hverdagen lett kunne oppleves som kjedelig og utilfredsstillende. Hvis personen ikke klarer å uttrykke dette, kan problemer oppstå.

Dersom aktiviteter oppleves som lite givende, kan det også føre til at personen motsetter seg å delta på aktiviteten. Årsaken til dette vil da ikke være et ønske om å være inaktiv, men at personen ikke har fått tilbud om aktiviteter som oppleves som givende og motiverende. Det vil da være behov for å prøve ut andre aktiviteter og gjøremål.

3.3.6 Tidligere lange institusjonsopphold

Blant voksne og eldre personer med utviklingshemming er det fortsatt noen som har bodd på institusjon innenfor HVPU. Livet på slike institusjoner kan ha gitt en spesiell erfaringsbakgrunn, for eksempel begrenset livsutfoldelse, lite selvbestemmelse, tilfeldige og overfladiske sosiale relasjoner og samhandling preget av dirigerende kommunikasjon. Slike erfaringer kan føre til utfordrende atferd og generelt økt sårbarhet. For eldre utviklingshemmede som har dårlige minner fra tiden på institusjon, vil for eksempel det å flytte på sykehjem kunne være en særlig belastning.

3.3.7 Somatiske lidelser

Enkelte personer med utviklingshemming har økt risiko for somatisk sykdom, og mange er ikke selv i stand til å oppdage, identifisere og varsle om sykdom eller oppsøke lege for konsultasjon.

Symptomer og sykdomstegn som viser seg tidlig i sykdomsforløpet overses derfor ofte. Studier viser at regelmessige helsekontroller avdekker symptomer og funn som kan behandles før de gir helseskader og økende funksjonstap. På grunn av dette er det viktig å sørge for rutiner for årlige helsekontroller av personer med utviklingshemming.

Sykdommer eller helsesvikt som får utvikle seg medfører ofte ubehag eller smerte. Det kan føre til endringer i personens atferd eller væremåte, plutselige eller gradvise, som det er viktig å være oppmerksom på. Ved endringer i atferd må det iverksettes tiltak for å avklare om personen har en somatisk sykdom som trenger behandling.

3.3.8 Psykiske lidelser

Alle former for psykisk lidelse kan forekomme også hos personer med utviklingshemming, og fokus på psykisk helse og psykiske helseplager hos mennesker med utviklingshemming har i senere år gitt økt kunnskap om både tilstander og behandlingsformer. Det er viktig å sørge for at utviklingshemmede med psykisk sykdom får nødvendig psykiatrisk behandling i spesialisthelsetjenesten. Om forekomst av psykisk lidelse i kombinasjon med utviklingshemming brukes betegnelsen *dobbeltdiagnose*.

Psykiske lidelser og -helseplager hos personer med utviklingshemming kan være vanskelig å oppdage fordi disse har andre uttrykk enn i tradisjonelle symptombilder. Særlig for personer med moderat til dyp utviklingshemming kan det være nødvendig med spesiell kompetanse på diagnostikk og behandling. Foreligger det mistanke om psykisk lidelse, er det derfor viktig med et tett samarbeid mellom habiliteringstjenesten og psykisk helsevern i spesialisthelsetjenesten.

3.3.9 Aldring og demens

Levealderen for personer med utviklingshemming har lenge vært økende, blant annet som følge av bedre medisinsk behandling og forbedring av levekår. Økt alder fører til økt forekomst av ulike demenssykdommer. I tillegg fører Downs syndrom i seg selv til økt risiko for demens, og til tidligere debut av sykdommen.

Å diagnostisere demens hos personer med utviklingshemming er en særlig utfordring, fordi begge tilstander først og fremst kjennetegnes ved kognitiv svikt. Utvikling av demens vil imidlertid også hos personer med utviklingshemming komme til uttrykk gjennom atferdsendringer, enten plutselig, eller over lengre tid.

Hvis en person har begynnende demens er det viktig å komme tidlig i gang med utredning og behandling, fordi systematisk stimulering og aktivitet kan forsinke sykdomsutviklingen. Selv om det ikke finnes legemidler som kan helbrede en demenssykdom eller stoppe sykdomsprosesser som fører til demens, kan medisiner i noen tilfeller bedre symptomene, eller hindre forverring av symptomer i en begrenset periode. Ved mistanke om demens er det derfor viktig å ta kontakt med vedkommendes fastlege for å få tilstanden utredet og eventuelt diagnostisert.

3.3.10 Andre tilstander, funksjonsnedsettelse og særskilte syndromer

Enkelte tilstander og funksjonsnedsettelse opptrer ofte sammen med diagnosen psykisk utviklingshemming. De mest vanlige er syns- eller hørselshemminger, epilepsi, autismespekterforstyrrelser, nedsatt bevegelse, diabetes, stoffskiftesykdommer og overvekt. Enkelte har syndromer som forårsaker eller kommer i tillegg til utviklingshemmingen. Slike tilstander vil lett forsterke funksjonshemmingen, noe som innebærer en ytterligere utfordring bl.a. når det gjelder personens mulighet til å forholde seg til omgivelsenes krav.

3.4 Utfordrende adferd

3.4.1 Tilnærminger til utfordrende atferd

Det finnes ulike definisjoner av utfordrende atferd. I rundskriv IS-10/2004 var utfordrende atferd beskrevet som *en atferd eller handling som bryter med vanlige kulturelle normer til forventet væremåte utfra kontekst eller situasjon, alder tatt i betraktning*. En annen og mye brukt definisjon av utfordrende atferd er *kulturelt avvikende atferd som er så intens, hyppig forekommende eller langvarig at den fysiske sikkerheten til personen selv eller andre er alvorlig truet, eller at den i stor grad begrenser eller hindrer tilgang til vanlig sosial deltakelse i samfunnet*.¹⁵

Selv om definisjonene er ulike, bl.a. ved at den siste definisjonen også tar opp i seg atferdens konsekvenser, refererer begge definisjonene til *kultur*. Dette er et viktig poeng, fordi kulturer og kulturelle normer endres over tid, og toleransen for brudd på kulturelle normer er ulik i forskjellige miljøer. Å fastslå om og i hvilken grad en handling bryter med en kulturell norm kan derfor være vanskelig, og det er viktig å være bevisst på hvem atferden er en utfordring for, hvilke kulturelle normer den bryter med og hva som er årsaken til at atferden eventuelt får negative konsekvenser. I tjenesteyting og ellers i samfunnet kan det være lett å legge egne normer og verdier til grunn, og å tro at disse er allmenngyldige. Det er derfor nødvendig at flere er med på å avgjøre om atferden er en utfordring, og vurdere på hvilken måte atferden kan påvirke vedkommende eller omgivelsene. Andre som personen samhandler med, som pårørende og verger, vil kunne gi tjenesteyterne nyttige innspill og korrektiver.

Når en funksjonshemming skal forstås, benyttes ofte en såkalt «gap-modell». Funksjonshemmingen forstås da ikke som en egenskap ved personen, men som gapet mellom personens funksjonsnivå og de funksjonskrav som omgivelser stiller til personen. Det er misforholdet mellom individets forutsetninger på den ene siden, og omgivelsenes krav og manglende tilrettelegging på den andre siden, som fører til funksjonshemmingen. Ved hjelp av

¹⁵ Emerson m.fl. 1996

tilrettelegging av miljøet og individuelle tiltak i form av hjelpemidler kan gapet, og dermed funksjonshemmingen, reduseres.

Utfordrende atferd kan forstås på samme måte, ved at det utfordrende ved atferden ikke anses som en egenskap ved atferden, men som gapet mellom en persons atferd og omgivelsens krav til hvordan vedkommende bør oppføre seg. Det er derfor viktig med et nyansert syn på hva som er akseptable væremåter.

I relasjon til kapittel 9 er det også nødvendig å skille mellom atferd som kan oppleves som potensielt problematisk for personen selv eller omgivelsene, men uten å medføre vesentlig skade, og atferd som kan medføre vesentlig skade og dermed kan gjøre det nødvendig å iverksette tiltak med bruk av tvang eller makt.

3.4.2 Årsaker til utfordrende atferd

3.4.2.1 Innledning

Årsaker til utfordrende atferd kan være vanskelige å finne, særlig når de ligger langt tilbake i tid. Men årsaker kan også være lette å finne, særlig når man kan observere konkrete problemer i samhandlingen og kan identifisere noe som plager personen. Det må alltid søkes å avklare hva personen ønsker å oppnå eller uttrykke med atferden, og gi personen hjelp til å uttrykke dette på andre måter. I dette arbeidet må det ses både på personens livsmiljø og på særlige utfordringer som kan være knyttet til utviklingshemmingen (se pkt. 3.2 og 3.3 ovenfor).

Arbeidet med å finne årsaker til utfordrende atferd krever presisjon og tverrfaglighet. Med enkelte unntak, særlig ved bestemte syndromer, er årsakene som regel sammensatte og sjelden knyttet bare til den kognitive funksjonsnedsettelsen. En del av årsaken vil ofte ligge i samspeilet mellom personen og omgivelsene, men den kan også ligge i ubehandlede somatiske eller psykiske lidelser, eller i bivirkninger av medisiner. Ved utredning av en person som utviser utfordrende atferd, er det viktig å se på alle tenkelige årsaker til den konkrete atferden.

I arbeidet med å avdekke årsaker til utfordrende atferd, vil det ofte være nyttig å gjøre en *funksjonell analyse* der man kartlegger eventuelle foranledninger og konsekvenser som henholdsvis utløser og opprettholder atferden. Man kan da finne ut om atferden utløses av at personen opplever et ubehag eller å mangle noe, og om måten atferden blir møtt på eller andre følger av atferden bidrar til at personen gjentar denne for å oppnå det samme på nytt. Det er også mulig å finne situasjoner og tidspunkter der atferden forekommer mye eller lite. En funksjonell analyse kan gi informasjon som gir grunnlag for forebygging, arbeid med å finne frem til andre løsninger og utforming av eventuelle opplærings- og treningstiltak.

Nedenfor nevnes noen mulige årsaker til utfordrende atferd. Fremstillingen er ikke uttømmende.

3.4.2.2 Udekkede behov - generelt

Generelt kan det at personen opplever å ha udekkede behov som han eller hun ikke klarer å formidle, føre til fortvilelse og frustrasjon som kan ende med utfordrende atferd. Dersom slike behov kan bli avdekket, vil det være mulig å iverksette tiltak som kan dempe eller fjerne ubehaget som ligger til grunn for den utfordrende atferden. Det kan dreie seg om alle slags behov, for eksempel mellommenneskelige og utviklingsmessige behov, aktivitetsbehov, fysiske behov, følelsesmessige behov eller andre behov.

3.4.2.3 Miljø, samhandling og kommunikasjon

Utfordrende atferd kan ha sin årsak i svikt i samhandlingen og kommunikasjonen med tjenesteytere, medbeboere eller andre i miljøet rundt tjenestemottakeren, eller at personen har en opplevelse av ikke å bli respektert, sett eller forstått. Også det ikke å få muligheten til å bestemme selv, og i stedet føle seg kontrollert, styrt og bestemt over, kan resultere i utfordrende atferd.

3.4.2.4 Fysisk smerte og ubehag

Utfordrende atferd kan utløses av fysisk smerte eller ubehag i forbindelse med sykdom, herunder tannproblemer mv. Hvis personen ikke forstår hvorfor smertene eller ubehaget oppstår, eller ikke kan få formidle situasjonen til omgivelsene, kan personen i fortvilelse reagere med utfordrende atferd. Det er viktig å få utredet om den utfordrende atferden har sin årsak i at personen kjenner fysisk smerte eller ubehag noe sted i kroppen.

Med økt levealder vil flere personer med utviklingshemming utvikle demens. Personer med Downs syndrom har i tillegg en økt risiko for å utvikle demens. Fordi personer med demens har økt sårbarhet og er mer utsatt for stressreaksjoner, vil utvikling av demens kunne være en årsak til utfordrende atferd hos personer med utviklingshemming.

3.4.2.5 Psykiske lidelser og syndromer

Hos personer med utviklingshemming kan utfordrende atferd være en del av symptombildet ved psykiske lidelser. Det er nødvendig å legge mye arbeid og ressurser i å avdekke om det er en psykisk lidelse som ligger til grunn for utfordrende atferd, og å diagnostisere psykiske lidelser eller traumer slik at de kan bli behandlet på riktig måte. Også ulike nevropsykiatriske lidelser som Tourettes og tvangslidelser kan være årsak til utfordrende atferd.

Med mange biologiske syndromer kan det følge væremåter som kan representere utfordrende atferd. Lesch-Nyhan og selvskading, Prader-Willi og overspising og Downs syndrom og alvorlige protester er noen eksempler. Dette kan være krevende å behandle, og det kan lett skje tilbakefall. Syndromer kan også gjøre det vanskeligere å se sammenhengen mellom psykiske lidelser og utfordrende atferd.

3.4.2.6 Andre årsaker

Andre årsaker til utfordrende atferd kan være negative opplevelser eller livshendelser som personen ikke har fått mulighet til å bearbeide, problemer og manglende kunnskap knyttet til

seksualitet, bivirkninger av medisiner eller utvikling av f.eks. demens. Utfordrende atferd kan også komme av frustrasjoner knyttet til hjemmemiljøet i boligen.

3.5 Utredning og kartlegging ved mulig behov for tvang

3.5.1 Generelt om utredning og kartlegging

Utredninger ved mulig behov for tvang, og som grunnlag for utprøving av andre løsninger, bør belyse fire hovedområder:

- Utviklingshemming må avklares som diagnostisk kategori. Etter avklaring av funksjoner og funksjonsutfall danner diagnosen utgangspunkt for tilpasning av tjenestetilbudet til brukerens funksjonsevne.
- Det bør avklares om eventuell utfordrende atferd kan knyttes til et eller flere av følgende forhold: Somatiske og/eller nevrologiske faktorer, livskvalitet og eventuell mistrivsel, psykisk lidelse, syndromer, bivirkninger av medisiner, samværsformer og kvalitet på samhandling mellom brukeren og tjenesteyterne eller andre, negative livshendelser eller kombinasjoner av disse.
- Tjenestetilbudets kvantitet og kvalitet må kartlegges, med fokus på forhold som selvbestemmelse og brukermedvirkning/deltakelse i tjenesteutformingen, tjenestenes innhold og omfang, individuell utforming, stabilitet i nære relasjoner herunder med tjenesteytere, fysisk tilrettelegging av miljøet og tilgang til positive aktiviteter.
- Mulighet for endringer i tjenesteytingen mht. holdninger, kommunikasjonsformer og samværsformer, kompetanse/kvalifikasjoner og organisering, ledelse og styring.

Ved utredning og kartlegging ved mulig behov for tvang, må personen henvises til spesialisthelsetjenesten. Henvisningen må spesifisere den utfordring det søkes bistand til, og for å kunne gjøre dette må kommunen kartlegge personens livssituasjon og tjenestetilbud. Personens interesser, ressurser og problemer må fremkomme. Denne kartleggingen vil også gi verdifull informasjon om trivselsfaktorer og hva som interesserer personen, som må tas hensyn til i det videre arbeidet. Kommunen må også vurdere hvilke problemer den aktuelle atferden skaper for personen selv og andre, og hvor alvorlige og akutte de er.

Før tiltak utformes må konkrete situasjoner hvor atferden oppstår kartlegges, og det må lages en nøyaktig beskrivelse av atferden. Atferdens omfang må registreres gjennom frekvens, intensitet eller varighet. Det må videre gjennomføres en analyse av hva som skjer i situasjonene den utfordrende atferden forekommer i. Det bør legges særlig vekt på det som skjer før atferden oppstår og som kan utløse den. Hva som skjer i etterkant av atferden kan også ha betydning ved

at personen oppnår noe gjennom atferden, for eksempel gjennom måten tjenesteyterne reagerer på. Det bør også innhentes informasjon om atferd på andre arenaer.

I en del tilfeller er det ikke forhold i knyttet til omgivelsene, men forhold knyttet til personen selv, som utløser problemene. Det kan være somatisk sykdom eller smerter, eller at den utfordrende atferden skaper kroppslige eller emosjonelle endringer som personen søker, det vil si at atferden er en form for selvstimulering. Årsaken kan også være at personen opplever å mangle noe. Slike forhold er det viktig å få klarlagt, slik at tiltak ikke iverksettes på feil grunnlag.

3.5.2 Særlig om vurdering av farlighet

Personer som utøver vold mot andre, kan i noen tilfeller vurderes som farlige. I tillegg til utredning av somatisk og psykisk helse og analyse av hvilke miljøforhold som kan ha betydning for voldelig og farlig utagerende atferd, kan det i disse tilfellene være aktuelt å gjennomføre en farlighetsvurdering. Formålet med farlighetsvurderinger er først og fremst å forebygge farlige voldshandlinger. Helseforetakene har utarbeidet standarder for vurdering av risiko for voldelig atferd. De viktigste utredningsområdene er disse:

- Individuelle, samspillmessige og sosiale faktorer som er forbundet med økt risiko for vold hos den enkelte.
- Strategier som kan redusere denne risikoen.
- Sikre at de relevante risikostrategiene blir iverksatt og opprettholdt rundt den enkelte.

Vurdering av risiko for vold må dels baseres på en klinisk vurdering på bakgrunn av fagpersonens kompetanse, kunnskap og samlede erfaring vedrørende brukeren. Dels vil det også være mulig å benytte seg av strukturerte kliniske kartleggingsverktøy som helseforetakene har erfaring med.

Den samlede vurderingen skal dokumenteres i personens journal. Den vil ha betydning for utforming av tjenestetilbudet, og for vurderingen av om vilkårene for tiltak etter kapittel 9 er oppfylt. Når det gjelder vilkårene i kapittel 9 vil spesialisthelsetjenestens risikovurdering særlig ha betydning for avgjørelsen av om et tvangstiltak er nødvendig for hindre eller begrense vesentlig skade, og om det kan sies å foreligge en nødsituasjon. Spesialisthelsetjenestens vurdering vil også ha betydning for om tiltaket kan anses som forholdsmessig.

4. MERKNADER TIL LOVBESTEMMELSENE

4.1 § 9-1 med merknader

§ 9-1 Formål

Formålet med reglene i dette kapitlet er å hindre at personer med psykisk utviklingshemning utsetter seg selv eller andre for vesentlig skade og forebygge og begrense bruk av tvang og makt.

Tjenestetilbudet skal tilrettelegges med respekt for den enkeltes fysiske og psykiske integritet, og så langt som mulig i overensstemmelse med brukerens eller pasientens selvbestemmelsesrett.

Ingen skal behandles på en nedverdiggende eller krenkende måte.

§ 9-1 er kapitlets formålsparagraf. Formålsbestemmelsen har rettslig betydning i ulike sammenhenger, blant annet er de angitte formålene relevante momenter ved tolkning av andre bestemmelser i kapitlet.

I første ledd fremgår at formålet med reglene i kapittel 9 for det første er å hindre at personer med utviklingshemning utsetter seg selv eller andre for vesentlig skade. For det andre har reglene til formål å forebygge og begrense bruk av tvang eller makt. Dette formålet kommer til uttrykk i flere bestemmelser i kapittel 9, og innebærer at det skal arbeides aktivt for å tilrettelegge tjenestene slik at behovet for tvang blir minst mulig. Adgangen til å benytte tvang i særlige situasjoner skal med andre ord ikke føre til redusert innsats for å sikre god kvalitet og riktig omfang på tjenestene.

I andre ledd understrekes den enkelte personens rett til å bli respektert for den han/hun er. Det er i denne forbindelse et viktig poeng at tjenestene for en stor del ytes i private hjem, ofte gjennom hele døgnet og gjennom en stor del av livet. Det er da viktig å alltid søke å finne frem til løsninger som er i tråd med tjenestemottakerens ønsker, og å bidra slik at han eller hun kan få bestemme mest mulig selv. De ansatte i tjenestene har en viktig rolle i å tilrettelegge for dette.

Tredje ledd slår fast at ingen skal behandles på en nedverdiggende eller krenkende måte.

Formuleringen er en oppfølging av reglene i EMK artikkel 3. Den er tatt inn i formålsbestemmelsen for å tydeliggjøre betydningen av tjenestemottakerens integritet og verdighet i vurderingen og utformingen av tiltak etter kapitlet. Forbudet beskytter mot respektløs behandling av tjenestemottakeren, både fysisk og psykisk. Det vil være i strid med dette forbudet å benytte nedverdiggende og krenkende virkemidler, tilsiktet eller utilsiktet, for å påvirke tjenestemottakerens atferd. Alle former for kroppslig refselse er et eksempel på fysiske integritetskrenkelser som vil være forbudt, og dessuten i prinsippet straffbart. Slike overtredelser vil også kunne sanksjoneres etter helsepersonelloven kapittel 11.

4.2 § 9-2 med merknader

§ 9-2 Virkeområde

Reglene i kapitlet her gjelder bruk av tvang og makt som ledd i tjenester etter § 3-2 nr. 6 bokstavene a til d til personer med psykisk utviklingshemning.

Som bruk av tvang eller makt etter reglene i kapitlet her regnes tiltak som brukeren eller pasienten motsetter seg, eller tiltak som er så inngripende at de uansett motstand må regnes som bruk av tvang eller makt. Bruk av inngripende varslingsystemer med tekniske innretninger skal alltid regnes som bruk av tvang eller makt etter reglene i kapitlet her. Almennelige oppfordringer og ledelse med hånden eller andre fysiske påvirkninger av liknende art anses ikke som bruk av tvang eller makt.

4.2.1 Innledning

Bestemmelsen angir regelverkets virkeområde. Av første ledd fremgår at regelverket gjelder for personer med utviklingshemning, og at det er knyttet til nærmere bestemte tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven. I andre ledd angis hvilke tiltak som skal anses som tvang og makt, og som dermed bare vil være tillatt hvis alle vilkårene i kapitlet er oppfylt.

Reglene om virkeområdet reiser en rekke særlige spørsmål, herunder spørsmålet om hva som ligger i formuleringen «...som ledd i tjenester...», forholdet til brukerstyrt personlig assistanse, avgrensning mot helsehjelp, bruk innenfor andre sektorer/på andre arenaer og på reiser i utlandet, og bruk av reglene overfor barn. Disse spørsmålene behandles nedenfor.

4.2.2 Hvem reglene gjelder overfor

Det følger av § 9-2 første ledd at kapittel 9 kun kan anvendes overfor mennesker som har diagnosen psykisk utviklingshemming. I ICD-10¹⁶ er tilstanden psykisk utviklingshemming beskrevet slik:

«Psykisk utviklingshemming er en tilstand med stagnert eller mangelfull utvikling av evner og funksjonsnivå, som særlig kjennetegnes av svekkede ferdigheter som viser seg i løpet av utviklingsperioden. Dette er ferdigheter som bidrar til det generelle intelligensnivået, som kognitive, språklige, motoriske og sosiale ferdigheter. Utviklingshemming kan forekomme med eller uten andre psykiske eller somatiske lidelser.»

For personer som ikke har fått stilt diagnosen psykisk utviklingshemming (F70-F79 i ICD-10), kommer reglene i kapittel 9 ikke til anvendelse.

Diagnosen psykisk utviklingshemming finnes i gradene lett, moderat, alvorlig og dyp. I ICD-10 er de ulike gradene beskrevet slik (noe forkortet):

Lett psykisk utviklingshemming:

IQ anslagsvis mellom 50 og 69 (hos voksne, mental alder fra 9 til under 12 år), fører vanligvis til lærevansker i skolen. Mange voksne er i stand til å arbeide, ha gode sosiale forhold og gjøre en samfunnsnyttig innsats. Blant personer med lett utviklingshemming oppnår de fleste full selvstendighet når det gjelder egenomsorg (spising, vasking, påkledning, kontroll over tarm og blære) og praktiske og huslige ferdigheter, selv om utviklingen skjer betydelig langsommere enn normalt. De største vanskene oppstår vanligvis med teoretisk skolearbeid, og mange har særlige problemer med å lese og skrive.

Moderat psykisk utviklingshemming:

IQ anslagsvis mellom 35 og 49 (hos voksne, mental alder fra 6 til under 9 år), utvikler sent språkforståelse og språkbruk, og de endelige resultatene på dette området er begrenset. Evnen til å mestre egenpleie og motoriske ferdigheter er også hemmet, og noen trenger tilsyn hele livet. De fleste kan imidlertid læres opp til å utvikle noen grad av uavhengighet i det å sørge for seg selv, oppnå adekvat kommunikasjon og noen skoleferdigheter. Spesialundervisning kan gi dem mulighet til å utvikle sitt begrensede potensiale og oppnå noen av de mest grunnleggende ferdigheter.

Voksne vil trenge varierende grad av støtte for å kunne leve og arbeide ute i samfunnet. De er imidlertid stort sett fullt mobile og fysisk aktive, og de fleste viser tegn til sosial utvikling i evnen til å etablere kontakt, kommunisere og å delta i enkle sosiale aktiviteter. Som voksne kan mennesker med moderat psykisk utviklingshemming vanligvis utføre enkelt praktisk arbeid, så lenge oppgavene er nøye strukturert og utføres under faglært ledelse.

¹⁶ <https://helsedirektoratet.no/publikasjoner/icd-10-den-internasjonale-statistiske-klassifikasjonen-av-sykdommer-og-beslektede-helseproblemer-2015>

Alvorlig psykisk utviklingshemming:

IQ anslagsvis mellom 20 og 34 (hos voksne, mental alder fra 3 til under 6 år), fører vanligvis til kontinuerlig omsorgsbehov. De fleste lider av betydelig motorisk svikt eller andre tilknyttede mangler, som indikerer betydelig klinisk skade på, eller mangelfull utvikling av, sentralnervesystemet.

Dyp psykisk utviklingshemming:

IQ estimert til under 20 (hos voksne, mental alder under 3 år), fører til alvorlige begrensninger av egenomsorg, kontinens, kommunikasjon og bevegelse. De har en svært begrenset evne til å forstå eller følge anmodninger eller instruksjoner, og er i beste fall i stand til å delta i helt elementære former for ikke-verbal kommunikasjon. De har liten eller ingen evne til å ivareta sine egne grunnleggende behov, og trenger konstant hjelp og tilsyn.

Diagnosen psykisk utviklingshemming skal primært settes av spesialisthelsetjenesten, eventuelt i samarbeid med primærhelsetjenesten. Det kan ikke iverksettes tiltak etter kapittel 9 hvis det er tvil om at diagnosen psykisk utviklingshemming er vurdert og satt av kvalifisert person eller instans.

4.2.3 Hvor reglene gjelder

Det følger av helse- og omsorgstjenesteloven § 1-2 at loven gjelder for helse- og omsorgstjenester som tilbys eller ytes i riket av kommunen eller av private som har avtale med kommunen. I dette ligger at loven, herunder kapittel 9, ikke gjelder utenfor Norges grenser. Den gjelder heller ikke på Svalbard og Jan Mayen. Etter dette er vedtak etter kapittel 9 for eksempel ikke gyldig i utlandet. Ved opphold i utlandet er det lovene i oppholdslandet som regulerer hva som er tillatt når det gjelder bruk av tvang.

«I riket» kan tiltak etter kapittel 9 i prinsippet gjennomføres der tjenestemottakeren befinner seg, forutsatt at alle vilkårene er oppfylt, at gjennomføringen skjer i samsvar med reglene i § 9-9 og at tvangstiltaket benyttes som ledd i tjenester som nevnt i § 9-2 første ledd. Dersom personen det gjelder samtidig mottar tjenester etter annet lovverk, er det en forutsetning at vedkommende sektormyndighet samtykker til at tiltakene kan gjennomføres mens personen befinner seg på deres arena.

Når det gjelder barn og unge som har vedtak etter kapittel 9, har Kunnskapsdepartementet lagt til grunn at opplæringslova ikke i seg selv er til hinder for at tiltakene også kan gjennomføres når eleven befinner seg på skolen i skoletiden. For at skolen bl.a. skal kunne ivareta sitt ansvar for forsvarlig undervisning og for elevenes fysiske- og psykososiale arbeidsmiljø, er det imidlertid en forutsetning at skolens ledelse samtykker til at tiltakene kan gjennomføres når eleven er på skolen. Det er videre en forutsetning at tiltakene gjennomføres som ledd i tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven, og at tiltakene gjennomføres av personell fra helse- og omsorgstjenesten.

4.2.4 For hvilke tjenester regelverket kommer til anvendelse

4.2.4.1 Generelt

§ 9-2 første ledd knytter bruk av tvang og makt til tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 første ledd nr. 6 bokstavene a til d. De aktuelle tjenestene er helsetjenester i hjemmet, personlig assistanse herunder praktisk bistand og opplæring og støttekontakt, plass i institusjon herunder sykehjem, og avlastningstiltak.

For tjenester som også omfatter helsehjelp, for eksempel helsetjenester i hjemmet og opphold på sykehjem, gjelder kapittel 9 bare under utførelsen av pleie og omsorg (dvs. ikke dersom det f.eks. gis medisinsk behandling). Avgrensningen mot helsehjelp som ikke er pleie og omsorg er nærmere omtalt i pkt. 4.2.4.4.

Hvis en person med utviklingshemming har støttekontakt, vil det kunne oppstå nødsituasjoner der støttekontakten må iverksette skadeavvergende tiltak. Unntaksvis vil det også kunne være hensiktsmessig at en støttekontakt gjennomfører enkelte omsorgstiltak, f.eks. bruk av rullestolbelte eller lignende, forutsatt at dette er forsvarlig i det enkelte tilfellet. Det er en forutsetning at alle vilkårene i kapittel 9 er oppfylt, herunder at støttekontakten er kvalifisert til å gjennomføre tiltaket på en forsvarlig måte.

At det er behov for tiltak etter kapittel 9 er videre ikke til hinder for at tjenestene organiseres som brukerstyrt personlig assistanse (BPA). Se nærmere om dette nedenfor.

Det har ingen betydning om det er kommunens egne ansatte som utfører tjenestene, eller om tjenestene er kjøpt av andre offentlige eller private tjenesteytere. Kommunen har i alle tilfeller et overordnet ansvar for tjenestene, herunder også for tiltak etter kapittel 9. Når tjenestene ytes av andre offentlige eller private aktører innebærer dette at kommunen ved avtale og oppfølging må sikre at disse oppfyller lovens krav.

4.2.4.2 Kravet om at tvangstiltak skal være som ledd i tjenester etter § 3-2 første ledd nr. 6 bokstavene a til d

Det fremgår av § 9-2 første ledd at reglene gjelder bruk av tvang eller makt som ledd i tjenester etter § 3-2 første ledd nr. 6 bokstavene a til d. Dette innebærer at tiltakene skal vurderes og iverksettes innenfor rammen av kommunens helse- og omsorgstjeneste. Det innebærer også at det ikke kan fattes vedtak etter kapittel 9 uten at det også foreligger et vedtak om tjenester som nevnt. Regelverket er imidlertid ikke til hinder for at vedtakene fattes samtidig, eller at tjenestetiltaket og tvangstiltaket går ut på det samme (for eksempel tilstedeværelse av personell).

Lovens formulering om at tvangstiltak kan iverksettes *som ledd i* nærmere angitte tjenester begrenser ikke hva slags type tiltak som kan være aktuelle eller hvilket formål et tiltak kan ha. Dette må vurderes med utgangspunkt i kapitlets øvrige bestemmelser, særlig vilkårene i § 9-5 og formålsangivelsen i § 9-1.

Særlig om tilfeller der personen motsetter seg tjenester

I enkelte særlige tilfeller kan personer over tid motsette seg å motta nødvendige tjenester, og det kan som følge av dette oppstå fare for skade på personen selv eller andre. I slike situasjoner må det arbeides aktivt for å nå frem med frivillige tiltak. Ved behov må det innhentes bistand fra spesialisthelsetjenesten i dette arbeidet.

Hvis det ikke er mulig å nå frem med frivillige tiltak, kan tjenesten gis som et tiltak etter kapittel 9 dersom dette er nødvendig for å hindre eller begrense vesentlig skade og vilkårene for øvrig er oppfylt. I noen slike tilfeller kan *tiltaket* være vanskelig å skille fra *tjenesten*. Et eksempel på dette er som nevnt der både tiltaket og tjenesten består av tilstedeværelse av personell.

I særlige tilfeller kan kommunen be om at politiet bistår kommunens helse- og omsorgstjeneste når et vedtak etter kapittel 9 skal settes i verk. Politiets bistand vil for eksempel kunne være hjelp til å ta seg inn i vedkommendes bolig, eller til å lokalisere eller transportere vedkommende. Det er en forutsetning at bistand fra politiet vurderes som påkrevet og forholdsmessig i den konkrete situasjonen, for eksempel på grunn av overhengende risiko for alvorlig skade på den utviklingshemmede selv eller andre personer. Det er viktig med et tett samarbeid mellom politiet, kommunens helse- og omsorgstjeneste og eventuelt også spesialisthelsetjenesten for å sikre en god og forsvarlig håndtering av slike situasjoner.

Anmodning om bistand rettes til stedlig politi, jf. politiinstruksen § 13-4 første ledd. Hvis anmodningen tilsier at politiet må anvende fysisk makt, følger det av samme bestemmelse at det i alminnelighet kreves en skriftlig begjæring. Politiet har i slike tilfeller plikt til å kontrollere det rettslige grunnlaget for anmodningen.

4.2.4.3 Særlig om brukerstyrt personlig assistanse (BPA)

Etter pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1d har personer med stort og langvarig behov for personlig assistanse, samt enkelte familier med stort avlastningsbehov, rett til å få disse tjenestene organisert som BPA. Rettighetsbestemmelsen avgrensner ikke mot personer som har, eller kan ha behov for, vedtak etter helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 9. Også personer i denne gruppen vil dermed kunne ha rett til å få organisert tjenestene som BPA. Et rundskriv om BPA og rettighetsbestemmelsen er under utarbeidelse.

I mange tilfeller vil BPA – med sitt store innslag av brukerstyring, og med muligheter for en liten og stabil personalgruppe – kunne bidra til å redusere forekomsten av utfordrende atferd, og dermed også behovet for bruk av tvang eller makt. Også der tjenestemottakeren ikke har rett til å få tjenestene organisert som BPA etter pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1d, vil BPA eller en lignende organisering av tjenestetilbudet kunne være aktuelt som forebyggende tiltak etter § 9-4, eller som alternativ til tvang etter § 9-5 første ledd første punktum.

Dersom det skal opprettes en BPA-ordning i saker der det foreligger vedtak etter kapittel 9, må kommunen stille krav om at det rekrutteres assistenter med nødvendig kompetanse, og for øvrig stille de krav som er nødvendig for å ivareta kravene kapittel 9 stiller til tjenesteytingen og til gjennomføringen av tvangstiltak.

4.2.4.4 Grensen mot helsehjelp som ikke er pleie eller omsorg

Reglene i kapittel 9 gjelder bruk av tvang og makt overfor psykisk utviklingshemmede som ledd i nærmere angitte tjenester, jf. ovenfor. For helsehjelp som faller utenfor virkeområdet til kapittel 9, dvs. helsehjelp som har andre formål enn pleie- og omsorgsformål, gjelder reglene i pasient- og brukerrettighetsloven kapitlene 4 og 4A. Er det behov for å iverksette helsehjelp som medisinske undersøkelser og behandling, tannhelsetjenester osv. til personer med utviklingshemming, er det dermed pasient- og brukerrettighetslovens regler som er riktig lovgrunnlag. Når et tiltak overfor en person med utviklingshemming er å anse både som helsehjelp og som pleie- og omsorg, er det helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 9 som skal benyttes.

Det kan av og til være vanskelig å avgjøre om et tiltak skal hjemles i pasient- og brukerrettighetsloven eller i helse- og omsorgstjenesteloven. Hva som er riktig lovgrunnlag må vurderes konkret i hvert enkelt tilfelle. I vurderingen kan det blant annet sees hen til hva som skaper behovet for tiltaket, herunder om tiltaket har som direkte formål å avhjelpe en somatisk sykdomstilstand. Videre vil det kunne ses hen til om det er helsepersonell som har vurdert at det er behov for tiltaket, og om tiltaket må utføres av helsepersonell eller av personer med noe helsefaglig kompetanse. Det vil også kunne ha betydning hva slags hjelp som ville vært alternativet dersom tiltaket ikke hadde kunnet benyttes.

I en situasjon kan det for eksempel være behov for en epilepsialarm. Epilepsi er en somatisk sykdomstilstand, og det vil som regel være helsepersonell som har vurdert at det er behov for epilepsialarm. Videre vil en utløst epilepsialarm medføre at det må gjøres en vurdering av pasientens helsetilstand og situasjon for øvrig, herunder av om det må iverksettes medisinsk behandling. Som hovedregel vil epilepsialarm derfor måtte anses som helsehjelp.

Et hjelpebehov vil også kunne bestå av flere faser. Dersom en tjenestemottaker for eksempel har fått gjennomført en stomioperasjon, vil stell av operasjonssåret frem til operasjonssåret er grodd anses som medisinsk behandling. Riktig lovgrunnlag vil da være pasient- og brukerrettighetsloven. Vask, stell og skifte av stomiposer etter at operasjonssåret er grodd må derimot anses for å ha pleie- og omsorgsformål, og et eventuelt behov for tvang i forbindelse med dette må vurderes etter reglene i helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 9.

4.2.5 Hva regnes som tvang og makt

4.2.5.1 Innledning

Hvilke tiltak som regnes som tvang eller makt etter kapittel 9 fremgår av § 9-2 andre ledd:

«Som bruk av tvang eller makt etter reglene i kapitlet her regnes tiltak som brukeren eller pasienten motsetter seg, eller tiltak som er så inngripende at de uansett motstand må regnes som bruk av tvang eller makt. Bruk av inngripende varslingssystemer med tekniske innretninger skal alltid regnes som bruk av tvang eller makt etter reglene i kapitlet her. Alminnelige oppfordringer og ledelse med hånden eller andre fysiske påvirkninger av liknende art anses ikke som bruk av tvang eller makt.»

Bestemmelsen angir hvilke tiltak som skal regnes som tvang eller makt, og som dermed bare lovlig kan settes i verk når alle vilkårene i kapitlet er oppfylt. Definisjonen er todelt, i det som forenklet kan kalles *den subjektive* delen av definisjonen og *den mer objektive* delen av definisjonen.

Den subjektive delen av definisjonen befinner seg i bestemmelsens første punktum første alternativ, og i tredje punktum. Det fremgår der at *tiltak som tjenestemottakeren motsetter seg* er å anse som tvang eller makt. Videre fremgår et unntak fra denne delen av definisjonen, for de tilfellene der tjenestemottakerens motstand lar seg overvinne ved bruk av bare særlig milde verbale eller fysiske påvirkninger.

Den mer objektive delen av tvangsdefinisjonen befinner seg i bestemmelsens første punktum siste alternativ, og i andre punktum. Det fremgår der at tvangsbegrepet omfatter *tiltak som etter en helhetsvurdering er så inngripende at de må regnes som tvang eller makt uavhengig av motstand*. Videre gjøres det en presisering av denne delen av definisjonen, idet det slås fast at inngripende varslingssystemer med tekniske innretninger alltid er å anse som tvang eller makt. Selv om bare varslingssystemer er nevnt i bestemmelsen, omfattes her også systemer for observasjon og lokalisering. For en kortfattet gjennomgang av de ulike rettslige grunnlagene for bruk av inngripende teknologi som ledd i helse- og omsorgstjenester vises til Helsedirektoratets rapport IS-2225 *Helsedirektoratets anbefalinger på det velferdsteknologiske området*.¹⁷

Dersom et tiltak faller utenfor tvangsdefinisjonen, dvs. hvis personen ikke motsetter seg tiltaket og tiltaket heller ikke er så inngripende at det må anses som tvang eller makt uavhengig av motstand, kan det gjennomføres som et ordinært tiltak i tjenesteytingen til personen uten at de særlige reglene og kravene i kapittel 9 må hensyntas.

4.2.5.2 Nærmere om tiltak som vedkommende motsetter seg

Alle tiltak som tjenestemottakeren motsetter seg, er i utgangspunktet å anse som tvang eller makt. Med *motsetter seg* menes både verbal og fysisk motstand. Definisjonen omfatter både situasjoner der tiltaket skal få personen til å utføre eller unnlate å utføre en handling, og tiltak der vedkommende må tåle selv å bli utsatt for handlinger. Videre omfattes tiltak som griper

¹⁷ <https://helsedirektoratet.no/publikasjoner/helsedirektoratets-anbefalinger-pa-det-velferdsteknologiske-området>

direkte inn i personens handlinger ved bruk av fysisk makt, for å stoppe eller korrigere vedkommende.

Motstandskriteriet er benyttet i loven fordi motstand – og fravær av motstand – normalt vil være et uttrykk for personens vilje. Imidlertid kan personers evne til å vise motstand eller motvilje variere, og hvorvidt det foreligger motstand mot et tiltak kan i noen tilfeller være vanskelig å avgjøre. Noen tjenestemottakere har for eksempel funksjonshemminger som vanskeliggjør fysisk motstand, eller de har på andre måter vanskeligheter med å gi klart uttrykk for sine ønsker og behov. Det må i slike tilfeller finnes andre holdepunkter for hvordan personen stiller seg til tiltaket. Det vil ofte være nødvendig å kjenne personen godt. Er det tvil om hvordan personen stiller seg til tiltaket, skal det legges til grunn at personen motsetter seg tiltaket, og reglene i kapittel 9 skal følges.

Tiltak som, til tross for motstand, ikke anses som tvang eller makt

Det godtas i samfunnet en viss bruk av verbale og fysiske virkemidler i forbindelse med grensesetting og styring av andres handlinger, uten at særskilt hjemmel anses påkrevd. Det samme gjelder innenfor offentlig tjenesteyting til personer med utviklingshemming. I § 9-2 andre ledd tredje punktum er det derfor gjort unntak for de tilfellene hvor motstanden kan overvinnes med alminnelige oppfordringer eller lette fysiske påvirkninger:

«Alminnelige oppfordringer og ledelse med hånden eller andre fysiske påvirkninger av liknende art anses ikke som bruk av tvang eller makt.»

Med alminnelige oppfordringer menes de mer dagligdagse former for muntlig påvirkning for å få tjenestemottakeren til å gjøre eller unnlate å gjøre noe. Dette kan være beskjeder, forklaringer, motiveringsarbeid og lignende, for eksempel en nøytral forklaring av hvilke konsekvenser en handling kan få. Det vil også være rom for enkle forhandlinger og forsøk på mild overtalelse. Når det gjelder tiltak som det må antas at vedkommende ville samtykket til dersom han eller hun hadde hatt forutsetninger for å vurdere de relevante omstendighetene, som f.eks. å dusje, vil det også være rom for å benytte avledende teknikker som f.eks. å spørre vedkommende *når* han eller hun vil dusje, i stedet for å spørre *om* vedkommende vil dusje.

Det kan imidlertid ikke anses som alminnelige oppfordringer å bruke overtalelses- eller manipulasjonsteknikker for å få tjenestemottakeren til å akseptere tiltak som det må antas av vedkommende ville opprettholdt sin motstand mot dersom han eller hun hadde hatt oversikt over relevante omstendigheter. Det samme gjelder bruk av trusler, eller bruk av stemme eller andre virkemidler på en måte som er egnet til å skape frykt eller underkastelse. Heller ikke det å true med fratakelse av tjenestemottakerens eiendeler eller andre negative reaksjoner, eller pågående «masing» som tjenestemottakeren gir etter for på grunn av maktubalansen i relasjonen, kan anses som alminnelige oppfordringer. Dersom det er behov for slike virkemidler for å få personen til å oppgi sin motstand, må situasjonen eventuelt vurderes med tanke på vedtak etter kapittel 9.

Med milde fysiske påvirkninger menes det samme som alminnelige oppfordringer, bare med fysiske midler. Dette kan blant annet være aktuelt overfor personer som har problemer med å oppfatte eller forstå verbal kommunikasjon. Vanlig håndledning er en vanlig form for mild fysisk påvirkning, og regnes ikke som tvang. Det samme gjelder for andre milde fysiske påvirkninger av liknende art, som lett igangsetting av bevegelse, veiledning ved posisjonering og lignende. Enkel løsning av et grep vil også kunne være under grensen for hva som må anses som tvang. Det er i alle tilfeller en forutsetning at det er snakk om milde fysiske påvirkninger. Dersom det er nødvendig å ty til kraftigere maktbruk for å overvinne motstanden, for eksempel kraftig skyving eller et fast grep, må reglene i kapittel 9 følges.

Ved bruk av virkemidler som beskrevet over, er det viktig å være bevisst på at forholdet mellom tjenestemottakeren og tjenesteyteren ikke er en likeverdig relasjon. Hensynet til personens selvbestemmelsesrett og integritet krever derfor at tjenesteyterne reflekterer over i hvilket omfang og i hvilke situasjoner tjenestemottakeren «styres» på denne måten, og i hvilken grad det er nødvendig å gripe inn i personens selvbestemmelse i disse situasjonene.

4.2.5.3 Nærmere om tiltak som er å anse som tvang uavhengig av motstand

Etter andre alternativ i § 9-2 andre ledd første punktum omfatter tvangsbegrepet også tiltak som er «...så inngripende at de uansett motstand må regnes som bruk av tvang eller makt». Dette er også kalt den objektive delen av tvangsdefinisjonen. Begrunnelsen for denne regelen er at motstand ikke er et tilstrekkelig avgrensningskriterium for hva som skal anses som tvang overfor personer med utviklingshemming. Motstand forutsetter en viss evne til å vurdere en handling eller et tiltak, og det vil variere hvilke forutsetninger personer med utviklingshemming har for å gjøre slike vurderinger. Videre kan det være vanskelig å vite om det ligger motstand bak atferden til en utviklingshemmet; for eksempel kan fravær av motstand skyldes tidligere erfaring med at det ikke nytter å protestere mot tiltaket.

En objektiv vurdering av tiltaket

Når det skal vurderes om et tiltak er så inngripende at det skal anses som tvang eller makt uavhengig av motstand, følger det av forarbeidene at det skal gjøres en vurdering av om tiltaket er *så inngripende at en person normalt ville ha motsatt seg det*. Det skal med andre ord tas utgangspunkt i en objektiv vurdering av tiltaket. Det naturlige utgangspunktet vil da være at et tiltak er å anse som objektivt inngripende dersom det innebærer en begrensning i vedkommendes mulighet til alminnelig selvbestemmelse. Eksempler på slike tiltak er begrensninger i personens tilgang til mat og drikke, samt begrensninger i tilgang til og bruk av godteri, tobakk, alkohol, mobiltelefon, datamaskin, penger eller lignende, og begrensninger i personens alminnelige bevegelses- eller handlefrihet for øvrig. Å låse inn mat, drikke, godteri, tobakk, datamaskin mv., eller på annen måte oppbevare slike ting utenfor personens rekkevidde i kortere eller lengre perioder, må dermed regnes som tvang eller makt uavhengig motstand. Det samme gjelder tiltak som styring/begrensning av internetttilgang og lignende, bruk av systemer for styring av for eksempel vannforbruk og bruk av komfyr, og styring og restriksjoner mht. hvor personen kan oppholde eller bevege seg.

Andre eksempler på tiltak som må anses som tvang eller makt uavhengig av motstand, er hvis tjenestemottager reagerer på instruks på en uvanlig og unaturlig måte, for eksempel legger seg ned på gulvet eller går til et bestemt rom. Et tiltak vil videre kunne være så omfattende og tidkrevende at det må anses som tvang eller makt uavhengig av motstand.

Tiltak som i utgangspunktet *ikke* vil være å regne som så inngripende at det må anses som tvang eller makt uavhengig av motstand, er tilrettelegging av det fysiske miljøet som ikke begrenser personens mulighet til å benytte gjenstander for sitt formål, og heller ikke begrenser personens alminnelige bevegelses- eller handlefrihet. Tiltak i denne kategorien kan være å skru fast bilder, TV og annet inventar, eller ramme inn TV eller lignende ved hjelp av pleksiglass for å beskytte mot knusing, forutsatt at gjenstandene fortsatt kan benyttes for sitt formål. Andre eksempler kan være innlåsing av gjenstander som sterke vaskemidler, skarpe kniver og lignende, forutsatt at personen uansett ikke ville gjøre normal bruk av disse.

Å dele opp mat, drikke eller andre nærings- eller nytelsesmidler i porsjoner for å hjelpe tjenestemottakeren med selv å kontrollere inntaket, anses i utgangspunktet heller ikke som bruk av tvang eller makt uavhengig av motstand, forutsatt at tilgangen til de resterende porsjonene ikke er fysisk eller på andre måter reelt begrenset. Tilrettelegging av dagliglivet gjennom etablering av alminnelige dagsplaner, «husordensregler», rutiner og lignende er andre eksempler på tiltak som i utgangspunktet som ikke vil anses som tvang eller makt etter dette alternativet.

Forarbeidene må forstås slik at det er en viss terskel for at et tiltak skal være å regne som tvang eller makt uavhengig av motstand. Det er med andre ord ikke tilstrekkelig at et tiltak er uvanlig. Det er imidlertid en forutsetning for at tiltak som nevnt ikke skal anses som tvang eller makt at det ikke foreligger motstand mot tiltaket eller gjennomføringen av det, jf. pkt. 4.2.5.2 ovenfor.

Betydningen av konkrete og individuelle forhold

I tillegg til at det skal vurderes om et aktuelt tiltak er å anse som objektivt inngripende slik dette er beskrevet ovenfor, følger det av forarbeidene at det også skal *gjøres en helhetsvurdering* av hvor inngripende tiltaket er. I en slik helhetsvurdering vil det være relevant å vektlegge mer individuelle og konkrete forhold knyttet til den enkelte personen og arten/omfanget av tiltaket.

Dette innebærer at konkrete og individuelle forhold kan medføre at et tiltak som i utgangspunktet ikke anses som objektivt inngripende, likevel må anses som inngripende overfor en bestemt person. Et eksempel på dette kan være bruk av dagsplan overfor en person som har vegring mot å gjennomføre punktene i dagsplanen. Et annet eksempel kan være at et tiltak som går ut på å skru fast bilder på veggen eller skru fast møbler, som i utgangspunktet ikke anses som objektivt inngripende, likevel må anses som inngripende overfor en person som liker å ta ned bildene for å se på dem, eller å ommøblere.

Konkrete og individuelle forhold kan også tilsi at enkelte tiltak som i utgangspunktet anses som objektivt inngripende slik dette er redegjort for ovenfor, likevel ikke anses som inngripende overfor en bestemt person i en bestemt situasjon. Et eksempel på dette kan være at personen selv tar initiativ til eller aktivt gir uttrykk for ønske om hjelp i form av et tiltak av mer kortvarig

eller på annen måte mindre omfattende karakter, for eksempel at tjenesteytere passer på godterier/snacks i påvente av en nærmere bestemt anledning, eller at tjenesteyterne etter brukerens ønske tar noe hånd om sigaretter, datamaskin/mobiltelefon eller lignende fordi personen ønsker hjelp til å kontrollere/reducere sitt forbruk. Dersom ønsket fremstår som meningsfylt i den konkrete situasjonen, og personen fremstår med tilstrekkelig innsikt i denne (har beslutningskompetanse i spørsmålet), vil dette tale for at det aktuelle tiltaket ikke er så inngripende overfor vedkommende at det må anses som tvang eller makt uavhengig av motstand. Mer omfattende tiltak som styring eller kontroll av personens tilgang til mat og/eller andre næringsmidler, for eksempel bruk av flere kjøleskap eller lås på kjøleskap, må det imidlertid alltid fattes vedtak om.

Konkrete og individuelle forhold og vurderinger som leder frem til at et tiltak som nevnt ikke er å anse som tvang eller makt overfor en person, skal dokumenteres i vedkommendes journal. Videre må situasjonen løpende vurderes. Dersom det skjer endringer i situasjonen slik at tiltaket blir mer inngripende, eller det oppstår tvil mht. om personen har forstått rekkevidden av – eller fortsatt tilslutter seg – tiltaket, må det eventuelt fattes vedtak etter kapittel 9 for at tiltaket skal kunne opprettholdes.

Det presiseres at en tjenestemottaker ikke kan samtykke til tiltak som etter en helhetlig vurdering er å anse som tvang. Tjenestemottakeren kan heller ikke forplikte seg til å akseptere fremtidige innskrenkninger eller tiltak (f.eks. gjennomføring av fremtidige tiltak som vedkommende kan komme til å motsette seg på gjennomføringstidspunktet).

4.2.5.4 Nærmere om inngripende varslingssystemer med tekniske innretninger

§ 9-2 andre ledd andre punktum gjelder bruk av inngripende varslingssystemer med tekniske innretninger, og slår fast at disse alltid er å anse som bruk av tvang eller makt. Selv om bestemmelsen bare nevner tekniske innretninger for varsling, omfatter den også tekniske innretninger for observasjon/overvåking og sporing/lokalisering. Begrepet *tekniske innretninger* omfatter både mekaniske og elektroniske innretninger.

De tekniske innretningene som bestemmelsen regulerer vil også kunne falle inn under pasient- og brukerrettighetsloven §§ 4-6 og 4-6a, eller samme lovs kapittel 4A ved motstand. Dersom tiltaket må anses som helsehjelp som ikke er pleie og omsorg, er det pasient- og brukerrettighetslovens regler som skal benyttes, se pkt. 4.2.4.4. I øvrige tilfeller må tiltaket vurderes opp mot vilkårene i kapittel 9. Dette gjelder uavhengig av hvordan personen selv stiller seg til tiltaket.

Det sentrale spørsmålet etter § 9-2 andre ledd andre setning er etter dette hvilke systemer som er å anse som *inngripende*. Det er hensiktsmessig å skille mellom systemer for varsling og systemer for sporing/lokalisering og overvåking.

Systemer for varsling

Systemer for varsling kan være både inngripende og ikke inngripende. Med *inngripende varslingssystemer* siktes først og fremst til systemer der varslingen utløses automatisk når tjenestemottakeren foretar seg visse handlinger, for eksempel står opp av sengen eller går ut av

ytterdøren, og derved gir omgivelsene (tjenesteyter eller andre) informasjon om hva som skjer. Det kan vanskelig gis en uttømmende liste over slike systemer da markedet stadig er i forandring og kombinasjonsmulighetene er mange, men eksempler på inngripende varslingsystemer er sengealarmer, ulike former for passeringsalarmer (herunder såkalt geofence) og dør- og vindusalarmer. Epilepsialarmer er også et eksempel på inngripende varslingsystemer, men epilepsialarmer vil som hovedregel anses som medisinsk varslingsutstyr, og reguleres da av pasient- og brukerrettighetsloven § 4-6, eller kapittel 4A ved motstand, jf. pkt. 4.2.4.4.

Varslingsystemer som bare aktiviseres etter ønske fra vedkommende selv, som for eksempel trygghetsalarmer og forskjellige typer kommunikasjonssystemer, anses derimot ikke som inngripende. Det samme gjelder innretninger som varsler om forhold som ikke knytter seg til tjenestemottakerens person, f.eks. brannalarm eller innbruddsalarm. Heller ikke varslingsystemer som bare varsler vedkommende selv anses som inngripende. Nevnte innretninger innebærer ikke noen trussel mot den enkeltes integritet eller privatliv.

Systemer for sporing/lokalisering og overvåkning

Systemer for sporing/lokalisering og overvåkning anses i utgangspunktet som inngripende tiltak, og vil derfor alltid være å anse som tvang eller makt overfor personer med utviklingshemming. Det vanligste eksemplet på sporings-/lokaliseringstiltak er bruk av GPS for å kunne følge med på brukerens bevegelser og lokalisere brukeren. Overvåkningstiltak er bruk av utstyr som registrerer bilde og/eller lyd, for eksempel kamera eller monitoreringsutstyr som babycall eller annet.

Selv om de tiltakene bestemmelsen regulerer alltid vil være å anse som tvang eller makt på grunn av sin prinsipielt inngripende karakter, må det i alle saker gjøres en konkret og individuell vurdering av hva som vil være det minst inngripende og belastende tiltaket overfor personen. Det kan for eksempel tenkes situasjoner der bruk av GPS må anses som mindre inngripende og/eller belastende for personen enn andre aktuelle tiltak, som for eksempel å bli fotfulgt av personell. Personens egne ønsker, forutsetninger og behov vil være viktige momenter i en slik vurdering. Uavhengig av hva slags tiltak som velges må det på vanlig måte sikres at tiltaket gjøres minst mulig inngripende ut fra formålet, og at det er faglig og etisk forsvarlig.

4.2.6 Særlig om regelverkets anvendelse overfor barn

4.2.6.1 Innledning

Reglene i kapittel 9 er aldersuavhengige, og gjelder både for barn og voksne med diagnose psykisk utviklingshemming. Det innebærer blant annet at eventuelt samtykke eller instruks fra foreldrene ikke kan komme i stedet for et vedtak etter kapittel 9 når det gjelder tiltak overfor barnet som omfattes av tvangsdefinisjonen i § 9-2 andre ledd.

Det rettslige utgangspunktet er etter dette at barn er vernet mot innskrenkninger i sin selvbestemmelse på samme måte som voksne. I og med at barns rett til selvbestemmelse utvikles gradvis, vil imidlertid grensene for hva som anses som tvang overfor et barn avvike noe fra det som gjelder for voksne. Ut fra dette er begrensninger som barn normalt opplever som ledd i alminnelig barneoppdragelse, ikke å anse som tvang eller makt. Tiltak som gjennomføres som ledd i alminnelig barneoppdragelse, herunder vanlig omsorg og grensesetting, reguleres med andre ord ikke av kapittel 9.

Det er av avgjørende betydning at det forebyggende arbeidet starter tidlig, før barnet får en fysisk styrke der utfordrende atferd blir vanskelig å håndtere uten bruk av fysisk tvang. Det vises til rundskrivets pkt. 4.4.4 med særlig omtale av betydningen av forebygging og tidlig innsats overfor barn. Etter § 9-5 første ledd skal det, i likhet med hva som gjelder for voksne, alltid søkes andre løsninger før det iverksettes tvang overfor barn. I tråd med utviklingen av barnets selv- og medbestemmelsesrett skal barnet involveres i arbeidet med å finne andre løsninger.

Treffes det vedtak om bruk av tvang eller makt overfor barn med utviklingshemming, skal det fremkomme hvilke holdninger både barnet selv og den/de med foreldreansvaret har til vedtaket, jf. § 9-7 andre ledd bokstav f.

4.2.6.2 Foreldreansvaret og alminnelig barneoppdragelse

Det følger av barnelova § 30 at barnet har krav på omsorg og omtanke fra de som innehar foreldreansvaret. Videre skal foresatte med foreldreansvar sørge for at barnet får forsvarlig oppdragelse og at det blir forsørget, samt gis utdanning ut fra sine evner og forutsetninger.

En del av foreldreansvaret er å ta beslutninger på barnets vegne, og å sørge for grensesetting mv. som ledd i alminnelig barneoppdragelse. Med grensesetting menes at foreldrene sørger for kontroll og styring ved å opptre klart og tydelig overfor barnet, og derigjennom skaper trygghet og forutsigbarhet. Virkemidler kan være gode samtaler og konstruktive tilbakemeldinger, regler, avtaler og forhandlinger. Det forutsettes at grensesettingen ikke strider mot reglene i barnelova, herunder forbudet mot å utsette barnet for vold eller å utsette barnet for fysisk eller psykisk skade eller fare, jf. barnelova § 30 tredje ledd.

Når barnet bor eller oppholder seg hjemmefra, og det dermed er andre enn foreldrene som ivaretar barnet, vil disse også overta ansvaret for den daglige omsorgen for barnet. For barn i f.eks. avlastningsbolig vil personalet – som ledd i den daglige omsorgsutøvelsen – bestemme over måltidsrytme, stell, leggerutiner, dagaktiviteter mv. Dette ansvaret må imidlertid i størst mulig grad ivaretas i samarbeid med foreldrene. Barn vil profitere på kontinuitet og forutsigbarhet når det gjelder daglige rutiner, grensesetting mv., og ansvaret bør i størst mulig grad ivaretas i nært samarbeid med foreldrene. I rimelig utstrekning må det legges til rette for at foreldrene kan bestemme over forhold av større betydning for familien, som for eksempel at barnet av religiøse grunner ikke skal spise svinekjøtt.

Foreldrenes rett til å bestemme over barna avgrenses av barnets rett til selv å ta avgjørelser om personlige forhold. Etter hvert som barnet utvikler seg og blir eldre skal det legges stadig større vekt på barnets oppfatning.

Foreldrenes rett til å bestemme over barnet opphører ved barnets myndighetsalder, som er 18 år. På enkelte områder er barnets myndighetsalder satt lavere. For eksempel kan barn ved 15 år ta beslutninger om utdanning og medlemskap i organisasjoner, jf. barnelova § 32. Ved fylte 16 år kan barnet selv ta beslutninger om helsehjelp forutsatt at barnet er samtykkekompetent, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 4-4.

4.2.6.3 Hvilke tiltak som må anses som tvang overfor barn

Som nevnt er reglene i kapittel 9 ikke ment å regulere tiltak som må regnes som *alminnelig barneoppdragelse*, heller ikke når slike tiltak iverksettes og gjennomføres av tjenesteyterne. Det må med andre ord vurderes om tiltaket ligger innenfor eller utenfor rammen av alminnelig barneoppdragelse.

Hvorvidt et tiltak kan anses som alminnelig barneoppdragelse må vurderes ut fra barnets biologiske alder. Begrensninger som ikke ligger innenfor det alminnelige overfor barn med samme biologiske alder, kan ikke regnes som alminnelig barneoppdragelse. Begrepet *alminnelig* refererer seg her både til type tiltak, tiltakets styrke/intensitet og hvor ofte tiltaket må benyttes. Spørsmålet henger nært sammen med hva slags atferd som kan anses som alminnelig på ulike alderstrinn, blant annet når det gjelder evne til ivaretagelse av personlig hygiene, toaletttrutiner og vanlig tilpasning til omgivelsenes krav. Selvskading og annen alvorlig utagerende atferd kan ikke sies å være alminnelig atferd for barn på noe alderstrinn.

Nærmere om alminnelig barneoppdragelse

Eksempler på fysiske tiltak som omfattes av alminnelig barneoppdragelse overfor mindre barn, er enkelttilfeller der det må tas tak i barnet for å forhindre at det f.eks. løper ut i trafikken, ut i vannet eller et annet sted barnet kan komme til skade. Det kan også være tiltak som å begrense barnets mulighet til å forlate badet før nødvendig stell er gjennomført, eller å løfte barnet forsiktig ut av badekaret til tross for lett motstand. Dersom slike tiltak for gjennomføring av daglige rutiner eller for å hindre at barnet skader seg møtes med sterkere motstand enn det som er alminnelig, og det derfor må benyttes mer makt enn alminnelig for å overvinne motstanden, må tiltaket imidlertid anses som tvang eller makt. Det samme gjelder dersom det aktuelle tiltaket må benyttes betydelig oftere enn det som er alminnelig.

Et karakteristisk trekk hos yngre barn er at selv om barnet gir uttrykk for intens motstand i øyeblikket, kan det være enkelt å endre barnets oppfatning ved avledning og motivering. Slike virkemidler kan på samme måte benyttes i tjenesteytingen. Avledning og motivering for å overvinne eller omgå motstand vil for øvrig kunne falle inn under unntaket for *alminnelige oppfordringer* mv. i § 9-2 andre ledd tredje punktum, se pkt. 4.2.5.2 ovenfor.

Eksempler på alminnelige tiltak overfor større barn kan være å begrense barnets bruk av dataspill, Internett og mobiltelefon, inntak av godteri mv. Alminnelige tiltak kan også være bruk av avtaler og motiverende teknikker for å trene barnet i utsatt behovstilfredsstillelse, herunder gjennomføring av gjøremål som i øyeblikket er mindre lystbetonte, som f.eks. skolearbeid eller lignende. Bruk av fysisk makt, som å ta tak i barnet for å stanse det eller få barnet med seg, kan ikke anses som alminnelig overfor større barn. Slike tiltak må derfor anses som tvang.

Overfor barn kan de garantier som bruk av kapittel 9 gir, herunder at spørsmålet om årsaker er tilstrekkelig utredet og at andre mulige løsninger har vært utprøvd, være av stor betydning for barnets videre utvikling. Hvis et tiltak går ut over det som er alminnelig på det aktuelle alders-trinnet, skal tiltaket derfor regnes som tvang eller makt.

4.2.6.4 Foreldrenes rolle ved vurdering av tvang overfor barn

Det følger av § 9-3 andre ledd at før det fattes vedtak om bruk av tvang eller makt overfor barn, skal den/de med foreldreansvaret gis informasjon og ha adgang til å uttale seg om vedtaket. Selv om det ikke er krav om at den/de med foreldreansvaret samtykker, er det viktig at barnets foreldre gis en mulighet til å forstå hvorfor tiltaket er nødvendig, og hvorfor det er viktig at barnet nyter godt av de rettsikkerhetsgarantier som kapittel 9 gir. Det er viktig å bruke tid og sikre god kommunikasjon, herunder bruk av tolk ved behov for det. Etter § 9-3 andre ledd skal den/de med foreldreansvaret også gis mulighet til å uttale seg før Fylkesmannen behandler kommunens vedtak.

4.2.7 Utenfor virkeområdet til kapittel 9

I situasjoner der kapittel 9 ikke gjelder, dvs. der personen ikke har diagnosen utviklingshemming, befinner seg utenfor Norges grenser eller ikke har vedtak om eller mottar tjenester som nevnt i § 9-2 første ledd, vil ingen av kapittelets regler komme til anvendelse.

Det kan tenkes at en annen sektorlov kommer til anvendelse og regulerer hvilke tiltak/inngrep som er tillatt og vilkårene for dette, for eksempel barnevernloven, psykisk helsevernloven eller pasient- og brukerrettighetsloven. Hvis det ikke finnes en sektorlov på området, eller sektorloven ikke regulerer spørsmålet, vil det først og fremst være legalitetsprinsippet som setter grenser for hvilke tiltak som er tillatt innenfor offentlig tjenesteyting.

For mer inngripende tiltak, typisk sporings-, lokaliserings- og overvåkingsteknologi mv. samt begrensninger i personens alminnelige handle- og bevegelsesfrihet, vil det ut fra legalitetsprinsippet i norsk rett kreves et rettsgrunnlag, dvs. gyldig samtykke eller lovhjemmel. Dersom personen ikke kan avgi et gyldig samtykke fordi han eller hun mangler beslutnings-/samtykkekompetanse, følger det dermed av legalitetsprinsippet at tiltaket må ha hjemmel i lov. Mindre inngripende tjenestetiltak som personen ikke motsetter seg, vil det som hovedregel være tillatt å gjennomføre uavhengig av personens beslutnings-/samtykkekompetanse. Hvis det derimot foreligger motstand mot et tiltak, vil det som hovedregel kreves hjemmel i lov.

For øvrig vil det være tillatt å utføre nødretts- og nødvergehandlinger etter reglene i straffeloven 2005 §§ 17 og 18. Nødrettsadgangen (§ 17) vil være aktuell der det er nødvendig å gripe inn med fysisk makt overfor tjenestemottakeren for å forhindre skade som følge av handlinger som ikke er ulovlige, dvs. først og fremst selvskading eller ødeleggelse av vedkommendes egne eiendeler. Dersom det må gripes inn for å avverge eller begrense skade på andre personer eller andres eiendeler som følge av et ulovlig angrep fra tjenestemottakeren, vil man være i en nødvergesituasjon etter straffeloven 2005 § 18.

Der tjenestemottakeren er et barn, vil det videre kunne benyttes tiltak som ellers inngår i alminnelig omsorg for barn på ulike alderstrinn, herunder bruk av overtalelse og avledning for å overvinne og omgå motstand, og forsvarlige og nødvendige tiltak for å hindre at barnet kommer til skade. Dersom det er tale om å benytte et mer inngripende tiltak overfor en mindreårig som ikke selv kan avgi gyldig samtykke, er det i utgangspunktet foreldrene som samtykker på vegne av barnet innenfor rammene av reglene i barnelova og vergemålsloven.

Fordi kapittel 9 ikke gjelder utenfor Norge, vil tvangstiltak ikke kunne gjennomføres med hjemmel i et eksisterende kapittel 9-vedtak når tjenestemottakeren oppholder seg i utlandet. Det kan da oppstå spørsmål om personer som har vedtak etter kapittel 9 kan dra på ferie til utlandet sammen med tjenesteytere, og hvordan tjenesteyterne eventuelt kan forholde seg til personens omsorgsbehov under utenlandsoppholdet. Under opphold i utlandet vil hva som er lovlige tiltak i prinsippet måtte avgjøres etter oppholdslandets regler. I praksis vil det imidlertid kunne legges til grunn at tjenestetiltak som lovlig kan gjennomføres i Norge uten særlig lovhjemmel, jf. ovenfor, som hovedregel også lovlig kan gjennomføres under et utenlandsopphold.

4.3 § 9-3 med merknader

§ 9-3 Rett til medvirkning og informasjon

Tjenestetilbudet skal så langt som mulig tilrettelegges og gjennomføres i samarbeid med brukeren eller pasienten.

Brukeren, pasienten, pårørende og verge skal høres før det treffes vedtak om bruk av tvang og makt etter reglene i kapitlet her og gis informasjon om adgangen til å uttale seg i saker som skal overprøves, klageadgang og adgangen til å bringe vedtaket inn for tilsynsmyndighet og tingretten.

Dersom verge ikke allerede er oppnevnt der kommunen anser det aktuelt å fatte vedtak om bruk av tvang og makt etter reglene i kapitlet her, skal verge oppnevnes. Kommunen skal begjære oppnevning av verge dersom ikke oppnevning er begjært

av andre som kan fremsette slik begjæring, jf. vergemålsloven § 56. Opplysninger om personlige forhold som vergen mottar, kan bare gis videre dersom det er nødvendig for å utføre vergeoppdraget.

Som pårørende regnes den som er definert som pårørende i pasient- og brukerrettighetsloven § 1-3 bokstav b.

4.3.1 Innledning

Første ledd understreker pasientens og brukerens rett til medvirkning i tilretteleggingen av tjenestetilbudet. Rett til medvirkning følger også av pasient- og brukerrettighetsloven § 3-1 om at tjenestetilbudet så langt som mulig skal utformes i samarbeid med pasienten og brukeren, og at det ved utforming av tjenestetilbud etter helse- og omsorgstjenesteloven §§ 3-2 første ledd nr. 6, 3-6 og 3-8 skal legges stor vekt på hva pasienten og brukeren mener.

Kommunen må anstrenge seg for å finne individuelt tilpassede løsninger. Pasienten og brukeren må da tas med på råd, og dette er viktigere jo mer vesentlig tjenesten er for vedkommendes velferd og livssituasjon. Det vises også til forvaltningslovens regler om saksforberedelse ved enkeltvedtak, som gir parten rett til å bli varslet og rett til å uttale seg i saken, jf. forvaltningsloven §§ 16 og 17.

En viktig målsetting der det må fattes vedtak etter kapittel 9, vil være å finne frem til de tiltak og metoder som vil oppleves som minst inngripende og belastende for den personen det gjelder. Hvis mulig må det tas rede på personens eget syn på dette.

4.3.2 Hvem som anses som pårørende

Det følger av paragrafens fjerde ledd at pårørende er den som er definert som pårørende i pasient- og brukerrettighetsloven § 1-3 bokstav b. Dette må forstås slik at pårørende etter kapittel 9 er den som pasient- og brukerrettighetsloven definerer som *nærmeste pårørende*. Når begrepet pårørende benyttes i rundskrivet menes derfor nærmeste pårørende, med mindre noe annet fremgår av sammenhengen.

Utgangspunktet i pasient- og brukerrettighetsloven § 1-3 bokstav b er at personen selv oppgir hvem som er nærmeste pårørende. Dersom personen selv er ute av stand til å oppgi pårørende, følger det av bestemmelsen at nærmeste pårørende er den som i størst utstrekning har varig og løpende kontakt med personen, likevel slik at det skal tas utgangspunkt i følgende rekkefølge: Ektefelle, registrert partner, personer som lever i ekteskapslignende eller partnerskapslignende samboerskap med personen, barn over 18 år, foreldre eller andre med foreldreansvaret, søsken over 18 år, besteforeldre, andre familiemedlemmer som står personen nær og verge eller fremtidsfullmektig med kompetanse på det personlige området.

Ved vurderingen av om en konkret person skal anses som tjenestemottakerens nærmeste pårørende må det ses hen til om han eller hun er den som i størst grad har varig og løpende

kontakt med tjenestemottakeren, eller om andre i større grad har varig og løpende kontakt. Dersom f.eks. foreldre eller partner på grunn av en aktuell konfliktsituasjon ikke har noen kontakt med tjenestemottakeren på det aktuelle tidspunktet, vil det ikke være naturlig at disse anses som nærmeste pårørende.

Ved tvil om hvem som skal anses som nærmeste pårørende i tilfeller der personen ikke selv kan ta stilling til dette, bør det særlig ses hen til formålet med den rollen nærmeste pårørende er tildelt i saker etter kapittel 9, som primært er å skulle bidra til å ivareta pasientens rettssikkerhet og interesser for øvrig. Dersom det foreligger konkrete opplysninger som klart tilsier at et familiemedlem vil handle i strid med tjenestemottakerens beste, vil det være i strid med regelverkets formål at vedkommende har rollen som nærmeste pårørende.¹⁸

Bestemmelsen om at den nærmeste er den som i størst utstrekning har varig og løpende kontakt med pasienten, kan også medføre at verge eller fremtidsfullmektig med kompetanse på det personlige området (som også omfatter myndighet på helseområdet) anses som nærmeste pårørende når pasienten selv ikke har oppgitt andre.

Det er som hovedregel bare én pårørende som kan opptre med partsrettigheter som pårørende i saker etter kapittel 9. Der foreldreansvaret overfor en mindreårig person ivaretas av to personer i fellesskap, vil det imidlertid som oftest være naturlig at begge anses som nærmeste pårørende. Som hovedregel vil de også være barnets verger.

4.3.3 Særlig om medvirkning og informasjon i vedtaksprosessen

Det følger av bestemmelsens andre ledd at tjenestemottakeren, verge og nærmeste pårørende skal høres før vedtak fattes. I tillegg skal de gis informasjon om muligheten til å uttale seg i saker som overprøves, og om rett til å klage til fylkesnemnda og eventuelt bringe saken videre inn for tingretten. Det skal også opplyses om adgangen til å bringe vedtaket inn for Fylkesmannen som tilsynsmyndighet. Synspunktene til pasienten eller brukeren og dennes representant skal fremgå av kommunens vedtak, jf. § 9-7 tredje ledd bokstav f.

At verge og nærmeste pårørende trekkes inn i vedtaksprosessen sammen med tjenestemottakeren, er en sentral rettssikkerhetsfaktor når bruk av tvang eller makt kan være aktuelt. Gjennom sin kjennskap til tjenestemottakeren kan verge og nærmeste pårørende bidra med viktige synspunkter og tilleggsopplysninger, og det må derfor legges vekt på hva de mener.

4.3.4 Krav om særskilt oppnevning av verge

Det fremgår av paragrafens tredje ledd at det ikke er anledning til å fatte vedtak etter kapittel 9 uten at pasienten eller brukeren har en verge. For mindreårige (personer under 18 år) er vergen

¹⁸ <https://helsedirektoratet.no/Documents/Lovfortolkninger/Pasient-%20og%20brukerrettighetsloven/Helse-%20og%20omsorgstjenesteloven%20og%20pasient-%20.pdf>

den eller de som har foreldreansvaret, forutsatt at disse ikke selv er mindreårige. For andre er det krav om oppnevnt verge.

Kravet om verge i saker etter kapittel 9 er en særregel som går foran vilkårene for vergemål i vergemålsloven § 20. Dette innebærer at reglene om behovsvurdering og samtykke til oppnevning av verge fra personen selv ikke kommer til anvendelse.

Det følger av vergemålsloven § 21 at et vedtak om vergemål skal ta uttrykkelig stilling til omfanget av vergemålet. Dersom vedkommende har oppnevnt verge fra tidligere, er det med andre ord ikke tilstrekkelig at vergemålet gir myndighet til å ivareta personens interesser i sin alminnelighet. Det må fremgå særskilt at mandatet omhandler oppgaver etter helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 9. For dette formålet kan det begjæres endring av vergemålet etter vergemålsloven § 56.

En oppnevnt verge har taushetsplikt, jf. vergemålsloven § 46. Det innebærer at vergen plikter å hindre at andre får adgang eller kjennskap til det han eller hun får vite som ledd i vergeoppdraget. Taushetsplikten gjelder også etter at vergeoppdraget er avsluttet. Se vergemålsloven § 46 for nærmere om vergens taushetsplikt og unntak fra denne.

Kommunen har ansvaret for å begjære oppnevning av verge eller endring av vergemål, men også personen selv, de pårørende og en allerede oppnevnt verge har adgang til å fremsette slik begjæring. I tillegg kan Fylkesmannen oppnevne verge og endre vergemål av eget tiltak. Oppnevning av verge må ordnes tidlig i prosessen.

4.4 § 9-4 med merknader

§ 9-4 Kravet til forebygging

Kommunen plikter å sørge for at forholdene legges til rette for minst mulig bruk av tvang og makt. I tillegg til å tilrettelegge tjenestetilbudet i overensstemmelse med reglene i § 9-1 andre ledd, jf. også § 9-5 første ledd, plikter kommunen å gi nødvendig opplæring etter § 8-1, herunder faglig veiledning og oppfølging i gjennomføring av tiltak etter kapitlet her.

4.4.1 Innledning

Det følger av bestemmelsen at kommunen plikter å sørge for at forholdene blir lagt til rette for minst mulig bruk av tvang og makt. Dette er i tråd med § 9-1 første ledd, som angir forebygging og begrensning av bruk av tvang og makt som et av de sentrale formålene med reglene i kapitlet. Også kravet i § 9-5 første ledd om at andre løsninger er prøvd før tvangstiltak settes i verk, er et uttrykk for plikten til å arbeide for å unngå tvang i størst mulig grad. § 9-4

fremhever tilrettelegging av tjenestetilbudet og opplæring, herunder faglig veiledning og oppfølging, som sentrale elementer i forebyggingsarbeidet.

Plikten til forebygging skiller seg fra kravet om at andre løsninger er forsøkt ved at forebyggingsarbeidet skal være en løpende og integrert del av tjenestetilbudet og tjenesteytingen, mens utprøving av andre løsninger først og fremst vil være tema når et problem har oppstått. Det ligger i dette at plikten til å arbeide forebyggende ikke opphører når vedtaket er fattet og godkjent. Også i vedtaksperioden må det i den løpende tjenesteytingen rettes oppmerksomhet mot forebygging av situasjoner som nødvendiggjør bruk av tvang.

Rådet ga følgende beskrivelse av forebygging i sin sluttrapport:

«Forebygging skjer ved å redusere risikofaktorer for utvikling av utfordrende atferd, og styrke forhold som kan motvirke påvirkningen fra risikofaktorene. Risikofaktorer kan være knyttet til både omgivelsene og personen. Faktorer knyttet til omgivelsene omfatter uheldig samspill, mangelfull dekking av individuelle behov, mangel på stabile relasjoner eller for mange kollektive rutiner og løsninger. Faktorer knyttet til personen omfatter kommunikasjons- og språkvansker, kognitive vansker og ulike tilleggsvarer. Generelt gjelder det at personer med omfattende og flere funksjonsvarer har størst sårbarhet i forhold til risikofaktorer knyttet til omgivelsene. Kombinering av risikofaktorer knyttet til personen og omgivelsene kan gi store utslag for den enkelte i form av alvorlig utfordrende atferd. Beskyttelsesfaktorer knyttet til personen omfatter blant annet opplæring i kommunikasjon, språk og sosiale ferdigheter og endrede aktiviteter. Beskyttelsesfaktorer knyttet til omgivelsene omfatter et mangfold av muligheter, generell forbedring av levekår, forbedring og tilpassing av generelle tjenester, økt kompetanse hos tjenesteyterne innen faglig forståelse og etisk refleksjon, reduksjon og stabilisering av tjenesteytere knyttet til den enkelte tjenestemottaker.»

Kommunen må ha gode rutiner for arbeidet med å forebygge bruk av tvang og makt gjennom opplæring og faglig veiledning, tilretteleggingen av tjenestene og i den daglige tjenesteytingen. Ansvar for å følge opp at rutine etterleves på ulike nivåer må være klart plassert.

4.4.2 Forebygging ved tilrettelegging av tjenestetilbudet

Av bestemmelsens andre punktum fremgår det at tilrettelegging av tjenestetilbudet er en sentral del av forebyggingsarbeidet.

Å sørge for at tjenestemottakeren opplever hverdagen og samhandlingen med tjenesteyterne som mest mulig oversiktlig, forutsigbar og trygg, er sentralt i forebyggingsarbeidet. En viktig del av dette er å sørge for kontinuitet og forutsigbarhet i tjenesteytingen, herunder at tjenesteyterne har lik praksis i sitt møte med tjenestemottakeren. Det er derfor viktig med gode og lett tilgjengelige tjenestebeskrivelser og rutiner for samhandlingen med tjenestemottakeren. På alle tjenestesteder bør det foreligge kortfattet og oppdatert informasjon som gjør det mulig for den enkelte tjenesteyter raskt å sette seg inn i eventuelle endringer i tjenestebeskrivelsene eller tjenestemottakerens situasjon når vedkommende kommer på jobb. Kommunen må sikre at

tjenesteyterne har tilstrekkelig tid til å holde seg oppdatert.

En turnus med mange tjenesteytere i små stillinger fører lett til uklare miljøregler og utrygt miljø. Å redusere antall tjenesteytere som går i turnus, og å arbeide for minst mulig utskiftning av personell, er derfor en viktig del av forebyggingsarbeidet.

Dersom tjenesteytingen settes ut til private, bør det av hensyn til tjenestemottakerne ikke inngås kontrakter med kortere varighet enn nødvendig. Kontrakter av lengre varighet bidrar også til forutsigbarhet for leverandøren, og gir mulighet til å bygge opp et godt fagmiljø. Det er også viktig å sørge for best mulig stabilitet, kontinuitet og forutsigbarhet i overgangen til ny anbudsperiode. Det vises til Difis veileder om anskaffelse av helse- og sosialtjenester (Veileder 2013:2).¹⁹

Individuell tilrettelegging av tjenestetilbudet ut fra den enkeltes situasjon og behov er av grunnleggende viktighet for å forebygge utagerende atferd og behov for tvang. For enkelte vil en godt organisert og drevet BPA-ordning kunne være en løsning. Generelt er det også viktig å ha rutiner for å følge med på om vedkommendes tjenestebehov endrer seg, slik at det kan gjøres nødvendige endringer i tjenestetilbudet før problemer eventuelt oppstår. Oppdatert informasjon om tjenestemottakerne må være tilgjengelig på alle tjenestesteder.

Erfaring viser at det å legge til rette for mest mulig selvbestemmelse har en forebyggende effekt på behovet for tvang. Tjenesteyterne bør derfor i størst mulig grad legge til rette for utvikling av selvbestemmelsesferdigheter hos tjenestemottakeren. Den enkelte tjenestemottaker må gis tid til å ta beslutninger, og få mulighet til å oppleve å kunne påvirke egen livssituasjon og lære av egne valg. Tidlig innsats er viktig i arbeidet med å utvikle og styrke selvbestemmelsesferdigheter, og fra tidlige barneår må det arbeides bevisst med dette.

For å kunne påvirke egen livssituasjon er tjenestemottakeren avhengig av god kommunikasjon med tjenesteyterne. Tjenesteyterne må lytte til tjenestemottakeren og være årvåkne overfor hva han eller hun vil formidle. Mye utfordrende atferd oppstår som følge av at den utviklingshemmede ikke klarer å kommunisere sine ønsker og behov, eller ikke klarer å forstå tjenesteyterne. Det er derfor et svært viktig forebyggende tiltak å styrke kommunikasjonen mellom tjenestemottakeren og tjenesteyterne. Dersom vanlige kommunikasjonsstrategier ikke fungerer tilfredsstillende, må tjenesteyterne legge til rette for bruk av alternative former for kommunikasjon. Det må sikres at både tjenesteyter og tjenestemottaker får opplæring i kommunikasjonsformer som dekker tjenestemottakerens behov og som han eller hun kan mestre.

God helseoppfølging i form av årvåkenhet overfor tegn på smerte og sykdomsutvikling, og å ha rutiner som sikrer at personer med utviklingshemming får faste regelmessige helsekontroller, herunder tannkontroll, er av grunnleggende viktighet for å forebygge redusert livskvalitet og

¹⁹ <http://www.anskaffelser.no/verktoy/veileder-kjop-av-helse-og-sosialtjenester>

utfordrende atferd som følge av uoppdaget sykdom. Det må sikres at ansvaret for helseoppfølging og helsekontroll er klart plassert.

Generelt er det også viktig å sørge for at vanlige gode livsbetingelser ivaretas. Å gi hjelp til å skape en meningsfylt hverdag i samsvar med egne ønsker og verdier, og legge til rette for kontakt med familie, venner og annet nettverk, er sentrale elementer i dette.

En viktig del av forebyggingsarbeidet er å identifisere og analysere situasjoner der det er stor fare for utfordrende atferd, for å kunne arbeide med å unngå eller redusere disse. Situasjoner som oppleves som trygge og gode kan danne grunnlag for arbeid med å skape flere slike situasjoner. I dette arbeidet er det viktig å involvere tjenesteyterne og tjenestemottakerne og gjøre bruk av deres erfaringer.

For øvrig vises til rundskrivets del 3, særlig pkt. 3.2, for omtale av sentrale elementer i forebyggingsarbeidet.

4.4.3 Forebygging ved opplæring, veiledning og oppfølging av tjenesteyterne

Som en del av arbeidet med å forebygge behov for tvang, plikter kommunen etter § 9-4 andre punktum å gi nødvendig opplæring etter helse- og omsorgstjenesteloven § 8-1. Det fremgår der at kommunen plikter å medvirke til undervisning og praktisk opplæring av helsepersonell, herunder videre- og etterutdanning.

Etter § 9-4 plikter kommunen også å sørge for annen nødvendig opplæring. Tjenesteyterne må settes inn i rutiner og regler, og kommunen må påse at den enkelte tjenesteyter er tilstrekkelig kjent med tjenestemottakernes individuelle behov, historie, individuell plan, tjenestebeskrivelser mv. Kommunen må videre sørge for at alle som yter tjenester til personer med utviklingshemming får nødvendig opplæring om utviklingshemming, aktuelle syndromer og andre relevante diagnoser. Det er viktig at tjenesteyterne har tilstrekkelig kompetanse og ferdigheter til å forebygge bruk av tvang eller makt overfor den enkelte tjenestemottaker. Dersom det avdekkes opplæringsbehov knyttet til forebygging av tvangsbruk, må kommunen sørge for at tilstrekkelig opplæring og veiledning blir gitt.

Ansvaret for opplæring, faglig veiledning og oppfølging av tjenesteyterne må være klart og tydelig plassert i organisasjonen. Som ledd i arbeidet med internkontroll må det utarbeides rutiner både for dette arbeidet og for å følge med på om tiltakene er tilstrekkelige. Det bør videre utarbeides en plan for personalveiledning og -oppfølging knyttet til den enkelte tjenestemottaker som har, eller står i fare for å utvikle, utfordrende atferd. Det bør foreligge en sjekklister/signeringsprotokoll for gitt og mottatt opplæring og veiledning i tråd med rutinene, se også del 5 om ansvar, styring og internkontroll. Dersom det fattes vedtak om tiltak etter kapittel 9, skal en plan for personalveiledning og -oppfølging utarbeides for alle tjenesteytere som er involvert i tiltaket. Planen må legges ved når vedtaket oversendes til Fylkesmannen for godkjenning.

God faglig kompetanse hos tjenesteyterne gjør dem trygge, og setter dem i stand til å opptre med trygghet og ro i tjenestesituasjonen, noe som også bidrar til trygghet hos tjenestemottakeren. Å sørge for opplæring og veiledning av tjenesteyterne er derfor en sentral del av arbeidet med å forebygge behov for tvang eller makt. God faglig trygghet og innsikt bidrar også til å sikre at tvang eller makt kun benyttes når det er nødvendig, og til at alternative tiltak prøves når det er mulig.

4.4.4 Særlig om forebygging hos barn

Det er når man er barn at læreevnen er best, og at grunnlaget legges for atferd og reaksjonsmåter senere i livet. I arbeidet med barn er det derfor særlig viktig å ha fokus på forebygging og tidlig innsats. Det må være fokus på dette på alle arenaer der barnet ferdes.

Å arbeide systematisk med at barns atferd møtes på andre måter enn ved bruk av fysisk maktbruk, er grunnleggende i arbeidet med å forebygge behov for tvang når barnet blir eldre. Direkte veiledning til foreldrene i hjemmet og til personell i barnehage og avlastningsbolig er en viktig forebyggende strategi for å redusere/forhindre utvikling av mer alvorlig utfordrende atferd. God kompetanse om barnets diagnose(r) vil kunne bidra til at man så tidlig som mulig tilnærmer seg utfordringer på en måte som øker trygghet og selvbestemmelse, og som forebygger utvikling av utfordrende atferd mv. Foreldre bør allerede mens barnet er lite få bistand til å identifisere adferd som med stor sannsynlighet kan bli en utfordring når barnet blir eldre, og hjelp til å håndtere atferden og eventuelt finne ut hva den skyldes. Dersom barnet har utviklet alvorlig utfordrende atferd er det viktig at atferden møtes på samme måte på de ulike arenaene barnet ferdes på, og ulike aktører må enes om en felles helhetlig måte å møte det enkelte barn på.

Kommunen må bistå foreldrene med å tilrettelegge for samarbeid mellom de ulike arenaene som barnet er på. Som et forebyggende tiltak bør kommunen vurdere å tilby individuell plan og koordinator, selv om barnet ennå mottar lite helse- og omsorgstjenester fra kommunen.

4.5 § 9-5 med merknader

§ 9-5 Vilkår for bruk av tvang og makt

Andre løsninger enn bruk av tvang eller makt skal være prøvd før tiltak etter kapitlet her settes i verk. Kravet kan bare fravikes i særlige tilfeller, og det skal i så fall gis en begrunnelse.

Tvang og makt kan bare brukes når det er faglig og etisk forsvarlig. I vurderingen skal det legges særlig vekt på hvor inngripende tiltaket er for den enkelte bruker

eller pasient. Tiltakene må ikke gå lenger enn det som er nødvendig for formålet, og må stå i forhold til det formålet som skal ivaretas. Tvang og makt kan bare brukes for å hindre eller begrense vesentlig skade.

Det kan anvendes tvang og makt i følgende tilfeller:

- a) skadeavvergende tiltak i nødssituasjoner
- b) planlagte skadeavvergende tiltak i gjentatte nødssituasjoner
- c) tiltak for å dekke brukerens eller pasientens grunnleggende behov for mat og drikke, påkledning, hvile, søvn, hygiene og personlig trygghet, herunder opplærings- og treningstiltak.

4.5.1 Innledning

§ 9-5 inneholder vilkårene for at tvang eller makt skal kunne tas i bruk. Alle vilkårene må være oppfylt for at tvang lovlige skal kunne benyttes.

I første ledd stilles det krav om at andre løsninger skal være forsøkt før tvang eller makt kan brukes. Av andre ledd følger det at tvang eller makt bare kan brukes når det er faglig og etisk forsvarlig, og nødvendig for å hindre eller begrense vesentlig skade. Videre stilles det i andre ledd krav om at inngrepet må stå i et rimelig forhold til det som kan oppnås med tiltaket. Tredje ledd angir i hvilke tilfeller og for hvilke formål tvang eller makt kan benyttes.

For alle tiltak må samtlige vilkår være oppfylt både på vedtaks-/godkjenningstidspunktet og på tidspunktet for gjennomføring av det enkelte tiltaket. Karakteren av vurderingene på gjennomføringstidspunktet vil måtte variere med type tiltak og situasjon, og den tid som er til rådighet. For skadeavvergende tiltak i gjentatte nødsituasjoner må tiltakskjeden i størst mulig utstrekning være gjennomtenkt på forhånd. Oppstår det en nødsituasjon som det ikke har vært mulig å planlegge for, må vurderingene gjøres i det omfang som tiden tillater. For tiltak som er av mer løpende/statisk karakter må tjenesteyterne være bevisst på endringer i situasjonen som kan ha betydning for om vilkårene for bruk av tvang er oppfylt. Dersom det skjer slike endringer, må tiltakene vurderes på nytt.

Det følger av vilkårene at tvang eller makt bare kan være aktuelt som siste utvei. Det er tilrettelegging ut fra den enkeltes behov, og et tjenestetilbud uten bruk av tvang, som skal være i fokus i tilretteleggingen og ytingen av tjenestene. Vilrårene innebærer videre at tvang i en del tilfeller heller ikke kan benyttes som siste utvei, fordi det etter en faglig og etisk vurdering ikke anses forsvarlig. Se også merknadene til § 9-1 om forbud mot bruk av enkelte tiltak.

Vilkårene kan systematisk behandles som fire vilkår, og nedenfor er de samlet under følgende fire overskrifter: Krav om at andre løsninger enn tvang skal være forsøkt (pkt. 4.5.2), krav om at tvangstiltaket må være nødvendig for å hindre eller begrense vesentlig skade (pkt. 4.5.3), krav om forholdsmessighet (pkt. 4.5.4) og krav om at tvangstiltaket og gjennomføringen av det skal

være faglig og etisk forsvarlig (pkt. 4.5.5). I pkt. 4.5.6 er de ulike situasjonene der tvang kan benyttes (§ 9-5 tredje ledd bokstavene a-c) beskrevet.

4.5.2 Vilkåret om at andre løsninger er forsøkt

4.5.2.1 Generelt om vilkåret

Det er et vilkår for bruk av tvang eller makt at andre løsninger er vurdert og prøvd ut før tiltak med bruk av tvang settes i verk. Kun i særlige tilfeller kan det gjøres unntak fra dette.

Kravet om andre løsninger innebærer at det, så langt det er mulig, alltid skal søkes å hindre eller begrense vesentlig skade med tiltak som er basert på frivillighet og samarbeid med tjenestemottakeren. Kommunen må samarbeide med tjenestemottakeren og dennes representanter for å finne alternativer til tvang. Det må gjøres en gjennomgang av alle faktorer som kan ha betydning for den utfordrende atferden, og nødvendige endringer må gjøres i den grad det er mulig. Alle tilgjengelige og forsvarlige faglige tilnærminger skal benyttes for å unngå bruk av tvang og makt. Spesialisthelsetjenesten må involveres og bistå etter behov.

4.5.2.2 Nærmere om andre løsninger

Med *andre løsninger* menes alternative måter å forholde seg til den aktuelle atferden på. For å få en god utprøving av andre løsninger må det først søkes å finne fram til årsaken til atferden. Det vises til pkt. 3.2, 3.3 og 3.4 om tjenestetilbud og livsmiljø, mulige utfordringer knyttet til utviklingshemming, og mulige årsaker til utfordrende atferd. Ut fra utredninger av disse forholdene kan det finnes frem til mulige alternativer til tvang som må prøves ut. Generelt vises også til merknadene til § 9-4 om forebygging, da gode forebyggingstiltak også vil kunne være gode alternativer til tvang.

Nedenfor omtales enkelte viktige årsaker til utfordrende atferd, og mulige løsninger.

Som omtalt i del 3 klarer mange personer med utviklingshemming ikke selv å identifisere og si fra om behov for helsehjelp, og det er derfor viktig å undersøke om årsaken til den aktuelle atferden kan ligge i somatiske eller psykiske lidelser som det er mulig å behandle med kjente metoder. I slike tilfeller skal nødvendig behandling gjennomføres først.

En årsak til utfordrende atferd kan ligge i samhandlingen mellom tjenestemottakeren og personalet. Tjenesteyterne må da gå grundig igjennom samhandlingen de har med tjenestemottakeren, og prøve å finne andre måter å opptre på overfor personen. Hvis tjenestemottakeren foretrekker noen tjenesteytere framfor andre, kan deres måte å samhandle på ha en dempende effekt på den utfordrende atferden. Å se nærmere på samspillet mellom personen og disse tjenesteyterne, kan gi viktig informasjon om hvilke tilnærminger i samhandlingen som virker positivt. Det bør lages tjenestebeskrivelser og

rutiner som sikrer at alle tjenesteyterne samhandler med tjenstemottakeren på den måten som viser seg å fungere.

Utfordrende atferd kan også utløses av at tjenstemottakeren opplever å mangle noe, for eksempel en bestemt aktivitet, samvær med bestemte personer eller annet. Dersom brukers behov kan klarlegges, må det om mulig søkes å dekke vedkommendes behov på området slik at savnet kan bli mindre. Døgnet må tilrettelegges slik at personen får nok hvile, pauser og muligheter for å drive med egne aktiviteter. Det må sikres at tiltak som fremmer utvikling, er ivaretatt.

Endringer i de fysiske rammebetingelsene må vurderes. Små og trange rom kan føre til unødige konflikter, og tilrettelegging av det fysiske miljøet, herunder nok plass for den enkelte til å trekke seg tilbake, kan være aktuelle virkemidler for å forhindre slike konfliktsituasjoner. Det samme gjelder tilgang til nødvendige hjelpemidler. Flytting/endring av boforhold kan være aktuelt der problemene er knyttet til forhold ved bomiljøet.

En del utfordrende atferd utløses temmelig tydelig i kravsituasjoner. Hvis kravene etter en nærmere vurdering er unødvendige, eller formålet kan oppfylles på andre måter enn gjennom et krav, vil det beste alternativet normalt være at den utløsende kravsituasjonen unngås. Hvis det derimot er nødvendig å stille krav, bør det i første omgang vurderes om den utfordrende atferden kan unngås hvis kravet fremsettes på en annen måte. Det kan også være nødvendig å arbeide for å øke personens toleranse for krav. Det kan gjøres gradvis, ved at tjenesteyterne til å begynne med utfører gjøremålet selv, mens personen oppholder seg i rommet. Så kan kravene økes, ved at det først forventes at personen deltar i enkelte deler av gjøremålet, for så gradvis å gjøre mer. Det er viktig å avpasse kravene og gå så langsomt fram at den utfordrende atferden ikke oppstår. Før et krav stilles, går det an å prøve å få personen i mest mulig optimalt humør, slik at sjansen øker for at personen er positiv til å utføre oppgaven.

Det kan også hjelpe å endre selve kravsituasjonen, for eksempel ved å avlede med å snakke om nøytrale temaer eller ved å hjelpe personen til å slappe av. Andre måter å avlede på kan være å snakke om at man forstår at det er vanskelig, gi personen tid til å roe seg eller la en annen tjenesteyter ta over.

Hvis tjenstemottakeren angriper personalet, kan personalet prøve å trekke seg unna i stedet for å gå i konfrontasjon med vedkommende. Dersom en gjennomgang har avdekket særlige risikosituasjoner, bør det legges til rette for at både tjenesteyteren og tjenstemottakeren har muligheter til å trekke seg unna. Tjenesteyterne kan også oppmuntre og motivere tjenstemottakeren til aktiviteter vedkommende trives med og der det er lite sannsynlig at utfordringer oppstår.

Det kan også være en strategi å trene tjenstemottakeren til å slappe av, for eksempel ved å gå og være litt for seg selv. Det må videre sørges for at vedkommende får opplæring i hvordan han eller hun kan komme ut av situasjoner som oppleves vanskelige, for eksempel ved å lære

vedkommende å uttrykke at han eller hun ikke lenger ønsker å være med. En mulighet er at personen har fristeder der krav ikke stilles, som han eller hun kan oppsøke selv ved behov for dette.

Kravet om at andre løsninger er forsøkt innebærer at hele situasjonen og tjenestetilbudet til personen må gjennomgås for å vurdere om det er forhold som kan forbedres. Det må legges til rette for at tjenestemottakeren selv, så langt det er mulig, involveres i arbeidet med å finne alternativer til bruk av tvang. Kravet om at alle tilgjengelige og forsvarlige faglige tilnærminger skal benyttes for å unngå bruk av tvang, leder til at kommunen vil kunne ha plikt til å tilby både mer, flere og andre typer tjenester enn det vedkommende ellers ville hatt rett til etter pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1a.

4.5.2.3 Unntak fra kravet om andre løsninger

Som det fremgår ovenfor, er det nødvendig at mulige årsaker til den utfordrende atferden utredes, og at alle tilgjengelige og faglig forsvarlige metoder prøves ut for å unngå bruk av tvang. Kravet om at andre løsninger skal være prøvd, kan bare fravikes i *særlige tilfeller*.

For å kunne fravike kravet om at andre løsninger skal være prøvd, må faglige og etiske hensyn gjøre dette nødvendig. Det vil kunne være tilfelle dersom det oppstår gjentatte nødsituasjoner, for eksempel i form av alvorlig selvskading eller voldsatferd rettet mot andre, der vesentlig skade må avverges ved hjelp av tvang før en har hatt tilstrekkelig tid til å prøve ut andre løsninger. Ut fra en konkret vurdering av situasjonen, vil da hensynet til tjenestemottakeres rettsikkerhet, herunder hensynet til forsvarlighet og kompetanse under utøvelse av tvangstiltakene, kunne utgjøre særlige grunner for å godkjenne vedtaket mens andre løsninger er under utprøving. Det vil også kunne utgjøre en særlig grunn dersom det er behov for å få på plass et vedtak raskt for at ikke behovet for tvang skal øke på sikt.

Hverken ressurshensyn eller henvisninger til tidsfaktoren alene kan brukes som begrunnelse for at andre løsninger ikke er prøvd. Begrunnelsen for ikke å prøve ut andre løsninger må i alle tilfeller bygge på en faglig og etisk vurdering hvor både hensynet til tjenestemottakeren og den aktuelle risikoen for vesentlig skade vil være tungtveiende. Dersom det aktuelle tvangstiltaket er svært inngripende, vil dette tale imot at tiltaket kan igangsettes uten at andre løsninger er forsøkt. Motsatt vil det tale for å fravike kravet om at andre løsninger skal være prøvd dersom det er stor fare for alvorlig personskade, for eksempel skade på barn, eller ved fare for ildspåsettelse.

Kravet om at andre løsninger skal være prøvd før tvangstiltak settes i verk gjelder uansett om tiltaket gjennomføres etter § 9-5 tredje ledd bokstav a, b eller c. I forbindelse med tiltak i uforutsette nødsituasjoner vil det imidlertid, på grunn av tidsfaktoren, kunne være vanskelig å foreta noen omfattende utprøving av andre løsninger. I slike tilfeller vil faglige og etiske hensyn ofte tilsi at det likevel er riktig å benytte tvang for å hindre eller begrense vesentlig skade.

Mener kommunen etter en konkret vurdering at det ikke er faglig og etisk forsvarlig å prøve andre løsninger før tiltaket igangsettes, må kommunen redegjøre for hvordan behovet for tvang eventuelt kan reduseres på sikt. Dersom det kan være mulig å løse de aktuelle utfordringene på annen måte enn ved tvang, eller ved hjelp av mindre inngripende tiltak, må dette løpende vurderes og arbeides med. Dette gjelder særlig ved fysisk svært inngripende tiltak som eksempel fastholding, nedlegging og andre former for fysisk overmanning av tjenestemottakeren. De vurderingene og det arbeidet som gjøres må dokumenteres i vedtak som fremlegges for godkjenning hos Fylkesmannen.

Der andre løsninger ikke har vært forsøkt, må andre løsninger utprøves etter at et godkjent vedtak foreligger. Fylkesmannen kan i slike tilfeller vurdere en tidsbegrenset godkjenning, og stille vilkår om at andre løsninger utprøves i løpet av vedtaksperioden, med mindre utprøving av andre løsninger ikke er hensiktsmessig ut fra tiltakets karakter.

4.5.3 Vilkåret om at tiltaket må være nødvendig for å hindre eller begrense vesentlig skade

4.5.3.1 Generelt om vilkåret

Det følger av § 9-5 andre ledd at tvang og makt bare kan brukes i den utstrekning det er *nødvendig* for å hindre eller begrense *vesentlig skade*. I dette ligger det for det første krav til situasjonen. Den skaden som skal hindres eller begrenses må være vesentlig, og sannsynligheten for at skaden skal inntreffe dersom tiltak ikke iverksettes må være av en viss størrelse. For tiltak som beskrevet i tredje ledd bokstav a og b følger disse kravene for så vidt også av begrepet *nødsituasjon*. Videre skal det ikke benyttes tvang dersom skaden kan avverges på annen måte. For det andre inneholder vilkåret et krav til den avvergende handlingen som skal foretas, ved at et eventuelt tvangstiltak ikke skal være mer inngripende eller gå lengre enn det som er nødvendig for formålet.

4.5.3.2 Nærmere om vesentlig skade

Tvang og makt kan bare brukes når dette er nødvendig for å hindre eller begrense vesentlig skade. At den skaden som skal hindres eller begrenses er vesentlig er et absolutt kriterium for bruk av tvang. Dersom en potensiell skade ikke kan anses som vesentlig, kan den ikke avverges ved bruk av tvang. Det betyr ikke at personalet ikke skal foreta seg noe for å forhindre skaden, men at dette må gjøres ved bruk av andre virkemidler enn tvang.

At den aktuelle skaden må være vesentlig, innebærer at den må ha et visst omfang. Momenter som vil ha betydning ved vurderingen av om en skade er vesentlig, er blant annet skadens varighet, art og alvorlighetsgrad, hvem skadefølgen rammer og i hvilken grad den er mulig å gjenopprette. Selve skadebegrepet omfatter ulike former for skade på legeme eller gjenstander i tillegg til skader av immateriell art, f.eks. krenkelse av personlig integritet og tap av sosial aktelse. Både fysisk og psykisk skade og smerte, på egen person og på andre personer, omfattes.

Det at en handling er ulovlig eller straffbar, er ikke i seg selv tilstrekkelig for å fastslå vesentlig skade. Således vil for eksempel nasking, mindre alvorlig bruk av ulovlige rusmidler (for eksempel fordi bruken er tilfeldig eller det dreier seg om lettere narkotiske stoffer) eller mindre alvorlig skadeverk vanligvis ikke anses for å utgjøre eller medføre vesentlig skade i lovens forstand.

Nedenfor omtales ulike typer av skader.

Fysisk skade på egen person

Fysiske skader på egen person kan variere fra det bagatellmessige til det livstruende. Skader som vil anses som vesentlig skade, er blant annet varige sanseskader, brudd på ben i kroppen, alvorlige blødninger, skader med stort smertepotensiale og andre skader som i høy grad må antas å ville påvirke personens helsetilstand, mestringsferdigheter eller livskvalitet negativt. Hvorvidt en mulig skade vil være vesentlig kan være vanskelig å vurdere, særlig der det dreier seg om mulige indre skader. Ved tvil bør skadepotensialet alltid vurderes av lege eller annet kvalifisert helsepersonell, forutsatt at det er tid til dette. Hvis den mulige skaden ikke kan anses som vesentlig, må skaden søkes avverget på andre måter enn ved tvang.

En lang rekke aktiviteter og handlinger vil kunne medføre vesentlig fysisk skade på egen person. Påføring av harde slag eller kraftig trykk mot hode, ører eller øyne er eksempler på atferd som lett vil kunne lede til vesentlig skade. Det samme gjelder bruk av skarpe eller spisse gjenstander mot kroppen, eller spising av ting som er giftige, etsende eller skarpe. Også der det som spises ikke er giftig eller egentlig farlig i seg selv, vil det kunne oppstå vesentlig skade ved inntak av større mengder. Det å nekte å motta nødvendige tjenester vil også kunne medføre fare for vesentlig fysisk skade. Skadebildet må vurderes konkret.

Enkelte personer med utviklingshemming har tilsynelatende stor toleranse for smerte. Selv om personen ikke viser smertereaksjon ved en bestemt handling, vil det likevel kunne foreligge en risiko for vesentlig skade som beskrevet ovenfor.

Et eksempel på atferd som ikke nødvendigvis vil gi vesentlig skade, kan være lette slag med håndflaten mot kinnbenet som har pågått over mange år med flere slag om dagen. Dersom dette medfører overfladiske merker eller lignende på huden, men ikke indre skader, brudd, fare for alvorlige blødninger eller lignende, kan skaden i utgangspunktet ikke anses som vesentlig.

Det vil normalt ikke oppstå vesentlig skade i lovens forstand selv om tjenestemottakeren ikke lever i samsvar med alminnelige oppfatninger om sunn og god livsførsel. Som utgangspunkt vil det dermed ikke være adgang til å bruke tvang eller makt for å få tjenestemottakeren til å slutte å bruke tobakk, alkohol eller andre rusmidler. Dette kan stille seg annerledes hvis tobakks- eller rusmiddelbruken etter en helsefaglig vurdering kan medføre vesentlig skade. Det vil ikke i seg selv være avgjørende om det aktuelle rusmiddelet eller den aktuelle livsførselen er lovlig eller ulovlig. Når det gjelder bruk av rusmidler, må også vedkommendes

atferd under ruspåvirkning tas med i vurderingen av om det kan oppstå vesentlig skade.

I tråd med det ovenstående vil heller ikke det at en person overspiser nødvendigvis medføre vesentlig skade i lovens forstand. Det er derfor i utgangspunktet ikke anledning til å anvende tvang for å stoppe overspising/«trøstespising» i den hensikt å slanke personen, eller for å få vedkommende i bedre form. Skal tvangstiltak i slike sammenhenger godtas, må det være en forutsetning at spisingen etter en helsefaglig vurdering kan medføre vesentlig skade. Dette bør vurderes av lege.

Psykisk skade på egen person/hemming av egen utvikling

Overdreven selvstimulering eller annen hemmende eller destruktiv atferd, for eksempel vegringsatferd, kan medføre vesentlig psykisk skade eller fare for å utvikle dette. For eksempel kan varig vegring mot kommunikasjonstrening hos barn medføre vesentlige skader i form av manglende språkutvikling og svekket funksjonsnivå. Utvikling av kommunikasjonsferdigheter kan ha avgjørende betydning for en persons mulighet til å utøve selvbestemmelse og påvirke egen livssituasjon.

Overdreven bruk av Internett, dataspill og lignende vil kunne ha konsekvenser som forstyrret døgnrytme, manglende deltakelse på skole og sterkt redusert sosial deltakelse. Dette kan resultere i vesentlig skade i form av psykisk skade på egen person og hemming av egen utvikling, særlig når det gjelder barn og unge. Det vil videre kunne oppstå vesentlig psykisk skade dersom en tjenestemottakers atferd gjør vedkommende utsatt for seksuelle eller andre overgrep, eller å bli utnyttet på andre måter, for eksempel til å begå kriminelle handlinger.

Å leilighetsvis motsette seg å gå på skole, jobb eller annen dagaktivitet, eller av og til nekte å stå opp av sengen om morgenen, kan i utgangspunktet ikke anses å medføre vesentlig skade. Det samme gjelder det å gå glipp av enkelte positive opplevelser på grunn av vegring mot ulike aktiviteter. Konklusjonen vil imidlertid kunne bli annerledes hvis vegringen får et stort omfang eller aktivitetene personen vegrer seg mot har stor betydning for vedkommende. Dette må vurderes konkret.

Det å utsette seg for straffeforfølgning vil ikke uten videre kunne anses som en vesentlig skade. Dette må vurderes konkret og individuelt ut fra bl.a. straffereaksjonens alvorlighet og individuelle forhold ved tjenestemottakeren og hans eller hennes situasjon.

Sosial fornedring

Retten til å være seg selv innebærer en rett til å være annerledes, og det skal mye til for at det kan anvendes tvang for å stanse atferd fordi den anses som sosialt fornedrende. Det vil derfor som hovedregel ikke kunne medføre vesentlig skade i lovens forstand at tjenestemottakeren opptrer med rop eller forstyrrende bevegelser, har et avvikende syn på f.eks. orden og spisevaner, eller har en atferd som på annen måte er avvikende eller uvanlig. Det må være rom for uortodoks opptreden av ulik art, og at mange vil se på en handling som uakseptabel, eller anse den som stigmatiserende, er ikke i seg selv vesentlig skade.

Enkelte utviklingshemmede kan ha en atferd som fremstår som grovt ydmykende for personen selv. Det skal likevel mye til for at dette kan sies å være en vesentlig skade for personen selv eller andre. Dette vil først og fremst være tilfelle i situasjoner hvor det fremstår som en klar forsømmelse av omsorgen for vedkommende ikke å gripe inn. Det å kle av seg på offentlig sted, onanere på offentlig sted, gjøre sitt fornødne andre steder enn på toalettet eller grise med avføring vil vanligvis være så sosialt fornedrende at det må anses for å utgjøre en vesentlig skade. Å spise enkelte uspiselige ting i nærvær av andre mennesker kan også være sosialt fornedrende i en slik grad at det må anses som vesentlig skade, selv om det ikke foreligger fare for vesentlig skade i medisinsk forstand.

Skader på andre personer

Tjenesteytere, medbeboere og andre kan av og til bli utsatt for ulike typer fysiske angrep av en person med utviklingshemming. Fysisk angrep på andre personer er alvorlig, og vil alltid måtte anses for å utgjøre vesentlig skade i lovens forstand.

Også andre former for krenkelse av personalets eller andres personlige integritet vil som hovedregel utgjøre en vesentlig skade. Slike krenkelser kan skje ved ulike former for plagsom og påtrengende atferd rettet mot andre personer, herunder for eksempel uønskede seksuelle tilnærminger, truende eller skremmende atferd, spyting og annen tilgrising.

Dersom en voksen person utviser potensielt skadevoldende atferd rettet mot et barn, må som hovedregel enhver form for skade anses som vesentlig. Dette gjelder enten det er tale om fysisk skader eller andre former for skade.

At atferden til en tjenestemottaker kan skape praktiske utfordringer for andre, for eksempel for tjenesteyterne i forbindelse med vaktskifte, kan i utgangspunktet ikke anses som vesentlig skade.

Materielle skader på egne eiendeler

Materielle skader på tjenestemottakerens egne eiendeler kan utgjøre en vesentlig skade. Skaden kan være økonomisk, men den kan også være mer emosjonell der den aktuelle gjenstanden først og fremst har affeksjonsverdi.

Det sentrale spørsmålet er hvorvidt skaden må anses som vesentlig for personen det gjelder, og denne vurderingen må gjøres konkret for hver person. Dersom det ikke finnes individuelle holdepunkter for annet, må alminnelige betraktninger om eiendeleres økonomiske og emosjonelle verdi legges til grunn.

Ved gjentagende skadevoldende atferd, må kravet til vesentlig skade i det enkelte tilfellet senkes. Summen av forvoldt skade over tid kan være vesentlig selv om ikke hver enkelt handling medfører vesentlig skade.

Materielle skader på andres eiendeler

Alle har i utgangspunktet rett til å ha sine eiendeler i fred. Ødelegging eller tilegning av andres private eiendeler må som hovedregel anses for å utgjøre vesentlig skade.

4.5.3.3 Tiltaket må være nødvendig

Det er et krav at tvang eller makt bare brukes når det er *nødvendig* for å hindre eller begrense vesentlig skade. Kravet til nødvendighet innebærer for det første at den aktuelle skaderisikoen må være av en viss størrelse. Videre må skaden ikke kunne avverges på annen måte, jf. også kravet i § 9-5 første ledd om at tvang ikke skal benyttes før andre løsninger er forsøkt. Endelig innebærer kravet til nødvendighet at det minst inngripende tiltaket skal benyttes.

Aktuell skaderisiko må være av en viss størrelse

For at det skal anses nødvendig å gripe inn med tvang overfor en tjenestemottaker, må den aktuelle skaderisikoen være av en viss størrelse. I en risikovurdering inngår for det første en vurdering av hvor alvorlig skade det er tale om, og for det andre en vurdering av hvor sannsynlig det er at den aktuelle skaden skal inntreffe. Jo mer alvorlig skade det er tale om, og jo høyere sannsynligheten er for at skaden vil inntreffe hvis tiltak ikke iverksettes, jo større vil risikoen være.

Hvor stor sannsynlighet for skade som kreves for at det skal anses nødvendig å gripe inn med tvang, vil avhenge av hva slags skade det er tale om, og vurderingen må gjøres konkret. Den samlede skaderisikoen må imidlertid være betydelig høyere enn det som følger av dagliglivets risiko på det aktuelle området. Det kan være nødvendig å få bistand fra lege eller annet helsepersonell med relevant kompetanse for å få en tilstrekkelig vurdering av dette spørsmålet, og av den konkrete skaderisikoen. I saker der den aktuelle risikoen først og fremst knytter seg til fare for vesentlig skade på andre, kan det også være hensiktsmessig å be om en farlighetsvurdering i spesialisthelsetjenesten, se pkt. 3.5.2.

Den risikoen som legges til grunn, og som kommunen mener gjør det nødvendig å gripe inn med tvang, må beskrives og begrunnes konkret. Hvis risikoen etter en faglig vurdering ikke finnes å være tilstrekkelig høy til at det kan anses nødvendig å hindre eller begrense den ved hjelp av tvang, må den enten søkes redusert på andre måter enn ved tvang, eller aksepteres.

Skaden skal ikke kunne avverges på andre måter

Det følger av kravet til nødvendighet at tvang ikke kan benyttes dersom det er mulig å hindre eller begrense skaden på andre måter, for eksempel gjennom frivillige tiltak. Dette er en vurdering som må gjøres både på tidspunktet for vedtak/godkjenning, og på tidspunktet for gjennomføring av det enkelte tiltak.

I dette ligger at selv om det for eksempel foreligger et vedtak på bruk av et konkret skadeavvergende tiltak i nødsituasjoner, må det foreligge en bevissthet hos tjenesteyterne

mht. om skaden kan avverges på andre måter i det enkelte tilfelle. Bieffekter av bruk av fysisk inngripende tvang kan være alvorlige, og slik tvang skal derfor alltid være siste utvei.

Kravet om at den aktuelle skaden ikke skal kunne avverges på andre måter, innebærer at mulige alternativer til tvang jevnlig må tas opp til vurdering i vedtaksperioden. Det vises for så vidt til § 9-9 fjerde ledd om tiltaket skal vurderes kontinuerlig, og avbrytes straks dersom vilkårene for vedtaket ikke lenger er til stede.

Det minst inngripende tiltaket må velges

Hvis skaden kan avverges på ulike måter må det minst inngripende tiltaket velges, idet et mer inngripende tiltak ikke kan sies å være nødvendig for å avverge den aktuelle skaden. Hvis det på fagfeltet finnes kunnskap om hvordan ulike former for utfordrende atferd eller andre risikosituasjoner kan håndteres med mindre inngripende tiltak, må kommunen sørge for at personalet får nødvendig opplæring.

Selv om det i situasjonen ikke er mulig å se hvordan en skadeavverging kan gjennomføres på en mindre inngripende måte, må det særlig ved fysisk inngripende tiltak som for eksempel nedlegging og fastholding arbeides for å finne andre og mindre inngripende løsninger på lengre sikt. For eksempel vil en kortvarig skjerming med eller uten låst dør kunne oppleves som mindre inngripende og belastende enn fastholding og nedlegging. Dette må vurderes konkret og individuelt, og både personen selv, pårørende/verge og habiliteringstjenesten må involveres i arbeidet med å ta rede på hvilket tiltak eller hvilken metode som vil oppleves minst inngripende og belastende for den personen det gjelder.

I kravet til nødvendighet ligger også at et tiltak ikke skal benyttes lengre eller med større intensitet enn det som er nødvendig for å hindre eller begrense skaden. Hvis det dreier seg om gjentatte situasjoner, må det om mulig lages rutiner for trinnvis inngripen som sikrer at tiltaket ikke går lenger enn nødvendig.

I enkelte særlig akutte situasjoner kan det være vanskelig å forutsi hva som vil være påkrevd for å få tilstrekkelig kontroll over situasjonen. Det vil i slike tilfeller være noe større rom for skjønn enn tilfellet er for planlagt bruk av tvang. Dette er i samsvar med prinsippet i om nødrett og nødverge i straffeloven 2005 §§ 17 og 18. Hvor inngripende tiltak som er nødvendig vil også avhenge av graden av motstand som tjenestemottakeren utviser.

Mennesker er forskjellige, og opplever ting forskjellig. Hvilke tiltak som oppleves mer eller mindre inngripende og belastende, vil kunne variere fra person til person. Det må derfor vurderes individuelt og konkret hvilket tiltak som vil være minst inngripende overfor personen. Tjenesteyterne må ut fra en samlet vurdering, basert på kjennskap til personen og vedkommendes historikk, velge det tiltaket som vil være minst inngripende overfor den enkelte.

4.5.4 Vilkåret om forholdsmessighet

Det tredje vilkåret for at tvang eller makt skal kunne benyttes, er at tiltaket må *være forholdsmessig* vurdert opp mot det som ønskes oppnådd med tiltaket. Det betyr at den belastningen tiltaket påfører brukeren, må stå i et *rimelig forhold* til den skaden tiltaket skal avverge eller begrense. Eller sagt på en annen måte: Belastningen tiltaket påfører brukeren må fremstå som rimelig når man vurderer den opp mot de positive konsekvensene tiltaket er ment å ha for brukeren eller andre. Hvis belastningen etter en slik vurdering anses som urimelig stor, er tiltaket uforholdsmessig og skal ikke iverksettes.

Kravet om forholdsmessighet er nært beslektet med kravet om at tiltaket skal være etisk forsvarlig. I utgangspunktet vil det være de samme momentene som inngår i begge vurderingene. En annen måte å uttrykke forholdsmessighetskravet på er at tiltaket må fremstå som rimelig i situasjonen. Vurderingen av forholdsmessigheten må gjøres konkret i hvert enkelt tilfelle.

Det følger av kravet til forholdsmessighet at svært inngripende tvangstiltak bare kan benyttes i særlig alvorlige situasjoner. Særlig når det gjelder tiltak etter § 9-5 tredje ledd bokstav c vil det kunne være situasjoner der det eneste virksomme tiltaket er så inngripende og/eller så belastende for tjenestemottakeren at dette ikke oppveies av det godet tiltaket skal verne. Hvis det for eksempel er tale om å benytte omfattende tvang for å gjennomføre daglig tannpuss, kan alternativet være å pusse tenner sjeldnere, og heller velge andre daglige tannhelsefremmende tiltak. I tilfeller der personen vurderes å være beslutningskompetent i det aktuelle spørsmålet og klart motsetter seg tiltaket, vil bruk av tvang for å overstyre vedkommendes vilje måtte anses som svært inngripende, og bare unntaksvis kunne være aktuelt.

I situasjoner der risikovurderingen tilsier at det er nødvendig å iverksette tiltak etter § 9-5 tredje ledd bokstav a eller b for å hindre eller begrense alvorlig fysisk eller psykisk skade på andre personer, vil det som hovedregel måtte anses som forholdsmessig å bruke den tvang som er påkrevet for formålet.

En del alminnelige fysiske aktiviteter som for eksempel sykling, kjøring på ski, aking, klatring og ulike former for trening mv. medfører etter sin art en viss risiko for fysisk skade, også skader som vil kunne anses som vesentlige i kapittel 9s forstand. Men mindre det konkrete risikobildet er betydelig annerledes og mer alvorlig enn for normalt fungerende personer på samme alder, vil det imidlertid ikke være forholdsmessig å nekte personen å utføre aktiviteten, og heller ikke nødvendig. I slike tilfeller må skaderisikoen søkes redusert ved andre ordinære og frivillite skadeforebyggende tiltak som f.eks. hjelm og annet sikkerhetsutstyr, eller den må aksepteres.

Ved bruk av tekniske innretninger for varsling, sporing/lokalisering og overvåkning er det viktig å være oppmerksom på om personen selv forstår at han eller hun blir sporet/lokalisert eller overvåket også det ikke er personale til stede. Dersom personen ikke forstår dette, vil

særlig overvåkning med bruk av lyd og/eller bilde kunne være et særlig inngripende og potensielt integritetskrenkende tiltak. Hva personen selv vil oppleve som det minst inngripende og belastende tiltaket må likevel tillegges stor vekt, og denne vurderingen må på vanlig måte gjøres konkret og individuelt.

4.5.5 Vilkåret om faglig og etisk forsvarlighet

Det fjerde vilkåret for bruk av tvang eller makt er at dette skal være faglig og etisk forsvarlig. Vilkåret fremgår av § 9-5 andre ledd første punktum, og gjelder både vedtakets innhold herunder valg metoder og tiltak, og gjennomføringen av tiltakene.

Kravet om forsvarlighet er en rettslig standard. Det innebærer at innholdet bestemmes av normer utenfor loven. Forsvarlighetskravet er forankret i anerkjent fagkunnskap, faglige retningslinjer og allmenngyldige samfunnsetiske normer. Innholdet i forsvarlighetskravet endrer seg dermed i takt med utviklingen av fagkunnskap og endringer i verdioppfatninger i samfunnet.

Faglig og etisk forsvarlighet er ikke uavhengig av hverandre. Et faglig forsvarlig tiltak forutsetter normalt at det etisk sett kan forsvares og omvendt. Det kan imidlertid forekomme at et tiltak som etter en samlet vurdering er faglig forsvarlig, likevel ikke kan anses som etisk forsvarlig i en konkret sak. Det skal foretas en konkret vurdering av tiltakets faglige og etiske forsvarlighet i det enkelte tilfelle. Et sentralt moment i vurderingen er hvor inngripende og belastende tiltaket vil oppleves for den enkelte tjenestemottaker.

Kravet om faglig forsvarlighet innebærer at det stilles krav til utredning og kartlegging av personens situasjon. Dette følger også av forvaltningsloven § 17, hvor det stilles krav om at en sak skal være så godt opplyst som mulig før vedtak fattes.

Å vurdere om et tvangstiltak er forsvarlig, forutsetter at behovet for det aktuelle tiltaket er utredet. Det vil variere hvor komplisert det er å kartlegge behovet for tvang. Enkelte tiltak kan ses som konkrete hjelpemidler som avhjelper et konkret og uomtvistet behov, for eksempel begrensning av tilgang til mat, mens tiltak rettet mot for eksempel selvskadning eller annen utagerende atferd ofte vil kreve omfattende kartlegging av personens livssituasjon og tjenestetilbud.

Kommunen er ansvarlig for å sørge for tilstrekkelig utredning, og må innhente nødvendig kompetanse ved behov. Når det utformes tiltak som har som mål å hindre eller begrense vesentlig skade som følge av utfordrende atferd, bør personen i alle tilfeller gjennomgå en legeundersøkelse for å utelukke at sykdom eller smerter ligger til grunn for problemene, og det bør søkes bistand hos habiliteringstjenesten. Krav til utredning og kartlegging, og ulike forhold som må utredes, er omtalt i del 3. Spesialisthelsetjenestens rolle og ansvar er omtalt i punkt 5.4.

4.5.5.1 Faglig og etisk forsvarlige metoder

Med metoder menes bestemte faglige tilnærminger som bygger på teoretisk kunnskap og systematiske erfaringer. Metoder som brukes i tjenesteyting må være forankret i oppdatert fagkunnskap, og metodene må være faglig anerkjente. Dokumentasjon skal som hovedregel være tilgjengelig gjennom anerkjent forskningslitteratur. De generelle kravene til metoder er særlig viktige når metodene helt eller delvis innebærer bruk av tvang.

Ved vurderingen av hvilke metoder som kan være gode og hensiktsmessige overfor en tjenestemottaker, må det ses hen til oppdatert fagkunnskap om dette, herunder de resultater som kan forventes oppnådd. Også eventuelle uheldige effekter må tas med i vurderingen. I vurderingen av om metodene er etisk forsvarlige er det særlig relevant å vektlegge hensynet til personens integritet og verdighet, og momentene som er nevnt nedenfor under pkt.

4.5.5.4.

Det er viktig å være bevisst på at utviklingshemming i mange tilfeller er forbundet med tilleggsproblemer som fysisk sårbarhet, psykiske lidelser, kommunikasjonsvansker mv. Metoder som ellers kan ha god effekt, kan ha andre virkninger hvis de benyttes overfor personer med slik tilleggsproblematikk. Slike eventuelle tilstander må avdekkes, og fagmiljøer med særlig kompetanse på de aktuelle tilstandene må konsulteres i valget av metode.

4.5.5.2 Faglig og etisk forsvarlige tiltak og virkemidler

Med tiltak og virkemidler menes hvordan en metode omsettes til praktisk tjenesteyting overfor den enkelte. Alle tiltak som innebærer bruk av tvang eller makt skal være faglig og etisk forsvarlige. Dette innebærer at de, i likhet med metodene som ligger til grunn for tiltaket, må være i tråd med tilgjengelig oppdatert og anerkjent fagkunnskap. Videre må tiltaket ikke strider mot etiske grunnprinsipper. Dette stiller krav til kommunen og tjenesteyterne om å holde seg faglig oppdatert, for eksempel på effekter og potensielle skadevirkninger av tiltak. Det følger av kravet til forsvarlighet at tjenesteyterne må innrette seg etter sin kompetanse, og innhente nødvendig kompetanse ved behov.

En beslutning om å bruke et tvangstiltak overfor en person må være begrunnet med at den aktuelle metodikk og de aktuelle virkemidler/tiltak er effektive for problemet som skal løses. Metode- og tiltaksvalget må bygge på en individuell analyse av personens behov, situasjon, utviklingshistorie, eventuelle andre funksjonshemminger og eventuell erfaring med tidligere tiltak. Eksempler på andre funksjonshemminger som kan ha betydning for personens opplevelse av tiltaket kan være svekket syn, hørsel og balanse. Kunnskap om virkninger av eventuelle tidligere tvangstiltak er viktig, både for å vurdere strategier og virkemidler som kan være effektive for den aktuelle utfordringen, og hvilke som ikke bør velges.

I vurderingen av om et tiltak er faglig og etisk forsvarlig skal det legges vekt på hvor inngripende tiltaket er. Dette må vurderes individuelt, ut fra hvor inngripende og belastende tiltaket oppleves for den det gjelder. Både kortsiktige og langsiktige virkninger av tvangstiltaket må tas i betraktning. Som eksempel er det viktig å være oppmerksom på mulige

konsekvenser av fysisk inngripende tiltak der tjenesteyterne overmannen personen og gjennomfører fastholding eller nedlegging. Slike tiltak vil lett oppleves skremmende og ydmykende for personen, og vil kunne skade relasjonen mellom tjenestemottakeren og tjenesteyterne. For personer med utviklingshemming vil det kunne være særlig vanskelig å bearbeide slike opplevelser kognitivt i ettertid, og på den måten redusere skadevirkningene.

I tillegg til at det må gjøres en faglig vurdering av tiltakets effekt, og om tiltaket er egnet til å avhjelpe den aktuelle faren, må det også alltid vurderes om tiltaket er trygt å ta i bruk i det enkelte tilfellet. Det må ses hen til både risikofaktorer med tiltaket isolert, og hvorvidt det er konkrete omstendigheter som kan ha betydning for sikkerheten. Det kan f.eks. dreie seg om at enkelte syndromer kan være forbundet med spesielle fysiske risikofaktorer, eller det kan være psykiske forhold eller tidligere erfaringer som gjør personen særlig sårbar for enkelte tiltak. Dette kan tilsi at et tiltak som ellers ville vurderes som effektivt og som det minst inngripende tiltaket, ut fra en konkret vurdering likevel ikke kan anses forsvarlig.

Det å bruke tvang vil kunne oppleves som et signal til personen om at dennes handlinger eller væremåte ikke godtas. Hvis tvangen oppleves å rette seg mot hele personen og dennes væremåte, vil det kunne medføre at personen i andre situasjoner eller ved senere anledninger vegrer seg for å gi uttrykk for ønsker, behov, motvilje eller motstand. Det vil også kunne føre til at personen får et svekket selvbilde. Det er viktig at tvang gjennomføres slik at tjenestemottakeren ikke opplever at tvang- og maktutøvelsen retter seg mot hele personen og hans eller hennes væremåte.

Tvangstiltak kan ikke vurderes isolert, men må vurderes ut fra den totale livssituasjonen til tjenestemottakeren, og hvor inngripende tiltaket samlet sett blir for vedkommende. Selv om tiltakene isolert sett synes gode og velbegrunnede, kan tvang bli et så dominerende element i hverdagen at det samlet sett ikke kan anses forsvarlig.

4.5.5.3 Faglig og etisk forsvarlig gjennomføring

Kravet om faglig og etisk forsvarlighet retter seg ikke bare mot vurderingen av om det er grunnlag for å ta i bruk et bestemt tiltak. Når vedtak foreligger, evt. beslutningen er tatt etter § 9-5 tredje ledd bokstav a, er det nødvendig å ha fokus på at også gjennomføringen av tvangstiltaket skal være faglig og etisk forsvarlig.

Selv om det foreligger et godkjent vedtak, skal tvang likevel ikke benyttes i større utstrekning enn behovet tilsier i den konkrete situasjonen. Dette følger også av andre vilkår, særlig av kravet om at tvang må være nødvendig for å hindre eller begrense vesentlig skade. Likevel er det viktig at det også gjøres en forsvarlighetsvurdering av dette. For eksempel må det ofte i en konkret situasjon vurderes på hvilket tidspunkt i hendelsesforløpet et tiltak bør introduseres. For å sikre at kravet til forsvarlighet overholdes vil det ofte være nødvendig å ha planlagte situasjonsbeskrivelser med hensyn til når og på hvilken måte man griper inn i situasjonen, og en trinnvis forklaring på rekkefølgen på de ulike virkemidlene som kan tas i bruk hvis situasjonen utvikler seg (tiltakskjede).

Måten tjenesteyterne forholder seg til personen på under gjennomføring av tiltaket, har stor innvirkning på hvordan situasjonen oppleves for personen, og kan være avgjørende for om gjennomføringen av tiltaket er faglig og etisk forsvarlig. Gjennom god kommunikasjon, herunder å forklare tjenestemottakeren hva som skal skje og hvorfor, og gjennom å ha et bevisst forhold til kroppsspråk og mimikk, kan tjenesteyterne vise omtanke og respekt for personen også ved bruk av tvang. På den måten kan relasjonene og personens selvfølelse beskyttes, og uheldige virkninger av tvangsbruk kan reduseres i størst mulig grad.

4.5.5.4 Særlig om etisk forsvarlighet

Ved utformingen av det enkelte tiltak må det legges vekt på grunnleggende etiske verdier og respekt for personens integritet. Utgangspunktet må være respekt for enkeltmennesket og dets integritet og autonomi. Etter alminnelige etiske standarder kan det være relevant å ta utgangspunkt i hvordan en selv ville opplevd samme behandling, både det ubehag den medfører og opplevelsen av inngrep i integritet og verdighet.

I vurderingen av etisk forsvarlighet skal det særlig legges vekt på hvor inngripende tiltaket er, og hvordan vil oppleves for tjenestemottakeren. Dette må vurderes konkret. Individuelle forhold kan innebære at det overfor enkelte må vises større forsiktighet enn overfor andre. Der det benyttes flere tiltak, må også den samlede virkningen vurderes. Følgende vurderingstemaer kan være relevante ved vurderingen av tiltakets etiske forsvarlighet:

Omfanget av fysisk maktbruk

Fysisk maktbruk vil som hovedregel oppleves svært inngripende og belastende for den det gjelder. Det skal ikke anvendes mer fysisk makt enn nødvendig. Den overordnet faglig ansvarlige har ansvaret for at tjenesteyterne er oppdatert på teknikker som er minst mulig inngripende, og som innebærer minst mulig bruk av fysisk makt.

Grad av frihetsinnskrenkning

Tiltak som begrenser bevegelsesfriheten i stor grad, er generelt mer inngripende enn tiltak som virker mindre begrensende. Som eksempel kan nevnes ulike grader av fastholding. Fastholding gjennom nedlegging avskjærer bevegelsesfriheten totalt, mens fastholding av armene i oppreist stilling innebærer mindre frihetsinnskrenkning. Tiltak som varer lenge, vil i utgangspunktet også måtte anses som mer inngripende enn kortvarige tiltak.

Grad av ubehag eller belastning som tiltaket medfører for personen

Det må foretas en individuell og konkret vurdering av hvor stort ubehag bruk av det aktuelle tiltaket vil innebære for personen. Her kan særlige individuelle forhold (somatiske eller psykiske lidelser eller tidligere erfaringer) gjøre store utslag.

Hvor uvanlig tiltaket er

Tiltak som er uvanlige i samhandling mellom personer i sin alminnelighet, må som regel regnes som mer inngripende og etisk problematiske enn tiltak som også forekommer i

befolkningen for øvrig. Slike tiltak er for eksempel bruk av lyd, smak eller lukt for å avbryte en skadevoldende handling.

Hvilken situasjon tiltaket benyttes i

Det må anses som mer inngripende å bli utsatt for tvang i nærvær av andre, eller på offentlige steder. I slike situasjoner bør bruk av tvang begrenses i størst mulig grad. Det er videre grunn til å være svært tilbakeholden med å gjennomføre opplærings- og treningstiltak i situasjoner og omgivelser der tiltaket kan ha en stigmatiserende effekt for personen. Slike tiltak kan stride mot forbudet mot nedverdiggende eller krenkende behandling, jf. § 9-1 tredje ledd.

Retten til å være seg selv

Også personer med utviklingshemming kan ha evne til å vurdere og forstå mulige konsekvenser av sin atferd, sine valg og sine handlinger, særlig der vedkommende har tidligere erfaringer på området. Dersom personen vurderes til å ha beslutningskompetanse i det spørsmålet saken gjelder, kan det ha betydning for om et tiltak i for stor grad vil bryte med den enkeltes rett til selvbestemmelse, og dermed være etisk uforvarselig. Slike vurderinger vil ikke først og fremst være aktuelle i nødsituasjoner, men heller ved spørsmål om tiltak knyttet til livsstil, levevaner, sosialt liv, egenomsorg og lignende der formålet er å hindre eller begrense mer langsiktige skader på personen selv (c-tiltak).

4.5.5.5 Faglige og etiske forhold som kan medføre at tvangstiltak ikke bør iverksettes

Det kan foreligge faglige og etiske forhold som medfører at tvangstiltak overhodet ikke bør iverksettes. Dersom personen for eksempel vurderes å være beslutningskompetent i spørsmålet om å ivareta et bestemt grunnleggende behov (§ 9-5 tredje ledd bokstav c), og motsetter seg tiltaket, må det legges vesentlig vekt på retten til selvbestemmelse. I slike tilfeller vil det bare unntaksvis være etisk forsvarlig å gjennomføre tiltaket.

I tillegg til etiske betenkeligheter kan det også være faglige hensyn som gjør at man skal være varsom med å bruke tvang. I rundskrivet er utfordringer knyttet til utviklingshemming beskrevet. Gjennom bruk av tvang i tjenesteytingen kan slike utfordringer forsterkes. Tvang, og særlig inngripende fysisk tvang som fastholding og nedlegging, kan også utløse følelser og reaksjoner som sinne, frykt, angst eller en følelse av å bli krenket eller ydmyket. Hvis et tiltak er langvarig eller gjennomføres hyppig, og slike følelser forekommer ofte, kan belastningen bli så stor at personen kan utvikle psykiske tilleggs lidelser eller ytterligere aggresjon.

Hvis samhandling med tjenesteyterne er preget av mye tvangsbruk, kan relasjonene bli skadet, og personen kan komme til å vegre seg både mot samhandling med tjenesteyterne, og mot sosiale deltakelse generelt. Slik tilbaketrekking vil gjøre det vanskelig å bevare et godt livsmiljø for personen.

4.5.6 Situasjoner der tvang kan benyttes

4.5.6.1 Innledning

Lovens § 9-5 tredje ledd bokstavene a til c angir at tvang kan benyttes i tre ulike tilfeller: Som skadeavvergende tiltak i nødsituasjoner (bokstav a), som planlagte skadeavvergende tiltak i gjentatte nødsituasjoner (bokstav b) og som tiltak for å ivareta grunnleggende behov, herunder opplærings- og treningstiltak (bokstav c). Lovens beskrivelse av disse situasjonene inneholder supplerende vilkår for at tvang skal kunne tas i bruk.

Hvilken situasjon det er tale om har blant annet betydning for krav til saksbehandling og gjennomføring av de aktuelle tvangstiltakene.

4.5.6.2 Nærmere om begrepet nødsituasjon

For at det skal foreligge en nødsituasjon, må det for det første foreligge tilstrekkelig sannsynlighet for at vesentlig skade vil oppstå dersom tiltak ikke iverksettes, jf. omtale av risikobegrepet ovenfor under pkt. 4.5.3.3. I tillegg må situasjonen være slik at en inngripen ikke kan utsettes uten at situasjonen må forventes å bli vesentlig mer kritisk eller komme ut av kontroll. Det ligger ikke i dette at en må vente med å gripe inn til situasjonen fremstår som helt akutt. Løper f.eks. tjenestemottakeren mot en trafikkert vei, kan vedkommende stoppes selv om det ikke er like før vedkommende blir påkjørt.

Enkelte personer har atferdsmønstre som for eksempel innledes med intens rastløshet som går over i verbal utagering, for å ende med selvskading eller fysisk angrep på andre. Slike mønstre kan gjøre det mulig for tjenesteyterne å forutse at fare vil oppstå. Ofte kan slike forløp avbrytes med relativt milde metoder før faresituasjonen blir akutt. Når akutt fare har oppstått, er det vanskeligere å ha kontroll på graden av inngrep, og det må ofte brukes mer inngripende tiltak enn om intervensjonen kom tidligere i hendelsesforløpet. Utviser tjenestemottakeren atferd som tjenesteyterne av erfaring vet at raskt leder til situasjoner med fare for vesentlig skade, vil dette i seg selv kunne anses som en nødsituasjon.

Også redusert evne til ivaretagelse av egenomsorg, for eksempel til å kontrollere inntaket av mat eller drikke eller ivareta personlig hygiene, kan tenkes å medføre at en nødsituasjon oppstår. Dette kan for eksempel være tilfelle der en person har vært uten tjenester. Videre kan for eksempel avføring i klær etter omstendigheten kunne være så vidt krenkende og stigmatiserende at det må sies å foreligge en nødsituasjon.

I noen saker kan det være tvil om den situasjonen man vurderer å sette inn tvangstiltak i er en nødsituasjon i lovens forstand. Dette vil særlig være tilfelle der aktuelle tiltak tilsynelatende har en mer forebyggende karakter, som f.eks. fotfølging, alarmer på dører og vinduer eller innlåsing/fjerning av farlige gjenstander. For å avgjøre om det foreligger en nødsituasjon som gir grunnlag for bruk av slike tiltak, må det som ellers gjøres en samlet vurdering av det risikobildet som foreligger. Som beskrevet er de sentrale delene i denne vurderingen hva slags skade det er tale om og hvor alvorlig den er, og hvor sannsynlig det er

at skaden vil inntreffe dersom det ikke iverksettes tiltak etter kapittel 9. Videre må det vurderes om situasjonen er en nødsituasjon, dvs. om iverksettelse av tiltaket ikke kan utsettes eller unnlates uten at situasjonen må forventes å bli vesentlig mer kritisk eller komme ut av kontroll.

Dersom man kontinuerlig står overfor en situasjon som beskrevet, kan dette måtte anses som en pågående nødsituasjon. Begrepet nødsituasjon begrenser seg med andre ord ikke bare til de raskt forbigående situasjonene. Tiltak som vil kunne være aktuelle og nødvendige i en pågående nødsituasjon er alt fra innlåsing/fjerning av gjenstander til begrensninger av mulighet til kontakt med enkelte personer, begrensninger i bruk av Internett og mobiltelefon, bruk av vindus- og døralarmer og andre inngripende varslingssystemer, og ulike former for tett personelloppdekking/fotfølging. Jo mer inngripende tiltak det er tale om å bruke, jo mer alvorlig må risikobildet og situasjonen for øvrig være for at kravet til forholdsmessighet skal være oppfylt, og jo strengere krav vil stilles til utprøving av andre løsninger og mindre inngripende tiltak. De mest inngripende tiltakene vil bare kunne benyttes i situasjoner med et særlig alvorlig risikobilde, og der alle andre tilgjengelige og forsvarlige tilnærminger er forsøkt.

4.5.6.3 Skadeavvergende tiltak i nødsituasjoner - § 9-5 tredje ledd bokstav a

En nødsituasjoner kan oppstå plutselig og uten forvarsel, slik at det må fattes en beslutning på stedet om hvordan man skal hindre eller begrense vesentlig skade. Tvangstiltak etter bokstav a kan da besluttet iverksatt hvis vesentlig skade ikke lar seg hindre eller begrense på annen måte. Tvangstiltaket skal opphøre så snart nødsituasjonen er over.

Dersom det oppstår gjentatte nødsituasjoner, eller nødsituasjonen fremstår som mer pågående, må det gjøres en helhetlig gjennomgang av situasjonen og eventuelt fattes vedtak etter bokstav b. Dette er nødvendig fordi en faglig og etisk forsvarlig håndtering av gjentatte og pågående nødsituasjoner innebærer at det må utredes og kartlegges hvorfor de oppstår og hvordan de eventuelt kan unngås, og hvordan man på minst mulig inngripende og belastende måte kan unngå at vesentlig skade oppstår. Inntil vedtak er fattet, og dette har blitt godkjent av Fylkesmannen, skal det sendes melding etter reglene i § 9-7 første ledd om bruk av skadeavvergende tiltak i nødsituasjoner.

4.5.6.4 Planlagte skadeavvergende tiltak i gjentatte nødsituasjoner - § 9-5 tredje ledd bokstav b

Vedtak etter § 9-5 tredje ledd bokstav b er nødvendig der behovet for tvang må forventes å gjenta seg eller vedvare, fordi situasjonen da må utredes og kartlegges og det må lages rutiner for hvilke fremgangsmåter som skal benyttes for å hindre eller begrense vesentlig skade. Dette gjelder uavhengig av om situasjonene antas å ville oppstå ofte eller sjelden. De strenge kravene til utredning, utprøving av andre løsninger, utforming av tiltak, saksbehandling, planlegging og gjennomføring ivaretar tjenestemottakerens rettssikkerhet bedre enn ved bruk av tiltak etter bokstav a.

Planlagte, godt tilrettelagte og systematiske tiltak vil over tid kunne føre til en positiv endring av tjenestemottakerens atferd ved at den skadevoldende atferden reduseres. Om mulig bør tiltakene utformes med tanke på dette. Det er imidlertid ikke tillatt å iverksette tvang eller makt *i den hensikt* å motivere en slik atferdsendring.

4.5.6.5 Tiltak for å dekke pasientens eller brukers grunnleggende behov - § 9-5 tredje ledd bokstav c

Grunnleggende behov er i dette lovverket definert til å omfatte *mat og drikke, påkledning, hvile, søvn, hygiene og personlig trygghet*. Enkelte tjenestemottakere som er ute av stand til selv å ivareta sine grunnleggende behov, motsetter seg også at tjenesteyterne gir dem nødvendig bistand. Det er da viktig å forsøke å finne årsaken til motstanden, slik at andre løsninger enn tvang eller makt kan anvendes.

Der hvor motstanden over tid vil medføre vesentlig skade på tjenestemottakeren, og andre løsninger enn bruk av tvang ikke fører frem, gir kapittel 9 hjemmel for å sette inn tiltak for å dekke de grunnleggende behovene slik at vesentlig skade ikke oppstår. § 9-5 tredje ledd bokstav c kjennetegnes ved at det, i motsetning til ved tiltak etter bokstavene a og b, ikke stilles krav om at det foreligger en nødsituasjon. Videre kan bokstav c bare benyttes for tiltak som har som primært formål å hindre eller begrense vesentlig skade på tjenestemottakeren selv.

Tiltak for ivaretagelse av brukers grunnleggende behov kan bare benyttes når dette etter en helhetsvurdering fremstår som den klart beste løsningen for personen. I vurderingen må det alltid tas utgangspunkt i personens egne behov. Hensynet til tjenesteyterne, medbeboere eller andre gir ikke grunnlag for å iverksette tiltak etter bokstav c. I vurderingen vil det derfor, i større grad enn for tiltak etter bokstavene a og b, være relevant å vektlegge personens beslutningskompetanse og hvordan vedkommende selv stiller seg til tiltaket. Dersom personen motsetter seg tiltaket og vurderes til å være beslutningskompetent i det spørsmålet saken gjelder, må det legges vesentlig vekt på dette.

Ved vurderingen av personens beslutningskompetanse, må det tas hensyn til hvor alvorlig konsekvensen av å motsette seg tiltaket vil være. Jo mer alvorligere konsekvensen vil være, jo strengere krav må det stilles til personens forståelse og innsikt i det saken gjelder. Det vises til pkt. 2.2.4 om vurdering av beslutningskompetanse.

Også der personen ikke vurderes til å være beslutningskompetent, vil det være relevant å legge vekt på hans eller hennes subjektive opplevelse av situasjonen, herunder graden av motstand og årsaken til denne, i vurderingen av om tiltaket er forholdsmessig og om det er faglig og etisk forsvarlig. På den andre siden må det også legges vekt på hensynet til personens objektive behov for det konkrete tiltaket, og hvilke konsekvenser det kan få for personen dersom tiltaket ikke blir iverksatt.

Hva som ligger i lovens begrep «personlig trygghet» er ikke nærmere definert i kapittel 9 eller i lovens forarbeider. Utgangspunktet for vurderingen må imidlertid også her være at det er *pasientens eller brukerens* grunnleggende behov som skal dekkes. Dette avskjærer muligheten for å anvende tiltak etter bokstav c der formålet først og fremst er å hindre eller begrense skade på andre enn tjenestemottakeren selv.

Systematiske og planlagte tiltak mot selvskading vil tematisk kunne anses for å høre under bokstav c. Arbeid med å forhindre eller begrense alvorlig selvskading vil imidlertid kunne kreve omfattende tvangsbruk og høy faglig kompetanse. Som hovedregel vil utdanning på videregående skoles nivå derfor ikke være tilstrekkelig for gjennomføring av tvangstiltak mot alvorlig selvskading, jf. også pkt. 4.9.3.

Opplevelse av personlig trygghet vil også ha sammenheng med muligheten til å utøve selvbestemmelse og påvirke eget liv. Gjentatt og varig vegring mot kommunikasjonstrening, eller selvstimulering av stort omfang, kan hemme egen utvikling i en slik grad at det kan medføre vesentlig skade på sikt. Det kan da være aktuelt med tiltak etter bokstav c, for eksempel for å muliggjøre trening av kommunikasjonsferdigheter og andre grunnleggende ferdigheter hos barn. Det forutsettes at problemet knyttet til vegring eller selvstimulering viser seg regelmessig, og at situasjonen vil medføre vesentlig skade på sikt. Dersom personen bare sporadisk motsetter seg utviklingsfremmende aktiviteter mv., vil vilkåret om vesentlig skade som hovedregel ikke vil være oppfylt. Det vil derfor ikke i seg selv kunne begrunne tvangsbruk at en tjenestemottaker har enkeltstående episoder der han eller hun nekter å spise, drikke, dusje, gå på skolen osv.

Som beskrevet i pkt. 4.5.6.2 ovenfor vil fravær av egenomsorg over tid kunne lede til situasjoner der det foreligger akutt fare for vesentlig skade. Dersom det oppstår en nødsituasjon og andre løsninger ikke fører frem, vil det kunne iverksettes skadeavvergende tiltak etter bokstav a.

Særlig om planlagte opplærings- og treningstiltak

På samme måte som med andre tiltak etter bokstav c kan planlagte opplærings- og treningstiltak med bruk av tvang bare benyttes for å dekke tjenestemottakerens egne grunnleggende behov, ikke for å endre atferd som er årsak til skadevoldende handlinger mot tredjepersoner. Opplærings- og treningstiltak er først og fremst tenkt som et virkemiddel overfor barn og unge, men bestemmelsen er ikke avgrenset til noen aldersgrupper.

Enkelte utviklingshemmede har en sterk vegring og motstand mot samhandling og kommunikasjon med andre mennesker. Det kan da være nødvendig å begrense deres mulighet til å flykte unna eller ty til selvstimulering, for i det hele tatt å kunne oppnå kontakt. Bruk av tvang kan i slike tilfeller være aktuelt for å muliggjøre trenings- eller opplæringstiltak som i sin tur ikke er basert på bruk av tvang. Et hovedpoeng vil da være å få tjenestemottakeren til å oppleve tiltaket som så positivt og lite truende at vegringen avtar, og behovet for bruk av tvang dermed også avtar eller bortfaller.

Det kan forekomme situasjoner der det ikke lykkes å oppnå tilstrekkelige endringer i atferden, selv etter gjennomføring av flere former for opplærings- og treningstiltak. Videre kan det forekomme situasjoner der opplæringstiltak bedømmes som åpenbart uhensiktsmessige. Bruk av tiltak for å dekke grunnleggende behov kan da være aktuelt som et «sikkerhetsnett» i tillegg til andre løsninger uten bruk av tvang.

En aktuell strategi ved atferdsproblemer kan være arbeid for å nå utviklings- og opplæringsmål, som for eksempel fremgår av individuell plan eller en egen delplan for utviklings- og opplæringstiltak. Å komme nærmere disse målene kan i seg selv være nok til at atferdsproblemene avtar.

Dersom det skal brukes tvang i forbindelse med opplærings- og treningstiltak må forholdet til vilkårene vurderes nøye, herunder kravet om at tvangstiltaket må være nødvendig for å hindre eller begrense vesentlig skade, og at tiltaket skal være forholdsmessig og etisk forsvarlig. I tillegg kreves kvalifisert personell som kjenner personen godt, og som kan reagere presist på vedkommendes kommunikasjon. Det må vurderes grundig hvilken kompetanse som er nødvendig for å tilfredsstille kravet i § 9-9 andre ledd første punktum om kvalifisert personale ved gjennomføringen av opplærings- og treningstiltak etter § 9-5 tredje ledd bokstav c.

Spesialisthelsetjenesten skal etter § 9-7 andre ledd andre punktum bistå kommunen ved utformingen av tiltak etter § 9-5 tredje ledd bokstavene b og c. Kommunen må i samarbeid med spesialisthelsetjenesten vurdere om det faktisk er nødvendig å igangsette tiltak som innebærer bruk av tvang, eller om andre løsninger er tilstrekkelige. I valg av eventuelle metoder og strategier med bruk av tvang, må spesialisthelsetjenesten stille sin kompetanse til rådighet og delta i drøftelser om metode- og tiltaksvalg, se punkt 5.4.

Det er gitt særlige grenser for bruk av planlagte opplærings- og treningstiltak i § 9-6 tredje ledd. Disse er omtalt i punkt 4.6.4.

4.6 § 9-6 med merknader

§ 9-6 Særlige grenser for bruk av enkelte tiltak

Mekaniske tvangsmidler som hindrer brukeren eller pasientens bevegelsesfrihet, herunder belter, remmer, skadeforebyggende spesialklær og liknende kan bare brukes for å gi nødvendig støtte for fysiske funksjonshemninger, for å hindre fall og for å hindre at brukeren eller pasienten skader seg selv. I alle tilfeller må vilkårene i

§ 9-5 være oppfylt.

Dersom en nødssituasjon etter § 9-5 tredje ledd bokstavene a og b gjør det nødvendig å skjerme brukeren eller pasienten fra andre personer, skal skjermingen foregå i et ordinært beboelsesrom med ulåst dør. Sikkerhetsmessige hensyn kan unntaksvis tilsi at døren låses. Vedkommende skal i alle tilfeller holdes under oppsyn, og skjermingen skal avbrytes straks situasjonen er brakt under kontroll.

Det er ikke tillatt med opplærings- og treningstiltak etter § 9-5 tredje ledd bokstav c som påfører brukeren eller pasienten smerte eller psykisk eller fysisk skade, herunder all form for fysisk refselse, eller som innebærer betydelig fysiske og psykiske anstrengelser for brukeren eller pasienten eller medfører fysisk isolering.

4.6.1 Innledning

§ 9-6 oppstiller særlige vilkår for bruk av tiltak og metoder som har vært vurdert som særlig inngripende, og gir enkelte regler for gjennomføringen av disse. Vilrårene kommer i tillegg til de alminnelige vilrårene for bruk av tvang i § 9-5.

Bestemmelsen utvider ikke virkeområdet for hva som er å anse som tvang. Også for mekaniske hjelpemidler eller ulike former for skjerming må det i prinsippet vurderes konkret om tiltaket faller innenfor tvangsdefinisjonen i § 9-2 andre ledd.

4.6.2 Mekaniske tvangsmidler

4.6.2.1 Generelt om bestemmelsen

§ 9-6 første ledd regulerer bruk av mekaniske tvangsmidler som hindrer brukeren eller pasientens bevegelsesfrihet. Slike tvangsmidler hindrer i utgangspunktet den enkeltes grunnleggende frihet til å bestemme over egne bevegelser og egen kropp, og kan derfor være blant de mest inngripende tvangsmidlene. Dette er begrunnelsen for at bruk av slike tiltak er regulert særlig strengt.

Med *mekaniske tvangsmidler* menes her alle typer fysiske innretninger/hjelpemidler som kan tas i bruk overfor tjenestemottakeren for å hindre eller begrense vesentlig skade på personen selv. Bestemmelsen nevner belter, remmer, skadeforebyggende spesialklær og liknende som eksempler på slike tvangsmidler. Videre vil bruk av sprinkelsenger og sengehester ut over vanlig alder for bruk av slike, spesialkonstruerte armskiner, bil- og rullestolbelter/hoftebelter og bakknappet pyjamas omfattes av definisjonen. Også kroppsnære posisjoneringstiltak som gå- og ståstativ og formstøpte rullestoler vil i utgangspunktet falle innenfor definisjonen, men slike tiltak og hjelpemidler vil i de fleste tilfeller være å anse som helsehjelp, og vil dermed ikke omfattes av kapittel 9.

En forutsetning for at en innretning som nevnt skal falle inn under bestemmelsen er at den rent faktisk hindrer eller begrenser personens bevegelsesfrihet, eller sagt på en annen måte: At personens bevegelsesfrihet *med* bruk av innretningen er hindret eller redusert sammenlignet med hvordan den ville vært *uten* bruk av denne. Det følger av dette at dersom personen selv kan løse eller forsere innretningen når han eller hun ønsker det (f.eks. gå ut av sengen/stolen, ta av seg skinner/belter/spesialklær osv.), vil den ikke anses for å hindre eller begrense personens bevegelsesfrihet. Det samme gjelder dersom personen heller ikke *uten* bruk av innretningen har forutsetninger for å gå ut av sengen mv. uten hjelp. Hvorvidt en innretning rent faktisk hindrer eller begrenser personens bevegelsesfrihet, må derfor vurderes individuelt og konkret. Individuelle forhold som gjør at innretningen ikke anses for å hindre eller begrense personens bevegelsesfrihet, skal nedfelles i personens journal.

Ulike beskyttelsesanordninger og lignende som etter sin art *ikke* virker frihetsinnskrenkende, for eksempel hjelm, reguleres ikke av § 9-6. Slike tiltak må vurderes etter de øvrige bestemmelsene i kapittelet.

4.6.2.2 Når mekaniske tvangsmidler kan brukes

For at innretninger som hindrer bevegelsesfriheten (mekaniske tvangsmidler) skal kunne tas i bruk, må de ordinære vilkårene i § 9-5 være oppfylt. I tillegg stiller § 9-6 første ledd opp særlige vilkår for å kunne ta slike tiltak i bruk. Det følger her at mekaniske tvangsmidler bare kan brukes for å gi nødvendig støtte for fysiske funksjonshemninger, for å hindre fall og for å hindre at brukeren eller pasienten skader seg selv. Mekaniske tvangsmidler som hindrer bevegelsesfriheten kan med andre ord kun brukes for å beskytte mot vesentlig skade på tjenestemottakeren selv, ikke for å beskytte andre. Vedtak om tiltak som innebærer bruk av mekaniske tvangsmidler hjemles vanligvis i § 9-5 tredje ledd bokstav c.

Mekaniske tvangsmidler som hindrer bevegelsesfriheten vil i noen tilfeller kunne forebygge annen og mer inngripende bruk av tvang. For eksempel vil bruk av tilpassede armskinner for å beskytte mot selvskadning, etter en konkret og individuell vurdering kunne være mindre inngripende enn gjentatt/vedvarende fysisk tvang ved holding. Tilsvarende kan gjelde for ulike hjelpemidler som kan avhjelpe forskjellige funksjonshemninger. Det er likevel alltid en forutsetning at tiltaket har som formål å hindre skade på brukeren eller pasienten selv, jf. ovenfor.

4.6.3 Skjerming

Som skjerming regnes det når tjenestemottakeren tas med til et annet rom enn der andre oppholder seg og tilbakeholdes der, eller holdes tilbake på et rom når andre forlater det. Skjerming kan gjennomføres med tjenestemottakeren alene på et rom, eller ved at en eller flere tjenesteytere er sammen med tjenestemottakeren.

Ved bruk av skjerming skal tjenestemottakeren holdes under oppsyn. Hvordan tjenestemottakeren skal holdes under oppsyn må vurderes konkret. Det er det minst

inngripende tiltaket som skal anvendes. Om tjenesteyter skal oppholde seg i samme rom som tjenestemottakeren, vil derfor blant annet avhenge av hvordan dette oppleves for tjenestemottakeren.

Skjerming skal foregå i et ordinært beboelsesrom. Det er ikke anledning til å etablere et eget rom som bare skal brukes ved skjerming. Som hovedregel skal døren være ulåst. Sikkerhetsmessige hensyn kan unntaksvis tilsi at skjermingstiltaket gjennomføres med låst dør, for eksempel ved farlig utagering rettet mot tjenesteyterne eller andre personer. Vedkommende må i slike tilfeller holdes kontinuerlig under oppsyn slik at tiltaket kan avbrytes dersom det er nødvendig, f. eks. hvis det oppstår utilsiktede negative effekter som selvskading. Skjermingstiltaket skal avbrytes straks situasjonen er brakt under kontroll.

De særlige kravene til gjennomføring av skjerming er satt fordi skjerming kan være et svært inngripende og belastende tiltak. Som nevnt tidligere vil imidlertid en kortvarig skjerming bak f.eks. låst dør kunne oppleves som mindre inngripende og belastende enn fysisk fastholding eller nedlegging. Det må som vanlig vurderes konkret og individuelt, om nødvendig med bistand fra spesialisthelsetjenesten, hvor inngripende et bestemt tiltak vil oppleves for den personen det gjelder.

4.6.4 Opplærings- og treningstiltak

Tredje ledd setter grenser for bruk av tvang i forbindelse med opplærings- og treningstiltak. Det er etter bestemmelsen ikke tillatt med opplærings- og treningstiltak som påfører brukeren smerte eller skade, psykisk eller fysisk. Dette innebærer et forbud mot alle former for slag, klaps, spark, klyping og andre tiltak som har karakter av fysisk avstraffelse eller overkorreksjon, dvs. såkalte aversive tiltak. Det er videre ikke tillatt med opplærings- og treningstiltak som innebærer betydelige fysiske eller psykiske anstrengelser, eller tiltak som medfører fysisk isolering. Skjerming kan med andre ord ikke benyttes som et trenings- og opplæringstiltak.

Grensen mellom det ubehagelige og det smertefulle er ikke lett å trekke. Tiltak som normalt vil oppleves som smertefulle er det ikke lov til å bruke. Hvis det er grunn til å tro at et tiltak som for andre vil innebære lett ubehag likevel vil være smertefullt for tjenestemottakeren, kan tiltaket ikke gjennomføres overfor vedkommende. Det at enkelte tjenestemottakere kan ha en høyere terskel for opplevelse av smerte, innebærer imidlertid ikke at vedkommende kan utsettes for mer inngripende tiltak.

Opplærings- og treningstiltak må utformes ut fra hvilke reaksjoner de framkaller hos tjenestemottakeren. Det må under planleggingen tas med i vurderingen hvilke psykiske reaksjoner som kan forventes. Dersom det kan forventes at det vil oppstå angst- eller fryktreaksjoner som kan være skadelige, kan tiltaket ikke benyttes.

Det er videre ikke anledning til å tvinge vedkommende til å gjennomføre fysiske øvelser, for eksempel praktiske oppgaver med hendene for å hindre selvskading, dersom dette innebærer

betydelige fysiske anstrengelser for tjenestemottakeren. I vurderingen av hva som er *betydelig* må det tas hensyn til tjenestemottakerens psykiske og fysiske forutsetninger.

4.7 § 9-7 med merknader

§ 9-7 Kommunens saksbehandling

Beslutning om bruk av tvang og makt etter § 9-5 tredje ledd bokstav a treffes av den som har det daglige ansvaret for tjenesten, eller - dersom det ikke er tid til dette - av tjenesteyteren. Beslutningen skal nedtegnes straks etter at tiltaket er gjennomført. Reglene i tredje ledd bokstavene a til e og bokstav i om hva som skal nedtegnes, gjelder tilsvarende. Det skal straks sendes melding om beslutningen til den faglig ansvarlige for tjenesten, Fylkesmannen, verge og pårørende, eller på den måten Fylkesmannen beslutter. Meldingen skal opplyse om adgangen til å klage etter § 9-11 første ledd.

Vedtak i medhold av § 9-5 tredje ledd bokstav b og c treffes av den som har det overordnede faglige ansvaret for tjenesten. Vedtak kan treffes for inntil tolv måneder om gangen. Spesialisthelsetjenesten skal bistå ved utformingen av tiltakene.

Vedtaket skal settes opp skriftlig og inneholde:

- a) brukerens eller pasientens navn og tid og sted for vedtaket,
- b) beskrivelse av brukerens eller pasientens situasjon og en faglig vurdering av denne,
- c) beskrivelse av de tiltakene som skal settes i verk og den faglige begrunnelsen for disse,
- d) fastsettelse av tidsramme for tiltakene,
- e) bekreftelse på at vilkårene i kapitlet er oppfylt, herunder begrunnelse etter § 9-5 første ledd annet punktum,
- f) opplysning om hvilken holdning brukeren eller pasienten og dennes representant har til tiltaket,
- g) angivelse av faglig ansvarlig for gjennomføringen av tiltaket,
- h) opplysning om Fylkesmannens overprøvningsmyndighet og adgang til å uttale seg i saker som skal overprøves etter § 9-8, og
- i) opplysning om tilsynsmyndighet.

Vedtaket skal sendes Fylkesmannen til overprøving etter § 9-8. Vedtaket skal samtidig sendes spesialisthelsetjenesten, verge og pårørende som kan avgi uttalelse til Fylkesmannen. Frist for å avgi slik uttalelse er en uke fra vedtaket er mottatt. Vedtaket kan ikke iverksettes før det er godkjent av Fylkesmannen. Dersom vedtaket er påklaget etter § 9-11 andre ledd, kan vedtaket ikke iverksettes før fylkesnemnda for barnevern og sosiale saker har godkjent vedtaket.

4.7.1 Innledning

Bestemmelsen gir regler om kommunens saksbehandling ved bruk av tiltak etter kapittel 9, herunder om hvem som skal fatte beslutninger og vedtak og hva disse skal inneholde, og om oversendelse av vedtaket til Fylkesmannen for overprøving etter § 9-8. Formålet med disse reglene er å sikre gode og forsvarlige avgjørelser som tilfredsstillende kravene i kapittel 9.

Helse- og omsorgstjenesteloven § 2-2 fastslår at forvaltningsloven gjelder for kommunens virksomhet, med de særregler som følger av helse- og omsorgstjenesteloven og pasient- og brukerrettighetsloven. Det betyr at forvaltningsloven gjelder også for kommunens saksbehandling i medhold av kapittel 9, med mindre helse- og omsorgstjenesteloven eller pasient- og brukerrettighetsloven regulerer det aktuelle spørsmålet på en annen måte.

Bestemmelsen omtaler blant annet pårørendes medvirkning og rett til informasjon. Som beskrevet under pkt. 4.3.2 er pårørende her å forstå som *nærmeste pårørende* slik dette er definert i pasient- og brukerrettighetsloven § 1-3 bokstav b.

4.7.2 Nærmere om ansvars plassering og ansvarsforhold

Det påligger kommunen å sørge for klare ansvarslinjer med hensyn til hvem i kommunen som skal ha hovedansvaret for vedtak og beslutninger etter kapittel 9. Uklart plassert ansvar, eller uklart innhold i ansvaret, vil svekke tjenestemottakernes rettsikkerhet. § 9-7 inneholder derfor regler om hvem i kommunen som kan fatte de ulike avgjørelser om bruk av tvang. Hensikten med reglene er å sørge for at vedtak og beslutninger om bruk av tvang treffes av personell med riktig kompetanse og på riktig nivå i kommunen. Det stilles ved dette enkelte krav til organiseringen.

Bestemmelsen angir ulike betegnelser for hvem som skal ivareta ansvaret for de forskjellige oppgavene etter kapittel 9, herunder hvem som kan treffe beslutning etter § 9-5 tredje ledd bokstav a, hvem som skal motta melding om slik beslutning, hvem som kan fatte vedtak etter § 9-5 tredje ledd bokstav b og c, og hvem som skal angis i vedtaket som faglig ansvarlig for gjennomføringen av tiltaket. Dette stiller krav om at ansvaret for de ulike oppgavene og funksjonene som er angitt i loven er tydelig plassert.

I kommunen skal det være en person som har *det overordnede faglige ansvaret for tjenesten*. Denne personen har ansvaret for å fatte vedtak etter § 9-5 tredje ledd bokstav b og c. Det er viktig at den som utpekes til å ha det overordnede faglige ansvaret kan følge med på bruken av tvang i tjenestene. Vedkommende må kunne sikre at bruk av tvang ses i sammenheng med det totale tjenestetilbudet til de personene det gjelder, og at det legges til rette for minst mulig bruk av tvang. Vedkommende må derfor være plassert på et nivå som innebærer innflytelse både på organisering og på økonomiske og personellmessige ressurser. Det er nærliggende at etatssjefen for den aktuelle tjenesten utpekes som den som har det overordnede faglige ansvaret for tjenesten, men ansvaret kan f. eks. også legges til kommunelegen. Normalt vil det også være

nødvendig å etablere et nivå for fagansvar under den overordnet faglige ansvarlige i kommunen. Det må tas uttrykkelig stilling til hvem som har dette ansvaret, og hva ansvaret omfatter.

Den overordnet faglige ansvarlige skal sikre at det for det enkelte tiltak er på plass en *faglig ansvarlig for gjennomføringen av tiltaket*. Dette kan være den som har det faglige ansvaret for tjenestene til den aktuelle personen, eller det kan være en annen person med tilstrekkelig fagkompetanse. Tjenesteyterne må kunne forholde seg til den faglige ansvarlige for gjennomføring av tiltaket både i det daglige arbeidet og under gjennomføringen av tiltaket, og vedkommende må derfor være nært knyttet til den daglige tjenesteytingen overfor personen. Den faglige ansvarlige for gjennomføringen av tiltaket skal være bindeledd mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten i den enkelte sak, og skal blant annet sørge for at kontakt opprettes ved endrede behov eller hvis det oppstår nye utfordringer som kan ha betydning for vurdering av tiltaket. Vedkommende må være aktiv i utformingen av tiltaket, og bør ha erfaring med liknende tiltak og god kjennskap til tjenestemottakeren. Videre må vedkommende kunne veilede andre tjenesteytere og vurdere deres egnethet for gjennomføring av tiltaket. Det bør også være den faglige ansvarlige for gjennomføring av tiltaket som ivaretar pårørendes informasjonsbehov og samarbeidet med dem knyttet til tiltaket.

Det skal også til enhver tid være en person som har det daglige ansvaret for tjenestene til personen, og som blant annet skal ha ansvaret for å fatte beslutninger om skadeavvergende tiltak i nødsituasjoner, jf. § 9-5 tredje ledd bokstav a. Kommunen må ta uttrykkelig stilling til hvem som skal ha dette ansvaret.

Forholdende kan variere mye fra kommune til kommune, og bestemmelsen har ikke til hensikt å detaljregulere kommunens organisering. Det avgjørende er ikke hvordan tjenestene er organisert, men at organiseringen samlet sett er forsvarlig. I dette ligger at innholdet i ansvaret må være klart angitt, at det er tydelig plassert og at det er plassert på et tilstrekkelig ansvarlig nivå i kommunen.

4.7.3 Saksbehandling av beslutning etter § 9-5 bokstav a

4.7.3.1 Beslutning om skadeavvergende tiltak i nødsituasjoner

Beslutning om skadeavvergende tiltak i nødsituasjoner etter § 9-5 tredje ledd bokstav a må tas på stedet. Beslutningen skal primært treffes av den som har det daglige ansvaret for tjenesten, jf. pkt. 4.7.2 over.

Dersom den som har det daglige ansvaret for tjenesten ikke er til stede, eller det ikke er tid til å vente på at vedkommende skal treffe slik beslutning, må beslutningen treffes av tjenesteyteren som er på stedet. Kommunen må sørge for at aktuelle tjenesteytere har tilstrekkelig kompetanse til å fatte slike beslutninger på en forsvarlig måte.

Beslutningen skal nedtegnes straks etter at tiltaket er gjennomført. Reglene i bestemmelsens tredje ledd bokstavene a til e og bokstav i om hva som skal nedtegnes, gjelder tilsvarende. Alle tjenestesteder bør ha lett tilgjengelige maler for slike beslutninger.

4.7.3.2 Melding om skadeavvergende tiltak i nødsituasjon

Skriftlig melding om det skadeavvergende tiltaket skal straks sendes til den faglig ansvarlige for tjenesten, Fylkesmannen, verge og nærmeste pårørende. Melding bør også sendes til den overordnet faglig ansvarlige, slik at vedkommende har oversikt over den samlede tvangsbruken i tjenestene og overfor den enkelte. Det skal gå frem av meldingen at beslutningen om tiltaket kan påklages til Fylkesmannen.

Den nærmeste pårørende kan av ulike grunner ønske å reservere seg fra å motta meldinger om bruk av tvang. En løsning kan da være å gi nærmeste pårørende informasjon om hvor opplysningene oppbevares, slik at vedkommende kan få innsyn når han eller hun måtte ønske det. Er personens nærmeste pårørende også personens verge, for eksempel der en forelder er verge for et mindreårig barn, kan vedkommende imidlertid ikke reservere seg mot å ta imot meldinger. Årsaken til dette er at vergen skal være tjenestemottakerens formelle representant i saker etter kapittel 9. I tilfeller der nærmeste pårørende ikke ønsker å motta meldinger om bruk av tvang, må det derfor oppnevnes en egen verge med kapittel 9 som mandat.

Hovedregelen er at melding skal sendes hver gang tvang eller makt har vært anvendt med hjemmel i § 9-5 tredje ledd bokstav a. Dersom det er ønskelig å fravike enkeltvis rapportering, kan Fylkesmannen fatte beslutning om bruk av andre rutiner, jf. § 9-7 første ledd fjerde setning. Det kan for eksempel besluttes at tvangsbruk nedtegnes i en protokoll som oversendes slik Fylkesmannen har bestemt. Spørsmålet om hvordan og hvor ofte melding skal gis, bør normalt tas opp med den faglig ansvarlige for tjenesten, verge og pårørende. Det er likevel opp til Fylkesmannen å avgjøre spørsmålet. En beslutning om bruk av andre rutiner for rapportering er av prosessuell art og kan ikke påklages.

Innholdet i meldingen skal følge § 9-7 tredje ledd bokstav a-e og bokstav i. Da det også ved bruk av tiltak etter bokstav a er et krav at situasjoner forsøkes løst på andre måter enn ved bruk av tvang, er det viktig å beskrive hva som har skjedd forut for tvangsbruken. For å kunne forebygge nye episoder er det viktig å evaluere hendelsen, og vurdere hva som eventuelt kunne vært gjort annerledes.

4.7.4 Saksbehandling av vedtak etter § 9-5 tredje ledd bokstavene b og c

4.7.4.1 Generelt om saksbehandling av vedtak om tvang

Oftest vil det være tjenesteyterne som tar initiativ til at bruk av tiltak etter kapittel 9 blir vurdert. Imidlertid kan også andre personer som har nær kontakt med tjenestemottakeren, f.eks. verge eller pårørende, ta initiativ til dette.

Kommunen har ansvaret for å fatte vedtak om tiltak etter kapittel 9. Spesialisthelsetjenesten (i praksis habiliteringstjenesten) skal bistå kommunen i å utforme tiltak, jf. § 9-7 andre ledd tredje setning. Det er kommunen som har ansvaret for at spesialisthelsetjenesten bringes inn i saken og får de opplysningene den trenger for å kunne bistå på en forsvarlig måte. Det er gitt merknader til spesialisthelsetjenestens oppgaver og ansvar i rundskrivets punkt 5.4.

Vedtaket skal fattes av den som har det overordnede faglige ansvaret for tjenesten.

4.7.4.2 Krav til vedtakets innhold - § 9-7 tredje ledd

Vedtaket må utformes slik at det gir verge og nærmeste pårørende grunnlag for å uttale seg, og grunnlag for Fylkesmannen til å gjennomføre overprøving av vedtaket. Se punkt 4.7.4.3 nedenfor om dette. § 9-7 tredje ledd bokstavene a til i lister opp krav til vedtakets innhold, som alle må være oppfylt.

Hvor mye informasjon som må fremgå av vedtaket vil variere etter sakens alvorlighetsgrad. Et vedtak kan omfatte ett eller flere tiltak overfor en og samme person. Kravene til informasjon må vurderes konkret for hvert tiltak.

Nærmere om hva vedtaket skal inneholde

I tillegg til tjenestemottakerens navn, og tid og sted for vedtaket (bokstav a), skal vedtaket inneholde en beskrivelse av tjenestemottakerens situasjon og en faglig vurdering av denne (bokstav b). En beskrivelse av tjenestemottakerens situasjon gjelder særlig atferden, utløsende omstendigheter, eventuelle bakenforliggende årsaker og skadefølgene. Årsaken til atferden er et viktig punkt også i vurderingen, både de direkte utløsende omstendigheter og eventuelle bakenforliggende årsaker. Vedtaket skal videre inneholde en presis beskrivelse av tiltaket (bokstav c), herunder hvilke former for tvang som skal benyttes og framgangsmåten i de aktuelle situasjonene. Det må også beskrives hvilke situasjoner tiltaket skal anvendes i, hvem som skal delta og hvor tiltaket kan utføres.

Vedtaket skal også inneholde informasjon om hva som er tidsrammen for hvert enkelt tiltak (bokstav d). Etter § 9-7 andre ledd andre punktum kan vedtaket ha en maksimal tidsramme på ett år. Vedtakets virketid regnes fra det tidspunktet Fylkesmannen godkjente vedtaket. Dette gjelder selv om vedtaket er påklaget til fylkesnemnda.

Vedtaket må inneholde tilstrekkelig informasjon til at Fylkesmannen kan vurdere om vilkårene er oppfylt. Det innebærer at det må redegjøres for hvordan de ulike vilkårene er oppfylt. Det vil si at det blant annet må redegjøres for hvilken vesentlig skade tiltaket skal hindre eller begrense, og hvorfor det er nødvendig å benytte tvang for dette formålet. I den forbindelse skal det gjøres rede for hvilke andre løsninger som har vært forsøkt, og dersom andre løsninger ikke er forsøkt, må vedtaket inneholde en begrunnelse for dette (bokstav e). Det skal også gis en faglig begrunnelse for valget av tiltak, herunder hvorfor det valgte tiltaket anses som det minst inngripende overfor personen, kunnskaper om effekt og bivirkninger mv. Den faglige begrunnelsen utgjør et nødvendig utgangspunkt for vurderingen av tiltakets faglige og etiske

forsvarlighet. Særlig der spørsmålet om forholdet til lovens vilkår kan være vanskelig, er det nødvendig at kommunens vurderinger kommer klart frem.

For at Fylkesmannen skal ha tilstrekkelig grunnlag for å overprøve kommunens vedtak, må også spesialisthelsetjenestens vurderinger komme frem. Det må derfor fremgå av vedtaket om kommunens vurderinger er i samsvar med de faglige råd spesialisthelsetjenesten har gitt. Dersom vedtakets innhold ikke er i samsvar med rådene fra spesialisthelsetjenesten, må også dette fremgå av kommunens vedtak, slik at Fylkesmannen om nødvendig kan innhente ytterligere opplysninger fra spesialisthelsetjenesten.

Det skal angis i vedtaket hvem som er den faglig ansvarlige for gjennomføringen av tiltaket (bokstav g). Se punkt 4.7.2. «Nærmere om ansvarsforhold».

Videre skal det i vedtaket opplyses om hvilken holdning tjenestemottakeren og dennes representant har til tiltaket (bokstav f), herunder disse personenes syn på valg av tiltak og metoder. Denne dokumentasjonen vil også kunne bidra til å få frem hvilken medvirkning som har funnet sted og hvilken informasjon som er gitt, jf. § 9-3. Har personen motsatt seg tiltaket, må det fremgå at personens beslutningskompetanse er vurdert og tatt stilling til. Der hvor tjenestemottaker selv ikke er i stand til å gi uttrykk for sine holdninger, må en objektiv beskrivelse av tjenestemottakerens reaksjoner under utførelse av tiltak fremgå av vedtaket. Med tjenestemottakerens representant menes både nærmeste pårørende og verge.

Vedtaket skal også opplyse om Fylkesmannens overprøvningsmyndighet og adgangen for partene til å uttale seg i saker som overprøves (bokstav h). Videre skal det opplyses om at Fylkesmannen er tilsynsmyndighet (bokstav i).

Det må utarbeides en plan for faglig personalveiledning og -oppfølging under gjennomføring av tiltaket. Planen må følge vedtaket når det sendes til Fylkesmannen for overprøving, da slik informasjon vil være sentral i Fylkesmannens vurdering av om kravene til faglig forsvarlighet og kvalifisert personale er oppfylt. Om nødvendig kan Fylkesmannen innhente ytterligere opplysninger fra kommunen og spesialisthelsetjenesten, jf. forvaltningsloven § 17.

I tillegg til kravene som følger av § 9-7 tredje ledd, vil det være hensiktsmessig å legge ved individuell plan og/eller andre planer for å opplyse saken ytterligere.

4.7.5 Oversendelse til Fylkesmannen – uttalelse fra spesialisthelsetjenesten mv.

4.7.5.1 Generelt

Det følger av § 9-7 fjerde ledd at kommunen skal sende vedtaket til Fylkesmannen til overprøving etter § 9-8. Samtidig skal kommunen sende kopi av vedtaket til spesialisthelsetjenesten, verge og nærmeste pårørende, slik at disse kan uttale seg til vedtaket.

Spesialisthelsetjenesten bør avgi uttalelse til Fylkesmannen. Dersom verge og/eller nærmeste pårørende har innsigelser mot vedtaket eller deler av dette, skal også disse gjøres kjent for Fylkesmannen slik at overprøvingen kan bygge på så fullstendige opplysninger som mulig.

Det er av stor betydning at saksbehandlingen ikke tar for lang tid. Fristen for å avgi uttalelse er derfor én uke fra vedtaket er mottatt. Kommunen må opplyse om denne fristen.

Fylkesmannen kan forlenge fristen dersom det vurderes å være grunn til det. For eksempel kan det være aktuelt å forlenge fristen dersom verge eller pårørende mener at kommunen ikke har tatt tilstrekkelig hensyn til deres uttalelser tidligere i prosessen. Det samme gjelder dersom spesialisthelsetjenesten mener at hensynet til faglig forsvarlighet ikke er tilstrekkelig ivaretatt i vedtaket. I forbindelse med overprøvingen kan også Fylkesmannen kreve utfyllende opplysninger og redegjørelser fra kommunen og spesialisthelsetjenesten, jf. forvaltningsloven § 17.

Pårørende, verge og spesialisthelsetjenesten skal ha blitt konsultert under den forberedende saksbehandlingen i kommunen. Deres rett til å avgi uttalelse i forbindelse med overprøvingen kommer i tillegg til dette. Ved at kommunens vedtak samtidig som det sendes Fylkesmannen også sendes spesialisthelsetjenesten, verge og pårørende for eventuell uttalelse til Fylkesmannen, blir prosedyren tilnærmet lik alminnelig klagebehandling.

4.7.5.2 Vergens og pårørendes rolle

Verge og nærmeste pårørende er ikke tillagt noen formell beslutningsrett, men de skal høres før vedtak fattes. I mange tilfeller vil de ha inngående kjennskap til tjenestemottakeren, og vil kunne gi viktige bidrag for å belyse bakgrunnen for den aktuelle atferden, og bidra med tidligere erfaringer med forskjellige tiltak. De skal gis informasjon om muligheten til å uttale seg i saker som overprøves, om klageadgangen og adgangen til å bringe vedtaket inn for tilsynsmyndighet og tingretten. Det følger av § 9-7 tredje ledd bokstav f at deres synspunkter skal fremgå av kommunens vedtak.

Se § 9-3 og merknadene til denne for nærmere omtale av verge og pårørende og deres rolle i saker etter kapittel 9.

4.7.6 Iverksettelse

Kommunens vedtak kan ikke iverksettes før det er godkjent av Fylkesmannen. Dette fremgår av § 9-7 fjerde ledd. Klager de private parter på et vedtak Fylkesmannen har godkjent, kan vedtaket ikke iverksettes før fylkesnemnda for barnevern og sosiale saker har godkjent vedtaket, jf. § 9-7 fjerde ledd.

4.8 § 9-8 med merknader

§ 9-8 Fylkesmannens overprøving

Fylkesmannen skal overprøve vedtak etter § 9-5 tredje ledd bokstav b og c, jf. § 9-7 fjerde ledd. Fylkesmannen skal prøve alle sider av saken.

Fylkesmannen skal gi vergen og pårørende opplysning om klageadgangen etter § 9-11 andre ledd.

4.8.1 Innledning

Brukere som faller inn under kapittelets bestemmelser er i begrenset grad i stand til å ivareta egne interesser. Obligatorisk overprøving er ment å sikre at lovens vilkår og krav blir overholdt når kommunen beslutter å ta i bruk tvang eller makt. Fylkesmannens overprøving er en sentral rettsikkerhetsordning for brukere som utsettes for tvang.

4.8.2 Fylkesmannens saksbehandling

Alle vedtak om anvendelse av tvang etter § 9-5 tredje ledd bokstavene b og c skal overprøves av Fylkesmannen. Kommunens vedtak skal overprøves som om det var påklaget. Begrunnelsen for dette er at vedtak etter kapittel 9 anses som et alvorlig inngrep overfor den enkelte. Fylkesmannens saksbehandling bør skje raskt.

Som det fremgår under pkt. 4.7.4. har spesialisthelsetjenesten, vergen og nærmeste pårørende mottatt vedtaket fra kommunen til uttalelse samtidig som dette ble oversendt til Fylkesmannen for overprøving. Det forutsettes at eventuelle innsigelser fra disse var kjent for kommunen da vedtaket ble fattet. Dersom det likevel fremkommer nye anførsler som ikke har vært fremført overfor kommunen under saksforberedelsen, bør disse vurderes forelagt for kommunen før Fylkesmannen fatter sitt vedtak. Saker som reiser tvil i tilknytning til medisinske spørsmål bør forelegges fylkeslegen for uttalelse.

4.8.3 Fylkesmannens kompetanse

Fylkesmannen skal prøve alle sider av vedtaket. Det vil si at både saksbehandlingen, lovforståelsen/lovanvendelsen, det faktum som er lagt til grunn, det forvaltningsmessige og faglige skjønnet som er utøvet og de vurderingene som er gjort skal prøves fullt ut. Begrensningen i overprøvingskompetansen som følger av pasient- og brukerrettighetsloven § 7-6 gjelder med andre ord ikke i disse sakene.

Fylkesmannens overprøving kan resultere i at vedtaket godkjennes, eller at det nektes godkjent. Som ved ordinær klagebehandling etter forvaltningsloven kan Fylkesmannen også gjøre endringer i vedtaket, for eksempel endre hjemmelsgrunnlag for et tiltak, sette kortere

tidsramme for vedtaket, kreve særskilt kompetanse for gjennomføring av tiltaket eller sette begrensninger for hvor eller når et tiltak kan gjennomføres.

Fylkesmannen kan også sende saken tilbake til kommunen. Dette bør for eksempel skje dersom Fylkesmannen finner at tiltakene i vedtaket må utformes på en annen måte, eller dersom saken ikke inneholder tilstrekkelig informasjon for å kunne ta stilling til lovligheten av vedtaket.

Fylkesmannen skal gi nærmeste pårørende og verge opplysning om adgangen til å påklage vedtaket til fylkesnemnda, jf. § 9-11 andre ledd. Dette fremgår av § 9-8 andre ledd.

4.9 § 9-9 med merknader

§ 9-9 Krav til gjennomføring og evaluering

Spesialisthelsetjenesten skal bistå ved gjennomføringen av tiltak etter § 9-5 tredje ledd bokstav b og c.

Brukeren eller pasienten har rett til kvalifisert personale ved gjennomføringen av tiltak etter § 9-5 tredje ledd bokstav b og c. Ved gjennomføringen av disse tiltakene skal det være to tjenesteytere til stede dersom dette ikke er til ugunst for brukeren eller pasienten.

Når tiltak etter § 9-5 tredje ledd bokstav b gjennomføres, skal den ene av de to tjenesteyterne minst ha bestått utdanning i helse-, sosial- eller pedagogiske fag på høgskolenivå. Når tiltak etter § 9-5 tredje ledd bokstav c gjennomføres, skal den ene av de to tjenesteyterne minst ha bestått avsluttende eksamen i studieretning for helse- og sosialfag i videregående opplæring. Fylkesmannen kan i særlige tilfeller gi dispensasjon fra utdanningskravet.

Tiltaket skal vurderes kontinuerlig, og avbrytes straks, dersom vilkårene for vedtaket ikke lenger er til stede eller det viser seg ikke å ha de forutsatte konsekvenser eller å ha uforutsette, negative virkninger.

4.9.1 Innledning

Bestemmelsen gir ulike regler med hensyn til gjennomføringen av tvangstiltak, herunder om bistand fra spesialisthelsetjenesten, tilstedeværelse av tjenesteytere og krav til kvalifikasjoner og kompetanse. Videre gis regler om dispensasjon fra utdanningskravene, og om evaluering av tiltaket underveis. Formålet med kravene i § 9-9 er å sikre at gjennomføringen av tvangstiltak skjer på en forsvarlig måte og i samsvar med regelverket for øvrig.

4.9.2 Bistand fra spesialisthelsetjenesten

Etter § 9-9 første ledd skal spesialisthelsetjenesten bistå ved gjennomføringen av tiltak etter § 9-5 tredje ledd bokstav b og c. Dette vil kunne være på et hvilket som helst tidspunkt i vedtaksperioden. Det kan ofte være behov for mer bistand ved oppstart av nye tiltak, men det kan også oppstå behov for bistand dersom det oppstår uforutsette virkninger av tiltaket, og det må vurderes om tiltaket skal avbrytes. Annen aktuell bistand kan være deltakelse fra spesialisthelsetjenesten på evalueringsmøter eller lignende.

Hva slags bistand det er behov for, og på hvilket tidspunkt, vil variere med saken og tiltakets karakter. Hva slags bistand som er nødvendig vil også avhenge av hvilken faglig kompetanse kommunen selv har. Kommunen kan ikke pålegges selv å ha kompetanse på spesialistnivå. Det tilligger spesialisthelsetjenesten å gi spesialiserte tjenester i det omfang det aktuelle behovet tilsier. Det innebærer at spesialisthelsetjenesten må kunne arbeide arenafleksibelt, herunder observere og gi veiledning på de arenaer hvor tiltak etter kapittel 9 blir gjennomført.

Kommunen må sørge for at spesialisthelsetjenesten involveres i den utstrekning det er behov for det ved gjennomføring av tiltak etter kapittel 9. Kommunen og helseforetaket bør inngå avtale om hvordan dette samarbeidet skal innrettes, herunder kommunens ansvar for å utvikle og vedlikeholde egen veiledningskompetanse. Avtalen bør fortrinnsvis inngå i den lovpålagte samarbeidsavtalen mellom kommunen og helseforetaket etter helse- og omsorgstjenesteloven § 6-1 flg.

4.9.3 Rett til kvalifisert personale

Andre ledd i § 9-9 gir tjenestemottakeren rett til kvalifisert personale ved gjennomføring av tiltak etter § 9-5 tredje ledd bokstav b og c.

At tjenestemottakeren har rett til kvalifisert personale innebærer at det må vurderes konkret hva som skal til av kvalifikasjoner for at tiltaket skal kunne gjennomføres på en forsvarlig måte. Hva slags kvalifikasjoner personalet må ha, vil avhenge av tiltakets karakter og de utfordringer den enkelte pasient eller bruker har. Kravet har selvstendig betydning ved siden av minimumskravene i tredje ledd, ved at personalet ikke nødvendigvis er tilstrekkelig kvalifisert selv om minimumskravene er oppfylt. For eksempel kan tiltak for å ivareta grunnleggende behov og personlig trygghet etter § 9-5 tredje ledd bokstav c være fysisk svært inngripende og kreve god kompetanse. Særlig ved tiltak for å forhindre eller begrense alvorlig selvskading, og ved opplærings- og treningstiltak, vil utdanning på videregående skoles nivå sjelden være tilstrekkelig. Ved fysisk inngripende og faglig krevende c-tiltak må det derfor alltid gjøres en grundig vurdering av om det bør kreves utdanning og kompetanse ut over minimumskravet i bestemmelsen.

Hvilke kvalifikasjoner som er nødvendig for en forsvarlig gjennomføring av konkrete tiltak vil også ha betydning i vurderingen av om det kan gis dispensasjon fra utdanningskravene i tredje ledd.

4.9.4 Krav om to tjenesteytere

4.9.4.1 Generelt

Av andre ledd fremgår at det ved gjennomføringen av tiltak etter § 9-5 tredje ledd bokstav b og c skal være to tjenesteytere til stede dersom det ikke er til ugunst for tjenestemottakeren.

Formålet med kravet om to tjenesteytere er å styrke tjenestemottakerens rettsikkerhet ved bruk av tvang. To tjenesteytere vil øve en naturlig kontroll med hverandre, og ved dette bidra til trygghet for at tvangstiltaket gjennomføres på en måte som er etisk forsvarlig, og at det ikke benyttes mer tvang enn nødvendig. Det gir også en sikkerhet mot at det begås andre former for overgrep. Det ligger i dette at formålet med kravet om to tjenesteytere ikke er å sikre forsvarlig bemanning i tjenestene mer generelt.

Kravet om to tjenesteytere er knyttet til *gjennomføringen* av tiltaket. For tiltak som gjelder tvang i forbindelse med planlagte, konkrete *gjøremål*, for eksempel tannpuss, vil det være enkelt både å forutsi og å avgjøre hva som vil være gjennomføringstidspunktet. Også for tiltak som for eksempel fastholding, vil selve gjennomføringen være klart avgrenset i tid. Selv om tidspunktet for gjennomføringen der vil være mindre forutsigbart, er lovens utgangspunkt at tjenestetilbudet til den enkelte må organiseres slik at det er to tjenesteytere til stede når behov for tvang måtte oppstå.

For mer statiske tiltak, for eksempel alarmer og innlåsing av gjenstander, er den mest naturlige forståelsen at det med *gjennomføringen* siktes til iverksettelsen av tiltaket, for eksempel når skapet låses eller alarmen skrur på, og så lenge tiltaket er i bruk, det vil si til skapet låses opp eller alarmen skrur av. Begrunnelsen for valg av slike tiltak vil imidlertid kunne være å gi tjenestemottakeren mulighet for privatliv ved at det nettopp *ikke* er noen tjenesteytere til stede i for eksempel tjenestemottakerens leilighet. I slike tilfeller kan det være aktuelt å benytte unntaksadgangen, jf. nedenfor.

Når det gjelder kravet om at det skal være to tjenesteytere *til stede* under gjennomføringen av tiltaket, vil det avhenge av tiltakets karakter hva som skal til for at tilstedeværelseskravet er oppfylt. Der det gjennomføres tiltak med bruk av fysisk tvang, eller andre tiltak som personen motsetter seg, vil det følge av kravet at to tjenesteytere skal være fysisk tilstede i rommet der tiltaket gjennomføres med mindre dette er til ugunst for tjenestemottakeren. For tiltak av mer statisk karakter som personen ikke motsetter seg, vil det etter en konkret vurdering kunne være tilstrekkelig at den ene eller begge tjenesteyterne befinner seg i umiddelbar nærhet, for eksempel i et tilstøtende eller rom eller lignende. Hva som er nødvendig for å oppfylle kravet om tilstedeværelse må vurderes konkret ut fra tiltakets karakter, og det må redegjøres for vurderingen i vedtaket som sendes til Fylkesmannen, som eventuelt kan overprøve denne. Det er under enhver omstendighet en forutsetning at bemanningen og

tilstedeværelsen er tilstrekkelig for at gjennomføringen av tiltaket skjer på en faglig og etisk forsvarlig måte, og for øvrig i samsvar med kravene i kapittel 9.

4.9.4.2 Unntak fra kravet om to tjenesteytere

Etter bestemmelsens andre ledd andre setning kan kravet om to tjenesteytere fravikes når det vurderes å være til ugunst for vedkommende å ha to tjenesteytere til stede. Unntak kan med andre ord bare gjøres av hensyn til brukeren eller pasienten, ikke ut fra ressurs hensyn.

Dersom tjenestemottakeren for eksempel er mer komfortabel og fungerer bedre med én tjenesteyter til stede, vil to tjenesteytere kunne anses å være til ugunst for vedkommende. Hensynet til tjenestemottakeren kan da tilsi at det ikke skal være mer enn én tjenesteyter til stede. Utdanningskravet i tredje ledd vil i slike tilfeller gjelde den tjenesteyteren som er til stede.

Hensynet til tjenestemottakeren kan også tilsi at det til tider ikke skal være tjenesteytere til stede overhodet. Noen tjenestemottakere er tilstrekkelig selvstendige til å klare seg selv deler av tiden, uten tjenesteytere til stede. Enkelte statiske tvangstiltak, som for eksempel innlåsing av farlige gjenstander eller bruk av ulike mekaniske eller tekniske innretninger som sengehester, alarmer, varslingssystemer og lignende, kan gjøre dette mulig. Det å være alene vil i slike tilfeller også kunne være et ønske fra tjenestemottakeren selv. Det vil da kunne være til ugunst for tjenestemottakeren at tjenesteytere er kontinuerlig til stede.

Som nevnt over er formålet med kravet om to tjenesteytere å styrke tjenestemottakerens rettssikkerhet ved bruk av tiltak etter kapittel 9. Dette hensynet gjør seg særlig gjeldende ved bruk av fysisk tvang. Ved bruk av mer statiske tvangstiltak som tjenestemottakeren ikke motsetter seg, vil hensynet ofte gjøre seg gjeldende i mindre grad. Hvor sterkt hensynet bak regelen gjør seg gjeldende, vil være relevant i vurderingen av om det skal gjøres unntak.

Selv om hensynet til tjenestemottakeren tilsier at det ikke skal være (to) tjenesteytere til stede sammen med vedkommende til enhver tid under gjennomføringen av tiltak, må det likevel sikres at tjenestene er forsvarlig organisert og bemannet. Herunder må kommunen sørge for å ivareta sin plikt til å forebygge behov for tvang, jf. § 9-4. I tjenester til personer med utviklingshemming vil dette som hovedregel innebære at det er tilstrekkelig faglig kvalifisert personell på vakt og lett tilgjengelig dersom behov for hjelp skulle oppstå.

4.9.5 Utdanningskrav

4.9.5.1 Generelt

Å arbeide med utviklingshemmede krever konkret kunnskap hentet fra ulike fagområder som etikk, psykologi, medisin, samfunnsfag og pedagogikk, og kunnskapen må kunne omsettes i praksis og anvendes. I tillegg må tjenesteyterne ha kunnskaper om utviklingshemming og erfaringer med hvilke utfordringer dette medfører for tjenesteytingen.

Det som kan sikre at personalet har disse kunnskapene, er at tjenesteyterne har formell utdanning hvor disse grunnleggende kunnskapene inngår. § 9-9 tredje ledd stiller derfor krav til personalets utdanning ved gjennomføring av tiltak etter § 9-5 tredje ledd bokstav b og c. Utdanningskravet gjelder den ene av de to tjenesteyterne som skal delta i gjennomføringen av tiltak. Dersom det er gjort unntak fra kravet om to tjenesteytere, og det bare er én tjenesteyter til stede, gjelder utdanningskravet for denne personen. For omtale av begrepet *gjennomføring* vises til merknadene under pkt. 4.9.4.1 ovenfor.

4.9.5.2 Nærmere om utdanningskravene

For gjennomføring av tiltak etter § 9-5 tredje ledd bokstav b – skadeavvergende tiltak i gjentatte nødsituasjoner – er kravet at den ene av de to tjenesteyterne minst skal ha bestått utdanning i helse-, sosial- eller pedagogiske fag på høyskolenivå. Aktuelle utdanninger kan være vernepleier, sykepleier, fysioterapeut, ergoterapeut, barnevernspedagog, sosionom, lærer og førskolelærer. Også ulike fagkombinasjoner innenfor helse-, sosial-, og pedagogiske fag på høyskolenivå vil kunne oppfylle utdanningskravet, forutsatt at utdanningen samlet sett vurderes å gi kompetanse på bachelornivå, og at veiledet praksis inngår som en del av utdanningen med et omfang tilsvarende som i utdanningene nevnt ovenfor. Utdanningen, evt. de ulike delene av denne, må være fullført og bestått.

For gjennomføring av tiltak etter § 9-5 tredje ledd bokstav c – tiltak for å dekke grunnleggende behov herunder opplærings- og treningstiltak – stilles det krav om at den ene tjenesteyteren minst skal ha fullført videregående opplæring i helse- og sosialfag/oppvekstfag. Opplæring som gir tilsvarende kompetanse på samme eller høyere nivå, for eksempel fullført videregående opplæring kombinert med relevant fagskoleutdanning, vil tilfredsstillende dette minstekravet.

4.9.5.3 Dispensasjon fra utdanningskravet

I noen saker kan kravet om tilstrekkelig kvalifisert personell, og det generelle kravet til forsvarlighet, være oppfylt selv om tjenesteyterne ikke tilfredsstillende de formelle utdanningskravene i tredje ledd. Fylkesmannen kan da beslutte at det skal gis dispensasjon fra disse utdanningskravene, jf. § 9-9 tredje ledd siste setning.

Loven angir at dispensasjon kan gis *i særlige tilfeller*. Et eksempel på hva som kan være et særlig tilfelle er at det er ønskelig å bruke bestemte personer som kjenner tjenestemottakeren godt, og som vedkommende er trygg på. Et annet eksempel er at gjennomføring av tiltaket i liten grad byr på faglige utfordringer, som ved bruk av enkelte statiske tiltak. Kommunen må redegjøre for hvilke omstendigheter som gjør situasjonen til et særlig tilfelle, og Fylkesmannen må gjøre en konkret vurdering av dette. Under enhver omstendighet er det en forutsetning for å gi dispensasjon at kravet om forsvarlighet og tilstrekkelig kvalifisert personell er oppfylt.

Dispensasjon kan bare gis i konkrete saker, i forbindelse med vedtak om bruk av tvang eller makt overfor en bestemt tjenestemottaker. Allerede under saksforberedelsen bør kommunen vurdere hvilke tjenesteytere som skal delta i tiltaket. Det vil da komme fram om det er behov for dispensasjon, og spørsmålet om dispensasjon vil kunne avgjøres samtidig med Fylkesmannens overprøving etter § 9-8. En beslutning om dispensasjon kan imidlertid også fattes senere, dersom behovet oppstår i løpet av vedtaksperioden.

Når Fylkesmannen avgjør søknader om dispensasjon, skal det særlig legges vekt på om den aktuelle tjenesteyteren kan gjennomføre aktuelle tiltak på en måte som er faglig forsvarlig. I vurderingen vil det være relevant å legge vekt på tiltakets karakter. Videre må det legges vekt på tjenesteyterens erfaring med tiltaket, kunnskap om utviklingshemming og aktuelle andre diagnoser, kjennskap til den aktuelle tjenestemottakeren og annen erfaring og kompetanse. For å kunne gi dispensasjon, må forsvarligheten videre sikres gjennom å stille krav til øvrig kompetanse, faglig veiledning og oppfølging, turnusordning og sammensetning og størrelse på personalgruppen. Det bør være et minstekrav at faglig ansvarlig for gjennomføringen av tiltaket har relevant treårig høgskoleutdanning eller tilsvarende, og at det er etablert gode rutiner for faglig veiledning av alle som deltar i gjennomføringen av tiltaket, herunder oppfølging og evaluering underveis. Videre bør alle som deltar i gjennomføringen av tiltaket ha gjennomført kurs i tjenesteyting til utviklingshemmede, kurs/opplæring i aktuelt syndrom og kurs i kapittel 9, og evt. annen opplæring som er nødvendig for å sikre at tiltakene gjennomføres på en faglig forsvarlig måte. Det bør også sørges for at antall personer som dekker turnusen er lavest mulig. Fylkesmannen bør også kreve at kommunen redegjør for hvordan de aktuelle tjenesteyterne skal veiledes og følges opp, og at den faglig ansvarlige for gjennomføringen av tiltaket skal være tilgjengelig for veiledning. Dette er ikke uttømmende; Fylkesmannen må vurdere konkret hvilke krav som skal stilles for at dispensasjon skal kunne gis.

Fylkesmannen kan også sette andre vilkår for dispensasjonen. Dette kan være et hensiktsmessig virkemiddel i arbeidet med å bedre kompetansen i tjenestene og sikre god kvalitet i tjenesteytingen, blant annet med tanke på forebygging av behov for tvang. Kriteriene som er nevnt over kan være utgangspunkt for utforming av vilkår. Fylkesmannen bør følge opp kommunens arbeid med de vilkårene som er stilt, og kan i den forbindelse kreve dokumentasjon og foreta stedlige tilsyn. Tilrettelegging for utdanning av tjenesteyterne vil på sikt redusere behovet for dispensasjon.

Dispensasjonen kan gjelde så lenge selve vedtaket gjelder. Fylkesmannen kan også gjøre dispensasjonen tidsbegrenset; dette kan for eksempel være aktuelt dersom kommunen trenger noe tid til å ansette kvalifisert personale.

Dersom Fylkesmannen i en konkret sak finner at en dispensasjon vil være i strid med retten til kvalifisert personell i § 9-9 andre ledd og kravet om faglig forsvarlighet i § 9-5 andre ledd, skal dispensasjon ikke gis. I slike tilfeller må kommunen sørge for å få på plass personell som oppfyller lovens krav, for eksempel ved å gjøre organisatoriske endringer. Alternativt må det

vurderes om det er mulig å arbeide ytterligere med forebygging og alternativer til tvang. I tilfeller hvor det gis avslag på en dispensasjonssøknad, vil det være et særlig behov for at Fylkesmannen følger opp kommunens videre arbeid i saken, for eksempel ved tilsyn.

Fylkesmannens avgjørelse av dispensasjonsspørsmålet kan ikke påklages særskilt. Dersom tjenestemottaker, verge eller pårørende mener at tvangstiltakene ikke gjennomføres av tilstrekkelig kvalifisert personell, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 9-9 andre ledd første punktum, kan Fylkesmannen anmodes om en vurdering av pliktbrudd etter pasient- og brukerrettighetsloven § 7-4.

4.9.6 Løpende vurdering av tiltaket

Det følger av § 9-9 fjerde ledd at tiltaket skal vurderes kontinuerlig. Det skal straks avbrytes dersom vilkårene ikke lenger er oppfylt, dersom tiltaket ikke har den tilsiktede effekt, eller dersom det oppstår uforutsette negative virkninger av tiltaket.

Formålet med bestemmelsen er blant annet å sikre at tjenesteyterne har en kontinuerlig bevissthet om de kravene som til enhver tid må være oppfylt når tvang benyttes. Når det gjelder forholdet til vilkårene og de løpende vurderingene som må foretas, vises til merknadene til § 9-5. Det må arbeides kontinuerlig med å finne mindre inngripende tiltak og alternativer til tvang, og dette er særlig viktig ved fysisk inngripende tiltak som fastholding og nedlegging av tjenestemottakeren.

Det følger videre av bestemmelsen, og må også anses for å følge av vilkårene i § 9-5, at tiltaket skal avbrytes dersom det ikke har den tilsiktede effekt slik denne er beskrevet i vedtaket. Dette vil for eksempel være tilfelle dersom det ikke kan ses tilstrekkelig effekt av opplærings- og treningstiltak, men også dersom en eventuell fremgang ikke kan antas å være en følge av tvangstiltaket. Det vil også kunne være tilfelle dersom man ved bruk av tvangstiltaket ikke lykkes i å hindre eller begrense vesentlig skade i tilstrekkelig grad.

Endelig følger det av bestemmelsen at tiltaket straks skal avbrytes dersom det viser seg å ha uforutsette negative virkninger. Dette innebærer likevel ikke at *enhver* uforutsett negativ virkning må lede til at tiltaket straks avbrytes, da dette i seg selv vil kunne være uforvarselig. Om tiltaket i sin helhet skal avbrytes i lys av de nye omstendighetene, eller om det skal gjøres justeringer i tiltaket og gjennomføringen, må vurderes og avgjøres av den faglig ansvarlige for gjennomføringen av tiltaket, eventuelt med bistand fra spesialisthelsetjenesten. Dersom uforutsette negative virkninger gjør at kravet om forholdsmessighet og forsvarlighet ikke lenger er oppfylt, må tiltaket avbrytes.

For å kunne foreta en god løpende vurdering av tiltaket må utfordringsbildet og eventuelle endringer i dette, samt virkninger av tvangstiltaket, dokumenteres i brukerens journal. Dette må gjøres før tiltaket iverksettes og så lenge tiltaket er i bruk. Det bør utarbeides rutiner for

hvor ofte og i hvilke situasjoner slik dokumentasjon skal skje. Også pårørende, og eventuelt verge, kan være en viktig kilde til informasjon når tiltaket skal vurderes.

Tjenesteyterne må være forberedt på uforutsette virkninger av tiltak. Dette kan sikres ved å utarbeide prosedyrer for hvordan tjenesteyterne skal forholde seg i ulike situasjoner som kan oppstå. Slike prosedyrer kan for eksempel være å unnlate å gjennomføre tiltaket, tilkalle bakvakt eller kontakte fastlege eller spesialisthelsetjenesten.

4.10 § 9-10 med merknader

§ 9-10 Plikt til å føre journal

Reglene i helsepersonelloven kapittel 8 om dokumentasjonsplikt og forskrift om pasientjournal gjelder.

4.10.1 Innledning

Helsepersonelloven kapittel 8 og pasientjournalforskriften gjelder ved bruk av tiltak etter kapittel 9. Det betyr at relevante og nødvendige opplysninger om tiltak etter kapittel 9 skal føres inn i tjenestemottakerens pasientjournal. Hvis det ikke allerede er opprettet pasientjournal for vedkommende, må slik journal opprettes.

En pasientjournal er etter pasientjournalloven § 2 bokstav d å anse som et behandlingsrettet helseregister. Reglene i pasientjournalloven gjelder derfor for behandlingen av opplysningene i journalen.

4.10.2 Formålet med dokumentasjonsplikten

Det å føre journal skal ivareta ulike formål. Generelt er dokumentasjon i pasientjournal nødvendig for å sikre at viktig og relevant informasjon er tilgjengelig for det personellet som skal følge opp tjenestemottakeren. Den er dermed et sentralt verktøy i tjenesteyternes daglige arbeid, og en forutsetning for å kunne sikre forsvarlighet og kontinuitet i tjenesteytingen. Journalen skal videre dokumentere for ettertiden hva som faktisk er skjedd. Dette er nødvendig blant annet som grunnlag for evaluering og endring av tilbudet, tilsyn og eventuelle klage- og erstatningssaker. Opplysningene i journalen kan også være viktige for arbeidet med kvalitetsforbedring i virksomheten.

Journalføring av tiltak etter kapittel 9 er viktig og nødvendig for å ivareta tjenestemottakerens rettssikkerhet, herunder for å kunne følge med på at reglene i kapittel 9 følges.

Det følger av pasientjournalloven § 6 tredje ledd at ved behandling av helseopplysninger til internkontroll eller kvalitetssikring, skal opplysningene så langt som mulig behandles uten at den registrertes navn og fødselsnummer fremgår.

4.10.3 Virksomheters ansvar for journalsystemer

Virksomheter som yter helsetjenester har plikt til å opprette et journalsystem, jf. pasientjournalforskriften § 4 og pasientjournalloven § 8. Det vil være virksomhetens eier og ledelse som har det overordnede ansvaret for at dette gjøres.

Kommunen skal sørge for at journal- og informasjonssystemene i virksomheten er forsvarlige, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 5-10. I dette ligger blant annet at journalsystemet skal bidra til ordnede og systematiske nedtegnelser, samtidig som journalen må være organisert slik at ikke uvedkommende får tilgang til opplysningene. Pasientjournalloven stiller strenge krav til tilgangsstyring, oppbevaring og annen behandling av opplysningene.

Siden kommunens ansvar for å dokumentere disse opplysningene følger av lov, er det tilstrekkelig at det sendes melding til Datatilsynet om opprettelsen av journalsystemet, jf. pasientjournalloven § 6 første ledd og personopplysningsloven §§ 9, 31 første ledd bokstav b og 33 femte ledd. Nærmere krav til meldingen og meldingens innhold følger av personopplysningsloven §§ 31 og 32.

4.10.4 Journalføring av relevante og nødvendige opplysninger

Etter helsepersonelloven § 40 skal journalen inneholde alle relevante og nødvendige opplysninger om pasienten og helsehjelpen, samt de opplysninger som er nødvendige for å oppfylle meldeplikt eller opplysningsplikt fastsatt i lov eller i medhold av lov. Hva som er relevant og nødvendig avgjøres av det personellet som yter tjenester, ut fra en faglig vurdering av behovet og formålet med dokumentasjonsplikten. Ved vurderingen av hva som skal dokumenteres må det bl.a. ses hen til hvilken informasjon som vil være nyttig og nødvendig for andre tjenesteytere, og hva det er behov for å dokumentere for ettertiden. Det kan også være spesielle hensyn i den enkelte sak som gjør det nødvendig å journalføre nærmere bestemte opplysninger, vurderinger eller hendelser.

I pasientjournalforskriften § 8 er det gitt en punktvis opplisting av informasjon som normalt regnes som relevant informasjon. Opplistingen er eksempler på opplysninger som skal journalføres i den utstrekning det anses relevant og nødvendig. Den er ikke uttømmende.

Etter forskriften § 8 skal journalen inneholde opplysninger om personalia (bokstav a) og pårørende (bokstav b), herunder kontaktinformasjon. Verge er ikke nevnt i forskriften, men i saker etter kapittel 9 er opplysninger om verge og vergens mandat nødvendig og relevant informasjon som skal inn i journalen. Vergeoppdraget, herunder vergens mandag, bør vedlegges journalen. Navn på tjenestemottakerens fastlege (bokstav m) og informasjon om

individuell plan og koordinator (bokstav n) vil også være nødvendig og relevant informasjon. I saker etter kapittel 9 bør også oppdatert informasjon om eventuelle faste kontaktpersoner i habiliteringstjenesten og/eller andre deler av spesialisthelsetjenesten tas inn i journalen.

Informasjon om gjennomføringen av tiltak etter kapittel 9 vil alltid være nødvendige og relevante opplysninger, se også pasientjournalforskriften § 8 bokstav r. Denne bestemmelsen gir imidlertid ingen nærmere beskrivelse av hva som skal nedtegnes om tvangstiltaket. Også her vil det avgjørende være hva som anses som nødvendige og relevante opplysninger. Dette må vurderes ut fra hensynet til rettssikkerhet og notoritet (kontrollbarhet), tjenesteytneres behov for informasjon om spesielle ting som har skjedd, kommunens behov for å følge opp og foreta løpende evalueringer av tvangsbruken og Fylkesmannens behov som tilsynsorgan. Følgende opplysninger må anses som relevant og nødvendig informasjon ved gjennomføring av tiltak etter kapittel 9 (listen er ikke uttømmende):

- tid og sted for tiltaket
- hvem som har deltatt i gjennomføringen
- beskrivelse av situasjonen
- beskrivelse av andre løsninger som ble forsøkt før tvang ble benyttet
- beskrivelse av hvilket tiltak som ble iverksatt
- varigheten av tiltaket og situasjonen da det ble avsluttet
- om gjennomføringen var i samsvar med vedtaket og i tråd med planlagt gjennomføring
- om det minst inngripende tiltaket ble benyttet
- beskrivelse av tiltakets effekt, herunder om tiltaket har tilsiktet effekt
- beskrivelse av eventuelle andre virkninger av tiltaket, herunder uforutsette negative virkninger

Ved bruk av tiltak som gjennomføres mer eller mindre rutinemessig, som for eksempel, regelmessige pleie- og omsorgstiltak, låsing av skuffer, skap og lignende eller bruk av alarmer eller andre varslingsystemer, skal hver enkelt gjennomføring journalføres. Hvor mye som skal journalføres, vil imidlertid variere med tiltakets karakter. For eksempel vil det som hovedregel være nødvendig med mer omfattende og detaljert informasjon om gjennomføringen av et tiltak som går ut på bruk av tvang i forbindelse med dusjing eller tannpuss, enn hva som vil være tilfelle der gjennomføringen går ut på å sette på en alarm eller låse et skap.

For tiltak som er rent statiske og som ikke krever noen form for daglige handlinger fra tjenesteyterne, for eksempel fastmonterte bilder eller møbler eller pleksiglass rundt TV (i tilfeller der dette er å anse som tvang), vil det som hovedregel ikke være behov for noen løpende journalføring, med mindre særlige forhold gjør det nødvendig.

I saker etter kapittel 9 skal også kommunens vedtak om tjenester, samt meldinger og vedtak om tiltak etter kapittel 9, herunder Fylkesmannens overprøving, inngå i journalen. Dersom vedtaket henviser til vedlegg eller andre grunnlagsdokumenter skal også disse vedlegges

journalen. Foreligger det motstand mot et tiltak som gjelder ivaretagelse av tjenestemottakerens grunnleggende behov, skal det fremgå av journalen hvordan personens beslutningskompetanse er vurdert. Dersom det benyttes objektivt sett inngripende tiltak overfor en tjenestemottaker, men tiltaket etter en konkret og individuell vurdering likevel ikke anses som så inngripende overfor vedkommende at det må anses som tvang eller makt uavhengig av motstand, skal også denne vurderingen nedtegnes i journalen.

Har det i vedtaksperioden vært behov for å gjennomføre tiltak etter § 9-5 tredje ledd bokstav a, må dette opplyses i journalen, og meldingen bør vedlegges.

For øvrig kan det ses hen til pasientjournalforskriften § 8 for å sikre at andre nødvendige og relevante opplysninger kommer med. For å lette journalføringen av tiltak etter kapittel 9, kan utarbeidede skjemaer benyttes. Skjemaene må fortløpende legges inn i journalen.

4.10.5 Tidspunkt for oppretting av journal

Plikten til journalføring skiller ikke mellom skadeavvergende tiltak i nødsituasjoner etter § 9-5 tredje ledd bokstavene a og b og omsorgs- og opplæringstiltak etter bokstav c. Det vil være derfor oftest være nødvendig og naturlig å opprette journal før vedtak om tiltak er utarbeidet. Det vises her til at også opplysninger i kartleggingsprosessen vil kunne relevant og nødvendig informasjon som skal nedtegnes i journalen.

4.10.6 Journal og forholdet til ansvarlig for gjennomføring av tiltak

Det er i helsepersonelloven stilt krav om at helseinstitusjoner skal utpeke en overordnet ansvarlig for den enkelte journalen, jf. § 39 andre ledd og pasientjournalforskriften § 6. Med mindre tjenestene ytes i en helseinstitusjon, kommer ikke denne bestemmelsen direkte til anvendelse. Hensynet til koordinering av informasjon og dokumentasjon for at journalen skal være et hensiktsmessig arbeidsverktøy og bidra til notoritet og rettssikkerhet for tjenestemottakeren, gjør seg imidlertid gjeldende i alle saker der tiltak etter kapittel 9 er i bruk. Dette er også viktig for å ivareta plikten til kontinuerlig vurdering av tiltak etter kapittel 9. Den som er utpekt til å være faglig ansvarlig for gjennomføring av tiltak, jf. § 9-7 tredje ledd bokstav g, bør derfor gis et spesielt ansvar for å følge opp journalføringen.

4.10.7 Øvrige regler

Helsepersonelloven kapittel 8, pasientjournalforskriften og pasientjournalloven inneholder også regler om rett til innsyn i journalen (følger også av pasient- og brukerrettighetsloven), retting og sletting av journalopplysninger, overføring, utlevering av og tilgang til journal og journalopplysninger, oppbevaring av journalen og forbud mot urettmessig tilegnelse av

journalopplysninger. Det vises til rundskriv IS-8/2012 *Helsepersonelloven med kommentarer*²⁰, til pasientjournalforskriften med merknader²¹ og til forarbeidene²² til pasientjournalloven (merknadene til bestemmelsene).

4.11 § 9-11 med merknader

§ 9-11 Klage

Beslutning etter § 9-5 tredje ledd bokstav a kan påklages av brukeren eller pasienten, verge og pårørende til Fylkesmannen. Fylkesmannen skal prøve alle sider av saken.

Vedtak etter § 9-5 tredje ledd bokstavene b og c som er overprøvd av Fylkesmannen etter § 9-8, kan påklages av brukeren eller pasienten, vergen og pårørende, til fylkesnemnda for barnevern og sosiale saker. Klageadgangen gjelder også hvis Fylkesmannen har nektet å godkjenne kommunens vedtak, forutsatt at kommunen fortsatt ønsker å gjennomføre tiltaket. Fylkesnemnda skal prøve alle sider av saken.

Det kan oppnevnes et eget utvalg av fagkyndige for saker som etter reglene i dette kapitlet skal behandles av fylkesnemnda. Forhandlingsmøte for saker etter denne bestemmelsen, skal holdes snarest og hvis mulig innen to uker etter at fylkesnemnda mottok saken, jf. barnevernloven § 7-14. For øvrig gjelder reglene i barnevernloven §§ 7-1 til 7-8 og §§ 7-11 til 7-21. Kongen kan gi forskrift om at disse reglene skal gjelde helt eller delvis.

Klagesaken skal forberedes av Fylkesmannen etter bestemmelsene i forvaltningsloven § 33 første til fjerde ledd. Fylkesmannen skal redegjøre for de omstendigheter som ligger til grunn for vedtaket. De skriftlige uttalelser og forklaringer som vedtaket bygger på, skal vedlegges. Det skal opplyses om hvilke personer som skal gi forklaring for fylkesnemnda.

Klagefristen er tre uker fra vedtaket eller melding om beslutning er kommet frem til den som har klagerett etter første og andre ledd.

4.11.1 Innledning

Vedtak om bruk av tvang eller makt muliggjør inngripende tiltak overfor brukere som selv kan ha problemer med å uttrykke sine behov og grenser. Klagereglene er derfor viktig for å sikre brukernes rettsikkerhet, og skal bidra til å sikre at beslutninger om å iverksette bruk av tvang eller makt er i tråd med regelverket.

²⁰ http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/helsepersonelloven-med-kommentarer/Publikasjoner/IS_8_2012%20-%20revidert%20for%20lovendringer%20%20pr%2011%2003%2014.pdf

²¹ <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2000-12-21-1385>

²² <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/Prop-72-L-201320141/id756657/>

4.11.2 Klage til Fylkesmannen – beslutning etter § 9-5 tredje ledd bokstav a

Det fremgår av § 9-11 første ledd at beslutning om bruk av skadeavvergende tiltak i nødsituasjoner etter § 9-5 tredje ledd bokstav a kan påklages til Fylkesmannen. Både tjenestemottakeren selv, verge og nærmeste pårørende har slik klageadgang. Klagefristen er tre uker fra melding om beslutning er kommet frem til den som har klagerett, jf. § 9-11 femte ledd. Se nærmere om klagefrist nedenfor.

Fylkesmannen skal prøve alle sider av saken, jf. § 9-8 andre ledd. Siden det er snakk om en etterfølgende klage har klagebehandlingen bare praktisk betydning fremover i tid. Fylkesmannens avgjørelse er endelig.

4.11.3 Klage til fylkesnemnda – vedtak etter § 9-5 tredje ledd bokstav b og c

4.11.3.1 Klageadgang, klagefrist mv.

Vedtak etter § 9-5 tredje ledd bokstav b og c som er godkjent av Fylkesmannen, kan påklages til fylkesnemnda for barnevern og sosiale saker, jf. § 9-11 andre ledd. Klageadgangen gjelder også der Fylkesmannen har nektet å godkjenne vedtaket, forutsatt at kommunen fortsatt ønsker å gjennomføre tiltaket. Det er kun tjenestemottaker, verge og nærmeste pårørende som har klageadgang. Det betyr at kommunen ikke kan klage.

Fristen for å klage til fylkesnemnda er tre uker fra Fylkesmannens vedtak har kommet fram til de som har klagerett, jf. § 9-11 femte ledd. Klagen skal sendes til Fylkesmannen. Etter forvaltningsloven § 32 skal klagen være undertegnet av klageren eller hans fullmektig. Klagen skal nevne hvilket vedtak det klages over, og opplyse om hvilke endringer som ønskes i vedtaket. Klagen bør begrunnes. Selv om klagefristen er oversittet kan likevel klagen i visse tilfeller tas under behandling, jf. forvaltningsloven § 31.

Det følger av § 9-7 fjerde ledd at et godkjent vedtak som er påklaget, ikke kan iverksettes før det er godkjent av fylkesnemnda. Er det grunn til å tro at et vedtak vil bli påklaget til fylkesnemnda, bør tiltakene om mulig ikke iverksettes før klagefristen har utløpt. Fylkesnemndas vedtak kan ikke omgjøres av departementet etter forvaltningsloven § 35.

4.11.3.2 Fylkesmannens forberedelse av klagesaken

Fylkesmannen skal forberede klagesaken etter reglene i forvaltningsloven § 33. Kommunen må orienteres om klagen, jf. forvaltningsloven § 33 tredje ledd, og skal gis en frist for å gi uttalelse til klagen. Det kan være nødvendig at kommunen og spesialisthelsetjenesten bistår Fylkesmannen i saksforberedelsen.

Det følger av forvaltningsloven § 33 andre ledd at Fylkesmannen skal vurdere saken på nytt i den utstrekning klagen gir grunn til det. Dersom Fylkesmannen opprettholder sin tidligere vurdering, skal saken oversendes til fylkesnemnda for klagebehandling. Fylkesmannen skal

i oversendelsen redegjøre for de omstendigheter som ligger til grunn for vedtaket. Skriftlige uttalelser og forklaringer som vedtaket bygger på skal vedlegges, og det skal opplyses om hvilke personer som skal gi forklaring for fylkesnemnda, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 9-11 fjerde ledd.

4.11.3.3 *Fylkesnemndas behandling av klagesaken*

Den private part i klagesaken for fylkesnemnda er den som vedtaket retter seg mot. Vedkommende får partsrettigheter. Dersom vedtaket er påklaget av verge eller nærmeste pårørende får også disse partsrettigheter. Etter barnevernloven § 7-8, som er gitt tilsvarende anvendelse for saker etter helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 9, skal fylkesnemnda sørge for at den private parten får oppnevnt advokat. Bestemmelsen suppleres av rettshjelploven §§ 17, 21 og 22. Den offentlige part i saken for fylkesnemnda er staten ved Fylkesmannen.

De særlige reglene om saksbehandlingen i tvangssaker i barnevernloven §§ 7-1 til 7-8 og 7-11 til 7-21 er gitt anvendelse i klagesaker etter § 9-11 tredje ledd. Det vises derfor til nevnte paragrafer med merknader som er inntatt i rundskriv Q-1036 om saksbehandling i barneverntjenesten.²³ Det er oppnevnt et eget landsdekkende utvalg av sakkyndige for saker som skal behandles av fylkesnemnda etter helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 9.

Fylkesnemnda kan stadfeste vedtaket, oppheve det eller selv gjøre endringer i det, jf. forvaltningsloven 34. Dersom fylkesnemnda finner at det er behov for endringer av betydning, vil det normalt være hensiktsmessig at saken sendes tilbake til kommunen for ny vurdering.

4.12 § 9-12 med merknader

§ 9-12 Overprøving i tingretten

Vedtak i klagesak etter § 9-11 andre ledd kan bringes inn for tingretten etter reglene i tvisteloven kapittel 36. Søksmålsadgangen gjelder ikke hvis fylkesnemnda for barnevern og sosiale saker har nektet å godkjenne kommunens vedtak.

Saksøker er den som tvangsinngrepet er rettet mot. Saksøker kan reise sak på egen hånd dersom vedkommende har evne til å forstå hva saken gjelder. Søksmål kan også reises av pårørende eller verge. Om adgangen for et barn til å reise søksmål gjelder pasient- og brukerrettighetsloven § 6-5.

Fristen til å reise søksmål er to måneder fra den dag den som har rett til å reise søksmål, fikk melding om vedtaket.

²³ <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/retningslinjer-om-saksbehandling-i-barne/id279197/>

Lov av 17. juni 2005 om mekling og rettergang i sivile tvister (tvisteloven) har i kapittel 36 regler om overprøving av saker om administrative tvangsvedtak i helse- og sosialsektoren. Tvisteloven kapittel 36 gjelder med unntak av de særregler som er gitt i § 9-12.

En eventuell klage skal være avgjort av fylkesnemnda før det kan reises sak for domstolen. Det er fylkesnemndas godkjenningsvedtak som kan bringes inn for domstolen. Et vedtak fra fylkesnemnda om å nekte godkjenning av kommunens vedtak er endelig, og kan ikke angripes rettslig.

Saksøker er den personen som tvangsinngrepet er rettet mot. Vedkommende kan reise sak på egen hånd dersom han eller hun har evne til å forstå hva saken gjelder. Søksmål kan også reises av pårørende eller verge, jf. § 9-12 andre ledd tredje punktum. Det er tilstrekkelig at en av de søksmålsberettigede reiser sak. Når det gjelder adgangen for barn til å reise søksmål viser bestemmelsen til pasient- og brukerrettighetsloven § 6-5, hvor det fremgår at et barn kan opptre som part i en sak og gjøre partsrettigheter gjeldende dersom det har fylt 12 år og forstår hva saken gjelder. Søksmålet rettes mot kommunen, jf. tvisteloven § 36-3 tredje ledd andre punktum.

Fristen for å reise søksmål er to måneder fra den dagen de som har rett til å reise søksmål fikk melding om vedtaket. Tidspunktet har som regel stor betydning i disse sakene, og det er viktig at de blir prøvd for retten før det har gått for lang tid.

Saken skal berammes og avgjøres så raskt som mulig, jf. tvisteloven § 36-5 første og andre ledd. Tingretten settes med en fagdommer og to meddommere, hvorav én lek og én fagkyndig meddommer. I særlige tilfeller kan retten settes med to fagdommere og tre meddommere, hvorav en eller to skal være fagkyndige. Retten kan beslutte at tvangsinngrepet ikke skal settes i verk før det foreligger endelig dom, jf. tvisteloven § 36-2 tredje ledd.

Retten kan prøve alle sider av saken innenfor rammene av den loven som vedtaket er fattet med hjemmel i, jf. § 36-5 tredje ledd. Tingrettens dom kan ankes inn til lagmannsretten. Det vises for øvrig til tvisteloven kapittel 36.

Etter rettshjelploven § 16 første ledd nr. 2 har saksøkeren krav på fri sakførsel. Retten skal av eget tiltak innvilge fri sakførsel, jf. § 19 første ledd, og oppnevne prosessfullmektig for tjenestemottakeren, jf. § 21. Ved oppnevning av prosessfullmektig skal partens ønske være avgjørende.

4.13 § 9-13 med merknader

§ 9-13 Spesialisthelsetjenesten

Reglene i dette kapitlet gjelder tilsvarende for spesialisthelsetjenesten når den deltar i tiltak etter kommunale vedtak etter § 9-7.

Som ledd i spesialisthelsetjenestens utførelse av oppgaver etter §§ 9-7 og 9-9, kan det treffes vedtak om bruk av tvang og makt i medhold av reglene i dette kapitlet. Saksbehandlingsreglene i dette kapitlet gjelder så langt de passer.

Regionalt helseforetak plikter å sørge for at spesialisthelsetjenesten har den kompetansen og bemanningen som er nødvendig for å yte forsvarlig bistand til kommunene ved tiltak etter reglene i dette kapitlet.

Det følger av første ledd at reglene i kapittel 9 også gjelder for spesialisthelsetjenesten når de er involvert i arbeidet med tiltak etter kapitlet. Det betyr blant annet at tvang og makt bare kan benyttes når det er faglig og etisk forsvarlig, og at det ikke skal benyttes mer tvang enn det som er nødvendig for å hindre eller begrense vesentlig skade, jf. § 9-5.

Etter bestemmelsen i andre ledd kan spesialisthelsetjenesten selv fatte vedtak etter kapittel 9 i forbindelse med utredning eller gjennomføring av tiltak, jf. henvisningen til §§ 9-7 og 9-9. Dette vil kunne være aktuelt når det i utredningsfasen ennå ikke foreligger kommunalt vedtak, for eksempel ved eventuelle utredningsopphold i spesialisthelsetjenesten. Det vil også kunne være aktuelt hvis det under gjennomføringen oppstår behov for tiltak som ikke omfattes av det kommunale vedtaket. Det understrekes at det ikke kan fattes vedtak etter kapittel 9 som ledd i behandling av psykiske eller somatiske lidelser.

Vilkårene og saksbehandlingsreglene gjelder tilsvarende for spesialisthelsetjenesten. Spesialisthelsetjenesten må forholde seg til tjenestemottakeren, vergen, pårørende og Fylkesmannen på samme måte som kommunen. Lovteksten avklarer ikke hvem i spesialisthelsetjenesten som skal ha kompetanse til å fatte vedtak og beslutninger etter kapittel 9. De regionale helseforetakene må selv plassere kompetansen i tråd med de prinsipper som følger av § 9-7.

Det følger av tredje ledd at det regionale helseforetaket er ansvarlig for at spesialisthelsetjenesten har tilstrekkelig kompetanse til å yte forsvarlig bistand etter kapitlet. Dette følger også av kapittel 2 i spesialisthelsetjenesteloven.

4.14 § 9-14 med merknader

§ 9-14 Forskrift

Kongen kan i forskrift gi nærmere bestemmelser til utfylling og gjennomføring av reglene i dette kapitlet.

Det er ikke gitt forskrifter i medhold av denne bestemmelsen.

5. ANSVAR, STYRING OG KONTROLL

5.1 Innledning

Kommunene, helseforetakene og Fylkesmannen er sentrale aktører som er pålagt ansvar etter helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 9. Rettsikkerheten for den enkelte tjenestemottaker er avhengig av at ansvarlige organer ivaretar oppgavene på sine områder.

Systematisk styring og kontroll med egen virksomhet, og eksternt tilsyn med bruk av tvang og makt, skal være med på å sikre faglig og etisk forsvarlige tjenester og motvirke at det utvikles praksis i strid med loven.

5.2 Kommunens ansvar etter kapittel 9 og plikten til å sikre etterlevelse av lovbestemmelsene

5.2.1 Styring og ledelse

Tiltak etter helse- omsorgstjenesteloven kapittel 9 skjer som ledd i tjenester etter § 3-2 første ledd nr. 6 bokstavene a-d, med unntak av de tilfeller spesialisthelsetjenesten fatter vedtak etter § 9-13 andre ledd.

Uavhengig av om det er kommunen selv som står for utføring av tjenestene, eller om tjenestene ytes på vegne av kommunen av private tjenesteleverandører, har kommunen et ansvar for å sikre at tjenestene er forsvarlige og at det arbeides systematisk med å forebygge bruk av tvang og makt, jf. helse- og omsorgstjenesteloven §§ 4-1 og 9-4.

Kravet til forsvarlighet retter seg både mot tildeling og utføring av tjenester. En forutsetning for at tildeling av tjenester er forsvarlig, er at tildelingen skjer med utgangspunkt i en individuell vurdering av den enkeltes behov. Tildelingen og utføringen alene kan imidlertid ikke sikre forsvarlige tjenester. Forsvarlighetskravet må ses i sammenheng med kommunens plikt til å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere virksomheten slik at tjenestenes omfang og innhold er i samsvar med krav fastsatt i lov eller forskrift, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 tredje ledd. Forsvarlighetskravet må videre ses i sammenheng med kommunens ansvar for å sørge for at virksomheten arbeider systematisk for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 4-2 første ledd. Se også plikten etter

helsetilsynsloven § 3 første ledd til å etablere et internkontrollsystem for å sikre etterlevelse av lovbestemmelsene.

Det følger av dette at kommuneledelsen gjennom sin styring av virksomheten må skape rammebetingelser og organisatoriske løsninger som gir god kvalitet i tjenestene, reduserer sannsynligheten for svikt og begrenser skadevirkninger. Kravet til styring i § 3-1 første ledd er nærmere beskrevet i internkontrollforskriften, se pkt. 5.3 nedenfor.

Der kommunen velger å kjøpe tjenester av private tjenesteleverandører, har kommunen en plikt til å følge opp og forsikre seg om at tjenestene som kommunen har tildelt ytes forsvarlig. Private tjenesteleverandører har imidlertid også en selvstendig plikt til å overholde regelverket når de utfører tjenester etter loven på vegne av kommunen, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 1-2 første ledd. Plikten er knyttet til selve gjennomføring av de tjenestene som kommunen har fattet vedtak om. Private leverandører har ikke myndighet til å fatte vedtak etter kapittel 9.

Også private virksomheter som leverer tjenester på vegne av kommunen er underlagt plikten til å etablere et internkontrollsystem etter helsetilsynsloven. Beskrivelsen av internkontrollplikten nedenfor gjelder uavhengig av om virksomheten er kommunal eller privat.

5.2.2 Kompetanse og opplæring

Å arbeide med utviklingshemmede krever god kunnskap om bl.a. utviklingshemming og hva dette innebærer for personen selv og for tjenesteytingen. Betydningen av kompetanse kommer frem i § 9-4, som pålegger kommunen å sørge for veiledning, oppfølging og nødvendig kompetanse hos tjenesteyterne, herunder opplæring og systematisk faglig veiledning og oppfølging av tjenesteyterne ved gjennomføring av tiltak etter kapittel 9. Det bør utarbeides en plan for dette. Det vises også til § 9-9 som gir personen rett til kvalifisert personale ved gjennomføringen, og setter minstekrav til utdanningen disse personene skal ha.

Før tiltaket iverksettes, skal tjenesteyterne som forutsettes å delta i gjennomføringen ha kunnskap om tiltakets metoder og virkemidler og om tjenestemottakerens utfordringer, behov og historie. Tjenesteyterne må få nødvendig opplæring og veiledning, herunder «på jobben-veiledning», for å kunne gjennomføre tiltaket i samsvar med kravene i kapittel 9. Den faglig ansvarlige for gjennomføring av tiltaket må sørge for slik opplæring og veiledning både før iverksettelsen og under gjennomføringen, eventuelt med bistand fra spesialisthelsetjenesten. Kommunen må legge til rette for at tjenesteyterne utvikler evne til faglig og etisk refleksjon, og at de stimuleres til dette.

Det skal utarbeides en plan for personalveiledning og -oppfølging under gjennomføring av tiltaket. Tjenesteyterne må dessuten bli orientert om vedtakets innhold og begrunnelse, og har på sin side et personlig ansvar for ikke å bruke tvang i strid med vedtaket eller gjeldende lovverk.

5.3 Nærmere beskrivelse av innholdet i internkontrollplikten

5.3.1 Hva internkontroll er

Internkontroll er å forstå som *systematiske tiltak som skal sikre at virksomhetens aktiviteter planlegges, organiseres, utføres og vedlikeholdes i samsvar med krav fastsatt i eller i medhold av sosial- og helselovgivningen*. Internkontroll er således et hjelpemiddel for systematisk styring. Internkontrollen skal tilpasses virksomhetens størrelse, egenart, aktiviteter og risikoforhold, og ha det omfang som er nødvendig for å kunne etterleve krav fastsatt i helse- og omsorgslovgivningen.

Internkontrollforskriften § 4 angir noen grunnleggende elementer som må være tilstede i enhver virksomhet:

- beskrivelse av virksomhetens oppgaver, mål og organisering
- tilgang til aktuelt regelverk
- tilstrekkelig kunnskap og kompetanse hos de ansatte
- medvirkning fra de ansatte
- det skal gjøres bruk av pasient- og brukererfaringer
- det skal foreligge oversikt over fare for svikt eller mangel på oppfyllelse av myndighetskrav
- overtredelser av helselovgivningen skal avdekkes, rettes opp og forebygges

Internkontrollen skal bidra til faglig forsvarlige helse- og omsorgstjenester og at helse- og omsorgslovgivningen oppfylles gjennom *krav til systematisk styring og kontinuerlig forbedringsarbeid i tjenestene*. Ledere på alle organisatoriske nivåer i virksomheten må legge til rette for at tjenester tildeles og ytes i tråd med gjeldende regelverk, og sørge for oppfølging av dette. Herunder må det sørges for rutiner som sikrer at tjenestene som tildeles og ytes kan holde et forsvarlig nivå ved ikke planlagt fravær av personell, eller ved andre uforutsette hendelser rundt tjenestemottakeren.

God ledelse og god organisering av helse- og omsorgstjenesten og de enkelte enheter innenfor denne, bidrar til å oppfylle lovens formål om å forebygge og begrense bruk av tvang og makt. For nærmere beskrivelse av innholdet i internkontrollforskriften vises det til veileder IS-1183 *Hvordan holde orden i eget hus* som finnes på Helsedirektoratets nettside.²⁴

5.3.2 Spesielle organisatoriske krav i kapittel 9

Bruk av tvang og makt er alvorlige inngrep overfor den det gjelder, og konsekvensene ved brudd på bestemmelsene i kapittel 9 vil kunne være store. Virksomheten må derfor ha en kontinuerlig prosess både med å arbeide forebyggende, med alternativer til bruk av tvang eller makt og med at tiltak gjennomføres og evalueres i tråd med kravene. Det er en viktig lederoppgave å etablere og vedlikeholde en organisasjonskultur der kvalitet og kompetanseutvikling og står sentralt. For

²⁴ <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/internkontroll-i-sosial-og-helsetjenesten>

å sikre en forsvarlig gjennomføring av tiltak etter kapittel 9, må kontroll- og tilsynsaktivitetene ha oppmerksomheten rettet mot alle de krav loven fastsetter, og som er omtalt i dette rundskrivet.

Lovgiver har i helse- og omsorgstjenesteloven § 9-7 oppstilt noen særskilte krav som får betydning for virksomhetens organisering, og som dermed også får betydning for internkontrollplikten. Disse kravene begrenser i noen grad den organisasjonsfriheten som kommunen i utgangspunktet har. Det stilles blant annet krav om at kommunen har utpekt en overordnet faglig ansvarlig som skal se tjenestetilbudet til den enkelte i sammenheng og ha muligheter til å påvirke dette. Overordnet faglig ansvarlig skal med andre ord ha mulighet til å påvirke ressursbruken i kommunen og sikre at kommunen oppfyller sine lovpålagte plikter, herunder til å sørge for at det er en faglig ansvarlig for gjennomføringen av det enkelte tiltak. Videre må overordnet faglig ansvarlig følge med på at kompetansen er tilstrekkelig, og at arbeid med forebygging og andre løsninger blir ivaretatt.

Den faglig ansvarlige for gjennomføring av tiltaket må følge med på og etterspørre hvordan de enkelte tiltakene fungerer i det daglige. Vedkommende skal gi opplæring og veiledning til tjenesteyterne som utfører tiltaket, sikre at tvangsbruk forebygges og at det øvrige personellet rundt tjenestemottakeren kontinuerlig jobber med andre løsninger for å holde bruken av tvang på et minimum.

Reglene i kapittel 9 skal, i tillegg til å sikre den enkelte tjenestemottakers rettsikkerhet, bidra til å ivareta tjenesteyterne og sikre deres rett til ikke å bli utsatt for skader under arbeid. Mange av de virkemidler og hensyn som begrunner reglene i kapittel 9 er viktige faktorer også i etterlevelsen av kommunens plikter etter arbeidsmiljøloven. Ved systematisk helse-, miljø og sikkerhetsarbeid kan virksomheten unngå risikosituasjoner og vold. Kommunen bør derfor ha et system for å se hendelser/skademeldinger etter arbeidsmiljøloven i sammenheng med meldinger etter kapittel 9. Kommunen bør videre ha rutiner som sikrer at ledelsen blir kjent med slike hendelser, og hendelsene må følges opp ved blant annet å innhente tjenesteyternes erfaringer. Konkrete hendelser bør analyseres og danne utgangspunkt for systematisk lærings- og forbedringsarbeid. På den måten kan tjenesteyterne og den enkelte bruker av tjenestene få en tryggere og bedre hverdag sammen.

Kommunen må sørge for at tjenesteyterne har tilstrekkelig med kunnskap og ferdigheter til å kunne utføre oppgavene de er satt til på en forsvarlig måte. I dette ligger det at kommunen må ha konkrete opplæringsplaner rundt den enkelte bruker, at det settes tydelige krav til hva som forventes av den enkelte tjenesteyter og at det gis tilstrekkelig opplæring og jevnlig veiledning i arbeidssituasjonen ut fra en individuell vurdering. Hva som er tilstrekkelig opplæring vil variere med tjenesteyternes kompetanse, og med kompleksiteten i de tjenestene som skal ytes. Kommunen må ha klare rutiner for oppfølging av tjenesteyterne, og ansvaret for å sikre at disse blir fulgt må være tydelig plassert.

5.4 Spesialisthelsetjenestens ansvar og rolle etter kapittel 9

5.4.1 Generelt om spesialisthelsetjenestens rolle

Spesialisthelsetjenesten er gitt en sentral rolle i arbeidet med saker etter kapittel 9. Siden det i disse sakene særlig er behov for spesialisert kompetanse om utviklingshemming, har det først og fremst vært habiliteringstjenestene som har utført spesialisthelsetjenestens oppgaver på området. Det vil imidlertid regelmessig være behov for bistand også fra øvrige deler av spesialisthelsetjenesten, for eksempel der det er behov for å utrede om det foreligger somatiske eller psykiske lidelser.

Spesialisthelsetjenestens ansvar og oppgaver er regulert i spesialisthelsetjenesteloven med tilhørende forskrifter, men også gjennom særlovgivning, som helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 9 er et eksempel på. Erfaringene med spesialisthelsetjenestens obligatoriske deltagelse i saker etter dette regelverket har overveiende vært gode, og reglene om dette er derfor videreført mer eller mindre uendret fra sosialtjenesteloven kapittel 6As tid.

5.4.2 Nærmere om spesialisthelsetjenestens ansvar og oppgaver

5.4.2.1 Helseforetakenes sørge for-ansvar

Etter spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 e andre ledd er det de regionale helseforetakene som er pliktsubjekt når det gjelder å sørge for bistand til kommunene. De regionale helseforetakene må enten selv levere bistanden, eller sørge for at andre leverer. Det er regionalt helseforetak som har overordnet ansvar for at kommunen får tilgang til nødvendig bistand ved utredning og iverksetting av tiltak etter reglene i kapittel 9. Det regionale helseforetaket skal videre sørge for at de enkelte foretakene har den kompetanse og bemanning som er nødvendig for at bistanden som gis er forsvarlig.

Også helseforetakene er underlagt plikt til internkontroll, jf. lov om statlig tilsyn med helsetjenesten § 3. Helseforetaket må derfor ha overordnede prosedyrer som sikrer overholdelse av krav gitt i helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 9. Ansatte i spesialisthelsetjenesten må blant annet forholde seg til kravene i kapittel 9 når de deltar i tiltak med bruk av tvang eller makt som kommunen har fattet vedtak om.

5.4.2.2 Oppgaver knyttet til utforming av tiltak

Det følger av § 9-7 andre ledd siste punktum at spesialisthelsetjenesten skal bistå kommunen ved utforming av tiltak. Bakgrunnen for dette er at det må antas at det er spesialisthelsetjenesten som har best kompetanse på hvilken tilnærming til utfordrende atferd, eller til andre problemer, som er den beste. Bistanden vil bestå i å utrede og kartlegge problemer og årsaker, og utarbeide strategier for hvordan bl.a. utfordrende atferd kan håndteres på en forsvarlig måte. Dette omfatter både tiltak rettet mot rammebetingelser og tjenesteytere, tiltak overfor tjenestemottakeren basert på frivillighet og, om nødvendig, tiltak som innebærer bruk av tvang.

5.4.2.3 Oppgaver knyttet til gjennomføring av tiltak

Etter § 9-9 første ledd skal spesialisthelsetjenesten bistå ved gjennomføringen av tiltak etter § 9-5 tredje ledd bokstavene b og c. Hva slags bistand det er behov for, og hvor stort omfang bistanden skal ha, vil avhenge av hvilken faglig kompetanse kommunen selv har og hvilke behov den har for ytterligere råd og veiledning. Videre må bistandens art og omfang ses i sammenheng med tiltakets karakter. Det kan være behov for mer bistand i starten av godkjenningsperioden enn senere, men det kan også oppdages uforutsette virkninger i løpet av vedtaksperioden som gjør at kommunen trenger bistand til å vurdere om tiltaket bør fortsette. Annen form for bistand er deltakelse fra spesialisthelsetjenesten på evalueringsmøter eller lignende.

5.4.2.4 Rett til å uttale seg om kommunens vedtak

Kopi av kommunens vedtak skal sendes spesialisthelsetjenesten, verge og pårørende som kan avgi uttalelse til Fylkesmannen, jf. § 9-7 fjerde ledd andre punktum. Uttalelse fra spesialisthelsetjenesten bør alltid gis. Særlig der hvor kommunens vedtak ikke er i samsvar med de råd spesialisthelsetjenesten har gitt i forbindelse med utforming av tiltak, er det nødvendig at Fylkesmannen blir gjort oppmerksom på dette før vedtaket overprøves. Skulle slike opplysninger heller ikke fremgå av kommunens vedtak, må spesialisthelsetjenesten på eget initiativ opplyse Fylkesmannen om disse forhold.

Fristen for å uttale seg er 1 uke, men Fylkesmannen kan gi lengre frist dersom det er grunn til det. Utsettelse av fristen kan for eksempel være aktuelt der kommunens vedtak ikke samsvarer med de råd spesialisthelsetjenesten har gitt i forberedelsen.

5.4.2.5 Adgang til å fatte vedtak

Spesialisthelsetjenesten er i § 9-13 andre ledd gitt myndighet til å fatte vedtak om bruk av tvang eller makt i forbindelse med utføring av sine oppgaver etter §§ 9-7 og 9-9. Dette kan for eksempel være aktuelt når tjenestemottakeren for et kortere tidsrom befinner seg i en døgninstitusjon i regi av spesialisthelsetjenesten, for eksempel som ledd i utredning og kartlegging.

Det er ikke avklart i lovteksten hvem innen den aktuelle behandlingseenheten i spesialisthelsetjenesten som skal ha kompetanse til å fatte vedtak når dette kan være aktuelt etter § 9-13. Regionalt helseforetak er ansvarlig for å avklare hvem som skal ha vedtakskompetanse, og å sørge for at kompetansen blir plassert på et tilstrekkelig ansvarlig nivå. Bestemmelsene som gjelder for kommunene saksbehandling gjelder også for spesialisthelsetjenesten så langt det passer. Dette vil blant annet innebære at kompetansen må plasseres etter de samme prinsipper som i kommunen; se § 9-7 og merknadene til denne.



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

Telefon: +47 810 20 050

Faks: +47 24 16 30 01

E-post: postmottak@helsedir.no

www.helsedirektoratet.no

Psykisk helsevernloven med kommentarer

Rundskriv

Først publisert: 01. november 2017
Siste faglige endring: 06. mars 2025

KAPITTEL Kapittel 3

Etablering og opphør av tvungent psykisk helsevern

Siste faglige endring: 07. februar 2025

§ 3-1. Legeundersøkelse

Lovtekst

§ 3-1. Legeundersøkelse

Tvungent psykisk helsevern kan ikke etableres uten at en lege personlig har undersøkt vedkommende for å bringe på det rene om lovens vilkår for slikt vern er oppfylt. Legen som foretar undersøkelsen, skal gi skriftlig uttalelse. Foreligger behov for legeundersøkelse som nevnt i første ledd, men vedkommende unndrar seg slik undersøkelse, kan kommunelegen etter eget tiltak eller etter begjæring fra annen offentlig myndighet eller fra vedkommendes nærmeste pårørende, vedta at det skal foretas en slik legeundersøkelse. Om nødvendig kan vedkommende avhentes og

undersøkes med tvang. Kommunelegens vedtak om tvungen undersøkelse skal straks nedtegnes skriftlig. Vedtaket kan påklages til statsforvalteren uten oppsettende virkning. Kongen gir forskrifter om delegering av kommunelegens myndighet.

Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (psykisk helsevernloven), kapittel 3, § 3-1

Kilde: lovdata.no

Helsedirektoratets kommentarer

Første ledd: Det vil i mange tilfeller være slik at en persons sinnstilstand og atferd kan gi grunn til å tro at vedkommende oppfyller vilkårene for etablering av tvungent psykisk helsevern. Dette er imidlertid ikke nok til å få etablert slikt vern. Det kreves i tillegg at den antatte syke er personlig undersøkt av lege, og at legen skriver en uttalelse i saken.

Formålet med undersøkelsen er å avklare om vilkårene for etablering av tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern er til stede, det vil si om den antatt sykes sinnstilstand er i overensstemmelse med vilkårene etter §§ [3-2](#) og [3-3](#). Ved undersøkelsen kan legen blant annet kontrollere om lidelsen skyldes en somatisk tilstand som først og fremst krever somatisk behandling, eller om den skyldes påvirkning av rusmiddel, som ikke krever oppfølging fra det psykiske helsevernet.

Etablering av tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern kan ikke skje uten at det er foretatt en slik forutgående legeundersøkelse **uavhengig av institusjonen** der slikt tiltak eventuelt skal etableres (§§ [3-2 første ledd nr. 2](#) og [3-3 nr. 2](#)).

Legeundersøkelsen kan komme i stand ved at pasienten selv oppsøker lege, eller bringes til lege av sine pårørende eller andre. Legen skal foreta en personlig undersøkelse av vedkommende.

Undersøkelsen kan utføres av enhver lege med autorisasjon eller lisens til å utføre legevirksomhet i Norge, herunder turnuslege eller lege i LS1- stilling. Legen vil vanligvis være tilknyttet den kommunale helse- og omsorgstjenesten, men det er i utgangspunktet ikke noe i veien for at undersøkelsen foretas av lege som er ansatt i spesialisthelsetjenesten, for eksempel ved en psykiatrisk poliklinikk. Legen må i så tilfelle være **uavhengig** av institusjonen som skal etablere tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern, se kommentarer til [§ 3-3 nr. 2](#).

Hvis legen etter undersøkelsen konkluderer med at det er grunnlag for tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern, skal det gis skriftlig uttalelse om dette.

Uttalelsen skal blant annet inneholde legens vurdering av om de materielle vilkårene for etablering av tvungent psykisk helsevern i [§ 3-3 nr. 3](#) er oppfylt, eller om det er overveiende sannsynlig (sannsynlighetsovervekt) at vilkårene er oppfylt, slik at det kan etableres tvungen observasjon (jf. [§ 3-2 første ledd nr. 4](#)). Legen må også vurdere pasientens samtykkekompetanse, jf. §§ [3-2 første ledd nr. 3](#) og [3-3 nr. 4](#). Det må være åpenbart for undersøkende lege at pasienten ikke er i stand til å forstå hva samtykket omfatter. Undersøkende lege vil imidlertid ha kortere tid og mindre informasjon tilgjengelig for sin vurdering enn den faglig ansvarlige legen for etablering av tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern. Det kan derfor ikke kreves like stor grad av sikkerhet og grundighet hos undersøkende lege. Undersøkende lege skal ikke treffe avgjørelse om samtykkekompetansen, men avgjøre en *uttalelse*. Avgjørelsen skal treffes av innleggende lege. Se nærmere om vurderingen av samtykkekompetanse under § 2-1.

Undersøkende lege må presisere om det henvises til tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern. Det kan imidlertid være vanskelig for legen etter en relativt kortvarig undersøkelse å være sikker på hva som er riktig alternativ. Dersom legen er i tvil om vilkårene for tvungent psykisk helsevern er til stede, men likevel finner det overveiende sannsynlig (sannsynlighetsovervekt) at pasienten fyller vilkårene, vil det riktige være å henvise til tvungen observasjon. Hvis legen derimot kjenner til pasienten fra tidligere konsultasjon, og symptomer på alvorlig sinnslidelse er tydelige, vil det (når også øvrige vilkår etter lovens [§ 3-3 nr. 3](#) vurderes oppfylt) være riktig å henvise til etablering av tvungent vern.

Ytterligere krav til uttalelsen er fastsatt i [psykisk helsevernforskriften § 8](#). Uttalelsen skal sendes eller følge med pasienten til institusjonen der observasjonen eller vernet søkes etablert. Uttalelsen skal ikke være mer enn 10 dager gammel, jf. [psykisk helsevernforskriften § 10](#).

Den faglig ansvarlige legen ved innleggelsesinstitusjonen er ikke bundet av den undersøkende legens konklusjon. Faglig ansvarlig kan etablere tvungen psykisk helsevern selv om legen ved den forutgående legeundersøkelsen bare finner at det er grunnlag for tvungen observasjon. På samme måte kan faglig ansvarlig etablere tvungen observasjon selv om legen ved forutgående legeundersøkelse finner grunnlag for tvungent psykisk helsevern.

Annet ledd: Mange vil selv oppsøke helsehjelp dersom de får en psykisk lidelse. I andre tilfelle vil det være pårørende, nære venner eller andre nærstående personer som sørger for å formidle kontakt med lege. Hvis en person med antatt psykisk lidelse i ord eller handling motsetter seg en undersøkelse, gir [§ 3-1 annet ledd](#) hjemmel for at kommunelegen kan treffe vedtak om tvungen legeundersøkelse.

Bakgrunnen for denne hjemmelen er at alvorlig psykisk syke personer kan mangle eller ha redusert sykdomsinnsikt, og derfor ikke forstå at det er behov for legeundersøkelse. Situasjonen vil da være at den antatte syke unndrar seg legeundersøkelse. I slike tilfeller kan det altså fattes vedtak om tvungen legeundersøkelse. Det er ikke nødvendig å treffe slikt vedtak der pasienten allerede befinner hos en lege som kan undersøke vedkommende.

Undersøkelsen bør gjennomføres av en annen enn den som fatter vedtak om tvungen legeundersøkelse ([psykisk helsevernforskriften § 9 tredje ledd](#)).

Kommunelegen kan treffe vedtak om tvungen legeundersøkelse ved behov, det vil si når vedkommende ut fra foreliggende opplysninger har grunn til å tro at vilkårene for tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern er oppfylt.

Kommunelegen kan treffe vedtaket av eget tiltak, eller etter begjæring fra offentlig myndighet ([§ 3-6 første ledd](#), jf. [§ 1-3](#)) eller pasientens nærmeste pårørende ([pasient- og brukerrettighetsloven § 1-3 første ledd bokstav b](#)).

Personen som saken gjelder, skal som hovedregel få mulighet til å uttale seg før vedtak treffes ([§ 3-9](#) og [forvaltningsloven § 16](#)). Hvis varsling kan medføre at undersøkelsen ikke kan gjennomføres, eller innhenting av uttalelse av andre grunner ikke er mulig, kan dette være omstendigheter som gjør at forhåndsvarsling kan unnlates, jf. [forvaltningsloven § 16 siste ledd](#).

Dersom den som skal undersøkes motsetter seg undersøkelsen, til tross for at det er truffet vedtak om tvungen legeundersøkelse, kan vedkommende hentes og undersøkes ved bruk av tvang. Offentlig myndighet (politi) har plikt til å bistå for å sikre at legeundersøkelse blir gjennomført i henhold til lovens bestemmelser ([§ 3-6 annet ledd](#)). Se også rundskrivet [Helsetjenestens og politiets ansvar for personer med psykisk lidelse](#), herunder vedlegg om flytskjema for etablering av tvungent psykisk helsevern, og kapittel 10 om dekning av utgifter i forbindelse med politiets bistand, (inkl. ødelagt lås/dør).

Noen ganger vil ambulanspersonell være de første som kommer i kontakt med en alvorlig psykisk syk person. Det må da vurderes konkret om det skal tas initiativ til en tvungen legeundersøkelse på stedet eller om ambulanspersonellet kan transportere vedkommende til lege for undersøkelse. Se [Helsedirektoratets brev av 16. mars 2021 \(jnr. 21/3472\)](#).

Tredje ledd fastsetter saksbehandlingsregler for vedtak om tvungen legeundersøkelse.

Vedtaket skal straks nedtegnes, og begrunnelsen for tiltaket skal fremgå av vedtaket. Vedtaket skal også opplyse om hvem som eventuelt har fremsatt begjæring om tvungen undersøkelse og gitt uttalelse i saken ([psykisk helsevernforordningen § 7](#)).

Vedtaket skal signeres av den som fatter vedtaket. Unntaksvis kan det være behov for å skjerme vedtaksfatter mot trusler og sjikane fra pasient. Det bør i slike tilfeller vurderes om det er en annen som kan fatte vedtak om tvungen undersøkelse. Dette kan for eksempel være aktuelt der en har erfaring for at det er en bestemt person som er gjenstand for pasientens truende eller sjikanøse atferd. Dersom bytte ikke er mulig eller aktuelt, kan lederen til den som har fattet vedtaket, undertegne. Hvilken virksomhet som har fattet vedtaket om tvungen undersøkelse (kommunelegen, eller for eksempel legevakten dersom myndigheten er delegert dit), må i alle tilfelle framgå. Begrunnelsen for å skjerme vedtaksfatter, bør dokumenteres i virksomhetens saksbehandlingssystem.

Kommunelegens vedtak om tvungen legeundersøkelse er ikke å anse som helsehjelp, jf. helsepersonelloven § 3 tredje ledd.

Ettersom kommunelegens vedtak ikke er del av helsehjelpen og kommunelegen ikke har noe oppfølgingsansvar for vedtaket, vil spørsmål om eventuell utlevering av journalnotat fra legeundersøkelsen til kommunelegen følge de alminnelige regler om utlevering av taushetsbelagte opplysninger i helsetjenesten. Det mest aktuelle er at pasienten samtykker til at journalnotat eller opplysninger blir gitt til kommunelege.

Pasienten kan klage på vedtak om tvungen legeundersøkelse. Klagen rettes til statsforvalteren. Klagen har ikke oppsettende virkning. Det betyr at iverksettelse av tiltaket ikke må utsettes mens man venter på at statsforvalteren behandler klagen.

Kommunelegens beslutning om *ikke* å fatte vedtak om tvungen legeundersøkelse kan ikke påklages. Dersom nærmeste pårørende eller offentlig myndighet er uenige i beslutningen og mener det fortsatt er behov for tvungent vern, må de eventuelt begjære tvungen legeundersøkelse på nytt.

Fjerde ledd gir hjemmel for at det kan gis forskrift om delegering av kommunelegens myndighet. Dette er gjort i [psykisk helsevernforordningen § 9](#).

§ 3-2. Vilkår for vedtak om tvungen observasjon

Lovtekst

§ 3-2. Vilkår for vedtak om tvungen observasjon

På bakgrunn av opplysninger fra legeundersøkelsen etter [§ 3-1](#), foretar den faglig ansvarlige en vurdering av om de følgende vilkårene for tvungen observasjon er oppfylt:

1. Frivillig psykisk helsevern har vært forsøkt, uten at dette har ført fram, eller det er åpenbart formålsløst å forsøke dette.
2. Pasienten er undersøkt av to leger, hvorav en skal være uavhengig av den ansvarlige institusjon, jf. [§ 3-1](#).
3. Pasienten mangler samtykkekompetanse, jf. [pasient- og brukerrettighetsloven § 4-3](#). Dette vilkåret gjelder ikke ved nærliggende og alvorlig fare for eget liv eller andres liv eller helse.
4. Det er overveiende sannsynlig at pasienten fyller vilkårene for tvungent psykisk helsevern etter [§ 3-3](#) nr. 3.
5. Institusjonen er faglig og materielt i stand til å tilby pasienten tilfredsstillende behandling og omsorg og er godkjent i henhold til [§ 3-5](#).
6. Pasienten er gitt anledning til å uttale seg, jf. [§ 3-9](#).
7. Selv om lovens vilkår ellers er oppfylt, kan tvungen observasjon bare finne sted hvor dette etter en helhetsvurdering framtrer som den klart beste løsning for vedkommende, med mindre han eller hun utgjør en nærliggende og alvorlig fare for andres liv eller helse. Ved vurderingen skal det legges særlig vekt på hvor stor belastning det tvangsmessige inngrepet vil medføre for vedkommende.

Tvungen observasjon kan ikke vare ut over 10 dager fra undersøkelsens begynnelse uten pasientens samtykke. Dersom pasientens tilstand tilsier at det er strengt nødvendig, kan fristen forlenges inntil 10 dager etter samtykke fra kontrollkomisjonens leder. Overføring til tvungent psykisk helsevern kan skje før eller ved utløpet av denne fristen, dersom vilkårene for slikt vern er til stede.

Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (psykisk helsevernloven), kapittel 3, § 3-2

Kilde: lovdata.no

Hesledirektoratets kommentarer

Bestemmelsen fastsetter vilkårene for etablering og opprettholdelse av tvungen observasjon. Se også psykisk helsevernforskriften §§ [10](#) og [11](#).

I bestemmelsens **første ledd** fastsettes de generelle vilkårene for etablering og opprettholdelse av tvungen observasjon. Vilkårene sammenfaller med vilkårene for etablering og opprettholdelse av tvungent psykisk helsevern, og for det nærmere innholdet i de enkelte vilkårene vises det derfor til kommentarene til [§ 3-3](#).

Vedtaket om tvungen observasjon treffes av faglig ansvarlig ([§ 1-4](#)). Opprettholdelse av vedtaket forutsetter at vilkårene til enhver tid er oppfylt, og faglig ansvarlig må således vurdere dette fortløpende ([§ 3-7 første ledd](#)).

Formålet med tvungen observasjon er å skaffe forsvarlig grunnlag for å vurdere om vilkårene for tvungent psykisk helsevern er oppfylt ([§ 3-3](#)). Det er ikke anledning til å benytte tvungen observasjon som

hjemmelsgrunnlag for å holde tilbake pasienter som vurderes å ha behov for innleggelse (for eksempel på grunn av suicidalitet), dersom det ikke er overveiende sannsynlig at vilkårene er oppfylt. I denne sammenheng bemerkes at tilbakeholdelse i helt spesielle tilfeller vil kunne hjemles i nødrettslige betraktninger. I løpet av observasjonstiden skal det utredes om pasienten oppfyller vilkårene for tvungent psykisk helsevern ([§ 3-3](#)). Observasjonen vil innebære at lege/psykiater, psykolog og annet personell vurderer pasientens mentale og fysiske tilstand. Observasjonen kan gjennomføres i eller utenfor institusjon, eksempelvis ved at pasienten bor hjemme og møter til observasjon ved en poliklinikk.

Pasienter som er underlagt tvungen observasjon, kan ikke underlegges behandling med mindre de samtykker til det. Bestemmelsen i loven [§ 4-4](#) kommer ikke til anvendelse.

Første ledd nr. 3: Etter lovendringer i psykisk helsevernloven i 2017 er det et vilkår for tvungen observasjon at pasienten mangler samtykkekompetanse. Se kommentarer til [§ 3-3 nr. 4](#), samt nærmere om vurderingen av samtykkekompetanse under kommentarene til [§ 2-1](#).

Første ledd nr. 4: Bestemmelsen fastsetter som vilkår for tvungen observasjon at det må være "overveiende sannsynlig" at vilkårene i [§ 3-3 nr. 3](#) er oppfylt. Dette innebærer at det må foreligge alminnelig sannsynlighetsovervekt (mer enn 50 prosent sannsynlig) for at vilkårene er oppfylt (alvorlig sinnslidelse og ett tilleggsvilkår).

Annet ledd første punktum fastsetter at tvungen observasjon som utgangspunkt ikke kan vare lenger enn ti dager. Observasjonstiden regnes i kalenderdager, uavhengig av helligdager og lignende, fra det klokkeslett vedtaket om tvungen observasjon ble truffet.

Tvungen observasjon skal ikke opprettholdes lenger enn det som er strengt nødvendig for å bringe på det rene om vilkårene for tvungent psykisk helsevern er oppfylt. Tiltaket må således avbrytes så snart forholdene tilsier det, enten ved at det treffes vedtak om opphør, eller ved at det etableres tvungent psykisk helsevern ([§ 3-3](#)) før eller ved utløpet av denne fristen. Det må i tilfelle treffes vedtak om tvungent psykisk helsevern etter [§ 3-3](#).

Annet ledd annet punktum gir hjemmel for å forlenge observasjonstiden med ytterligere ti dager i tilfeller der dette anses strengt nødvendig av hensyn til pasientens tilstand. Dette kan bare gjøres dersom kontrollkommisjonens leder samtykker til det. Observasjonstiden kan ikke forlenges basert på pasientens samtykke, selv om ordlyden i psykisk helsevernloven § 3-2 annet ledd første punktum kan forstås slik om bestemmelsen lese isolert. Det går fram av særmerknadene til bestemmelsen i forarbeidene i [Ot. prp. nr. 65 \(2005-2006\) \(regjeringen.no\)](#) at forlengelse er avhengig av samtykke fra kontrollkommisjonens leder. Det bemerkes for øvrig at det etter lovendringen i 2017 ble et vilkår for tvungen observasjon at pasienten mangler samtykkekompetanse (bortsett fra der pasienten er til fare for eget liv eller andres liv eller helse). Å basere forlengelse av tvungen observasjon på pasientens samtykke er ikke forenlig med dette vilkåret.

Kontrollkommisjonens avgjørelse kan ikke påklages, verken ved forlengelse eller nektet forlengelse av observasjonstiden.

Begrepet "strengt nødvendig" innebærer at det skal mye til for forlengelse av observasjonstiden, og forespørsel om dette bør derfor bare fremsettes i spesielle tilfeller. Observasjonstiden er gjort kort av hensyn til pasientens rettssikkerhet. Observasjon gjennomføres fordi man ikke er sikker på at vilkårene for tvungent psykisk helsevern foreligger. I tråd med [Den europeiske menneskerettskonvensjon artikkel 5](#) bør derfor observasjonstiden være kortest mulig. Forlengelse vil særlig være aktuelt hvor pasienten har både rusrelaterte og psykiske lidelser, og hvor det er uklarhet rundt årsakssammenhengen. Forlengelse kan også være aktuelt der det kan foreligge en symptomoppblomstring som følge av bråseponering av antipsykotika (rebound-effekt).

Forespørsel bør helst gjøres skriftlig og bør fremsettes så tidlig at kontrollkommisjonens leder får anledning til å vurdere spørsmålet på forsvarlig måte. Ved tidsnød kan en skriftlig forespørsel eventuelt ettersendes. Lederen bør kontaktes innenfor normal arbeidstid.

§ 3-3. Vilkår for vedtak om tvungent psykisk helsevern

Lovtekst

§ 3-3. Vilkår for vedtak om tvungent psykisk helsevern

På bakgrunn av opplysninger fra legeundersøkelsen etter [§ 3-1](#) og eventuell tvungen observasjon etter [§ 3-2](#), foretar den faglig ansvarlige en vurdering av om de følgende vilkårene for tvungent psykisk helsevern er oppfylt:

1. Frivillig psykisk helsevern har vært forsøkt, uten at dette har ført fram, eller det er åpenbart formålsløst å forsøke dette.
2. Pasienten er undersøkt av to leger, hvorav en skal være uavhengig av den ansvarlige institusjon, jf. [§ 3-1](#).
3. Pasienten har en alvorlig sinnslidelse og etablering av tvungent psykisk helsevern er nødvendig for å hindre at vedkommende på grunn av sinnslidelsen enten
 - a. får sin utsikt til helbredelse eller vesentlig bedring i betydelig grad redusert, eller det er stor sannsynlighet for at vedkommende i meget nær framtid får sin tilstand vesentlig forverret, eller
 - b. utgjør en nærliggende og alvorlig fare for eget eller andres liv eller helse.
4. Pasienten mangler samtykkekompetanse, jf. [pasient- og brukerrettighetsloven § 4-3](#). Dette vilkåret gjelder ikke ved nærliggende og alvorlig fare for eget liv eller andres liv eller helse.
5. Institusjonen er faglig og materielt i stand til å tilby pasienten tilfredsstillende behandling og omsorg og er godkjent i henhold til [§ 3-5](#).
6. Pasienten er gitt anledning til å uttale seg, jf. [§ 3-9](#).
7. Selv om lovens vilkår ellers er oppfylt, kan tvungent psykisk helsevern bare finne sted hvor dette etter en helhetsvurdering framtrer som den klart beste løsning for vedkommende, med mindre han eller hun utgjør en nærliggende og alvorlig fare for andres liv eller helse. Ved vurderingen skal det legges særlig vekt på hvor stor belastning det tvangsmessige inngrepet vil medføre for vedkommende.

Hesledirektoratets kommentarer

Bestemmelsen fastsetter vilkårene for etablering og opprettholdelse av tvungent psykisk helsevern. Se også psykisk helsevernforordningen §§ [10](#) og [11](#).

Vedtaket om etablering av tvungent psykisk helsevern kan bare treffes av faglig ansvarlig ([§ 1-4](#)). Opprettholdelse av vedtaket forutsetter at vilkårene er oppfylt, og faglig ansvarlig må således vurdere dette fortløpende ([§ 3-7 første ledd](#)).

Nr. 1 - Frivillighet

Første ledd nr. 1 slår fast at tvungent psykisk helsevern som hovedregel ikke kan etableres uten at det først er forsøkt å få til frivillig behandling av den aktuelle psykiske lidelsen. Det er gjort unntak for tilfeller der dette har vært forsøkt uten å føre frem, for eksempel på grunn av manglende oppfølging fra pasientens side. Det er også gjort unntak dersom det anses som åpenbart formålsløst å forsøke frivillig vern. Sistnevnte alternativ er aktuelt når en pasient ikke ønsker behandling eller mangler samtykkekompetanse, se kommentarer til denne bestemmelsens nr. 4 og [§ 2-1](#).

Spørsmålet om frivillighet vurderes som et selvstendig vilkår ved etablering av tvungent psykisk helsevern. Ved vurdering av opprettholdelse/forlengelse/opphevelse av vernet vurderes spørsmålet om frivillighet som en del av helhetsvurderingen (Rt. 2001 s.1481).

Nr. 2 – To legeundersøkelser

Bestemmelsen fastsetter et krav om at pasienten skal undersøkes av to leger, og at den ene av legene må være uavhengig av institusjonen der det tvungne vernet eventuelt skal etableres. Begrunnelsen for dette, er hensynet til pasientens rettssikkerhet. Også i de unntaksvise tilfeller der pasienten kommer direkte til institusjon, må vedkommende undersøkes av lege uavhengig av institusjonen.

Lovens system legger opp til at den første legeundersøkelsen vanligvis skal foretas av en lege utenfor det psykiske helsevernet, for eksempel lege i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Kravet om uavhengighet er imidlertid ikke til hinder for at undersøkelsen kan foretas av lege som er ansatt i det psykiske helsevern, for eksempel ved en psykiatrisk poliklinikk eller ved et distriktpspsykiatrisk senter. Hvorvidt denne legen er uavhengig av den ansvarlige institusjon må vurderes konkret. Det avgjørende er om poliklinikken eller senteret er organisert på en slik måte at den eksterne legen ikke har samme nærmeste overordnede som faglig ansvarlig for vedtak. Også andre andre forhold kan føre til at uavhengighetskravet ikke er oppfylt, for eksempel tett kontakt og/eller avhengighetsforhold mellom enhetene der de to legene arbeider. Eksempler på dette kan være stor grad av felles lokaler og fasiliteter, og/eller løpende fellesmøter. Den legen som undersøker pasienten først, bør heller ikke konferere med aktuelle faglig ansvarlig om sin vurdering av om vilkårene for tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern er oppfylt. Så lenge dette ikke er tilfelle, er det ikke noe i veien for at tvungent psykisk helsevern kan etableres på bakgrunn av undersøkelser foretatt av to leger som er tilknyttet samme helseforetak.

Se også lovens [§ 3-1](#), som regulerer gjennomføringen av legeundersøkelsen utenfor institusjon, og kommentarene til denne.

Den andre legeundersøkelsen skal foretas av lege ved institusjonen der det tvungne vernet skal etableres. Undersøkelsen foretas i praksis ofte av faglig ansvarlig i forbindelse med dennes personlige undersøkelse av pasienten, jf. [§ 3-3 a første ledd](#). Dersom faglig ansvarlig er psykolog, må pasienten i tillegg undersøkes av en lege ved institusjonen.

Nr. 3 – Hovedvilkåret - «alvorlig sinnslidelse»

Hovedvilkåret for etablering av tvungent psykisk helsevern er at pasienten har en «alvorlig sinnslidelse». Begrepet er videreført fra psykiatriloven av 1961, og forarbeider og rettspraksis til denne loven er derfor fremdeles relevante for tolkningen av begrepet.

Begrepet "alvorlig sinnslidelse" er et rettslig begrep som ikke tilsvarende noen klar psykiatrisk diagnose. Psykoser (herunder rusutløste psykoser) faller inn under begrepets kjerneområde.

Også enkelte andre tilstander enn psykose omfattes av lovens hovedvilkår. Når det gjelder hvilke grensetilfeller dette gjelder, vil man stå overfor en helhetsvurdering der ikke bare selve sykdomstilstanden, men også utslagene den gir seg, må tillegges vekt. Spørsmålet er om sykdommen får så store konsekvenser for pasientens funksjons- og realitetsvurderende evne at tilstanden kan sidestilles med en psykosetilstand.

Som eksempel på tilfeller der hovedvilkåret kan være oppfylt uten at pasienten er psykotisk, nevnes alvorlige grader av spiseforstyrrelser og/eller personlighetsforstyrrelser. Ved den konkrete vurderingen av om en pasient med slik lidelse oppfyller lovens hovedvilkår, må det legges vekt på pasientens atferdsmønster, situasjonsforståelse, sykdomsinnsikt, mestringssevne og eventuelle andre psykiske symptomer. I tillegg kan det legges vekt på sykdommens alvorlighetsgrad og hvor lenge tilstanden har vart. Høyesterett har i en dom fra 2015 (Rt. 2015 side 913) redegjort for hvilke tilfeller anoreksi kan karakteriseres som en alvorlig sinnslidelse. Eksempler fra rettspraksis på at hovedvilkåret er vurdert oppfylt ved personlighetsforstyrrelse finnes i Borgarting lagmannsretts dommer [LB-2023-25634](#) og [LB-2013-91092](#).

Det vil altså være art og grad av psykiske symptomer som avgjør om hovedvilkåret er oppfylt. I denne vurderingen er det ikke relevant om symptomene er utløst av rusmiddelmisbruk eller andre årsaker.

For pasienter med kroniske psykoselidelser kan vilkåret være oppfylt også på tidspunkter der pasienten ikke har psykotiske symptomer. Dette følger av rettspraksis, som sier at lovens hovedvilkår sikter til grunnlidelsen, og at lovens hovedvilkår vil være oppfylt også i situasjoner der en pasients psykose blir holdt i sjakk av antipsykotisk medikasjon. (Rt. 1993 s. 249 og Rt. 2001 s.1481). Disse synspunktene er blitt kritisert i juridisk teori, som mener at rettspraksis har forskjøvet begrunnelsen for tvang fra funksjonssvikt til diagnose (Georg Høyer i «Tilbakeslag for psykiatriske pasienters autonomi og rettssikkerhet», Lov og Rett 1995 og Bjørn-Henning Østenstad i [NOU: 2011: 9, vedlegg 3 side 302](#)). Den praktiske betydningen av denne rettspraksisen, svekkes med innføringen av manglende samtykkekompetanse som vilkår for tvungent vern. Dette fordi en pasient som er behandlet en periode og blitt helt eller delvis symptomfri, ofte vil ha gjenvunnet samtykkekompetansen og derfor ikke lenger oppfyller vilkåret for tvungent vern. Se nr. 4 nedenfor.

Selv om vilkåret om alvorlig sinnslidelse er oppfylt, kan man likevel vurderes å ha samtykkekompetanse. Se kommentaren til [§ 2-1](#).

Nr. 3 bokstav a og b oppstiller to tilleggsvilkår for etablering av tvungent psykisk helsevern, hver med to alternativer. Det er tilstrekkelig at ett av disse fire alternativene er oppfylt.

Nr. 3 bokstav a – Behandlingsvilkåret

Behandlingsvilkåret har to alternative vilkår.

Det første alternativet - behandlingstvilkårets positive side - forutsetter at pasienten uten tvungent psykisk helsevern vil få sin utsikt til helbredelse eller vesentlig bedring i betydelig grad redusert.

Begrepet "vesentlig bedring" må forstås slik at det kreves at pasientens tilstand vil bli merkbart bedre. Med "i betydelig grad redusert" menes det at må dreie seg om en reduksjon i utsiktene som vil få store og merkbare konsekvenser for pasienten.

Ved vurderingen av om behandlingstvilkårets positive side er oppfylt, vil vurderingstemaet være hvordan pasientens sinnstilstand vil utvikle seg dersom vedkommende kommer under tvungent psykisk helsevern, sammenlignet med hvordan utviklingen vil bli uten slikt vern. Oppfyllelse av vilkåret forutsetter at pasienten klart forventes å bli langt bedre med tvungen psykiatrisk behandling enn uten.

Rettssikkerhetsmessige hensyn tilsier at den aktuelle helbredelse eller bedring må oppstå i forholdsvis nær fremtid for at vilkåret skal være oppfylt, men det er ikke oppstilt et tidskrav her på samme måte som for behandlingstvilkårets negative side, se nedenfor.

Det andre alternativet - behandlingstvilkårets negative side - forutsetter at det vurderes å være stor sannsynlighet for at pasienten uten tvungent vern i meget nær fremtid vil få sin tilstand vesentlig forverret. Dette er et strengt vilkår. Bruk av tvang overfor pasienter som er godt eller optimalt behandlet vurderes å være et svært inngripende tiltak og skal kun benyttes innenfor snevre rammer. Vilkåret vil vanligvis være mest aktuelt etter at pasienten har vært under tvungent psykisk helsevern en stund (som grunnlag for å opprettholde vernet).

Også ved vurderingen av om dette vilkåret er oppfylt, må det foretas en sammenligning av pasientens prognose med og uten tvungent psykisk helsevern.

Kravet om "stor sannsynlighet" innebærer at det kreves mer enn vanlig sannsynlighetsovervekt for vesentlig forverring innenfor lovens tidsperspektiv.

Kravet om at pasienten må få sin tilstand "vesentlig forverret" innebærer at pasienten uten tvungent psykisk helsevern må bli merkbart verre, og at dette derfor vil få store konsekvenser for vedkommende.

Når det gjelder kravet om at forverringen må skje i løpet av "meget nær fremtid", er det i lovens forarbeider antydning en grense på to måneder frem i tid. Dette er blitt modifisert gjennom rettspraksis, men samtidig har Høyesterett uttalt at seks måneder vil være for lang tid i forhold til lovens krav (Rt. 2001 s. 752).

Høyesterett har i to dommer der pasienten fikk antipsykotika i **depotform**, lagt til grunn at forverring innen tre til fire måneder oppfylte tidskravet (Rt. 2014 s.801 og HR-2016-1286-A). Dommene likestiller første- og andregenerasjons antipsykotika i depotform, selv om andregenerasjon har noe lenger virketid. Høyesterett utelukker ikke en ytterligere utstrekking av grensen avhengig av virketiden for legemidlet og det individuelle reaksjonsmønsteret for den enkelte pasient, men uttaler samtidig at grensen på tre til fire måneder bør gjelde hovedtyngden av pasienter med depotmedikasjon og utstrekking kan bare skje i mer spesielle tilfeller. Noe vesentlig ut over tre til fire måneder kan det ikke være tale om når hensyn tas til den relativt snevre rammen som følger av lovens ordlyd (Rt. 2014 s. 801).

Ved behandling med antipsykotika i **tablettform** er virketiden for legemiddelet kortere, og det må da også legges til grunn en kortere tidsfrist for forverring. En tidsramme på inntil to til tre måneder er i samsvar med lagmannsrettspraksis (LF-2015-035392 og LG-2015-129513). Det må foretas en sammensatt, faglig vurdering av tilfeller hvor tabletter benyttes, hvor det er tatt hensyn til individuelle forskjeller, virketid for tabletter og betydningen av andre tiltak.

Utgangspunktet for beregningen av hvor lang tid forverringen tar, er tidspunktet da vurderingen foretas, for eksempel ved etablering av tvungent vern eller ved vurdering av om slikt vern skal opprettholdes.

Utgangspunktet er altså **ikke** det tidspunktet det antas at pasienten vil slutte å ta antipsykotika

Innimellom kan det godtgjøres at pasienten vil fortsette behandlingen frivillig en tid, men senere seponere tablettene eller unndra seg depot mot helsefaglige råd. Her må det vurderes konkret hvor lang tid det vil gå før en vesentlig forverring inntreffer. Legges det til grunn at det vil gå særlig mer enn henholdsvis to-tre måneder (tablettmedikasjon) eller tre-fire måneder (depotmedikasjon) før en vesentlig forverring inntreffer, inkludert den tiden pasienten frivillig tar tabletter eller får depotmedikasjon, vil tidskravet ikke være oppfylt. Dette kan i praksis bety at dersom en pasient er villig til å ta én depotsprøyte frivillig etter opphør av tvungent vern, vil tidskravet ikke være oppfylt.

I tilfeller der behandlingstvilkårets negative side er det eneste aktuelle tilleggsvilkåret, vil helhetsvurderingen komme sterkt inn. Se nr. 7 nedenfor. Faglig ansvarlig og kontrollkommisjonen må ved vurderingen av disse pasientene dessuten være særskilt oppmerksomme på at de, som følge av den behandlingen de har fått, kan ha gjenvunnet samtykkekompetansen, og derfor ikke oppfyller vilkåret for tvungent vern i [§ 3-3 nr. 4](#) (manglende samtykkekompetanse). Se nærmere under kommentarene til [§ 2-1](#).

Nr. 3 bokstav b – Farevilkåret (farevurderinger)

Også farevilkåret har to alternativer. Pasienten må utgjøre en nærliggende og alvorlig fare enten for **egget eller for andres liv eller helse**.

Oppfyllelse av vilkåret forutsetter at det vurderes å være årsakssammenheng mellom pasientens sinnslidelse og faremomentet. Et eksempel på manglende årsakssammenheng kan være en pasient med selvmordsrisiko, der risikoen knytter seg til langt fremskreden somatisk lidelse og ikke har sammenheng med sinnslidelsen.

Som ved behandlingstvilkåret, må det også ved vurderingen av om farevilkåret er oppfylt, foretas en sammenligning av pasientens sinnstilstand med og uten tvungent psykisk helsevern. Farevilkåret kan være oppfylt selv om pasienten som er under tvungent psykisk helsevern, er så godt behandlet at vedkommende under disse forholdene ikke anses å utgjøre en fare. Det sentrale er om vedkommende **uten** tvungent psykisk helsevern vil utgjøre en fare.

I en dom fra Høyesterett ([HR-2020-1167-A](#)), som gjaldt en pasient med spiseforstyrrelser, ble det lagt til grunn at "fare for eget liv" ikke er begrenset til å gjelde fare for selvmord, men at det også omfatter tilfeller der det foreligger en nærliggende og alvorlig fare for pasientens liv uten at dette er knyttet til selvmordsfare.

Med «fare for liv» menes for eksempel fare for suicid, fare for død som konsekvens av alvorlig spiseforstyrrelser eller livstruende atferd. Med fare for andres liv menes for eksempel livstruende voldshandlinger eller annen atferd som kan true andres liv.

Med «fare for helse» menes i **utgangspunktet** både fare for fysisk og psykisk helse, men ved fare for pasientens **egen** psykiske helse vil man benytte behandlingstvilkåret som tilleggsvilkår. Fare for psykisk helse hos **andre** vil kunne være fare for psykiske reaksjoner som følge av trusler, stalking og lignende. Det vil også kunne gjelde psykisk overlast hos barn som følge av foreldres handlemåter i psykotisk tilstand. Der barn og unge er berørt vil et skadepotensial lettere kunne foreligge enn der voksne utsettes for fare. Se [HR-2023-2018-A](#). Se [Helsedirektoratets brev av 30. juni 2021 \(jnr. 21/24126\)](#). Skaden skal være mer enn bagatellmessig. Fare for egen fysiske helse omfatter ikke bare selvskading, men også fare for at vedkommende forekommer eller lider overlast på en slik måte at det foreligger nærliggende og alvorlig fare for eget liv eller helse.

Fare for ødeleggelse av materielle verdier omfattes ikke av farevilkåret.

Faren må for det første vurderes som «alvorlig». Dette vil si at den må innebære et kvalifisert skadepotensiale.

For det andre må faren vurderes som «nærliggende». Dette innebærer i henhold til rettspraksis at den må vurderes som reell, konkretiserbar og påregnelig. Dette betyr at faren må ha vist seg tidligere eller være dokumenterbar på annen måte. Ved vurderingen vil det blant annet være naturlig å se hen til eventuelle tidligere episoder med selvskading, vold eller trusler, og hvordan pasienten forholder seg til slike handlinger på vurderingstidspunktet.

Det følger av rettspraksis at det ikke kreves at faren vil oppstå innen en klart begrenset tidshorison (Rt. 2001 s. 1481). Tidsmomentet er likevel relevant ved vurderingen av den konkrete påregneligheten for at kvalifiserte faresituasjoner vil oppstå. Desto lenger frem i tid, desto mindre blir påregneligheten for at faren vil materialisere seg.

God dokumentasjon knyttet til fare er viktig.

Når det gjelder vurderingen av selvmordsrisiko, vises det til Nasjonal retningslinje for forebygging av selvmord i psykisk helsevern. Faglig ansvarlig må være oppmerksom på at spesielt mer kronisk selvmordsfare kan være vanskelig å bedømme, og det foreligger en risiko for at pasienter holdes tilbake på tvang i lengre tid enn det rettslig sett er grunnlag for.

Dersom det foreligger opplysninger som tilsier at pasienten kan utgjøre en fare for andres liv og helse, er det viktig at det gjøres systematiske voldsrisikovurderinger, for eksempel ved hjelp av verktøy som HCR-20 eller V-risk. Det vises til [faglige råd om voldsrisikovurdering ved alvorlige psykiske lidelser \(Helsedirektoratet 2018\)](#).

Begrunnelse og dokumentasjon for fare kan være mangelfull. Erfaringsmessig gjelder det særlig for voldshistorikk utenfor institusjon. Dette svekker pasientens rettsikkerhet. Samtidig er det en trussel for samfunnsvernet dersom pasienter feilaktig vurderes til **ikke** å utgjøre en fare fordi relevant dokumentasjon mangler.

Betydningen av tilstrekkelige farevurderinger blir satt på spissen med innføring av manglende samtykkekompetanse som vilkår for tvungent vern fra 1. september 2017 ([se § 3-3 nr. 4](#)). En kan anta at faglig ansvarlig, kontrollkomisjonene og domstolene frem til nå har unnlatt å vurdere farevilkåret eller lagt mindre vekt på dette vilkåret, dersom fare har vært mangelfullt dokumentert og pasienten uansett har oppfylt behandlingstvilkåret. Samtykkekompetente pasienter vil etter lovendringen ikke kunne holdes tilbake i tvungent vern med grunnlag i behandlingstvilkåret, og det blir derfor avgjørende med tilstrekkelig dokumentasjon og vurdering av fare dersom det foreligger opplysninger om at farevilkåret kan være oppfylt.

Dersom det foreligger opplysninger om at pasienten utgjør en fare, men opplysningene er usikre eller ikke i tilstrekkelig grad belyser hvorvidt pasienten utgjør en "nærliggende og alvorlig fare", må faglig ansvarlig innhente ytterligere opplysninger. Både den kommunale helse- og omsorgstjenesten, offentlige myndigheter og pårørende kan ha informasjon om farepotensialet.

Se mer om helsepersonells adgang til å utveksle pasientopplysninger med nærmeste pårørende, helsepersonell politi og andre offentlige instanser under kommentarene til [§ 3-3 a første ledd](#).

Nr. 4 - Pasienten mangler samtykkekompetanse

Etter lovendringer i psykisk helsevernloven fra 1. september 2017 er det som utgangspunkt et vilkår for etablering og opprettholdelse av tvungent psykisk helsevern at pasienten mangler samtykkekompetanse. Det betyr at pasienter som har samtykkekompetanse, kan nekte å ta imot tilbud fra psykisk helsevern. Og pasienter som etter en tids behandling gjenvinner samtykkekompetansen, får rett til å avslutte behandlingen. Denne retten gjelder selv om pasienten har en alvorlig sinnslidelse og helsepersonellet mener at pasienten trenger

behandling, og selv om konsekvensene er at pasienten igjen blir så dårlig at vilkårene for etablering av tvang på nytt kan bli oppfylt.

Se nærmere om vurdering av samtykkekompetanse under kommentarene til [§ 2-1](#).

I **nr. 4 annet punktum** gjøres unntak fra vilkåret om samtykkekompetanse dersom pasienten er til nærliggende og alvorlig **fare for andres liv eller helse**. Unntaket er begrunnet i samfunnsvernet. Hensynet til pasientens autonomi og selvbestemmelsesrett må her vike for hensynet til andre mennesker. Se nærmere om farevurderingen under nr. 3 bokstav b ovenfor.

Videre gjøres det unntak fra vilkåret om manglende samtykkekompetanse, der det er **fare for pasientens eget liv**, som ved alvorlig selvmordsforsøk eller nærliggende og alvorlig selvmordsrisiko. Dette unntaket er motivert av sterke etiske hensyn og menneskerettslige forpliktelser knyttet til å redde liv. Det er de samme hensynene som kommer til uttrykk i helsepersonells plikt til å gi øyeblikkelig hjelp ved akutt selvmordsfare, jf. [helsepersonelloven § 7](#).

Den naturlige forståelsen av lovens ordlyd "fare for eget liv" er at unntaket omfatter enhver fare for pasientens liv som er tilstrekkelig nærliggende og alvorlig, uansett hva faren består i. Forarbeidene nevner imidlertid kun selvmord. I en dom fra Høyesterett ([HR-2020-1167-A](#)), som gjaldt en pasient med spiseforstyrrelser, ble det drøftet om bestemmelsen skulle tolkes innskrenkende til kun å omfatte fare for selvmord, men flertallet mente det ikke var grunnlag for en slik fortolkning. Det innebærer at unntaket "fare for eget liv" ikke er begrenset til å gjelde fare for selvmord, men at det også omfatter tilfeller der det foreligger en nærliggende og alvorlig fare for pasientens liv uten at dette er knyttet til selvmordsfare.

Det er **ikke** gjort unntak fra vilkåret om manglende samtykkekompetanse ved **fare for pasientens egen helse**. I slike situasjoner må pasienten mangle samtykkekompetanse for å kunne underlegges tvungent vern. Pasientens autonomi og selvbestemmelsesrett går altså foran hensynet til pasientens helse. Dette er i tråd med det alminnelige utgangspunktet i helseretten, og tilsvarende en samtykkekompetent persons rett til å avslå somatisk behandling selv om konsekvensene er svært alvorlige, jf. [pasient- og brukerrettighetsloven § 4-1](#). Regelen baserer seg på en antakelse om at samtykkekompetente personer som hovedregel vil ta hensiktsmessige valg for å ivareta og optimalisere egen helse. Regelen respekterer pasientens rett til å gjøre andre vurderinger enn helsepersonell av hva som er hensiktsmessig, og å legge større vekt på andre hensyn enn ivaretagelse og optimalisering av helsen.

I praksis innebærer dette for eksempel at en person med «alvorlig sinnslidelse», som er samtykkekompetent og driver selvskading uten å være til fare for eget liv, ikke kan holdes tilbake i tvungent vern. Tilsvarende vil gjelde for en alvorlig sinnslidende, men samtykkekompetent person, som vil seponere foreskrevne antipsykotika og derved får et gradvis funksjonsfall som gjør at vedkommende ikke klarer å ivareta sin egen helse – uten at dette er til fare for eget liv. Pasienten kan for eksempel mangle evne til å ivareta hygiene og næringsinntak, uten at dette er livsviktig og/eller følge opp somatiske lidelser som ikke er livstruende.

Når unntaket i nr. 4 annet punktum ikke omfatter fare for pasientens egen helse, innebærer det at man ikke kan iverksette tvangsinngrep med hjemmel i øyeblikkelig hjelp-bestemmelsen med den begrunnelse at det foreligger fare for pasientens helse. [Helsepersonelloven § 7](#) pålegger helsepersonell en hjelpeplikt når det «er påtrengende nødvendig». Intensjonene med denne bestemmelsen støtter at det bør gjelde visse unntak når det gjelder å respektere pasientens beslutning om å nekte å ta imot helsehjelp. Bestemmelsen (helsepersonelloven § 7) skal imidlertid ikke tolkes slik at den gir en videre hjemmel til å bruke tvang ved behandling av psykiske lidelser enn det som følger av psykisk helsevernloven ([Prop. 147 L \(2015-16\) side 24](#)).

Nr. 5 – Institusjonens egnethet

Institusjonen der det tvungne vernet skal etableres (eller opprettholdes), må være godkjent i henhold til [§ 3-5](#). Slik godkjenning forutsetter blant annet at institusjonen oppfyller generelle krav til bemanning og fysisk utforming.

For å beskytte den enkelte pasient mot ren frihetsberøvelse og rene kontrolltiltak uten faglig innhold, er det i tillegg fastsatt et krav om at institusjonen må være faglig og materielt i stand til å tilby pasienten tilfredsstillende behandling og omsorg. Det skal således foretas en konkret vurdering av om pasienten kan få et egnet tilbud ved institusjonen. Bestemmelsen gjelder uavhengig av om det aktuelle vedtaket dreier seg om tvungent psykisk helsevern med eller uten døgnopphold.

Kravet til faglighet innebærer at det i tillegg til kompetent behandlings- og pleiepersonell, må være tilgang til personellressurser som er gode nok til å gi pasienten tilfredsstillende behandling, omsorg, samt et tilfredsstillende aktivitetstilbud.

I vurderingen må det tas utgangspunkt i den enkelte pasients (behandlings)behov. Pasientsammensetningen ved den aktuelle institusjon vil da være sentral, for eksempel i forhold til kjønn, alder, rusproblematikk og grad av utagering. En ung jente bør for eksempel ikke plasseres på en avdeling med bare menn. Er pasienten ung, vil mulighet for skole, nettverk og aktiviteter også stå sentralt. En avdeling kan altså være egnet for én pasient, men ikke for en annen, avhengig av hvilke behov pasientene har.

En beslektet problemstilling er om barn under 18 år kan innlegges i voksenpsykiatrien. Det finnes ikke noe lovverk som regulerer dette konkret. Kompetansen hos BUP er særskilt rettet mot barn og unge. BUP vil derfor som utgangspunkt best kunne ivareta denne pasientgruppens behov i psykiatrien. Se også [FNs konvensjon om barnets rettigheter artikkel 37 bokstav c](#) som gir et særskilt vern til barn og unge som frihetsberøves.

Det følger av [prioriteringsveilederen for psykisk helsevern for voksne](#) at: "Det bør være smidige overganger mellom psykisk helsevern for barn og unge og for voksne. Ungdom med mistanke om alvorlig psykisk lidelse (for eksempel psykose eller bipolar lidelse) bør kunne tas inn i psykisk helsevern for voksne noe tidligere enn ved fylte 18 år dersom det forventes et lengre pasientforløp. Tilsvarende bør ungdom som har et etablert behandlingsforløp i psykisk helsevern for barn og unge i større grad enn i dag tilbys kontinuitet utover fylte 18 år.". Se også [Helsedirektoratets brev av 28. november 2022 \(jnr.22/50362\)](#).

Institusjonen må være innrettet, utstyrmessig og på annen måte, slik at den utgjør et egnet sted for å gi pasienten den hjelpen vedkommende trenger. Det gjelder for eksempel møblement, baderom, innredning og sikkerhetsnivå ved institusjonen.

Kravet om at institusjonen skal egne seg faglig og materielt for den enkelte pasient er absolutt. Konsekvensen av manglende oppfyllelse blir at tvungent vern ikke kan etableres ved institusjonen eller eventuelt må opphøre. Alternativt kan tvungent vern etableres ved en institusjon som oppfyller kravet, eller pasienten kan overføres til slik institusjon ([§ 4-10](#)). Ved overføring kan pasienten holdes tilbake ved institusjonen i en kort periode i påvente av plass ved egnet institusjon.

Nr. 6 – Pasientens rett til å uttale seg

Bestemmelsen tydeliggjør at pasienten skal få anledning til å uttale seg før vedtak blir truffet. I bestemmelsen vises til [§ 3-9](#), hvor det fremkommer at også nærmeste pårørende og offentlig myndighet som er direkte engasjert i saken, skal få anledning til å uttale seg før vedtak treffes. Opplysningene skal nedtegnes og vektlegges i forbindelse med vedtaket. Det skal legges særlig vekt på uttalelser om tidligere erfaring med bruk av tvang.

Nr. 7 – Helhetsvurderingen

Etablering og opprettholdelse av tvungent psykisk helsevern skal bygge på en helhetsvurdering. Selv om lovens øvrige vilkår er oppfylt skal det foretas en hensiktsmessighets- og rimelighetsvurdering, der det blant annet skal legges særlig vekt på hvilken belastning inngrepet medfører for pasienten og hvilken betydning det har for hans eller hennes livssituasjon. Høyesterett har uttalt at vurderingen av hva som er best for pasienten i utgangspunktet skal være objektiv (Rt. 2001 s.752).

Der tvangen er etablert eller opprettholdt for å kunne tvangsbehandle med legemidler, vil det blant annet være relevant å se hen til legemiddelets effekter og bivirkning, og om legemiddelets virkning klart oppveier bivirkningene. Andre momenter kan være:

- Pasientens motstand mot behandlingen. Dersom pasientens yter stor verbal og fysisk motstand, kan det være at den positive effekten ikke står i forhold til tvangsbruken som må utøves.
- Betydningen for behandlingsalliansen. Hvordan vil den samlede tvangsbruken forventes å påvirke pasienten og samarbeidet fremover?
- Hvor omfattende funksjonsnedsettelse for eksempel psykosen eller manien medfører. Noen ønsker og har erfaring med å komme gjennom maniske eller psykotiske faser uten legemidler. Her må eventuelle forhåndserklæringer og pasientens syn når vedkommende er symptomfri og samtykkekompetent tas i betraktning.
- Opplysninger om ulike oppfatninger i behandlergruppen rundt pasienten bør også trekkes inn. Uenigheter kan tale for større tilbakeholdenhet med tvangsbruk.
- Hvor lenge vedkommende har blitt behandlet uten eget samtykke. Er pasienten optimalt behandlet, slik at det kun dreier seg om vedlikeholdsbehandling, bør vedkommende på et tidspunkt «få prøve seg» uten legemidler. Dette også for å prøve hvorvidt behandlingen kan baseres på frivillighet

Helhetsvurderingen vil være spesielt sentral i tilfeller der kun behandlingstvilkårets negative side er aktuelt som tilleggsvilkår (nr. 3 bokstav a siste alternativ). Det vises til at lovgiver i forarbeidene til dette tilleggsvilkåret har uttalt at: «Tvungent psykisk helsevern er et så inngripende tiltak at dette ikke bør brukes mot noen bedrefungerende over lengre perioder uten at de får prøve seg for å se hvordan det går.» ([Ot.prp. nr. 11 \(1998-99\) side 80](#)). Tidsaspektet (tvangens varighet) er derfor av betydning der pasienten har gjenfunnet funksjonsevnen. I mange tilfeller vil bedre funksjonsevne også innebære at pasienten har gjenfunnet samtykkekompetansen, og vilkårene for bruk av tvang vil da ikke lenger være tilstede. Men dette vil ikke alltid være tilfelle; til tross for at tilnærmet optimal bedring er oppnådd, kan det fortsatt være slike brister i pasientens forståelse og resonnement at vedkommende ikke kan sies å være samtykkekompetent i forhold til tvangsvernet. Den økte vektleggingen av pasientautonomi i menneskerettigheter og nasjonalt lovverk, tilsier imidlertid at man også i slike situasjoner bør legge betydelig vekt på pasientens holdninger og ønsker i helhetsvurderingen, herunder kunnskap om pasientens holdninger til tvang i samtykkekompetente perioder.

I tilfeller der pasienten vurderes å utgjøre en fare for andres liv eller helse, skal det også foretas en helhetsvurdering, men hensynet til hva som isolert sett er den beste løsningen for pasienten skal tillegges mindre vekt.

§ 3-3a. Vedtak om tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern

Lovtekst

§ 3-3 a. Vedtak om tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern

Den faglig ansvarlige treffer vedtak etter §§ 3-2 og 3-3 på grunnlag av foreliggende opplysninger og egen undersøkelse av pasienten. Vedtaket skal treffes snarest og senest innen 24 timer etter at pasienten er kommet til institusjonen. Vedtaket skal straks nedtegnes. I vedtaket skal det opplyses om:

1. hvordan vilkårene for vedtaket, jf. §§ 3-2 og 3-3, er vurdert,
2. vedtaket innebærer en overføring fra frivillig vern, jf. § 3-4,
3. hvordan fordelene og ulempene ved tvangsinngrepet, herunder forventet behandlingmessig effekt og risiko for varig skade som følge av tvangsinngrepet, er vurdert,
4. pasientens holdning til og erfaringer med bruk av tvang og
5. pasientens syn på frivillige tiltak.

Pasienten, samt hans eller hennes nærmeste pårørende og eventuelt den myndighet som har framsatt begjæring etter § 3-6, kan påklage vedtak etter paragrafen her til kontrollkommissjonen. Pasienten kan påklage vedtaket i inntil 3 måneder etter at observasjonen eller vernet er opphørt. Kongen i statsråd gir forskrifter om vedtak og klage etter paragrafen her.

Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (psykisk helsevernloven), kapittel 3, § 3-3a

Kilde: lovdata.no

Helsedirektoratets kommentarer

Paragrafen stiller krav til saksbehandling og utforming av alle vedtak om tvungen observasjon og tvungent psykisk helsevern. De materielle vilkårene går fram av §§ 3-2 og 3-3.

Første ledd: Vedtak om å etablere tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern, eller vedtak om ikke å etablere tvungent psykisk helsevern, treffes av faglig ansvarlig (§ 1-4). Faglig ansvarlig må foreta en vurdering av om vilkårene i §§ 3-2 første ledd nr. 1-7 og 3-3 nr. 1-7 er oppfylt eller ikke.

Grunnlaget for vurderingen vil være foreliggende opplysninger, som legeopplysninger som er fremlagt etter § 3-1, eventuelle uttalelser fra pasienten, vedkommendes nærmeste pårørende og eventuelt begjærende instans (§ 3-6). Ved vedtak om etablering av tvungent psykisk helsevern må det også ses hen til opplysninger fra eventuell forutgående periode med tvungen observasjon.

Faglig ansvarlig skal personlig undersøke pasienten. Dersom faglig ansvarlig er psykolog, må pasienten i tillegg undersøkes av en lege ved institusjonen (§§ 3-2 første ledd nr. 2 og 3-3 nr. 2).

Særlig om innhenting av opplysninger fra andre

På tross av egen undersøkelse og foreliggende opplysninger, som for eksempel journalopplysninger og informasjon fra nærmeste pårørende, jf. § 3-9, kan grunnlaget for å vurdere om vilkårene for tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern i enkelte tilfeller være utilstrekkelig. Da kan det være nødvendig å innhente ytterligere opplysninger.

En viktig kilde til informasjon er pårørende, som kan opplyse om pasientens tilstand uten medikasjon, pasientens syn på tvang og medikasjon i friske perioder og om pasienten utgjør en fare. En annen kilde til informasjon er andre deler av psykiske helsevern og den kommunale helsetjenesten, herunder fastlege og psykisk helsetjeneste i kommunen. For eksempel vil epikriser fra tidligere behandling i psykisk helsevern ofte være av betydning for en god vurdering av om vilkårene for tvungent vern er oppfylt. Videre vil politi eller andre offentlige instanser kunne være kilder til informasjon.

Helsepersonells taushetsplikt hindrer i utgangspunktet den faglig ansvarlig i å opplyse om at pasienten er innlagt til tvungent vern. Dette vil imidlertid ofte være en forutsetning for at den faglig ansvarlige kan få utlevert relevante og nødvendige opplysninger om pasienten fra kildene nevnt ovenfor.

Det finnes imidlertid flere unntak fra taushetsplikten, som kan gi adgang til å gi opplysninger om pasienten uavhengig av taushetsplikten:

Et viktig utgangspunkt er at den faglig ansvarlige kan utveksle informasjon med enhver som pasienten selv gir den faglig ansvarlige samtykke til å utveksle informasjon med, jf. [helsepersonelloven § 22](#). Dersom pasienten selv ikke er i stand til å samtykke, kan samtykke gis av nærmeste pårørende, jf. helsepersonelloven § 22 tredje ledd.

Nærmeste pårørende har blant annet rett til informasjon om at det vurderes å treffe vedtak om tvungen observasjon og tvungent vern, jf. § 3-9, og faglig ansvarlig vil derfor ikke røpe taushetsbelagte opplysninger dersom vedkommende kontakter nærmeste pårørende for å innhente opplysninger om pasienten. Det samme gjelder for offentlig myndighet som er direkte engasjert i saken, dvs. instans som har tatt initiativ til tvungen observasjon eller tvungent vern, jf. § 3-9. Dette vil for eksempel kunne være politiet.

Taushetsplikten er heller ikke til hinder for at faglig ansvarlig kontakter noen som allerede av andre grunner er kjent med at pasienten er underlagt tvungen observasjon eller tvungent vern, jf. [helsepersonelloven § 23 nr. 1](#). Det vil typisk være aktuelt i forhold til politiet når pasienten blir brakt til legevakt eller institusjon av politiet selv.

Videre kan det, uavhengig av taushetsplikten, utveksles informasjon med annet helsepersonell som samarbeider om behandlingen av pasienten eller tidligere har behandlet pasienten, herunder aktører i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, som fastlege og den psykiske helsetjenesten i kommunen, jf. [helsepersonelloven §§ 25, 45 og 45a](#). En nærmere omtale av helsepersonells adgang til å utveksle journaler og epikriser på tvers av tjenestenivå og institusjoner, herunder i tilfeller der pasienten motsetter seg dette, finnes i Helsedirektoratets rundskriv til helsepersonelloven, se under [§§ 45 og 45a](#).

I visse tilfeller kan også bestemmelsen i [helsepersonelloven § 23 nr. 4](#) gi helsepersonell adgang til å gi opplysninger om pasienten til andre. Vilkåret er at tungtveiende offentlige eller private interesser gjør det rettmessig å gi opplysningene videre. Vilkårene er strenge, jf. begrepet «tungtveiende interesser». Hensynene som taler for å utlevere opplysningene må være vesentlig tyngre enn hensynene til å bevare taushet om dem. Utlevering av opplysningene skal motvirke fare for skader av et visst omfang. Unntaket omfatter i hovedsak truende farer eller situasjoner der det er fare for en alvorlig skadevoldende handling - i utgangspunktet fare for menneskeliv og helse. Unntaket vil derfor være mest aktuelt å vurdere i situasjoner der man skal gjøre risikovurderinger av en pasient og/eller vurdere om farevilkåret i lovens [§ 3-3 bokstav b\)](#) er oppfylt. Det understrekes at innhenting av politiopplysninger ikke kan gjøres rutinemessig.

Den faglig ansvarlige kan for eksempel ha opplysninger fra journal, pårørende og helsepersonell som indikerer at pasienten utgjør en nærliggende og alvorlig fare for andres liv og helse, men opplysningene kan fremstå motstridende eller de lar seg ikke dokumentere eller verifisere i tilstrekkelig grad til å foreta en forsvarlig farevurdering. Det kan etter en konkret vurdering være rettmessig av faglig ansvarlig å kontakte for eksempel politiet for å få avklart forholdet tilstrekkelig. Ikke enhver opplysning åpner for at politiet kan kontaktes. Opplysningene må gi grunn til å tro at det kan være en «nærliggende og alvorlig fare» for at unntaket i bestemmelsen kan brukes.

Helsepersonellet skal ikke utlevere flere opplysninger enn det som er nødvendig for formålet, og som regel vil det være tilstrekkelig å opplyse om at pasienten er under tvungent psykisk helsevern, samt indikere type opplysninger man ønsker utlevert og til hvilket formål.

Instanser det kan være aktuelt å kontakte, kan for eksempel være politi eller barnevern. Det må imidlertid gjøres en konkret vurdering i den enkelte sak av om det er grunn til å tro at de kan besitte relevante eller avgjørende opplysninger. Politiet vil for eksempel kunne bistå med informasjon om dommer og opplysninger fra straffe- og bøteregisteret som viser om pasienten tidligere har vært siktet eller dømt og i så fall for hva, anmeldte forhold som er henlagt på grunn av pasientens psykiske tilstand, prejudisielle eller rettspsykiatrisk erklæringer og ilagte besøksforbud. Det er først og fremst handlinger som har eller kunne ha påført andre mennesker skader som vil være av betydning (vold, trusler, brannstiftelser og lignende), selv om også annen kriminalitet etter forholdene kan være relevant for en farevurdering.

Instansene må på grunnlag av henvendelsen fra faglig ansvarlig, selv vurdere om de har tilstrekkelig informasjon og hjemmelsgrunnlag til å utlevere etterspurte opplysninger til den faglig ansvarlige. Politi og barneverntjenesten reguleres av taushetspliktbestemmelsene i [forvaltningsloven §§ 13-13 f](#) samt særlovgivning for den aktuelle instansen.

Annet ledd bestemmer at vedtaket skal treffes snarest og senest innen 24 timer etter pasientens ankomst til institusjonen. Fristen er absolutt og gjelder uavhengig av helligdager og lignende. Fristen avbrytes ikke av at pasienten overføres mellom avdelinger/ institusjoner i denne perioden. Det skal også treffes vedtak om **ikke** å etablere tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern. Vedtaket skal straks nedtegnes.

Tredje ledd stiller nærmere krav til begrunnelsen av vedtaket. Begrunnelsesplikten er en tydeliggjøring av krav som allerede følger av [forvaltningsloven § 25](#) og alminnelige forvaltningsrettslige prinsipper. Begrunnelsen skal bidra til å dokumentere at lovens krav er oppfylt og gi dem som kravene retter seg mot, en forklaring på vedtaket. Begrunnelsen kan styrke forståelsen for vedtaket og vil være grunnlaget for å klage.

I **tredje ledd nr. 1** oppstilles krav om at faglig ansvarliges vurdering av vilkårene i §§ [3-2 første ledd nr. 1-7](#) og [3-3 nr. 1-7](#) skal fremgå av vedtaket.

I **tredje ledd nr. 2** kreves at det opplyses om pasienten er overført fra frivillig vern, jf. [§ 3-4](#). Det er som utgangspunkt ikke tillatt å overføre en pasient fra frivillig til tvungent vern. Det er gjort unntak fra dette dersom pasienten utgjør en nærliggende og alvorlig fare for eget eller andres liv eller helse. Vedtaket må begrunne hvorfor faglig ansvarlig finner at vilkårene for å benytte unntaket er oppfylt.

Tredje ledd nr. 3 krever en redegjørelse for hvordan fordelene og ulempene ved tvangsinngrepet, herunder forventet behandlingmessig effekt og risiko for varig skade som følge av inngrepet, er vurdert. Denne redegjørelsen kan inngå i helhetsvurderingen som skal gjøres etter [§§ 3-2 nr. 7](#) og [3-3 nr. 7](#), og som også skal nedfelles i vedtaket. Se kommentarene til nr. 1 ovenfor.

Tredje ledd nr. 4 krever at det opplyses om pasientens holdning til og erfaring med bruk av tvang. Det må foretas en konkret vurdering av all informasjon om hvordan pasienten stiller seg til bruk av tvang. Det bør i en slik vurdering blant annet legges vekt på hvor klare de negative holdningene er, hvor faste de er over tid, hvor

nært i tid de ligger og hvor dekkende de er for den aktuelle beslutningen. Denne vurderingen må fremgå av vedtaket

Tredje ledd nr. 5 krever at vedtaket redegjør for pasientens syn på frivillige tiltak. Her må det redegjøres for hvilke tiltak som er foreslått og pasientens syn på disse.

Det fremgår av **fjerde ledd** at vedtak om etablering eller vedtak om ikke å etablere tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern kan påklages til kontrollkommisjonen. Klageberettiget er pasienten, hans eller hennes nærmeste pårørende ([pasient- og brukerrettighetsloven § 1-3 første ledd bokstav b](#)) Hvem som regnes som nærmeste pårørende er omtalt i [Pasient- og brukerrettighetsloven med kommentarer](#). I tillegg har eventuell offentlig myndighet som har fremsatt begjæring om tvungent psykisk helsevern ([§ 3-6](#)), klagerett.

For mer informasjon om nærmeste pårørendes og offentlig myndighets rett til informasjon om vedtaket, se kommentarer til [psykisk helsevernforordningen § 10](#).

Dersom kontrollkommisjonen ved klage på vedtak om **ikke** å etablere tvungent psykisk helsevern, finner at vilkårene er oppfylt, kan den i utgangspunktet velge mellom å treffe nytt vedtak eller å oppheve vedtaket og sende saken tilbake til faglig ansvarlig for ny vurdering ([forvaltningsloven § 34 siste ledd](#)). Kontrollkommisjonen bør vise varsomhet med å endre institusjonens/faglig ansvarliges vedtak om ikke å etablere tvungent psykisk helsevern, da dette pålegger institusjonen/faglig ansvarlig å gjennomføre et tvangsvedtak som institusjonen/faglig ansvarlig ikke selv finner at det er grunnlag for.

Klagebehandlingen omfattes av forvaltningsloven. Dette innebærer blant annet at klagefristen som utgangspunkt er tre uker ([forvaltningsloven § 29](#)).

Fjerde ledd annet punktum gir pasienten utvidet frist til å klage på vedtak om etablering av tvungen observasjon og tvungent psykisk helsevern. Pasienten kan påklage slikt vedtak inntil tre måneder etter at vernet er opphørt.

Pasienten har rett til å la seg bistå av advokat eller annen fullmektig, og har krav på fri sakførsel ([§ 1-7](#)).

I **femte ledd** er det tatt inn en hjemmel for Kongen i statsråd til å gi forskrifter om vedtak og klage etter [§ 3-3 a](#). Dette gir hjemmel for å stille ytterligere krav om vedtak og klage enn det som følger av lovbestemmelsen, herunder hjemmel for å videreføre dagens regler om dette i psykisk helsevernforordningen.

§ 3-4. Forbud mot overføring fra frivillig til tvungent psykisk helsevern

Lovtekst

§ 3-4. Forbud mot overføring fra frivillig til tvungent psykisk helsevern

Den som er under psykisk helsevern etter eget samtykke, kan ikke overføres til tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern mens det frivillige vernet pågår. Forbudet i første ledd gjelder likevel ikke hvor utskrivning innebærer at pasienten

utgjør en nærliggende og alvorlig fare for eget eller andres liv eller helse. I forbindelse med kontroll etter [§ 3-8](#) første ledd skal kontrollkommisjonen ved skriftlig redegjørelse gjøres særskilt oppmerksom på at det er truffet en beslutning om overføring.

Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (psykisk helsevernloven), kapittel 3, § 3-4

Kilde: lovdata.no

Helsedirektoratets kommentarer

Første ledd fastsetter et forbud mot direkte overføring fra frivillig til tvungent psykisk helsevern eller til tvungen observasjon (konvertering av rettslig status). Konverteringsforbudet gjelder både pasienter som er innlagt ved en institusjon og pasienter som følges opp poliklinisk. Konverteringsforbudet gjelder også når tilstanden til en pasient som er under frivillig behandling blir forverret, og pasienten som følge av dette mister samtykkekompetansen i relasjon til helsehjelpen. Pasienten kan da ikke lenger samtykke til hjelpen, og frivillig behandling er ikke lenger aktuelt. Etablering av tvungent vern må da vurderes.

Konverteringsforbudet er begrunnet i hensynet til at pasienter ikke skal unnlate å oppsøke behandling i det psykiske helsevernet av frykt for å bli tvangsinnlagt.

Konverteringsforbudet innebærer ikke et forbud mot at en pasient som er under frivillig vern senere kan underlegges tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern, men det setter krav til måten dette gjøres på. Som hovedregel kan det ikke iverksettes en prosess for etablering av tvungent vern, herunder forutgående legeundersøkelse i henhold til [§§ 3-2 første ledd nr. 2, 3-3 nr. 2](#) og [3-1](#), før det frivillige vernet er opphevet i form av en utskrivelse som innebærer en realitet for pasienten.

Pasienter som er frivillig innlagt ved institusjon

For en pasient som er innlagt ved institusjon innebærer kravet til realitet at vedkommende må få anledning til å forlate institusjonen. Institusjonen plikter i denne sammenheng å sikre at pasienten får forsvarlig oppfølging fra andre instanser i helsetjenesten ([spesialisthelsetjenesteloven § 2-2](#)).

En utskrivelse kan vanskelig vurderes som reell dersom pasienten hentes tilbake rett utenfor institusjonen, et par kvartaler unna eller lignende, eller dersom pasienten blir transportert direkte til legevakt for legeundersøkelse ([§ 3-1](#)) og deretter tilbake til institusjonen.

Dersom pasienten velger å forlate institusjonen, må det imidlertid vurderes å iverksette relativt raske tiltak for å få etablert tvungent psykisk helsevern, for eksempel kontakte kommunelegen for å få et vedtak om tvungen legeundersøkelse ([§ 3-1 annet ledd](#)).

I tilfeller der pasienten motsetter seg behandling, men likevel ønsker å oppholde seg ved institusjonen, er det tilstrekkelig at pasienten informeres om sin rett til å forlate institusjonen og gis rimelig tid til å overveie dette.

Innsatte som er overført fra varetekt eller soning i fengsel til frivillig innleggelse, kan under innleggelsen forverres slik at tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern er aktuelt. I slike tilfeller gjelder i prinsippet konverteringsforbudet. Da pasienten uansett er frihetsberøvet, vil det ikke ha noen rettsikkerhetsmessig betydning for pasienten å bli sendt tilbake til fengsel for å bli fremstilt for lege, for så å bli returnert til psykisk helseverninstitusjonen. Kravet om en ekstern/uavhengig legeundersøkelse gjelder likevel, se kommentarene til [§ 3-3 nr. 2](#) om kravet til ekstern legeundersøkelse.

Pasienter som mottar frivillig poliklinisk behandling

For at en pasient som mottar frivillig poliklinisk behandling kan sies å være under psykisk helsevern, og således omfattes av konverteringsforbudet, må det foreligge et behandlingsopplegg av et visst omfang. Dette må vurderes konkret i det enkelte tilfellet, og ved vurderingen må det ses hen til hvordan behandlingen er lagt opp, hvilken oppfølging pasienten får, regelmessigheten og så videre. For eksempel vil pasienter som kun har hatt sporadiske samtaler ved en poliklinikk, ikke omfattes av forbudet.

Dersom pasientens behandler under en konsultasjon ser at det vil være aktuelt å etablere tvungent vern, må pasienten informeres om dette og gis mulighet til å forlate poliklinikken (unntak ved fare, se bestemmelsens annet ledd). Dersom pasienten da forlater poliklinikken, må det vurderes å iverksette relativt raske tiltak for å få etablert tvungent psykisk helsevern, for eksempel kontakte kommunelegen for å få et vedtak om tvungen legeundersøkelse (§ [3-1 annet ledd](#)).

Konverteringsforbudet er ikke til hinder for at lege ved poliklinikken eller DPS kan være innleggende lege, så lenge kravene i § [3-1](#) for øvrig er oppfylt og legen er «uavhengig» av institusjonen hvor tvungen deretter skal etableres (§§ [3-2 første ledd nr. 2](#) og [3-3 nr. 2](#)). Kjennskap til pasienten gir mulighet til å legge opp en tvangsinnleggelse så skånsomt som mulig for vedkommende, men kan være en utfordring for behandlingsalliansen.

Konverteringsforbudet er ikke aktuelt dersom etablering av tvungent vern starter opp uten at poliklinikken der pasienten får frivillig behandling er involvert (for eksempel fordi pasienten innlegges via legevakt/ fastlege). Konverteringsforbudet er kun aktuelt der det er behandler i forbindelse med frivillig poliklinisk behandling som vurderer at det er nødvendig med tvungent vern.

Selv om pasienten må få forlate poliklinikken hvis vedkommende ønsker dette (med mindre fare), behøver ikke poliklinikken formelt avslutte behandling med epikrise og eventuelt ny henvisning. Ofte vil jo pasienten raskt behøve videre oppfølging ved poliklinikken, for eksempel dersom det likevel ikke etableres tvungent vern, eller når pasienten overføres til tvungent vern uten døgnopphold.

Unntak fra konverteringsforbudet

Annet ledd første punktum fastsetter at konverteringsforbudet ikke gjelder i situasjoner der utskrivelse vil innebære at pasienten på grunn av sin sinnslidelse vil utgjøre en nærliggende og alvorlig fare for eget eller andres liv eller helse. Det understrekes at det skal svært mye til for at unntaket fra konverteringsforbudet skal komme til anvendelse. Det vises i denne sammenheng til omtalen av farevilkåret i § [3-3 nr. 3 bokstav b](#).

Unntak fra konverteringsforbudet for pasienter som er innlagt ved institusjon som er godkjent for tvungent vern med døgnopphold

Unntaket kommer kun til anvendelse i tilfeller der faretilstanden antas å vare over noe tid. Ved faresituasjoner som vurderes å ville vare kun i en meget kort tidsperiode, for eksempel et par døgn i forbindelse med en spesiell hendelse, vil det være mer naturlig at pasienten holdes tilbake på grunnlag av nødrett så lenge faresituasjonen består. Dersom faglig ansvarlig finner at unntaksbestemmelsen kommer til anvendelse, skal det etableres tvungen observasjon/tvungent psykisk helsevern av hensyn til pasientens rettssikkerhet (§§ [3-2](#) eller [3-3](#)).

Unntaket innebærer at det ikke er nødvendig å avslutte det frivillige vernet. Innleggende pasienter kan således holdes tilbake i institusjonen.

Kravet om erklæring fra uavhengig legeundersøkelse (§§ [3-2 første ledd nr. 2](#) og [3-3 nr. 2](#)) gjelder også ved unntak fra konverteringsforbudet. Pasienten må således enten bringes til lege, eller lege må bringes til

pasienten. Dette må løses ut fra lokale forhold og pasientens tilstand. Tilsier pasientens tilstand at vedkommende ikke bringes ut av institusjonen, må institusjonen søke å få for eksempel fastlegen, en legevaktslege, eller en psykiater fra en "uavhengig" del av det psykiske helsevernet (§ 3-3 nr. 2) inn for å vurdere pasienten. Det er ikke et absolutt krav at den eksterne (uavhengige) legen finner farevilkåret oppfylt, men derimot er det selvsagt et krav at den faglig ansvarlige vurderer at farevilkåret er oppfylt for at unntaket fra konverteringsforbudet skal kunne anvendes.

Unntak fra konverteringsforbudet for pasienter som er innlagt ved institusjon i psykisk helsevern som ikke er godkjent for tvungent vern med døgnopphold

Dersom det er behov for å gjøre unntak for konverteringsforbudet for en pasient som er innlagt ved institusjon som *ikke* er godkjent for tvungent vern med døgnopphold, må pasienten overføres til institusjon som er godkjent for døgnopphold for etablering av tvungent vern.

I slike tilfeller kan lege ved den psykisk helseverninstitusjonen hvor pasienten er frivillig innlagt, foreta den første uavhengige legeundersøkelsen. Dette forutsetter at uavhengighetskravet er oppfylt, jf. ([§§ 3-2 første ledd nr. 2](#) og [3-3 nr. 2](#)), dvs. at denne legen og den faglig ansvarlige ved institusjonen der tvungent vern med døgnopphold skal etableres, må oppfylle kravet om uavhengighet. I slike tilfeller behøver altså ikke pasienten undersøkes av legevaktslege/fastlege, men kan bringes direkte til døgnpost godkjent for tvungent psykisk helsevern.

Unntak fra konverteringsforbudet for pasienter som får frivillig poliklinisk behandling

Pasienter som mottar frivillig poliklinisk behandling vil kunne holdes tilbake ved poliklinikken vedkommende har vært til behandling ved, eller eventuelt fremstilles for ekstern legeundersøkelse, og senere bringes til mottakende institusjon dersom lovens farevilkår er oppfylt.

Også her gjelder kravet om erklæring fra uavhengig legeundersøkelse ([§§ 3-2 første ledd nr. 2](#) og [3-3 nr. 2](#)). Der det er en lege som har foretatt den polikliniske konsultasjonen som ender med konvertering, kan denne undersøkelsen regnes som den eksterne legeundersøkelsen, forutsatt at kravet til "uavhengighet" er oppfylt (§ 3-3 nr. 2).

Annet ledd annet punktum: I tilfeller der det besluttes å gjøre unntak fra konverteringsforbudet skal faglig ansvarlig ved institusjonen der det tvungne vernet etableres, gi en skriftlig redegjørelse for dette. Redegjørelsen skal forelegges kontrollkommisjonen sammen med kopi av de øvrige innleggelsespapirene (§ 3-8 første ledd).

Etablering av tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern kan påklages på ordinært vis.

§ 3-5. Hva tvungen observasjon og tvungent psykisk helsevern kan omfatte

Lovtekst

§ 3-5. Hva tvungen observasjon og tvungent psykisk helsevern kan omfatte

Tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern kan gis ved døgnopphold i institusjon som er godkjent for disse formålene. Pasienten kan holdes tilbake mot sin vilje og hentes tilbake ved unnvikelse, om nødvendig med tvang. Dersom det er nødvendig av hensyn til forsvarlig helsehjelp, kan tvungent psykisk helsevern gis ved midlertidig døgnopphold i institusjon som ikke er godkjent etter første ledd. Den godkjente institusjonen skal i slike tilfeller være ansvarlig for det tvungne vernet. Tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern kan også skje uten døgnopphold i institusjon hvor dette er et bedre alternativ for pasienten. Ved vurderingen skal det også tas tilbørlig hensyn til pårørende som pasienten bor sammen med. Tvungen observasjon og tvungent psykisk helsevern kan da bare omfatte pålegg overfor pasienten om frammøte til undersøkelse (tvungen observasjon) eller behandling (tvungent psykisk helsevern). Pasienten kan om nødvendig avhentes. Dersom det er nødvendig kan avhenting gjennomføres med tvang. Tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold kan bare skje under ansvar av en institusjon som er godkjent for den aktuelle behandlingsformen. Kongen i statsråd gir forskrifter om tvungen observasjon og tvungent psykisk helsevern med og uten døgnopphold i institusjon.

Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (psykisk helsevernloven), kapittel 3, § 3-5

Kilde: lovdata.no

Hesledirektoratets kommentarer

Bestemmelsen regulerer hva tvungen observasjon ([§ 3-2](#)) og tvungent psykisk helsevern ([§ 3-3](#)) kan omfatte, og fastsetter at tiltakene kan gjennomføres enten **med** eller **uten** døgnopphold i institusjon.

Første ledd regulerer tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern **med** døgnopphold i døgninstitusjon. Dersom det er truffet vedtak om slikt vern, kan pasienten holdes tilbake på institusjonen mot sin vilje og hentes tilbake ved unnvikelse, om nødvendig med tvang. Tilbakehenting skal skje på en mest mulig skånsom måte for pasienten, og som hovedregel med helsepersonell til stede. Dersom det er behov for å bane seg adgang til bopel eller for fysisk maktutøvelse utenfor institusjon, må politiet bistå ([§ 3-6 annet ledd](#)). Se for øvrig rundskrivet Helsetjenesten og politiets ansvar for psykisk syke - oppgaver og samarbeid.

Døgninstitusjonen pasienten er innlagt ved må være godkjent for ansvar for tvungent psykisk helsevern med døgnopphold ([psykisk helsevernforordningen §§ 2, 3 og 4](#)).

I **annet ledd** er det gjort unntak fra kravet om at døgnoppholdet må finne sted på godkjent institusjon. Formålet med unntaket er å sikre at pasienter som er underlagt tvungent psykisk helsevern kan oppholde seg ved somatisk avdeling i spesialisthelsetjenesten der dette er nødvendig for å kunne gi forsvarlig helsehjelp. Bestemmelsen er et snevert unntak som kan benyttes i tilfeller der pasienten har en slik helsetilstand at det er behov for avansert medisinsk overvåking som ikke kan tilbys i institusjon i det psykiske helsevernet, for eksempel på grunn av en alvorlig spiseforstyrrelse. Pasienten kan også ha opphold på somatisk avdeling **ved**

selve etableringen av det tvungne vernet. Dersom en pasient innlagt i psykiatrisk institusjon får behov for somatisk helsehjelp må pasienten henvises til somatisk avdeling på ordinær måte, og den somatiske avdelingen må vurdere behovet.

Etablering og opprettholdelse av tvungent psykisk helsevern skal også i disse tilfellene skje under ansvar av den godkjente institusjonen. Ansvar for oppfølging av den psykiatriske undersøkelsen og behandlingen av pasienten vil således fortsatt påligge denne institusjonen. De involverte institusjonene må etablere samarbeid som gjør det mulig for den godkjente institusjonen å ivareta ansvaret. Ansvaret for behandlingen av den somatiske tilstanden vil på vanlig måte ligge hos somatisk avdeling.

Bestemmelsen åpner for midlertidig opphold i ikke-godkjent institusjon. Begrepet "midlertidig" må ses i sammenheng med vilkåret om at opphold i somatisk avdeling kun skal finne sted så lenge det vurderes "nødvendig av hensyn til forsvarlig helsehjelp". Hvor lenge dette er tilfelle må vurderes konkret i den enkelte sak.

Bestemmelsene i lovens kapittel 4 vil som utgangspunkt kunne anvendes under oppholdet i somatisk avdeling. Tvangsmidler ([§ 4-8](#)) kan som hovedregel kun benyttes ved institusjon som er godkjent for tvungent psykisk helsevern med døgnopphold ([psykisk helsevernforskriften § 24 første ledd](#)), men i bestemmelsens annet ledd er det gjort unntak for akutte situasjoner. Eventuelle vedtak må treffes av faglig ansvarlig ved institusjonen som er ansvarlig for det tvungne vernet.

Tredje ledd regulerer gjennomføringen av tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern **uten** døgnopphold (TUD).

En pasient som er underlagt tvungent vern uten døgnopphold bor som oftest i egen bolig.

Tvungent psykisk helsevern **uten** døgnopphold kan bare benyttes dersom dette vurderes som et bedre alternativ for pasienten enn tvungent vern **med** døgnopphold, jf. **tredje ledd første punktum**. Hvorvidt dette er tilfelle må avgjøres på bakgrunn av en konkret vurdering der det må ses hen til om pasienten har behov for døgnkontinuerlig omsorg og behandling i institusjon, eller om vernet kan ivaretas tilstrekkelig og forsvarlig uten innleggelse. Vurderingen skal foretas fortløpende. I vurderingen skal det legges særlig vekt på hva pasienten selv ønsker. Ressurshensyn er ikke relevante. Se også [psykisk helsevernforskriften § 11](#) og [§§ 31-34](#).

Pasienten kan bo hjemme eller ha frivillig opphold på en kommunal institusjon eller en institusjon i spesialisthelsetjenesten, for eksempel rusinstitusjon eller institusjon i det psykiske helsevernet. Det kreves ikke at institusjonen pasienten frivillig har opphold ved er godkjent for tvungent psykisk helsevern. Ansvaret for det tvungne vernet må imidlertid ligge hos en institusjon som har godkjenning. Adgangen til slikt opphold er ikke tidsbegrenset. Kravet om at tvungent vern uten døgnopphold må anses som det beste for pasienten, medfører at kombinasjonen tvang uten døgnopphold og frivillig opphold på en institusjon uten godkjenning, ikke kan benyttes overfor pasienter som vurderes å ha behov for tvungent vern i form av opphold på godkjent institusjon (første ledd). Hvis pasienten har behov for døgnopphold i godkjent institusjon må det treffes vedtak om tvungent vern med døgnopphold (første ledd), evt. overføringsvedtak ([§ 4-10](#)).

Pasienter som har frivillig opphold på institusjon i forbindelse med tvungent vern **uten** døgnopphold kan på samme måte som andre frivillige innlagte ikke holdes tilbake i institusjonen. Det skal ved slike innleggelses og utskrivelser ikke treffes § 4-10-vedtak. I tilfeller der det er behov for å holde en pasient tilbake vil dette imidlertid kunne skje ved at det treffes vedtak om overføring til tvungent vern med døgnopphold ([§ 4-10](#)).

Pasienter som er dømt til tvungent psykisk helsevern kan også være under tvungent vern uten døgnopphold, se § 5-4. I vurderingen av hvilken tvangsform som skal benyttes (med eller uten døgnopphold), skal da

hensynet til samfunnsvernet vektlegges, se § 5-3. Se også [Helsedirektoratets brev av 9. mai 2022 \(jnr. 22/4852\)](#) som omhandler kommunens plikt til å ivareta personer dømt til tvungent psykisk helsevern som skrives ut til tvang uten døgnopphold.

En innsatt i kriminalomsorgen kan være under tvungent vern uten døgnopphold. Reglene som oppstilles for tvungent vern uten døgnopphold gjør imidlertid at dette svært sjelden vil være en god løsning under de rammene fengselet gir.

Tvungen observasjon vil av praktiske årsaker primært gjennomføres med døgnopphold i institusjon. Tvungen observasjon kan imidlertid skje uten døgnopphold i institusjonen, dersom dette er tilstrekkelig for å kartlegge vedkommendes sinnstilstand.

Det må eventuelt treffes eget vedtak om behandling uten eget samtykke, jf. § 4-4. Ofte vil bakgrunnen for at tvungen behandling uten døgnopphold vurderes nødvendig, være nettopp muligheten for å gi pasienten behandling med legemidler uten eget samtykke. En pasient på tvungent vern uten døgnopphold vil også kunne pålegges å møte opp for en sjekk/samtale, slik at faglig ansvarlig kan følge med på vedkommendes tilstand. Tiltaket må vurderes som et forholdsmessig og nødvendig. Dette var tilfelle i en sak for Høyesterett, der det ble lagt til grunn at innholdet i det tvungne vernet uten døgnopphold var at pasienten møtte opp til jevnlig samtale (Rt. 2014 s. 807).

I **tredje ledd annet punktum** er det presisert at det ved vurderingen av om tvungent vern uten døgnopphold skal benyttes, skal tas hensyn til pårørende som bor sammen med pasienten.

Vedtaket om tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold innebærer kun et pålegg om at pasienten må møte til undersøkelse eller behandling, jf. **tredje punktum**. Behandling kan bare gis dersom pasienten samtykker eller det er truffet vedtak om behandling uten eget samtykke ([§ 4-4 a](#) og [psykisk helsevernforskriften § 11](#)). Pasienten kan også pålegges fremmøte uten behandling. Se [Helsedirektoratets brev av 7. april 2021 \(jnr. 20/44095\)](#).

Tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold kan ikke omfatte tvangstiltak på pasientens bopel. Denne begrensningen gjelder ikke fullt ut når pasienten har frivillig opphold ved institusjon i det psykiske helsevernet. Se kommentarer til [psykisk helsevernforskriften § 11 tredje ledd](#).

Behandling skal i utgangspunktet gis ved den institusjonen som er ansvarlig for vernet. Den praktiske gjennomføringen av medikamentell behandling, for eksempel utlevering av medisiner på pasientens bopel, kan imidlertid overlates til helsepersonell utenfor det psykiske helsevernet, for eksempel den kommunale helse- og omsorgstjenesten ([psykisk helsevernforskriften § 22 annet ledd](#)). Dette forutsetter at pasienten selv ønsker det og at gjennomføringen skjer under forsvarlig tilsyn og veiledning fra den ansvarlige institusjonen.

Den ansvarlige institusjonen må ha løpende oversikt over pasientens situasjon, slik at det fortløpende kan vurderes om vilkårene for tvungent vern er oppfylt, jf. [§ 3-7](#), jf. [§ 3-3](#).

Tredje ledd fjerde og femte punktum gir hjemmel for at pasienter som er underlagt tvungent vern **uten** døgnopphold om nødvendig kan hentes med tvang. Dersom det blir nødvendig å avhente pasienten flere ganger, må det vurderes om pasienten bør overføres til tvungent vern **med** døgnopphold (første ledd).

Fjerde ledd fastsetter et krav om at tvungent vern **uten** døgnopphold kun kan skje under ansvar av institusjon som er godkjent for ansvar for tvungent psykisk helsevern ([§ 3-5 første ledd](#) og [psykisk helsevernforskriften §§ 2, 3 og 4](#)).

I **femte ledd** er det gitt hjemmel for at det kan gis forskrifter om tvungen observasjon og tvungent psykisk helsevern med og uten døgnopphold. Denne hjemmelen er benyttet ([psykisk helsevernloven §§ 11 og 31-34](#)).

§ 3-6. Varslings- og bistandsplikt for offentlig myndighet

Lovtekst

§ 3-6. Varslings- og bistandsplikt for offentlig myndighet

Offentlig myndighet skal ved varsling av helse- og omsorgstjenesten og ved nødvendig bistand som beskrevet i loven her, bidra til at personer som må antas å fylle vilkårene for tvungent psykisk helsevern, og som ikke selv søker behandling, blir undersøkt av lege. Om nødvendig skal det fremmes begjæring om tvungen undersøkelse, tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern. Offentlig myndighet skal gi nødvendig bistand for å få vedkommende til tvungen undersøkelse eller tvungen observasjon eller bringe vedkommende under tvungent psykisk helsevern. Offentlig myndighet skal også gi nødvendig bistand i forbindelse med avhenting eller tilbakehenting etter bestemmelsene i loven her. Offentlig myndighet kan om nødvendig anvende tvang. Kongen kan gi forskrift om innholdet i offentlige myndigheters plikter etter første og annet ledd.

Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (psykisk helsevernloven), kapittel 3, § 3-6

Kilde: lovdata.no

Helsedirektoratets kommentarer

Første ledd første punktum pålegger offentlig myndighet ansvar overfor personer som er alvorlig psykisk syke, og som ikke selv oppsøker det psykiske helsevernet. Ansvarer gjelder overfor personer offentlig myndighet kommer i kontakt med eller blir informert om gjennom sin virksomhet. Plikten består i at offentlig myndighet skal varsle helsetjenesten og eventuelt bistå helsetjenesten med å bringe personen til legeundersøkelse.

Som det fremgår av [§ 1-3](#) omfatter begrepet offentlig myndighet kommunelegen (eventuelt stedfortreder), den kommunale helse- og omsorgstjenesten, sosialtjenesten, politiet og kriminalomsorgen.

Kravet om at personen "må antas" å oppfylle vilkårene for tvungent psykisk helsevern ([§ 3-3](#)), innebærer at det må vurderes som sannsynlig at dette er tilfelle. Vurderingen foretas av personer uten spesialkompetanse på psykiske lidelser, og det stilles derfor ikke strenge krav til denne.

Første ledd annet punktum pålegger offentlig myndighet å fremme begjæring om tvungen undersøkelse ([§ 3-1 annet ledd](#)), tvungen observasjon ([§ 3-2](#)) eller tvungent psykisk helsevern ([§ 3-3](#)) der dette vurderes nødvendig.

Nødvendighetskravet er tatt inn for å presisere at tvang kun skal benyttes i tilfeller der det ikke finnes frivillige alternativer ([§§ 3-2 første ledd nr. 1](#) og [3-3 nr. 1](#)). Begjæringen er ikke en forutsetning for iverksettelse av de nevnte tiltakene. Begjæringsplikten må ses i sammenheng med varslingsplikten (første ledd) og formålet om å sikre nødvendig helsehjelp til alvorlig syke personer som ikke selv oppsøker helsetjenesten.

Begjæring om tvungen legeundersøkelse skal fremsettes til kommunelegen ([§ 3-1 annet ledd](#)).

Begjæring om tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern skal fremsettes overfor en institusjon i det psykiske helsevernet som er godkjent for ansvar for tvungent psykisk helsevern ([§ 3-5 første og fjerde ledd](#)). Det er gitt nærmere bestemmelser om slike begjæringer i [psykisk helsevernforordningen § 7](#).

Når offentlig myndighet fremsetter begjæring om tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern, vil denne myndigheten få rett til å klage på avslag om slik begjæring og på opphør av vernet ([§§ 3-3 a tredje ledd](#) og [3-7 fjerde ledd](#)). Begjærende myndighet har rett til å uttale seg før slike vedtak treffes ([§ 3-9](#)), og skal informeres om slike vedtak og om sin klagerett ([psykisk helsevernforordningen § 10 tredje ledd](#)).

Offentlig myndighet må ha systemer for å ivareta sin plikt til å fremsette begjæring etter denne bestemmelsen.

Annet ledd pålegger offentlig myndighet å gi nødvendig bistand i forbindelse med etablering og gjennomføring av tvungen observasjon (§ 3-2) og tvungent psykisk helsevern (§3-3), herunder tvungen legeundersøkelse (§ 3-1). Kravet om at bistanden skal være nødvendig relaterer seg til den enkelte myndighets oppgaver. Bestemmelsen er særlig aktuell i forbindelse med politiets bistand. Det forutsettes at transport skal skje på en mest mulig skånsom måte for pasienten, noe som tilsier at bistand fra den kommunale helse- og omsorgstjenesten også kan være aktuelt.

Helsetjenesten må i hvert enkelt tilfelle foreta en konkret vurdering av om bistand fra politiet er nødvendig, og det foreligge rutiner ved institusjonen som sikrer dette. Politiets bistand bør først og fremst være nødvendig når det er behov for å bruke makt utenfor institusjon, når en person antas å ville påføre seg selv eller andre skade og helsepersonell ikke er i stand til å avverge dette selv, eller når det er nødvendig for å bane seg adgang til hus, rom eller lignende. Det vises til rundskrivet [Helsetjenestens og politiets ansvar for psykisk syke - oppgaver og samarbeid](#).

Annet ledd tredje punktum gir hjemmel for bruk av tvang. Fysisk maktutøvelse utenfor institusjon kan bare utøves av politiet. Maktbruk utenfor institusjon utøvet av helsepersonell, kan bare benyttes i nødrettssituasjoner.

Forskriftshjemmelen i **tredje ledd** er ikke benyttet.

§ 3-7. Vedtak om opphør av tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern

Lovtekst

§ 3-7. Vedtak om opphør av tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern

Ingen kan beholdes under tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern etter [§ 3-5](#) uten at vilkårene i [§ 3-2](#) første ledd eller [§ 3-3](#) første ledd fremdeles er oppfylt.

Den faglig ansvarlige vurderer om tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern skal opprettholdes, og treffer vedtak om opphør av vernet dersom vedkommende finner at de krav og vilkår som nevnt i første ledd ikke lenger er tilstede. Pasienten, samt dennes nærmeste pårørende, kan når som helst be om at tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern opphører. Den faglig ansvarlige treffer vedtak i saken. Pasienten eller vedkommendes nærmeste pårørende eller eventuelt den myndighet som har begjært tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern, kan påklage den faglig ansvarliges vedtak etter annet og tredje ledd til kontrollkommisjonen. Pasienten kan påklage vedtak om opprettholdelse av tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern i inntil 3 måneder etter at observasjonen eller vernet er opphørt. Dersom klage fremsettes, kan kontrollkommisjonens leder beslutte utsatt iverksetting av vedtak som nevnt i annet ledd inntil klagesaken er avgjort.

Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (psykisk helsevernloven), kapittel 3, § 3-7

Kilde: lovdata.no

Helsedirektoratets kommentarer

Bestemmelsens **første ledd** fastslår at ingen kan holdes tilbake under tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern med mindre vilkårene som beskrevet i [§§ 3-2](#) og [3-3](#) fremdeles er oppfylt. Da det er faglig ansvarlig som treffer vedtak om tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern, er det naturlig at det også er faglig ansvarlig som avgjør om tvang skal opprettholdes. Hvem som er faglig ansvarlig er regulert i [§ 1-4](#).

Annet ledd: Faglig ansvarlig skal fortløpende vurdere om vilkårene for tvungent psykisk helsevern er oppfylt, og foreta en personlig undersøkelse av pasienten minst hver tredje måned ([§ 4-9](#)). Vedtak om opphør av tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern skal nedtegnes i pasientens journal. Dersom pasienten rømmer har institusjonen adgang til å skrive ut pasienten etter noe tid, siden det da ikke lenger er grunnlag for å vurdere om vilkårene for tvungent vern er oppfylt. Se også [Helsedirektoratets brev av 3.7.2014 \(24/15192\)](#) om opphørsvedtak når pasienten befinner seg i utlandet.

Etter **fjerde ledd** kan den faglig ansvarliges vedtak i saken påklages til kontrollkommisjonen. Pasienten og hans eller hennes nærmeste pårørende ([pasient- og brukerrettighetsloven § 1-3 første ledd bokstav b](#)) har klagerett. Dersom offentlig myndighet har begjært tvungent psykisk helsevern, har også denne myndigheten klagerett. Offentlig myndighet er definert i [§ 1-3](#).

Underretning om vedtaket (vedtak om opprettholdelse eller opphør av tvungent vern) skal gis **både** til pasienten, til nærmeste pårørende og til eventuell begjærende instans. Nærmeste pårørende og begjærende instans har selvstendig klagerett, og skal gis den informasjon som er nødvendig for å kunne klage, uavhengig

av pasientens samtykke. Nødvendig informasjon er informasjon om at vedtak er fattet, hva som er bestemt og begrunnelsen for vedtaket. Det skal videre gis opplysning om klageadgang, klagefrist, klageinstans og fremgangsmåte ved klage. Slik informasjon skal gis så snart som mulig, og skal som hovedregel gis skriftlig. I praksis vil nærmeste pårørende og offentlig myndighet gis kopi av vedtaksskjema. Se også kommentarer til [psykisk helsevernforordningen § 10 tredje ledd](#).

Klagefristen på forvaltningsvedtak er tre uker, jf. [forvaltningsloven § 29](#). Pasienten er gitt en **utvidet** klagefrist på vedtak om opprettholdelse av tvungen observasjon og tvungent psykisk helsevern. Slike vedtak kan påklages inntil tre måneder etter at vernet er opphørt.

Pasienten har rett til å la seg bistå av advokat eller annen fullmektig, og har krav på fri rettshjelp ([§ 1-7](#)).

Det er viktig å merke seg at det ikke kan fremsettes ny klage på samme vedtak før det har gått minst seks måneder ([§ 6-4 åttende ledd](#)).

Dersom kontrollkommisjonen, ved klage på vedtak om opphør av tvungent psykisk helsevern, finner at vilkårene for tvungent psykisk helsevern er oppfylt, kan den i utgangspunktet velge mellom å treffe nytt vedtak eller å oppheve vedtaket og sende saken tilbake til den faglig ansvarlige for ny vurdering ([forvaltningsloven § 34 siste ledd](#)). Kontrollkommisjonen bør vise varsomhet med å endre førsteinstansen (institusjonens) ikke-etableringsvedtak, fordi det i realiteten vil pålegge institusjonen å gjennomføre et tvangsvedtak som institusjonen ikke finner at det er grunnlag for.

Etter **fjerde ledd siste punktum** gis som hovedregel ikke klage på vedtak om opphør av tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern oppsettende virkning (oppsettende virkning innebærer at iverksettelsen av vedtak utsettes til klagen er behandlet). Kontrollkommisjonens leder kan imidlertid beslutte oppsettende virkning av slikt utskrivelsesvedtak inntil klagesaken er avgjort. Dette vil for eksempel kunne være aktuelt dersom det er grunn til å tro at det ligger en ressursmessig begrunnelse bak vedtaket om opphør av tvangsvernet. Det er derfor viktig at pasient, nærmeste pårørende og eventuell offentlig myndighet så tidlig som mulig underrettes om at vedtak vil bli fattet, og dermed gis mulighet til å fremme klage og eventuelt anmode om oppsettende virkning.

Det er for øvrig ikke gitt bestemmelser i psykisk helsevernloven om oppsettende virkning ved klage over vedtak om å **etablere eller ikke etablere** tvungen observasjon ([§ 3-2](#)). Her må en falle tilbake på de alminnelige reglene om oppsettende virkning i [forvaltningsloven § 42](#).

Tvungent psykisk helsevern opphører på følgende måter:

- Ved at den faglig ansvarlige opphever vedtaket etter
 - eget initiativ ([§ 3-7 annet ledd](#))
 - begjæring fra pasienten selv eller dennes nærmeste pårørende ([§ 3-7 tredje ledd](#))
- Ved at kontrollkommisjonen opphever vedtaket etter
 - dokumentkontroll ([§ 3-8 første ledd](#))
 - tremånederskontroll ([§ 3-7 annet ledd](#))
 - behandling av klage ([§ 3-7 fjerde ledd](#), jf. [§ 6-4](#))
 - nektelse av samtykke til forlengelse etter ett år ([§ 3-7 tredje ledd](#))
- Ved at domstolene opphever vedtaket ([§ 7-1](#) og [tvisteloven kapittel 36](#))
- Ved passivitet, det vil si at det ikke sendes søknad om forlengelse av vernet etter ett år ([§ 3-7 tredje ledd](#))

Tvungen observasjon opphører på følgende måter:

- Ved at den faglig ansvarlige opphever vedtaket etter

- eget initiativ ([§ 3-7 annet ledd](#))
- begjæring fra pasienten selv eller dennes nærmeste pårørende ([§ 3-7 tredje ledd](#))
- Ved at kontrollkommisjonen opphever vedtaket etter
 - dokumentkontroll ([§ 3-8 første ledd](#))
 - behandling av klage ([§ 3-7 fjerde ledd](#), jf. [§ 6-4](#))
- Ved at tidsfristen går ut ([§ 3-2 annet ledd](#)).

§ 3-8. Etterprøving uten klage samt opphør og forlengelse av tvungent psykisk helsevern

Lovtekst

§ 3-8. Etterprøving uten klage samt opphør og forlengelse av tvungent psykisk helsevern

Når noen blir undergitt tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern, skal underretning sendes kontrollkommisjonen sammen med kopi av underlagsdokumentene. Kontrollkommisjonen skal så snart som mulig forvise seg om at riktig framgangsmåte er fulgt og at vedtaket bygger på en vurdering av vilkårene i [§§ 3-2](#) eller [3-3](#). Dersom det ikke klages over etableringen av tvungent psykisk helsevern, skal likevel kontrollkommisjonen, når det har gått tre måneder etter vedtaket, av eget tiltak vurdere om det er behov for tvungent vern og kontrollere at det foreligger en individuell plan for pasienten, jf. [§ 4-1](#). Tvungent psykisk helsevern opphører etter ett år hvis ikke kontrollkommisjonen samtykker i at vernet forlenges. Kommisjonen kan samtykke i forlengelse av vernet med inntil ett år av gangen, regnet fra årsdagen for etableringen.

Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (psykisk helsevernloven), kapittel 3, § 3-8

Kilde: lovdata.no

Hesledirektoratets kommentarer

Første ledd omhandler den kontroll som kontrollkommisjonen skal utøve når noen blir undergitt tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern.

Bestemmelsen fastsetter at kontrollkommisjonen skal få kopi av vedtak om tvungen observasjon ([§ 3-2](#)) eller tvungent psykisk helsevern ([§ 3-3](#)), og underlagsdokumentene for disse. Det vil si uttalelse fra ekstern lege ([§ 3-1](#)) og eventuell begjæring. På bakgrunn av opplysningene i dokumentene skal kontrollkommisjonen så snart som mulig foreta kontroll av at lovens krav til framgangsmåte er oppfylt og at de grunnleggende vilkårene for bruk av tvang er vurdert.

I **annet ledd** er det fastsatt at kontrollkommisjonen på eget initiativ skal vurdere behovet for fortsatt tvungent psykisk helsevern etter tre måneder for pasienter som ikke selv har påklaget vedtaket. Se også psykisk helsevernforskriften § 58. Det skal også kontrolleres at det foreligger individuell plan i henhold til [§ 4-1](#). Vurderingen skal bare foretas én gang, dvs. at kontrollkommisjonen ikke skal foreta tilsvarende vurderinger ved seks og ni måneder. Se nærmere omtale av tre måneders kontrollen i saksbehandlingsrundskrivet for kontrollkommisjonen. Forsinket vurdering vil ikke ha betydning for etableringsvedtakets gyldighet.

Ved kontrollen av behovet for fortsatt vern skal det foretas prøving av lovens materielle vilkår ([§ 3-3](#)). Kontrollkommisjonen kan prøve alle sider av saken. Det skal særlig legges vekt på hensiktsmessighetsvurderingen ([§ 3-3 nr. 7](#)). Det er imidlertid kun anledning til å prøve hvorvidt det tvungne vernet skal opprettholdes. Det nærmere innholdet i det tvungne vernet kan ikke overprøves, for eksempel hvilken form for tvungent vern en pasient skal være underlagt eller om vedkommende skal gis behandling uten eget samtykke.

Ved kontroll av individuell plan skal det kun påses at slik plan faktisk foreligger. Vurderingen av planens kvalitative innhold hører inn under tilsynsmyndighetenes ansvarsområde. Mangel på individuell plan vil ikke i seg selv gi grunnlag for å oppheve tvungent vern, men kan være en indikasjon på manglende planlegging av pasientens behandling og videre oppfølging. Dette kan sammen med andre momenter tilsi opphør av det tvungne vernet etter hensiktsmessighetsvurderingen.

Kontrollkommisjonens vedtak om etterprøving etter tre måneder treffes av en fulltallig kommisjon, og skal være skriftlig og begrunnet.

Tredje ledd fastsetter at et vedtak om tvungent psykisk helsevern opphører etter ett år dersom kontrollkommisjonen ikke samtykker til at vernet forlenges. Se også [psykisk helsevernforskriften § 59](#). Denne fristen er absolutt, slik at konsekvensen av eventuell forsinkelse er at det tvungne vernet opphører. Nytt tvungent vern må eventuelt etableres etter de ordinære reglene i [§ 3-3](#).

Det er den ansvarlige institusjonen som må ta initiativ til forlengelse ([psykisk helsevernforskriften § 14](#)), som fastsetter at begjæring om forlengelse må være kontrollkommisjonen i hende senest fire uker før det tvungne vernet utløper.

Tredje ledd annet punktum: Tvungent psykisk helsevern kan forlenges med inntil ett år av gangen. Fristberegningen skjer fra tidspunktet for etablering av tvungent psykisk helsevern (ikke fra eventuell etablering av forutgående tvungen observasjon eller fra det forrige samtykket fra kontrollkommisjonen). Dersom kontrollkommisjonens vedtak går ut på *ikke* å gi samtykke til forlengelse, opphører det tvungne vernet straks kommisjonens vedtak er truffet, og altså ikke fra årssdato for etableringen av det tvungne vernet.

Dersom pasienten har frivillig opphold ved en annen institusjon enn den som er ansvarlig for det tvungne vernet, og de to institusjonene har ulike kontrollkommisjoner, skal kommisjonen ved institusjonen som er ansvarlig for det tvungne vernet foreta tre måneders kontroll og ett års forlengelse, og være klageinstans for klager som gjelder vedtak om tvungent psykisk helsevern. Klager på eventuelle gjennomføringsvedtak som er truffet av den institusjonen som pasienten frivillig oppholder seg i, bør behandles av kontrollkommisjonen ved denne institusjonen.

Utfyllende bestemmelser om kontrollkommisjonens saksbehandling ved dokumentkontroll, tre måneders kontroll og ett års forlengelse er gitt i [psykisk helsevernforskriften §§ 57-59](#).

Se også [Saksbehandlingsrundskriv for kontrollkommisjonene i det psykiske helsevern](#).

§ 3-9. Rett til å uttale seg

Lovtekst

§ 3-9. Rett til å uttale seg

Før vedtak fattes etter dette kapittel, skal den person saken direkte gjelder, gis anledning til å uttale seg. Retten til å uttale seg gjelder blant annet spørsmålet om etablering av tvungen observasjon og tvungent psykisk helsevern, samt hvilken institusjon som skal ha ansvaret for det tvungne vernet. Også vedkommendes nærmeste pårørende og offentlig myndighet som er direkte engasjert i saken, har rett til å uttale seg. Opplysningene etter første ledd skal nedtegnes og ligge til grunn for vedtaket. Det skal legges særlig vekt på uttalelser om tidligere erfaring med bruk av tvang.

Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (psykisk helsevernloven), kapittel 3, § 3-9

Kilde: lovdata.no

Helsedirektoratets kommentarer

Første ledd: Bestemmelsen fastsetter pasientens rett til å uttale seg før det treffes vedtak med hjemmel i psykisk helsevernloven kapittel 3, for eksempel i spørsmålet om det skal etableres tvungent psykisk helsevern og ved hvilken institusjon slikt vern eventuelt skal etableres, jf. [pasient- og brukerrettighetsloven § 2-4](#) (rett til å velge behandlingssted).

Pasienten har også rett til å uttale seg i forkant av kontrollkommisjonens vedtak om tre måneders kontroll og ett års kontroll, jf. [§ 3-8 andre og tredje ledd](#). Kontrollkommisjonen skal gjøre pasienten oppmerksom på dette, som hovedregel skriftlig. Dersom pasienten er under tvungent vern med døgnopphold, bør kontrollkommisjonen personlig gjøre pasienten oppmerksom på retten til å uttale seg. Se nærmere om dette i [Saksbehandlingsrundskriv for kontrollkommisjonene i det psykiske helsevernet](#). Dette er en forsterket rett i forhold til pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 3, og bestemmelsen tydeliggjør at slike uttalelser skal vektlegges.

Som utgangspunkt har pasienten rett til å velge behandlingssted ([pasient- og brukerrettighetsloven § 2-4 første ledd](#), jf. [psykisk helsevernloven § 1-5](#)). Dette gjelder ikke i tilfeller der valget vurderes å være uforsvarlig eller i betydelig grad egnet til å svekke formålet med det tvungne vernet ([pasient- og brukerrettighetsloven § 2-4 fjerde ledd](#)).

Det følger av **første ledd tredje punktum** at også pasientens nærmeste pårørende og offentlig myndighet som er direkte engasjert i saken vil ha rett til å uttale seg. Nærmeste pårørende kan ha viktig informasjon om pasientens tilstand og fungering med og uten behandling som kan påvirke faglig ansvarliges vurderinger. Hvem som er pasientens nærmeste pårørende er regulert i [pasient- og brukerrettighetsloven § 1-3 første ledd bokstav b](#). Denne retten forutsetter på samme måte som klageretten at det gis informasjon om at et slikt vedtak skal treffes, se kommentarer til [psykisk helsevernforordningen § 10](#). Det bør generelt settes av god tid til kommunikasjon med pårørende. [Veileder om pårørende i helse og omsorgstjenesten](#) gir nyttig informasjon og veiledning om pårørendekontakt.

Begrepet offentlig myndighet er regulert i loven [§ 1-3](#). Offentlig myndighet regnes som "direkte involvert i saken" dersom den aktuelle myndigheten har tatt initiativ til/vært begjærende instans i forhold til vedtaket som skal treffes ([§ 3-6 første ledd](#)).

I **annet ledd første punktum** er det fastsatt at opplysninger som gis i henhold til første ledd skal dokumenteres, og at de skal ligge til grunn for vedtaket.

Annet ledd annet punktum fastsetter at det skal legges særlig vekt på uttalelser om erfaring med bruk av tvang. Dette følger allerede av kravet til helhetsvurdering i [§§ 3-2 nr.7](#) og [3-3 nr. 7](#), men er gjentatt i denne bestemmelsen for å understreke prinsippets viktighet.

Dersom pasienten eller pårørende har gitt uttrykk for at pasienten har hatt negative erfaringer med tvungen psykisk helsevern eller bestemte tvangstiltak, innebærer dette en høyere terskel for gjentakelse av slike tiltak, og en særlig forpliktelse til å vurdere alternativer.

§ 3-10. Forskrifter om tvungen psykisk helsevern

Lovtekst

§ 3-10. Forskrifter om tvungen psykisk helsevern

Kongen kan gi nærmere forskrifter om hvordan etablering av tvungen observasjon og tvungen psykisk helsevern gjennomføres. Kongen i statsråd kan dessuten gi forskrifter om godkjenning av institusjoner som kan anvende eller være ansvarlige for tvungen observasjon og tvungen psykisk helsevern etter [§ 3-5](#) og om de nærmere vilkårene for slik godkjenning.

Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (psykisk helsevernloven), kapittel 3, § 3-10

Kilde: lovdata.no

Helsedirektoratets kommentarer

Med hjemmel i **første ledd** er det i [forskrift 16. desember 2011 nr. 1258 om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern mm. \(psykisk helsevernloven\) kapittel 2](#) gitt utfyllende regler om prosedyren ved etableringen av tvungen psykisk helsevern.

Med hjemmel i **annet ledd** er det i samme forskrift innført en særlig godkjenningsordning i [§§ 2, 3 og 4](#). Godkjenningsordningen omfatter både institusjoner som skal motta pasienter til tvungen psykisk helsevern med døgnopphold ([lovens § 3-5 første ledd](#)), og institusjoner som skal ha ansvar for tvungen psykisk helsevern uten døgnopphold ([lovens § 3-5 annet ledd](#)).

Pasient- og brukerrettighetsloven med kommentarer

Rundskriv

Først publisert: 01. april 2015
Siste faglige endring: 03. mars 2025

KAPITTEL 4A

Helsehjelp til pasienter uten samtykkekompetanse som motsetter seg helsehjelpen mv.

Siste faglige endring: 28. september 2021

§ 4A-1 Formål

Lovtekst

§ 4A-1. Formål

Formålet med reglene i dette kapitlet er å yte nødvendig helsehjelp for å hindre vesentlig helseskade samt å forebygge og begrense bruk av tvang. Helsehjelpen skal tilrettelegges med respekt for den enkeltes fysiske og psykiske integritet, og så langt som mulig være i overensstemmelse med pasientens selvbestemmelsesrett.

Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven), kapittel 4a, § 4A-1

Kilde: lovdata.no

Helsedirektoratets kommentarer

Denne bestemmelsen omtaler formålet med reglene i kapittel 4A. Ved tvil om forståelsen av en annen bestemmelse i pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4A vil formålsbestemmelsen kunne gi viktige momenter til fortolkningen.

Det fremgår av **første ledd** at formålet er todelt:

For det *første* skal reglene sikre nødvendig helsehjelp til pasienter uten samtykkekompetanse og som motsetter seg helsehjelpen.

Det er et grunnleggende prinsipp at pasienten selv skal samtykke til hjelpen. Samtykke fra andre er ikke tilstrekkelig grunnlag for å yte helsehjelp i tilfeller der pasienten motsetter seg helsehjelpen. Reglene i kapittel 4A åpner for at denne helsehjelpen under visse vilkår kan gis selv om pasienten motsetter seg helsehjelpen.

For det *andre* skal reglene forebygge og redusere bruken av tvang.

Formålet om forebygging og begrensning av tvang kommer til uttrykk gjennom strenge vilkår for å yte helsehjelp med tvang, særskilte saksbehandlingsregler og regler om overprøving og kontroll. Helsepersonell skal som hovedregel prøve tillitsskapende tiltak, slik at pasienten oppgir sin motstand mot helsehjelpen, før det eventuelt vurderes å yte helsehjelpen ved bruk av tvang. Tvangstiltak skal ikke brukes for å spare ressurser eller på grunn av mangelfull kompetanse.

Formålsbestemmelsens **andre ledd** understreker og fremhever at helsehjelpen må tilrettelegges med respekt for pasientens fysiske og psykiske integritet. På bakgrunn av pasientens utsagn og oppførsel og den kjennskap helsepersonell og pårørende har til pasienten, må det legges til rette for at pasienten kan utøve sin selvbestemmelsesrett så langt som mulig.

§ 4A-2 Virkeområde

Lovtekst

§ 4A-2. Virkeområde

Kapitlet kommer til anvendelse når helsepersonell yter helsehjelp til pasienter over 16 år som mangler samtykkekompetanse, jf. [kapittel 4](#), og som motsetter seg helsehjelpen. Undersøkelse og behandling av psykisk lidelse uten eget samtykke kan likevel bare skje med hjemmel i [lov 2. juli 1999 nr. 62](#) om psykisk helsevern.

Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven), kapittel 4a, § 4a-2

Kilde: lovdata.no

Helsedirektoratets kommentarer

Hvem gjelder kapittel 4A for?

Kapitlet gjelder for myndige og mindreårige over 16 år, dvs. personer over den helserettslige myndighetsalder, samt personer *fratatt rettslig handleevne på det personlige området etter [vergemålsloven § 22 tredje ledd](#)*.

Kapittel 4A gjelder kun for *pasienter* som mottar helsehjelp. Kapitlet 4A gir ikke adgang til å anvende tvang overfor *brukere* av tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven som ikke er helsehjelp.

Gjelder pasienter som mangler samtykkekompetanse

Videre er det et vilkår at pasienten mangler samtykkekompetanse. Om pasienten har samtykkekompetanse eller ikke, må vurderes etter bestemmelsene i [pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4](#).

Reglene gjelder uavhengig av årsaken til bortfall av samtykkekompetanse. Ulike sykdommer og tilstander kan påvirke pasientens samtykkekompetanse. Det kan for eksempel være demens, psykisk utviklingshemning, psykisk sykdom eller forskjellige former for hjerneskade. Til tross for at det er ulikheter mellom de ulike diagnosegruppene, er problemstillingene knyttet til manglende samtykkekompetanse og bruk av tvang for en stor del de samme.

Gjelder pasienter som motsetter seg helsehjelpen

Kapittel 4A gjelder i de tilfeller der pasienten motsetter seg tilbud om somatisk helsehjelp. Dersom pasient uten samtykkekompetanse ikke motsetter seg helsehjelpen, gjelder reglene i [§ 4-6](#) og eventuelt [§ 4-6a](#).

Pasientens motstand kan komme til uttrykk verbalt eller fysisk. Uttrykksformen er ikke avgjørende. Å avgjøre om pasienten motsetter seg helsehjelpen, blir i mange tilfelle et spørsmål om å tolke reaksjonene til pasienten. Dette krever gjerne god kjennskap til vedkommende. Utgangspunktet for kapittel 4A er at pasienter i størst mulig grad skal få den helsehjelpen som de antas å ville ha takket ja til dersom de hadde hatt samtykkekompetanse. I denne sammenhengen er det viktig å understreke at også en pasient uten samtykkekompetanse kan ha rasjonelle grunner til å motsette seg helsehjelpen.

Tilgjengelig informasjon om pasienten og vedkommendes grunner for motstand skal inngå i beslutningsgrunnlaget når det treffes vedtak om helsehjelp etter kapittel 4A. Nærmeste pårørende kan ofte gi viktig informasjon. Helsepersonell som har arbeidet tett med pasienten over tid, kan også bidra med informasjon som klargjør hvilke ønsker og motforestillinger pasienten har med hensyn til den helsehjelpen som blir tilbudt. Det følger dessuten av kravet til faglig forsvarlig hjelp i [helsepersonelloven § 4](#) at den som tar avgjørelse om å gi helsehjelp til en pasient som motsetter seg helsehjelpen, plikter å ta avgjørelsen på faglig forsvarlig grunnlag.

I vurderingen av om pasienten viser motstand må det også tas hensyn til pasientens evne til å vise motstand. Hvorvidt pasienten viser motstand, må baseres på et konkret skjønn. Dersom helsepersonell er i tvil, må det legges til grunn at pasienten motsetter seg hjelpen, og helsehjelpen må ytes etter reglene i kapittel 4A.

Også forventet motstand faller inn under de situasjonene som reguleres av kapittel 4A. Forventet motstand skal dermed likestilles med motstand som uttrykkes fysisk eller verbalt.

Et praktisk eksempel fra eldreomsorgen er pasienten med demens som stadig gir uttrykk for motvilje mot å ta nødvendige legemidler. Når helsepersonellet ut fra tidligere erfaringer med pasienten vet at pasienten høyst sannsynlig vil motsette seg tilbudet om medisin, kan det for eksempel være anledning til å gi medisin i syltetøy (forutsatt at vilkårene etter loven for øvrig er oppfylt).

Det kan likevel ikke legges til grunn at pasienten vil motsette seg helsehjelp i et konkret tilfelle, selv om pasienten generelt er lite samarbeidsvillig. Det kan altså ikke treffes vedtak om tvang basert på en generell forventning om motstand, med den hensikt å unngå en motstandssituasjon.

I den samlede vurderingen av om det skal ytes tvungen helsehjelp, skal det også legges vekt på *graden* av motstand. Dette blir nærmere omtalt i kommentarene til § 4A-3.

Hvilke former for helsehjelp omfattes

Helsehjelp etter kapittel 4A omfatter i utgangspunktet alle handlinger som har forebyggende, diagnostisk, behandlende, helsebevarende, rehabiliterende formål eller pleie- og omsorgsformål, og som utføres av helsepersonell, jf. [§ 1-3 bokstav c](#).

Det er likevel ikke all helsehjelp som kan gis til en pasient uten samtykkekompetanse som motsetter seg helsehjelpen. Vilkårene i § 4A-3 må være oppfylt; blant annet må helsehjelpen være nødvendig i den forstand at pasienten risikerer vesentlig helseskade dersom den ikke gis. Vilkårene omtales nærmere under kommentarene til § 4A-3.

Nærmere om helsehjelpen

Med helsehjelp menes for det første *forebygging*, dvs. tiltak som tar sikte på å hindre at sykdom, skade, lidelse eller funksjonshemning oppstår. Forebyggende helsehjelp vil bl.a. kunne være aktuelt innen tannhelsestjenesten.

Med diagnostisering (undersøkelse) menes de tiltak som blir gjennomført for å fastslå hvilken sykdom, skade, lidelse eller funksjonshemning pasienten har. Diagnostisering er ofte en forutsetning for å finne ut om behandling er nødvendig. Manglende diagnostisering kan føre til at pasienten ikke får nødvendig helsehjelp og at det oppstår vesentlig helseskade. Dersom vilkårene i § 4A-3 for øvrig er oppfylt, er diagnostisering en form for helsehjelp som kan gjennomføres selv om pasienten motsetter seg hjelpen.

Helsehjelp med behandlende formål tar sikte på hel eller delvis helbredelse, og dermed en endring i pasientens helsetilstand. Behovet for slik hjelp er i mange tilfelle slik at vilkårene i § 4A-3 må anses oppfylt.

Helsehjelp omfatter også handlinger som har helsebevarende formål, dvs. handlinger som ikke har som mål å helbrede, men å holde pasienten "så frisk som mulig" og hindre at tilstanden forverrer seg, eller å lindre tilstander eller smerter, for eksempel terminalpleie. Helsepersonellets mulighet til å vedta tvungen helsehjelp etter kapittel 4A, begrenser likevel ikke pasientens rett til å nekte livsforlengende behandling etter pasient- og brukerrettighetsloven [§ 4-9 andre ledd](#). Dersom en døende pasient har motsatt seg livsforlengende behandling innen vedkommende mistet evnen til å samtykke, skal helsepersonellet respektere dette.

Helsehjelpen kan også være rehabiliterende eller habiliterende, dvs. at tapte funksjoner etter sykdom eller skade blir gjenopprettet og manglende funksjoner blir bygget opp. Dersom vilkårene i § 4A-3 er oppfylt, er det adgang til å gi slik helsehjelp selv om pasienten motsetter seg helsehjelpen.

Med helsehjelp som har pleie- og omsorgsformål, menes helsehjelp som skal sikre et best mulig liv på tross av sykdom, funksjonssvikt eller alderdom. Et praktisk eksempel er hjelp til personlig hygiene. Å unnlate å gi pleie og omsorg kan etter en konkret vurdering føre til vesentlig helseskade, for eksempel i tilfeller der det er nødvendig å dusje for å hindre at en alvorlig hudinfeksjon blir verre. Et annet eksempel er at regelmessig munnhygiene som regel vil være nødvendig for å forebygge tannrøte og tannkjøttbetennelser. Dersom vilkårene i § 4A-3 for øvrig er oppfylt, vil det i slike tilfeller kunne være adgang til for eksempel å holde hender, føtter og hode under tannpuss, stell, dusjing og bading som pasienten motsetter seg.

Kapittel 4A kommer til anvendelse på helsehjelp som ytes av helsepersonell. For nærmere omtale av begrepet helsepersonell, se kommentarer til § 1-3 bokstav e. Hvem som kan fatte vedtak om helsehjelp etter kapittel 4A følger av § 4A-5, se kommentarene til denne bestemmelsen.

Hvor gjelder kapittel 4A?

Reglene i kapittel 4A gjelder både i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, tannhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten.

Helsehjelp gis ulike steder, i institusjon, for eksempel sykehjem eller sykehus, og hjemme hos pasienten, herunder i omsorgsboliger. Hovedregelen er at kapittel 4A gjelder uansett hvor helsepersonell yter helsehjelpen. Innleggelse og tilbakeholdelse, kan imidlertid bare skje i helseinstitusjon, jf. § 4A-4 andre ledd.

Med helseinstitusjon menes helseinstitusjon som hører under spesialisthelsetjenesteloven og helse- og omsorgstjenesteloven, herunder spesialiserte helseinstitusjoner (medregnet sykehus) og sykehjem.

Særskilt om geografisk virkeområde

Kapitlets geografiske virkeområde er det samme som for pasient- og brukerrettighetsloven for øvrig, jf. lovens § 1-2. Loven gjelder for den som oppholder seg i riket. Loven gjelder ikke Svalbard og Jan Mayen.

Enkelte bestemmelser i pasient- og brukerrettighetsloven er også gitt anvendelse for norske borgere som mottar helsehjelp i utlandet, se nærmere under kommentarene til § 1-2, men kapittel 4A er ikke gitt slik anvendelse. Folkerettslige prinsipper setter begrensninger i staters adgang til å utøve tvang overfor personer som oppholder seg innenfor andre staters jurisdiksjon.

Helsedirektoratet har derfor lagt til grunn at kapittel 4A ikke kan anvendes i utlandet. Dette gjelder også om den aktuelle tvungen utføres av norsk helsepersonell overfor norske pasienter i forbindelse med behandlingsopphold og feriereiser i regi av norsk helseinstitusjon. Et antatt behov for bruk av tvungen helsehjelp for å unngå vesentlig helseskade, bør derfor være et moment i vurderingen når det overveies om en pasient uten samtykkekompetanse skal tilbys eller delta i slike reiser til utlandet (se Helsedirektoratets fortolkningssak om virkeområde i [brev 4. februar 2009 til Fylkesmannen i Aust-Agder](#) (jnr. 08/4894)). Dette er også lagt til grunn i veileder [IS-1560 «Hjemsendelse av alvorlig psykisk syke. Gjennomføring av pasienttransporter er til og fra utlandet»](#), der presiseres at norske borgere som oppholder seg i utlandet er underlagt det aktuelle landets regler om tvungen psykisk helsevern for så vidt det er behov for slik helsehjelp.

Forholdet til annet tvangsregelverk

Forholdet til [psykisk helsevernloven kapittel 3](#) – Etablering og opphør av tvungen psykisk helsevern

Andre ledd avgrenser virkeområdet for reglene i kapittel 4A mot undersøkelser og behandling av psykiske lidelser uten eget samtykke. Slik helsehjelp kan *bare* gis med hjemmel i psykisk helsevernloven. Psykiske lidelser er samlebetegnelse på lidelser som rammer sinnet (psyken) i motsetning til kroppen (soma), dvs. somatiske lidelser.

Dette er begrunnet i at man vil unngå et dobbelt sett tvangsregler for undersøkelse og behandling av psykisk lidelse uten samtykke (se [Ot. prp. nr. 65 \(2005-2006\)](#) side 37 og [Ot. prp. nr. 64 \(2005-2006\)](#) side 31). I de tilfeller hvor det er nødvendig med helsehjelp for psykisk lidelse, og pasienten motsetter seg dette, taler rettssikkerhetshensyn for at psykisk helsevernlovens regler anvendes. Ved innføring av kapittel 4A ønsket lovgiver ikke å innføre et tosporet system med tvangsregler eller utvide adgangen til å yte helsehjelp for psykisk lidelse uten samtykke, utover de grenser som er satt i psykisk helsevernloven.

Dette innebærer at undersøkelse og behandling av psykiske lidelser uten eget samtykke ikke kan iverksettes med hjemmel i kapittel 4A. Rettslig grunnlag for slik helsehjelp reguleres uttømmende av psykisk helsevernloven. Enkelte sykdommer med organisk årsak, for eksempel demens og fysiske skader, kan gi seg utslag i psykiske lidelser. Det fremgår av forarbeidene at også slike psykiske følgelidelser skal behandles etter reglene i psykisk helsevernloven (se Ot.prp. nr. 64 (2005-2006) side 31).

For pasienter over 16 år som mangler samtykkekompetanse, er det i psykisk helsevernloven gitt regler både om samtykke på vegne av pasienten (representasjonsregler) og tvangsregler. For nærmere omtale vises det til [Psykisk helsevernloven med kommentarer](#).

Når det gjelder *representasjonsregler* fremgår det av [psykisk helsevernloven § 2-1 første ledd](#) at samtykkereglene i pasient- og brukerrettighetsloven gjelder for psykisk helsevern, herunder regler om samtykke på vegne av pasienten.

Dette innebærer blant annet at [pasient- og brukerrettighetsloven § 4-6](#) om samtykke på vegne av pasienter over 18 år som ikke har samtykkekompetanse, som utgangspunkt kan benyttes som rettslig grunnlag for å gi psykisk helsehjelp. Det kan for eksempel være aktuelt for behandling av psykiske symptomer som følge av en demenstilstand. Det forutsetter imidlertid at pasienten samarbeider eller forholder seg passiv til tiltaket. Dersom pasienten motsetter seg kan det ikke gis helsehjelp etter bestemmelsen, jf. § 4-6 tredje ledd og [§ 4-3 femte ledd](#). Det kan heller ikke gis helsehjelp etter § 4-6 dersom pasienten har en alvorlig sinnslidelse, jf. § 4-3 femte ledd og kommentarer til denne bestemmelsen og neste avsnitt.

Tvangsregler for undersøkelse og behandling av psykisk lidelse er gitt i psykisk helsevernloven kapittel 3. Hovedbestemmelsen for tvungent psykisk helsevern fremgår av [§ 3-3](#), som angir vilkårene som må være oppfylt før det kan fattes vedtak om tvungent psykisk helsevern. Et hovedvilkår er at det foreligger en «alvorlig sinnslidelse». Kjerneområdet for begrepet er psykoselidelser, men også andre grensetilfeller kan omfattes. Om psykiske utslag av demens eller andre organiske sykdommer kan karakteriseres som alvorlig sinnslidelse, må vurderes konkret sett i forhold til om det kan sies å foreligge en psykose eller om tilstanden får så store konsekvenser for pasientens funksjons- og realitetsvurderende evne at den kan sidestilles med en psykosetilstand.

Oppsummert er aktuelle rettsgrunnlag for undersøkelse og behandling av psykisk lidelse uten eget samtykke for personer over 16 år enten representert samtykke etter [§§ 4-5, 4-6](#) eller [4-7](#) hvor det ikke foreligger motstand eller en alvorlig sinnslidelse, eller reglene om tvungent vern etter [psykisk helsevernloven kapittel 3](#) hvor det er krav om alvorlig sinnslidelse. Foreligger det en alvorlig sinnslidelse kan psykisk helsehjelp kun baseres på pasientens eget samtykke eller vedtak etter psykisk helsevernloven kapitel 3. Det kan ikke gis samtykke på vegne av pasienten.

Selv om bestemmelsene i kapittel 4A ikke gir hjemmel for tvungen behandling av psykiske lidelser, kan pasienter med psykiske lidelser likevel få **annen** helsehjelp etter disse bestemmelsene. Pasienter som mangler samtykkekompetansen på grunn av psykiske lidelser, vil nettopp være en av de gruppene som adgangen til å yte tvungen somatisk helsehjelp vil være aktuell overfor. Det er ikke til hinder for helsehjelp etter kapittel 4A at pasienten **samtidig** mottar helsehjelp for sine psykiske lidelser etter psykisk helsevernloven.

Helsehjelp etter kapittel 4A vil i utgangspunktet ikke være aktuelt overfor pasienter under **frivillig** psykisk helsevern, fordi frivillig vern forutsetter at pasienten har samtykkekompetanse. Det kan imidlertid tenkes tilfeller hvor en pasient er samtykkekompetent i forhold til behandling i det psykiske helsevern, men ikke i forhold til et konkret inngrep av somatisk karakter. Det kan være tilfelle ved for eksempel vrangforestillinger knyttet til et bestemt område. Da vil kapittel 4 A kunne brukes for å få gjennomført somatisk helsehjelp, dersom vilkårene for øvrig er oppfylt.

Helsehjelp etter kapittel 4A vil være mer aktuelt overfor pasienter som er under **tvungent** psykisk helsevern og som i tillegg har behov for somatisk helsehjelp. Psykisk helsevernloven forutsetter at pasienten uten eget samtykke kan gis helsehjelp i form av pleie og omsorg (stell, daglig hygiene og næringsinntak) slik at han eller hun ikke utsettes for helsefare, jf. [psykisk helsevernloven § 1-2](#). Ved behov for somatisk helsehjelp **ut over** dette og som pasienten motsetter seg, kan pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4A gi adgang til å yte helsehjelpen.

Pasienter under tvungent psykisk helsevern kan ha midlertidig opphold på en institusjon som ikke er godkjent for tvungent vern, dersom dette er nødvendig for å kunne gi forsvarlig helsehjelp, jf. [psykisk helsevernloven § 3-5 andre ledd](#). Dette er en mulighet som kan benyttes når pasienten har en somatisk lidelse som det ikke kan gis forsvarlig helsehjelp for i en psykiatrisk institusjon. I slike tilfeller kan det være aktuelt å fatte vedtak om tvungen helsehjelp etter pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4A i forbindelse med den somatiske lidelsen.

Legemidler som gis til behandling av psykiske lidelser (psykofarmaka) faller utenfor virkeområdet til kapittel 4A. Dersom bruk av slike legemidler er nødvendig for å få gjennomført undersøkelse/behandling av en somatisk lidelse, vil dette imidlertid som utgangspunkt være innenfor rammen av de tiltak som er tillatte. Det er en forutsetning at bruk av psykofarmaka kun skjer med det formål å få gjennomført undersøkelsen eller behandlingen av den somatiske lidelsen. Så snart denne er gjennomført, må medisineringen opphøre. Å fortsette bruk av psykofarmaka etter at undersøkelsen er gjennomført, og uten pasientens samtykke, for å behandle pasientens psykiske lidelse, vil være i strid med § 4 A2 andre ledd. Se Helsedirektoratets [brev av 25. mars 2009 til Fylkesmannen i Nord-Trøndelag](#) jnr. 09/1654 og kommentaren til pasient- og brukerrettighetsloven § 4 A-4 fjerde ledd.

Forholdet til [helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 9](#) – Rettsikkerhet ved bruk av tvang og makt overfor enkelte personer med psykisk utviklingshemning

Helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 9 gir regler om bruk av tvang og makt overfor enkelte personer med psykisk utviklingshemning som ledd i tjenester etter [helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 første ledd nr. 6 bokstavene a til d](#). Det dreier seg om helsetjenester i hjemmet, personlig assistanse herunder praktisk bistand og opplæring og støttekontakt, plass i institusjon og avlastningstiltak. For tjenester som også omfatter helsehjelp for eksempel helsetjenester i hjemmet og opphold på sykehjem, gjelder kapittel 9 bare under utførelsen av pleie og omsorg. Bruk av tvang som ledd i somatisk helsehjelp til psykisk utviklingshemmede ut over dette, må hjemles i pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4A.

Grensen mellom tvang som ledd i pleie- og omsorgstjenester som skal hjemles i helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 9, og tvang i forbindelse med helsehjelp som skal hjemles i pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4A, kan være vanskelig å trekke. Hva som er riktig lovgrunnlag må vurderes konkret i hvert enkelt tilfelle. I vurderingen kan det blant annet sees hen til hva slags hjelpebehov tiltaket har til formål å dekke, herunder om tiltaket har som direkte formål å avhjelpe en somatisk sykdomstilstand (se Helsedirektoratets [brev 19. oktober 2009](#) til Fylkesmannen i Hedmark jnr. 09/5713 vedrørende bruk av epilepsialarmen overfor psykisk utviklingshemmede). Videre vil det kunne ses hen til hvem som har vurdert behovet for tiltaket, og om tiltaket må utføres av helsepersonell. Det vil også kunne ha betydning hva slags hjelp som ville vært alternativet dersom tiltaket ikke hadde kunnet benyttes.

Forholdet til [helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 10](#) – Tvangstiltak overfor rusmiddelavhengige

Helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 10 inneholder regler om tilbakeholdelse av rusmiddelavhengige i helseinstitusjon i spesialisthelsetjenesten. Bestemmelsene gjelder rusmiddelavhengige med et omfattende misbruk hvor siktemålet er undersøkelse og tilrettelegging for behandling [§ 10-2](#), eller å hindre skade på foster [§ 10-3](#). Såkalt avtalt tvang etter [§ 10-4](#) er utelukket dersom personen mangler samtykkekompetanse, da et vilkår for å anvende bestemmelsen er at pasienten avgir et gyldig samtykke til tilbakeholdet.

Når det primære målet er å bruke tvang for å oppnå rusfrihet, er tvangsbestemmelsene i helse- og omsorgstjenesteloven det aktuelle hjemmelsgrunnlaget. Er siktemålet derimot en bedring av pasientens somatiske helsetilstand, vil pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4A være et aktuelt hjemmelsgrunnlag dersom vilkårene er oppfylt.

Forholdet til [abortloven](#) og [steriliseringsloven](#)

Forholdet mellom pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4A og abort- og steriliseringslovene er ikke regulert i loven eller omtalt i forarbeidene.

Departementet har i en uttalelse antatt at abortloven- og steriliseringsloven uttømmende regulerer abort- og sterilisering til pasienter uten samtykkekompetanse, og at pasient- og brukerrettighetsloven ikke kommer til anvendelse ved slik helsehjelp (se Helse- og omsorgsdepartementets [brev av 11. mai 2010](#) til Helsetilsynet i Telemark).

§ 4A-3 Adgang til å gi helsehjelp som pasienten motsetter seg

Lovtekst

§ 4A-3. Adgang til å gi helsehjelp som pasienten motsetter seg

Før det kan ytes helsehjelp som pasienten motsetter seg, må tillitskapende tiltak ha vært forsøkt, med mindre det er åpenbart formålsløst å prøve dette. Opprettholder pasienten sin motstand, eller vet helsepersonellet at vedkommende med stor sannsynlighet vil opprettholde sin motstand, kan det treffes vedtak om helsehjelp dersom

- a. en unnlattelse av å gi helsehjelp kan føre til vesentlig helseskade for pasienten, og
- b. helsehjelpen anses nødvendig, og
- c. tiltakene står i forhold til behovet for helsehjelpen.

Selv om vilkårene i første og andre ledd er oppfylt, kan helsehjelp bare gis der dette etter en helhetsvurdering framtrer som den klart beste løsningen for pasienten. I vurderingen av om slik helsehjelp skal gis, skal det blant annet legges vekt på graden av motstand samt om det i nær fremtid kan forventes at pasienten vil kunne gjenvinne sin samtykkekompetanse.

Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven), kapittel 4a, § 4a-3

Kilde: lovdata.no

Helsedirektoratets kommentarer

Krav om at tillitsskapende tiltak har vært forsøkt

Første ledd fastslår at før det kan ytes helsehjelp til en pasient uten samtykkekompetanse som motsetter seg helsehjelpen, skal helsepersonellet forsøke med tillitsskapende tiltak. Dette innebærer at helsepersonell skal forsøke å legge til rette for helsehjelpen uten å bruke tvang.

Helsepersonellet må prøve å få pasienten til å forstå at det er i hans eller hennes interesse å motta helsehjelpen. Sjansen for at pasienten aksepterer helsehjelpen, er større dersom han eller hun får anledning til å bli trygg på behandlingssituasjonen. Det er også viktig at helsepersonell tar hensyn til individuelle forhold hos pasienten.

Dersom helsepersonellet lykkes med å overkomme pasientens motstand gjennom tillitsskapende tiltak, gis helsehjelpen i samsvar med reglene i [pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4](#).

Kravet om at tillitsskapende tiltak skal forsøkes, kan bare fravikes når det er åpenbart formålsløst. Dette er et strengt vilkår, og det skal mye til for at helsepersonell ikke skal forsøke tillitsskapende tiltak før tvungen helsehjelp eventuelt iverksettes.

Nærmere om tillitsskapende tiltak

I det følgende omtales noen *eksempler* på tillitsskapende tiltak som kan bidra til at pasienten ikke motsetter seg helsehjelpen. Eksempelene på tiltak omfatter både tiltak som kan anvendes i en konkret situasjon med motstand, og tiltak som kan anvendes på litt lengre sikt for å oppnå en generell tillit hos pasienten som kan bidra til at pasienten ikke motsetter seg tilbud om helsehjelp.

For det første er det visse faktorer ved behandlings- eller pleie- og omsorgsmiljøet generelt som kan være viktig for pasientens holdning til helsehjelpen han eller hun blir tilbudt.

Helhetlig tenkning. Det behøver ikke være manglende vilje eller motivasjon som ligger bak motstanden mot helsehjelpen, men at pasienten ikke oppfatter hva som skjer eller skal skje. Dette kan føre til at personene opplever stell, bad, munnhygiene, forflytning osv. som skremmende og at atferden er en måte å beskytte seg på. En viktig målsetning blir å få pasienten til å forstå hva som skjer eller skal skje. De fysiske omgivelsene må være gjenkjennbare og være slik at de i seg selv gir informasjon om hva som skjer: Et bad bør ligne på et bad, håret legges hos "frisør" eller i omgivelser som ligner en frisørsalong, måltidene serveres i omgivelser og på en slik måte at det er lett å oppfatte hva som skjer osv.

De forskjellige situasjonene må tilrettelegges slik at de øker pasientens mulighet til å klare mest mulig selv og på den måten øke mestring. Det må være en helhetlig tenkning i hvordan omsorgsmiljøet skal fungere. Rolige omgivelser hvor aktiviteter er gjenkjennbare og trygge, samtidig som det er mulighet for stimulering og samvær med medpasienter og ansatte, vil da være en del av de tillitsskapende tiltakene.

Kjennskap til pasienten. Helsepersonell som kjenner pasienten vil lettere kunne yte helsehjelp uten at pasienten yter motstand. Ofte vil pasienten være mer komfortable med og ha større tillit til dette personellet. I tillegg har de ofte nyttig kunnskap om hvordan pasienten kan motiveres for å motta helsehjelpen.

Det kan ta tid å bli kjent med en pasient. Det bør derfor være nok introduksjons- og opplæringsvakter til at både pasient og helsepersonell er relativt komfortable med hverandre.

Veiledning og erfaringsoverføring. Ved repeterende eller løpende helsehjelp til pasienter med store behov kan det være hensiktsmessig at en uerfaren som skal yte helsehjelpen får veiledning over tid av erfarent og fagutdannet personell. Slik fremmes god praksis, og uheldig praksis som resulterer i motstand hos pasienten, kan unngås (longitudinell veiledning). Det er også svært viktig at tillitsskapende tiltak som viser seg å ha god effekt for den enkelte pasient dokumenteres i journal, slik at disse opplysningene er tilgjengelig for de som yter helsehjelp til pasienten.

Refleksjonsgrupper e.l. Det har flere steder vist seg svært nyttig å ha jevnlige møter i refleksjonsgrupper, hvor helsepersonell får anledning til å drøfte situasjoner som er vanskelig, både juridisk og helsefaglig. Dette kan medføre større bevissthet og trygghet i forhold til forståelse av hva som er motstand og hva som oppleves og defineres som tvang. Kunnskapsoverføring mellom helsepersonellet for hvordan den enkelte kan håndtere de vanskelige situasjonene på best mulig måte for pasienten er svært viktig.

I den konkrete helsehjelpssituasjonen, er det også flere forhold som kan ha innvirkning på om pasienten vil motsette seg eller ikke:

Kartlegging av årsaker. Dersom pasienten motsetter seg helsehjelpen, bør om mulig årsaken til motstanden kartlegges. Kunnskap om årsaken kan gi helsepersonell mulighet for å tilrettelegge på en slik måte at pasienten oppgir motstand. Kilder til kunnskap kan være familie, pårørende eller personell i institusjoner, omsorgsboliger og lignende.

Tid. Bruk god tid når det er mulig. Pasienten bør få nødvendig tid til å forstå hva som skjer og innstille seg på å motta helsehjelpen. Det er ofte riktig å gi inntrykk av god tid også i hastesituasjoner.

Informasjon. Videre kan forklaring til pasienten for hvorfor helsehjelpen er nødvendig og hva konsekvensene av å unnlate helsehjelp vil være, avverge motstand. Dersom helsehjelpen er beskjedent, kan det legges vekt på å formidle dette. Gi løpende og tilpasset informasjon om situasjon, tilstand og prosedyre. Pek gjerne ut en informasjonsansvarlig.

Kommunikasjonsform. Dersom pasienten motsetter seg helsehjelpen av frykt for at hjelpen skal påføre smerte og lignende, kan helsepersonellet forsøke å avdramatisere helsehjelpen gjennom sin opptreden, for eksempel gjennom stemmeleie og vektlegging av det positive ("Dette kommer til å gå bra"). Kommunikasjonen må også tilpasses til pasientens funksjonelle aldersnivå (hold i hånden, trøst).

Samarbeid med pårørende mv. Familie eller nærmeste pårørende kan gjennom sin tilstedeværelse være viktig for å unngå motstand, for eksempel i forbindelse med lege- og tannlege besøk eller ved innleggelse i helseinstitusjon. Det samme gjelder pleie- og omsorgspersonell som pasienten har tillit til.

Litt om gangen. Der pasienten har motivasjon for å gjennomføre noe av helsehjelpen, men ikke alt på en gang, bør det vurderes om helsehjelpen kan ytes i doser som er tilpasset motivasjonen, i stedet for å gjennomføre hele behandlingen på én gang under tvang.

Tilvenning til helsehjelpen. Gradvis tilvenning (systematisk desensitivisering) til helsehjelpen kan være en løsning der tiden tillater dette. Når det er definert hva pasienten motsetter seg, kan en trinnsvis tilvenning iverksettes, der hvert trinn er et skritt nærmere selve behandlingssituasjonen. Eksponeringen på hvert trinn vekker ubehag, men ikke så mye at pasienten yter motstand. Frivillighet på hvert trinn er viktig. Når pasienten har vent seg til eksponeringen, går man videre til neste trinn. Dermed tilvennes pasienten gradvis den behandlingen som han i utgangspunktet motsatte seg. Det er viktig at hvert trinn ikke innebærer større utfordringer enn hva pasienten mestrer.

Vilkår for å yte helsehjelp når pasienten motsetter seg

Av **andre ledd** følger det at dersom pasienten til tross for forsøk med tillitsskapende tiltak, opprettholder sin motstand, kan det være adgang til å gi pasienten helsehjelp dersom vilkårene i loven er oppfylt.

Det presiseres at i tillegg til kravet om at tillitsskapende tiltak skal være forsøkt, må alle tre vilkårene i § 4A-3 andre ledd (a, b, c) være oppfylt for at det skal kunne fattes vedtak om helsehjelp etter kapittel 4A.

Andre ledd bokstav a: vesentlig helseskade

Skade på pasienten. Det er et vilkår for å yte helsehjelp etter kapittel 4A, at det kan føre til vesentlig helseskade på pasienten dersom man unnlater å gi helsehjelp. Det blir med andre ord stilt krav til konsekvensene av at helsehjelpen uteblir. Kapittel 4A gir ikke adgang til å yte helsehjelp på grunn av fare for skade på andre enn pasienten. Ved fare for skade på andre personer eller på gjenstander gjelder [straffeloven §§ 47 og 48](#).

Både fysisk og psykisk skade. Helseskade omfatter både fysisk og psykisk skade. Kapittel 4A kan altså gi adgang til å yte helsehjelp dersom unnlattelse kan føre til vesentlig psykisk helseskade, for eksempel smertetilstander. Det er viktig å være oppmerksom på at kapittel 4 A ikke gir adgang til å gripe inn med helsehjelp for en psykisk lidelse som allerede har oppstått. Dersom hensikten med helsehjelpen, for eksempel er å hindre utviklingen av en allerede eksisterende psykisk lidelse, må helsehjelpen gis etter reglene i psykisk helsevernloven, jf. § 4A-2 andre ledd. Se merknader til denne.

Helseskaden må være vesentlig. Helseskader kan i utgangspunktet være alt fra bagatellmessige til livstruende, men for at det skal kunne iverksettes helsehjelp som pasienten motsetter seg stiller § 4A-3 krav om at den forventede helseskaden må være *vesentlig*. At helseskaden må være *vesentlig*, vil si at den må ha et betydelig omfang og/eller alvorlige konsekvenser.

Kapittel 4A omfatter situasjoner som ikke er så alvorlige eller akutte ("påtrengende nødvendige") at de faller inn under adgangen til å yte øyeblikkelig hjelp etter [helsepersonelloven § 7](#), men der unnlattelse av å yte helsehjelp likevel kan føre til vesentlig helseskade.

Et praktisk eksempel fra helse- og omsorgstjenesten i kommunen på grensen mellom [helsepersonelloven § 7](#) og kapittel 4A, kan være en hjemmeboende pasient som etter hvert forfaller. Under sykebesøk observerer legen avmagring, inkontinens og diaré. Legen mener at det ikke er en øyeblikkelig hjelp-situasjon etter helsepersonelloven § 7, men at det er behov for utredning og behandling. Pasienten vurderes til ikke å være samtykkekompetent og motsetter seg all helsehjelp. Dersom legen etter å ha forsøkt å få pasienten til å ta imot hjelp frivillig, vurderer det slik at manglende behandling kan medføre vesentlig helseskade, kan kapittel 4A åpne for bruk av tvang for å gjennomføre helsehjelpen.

Begrepet "vesentlig" innebærer at listen skal ligge høyt for bruk av tvang. Det vil likevel være en viss adgang for helsepersonellet til å utøve skjønn. For eksempel *kan* et ubehandlet sår eller et brokk i noen tilfeller føre til vesentlig helseskade dersom lidelsen ikke blir behandlet.

Undersøkelser. Begrepet helsehjelp omfatter ikke bare behandling, men også undersøkelse, se nærmere om helsehjelpen under § 4A-2. Undersøkelse er ofte en forutsetning for å finne ut om det er nødvendig med behandling. Konsekvensene av ikke å undersøke kan være store for pasienten. Dersom det for eksempel ikke er mulig å vinne pasientens tillit for å ta en frivillig blodprøve, kan helsepersonellet med hjemmel § 4A-3 likevel ta prøven hvis de vurderer at det er nødvendig for å hindre vesentlig helseskade.

Forebygging. Forebyggende behandling kan være nødvendig for å hindre vesentlig helseskade. Behov for slik forebyggende behandling vil særlig kunne være aktuelt innen tannhelsetjenesten. Å unnlate å gi tannbehandling vil kunne føre til forverret tannhelsetilstand og gi vesentlig helseskade. Et praktisk eksempel kan være en pasient som har dårlig munnhygiene, men som fysisk motsetter seg både sjekk av tannstatus og eventuell tannbehandling. For å kunne gjennomføre nødvendige regelmessige undersøkelser på tannklinikken

kan det være nødvendig å gi pasienten beroligende middel for at undersøkelsen og behandlingen kan skje på en forsvarlig og minst mulig inngripende måte. Slike tiltak kan omfattes av § 4A-3.

Helsebevaring. Noen former for helsehjelp har ikke som siktemål å helbrede, men å holde pasienten så frisk som mulig og hindre at tilstanden blir verre og forhindre at det oppstår vesentlig helseskade. Slik helsehjelp kan være aktuell for personer med kroniske lidelser, som for eksempel kols, revmatiske sykdommer med mer. For pasienten er det viktig å motta helsehjelp som bidrar til at de kan leve så normalt som mulig. Dersom vilkårene i § 4A-3 for øvrig er oppfylt, vil det være anledning til å gjennomføre helsehjelp med slike helsebevarende formål overfor pasient som motsetter seg dette.

Smertelindring. Videre kan smertefulle tilstander falle inn under begrepet vesentlig helseskader som omfattes av kapittel 4A. Dersom vilkårene for øvrig er oppfylt vil smertelindrende behandling, for eksempel i forbindelse med terminalpleie, kunne skje med hjemmel i kapittel 4A.

Pleie- og omsorg. Pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4A skal dessuten sikre at pasienter uten samtykkekompetanse får helsehjelp i form av pleie- og omsorg. Pleie og omsorg kan blant annet være tiltak knyttet til personlig hygiene, nærings- og væskeinntak, tilsyn og andre grunnleggende behov.

Hvorvidt unnlatelse av pleie og omsorg, herunder gjennomføring av personlig hygiene vil føre til vesentlig helseskade, vil alltid avhenge av en helhetlig vurdering.

Har en person diabetes med tendenser til sårdannelse på føtter og ben, vil stell og hygiene være avgjørende for å hindre forverring av en tilstand som kan ende opp i en vesentlig helseskade. Stell og massasje vil også kunne forebygge trykksår (liggesår) hos personer som på grunn av immobilitet, er utsatt for det. Videre vil manglende vask og stell av personer som er inkontinente kunne føre til vesentlig helseskade. Mangel på regelmessig munnhygiene er et annet eksempel på noe som kan føre til vesentlig helseskade.

Personer som ikke er inkontinente eller ikke har visse andre fysiske sykdommer eller skader, vil sjelden ta skade av ikke å vaske og stelle seg. Det vil vanligvis heller ikke være slik at manglende hårklipp eller barbering fører til vesentlig helseskade.

Når en person ikke har vasket seg eller byttet klær på flere måneder, vil det av naturlige årsaker kunne føre til at omgivelsene reagerer negativt på personen. I bofellesskap eller sykehjem vil det kunne føre til at personene blir sosialt isolert, og det vil være tilfeller hvor det kan hevdes at dette gjør en person deprimert og ensom. Dette vil normalt ikke åpne for tvungen vask, men kan heller brukes i argumentasjonen overfor personen om at vasking er nødvendig.

Avgrensning mot "helseplager". Det kan noen ganger være vanskelig å avgjøre om manglende helsehjelp fører til "helseskade" eller en "helseplage". Ut fra en naturlig forståelse er det likevel ofte slik at helseplager er mer diffuse, og derfor vanskeligere å avgrense i praksis. At unnlatelse av å gi helsehjelp vil kunne føre til helseplager er derfor ikke et selvstendig grunnlag for å yte helsehjelp som pasienten motsetter seg.

Andre ledd bokstav b: helsehjelpen må anses som nødvendig

I tillegg til kravet om forsvarlig helsehjelp må helsehjelpen anses som *nødvendig* (se [helsepersonelloven § 4](#)). Hva som er nødvendig, må avgjøres etter en konkret faglig vurdering av det helsemessige behovet til pasienten.

Vilkårene er ikke så strenge som for øyeblikkelig hjelp, der kravet er at helsehjelpen er «påtrengende nødvendig», se [helsepersonelloven § 7](#). Det er naturlig å ta utgangspunkt i begrepet "nødvendig helsehjelp" slik det er forstått i [pasient- og brukerrettighetsloven §§ 2-1a og 2-1b](#), men avgrenset til helsehjelp som er nødvendig for å hindre *vesentlig* helseskade.

Det er ikke et krav etter § 4A-3 at helsehjelpen skal kunne gi fullstendig helbredelse. Helsehjelpen kan derfor bli ansett som nødvendig for å hindre vesentlig *økt* helseskade ved en kronisk sykdom.

Et praktisk eksempel kan være en person med psykisk utviklingshemning som har diabetes, og som er avhengig av insulin flere ganger om dagen. Han setter insulin selv, men må ha bistand eller kontroll av personell. Hjelpen kan oppleves som forstyrrende, og han motsetter seg derfor bistand. Dersom blodsukkernivået blir for lavt, kan det oppstå alvorlige skader både akutt og på sikt.

Lagmannsretten vurderte i en dom fra 2010 at tilbakeholdelse i sykehjem var å anse som nødvendig helsehjelp til en KOLS-syk pasient som trengte oksygenbehandling. Pasienten bodde alene og hadde problemer med dosering av oksygentilførselen. Hun var dessuten avhengig av å røyke, noe som innebar at det etter gjeldende regelverk ikke var tillatt å oppbevare nødvendig oksygenutstyr i leiligheten. Løpende tilsyn fra hjemmesykepleie var forsøkt, men fungerte ikke. Retten fant at pasientens omfattende behov for helsehjelp, pleie og omsorg kun lot seg oppfylle på forsvarlig måte ved et fast opphold på et sykehjem eller ved en tilsvarende heldøgns helseinstitusjon ([Gulating lagmannsrett-2010-82289](#)).

Tiltaket må stå i forhold til behovet for helsehjelpen

Vilkåret overlapper til dels vilkåret om vesentlig helseskade og nødvendig helsehjelp, men inneholder i tillegg et krav om en forholdsmessighetsvurdering mellom behovet for helsehjelp og tvangen.

Selv om det er fare for vesentlig helseskade dersom den nødvendige helsehjelpen ikke blir gitt, må helsepersonellet også vurdere om tvangstiltaket står i forhold til behovet for helsehjelp. Tiltaket må virke klart mer positivt enn de negative konsekvensene av å bruke tvang, før kravet om forholdsmessighet skal anses oppfylt.

Et praktisk eksempel kan være en eldre pasient som blir sendt til tannlege for undersøkelse fordi hun de siste ukene har blitt stadig mer urolig. Det blir konstatert tannrotbetennelse, som trolig gir pasienten sterke smerter. Det er umulig å behandle pasienten uten å bruke tvang. Dersom en tannrotbetennelse ikke blir behandlet, kan den gi vesentlig helseskade. Her må de negative virkningene av tvangstiltaket, for eksempel i form av holding og narkose, veies opp mot de positive virkningene av helsehjelpen.

Lagmannsretten vurderte i en dom fra 2011 at tanntrekking i narkose og i forkant beltelegging for å transportere pasienten til sykehus, måtte anses som tiltak som sto i forhold til behovet for helsehjelpen. Pasienten hadde i en årrekke unngått tannbehandling og hadde pådratt seg infeksjoner i munnhule og kjeve, noe som i seg selv var å betegne som vesentlig helseskade, og som i ytterste fall kunne være dødelig. Sannsynligheten for infeksjonsspredning med fatale konsekvenser ble ansett å være liten, men ved eventuell spredning ville konsekvensene være så fatale at risikoen etter lagmannsrettens vurdering måtte betegnes som reell (se [Borgarting lagmannsrett-2011-37799 \(RG-2011-436\)](#)). Denne dommen ble anket inn for Høyesterett, men anken ble ikke tillatt fremmet ([HR2011-852-U](#)).

Helhetsvurdering

Dersom helsepersonellet konstaterer at vilkårene for tvungen helsehjelp i § 4A-3 **andre ledd** er oppfylt, skal det til slutt foretas en helhetsvurdering. Helsehjelpen kan bare gis når dette etter helhetsvurderingen fremstår som den klart beste løsningen for pasienten.

Når pasienten motsetter seg helsehjelp, må terskelen for å yte helsehjelp ligge høyt. Helsepersonellet skal alltid ta utgangspunkt i pasientens behov. Hensynet til medpasienter eller arbeidssituasjonen til helsepersonellet er ikke grunnlag for å gi tvungen helsehjelp.

Helhetsvurderingen må på den ene siden legge vekt på hensynet til pasientens selvbestemmelsesrett og hans eller hennes subjektive opplevelse av situasjonen. Det klare utgangspunktet i pasient- og brukerrettighetsloven er at pasienten selv skal samtykke til helsehjelp, og at det må være sterke og beskyttelsesverdige grunner for å fravike dette utgangspunktet.

På den andre siden må helhetsvurderingen også legge vekt på hensynet til pasientens objektive behov for helsehjelp. Her er utgangspunktet at helsetjenesten skal sørge for at pasienten får forsvarlig helsehjelp selv om han eller hun motsetter seg helsehjelpen. Motstanden kan ofte være et resultat av at pasienten på grunn av sin tilstand, ikke er i stand til å forstå hvilke helseskader som kan oppstå dersom helsehjelpen ikke blir gitt. Motstanden er derfor ikke nødvendigvis et uttrykk for at pasienten ønsker denne konsekvensen.

Det kan likevel tenkes tilfeller der pasienten har rimelige motforestillinger mot helsehjelpen selv om han eller hun mangler samtykkekompetanse. Pasientens ønsker og synspunkter fra tiden før vedkommende mistet samtykkekompetansen kan være viktige momenter i helhetsvurderingen. Pasienten kan for eksempel den gang ha uttrykt klare motforestillinger mot å ta en bestemt type legemidler.

I **tredje ledd** er det fremhevet to momenter som helsepersonellet særlig skal legge vekt på i helhetsvurderingen.

For det første skal det legges vekt på *graden av motstand*. Selv om vilkårene om vesentlig helseskade og nødvendig helsehjelp anses oppfylt, må behovet for helsehjelpen vurderes opp mot motstanden pasienten gir. Motstand, og særlig en åpenbar og tydelig motstand, må være et sentralt moment i vurderingen. En pasient kan for eksempel yte så sterk motstand at det ikke lenger blir forsvarlig å gi vedkommende helsehjelp.

Ved vurderingen av graden av motstand, bør det også se hen til pasientens *evne* til å uttrykke motstand. Enkelte pasienter kan av ulike grunner mangle fysisk eller verbal evne til å uttrykke tydelig motstand, men likevel ha sterk motstand mot et inngrep. Her blir kjennskap til pasienten av stor betydning for vurderingen. Det vises også til § 4A-2 og kommentarene til denne.

Videre skal det legges vekt på om det kan forventes at pasienten kan *gjenvinne samtykkekompetansen sin i nær framtid*. I så fall må helsepersonellet vurdere om tilbudet om helsehjelp kan utsettes til pasienten igjen er samtykkekompetent, uten at det oppstår risiko for vesentlig helseskade i mellomtiden. For eksempel kan samtykkekompetansen for mange pasienter med demens variere i løpet av dagen.

§ 4A-4 Gjennomføring av helsehjelpen

Lovtekst

§ 4A-4. Gjennomføring av helsehjelpen

Dersom vilkårene i [§ 4A-3](#) er oppfylt, kan helsehjelp gjennomføres med tvang eller andre tiltak for å omgå motstand hos pasienten. Pasienten kan blant annet legges inn ved helseinstitusjon og holdes tilbake der dersom det er nødvendig for å få gjennomført helsehjelpen. Dersom lovens vilkår er oppfylt, kan videre varslings- og lokaliseringssystemer med tekniske innretninger og bevegelseshindrende tiltak som belter og lignende anvendes. Helsehjelpen skal vurderes fortløpende og avbrytes

straks lovens vilkår ikke lenger er til stede. Det skal særlig legges vekt på om helsehjelpen viser seg å ikke ha ønsket virkning, eller har uforutsette negative virkninger.

Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven), kapittel 4a, § 4a-4

Kilde: lovdata.no

Helsedirektoratets kommentarer

Hva regnes som tvang eller andre tiltak for å omgå motstand?

Det følger av **første ledd** at dersom vilkårene i § 4A-3 er oppfylt, kan helsehjelpen gjennomføres ved tvang eller ved andre tiltak for å omgå motstand hos pasienten. Loven spesifiserer ikke uttømmende hvilke tiltak som kan tas i bruk. Det er vanskelig å gi en fullstendig oversikt over tenkelige tiltak. Det avgjørende er en vurdering av hvilket tiltak som vil være minst inngripende i det enkelte tilfelle. Blant annet vil transport til lege, tannlege eller liknende kunne være et aktuelt tiltak dersom det er nødvendig for å få gjennomført helsehjelpen og de andre vilkårene i loven er oppfylt.

Noen tiltak blir likevel regnet som så inngripende at de er særskilt omtalt i loven; dette gjelder innleggelse og tilbakeholdelse ved helseinstitusjon, varslings- og lokaliseringssystemer med tekniske innretninger og bevegelseshindrende tiltak med belter og liknende. Disse omtales nærmere i dette kapitlet. Felles er at disse tiltakene har karakter av alvorlige integritetsinngripende tiltak etter legalitetsprinsippet og internasjonale konvensjoner, forutsetter en uttrykkelig hjemmel før de lovlig kan iverksettes.

I en konkret sak har Helsedirektoratet uttalt at tiltak som går ut på å bane seg adgang til en pasients hjem for å rydde og renovere er et så integritetsinngripende tiltak at det må hjemles eksplisitt. Det ble vist til den Den europeiske menneskerettskonvensjon (EMK) artikkel 8 om retten til privatliv og hjem. Etter [EMK artikkel 8 \(2\)](#) kreves det en uttrykkelig lovhjemmel for at det skal kunne gjøres inngrep i denne retten. Tiltaket ble videre vurdert å reise problemer i forhold til straffelovgivningen, da det ikke foreligger hjemmel for helsepersonell til å bane seg adgang til en pasients hjem annet enn i rent nødrettslige tilfeller, dersom pasienten motsetter seg det (se [Helsedirektoratets fortolknings sak 1. februar 2010 svar til Helsetilsynet i Østfold jnr. 10/254](#)).

Begrepet "tvang" omfatter tiltak som blir brukt for å overvinne eller omgå motstand fra pasienten. Eksempler på konkrete tiltak som kan benyttes for at nødvendig helsehjelp skal kunne gjennomføres, er å holde pasienten i armer og ben. Dersom man likevel ikke får undersøkt pasienten, kan beroligende medisin eller narkose være et alternativ. Om pasienten skal få narkose, må vurderes opp mot andre tiltak for å få gjennomført helsehjelpen og de andre vilkårene i loven. Narkose er et alvorlig inngrep, og det skal tungtveiende grunner til for å gi pasienten narkose dersom vedkommende motsetter seg det.

"Andre tiltak for å omgå motstand hos pasienten" er likestilt med tvang. Med dette menes tiltak som ikke er typiske tvangstiltak, men som brukes for å omgå motstand hos pasienten slik at helsehjelpen kan gjennomføres. Tiltak kan gjennomføres uten at motstanden kommer til uttrykk. Slike tilfeller omfattes av loven dersom bakgrunnen for at tiltaket blir gjennomført på denne måten, er å omgå motstand, jf. § 4A-3 andre ledd. Et praktisk eksempel er å røre legemiddel inn i syltetøyet til pasienten når helsepersonellet vet at vedkommende kommer til å motsette seg den nødvendige medisineringsen. Det forutsetter at det er forsvarlig å gi legemiddel på denne måten, da enkelte legemidler kan endre virkestoffer dersom de gis på annen måte enn forskrevet. Det vises for øvrig til omtalen av medisineringsen nedenfor. Et annet eksempel kan være bruk av narkose for å unngå at pasienten motsetter seg nødvendig tannbehandling.

Adgangen til å benytte ulike tiltak er avgrenset av vilkårene i loven og lovgivningen ellers. Helsepersonell plikter å utøve sin virksomhet faglig forsvarlig og omsorgsfullt, jf. helsepersonelloven § 4. Bruk av tvang for å gjennomføre helsehjelp setter særlig store krav til tiltakets faglige og etiske fundament. Kravet om faglig forsvarlighet forutsetter at tiltakene som blir brukt, er alminnelig akseptert i fagmiljøet. Det forutsetter videre kunnskap om virkningen av tiltakene og om eventuelle uheldige konsekvenser av dem. Videre må de som skal gjennomføre tiltakene, mestre den aktuelle tvangsbruken. Det vises i den forbindelse til virksomhetenes ansvar for å sørge for at arbeidstakerne har tilstrekkelig kunnskap og ferdigheter, jf. [forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten § 6 bokstav f](#). Se for øvrig [helsepersonelloven § 5](#) om bruk av medhjelpere.

Grense for tvang

Ikke alle former for inngrep og påvirkninger kan regnes som tvang selv om pasienten ikke ønsker disse.

For eksempel vil ikke alminnelige oppfordringer og håndledning eller andre milde fysiske påvirkninger blir ansett som tvang. Alminnelige oppfordringer kan være å overtale pasienten til å motta helsehjelp, muntlig veiledning, forklaringer, motivering og lignende. Andre fysiske påvirkninger kan ha samme formål som verbale anmodninger. Ledelse med hånden er antakelig den mest brukte typen av fysiske påvirkninger. Vanlig ledelse med hånden regnes ikke som tvang.

Dersom det vurderes som nødvendig å ty til kraftigere tiltak i form av holding og lignende for å yte helsehjelpen, må reglene i pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4A følges.

Trusler eller stemmebruk som er egnet til å skape frykt eller underkastelse, for eksempel slik at pasienten ikke våger å uttrykke sin motstand, er ikke faglig eller etisk forsvarlig og kan ikke anvendes for å gjennomføre helsehjelp som pasienten motsetter seg eller antas å ville motsette seg.

Medisinering

Det forekommer at pasienter uten samtykkekompetanse yter motstand mot nødvendig helsehjelp i form av medisinering. Ettersom det kan oppleves svært krenkende og opprivende for en pasient å bli tvunget til å ta legemidler ved hjelp av fysisk makt, kan det i noen tilfeller være aktuelt å gi legemidlene ved å skjule dem i pasientens mat. Dersom dette blir gjort for å omgå motstand eller forventet motstand, gjelder kapittel 4A. Medisiner for behandling av psykiske lidelser kan ikke gis med hjemmel i kapittel 4A.

Det er bare adgang til å gi legemidler som er skjult for pasienten, når alternativet er mer belastende for pasienten enn den krenkelse som den skjulte medisineringen representerer.

I noen tilfelle blir imidlertid legemidler blandet i mat eller drikke fordi pasienten har vansker med å ta legemidler i den formen det har, men uten at vedkommende motsetter seg å bli medisinert. I denne situasjonen gjelder ikke kapittel 4A. Dersom pasienten mangler samtykkekompetanse, skal reglene i pasient- og brukerrettighetsloven § 4-6 følges.

Helsepersonellet må vurdere om det er forsvarlig å endre (knuse, dele eller liknende) legemiddelet. Blant annet må man med hjelp av kvalifisert personell, for eksempel farmasøyt, forsikre seg om at ikke egenskapene til virkestoffene i legemiddelet blir påvirket når formen på legemiddelet endres.

Bruk av reseptpliktig legemiddel regnes som et alvorlig inngrep. I slike tilfeller skal helsepersonellet, i tillegg til å følge alminnelige saksbehandlingsregler, innhente råd fra annet kvalifisert helsepersonell før det treffes vedtak om helsehjelp, jf. § 4A-5.

Legemidler kan gis med beroligende eller bedøvende formål, dersom det blir vurdert som nødvendig for å få gjennomført helsehjelpen. Legemidler som gis til behandling av psykiske lidelser faller som nevnt utenfor virkeområdet til kapittel 4A. Dersom bruk av psykofarmaka er nødvendig for å få gjennomført undersøkelse av en somatisk lidelse, vil dette som utgangspunkt være innenfor rammen av de tiltak som er tillatte.

Helsedirektoratet har vurdert problemstillingen og presiserer at det er en forutsetning at bruk av psykofarmaka kun skjer med det formål å få gjennomført undersøkelsen av den somatiske lidelsen. Så snart denne er gjennomført, må medisineringen opphøre. Å fortsette bruk av psykofarmaka etter at undersøkelsen er gjennomført, og uten pasientens samtykke, for å behandle vedkommendes psykose, vil være i strid med § 4 A-2 andre ledd (se også Helsedirektoratets [brev 25. mars 2009](#) jnr. 09/1654).

Et annet eksempel på at legemidler kan gis med beroligende eller bedøvende formål kan være bruk av narkose i forbindelse med tannbehandling. Det understrekes at bruk av narkose alltid er et alvorlig inngrep.

Pasienten skal som hovedregel informeres om alle vedtak. For å unngå at vedtak om helsehjelp ikke kan gjennomføres fordi pasienten ellers ville motsatt seg helsehjelpen, er det adgang til å gjøre unntak fra informasjonskravet, jf. § 4A-6. Et eksempel på dette kan være legemidler som blir skjult i maten.

Innleggelse og tilbakeholdelse

Andre ledd i § 4A- 4 åpner for at en pasient kan innlegges i eller holdes tilbake i helseinstitusjon dersom det er nødvendig for å få gjennomført helsehjelpen.

Med helseinstitusjon menes helseinstitusjon som hører under spesialisthelsetjenesteloven og helse- og omsorgstjenesteloven, herunder spesialiserte helseinstitusjoner (medregnet sykehus) og sykehjem.

Omsorgsboliger er ikke omfattet av begrepet "helseinstitusjon", jf. [forskrift 16. desember 2011 nr. 1254 om kommunal helse- og omsorgsinstitusjon § 2, jf. § 1](#). Innleggelse og tilbakeholdelse som pasienten motsetter seg, kan derfor ikke skje i slike bo- og tjenestetilbud. Omsorgsbolig kan omorganiseres til helseinstitusjon under forutsetning av kravene til helseinstitusjon oppfylles og regelverket for disse følges (se Helsedirektoratets [brev 2. november 2012](#) til fylkesmannen i Østfold jnr. 12/8093).

Når loven skiller mellom "innleggelse" og "tilbakeholdelse" er hensikten å unngå at det blir truffet mer inngripende vedtak enn nødvendig i det konkrete tilfellet. For eksempel vil ikke innleggelse uten motstand være ensbetydende med at det ikke er behov for vedtak om tilbakeholdelse på et senere tidspunkt. Et vedtak om helsehjelp etter § 4A-5 andre ledd må presisere hvilke gjennomføringstiltak helsehjelpen omfatter.

Vedtak om helsehjelp som innebærer innleggelse og tilbakeholdelse, omfatter *ikke* andre tvangstiltak. Dersom det er behov for å bruke annen tvang for å gjennomføre helsehjelp under oppholdet i helseinstitusjonen, for eksempel tvungen medisinerings eller varslings- og lokaliseringssystem, må det treffes særskilt vedtak om dette.

Nærmere om innleggelse

Når det treffes vedtak om helsehjelp, må helsepersonellet vurdere hvilke tiltak som skal brukes, for eksempel om det er nødvendig med innleggelse i helseinstitusjon. I noen tilfeller er innleggelse en forutsetning for at helsepersonell skal kunne undersøke pasienten, behandle vedkommende eller gi annen helsehjelp. Ved spørsmål om vedtakskompetanse ved innleggelse i sykehjem, se [Helsedirektoratets brev 25. november 2008](#) til Fylkesmannen i Hedmark jnr. 08/10268 og [Helsedirektoratets brev 17. desember 2009](#) til Fylkesmannen i Oslo og Akershus jnr. 09/7634.

Når det ikke lenger er mulig å gi forsvarlig helsehjelp i hjemmet, er det verken faglig eller etisk tilrådelig å vente med å legge inn en klart behandlings- og omsorgstrengende person til vilkårene for øyeblikkelig hjelp etter helsepersonelloven § 7 er oppfylt. På samme måten kan det være uheldig at en pasient må skrives ut igjen med en gang den akutte nødssituasjonen er over.

Utgangspunktet for en innleggelse er som oftest en søknad fra nærmeste pårørende. Det presiseres i denne sammenhengen at kapittel 4A ikke gir adgang til å flytte «plagsomme» personer fra hjemmet til en institusjon av hensyn til naboer og pårørende.

En pasient uten samtykkekompetanse som motsetter seg innleggelse, kan bare legges inn i helseinstitusjon når dette ut fra pasientens tilstand og behov vurderes å være den klart beste løsningen. Andre løsninger skal være utredet og vurdert før det treffes vedtak om innleggelse som pasienten motsetter seg. Det må for eksempel vurderes om pasienten har behov for et spesialisert tilbud innenfor psykisk helsevern, eller om det heller bør satses på et utvidet tilbud av hjemmetjenester. Det konkrete institusjonstilbudet må også vurderes.

Nærmere om tilbakeholdelse, herunder låsesystem

Det er i første rekke i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, og særlig i tjenesteytelse til personer med demens, det er behov for rettslig regulering av tilbakeholdelse. En typisk situasjon er at pasienten på grunn av desorientering og hukommessvikt forviller seg ut med fare for å bli alvorlig skadet i trafikken. Et annet eksempel er at pasienten kan komme alvorlig til skade eller miste livet, fordi vedkommende ikke er i stand til å finne veien tilbake til institusjonen eller oppsøke hjelp.

Det sentrale i begrepet "tilbakeholdelse" er om pasienten blir hindret i å forlate institusjonen, ikke først og fremst hvordan det blir gjort. Det er altså ikke avgjørende om man for eksempel låser døren med nøkkel, installerer skjulte eller kompliserte kodelåser, bruker elektronisk utstyr som automatisk låser dørene for visse pasienter, eller om personellet selv stopper i døren. Reglene skal følges uavhengig av virkemiddel. Det er imidlertid en forutsetning at det virkemiddelet som er det minst inngripende for pasienten benyttes. Reglene kommer også til anvendelse der hvor pasienten ikke er i stand til å yte fysisk motstand mot å være på institusjonen, men på annet vis uttrykker at vedkommende ikke vil være der. Spørsmålet om innleggelse og tilbakeholdelse mot pasientens vilje er behandlet i tre ulike rettsavgjørelser ([Gulating lagmannsrett-2010-82289](#), Stavanger tingrett 11-094856 og Sør-Trøndelag tingrett 12-163570).

I enkelte tilfeller kan bruk av varslingsystem som er knyttet til utgangsdør være det minst inngripende tiltaket for å holde tilbake en pasient/ hindre en pasient å forville seg ut uten tilsyn. Dette er det adgang til etter kapittel 4A, jf. nærmere omtale av varslings- og lokaliseringssystem i tredje ledd nedenfor. Det er bare utgangsdører og dører mellom avdelinger som kan holdes låste. Pasienter kan ikke holdes tilbake (isoleres) på egne rom.

Vedtak om helsehjelp som omfatter tilbakeholdelse, må treffes for den enkelte beboer. Det kan for eksempel ikke treffes et generelt vedtak om at dørene på et sykehjem eller en avdeling skal være låst. Men utgangshindrende tiltak kan få virkning for flere pasienter. Praktiske hensyn tilsier at det bør være adgang til å iverksette tiltak med en slik generell virkning. Det er likevel viktig at dette ikke blir brukt til å holde tilbake pasienter som det ikke er truffet tilbakeholdelsesvedtak overfor. Disse pasientene må sikres fri utgang ved bruk av nøkkel, kodekort eller liknende. Dersom det ikke lar seg gjøre, må man finne andre måter å holde den aktuelle beboeren tilbake på, for eksempel tettere oppfølging fra personalet.

Før vedtak om tilbakeholdelse fattes, skal andre tiltak være forsøkt. Når en pasient vandrer rundt eller ønsker å forlate institusjonen, kan dette skyldes dårlig tilrettelagt miljø eller mangel på meningsfull aktivitet, for eksempel for lite mosjon og frisk luft.

En pasient må ikke holdes tilbake i større grad enn det formålet med tilbakeholdelsen tilsier.

Bevegelsehindrende tiltak

Tredje ledd i § 4A- 4 åpner for at bevegelsehindrende tiltak kan brukes dersom det er nødvendig for å få gjennomført helsehjelpen.

[Sykehjemsforskriften § 3-3](#) gir hjemmel til bruk av beskyttelsestiltak ved behov for å beskytte beboerne mot å skade seg selv, og for å beskytte andre beboere. Bestemmelsen i sykehjemsforskriften åpner ikke for bruk av tvangstiltak. I forarbeidene til kapittel 4A presiseres det at kapitlet i all hovedsak dekker de vernetiltakene som er omtalt i sykehjemsforskriften § 3-3, men til forskjell fra sykehjemsforskriften gir ikke kapittel 4A adgang til å fatte vedtak om tiltak for å ta vare på *andre* beboere ved et sykehjem. Andre personer kan sikres gjennom forebygging og tilrettelegging uten bruk av tiltak som pasienten motsetter seg (se [Ot.prp. nr. 64 \(2005-2006\)](#)).

Vilkårene i § 4A-3 forplikter helsetjenesten til å legge tjenestene og institusjonen/boligen til rette på en slik måte at bevegelseshindrende tiltak ikke må brukes i større utstrekning enn nødvendig. Undersøkelser viser at slike tiltak ikke nødvendigvis hindrer skade. Enkelte studier viser faktisk at bevegelseshindrende tiltak kan øke skadefrekvensen.

Eksempel på bevegelseshindrende tiltak er bruk av stol- eller sengebelte og bord foran stoler. Bilbelte i forbindelse med transport av pasient til det sted der vedkommende skal motta helsehjelp, kan være et annet eksempel. I den grad bruk av sengehest er bevegelseshindrende for den enkelte, blir dette tiltaket også omfattet av kapittel 4A. Regelen vil ha betydning for personer som i tillegg til å mangle samtykkekompetanse, er sterkt fysisk svekket.

Et eksempel er pasienten som nylig har brukket benet. På grunn av demens er han ikke i stand til å ta vare på seg selv og forstå konsekvensene av det å reise seg. Hvis han reiser seg, kan han pådra seg nytt brudd som kan være fatalt. Pasienten har også belte for å hindre at han faller ut av sengen. Han er en del urolig og han tåler beroligende legemiddel svært dårlig. I stedet for å ligge utslått av medisin, har han lange perioder hvor han har glede av å sitte oppe selv om han er bundet fast.

Adgangen til å bruke bevegelseshindrende tiltak som ledd i helsehjelpen er ikke avgrenset til særskilte arenaer, for eksempel institusjon. Det er likevel ikke faglig forsvarlig å bruke slike tiltak når det ikke er helsepersonell like ved som kan gi nødvendig tilsyn.

Regelen gir ikke adgang til å bruke bevegelseshindrende tiltak for å redusere mobiliteten når pasienten er aggressiv eller på annen måte kan oppleves som plagsom, jf. at det er et vilkår at unnlatelse av å gi helsehjelp kan føre til vesentlig helseskade for *pasienten* selv. Dersom pasienten er til fare for *andre* kan det etter omstendighetene være aktuelt å anvende [straffeloven §§ 47 og 48](#) (nødrett og nødverge).

Varslings- og lokaliseringssystem

Videre åpner **4A-4 tredje ledd** for bruk av varslings- og lokaliseringssystem med tekniske innretninger for å gjennomføre nødvendig helsehjelp dersom vilkårene for bruk av tvang ellers er oppfylt. Det vil særlig være aktuelt å bruke varslings- og lokaliseringssystem i forbindelse med tilbakeholdelse, og som et mindre inngripende alternativ til bruk av bevegelseshindrende tiltak. Bruk av slike system kan likevel være svært inngripende og må ikke krenke den enkeltes menneskeverd ved unødig overvåking.

Formålet med å bruke teknisk utstyr skal ikke være å erstatte nødvendig personlig hjelp. Hensynet til den fysiske og psykiske integriteten til den enkelte må vektlegges her som ellers. Det er pasientens behov for tilsyn og hjelp som avgjør om slikt utstyr skal brukes, og ikke tjenesteapparatets behov for å spare penger, effektivisere eller liknende.

Adgangen til å bruke varslings- og lokaliseringssystem gjelder på alle tjenestenivåer og er ikke avgrenset til særskilte arenaer, for eksempel institusjon. Formålet med bruk av teknologien, for eksempel å varsle personell, vil imidlertid kunne innebære at det bare er aktuelt å vurdere slike tiltak når det er helse- og omsorgspersonell like i nærheten.

Det presiseres at [helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 9](#) på sitt område (helse- og omsorgstjenester etter [helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 nr. 6](#) til personer med psykisk utviklingshemming) går foran reglene i kapittel 4A. Dette dreier seg om helsetjenester i hjemmet, personlig assistanse, plass i institusjon og avlastningstiltak. Vedtak om bruk av varslings- og lokaliseringsutstyr i forbindelse med tvang og makt overfor psykisk utviklingshemmede i slike helse- og omsorgssituasjoner, skal altså fattes etter reglene i helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 9 og ikke i pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4A.

Varslingssystem med teknisk utstyr omfatter både mekanisk og elektronisk utstyr. En varsling er et advarende signal. Et varslingssystem er i denne sammenhengen en innretning for å varsle helsepersonell (eventuelt også pasienten) om at en situasjon av en eller annen grunn er endret, slik at det foreligger et behov for omsorg. Varslingssystem dekker også alarmsystem.

Varslingssystemer kan videre være medisinsk overvåkingssystemer som ved varsling krever oppfølging som medisinerer eller tilsvarende. Eksempler kan være hjerteovervåkingssystemer, oksygenmålere og enkelte epilepsialarmer.

Med lokaliseringssystem menes teknologi som kan beregne og opplyse om pasientens geografiske posisjon og som tas i bruk for å hindre skade. Eksempel på varslings- og lokaliseringssystem som omfattes, er døråpneralarmer, passeringsalarmer, fallalarmer og GPS. Eksemplene er ikke uttømmende.

Hjemmelen for å bruke varslings- og lokaliseringsteknologi er ment å være teknologinøytral. Den utelukker ikke bruk av lyd eller bilde dersom lovens vilkår forøvrig er oppfylt. Dette vil kunne være aktuelt for å opprette kontakt når pasienten har blitt borte eller i en annen akutt situasjon. Hjemmelen gir imidlertid ikke adgang til kontinuerlig observasjon eller overvåkning med lyd eller bilde.

Motstand fra pasienten er en forutsetning for at kapittel 4A skal komme til anvendelse. Dersom pasienten ikke motsetter seg, vil riktig hjemmel for å iverksette bruk av varsling- og lokaliseringssystem være pasient- og brukerrettighetsloven § 4-6a. Kapittel 4A omfatter også ventet motstand, jf. § 4A-3 andre ledd. Det er grunn til å være særlig oppmerksom på dette i forbindelse med bruk av varslings- og lokaliseringssystem, da disse tiltakene sjelden vil være synlig for den enkelte pasient. Av den grunn har pasienten heller ingen foranledning til å motsette seg tiltaket. Det må derfor undersøkes og vurderes hva pasient ville ha ønsket dersom vedkommende hadde oppfattet at utstyret ble brukt og forstått konsekvensene. Dersom helsepersonellet er i tvil om pasienten vil motsette seg bruk av varslings eller lokaliseringsteknologi, bør de særlige saksbehandlingsreglene i kapittel 4A legges til grunn, og ikke reglene i § 4-6a.

I den konkrete vurderingen av om varslings- og lokaliseringsteknologi skal anvendes overfor pasient som motsetter seg bruken, må det vurderes om den er egnet til å hindre vesentlig helseskade. I forbindelse med bruk av lokaliseringsteknologi vil den enkelte pasientens evne til å ferdes trygt utendørs og i trafikken og teknologiens pålitelighet være sentrale hensyn. Også helse- og omsorgstjenestens mulighet for opplæring og oppfølging av personellet knyttet til den konkrete teknologiske løsningen må vurderes. Det er videre nødvendig å ha beredskap for å kunne innhente pasienten i en situasjon der varslings- og lokaliseringsteknologi indikerer at pasienten er i en situasjon som kan føre til vesentlig helseskade.

Det er også et krav at helsehjelpen, dvs. bruken av teknologien faktisk er nødvendig, og at bruken står i forhold til pasientens behov for helsehjelp. Det må blant annet sikres at systemene ikke er mer inngripende enn det som er nødvendig for å yte hjelpen. I mange tilfeller kan andre, mindre inngripende tiltak oppfylle behovet. For eksempel kan tilrettelegging av aktivitetstilbud i en institusjon være tilstrekkelig til at en pasient ikke forlater institusjonen, og at det følgelig ikke er nødvendig å ta i bruk lokaliseringssystemer.

Gjennomføring og fortløpende vurdering

Av **fjerde ledd** fremgår det at tvangstiltak og andre tiltak for å gjennomføre helsehjelpen skal vurderes fortløpende og avbrytes straks dersom vilkårene i loven ikke lenger er oppfylt. Det skal særlig legges vekt på om helsehjelpen viser seg ikke å ha ønsket virkning, eller har uforutsette negative virkninger. For å unngå vedtak om tidsbestemt helsehjelp og sikre at det også blir gjennomført en ny formell saksbehandling etter visse intervall, kan vedtak bare fattes for inntil ett år om gangen, jf. § 4A-5 første ledd.

En pasient skal for eksempel ikke underlegges helsehjelp som fører til «evigvarende» medisiner. Det må kontinuerlig vurderes om behandlingen har hatt tiltenkt virkning, slik at videre medisiner ikke lenger er nødvendig. Dette er spesielt viktig i situasjoner der legemidler blir gitt uten at pasienten vet om det fordi man forventer motstand dersom pasienten blir gjort kjent med helsehjelpen.

Dersom helsehjelpen ikke lenger er nødvendig, skal den straks opphøre. Helsepersonellet skal fortløpende vurdere om tvang kan unngås ved bruk av tillitsskapende tiltak.

§ 4A-5 Vedtak om helsehjelp som pasienten motsetter seg

Lovtekst

§ 4A-5. Vedtak om helsehjelp som pasienten motsetter seg

Vedtak om helsehjelp etter dette kapitlet treffes av det helsepersonellet som er ansvarlig for helsehjelpen. Vedtak kan bare treffes for inntil ett år av gangen. Dersom helsehjelpen innebærer et alvorlig inngrep for pasienten, skal det treffes vedtak av helsepersonell som nevnt i første ledd, etter samråd med annet kvalifisert helsepersonell. I vurderingen av hva som er et alvorlig inngrep for pasienten, skal det blant annet tas hensyn til om tiltaket innebærer inngrep i kroppen, bruk av reseptbelagte legemidler og graden av motstand. Dersom pasienten motsetter seg at helsehjelpen blir gjennomført ved innleggelse eller tilbakeholdelse i helseinstitusjon, eller motsetter seg bruk av bevegelseshindrende tiltak, skal det alltid regnes som alvorlig inngrep. Vedtak om undersøkelse og behandling omfatter den pleie og omsorg som er nødvendig for å gjennomføre undersøkelsen og behandlingen. Dersom hovedformålet med helsehjelpen er pleie og omsorg, skal det treffes eget vedtak om dette. Der det er mulig, skal det innhentes informasjon fra pasientens nærmeste pårørende om hva pasienten ville ha ønsket, før vedtak etter [§ 4A-5](#) første og annet ledd treffes.

Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven), kapittel 4a, § 4a-5

Kilde: lovdata.no

Hesledirektoratets kommentarer

Det må stilles strenge krav til saksbehandlingen ved bruk av tvang. De særskilte saksbehandlingsreglene i kapittel 4A skal sikre at vilkårene i loven er oppfylt før helsehjelpen gis og under ytelse av helsehjelpen. Reglene skal også bidra til at pasienten faktisk får den helsehjelpen han eller hun har behov for og på det rette tidspunktet.

For øvrig gjelder forvaltningsloven så langt den passer for vedtak om tvang etter § 4A-5, jf. § 4A-9. Det er først og fremst regelen om at saken skal være så godt opplyst som mulig, samt reglene omkring vedtakets form og innhold som er aktuelt og vil bli behandlet nedenfor her og i merknaden til § 4A-9.

Hvem kan treffe vedtak om helsehjelp etter kapittel 4A?

Det følger av **første ledd** at det er helsepersonell (pasient- og brukerrettighetsloven § 1-3 bokstav e, jf. [helsepersonelloven § 3](#)) som er ansvarlig for helsehjelpen som skal treffe et eventuelt vedtak om helsehjelp som pasienten motsetter seg (vedtak om tvungen helsehjelp).

Det er som oftest en lege eller tannlege som er ansvarlig for helsehjelpen ettersom helsehjelpen gjerne dreier seg om medisinske eller odontologiske vurderinger. Det kan likevel ikke utelukkes at også annet helsepersonell enn lege eller tannlege kan være ansvarlig for helsehjelpen. Det kan blant annet være tilfellet der sykepleier eller hjelpepleier er ansvarlig for helsehjelp i forbindelse med for eksempel pleie- og omsorgstjenester. Helseledirektoratet har uttalt seg om dette i flere fortolkningssaker, se [brev 7. oktober 2008](#) til Fylkesmannen i Oslo og Akershus (jnr. 08/9225), [brev av 19. november 2008](#) til Fylkesmannen i Møre og Romsdal (jnr. 08/10780), [brev 9. juni 2009](#) til Fylkesmannen i Sør-Trøndelag (jnr. 09/3049) og [brev 13. november 2012](#) til Fylkesmannen i Hedmark (jnr. 12/9097).

[Helsepersonelloven § 4](#) pålegger helsepersonell plikt til å utføre arbeidet i samsvar med kravet om å yte faglig forsvarlig og omsorgsfull helsehjelp. Hva som er forsvarlig avhenger av kvalifikasjonene til helsepersonellet, hvilke type helsehjelp og situasjonen ellers. Kravene i helsepersonelloven § 4 åpner for at flere yrkesgrupper vil kunne anses som kvalifiserte til å være ansvarlig for helsehjelpen og derved kunne treffe vedtak om tvang. Hvem som skal regnes som kvalifisert, må derfor vurderes i det enkelte tilfelle.

Forsvarlighetskravet innebærer at helsepersonellet som fatter vedtak, må være i stand til å vurdere alle konsekvenser av tvangstiltaket, og innhente bistand der det er nødvendig. Pasienten kan for eksempel ha en grunnlidelse som kan gi bruken av tvang utilsiktede følger. Eksempel på dette kan være pasienter som bruker blodfortynnende legemidler og som kan risikere blødninger ved bruk av tvang. Et annet eksempel kan være bruk av remmer som kan gi pasienter trykksår eller risiko for blodpropp. Bruk av tvang kan videre medføre fare for bruddskader der pasienten har osteoporose. Videre kan legemidler endre farmakologiske egenskaper dersom de blir administrert på annen måte enn ordinert. Pasientens behov kan derfor tilsi at flere fagpersoner arbeider sammen for å gi pasienten et helhetlig tilbud. Det er likevel viktig at det kun er en vedtaksansvarlig, de øvrige vil da være annet kvalifisert helsepersonell, jf. § 4A-5 annet ledd som vedtaksansvarlig rådfører seg med. Det skal fremgå av virksomhetens internkontrollsystem hvem som har ansvar, oppgaver og myndighet etter regelverket, jf. [forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten § 6 bokstav a](#).

Det følger for øvrig av [helsepersonelloven § 16](#) om organisering av virksomhet som yter helse- og omsorgstjenester, at virksomheten skal organiseres slik at helsepersonellet blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter. Tilsvarende plikt følger av [spesialisthelsetjenesteloven § 2-2 og helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1 første ledd bokstav c](#).

Kompetanse til å fatte vedtak om tvungen helsehjelp kan ikke legges til den som kun har en administrativ funksjon i en virksomhet. I noen kommuner er det innført en bestiller/utførermodell. Bestillerenheten kan ikke fatte vedtak om tvang etter kapittel 4A i pasient- og brukerrettighetsloven. Dette følger av kravet om at det helsepersonell som er ansvarlig for helsehjelpen, også skal fatte vedtak om tvang for å gjennomføre helsehjelp.

Det er imidlertid slik at vedtak om nødvendig helsehjelp i form av hjemmesykepleie og vedtak om tildeling av plass i sykehjem eller boform for heldøgns omsorg og pleie treffes av den (person/instans) i kommunen som ellers har kompetanse til å treffe slike vedtak. I noen kommuner er (det faglige og formelle) ansvaret for å treffe vedtak lagt til bestillerenheten i kommunen. Det vil derfor være nødvendig å samordne vedtak om tvang med vedtak om helsehjelp. Helsedirektoratet har drøftet problemstillingen i fortolkningssak med jnr.: [09/7634](#).

Bruk av medhjelpere

Det er en forutsetning at helsehjelpen blir utført av helsepersonell, jf. § 4A-2. For en nærmere omtale av begrepet helsepersonell vises det til [rundskriv IS-8/2012 Helsepersonelloven med kommentarer](#). I mange tilfeller er det den som har truffet vedtaket om tvungen helsehjelp, som gjennomfører det. Dette er for eksempel tilfellet når en tannlege som har bestemt at det ikke er forsvarlig å gi tannbehandling uten bedøvelse, også er den som gir pasienten sprøyten med bedøvelse. Men dette er ikke alltid praktisk mulig og gjennomføringen blir da delegert til andre, jf. [helsepersonelloven § 5](#). Helsepersonell kan overlate visse oppgaver til annet personell dersom det er forsvarlig ut fra oppgavetypen, kvalifikasjonene til personellet og oppfølgingen som blir gitt.

Når helsehjelpen skal gjennomføres ved tvangstiltak, er det ikke forsvarlig å overlate oppgaven til andre enn helsepersonell. Den som treffer selve vedtaket om at helsehjelpen skal gis, må i et hvert enkelt tilfelle vurdere hvem som har nødvendig kvalifikasjoner til å utføre tiltaket på en faglig forsvarlig og hensiktsmessig måte. Vanligvis er det personell med autorisasjon som har de nødvendige faglige kvalifikasjoner for oppgaver som krever særlig kompetanse.

Det må ved tildeling av oppgaver til andre gis nødvendige instruksjoner og føres et visst tilsyn med vedkommende (løpende kontroll). Dette innebærer at ansvarlig helsepersonell er tilgjengelig for å gi råd, veiledning og instruksjon underveis.

For en nærmere omtale av bruken av medhjelpere ved ytelse av helsehjelp vises det til rundskriv IS-8/2012 Helsepersonelloven med kommentarer.

Vedtaksansvar når flere virksomheter er involvert i ytelsen av helsehjelpen

I en del tilfeller henvises pasienter, f.eks. fra fastlege, tannlege eller tilsynslege, til røntgeninstitutt eller helseforetak for undersøkelser eller behandling.

Regelen er også i slike tilfeller at den som er ansvarlig for å yte hjelpen skal vurdere om vilkårene for tvang er til stede og fatte eventuelt vedtak. Det er altså ikke den henvisende instansen som skal fatte vedtaket. Hensikten er å sikre klare ansvarsforhold, der det helsepersonell og den virksomhet som yter helsehjelpen står ansvarlig for at vedtak fattes og helsehjelpen gjennomføres på forsvarlig grunnlag.

I de tilfeller der den som er ansvarlig for å yte helsehjelpen bare sporadisk møter pasienten, og ikke har tilstrekkelig forutsetninger for å vurdere om vilkårene for tvang er oppfylt, er det nødvendig med et samarbeid med henvisende helsepersonell når vilkårene skal vurderes og vedtaket utformes.

Krav til forsvarlig yrkesutøvelse tilsier at henvisende helsepersonell informerer om at pasienten vurderes å mangle samtykkekompetanse og antas å ville motsette seg nødvendig helsehjelp. Henvisende helsepersonell bør på eget initiativ gi nødvendig informasjon og vurderinger slik at ansvarlig instans kan fatte et korrekt vedtak og utføre forsvarlig helsehjelp.

I enkelte tilfeller kan det være nødvendig å gjennomføre premedisinering og transport til helseforetak osv. under tvang. Dersom henvisende helsepersonell er faglig ansvarlig for gjennomføringen av dette, er det vedkommende som fatter tvangsvedtaket for denne delen av helsehjelpen. Ansvarlig helsepersonell i

helseforetaket mv. må fatte vedtak for den delen av helsehjelpen som denne er ansvarlig for. Dette innebærer at det i slike tilfeller må fattes to vedtak. Forsvarlighetskravet tilsier at henvisende helsepersonell og ansvarlig helsepersonell ved helseforetaket mv. rådfører seg med hverandre og samarbeider tett om vedtakene.

Se Helse- og omsorgsdepartementets brev av [19. august 2011](#) og [1. mars 2012](#) til Helsedirektoratet. Helsedirektoratet har avgitt flere tolkningsuttalelser om spørsmålet, se bl.a. brev [25. november 2008 til Fylkesmannen i Hedmark jnr. 08/10268](#), [14. desember 2009 til Fylkesmannen i Sør-Trøndelag jnr. 09/7020](#), [17. desember 2009 til fylkesmannen i Oslo og Akershus jnr. 09/7634](#) og [30. august 2012 til Den norske legeforening jnr. 12/6618](#).

Hvor lenge kan et vedtak gjelde - § 4A-5 første ledd andre setning?

I de fleste tilfeller vil det være aktuelt å treffe vedtak om helsehjelp som er relativt kortvarig. Bare i unntakstilfelle bør det treffes vedtak for lengre perioder. I enkelte situasjoner kan det likevel være formålstjenlig å treffe vedtak som strekker seg over tid. Det er mest aktuelt for pleie- og omsorgstjenester i kommunen.

Helsepersonell skal fortløpende vurdere om tvang kan unngås gjennom tillitsskapende tiltak. Dersom helsehjelpen ikke lenger er nødvendig, skal den straks avsluttes. Se for øvrig kommentarene til § 4A-4 siste ledd.

I vurderingen skal alltid hensynet til pasienten ha avgjørende vekt. Behovet for helsehjelpen kan være relativt stabilt for enkelte pasienter. I en del tilfelle er det nokså sikkert at pasienten ikke kommer til å endre atferd, men fremdeles vil motsette seg nødvendig helsehjelp og dermed utsette seg selv for vesentlig helseskade. I slike situasjoner kan vedtak som er mer langvarige skape større stabilitet og forutsigbarhet og være mer hensynsfullt overfor pasienten. Det kan for eksempel være vedtak som innebærer bruk av belte og sengehest for å hindre fall eller regelmessig munnhygiene for å hindre ødeleggende tannskader.

Vedtak om tvungen helsehjelp kan bare treffes for inntil ett år av gangen.

Særlige regler ved helsehjelp som innebærer alvorlig inngrep for pasienten

Samråd med annet kvalifisert helsepersonell

Det følger av **andre ledd** at vedtak om tvungen helsehjelp som innebærer et alvorlig inngrep for pasienten, skal treffes etter samråd med annet kvalifisert helsepersonell.

Plikten til å konsultere annet kvalifisert helsepersonell i slike tilfeller er ment å skulle kvalitetssikre vedtak om helsehjelp til en pasient som motsetter seg hjelpen. Helsepersonell som kjenner pasienten og situasjonen til pasienten godt, kan ha verdifull kunnskap som kan legges til grunn i vurderingen av om det skal gis helsehjelpen. Rent praktisk vil det si at helsepersonellet som har daglig kontakt med pasienten, for eksempel sykepleieren eller hjelpepleieren, kan være den som det er best å rådføre seg med før vedtaket fattes.

Det kan oppstå situasjoner der helsepersonell er uenig om pasienten skal få helsehjelp. I slike situasjoner er det naturlig at helsepersonellet søker råd hos ytterligere kvalifisert helsepersonell før det treffes et endelig vedtak, selv om dette ikke er tatt med som et uttrykkelig vilkår i § 4A-5. Når helsepersonellet får et råd fra annet kvalifisert helsepersonell, skal det journalføres, jf. [Helsepersonelloven §§ 39 og 40](#) og [pasientjournalforskriften § 7 b](#)).

Hva er et alvorlig inngrep?

Når helsepersonell vurderer om det er et alvorlig inngrep, jf. **andre ledd andre og tredje setning**, skal det blant annet tas hensyn til om tiltaket innebærer inngrep i kroppen eller bruk av reseptpliktige legemidler, samt til graden av motstand. Dersom pasienten tilkjennegir sterk grad av motstand, tilsier det at vedtaket treffes etter samråd med annet kvalifisert helsepersonell.

Det å bli lagt inn på helseinstitusjon, bli holdt tilbake der eller bli utsatt for bevegelseshindrende tiltak tross motstand, skal alltid regnes som alvorlige inngrep. Disse tiltakene vil i de fleste tilfeller oppleves som ekstra belastende og inngripende, noe som i seg selv tilsier at det skal legges strengere regler til grunn for vedtakene. Hva som regnes som bevegelseshindrende tiltak omtales nærmere under kommentaren til § 4A-4 tredje ledd.

Alternativene er ikke uttømmende, men retningsgivende for hvilke momenter som bør være med når helsepersonellet vurderer om helsehjelpen skal regnes som alvorlig inngrep eller ikke.

Hvilke tiltak omfattes av vedtaket - § 4A-5 tredje ledd?

Vedtakene kan være mer eller mindre omfattende. Noen vedtak har en kompleks behandling med mange ulike elementer som formål. Andre vedtak har pleie og omsorg som hovedformål.

Vedtaket om tvungen helsehjelp må omfatte alle tiltak som er nødvendig for å iverksette og gjennomføre helsehjelpen. Det er imidlertid viktig at det ikke legges opp til feil bruk av ressurser og unødig omfattende saksbehandling. Vedtak om undersøkelse og behandling omfatter derfor den pleie og omsorg som er nødvendig for å gjennomføre undersøkelsen og behandlingen. Eksempelvis vil et vedtak om operasjon som pasienten motsetter seg, også omfatte alle de tiltakene som er nødvendige for å kunne gjennomføre inngrepet. Det samme gjelder i forhold til den pleie og omsorg som er nødvendig etter at operasjonen er gjennomført.

Dersom hovedformålet med helsehjelpen er pleie og omsorg, skal det treffes eget vedtak om dette. For noen pasienter kan den primære helsehjelpen bestå i pleie og omsorg. Det må da treffes selvstendige vedtak om dette dersom pasienten motsetter seg slik pleie- og omsorg.

Innhenting av informasjon fra pasientens nærmeste pårørende

Før det blir truffet vedtak om helsehjelp, skal det der det er mulig innhente informasjon fra pasientens nærmeste pårørende om hva pasienten ville ha ønsket seg, jf. **siste ledd** i § 4A- 5. Det kan imidlertid være situasjoner der det ikke er tid til å innhente informasjon eller at nærmeste pårørende ikke ønsker å gi informasjon.

Med pasientens nærmeste pårørende menes den pasienten oppgir som nærmeste pårørende, jf. [pasient- og brukerrettighetsloven § 1-3 bokstav b](#). Se nærmere omtale i kommentaren til bestemmelsen.

Pasientens nærmeste pårørende vet i mange tilfeller hvilke behov pasienten har og kjenner eventuelle ønsker eller motforestillinger pasienten måtte ha mot ulike typer helsehjelp. For pasienter mellom 16 og 18 år vil den eller de med foreldreansvaret være en god kilde til informasjon om sitt barn. Det kan være ulike årsaker til at pasienter uten samtykkekompetanse motsetter seg helsehjelp som ut i fra en medisinskfaglig vurdering er nødvendig. For eksempel kan det komme av at pasienten føler generell angst. Det kan også være bakenforliggende årsaker som virker irrasjonelle for andre.

Dette kan være en del av personligheten til pasienten og er ikke nødvendigvis knyttet til årsaken til den manglende samtykkekompetansen. Eksempel på det siste er personer som alltid har mislikt tannlegebesøk, og som også før samtykkekompetansen falt bort, ville unngått et tannlegebesøk i det lengste. Slike forhold bør tas med i den samlede vurderingen. I slike tilfeller blir informasjonen fra nærmeste pårørende særlig sentral.

Dersom pasienten ikke kan ta vare på sine egne interesser, har de nærmeste pårørende til pasienten rett til nødvendig informasjon som gjør det mulig å få innsikt i helsetilstanden til pasienten og innholdet i helsehjelpen, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 3-3 annet ledd. Nærmeste pårørende har etter pasient- og brukerrettighetsloven § 3-1 også rett til å medvirke ved gjennomføring av helsehjelpen dersom pasienten mangler samtykkekompetanse.

Dersom pasienten ikke har oppgitt hvem som er nærmeste pårørende eller det ikke finnes familiemedlemmer som kan ivareta rollen, kan det bli nødvendig å oppnevne verge. Oppnevning av verge skjer etter reglene i [vergemålsloven](#).

Dokumentasjonsplikt og krav til saksbehandlingen

Vedtak om helsehjelp som pasienten motsetter seg, skal dokumenteres i pasientens journal.

Helsepersonell plikter å føre journal, jf. [helsepersonelloven §§ 39 og 40](#) og [pasientjournalforskriften §§ 4-8](#). Den som yter helsehjelp, skal skrive ned eller registrere nødvendige og relevante opplysninger om pasienten og helsehjelpen i en journal for den enkelte pasient. Det skal være en fortløpende dokumentasjon, og hvert tiltak og hver gjennomføring av tiltaket skal dokumenteres. Det må også fremgå hvilke tillitskappende tiltak som har vært prøvd.

Dokumentasjonsplikten skal bidra til kvalitet og kontinuitet i behandlingen, og gi mulighet til å etterprøve den helsehjelpen som er gitt.

Dokumentasjonsplikten er spesifisert både i helsepersonelloven og pasientjournalforskriften. Hva journalen skal inneholde, går fram av §§ 4-8 i forskriften. Blant annet skal man registrere avgjørelsen om at pasienten ikke har samtykkekompetanse, hvem som samtykker på vegne av pasienten, og om pasienten har motsatt seg helsehjelpen.

Relevante bestemmelser i [forvaltningsloven](#)

Reglene om enkeltvedtak i forvaltningsloven gjelder for vedtak etter pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4A så langt de passer, jf. § 4A-9. De mest relevante bestemmelsene om saksforberedelse og vedtak omtales nedenfor.

Forhåndsvarsel. [Forvaltningsloven § 16](#) gir rett til forhåndsvarsel. Blant annet skal parten, dvs. pasienten, og/eller vedkommendes eventuelle fullmektig gis anledning til å uttale seg innen en nærmere angitt frist. Hvis det er oppnevnt verge eller fremtidsfullmektig med kompetanse på det personlige området skal vedkommende ha forhåndsvarsel (se [vergemålsloven](#) og [vergemålsforskriften](#)). Hovedregelen er at forhåndsvarselet skal være skriftlig, samt gjøre rede for hva saken gjelder og inneholde det som anses påkrevd for at parten kan ivareta sin sak.

Forhåndsvarsel kan blant annet unnlates dersom det ikke er praktisk mulig eller det vil medføre fare for at vedtaket ikke kan gjennomføres, eller at parten på annen måte har fått kjennskap til at vedtak skal treffes og har hatt foranledning til å uttale seg, jf. [forvaltningsloven § 16 andre ledd bokstav c](#).

Pasientens nærmeste pårørende vil ofte være orientert i forbindelse med at det er innhentet informasjon som grunnlag for vedtak om tvang. Dersom nærmeste pårørende i slike tilfeller også er pasientens rettmessig oppnevnte representant (fullmektig, fremtidsfullmektig), vil det i slike tilfeller ikke være nødvendig med forhåndsvarsel. Det har for eksempel i ett år eksistert vedtak om medisinerings, og vilkårene for å videreføre tiltaket er oppfylt. Det kan da være tilstrekkelig med en telefon til pårørende med spørsmål om de har nye opplysninger eller synspunkter på at det fattes nytt vedtak. Slik har man oppfylt både § 4A-5 fjerde ledd og forvaltningslovens krav om forhåndsvarsling samtidig.

Utrednings- og informasjonsplikt. Helsepersonellet som er ansvarlig for helsehjelpen som pasienten motsetter seg, skal sørge for at saken er så godt opplyst som mulig før vedtak fattes. Nye opplysninger som får betydning for helsepersonellens vurdering i saken, skal som hovedregel forelegges pasient og pårørende for uttalelse.

Formkrav. Enkeltvedtak skal etter [forvaltningsloven § 23](#) være skriftlig dersom ikke dette av praktiske grunner vil være særlig byrdefullt for forvaltningsorganet.

Det skal fattes et særskilt vedtak. Det er med andre ord ikke tilstrekkelig kun å journalføre etter reglene om journalføring.

Selve vedtaket om tvungen helsehjelp vedlegges/kobles mot journalen (eller kan eventuelt legges inn i journalen i sin helhet), og det må fremgå av journalen at det er fattet et slikt vedtak. I tillegg bør de faktiske forholdene og de vurderingene som er foretatt fremgå særskilt av journalen. Se [pasientjournalforskriften § 6 og 8 a](#)).

Begrunnelse. Forvaltningsorganet skal gi begrunnelsen samtidig med at vedtaket treffes, jf. [forvaltningsloven § 24](#). Dette innebærer at det i orienteringen til parten skal gis en begrunnelse for hva vedtaket går ut på og hvorfor det er fattet.

Hva en begrunnelse skal inneholde, er det stilt krav om i [forvaltningsloven § 25](#). Begrunnelsen skal vise til de regler vedtaket bygger på, med mindre parten kjenner reglene. Begrunnelsen skal dessuten nevne de faktiske forhold som vedtaket bygger på. De hovedhensyn som har vært avgjørende ved utøving av det forvaltningsmessige skjønn, dvs. hensynene som har vært utslagsgivende i den vurderingen som er foretatt, bør også nevnes. I vedtaket etter kapittel 4A må det derfor gjøres rede for helsetilstanden til pasienten og hvordan vilkårene for å gi tvungen helsehjelp er blitt vurdert, medregnet hvilke tillitsskapende tiltak som er prøvd. Det må også gå fram hvilke gjennomføringstiltak som skal omfattes, om annet helsepersonell og nærmeste pårørende har uttalt seg, og hva som i så fall er blitt sagt. Det er ikke stilt krav til at begrunnelsen skal være omfattende, men den må være tilstrekkelig til å avgjøre om lovens vilkår er oppfylt og til å kunne etterprøve vedtaket. Dette er særlig viktig fordi et vedtak - i motsetning til vedtak etter helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 9 - ikke skal gjennom en automatisk godkjenningssprosess.

§ 4A-6 Underretning

Lovtekst

§ 4A-6. Underretning

Pasienten og pasientens nærmeste pårørende skal snarest mulig underrettes om vedtak truffet etter [§ 4A-5](#). Etterfølgende underretning til pasienten er likevel tilstrekkelig dersom underretningen vil medføre fare for at helsehjelpen ikke kan gjennomføres. Underretningen skal opplyse om adgangen til å klage og til å uttale seg i saken. Kopi av underretningen skal sendes den som har det overordnede faglige ansvaret for helsehjelpen. Videre skal kopi av vedtak etter [§ 4A-5](#) sendes til statsforvalteren.

Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven), kapittel 4a, § 4a-6

Hesledirektoratets kommentarer

Underretning til pasienten og pårørende om vedtak

Første ledd fastsetter at pasienten og pasientens nærmeste pårørende så snart som mulig skal orienteres om vedtaket. For at den nærmeste pårørende skal kunne sikre rettighetene og interessene til pasienten, må vedkommende få tilgang til informasjon om helsetilstanden til pasienten. Nærmeste pårørende har rett til informasjon når pasienten ikke kan ivareta egne interesser, jf. [pasient- og brukerrettighetsloven § 3-3](#). Pasientens nærmeste pårørende skal orienteres om alle vedtak om helsehjelp som pasienten motsetter seg.

Det kan likevel tenkes situasjoner der underretning til pasienten kan føre til at helsehjelpen ikke lar seg gjennomføre, for eksempel der det er aktuelt å skjule legemiddel i mat. Det er derfor i **første ledd andre setning** åpnet for at pasienten i unntakstilfelle kan orienteres i ettertid.

Av **andre ledd** følger at underretningen skal opplyse om retten til å klage og uttale seg. Det skal opplyses om den nærmere fremgangsmåte ved klage, samt om retten til å se sakens dokumenter mm., jf. [forvaltningsloven § 27 tredje og fjerde ledd](#).

Som hovedregel skal det også innhentes informasjon fra pasientens nærmeste pårørende før det blir truffet vedtak om helsehjelp. Se nærmere kommentarene til § 4A-5 siste ledd.

Kopi til den som har det overordnede faglige ansvaret

For å ha mulighet til å ivareta det overordnede faglige ansvaret for helsehjelpen, må den som har dette ansvaret, få kunnskap om når det blir brukt tvang. Det skal derfor alltid sendes kopi av slike vedtak til vedkommende. Dette følger av **tredje ledd**.

Det er naturlig å følge de vanlige ansvarslinjene som er valgt for tjenesten. I noen kommuner er for eksempel det overordnede ansvaret for helsehjelpen lagt til kommunelegen, tilsynslegen eller andre. Det må være klart hvem som har det overordnede ansvaret for den aktuelle helsehjelpen i den enkelte tjeneste (se [forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten](#) og [veileder til forskrift](#)). Uavklarte ansvarsforhold kan føre til svekket rettssikkerhet for pasientene i saker der det er aktuelt å bruke tvang.

Kontrollen i tvangssaker bør løftes opp til et nivå der den overordnede faglige ansvarlige har påvirkning på både økonomiske og personellmessige ressurser. Den overordnede faglige ansvarlige må sikre at eventuell bruk av tvang blir sett i sammenheng med det samlede tjenestetilbudet til personen det gjelder. Vedkommende må også sikre at det blir lagt til rette for minst mulig bruk av tvang.

Kopi av vedtak til fylkesmannen

For at fylkesmannen skal kunne føre tilsyn med bruken av tvang og eventuelt på eget initiativ overprøve vedtakene, skal det sendes kopi av vedtaket til fylkesmannen. Dette fremgår av § 4A-6 **tredje ledd andre setning**. Fylkesmannen kan overprøve slike vedtak om helsehjelpen av eget tiltak, jf. § 4A-8 første ledd.

I tillegg skal fylkesmannen etterkontrollere vedtak om helsehjelp som ikke er påklaget, når det har gått tre måneder fra vedtaket ble truffet, jf. § 4A-8 andre ledd. For at denne plikten skal bli reell, må fylkesmannen holdes informert om hvilke vedtak som blir truffet.

Ordningen med at kopi av alle vedtak om tvungen helsehjelp skal sendes til fylkesmannen, innebærer ikke en forhåndsgodkjenning av vedtak fra fylkesmannens side eller at det er tatt stilling til vedtakets enkelte elementer.

§ 4A-7 Klage

Lovtekst

§ 4A-7. Klage

Vedtak om helsehjelp etter [§ 4A-5](#) kan påklages til statsforvalteren av pasienten eller pasientens nærmeste pårørende. Bestemmelsene i [§ 7-3](#) gjelder tilsvarende for klage etter paragrafen her. Fristen for å klage til statsforvalteren er tre uker fra vedkommende fikk eller burde ha fått kjennskap til vedtaket.

Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven), kapittel 4a, § 4a-7

Kilde: lovdata.no

Helsedirektoratets kommentarer

Første ledd fastslår retten til å klage på en avgjørelse, noe som gir pasientene en rettsikkerhetsgaranti. Ettersom pasienten i de aktuelle tilfellene mangler samtykkekompetanse og ofte ikke kan ta vare på egne interesser, er også pasientens nærmeste pårørende gitt mulighet til å klage på vedtaket etter § 4A-5. Hvem som anses som nærmeste pårørende omtales nærmere under kommentaren til § 1-3 bokstav b.

Klageretten etter § 4A-7 gjelder bare vedtak om helsehjelp etter kapittel 4A. Et eksempel er et vedtak om tilbakeholdelse ved innlåsing av pasient på avdeling. De pårørende mener at tiltaket er for inngripende og at tillitsskapende tiltak ikke har vært prøvd i tilstrekkelig grad. De pårørende kan her klage på vedtaket.

Dersom helsepersonellet kommer til at vilkårene for å yte tvungen helsehjelp *ikke* er oppfylt, kan ikke dette påklages etter reglene i kapittel 4A. Det kan for eksempel tenkes situasjoner der pårørende ber om at en av deres nærmeste må få helsehjelp til tross for at vedkommende motsetter seg for eksempel innleggelse i helseinstitusjon. Dersom det ytes tilstrekkelige og forsvarlige tjenester i hjemmet, kan helsetjenesten komme til at vilkårene for å gi tvungen helsehjelp ikke er oppfylt. Pårørende kan i slike tilfelle eventuelt be fylkesmannen om å etterprøve vurderingen.

Pasienten eller pasientens representant kan klage over vedtak om manglende samtykkekompetanse etter pasient- og brukerrettighetsloven § 4-3 fjerde ledd etter reglene i pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 7, og ikke etter reglene i pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4A.

Særskilte formkrav til klagen

Det fremgår av **andre ledd** at § 7-3 også gjelder for klage etter kapittel 4A. Det innebærer at klagen skal være skriftlig. Klagen skal være undertegnet av pasienten eller den som representerer pasienten.

Det vil være i klagerens egen interesse at klagen begrunnes så utførlig som mulig. Klagen bør nevne det forhold som det klages over og gi opplysninger som kan være av betydning for behandlingen av klagen. Inneholder klagen feil eller mangler, setter fylkesmannen en kort frist for å komme med utfyllende informasjon i form av rettelse eller utfylling.

Helsepersonell bør hjelpe pasienten eller nærmeste pårørende med å skrive ned klagen og sende den, dersom de har behov for bistand, jf. [forvaltningsloven § 11](#).

Dersom klagen ikke oppfyller formkravene i § 7-3 eller ikke er sendt innen fristen på tre uker, kan fylkesmannen avvise klagen. Fylkesmannen fatter da enkeltvedtak som førsteinstans. I disse tilfellene gjelder de alminnelige reglene i forvaltningsloven. Dette betyr at avvisningsvedtaket kan påklages til Statens helsetilsyn.

I tillegg til disse bestemmelsene gjelder reglene i forvaltningsloven om klage så langt de passer, jf. § 4A-9.

Klagen skal sendes til den virksomheten som har truffet vedtaket, for eksempel kommunen eller helseforetaket, jf. [forvaltningsloven § 32](#).

Helsetjenestens behandling av klagen

Helsetjenesten som har truffet vedtaket (i forvaltningsloven omtalt som underinstansen) skal gjennomgå klagen for å vurdere om det er grunnlag for å behandle klagen, foreta endringer eller treffe nytt vedtak.

Vedtaksinstansens behandling av klagen reguleres av [forvaltningsloven § 33](#), se særlig første og annet ledd.

Forvaltningslovens regler om saksforberedelse og vedtak gjelder også ved forberedelsen av klagesakene.

Helsetjenesten som har truffet vedtaket, skal foreta de undersøkelser klagen gir grunn til, jf. [forvaltningsloven § 17](#). Det vises til punkt kommentarene til § 4A-9.

Helsetjenesten som har truffet vedtaket, bør gi så god informasjon som mulig slik at vedtaket kan overprøves av klageinstansen, som er fylkesmannen.

Helsetjenesten skal vurdere om det er grunnlag for å avvise klagen, anse klagen som en ny søknad, oppheve vedtaket eller endre vedtaket.

Helsetjenesten som har truffet vedtaket, kan avvise en klage i tilfeller hvor vilkårene for å behandle en klage ikke foreligger, jf. [forvaltningsloven § 33](#). Dette vil blant annet kunne være tilfelle dersom klagefristen ikke er overholdt eller dersom klagen ikke tilfredsstillende formkravene i [forvaltningsloven § 32](#). Det stilles også krav til klagens form og innhold i pasient- og brukerrettighetsloven § 7-3. Klagefrist og formkrav skal likevel ikke tolkes for strengt. En avvisning er i seg selv et enkeltvedtak som kan påklages. Klageinstansen er også i slike tilfeller fylkesmannen.

Fristen for å klage til fylkesmannen

Det følger av **tredje ledd** at fristen for å klage til fylkesmannen er satt til tre uker fra man fikk eller burde ha fått kjennskap til vedtaket – som oftest fra underretningen er kommet fram til pasienten eller pasientens nærmeste pårørende. Fristen blir altså regnet fra det tidspunkt pasienten eller nærmeste pårørende er blitt orientert om vedtaket.

Den som tar i mot klagen, kan velge å behandle den selv om den kommer inn etter at fristen er gått ut, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 7-6 og [forvaltningsloven § 31](#) om for sen innlevering av klage. Det vil blant annet si at klagen kan behandles så sant den som klager ikke kan lastes for ikke å holde fristen, eller det av særlige grunner er rimelig at klagen blir behandlet.

Retningslinjer for fylkesmannens saksbehandling av klager etter § 4A-7 er gitt i [Statens helsetilsyns Retningslinjer for Fylkesmannens behandling av vedtak og klagesaker etter pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4 A, Internserien 9/2012](#).

Utsatt iverksettelse av vedtaket

Underinstansen, klageinstansen eller annet overordnet organ kan beslutte at vedtak om tvungen helsehjelp ikke skal iverksettes før klagefristen er ute eller klagen er avgjort, jf. [forvaltningsloven § 42](#). Den som fremsetter en klage, kan be om utsettende virkning både overfor det helsepersonell som er ansvarlig for helsehjelpen og overfor fylkesmannen.

Ved etterfølgende underretning etter § 4A-6 første ledd andre setning vil det ikke være mulig å begjære utsatt iverksettelse. Tvungen helsehjelp er allerede gitt i henhold til vedtaket, men også et slikt vedtak kan påklages.

§ 4A-8 Overprøving og etterfølgende kontroll

Lovtekst

§ 4A-8. Overprøving og etterfølgende kontroll

Statsforvalteren kan av eget tiltak overprøve vedtak som er truffet etter [§ 4A-5](#).

Dersom et vedtak om helsehjelp etter dette kapitlet ikke er påklaget og helsehjelpen vedvarer, skal statsforvalteren, når det har gått tre måneder fra vedtaket ble truffet, av eget tiltak vurdere om det fortsatt er behov for helsehjelpen.

Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven), kapittel 4a, § 4a-8

Kilde: lovdata.no

Helsedirektoratets kommentarer

Muligheten til å klage på selve vedtaket forutsetter en aktivitet, enten fra pasienten selv eller pasientens nærmeste pårørende. Regelen om overprøving og etterfølgende kontroll i denne bestemmelsen er en ytterligere rettssikkerhetsgaranti som ivaretas av fylkesmannen uavhengig av om vedtaket er påklaget.

Retningslinjer for fylkesmannens saksbehandling ved overprøving og etterfølgende kontroll etter § 4A-8 er gitt i [Statens helsetilsyns retningslinjer for Fylkesmannens behandling av vedtak og klagesaker etter pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4 A, Internserien 9/2019](#).

Fylkesmannens overprøving av eget tiltak

Første ledd fastslår at fylkesmannen av eget tiltak kan overprøve vedtakene som er truffet etter § 4A-5.

Det er ikke en obligatorisk overprøving fra fylkesmannen, men et fleksibelt system der fylkesmannen får en aktiv rolle. Ved å gjennomgå tilsendte kopier av alle vedtak om tvungen helsehjelp, jf. 4A-6 tredje ledd, kan fylkesmannen se nærmere på saker der det tilsynelatende er grunnlag for å stille spørsmål ved bruken av tvang.

Ut over dette vil uregelmessigheter kunne fanges opp gjennom fylkesmannens alminnelige arbeid.

Fylkesmannen skal vurdere vedtaket i ettertid

Andre ledd fastsetter at Fylkesmannen skal kontrollere vedtak som ikke er påklaget, når det har gått tre måneder etter at vedtaket ble truffet og helsehjelpen fortsatt ytes.

Helsetjenesten kan treffe ulike typer vedtak både når det gjelder innhold og varighet. Det gjør seg gjeldende særskilte sterke rettssikkerhetsmessige hensyn ved langvarige tiltak, som typisk kan være helsehjelp til personer med demens. Selv om det ikke blir klaget over vedtak om helsehjelp som innebærer bruk av tvang, skal derfor fylkesmannen av eget tiltak ta opp spørsmålet om det fremdeles er behov for helsehjelpen, tre måneder etter at vedtaket ble fattet.

Bestemmelsen innebærer at alle vedtak skal etterprøves, ikke bare de vedtakene som blir påklaget. Forarbeidene forutsetter at fylkesmannen fatter enkeltvedtak når det tas stilling til spørsmålet om videreføring av helsehjelp med tvang. Dette gjelder uavhengig av om beslutningen går ut på videreføring, endring eller oppheving av helsetjenestens (førsteinstansens) vedtak (se [Helse- og omsorgsdepartementets brev av 19. august 2011](#)).

Saksbehandlingsreglene i forvaltningsloven gjelder også for fylkesmannens behandling av spørsmålet om vilkårene for bruk av tvang fremdeles er oppfylt. Særlig vises det til [§ 17](#) i forvaltningsloven, der det heter at forvaltningsorganet skal se til at saken er så godt opplyst som mulig før det blir truffet vedtak. Fylkesmannen må derfor vurdere om det har nok opplysninger i saken, eller om det må innhentes mer informasjon før vedtak fattes. Forhåndsvarsling etter forvaltningsloven § 16 må også vurderes.

Klage på fylkesmannens vedtak etter § 4A-8

Fylkesmannens vedtak om opprettholdelse, endring eller oppheving av vedtak etter § 4 A-5 anses som nytt enkeltvedtak. I tråd med forvaltningsloven har pasient og pårørende da klagerett når fylkesmannen med hjemmel i § 4A-8 *endrer* eller *opprettholder (stadfester)* vedtak. I de tilfeller der fylkesmannen *opphever* vedtaket, foreligger normalt ikke rettslig klageinteresse (se [Helse- og omsorgsdepartementets brev av 1. mars 2012 til Helsedirektoratet](#)).

Fylkesmannens endrings- og stadfestingsvedtak må derfor, i tråd med forvaltningsloven § 27 tredje ledd, inneholde informasjon om klageadgang, klagefrist og klageinstans.

Statens helsetilsyn er klageinstans for disse vedtakene.

§ 4A-9 Forvaltningslovens anvendelse

Lovtekst

§ 4A-9. Forvaltningslovens anvendelse

[Forvaltningsloven](#) gjelder så langt den passer for vedtak etter [§ 4A-5](#), med de særlige bestemmelser som er gitt i dette kapitlet.

Hesledirektoratets kommentarer

Reglene i forvaltningsloven kommer til anvendelse på vedtak om helsehjelp etter pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4A så langt de passer. Rettssikkerhetshensyn veier tungt i disse sakene, og de grundige saksbehandlingsreglene i forvaltningsloven skal ivareta dette hensynet. I enkelte situasjoner der det er viktig ikke å tape tid, kan det likevel være vanskelig å etterleve kravene i forvaltningsloven og det presiseres derfor i bestemmelsen at forvaltningsloven gjelder så langt den passer.

Forvaltningsloven inneholder bestemmelser om veiledningsplikt, saksbehandlingstid, foreløpig svar, muntlige konferanser, adgangen til å bruke fullmektig, samt regler om taushetsplikt. Nedenfor omtales noen bestemmelser som vil være aktuelle i forbindelse med vedtak etter kapittel 4A.

Forvaltningsloven inneholder også bestemmelser om saksforberedelse ved enkeltvedtak og om utformingen av og klage på et slikt vedtak. En del av disse bestemmelsene er omtalt foran under kommentarene til §§ 4A-5 til 4A-8. For primærhelsetjenestens vedkommende vises det også til [veileder IS-1040](#) Saksbehandling og dokumentasjon for pleie- og omsorgstjenester.

Part i saken. En part er den som en avgjørelse retter seg mot eller som saken ellers direkte gjelder, jf. [forvaltningsloven § 2](#). Den som et vedtak etter pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4A retter seg mot, er part i saken.

Fullmektig. En part har rett til å ha med seg advokat eller fullmektig når vedkommende møter personlig for forvaltningsorganet, jf. [forvaltningsloven § 12 tredje ledd](#). Fullmektig som ikke er advokat, skal fremlegge skriftlig fullmakt.

Når parten ikke har samtykkekompetanse, har pasient- og brukerrettighetsloven bestemmelser som åpner for at en pårørende kan bistå uten at det foreligger fullmakt, jf. § 31 tredje ledd.

Veiledningsplikt. Forvaltningsorganene har innenfor sine områder en alminnelig veiledningsplikt, jf. [§ 11](#). Formålet med veiledningen skal være å gi parter og andre interesserte adgang til å ivareta sine interesser i bestemte saker på best mulig måte. Behovet for veiledning må vurderes konkret i den enkelte sak og kan typisk omfatte veiledning om gjeldende lover og forskrifter, samt praksis på området, samt de nærmere regler for saksbehandlingen, herunder om partenes rettigheter og plikter etter forvaltningsloven. Veiledningsplikten består blant annet i å svare på spørsmål og å gi opplysninger av eget tiltak.

Den som yter helsehjelp har også informasjonsplikt etter helsepersonelloven § 10, som igjen viser til pasient- og brukerrettighetsloven §§ 3-2 og 3-3 om informasjon som skal gis til pasienten og nærmeste pårørende. Av pasient- og brukerrettighetsloven § 3-5 fremgår det blant annet at informasjonen skal være tilpasset mottakerens individuelle forutsetninger.

§ 4A-10 Domstolsprøving

Lovtekst

§ 4A-10. Domstolsprøving

Vedtak i klagesak etter § 4A-7 som innebærer innleggelse og tilbakeholdelse i institusjon, eller helsehjelp som strekker seg ut over tre måneder, kan av pasienten eller pasientens nærmeste pårørende bringes inn for retten etter reglene i lov [17. juni 2005 nr. 90](#) om mekling og rettergang i sivile tvister (tvisteloven) [kapittel 36](#).

Tilsvarende gjelder for statsforvalterens vedtak om helsehjelp som innebærer innleggelse og tilbakeholdelse, eller som strekker seg ut over tre måneder, jf. [§ 4A-8](#). *Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven), kapittel 4a, § 4a-10*

Kilde: lovdata.no

Helsedirektoratets kommentarer

Hvilke vedtak kan bringes inn for retten etter § 4A-10?

Vedtak om helsehjelp etter kapittel 4A som anses som mest inngripende, kan bringes inn for retten etter reglene i [kapittel 36 i lov av 17. juni 2005 nr. 90 om mekling og rettergang i sivile tvister](#). Dette gjelder vedtak i klagesak etter § 4A-7 om helsehjelp som innebærer innleggelse og tilbakeholdelse på institusjon eller helsehjelp som strekker seg ut over tre måneder.

Adgangen til å reise sak gjelder også statsforvalterens vedtak etter § 4A-8 om helsehjelp som innebærer innleggelse og tilbakeholdelse, eller som strekker seg ut over tre måneder. Det kan reises søksmål om gyldigheten av vedtak etter § 4A-8 uavhengig av om klagemulighetene er uttømt (se [Helse- og omsorgsdepartementets brev av 1. mars 2012 til Helsedirektoratet](#)).

Rettergang etter tvisteloven kapittel 36

Den viktigste forskjellen på behandling etter [tvisteloven kapittel 36](#) og ordinær domstolsbehandling er kravet om umiddelbar berømmelse av hovedforhandling, rask behandling og avgjørelse, at retten prøver alle sidene av saken og at staten bærer alle kostnadene ved saken.

Det er vanligvis klageinstansens (statsforvalterens) vedtak i klagesak som er gjenstand for søksmål, men det kan også være vedtak som statsforvalteren treffer etter § 4A-8.

Motpart er staten ved departementet, se [tvisteloven § 36-3 \(3\)](#). Departementet er i denne sammenheng Helse- og omsorgsdepartementet. Departementet delegerer vanligvis til Helsedirektoratet å ivareta rollen som partsrepresentant. Regjeringsadvokaten er Statens prosessfullmektig.

Rett til fri sakførsel

Pasienten har rett til fri sakførsel, jf. [rettshjelploven § 16 første ledd nr. 2](#). Rettshjelp innvilges av eget tiltak av den rett som har saken til behandling.

Det er fritt advokatvalg, dog med bostedsforbehold. Pasienten eller nærmeste pårørende kan altså selv velge hvilken advokat som skal føre saken.

§ 4A-11 Forskrift

Lovtekst

§ 4A-11. Forskrift

Departementet kan gi nærmere regler om gjennomføringen av helsehjelpen etter dette kapitlet og om saksbehandlingen, herunder hvilke krav som skal stilles til dokumentasjon av vedtak om helsehjelp.

Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven), kapittel 4a, § 4a-11

Kilde: lovdata.no

Helsedirektoratets kommentarer

Paragrafen gir departementet adgang til å fastsette forskrift med presiserende regler om utfylling og gjennomføring kapittel 4A. Det kan gis nærmere regler om avgrensingen og gjennomføringen av helsehjelp som pasienten motsetter seg, medregnet hvilke krav som skal settes til dokumentasjon av vedtak om helsehjelp.

Det er ikke gitt forskrifter til dette kapitlet.

Veileder om tvangstiltak overfor personer med rusmiddelproblemer

etter helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 10

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

Utgitt: Desember 2016

Publikasjonsnummer: IS-2355

ISBN-nr.

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

Tlf.: 810 20 050

Faks: 24 16 30 01

www.helsedirektoratet.no

FORORD

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

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

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

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

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

Oslo, desember 2016



Bjørn Guldvog
helsedirektør

INNHold

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

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

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

INNLEDNING

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

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

Evaluerings¹ av regelverket viste at det var betydelige variasjoner i rettsanvendelsen mellom ulike kommuner, som ikke kun kan forklares ut fra andel personer med rusmiddelproblemer. Det fremkom også utfordringer knyttet til samhandling mellom tjenestenivåer og variasjoner i kvaliteten på gjennomføring av tvangsvedtak.

Om lag 32 000 pasienter mottok behandling i tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) i 2015.² Dette inkluderer både døgnbehandling og poliklinisk behandling. Totalt sett var det i 2015

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

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

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

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

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

² [Rapport IS-2485 SAMDATA Spesialisthelsetjenesten 2015](#)

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

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

Innholdet i veilederen er i seg selv ikke rettslig bindende for mottakerne, utover det som følger av lov og forskrift. I prinsippet er veilederen å anse som en samling anbefalinger og råd. Det betyr imidlertid ikke at anbefalinger og råd som gis i faglige veiledere er uten enhver rettslig betydning. Helsedirektoratet har ansvar for lovforklaring av bestemmelsene, og veilederen beskriver en praksis eller fremgangsmåte som ifølge Helsedirektoratet må anses å gjenspeile faglig forsvarlighet og/eller god praksis. Den som velger løsninger som avviker fra veiledernes anbefalinger, må være forberedt på å kunne dokumentere og begrunne sine valg.

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

Veilederen er basert på et utkast utarbeidet av en bredt sammensatt arbeidsgruppe ledet av Kompetansesenter rus region øst ved spesialrådgiver Torhild Kielland. Arbeidsgruppen

har som del av arbeidet også avholdt et stort rådslag der berørte instanser og personer deltok med viktige muntlige og skriftlige innspill. En stor takk til arbeidsgruppens medlemmer:

- Karl Harald Søvig – dr. juris professor UiB
- Kristin Tømmervik – fagdirektør Rusforetaket (Helse Midt-Norge)
- Heidi Hansen – Rusmisbrukernes interesseorganisasjon (RIO)
- Leiv Tungesvik – sosialsjef bydel Laksevåg, Bergen
- Ove Veum – fylkesnemndsleder Hordaland
- Arne Johan Vetlesen – professor i filosofi ved UiO
- Siri Strømsmo – seniorrådgiver, Helsedirektoratet
- Ragnhild Lien Myrholm – leder skjermet avd. og familieenheten Borgestadklinikken
- Liv Drangsholt – spesialkonsulent, KoRus-Sør

Veilederen har lagt til grunn aktuelt kunnskapsgrunnlag, blant annet retningslinjen for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelser (ROP–retningslinjen), retningslinjen for gravide i legemiddelassistert rehabilitering og oppfølging av familiene frem til barnet når skolealder, retningslinjen for behandling og rehabilitering for rusmiddelproblemer og avhengighet, og veilederen «Sammen om mestring». Videre bygger den på kunnskapsoppsummeringen gjort av KORFOR i forkant av Stortingsmelding 30, kunnskapsoppsummeringen fra Atferdssenteret i 2011 om virksomme metoder i rusbehandling, og på evalueringsrapporten, om bruk av tvang etter Lov om sosiale tjenester §§ 6-2, 6-2a og 6-3, som UNI Rokkansenteret presenterte i 2010.

Begreper

I veilederen brukes begrepene pasient og bruker. Med *pasient* menes en person som henvender seg til helse- og omsorgstjenesten med anmodning om helsehjelp, eller som helse- og omsorgstjenesten gir eller tilbyr helsehjelp i det enkelte tilfelle. Med *bruker* menes en person som anmoder om eller mottar tjenester omfattet av helse- og omsorgstjenesteloven som ikke er helsehjelp.³

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

Siktemålet med endringen av betegnelse fra «*rusmiddelmissbruk*» til «*rusmiddelavhengig*», er omtalt som en språklig modernisering i «*tråd med dagens språkbruk*» og ikke en realitetsendring. Følgende fremgår av Prp. 91 L (2010-11) s. 502: «*Begrepet «rusmiddelavhengighet» omfatter også personer med et problematisk rusmiddelbruk som ikke nødvendigvis har utviklet seg til en*

avhengighet. Både personer med problematisk bruk og avhengighet vil kunne ha rett til behandling i spesialisthelsetjenesten og omfattes av reglene for tvang etter helse- og omsorgstjenesteloven kap. 10. Bruk av begrepet «rusmiddelavhengighet» i forhold til det tidligere brukte begrepet «rusmiddelmissbruk» innebærer således ingen innsnevring når det gjelder hvilke pasientgrupper som vil kunne tilbakeholdes etter tvangsbestemmelsene i helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 10. Det som bør ligge til grunn for tilgangen på ulike helsetjenester på dette området, er en vurdering av hvilke problemer bruken av rusmiddelet medfører for brukeren.»

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

³ jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 1-3

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



BRUKERMEDVIRKNING VED BRUK AV TVANG

1 BRUKERMEDVIRKNING VED BRUK AV TVANG

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

Anbefalinger:

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

1.1 Pasient/bruker er viktigste aktør

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

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

⁵ Helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1, spesialisthelsetjenesteloven § 2-2 og helsepersonelloven §§ 4, jf. 16

Brukerinvolvering må skje gjennom hele utrednings -og vurderingsfasen, ved innleggelsen, under oppholdet og i oppfølgingen etter endt opphold.

Det vil også være aktuelt å ta med pårørende på råd. Dialog og aktiv involvering i alle deler av prosessen øker mulighetene for å motivere brukeren/pasienten for videre hjelp. Dette inkluderer innflytelse på valg av behandlingssted og på innholdet i behandlingsopplegget ved institusjonen. Kontinuerlig forsøk på å involvere brukeren/pasienten på tross av motstand bedrer resultater av tvang.⁶

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

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

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

Studier viser positive effekter av brukermedvirkning før, under og etter institusjonsopphold.⁸ Godt planlagte innleggelser, hvor pasienten/brukeren er kjent med hjelpeapparatets bekymring og har deltatt i prosessen, synes å bedre mulighetene for å få vedkommende motivert for videre hjelp. Kunnskapsoppsummeringer av sentrale faktorer for å oppnå bedring i frivillig behandling, viser til at informasjon om hva pasienten/brukeren selv tror er nyttig for han eller henne er avgjørende for behandlingen. Brukermedvirkning kan bidra til bedre løsninger for den enkelte (skreddersøm) i utformingen og gjennomføringen.⁹ På bakgrunn av krav om brukermedvirkning, er det viktig å gi god informasjon om hvilket tilbud de kan få etter tvangen og mulighet til å få være med på beslutningen om videre behandling.¹⁰

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

⁷ Forskrift om rettigheter og tvang i rusinstitusjon § 3 andre ledd

⁸ Lundeberg (2010)

⁹ Orlinsky, Rønnestad og Willutzki 2004

¹⁰ Rokkanrapporten side 270

1.2 Etiske betraktninger ved bruk av tvang

Bruk av tvangstiltak er et alvorlig inngrep som begrenser individets rett til selvbestemmelse, og som også kan oppleves svært krenkende. Vurderinger av om tvangstiltak bør benyttes må foretas basert på en avveining mellom etikk, forsvarlighet og hva som er formålstjenlig for brukeren/pasienten. Tjenesteutøvere som har myndighet til å etablere tvangsvedtak, må være bevisst den sammensatte vurderingen, herunder de etiske sider ved et tvangsvedtak.¹¹

Bruk av tvang forutsetter en helhetlig kartlegging av brukerens livssituasjon. Brukerinvolvering, tilstrekkelig og tilpasset informasjon, forutsigbarhet og tydelige rammer kan motvirke den negative opplevelsen av tvang. Et kvalitativt godt institusjonstilbud og en helhetlig plan for oppfølging etter institusjonsoppholdet, er sentralt for at bruk av tvang skal oppleves og være hensiktsmessig.

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

Personell som jobber med tvang bør få mulighet til veiledning – både fordi pasientene kan være ambivalente, men også fordi personalet kan oppleve ambivalens i forhold

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

til hvor formålstjenlig de opplever tvangsutøvelsen og etiske utfordringer.

1.3 Pårørende og søsken til den som har rusmiddelproblemer

Pårørende er ofte en viktig ressurs for brukeren/pasienten og en sentral samarbeidspartner for tjenesteutøver.¹² Pårørende kan ha kunnskap som er viktig for utredning, behandling og rehabilitering. De kjenner ofte personen langt bedre enn tjenesteutøverne, og vet hvordan personen er når han eller hun ikke bruker rusmidler. Som en del av en helhetlig kartlegging av pasienten/brukeren i tvangssaker vil det være viktig å innhente opplysninger fra pårørende.

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

Pårørendes rolle kan være utfordrende for relasjonen mellom pårørende og personen som har rusmiddelproblemer.¹⁴ Dette bør vurderes og tas hensyn til i dialogen med pårørende. Også i saker der det vurderes at det ikke er grunnlag for å fatte vedtak om

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

¹³www.barnsbeste.no

¹⁴Helse- og omsorgstjenesteloven § 10-1

tilbakehold, bør saksbehandleren som har utredet saken og tatt i mot bekymringsmelding fra pårørende, vurdere om det er behov for bistand og støtte til pårørende. Det kan ofte være behov for informasjon til pårørende om hvilke hjelpetilbud som foreligger og om hvor de kan henvende seg for å få hjelp, herunder selvhjelpsgrupper, pårørendeorganisasjoner mv.¹⁵

Dersom spesialisthelsetjenesten vurderer at det ikke er forsvarlig å gjennomføre tvangsvedtaket, vil det kunne være nødvendig å opplyse pårørende. Uten samtykke fra pasienten, kan helsepersonell gi informasjon til pårørende når det er tungtveiende grunner til det.¹⁶ Vanligvis vil det være situasjoner der det er fare for skade på liv og helse på pasienten selv, pårørende eller andre personer. Men også fare for skadevoldende handlinger på andre interesser kan tenkes å gi helsepersonell rett til å informere pårørende.

Dersom en pasient med en psykisk tilstand som krever særlig årvåkenhet, for eksempel spiseforstyrrelser, selvskadning/selvmondsrisiko, overdose eller risiko for vold mot andre, blir utskrevet, kan det etter en konkret vurdering være rett å gi informasjon til pårørende selv om pasienten ikke samtykker.

Pårørende har ulike roller i forholdet til brukeren og vil i varierende grad være involvert i den rusrelaterte problematikken. I noen tilfeller har ikke pasienten hatt kontakt med familie på mange år. Institusjonsoppholdet kan brukes til å bygge opp et tillitsforhold til foreldre, søsken eller

andre pårørende. Hvem av de pårørende som skal involveres, og på hvilken måte, avgjøres av brukeren/pasienten i dialog med hjelpeapparatet.

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

PårørendeSenteret

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

1.4 Barn av foreldre med omfattende rusmiddelbruk

Mange barn berøres av foresattes rusmiddelbruk. Rusmiddelavhengighet hos foresatte kan føre til psykiske og følelsesmessige vansker hos barna. Risikoen for sykdom, helseplager, skader og sosiale problemer stiger med økt bruk av rusmidler, både for pasient/bruker og pårørende.

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

¹⁵ <https://helsenorge.no/parorende>

¹⁶ Helsepersonelloven § 23 nr. 4

somatisk sykdom eller skade kan ha som følge av foreldrenes tilstand.^{17,18} Helse- og omsorgspersonell som yter tjenester til en pasient/bruker skal søke å avklare om pasienten har mindreårige barn, skaffe seg oversikt over omsorgssituasjonen og innhente samtykke til hensiktsmessig oppfølging. Barn og familier er forskjellige og trenger ulike typer og ulikt omfang av hjelp. I enkelte familier kan det i tillegg til rusbehandling, være tilstrekkelig med familiesamtaler med mål om å bedre kommunikasjonen og øke forståelsen for barnets situasjon. Andre familier vil trenge samordnet hjelp fra flere instanser, herunder tiltak fra barneverntjenesten. Barneverntjenesten vil være en sentral aktør for ulike hjelpetiltak, enten frivillig eller ved at saken meldes barnevernet.¹⁹

Av lov om barneverntjenester § 4-2 følger at barneverntjenesten snarest, og senest innen en uke, skal gjennomgå innkomne meldinger og vurdere om meldingen skal følges opp med undersøkelser etter § 4-3.²⁰

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

for å sikre barnets interesser, må dette meldes barnevernet.²¹

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

¹⁷ Jf. helsepersonelloven § 10 a

¹⁸ Jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 2-1

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

²⁰ Jf. barnevernloven §§ 4-2 og 4-3.

²¹ Helsepersonelloven § 33



**SAMARBEID OG
SAMHANDLING PÅ TVERS AV
TJENESTENIVÅER**

2 SAMARBEID PÅ TVERS AV TJENESTENIVÅER

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

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

Anbefalinger

- Samarbeid mellom kommune og spesialisthelsetjenesten må skje både før, under og etter et tvangsopphold.
- Tjenestene må avklare hvilke roller og oppgaver de har i tvangsforløpet.
- Det bør opprettes et samarbeidsorgan - bistandsteam. Etablering av bistandsteam bør forankres i samarbeidsavtalene mellom kommune og helseforetak
- Sammensetning av bistandsteam bør bestemmes i samarbeid mellom helseforetak og kommunen. Nærliggende kommune(r) bør i samarbeid med hvert enkelt helseforetak opprette et felles bistandsteam. Det bør utarbeides samarbeidsavtaler for det enkelte bistandsteam.
- Samarbeid med fastlege bør etableres i alle tvangssaker
- Bruk av systematiske planleggingsverktøy, som for eksempel Individuell plan, er viktig i tvangssaker
- Politiet har bistandsplikt ved etablering og gjennomføring av tvangsopphold. Politibistand skal kun benyttes når helsetjenesten finner det nødvendig

2.1 Tjenestenes ansvar og samarbeid ved bruk av tvangstiltak

2.1.1 Kommunens ansvar

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

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

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

2.1.2 Spesialisthelsetjenestens ansvar

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

Det regionale helseforetaket (RHF) skal sørge for at personer med fast bopel eller oppholdssted innen helseregionen tilbys tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengighet (TSB), herunder institusjonsplasser som kan ta imot personer med rusmiddelproblemer med hjemmel i helse- og omsorgstjenesteloven §§ 10-2 til 10-4.²³ RHF peker ut behandlingsinstitusjoner i hver region som får ansvar for å ta imot pasienter på tvang, eller delegere dette til helseforetakene.²⁴ RHF har ansvar for å sørge for at det foreligger et tilstrekkelig døgntilbud i sin region, og må løpende vurdere om det er behov for økt døgncapasitet.

²² Jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1, jf. § 3-2

²³ jf. spesialisthelsetjenesteloven § 2-1a første ledd nr. 5.

²⁴ Jf. spesialisthelsetjenesteloven § 2-1a fjerde ledd

2.1.3 Felles ansvar for samarbeid i tvangssaker

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

Kommunene og de regionale helseforetakene har ansvar for å tilrettelegge for samhandling og samarbeid internt i tjenestene, med andre tjenesteytere og med bruker- og pårørendeorganisasjoner.²⁵

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

Etablering av bistandsteam bør også forankres i samarbeidsavtalene, som en delavtale.²⁷

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

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

²⁶ Helse- og omsorgstjenesteloven § 6-2 første ledd nr. 1

²⁷ Jf. Kap. 2.2

Verktøy for samhandling

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

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

2.2 Bistandsteam

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

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

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

Bistandsteam vil kunne bidra til faglig forsvarlige og samordnede prosesser i arbeidet med tvangssaker. Videre vil teamet kunne opparbeide kompetanse, erfaringer og

kunnskap vedrørende ulike tvangssaker. Dette vil spesielt små kommuner med få tvangssaker ha nytte av.

Eksempel på bistandsteam – kommuner i Buskerud og spesialisthelsetjenesten

Dette bistandsteamet²⁸ kommer sammen når det vurderes bruk av tvang overfor mennesker med alvorlige rusmiddelproblemer.²⁹ Teamet består av representanter fra kommunen og spesialisthelsetjenesten. Den aktuelle saken drøftes i teamet før det fremmes sak for fylkesnemnda slik at nødvendig institusjonsplass er klar når nemndas beslutning foreligger. Teamets arbeid har gjort at det tas et felles ansvar for disse pasientene og ansvarsfraskrivelse og faglig uenigheter unngås. Dette gir bedre effekt av institusjonsoppholdet for pasient/bruker.

2.2.1 Bistandsteamets sammensetning

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

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

²⁸ For mer utfyllende informasjon om dette bistandsteamet, se vedlegg 9.22.

²⁹ [Årsrapport 2008. Fylkesmannen i Buskerud](#)

bistandsteamet ikke blir en forsinkende instans i akutte situasjoner.

Ved behov kan teamet samles senere i forløpet. Det er den konkrete saken som avgjør hvem som bør delta i teamet utover de faste deltakerne. Pasienten/brukeren selv skal så langt det lar seg gjøre bli invitert til å delta på møter i bistandsteamet, der ansatte i tjenesteapparatet er til stede og tvang og eventuelle alternative tiltak, blir drøftet.

Når en konkret sak tas opp i bistandsteam bør det vurderes om følgende deltakere bør inngå i bistandsteamet i tillegg til de faste deltagerne:

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

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

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

2.2.2 Bistandsteamets mandat og oppgaver

Bistandsteam bør være forankret i samarbeidsavtalene mellom kommunene og helseforetakene. Eventuelt som en delavtale der teamets mandat, kompetanse, ansvarsforhold og oppgavefordeling

tydeliggjøres. Et bistandsteam skal tilrettelegge for en planlagt innleggelse og gjennomføring i samarbeid med brukeren/pasienten.

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

Bistandsteamet kan blant annet bistå i følgende vurderinger:

- Om det er aktuelt med innleggelse etter § 10-4 (avtalt tvang), § 10-2 eller §§ 10-3.
- Drøfte/vurdere etiske dilemmaer
- Vurdere om det bør fattes et hastevedtak (midlertidig vedtak) dersom kommunen anser at det er forsvarlig å avvente til teamet trer sammen.
- Vurdere egnet institusjon
- Vurdere når tvangsvedtaket skal iverksettes i institusjon
- Planlegge utskrivning/overgang til frivillig behandling og/eller oppfølging i etterkant av vedtaket.

2.3 Samarbeid ved graviditet

Kommunen bør ha rutiner for samarbeid mellom den kommunale helse- og omsorgstjenesten/rustjenesten, fastlegen, barnevernet og helsestasjonen for å ivareta fosteret og den gravide. Rutinene bør inneholde hvilken rolle den enkelte instans bør ha i saker der kommunen vurderer å

fremme sak etter § 10-3. Dersom det er etablert lokale bistandsteam anbefales det i saker etter § 10-3 at relevante instanser er en del av bistandsteamet.

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

Barnevernloven gjelder fra barnet er født, men kvinnen kan inngå et frivillig samarbeid med barneverntjenesten før fødsel.³⁰

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

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

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

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

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

2.4 Individuell plan, kriseplan og koordinator

Alle som har behov for langvarige og koordinerte tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven, spesialisthelsetjenesteloven og psykisk helsevernloven, har rett til å få utarbeidet en individuell plan (IP). IP er pasientens/brukerens plan og tjenestenes ansvar.³¹ Arbeidet med IP antas å være aktuelt i de fleste saker om tvangstiltak. Bruk av ansvarsgrupper er også hensiktsmessig for å sikre samarbeid og samhandling rundt den enkelte sak. Der pasient/bruker ikke ønsker individuell plan eller koordinator, skal tjenestene likevel samhandle og koordinere sin innsats.

I tvangssaker vil kommunen regelmessig ha plikt til å tilby koordinator.³² I disse sakene kan det være hensiktsmessig at for eksempel ruskonsulenten har koordineringsansvaret. Koordinatoren vil ha en sentral rolle i å samordne prosessen i tilknytning til etablering av tvangstiltak og oppfølging underveis og etter oppholdet. Der det er etablert bistandsteam bør koordinatoren være en del av bistandsteamet.

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

³² Jf. Hol. § 7-2

I tvangssaker kan for eksempel koordinatoren bidra til:

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

Koordinatoren skal sørge for nødvendig oppfølging av den enkelte pasient/bruker.³³ Koordinatoren skal også sikre samordning av tjenestetilbudet og fremdrift i arbeidet med individuell plan. Brukeren og pårørende får med dette en bestemt kontaktperson i kommunen å forholde seg til.

I tvangssaker kan det være hensiktsmessig å utarbeide en kriseplan som del av for eksempel Individuell plan, behandlingsplan eller lignende. Kriseplan skal gi større forutsigbarhet og trygghet i vanskelige livs- og risikosituasjoner. Planen kan inneholde nyttig informasjon om hvordan brukeren/pasienten ønsker å bli møtt, og inneholde informasjon om tidlige tegn på en krise hos brukeren/pasienten, og gir konkrete opplysninger om hvem som kan kontaktes i hjelpeapparatet når tegn eller symptomer er under utvikling.³⁴

³³ Se veileder [IS 2076 Sammen om mestring](#)

³⁴ Se eksempel på kriseplan, se vedlegg 9.16.

2.5 Taushetsplikt og informasjonsutveksling m.m.

2.5.1 Oversikt over reglene

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

Taushetsplikten skal ivareta befolkningens tillit til helse- og omsorgstjenesten og helsepersonell slik at personer ikke unnlater å oppsøke tjenesten for å få hjelp i frykt for at uvedkommende skal få tilgang til opplysningene. Tillitsforholdet er også viktig for at pasient/bruker skal føle det trygt å gi fra seg informasjon som er nødvendig for at helse- og omsorgstjenesten/helsepersonellet blir i stand til å yte en forsvarlig tjeneste.

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

Den profesjonsbaserte taushetsplikten finner vi i helsepersonelloven § 21. Alt helsepersonell som yter helsehjelp har taushetsplikt etter denne bestemmelsen, enten det skjer i offentlig eller i privat virksomhet. Helsepersonell er nærmere definert i helsepersonelloven § 3. Gjennomføring av tvangstiltak etter helse- og omsorgstjenesteloven §§ 10-2 og 10-3 skjer ved institusjon i spesialisthelsetjenesten som

yter tverrfaglig spesialisert rusbehandling.³⁵ Dette innebærer at personellet i institusjonen vil være å anse som helsepersonell etter helsepersonelloven i den grad de utfører handlinger som er definert som helsehjelp.

Den tjenestebaserte taushetsplikten finner vi i spesialisthelsetjenesteloven § 6-1 og helse- og omsorgstjenesteloven § 12-1. Disse bestemmelsene sier at enhver som utfører tjeneste eller arbeid for offentlige helseinstitusjoner eller for den kommunale helse- og omsorgstjenesten har taushetsplikt etter de alminnelige reglene om taushetsplikt i forvaltningen.³⁶ Taushetsplikten etter disse bestemmelsene er utvidet i forhold til forvaltningslovens regler, og omfatter også opplysninger om pasientens fødested, fødselsdato, personnummer, statsborgerforhold, sivilstand, yrke, bopel og arbeidssted m.m. Den tjenestebaserte taushetsplikten har selvstendig betydning for helsepersonell som ikke yter helsehjelp. Det kan være personell som utfører administrativt arbeid. Typisk i denne sammenheng vil være ansatte på et bestillerkontor eller liknende som forbereder saker for fylkesnemnda etter reglene i helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 10. I forbindelse med fylkesnemndas behandling av begjæring av tvangstiltak overfor rusmiddelavhengige etter helse- og omsorgstjenesteloven § 10-5 vil fylkesnemndleder, nemndmedlemmer og de ansatte i fylkesnemnden være underlagt reglene om taushetsplikt etter helse- og omsorgstjenesteloven § 12-1.

2.5.2 Unntak fra taushetsplikten

Hverken den profesjonsbaserte eller den tjenestebaserte taushetsplikten er absolutt.

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

Nærmere om den profesjonsbaserte taushetsplikten og unntak fra denne:

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

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

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

Taushetsplikten faller som nevnt bort i den utstrekning den som har krav på taushet samtykker.³⁷ Det er i tillegg gjort flere unntak fra taushetsplikten som innebærer at helsepersonell får en opplysningsrett eller en opplysnings- eller meldeplikt. Særsilt kan nevnes opplysningsplikt til barnevernet etter helsepersonelloven § 33, opplysningsplikt til den kommunale helse- og omsorgstjenesten § 32 annet ledd og unntakene fra taushetsplikten etter § 23 som gir helsepersonell en opplysningsrett i visse

³⁵ jf. spesialisthelsetjenesteloven § 2-1a første ledd nr. 5.

³⁶ jf. forvaltningsloven §§ 13 til 13f.

³⁷ jf. helsepersonelloven § 22.

tilfeller. Helsepersonelloven § 23 punkt 4 bestemmer at taushetsplikten ikke er til hinder for at opplysninger gis videre når tungtveiende private eller offentlige interesser gjør det rettmessig å gi opplysningene videre.

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

2.5.3 Forberedelse og oppfølging av tvangsvedtaket

Innhenting av informasjon

Det er kommunen som skal forberede, fremme, iverksette og følge opp tvangsvedtak etter helse- og omsorgstjenesteloven § § 10-2 og 10-3. Dette kan medføre at den som forbereder saken for kommunen har behov for å innhente opplysninger om den enkelte rusmiddelavhengige pasient/bruker. Når det gjelder innhenting av informasjon, er utgangspunktet at informasjonsinnhenting skal skje i samråd med pasient/bruker selv. Både etter forvaltningsloven og helsepersonelloven kan den som opplysningene angår samtykke til at ellers taushetsbelagte opplysninger blir kommunisert.³⁸ Selv om det ikke er et krav bør samtykket være skriftlig og spesifisere

formålet med innhenting. Som vedlegg følger utkast til samtykkeerklæringer.³⁹

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

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

Når det gjelder gravide rusmiddelavhengige har helse- og omsorgspersonell, på nærmere bestemte vilkår, opplysningsplikt til den kommunale helse- og omsorgstjenesten etter helsepersonelloven § 32 annet ledd. Det fremgår av lovbestemmelsen at plikten gjelder både etter pålegg fra de organer som er ansvarlige for gjennomføringen og etter eget tiltak. Både den/de som forbereder saker etter helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 10 for kommunen og ansatte i fylkesnemnda vil være «organ som er ansvarlig for gjennomføringen av den kommunale helse- og omsorgstjenesteloven» i denne sammenheng.

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

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

³⁸ jf. forvaltningsloven § 13a nr. 1 og helsepersonelloven § 22.

³⁹ Se vedlegg kap. 9.5.

For at opplysningsplikten skal inntreffe må to forhold være oppfylt. For det første må helsepersonellet har grunn til å tro at en gravid kvinne misbruker rusmidler. Helsepersonell trenger ikke med sikkerhet vite at kvinnen misbruker rusmidler, det er tilstrekkelig at helsepersonellet har holdepunkter for dette. For det andre må det være overveiende sannsynlig at kvinnens misbruk av rusmidler vil føre til at barnet vil bli født med skade. Helsepersonellet bør så langt det er mulig og hensiktsmessig informere pasienten før opplysninger videreføres.⁴⁰

Det er gitt tilsvarende regler om opplysningsplikt for barneverntjenesten og for fagpersoner på familievernkontorene.⁴¹

2.5.5 Forberedelse av saker etter § 10-2

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

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

opplysninger eller ikke, forutsatt at vilkårene i bestemmelsen er oppfylt.

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

Opplysninger kan også formidles videre når disse er anonymisert.⁴² Unntaket vil likevel ikke ha særlig praktisk betydning for å opplyse enkeltsaker.

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

Hvorvidt det foreligger opplysningsrett i den enkelte situasjon forutsetter en konkret vurdering fra helsepersonellet. Hensyn som taler for å tilside sette taushetsplikten må veie vesentlig tyngre enn hensyn som taler for å

⁴⁰ For ytterligere merknader, se [IS- 8/2012](#) Helsepersonelloven med kommentar, og [IS-17/2006](#) Helsepersonells plikt og rett til å gi opplysninger til barneverntjenesten, politiet og sosialtjenesten ved mistanke om: - mishandling av barn i hjemmet - andre former for alvorlig omsorgssvikt av barn - misbruk av rusmidler under graviditet:

⁴¹ jf. barnevernloven § 6-7 og familievernkontorloven § 9.

⁴² jf. helsepersonelloven § 23 nr. 3.

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

Utlevering av taushetsbelagte opplysninger fra andre aktører som for eksempel NAV, barnevernstjenesten og politi må bero på det aktuelle organs regelverk.

Pårørende og andre privatpersoner har mulighet, men ingen plikt til å gi opplysninger til helse- og omsorgstjenesten.

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

Som nevnt har enhver som utfører tjeneste eller arbeid etter helse- og omsorgstjenesteloven taushetsplikt etter lovens § 12-1. Dette får betydning for hvilke opplysninger som kan videreformidles bl.a. til nemnda og til behandlende institusjon i spesialisthelsetjenesten. Forvaltningsloven § 13 b nr. 2 gir hjemmel til å videreformidle taushetsbelagte opplysninger når opplysningene skal brukes til det formål de er innhentet for. Da kan opplysningene i følge bestemmelsen bl.a. brukes «i forbindelse med saksforberedelse, avgjørelse, gjennomføring av avgjørelsen, oppfølging og kontroll». Bestemmelsen hjemler både kommunikasjon innad i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og til andre organer eller personer som trenger opplysningene i forbindelse med saksbehandlingen.⁴³ Når saken står for fylkesnemnda, vil den kommunale helse- og omsorgstjenesten kunne formidle opplysninger med hjemmel i forvaltningsloven § 13b nr. 2 som ledd i saksforberedelse og gjennomføring.

⁴³ Woxholth 2011 s. 294

Bestemmelsen gir også den kommunale helse- og omsorgstjenesten hjemmel til å gi opplysningene til institusjonen som gjennomfører tvangsvedtaket.

Opplysningene kan også gjøres tilgjengelig for andre i den kommunale- helse og omsorgstjenesten «i den utstrekning som trengs for en hensiktsmessig arbeids- og arkivordning, bl.a. til bruk ved veiledning i andre saker».⁴⁴ I tillegg bestemmer forvaltningsloven § 13 b nr. 1 at taushetsplikten ikke er til hinder for å gjøre opplysningene kjent for sakens parter og deres representanter – det vil i denne sammenheng si pasienten og kommunen og deres representanter.

Forvaltningsloven § 13 b nr. 3 medfører blant annet at flere saksbehandlere i den kommunale helse- og omsorgstjenesten kan samarbeide om en sak og ha full tilgang til opplysningene. Av juridisk teori⁴⁵ fremgår det også at bestemmelsen åpner for at det kan utveksles opplysninger mellom forskjellige saker og at det kan hentes opplysninger fra tidligere arkiverte saker vedrørende samme person, siden en hensiktsmessig arbeidsordning som regel vil tilsi at det er forskjellige personer som arbeider med forskjellige saker. Det er viktig å huske at opplysningene likevel ikke kan sirkulere fritt i organet, og det er kun opplysninger som er nødvendig og relevante for saksbehandlingen som omfattes av unntaket.

Når det gjelder kommunikasjon til de pårørende er utgangspunktet at pasienten må samtykke for at den kommunale helse- og omsorgstjenesten skal kunne formidle

⁴⁴ jf. § 13 b nr. 3.

⁴⁵ Graver (2007): «Alminnelig forvaltningsrett» 3. utgave.

opplysninger om helsetilstanden. Taushetsplikten gjelder også overfor pårørende som har bedt om vurdering av tvangsinnleggelse etter helse- og omsorgstjenesteloven § 10-1. Dersom pasienten har barn, kan den kommunale helse- og omsorgstjenesten ha opplysningsplikt etter eget tiltak til barneverntjenesten etter barnevernloven § 6-4. Helsepersonellets opplysningsplikt til barneverntjenesten er regulert i helsepersonelloven § 33.

2.5.7 Gjennomføring av vedtaket

Spesialisthelsetjenestens ansvar for oppfølging

Gjennomføringen skjer ved institusjon i spesialisthelsetjenesten som yter tverrfaglig spesialisert rusbehandling.⁴⁶ Dette innebærer at institusjonene anses som helseinstitusjoner og er underlagt spesialisthelsetjenesteloven.

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

Helsepersonelloven §§ 25 og 45 regulerer unntak fra taushetsplikten for utveksling av opplysninger som er nødvendige for å yte forsvarlig helsehjelp til pasienten.

Helsepersonelloven § 25 regulerer de situasjoner der helsepersonell samarbeider om helsehjelpen til en pasient uavhengig av om dette skjer innenfor eller på tvers av virksomheter.

Bestemmelsen åpner for at taushetsbelagte opplysninger som er nødvendig for å yte

forsvarlig helsehjelp til pasienten kan gis til samarbeidende personell.

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

Det er en forutsetning etter bestemmelsene at pasienten ikke motsetter seg at opplysningene blir gitt til annet helsepersonell. Pasienten har rett til å reservere seg mot at opplysninger gis, selv om disse er nødvendige for å yte helsehjelp. Det er i utgangspunktet ingen plikt til å innhente et eksplisitt samtykke før opplysningene utleveres, men dersom det er grunn til å tro at pasienten vil motsette seg, må helsepersonellet undersøke nærmere før eventuell utlevering skjer. I tilfeller hvor rusmiddelavhengige pasienter er innlagt etter tvangsbestemmelsene i kapittel 10 vil det i de aller fleste tilfeller være grunn til å tro at pasienten vil motsette seg slik utlevering. Helsepersonellet bør derfor som hovedregel informere og spørre pasienten først. Pasientens rett til å motsette seg utlevering forutsetter at pasienten er kjent med at opplysninger kan gis til annet helsepersonell som skal yte helsehjelp. Bestemmelsen forutsetter at virksomheten utarbeider gode rutiner for informasjon om regelverket til pasientene.⁴⁷

⁴⁶ jf. spesialisthelsetjenesteloven § 2-1a første ledd nr. 5.

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

Kommunens ansvar for oppfølging

Selv om gjennomføring av vedtaket skjer ved institusjon i spesialisthelsetjenesten er kommunen fortsatt ansvarlig for videre oppfølging av pasienten. Kommunen er derfor avhengig av informasjon fra den behandlende institusjonen. Helsepersonellet ved den behandlende institusjonen er som nevnt underlagt reglene om taushetsplikt i helsepersonelloven og utlevering av taushetsbelagte opplysninger må derfor enten skje med pasientens samtykke eller med hjemmel i lov.

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

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

Som nevnt tidligere åpner § 23 nr. 1 for å videreformidle opplysninger som allerede er

kjent for mottaker. Dette unntaket fra taushetsplikten begrenser seg til å gjelde konkrete opplysninger som er kjent fra før. Taushetsplikten vil fortsatt gjelde for opplysninger og informasjon som ikke er gjort kjent.

Helsepersonelloven § 23 nr. 4 åpner for at det kan tenkes tilfeller hvor opplysninger likevel bør utleveres. Vurderingen helsepersonellet må gjøre i slike situasjoner vil langt på vei være sammenfallende med de vurderinger som foretas i nødrettssituasjoner. Det vises til tidligere omtale av helsepersonelloven § 23.

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

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

2.5.8 Utveksling av opplysninger ved utskrivning

Spesialisthelsetjenesteloven § 3-15 tredje punktum pålegger spesialisthelsetjenesten å varsle den kommunale helse- og omsorgstjenesten ved utskrivning av pasienter som er innlagt med hjemmel i helse- og

omsorgstjenesteloven §§ 10-2 og 10-3. Varsel skal gis selv om pasienten ikke samtykker.

I [IS-5/2013 Rundskriv spesialisthelsetjenesteloven med kommentarer](#) anbefales det at det før utskriving bør vurderes om det skal utarbeides individuell plan.⁴⁸ De aller fleste pasienter som behandles i tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengighet vil ha rett til å få utarbeidet en individuell plan, og også rusbehandlingsinstitusjonen har et ansvar for at dette blir gjort.⁴⁹

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

2.6 **Politiets rolle ved bruk av tvang**

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

En slik bistandsplikt er gitt i spesialisthelsetjenesteloven § 6-4 hvor det fremgår at politiet har plikt til å yte bistand ved fullbyrdelse av tvangsvedtak etter helse- og omsorgstjenesteloven §§ 10-2 og 10-3 eller

vilkår etter helse- og omsorgstjenesteloven § 10-4. Helse- og omsorgspersonell kan uten hinder av taushetsplikt gi ut taushetsbelagte opplysninger når dette er nødvendig for å innhente slik bistand fra politiet.

Det er utgitt et felles rundskriv⁵⁰ av Helsedirektoratet og Politidirektoratet om helsetjenestens og politiets ansvar for psykisk syke. Deler av det som fremgår her om oppgaver og samarbeid mv vil også være retningsgivende for bruk av tvang etter hol. kapittel 10.

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

Innholdet i bistandsplikten

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

Kun nødvendig bistand

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

⁴⁸ jf. § 2-5.

⁴⁹ jf. § 2-5.

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

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

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

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

Bistandsanmodningen

Anmodningen til politiet om bistand bør så langt forholdene tilsier det, angi hvorfor bistand fra politiet anses nødvendig. Det må gis nødvendige opplysninger om pasienten og situasjonen for at oppdraget skal kunne gjennomføres på en forsvarlig og minst mulig inngripende måte av politiet for pasienten og eventuelt pårørende.

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

Gjennomføring av bistandsoppdraget

Politiet avgjør i utgangspunktet selv på hvilken måte bistandsoppdraget skal gjennomføres.⁵²

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

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

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

Ansvarsforhold mellom kommune og institusjonen

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

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

⁵¹ Jf. politiloven § 12 (3)

⁵² Jf. politiinstruksen § 13-5

⁵³ Helsedirektoratets fortolkning 15.12.2010 (10/5000)

⁵⁴ Jf. tidligere sosialtjenestelovforskrift § 5-9 tredje ledd

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

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

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

Utgifter i forbindelse med politiets bistand

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

Dette følger av brev av 25.8.1998 fra Justisdepartementet hvor det fremgår at dekning av utgifter til politibistand i tvangssaker (etter daværende sosialtjenestelov) må løses på samme måte som i rundskriv av 2.10.1998 (G-143/89).

Dette rundskrivet omhandler utgiftsfordeling mellom kommunene og politiet når nemnda i henhold til barnevernloven ber om bistand. I følge rundskrivet skal politiet dekke egne utgifter.

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



VURDERINGSFASEN

3 VURDERINGSFASEN

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

Anbefalinger

- Kommunen må tilrettelegge for at vurdering av tvang blir igangsatt der situasjonen tilsier at det gjøres en slik vurdering, i tråd med vilkårene i tvangsbestemmelsene
- Det anbefales at kommunen utarbeider rutiner og prosedyrer for hele tvangsforløpet i henhold til §§ 10-2 og 10-3.
- Kommunen bør, i tilknytning til rutiner og prosedyrer, utarbeide eller ta i bruk sjekklister for hvilke forhold som skal vurderes basert på vilkårene for anvendelse av tvangsbestemmelsene, og hvilke aktører som kan være aktuelle for å avgi opplysninger som er relevante for vurderingen
- Bekymringsmeldinger fra pårørende gir grunnlag for vurdering av tvang. Kommunen bør sikre at slike vurderinger også skjer på eget initiativ.
- Det må sikres tilstrekkelig rusfaglig kompetanse i kommunen ved den instansen som har ansvar for saksbehandlingen.
- Kommunen bør organisere seg slik at det legges til rette for tilstrekkelige ressurser ved vurdering og saksbehandling. Det anbefales to saksbehandlere per bruker/sak.⁵⁵
- Tjenestene må sørge for gode samarbeidsforhold mellom nivåene for å sikre effektiv innhenting av opplysninger i saken

3.1 Når skal kommunen vurdere tvang?

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

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

Ved vurdering av meldingen må kommunen også vurdere hastegrad, og om det foreligger grunnlag for å treffe et midlertidig vedtak etter § 10-2 fjerde ledd eller § 10-3 femte ledd.

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

Kommunen bør også på eget initiativ iverksette en utredning hos personer med omfattende rusmiddelbruk, slik at det kan tilbys tilpasset bistand for vedkommende og eventuelt utrede behov for tvang. Det vises til kommunens ansvar for å sørge for at personer som oppholder seg i kommunen tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester.⁵⁶ I tilfeller der det er aktuelt å fremme en tvangssak, vil personen vanligvis være kjent av kommunen/hjemkommunen på forhånd, og mindre omfattende hjelpetiltak vil som regel ha vært forsøkt.

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

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

Gravide med rusmiddelproblemer er i en særstilling og konsekvensene for fosteret kan være alvorlige hvis kommunen bruker for lang tid på å vurdere bruk av tvang. Kommunen må derfor ikke bruke unødig lang tid på utredning og utprøving av frivillige tiltak. Forsvarlighetskravet tilsier raske avklaringer for å hindre at fosteret utsettes for unødig risiko for skade.

Det helse- og omsorgspersonell som får kunnskap om graviditeten har ansvar for straks å vurdere om det foreligger opplysningsplikt, og etablere samarbeid med den gravide, fastlege og helsestasjon. Øyeblikkelig hjelp og behov for innleggelse i institusjon på dagen bør vurderes. Dersom kvinnen ikke skal innlegges, bør kommunen

⁵⁶ jf. hol § 3-1

umiddelbart forsøke å inngå avtale om frivillige urinprøver og oppfølgingsamtaler.

Bruk av tvang vil være mest aktuelt for personer over 18 år. Dette fordi det stilles krav om at det skal foreligge et ”omfattende og vedvarende misbruk”. Dersom misbrukets utvikling er alvorlig nok kan det være aktuelt å vurdere sak om tvangsinngjøring av en person under 18 år. Her må det gjøres en konkret vurdering av situasjonen i forhold til lovens vilkår, samt alternativer.

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

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

3.2 Hva skal kommunen vurdere?

Kommunen skal vurdere om det skal fremmes sak etter §§ 10-2 eller 10-3. I denne vurderingen må kommunen vurdere om vilkårene etter bestemmelsen er til stede. Vilråene er omtalt nærmere i kapittel 4.

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

- formålet med oppholdet
- brukeren helse- og livssituasjon

Formålet med oppholdet

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

- Hindre helseskade

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

Brukerens helse- og livssituasjon

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

- Vedvarende påvirkning av og/eller omfattende misbruk av rusmidler.
- Langvarig misbruk. Brukeren har et misbruk som kan være under periodevis kontroll, men som ved gjentatte anledninger ødelegger arbeids- og boligforhold, ekteskap eller økonomi. Behandlingsforsøk har mislyktes av samme årsak.
- Fysisk forkommenhet
- Sykdommer som skyldes eller forverres av rusmiddelmissbruket.
- Underernæring
- Hyppige overdoser/akutte forgiftninger.
- Svekkede kognitive/psykologiske funksjoner som ikke skyldes aktuell beruselse.
- Svekket psykisk helse. Rusmidler kan i seg selv redusere psykisk funksjonsnivå eller forsterke eksisterende psykiske lidelser.
- Manglende evne til impulskontroll. Fare for at personen sannsynligvis vil avslutte et behandlingsopphold for tidlig.
- Når rusmiddelproblemene i perioder eller situasjoner reduserer personens evne til å ivareta seg selv.

- For gravide er det særlige hensyn ut fra at omsorgen for fosteret går foran omsorgen for kvinnen. Utgangspunktet for bestemmelsen er å favne bredere i befolkningen enn de kvinnene som har et allerede kjent rusmiddelproblem. Målgruppen er kvinner som ikke klarer å stoppe inntaket av rusmidler under graviditet.
- Dersom den gravide avlegger positiv urinprøve, unnlater å avlegge urinprøve eller uteblir fra avtale.

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

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

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

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

psykisk helsevern, både med mindre alvorlig og alvorlig ruslidelse.⁵⁷

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

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

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

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

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

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

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

Nettressurser

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

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

⁵⁸ jf. psykisk helsevernloven § 1-1a

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



VILKÅR FOR BRUK AV TVANGSTILTAK OVERFOR PERSONER MED RUSMIDDELPROBLEMER

4 VILKÅR FOR BRUK AV TVANGSTILTAK OVERFOR PERSONER MED RUSMIDDELPROBLEMER

4.1 Oversikt over reglene

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

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

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

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

Helse- og omsorgstjenesteloven (hol.) kapittel 10 inneholder tre tvangsbestemmelser; § 10-2 om tvang overfor rusmiddelavhengige, § 10-3 om tvang overfor gravide rusmiddelavhengige og § 10-4 om tilbakehold på grunnlag av samtykke (avtalt tvang).

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

⁵⁹ jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 4-1

⁶⁰ Ot.prp.29 (1990-91) pkt. 6.4

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

Vedtak om å sette vilkår om tilbakeholdelse på grunnlag av samtykke etter § 10-4 treffes av den enkelte institusjon. Vedtak om tilbakeholdelse uten eget samtykke etter § 10-2 og § 10-3 treffes av fylkesnemnda for barnevern og sosiale saker. Ansvar for å fremme sak om tvang etter §§ 10-2 og 10-3 er lagt til kommunen.⁶² Midlertidige vedtak i hastesaker treffes i begge tilfeller av kommunen.

Fylkesnemnda for barnevern og sosiale saker er et eget forvaltningsorgan med saksbehandlingsregler som ligger nær opp til domstolenes. Saksbehandlingen i tvangssaker følger av helse- og omsorgstjenesteloven §§ 10-5 flg. som henviser til reglene i barnevernloven kapittel 7.

Regler om tvangstiltak under gjennomføring av institusjonsopphold etter hol. kapittel 10 er gitt i [FOR-2016-08-26-1003 Forskrift om rettigheter og bruk av tvang under opphold i institusjon for behandling, omsorg og rehabilitering av personer med rusmiddelproblemer](#) (forskrift om rettigheter og tvang i rusinstitusjon). Forskriften trådte i kraft 1. november 2016.⁶³ Disse reglene

⁶¹ Ot.prp.29 (1990-91) pkt. 6.6

⁶² jf. hol. § 10-6.

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

omtales i kapittel 6 som omhandler tilbakeholdsfasen.

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

4.2.1 Innledning

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

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

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

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

⁶⁴ Jf. spesialisthelsetjenesten § 2-1a fjerde ledd

⁶⁵ Ot.prp. 29 (1990-91) pkt.6.6.

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

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

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

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

Det er en forutsetning for bruk av § 10-4 at personen ikke står i en faktisk tvangssituasjon. Med det menes at vedkommende ikke blir stilt i en slik situasjon at han/hun må godta vilkår om tilbakehold for i det hele tatt å få et tilbud om tverrfaglig spesialisert rusbehandling i spesialisthelsetjenesten, enten det er innleggelse eller poliklinisk oppfølging/dagbehandling.

Tilbakehold etter § 10-4 kan også anvendes for gravide rusmiddelavhengige. På lik linje med hva som gjelder for andre, må det vurderes om avtalt tvang er tilstrekkelig. Institusjonen må da særlig vurdere om fosteret får tilstrekkelig beskyttelse. Hvor § 10-4 benyttes for gravide vil det være nærliggende for institusjonen å gjennomføre innleggelse på samme avdeling som tar imot pasienter etter § 10-3.

Et barn over 12 år med rusmiddelproblemer kan tas inn i institusjon på grunnlag av samtykke fra barnet selv og de som har foreldreansvaret. Har barnet fylt 16 år, er den unges samtykke tilstrekkelig.⁶⁷

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

⁶⁷ hol. § 10-4 siste ledd

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

4.2.2 Forholdet til henvisning og prioriteringsreglene

I forkant av en avtale etter hol. § 10-4 vil det foreligge en henvisning til spesialisthelsetjenesten på ordinær måte, som blir vurdert av vurderingsenhet i henhold til pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 2 om rett til helse- og omsorgstjenester mv.⁷⁰

Det er ofte kommunen og/eller fastlegen som har hatt den tetteste kontakten med bruker i forkant, og som vil være i posisjon til å få kjennskap til behov og motivasjon for en innleggelse og vurdere i hvilken grad frivillig tvang etter § 10-4 er aktuelt. I mange tilfeller vil ruskonsulenten være den som har tettest kontakt med bruker og som er i posisjon til å vurdere om avtalt tvang kan være et hensiktsmessig tiltak.

Kommunens helhetlige ansvar for oppfølging sikrer også en stor grad av innflytelse over tilbudet til brukeren før, under og etter et opphold på avtalt tvang. Kommunen er dermed i posisjon til å se behov for avtalt tvang i en større helhet hvor brukeren gis et tilpasset tjenestetilbud som kan sikre effekt av tvangstiltaket.

⁶⁸ Ot.prp.nr 29 (1990-1991) pkt. 6.1

⁶⁹ Lundeberg, Mjåland og Søvig (2014): Tvang i rusfeltet, side 108

⁷⁰ jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 b og § 2-2, og prioriteringsveileder for TSB

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

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

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

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

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

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

- Pasienten er rusmiddelavhengig
- Pasienten avgir et gyldig samtykke

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

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

Pasienten er rusmiddelavhengig

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

Pasienten avgir et gyldig samtykke

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

Skjønnsmessig helhetsvurdering fra institusjonens side

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

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

helhetsvurderingen av om avtalt tvang anses å være hensiktsmessig.

4.2.4 Nærmere om krav til pasientens samtykke

Kravene til pasientens samtykke følger reglene i pasient- og brukerrettighetsloven (pbrl.) kapittel 4.⁷² I tillegg kommer de særlige kravene som følger av § 10-4.

Krav om samtykkekompetanse

Hvem som har kompetanse til å samtykke til helsehjelp, reguleres av pbrl. § 4-3.⁷³

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

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

Pasienten må informeres om hva samtykket omfatter

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

⁷² For nærmere omtale av samtykkereguleringene vises til Helseinspektatets rundskriv IS-8/2015

⁷³ Ibid

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

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

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

Samtykket må være skriftlig

Samtykket skal være skriftlig.⁷⁵

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

Skriftlig samtykke skal gis til institusjonsledelsen

Pasientens skriftlige samtykke skal gis til ledelsen ved institusjonen hvor oppholdet skal gjennomføres.⁷⁶

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

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

Samtykket skal gis senest når oppholdet begynner

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

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

⁷⁴ Jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 3-5

⁷⁵ jf. § 10-4 tredje ledd.

⁷⁶ Jf. § 10-4 tredje ledd

4.2.5 Alternative vilkår om oppholdets varighet mv

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

- Etter første ledd kan institusjonen sette som vilkår at den rusmiddelavhengige kan holdes tilbake *i opptil tre uker fra inntaket*.
- Etter andre ledd kan det ved opphold i institusjon med sikte på behandling eller opplæring i minst tre måneder, settes vilkår om tilbakehold *i opptil tre uker fra samtykket er trukket tilbake*, og med mulighet til *gjentagelse tre ganger* for hvert opphold. Dersom pasienten rømmer, men blir brakt tilbake innen tre uker, regnes utgangspunktet for tilbakeholdsfristen fra det tidspunkt vedkommende *er bragt tilbake* til institusjonen.

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

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

⁷⁷ Ot.prp.nr 29 (1990-1991) pkt. 6.6

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

Det må fremgå tydelig hvilke vilkår som er avtalt og om de er forankret i § 10-4 første eller annet ledd. Dersom dette ikke kommer klart frem kan det oppstå uklarhet i beregningen av tilbakeholds-tiden, det vil si om tilbakeholds-tiden løper fra innleggelsen eller fra tidspunktet når samtykket blir trukket tilbake.⁷⁹

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

Et samtykke etter § 10-4 andre ledd kan trekkes tilbake, men som nevnt ovenfor kan institusjonen da holde pasienten tilbake opptil tre uker, med mulighet for gjentagelse tre ganger for hvert opphold.

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

⁷⁸ Ot.prp.nr 29 (1990-1991) pkt. 6.6

⁷⁹ I vedlegg 9.9 og 9.10 følger utkast til samtykkeerklæringer for innleggelse etter henholdsvis § 10-4 første og annet avsnitt. Samtykkeerklæringene gjenspeiler de kravene som følger av lovteksten.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

4.3 Tilbakehold i institusjon uten samtykke, § 10-2

4.3.1 Innledning

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

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

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

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

Når det gjelder begrepsbruk bemerkes at tidligere sosialtjenestelov brukte begrepet «rusmiddelmissbruker». I helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 10 er betegnelsen noen steder endret til «rusmiddelavhengig», andre steder er misbruksbegrepet beholdt. Begrepet «rusmiddelavhengig» er kun en språklig modernisering, og innebærer ikke en endring i forhold til terskelen for når en person kan/bør tvangsinnlegges. Gjeldende rett innebærer en videreføring fra sosialtjenesteloven, og rusmiddelavhengighet omfatter både problematisk bruk (et misbruk), og avhengighet. Begrepet «rusmiddelavhengig/ rusmiddelmissbruker» inneholder to komponenter. Det ene er at det må dreie seg om inntak av rusmidler (rusmiddelkriteriet), det andre er at det må dreie seg om et misbruk eller en avhengighet (misbrukskriteriet).

Hol. § 10-2 bruker formuleringen «uten eget samtykke». I praksis vil mange av de som begjæres innlagt allerede være på institusjon som følge av et midlertidig vedtak, og en del av disse vil samtykke til bruk av § 10-2. Til tross for at ordlyden kan tolkes dithen at bruk

av bestemmelsen er uaktuelt for pasienter som samtykker, kan det fremmes tvangssak også for pasienter som ønsker et tilbakehold innenfor de rammene som følger av § 10-2. Det er en forutsetning at det gjøres en vurdering av om frivillighet er et alternativ, eller om bruk av avtalt tvang (§ 10-4) vil være et tilstrekkelig tiltak for denne pasienten.

Det regionale helseforetaket har ansvar for å peke ut institusjoner i det enkelte helseforetak som kan ta imot rusmiddelavhengige til opphold med hjemmel i hol. § 10-2.⁸⁰

4.3.2 Målgruppe og formål

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

Bestemmelsen formulerer ikke direkte hva som skal være formålet med et opphold etter hol. § 10-2. I lovens forarbeider fremgår at bestemmelsen tar sikte på de sterkt belastede misbrukere, og at det ikke er grunn til å bruke denne tvangsadgangen med mindre det konkret er grunn til å tro at man gjennom en periode på inntil 3 måneder kan klare å gjøre noe som på sikt har positiv betydning for personen. Det presiseres at de rene avrusningstiltak faller utenfor § 6-2.⁸¹

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

⁸⁰ Jf. spesialisthelsetjenesteloven § 2-1a fjerde ledd

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

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

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

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

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

4.3.3 Vilkårene for bruk av §§ 10-2

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

⁸² Karl Harald Søvig (2007) Tvang overfor rusmiddelavhengige s. 93

⁸³ Lundeberg, Mjåland og Søvig (2014): Tvang i rusfeltet, side 66

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

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

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

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

I det følgende vil de ulike vilkårene omtales nærmere.

Vilkåret: «omfattende og vedvarende misbruk»

Det må foreligge et misbruk av *rusmidler*. Selv om ikke begrepet rusmidler benyttes direkte i ordlyden, fremkommer dette av sammenhengen. Rusmidler refererer seg til typen av substanser som er relevante å legge vekt på. Det er kun kjemiske substanser i form av rusmidler som kan danne grunnlag for

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Både skade på den fysiske og psykiske helsen omfattes.

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

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

inntrådt. Det må foretas en sammenligning av pasientens helse med og uten tvangsinnleggelse. Vurderingstemaet er hvordan pasientens prognose vil være dersom vedkommende holdes tilbake i institusjon, sammenlignet med hvordan utviklingen vil bli uten slik tilbakeholdelse.

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

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

Vilkåret: Årsakssammenheng mellom rusmiddelmisbruket og helsefaren

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

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

Vilkåret: Frivillige hjelpetiltak må være utilstrekkelige

⁸⁵ Lundeberg, Mjåland og Sjøvig (2014): Tvang i rusfeltet, side 89

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

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

Helse- og omsorgstjenesteloven §§ 3-1 og 3-2 flg. beskriver kommunens ansvar for å tilby personer med rusmiddelproblemer nødvendige helse- og omsorgstjenester og pasient- og brukerrettighetsloven regulerer den enkeltes rett til helse- og omsorgstjenester.

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

Hvilke hjelpetiltak som er relevante må vurderes i lys av den enkeltes behov. Både aktuelle tilbud på kommunalt nivå og i spesialisthelsetjenesten må være utilstrekkelig før tvangsinnleggelse er aktuelt.⁸⁷

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

⁸⁶ Lundeberg, Mjåland og Sjøvig (2014): Tvang i rusfeltet, side 98

⁸⁷ Lundeberg, Mjåland og Sjøvig (2014): Tvang i rusfeltet, side 98

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

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

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

Når kommunen fremmer sak for fylkesnemnda er det viktig å gjøre rede for hvilke hjelpetiltak den aktuelle pasienten har fått tilbud om, hva som eventuelt er takket nei til, og hvordan de tiltakene som faktisk har vært forsøkt er fulgt opp fra kommunens, spesialisthelsetjenestens og brukerens/pasientens side. Dersom relevante hjelpetiltak ikke er tilbudt, må kommunen begrunne hvorfor. Problemstillinger rundt ressursmangel og ventelister må presenteres i saksfremstillingen, men kan ikke være avgjørende for kommunens vurdering om å fremme sak.

Vilkåret: Krav om skjønnsmessig helhetsvurdering

Bestemmelsen er formulert slik at fylkesnemnda «kan» fatte vedtak om

tvangsinnleggelse dersom de øvrige vilkårene er oppfylt. Dermed må det foretas en skjønnsmessig helhetsvurdering av om tvangsinnleggelse er et rimelig og hensiktsmessig tiltak. I mange saker vil dette være den vanskeligste vurderingen.

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

I tillegg til formålsvurderingen står *belastningen for den aktuelle pasienten* sentralt. Rett til medvirkning etter pasient- og brukerrettighetsloven § 3-1 gjelder også ved vurdering av bruk av tvang. I saker etter § 10-2 vil belastningen for pasienten stå sentralt, siden tvangsbruken skjer av hensyn til pasienten selv. Dersom pasienten har tidligere erfaring med institusjonsopphold, eventuelt under tvang, er det viktig å få frem dette.

Et utgangspunkt for vurderingen kan være å sette opp to ulike mulige handlingsforløp. Det ene tar utgangspunkt i tvangsinnleggelse og setter opp fordeler og ulemper med dette alternativet, mens det andre tar utgangspunkt i de tiltakene som pasienten vil få, basert på

eget samtykke, og vurdere fordeler og ulemper med disse. Jo mer sannsynlig det er at pasienten profiterer på tvangsinnleggelse, og jo større helsegevinsten vil være for pasienten, jo større er grunnen til å konkludere med at tiltaket er rimelig og hensiktsmessig.

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

4.3.4 Lengden på oppholdet

Etter § 10-2 kan pasienten holdes tilbake på institusjon «i opptil tre måneder». Begrunnelsen for tre måneders-fristen er at dette ble vurdert å være en tilstrekkelig periode til å få pasienten ut av akutfasen og til å etablere en positiv innstilling til behandling i egnet institusjon.

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

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

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

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

4.4 Tilbakeholdelse av gravide rusmiddelavhengige, § 10-3

4.4.1 Innledning

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

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

⁸⁸ Ot.prp.29 (1990-91) s. 163

⁸⁹ Lundeberg, Mjåland og Søvig (2014): Tvang i rusfeltet, side 64

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

Når det gjelder begrepsbruk bemerkes at tidligere sosialtjenestelov brukte begrepet «rusmiddelmissbruker». I helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 10 er betegnelsen noen steder endret til «rusmiddelavhengig», andre steder er misbruksbegrepet beholdt. Begrepet «rusmiddelavhengig» er kun en språklig modernisering, og innebærer ikke en endring i forhold til terskelen for når en person kan/bør tvangsinnlegges. Gjeldende rett innebærer en videreføring fra sosialtjenesteloven, og rusmiddelavhengighet omfatter både problematisk bruk (et misbruk), og avhengighet. Begrepet «rusmiddelavhengig/misbruker» inneholder to komponenter. Det ene er at det må dreie seg om inntak av rusmidler (rusmiddelkriteriet), det andre er at det må dreie seg om et misbruk eller en avhengighet (misbrukskriteriet).

Hol. § 10-3 bruker formuleringen «uten eget samtykke». I praksis vil mange av de som begjæres innlagt allerede være på institusjon som følge av et midlertidig vedtak, og en del av disse vil samtykke til bruk av § 10-3. Til tross for at ordlyden kan tolkes dithen at bruk av bestemmelsen er uaktuelt for pasienter som samtykker, kan det fremmes tvangssak også for pasienter som ønsker et tilbakehold innenfor de rammene som følger av § 10-3. Det er en forutsetning at det gjøres en vurdering av om frivillighet er et alternativ,

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

Det regionale helseforetaket har ansvar for å peke ut institusjoner i det enkelte helseforetak som kan ta imot gravide rusmiddelavhengige til opphold med hjemmel i hol. § 10-3.⁹⁰

4.4.2 Målgruppe og formål

Målgruppen for § 10-3 er gravide som bruker rusmidler på en måte som kan være skadelig for fosteret, og hvor mindre inngripende tiltak ikke er tilstrekkelige.

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

I tillegg er formålet med innleggelsen å bidra til at kvinnen kan ta seg av barnet etter fødselen. Dette fremgår direkte av lovbestemmelsen i § 10-3 andre ledd: «Under oppholdet skal det legges vekt på at kvinnen tilbys tilfredsstillende hjelp for sitt rusmiddelmissbruk og for å bli i stand til å ta vare på barnet.» Behandlingen skal ved dette rette seg både mot den gravides rusmiddelproblem og mot hennes omsorgsevne. Bestemmelsen kan imidlertid benyttes uavhengig av om kvinnen vil kunne ivareta barnet etter fødsel.⁹¹ Hovedformålet med tvangsoppholdet er å hindre eller begrense skade på barnet.

4.4.3 Vilkårene for bruk av § 10-3

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

⁹⁰ Jf. spesialisthelsetjenesteloven § 2-1a fjerde ledd

⁹¹ Ot.prp. nr. 48 (1994-95) s. 20

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

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

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

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

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

Vilkår: Gravid

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

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

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

Vilkår: rusmiddelavhengig - misbruk

Det må foreligge et misbruk av *rusmidler*. Selv om ikke begrepet rusmidler benyttes direkte i ordlyden, fremkommer dette av sammenhengen. Rusmidler refererer seg typen av substanser som er relevante å legge vekt på. Det er kun kjemiske substanser i form av rusmidler som kan danne grunnlag for tvangssak. Etter alminnelig språkbruk betyr "rusmidler" psykoaktive stoffer. Både alkohol, narkotika og andre rusfremkallende stoffer er omfattet, herunder vanedannende medikamenter.⁹²

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

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

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

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

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

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

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

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

Tvangsinnleggelse av gravide kvinner som er i LAR-behandling kan likevel være aktuelt dersom kvinnen i tillegg inntar rusmidler som ikke er forskrevet av lege, og dette vurderes som misbruk.

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

Vilkår: «barnet vil bli født med skade»

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

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

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

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

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

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

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

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

I saker om tvangsinnleggelse etter § 10-3 er det viktig at fylkesnemnda har et tilstrekkelig grunnlag for å vurdere skadepotensialet og å foreta prognosevurderingen. Kommunen bør derfor vurdere å hente inn erklæringer fra fagkyndige. Fylkesnemnda bør på sin side vurdere om det er nødvendig å hente inn ytterligere sakkyndig kompetanse utover det

fagkyndige medlemmet av nemnda. I så fall må forventet nytte av sakkyndige utredninger veies opp mot betydningen for saksbehandlingstiden. Nemnda bør også vurdere å bruke to fagkyndige medlemmer i saker etter § 10-3.

Vilkår: Årsakssammenheng mellom rusmiddelmissbruket og skaden

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

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

Vilkår: Frivillige hjelpetiltak må være utilstrekkelige

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

Tvangsinnleggelse er et inngripende tiltak som ikke skal brukes dersom samme resultat kan oppnås på andre mindre inngripende måter. Vurderingen blir om frivillige hjelpetiltak er egnet til å hindre helseskade på fosteret. Kommunens og fylkesnemndas vurdering må baseres på en konkret vurdering av den enkeltes bruk av rusmidler, konsekvenser og erfaringer med det frivillige hjelpeapparatet.

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

Tiltakene som kommunen setter inn, skal følge prinsippet om at enklere og mindre inngripende tiltak skal prøves først. Etter dette prinsippet skal frivillige tiltak være

⁹⁴ Karl Harald Sjøvig (2007) Tvang overfor rusmiddelavhengige s. 265–266

utilstrekkelige før tvang er aktuelt. Helse- og omsorgstjenesteloven §§ 3-1 og 3-2 flg. beskriver kommunens ansvar for å tilby personer med rusmiddelproblemer nødvendige helse- og omsorgstjenester og pasient- og brukerrettighetsloven regulerer den enkeltes rett til helse- og omsorgstjenester.

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

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

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

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

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

⁹⁵ Lundeberg, Mjåland og Søvig (2014): Tvang i rusfeltet, side 98

⁹⁶ Lundeberg, Mjåland og Søvig (2014): Tvang i rusfeltet, side 98

hjelpetiltak. Også hjelpetiltak etter barnevernloven kan være sentralt for å komme i behandlingsposisjon.

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

Selv om ordlyden er den samme etter § 10-2 og § 10-3, innebærer ikke dette at vurderingen skal være identisk. For gravide vil det alltid haste med å avslutte rusmiddelmissbruket for å verne fosteret mot skade, og dette har også innvirkning på hvilke hjelpetiltak som vil anses som utilstrekkelige overfor gravide. Men også for bruk av § 10-3 må det være klart at den gravide ikke vil gjennomføre et frivillig opphold i institusjonen.

For gravide vil frivillige urinprøver ofte være aktuelt som en del av hjelpetiltakene. Det finnes gode tiltak for gravide rusmiddelmissbrukere som ikke er i LAR, og slike alternativer bør vurderes først.⁹⁷ Søknad til LAR kan være aktuelt.⁹⁸ En søknad til LAR er frivillig og bør ikke presses på kvinnen. Hvis søknad til LAR vurderes som aktuelt, må det sikres oppfølging fra det lokale hjelpeapparat.⁹⁹ Hvilke tiltak som skal igangsettes må vurderes grundig i hvert enkelt tilfelle, og det som er avgjørende er hva som er best for kvinnen og barnet totalt sett.

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

⁹⁸ Se anbefaling 5 og 11 i [Guidelines for the identification and management of substance use and substance use disorders in pregnancy](#). World Health Organization 2014.

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

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

Når kommunen fremmer sak for fylkesnemnda er det viktig å gjøre rede for hvilke hjelpetiltak den aktuelle pasienten har fått tilbud om, hva som eventuelt er takket nei til, og hvordan de tiltakene som faktisk har vært forsøkt er fulgt opp fra kommunens, spesialisthelsetjenestens og brukerens/pasientens side. Dersom relevante hjelpetiltak ikke er tilbudt, må kommunen begrunne hvorfor. Problemstillinger rundt ressursmangel og ventelister må presenteres i saksfremstillingen, men kan ikke være avgjørende for kommunens vurdering om å fremme sak.

Vilkår: Skjønnsmessig helhetsvurdering

Bestemmelsen er formulert slik at fylkesnemnda "kan" fatte vedtak om tvangsinnleggelse dersom de øvrige vilkårene er oppfylt. Dermed må det foretas en skjønnsmessig helhetsvurdering av om tvangsinnleggelse er et rimelig og hensiktsmessig tiltak. I mange saker vil dette være den vanskeligste vurderingen.

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

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

er det vesensforskjeller i vurderingene etter § 10-2 og § 10-3. Belastningen for kvinnen i saker etter § 10-3 vil normalt ha begrenset vekt holdt opp mot hensynet til å hindre skade på fosteret. I saker etter § 10-2 vil derimot belastningen for pasienten stå mer sentralt, siden tvangsbruken skjer av hensyn til pasienten selv.

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

Det kan ofte være hensiktsmessig at fylkesnemnda kommenterer både behandlingsforløpet under tvangsoppholdet og videre opphold etter utskriving, inkludert fortsatt opphold på frivillig grunnlag. For gravide bør kommunen også redegjøre for hvordan den kommunale oppfølgingen av den gravide under oppholdet vil være, både med henblikk på omsorgsevne for barnet og mestring av egne rusproblemer.¹⁰⁰

4.4.4 Lengden på oppholdet

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

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

¹⁰⁰ jf. § 10-3 andre ledd siste setning.

¹⁰¹ jf. § 10-3 tredje ledd.

vurderes om det fortsatt er grunnlag for tilbakeholdelse.

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

4.5 Midlertidige vedtak

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

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

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

Begrepet «vesentlig» angir en høy terskel, og det skal derfor mer til for å fatte et midlertidig vedtak enn et ordinært vedtak. Situasjonen må være akutt, og det må være nødvendig å

forsere innleggelsen i form av et midlertidig vedtak («treffes og gjennomføres straks»).

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

I saker etter § 10-2 må kommunene vurdere hvor nærliggende og alvorlig helseskaden er, og denne vurderingen må gjøres ut fra den aktuelle pasientens livssituasjon. Sentrale momenter vil være pågående rusmiddelinntak (særlig om det er ukritisk) og om faren for overdose eller akutt forgiftning er overhengende. Pasientens eget syn på saken er også relevant.¹⁰³

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

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

¹⁰³ Pasient- og brukerrettighetsloven § 3-1

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

¹⁰⁵ Jf. barnevernloven § 7-22

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

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

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

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

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

¹⁰⁶ Helsedirektoratets fortolkning 12.05.2010 (08/8983)

Det kan være vanskelig å komme utenom at saker om tvangsinnleggelse overfor gravide normalt vil haste. Rokkan-rapporten¹⁰⁷ viser at til tross for at det i så godt som samtlige saker i henhold til § 10-3 anvendes midlertidig vedtak, går det i gjennomsnitt 55 dager fra sosialtjenesten får kjennskap til graviditeten, til det fattes midlertidig vedtak. Da er det i gjennomsnitt 126 dager til termin.

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

Faktorer som kan bidra til å avhjelpe behovet for en hastesak, vil være at kommunen/sosialtjenesten på et tidligere tidspunkt og i større omfang enn i dag, sikrer seg kjennskap til kvinner som eksponerer seg for rus i svangerskapet. Dette bør skje både gjennom sosialtjenestens egen undersøkelse i aktuelle målgrupper, herunder kartlegging av rusvaner i svangerskapet, ved samarbeid med andre tjenester og kunnskap om tjenestenes opplysningsplikt.¹⁰⁸

¹⁰⁷ Rapport 2/2010, Uni Rokkansenteret

¹⁰⁸ helsepersonelloven § 32 og 33



BESLUTNINGSGFASEN – SAKS- OG NEMNDSBEHANDLING

5 BESLUTNINGSFASEN – SAKS- OG NEMNDSBEHANDLING

5.1 Saksbehandling

Målet med dette kapittelet er å gjøre rede for hvem som deltar i saksbehandlingsprosessen, de ulike aktørenes ansvar, forløpet i prosessen, hvilke momenter som må tas i betraktning i forbindelse med begjæring til fylkesnemnda, og saksbehandlingen i fylkesnemnda. Det kan være regionale forskjeller mellom de ulike nemndene, også med hensyn til det som er beskrevet i denne veilederen.¹⁰⁹

Gangen i saksbehandlingsprosessen kan deles i fire faser:

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

¹⁰⁹ Se også rutinebeskrivelse saksbehandling, vedlegg kap. 9.17

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

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

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

Saken anses ikke for formelt avsluttet før

- vedtaksperioden er over
- kommunen unnlater å iverksette vedtaket
- kommunen bestemmer at tvangsvedtaket skal opphøre¹¹⁰
- fødselen har funnet sted eller svangerskapet er avbrutt¹¹¹

¹¹⁰ Jf § 10-2, (3) andre og tredje punktum og § 10-3(4)

5.2 Fylkesnemnda for barnevern og sosiale saker

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

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

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

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

Dersom partene er enige, kan fylkesnemndlederen bestemme at saken skal behandles av nemndleder alene og/eller uten forhandlingsmøte (forenklet behandling).

¹¹¹ Jf. § 10-3

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

5.3 Parter og andre aktører i prosessen

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

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

Det er bare partene og deres prosessfullmektig som har innsynsrett i saken.¹¹⁴

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

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

¹¹² Jf. hot. § 10-7

¹¹³ Se vedlegg kap. 9.19 for detaljert oversikt.

¹¹⁴ Se § 10-5, jf. barnevernloven § 7-4

Familie og andre pårørende:

Selv om melding fra pårørende er bakgrunn for saken, er ikke familie og andre pårørende part i saken, og har derfor ikke rett til informasjon om saken med mindre pasienten samtykker til det.

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

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

Delegasjonsvedtak

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

Kommunen

Kommunen er den ene av partene i saken, der saksbehandler vil være kommunens partsrepresentant. Kommunen skal *forberede, fremme, gjennomføre og følge opp* tvangsvedtakene etter § 10-2 og § 10-3. Kommunen er *følgelig* den *koordinerende* instansen i prosessen, og har ansvaret for utgiftene forbundet med tvangssaken og iverksettelsen av vedtaket.¹¹⁵ Dette gjelder

¹¹⁵ Se helse- og omsorgstjenesteloven §§ 10-8, jf. 11-1

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

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

Advokat for kommunen

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

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

¹¹⁶ Jf. § 10-8 første ledd

¹¹⁷ Jf. §§ 10-4, jf. 11-1

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

Privat part

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

Privat parts advokat

Den private parten har rett til å benytte advokat på ethvert stadium i prosessen og . kommunen skal derfor underrette den private parten om dette tidligst mulig, og før saken fremmes for nemnda. Det er fylkesnemnda som oppnevner en advokat for den private parten når nemnda mottar begjæring om sak fra kommunen.¹¹⁸

Advokaten skal få tilgang på informasjon på lik linje som den private parten. Advokaten har også samme rett som privat part til å få innsyn i saksmappen, hvis han ber om det.¹¹⁹ I saker som går for fylkesnemnda, gjelder et utvidet dokumentinnsyn sammenlignet med forvaltningslovens vanlige regler.¹²⁰ Dette innebærer bl.a. at kommunen ikke kan nekte innsyn for å beskytte sine kilder, slik det unntaksvis kan være hjemmel for etter forvaltningsloven § 19(2).

5.4 Dokumentasjon og relevante opplysninger til bruk i saken

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

Eksempler på dokumentasjon er:

¹¹⁸ Se barnevernloven § 7-8 og rettshjelpsloven § 17

¹¹⁹ Jf. barnevernloven § 7-4 og forvaltningsloven § 18

¹²⁰ Jf. barnevernloven § 7-4

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

Hva er relevante opplysninger

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

Relevant for § 10-2

1. Omfattende og vedvarende rusmiddelmisbruk

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

2. Personen utsetter sin fysiske eller psykiske helse for fare

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

- saksbehandlers observasjoner nedtegnet i journal

3. Årsakssammenheng rusmiddelmisbruk og helsefare

- Det samme som under punkt 2.

4. Andre hjelpetiltak er ikke tilstrekkelig

- dokumentasjon eller beskrivelse av tidligere poliklinisk behandling
- tidligere institusjonsopphold både innenfor rusomsorgen og barnevernet
- samlet vurdering av tidligere behandlingsforsøk

5. Hensiktsmessig og nødvendig å anvende tvang

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

Alle vilkårene må være oppfylt ved anvendelse av tvang med hjemmel i § 10-2. Eksempelene nevnt under vilkårene er ikke uttømmende.¹²¹

Relevant for § 10-3

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

¹²¹ Det vises til vedlagte mal for begjæring om tiltak til fylkesnemnda i kap. 9.17.

Relevante opplysninger i saker etter § 10-3:

1. Gravid

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

2. Rusmiddelmisbruk

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

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

- dokumentasjon fra lege, helsestasjon, svangerskapsomsorg og lignende.
- dokumentasjon på overdoser, akuttinnleggelser
- somatisk og psykisk helse: for eksempel legeattester, urinprøver
- sosial situasjon/fungering
- rusmiddelmisbruk under eventuelle tidligere svangerskap
- vitneobservasjoner
- faglig dokumentasjon av følgene av rusmiddelmisbruk for barnet¹²²

4. Andre hjelpetiltak er ikke tilstrekkelig

- dokumentasjon eller beskrivelse av frivillige tiltak

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

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

5. Hensiktsmessig og nødvendig å anvende tvang

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

Hvem har disse opplysningene

De mest sentrale informasjonskildene vil ofte være:

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

Hvordan innhente disse opplysningene

Opplysninger skal så langt som mulig innhentes hos personen selv eller i samarbeid slik at bruker har kjennskap til innhentingen. Hvis informasjonskilden ikke har taushetsplikt, kan det innhentes opplysninger uavhengig av personens standpunkt.¹²³

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

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

Bevis som er skaffet til veie ved brudd på taushetsplikten, og dermed på utilbørlig måte, kan nektes å bli ført.¹²⁴

5.5 Hastevedtak

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

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

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

¹²³ Kapittel 2.5 omhandler informasjonskilder som har taushetsplikt.

¹²⁴ Se § 10-5, jf. barnevernloven § 7-17 og tvisteloven § 22-7

¹²⁵ Jf. forvaltningsloven kapittel 4 og 5

ikke til fylkesnemnda, selv om nemnda skal kontrollere vedtaket.

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

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

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

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

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

Følgende må gjøres:

- En kopi av vedtaket må straks sendes til fylkesnemnda for foreløpig godkjenning.
- Som hovedregel er det bare vedtaket som skal sendes, ikke dokumentasjon.
- Nemndlederen kan kontakte kommunen for å innhente nærmere opplysninger. Saksbehandlers telefonnummer må derfor oppgis, og vedkommende må være tilgjengelig fram til godkjenningen er gitt.
- Samtidig som vedtaket sendes til nemnda må det også sendes en kopi til privat parts advokat, såfremt kommunen vet hvem det

er. Det må opplyses i oversendelsen til nemnda at dette er gjort.

- Nemndlederen sender skriftlig beskjed til kommunen om at det er gitt foreløpig godkjenning. Hvis det ikke er gitt godkjenning, bør kommunen i tillegg kontaktes per telefon.
- Kommunen må straks underrette den private parten og vedkommendes advokat om utfallet og eventuelt oppheve tvangsbruken hvis den ikke har blitt godkjent.

Fristen for å fremme forslag til endelig vedtak for fylkesnemnda er to uker fra vedtaksdatoen for det midlertidige vedtaket.¹²⁷ En skal således ikke ta utgangspunkt i det tidspunktet nemndleder godkjente vedtaket. Ordinær sak må fremmes ved en begjæring. Om et midlertidig vedtak ikke følges opp med en begjæring om ordinært vedtak innen fristen på to uker, faller det midlertidige vedtaket bort.

Begjæring når det foreligger hastevedtak

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

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

Plasseringstid i henhold til midlertidige vedtak etter § 10-2 kommer til fradrag fra den

¹²⁶ Jf. barnevernloven § 7-22. Se rutiner for saksbehandling i sammendraget

¹²⁷ § 10-2(5) og § 10-3(6)

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

5.6 Klage på hastevedtak

Privat part kan når som helst påklage et midlertidig vedtak til fylkesnemnda.¹²⁸ Privat part skal sende klage direkte til fylkesnemnda.¹²⁹ Hvis parten sender klagen til kommunen, må kommunen straks sende den til fylkesnemnda.

Fylkesnemnda skal avsi vedtak innen en uke etter at klagen er mottatt.¹³⁰ Saksbehandleren og partenes prosessfullmektiger må derfor regne med å møte for nemnda på svært kort varsel hvis det treffes midlertidige vedtak.

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

I klagesaker på midlertidige vedtak holdes det et kort forhandlingsmøte, der dokumentene inngår i avgjørelsesgrunnlaget uten at de bevismessig skal gjennomgås. Det er begrenset adgang til å føre vitner i klagesaker. Det kan bare skje med forhåndstillatelse fra nemndlederen. Det kan legges fram nye dokumenter som bevis i klagesaken. I slike

tilfeller bør dokumentene være overlevert den andre partens prosessfullmektig før klagemøtet. Vitneførsel skjer etter partsforklaring, først klagerens vitner og deretter kommunenes vitner.

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

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

5.7 Ordinær behandling av vedtak om tilbakehold i fylkesnemnda

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

Behandling av vedtak

I hovedsak skal begjæringen inneholde:

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

Forhold som har betydning for saksbehandlingen:

- Hvor lang tid det bør settes av til forhandlingsmøte (oftest en dag)

¹²⁸ Se barnevernloven § 4-23.

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

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

- Om partene samtykker til forenklet behandling av saken og vurdering av forsvarlighet knyttet til dette.
- En kort saksframstilling. Dette kan gjøres kronologisk eller etter tema. Som regel gir kronologisk framstilling best oversikt.
- En vurdering opp mot lovens krav
- Hvilke bevis som skal føres:
 - Vitner: en kort redegjørelse for hva de skal forklare seg om, og om det er bestridt av den andre parten.
 - Dokumentbevis. Viser til på aktuelle steder i saksframstillingen. Dokumentliste for dokumentbevisene med sidenummerering og gjerne med dokumentnummer. Sidetall / paginerte dokumentbevis

Forslag til vedtak:

- Danner rammen for fylkesnemndas sak, for eksempel om kommunen mener det bør tas urinprøver.
- Skal tilsvare den slutningen partene ønsker at fylkesnemnda skal treffe.
- Hvor lenge tvangsoppholdet bør vare ved vedtak etter § 10-2. (Loven setter en maksimumsgrense, men begjæringen og vedtaket kan angi en kortere tidsramme. Hvis det er truffet et hastevedtak regnes tiden fra det tidspunktet tvangen ble iverksatt).

Begjæring

Det er vanligvis kommunens advokat som utformer begjæring om tiltak på vegne av kommunen og sender den til fylkesnemnda. Hvis det blir gjort av kommunens

saksbehandler, bør det skje i samarbeid med vedkommende advokat. Før kommunens advokat reiser sak, bør advokaten ha fått tilsendt en kopi av saksmappen.

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

- Den private part og dens prosessfullmektig skal få tilstrekkelig informasjon til å kunne ivareta saken.
- Den skal gi hele nemnda en kort innføring i saken.
- Sammen med tilsvaret skal den gi nemndlederen tilstrekkelig informasjon til at saken kan administreres på en god måte.¹³¹

Begjæringens innhold

Loven beskriver kravene til begjæringen.¹³² Den følger samme modell som stevninger i sivile saker for domstolen. Begjæringen må være kortfattet i henhold til lovens krav. Kommunen kan skissere en tiltaksplan i begjæringen. De kan også opplyse hvilke institusjoner som skal ta imot personen. Det bør opplyses når institusjonene kan ta imot personen.¹³³

Kommunen / prosessfullmektigen bør snarest varsle aktuelle vitner.¹³⁴

Fylkesnemndas saksforberedelse og forenklet behandling

Fylkesnemndas saksmottak:

- Fylkesnemnda foretar en kontroll av saken i forkant av forhandlingsmøte.¹³⁵

¹³¹ Jf. barnevernloven § 7-12

¹³² Se § 10-5 og barnevernloven § 7-11

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

¹³⁴ Se vedlegg 9.17.

- Advokater oppnevnes som prosessfullmektiger, og de får en kort frist til å gi et svar som må inneholde privat parts standpunkt og ønsket bevisførsel.
- Saken berammes ved at nemnda kontakter oppgitte prosessfullmektiger

Lovens krav er at sakene skal berammes snarest og om mulig innen to uker.¹³⁶

Kravet til snarlig berømmelse gjør at de ulike aktørene må være innforstått med at de må møte i nemnda i løpet av kort tid etter at begjæring er sendt til fylkesnemnda. Etter at tilsvar er mottatt tar nemndlederen stilling til den videre saksbehandlingen. Ulike former for forenklet behandling krever samtykke fra begge parter. Dette er aktuelt hvis den private parten er enig i at det skal treffes et tvangsvedtak.

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

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

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

¹³⁵ Jf. barnevernloven § 7-12

¹³⁶ Jf. § 10-5(2)

kommunen/prosessfullmektigene som skal innkalle de ulike vitnene til forventet tidspunkt.

Innhold i forhandlingsmøte

Innholdet i et forhandlingsmøte tilsvarer i all hovedsak en vanlig hovedforhandling hos domstolen. Nemnda innkaller partene til forhandlingsmøtet.¹³⁷ Så langt innkalling har funnet sted i henhold til barnevernsloven¹³⁸, kan saken behandles selv om privat part ikke møter.¹³⁹ Forhandlingsmøtet er regulert i barnevernloven.¹⁴⁰

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

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

Fylkesnemnda betaler honoraret til den private partens prosessfullmektig som fri sakførsel etter rettshjelploven.¹⁴¹ I tillegg betaler nemnda eventuelle utgifter til oversetting av vedtak for fremmedspråklige parter.

Forhandlingsmøtet

- Forhandlingsmøtet innledes av nemndleder som klargjør saksforholdet. Nemndleder forsøker å få kartlagt hvor det er uenighet og dermed behov for

¹³⁷ Jf. barnevernloven § 7-7

¹³⁸ § 7-7(1)

¹³⁹ Jf. § 7-7(2)

¹⁴⁰ § 7-15 og tvisteloven § 9-15

¹⁴¹ Rettshjelpsloven § 17

bevisførsel. I tillegg avklarer nemndleder ulike praktiske spørsmål og kontrollerer at nemnda er habil.

- Deretter avholder prosessfullmektigene hver sin innledning. Rekkefølgen er vanligvis slik at kommunen kommer først, så privat part, både for innledningene, partsforklaringer og vitner. Vitnene møter i nemnda eller kontaktes per telefon. Skal telefon benyttes må det være avklart i forkant med den andres prosessfullmektig og nemndlederen. Det er kommunens prosessfullmektig som har oppgaven med å redegjøre for saksforholdet på en mest mulig objektiv måte, og gjennomgå aktuelle dokumentbevis.
- Etter innledningene kommer partsforklaringer og deretter vitneforklaringer.

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

- I forbindelse med vurderingen av om det er hensiktsmessig å bruke tvang bør kommunen kunne redegjøre for hvilke tiltak de mener er nødvendige å tilrettelegge for etter vedtaksperioden.
- Etter bevisførselen holder prosessfullmektigene sluttinnlegg, først kommunens prosessfullmektig og deretter privat parts prosessfullmektig. Den private parten har anledning til å gi en kort sluttkommentar før møtet heves.
- Nemnda kan bare vektlegge de faktaene som bevismessig gjennomgås på forhandlingsmøtet. Dokumenter og andre opplysninger som ikke er gjennomgått i forhandlingsmøtet blir ikke tatt hensyn til.

Det gjelder selv om dokumenter er vedlagt begjæringen.¹⁴²

- Forhandlingsmøtet er lukket for andre enn partene.¹⁴³ Samtlige tilstedeværende har taushetsplikt. Andre personer enn partene kan være tilstede så langt partene samtykker til det og nemnda tillater det.

5.8 Vedtaket

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

Deretter skriver nemndleder et forslag til vedtak, og nemndmedlemmene møtes på nytt for å undertegne avgjørelsen. Nemndleder undertegner avgjørelsen sist, og da er avgjørelsen avsagt. De ulike nemndmedlemmenes oppfatning er ikke bindende før nemndleder har undertegnet vedtaket. Vedtaket skal treffes snarest mulig og senest to uker etter forhandlingsmøtet.¹⁴⁴

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

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

¹⁴² Se barnevernloven § 7-18

¹⁴³ Se barnevernloven § 7-16

¹⁴⁴ Jf. § 10-5 og barnevernloven § 7-10

¹⁴⁵ Jf. hot. § 10-2(3) og § 10-4(4)

Hvis vedtaket skal iverksettes gjelder følgende frister:

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

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

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

Rettslig overprøving av domstolen

Både kommunen og den private parten kan bringe inn et vedtak fattet av fylkesnemnda, for tingretten for å få det rettslig overprøvd innen to måneder fra det tidspunktet vedkommende mottok vedtaket.¹⁴⁶

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

¹⁴⁶ § 10-7. Domstolens saksbehandlingsregler følger av tvistelovens kap. 36.

Dersom en avgjørelse i fylkesnemnda bringes inn for tingretten, kan vedtaket likevel iverksettes i påvente av at saken kommer opp. Både fylkesnemndleder og tingretten kan imidlertid bestemme at iverksetting av vedtaket skal utsettes til et bestemt tidspunkt, senest ved endelig og rettskraftig avgjørelse.¹⁴⁷

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

5.9 Iverksettelse av vedtak

Når fylkesnemnden har fattet et vedtak om tvangsinnleggelse har kommunal helse og omsorgstjeneste en frist på seks uker til å sette i verk vedtaket.¹⁴⁸ I saker etter § 10-3 er fristen to uker.

Kommunen kan la være å sette i verk et vedtak «om forholdene tilsier det». I saker etter § 10-2 må kommunen forsikre seg om at den aktuelle institusjonen kan gi et tilfredsstillende tilbud til pasienten.¹⁴⁹ Paragraf 10-3 mangler en tilsvarende bestemmelse, men også ved innleggelse av gravide har kommunen et ansvar for institusjonens egnethet.

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

Når kommunen har bestemt at vedtaket skal iverksettes må kommunen samtidig vurdere hvordan iverksettelsen skal skje. Pasienten

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

¹⁴⁸ Jf. § 10-2(3)

¹⁴⁹ Jf. det uttrykkelige påbudet i § 10-2(3)

kan bringes til institusjonen med hjelp av kommunens egne ansatte. Erfaring viser at en skånsom innleggelse vil ha betydning for det videre behandlingsforløpet,¹⁵⁰ men det er samtidig viktig å være to ansatte fra kommunen som bistår, for å kunne være mer fleksible ved uforutsette situasjoner. I noen situasjoner kan det være nødvendig å be politiet om bistand. Politiet har plikt til å yte bistand.¹⁵¹

¹⁵⁰ Lundeberg og Mjåland 2009

¹⁵¹ Jf. spesialisthelsetjenesteloven § 6-4



TILBAKEHOLDSFASEN

6 TILBAKEHOLDSFASEN

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

Anbefalinger

- Et tvangsopphold skal være individuelt tilrettelagt i samarbeid med pasienten/brukeren og relevante aktører.
- Institusjonen må foreta en systematisk utredning og avklaring av pasientens helsetilstand under tilbakeholdet.
- God kvalitet i gjennomføringen må sikres for å redusere negative konsekvenser av tvang, og for å forebygge rømming. Tilbudet må være variert, meningsfullt og inneholde tilstrekkelig aktivitet.
- Pasienten bør sikres direkte overgang til frivillig institusjonsplass i TSB, hvor pasienten ønsker det.
- Personell som jobber med tvang må få nødvendig opplæring og veiledning for å sikre tilrettelagt oppfølging av pasientene.
- Avklaring av ansvar og fordeling av oppgaver bør fastsettes sammen med relevante aktører så tidlig som mulig.
- Oppfølging etter utskrivning bør planlegges allerede ved innleggelse. Bruk av bistandsteam, individuell plan og ansvarsgrupper er gode verktøy for å klargjøre ansvarsforhold og videre oppfølging.
- Spesialisthelsetjenesten (institusjonene) må ha rutiner for mottak, gjennomføring og utskrivelse av pasienter på tvang. Spesialisthelsetjenesten må sørge for en forsvarlig utskrivningspraksis og ha rutiner for å varsle og samarbeide med kommunen i god tid før utskrivning for å sikre pasienten nødvendig oppfølging.
- Tvang og restriksjoner skal innskrenkes til det strengt nødvendige, og det skal så langt det er mulig tas hensyn til pasient og brukers syn på slike tiltak. Det kan bare benyttes tiltak som gir en så gunstig virkning at det klart oppveier ulempene med tiltaket.

6.1 Betydningen av brukermedvirkning, samarbeid og rutiner

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

Brukermedvirkning kan minske den negative opplevelse av tvang, og bedrer ofte muligheten for å etablere en god allianse

mellom pasienten og personalet.¹⁵² Dette kan også bidra til at pasienten blir mer motivert for videre behandling. Det er også viktig at institusjonen og pasienten avklarer hvilke tjenester det er behov for å inngå et samarbeid med, slik at pasienten tidlig i gjennomføringen får forutsigbarhet og en målrettet innretning for oppholdet.

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

6.2 Tilbud om individuelt tilrettelagt behandling, kartlegging og utredning

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

Mottakelse av pasienter

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

Det bør gjøres en systematisk utredning og kartlegging av pasientens somatiske og

psykiske helsetilstand, dersom pasienten samtykker til dette. Kartlegging av sosiale forhold som familie, nettverk, økonomi, arbeid og utdanning, er også viktig. Utredning av rusmiddelbrukens alvorlighetsgrad, omfang og funksjon er avgjørende for utarbeidelse av behandlingsplan for den enkelte pasient. God kartlegging og utredning legger grunnlag for arbeid med motivasjon, endring og forebygging av dropout/tilbakefall.¹⁵³ Dersom det finnes en individuell plan (IP) fra tidligere bør det bygges videre på denne i samarbeid med pasient/bruker, kommunen og andre relevante aktører. Kommunens ansvar for å tilby IP tilsier at kommunen alltid involveres når IP utformes.¹⁵⁴

Det bør gjennomføres regelmessige ansvarsgruppemøter.¹⁵⁵ Deltakere i ansvarsgruppa avgjøres sammen med pasienten, i samarbeid med kommunen, koordinator og institusjonen. Ofte inviteres pårørende, helse- og omsorgstjeneste i kommunen, behandlingsansvarlig ved institusjon/avdeling, miljøpersonell/primærkontakt til deltakelse i ansvarsgruppe.

Jordmor og barnevern bør også være en del av ansvarsgruppa dersom det er en innleggelse etter § 10-3. Det er spesielt viktig ved en innleggelse etter § 10-3 at det lages en plan for oppfølging av mor og barnet, og at far/partner også inkluderes dersom mor ønsker det. Ofte er det hensiktsmessig å involvere og gi tilstrekkelig hjelp til partner i saker etter § 10-3. Dette kan bidra til at partner kan være med å stabilisere

¹⁵² Se kapittel 1 vedrørende brukermedvirkning.

¹⁵³ [IS-2214](#) Behandling og rehabilitering av rusmiddelproblemer og avhengighet

¹⁵⁴ Jf. HOL § 7-1.

¹⁵⁵ Se kap 2.2 - Bistandsteam

situasjonen og være en god støtte i videre behandling for den gravide.¹⁵⁶

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

Mer utfyllende informasjon om kartlegging, utredning, behandlingstilnærming, behandlingsforløp og ulike behandlingsmetoder finnes i [IS-2214](#) Behandling og rehabilitering av rusmiddelproblemer og avhengighet.

Institusjonens egnethet og kvalitet

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

LAR-behandling

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

for substitusjonsbehandling utredes for dette.¹⁵⁸

6.3 Tvangstiltak under gjennomføring av oppholdet

6.3.1 Innledning

[Forskrift 2016-08-26-1003](#) om rettigheter og bruk av tvang under opphold i institusjon for behandling, omsorg og rehabilitering av personer med rusmiddelproblemer (Forskrift om rettigheter og tvang i rusinstitusjon) trådte i kraft 1. november 2016.¹⁵⁹

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

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

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

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

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

¹⁵⁷ [Rapport 2-2010](#), Uni Rokkansenteret.

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

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

6.3.2 Vern om personlig integritet

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

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

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

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

6.3.3 Husordensregler

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Forskriften pålegger også institusjonene å sende husordensreglene og revisjoner av disse

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

6.3.4 Oppbevaring av eiendeler og økonomiske midler

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

6.3.5 Rusmiddeltesting av biologisk materiale

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

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

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

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

oppholdet. Vedtaket kan ha varighet for hele oppholdet.

6.3.6 Forbindelse med omverdenen

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

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

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

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

Det kan også treffes vedtak om beslag av pasient og brukers egne elektroniske kommunikasjonsmidler, herunder mobiltelefon og PC, dersom kamera/lydopptaksfunksjon gjør dette nødvendig av hensyn til andre pasienters eller 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.

6.3.7 Kroppsvisitasjon og undersøkelse av pasients rom og eiendeler

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

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

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

Kroppsvisitasjon og annen undersøkelse skal gjennomføres så skånsomt som mulig.

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

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

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

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

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

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

6.3.9 Kortvarig fastholding

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

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

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

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

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

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

6.3.10 Adgang til tilbakehold og tilbakeføring ved rømming

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

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

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

Institusjonen må i slike situasjoner benytte ulike faglige tilnærminger for konflikthåndtering.¹⁶¹

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

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

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

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

6.3.11 Registrering, underretning og fortløpende vurdering av vedtak

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

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

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

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

¹⁶¹ Se punkt 6.5

¹⁶² Se også punkt 2.6 om politiets rolle ved bruk av tvang

6.3.12 Klage

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

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

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

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

6.3.13 Samarbeid mellom institusjonen og kommunen

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

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

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

6.4 Spesielt om tvang etter § 10-3 (gravide)

Det bør utarbeides en plan for oppfølging etter fødsel for den gravide hvor det fremkommer hvilke behov kvinnen har etter fødsel, og eventuelt ved omsorgsovertakelse av barnet.¹⁶³ Det bør være avklart hvem som kontakter barnevernet ved fødsel. Fødselsplanen bør tas med til fødeavdeling. Planen bør også inkludere momenter for oppfølging av mor og barn sammen, og ved omsorgsovertakelse egne planer for henholdsvis mor og barn. Der det er aktuelt vil samhandling og tilrettelegging for samtidig behandling av partner kunne være helt avgjørende for å sikre en stabil behandlingssituasjon for den gravide. Jordmor bør være en viktig samarbeidspartner ved saker vedrørende § 10-3.

6.4.1 Oppfølging av vedtak hver 3. måned av gravide

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

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

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

Eksempel på pasientforløp for gravide

Gode samarbeidsrutiner finnes gjerne i kvalitetsrutiner og behandlingslinjer i helseforetakene og i kommunene. Et eksempel er [behandlingslinjen for gravide med rusmiddelproblemer](#) ved Sykehuset Innlandet.

6.4.2 Ved utskrivelse fra § 10-3

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

- Tilbud til eventuell partner.
- Tilbud om barselopphold med eller uten barn og partner, ved en familieenhet eller annen egnet avdeling.
- Tilbud om telefonavtaler de første månedene etter fødsel.
- Tilbud om oppfølgingsamtaler.
- Tilbud om tettere oppfølging fra helsestasjon og fastlege. Tilbud fra kommunen kan være hjemmebesøk og oppfølging knyttet til sårbare overganger fra institusjon til egen bolig. I retningslinjen for gravide i LAR og oppfølging av familien frem til barnet når skolealder står det beskrevet detaljerte og gode oppfølgingsrutiner, som generelt kan være nyttig for familier der barn har blitt eksponert for rusmidler under svangerskapet.¹⁶⁴

6.5 Særlig om pasienter med utagerende atferd

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

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

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

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

Årsaken til utagerende atferd kan være sammensatt og varierende. Der det foreligger kriseplan bør fremgangsmåten ved eventuell utagering være beskrevet. Personalet som skal forvalte gjennomføring av tvangsvedtak må ha tilstrekkelig kunnskap og ferdigheter i konflikthåndtering. Institusjonen må faglig og materielt være i stand til å ivareta formålet med en tilbakeholdsadgang.

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

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

Voldsrisiko på systemnivå

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

¹⁶⁵ Eksempler på screening-verktøy: [V-RISK-10](#) (), [Brøset Violence Check-list](#) (BVC)

risikovurdering og risikohåndtering skal vurderes gjennomført.

Selv om denne listen ikke er uttømmende, vil direktoratet særlig fremheve betydningen av at det er etablert rutiner som sikrer at:¹⁶⁶

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

Eksempel på faktorer for konflikthåndtering

Det viktigste kriteriet i en voldsrisikovurdering er om personen har begått voldshandlinger tidligere.

Eksempel på noen faktorer som kan inngå i rutiner for konflikthåndtering:

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

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

- Tilby pasienten å være alene i eget rom
- Ved utagerende atferd bør personalet opptre rolig og tydelig. Personalet bør ta kontroll over situasjonen med hovedfokus på sikkerhet
- Ved fare for pasientens, personalets eller andres sikkerhet, må personalet iverksette nødvendige tiltak for å sikre og trygge situasjonen på en forsvarlig måte

6.6 Forsvarlig utskrivning av pasienten

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

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

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

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

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

Utskrivelsestidspunktet er en særlig sårbar overgang i et pasientforløp.

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

Aktuelle punkter for en forsvarlig utskrivning

- Informasjon til pårørende (etter samtykke eller i særlige tilfeller)¹⁶⁷
- Varsel til kommunen¹⁶⁸
- Etablert tilbud i kommunen, herunder bolig
- Avklaring av spesialisthelsetjenestens oppfølgingsrolle, herunder poliklinisk behandling
- Vurdering av overdosefare,¹⁶⁹ selvmordsfare, farlighet mv
- Brukerinvolvering i planleggingen av utskrivelse
- Foreligger IP og/eller kriseplan
- Avklare hvem som er hvem er koordinator og avtale oppfølging
- Muligheter og tiltak ved eventuelt tilbakefall
- Nødvendige medikamenter, resepter
- Nødvendige sykemeldinger mv.
- Utskrivningssamtale

6.7 Videre frivillig behandling i spesialisthelsetjenesten

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

¹⁶⁷ Se kapittel 6.9.2 vedrørende i hvilke særlige tilfeller helsepersonell må varsle pårørende

¹⁶⁸ Forskriften § 14

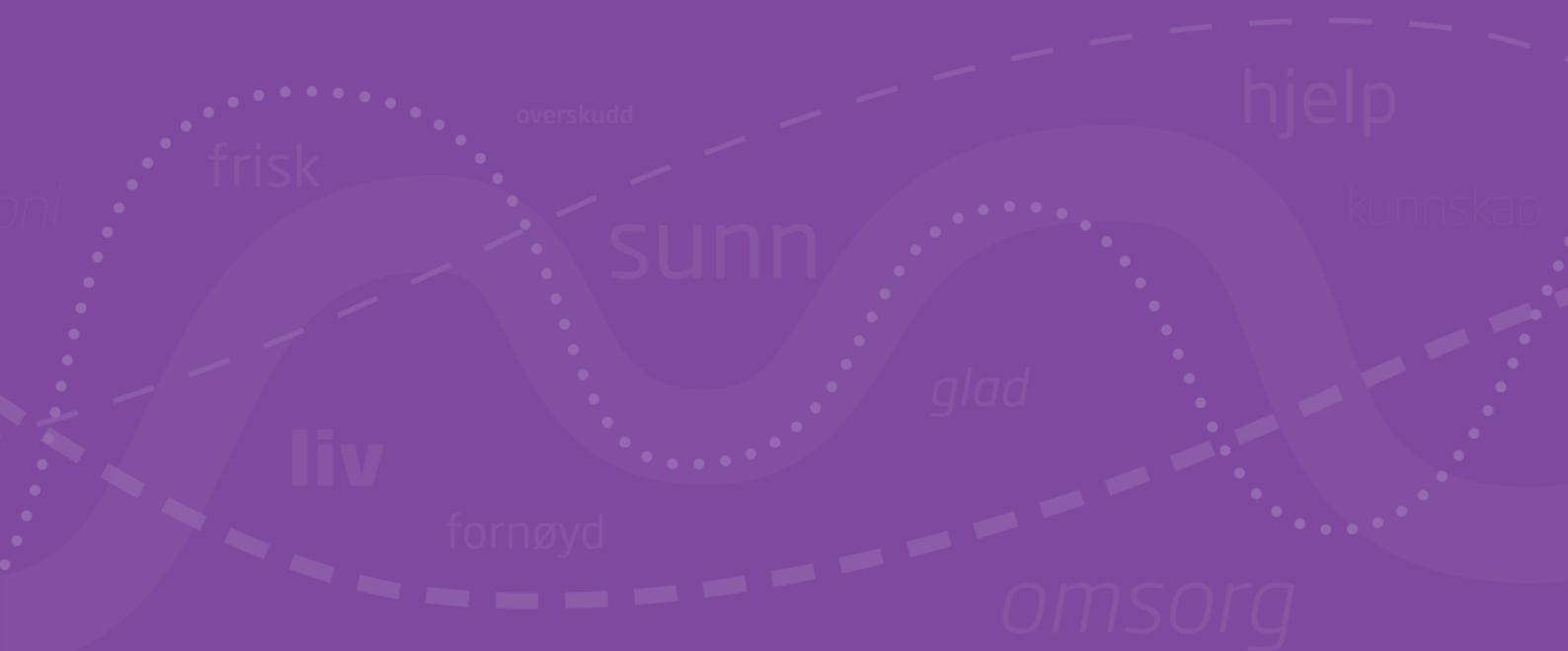
¹⁶⁹ Se også kapittel 7.2.

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

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

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

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



OPPFØLGINGSFASEN

7 OPPFØLGINGSFASEN

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

Anbefalinger

- Systematisk oppfølging bør planlegges i god tid før utskrivning
- Både kommunen og spesialisthelsetjenesten må bidra til en strukturert og planmessig oppfølging som sikrer nytte og effekt av institusjonsoppholdet
- Tiltak, roller og ansvarsforhold i oppfølgingen må koordineres og bør være beskrevet i rutiner og prosedyrer, samhandlingsavtaler mv. Oppfølgingen må så langt som mulig være utformet ut fra brukerens/pasientens behov og premisser
- Egnede boliger bør være på plass i god tid før utskrivning. Det må ytes nødvendige oppfølgingstjenester og bistand for å mestre situasjon og eget liv.
- Ambulante/opsøkende tjenester, også med ansatte fra spesialisthelsetjenesten, kan være et virkemiddel i oppfølgingen av pasienter/brukere som har gjennomført en tvangsinnleggelse.
- Institusjonen som har hatt ansvar for gjennomføringen bør bidra til at pasientens overgang til annen oppfølging ivaretas.
- Kommunen og spesialisthelsetjenesten bør i fellesskap raskt kunne intervensere ved tilbakefall, på bakgrunn av kriseplan, brukerstyrte plasser mv.
- Bistandsteam bør bistå i vurderingen om overgang til frivillig behandling og innholdet i den videre oppfølgingen.

7.1 Gode oppfølgingstjenester

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

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

7.2 Felles ansvar for forsvarlig oppfølging

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

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

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

Overdosefare

En stor andel av overdosedødsfallene skjer etter avrusning, utskrivelse fra institusjon, ved løslatelse fra fengsel eller som følge av avbrudd i behandling. Forskning viser at risikoen for å dø av overdose de fire første ukene etter behandling er 16 ganger større enn ellers. Effekten av behandlingsinnsatsen

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

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

7.3 Kommunens helhetlige og koordinerende ansvar

7.3.1 Kommunens tjenestetilbud

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

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

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

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

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

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

¹⁷³ jf. spesialisthelsetjenesteloven § 6-3.

Oppholdsprinsippet gjelder for tildeling av tjenester.

Hjelpetilbudet skal være verdig og av god kvalitet.

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

Tilpasset behandling

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

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

7.3.2 Hvem har ansvar når pasienten flytter mellom kommuner?

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

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

Informasjonsflyten mellom kommunene reguleres av forvaltningslovens regler om taushetsplikt.¹⁷⁴ Forvaltningslovens § 13b nr. 5 gir hjemmel for å kommunisere til den nye oppholdskommunen at tvangssak har vært vurdert,¹⁷⁵ fordi informasjonsflyten er nødvendig for å løse oppgaver pålagt i helse- og omsorgstjenesteloven.

7.3.3 Sentrale faktorer i oppfølgingsarbeidet

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

7.3.4 Bolig

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

¹⁷⁴ jf. hol. § 12-1

¹⁷⁵ jf. hol. § 12-1(3)

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

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

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

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

Det er et felles ansvar for alle parter å unngå utskrivelse til bostedsløshet eller til en uegnet bolig, for eksempel gjennom bruk av midlertidig bolig over for lang tid, eller bomiljøer som preges av rusmiddelbruk. I slike situasjoner kan innsatsen gjennom tvangsvedtak og behandling oppleves meningsløs etter kort tid. Hva som er en egnert bolig vil være forskjellig fra person til person, men det er sentralt at boligen må oppleves som et hjem for personen. Det er i dag svært varierende hvordan kommunen og behandlingstilbudet samarbeider om å finne egnert boligtilbud før utskrivelse, særlig i tilfeller der hjemkommunen ligger langt unna. I [Bolig for velferd - Nasjonal strategi for boligsosialt arbeid \(2014-2020\)](#) er det en målsetting om at alle som har behov for det

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

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

7.3.5 Økonomi og aktivitet

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

Manglende utdanning og arbeidserfaring er ofte en problemstilling. Situasjonen er gjerne kaotisk og tiltakene må ta utgangspunkt i den enkeltes ønsker og forutsetninger. En bør legge vekt på trening i ferdigheter som kan bedre personens funksjonsnivå og livskvalitet. Samtidig vet vi at lønnet arbeid kan ha vesentlig betydning for den enkeltes økonomi og bidra til innflytelse og uavhengighet. Arbeid gir mulighet for sosial deltakelse og opplevelse av mestring, samt å være til nytte. Ulike former for «Supported Employment» (individuell jobbstøtte) hvor arbeid inngår som en integrert del av en rehabilitering, har vist seg effektiv for å få personer med nedsatt arbeidsevne tilbake i arbeidslivet.¹⁷⁷

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

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

Plan for arbeid/utdanning og/eller tilrettelagt aktivitet bør legges allerede i forkant av innleggelse¹⁷⁸, slik at dette er avklart før et tvangsopphold starter. Slik vil den enkelte få brukt mest mulig av tiden på institusjon på motivasjon og behandling, i trygg forvisning om at rammebetingelsene for videre oppfølging og rehabilitering er tilrettelagt etter oppholdet.

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

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

7.4 Barn, partner, andre pårørende og nettverk

Pasienten avgjør i samarbeid med institusjonen og kommunen hvem som blir sentrale aktører i oppfølging etter et fullført eller avbrutt tvangsopphold, i tillegg til kommunen og spesialisthelsetjenesten. Dette

må avklares i god tid før utskrivning og bør fremkomme i IP og/eller tiltaksplan.

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

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

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

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

Behov for oppfølging kan drøftes i:

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

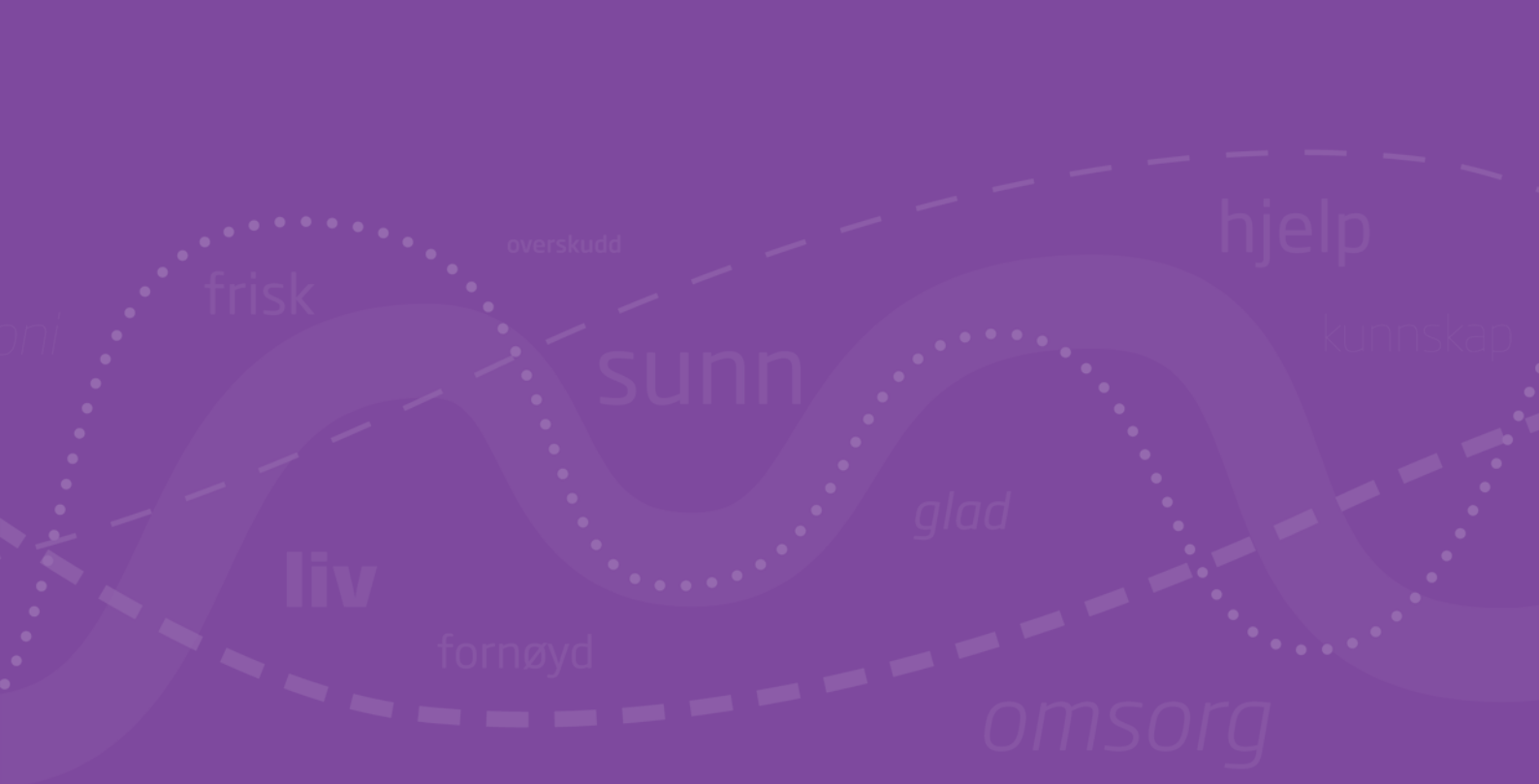
¹⁷⁸ [Prop. 15 S \(2015-2016\)](#) Opptrappingsplan for rusfeltet (2016-2020), side 26.

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

- Parsamtaler

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

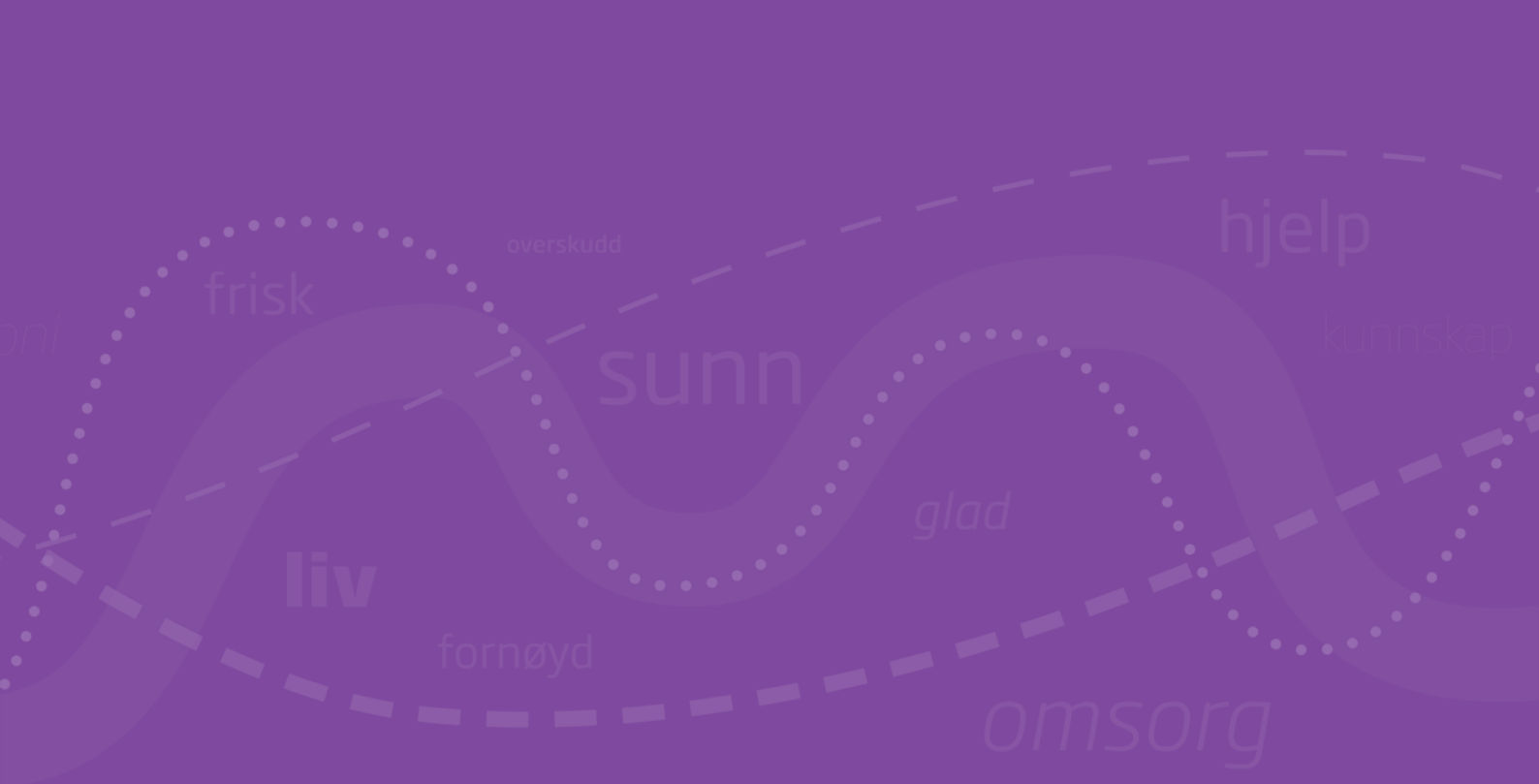
Oppfølgingsarbeidet etter et tvangsopphold skiller seg ikke i vesentlig grad kvalitativt fra oppfølging etter frivillig behandlingsopphold, eller fra lokalt rusarbeid generelt. [IS-2076 Sammen om mestring](#) viser til hvordan kommunene, i samhandling med spesialisthelsetjenesten, kan legge til rette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



REFERANSER

8 REFERANSER

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



VEDLEGG

9 VEDLEGG

9.1 Rutinebeskrivelse, saksbehandling i kommunen

Aktivitet	Hjemmel	Merknader	Frister	Veileder	Ansvarlig
Vurderingsfasen	Hot. Kapittel 10	Når bør kommunen vurdere tvang <ul style="list-style-type: none"> • Personens situasjon • Mål for oppholdet? • Manglende frivillighet 		Kap. 3 Side 33-35	Saksbehandler i kommunen, ressursteam i kommunen for saksbehandler (inkluderer gjerne nærmeste leder og/eller kollega). Det anbefales to saksbehandlere per bruker/sak.
Utredningsfasen	Hot. Kapittel 10	Utredning av institusjonsopphold <ul style="list-style-type: none"> • lovens vilkår • klientens behov • bevis (vitner, dokumentasjon) • aktuell institusjon • forberede saksfremlegg 		Kap. 4 Side 39-44 Kap. 2 Side 17-29 Kap. 9 9.5-9.9	Saksbehandler i kommunen Bistandsteam
Saksbehandling	Hot. Kapittel 10	Formål <ul style="list-style-type: none"> • avklare frivillighet • dokumentere vilkår for tvang • skaffe institusjonsplass 		Kap. 5 Side 62-74 Kap. 9 9.6, 9.10, 9.11	Saksbehandler i kommunen Advokat Bistandsteam (bistå kommunen i å finne egnet institusjonsplass)
Avtalt tvang <u>Hovedregel</u> OBS: To alternativ; 3 uker fra innleggelse, eller 3 uker fra samtykket er trukket tilbake (og med mulighet for fornyelse)	Hot. § 10-4	Avtale mellom institusjon og klient om frivillig opphold med tilbakehold på institusjon. Saksgang som ordinær behandlingsplass, men med forsterkede rammer ved innleggelse/underveis	Signeres senest ved inntak	Kap. 4 Side 40-46 Kap. 9 9.10, 9.11	Institusjon i samarbeid med klient og kommunens saksbehandler. Kommunen er ikke direkte part i avtalen og det kreves ikke godkjenning fra fylkesnemnda. Helseforetaket skal

					peke ut institusjoner med ansvar for § 10-4.
Midlertidige vedtak, person med rusavhengighet Sendes straks til nemnda for "Foreløpig godkjenning"	Jf hot. § 10-2, 4.ledd Jf bvl § 7-22 § 7-23	Vilkår: <ul style="list-style-type: none"> • vesentlig skadelidende • umiddelbart 	Svar innen <u>48 timer</u>	Kap. 4 Side 46 Kap. 5 Side 67-69 Kap. 9 9.12	Saksbehandlere i kommunen Fylkesnemnda
Aktivitet	Hjemmel	Merknader	Frister	Veileder	Ansvarlig
Midlertidige vedtak, <u>gravid</u> . Sendes straks til nemnda for "Foreløpig godkjenning".	Hot. § 10-3, 5.ledd Jf bvl § 7-22 § 7-23	Vilkår: <ul style="list-style-type: none"> • Fosterets helse vesentlig skadelidende • Umiddelbart 	Svar innen <u>48 timer</u>	Kap. 4 Side 52 Kap. 5 Side 67-69 Kap. 9 9.13	Saksbehandlere i kommunen Fylkesnemnda
Tvangsinnleggelse	Jf hot. § 10-2	Vilkår: <ul style="list-style-type: none"> • Rusmiddelavhengighet • Skade • Prognose/årsakssammenheng • Hjelpetiltak ikke tilstrekkelig • Skjønn ("kan") 	<u>To uker</u> for begjæring om tiltak ved midlertidig vedtak	Kap. 5 Side 72-74	Saksbehandlere i kommunen
Tvangsinnleggelse <u>gravid</u>	Jf hot. § 10-3	Vilkår: <ul style="list-style-type: none"> • Gravid • Rusmisbruk • Skade • Prognose/årsakssammenheng • Hjelpetiltak ikke tilstrekkelig • Skjønn ("kan") 	<u>To uker</u> for begjæring om tiltak ved midlertidig vedtak	Kap. 5 Side 72-74	Saksbehandlere i kommunen
Saksbehandling for fylkesnemnda	Jf hot. § 10-6 § 10-5	Forberedelse og gjennomføring av saken, sammen med advokat		Kap. 5 Side 68-71	Saksbehandlere/ advokat
Gjennomføring av fylkesnemnda vedtak		Plassering og tilbakehold i institusjon		Kap. 6 Side 76-87	Kommunen og institusjon
§ 10-2 Plassering i institusjon	Jf hot. § 10-2, 3. ledd	Anbringelse og tilbakehenting ved rømning	Innen 6 uker	Kap. 5 Side 74 Kap. 6 Side 82-83	Kommunen og institusjon Politiet
§ 10-3 Plassering i institusjon Oppfølging hver 3. måned	Jf hot. § 10-3, 4. ledd § 10-3, 3. ledd	Anbringelse og tilbakehenting ved rømning Avgjørelse, skriftlig og begrunnet. Ikke enkeltvedtak.	Innen 2 uker Minst hver 3. måned	Kap. 5 Side 74 Kap. 6 Side 82-85 Kap. 9 9.19	Kommunen og institusjon Politiet
Utskriving og oppfølging		At vilkårene for tvangsmessig tilbakehold ikke lenger gjelder		Kap. 6 Side 86-87 Kap. 7 Side 89-94	Institusjon i samarbeid med kommunen

Rettslig prøving	Jf bvl § 7-24	Kan prøves for tingretten av begge parter	2 mnd.	Kap. 5 Side 73	Saksbehandler/ advokat
------------------	------------------	---	--------	-------------------	---------------------------

9.2 Helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 10

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

Kapittel 10. Tvangstiltak overfor rusmiddelavhengige

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

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

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

§ 10-2. Tilbakehold i institusjon uten eget samtykke

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

Vedtaket etter første ledd skal treffes av fylkesnemnda for barnevern og sosiale saker.

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

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

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

§ 10-3. Tilbakeholdelse av gravide rusmiddelavhengige

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

§ 10-7. Overprøving i tingretten

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

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

Kommunen dekker sine egne omkostninger i saken.

§ 10-8. Ansvar for å reise tvangssak

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

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

9.3 Hovedfunn i evalueringen

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

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

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

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

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

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

9.3.3 Spesialisthelsetjenesten

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

9.4 Vedtak i fylkesnemnda for barnevern og sosiale saker

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

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

	§10-2	§10-2 midlertidige <i>Temporary decisions</i>	§10-3 <i>Pregnant women</i>	§10-3, midlertidige vedtak (gravide) <i>Temporary decisions (pregnant women)</i>
1996	18	..	8	26
1997	21	..	9	18
1998	29		16	30
1999	46	33	17	42
2000	22	31	8	19
2001	39	31	12	11
2002	38	35	17	34
2003	42	30	21	24
2004	49	58	15	22
2005	80	66	25	30
2006	65	49	29	33
2007	83	54	30	43
2008	71	50	23	49
2009	87	88	29	46
2010	106	106	25	45
2011	101	100	28	42
2012	109	103	28	43
2013	157	127	24	51
2014	155	135	17	32
2015	155	112	25	37

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

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

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

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

Note 3: Tallene for 2010 og 2013-2015 er fremskaffet av Fylkesnemndene for sosiale saker – sentralenheten.

Note 3: The numbers for 2010 og 2013-2015 are produced by Family Law Court - The Central Processing Unit.

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

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

9.5 Samtykke

9.5.1 Samtykkeskjema for innhenting av opplysninger

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

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

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

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

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

Sted/dato

Underskrift med personnummer

9.6 Tilbakemelding fra kommunen på bekymringsmelding fra pårørende

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

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

Bestemmelsen lyder:

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

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

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

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

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

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

Med vennlig hilsen

...

9.7 Innhenting av opplysninger § 10.2

Vedr.: _____ [navn og personnummer]

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

§ 10-2 første ledd lyder:

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

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

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

Med hilsen

saksbehandler

9.8 Innhenting av opplysninger § 10-3

Vedr.: _____ [navn og personnummer]

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

_____.

§ 10-3 i helse- og omsorgstjenesteloven sier:

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

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

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

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

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

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

Med hilsen

saksbehandler

Kopi: fastlege, DPS

9.9 Innhenting av opplysninger uten brukerens samtykke

Vedr.: _____ [navn og personnummer]

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

§ 10-2 første ledd sier:

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

Utgangspunktet er at informasjonsutveksling mellom helsepersonell og den kommunale helse- og omsorgstjenesten bare skal skje med bakgrunn i pasientens samtykke. _____ har ikke gitt sitt samtykke. Etter helsepersonelloven § 23 nr. 4 kan taushetsbelagt informasjon gis videre når "tungtveiende private eller offentlige interesser gjør det rettmessig at opplysningene gis videre". Bestemmelsen setter opp en snever unntaksregel og bygger på nødrettslige betraktninger. Kommunen ber om at dere vurderer å gi ut opplysninger om _____ helsetilstand med hjemmel i helsepersonelloven § 23 nr. 4.

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

Med hilsen

Saksbehandler

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

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

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

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

Rusmiddeltesting(Valgfritt)

_____ samtykker til at _____ det tas prøver av biologisk materiale for å påvise bruk av rusmidler under oppholdet.

Nærmere om klageadgang

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

Sted, dato

Underskrift på vegne av institusjonen

Pasientens underskrift

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

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

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

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

Rusmiddeltesting (Valgfritt)

_____ [pasienten] samtykker til at _____ [institusjon] kan ta prøver av biologisk materiale for å påvise bruk av rusmiddel under oppholdet.

Nærmere om klageadgang

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

Sted, dato

Underskrift på vegne av institusjonen

Pasientens underskrift

9.12 Midlertidige vedtak etter § 10-2

_____ [Navn]

_____ [Adresse]

kopi: Fylkesnemnda for sosialesaker

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

Personalìa: _____ [Navn og personnummer]

Adresse: _____

Sakens bakgrunn (eksempel på redegjørelse)

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

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

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

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

Det fattes følgende midlertidige vedtak:

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

Begrunnelse for vedtaket (eksempel på vedtak)

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

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

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

Nærmere informasjon om saksgangen

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

Med hilsen

NAV leder

teamleder

9.13 Midlertidig vedtak etter § 10-3 (gravid)

[Navn]

[Adresse]

kopi: fylkesnemnda for sosiale saker

Personalìa: _____ [Navn og personnummer]

Adresse: _____

Sakens bakgrunn (eksempel på redegjørelse)

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

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

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

Det fattes følgende midlertidige vedtak:

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

Begrunnelse for vedtaket (eksempel på vedtak)

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

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

Nærmere informasjon om saksgangen

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

Med hilsen

NAV leder

teamleder, rus

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

[Fylkesnemnda for sosiale saker]

[Adresse]

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

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

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

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

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

Vennlig hilsen

NAV leder

teamleder

Vedlegg: kopi av midlertidig vedtak datert _____ [dato]

Kopi: _____ [pasienten]

9.15 Individuell plan

Navn: _____

F.nr. _____

Adresse: _____

Telefon: _____

Planperiode: _____ [fra]-_____ [til]

Samtykkeerklæring

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

Sted/dato

Signatur

Kontaktpersoner

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

Avhengighetsproblematikk:

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

Ønsker: Å få hjelp til å bli rusfri.

Tiltak (Hvem gjør hva innen når):

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

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

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

Bolig:

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

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

Tiltak (Hvem gjør hva innen når):

[Pasienten]: Møte opp til avtaler med saksbehandler 00.00.00

[Kommunen]: undersøke pasientens mulighet til å leie kommunal bolig innen [dato] og hans rettigheter til på sikt å søke husbanken om lån til egen bolig.

Innhold og mening i hverdagen:

Kort historikk: Ikke vært i arbeid siste 10 år. Erfaring fra lagerarbeid. Liker å spille gitar. Har spilt i diverse band siden jeg var 14 år.

Ønsker: å kjøpe meg ny gitar. De jeg hadde, har jeg solgt. Når det gjelder jobb håper jeg på å få litt trening på [institusjon]. På sikt vil jeg søke jobb via tiltak på NAV.

Tiltak (Hvem gjør hva innen når):

[Pasient]: sparer 400,- kr i mnd til gitar gjennom forvaltningsavtale med NAV.

[Kommune/NAV]: Tilby avklaringsamtale om tiltak/arbeid innen [dato]

[Institusjon]: Kartlegge ressurser hos pasienten innen [dato]

Familie/ nettverk:

Kort historikk: Datter på 5 år i fosterhjem. Ingen kontakt de siste 3 årene. Jeg har mistet kontakt med all annen familie. Mor og far døde i bilulykke for 7 år siden.

Ønsker: å få kontakt med bror og søster. På sikt få samvær med datteren. Ønsker å begynne å spille i band/ storband igjen. Jeg har lyst til å engasjere meg i en brukerorganisasjon.

Tiltak (Hvem gjør hva innen når):

[Pasienten]: Jeg vil ringe [brukerorganisasjon] innen [dato] for å få mer informasjon.

[Institusjon]: legge til rette for kontakt med bror og søster innen [dato].

[Kommune]: Innkalle til samarbeidsmøte med barneverntjenesten innen [dato].

Fysisk helse/ ernæring:

Kort historikk: Jeg fikk Hepatitt C for 6 år siden. Jeg har en del smerter på grunn av absesser i beina. Jeg har spist uregelmessig og dårlig de siste årene.

Ønsker: å lære å lage enkel middagsmat. Ønsker å bli kvitt Hepatitt C

Tiltak (Hvem gjør hva innen når):

[Pasient]: Møte opp til time hos lege [dato].

[Fastlege]: Informere pasienten om interferonbehandling innen [dato].

[Institusjon]: Tilrettelegge for at pasienten kan lære enkel matlaging/hjelpe på kjøkkenet innen [dato].

Psykisk helse:

Kort historikk: Mange innleggelses i sykehus på grunn av suicidalforsøk de siste årene. Jeg sliter med å kontrollere impulstanker og panikkangst. Jeg vet at folk opplever meg som kaotisk og ganske manipulerende.

Ønsker: en mer stabil hverdag. Kunne tenkt meg en utredning sånn at jeg vet litt mer om hvorfor ting blir så kaotisk.

Tiltak (Hvem gjør hva innen når):

[Pasient]: Følge opp timene på DPS og ved [institusjon].

[DPS]: Starte utredning og kartlegging innen [dato]. Ferdigstilles innen [dato] i samarbeid med [institusjon].

Tannhelse:

Kort historikk: Tennene har vært viktig for meg, så vært ganske god på å pusse og gå til tannlegen. De siste tre årene har det gått dårligere. Slo ut 4 tenner i en slåsskamp for 5 måneder siden.

Ønsker: Å reparere/sette inn tannproteser. Føler meg rar uten tenner.

Tiltak (Hvem gjør hva innen når):

[Pasient]: Bestille tannlegetime innen [dato].

Økonomi:

Kort historikk: jeg har fått sosialhjelp fra NAV de siste 10 årene. Har svart gjeld på ca 150.000 kroner. Hvit gjeld på 950.000 kroner.

Ønsker: å stå på egne bein og ikke være avhengig av andre.

Tiltak (Hvem gjør hva innen når):

[Pasient]: Her må jeg planlegge i mange år og det er jeg ikke så god på. Først må jeg bestille time hos gjeldsrådgiver innen [dato].

[Kommune]: Prioritere tid til gjeldsrådgivning til pasienten mens han er på [institusjon].

[Pasient] (sign)/ dato

9.16 Kriseplan

I en kriseplan er det viktig å avklare ansvarsforhold slik at mest mulig er forutsigbart for alle parter hvis en krisesituasjon oppstår. I planen under er det nevnt ulike eksempler som må utvides og justeres etter behov.

Situasjon	Hvem	Kontaktinfo	Hva	Når
Eks. Åpenbare psykotiske symptomer	Brukeren selv, kommunen, pårørende eller personalet på institusjonen kontakter fastlege og samboer/ andre pårørende		Vurdering om nødvendig med innleggelse på avdeling Y. Løpende avtale med avdeling Y om å få komme på skjerming 1 – 7 dager	Umiddelbart når symptomene er kjent
Eks. Rømning	Personalet på institusjonen kontakter koordinator i kommunen, eventuelt pårørende/ andre ved samtykke		Koordinator og institusjon avgjør om politiet skal kobles inn. Dersom samtykke kan pårørende kobles inn.	Umiddelbart når rømning er oppdaget
Eks. rusepisode	Brukeren selv, pårørende, kommunen eller personalet på institusjon kontakter koordinator og/ eller avd Z		Vurdering om nødvendig med avgiftning og skjerming på avdeling Z	Umiddelbart når rusepisoden er kjent

Kriseplanen kan lages detaljert med å spesifisere symptomer som en på forhånd vet er faresignaler. Eksempler kan være at bruker slutter å ta telefon, ikke møter til samtaler, opptrer ustelt og endrer oppførsel. Kriseplanen må lages slik det er hensiktsmessig i den aktuelle situasjonen og ut fra hva en vet om tidligere forløp. Brukeren selv har gjerne mange innspill til hva som bør være bekymringspunkter og tiltak i kriseplanen.

9.17 Begjæring om tvangsinnleggelse til fylkesnemnda for barnevern og sosiale saker

[Fylkesnemnda for barnevern og sosiale saker]

[Fylke]

[Adresse]

[Saksnr.] -: [kommune v/ NAV/ helse/sosialtjeneste]

Offentlig part: [kommune v/NAV/ helse/sosialtjeneste],

Postboks

0000 Sted

[Prosessfullmektig]: [Advokatfirma],

v/ Advokat

Postboks

0000 Sted

Privat part: Kari Nordmann

Prosessfullmektig: x

Saken gjelder:

Eksempel 1:

Forslag om vedtak om tilbakehold av gravid rusmiddelmissbruker i institusjon uten eget samtykke, jf. helse- og omsorgstjenesteloven (hot.) § 10-3.

Eksempel 2:

Forslag om vedtak om tilbakehold av rusmiddelmissbruker i institusjon uten eget samtykke, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 10-2.

1. Prosessuelt

Avklaring av partsforhold

Kari Nordmann fnr. 000000-00000

Bevis, side x : 00.00.00 Utskrift av folkeregisteret av x.

Saksbehandler x møter i fylkesnemnda på vegne av X kommune.

Behandlingsmåten i nemnda:

Det er fattet midlertidig vedtak om plassering. Det påregnes at saken må behandles på ordinær måte, jf. barnevernloven (bvl.) §§ 7-5 og 7-14. Det antas tilstrekkelig at nemnda settes med tre medlemmer, jf. bvl. § 7-11. Kommunen varsler x vitner. Det anslås det bør avsettes inntil x dag(er) til forhandlingsmøte.

2. Aktuell situasjon

X kommune v/ NAV mottok bekymringsmelding fra barneverntjenesten 00.00.00 med bakgrunn i at Kari Nordmanns bror hadde ringt inn bekymring til barnevernet for Kari, som opplyste at hun var gravid.

Bevis, side x : 00.00.00 Bekymringsmelding.

Kari Nordmann er bekreftet gravid i 3. måned etter konsultasjon hos sin primærlege NN ved Y legesenter den 00.00.00. Termin er satt til 00.00.00. Primærlegen beskrev henne som ruset og med ferske sprøytstikk i armene.

Bevis, side x : 00.00.00 Utskrift av journal.

Kari Nordmann har erkjent et omfattende misbruk av narkotiske stoffer over lang tid, blant annet heroin, amfetamin, cannabis og benzodiazepiner. Kari Nordmann er utredet ved avd. for rusrelatert psykiatri ved X sykehus, og hun har vært innlagt ved institusjonen XX fra 00.00.00 til 00.00.00.

Sosialtjenesten i X kommune har kjent Kari Nordmann siden 0000. Hun har oppgitt til NAV at hun har brukt amfetamin sammenhengende de siste tre årene. Hun opplyser at det har vært "heftig" de siste 6 mnd. Det er etablert ansvarsgruppe rundt henne. I forbindelse med graviditeten ble det laget et opplegg som innebar at hun skulle møte på Y legesenter hver dag. Videre skulle hun til samtale en gang per uke ved DPS- poliklinikk rus, oppfølging og avlevering av tre urinprøver hver uke på Z helsestasjon hos jordmor (navn), og også oppfølging av fastlege.

Kari Nordmann har ikke fulgt opp alle avtaler, herunder avtaler som er gjort om urinprøvetaking, og i slutten av februar avleverte hun tre prøver som var positive på amfetamin. Kari Nordmann har videre fortalt at hun brukte hasj i begynnelsen av svangerskapet. Dette ble bekreftet i urinprøve avlevert 00.00.00.

Bevis, side x : 00.00.00 Utskrift av laboratorieark

NAV i X kommune har vurdert det dit hen at Kari Nordmann sitt misbruk er svært skadelig for hennes ufødte barn, og på den bakgrunn ble det den 00.00.00 fattet midlertidig vedtak etter hot. § 10-3.

Bevis, side x : 00.00.00 Midlertidig vedtak

Den 00.00.00, ble vedtaket gitt foreløpig godkjenning av Fylkesnemnda for sosiale saker.

Bevis, side x : 00.00.00 Brev fra fylkesnemnda

Kari Nordmann fikk plass ved adv. XX ved X sykehus onsdag 00.00.00, og fra den 00.00.00 ble hun overført til skjermet enhet YY for opphold der.

3. Sakens bakgrunn

Rusproblematikk har hele tiden vært et tema i den tiden X kommune ved NAV har hatt kontakt med Kari Nordmann. Det er opprettet ansvarsgruppe rundt henne, og det avholdes jevnlig møter. Det er også utarbeidet individuell plan for henne som gjennomgås og oppdateres i samarbeid med Kari Nordmann.

Kari Nordmann har overfor hjelpeapparatet ytret ønske om å bli rusfri, og den 00.00.00 ble hun innlagt til avgiftning ved X sykehus for opphold ved BB for langtidsbehandling. Oppholdet ved BB varte fra 00.00.00 til 00.00.00. I tillegg hadde hun tilbud om oppfølgingssamtaler.

Kari Nordmann ytret ønske om å gjennomføre behandlingen slik at hun kunne leve rusfritt, imidlertid hadde hun tilbakefall med midlertidige utskrivelser. I sluttrapport fra BB under punktet oppsummering, uttales det at Kari Nordmann sin tilstedeværelse og mottakelighet for behandling under oppholder var variabelt og at hun hadde tre registrerte tilbakefall. Hun beskrives også til å være modig og oppriktig i sin behandling i lange perioder av gangen, men at hun ikke er "ferdigbehandlet" i forhold til rusproblematikken. Hun ble utskrevet den 00.00.00 forbindelse med en rusepisode.

Bevis, side x : 00.00.00 Melding om inntak
Bevis, side x : 00.00.00 Brev vedrørende oppfølgningssamtaler
Bevis, side x : 00.00.00 Sluttrapport fra BB

Kari Nordmann holdt seg rusfri en måned etter oppholdet på BB, men begynte så å ruse seg igjen. Unntaksvis har hun rusfrie perioder på en til to uker.

Kari Nordmann har samtykket overfor X kommune, NAV, til innhenting av opplysninger.

Bevis, side x : 00.00.00 Samtykkeskjema

Fra 00.00.00 og frem til 00.00.00, har Kari Nordmann vært bruker av ØØ, et lavterskeltilbud til aktive rusmiddelavhengige. I perioden hun benyttet seg av dette tilbudet, uttales det fra ØØ, at man var kjent med at hun brukte opiater, sentralstimulerende stoffer og cannabis.

Bevis, side x : 00.00.00 Uttalelse fra ØØ

Fra 00.00.00 ble Kari Nordmann bruker av ÅÅ Tjenestesentral. Arbeidet der varte frem til 00.00.00 og ble avsluttet grunnet graviditeten.

Bevis, side x : 00.00.00 Uttalelse fra ÅÅ Tjenestesentral

Kari Nordmann har siden 00.00.00 også vært bruker av ÆÆ senteret – et oppfølgningssenter for personer som ønsker hjelp til å leve rusfritt. ÆÆ beskriver at Kari har hatt en vanskelig tid med periodevis rusing.

Etter at hun ble gravid ble det avtalt at hun skulle være på ÆÆ- senteret tre dager i uken. Dette ble gjennomført, bortsett fra uker fravær. ÆÆ- senteret uttaler at de har vært bekymret for om Kari Nordmann ruset seg.

Bevis, side x : 00.00.00 Uttalelse fra ÆÆ

Kari Nordmann har mottatt tjenester fra psykiaritjenesten i Fiktiv kommune ved to anledninger, sist gang i perioden 00.00.00 til 00.00.00. I denne perioden hadde hun kontakt med spesialsykepleier yy, og det ble gjort flere forsøk på avtaler og kontakt. Fordi Kari Nordmann meldte avbud eller glemte avtalene, ble hun oppfordret om å ta kontakt dersom hun ønsket videre bistand. Kari Nordmann fikk avslag på videre psykiatrisk sykepleie den 00.00.00.

Bevis, side x : 00.00.00 Uttalelse fra yy

Kari Nordmann har ukentlige samtaler ved DPS-Poliklinikk rus. Oppmøtet til disse timene har vært ustabile, selv om hun har uttalt at hun synes at disse timene er viktig for henne. Kari Nordmann har gitt opplysninger om en vanskelig barndom med traumatiske opplevelser i nær familie og gjentatte overgrep.

Hun beskriver at hun hører stemmer, og at hun parallelt får russug og selvmedisinerer seg med Subutex for ikke å ruse seg på heroin. I samtalen beskriver hun problemer med å holde seg rusfri over tid, på tross av institusjonsbehandling og poliklinisk behandling i mange år.

Bevis, side x : 00.00.00 Poliklinisk notat ved psykolog xx

Vitne: xx, adresse.

Jordmor nn ved Z Helsestasjon ble koplet inn i forhold til oppfølging rundt graviditeten, og Kari Nordmann skulle avgi tre urinprøver hver uke på helsestasjonen. Kari Nordmann uteble fra flere av disse avtalene, og leverte ikke urinprøver som avtalt. Noen urinprøver var som tidligere nevnt positive.

Bevis, side x : 00.00.00 Uttalelse fra Fiktiv helsestasjon

Vitne: nn, adresse

MM politidistrikt har i brev av 00.00.00 opplyst at politiet har vært i kontakt med Kari Nordmann i de siste årene, og at hun ved flere anledninger er anmeldt for bruk og besittelse av narkotika. Ut i fra hennes omgangskrets uttaler MM politidistrikt at det er tydelig at hun tilhører et rusmiljø.

Bevis, side x : 00.00.00 Uttalelse fra MM politidistrikt

Det er utarbeidet tiltaksplan, jf. hot. § 7-1.

Bevis, side x : 00.00.00 Tiltaksplan av 00.00.00

Familie

Kari Nordmann giftet seg 00.00.00 med NN.

Kari Nordmann har tre barn fra tidligere forhold på hhv (x), (y) og (z) år. To av barna er plassert i fosterhjem og ett bor hos sin far. Hun har samvær med den eldste annen hver helg gjennom samværsavtale med barneverntjenesten i X, og samvær med sitt yngste barn en dag hver tredje uke gjennom samværsavtale med barneverntjenesten i X kommune. Samvær med barnet som bor hos sin far, avtales direkte mellom henne og barnets far.

4. De omstendigheter som begrunner forslaget

X kommunes vurdering er at Kari Nordmanns ufødte barn vil kunne bli født med skade om hun ikke holdes tilbake mot sin vilje på institusjon, for å hindre fortsatt rusmiddelmissbruk under svangerskapet. Vilklårene for vedtak om tilbakehold i institusjon uten eget samtykke, jf. hot. § 10-3, er oppfylt.

Kari Nordmann er konstatert gravid ved urinprøve hos sin fastlege. Termin er satt til 00.00.00.

Kommunen mener at det er overveiende sannsynlig at misbruket vil medføre at barnet vil bli født med skade. Kari Nordmann har hatt problemer med rusmidler over flere år, og har blant annet ruset seg på heroin, amfetamin, cannabis og medikamenter. Dette har hun erkjent overfor NAV og hjelpeapparatet rundt seg. To av hennes barn er plassert i fosterhjem begrunnet i en historie med tungt rusmiddelmissbruk. X politidistrikt har bekreftet at Kari Nordmann er kjent fra et belastet rusmiljø.

Etter at det ble kjent at Kari Nordmann var gravid, har hun testet positivt på amfetamin ved tre anledninger. Hun har videre fortalt at hun brukte hasj i begynnelsen av svangerskapet. Dette ble bekreftet i urinprøve avlevert 00.00.00.

I anledning graviditeten ble det laget et opplegg for Kari Nordmann som innebar at hun skulle møte på Y legesenter hver dag. Videre skulle hun til samtale en gang per uke ved DPS poliklinikk rus, oppfølging og avlevering av tre urinprøver hver uke på Z helsestasjon og også oppfølging av fastlege. Kari Nordmann har ikke fulgt opp alle avtaler, herunder avtaler om urinprøvetaking, og hun har avlevert positive urinprøver.

NAV anser det for overveiende sannsynlig at misbruket vil medføre at barnet vil bli født med skade. Av hensyn til det ufødte barnet, er det viktig at Kari Nordmann plasseres i hht. hot. § 10-3.

X kommune anser det slik at Kari Nordmann må holdes tilbake i institusjon i hele svangerskapet.

Kommunen mener at frivillige tiltak ikke er tilstrekkelig i nåværende situasjon. Kari Nordmann trenger et strukturert opplegg som hun ikke kan velge seg ut av. Hensynet til reduksjon av skaderisiko for barnet må gå foran hennes interesse av ikke å være tvangsplassert. Kari Nordmann har overfor hjelpeapparatet ved flere anledninger gitt uttrykk for at hun ønsker å bli rusfri og at hun ønsker hjelp til dette. Hun har et apparat rundt seg bestående av fagpersoner, og det avholdes jevnlig ansvarsgruppemøter for å forsøke og legge til rette på beste måte. Hun har videre vært til behandling ved BB-institusjon. Kari Nordmann har også vært bruker av flere andre tilbud.

Til tross for sitt ønske om et rusfritt liv og bistand til dette, opplever hjelpeapparatet at hun ikke klarer å følge opp sine ønsker i praksis ved å møte til de avtaler som er satt og å følge opp i forhold til urinprøvetaking. Hennes forhistorie når det gjelder rus viser at hun klarer å være rusfri i perioder, for så å falle tilbake til misbruk. De positive urinprøvene viser at hun ikke mestrer en helt rusfri tilværelse, selv om hun ønsker dette, og selv om hun er gravid. Sosialtjenesten opplever således at Kari Nordmann har et troverdighetsproblem og at frivillig tiltak ikke er tilstrekkelig til å holde henne rusfri mens hun er gravid.

Kari Nordmanns psykiske helse er sårbar. Ved at hun hører stemmer fremstår hun med psykotiske trekk som vil forsterkes ved rusmisbruk. Hun selvmedisinerer seg og har seponert på anvist medisin. Kari Nordmann har lang erfaring med å avbryte frivillige behandlingsopplegg uten at hun oppnår stabil rusfrihet.

Kari Nordmann giftet seg nylig. Også ektemannen har tidligere hatt rusmiddelproblemer. Selv om ektemannen nok vil kunne støtte henne, opplever NAV at Kari Nordmann har behov for støtte fra fagpersonell for å klare å være rusfri gjennom graviditeten.

Det finnes to aktuelle institusjoner som har kompetanse og er godkjent for plassering etter hot. § 10-3. Det vurderes at behandling i institusjon tilhørende spesialisthelsetjenesten, er eneste reelle alternativ i nåværende situasjon. Institusjonen har bekreftet at Kari Nordmann gis plass til opphold og behandling.

5. Oppsummering av vitner og hva de skal forklare seg om

Eksempel:

Jordmor nn, adresse, tlf.

- Bekymringen som førte til behov for oppretting av ansvarsgruppe
- Mors spesielle behov
- Oppfølging av mor under svangerskapet
- Arbeidet i ansvarsgruppa under svangerskapet og rett etter fødsel

Helsesøster yy, adresse, tlf.

- Avtaler om urinprøvetaking
- Mulighet for avhjelp ved hjelpetiltak,

Representant for ÆÆ-senteret, adresse, tlf.

- Erfaring med rusmisbruk
- Avtaler om oppfølging
- Evne til å stå i forpliktende avtaler

Lege yy, adresse: evt tlf nr.

- Vurdering av rusmisbruket
- Fare for skade på barnet
- Vurdering av tiltaket

6. Kommunens forslag til tiltak

Med forbehold om ytterligere påstandsgrunnlag og bevis, nedlegges forslag til vedtak:

Eksempel 1:

- I. Kari Nordmann, født 00.00.00, kan uten eget samtykke plasseres og holdes tilbake i institusjon utpekt av regionalt helseforetak og holdes tilbake der for resten av svangerskapet, jf hot. § 10-3.

Eksempel 2:

- I. Per Nordmann, født 00.00.00 plasseres og holdes tilbake i institusjon utpekt av regionalt helseforetak uten eget samtykke for undersøkelse og tilrettelegging av behandling i inntil 3 måneder, regnet fra (dato/ev. fra iverksettelsen), jf. hot. § 10-2.

* * * * *

Dette prosesskriv med bilag i 8 eksemplarer. Herav er 3 sendt til fylkesnemnda, og 2 er sendt direkte til privat parts prosessfullmektig. 3 eksemplaret beror her.

* * * * *

Sted, den 00.00.00

advokat

Dokumentoversikt (kronologisk, eldste først)

Dato	Tekst	Side
Bevis, side x	00.00.00	Utskrift av folkeregisteret av x.
Bevis, side x	00.00.00	Melding om inntak
Bevis, side x	00.00.00	Brev vedrørende oppfølgingssamtaler
Bevis, side x	00.00.00	Sluttrapport fra BB
Bevis, side x	00.00.00	Bekymringsmelding.
Bevis, side x	00.00.00	Utskrift av legejournal.
Bevis, side x	00.00.00	Utskrift av laboratorieark
Bevis, side x	00.00.00	Midlertidig vedtak
Bevis, side x	00.00.00	Brev fra fylkesnemnda
Bevis, side x	00.00.00	Samtykkeskjema
Bevis, side x	00.00.00	Uttalelse fra ØØ datert 00.00.00
Bevis, side x	00.00.00	Uttalelse fra ÅÅ Tjenestesentral
Bevis, side x	00.00.00	Uttalelse fra ÆÆ
Bevis, side x	00.00.00	Uttalelse fra yy
Bevis, side x	00.00.00	Poliklinisk notat ved spesialsykepleier xx
Bevis, side x	00.00.00	Uttalelse fra Z helsestasjon
Bevis, side x	00.00.00	Uttalelse fra MM politidistrikt
Bevis, side x	00.00.00	Tiltaksplan av 00.00.00

9.18 Innkalling av vitner

1. Vitneinnkalling fylkesnemndmøte; dag 00.00.00
2. Innkalling til forberedende møte; dag 00.00.00

1. De innkalles med dette som vitne i sak for fylkesnemnda for barnevern og sosiale saker. Om vitneplikt og vitneførsel gjelder bestemmelsene i tvisteloven § 24-1:

”Enhver som kan ha noe å forklare av betydning for det faktiske avgjørelsesgrunnlaget i saken, har plikt til å møte som vitne i rettsmøte etter innkalling i henhold til § 13-3.”

Saken gjelder Kari / Per Normann, 00.00.00

Fylkesnemnda skal ta stilling til:

Eksempel 1:

Forslag om vedtak om tilbakehold av gravid rusmisbruker i institusjon uten eget samtykke, jf helse- og omsorgstjenesteloven mv. § 10-3.

Eksempel 2:

Forslag om vedtak om tilbakehold av rusmisbruker i institusjon uten eget samtykke, jf helse- og omsorgstjenesteloven mv. § 10-2.

Deres vitnemål er planlagt til:

Dato: dag 00.00.00 kl 00.00

De må påregne at det kan bli noe ventetid.

Sted: Fylkesnemnda for barnevern og sosiale saker, Fylke, Adresse

2. I tillegg innkaller vi Dem til et forberedende møte sammen med vår advokat, for gjennomgang av deres vitnemål

Dato: dag 00.00.00, kl 00.00

Sted: X kommune, adresse

Om De er forhindret fra å møte, eller av andre grunner vegrer Dem for å vitne, må De snarest gi beskjed, slik at vi kan vurdere om det skal skje formell innkalling fra fylkesnemndas side. Innkalling fra nemnda skjer ved forkynning. Vitner som mottar vitneforkynning har plikt til å møte i nemnda til innkalt tid.

Har De spørsmål til innkallingen, kan disse rettes til undertegnede på tlf 00 000000 eller til vår advokat NN, tlf 00 000000, Advokatfirma X & Co, Adresse.

Med hilsen

NN

Teamleder

X kommune

9.19 Videreføring av vedtak etter helse- og omsorgstjenesteloven § 10-3

Kari Normann født 00.00.00

Viser til ansvarsgruppemøte 00.00.00.

Fylkesnemnda ga i sin kjennelse av 00.00.00 X kommune medhold i bruk av tvang etter helse- og omsorgstjenesteloven (HOL) § 10-3. Hovedhensikten med plasseringen er å hindre eller begrense sannsynligheten for at barnet ditt påføres skade på grunn av rusmiddelbruk. Du har termin 00.00.00.

Loven stiller krav om at det skal gjøres en ny vurdering innen tre måneder, der det skal fremkomme en avgjørelse om eventuell videreføring av tvangsvedtaket.

Vår avgjørelse er å videreføre vedtaket etter HOL § 10-3.

Det er flere positive sider ved din situasjon som kan danne grunnlag for et rusfritt liv etter barnets fødsel. Vår vurdering er imidlertid at du har flere år med skadelig bruk av rusmidler bak deg og at du trenger tid for å endre tankemønster og holdninger.

Den første tiden på institusjon Y har du valgt å bruke på fritidssysler og ikke på konkret tilbud om rusbehandling. Du har heller ikke prioritert tilbud om å forberede deg til fødsel og hverdagen med et nyfødt barn.

Fylkesnemnda har satt som en forutsetning at institusjon Y skal legge vekt på å gi deg tilfredsstillende hjelp for ditt rusmiddelproblem og gjøre deg i stand til å ta vare på barnet. Du har gitt oss tilbakemelding om at du har det greit på Y, men vi ser ingen iver etter å jobbe med den livsførselen og den historien som du trenger et bevisst forhold til når du skal tilbake til X kommune. Du har selv kontaktet barneverntjenesten i X kommune. Det er svært positivt. Vår vurdering er at du fungerer godt i de rammene Y gir deg.

I din forklaring i Fylkesnemnda la du vekt på problemene med å bryte med venner i rusmiljøet. Barnets far er en del av dette miljøet. Fylkesnemnda skriver i sin kjennelse at du ikke foreløpig har realistisk innsikt i egen problematikk og hvilke risikofaktorer som foreligger. Vår vurdering er at denne situasjonen er uendret.

Med hilsen

NN
NAV-leder

PP
teamleder

9.20 Fylkesnemndene er lokalisert 12 steder i Norge

Fylkesnemnda for barnevern og sosiale saker i Oslo og Akershus	
Postboks 8172 Dep	Tordenskioldsgt. 12
0034 Oslo	0160 Oslo
Tlf: 23 10 61 00 Fax: 23 10 61 01	e-postadr.: oslo@fylkesnemnda.no
Fylkesnemnda for barnevern og sosiale saker i Østfold	
Postboks 493	Kongensgate 21
1502 Moss	1530 Moss
Tlf: 69 24 00 40 Fax: 69 24 00 49	e-postadr.: moss@fylkesnemnda.no
Fylkesnemnda for barnevern og sosiale saker i Buskerud og Vestfold	
Postboks 3593 Postterminalen	Statens Hus
3007 Drammen	Grønland 32
Tlf: 32 21 12 00 Fax: 32 21 12 01	3045 Drammen
	e-postadr.: drammen@fylkesnemnda.no
Fylkesnemnda for barnevern og sosiale saker i Hedmark og Oppland	
Postboks 1113 Nordre Ål	Gudbrandsdalsv. 186
2605 Lillehammer	2619 Lillehammer
Tlf: 61 05 15 80 (sentralbord) Fax: 61 05 15 81	e-postadr.: lillehammer@fylkesnemnda.no
Fylkesnemnda for barnevern og sosiale saker i Telemark	
Postboks 3034 Handelstorget	Langbrygga 4, 3.etg.
3707 Skien	3724 Skien
Tlf: 35 51 97 60 Fax: 35 53 25 88	e-postadr.: skien@fylkesnemnda.no
Fylkesnemnda for barnevern og sosiale saker i Rogaland	
Postboks 247	Lagårdsv. 44
4002 Stavanger	4010 Stavanger

Tlf: 51 90 52 00 Fax: 51 90 52 99	e-postadr.: stavanger@fylkesnemnda.no
Fylkesnemnda for barnevern og sosiale saker i Agder	
Postboks 516 Lundsiden	Fylkeshuset, Tordenskjoldsgate 65
4605 Kristiansand	4614 Kristiansand S
Tlf: 38 17 60 00/38 17 69 00 Fax: 38 17 60 14	e-postadr.: kristiansand@fylkesnemnda.no
Fylkesnemnda for barnevern og sosiale saker i Hordaland og Sogn og Fjordane	
Postboks 244 Sentrum	Fortunen 7, 4.etg.
5804 Bergen	5013 Bergen
Tlf: 55 56 41 60 Fax: 55 56 41 61	e-postadr.: bergen@fylkesnemnda.no
Fylkesnemnda for barnevern og sosiale saker i Møre og Romsdal	
Postboks 2515	Julsundveien 4
6404 Molde	6412 Molde
Tlf: 71 25 80 72 Fax: 71 25 80 74	e-postadr.: molde@fylkesnemnda.no
Fylkesnemnda for barnevern og sosiale saker i Trøndelag	
Postboks 4735 Sluppen	Sommerveita 3
7468 Trondheim	7011 Trondheim
Tlf: 73 19 94 30 Fax: 73 19 94 31	e-postadr.: trondheim@fylkesnemnda.no
Fylkesnemnda for barnevern og sosiale saker i Nordland	
Sjøgata 1	
8002 Bodø	
Tlf: 75 53 90 00 Fax: 75 53 90 01	e-postadr.: bodo@fylkesnemnda.no
Fylkesnemnda for barnevern og sosiale saker i Troms og Finnmark	
Strandveien 13	
9296 Tromsø	
Tlf: 77 64 24 90	e.postadr.: tromso@fylkesnemnda.no

Fax: 77 64 24 99	

9.21 Forslag til begrepsbruk på rusfeltet



Helse- og omsorgsdepartementet

Postboks 8011 Dep
0030 OSLO

Deres ref.:
Vår ref.: 11/2625-29
Saksbehandler: Brittelise Bakstad
Dato: 26 02 2014

Forslag til begrepsbruk på rusfeltet

I forbindelse med utviklingen av mandat til nasjonal retningslinje for behandling og rehabilitering av rusmiddelmissbrukere (arbeidstittel) ble bruken av begreper og terminologi tatt inn som et område arbeidsgruppen skulle drøfte. Bakgrunnen for gjennomgangen var at man hadde sett en uensartet bruk av begreper i rusfeltet og i offentlige dokumenter.

Hensikten med gjennomgangen ble derfor sammenfattet i to punkter:

- sikre en mer entydig begrepsbruk i forvaltningen
- bidra til å hindre stigmatiserende språkbruk

Vi håper dette er nyttige innspill for departementet og viser til vedlegg

Vennlig hilsen

Gitte Huus e.f.
avdelingsdirektør


Brittelise Bakstad
seniorrådgiver

Dokumentet er godkjent elektronisk

Vedlegg: 1

Helse- og omsorgsdepartementet - Divisjon spesialisthelsetjenester

Avdeling psykisk helsevern og rus
Brittelise Bakstad, tlf.: 24163090

Postboks 7000 St. Olavs plass, 0130 Oslo • Besøksadresse: Universitetsgata 2, Oslo • Tlf : 810 20 050
Faks: 24 16 30 01 • Org.nr : 983 544 622 • postmottak@helsedir.no • www.helsedirektoratet.no

Entydig begrepsbruk – Fra mandat ny retningslinje TSB

Et utvalg fra retningslinjens arbeidsgruppe bestående av klinikere og brukerrepresentanter leverte et forslag til ensartet bruk av noen utvalgte begreper til Helsedirektoratet høsten 2012. Deres innspill danner grunnlag for en bredere drøfting i rådslag for retningslinjen våren 2013 og drøftinger internt i direktoratet.

Det følgende er direktoratets forslag til endring og klargjøring av noen utvalgte begreper med bakgrunn i det ovennevnte arbeidet.

Rus: I hovedsak bør «rus» erstattes med «rusmiddel» slik også Statens Institutt for rusmiddelforskning (SIRUS) foreslo i rapport 4/2010 s. 32. Begrepet «rusmisbruk» tilsier f.eks. at noen misbruker rus, mens det som menes er misbruk av rusmidler. Unntak fra SIRUS' liste vil være gruppebetegnelsene som vi foreslår å redusere så mye som mulig, selv om det nok ikke helt kan unngås (se neste punkt).

Vi foreslår etter dette også å unngå bruk av begreper som ruslidelse, ruskarriere o.l.

Abstinens: Abstinens er en kroppslig reaksjon på opphør av bruk av rusmidler, jf. diagnosesystemet ICD-10 (F10-F19). «To be abstinent» betyr imidlertid å være avholdende. De ulike betydningene brukes om hverandre og skaper misforståelser.

Vi foreslår at den opprinnelige norske betydningen som sammenfaller med ICD-10's definisjon av abstinens brukes, og at avholdende brukes når personen ikke bruker rusmidler.

Gruppebetegnelser: Hovedinnvendingen ved å omtale en gruppe med utgangspunkt i deres sykdom er problematisk. Mennesker er ikke rusmiddelmisbrukere, men har et rusmiddelproblem. Det foreslås også å unngå bruk av ord som alkoholiker og narkoman. I rådslaget våren 2013 ble begrepet avhengighet/avhengige løftet frem av både brukere og klinikere som et av de minst stigmatiserende begrepene.

Følgende begreper vil være i tråd med moderniseringen av språket, og vi foreslår at de ikke trenger å begrenses til diagnostiske kriterier, men brukes om hverandre:

personer/pasienter med rusmiddelproblemer
personer/pasienter med skadelig bruk av rusmidler
personer/pasienter som er rusmiddelavhengige

Personer berørt av annens bruk av rusmidler: Ved omtale av tredjepart som rammes av en annens direkte bruk av rusmidler foreslås det å unngå benevnelser som rusbarn, rushjem, rusfamilier, russkadd m.m.

De bør omtales som barn/pårørende til de som har et rusmiddelproblem

Avsluttende kommentar: Det bør tilstrebes en ensartet og konsistent begrepsbruk i offentlige dokumenter. Samtidig bør offentlige dokumenter være leservennlige og ha et levende og klart språk hvor leseren ikke forventes å legge en spesifikk definisjon av et allment begrep til grunn. Vi har derfor på generelt grunnlag ikke tatt hensyn til de mer snevre definisjonene knyttet opp til de diagnostiske verktøyene ICD-10 og DSM-V.

Vi har også vurdert å foreslå en mer ensartet benevnelse på tjenestene som ytes innenfor rammene av kommune og spesialisthelsetjeneste. Disse brukes også om hverandre uten et omforent meningsinnhold (omsorg, behandling, ettervern o.l.). Dette vil vi eventuelt komme tilbake til ved en senere anledning.

Kilder:

- Notat fra arbeidsgruppe
- Rådslag med brukere, forskere og klinikere juni 2013
- SIRUS-rapport 4/2010
- Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse (ROP-lidelser)
- Meld. St. 30 (2011-2012) Se meg!
- ICD-10
- DSM-V



Beskrivelse av Bistandsteam i Avdeling for rus og avhengighet Vestre Viken.

Avdeling for rus og avhengighet, ARA, i vestre Viken etablerte bistandsteam i samarbeid med Senter for rusforebygging, SFR, Drammen kommune ca. 2007. Ordningen vil bli formelt utvidet til også å gjelde alle Vestre Vikens 26 kommuner, - uformelt fungerer det allerede slik.

Bakgrunn:

ARA og SFR opplevde ved flere anledninger at samarbeidet omkring forberedelse og gjennomføringen av den gang § 6.2 i LOST, nå 10.2 og 10.4 i HOT, var lite smidig. Det ble stilt spørsmål ved hvilke vurderinger som ble gjort på de ulike nivåer, og vi hadde ikke noe egnet fora for å drøfte slike spørsmål.

Nødvendig informasjonsinnhenting i forberedende fase var utfordrende, og det kunne være uenighet om alle frivillige muligheter var utnyttet, og uenighet om tiltaket ved egnet.

Deltakere:

Fra kommunen:

- Alltid saksbehandler og ofte teamleder.
- Det er vanlig at kommuneadvokaten deltar.
- I tillegg inviteres relevante personer som har kontakt med pasienten, det kan være medarbeidere med ansvar for bo-veiledning, representanter for ute-team og for ambulerende tjenester.
-

Fra ARA:

- Alltid en inntakskoordinator. De har et stort kontaktnett og kjennskap til de ressursene som finnes tilgjengelig.
- Avdelingssjef er fast deltaker. Hans deltakelse kan være nyttig hvis det kommer opp kreative løsningsforslag som krever noe økonomisk bidrag, eller bryter med sedvanlig praksis.
- Når pasienten omtales med navn (etter samtykke) inviteres eventuell pasientens behandler i spesialisthelsetjenesten, der en slik finnes.

Det har også forekommet at representant fra Psykisk helsevern har deltatt, og en pårørende har deltatt.

Praktisk fungering:

Det er kommunen som innkaller til bistandsteam når de tenker at bruk av tvang kan være aktuelt. Hvis pasienten har gitt sitt samtykke til å bli drøftet, informeres alle om hvem pasienten er. Det gir en god mulighet til å være forberedt. Gir ikke pasienten et slikt samtykke drøftes saken anonymt, og det har også vist seg nyttig.

Spørsmål og temaer som går igjen:

- Finnes det frivillige alternativer som er uprøvd?
- Er situasjonen slik at den faller inn under lovens intensjon?
- Hva forventer en å oppnå ved å benytte tvang?
- Hva forspiller en ved ikke å benytte tvang?
- Hvis ja til tvang, - hvor vil egnet behandlingssted være?
- Hvor mye haster det, - hva kan gjøres av forberedelse og informasjon?
- Etske utfordringer ved en slik inngripen i pasientens liv!

Erfaringer:

- Bedre saksforberedelser før behandling i fylkesnemnda.
- Bedre forberedte forløp, - større forutsigbarhet for pasienten.
- Godt forberedte tiltak øker muligheten for å lykkes
- Redusert bruk av tvang, - fordi en noen ganger finner frivillige løsninger gjennom felles kreativ tenkning og felles ressurser.
- Større trygghet for "rett pasient på rett tiltak"

ARA er godt fornøyd med de erfaringene vi har høstet av dette teamets arbeid. Når det nå er blitt kjent i de øvrige kommunene i Vestre Viken, etterspørres det, og utvidelsen er i gang. De aller fleste kommunene har svært få saker, så de mangler trening og erfaring både når det gjelder saksforberedelser og vurderinger. De viser takknemlighet for å få bistand, og ARA er takknemlig for å få muligheten til å forberede gjennomføringen.

Drammen 26.06.15

Olaf Bergflødt
Avdelingssjef



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

Telefon: +47 810 20 050

Faks: +47 24 16 30 01

E-post: postmottak@helsedir.no

www.helsedirektoratet.no

Oppfølging av etterkontroll av forvaltningsrevisjonsrapport av barneverntjenesten

Behandles i utvalg

Kontrollutvalget i Rana kommune

Møtedato

10.04.2025

Saknr

12/25

Saksbehandler Kent Røstad
Arkivkode FE-217, TI-&58
Arkivsaknr 23/422 - 9

Forslag til vedtak

Saken legges frem uten forslag til vedtak.

Vedlegg

Rana barnevernstjeneste sin oppfølging av forvaltningsrevisjonsrapport
Sak 02-24 - Oppfølging av etterkontroll av forvaltningsrevisjonsrapport av barneverntjenesten
Notat - Etterkontroll etter forvaltningsrevisjon av barneverntjenesten

Saksopplysninger

På oppdrag fra kontrollutvalget gjennomførte Deloitte fra september 2020 til mars 2021 en forvaltningsrevisjon av barneverntjenesten i Rana kommune. Formålet med forvaltningsrevisjonen var å undersøke om kvaliteten på tjenesteutførelsen i barneverntjenesten var tilfredsstillende, og om det var lagt til rette for samhandling med andre enheter som jobber med barn og unge.

Kontrollutvalget bestilte den 26.05.2023, i sak 033/23, en etterkontroll av forvaltningsrevisjonen, da kontrollutvalget skal påse at kommunestyrets vedtak om forvaltningsrevisjoner blir fulgt opp.

Følgende momenter ble undersøkt i etterkontrollen:

1. Er nåværende rutine for risikovurdering og rapportering egnet til å avdekke hvor det er fare for mangler eller svikt?
2. Har det blitt gjennomført rapportering i tråd med etablerte systemer i 2022?
3. Er det etablert tilstrekkelig rutiner for å sikre at det utarbeides undersøkelsesplaner og undersøkelsesrapporter av tilstrekkelig kvalitet i alle saker?
4. Hvor mange tiltaksplaner har blitt utarbeidet første halvdel av 2023?
 - o Hva skyldes manglende utarbeidelse av tiltaksplaner?
 - o Er det utarbeidet tiltaksplaner for barn i fosterhjem som også har vedtak om hjelpetiltak?
 - o Blir alle tiltaksplaner evaluert?
5. Blir mal for dokumentering av fosterhjemsbesøk benyttet?
6. Er det utarbeidet en egen stillingsbeskrivelse for ansvar knyttet til tilsyn?
7. Framgår viktigheten av barns medvirkning i de skriftlige rutinene i alle deler av en barnevernssak?
8. I hvilken grad er det etablert et systematisk samarbeid mellom barneverntjenesten og barnehagene i kommunen?

Etterkontroll av forvaltningsrevisjon ble behandlet i sak i kontrollutvalgets møte 23. februar 2024. Detaljert saksgang er beskrevet i sak 02/24 som er vedlagt.

Etterkontrollen viste at barneverntjenesten i Rana har fulgt opp noen, men ikke alle, anbefalingene fra forvaltningsrevisjonen. Revisors anbefalinger inkluderer å:

- Gjennomføre jevnlig risikoanalyser.
- Sikre tilfredsstillende oppfølging av avvik.
- Revidere rutiner og prosedyrer jevnlig.

- Sikre barns medvirkning i alle faser.
- Utarbeide og evaluere tiltaksplaner regelmessig
- Utarbeide en egen stillingsbeskrivelse for ansvaret knyttet til tilsyn i fosterhjem.

Kontrollutvalget fattet følgende vedtak:

1. Kontrollutvalget tar notatet til orientering. Kontrollutvalget ber kommunedirektøren komme i utvalgets møte 12. april 2024 og legge fram en plan for hvordan de foreslåtte tiltak i rapporten skal følges opp.
2. Kontrollutvalget legger rapporten fram for kommunestyret med følgende innstilling: Kommunestyret bemerker at alle punkt i rapporten ikke er fulgt opp og forventer at det blir bragt i orden innen kort tid.

Kommunestyret ber kommunedirektøren rapportere skriftlig til kontrollutvalget om oppfølgingen av rapporten innen 30. september 2024.

Kommunedirektøren ble bedt om å gi en skriftlig tilbakemelding om hvordan rapportens anbefalinger er fulgt opp. I den skriftlige tilbakemeldingen vises det til:

Rutiner og maler

- Det lages nye rutiner og maler etter hvert som det gjøres endringer knyttet til hvordan det arbeides i tjenesten. Dette arbeidet er dynamisk og endringer gjøres kontinuerlig av lederteamet ved barnevernstjenesten.
- Dette ut fra endringer/føringer og innspill som barnevernstjenesten får fra eksempelvis Statsforvalteren, Helsetilsynet, politiet eller Barne, ungdoms- og familiedirektoratet med videre.

Rutiner for inngåelse og oppsigelse av kontrakter

- I samråd med Bufdir og tjenestestøtteprogrammet, har barnevernstjenesten landet en beslutningsmodell og utviklingsplan.
- Modellen sikrer ta beslutninger blir tatt på rett nivå, der blant annet oppsigelser og inngåelse av kontrakter (som fosterhjemsavtaler og institusjonsplassering), som genererer større utgifter, forankres i lederteamet.
- Tjenesten har gjennomgått og revidert gjeldende stillingsbeskrivelser for alle ansatte i tjenesten hvor det framkommer tydelig hvem som har myndighet til å godkjenne kostnadskrevende tiltak og hvem som har ansvar for å følge opp dette arbeidet.

Rutiner for gjennomføring av risikoanalyse

- Barnevernstjenesten har laget HMS-kort. Handlingskort for tjenesten er lagt inn i EQS- systemet, der det beskrives og tydeliggjøres hva barnevernstjenesten må gjøre i ulike situasjoner som omfatter komponenter fra Ros-analyser.
- Det er laget detaljerte rutiner på områder på tiltenkte situasjoner og hendelser som kan oppstå i hverdagen til tjenesten.
- Rutinene gjennomgås med personalet når det foreligger et utkast og endres ved behov før de ferdigstilles. Dette for å sikre at rutinene er i samsvar med de behovene som er ute i tjenesten og at personalet er kjent med de ulike rutinene.
- Det er laget en egen rutinehåndbok som er lastet opp i EQS og er tilgjengelig for alle i tjenesten, her ligger også alle rutinene til tjenesten. Alle rutinene som er laget, er også blitt revidert i løpet av året.
- Det vil bli satt av tid til ajourføring og evaluering av aktuelle rutiner to ganger i året fra lederteamet.
- Barnevernstjenesten gjennomfører nå i samarbeid med Statsforvalteren en internrevisjon på undersøkelser som vil være ferdig i løpet av høsten 2025.
- Barnevernstjenesten har deltatt i tjenestestøtteprogrammet sammen med Bufdir hvor det har vært jobbet med en utviklingsplan i forhold til beslutningstaking knyttet til barnevernssaker og håndteringen av disse samt nye rutiner. Denne planen er nå

ferdig og vil bli lagt frem for Statsforvalteren, kommuneledelsen og ledere av tjenestestøtteprogrammet i mai 2025.

Tiltaksplaner i tiltakssaker

- Det har vært gjennomført en uke på våren og en uke på høsten 2024 hvor ansatte jobbet med å oppdatere egne saker. Denne måten å jobbe på, sikrer en kontinuerlig gjennomgang av tiltakssaker og omsorgssaker der evaluering av planer er en del av dette arbeidet.
- Det er et prioritert område for tjenesten å planlegge samt lukke avvik knyttet til ulike tiltaksplaner som enten er utgåtte eller ikke er aktive.
- Tiltaksplaner har gyldighet for en periode og det vil hele tiden være saker som har behov for å få nye tiltaksplaner eller avsluttes grunnet henleggelse av saken. Dette betyr at det i perioder vil være saker uten tiltaksplaner uten at dette nødvendigvis er et avvik.
- Teamledere rapporterer månedlig til barnevernleder om status på sine områder, blant annet om tiltaksplaner.
- Tjenesten viderefører ajourføringsuker som et tiltak fremover og det er satt av to hele uker til dette arbeidet, vår og høst i årshjulet for 2025.

Avvik mellom fagsystemet og lovverket

- Barnevernstjenesten er kjent med at dette avviket er rettet opp i fra sin leverandør av fagsystemet. Dette innebærer at det er samsvar mellom frister i fagsystemet og lovverket i barnevernstjenesten.
- Dataansvarlig, jurist og ledelse kontakter Visma, som eier fagsystemet, ved behov knyttet til dette området.

Vurdering og konklusjon

Sekretariatet mener at kommunen har fulgt opp revisors punkter for forbedring og har utarbeidet rutiner for å ha oppdaterte rutiner, tiltaksplaner og gjøre jevnlig risikoanalyser. Kontrollutvalget må vurdere om saken anses som avsluttet og fulgt opp av kommunedirektøren, eller om det ønskes en muntlig orientering i neste møte for å avklare eventuelle spørsmål. Saken legges derfor fram uten forslag til vedtak.

Mo i Rana, 27.03.2025

KONSEK TRØNDELAG IKS i Rana
Postboks 2564
7735 STEINKJER

Saksnummer og dokumentnummer
2023/4837-4

Avdeling/saksbehandler
BARNADM/ASKA

Deres referansenummer

Skriftlig orientering til kontrollutvalget om hvordan forvaltningsrevisjonsrapporten er fulgt opp av Rana barnevernstjeneste

Status i forbedringsarbeidet i barneverntjenesten per mars 2025:

Rutiner og maler

Barneverntjenesten jobber kontinuerlig med et forbedringsarbeid i tjenesten. Det lages nye rutiner og maler etter hvert som det gjøres endringer knyttet til hvordan det arbeides i tjenesten. Dette arbeidet er dynamisk og endringer gjøres kontinuerlig av lederteamet ved barnevernstjenesten. Dette ut fra endringer/føringer og innspill som barnevernstjenesten får fra eksempelvis Statsforvalteren, Helsetilsynet, politiet eller Barne, ungdoms- og familiedirektoratet med videre.

Det var to rutiner som ikke var på plass og som ble etterspurt i etterkontrollen gjort i 2023. Disse rutinene var knyttet til:

Rutiner for inngåelse og oppsigelse av kontrakter:

I samråd med Bufdir og tjenestetøtteprogrammet, har barnevernstjenesten landet en beslutningsmodell og utviklingsplan. Modellen sikrer ta beslutninger blir tatt på rett nivå, der blant annet oppsigelser og inngåelse av kontrakter (som fosterhjemsavtaler og institusjonsplassering), som genererer større utgifter, forankres i lederteam. Tjenesten har videre gjennomgått og revidert gjeldende stillingsbeskrivelser for alle ansatte i tjenesten.

Her fremkommer det tydelig hvem som har myndighet til å godkjenne kostnadskrevende tiltak og hvem som har ansvar for å følge opp dette arbeidet.

Rutiner for gjennomføring av risikoanalyse:

Barnevernstjenesten har laget HMS-kort (handlingskort for tjenesten er lagt inn i EQS-systemet, der det beskrives og tydeliggjøres hva barnevernstjenesten må gjøre i ulike situasjoner som omfatter komponenter fra Ros-analyser. I tillegg er det laget detaljerte rutiner på områder på tiltenkte situasjoner og hendelser som kan oppstå i hverdagen til tjenesten.

Rutinene gjennomgås med personalet når det foreligger et utkast og endres ved behov før de ferdigstilles. Dette for å sikre at rutinene er i samsvar med de behovene som er ute i tjenesten og at personalet er kjent med de ulike rutinene. Det er laget en egen rutinehåndbok som er lastet opp i EQS og er tilgjengelig for alle i tjenesten, her ligger også alle rutinene til tjenesten. Alle rutinene som er laget, er også blitt revidert i løpet av året. Det vil bli satt av tid til ajourføring og evaluering av aktuelle rutiner to ganger i året fra lederteamet.

Barneverntjenesten gjennomfører nå i samarbeid med statsforvalter en internrevisjon på undersøkelser som vil være ferdig i løpet av høsten-25. Barneverntjenesten har også deltatt i tjenestestøtteprogrammet sammen med Bufdir hvor det har vært jobbet med en utviklingsplan i forhold til beslutningstaking knyttet til barnevernssaker og håndteringen av disse samt nye rutiner. Denne planen er nå ferdig og vil bli lagt frem for Statsforvalteren, kommuneledelsen og ledere av tjenestestøtteprogrammet i mai-25.

Tiltaksplaner i tiltakssaker

Det har vært gjennomført en uke på våren og en uke på høsten 2024 hvor ansatte jobbet med å oppdatere egne saker. Denne måten å jobbe på, sikrer en kontinuerlig gjennomgang av tiltakssaker og omsorgssaker der evaluering av planer er en del av dette arbeidet. Det er et prioritert område for tjenesten å planlegge samt lukke avvik knyttet til ulike tiltaksplaner som enten er utgåtte eller ikke er aktive. Tiltaksplaner har gyldighet for en periode og det vil hele tiden være saker som har behov for å få nye tiltaksplaner eller avsluttes grunnet henleggelse av saken. Dette betyr at det i perioder vil være saker uten tiltaksplaner uten at dette nødvendigvis er et avvik. Teamledere rapporterer månedlig til barnevernleder om status på sine områder, hvor blant annet tiltaksplaner er et område det rapporteres på. Tjenesten viderefører ajourføringsuker som et tiltak fremover og det er satt av to hele uker til dette arbeidet, vår og høst i årshjulet for 2025.

Avvik mellom fagsystemet og lovverket

Barnevernstjenesten er kjent med at dette avviket er rettet opp i fra vår leverandør av fagsystemet. Dette innebærer at det er samsvar mellom frister i fagsystemet og lovverket i barneverntjenesten. Dataansvarlig, jurist og ledelse kontakter Visma, som eier fagsystemet, ved behov knyttet til dette området.

Med vennlig hilsen

Anne Katrine Skar Gabrielsen
Leder barne- og familieavdelingen
Administrasjon barne og familieavdeling
75146363

Brevet er elektronisk signert og har derfor ikke håndskrevne signaturer.

Oppfølging av etterkontroll av forvaltningsrevisjonsrapport av barneverntjenesten

Behandles i utvalg

Kontrollutvalget i Rana kommune

Møtedato

23.02.2024

Saknr

02/24

Saksbehandler Kent Røstad

Arkivkode FE-217, TI-&58

Arkivsaknr 23/422 - 3

Forslag til vedtak

Kontrollutvalget tar notatet til orientering og legger den fram for kommunestyret med følgende innstilling.

1. Kommunestyret tar notat fra etterkontroll av forvaltningsrevisjonsrapport av barneverntjenesten til orientering.
2. Kommunestyret ber kommunedirektøren rapportere skriftlig til kontrollutvalget om oppfølgingen av rapporten innen 30. september 2024.

Vedlegg

Notat - Etterkontroll etter forvaltningsrevisjon av barneverntjenesten

Behandling:

Forvaltningsrevisor Birte Bjørkelo orienterte.

Kontrollutvalget diskuterte sakens alvor.

Kontrollutvalget ble enig om følgende omforente vedtak:

1. Kontrollutvalget tar notatet til orientering. Kontrollutvalget ber kommunedirektøren komme i utvalgets møte 12. april 2024 og legge fram en plan for hvordan de foreslåtte tiltak i rapporten skal følges opp.
2. Kontrollutvalget legger rapporten fram for kommunestyret med følgende innstilling: Kommunestyret bemerker at alle punkt i rapporten ikke er fulgt opp og forventer at det blir bragt i orden innen kort tid. Kommunestyret ber kommunedirektøren rapportere skriftlig til kontrollutvalget om oppfølgingen av rapporten innen 30. september 2024.

Vedtak:

1. Kontrollutvalget tar notatet til orientering. Kontrollutvalget ber kommunedirektøren komme i utvalgets møte 12. april 2024 og legge fram en plan for hvordan de foreslåtte tiltak i rapporten skal følges opp.
2. Kontrollutvalget legger rapporten fram for kommunestyret med følgende innstilling: Kommunestyret bemerker at alle punkt i rapporten ikke er fulgt opp og forventer at det blir bragt i orden innen kort tid. Kommunestyret ber kommunedirektøren rapportere skriftlig til kontrollutvalget om oppfølgingen av rapporten innen 30. september 2024.

Saksopplysninger

På oppdrag fra kontrollutvalget gjennomførte Deloitte fra september 2020 til mars 2021 en forvaltningsrevisjon av barneverntjenesten i Rana kommune. Formålet med forvaltningsrevisjonen var å undersøke om kvaliteten på tjenesteutførelsen i barneverntjenesten var tilfredsstillende, og om det var lagt til rette for samhandling med andre enheter som jobber med barn og unge.

Revisjonen anbefalte i rapporten at Rana kommune:

1. Etablerer et system for internkontroll i barneverntjenesten.
2. Tydeliggjør rutine og praksis knyttet til behandling av meldinger.
3. Tydeliggjør rutine og praksis knyttet til undersøkelser.
4. Tydeliggjør rutine og praksis knyttet til hjelpetiltak.
5. Tydeliggjør rutine og praksis knyttet til oppfølging av barn i fosterhjem.
6. Tydeliggjør rutine og praksis knyttet til barns medvirkning.
7. Tydeliggjør rutine og praksis knyttet til barneverntjenestens samarbeid med andre aktører.

Forvaltningsrevisjonsrapporten ble oversendt kommunestyret som fattet følgende vedtak i sak 61/21 i kommunestyremøte 7. juni 2021:

“Kommunestyret tar forvaltningsrevisjonsrapporten «Barneverntjenesten» til orientering og ber rådmannen imøtekomme rapportens anbefalinger uten ugrunnet opphold.”

Kontrollutvalget bestilte den 26.05.2023, i sak 033/23, en etterkontroll av forvaltningsrevisjonen, da kontrollutvalget skal påse at kommunestyrets vedtak om forvaltningsrevisjoner blir fulgt opp.

Følgende momenter ble undersøkt i etterkontrollen:

1. Er nåværende rutine for risikovurdering og rapportering egnet til å avdekke hvor det er fare for mangler eller svikt?
2. Har det blitt gjennomført rapportering i tråd med etablerte systemer i 2022?
3. Er det etablert tilstrekkelig rutiner for å sikre at det utarbeides undersøkelsesplaner og undersøkelsesrapporter av tilstrekkelig kvalitet i alle saker?
4. Hvor mange tiltaksplaner har blitt utarbeidet første halvdel av 2023?
 - o Hva skyldes manglende utarbeidelse av tiltaksplaner?
 - o Er det utarbeidet tiltaksplaner for barn i fosterhjem som også har vedtak om hjelpetiltak?
 - o Blir alle tiltaksplaner evaluert?
5. Blir mal for dokumentering av fosterhjembesøk benyttet?
6. Er det utarbeidet en egen stillingsbeskrivelse for ansvar knyttet til tilsyn?
7. Framgår viktigheten av barns medvirkning i de skriftlige rutinene i alle deler av en barnevernssak?
8. I hvilken grad er det etablert et systematisk samarbeid mellom barneverntjenesten og barnehagene i kommunen?

Metode

I etterkontrollen er det gjennomført et intervju med barnevernleder i Rana kommune for å få utdypende informasjon om de tiltakene som er satt i verk på bakgrunn av anbefalingene fra forvaltningsrevisjonen.

Revisjonen har gjennomført en stikkprøvekontroll hvor fem undersøkelsessaker er blitt kontrollert om det er utarbeidet undersøkelsesplaner og undersøkelsesrapporter med tilstrekkelig kvalitet. Det er blitt utført kontroll av fem saker der barn har vedtak om hjelpetiltak, hvor det er kontrollert om det er etablert tiltaksplaner og om disse blir evaluert. Det er også kontrollert fem saker hvor barnet er plassert i fosterhjem. Her er det sett på om mal for dokumentering av oppfølgingsbesøk i fosterhjem er benyttet og om det er utarbeidet tiltaksplan for barn i fosterhjem som også har vedtak om hjelpetiltak.

Det er også foretatt dokumentanalyse av interne rutiner, retningslinjer og prosedyrer, og analyse av statistikk i form av rapporteringer internt i Rana kommune og rapporteringer til Statsforvalter i Nordland.

Revisors oppsummering

Etterkontrollen viser at barneverntjenesten i Rana har fulgt opp noen, men ikke alle, anbefalingene fra forvaltningsrevisjonen. Stikkprøvene viser at det i større grad blir utarbeidet undersøkelsesplaner og undersøkelsesrapporter, enn ved stikkprøvekontrollen som ble gjennomført i forbindelse med forvaltningsrevisjonen i 2020 - 2021. Det er etablert en mal for dokumentering av fosterhjemsbesøk. Denne blir benyttet i stikkprøvesakene revisjonen valgte ut til etterkontroll. Til tross for dette ser revisjonen at flere av aktivitetene som framgår i tjenestens skriftlige rutiner ikke alltid gjennomføres i praksis. Barnevernet gjennomfører for eksempel ikke jevnlig risikoanalyser for å avdekke hvor det er fare for mangler eller svikt. Den sikrer heller ikke tilfredsstillende oppfølging av avvik. Revisjonen mener at dette ikke er i tråd med Rana kommunes interne rutiner eller bestemmelser i om internkontroll i lovverket.

Revisjonen finner at barneverntjenesten vinteren 2022 hadde utfordringer med å utarbeide tiltaksplaner for alle barn i tjenesten. Revisjonen vurderer at barneverntjenestens arbeid med tiltaksplaner ikke er tilfredsstillende. Undersøkelsen viser at det ikke er utarbeidet tiltaksplaner i alle saker med vedtak om hjelpetiltak i første halvdel av 2023. Videre viser undersøkelsen at det ikke er mulig å fastslå i hvilken grad tiltaksplaner har blitt evaluert i 2023. Stikkprøvene viser at ikke alle tiltaksplaner er evaluert. Barn har medvirkning i alle faser i en barnevernssak. Stikkprøver viser at rutineene for å sikre dette i for varierende grad blir gjennomført i praksis. Dette til tross for at det er utarbeidet skriftlige rutiner for å ivareta barnas medvirkning.

Revisjonen påpeker at det ikke er utarbeidet en egen stillingsbeskrivelse for ansvaret knyttet til tilsyn i fosterhjem, og at det ikke er etablert et systematisk samarbeid mellom barneverntjenesten og barnehagene i kommunen. Revisjonen vurderer at dette ikke er i samsvar med forvaltningsrevisjonen og vedtak i kommunestyret.

Etterkontrollen finner at flere av rutineene viser til utdatert lovparagrafer, og det vises ikke alltid til ny barnevernslov fra 1. januar 2023. Revisjonen mener at det ikke er tilfredsstillende at barneverntjenestens rutiner ikke har blitt revidert i perioden mellom forvaltningsrevisjon og etterkontroll. Revisjonen mener at jevnlig revidering av rutineene vil bidra til å redusere risiko for feil og avvik i tjenesten.

Vurdering

Sekretariatet mener at revisor har svart på bestillingen av etterkontrollen, og at rapporten gir nyttig informasjon om barneverntjenesten i Rana kommune. Rapporten viser at det fortsatt er vesentlige feil i barneverntjenesten, manglende risikoanalyser, ufullstendig rapportering til politisk nivå og manglende etterlevelse av etablerte rutiner er noen av funnene i rapporten. Barneverntjenesten har en svært viktig funksjon, derfor er det kritisk at tjenesten raskt setter i verk korrigerende tiltak. Sekretariatet anbefaler at rapporten sendes kommunestyret, og at kommunedirektøren rapporterer om oppfølgingen av rapporten senest 30. september 2024.



Kontroll | Rana kommune

Etterkontroll etter forvaltningsrevisjon av barneverntjenesten

September 2023

«Etterkontroll etterkontroll etter
forvaltningsrevisjon av
barneverntjenesten»

September 2023

Rapporten er utarbeidet for Rana
kommune av Deloitte AS.

Deloitte AS
Postboks 6013 Postterminalen, 5892
Bergen
tlf: 55 21 81 00
www.deloitte.no
forvaltningsrevisjon@deloitte.no

Innhold

1	Innledning	4
2	Risikovurdering og rapportering	6
3	Dokumentering av undersøkelser	10
4	Tiltaksplaner	12
5	Oppfølging av fosterhjem	14
6	Barns medvirkning	16
7	Samarbeid mellom barnverntjenesten og barnehager	19
8	Oppsummering	21
	Vedlegg 1 : Uttalelse fra kommunen	22

Detaljert innholdsfortegnelse

1	Innledning	4
1.1	Bakgrunn	4
1.2	Spørsmål til kontroll	4
1.3	Metode	4
1.3.1	Intervju	4
1.3.2	Stikkprøvegjennomgang	4
1.3.3	Dokumentanalyse og analyse av statistikk	4
1.3.4	Verifiseringsprosesser	5
1.4	Revisjonskriterier	5
2	Risikovurdering og rapportering	6
2.1	Spørsmål til kontroll	6
2.2	Revisjonskriterier	6
2.3	Datagrunnlag	6
2.3.1	Rapportering	6
2.3.2	Risikovurdering og avvik	8
2.4	Vurdering	9
3	Dokumentering av undersøkelser	10
3.1	Spørsmål til kontroll	10
3.2	Revisjonskriterier	10
3.3	Datagrunnlag	10
3.3.1	Rutine for undersøkelser	10
3.4	Vurdering	11
4	Tiltaksplaner	12
4.1	Spørsmål til kontroll	12
4.2	Revisjonskriterier og funn fra forvaltningsrevisjonen	12
4.3	Datagrunnlag	12
4.3.1	Tiltaksplaner	12
4.4	Vurdering	13
5	Oppfølging av fosterhjem	14
5.1	Spørsmål til kontroll	14
5.2	Revisjonskriterier	14
5.3	Datagrunnlag	14
5.3.1	Mal for dokumentering av fosterhjemsbesøk	14
5.3.2	Stillingsbeskrivelse for ansvar knyttet til tilsyn	14
5.4	Vurdering	15
6	Barns medvirkning	16
6.1	Spørsmål til kontroll	16
6.2	Revisjonskriterier	16

6.3	Datagrunnlag	16
6.3.1	Skriftlige rutiner for barns medvirkning	16
6.4	Vurdering	17
7	Samarbeid mellom barnverntjenesten og barnehager	19
7.1	Spørsmål til kontroll	19
7.2	Revisjonskriterier	19
7.3	Datagrunnlag	19
7.3.1	Systematisk samarbeid mellom barneverntjenesten og barnehager	19
7.4	Vurdering	20
8	Oppsummering	21
	Vedlegg 1 : Uttalelse fra kommunen	22
Tabeller		
	Tabell 1: Rapportering til Statsforvalter – tiltaksplaner	12

1 Innledning

1.1 Bakgrunn

Deloitte har gjennomført en etterkontroll etter forvaltningsrevisjon av barneverntjenesten i Rana kommune.

På oppdrag fra kontrollutvalget gjennomførte Deloitte fra september 2020 til mars 2021 en forvaltningsrevisjon av barneverntjenesten i Rana kommune. Formålet med forvaltningsrevisjonen var å undersøke om kvaliteten på tjenesteutførelsen i barneverntjenesten i Rana kommune var tilfredstillende, og om det var lagt til rette for samhandling med andre enheter som jobber med barn og unge. Det ble bestilt en etterkontroll av denne forvaltningsrevisjonen i sak 033 i møte i kontrollutvalget 26.05.23.

1.2 Spørsmål til kontroll

I en etterkontroll velges det ut noen moment fra forvaltningsrevisjonen som undersøkes nærmere. Med utgangspunkt i forespørselen fra kontrollutvalget i Rana kommune er følgende moment undersøkt i etterkontrollen:

- Er nåværende rutine for risikovurdering og rapportering egnet til å avdekke hvor det er fare for mangler eller svikt?
- Har det blitt gjennomført rapportering i tråd med etablerte systemer i 2022?
- Er det etablert tilstrekkelig rutiner for å sikre at det utarbeides undersøkelsesplaner og undersøkelsesrapporter av tilstrekkelig kvalitet i alle saker?
- Hvor mange tiltaksplaner har blitt utarbeidet første halvdel av 2023?
 - Hva skyldes manglende utarbeidelse av tiltaksplaner?
 - Er det utarbeidet tiltaksplaner for barn i fosterhjem som også har vedtak om hjelpetiltak?
 - Blir alle tiltaksplaner evaluert?
- Blir mal for dokumentering av fosterhjemsbesøk benyttet?
- Er det utarbeidet en egen stillingsbeskrivelse for ansvar knyttet til tilsyn?
- Framgår viktigheten av barns medvirkning i de skriftlige rutinene i alle deler av en barnevernssak?
- I hvilken grad er det etablert et systematisk samarbeid mellom barneverntjenesten og barnehagene i kommunen?

1.3 Metode

1.3.1 Intervju

I etterkontrollen har det blitt gjennomført et intervju med barnevernleder i Rana kommune for å få utdypende informasjon om de tiltakene som er blitt satt i verk på bakgrunn av anbefalingene fra forvaltningsrevisjonen.

1.3.2 Stikkprøvegjennomgang

For å kontrollere om eventuelle endringer har blitt satt i ut i praksis har revisjonen gjennomført en stikkprøvekontroll. Vi har kontrollert fem undersøkelsessaker, der vi kontrollert om det har blitt utarbeidet undersøkelsesplaner og undersøkelsesrapporter med tilstrekkelig kvalitet. Vi har også kontrollert fem saker der barn har vedtak om hjelpetiltak. I disse sakene har vi kontrollert om det har blitt etablert tiltaksplaner og om tiltaksplanene blir evaluert. Videre har vi kontrollert fem saker der barnet er plassert i fosterhjem. Her har vi kontrollert om mal for dokumentering av oppfølgingsbesøk i fosterhjem er benyttet og om det er utarbeidet tiltaksplan for barn i fosterhjem som også har vedtak om hjelpetiltak. I alle kontrollerte sakspapir har vi også sett etter i hvilken grad det aktuelle barnet har medvirket i egen sak. Alle dokumentene revisjonen har kontrollert har vært utarbeidet i 2022 eller 2023.

Arbeidet med etterkontrollen har blitt utført i perioden juni 2023 til september 2023.

1.3.3 Dokumentanalyse og analyse av statistikk

Informasjonen om og dokumentasjon på interne rutiner, retningslinjer og prosedyrer blitt samlet inn og analysert. Videre har revisjonen også samlet inn statistikk i form av rapporteringer internt i Rana kommune og rapporteringer til Statsforvalter i Nordland. Analysene har i noen grad blitt gjennomført løpende f.eks. ved at rapporteringen fra barneverntjenesten i Rana til Statsforvalter i Nordland har blitt oppdatert etter hvert som tallene for første halvår 2023 har blitt gjort tilgjengelig.

1.3.4 Verifiseringsprosesser

Oppsummering av intervju er sendt til den som er intervjuet for verifisering og det er informasjon fra de verifiserte intervjureferatet som er benyttet i rapporten.

Notatet for etterkontrollen har blitt oversendt til Rana kommune v/rådmann, leder barne- og familieavdelingen og barnevernleder for verifisering og høring.

1.4 Revisjonskriterier

Revisjonskriterier er de krav og forventninger som Rana kommune skal bli vurdert opp mot. Kriteriene er utledet fra autoritative kilder i samsvar med kravene i gjeldende standard for forvaltningsrevisjon. I dette prosjektet er revisjonskriteriene i hovedsak hentet fra barnevernloven og tilhørende forskrifter, samt rundskriv for barnverntjenestens saksbehandling (saksbehandlingsrundskrivet) fra barne-, ungdoms – og familiedirektoratet, samt andre relevante veileder. Kriteriene er nærmere presentert innledningsvis under hvert tema.

2 Risikovurdering og rapportering

2.1 Spørsmål til kontroll

I dette kapittelet vil vi svare på følgende:

- Er nåværende rutine for risikovurdering og rapportering egnet til å avdekke hvor det er fare for mangler eller svikt?
- Har det blitt gjennomført rapportering i tråd med etablerte systemer i 2022?

2.2 Revisjonskriterier

Det går fram av barnevernloven § 15-2 at kommunen skal ha internkontroll etter reglene i kommuneloven § 25-1. I kommuneloven § 25-1 går det blant annet fram at kommunedirektøren ved internkontroll etter denne paragrafen skal avdekke og følge opp avvik og risiko for avvik.

I forvaltningsrevisjonen anbefalte revisjonen at Rana kommune burde utarbeide rutiner knyttet til gjennomføring av jevnlig risikoanalyser for å avdekke hvor det er fare for mangler eller svikt, og hvor de viktigste risikoene må rapporteres til overordnet ledelse og å etablere tydelige rutiner for rapportering og oppfølging av krav til tjenesten på alle ledernivå. Videre anbefalte revisjonen at det skal sikre tilfredstillende oppfølging av avvik i tjenesten.

Kommunestyret i Rana kommune behandlet rapporten i sak 61/2021 i møte den 07.06.21. I vedtaket fra møtet ber kommunestyret rådmannen imøtekomme rapportens anbefalinger uten ugrunnet opphold.¹

Det er utarbeidet oppdragsbrev fra kommunedirektør fra rådmann i Rana kommune.² Her går det fram at «kommunaldirektør skal sikre at kommunens kvalitetssystem er tatt i bruk i egen sektor. Dette innebærer gjennomgående bruk av avvikssystem, dokumentasjon av rutiner, prosedyrer, kontrolltiltak og løpende risikovurdering.»

Videre er det utarbeidet rutiner for [rapportering i Rana kommune](#).³ Her går det fram at

Kommunaldirektør har ansvar for å rapportere på tjenester og kvalitet i egen sektor. Styringskort med indikator tjenester utarbeides årlig og inngår som del av virksomhetsstyringen. Styringskort på overordnet nivå følger styrende dokumenter som budsjett- og økonomiplan. Det kjøres statusrapporter fra fag- og tjenesteområder til ulike oppdragsgivere både internt og eksternt (politisk nivå, revisjon tilsynsmyndighet, SSB etc.).

I lov om barnevernstjenester blir det fastslått at «kommunestyret selv skal minst én gang i året få en redegjørelse om tilstanden i barneverntjenesten.

2.3 Datagrunnlag

2.3.1 Rapportering

Rapportering fra teamledere til barnevernleder

Teamlederne i barneverntjenesten skal rapporterer skriftlig til barnevernleder den 10. hver mnd. Det er utarbeidet et [egget skjema](#) for denne rapporteringen og skjemaet er tilpasset arbeidet til de ulike teamene⁴:

- I skjema fra undersøkelsesteamet blir det rapportert på hvor mange meldinger som ikke er fordelt, hvor mange undersøkelsesplaner og undersøkelsesrapporter som ikke er skrevet. Rapporteringstidspunktet revisjonen har fått tilsendt er fra august 2023.
- Fra tiltaksteamet er det rapportert på hvor mange tiltaksplaner som er ferdigstilt og hvor mange tiltaksplaner som ikke er ferdigstilt. Eksempelet revisjonen har fått tilsendt er fra mars/april 2023.
- Fra omsorgsteamet rapporteres det på avvik knyttet til omsorgsbesøk og forklaring på avvikene. Det er også lagt opp til at det skal fylles ut hvor mange tiltaksplaner i omsorgssaker som ikke er ferdigstilt og hvor mange omsorgsplaner som er ferdigstilt. I eksempelet fra juli 2022 som revisjonen har fått tilsendt

¹ Rana kommune. Kommunestyrets behandling av sak 61/2021 i møte den 07.06.2021.

² Rana kommune. *Oppdragsbrev kommunaldirektører 2023*. Ikke datert.

³ Rana kommune. *Rapportering i Rana kommune. Ledelse og styring i Rana kommune*. Sist revidert 29.04.2023.

⁴ Rana kommune. *Rapport til barnevernleder den 10. hver måned*. Ikke datert.

går ikke dette frem.⁵ Revisjonen får også opplyst at rapporteringen fra august ikke har blitt gjennomført på grunn av ferieavvikling.

Videre inneholder rapportene fra alle teamene informasjon om antall saker som skal i behandling i barnevernsnemnda⁶, barn plassert i beredskapshjem samt informasjon om overtid og sykefravær. Det går ikke fram hvor eventuelle avvik fra regelverket skal rettes opp. Barnevernleder opplyser at denne rapporteringen ble etablert i starten av 2023.

Videre blir det gjennomført et møte med barnevernleder og alle teamlederne i tjenesten hver mandag. I intervju får revisjonen opplyst at man her går gjennom eventuelle avvik knyttet til f.eks. fristbrudd og manglende dokumentasjon. Barnevernleder får også opplysninger om status på personal og drift i møtet.

Rapportering fra barnevernleder til leder for barne- og familieavdelingen

Barnevernleder rapporterer til leder for barne- og familieavdelingen på status for økonomi, avvik og håndtering av eventuelle avvik, årsverk i tjenesten og sykefravær en gang i måneden. Rapporteringen blir gjort via [et skriftlig skjema](#) en gang pr. måned, med unntak av juli.⁷

Videre rapporteres det på nøkkeltall i tjenesten i ulike former. Revisjonen får opplyst at barnevernleder rapporterer på nøkkeltall fra barneverntjenesten samtidig som økonomi-sykefravær- og avviksrapporteringen i februar, mai, august og oktober. I januar og juni blir det rapportert tjenestedata til fellesrapporten for hele barne- og familiesektoren og tallene blir derfor sendt utenom økonomi-sykefravær- og avviksrapportering. Det er ikke økonomirapportering i juli, og det blir derfor ikke rapportert nøkkeltall for denne måneden.

Når det rapporteres om nøkkeltall i tjenesten rapporteres det på:

- Undersøkelser på vent
- Undersøkelsen under behandling
- Totalt antall undersøkelser
- Lengst ventende undersøkelse
- Fristbrudd undersøkelser
- Barn med hjelpetiltak
- Barn med tiltaksplan
- Institusjonsplassering
- Omsorgsplassering
- Fosterhjem som oppfyller krav til oppfølging
- Henlagte meldinger
- Henlagte undersøkelser

Informasjon om evaluering av tiltaksplaner framgår ikke som en del av rapporteringen på nøkkeltall.

Rapportering fra leder av barne- og familietjenesten til kommunalsjef for oppvekst og kultur, rådmann og politisk nivå

Revisjonen får videre opplyst at tjenesterapport for barnverntjenesten blir utarbeidet halvårlig. Revisjonen har fått tilsendt tjenestedatarapport for barne- og familietjenesten for 1. halvår 2022, 2. halvår 2022 og 1. halvår 2023.

I mail til revisjonen går det fram at den halvårlige tjenestedatarapportering blir gjort fra leder for barne- og familietjenesten til kommunaldirektør for oppvekst- og kultursektoren. Denne rapporten blir også sendt videre fra kommunaldirektør for oppvekst- og familiesektoren til rådmann.

Ved halvårsrapporteringen og kvartalsrapporteringen fra barneverntjenesten til Statsforvalter i Nordland blir disse dokumentene også sendt til leder for barne- og familietjenesten og kommunaldirektør for oppvekst- og kultursektoren.

Videre blir det utarbeidet en kvalitetsmelding til kommunestyret. I intervju får revisjonen opplyst at dette blir gjort hvert år uavhengig av annen rapportering. I forbindelse med etterkontrollen har revisjonen fått tilsendt kvalitetsmelding for barneverntjenesten i Rana kommune.⁸ Kvalitetsmeldingen ble behandlet i kommunestyret i

⁵ I rapporteringen blir det gjort rede for hvor mange ledere og ansatte som har vært fraværende i ukene for rapporteringen og at rapporten for juli derfor blir av begrenset omfang.

⁶ Etter 1. januar 2023 er navnet Barnevern- og helseneemnda

⁷ Rana kommune. *Oppsummering økonomi og konklusjon*. Ikke datert.

⁸ Rana kommune. *Kvalitetsmelding – barnevern*. Ikke datert.

Rana i sak PS 21/23 i møte den 28.03.2023.⁹ I kvalitetsmeldingen går det blant annet fram informasjon om nøkkeltall, utfordringsbilde i tjenesten og innsatsområder og tiltak for tjenesten i 2023. I redegjørelsen på noen av tjenestens nøkkelområder er informasjonen mangelfull. F.eks. blir det informert om at tjenesten har redusert antall tiltakssaker og at barneverntjenesten har arbeidet med å sikre at barna har tiltaksplaner, samt jobbet med å øke kvaliteten og hyppigheten på evaluering av sakene. Det går ikke fram hvor mange av barna som har tiltaksplaner, hvor mange av sakene som har blitt evaluert, hvordan det har blitt arbeidet med å sikre utarbeidelse av tiltaksplan eller hvordan tjenesten har arbeidet for å øke kvaliteten. Det går også fram at det ikke er fristbrudd for undersøkelser i tjenesten. I rapporteringen til Statsforvalter for 2022 blir det derimot opplyst at det totalt for hele året var tre saker som tok lengre enn utvidet frist på 6 måneder å undersøke. I kvalitetsmeldingen går det videre fram at fordeling av saker har vært utfordrende når saksbehandlerne har hatt fulle lister. Det går fram at det har blitt gjort prioriteringer. Det går ikke fram *hvilke* prioriteringer som har blitt gjort eller hvordan dette har bidratt til at tjenesten ikke har fristbrudd. I korrespondanse med leder for barne- og familie går det fram at kvalitetsmeldingen også er en del av rapporteringen til kommunaldirektør for oppvekst- og kultursektoren til rådmann, sammen med halvårlig tjenestedatarapport.

2.3.2 Risikovurdering og avvik

Revisjonen har fått tilsendt [rutine for internkontroll ved barneverntjenesten](#).¹⁰ Denne rutinen er datert 12.10.2022 og var i ferd med å ferdigstilles da revisjonen gjennomført forvaltningsrevisjonen. Rutinen var på dette tidspunktet ikke implementert. I rutinen går det blant annet frem at det skal skaffes oversikt over områder i barneverntjenesten hvor det er fare for svikt eller mangel på oppfyllelse av myndighetskrav. Under «fremgangsmåte» for å oppnå dette står det at kommunen må foreta en systematisk gjennomgang av sin virksomhet for å finne fram til sårbare områder vedrørende overholdelse av lov og forskrift. Det skal kontrolleres hva som er praksisen i barneverntjenesten i Rana og hvor det i virksomheten er størst fare for risiko og sårbarhet. Områder med særlig fokus bør være:

- Samtaler med barn i alle ledd i barnevernstjenestenes virksomhet
- Tidsfrister
- Tidsbruk
- Henleggelse
- Tiltaksplaner/omsorgsplaner
- Saksbehandling
- Vedtak
- Inngåelse og innhold i avtaler samt oppsigelser (avslutning av oppdrag)

Ifølge rutinen er det barnevernleder og lederteam som er ansvarlige for å følge opp denne kontrollen. I intervju med barnevernleder får revisjonen opplyst at hver teamleder skal ha oversikt over eventuelle avvik i sine team. Det blir gjennomført en saksgjennomgang med hver saksbehandler en gang i måneden eller oftere ved behov som et ledd i denne kontrollen

I rutinen for internkontroll går det videre fram at man skal utvikle, iverksette, kontrollere, evaluere og forbedre nødvendige prosedyrer, instruksjer, rutiner eller andre tiltak for å avdekke, rette opp og forebygge overtredelsen av barnevernlovgivingen. Under fremgangsmåte går det fram at det må regelmessig foretas vurderinger av om barneverntjenestens virksomhet er i samsvar med kravene i lov og forskrift og at avviksrapportering er en sentral del av dette arbeidet. Avviksrapporteringen kan skje i saksgjennomgang, på teammøtene, ledermøte eller på Rana kommunes portal for avviksmelding. Barnevernleder og lederteam skal ifølge rutinen gjennomføre en systematisk gjennomgang av avvik fire ganger i året, fortrinnsvis i mars, juni, september og desember. Det skal settes av tid til dette i tjenestens årshjul i starten av nytt kalenderår. Dette er barnevernleder og lederteam sitt ansvar. Det ble i forvaltningsrevisjonen pekt på at det ikke framgår i rutinen hva som utgjør et tjenesteavvik. Dette framgår heller ikke i rutinen på tidspunktet for etterkontrollen.

I intervju med barnevernleder får revisjonen opplyst at prosedyren som framgår av rutinen enda ikke blir praktisert i sin helhet i tjenesten og at det blant annet ikke gjennomføres fire møter i året for gjennomgang av innkomne avvik. Revisjonen får videre opplyst at det på tidspunktet for etterkontrollen ikke har blitt gjennomført risikoanalyser for å avdekke hvor det er fare for mangler eller svikt i tjenesten.¹¹

⁹ Møteprotokoll tilgjengelig fra: https://prod01.elementscloud.no/publikum/872418032_PROD-872418032/DmbMeeting/74

¹⁰ Rana kommune. *Rutine for internkontroll ved barneverntjenesten*. Dato 12.10.2020.

¹¹ Revisjonen har fått tilsendt risikoanalyse som ble gjennomført etter tilsyn fra Arbeidstilsynet i 2018.

2.4 Vurdering

Revisjonens vurdering er at de etablerte systemene for rapportering og risikovurdering ikke i stor nok grad er egnet til å avdekke og følge opp fare for svikt og mangler.

Det blir gjennomført flere rapporteringer knyttet til barneverntjenesten i Rana kommune. Blant annet ble det innført en ny rapporteringspraksis fra teamledere til barnevernleder i 2023. Undersøkelsen viser at det på grunn av ferieavvikling og sykdom ikke alltid rapporteres fra teamledere til barnevernleder i tråd med rutinen. Revisjonen mener det er positivt at det er innført skriftlig rapportering fra de ulike teamene i barneverntjenesten. Samtidig er det viktig at dette blir gjort månedlig for å sørge for at man til enhver tid har en totaloversikt over avvik fra lover og forskrifter i barneverntjenesten.

Videre viser etterkontrollen at barnverntjenesten rapporterer til kommunestyret årlig, i tråd med kravene i barnevernsloven. Revisjonens vurdering er samtidig at redegjørelsen er mangelfull og i større grad burde gi kommunestyret informasjon om tilstanden i barneverntjenesten, ved at det f.eks. blir redegjort tydeligere for mangler og hvordan det ev. blir arbeidet med forbedring.

Undersøkelsen viser videre at det siden forvaltningsrevisjonen i 2020-2021 har vært ferdigstilt en rutine for risikovurdering og rapportering knyttet til fare for mangler eller svikt. Samtidig viser etterkontrollen at rutinene enda ikke er implementert i tjenesten og at de derfor ikke blir fulgt opp i praksis. Det gjennomføres blant annet ikke møter for å gjennomgå innkomne avvik i tjenesten og det gjennomføres ikke risikovurderinger. I forvaltningsrevisjonen ble det pekt på at systematisering av analyse av avvikene i tjenesten er et viktig informasjonsgrunnlag for risikoanalyser, og for å avdekke mer systematiske feil og mangler og at det burde sikres tilfredsstillende oppfølging av avvik i tjenesten. Revisjonens vurdering er at dette ikke er gjennomført. Revisjonen mener videre at det ikke er tilfredsstillende at det ikke er gjennomført risikoanalyser av barneverntjenesten, da dette øker risikoen for avvik. Det er ikke i tråd med barnevernloven § 15-2, kommuneloven § 25-1 eller kommunedirektørens oppdragsbrev til kommunaldirektør.

3 Dokumentering av undersøkelser

3.1 Spørsmål til kontroll

I dette kapittelet vil vi svare på følgende spørsmål:

- Er det etablert tilstrekkelig rutiner for å sikre at det utarbeides undersøkelsesplaner og undersøkelsesrapporter av tilstrekkelig kvalitet i alle saker?

3.2 Revisjonskriterier

§ 2-2 i barnevernsloven beskriver barnevernstjenestens rett og plikt til å gjennomføre undersøkelser. I tredje ledd går det fram at barneverntjenesten skal lage en plan for undersøkelsen.

I *saksbehandlingsrundskrivet – rundskriv for barnevernstjenestens saksbehandling*¹² går det fram at det ved avslutningen av en undersøkelse skal gjennomføres en faglig oppsummering som skal gi grunnlag for enten å iverksette tiltak eller henleggelse av undersøkelsen. Alle relevante opplysninger fra undersøkelsen må inngå i vurderingsgrunnlaget. Vurdering og analysen i denne fasen er avgjørende for at barnet og familien skal gis riktig hjelp. Barneverntjenesten må dokumentere sin oppsummerende vurdering. Dette følger av barnevernsloven § 12-4 om journalplikt.

I forvaltningsrevisjonen anbefalte revisjonen å iverksette rutiner om utarbeidelse av undersøkelsesplaner og undersøkelsesrapporter og følge opp at det blir etablert planer og rapporter med tilfredstillende kvalitet i alle saker.

3.3 Datagrunnlag

3.3.1 Rutine for undersøkelser

Barneverntjenesten i Rana har utarbeidet flere rutiner knyttet til undersøkelser. Det er utarbeidet [en rutine for undersøkelse](#).¹³ Her går det fram at barnevernskuratoren(e) planlegger undersøkelsen sammen med teamleder senest en uke etter fordeling og at forslag til undersøkelsesplan for gjennomføring av undersøkelsen skal gjennomgås og eventuelt endres etter første møte med partene i saken. I gjennomføringen av undersøkelsen skal undersøkelsesplan være kontinuerlig oppdatert. Rutinen er datert i 2020 og viser til tidligere barnevernslov og tidligere lovparagrafer. Rutinen er den samme som var utarbeidet på tidspunktet for forvaltningsrevisjonen i 2020-2021.

Videre framgår det i rutine for undersøkelse at det skal skrives utkast til rapport før sluttmøte med partene i undersøkelsen finner sted. Innhold i rapport skal godkjennes av teamleder og både saksbehandler og teamleder skal signere rapporten elektronisk. Undersøkelsesrapport skal, ifølge rutinen, sendes partene med følgebrev i Familia eventuelt gis ut til partene på sluttmøtet.

Videre er det, som en del av barneverntjenestens internkontrollhåndbok, utarbeidet [rutine for meldingsarbeid og undersøkelser](#).¹⁴ Denne rutinen var i ferd med å bli ferdigstilt under forvaltningsrevisjonen i 2020-2021 og var ikke implementert i tjenesten på det tidspunktet. I rutinen fremgår det at «det skal lages en plan for undersøkelsen». Det beskrives videre at planen skal redegjøre for undersøkelsenes innhold, omfang og fremdrift ut fra alvorlighetsgraden i meldingen. Planen skal sikre fremdrift i forhold til frister og gi informasjon til familien om hvilket arbeid barneverntjenesten gjør. I planen skal det begrunnes hvorfor man innhenter informasjon fra de aktuelle instanser, eventuelt ikke fra andre. I rutinen blir det vist til tidligere barnevernslov og tidligere lovparagrafer. Denne rutinen var

I rapporteringsskjema fra teamleder for undersøkelsesteamet til barnevernleder går det fram at det pr. august 2023 var 49 undersøkelsesplaner og 89 undersøkelsesrapporter som ikke var utarbeidet på tidspunkt for rapportering (august 2023).

I intervju med barnevernleder går det fram at teamlederne oppfordres til å gjennomføre stikkprøver av enkeltsaker, da dette kan bidra til læring for tjenesten. I intervju går det fram at barnevernledere ikke er kjent med

¹² Barne-, ungdoms – og familiedirektoratet. *Saksbehandlingsrundskrivet – rundskriv for barneverntjenesten saksbehandling. Saksbehandlingsrundskrivet til ny barnvernlov* 15. juni 2023.

¹³ Rana kommune. *Rutine for undersøkelse*. Datert 11.09.2020.

¹⁴ Rana kommune. *Kapittel 6 – meldingsarbeid og undersøkelser*. Ikke datert.

at dette har blitt gjennomført i undersøkelsesteamet. Det blir videre opplyst om at saksbehandler og teamleder ikke drøfter utarbeidelse av undersøkelsesplan.

I intervju får revisjonen videre opplyst at barnverntjenesten i Rana i en periode har hatt store kapasitetsutfordringer og at tjenesten i denne perioden ikke prioriterte å skrive undersøkelsesrapport. Kapasitetsutfordringene skyldes blant annet at barneverntjenesten fikk inn over 100 bekymringsmeldinger ved årsskiftet i 2022/2023. Barneverntjenesten valgte derfor å prioritere bekymringsmeldinger fremfor å skrive undersøkelsesrapporter i perioden desember 2022 – januar 2023. Videre får revisjonen opplyst at det ikke er etablert praksis at teamleder eller andre lese undersøkelsesrapporter etter endt undersøkelse.

I stikkprøvekontrollen revisjonen har gjennomført har vi blant annet kontrollert om det har blitt utarbeidet undersøkelsesplaner og undersøkelsesrapporter i fem undersøkelsessaker.¹⁵ En av undersøkelse revisjonen har kontrollert ble gjennomført i 2022. Undersøkelsene i kontrollen ble gjennomført i 2023. I alle de kontrollerte sakene er det utarbeidet undersøkelsesplan. Med et unntak er det brukt samme mal for undersøkelsesplan i alle sakene. I saken der det ikke har blitt brukt mal for undersøkelsesplan er det store mangler. Blant annet går det ikke fram av undersøkelsesplanen hva som er hensikten med de enkelte planlagte aktivitetene i undersøkelsen. Det framgår at tjenesten skal vurdere å innhente opplysninger fra skole, politi og helsetjenesten uten flere detaljer og uten at det blir begrunnet hvorfor. I de andre undersøkelsesplanene går det tydelig fram hvilke undersøkelsesaktiviteter som skal gjennomføres og hvorfor.

I tre av de kontrollerte sakene var det utarbeidet undersøkelsesrapport på tidspunktet for stikkprøvekontroll. Undersøkelsesrapportene revisjonen har kontrollert gir mye informasjon om hva som har blitt undersøkt og grunngir utfallet av undersøkelsen. I en av sakene revisjonen har kontrollert blir saken henlagt etter undersøkelsen og det blir gjort greie for hvorfor saken ble henlagt. I to av sakene forelå ikke undersøkelsesrapporten for tidspunkt for revisjonen.¹⁶ I en av disse sakene var dato for bekymringsmeldingen 14.02.23 og fristen for undersøkelsen ble utsatt til 15.08.23 (etter en utvidelse av undersøkelsesfristen). Det forelå ikke undersøkelsesrapport i saken ved revisjonens gjennomgang 04.09.23. I den andre saken ble undersøkelsesfristen utvidet i løpet av revisjonsperioden og ny frist er satt til 30.10.23.

3.4 Vurdering

Det er etablert skriftlige rutiner for å sikre at det utarbeides undersøkelsesplaner og undersøkelsesrapporter i barneverntjenesten i Rana kommune og at det blir benyttet faste maler for utarbeidelse av disse dokumentene. Disse ble utarbeidet før eller underveis i forvaltningsrevisjonen i 2020-2021. Samtidig viser undersøkelsen at barnverntjenestens praksis ikke alltid samsvarer med de skriftlige rutinene. Undersøkelsen viser blant annet at tjenesten nedprioriterte å utarbeide undersøkelsesrapporter i desember 2022/desember 2023 på grunn av manglende kapasitet. Etter revisjonens vurdering vil dette medføre at relevante vurderinger underveis i undersøkelsene ikke blir tilstrekkelig dokumentert og at vurderingsgrunnlaget i sakene det gjelder blir uoversiktlig. Det svekker også etterprøvbarehetene i de aktuelle sakene.

I stikkprøvekontrollen var det utarbeidet undersøkelsesplan i alle sakene og undersøkelsesrapport i et flertall av sakene. I stikkprøvekontrollen som ble gjennomført i forbindelse med forvaltningsrevisjonen i 2020/2021 var det i liten grad utarbeidet undersøkelsesplaner og undersøkelsesrapporter, noe som etter revisjonens vurdering tyder på at det rutinene i større grad følges på nåværende tidspunkt enn i 2020/2021.

Stikkprøvekontrollen viser, etter revisjonens vurdering at kvaliteten på undersøkelsesplanene og undersøkelsesrapportene er tilstrekkelige, med noen unntak. Særlig ønsker revisjonen å understreke viktigheten av at *alle* undersøkelsesplanene inneholder informasjon om hvilke moment som skal undersøkes, hvilke aktører som skal involveres og når ulike aktiviteter skal gjennomføres.

Revisjonen mener videre at det ikke er tilfredsstillende at rutiner ikke er oppdaterte med referanser til gjeldende regelverk og at utarbeidde rutiner ikke ser ut til å ha blitt reviderte siden forvaltningsrevisjonen i 2020-2021.

¹⁵ I en av sakene er det kontrollert to undersøkelser i samme sak.

¹⁶ Revisjonen kontrollerte for undersøkelsesrapport sist 04.09.23.

4 Tiltaksplaner

4.1 Spørsmål til kontroll

I dette kapittelet vil vi svare på følgende spørsmål:

- Hvor mange tiltaksplaner har blitt utarbeidet første halvdel av 2023?
 - Hva skyldes manglende utarbeidelse av tiltaksplaner?
 - Er det utarbeidet tiltaksplaner for barn i fosterhjem som også har vedtak om hjelpetiltak?
 - Blir alle tiltaksplaner evaluert?

4.2 Revisjonskriterier og funn fra forvaltningsrevisjonen

I barnevernloven § 3-1 går det fram at når barnet på grunn av sin omsorgssituasjon eller atferd har et særlig behov for hjelp, skal barneverntjenesten tilby og sette i verk hjelpetiltak for barnet og foreldrene. Hjelpetiltak skal være egnet til å møte barnets og foreldrenes behov og til å bidra til positiv endring hos barnet eller i familien.

I § 8-1 går det videre fram at når barneverntjenesten treffer vedtak om hjelpetiltak, skal den utarbeide en plan for tiltakene og for oppfølgingen av barn og foreldre. Planen skal beskrive hva som er målet med hjelpetiltakene, hva de skal inneholde, og hvor lenge de er ment å vare. Planen skal endres dersom barnets behov tilsier det.

Veilederen *tiltaksplaner og omsorgsplaner i barneverntjenesten*¹⁷ beskriver viktigheten av tiltaksplaner for plasseringer som hjelpetiltak. Blant annet blir det vist til viktigheten av at planen ivaretar de behov som alle plasserte barn har om hva som skal skje videre og at dette er uavhengig av om plasseringen er et hjelpetiltak eller et omsorgstiltak. Videre burde tiltak som var iverksatt før plasseringen og under plasseringen også inngå i tiltaksplanen.

I forvaltningsrevisjonen Deloitte gjennomførte i 2020/2021 ble det anbefalt at Rana kommune iverksetter rutine om utarbeidelse av undersøkelsesplaner og undersøkelsesrapporter, og følger opp at dette blir etablert med tilfredstillende kvalitet i alle saker.

4.3 Datagrunnlag

4.3.1 Tiltaksplaner

Tabellen under viser rapportering fra barneverntjenesten i Rana til Statsforvalter i Nordland. Som det framgår av tallene, har ikke alle barn med hjelpetiltak tiltaksplaner. Tallene for første halvdel av 2023 viser at det var 53 barn i hjelpetiltak som ikke hadde tiltaksplan. Barnevernleder opplyser at rapporteringen fra 1. halvår 2023 er noe forsinket og at det derfor er noe usikkerhet knyttet til tallene for dette halvåret.

Tabell 1: Rapportering til Statsforvalter – tiltaksplaner

Tidsperiode	Antall barn i hjelpetiltak totalt som ikke har tiltaksplan
1. halvår 2023	53
2. halvår 2022	59
1. halvår 2022	29
2. halvår 2021	33

I rapporteringen fra teamleder for tiltaksteamet til barnevernleder fra mars/april 2023 går det fram at 81 tiltaksplaner er ferdigstilt og 23 tiltaksplaner ikke er ferdigstilt.

I stikkprøvene revisjonen har revisjonen kontrollert fem hjelpetiltakssaker. Av sakene revisjonen har kontrollert er det utarbeidet tiltaksplaner i alle sakene. I alle sakene revisjonen har kontrollert foreligger det flere vedtak om hjelpetiltak og det er derfor utarbeidet flere tiltaksplaner.

I intervju med barnevernleder går det fram at barneverntjenesten vinteren 2022 hadde utfordringer med å utarbeide tiltaksplaner for alle barn i tjenesten. Bakgrunnen for at det var utfordrende å utarbeide tiltaksplaner fortløpende var høyt sykefravær og et svært høyt antall bekymringsmeldinger i denne perioden. Det var også saker

¹⁷ Barne- og likestillingsdepartementet. Tiltaksplaner og omsorgsplaner i barneverntjenesten – en veileder. 2006.

som manglet «aktive» vedtak da det har utfordrende å få samlet alle partene i saken for å evaluere og manglende saksbehandlingsressurs i enkelte tiltakssaker.

I januar 2023 ble det gjennomført et møte mellom barnevernleder og leder for tiltaksteamet der det ble satt en intern frist for når alle tiltaksplaner skal være ferdigstilt. Fristen ble da satt til mars 2023.

Tiltaksplaner for barn i fosterhjem som også har vedtak om hjelpetiltak

I intervju med barnevernleder får revisjonen opplyst at eventuelle manglende hjelpetiltaksplaner i tjenesten i hovedsak gjelder for saker der barnet bor i fosterhjem og som også har vedtak om hjelpetiltak og at det på tidspunktet for etterkontrollen ikke blir utarbeidet tiltaksplan for barn som bor i fosterhjem.

Stikkprøvekontrollen bekrefter at det mangler tiltaksplaner for barn i fosterhjem som også har vedtak om hjelpetiltak. I stikkprøvekontrollen har revisjonen kontrollert fem saker der barn bor i fosterhjem. Det er vedtatt vedtak om frivillig flytting i alle sakene. Av disse fem sakene, har revisjonen funnet tiltaksplaner i fire saker. I en sakene er ikke hjelpetiltaksplanen oppdatert siden september 2022, selv om barnet i fosterhjem har vedtak om blant annet besøkshjem som er datert mars 2023. I den siste saken revisjonen har kontrollert er det ikke utarbeidet noen tiltaksplan.

Evaluering av tiltaksplaner

Revisjonen får opplyst fra barnevernleder rapporteringen til Statsforvalter i Nordland ikke er klar for 1. halvår 2023 (1. januar til 1. juli) grunnet overgangen til nytt system (VISMA Flyt barnevern). I stikkprøvekontrollen revisjonen har gjennomført har vi kontrollert fem hjelpetiltakssaker fra 2022-2023. Her finner vi dokumentert evaluering for hjelpetiltak i en av de fem sakene som har blitt kontrollert. Det blir videre opplyst fra barnevernleder at evalueringer av tiltaksplaner ikke er registrert rett i det nye fagsystemet og at det i forbindelse med rapportering til Statsforvalter i Nordland må gjøres en manuell optelling.

Informasjon om evaluering av tiltaksplaner framgår ikke som en del av rapporteringen på nøkkeltall fra barnevernleder til leder for barne- og familietjenesten.

I intervju med barnevernleder går det fram at teamleder og barnevernleder har gjennomført stikkprøvekontroll av en enkelt hjelpetiltakssak knyttet til om man i saken hadde fulgt retningslinjene for saksbehandling. Kontrollen ble gjennomført i et teammøte og ble ikke dokumentert. Videre opplyser barnevernleder at det ikke er etablert rutiner for evaluering av tiltaksplaner.

4.4 Vurdering

Deloitte sin vurdering er at barnevernstjenestens arbeid med tiltaksplaner ikke er tilfredstillende. Datagrunnlaget viser at det ikke er utarbeidet tiltaksplaner i alle saker med vedtak om hjelpetiltak i første halvdel av 2023. Videre er det ikke mulig å fastslå hvor mange som tiltaksplaner som har blitt evaluert det siste året. Vår vurdering er at dette ikke er tilfredstillende. Som en del av en tilfredstillende internkontroll, burde Rana kommune tilstrekkelig oversikt over evaluerte tiltaksplaner til enhver tid. Revisjonens vurdering er videre at det ikke er tilfredstillende at det ikke er utarbeidet rutine for dette arbeidet.

5 Oppfølging av fosterhjem

5.1 Spørsmål til kontroll

I dette kapittelet vil vi svare på følgende spørsmål:

- Blir mal for dokumentering av fosterhjemsbesøk benyttet?
- Er det utarbeidet en egen stillingsbeskrivelse for ansvar knyttet til tilsyn?

5.2 Revisjonskriterier

Ifølge forskrift om fosterhjem skal barneverntjenestene følge opp og kontrollere hvert enkelt barn sin situasjon i fosterhjemmet. Barneverntjenesten skal besøke fosterhjemmet minimum fire ganger i året (kan reduseres til to besøk i året under visse forutsetninger).

Saksbehandlingsrundskrevet viser til at barnverntjenesten har dokumentasjonsplikt noe som innebærer at tjenesten må synliggjøre hva tjenesten har gjort og hvorfor de har gjort det. I praksis betyr dette å skrive ned de opplysningene man mottar og vurderinger som blir gjort i saken. Videre går det fram at nedtegning av barnevernets handlinger, skjønnsmessige vurderinger og faglige analyser underveis i saken er avgjørende for de muligheter barn og foreldre har til å ivareta sine interesser og synspunkter. Informasjonen er også viktig for at barnet i ettertid skal kunne forstå sin egen historie, og hvordan og hvorfor barnevernet handlet som de gjorde.

I rapport fra forvaltningsrevisjon av barneverntjenesten (2020-2021) gikk det fram at endelig ansvar og oppgave når det gjaldt overordnet kontroll av tilsynsrapporter ikke var tilstrekkelig avklart. En anbefaling fra rapporten var at barneverntjenesten burde sørge for at det går tydelig frem hvem i tjenesten som har ansvar for kontroll og oppfølging av tilsynsrapporter. Revisjonen vurderte det som viktig at det i Rana kommune utviklet skriftlige rutiner for tilsynsbesøk i fosterhjem.

I Kvalitetsmeldingen som ble behandlet i kommunestyret i Rana i sak PS 21/23 i møte den 28.03.2023, går det fram at det skal utarbeides en stillingsbeskrivelse for ansvar knyttet til tilsyn innen 30.06.23.

5.3 Datagrunnlag

5.3.1 Mal for dokumentering av fosterhjemsbesøk

Det er utarbeidet en mal for dokumentering av fosterhjemsbesøk i Rana kommune. I intervju får revisjonen opplyst at malen er lagt inn i saksbehandlingssystemet FLYT barnevern. I malen er det lagt inn en rekke underoverskrifter som viser hva saksbehandler skal skrive inn informasjon om. Overskriftene er:

- Samtale med barnet
- Informasjon fra fosterforeldre om utvikling/fungering
- Skole
- Samarbeid
- Samvær
- Tilsyn i fosterhjem
- Neste gang/skal noe følges opp
- Forsterking
- Vurdering

Revisjonen har gjennomført en stikkprøvekontroll av fem saker der barn bor i fosterhjem.

I stikkprøvene revisjonen har kontrollert er den samme malen brukt i oppfølgingsbesøk i fosterhjem i 2022 og 2023. De fleste av overskriftene er brukt i sakene, men det er gjort tilpassinger. F.eks. går det ikke fram informasjon om skole i alle referatene revisjonen har kontrollert i saker der barnet ikke har startet på skolen. Det er heller ikke aktuelt med forsterking i alle sakene revisjonen har kontrollert og det blir derfor ikke omtalt i alle referatene.

5.3.2 Stillingsbeskrivelse for ansvar knyttet til tilsyn

I intervju med barnevernleder får revisjonen opplyst at det på revisjonstidspunktet ikke er utarbeidet en skriftlig stillingsbeskrivelse som beskriver ansvaret knyttet til tilsyn i fosterhjem. Det blir opplyst at det er ønskelig å starte opp arbeidet med å utforme en stillingsbeskrivelse høsten 2023.

Det er utarbeidet en [sjekklister for etablering av tilsynsfører for fosterbarn](#) i Rana kommune.¹⁸ Her skal det blant annet krysses av for om tilsynsfører har mottatt nødvendig informasjon om barnet og forutsetningene for plassering. Det framgår ikke i dokumentet hvem som er ansvarlig for å benytte sjekklister.

5.4 Vurdering

Undersøkelsen viser at mal for dokumentering av fosterhjemsbesøk blir benyttet av barneverntjenesten i Rana. I sakene revisjonen har kontrollert har det blitt gjort noen forholdsmessige tilpassinger i malen i hver sak. Revisjonen mener mal for dokumentering av fosterhjemsbesøk legger til rette for hensiktsmessig innhold i dokumentasjonen fra besøk.

Det er på tidspunktet for etterkontrollen ikke utarbeidet stillingsbeskrivelse for ansvaret med tilsyn i fosterhjem. Dette er ikke i samsvar med det som er rapportert i kvalitetsmelding til kommunestyret. Revisjonen mener at stillingsbeskrivelse for ansvar knyttet til tilsyn i fosterhjem er en viktig del av internkontrollarbeidet knyttet til tilsyn. Det er videre en viktig del av barneverntjenestens internkontroll å sikre at kommunen har et godt og forsvarlig tilsyn og revisjonen mener at en tydelig ansvarsfordeling i form av f.eks. en stillingsbeskrivelse kan bidra til dette. Revisjonen vil understreke at det er viktig at barnets stemmer gjennomgående kommer frem for alle vesentlige områder som blir belyst i samtalen (som f.eks. skole, samvær m.m), selv om malen legger opp til at alle opplysningen fra barnet skal legges inn under overskriften «samtale med barnet».

¹⁸ Rana kommune. *Etablering av tilsynsfører for fosterbarn i Rana kommune*. Ikke datert.

6 Barns medvirkning

6.1 Spørsmål til kontroll

I dette kapittelet vil vi svare på følgende problemstilling:

- Framgår viktigheten av barns medvirkning i de skriftlige rutinene i alle deler av en barnevernssak?

6.2 Revisjonskriterier

Barnevernloven § 1-4 omhandler barnets rett til medvirkning:

Et barn som er i stand til å danne seg egne meninger, har rett til å medvirke i alle forhold som vedrører barnet etter denne loven. Barn har rett til å uttale seg til barnevernet uavhengig av foreldrenes samtykke, og uten at foreldrene informeres om samtalen på forhånd. Barnet skal få tilstrekkelig og tilpasset informasjon og har rett til fritt å gi uttrykk for sine meninger. Barnet skal bli lyttet til, og barnets meninger skal vektlegges i samsvar med barnets alder og modenhet.

I forbindelse med ny barnevernlov har § 9 om tillitsperson i forskrift om medvirkning og tillitsperson knyttet til tillitsperson blitt endret til at «barn *kan* gis anledning til å med seg en person barnet har særlig tillit til i kontakten med barnevernet.» Videre skal barneverntjenesten så tidlig som mulig skal informere barnet om muligheten til å ha en tillitsperson.

I rapport etter forvaltningsrevisjon av barneverntjenesten går det fram at det frem til revisjonstidspunktet ikke har vært tilfredstillende rutiner for å sikre barns medvirkning i de ulike sakene i en barnevernssak. Undersøkelsen viste også at det ikke har vært rutiner for å sikre at barn får tilbud om tillitsperson og at dette dokumenteres. Revisjonen anbefalte da at barneverntjenesten skulle tydeliggjøre rutine og praksis knyttet til barns medvirkning.

6.3 Datagrunnlag

6.3.1 Skriftlige rutiner for barns medvirkning

Det er utarbeidet [rutine for å sikre og dokumentere barns medvirkning og rett til en tillitsperson i en barnevernssak](#).¹⁹ Rutinen er datert 20.11.2020 og ble sendt ut til ansatte i tjenesten i desember 2020 og var derfor ikke implementert i tjenesten på revisjonstidspunktet. Her går det fram at «barnets rett til medvirkning i alle faser av en barnevernssak blir ivarettatt og kommer tydelig fram i arbeidet som barneverntjenesten gjør i det daglige». Fremgangsmåten som blir beskrevet i dokumentet er «barnets perspektiv og meninger skal inkluderes i vurderingen av hva som er barnets beste. Barnet skal informeres om de ulike avgjørelsene som er truffet og hvilke vurderinger som ligger til grunn for avgjørelsene». Videre går det fram at barnevernet i sin saksbehandling skal dokumentere barnets medvirkning. Det skal videre dokumenteres hvorvidt barnet har fått mulighet til å medvirke, hva barnet har blitt hørt om og hva som var barnets syn. Her blir det referert til § 1-6 i barnevernsloven.

Barnets medvirkning i saken er omtalt i andre rutiner revisjonen har fått tilsendt i forbindelse med etterkontrollen.

Barns medvirkning i undersøkelsessaker

I rutiner for undersøkelser, utarbeidet høsten 2020, går det fram at det skal sikres en forsvarlig undersøkelse og barnets stemme og at medvirkning skal være tydelig jfr. Lov om barneverntjenester § 1-6 «barns rett til medvirkning». Videre går det fram at fra barnet er 7 år, og yngre barn som er i stand til å danne seg synspunkter, skal informeres og gis anledning til å uttale seg i forhold til egen situasjon. Dette er barnevernskurators ansvar. Det går videre fram at *i tilfeller hvor barnets/ungdommen ikke snakkes med, så skal dette dokumenteres i undersøkelsesplanen* under punktet «barnets synspunkter» i rutinen.

I dokumentet meldingsarbeid og undersøkelser går det fram at «barnets stemme og grad av medvirkning skal alltid fremkomme. Barnets mening skal vektlegges i samsvar med alder og modenhet, og det skal begrunnes dersom barneverntjenesten inntar et annet standpunkt enn det barnet har uttrykt».

I forrige revisjon ble det påpekt at denne rutinen ikke ble fulgt i praksis, da barnets medvirkning ikke var dokumentert i alle saken i stikkprøvekontrollen. I etterkontrollen er det derfor gjennomført en stikkprøvekontroll av nyere saker.

I stikkprøvekontrollen revisjonen har gjennomført i forbindelse med etterkontrollen har vi kontrollert om barnet har medvirket i egen sak. Av de fem undersøkelsessakene revisjonen har kontrollert er det dokumentert at det har blitt gjennomført samtale med barnet i alle sakene. Det varierer noe hvor mange samtaler som har blitt

¹⁹ Rana kommune. Rutine for å sikre og dokumentere barns medvirkning og rett til tillitsperson i en barnevernssak. Datert 20.11.2020.

gjennomført med barnet i sakene revisjonen har kontrollert. Antall saker varierer fra fire samtaler til en samtale. I flere av sakene er det også gjennomført samtaler med barnet sammen med søsken. I de sakene der det går fram at det er snakket med barnet er det gjengitt detaljert fra samtalen skriftlig i barnets saksmappe. Det blir også vist til samtalene med barnet i barnevernstjenesten vurdering etter endt undersøkelse. F.eks. blir det i en henlagt sak opplyst om at «verken mor, far eller (barnet) har tanker om, eller ønsker hjelp fra barneverntjenesten» og det framgår også i samtale med barnet at barnet ikke ønsker videre oppfølging.

Barns medvirkning i hjelptiltakssaker

I forbindelse med etterkontrollen har revisjonen fått [tilsendt en sjekkliste for internrevisjon hjelpetiltak](#).²⁰ Her skal saksbehandler fylle ut hvor lenge barnet har hatt hjelpetiltak i siste tiltaksperiode og hvor ofte barnet skal snakkes med i henhold til tiltaksplanen. Videre skal saksbehandler svare på om barnet er snakket med i tiltaksperioden, om barnet, ut fra alder og modenhet er snakket med i forbindelse med evaluering av tiltak, om barnet har fått uttrykt sin mening om tiltak og om det er snakket med barnet om barnevernets bekymring. Denne sjekklisten er ikke benyttet i noen av stikkprøvesakene revisjonen har kontrollert. I intervju er ikke barnevernleder kjent med at skjemaet har blitt benyttet.

I rutine for tiltaksplaner for evaluering går det fram at fra barnet er 7 år, og yngre barn som er i stand til å danne seg synspunkter, skal informeres og gis anledning til å uttale seg i forhold til tiltaksplan og tiltakene. Videre går det fram at *i de tilfeller hvor barnet/ungdommen ikke snakkes med når det lages ny tiltaksplan, skal dette dokumenteres i evalueringsdokumentet.*

I forvaltningsrevisjonen fant revisjonen mangler knyttet til dokumentasjonen av barns medvirkning i både vedtak om hjelpetiltak og i evaluering av hjelpetiltak. Revisjonen har derfor kontrollert barns medvirkning i hjelpetiltakssakene i stikkprøvekontrollen i etterkontrollen. I de fem sakene revisjonen har kontrollert er det noe varierende i hvilken grad barnet har medvirket. I en sak er det ikke snakket med barnet og det framgår at «det er ikke snakket med (barnet) i forbindelse med videreføring av forrige vedtak. Det vurderes som viktig at det blir snakket med (barnet) tidlig i vedtaksperioden». I de tre neste sakene går det fram at det er snakket med barnet og hva det har blitt snakket om. I en av disse sakene går det også eksplisitt fram hvordan barnets rett til å bli hørt har blitt ivaretatt. I den siste saken er det ikke dokumentert at barnet har vært med i arbeidet med tiltaksplanen eller i evalueringen av tiltaksplanen.

Barns medvirkning fosterhjemsbesøk

I forvaltningsrevisjonen ble vist til manglende dokumentering av barns medvirkning når det gjelder oppfølging i fosterhjem og ved gjennomføring av tilsynsbesøk i fosterhjem. Revisjonen har kontrollert graden av barns medvirkning i forbindelse med fosterhjemsbesøk i fem saker i etterkontrollen. I en av sakene var barnet nyfødt og medvirkning i egen sak var derfor ikke aktuelt. I de andre fire sakene har revisjonen gjennomgått referat fra til sammen ni oppfølgingsbesøk i fosterhjem, fordelt på de fem sakene. Oppfølgingsbesøkene er gjennomført sent i 2022 og første halvdel av 2023. I de ni oppfølgingsbesøkene er det dokumentert gjennomført samtale alene med barn i fem oppfølgingsbesøk. For to av oppfølgingsbesøkene er det utarbeidet eget referat fra samtale med barnet som journalnotat. I tre av de andre oppfølgingsbesøkene er det gjennomført samtale med barnet sammen med en av fosterforeldrene. Her går det fram skriftlige referat at barnet gav uttrykk for ønske om at en eller flere av fosterforeldrene var med under samtalen. I det siste referatet går det også fram at det er snakket med barnet, men det framgår ikke informasjon om det har blitt gjennomført samtale med barnet *alene*.

6.4 Vurdering

Viktigheten av barns medvirkning framgår flere barneverntjenestens skriftlige rutiner og det er utarbeidet en egen rutine knyttet til barns medvirkning og rett til å ha med tillitsperson. Disse rutinene var utarbeidet under forvaltningsrevisjonen. Revisjonen stiller også spørsmål ved i hvilken grad rutinene blir reviderte. I flere av rutinene blir det vist til utdaterte lovparagrafer. Deloitte understreker at kommunen skal sikre at barneverntjenesten skal ha nødvendige rutiner og prosedyrer og at rutiner og prosedyrer blir evaluert og ved behov forbedret (jf. Kommuneleien § 25-1 d. og e.). Ny barnevernlov ble innført fra 1. januar 2023 og det bør derfor vises til det nye lovverket i skriftlige prosedyrer og rutiner.

I forvaltningsrevisjonen ble det anbefalt å iverksette rutiner for å sikre barns medvirkning i de ulike fasene av en barnevernssak. Stikkprøvekontrollen viser at det varierer hvordan dette blir fulgt opp. F.eks. må det framgå i dokumentasjonen fra oppfølgingsbesøk at det er gjennomført samtaler *alene* med barnet i *alle* saker, med mindre barnet ber om at fosterforeldre eller andre er til stede (dette må da dokumenteres). Dette for å sikre at barn i

²⁰ Rana kommune. Sjekkliste, internrevisjon tiltak. Datert 29.12.2020.

fosterhjem har fått muligheten til å snakke med saksbehandler uten andre til stede. Det er heller ikke tilfredstillende at barn ikke alltid medvirker i egen tiltakssak. Revisjonen mener derfor at anbefalingen fra revisjonsrapporten ikke er oppfylt i tilstrekkelig grad.

Revisjonen stiller også spørsmål ved i hvilken grad rutinene blir reviderte. I flere av rutinene blir det vist til utdaterte lovparagrafer. Deloitte understreker at kommunen skal sikre at barneverntjenesten skal ha nødvendige rutiner og prosedyrer og at rutiner og prosedyrer blir evaluert og ved behov forbedret (jf. Kommuneloven § 25-1 d. og e.). Ny barnevernlov ble innført fra 1. januar 2023 og det bør derfor vises til det nye lovverket i skriftlige prosedyrer og rutiner.

7 Samarbeid mellom barnverntjenesten og barnehager

7.1 Spørsmål til kontroll

I dette kapittelet vil vi svare på følgende spørsmål:

- I hvilken grad er det etablert et systematisk samarbeid mellom barneverntjenesten og barnehagene i kommunen?

7.2 Revisjonskriterier

Barnevernloven § 15-1 pålegger kommunene å drive generell forebyggende virksomhet. Det skal blant annet utarbeide en plan for hvordan etatene skal samarbeide.

Veilederen *til barnets beste – samarbeid mellom barnehagen og barneverntjenesten* fra barne- og likestillingsdepartementet og kunnskapsdepartementet²¹ viser til at samarbeidet mellom barneverntjenesten og barnehager er viktig «for at utsatte barn skal å nødvendig hjelp og oppfølging i dagliglivet, må barneverntjenesten og barnehagen ha et godt samarbeid». Det går videre frem at selv om loven ikke angir hvordan samarbeidet skal skje, må det likevel forutsettes at kommunen etablerer tverrfaglige rutiner for samarbeid, og at disse rutinene følges. Det understrekes at et slikt arbeid er en del av det ordinære arbeidet, og at samarbeidsarbeidet ikke skal komme i tillegg til andre arbeidsoppgaver. Samarbeidet må være en selvfølgelig del av kommunens arbeid med strategi- og virksomhetsplaner.

I rapport fra forvaltningsrevisjon fra 2020-2021 gikk det fram at barneverntjenesten i Rana i perioder valgte å nedprioritere samarbeid med skoler og barnehager grunnet mangel på ressurser. Det ble derfor anbefalt å tydeliggjøre rutine og praksis knyttet til barnverntjenestens samarbeid med andre aktører, herunder å informere om barneverntjenesten til sentrale samarbeidsaktører som for eksempel barnehager.

7.3 Datagrunnlag

7.3.1 Systematisk samarbeid mellom barneverntjenesten og barnehager

Det er ikke utarbeidet rutiner, prosedyrer, samarbeidsavtaler eller lignende for samarbeid mellom barneverntjenesten og barnehagene i Rana kommune.

I intervju med barnevernleder får revisjon opplyst at barneverntjenesten har som overordnet mål å etablere et samarbeid med blant annet skoler, tannleger, politiet, leger og sykehus. Barnevernleder opplyser videre at hun følger opp alle aktører som tar kontakt og ønsker informasjon om barneverntjenestens sitt arbeid. Ingen av barnehagene i kommunen har tatt kontakt med et ønske om informasjonsarbeid. Det går videre fram at barneverntjenesten har prioritert dialog med skolene fordi de opplever at det mest trykk på saker i knyttet til barn i barneskolealder.

I intervju får revisjonen opplyst at barneverntjenestene samarbeider med barnehagene i kommunen i enkeltsaker.

Videre blir det i intervju opplyst at man på ledernivå i kommunen har etablert flere møtepunkt mellom barnevernleder og barnehagesjef/barnehagemyndighet. Blant annet er det etablert faste møtepunkt på ledernivå i forbindelse med BTI-reformen (bedre tverrfaglige innsats).²² Tema for disse møtene er blant annet å skape felles verdier og barnesyn i kommunen. Andre møtearenaer er møter i ledergrupper og arbeidsgrupper der barnehageledere er representert.

²¹ Barne- og likestillingsdepartementet og Kunnskapsdepartementet. *Til barnets beste – samarbeid mellom barnehagen og barneverntjenesten*. Veileder. 2009.

²² BTI er en samhandlingsmodell for tjenester som møter gravide, barn, unge og foreldre det er knyttet undring eller bekymring til. Hensikten med BTI – modellen er å kvalitetssikre helhetlig og koordinert innsats uten at det blir brudd i oppfølgingen.

7.4 Vurdering

Etterkontrollen viser at det er etablert samarbeid mellom barneverntjenesten og barnehager i Rana kommune i forbindelse med enkeltsaker og på ledelsesnivå. Samtidig viser undersøkelsen at det ikke etablert et *systematisk* samarbeid for f.eks. jevnlig informasjonsarbeid mellom barneverntjenesten og barnehagene. Revisjonen ønsker å presisere kommunens ansvar for å følge nøye med de forhold barn og unge lever under og finne tiltak som kan forebygge omsorgssvikt og atferdsproblemer og at barnehagene er en sentral aktør i dette arbeidet. Barnehagene har også en sentral rolle knyttet til å avdekke problemer så tidlig som mulig og på et tidlig nok tidspunkt til at tiltak kan settes inn for å unngå varig skade.

8 Oppsummering

Etterkontrollen viser at barneverntjenesten i Rana har fulgt opp noen, men ikke alle, av anbefalingene fra forvaltningsrevisjonen av barneverntjenesten. Blant annet viser stikkprøvene at det i større grad blir utarbeidet undersøkelsesplaner og undersøkelsesrapporter, enn ved stikkprøvekontrollen som ble gjennomført i forbindelse med forvaltningsrevisjonen i 2020 - 2021. Det er også etablert en mal for dokumentering av fosterhjembesøk og denne blir benyttet i stikkprøvesakene revisjonen valgte ut til etterkontroll.

Fortsatt ser vi likevel at flere av aktivitetene som framgår i tjenestens skriftlige rutiner ikke alltid gjennomføres i praksis. Blant annet mener revisjonen at anbefalingen om å gjennomføre jevnlig risikoanalyser for å avdekke hvor det er fare for mangler eller svikt ikke er gjennomført. Det er heller ikke sikret tilfredsstillende oppfølging av avvik i barneverntjenesten. Revisjonen mener dette ikke er tråd med Rana kommune sine interne rutiner eller bestemmelsene om internkontroll i lovverket. Revisjonen mener videre at rapporteringen ikke reflekterer status i tjenesten på en tilstrekkelig måte. Blant annet går det ikke fram informasjon om avvik fra regelverket i tjenesten eller tilstrekkelig informasjon om hvordan tjenesten skal arbeide for å etterleve sentrale krav i regelverket.

Det samme gjelder til en viss grad sikring av barns medvirkning i *alle* fasene i en barnevernssak. Det er utarbeidet skriftlige rutiner for dette, men stikkprøvekontrollen viser at det i varierende grad blir gjennomført i praksis.

I forvaltningsrevisjonsrapporten ble det også pekt på at det tidvis blir gjort interne prioriteringer som følge av for lite kapasitet, noe som setter barneverntjenesten i en situasjon der de ikke følger sentrale bestemmelser i loven. Dette ser vi eksempler i etterkontrollen på at fortsatt blir gjort. Blant annet hadde tjenesten vinteren 2022 utfordringer med å utarbeide tiltaksplaner for alle barn i tjenesten. Deloitte vurderer videre at barneverntjenestens arbeid med tiltaksplaner ikke er tilfredsstillende. Undersøkelsen viser at det ikke er utarbeidet tiltaksplaner i alle saker med vedtak om hjelpetiltak i første halvdel av 2023. Videre viser undersøkelsen at det ikke er mulig å fastslå i hvilken grad tiltaksplaner har blitt evaluert i 2023. Videre viser stikkprøvene at ikke alle tiltaksplaner er evaluert.

Videre er det ikke utarbeidet en egen stillingsbeskrivelse for ansvaret knyttet til tilsyn i fosterhjem. Det er heller ikke etablert et systematisk samarbeid mellom barneverntjenesten og barnehagene i kommunen. Dette er etter revisjonens vurdering ikke i samsvar med forvaltningsrevisjonen og vedtak i kommunestyret.

Revisjonen ønsker også å rette oppmerksomheten til viktigheten av revidering av rutiner og prosedyrer i barneverntjenesten. På tidspunktet for revisjonen i 2020 – 2021 var det satt av en stilling som arbeidet med interne rutiner, maler, forbedring av internkontroll og implementering av rutinebeskrivelsen på flere områder i tjenesten. Det framgår i kvalitetsmeldingen at denne stillingen er omprioritert til andre oppgaver og at lederteamet nå ivaretar utviklingsarbeidet i tjenesten. Samtidig viste flere av rutinene revisjonen har gjennomgått til utdatert lovverk og bruk av Familia som saksbehandlingssystem. Revisjonen mener at det ikke er tilfredsstillende at barneverntjenestens rutiner ikke har blitt revidert i perioden mellom forvaltningsrevisjon og etterkontroll. Blant annet ble det innført en ny barnevernslov fra 1. januar 2023 og revisjonen mener at det derfor bør vises til det nye lovverket i skriftlige prosedyrer og rutiner. Revisjonen mener at jevnlig revidering av rutinene vil bidra til å redusere risikoen for feil og avvik i tjenesten.

Vedlegg 1: Uttalelse fra kommunen

Kommunens kommentarer på Deloitte sin rapport etterkontroll etter forvaltningsrevisjon av barneverntjenesten

Først ønsker kommunen å gi en tilbakemelding på tidsfristen for å komme med tilbakemelding på rapporten. Kommunen fikk tilsendt rapporten mandag kl 14.20, med en frist på tilbakemelding mandag klokken 12.00. Dette gir kommunen 4 hele arbeidsdager til dette arbeidet. Dette anses som svært kort tid, da ledere allerede har oppsatt møte og andre arbeidsoppgaver som også må prioriteres. I tillegg skal tilbakemeldingen innom flere ledd for gjennomlesning og bearbeiding. Kommunen anser denne tilbakemelding som viktig og hadde ønsket at man fikk bedre tid til å gi en tilbakemelding som er utfyllende og av god kvalitet. Dette burde også være i kontrollutvalgets sin interesse.

Kommunens kommentarer gis punktvis og følger samme rekkefølge som rapporten.

2.3.1 Risikovurdering og rapportering

Deloitte konkluderer med at redegjørelsen på noen av tjenestens nøkkelområder er mangelfull i kvalitetsmeldinger sendt til politisk behandling. Kommunen vurderer at dette er å legge høyere og mer omfattende krav til innholdet i kvalitetsmeldingen enn hva som kommer frem i malen fra BUF-Dir og de retningslinjer som er satt for en slik melding. Intensjonen med kvalitetsmeldingen er at kommunestyret skal være orientert og informert om status i tjenesten på et generelt grunnlag. Et bilde av hvordan det går. Det vil likevel ved neste kvalitetsmelding bli lagt større vekt på de manglene og avvikene som er i tjenesten og hvordan man jobber med å få rettet opp avvikene som revisjonen påpeker.

2.3.2 Risikovurdering og avvik

Det er noe uklart hva Deloitte mener med de nevnte punktene de mener det bør rapporteres på. Barneverntjenesten er av den oppfatning at flere punkter er rapportert på i de rapportene som sendes ut. Det fremstår som uklart hva som er ønskelig skal fremkomme utover det som allerede er rapportert på innenfor enkelte punkt. Det vises blant annet til områdene saksbehandling, inngåelse og innhold i avtaler samt oppsigelser og vedtak uten at dette er nærmere utdypet. Dette er også punkter som går utover hva både statsforvalter og interne rapporter per i dag krever.

4.3.1 Tiltaksplaner

Under punkt 4.3.1 må det ses på de to første setningene, her vises det til feil statsforvalter og beskrivelsen av tabellen samstemmer ikke med tabellen det vises til.

Barneverntjenesten jobber fortsatt med å få tiltaksplaner i alle saker. Det jobbes også med å få rettet opp feilregistreringene som har skjedd knyttet til evaluering av tiltaksplaner i det nye fagsystemet. Det er gjennomført flere evalueringer enn det kommer frem i systemet i dag, på grunn av denne feilen. Det har nylig vært avviklet internopplæring i skriving av tiltaksplaner og hvordan linke opp evaluering i saker til planene slik at det blir rett i fagsystemet.

6.4 Barns medvirkning

Rutiner som ikke er oppdatert etter nytt lovverk fra januar 2023 vil bli endret og navn på nyttofagsystem vil bli lagt inn i de rutinene hvor det henvises til det gamle systemet. Det er også sendt ut et hjelpeskiv til alle ansatte, der de punktvis har fått beskrivelser av hvordan barns medvirkning skal vurderes og tas med i vurderingen barneverntjenesten gjør. Ligger vedlagt da dere tidligere ikke har fått denne.

7.Samarbeid mellom barnehage og barneverntjenesten

Barnevernloven § 15-1 pålegger kommunene å drive generell forebyggende virksomhet. Det skal blant annet utarbeide en plan for hvordan etatene skal samarbeide. Veilederen til barnets beste – samarbeid mellom barnehagen og barneverntjenesten fra barne- og likestillingsdepartementet og kunnskapsdepartementet, viser til allerede etablerte saksbehandler rutiner som kommer frem av saksbehandlerrundskriv og lov. Barnehagesamarbeid blir ansett som viktig og på linje med samarbeid med andre instanser i kommunen. Tidlig innsats er et satsningsområde som kommunen har jobbet lenge med og før barnevernreformen tredde i kraft. Her har kommunen startet et arbeid etter modellen bedre tverrfaglig innsats (BTI). Digitale verktøy som er planlagt tatt i bruk er blant annet handlingsveilederen og staffet loggen. Dette involverer barnehagene i like stor grad som helsestasjon, og skole og andre instanser som er i kontakt med barn.

Gjennom arbeidet med tidlig inn vil forholdene som Deloitte påpeker knyttet til barnehagen som en sentral aktør for å følge med på de forholdene barn og unge lever under og finne tiltak som forhindrer omsorgssvikt og atferdsvansker samt deres rolle knytte til å avdekke slike vansker, i større grad bli ivaretatt. Handlingsveilederen vil gi konkrete beskrivelser av barnehagens og andre tjenester oppgave når de møter barn som bekymrer. Her vil også barneverntjenesten sin rolle og mulige tiltak komme frem.

Kommunen ønsker også her å presisere at ledersamlingene som er fire ganger i året hvor alle barnehagene deltar med styrere er med på å gi bedre kjennskap til hverandre og hvordan man jobber. Barnehagene har også mulighet til å benytte seg av dagvakta for drøftinger i enkeltsaker hvor de er usikre på hvordan de skal gå videre i en sak. Dette er et tilbud som barnehagene benytter seg av og opplever som nyttig i deres hverdag.

Barneverntjenesten opplever å ha et meget godt samarbeid med barnehagene i enkeltsaker, der det ofte er dialog og samhandling etter behov. Barneverntjenesten er også tilgjengelig for å komme ut til de enkelte barnehagene for å gi mer inngående informasjon om det er behov for dette. Imidlertid ser barneverntjenesten på muligheten for å etablere faste samarbeidsmøter med barnehagene, samt oppnevning av kontaktperson i barnevernet.

Generelt

Rapporten viser også til at det på flere områder er en forbedring på samtlige områder i forhold til forrige forvaltningsrevisjon. Dette anses som en positiv utvikling og viser til at lukking avvik er et prioritert område selv om man ikke har lyktes helt. Forsinkelsene som har vært er blant annet knyttet til høyt sykefravær og opphoping av meldinger høsten 2022, som har gjort det vanskeligere å gjennomføre endringene i like stort tempo som ønskelig.

Barneverntjenesten har tidligere tatt ut en saksbehandlerr ressurs for å jobbe med internkontrollen i 2020-2021, dette har ikke vært mulig å videreføre i 2022-2023, da det i tillegg til høyt sykefravær har vært mye å gjøre og kompliserte saker som har krevd mye tid i tjenesten. Barneverntjenesten opplever generelt at barnevern saker har fått en mer alvorlig og krevende karakter. Dette har ført til en mer arbeidskrevende hverdag hos hver enkelt saksbehandler og lederne.

Implementeringsarbeidet og oppdatering av internkontrollen har vært prioritert i mindre grad i lederteam det siste året. Det har vært utfordrende å finne tid til et godt og kvalitetsmessig arbeid rundt dette.

Med vennlig hilsen



Anne Skar Gabrielsen

Leder barne- og familieavdelingen

Vedlegg:

- Informasjon sendt til saksbehandlere knyttet til barns medvirkning
- Tiltaksplan for oppretting av avvik

Kvello (2021) har tatt utgangspunkt i McNeish og Newman (2003) sine sju punkter om barns medvirkning og utvidet oversikten til elleve punkter:

1. **Tilrettelegging av samtaler** inkluderer bruk av passende lokaler i forhold til samtaleinnhold, samtaleform samt barnets forutsetninger og behov.
2. **Samtalens form** og lengde tilpasses både samtaletemaet og barnets forutsetninger og behov.
3. Barnet skal gis **tilstrekkelig med informasjon og forklaringer** knyttet til den informasjon som gis, slik at det har godt nok uttalelses- og/eller beslutningsgrunnlag.
4. Informasjonen barnet får skal gis i en **ikke-førende stil** slik at barnet ikke påvirkes i bestemte retninger. Inkludert i dette er fremleggelse av motstridende synspunkter på like nyanserte måter.
5. **Den som gir informasjon til barn skal være nøytral** i betydningen å ikke ha en egeninteresse i forhold til barnets valg. Hvis den som gir informasjonen har beslutningsmyndighet, vil det være etisk riktig å avgrense barnets valgmuligheter slik at man ikke forkaster barnets valg fordi det ikke er forenlig med lovbestemmelser, statlige føringer osv.
6. **Barnet skal gis rimelig med tid** slik at det ikke stresses til å uttale seg eller beslutte før det har gjort seg opp en mening.
7. **Barnet skal støttes under beslutningsprosessen.** Det kan inkludere supplerende informasjon, gjentagelse av gitt informasjon som synes misforstått, glemt osv., understreking av retten til og viktigheten i å gjøre seg opp en mening.

8. **Fagpersonen sjekker ut** med barnet om de har forstått informasjonen og valgmuligheter som de har.

9. **Den fagpersonen som har hørt barnet mening skal sikre at dette frontes** når viktige avgjørelser på relevante områder tas. Det kan gjøres direkte ved å referere til barnets valg eller beslutte i tråd med deres valg, eller indirekte ved å gi informasjon videre til relevante personer og fora.

10. **Hvis barnet ikke har ønsket eller kan meddele seg, kan det representeres ved å forsøke å ha et barneperspektiv.** Det er ikke synonymt med barnets perspektiv. Sistnevnte kan bare barn selv ha, mens førstnevnte kan baseres på kjennskap til barn generelt som er i lignende situasjon og med lignende karakteristika, eller forskning.

11. **Barnet skal få en tilbakemelding på hva det konkret har påvirket/ medvirket til,** eller hvordan dets meninger og beslutninger er forsøkt ivaretatt i relevante fora.

Avvik	Tiltak for å rette opp avvik	Ansvarlig	Ferdigstillelse
Kvalitetsmelding/rapportering	Ved neste kvalitetsmelding legges det større vekt på de manglene som er i tjenesten og hvordan avvik skal lukkes	Mona/Anne	Neste rapportering
Punkter for rapportering	Deloitte må gi en bedre informasjon om de ulike punktene. Tas med i neste kvalitetsmelding	Mona/Anne	Neste rapportering
Utarbeidelse av undersøkelsesplan og undersøkelsesrapporten	Det skal lages undersøkelsesplan når ny undersøkelse starter. Saksbehandler har ansvar for å utarbeide dette sammen med teamleder. Undersøkelsesrapport skal foreligge senest to uker etter at vedtak er fattet. Teamleder rapporterer om status til barnevernsleder månedlig	Sylvi/Mona	15.11.2023
Tiltaksplaner i alle saker med hjelpetiltak	Teamleder tiltak lager plan for oppretting og gjennomføring. Teamleder rapporterer om status til barnevernsleder månedlig	Caroline/Mona	15.11.2023
Tiltaksplaner i omsorgsaker med tiltak	Teamleder omsorg lager plan for oppretting og gjennomføring.	Oddbjørg/Mona	15.11.2023
Evaluering av tiltak	Dette skal gjøres to uker før vedtaksperiode er over. Teamleder og saksbehandler har ansvar for å følge med på dette. Evalueringen må gjøres rett i fagsystemet, sjekkes av teamleder Teamleder rapporterer om status til barnevernsleder månedlig.	Oddbjørg/Caroline Mona	Gjelder fra og med i dag 18.09.23
Stillingsbeskrivelse tilsynsfører	Det skal utarbeides egen stillingsbeskrivelse for ansvaret med tilsyn i fosterhjem	Mona	31.10.2023
Utdaterede rutiner	Alle team gjennomgår egne rutiner og oppdaterer disse etter nytt fagsystem og lovverk Lederteam gjennomgår felles rutiner og oppdaterer disse Jurist gjennomgår alle vedtak/Maler og oppdaterer disse etter nytt lovverk	Sylvi/Oddbjørg/Caroline Mona Lederteamet Veronica	31.12.2023

Interkontrollen	Tiltakskort må gjennomgås Tekst må oppdateres	Ledergruppen	32.12.2023
Implementering av rutiner	Hvert team har ansvar for å gjennomgå og iverksette de ulike rutinene. Teamleder har ansvar for å sjekke at rutiner blir brukt ved saksgjennomgang.	Sylvi/Oddbjørg/Caroline/Mona	31.12.2023
Internrevisjon	Det skal gjennomføres en kontroll hvert halvår. Dette gjennomføres ved at hvert team velger ut en tilfeldig sak hvor det sjekkes ut at rutiner er fulgt. Teamleder har ansvar for å følge dette opp	Sylvi/Oddbjørg/Caroline/Mona	Første kontroll skal gjennomføres innen årsskiftet. Tema for første kontroll vil være barnets medvirkning.
Samarbeid med barnehager	Avtale faste samarbeidsmøter og oppnevning av kontaktpersoner til de ulike barnehagene	Mona	31.10.23
Tidlig inn Rana	Handlingsveileder og staffet logg	Anne/Mona i samarbeid med oppvekst og kultur	01.01.2024
Eventuelt	Rapporten og handlingsplanen skal gjennomgås i lederteamet og nye tiltak vil settes inn om dette oppdages ved gjennomgangen.	Mona	30.09.2023



Deloitte AS and Deloitte Advokatfirma AS are the Norwegian affiliates of Deloitte NSE LLP, a member firm of Deloitte Touche Tohmatsu Limited ("DTTL"), its network of member firms, and their related entities. DTTL and each of its member firms are legally separate and independent entities. DTTL (also referred to as "Deloitte Global") does not provide services to clients. Please see www.deloitte.no for a more detailed description of DTTL and its member firms.

Deloitte Norway conducts business through two legally separate and independent limited liability companies; Deloitte AS, providing audit, consulting, financial advisory and risk management services, and Deloitte Advokatfirma AS, providing tax and legal services.

Deloitte is a leading global provider of audit and assurance, consulting, financial advisory, risk advisory, tax and related services. Our network of member firms in more than 150 countries and territories serves four out of five Fortune Global 500® companies. Learn how Deloitte's 330,000 people make an impact that matters at www.deloitte.no.

© 2023 Deloitte AS

Oppfølging av revisjonsrapport nr. 8

Behandles i utvalg

Kontrollutvalget i Rana kommune

Møtedato

10.04.2025

Saknr

13/25

Saksbehandler Kent Røstad

Arkivkode FE-216 - Revisjon, TI-&58

Arkivsaknr 23/410 - 5

Forslag til vedtak

Kontrollutvalget tar redegjørelsen til orientering og anser saken som avsluttet.

Vedlegg

Saksutskrift sak 04-25 - Oppfølging av revisjonsrapport nr. 8

Orientering fra kommunedirektøren - oppfølging av revisjonsrapport nr. 8

Revisjonsrapport nr. 8

Tilsvaret til revisjonsrapport

Saksframlegg sak 42-23

Protokoll, kontrollutvalgets møte 25.08.2023

Saksopplysninger

Sak om behandling av revisjonsrapport nr. 8 ble behandlet i kontrollutvalgets møte 20. februar 2024. Det ble besluttet at regnskapsrevisor skulle gi innspill til saken før kontrollutvalget tok stilling til om saken skal anses som fulgt opp og avsluttet. Saken ble utsatt til kontrollutvalgets møte 10. april 2025. Det ble fattet følgende vedtak:

1. *Saken utsettes til kontrollutvalgets møte 10. april 2025.*
2. *Kontrollutvalget ber regnskapsrevisor gi innspill til saken i kontrollutvalgets møte 10. april 2025.*

Sakens bakgrunn er behandling av revisjonsrapport nr. 8 i kontrollutvalgets møte 28. august 2023. Det ble fattet følgende vedtak:

Kontrollutvalget tar informasjon fra revisor til orientering og vedtar å følge opp følgende påpekninger videre:

- *Tidsriktige endringsmeldinger - lønn*
- *Kontroller mva-kompensasjon*

Detaljert saksgang er beskrevet i saksframlegg fra kontrollutvalgets møte 28. august 2023, sak 42/23, som er vedlagt.

Kommunedirektøren ble bedt om å gi en skriftlig orientering om hvordan påpekningene er fulgt opp. I den skriftlige orienteringen vises det til følgende:

Tidsriktige endringsmeldinger lønn:

- Rana kommune har digitalisert personmeldinger i stor grad siden 2022. Disse opprettes digitalt i ERP-systemet (Visma) og blir attestert og anvist i henhold til kommunens økonomireglement.
- Det er innført automatisk kontroll mot folkeregisteret. Slik sikres det at riktig person mottar lønn fra kommunen.
- Det blir gjennomført årlig opplæring knyttet til dette området og det er årlige kurs mot ledere og merkantilt ansatte. Det er oppdaterte rutinebeskrivelser i kvalitetssystemet EQS.

- Høsten 2024 ble det gjort en migrering av kommunens ERP-løsning slik at man gikk fra en lokal installasjon til en skybasert løsning. Med dette har kommunen kontinuerlig oppdatert løsning og utviklingen av systemet følges kontinuerlig.
- Alle ledere skal sjekke lønnstransaksjoner på web og bekrefte at kontrollen er utført. Dette ble innført som en ny rutine i mai 2023 som en del av kommunens internkontroll og egenkontroll av regnskapet. Slik får lederne oversikt av kommende lønnsutbetalinger til sine ansatte.
- Det er opprettet innmeldingsskjema for systemtilganger, som benyttes for å gi nødvendige og riktige tilganger til nye ansatte.

Kontrollerer mva-kompensasjon:

- Kommunen har et fast kontrollskjema som er opprettet i samarbeid med revisjon, i tillegg utføres stikkprøver hver termin.
- Det er tatt i bruk nye funksjoner i kommunens ERP-system som bidrar til å avdekke feil i mva-behandling. Samtlige fakturaer der mva-behandling avviker til angitt mva. beløp på faktura blir avdekket automatisk i Visma og havner i en kontrolliste der alle fakturaer blir kontrollert. Eventuelle feil blir enten korrigert eller sendt tilbake for ny og riktig saksbehandling
- Samtlige fakturaer som er foreldet blir kontrollert. Det gjelder også utenlandske fakturaer.
- Kommunen gar automatisert periodisering av fakturaer mellom år som sikrer riktig mva-behandling ved årsskifte.
- Det er redusert antall mva-koder i Visma. Mva-kompensasjonskodene for drift og investering er slått sammen. Det bidrar til færre feil i regnskapet.
- Kommunen har begrenset lovligheten til å bruke ulogiske mva-koder på enkelte Kostra-arter
- Iverksatte tiltak og kontroller fører til at det er få feil knyttet til merverdiavgift i kommunens regnskap.

Vurdering

Sekretariatet mener at orientering fra 4. februar 2025 viser at kommunen har fulgt opp revisors påpekninger og etablert rutiner for å sikre internkontrollen. Til sammenligning vises det til kommunens tilsvart datert 21. juni 2023 hvor det framkom at flere av de punktene som er vist til i kommunedirektørens orientering av 4. februar 2024 var i startfasen av sin innføring. Administrasjonen har fått etablert gode rutiner siden da.

Regnskapsrevisor vil delta i kontrollutvalgets møte 10. april 2025. Basert på kommunedirektørens skriftlige orientering og revisors innspill i møtet må kontrollutvalget vurdere om det anser at de to påpekningene fra revisor er fulgt opp av kommunedirektøren og om saken skal anses som avsluttet.

Oppfølging av revisjonsrapport nr. 8

Behandles i utvalg

Kontrollutvalget i Rana kommune

Møtedato

20.02.2025

Saknr

04/25

Saksbehandler Kent Røstad

Arkivkode FE-216 - Revisjon, TI-&58

Arkivsaknr 23/410 - 3

Forslag til vedtak

Kontrollutvalget tar redegjørelsen til orientering og anser saken som avsluttet.

Behandling:

Sekretariatet orienterte.

Kontrollutvalget diskuterte saken. Kontrollutvalget ønsker å sende saken til regnskapsrevisor og få innspill fra revisor i kontrollutvalgets møte 10. april 2025.

Kontrollutvalget la fram følgende omforente vedtak:

1. Saken utsettes til kontrollutvalgets møte 10. april 2025.
2. Kontrollutvalget ber regnskapsrevisor gi innspill til saken i kontrollutvalgets møte 10. april 2025.

Enstemmig vedtatt.

Vedtak:

1. Saken utsettes til kontrollutvalgets møte 10. april 2025.
2. Kontrollutvalget ber regnskapsrevisor gi innspill til saken i kontrollutvalgets møte 10. april 2025.

Vedlegg

Orientering fra kommunedirektøren - oppfølging av revisjonsrapport nr. 8

Revisjonsrapport nr. 8

Tilsvar til revisjonsrapport

Saksframlegg sak 42-23

Protokoll, kontrollutvalgets møte 25.08.2023

Saksopplysninger

Sak om behandling av revisjonsrapport nr. 8 ble behandlet i kontrollutvalgets møte 28. august 2023. Det ble fattet følgende vedtak:

Kontrollutvalget tar informasjon fra revisor til orientering og vedtar å følge opp følgende påpekninger videre:

- *Tidsriktige endringsmeldinger - lønn*
- *Kontroller mva-kompensasjon*

Detaljert saksgang er beskrevet i saksframlegg fra kontrollutvalgets møte 28. august 2023. sak 42/23, som er vedlagt.

Kommunedirektøren ble bedt om å gi en skriftlig orientering om hvordan påpekningene er fulgt opp. I den skriftlige orienteringen vises det til følgende:

Tidsriktige endringsmeldinger lønn:

- Rana kommune har digitalisert personalmeldinger i stor grad siden 2022. Disse opprettes digitalt i ERP-systemet (Visma) og blir attestert og anvist i henhold til kommunens økonomireglement.
- Det er innført automatisk kontroll mot folkeregisteret. Slik sikres det at riktig person mottar lønn fra kommunen.
- Det blir gjennomført årlig opplæring knyttet til dette området og det er årlige kurs mot ledere og merkantilt ansatte. Det er oppdaterte rutinebeskrivelser i kvalitetssystemet EQS.
- Høsten 2024 ble det gjort en migrering av kommunens ERP-løsning slik at man gikk fra en lokal installasjon til en skybasert løsning. Med dette har kommunen kontinuerlig oppdatert løsning og utviklingen av systemet følges kontinuerlig.
- Alle ledere skal sjekke lønnstransaksjoner på web og bekrefte at kontrollen er utført. Dette ble innført som en ny rutine i mai 2023 som en del av kommunens internkontroll og egenkontroll av regnskapet. Slik får lederne oversikt av kommende lønnsutbetalinger til sine ansatte.
- Det er opprettet innmeldingsskjema for systemtilganger, som benyttes for å gi nødvendige og riktige tilganger til nye ansatte.

Kontroller mva-kompensasjon:

- Kommunen har et fast kontrollskjema som er opprettet i samarbeid med revisjon, i tillegg utføres stikkprøver hver termin.
- Det er tatt i bruk nye funksjoner i kommunens ERP-system som bidrar til å avdekke feil i mva-behandling. Samtlige fakturaer der mva-behandling avviker til angitt mva. beløp på faktura blir avdekket automatisk i Visma og havner i en kontrolliste der alle fakturaer blir kontrollert. Eventuelle feil blir enten korrigert eller sendt tilbake for ny og riktig saksbehandling
- Samtlige fakturaer som er foreldet blir kontrollert. Det gjelder også utenlandske fakturaer.
- Kommunen gar automatisert periodisering av fakturaer mellom år som sikrer riktig mva-behandling ved årsskifte.
- Det er redusert antall mva-koder i Visma. Mva-kompensasjonskodene for drift og investering er slått sammen. Det bidrar til færre feil i regnskapet.
- Kommunen har begrenset lovligheten til å bruke ulogiske mva-koder på enkelte Kostra-arter
- Iverksatte tiltak og kontroller fører til at det er få feil knyttet til merverdiavgift i kommunens regnskap.

Vurdering

Sekretariatet mener at orientering fra 4. februar 2025 viser at kommunen har fulgt opp revisors påpekninger og etablert rutiner for å sikre internkontrollen. Til sammenligning vises det til kommunens tilsvarende datert 21. juni 2023 hvor det framkom at flere av de punktene som er vist til i kommunedirektørens orientering av 4. februar 2024 var i startfasen av sin innføring. Administrasjonen har fått etablert gode rutiner siden da.

Sekretariatet anser at de to påpekningene fra revisor er fulgt opp av kommunedirektøren og at saken kan anses som avsluttet.

Mo i Rana, 04.02.2025

KONSEK TRØNDELAG IKS
Postboks 2564
7735 STEINKJER

Saksnummer og dokumentnummer
2022/6473-113

Avdeling/saksbehandler
ØKONOMI/TOKA

Deres referansenummer

Orientering til kontrollutvalget - oppfølging av revisjonsrapport 8

Viser til revisjonsrapport nr. 8 datert 19.mai 2023, tilsvarende revisjonsrapport nr. 8 fra Rana kommune 21.juni 2023, samt vedtak i kontrollutvalgets møte 28.august 2023:

Kontrollutvalget tar informasjon fra revisor til orientering og vedtar å følge opp følgende påpekninger videre:

- *Tidsriktige endringsmeldinger – lønn*
- *Kontroller mva-kompensasjon*

Det bes om at kommunedirektøren gir en skriftlig orientering om hvordan de nevnte påpekninger er fulgt opp innen 6. februar 2025.

Tidsriktige endringsmeldinger lønn

Rana kommune har digitalisert personalmeldinger i stor grad siden 2022. Personalmeldinger opprettes nå digitalt i ERP-systemet (Visma) og blir attestert og anvist i henhold til kommunens økonomireglement.

Vi har også innført automatisk kontroll mot folkeregisteret, slik at vi sikrer at riktig person mottar lønn fra Rana kommune.

Vi gjennomfører årlig opplæring knyttet til dette området og har årlige kurs mot ledere og merkantilt ansatte. I tillegg har vi oppdaterte rutinebeskrivelser i vårt kvalitetssystem EQS.

Høsten 2024 ble det gjort en migrering av kommunens ERP system, der vi gikk fra lokal installasjon til sky basert løsning. Dette gjør at vi kontinuerlig har en oppdatert løsning på plass. Vi følger utviklingen av vårt ERP-system kontinuerlig og jobber til enhver tid med å sikre rett lønn til rett tid.

Som en del av Rana kommunes internkontroll og egenkontroll av regnskapet, ble det innført ny rutine fra mai 2023, der alle ledere skal sjekke lønnstransaksjoner på Web og bekrefte at kontrollen er utført. Dette er et månedlig tilleggssupplement som gir ledere oversikt over kommende lønnsutbetaling til sine ansatte før utbetaling av lønn. Leder skal kontrollere sine ansatte og gi tilbakemelding på eventuelle feil før utbetaling av lønn. Oppdaterte rutiner og veiledning er lagt i kommunens kvalitetsportal.

Vi har innført ny arbeidsprosess og nye rutiner for adgangsstyring. Det er opprettet innmeldingsskjema for systemtilganger, som benyttes for å gi nødvendige og riktige tilganger til nye ansatte. Skjema fylles ut av leder og sendes til systemadministratorer i Støttetjeneste.

Kontroller mva. kompensasjon

I løpet av de siste to årene har vi etablert bedre rutiner i forhold til kontroll av merverdiavgift. Rana kommune har et fast kontrollskjema som er opprettet i samarbeid med revisjon, i tillegg utføres stikkprøver hver termin.

Det er tatt i bruk nye funksjoner i vårt ERP-system, som bidrar til å avdekke feil mva. behandling. Samtlige fakturaer der mva. behandling avviker i forhold til angitt mva. beløp på faktura blir avdekket automatisk i Visma og havner i en kontroll liste, der alle fakturaer blir kontrollert. Eventuelle feil blir enten korrigert eller sendt tilbake for ny og riktig saksbehandling.

Samtlige fakturaer som er foreldet blir kontrollert. Dette gjelder også alle utenlandske fakturaer.

Vi har automatisert periodisering av fakturaer mellom år som sikrer riktig mva. behandling ved årsskifte.

Vi har redusert antall mva. koder i Visma, ved at mva. kompensasjonskodene for drift og investering er slått sammen. Dette har bidratt til mindre feil i regnskapet.

Vi har også begrenset lovligheten til å bruke ulogiske mva. koder på enkelte Kostra arter.



Iverksatte tiltak og kontroller, gjør at det er lite feil knyttet til merverdiavgift, i kommunens regnskap.

Med vennlig hilsen

Torstein Karlsen
Økonomisjef
Økonomiavdelingen
75145209

Brevet er elektronisk signert og har derfor ikke håndskrevne signaturer.

Kontrollutvalget i Rana kommune
v/Indre Helgeland kontrollutvalgssekretariat
Sentrumsveien 1
8646 Korgen

Revisjonsrapport nr. 8 (journalføres)

REVISJONSRAPPORT 2022

Vi har i vår revisjon gjennom året lagt vekt på å kontrollere påliteligheten i de interne kontroll- og regnskapsrutiner som fører frem til og danner grunnlaget for avleggelsen av årsregnskapet. Ved gjennomføringen av revisjonen har vi fokusert på kommunens interne administrative rutiner og intern kontroll av betydning for driftsregnskap, investeringsregnskap og balanse. Revisjonen gjennom året omfatter også attestasjon av kommunens refusjonskrav av MVA--kompensasjon og andre særattestasjoner.

Revisjonen i årsoppgjøret har i hovedsak vært konsentrert rundt periodisering, verdsettelse, klassifisering samt gjennomgang av kommunens dokumentasjon av regnskapsmessige vurderinger knyttet til årsregnskapet. Vi har også vurdert om tilleggsinformasjon i form av noter er fullstendig og informativ ved gjennomgang av rådmannens årsberetning (årsrapport).

Vi har i tidligere revisjonsrapporter påpekt forhold som har medført behov for modifiseringer i revisjonsberetningen. Vi har ved vår gjennomgang av kommunens internkontroll og årsregnskap for 2022 avdekket forhold som vi har ansett nødvendig å omtale i vår revisjonsberetning.

Vi vil i punktene nedenfor omtale forhold som revisor har vurdert som vesentlig, og som følgelig skal påpekes skriftlig overfor kontrollutvalget og kommunens administrasjon i henhold til kommuneloven § 24-7.

OPPFØLGING AV TIDLIGERE RAPPORTERTE FORHOLD – RAPPORT NR 7

Vi har gjennom revisjonen fått fremlagt nødvendig og tilstrekkelig dokumentasjon, og vi opplever å ha et godt samarbeid underveis i revisjonen. Vi vil kommentere de enkelte forholdene nedenfor.

Regnskapsmessig vurdering av balanseposter – dokumentasjon i henhold til bokføringslovens krav

Avstemming av utlån er tilfredsstillende dokumentert

Tidsriktige endringsmeldinger – lønn

Så vidt vi erfarer er implementering av personalmeldinger og adgangsstyring i VISMA HRM forsinket og vil bli iverksatt i 2023. Vi er ikke kjent med at det i 2022 har oppstått hendelser som har medført feil i regnskapet som følge av eventuelle mangelfulle endringsmeldinger.

Naturalytelser

Vi er kjent med at relevante rutiner er utarbeidet og ferdigstilt i kommunens kvalitetsportal, og rammer og regler rundt naturalytelser er kartlagt og avklart. Kontrolloppstillingen (RF-1022) er avstemt mot hovedbok uten avvik, og vi har ikke identifisert mulige naturalytelser som ikke er lønnsmessig innberettet.

Kontroller mva-kompensasjon

Vi har gjennom vår revisjon konstatert at det gjøres kontroller av både regnskapsfører og controller, og at det er etablert tilfredsstillende kontrollrutiner.

Vi vil likevel kommentere at det fortsatt en del feil som må følges opp, og vi oppfatter at det er forbedringspotensial til gjennomføring av den interne kontrollen.

Budsjettavvik

Vi har rettet forespørsel til kommunen om en vurdering av hvilke premisser for bruken av bevilgningene det er størst risiko for vesentlige avvik. Vi har mottatt tilfredsstillende tilbakemelding som grunnlag for vår vurdering av fastsetting og oppfølging av budsjettpremissene. Kommunedirektøren omtaler budsjettavvikene i årsberetningen og de vesentligste avvikene anses tilfredsstillende forklart.

Usikre forpliktelser

Det vises til note 19, der det er opplyst at kommunen er saksøkt av Gjensidige Forsikring for regresskrav kr 8,3 MNOK. Utfallet av sakene kan ennå ikke fastslås, og det er følgelig ikke gjort noen avsetning i årsregnskapet for en eventuell forpliktelse. Dette forholdet har ingen betydning for vår konklusjon om regnskapet.

Revisjonsberetning

Revisjonsberetningen for 2022 omfatter både kommunekassen og konsolidert regnskap. Forholdene som er omtalt ovenfor gir etter vår vurdering ikke grunnlag for å modifisere vår konklusjon, og vi vil avgi en revisjonsberetning uten presisering eller forbehold.

Vi takker for samarbeidet i regnskapsåret 2022, og imøteser et svar på forholdene som er omtalt ovenfor innen 1. juni 2023.

Trondheim, 19. mai 2023
Deloitte AS

Harald Halvorsen

statsautorisert revisor

Kopi: Rådmannen i Rana kommune

PENNEO

Signaturene i dette dokumentet er juridisk bindende. Dokument signert med "Penneo™ - sikker digital signatur".
De signerende parter sin identitet er registrert, og er listet nedenfor.

"Med min signatur bekrefter jeg alle datoer og innholdet i dette dokument."

Harald Halvorsen

Statsautorisert revisor

På vegne av: Deloitte AS

Serienummer: 9578-5993-4-2870557

IP: 217.173.xxx.xxx

2023-05-25 13:46:46 UTC



Dokumentet er signert digitalt, med **Penneo.com**. Alle digitale signatur-data i dokumentet er sikret og validert av den datamaskin-utregnede hash-verdien av det opprinnelige dokument. Dokumentet er låst og tids-stemplet med et sertifikat fra en betrodd tredjepart. All kryptografisk bevis er integrert i denne PDF, for fremtidig validering (hvis nødvendig).

Hvordan bekrefter at dette dokumentet er originalen?

Dokumentet er beskyttet av ett Adobe CDS sertifikat. Når du åpner dokumentet i

Adobe Reader, skal du kunne se at dokumentet er sertifisert av **Penneo e-signature service** <penneo@penneo.com>. Dette garanterer at innholdet i dokumentet ikke har blitt endret.

Det er lett å kontrollere de kryptografiske beviser som er lokalisert inne i dokumentet, med Penneo validator - <https://penneo.com/validator>

DELOITTE AS AVD TRONDHEIM
Dyre Halses gate 1A
7042 TRONDHEIM

Mo i Rana, 21.06.2023

Saksnr.-dok.nr.
2022/9418-12

Arkivkode
210

Avd/Saksb
ØKONOMI/1-14659

Deres ref.

Tilsvar revisjonsrapport nr 8 - 2022

Viser til revisjonsrapport nr. 8, mottatt 25.05.2023.

Rana kommune har følgende kommentarer til rapporten:

Tidsriktige endringsmeldinger – lønn:

Manuelt skjema er erstattet med digitale personalmeldinger i VISMA. Det er gitt opplæring og veiledning til informasjonen og laget rutinebeskrivelser i vårt kvalitetssystem. Vi har også innført lønnstransaksjoner på web hvor lederne kontrollerer lønnen før den utbetales slik at risikoen for feilutbetalinger reduseres. Arbeidet med implementering er ferdigstilt første halvdel av 2023 – og naturligvis et pågående arbeid med tanke på veiledning og opplæring.

Kontroller mva-kompensasjon

Vi jobber med kontinuerlig forbedring av kontroller for å avdekke og rette opp i feil.

Ut over de kommenterte forbehold oppfatter vi ikke å ha noen åpne poster. Vi takker for samarbeidet i 2022.

Med vennlig hilsen

Linn Carina Utsi
Økonomisjef

Økonomiavdelingen

Brevet er elektronisk signert og har derfor ikke håndskrevet signatur.

SAKSFREMLEGG

KU-RANA
Møte 25.08.2023

Sak 042/23 Oppf. av revisjonsbrev nr. 8 vedr. Rana kommune, fra regnskapsrevisjonen 2022.

Dokumenter:

- Revisjonsrapport nr. 8 (fra regnskapsrevisjonen for 2022), datert 19.05.2023
- Brev datert 21.06.2023 fra økonomisjef til Deloitte AS (tilsvar revisjonsrapport nr. 8)
- Dokumentet «Skjematisk oversikt over påpekninger fra regnskapsrevisor» til KU fra KUsekr.

Saksorientering:

I KU-sak 025/23 den 26.05.2023 ble KU gjort kjent med at revisor har avlagt revisjonsrapport nr. 8 (vedr. regnskapsrevisjonen for 2022 av Rana kommune). Revisjonsrapporten ble mottatt dagen før KUs møte og det ble således ikke tid til å sette den opp som sak til møtet. KU protokollerte at revisjonsrapporten kommer til behandling i KUs møte den 25.08.2023 sammen med kommunens svar til rapporten.

Revisjonsrapport nr. 8 fra revisor er et «nummerert brev» som er avgitt i henhold til kommunelov § 24-7. Nummererte brev inneholder *påpekninger* som krever oppfølging fra administrasjonen. Videre gir påpekningene et «påse-ansvar» for KU etter følgende bestemmelse i Forskrift for kontrollutvalg og revisjon § 3, 3. ledd:

Kontrollutvalget skal påse at regnskapsrevisorens påpekninger etter kommuneloven § 24-7 til § 24-9 blir rettet eller fulgt opp. Hvis påpekningene ikke blir rettet eller fulgt opp, skal kontrollutvalget rapportere det til kommunestyret eller fylkestinget.

Nummererte brev kan inneholde

- tidligere påpekninger som ikke i tilstrekkelig grad er fulgt opp av administrasjonen,
- vurderinger av tidligere påpekninger som er fulgt opp i tilstrekkelig grad,
- nye påpekninger som krever oppfølging fra administrasjonen.

Dersom tidligere påpekninger verken kommenteres eller påpekes i nummererte brev, kan dette implisitt forstås slik at påpekningen i tilstrekkelig grad er fulgt opp av administrasjonen.

Av vedlagte skjematiske oversikt over påpekninger fra regnskapsrevisor, fremgår at tidligere påpekninger i tilstrekkelig grad er fulgt opp. Det fremstår imidlertid som noe uklart om de to tidligere påpekningene nr. 18 og nr. 20 i tilstrekkelig grad er fulgt opp av administrasjonen. Videre fremstår som noe uklart om ny påpekning nr. 25 er en påpekning eller en supplerende opplysning som ikke krever nærmere oppfølging fra KUs side. Revisjonsberetningen for 2022 angir ingen forhold, forbehold el.l. som krever nærmere oppfølging fra administrasjonens side.

Regnskapsrevisor kan i møtet orientere nærmere om de forhold som belyses i revisjonsrapport nr. 8 er av en slik art/vesentlighetsgrad at dette krever videre oppfølging fra KUs side etter reglene i Forskrift for kontrollutvalg og revisjon § 3, 3. ledd.

Innstilling til vedtak:

(saken legges frem uten innstilling til vedtak)

PROTOKOLL FRA MØTE 25.08.2023 KONTROLLUTVALGET I RANA

Vedtak:

Kontrollutvalget tar vedlagte dokument til orientering.

Sak 040/23 Oppfølging av tidligere KU-vedtak samt KUs ansvar og oppgaver.

Møtebehandling:

KU-sekr. har fått opplyst fra revisor at resultatet av bestilt etterkontroll vedr. enkelte anbefalinger fra forvaltningsrevisjon innen barnevern (jfr. KU-sak 033/23), og fra selskapskontroll innen HAF IKS (jfr. KU-sak 032/23) kan være klar til oversendelse innen den 18.09.2023.

Innstilling til vedtak ble godkjent med følgende tillegg:
«Kontrollutvalget vedtar å flytte møtet 06.10.2023 til den 20.09.2023.»
Vedtaket var enstemmig.

Vedtak:

Kontrollutvalget tar til orientering at alle tidligere KU-vedtak er effektuerte eller under effektivering.
Kontrollutvalget vedtar å flytte møtet 06.10.2023 til den 20.09.2023.

Sak 041/23 Kommunikasjon/dialog med revisor

Møtebehandling:

Innstilling til vedtak ble godkjent.
Vedtaket var enstemmig.

Vedtak:

Kontrollutvalget tar informasjonen til orientering.

Sak 042/23 Oppf. av revisjonsbrev nr. 8 vedr. Rana kommune, fra regnskapsrevisjonen 2022.

Møtebehandling:

Innstilling til vedtak ble formulert i møtet og godkjent med følgende ordlyd:
«Kontrollutvalget tar informasjon fra revisor til orientering og vedtar å følge opp følgende påpekninger videre:
- Tidsriktige endringsmeldinger – lønn
- Kontroller mva-kompensasjon.»
Vedtaket var enstemmig.

Vedtak:

Kontrollutvalget tar informasjon fra revisor til orientering og vedtar å følge opp følgende påpekninger videre:
- Tidsriktige endringsmeldinger – lønn
- Kontroller mva-kompensasjon.

Forvaltningsrevisors samhandling med kommunens administrasjon

Behandles i utvalg

Kontrollutvalget i Rana kommune

Møtedato

10.04.2025

Saknr

14/25

Saksbehandler Kent Røstad
Arkivkode FE-217, TI-&58
Arkivsaknr 24/391 - 10

Forslag til vedtak

Kontrollutvalget sender saken til kommunestyret til orientering.

Vedlegg

Kommunedirektørens foreløpige tilbakemelding på utkast av revisjonsrapport

Saksopplysninger

Deloitte er kommunens revisor. Forvaltningsrevisor i Deloitte har tatt kontakt med sekretariatet og informert om at kommunikasjonen med kommunens administrasjon har vært utfordrende i forbindelse med ferdigstilling av to forvaltningsrevisjoner som er bestilt av kontrollutvalget.

Forvaltningsrevisor har oversendt administrasjonens foreløpige tilbakemelding til utkast av revisjonsrapport "Melding og oppfølging av avvik og varslings". Tilbakemeldingen er signert av kommunedirektøren og viser tydelig at det er en uenighet mellom revisjonen og administrasjonen. Det fremmes flere påstander om revisjonen.

Administrasjonen er blant annet uenig i de rammene som revisjonen har satt i prosjektet, og bruk av metode og datagrunnlag. Administrasjonen viser til at omfanget av revisjonen er blitt for detaljert og større enn nødvendig. Av den grunn ønsker kommunen å vente med å gi svar på spørsmål som revisjonen har sendt til administrasjonen for å kvalitetssikre rapporten fram til revisor har sett gjennom kommunens første tilbakemelding.

Administrasjonen hevder videre at revisjonen har utvidet sitt mandat til å undersøke forhold som ikke er gjenstand for forvaltningsrevisjon. Administrasjonen mener det er grunn til å stille spørsmål om Deloitte's objektivitet, eller om revisjonens omfang er utvidet med bakgrunn i egne interesser knyttet til ressursbruk og pris kommunen må betale for forvaltningsrevisjonen.

Administrasjonen mener å se en trend der revisjonen ser ut til å gjennomføre forvaltningsrevisjoner som er mer omfattende og kostbare enn nødvendig. Administrasjonen mener at kommunen har brukt mye tid og ressurser på å ettergå denne og en tidligere forvaltningsrevisjon.

Administrasjonen viser også til risiko- og vesentlighetsrapport som er utformet av Deloitte. Revisjonen har vurdert risiko for feil og mangler på ulike områder ulikt enn kommunen selv. Administrasjonen stiller spørsmål om Deloitte bevisst har vurdert for mange områder som "røde" for å legitimere omfang, tid og ressurser for forvaltningsrevisjoner. Administrasjonen fremmer en påstand om at kommunens resultater, antall klagesaker, tilsynsrapporter, alvorlige hendelser m.m. indikerer at Deloitte's risikovurdering ikke kan være basert på fakta og kunnskap.

Avslutningsvis skriver administrasjonen at den forventer at Deloitte ved neste revisjon har tilstrekkelig kompetanse/kunnskap om valgte fag/tema, om gjeldene lovverk, og om kommunens roller og virksomhet - og stiller med ressurser som innehar disse – slik at revisjonsgrunnlag, kriterier og problemstillinger er i samsvar med kontrollutvalgets bestilling.

Dette er påstander som revisjonen ikke kjenner seg igjen i og er uenig i. Revisjonen har derfor tatt kontakt med sekretariatet og ønsker å orientere kontrollutvalget om at det er utfordringer i samarbeidet med kommunens administrasjon, og samtidig gi en statusoppdatering om de to nevnte forvaltningsrevisjonene.

Forvaltningsrevisor vil delta i kontrollutvalgets møte 10. april 2025 og gi en muntlig orientering. Kommunens skriftlige tilbakemelding er fra kommunens side unntatt offentlighet. Konsek har vurdert at det i dokumentet ikke er informasjon som må unntas offentlighet. Kommunens skriftlige tilbakemelding er vedlagt saken.

Vurdering

Kontrollutvalget har rett til å be om den informasjonen det selv ønsker. Om forvaltningsrevisor på vegne av kontrollutvalget gjennomfører en undersøkelse eller forvaltningsrevisjon, og revisor ikke får tilgang til den dokumentasjon som er nødvendig for å svare på aktuelle problemstillinger, så kan dette hindre kontrollutvalget i å utføre sitt mandat som kontrollorgan på vegne av kommunestyret. I denne konkrete saken har revisor sendt utkast av rapport til kommunen og bedt om svar på konkrete spørsmål for å kvalitetsikre rapporten. Når administrasjonen ikke ønsker å svare på disse spørsmålene før Deloitte har gått gjennom kommunens tilbakemelding så legger det hindringer for framdriften i arbeidet med å ferdigstille rapporten. Det tar lengre lengre tid før rapporten ferdigstilles og kan presenteres for kontrollutvalget, og lengre tid før rapporten kan sendes videre til kommunestyret for endelig behandling.

Sekretariatet vil presisere at når kontrollutvalget bestiller en forvaltningsrevisjon så vil forvaltningsrevisor utarbeide en prosjektplan som presenteres for kontrollutvalget. I denne vil det være forslag til problemstilling, antall timer og et tidsestimat for når rapport skal være ferdigstilt. Kontrollutvalget står fritt til å gjøre endringer i prosjektplanen, og godkjenner den først når den er i tråd med kontrollutvalgets ønsker. Sekretariatet er ikke enig i påstanden om at revisjonen har utvidet sine rammer og går utenfor kontrollutvalgets bestilling. Det er uheldig at revisors integritet trekkes i tvil med beskyldninger om å gjøre prosjekter større og mer omfattende enn nødvendig.

Sekretariatet er heller ikke enig i påstanden om at det er problematisk at revisjonens risiko-vesentlighetsvurdering skiller seg fra kommunen sine egne vurderinger. At revisor gjør en uavhengig vurdering av risikoområder i kommunen er i tråd med kontrollperspektivet som revisor utfører på vegne av kontrollutvalget.

Konklusjon

Kontrollutvalget er kommunestyrets kontrollorgan. Når revisjonen, som gjør undersøkelser på vegne av kontrollutvalget, har utfordringer i samspillet med kommunens administrasjon, så bør kommunestyret bli orientert om dette. Sekretariatet anbefaler derfor at kontrollutvalget sender saken til kommunestyret til orientering.

Unndratt offentlighet, jfr. offentleglova §§ 5, 14 og 15.

Foreløpig tilbakemelding til utkast av revisjonsrapport «Melding og oppfølging av avvik og varsling»

Tirsdag 25. februar 2025 mottok vi utkast av revisjonsrapporten «Melding og oppfølging av avvik og varsling» til verifisering fra Deloitte AS. Kontrollutvalget har i møte 31. mai 2024 bestilt en forvaltningsrevisjon med tema «System for å melde og følge opp avvik, inkludert varsling». Deloitte har med bakgrunn i bestillingen fra kontrollutvalget utarbeidet problemstillinger for å gjennomføre oppdraget. På oppstartsmøtet ble revisjonens formål og problemstillinger presentert;

- Formålet – undersøke om Rana kommune har etablert et hensiktsmessig system for å melde og følge opp avvik. I tillegg om kommunen har etablert et hensiktsmessig system for varsling av kritikkverdige forhold.
- Problemstillinger;
 - I hvilken grad opplever ledere og ansatte at Rana kommune har etablert god ytringskultur?
 - Har Rana kommune etablert et hensiktsmessig system for å melde inn og avdekke avvik?
 - Har Rana kommune etablert et hensiktsmessig system for å sikre at avvik blir fulgt opp og brukt til å forbedre tjenestene?
 - Har Rana kommune etablert system og rutiner for varsling i samsvar med regelverk og eventuelle kommunale vedtak?

Vi mener kommunen alltid vil ha et forbedringspotensial når det gjelder systematisk arbeid med avvik og varsling. En kommune er en stor og sammensatt organisasjon, der sammensetning av ansatte, ledere, tillitsvalgte, kompetanse og erfaring vil være i bevegelse – og der systematisk arbeid med kvalitet, internkontroll og opplæring derfor aldri vil være et avsluttet kapittel.

Samtidig ser det ut som Deloitte i denne forvaltningsrevisjonen legger til grunn en upresis tolkning av krav knyttet til ytringskultur, at problemstilling og spørsmål knyttet til ytringskultur bygger på feil grunnlag, og at omfanget av revisjonen er blitt for detaljert og større enn nødvendig.

Vi understreker at våre tilbakemeldinger er foreløpige og bare omfatter deler av rapporten. Vi ønsker videre å vente med å gi svar på spørsmål merket gult til Deloitte har sett gjennom vår første tilbakemelding.

1. Revisjonskriterier, formål og omfang

På oppstartsmøtet ble det vist til at kommuneloven, arbeidsmiljøloven, nasjonale veiledere og kommunale styringsdokumenter er revisjonskriterier. Samtidig viser utkast av revisjonsrapporten at grunnloven, FNs verdenserklæring om menneskerettigheter, Den europeiske menneskerettighetskonvensjonen, KS sin veileder for kommuner og fylkeskommuner om ytringsfrihet og varsling, Arbeidstilsynets veiledning om ytringsklima på arbeidsplassen også er revisjonskriterier. Revisjonskriterier presentert på oppstartsmøtet samsvarer med andre ord ikke med revisjonskriterier i utkast av revisjonsrapporten. Hvorfor? Og er omfanget av revisjonen blitt større enn forespeilet på oppstartsmøtet? Det er ikke forenlig med god revisjonsskikk.

Rapportens kapittel *1.2 Formål og problemstillinger* viser til at revisjonens formål er å undersøke om kommunen har et hensiktsmessig **system** for å melde og følge opp avvik, og **system** for varsling av kritikkverdige forhold.

Kapittel 1.3 *Avgrensinger* understreker at revisjonen omhandler **system og rutiner** for å melde og følge opp avvik, og **hvordan det legges til rette** for at ansatte i Rana kommune kan melde avvik og varsle om kritikkverdige forhold på arbeidsplassen. Det understrekes videre at revisjonen ikke har gjort en vurdering av om konkrete avvikssaker eller om varslingsaker er behandlet korrekt.

I kapittel 1.4.1. *Dokumentanalyse* står det at informasjon og dokumentasjon på **etterlevelse** av interne rutiner, regelverk mm. er blitt samlet inn, analysert og vurdert opp mot revisjonskriteriene. Dette mener vi ikke er i samsvar med redegjørelse på oppstartsmøte og utkast av revisjonsrapporten, der revisjonens formål og avgrensing (kap. 1.2 og 1.3) er tydelig på at revisjonen undersøker om det er etablert system, og ikke om systemet etterleves.

Slik vi tolker det skal revisjonen undersøke om det er etablert systemer, og hvordan det legges til rette - ikke omfattende undersøkelser om hvordan systemer etterleves, hvordan yringskultur oppleves, omfang av meldte avvik etc. Vi mener at følgende problemstillinger/spørsmål i kapittel 1.2 ikke samsvarer med revisjonens formål;

- I hvilken grad opplever ledere og ansatte at Rana kommune har etablert god yringskultur?
- I hvilken grad opplever ansatte at det er trygt å varsle?
- Hva er omfanget av varslingsaker i kommunen?
- I hvilken grad opplever ledere og ansatte at kommunen klarer å iverksette hensiktsmessige tiltak for å følge opp og lukke avvik?
- Hva er omfanget av meldte avvik for ulike sektorer/tjenesteområder tre siste årene?
- I hvilken grad blir det gjort analyser av årsakene til avvik?

Vi stiller derfor spørsmål ved omfanget av forvaltningsrevisjonen, særlig med tanke på problemstillingen knyttet til yringskultur. Det er Deloitte selv som har foreslått problemstillinger utfra kontrollutvalgets bestilling. Kontrollutvalgets bestilling var opprinnelig «system for å melde og følge opp avvik, inkludert varslings». Det kom ikke klart frem på oppstartsmøtet at opplevd yringskultur i organisasjonen skulle handle om annet

enn tilrettelegging og systemer for varsling av kritikkverdige forhold, jfr. Arbeidsmiljøloven § 2.

Når Deloitte utvider mandatet sitt til å undersøke forhold som ikke er gjenstand for en forvaltningsrevisjon (se under), er det grunn til å stille spørsmål ved Deloittes objektivitet, eller om revisjonens omfang er utvidet med bakgrunn i egne interesser knyttet til ressursbruk (450 timer) og pris kommunen må betale for forvaltningsrevisjonen.

Ytringskultur på en arbeidsplass er i seg selv en problemstilling som er problematisk i revisjonssammenheng. Hva betyr «etablert ytringskultur»? Hva er «god ytringskultur»? Det finnes ingen standardiserte svar eller kriterier som kan legges til grunn for en forvaltningsrevisjon på temaet ytringskultur. I en lignende revisjonsrapport fra 2024 presiseres det at *«Ytringskultur kan være noe mange ansatte ikke tenker over i det daglige og/eller ikke har et entydig forhold til. Det øker sannsynligheten for at ulike personer legger ulik forståelse til grunn for svarene på våre spørsmål i intervjuer og kanskje i enda større grad i spørreundersøkelsen. Dette har vi vært særskilt oppmerksomme på ved utformingen av veiledningstekst og spørsmål. Vi kan likevel ikke utelukke at det har påvirket svarene, eller at svarene også kan påvirkes av ansattes syn på egne virksomhetsprosesser og egen oppgaveløsning. Denne usikkerheten har vi hensyntatt ved utforming av vurderingene. På bakgrunn av det ovennevnte i tillegg til lav svarprosent må svarene på spørreundersøkelsen i rapportens kapittel 5 og vedlegg 3 brukes med varsomhet».*

Deloitte har vist til Arbeidsmiljøloven, kommunens egne etiske retningslinjer for ansatte og folkevalgte og KS sin veileder for ytringsfrihet og varsling. Vi vil minne om at selv om kilder til revisjonskriterier også kan være nasjonale veiledere, så skal revisjonskriteriene være relevante, konkrete og i samsvar med **gjeldende krav**. Det er kun lover og forskrifter som stiller krav til kommunene. Nasjonale veiledere er ikke rettslig bindende, de stiller ingen krav til kommunene, de er hjelpemidler for god praksis. Det betyr også at KS sin varslingsveileder kun er hjelpemiddel for å støtte opp under kommunenes arbeid med å utvikle god ytringskultur.

I utkast av rapporten kapittel 3.4 *Vurdering* har Deloitte skrevet at Arbeidsmiljølovens formålsparagraf inkluderer **krav** om tilrettelegging for et godt ytringsklima. Det er upresist,

og gir et feilaktig inntrykk av at det finnes konkrete lovkrav knyttet til ytringsklima/ytringskultur.

Arbeidsmiljølovens formål er blant annet å **legge til rette** for et godt ytringsklima i virksomheten (§ 1-1 c), men stiller ingen krav til hva god ytringskultur er/hvordan god ytringskultur skal etableres, annet enn at lovbestemmelsene samlet og særlig kapittel 2 skal bidra til godt ytringsklima. Opplevelse av ytringsklima på en arbeidsplass er subjektiv og dermed ikke gjenstand for en forvaltningsrevisjon. Det er opp til kommunen selv – som arbeidsgiver - å kartlegge og evt. iverksette tiltak for bedre ytringsklima dersom kommunen selv vurderer at det er behov.

Vi mener at det å gjennomføre en forvaltningsrevisjon på **opplevd ytringskultur i kommunen**, verken er i tråd med revisjonens formål, Deloittes redegjørelse på oppstartsmøtet eller god revisjonsskikk. Det som er relevant i revisjonssammenheng, er om kommunen arbeider systematisk med ytringskultur eller ikke. Også her vil vi minne om kommunens kompleksitet – der systematisk kvalitetsarbeid, opplæring og forståelse aldri vil være et avsluttet kapittel. Det er heller ikke et mål i seg selv at alle skal være enige i eller se verdien av det systematiske arbeidet, eller at alle ansatte skal ha samme opplevelsen av ytringskulturen.

Vi vurderer at Rana kommune i tråd med Arbeidsmiljøloven legger til rette for et godt ytringsklima og at det jobbes systematisk med ytringskultur gjennom opplæringsrutiner, egne etiske retningslinjer (som bygger på kapittel 2 i Arbeidsmiljøloven), møter og medarbeidersamtaler. Samtidig anerkjenner vi at det kan være behov for bedre opplæring og tilrettelegging i noen deler av organisasjonen. Særlig gjelder dette i avdelinger som har vært gjenstand for omfattende omstilling siste årene.

Når det er sagt mener vi at det prinsipielle rundt ytringsfrihet er viktig å belyse. Retten til å ytre seg er grunnlovsfestet, og er ikke bestridt av kommunen noen steder. Det er det tydelighet rundt. Men det handler prinsipielt om at ytringer som er gitt også utløser en rett til å komme med motytringer. Dette er selve fundamentet for et levende demokrati. Verken ledere, uansett nivå, eller øvrige ansatte, er forhindret verken i lov eller praksis å ytre eller motytre seg. Den offentlige debatten, inkludert retten til ytringer, skal ikke begrenses med

mindre ikke ytringene er lovstridige (rasisme etc). I revisjonen er det gjennomgående lagt til grunn at retten til å ytre seg er en rettighet ansatte har - ensidig. Når det påpekes av revisjonen at ledere gis kritikk for at de har uttalt seg uheldig i folkemøter, og det nærmest stadfestes av revisjonen at det i seg selv er kritikkverdig, så viser det at revisjonen ikke har forstått verken grunnlovens bokstav eller intensjon når det gjelder ytringsfrihet.

2. Bør og må krav

I rapporten påpekes det at Rana kommune ikke har gjennomført kartlegging av ytringsklimaet i de ulike enhetene i kommunen eller i kommunen som helhet, og at det ikke er iverksatt tiltak for å utvikle ytringsklimaet. Vi mener at dette brukes feilaktig som poeng for å styrke vurdering og konklusjoner i rapporten.

For det første foreligger det ikke krav om å gjennomføre eksplisitt kartlegging av ytringsklima. Arbeidstilsynet har en **bør** anbefaling. Rana kommune forholder seg til lovpålagte og forskriftsmessige **skal** krav. Vi kan ikke revideres på noe som ikke er et revisjonskriterium.

For det andre mangler det kontekst og helhetlig ramme rundt vurderingen. I rapporten vises det ikke til den systematiske oppfølgingen som gjøres i forhold til pålagte krav i arbeidsmiljøloven der også ytringskultur inngår. Rana kommune har en risikobasert og helhetlig tilnærming til arbeid med arbeidsmiljø, inkludert ytringskultur. Basert på vernerunder, risikovurdering og medarbeiderkartlegging utarbeides og rulleres handlingsplaner og tiltak årlig. KS 10 faktor er valgt som verktøy for medarbeiderkartlegging. Den er utviklet av KS og bygger på anerkjent metodikk og gir også referansepunkt og sammenligningsgrunnlag mot andre kommuner. Rana kommune har valgt en helhetlig og systematisk tilnærming til arbeidet med arbeidsmiljø. Det jobbes ikke stykkevis og delt. Denne informasjonen er vesentlig å få frem for å nyansere bildet, og vi lurer på hvorfor dette ikke er tatt inn i vurderingene som er gjort.

Det er også slik at Rana kommune, i budsjettarbeidet, i store omstillingsprosesser, og gjennomføring av virksomhetsplaner og lovpålagte oppgaver årlig gjennomfører mange

hundretalls møter med ansatte, ledere, tillitsvalgte og samarbeidspartnere. Dette er den viktigste arenaen for meningsbrytning, ytring, tilbakemelding og dialog. Dette lar seg vanskelig sammenfatte i en rapport, men det er her det virkelige ytringsklimaet og ytringskulturen bygges. Det er imidlertid ikke et mål at alle skal være enige i ett og alt, men det er et mål at kommunen skal søke å få inn gode ideer og tanker, og bryte meninger for til slutt å lande på den beste løsningen for økonomi, tjenester og ansatte.

3. Metode og datagrunnlag

Rapporten baseres på spørreundersøkelse, datainnhenting og intervju. Spørsmålene som stilles og svarene som gis mener vi i stor grad er følelsesbasert og subjektive. Vi er kritiske til måten svarene fortolkes og brukes som grunnlag for vurdering og konklusjoner i rapporten.

Det er plukket ut utvalgte enheter som intervjues. Det fremgår ikke av rapporten hvilke kriterier som er lagt til grunn for valg av enhetene. Er utvalget tilfeldig eller styrt - og i så fall hvorfor? Vi mener det er grunn til stille spørsmål ved hvilke konsekvenser denne tilnærmingen har for troverdighet og tillit til valgt metode, og mulighet for å styre rapportens resultat?

Spørsmålet stilles fordi vi har informasjon om at kontrollutvalget har fremmet ønske om at det gjennomføres intervju på et spesifikt arbeidsted. Dette arbeidstedet har vært omfattet av en større struktur/omstillingsprosess med store spenninger synlig både internt og offentlig. Dersom intensjonen har vært å foreta en målrettet forvaltningsrevisjon, noe dette kan fremstå som, burde det vært lagt inn som et spesifikt revisjonskriterium i opprinnelig bestillingsgrunnlag.

Rapporten mangler dessuten referansepunkt-data. Hva sammenlikner vi oss med - ideelt tenkt situasjon eller resultat fra andre kommuner? Spørreundersøkelsens resultat i prosenter er ikke vurdert i forhold til andre relevante undersøkelser. Altså hva er bra score og hva er en lav score. Det tas tak i de lave scorene – som kobles opp mot enkeltutsagn gitt i kommentarfelt i undersøkelsen - for å forsterke et bilde av forhold som ikke er greit. Og vet

respondentene hva de svarer på når det etterspørres varsel? Er det varsling etter arbeidsmiljøloven eller annet lovverk (eksempelvis opplæringsloven)?

I oppsummeringen fra respondenter brukes uttrykk som «noen viser til» og «flere peker på», og til og med «en respondent skriver». Vi stiller spørsmål til hvordan dette skal tolkes. I en sektor som Helse og mestring med over 1000 ansatte eller i kommunen som helhet, med 2300 ansatte – er det mye, lite, dårlig, bra når «noen» og «flere» mener noe? Det er nærliggende å spørre om kommunen jobber godt og systematisk med ytringskultur først når alle mener det samme eller opplever verden likt.

4. Særlig om varsling

Gjennomgående i utkast av rapporten mener vi Deloitte blander begrepsbruken på terminologien “varslingssaker”. Varsel kan fremsettes muntlig og behandles i en e-post fra nærmeste leder i de aller minste sakene. Varsel kan også fremsettes som kvalitetsmelding etter forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring. Den kan være av en slik art at selv om den oppfyller kriteriene for å være et varsel etter arbeidsmiljøloven, er den hensiktsmessig å behandle etter nevnte forskrift. Når virkeligheten er slik må forvaltningsrevisjonen ta hensyn til disse nyansene, noe kommunen mener ikke fremgår av rapporten så langt.

Dermed er det overraskende at Deloitte flere ganger konkluderer med at kommunen ikke har fullstendig oversikt over alle varsel i kommunen. Dette er åpenbart og det er ingen kommuner som har fullstendig oversikt over alle ytringer som fremsettes som varsel etter arbeidsmiljøloven.

På side 43 står det i note 66 at eksempler på kritikkverdige forhold som ble listet opp i spørreundersøkelsen er økonomisk mislighold, overdreven arbeidsbelastning uten tilstrekkelig hvile, manglende og gjentatte feil i arbeidsoppgaver eller brudd på etiske retningslinjer. Vi vil påpeke at flere av disse forholdene kan gjelde enten helse, som har en egen forskrift om avvik, eller skole (opplæringslova § 9 a). Som det fremgår av KS veileder 2024 om varsling:

Innenfor helse reguleres avvik særskilt av forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. Denne oppstiller et styringssystem med nærmere prosedyrer, hvor avvik inngår som en viktig del av arbeidet for kvalitetsforbedring. Mange avvik kan enkelt rettes opp og lukkes uten at det problematiseres om dette egentlig var et kritikkverdig forhold. Selv om det etter sitt innhold skulle være et kritikkverdig forhold, vil det likevel kunne være hensiktsmessig å håndtere det etter prosedyrene i forskriften. I hvilken grad det er hensiktsmessig å løfte avvik ut av avvikssystemet vurderes konkret.

På side 44 (punkt 6.3.2) konkluderer Deloitte med at Rana kommune ikke har tilstrekkelig samlet oversikt over det totale omfanget av varslingsaker i kommunen, og at det er grunn til å tro at det foreligger flere varlinger enn det som er opplyst i oversikten fra kommunen. Vi mener at svarene i spørreundersøkelsen ikke gir grunnlag for den konklusjonen som Deloitte trekker, da det kan være flere grunner til manglende oversikt, som påpekt over (det kan gjelde forhold knyttet til helse eller skole). Det er videre umulig for en kommune å ha oversikt over antall reelle varslingsaker. Kommunen kan kun ha oversikt over saker som er meldt etter bestemmelser i arbeidsmiljøloven og egne varslingsrutiner, eller saker meldt på andre måter som kommunen selv har vurdert at skal håndteres etter disse rutinene.

KS oppdaterte veileder om varslings påpeker også at selv om f.eks. meldinger etter forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring etter sitt innhold skulle være et kritikkverdig forhold, kan det være hensiktsmessig å håndtere det etter forskriften. Dermed kan det være kritikkverdige forhold som blir håndtert etter andre prosedyrer enn arbeidsmiljølovens. Dette kan være en viktig feilkilde i revisjonsrapporten. Det synes heller ikke som om Deloitte har tatt inn over seg den nye veilederen til KS, siden de refererer til den eldre veilederen om yringsfrihet og varslings fra 2017.

På side 45 må det presiseres at det er snakk om varslingsaker håndtert etter arbeidsmiljølovens regler for varslings, og ikke for eksempel mindre kritikkverdige forhold som er håndtert etter forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring, eller varsel etter opplæringslova § 9 a).

På side 51 (punkt 6.6.2) vurderer Deloitte at kommunens rutine for varsling ikke er tilstrekkelig tydelig, og at den kan medføre usikkerhet knyttet til hvordan man går frem for å varsle. Vi mener kommunens rutiner oppfølger lovens krav og følger KSs oppdaterte veileder for varslingsrutiner fra 2024 (der revisjonen viser til eldre veiledere, samt gjør en vurdering basert på Arbeidstilsynets veileder som ikke er bindende for kommunen). Vi mener videre at Deloitte legger til grunn en altfor rigid og ekspansiv oppbygging av rutinene. Kommunen mener at rutinene heller bør være kortfattet for å tydeliggjøre det viktigste. I KS sin veileder om varsling står det:

Varslingssaker kan omfatte svært mange ulike forhold med ulik kompleksitet og alvorlighetsgrad. Det er viktig at dette hensyntas ved utforming av rutinene. Lovens krav om at rutinene skal omtale saksbehandling og oppfølging av varsling er ikke til hinder for at rutinene utformes slik at det muliggjør en viss fleksibilitet og differensiering.

At det i kommunens EQS rutine for kvalitetsmelding står at varsel om kritikkverdige forhold og varsel etter varslingsplikt skal meldes gjennom varslingskanalen, mener Deloitte kan bli et hinder for å melde fra om kritikkverdige forhold (s. 25 punkt 4.4.2). Vi er ikke enige. Rana kommune har flere kanaler. Det verste som kan skje er at ansatte benytter EQS for å melde fra om avvik som de ikke anser som et kritikkverdig forhold, og som kommunen da må vurdere i håndteringen av avviksmeldingen - om det er et kritikkverdig forhold og dermed skal behandles etter de reglene. Vi mener dette ikke kan ses som et hinder for å melde fra om kritikkverdige forhold. I EQS-rutine for kvalitetsmelding er det dessuten lenke til «Retningslinjer for varsling i Rana kommune».

5. Manglende kontekst – forhastede slutninger

For å analysere, vurdere og konkludere må problemstillinger som er løftet frem settes inn en helhetlig sammenheng. Det krever kjennskap til kommunen som organisasjon, organisering, fullmaktstruktur, delegasjon og lovkrav.

Når det konkluderes med at kommunedirektøren ikke har tilstrekkelig kontroll over varsel og avvik er det en påstand som settes frem uten at sammenheng/kontekst er belyst.

I Rana kommune har kommunedirektør delegert sine fullmakter i linja. Kommunaldirektører opererer med kommunedirektørs fullmakt innenfor sitt område. Kommunedirektør har ikke, og skal heller ikke ha, detaljert kunnskap om hvert varsel og avvik. Det skal så langt som mulig løses i linja. Dette prinsippet er i tråd med grunnleggende bestemmelser knyttet til konfidensialitet, personvern og vern av varsler og påvarslede i denne type saker. Vi kan ikke se at det er grunnlag for hverken å vurdere eller trekke konklusjoner uten dette perspektivet. Ledelsens gjennomgang ivaretar kommunedirektørens behov for kontroll og mulighet for å overvåke og sikre at det iverksettes tiltak. Vi vurderer at kommunedirektørens krav til internkontroll etter kommunelovens bestemmelser er godt ivaretatt. Tilsvarende tenking vil gjelde for den enkelte sektor. Kommunaldirektørene har det øverste ansvaret, og skal jobbe systematisk med kvalitetsarbeid, men vil aldri komme dit at de har førstehåndskunnskap om enhver situasjon som rører seg i organisasjonen. Det skal de heller ikke ha.

6. Objektivitet og tillit

Deloitte har i 2023/2024 gjennomført en forvaltningsrevisjon på ikke-økonomisk måloppnåelse i Rana kommune. I våre tilbakemeldinger har vi uttrykt at vi mener Deloitte har lagt til grunn upresis tolkning av krav/revisjonskriterier knyttet til målformulering i kommuneplanens samfunnsdel, og at deler av revisjonen og revisjonsrapporten derfor bygger på feil grunnlag. Med samme begrunnelse mener vi at omfanget av revisjonen på ikke-økonomisk måloppnåelse har blitt vesentlig større enn nødvendig. Kommunen har betalt et betydelig beløp for denne forvaltningsrevisjonen, som ble startet våren 2023. Vi har ikke mottatt sluttrapporten enda.

Vi ser med andre ord antydning til en trend, der Deloitte ser ut til å gjennomføre forvaltningsrevisjoner som er mer omfattende og kostbare enn nødvendig. Kommunen har brukt mye tid og ressurser på å ettergå de to forvaltningsrevisjonene.

Vi merker oss også at Deloitte i kapittel 4 i dokumentet «Risiko- og vesentlighetsvurderinger for forvaltningsrevisjoner og eierskapskontroller» (2024) generelt vurderer risiko for svikt, feil og mangler på ulike områder høyere enn kommunen selv. Deloitte sine risikovurderinger gjelder her måloppnåelse, regeletterlevelse, vedtaksoppfølging, effektivitet og internkontroll på ulike områder. Høy risiko og/eller vesentlighet er merket med rødt. Både samfunnssikkerhet og beredskap, overordnet klima- og miljøarbeid, saksforberedelse og oppfølging av politiske vedtak, melding og oppfølging av avvik, personalforvaltning, informasjonssikkerhet, innkjøp og kontraktsoppfølging, kvalitet i pleie og omsorgstjenester, omstilling og dimensjonering av tjenester til eldre, personalforvaltning og oppfølging av sykefravær innen helse og omsorgssektoren, boliger til vanskeligstilte på boligmarkedet, miljøterapeutisk avdeling, psykisk helse og rus, legetjeneste, kvalitet og kapasitet i grunnskoleopplæringen, trygt og godt skolemiljø, vold og trusler mot ansatte i skolen, spesialundervisning, kvalitet i barnehage og spesialpedagogiske tjenester til førskolebarn, samhandling knyttet til utsatte barn og unge, barnevern, vedlikehold av kommunal eiendomsmasse, styring av investeringsprosjekter og forvaltning og vedlikehold av kommunale veier er merket rødt.

Det er forskjell på risiko framover i tid og oppnådde resultater bakover i tid. Historiske resultater sier noe om hvordan kommunen jobber, hva kommunen har oppnådd og om det er kvalitet i tjenestene - noe som igjen påvirker risikovurderingen framover i tid. Det er vår påstand at kommunens resultater, antall klagesaker, tilsynsrapporter, alvorlige hendelser mm. indikerer at Deloitte's risikovurdering ikke kan være basert på fakta og kunnskap.

På de røde områdene, som Deloitte selv har vurdert som røde, anbefaler Deloitte at kontrollutvalget må vurdere å gjennomføre forvaltningsrevisjoner. Har Deloitte her vurdert for mange områder som røde, for å legitimere omfang, tid og ressurser på forvaltningsrevisjoner?

7. Konklusjon

Svakhetene som er påpekt knyttet til revisjonskriterier, problemstilling/spørsmål, metode, manglende kontekst og vektlegging av følelsesbaserte vurderingskriterier svekker vår tillit til

utkast av rapporten. Vi mener forvaltningsrevisjonen må gjøres på nytt. Deloitte må sikre at revisjonskriterier, problemstillinger og omfang av revisjonen er i samsvar med kontrollutvalgets bestilling og god revisjonsskikk.

Vi anbefaler også at Deloitte gjennomgår dokumentet «Risiko- og vesentlighetsvurderinger for forvaltningsrevisjoner og eierskapskontroller» (2024), for å sikre at risikovurderinger i større grad samsvarer med kommunens egne risikovurderinger.

Ved neste revisjon forventer vi at Deloitte har tilstrekkelig kompetanse/kunnskap om valgte fag/tema, om gjeldene lovverk, og om kommunens roller og virksomhet - og stiller med ressurser som innehar disse – slik at revisjonsgrunnlag, kriterier og problemstillinger er i samsvar med kontrollutvalgets bestilling.

Med vennlig hilsen

Robert Pettersen
kommunedirektør

Innspill til kontrollarbeidet

Behandles i utvalg

Kontrollutvalget i Rana kommune

Møtedato

10.04.2025

Saknr

15/25

Saksbehandler Kent Røstad

Arkivkode FE-033, TI-&17

Arkivsaknr 25/133 - 3

Forslag til vedtak

Saken legges fram uten forslag til vedtak.

Vedlegg

Trafikklysmodellen

Trafikklysmodellen

Sentrale spørsmål – «Trafikklysmodellen»	Ja	Delvis	Nei
Kryss på røde felt peker i retning av å ikke følge opp saken, mens kryss på grønne felt taler for å følge opp saken.			
Vedrører saken misnøye med et politisk fattet vedtak?	Ja	Delvis	Nei
Dreier saken seg om en klage på et enkeltvedtak som kommunen har fattet?	Ja	Delvis	Nei
Viser saken til lovbrudd, manglende etterlevelse av kommunale rutiner eller manglende oppfølging av kommunale vedtak?	Ja	Delvis	Nei
Viser saken til en risiko knyttet til system, rutiner, praksis i kommunen mer generelt innenfor et område?	Ja	Delvis	Nei
Dreier saken seg i hovedsak om en isolert hendelse?	Ja	Delvis	Nei
Er saken under annen behandling i et annet organ? (rettsapparat, sivilombud, statsforvalter, KOFA, klageorgan i kommunen, varslingskanal)?	Ja	Delvis	Nei
Er det annen naturlig behandlingsvei for saken (ref. organene nevnt over)?	Ja	Delvis	Nei
Kan saken, og sakens oppmerksomhet, bidra til at det stilles spørsmål om tilliten til kommunens saksbehandling av en type saker?	Ja	Delvis	Nei
Berører saken et tema som kontrollutvalget allerede har vurdert som aktuelt for oppfølging i sin risiko- og vesentlighetsanalyse?	Ja	Delvis	Nei
Foreligger området som et tema i plan for forvaltningsrevisjon eller plan for eierskapskontroll?	Ja	Delvis	Nei
Kan en gjennomgang bidra til læring og forbedring?	Ja	Delvis	Nei
Bør saken prioriteres foran andre planlagte oppgaver?	Ja	Delvis	Nei

Kilder:

- *Henvendelser til besvær – eller begjær?* Artikkel i Kommunerevisoren nr. 4/21 av Bjørkelo, Løvlie og Fiksdal i Deloitte
- *Håndtering av henvendelser til kontrollutvalget*, veileder fra Forum for kontroll og tilsyn, 2022

Referatsaker/folkevalgtopplæring

Behandles i utvalg

Kontrollutvalget i Rana kommune

Møtedato

10.04.2025

Saknr

16/25

Saksbehandler Kent Røstad

Arkivkode FE-033, TI-&17

Arkivsaknr 25/133 - 2

Forslag til vedtak

Referatsakene tas til orientering.

Vedlegg

FKTs fagkonferanse 3. - 4. juni 2025 og årsmøte 3. juni

Bernt svarer – Ordfører kan ikke gjennomføre medarbeiderundersøkelser

Personvernet i skolen under lupen

Det kan oppstå noen særlige utfordringer når kommunene mottar gaver

Saksopplysninger

Saken er en del av kontrollutvalgets opplæring gjennom valgperioden. Sekretariatet legger fram artikler og dokumenter som kan være av interesse i kontrollarbeidet. Formålet er å bidra til faglig påfyll gjennom hele valgperioden.



Forum for
kontroll og tilsyn

FAGKONFERANSE / ÅRSMØTE

Velkommen til fagkonferanse på Quality Airport Hotel

GARDERMOEN

3. — 4. juni

Tirsdag 03. juni

09:00 Registrering

10:00 **ÅPNING**

Elisabeth Aspaker / tidl. statsforvalter i Troms og Finnmark

10:30 **HVORDAN IVARETA HABILITET OG ROLLEFORSTÅELSE NÅR KOMMUNEN ER
ELLER ØNSKER Å VÆRE EN AKTØR?**

inkl. pause Cathrine Kjenner Forsland / ordfører Nesodden kommune

Sjur Authen / rådmann Vestby kommune

Bjørn Halvor Wikasteen / seniorrådgiver K-sekretariatet IKS

Paneldebatt

13:00 Lunsj

14:00 **TILLITT OG ÅPENHET – TO SIDER AV SAMME SAK**

Einar Øverenget / filosof, foredragsholder, forfatter og spaltist.

Agnar Kaarbø / politisk redaktør Kommunal Rapport

Halstein Bjecke / byråd for finans Oslo kommune

Arnhild Dordis Gjønnes / advokat Næringspolitisk avdeling NHO

Paneldebatt

15:30 Pause

Tirsdag 03. juni / Årsmøte

15:45 Registrering til årsmøte

16:00 Årsmøte

19:45 Aperitiff

19:00 Felles middag på hotellet

Onsdag 04. juni

09:00 **SYSTEMKRISE I KOMMUNALFORVALTNINGEN –**

HVA GJØR VI FOR Å SIKRE BÆREKRAFTIGE KOMMUNER?

/ Kommunalavdelingen, Kommunal og distriktsdepartementet

/Storingsrepresentant, Kommunal- og forvaltningskomitéen

Bjørn Gudbjørgrud / styreleder Norsk kommunedirektørforum

10:15 Pause/utsjekking

Geir Vinsand / Nivi Analyse

Paneldiskusjon

11:30 Lunsj

12:30 **FOREBYGGING AV VOLD SKOLEN**

Øyfrid Geiring / seniorrådgiver Arbeidstilsynet

13:30 Pause

13:40 **POLITIKK OG MAKT**

Halvor Tjønn / journalist og forfatter

Hvorfor vi har så vanskelig med skjønne hvordan makt utøves i vårt naboland?

14:55 **AVSLUTNING**

Line FUSDahl / styreleder FKT

Påmelding

FRIST: 10.APRIL 2025

Bindende påmelding* på www.fkt.no innen tirsdag 10. april 2025.
Det tas forbehold om endringer i programmet.

Deltakeravgift

Deltakelse m/ overnatting** (helpensjon):

Kr 8 300 (*Ikke medlem kr 8 700*)
.....

Ekstra overnatting fra 2. – 3. juni: Kr 1 695
.....
.....

*Ved avbud etter at påmeldingsfristen har gått ut, blir det belastet et administrasjonsgebyr på kr 500 i tillegg til eventuelle kostnader FKT får til hotellet. Avbud siste 14 dager før konferansen gir full deltakeravgift.

**FKT har reservert rom på konferansehotellet. Tildeling ut fra mottatt påmelding (først til mølla).

Praktisk informasjon

ÅRSMØTET

Årsmøtet er åpent for alle, men det er kun medlemmer i Forum for Kontroll og Tilsyn (FKT) som har tale-, forslags- og stemmerett.

Innmelding av saker

Medlemmer som har saker til årsmøtet, eller forslag om vedtektsendringer, må sende disse til sekretariatet senest seks uker før årsmøtet, innen 22. april 2025.

Utsending av sakspapir

Styret sender ut sakspapirene senest to uker før årsmøtet, innen 20. mai 2025.

Medlemskap

Dersom din kommune/ditt sekretariat ikke er medlem i FKT, men ønsker å møte på årsmøtet med stemmerett, må innmelding skje innen 20. mai 2025.

Kontakt

Leder i valgkomiteen:

Lars Hansen, daglig leder Salten
kontrollutvalgsservice

post@sekretariatet.no Mobil: 470 37 452

Ønsker du mer informasjon eller medlemskap i FKT? Besøk www.fkt.no eller kontakt sekretariatet v/generalsekretær Anne-Karin Femanger Pettersen på telefon +47 414 71 166 eller fkt@fkt.no.

FREMKOMST

[Quality Airport Hotel, Gardermoen](#)

Lokevegen 72067 Jessheim

[Veibeskrivelse](#)

5 km og 10 minutter med shuttlebuss fra Oslo Lufthavn Gardermoen

PARKERING

Hotellet har gode parkeringsmuligheter utendørs, mot betaling. HC-plasser og ladestasjoner til El-bil (ekstra kostnad)

Bernt svarer



Professor emeritus Jan Fridthjof Bernt svarer på juridiske spørsmål fra Kommune-Norge. Foto: Magnus Knutsen Bjørke

Bernt svarer: – Kan ikke frikoble kommunedirektøren fra den rolle og det faglige ansvar hen har

Kan ordfører sende en spørreundersøkelse til kommunens ansatte uten å gå via kommunedirektøren?

Bernt svarer

PUBLISERT 11.02.2025 - 12:12

Bernt svarer

- Jan Fridthjof Bernt er professor emeritus ved Universitetet i Bergen.
- Han har utgitt en rekke bøker innen blant annet forvaltningsrett og kommunalrett.



SPØRSMÅL: Kommunestyret har opprettet et prosjekt for bærekraftig økonomisk styring hvor formannskapet og administrasjonen skal jobbe sammen om å få til en forsvarlig drift. Formannskapet har i den forbindelse vedtatt at ordføreren skal sende e-post til kommunens ansatte med ønske om tilbakemelding med svar på en rekke spørsmål om muligheter for omorganisering og forenkling av kommunens arbeidsoppgaver. Svarene sendes til kommunestyret og kan være anonyme.

Kommunedirektøren har bedt politikerne revurdere vedtaket, fordi det er problematisk at folkevalgte organ henvender seg direkte til kommunens ansatte på denne måten.

Kan formannskapet eller kommunestyret sette i gang et slikt prosjekt på denne måten?

SVAR: Dette er et spørsmål om forholdet mellom folkevalgte organer og tilsatt administrasjon.

Utgangspunktet er bestemmelsene i [kommuneloven § 5-3](#) der det fastslås at «Kommunestyret er det øverste organet i kommunen», og at dette «kan delegerer myndighet til å treffe vedtak til andre folkevalgte organer, ordføreren eller kommunedirektøren».

Her er det altså tale om et initiativ som må forstås som et ledd i eller en innledning til en bred vurdering av administrasjonens virksomhet. Dette er tiltak som kommunestyret kan sette i gang i kraft av sin posisjon som øverste styringsorgan «med det øverste ansvaret for å kontrollere kommunens [...] virksomhet» ([kommuneloven § 22-1](#)). Problemet er da hvordan dette kan gjøres, og da spesielt hvilken rolle kommunedirektøren skal ha i saksbehandlingen.

Utgangspunktet er her det såkalt «timeglassprinsippet». Kommunedirektøren «skal lede den samlede kommunale [...] administrasjon [...] innenfor de instruksjoner og retningslinjer eller pålegg kommunestyret [...] gir» ([kommuneloven § 13-1](#) andre avsnitt). Dette er et generelt administrativt ledelsesansvar som omfatter også intern organisering og fordeling av arbeidsoppgaver, innenfor den organisasjonsmodell og de fullmakter som er vedtatt av kommunestyret, se [kommuneloven § 5-14](#) om reglement for delegering og innstilling. Kommunedirektøren mottar instruksjoner fra folkevalgte organer om hva som skal utredes, men har selv ansvaret for hvordan dette gjøres.

Det er denne modellen som omtales som «timeglassprinsippet». Instruksjoner og fullmakter fra folkevalgte organer til administrasjonen rettes til kommunedirektøren, ikke til de enkelte tilsatte i administrasjonen, og saksutredning foretas og vedtak i administrasjonen treffes på vegne av kommunedirektøren der denne ikke selv står for dette. «Kommunestyret kjenner bare kommunedirektøren».

Verken ordføreren, kommunestyret, formannskapet, eller andre folkevalgte organer har noen formell instruksjons- eller styringsmyndighet overfor den enkelte tilsatte i administrasjonen, bare overfor den øverste ledelse der – kommunedirektøren. Dette avspeiles også i bestemmelsen i siste avsnitt i [kommuneloven § 13-1](#), der det fastslås at «Kommunedirektøren har det løpende personalansvaret for den enkelte, inkludert ansettelse, oppsigelse, suspensjon, avskjed og andre tjenstlige reaksjoner, hvis ikke noe annet er fastsatt i lov».

På denne bakgrunn fremtrer den måten denne spørreundersøkelsen er organisert på, som problematisk. Formannskapet vedtar at skal foretas en spørreundersøkelse rettet mot de enkelte tilsatte i kommunen. Dette innebærer ikke noe formelt pålegg til den enkelte tilsatte om å medvirke i denne, men er formulert som et «ønske om tilbakemelding med svar på en rekke spørsmål», men når e-post om dette sendes fra ordfører og svar skal gå til kommunestyret, vil det klart nok måtte oppfattes som et tjenstemessig tiltak. Her er det «kommunen» som retter en anmodning til sine tilsatte. Spørsmålet blir da hvem som har kompetanse og ansvar for å utøve en slik ledelsesfunksjon.

Verken formannskapet eller ordfører har noen rolle eller posisjon som er hjemmel for en slik direkte henvendelse. Arbeidsgiverfunksjonen på vegne av kommunen skal ivaretas av kommunedirektøren. Hvis kommunestyret eller formannskapet ønsker at foretas en slik spørreundersøkelse, må de derfor gå veien om et pålegg til kommunedirektøren om å gjøre dette. Man kan ikke uten videre selv utforme spørreskrift og stå for anmodningen om å besvare dette.

Også opplegget for videre saksbehandling av innkomne svar fremtrer som klart i strid med kommunelovens regler. I [§ 13-1](#) tredje avsnitt er det fastsatt at «Kommunedirektøren skal påse at saker som legges fram for folkevalgte organer, er forsvarlig utredet». Det betyr at saksbehandling i folkevalgte organer som alminnelig regel skal skje på grunnlag av et saksforelegg fra kommunedirektøren. Dette skal følge innkallingen til møtet i organet. I vår sammenheng betyr det at kommunedirektøren må saksbehandle de innkomne svarene og gi sine faglige kommentarer, før de legges fram kommunestyret.

Sammenfatningsvis: Hvis kommunestyret ønsker en slik spørreundersøkelse, må vedtak om utforming og gjennomføringen av denne vedtas på grunnlag av et saksforelegg fra kommunedirektøren. Vurdering av resultatene av denne må så settes opp som sak i kommunestyret eller formannskapet, på grunnlag av saksframlegg fra kommunedirektøren om det innkomne, eventuelt kombinert med en vurdering av hva som kan være en mulig og hensiktsmessig oppfølging av saken. Kommunestyret kan selvstøtt trekke egne og andre konklusjoner om dette enn de kommunedirektøren gjør, men det kan ikke frikoble kommunedirektøren fra den rolle og det faglige ansvar hen har for å påse at «saken er forsvarlig utredet».

Kommunal Rapport



**Ansvarlig redaktør og
administrerende direktør: Britt Sofie Hestvik**

Nyhetsredaktør: Tone Sidsel Sanden

Politisk redaktør: Agnar Kaarbø

Utviklingsredaktør: Espen Andersen

Debattredaktør: Ragnhild Sved

Markedsdirektør: Fred Scharffenberg

Kommunal-Rapport.no er redigert på uavhengig grunnlag og etter de normer og regler som er nedfelt i Redaktørplakaten og Vær Varsom-plakaten.

Kontaktinformasjon:

Besøksadresse:

Boks 1940 Vika, 0125 Oslo

Haakon VII's gt. 9, 0161 Oslo

Tlf: 24 13 64 50

E-post:

redaksjon@kommunal-rapport.no

abonnement@kommunal-rapport.no

Powered by Labrador CMS

Personvernet i skolen under lupen

Kommunal Rapport 27.01.2025,

Datatilsynet er bekymret for elevenes personvern. Nå kommer de på tilsyn.

Datatilsynet skal gjennomføre tilsyn med skolesektoren i 50 kommuner. Det er ivaretagelsen av personvern og personopplysningssikkerhet i digitale læringsverktøy for opplæringsformål som skal kontrolleres, opplyser Datatilsynet på sine [nettsider](#).

– Vi erfarer at den raske og omfattende digitaliseringen av skolen har gått på bekostning av elevenes personvern, sier juridisk rådgiver Kristin Skolt i Datatilsynet.

Manglende kompetanse

Skolt er bekymret for at mange kommuner ikke har oversikt over hvilke personopplysninger som blir behandlet i læringsverktøyene som blir brukt i undervisningen, at det ikke er utført tilstrekkelige risikoanalyser og at det mangler databehandleravtaler med leverandørene.

– Realiteten i dag er dessverre slik at det er for lite kompetanse og ressurser i kommunene til å ivareta norske skolebarns personvern, sier Skolt.

Det overordnede formålet med tilsynet er å gi kommunene relevant og praktisk veiledning.

– Vi vil blant annet lage en samlerapport med de viktigste funnene fra brevkontrollen, som vil publiseres på nettsidene våre.

Tilsyn i to faser

Tilsynet vil gjennomføres i to faser, opplyser Datatilsynet.

Den første fasen består av en brevkontroll, der de 50 kommunene pålegges å svare på en rekke spørsmål om etterlevelse av plikter som følger av personvernregelverket.

I den andre fasen vil Datatilsynet, på bakgrunn av svarene de mottar i brevkontrollene, gjennomføre et mindre antall stedlige tilsyn. Disse kan også omfatte kommuner som ikke er inkludert i brevkontrollen, ifølge Datatilsynet.

Disse kommunene får tilsyn av Datatilsynet (Trøndelag): Malvik, Rennebu og Steinkjer.

Det kan oppstå noen særlige utfordringer når kommunene mottar gaver.

Kommunal Rapport 24.01.2025, Sigrid Stokstad, *førsteamanuensis ved Universitetet i Oslo*

Gleden over å få noe fint kan være stor, og de fleste kjenner godt til gleden over å gi. Så er det også mange som har strevd med hva som forventes tilbake etter at en gave er mottatt. En gave kan gjøre mottakerens liv lettere og lysere, men den kan også være del av en komplisert relasjon og i seg selv skape utfordringer.

Heller ikke for kommuner er det helt uproblematisk å ta imot gaver, og det er også noen særlige utfordringer som kan oppstå. Oppfordringen her er å være litt forberedt.

De som gir store verdier til en kommune, har ofte en egen agenda og et eget mål med gaven.

Det er velkjent at gaver har medført store og konfliktfylte saker for mottakskommunene. Oslo kommune har fått store kunstdonasjoner, som vi nå kan nyte for eksempel i Munchmuseet og Ekebergparken skulpturpark. I Kristiansand kan vi glede oss over nordisk modernistisk kunst i Kunstsilo.

Verdien av kunsten som er stilt til rådighet er utvilsomt stor, og Munchmuseet, Ekebergparken og Kunstsilo har store positive ringvirkninger. Men prosessene som har fulgt med gavene, har vært krevende for mange, ikke minst i mottakskommunene.

Den viktigste måten kommunene kan forberede seg på, er å være bevisst på at å få en gave kan være ganske komplisert – en gave er ikke nødvendigvis bare en gave.

Det kan være hensiktsmessig å dele en gavetransaksjon inn i tre elementer: Å gi, å ta imot og å gi noe tilbake.

Gaveelementet er ofte lettest å få øye på. Det er for eksempel verdifulle eiendeler eller penger. Når det gjelder størrelsen på gaveelementet, kan det likevel være grunn til å stoppe opp litt. I en del sammenhenger forutsetter giveren medfinansiering fra kommunen.

Fra idrettssektoren har vi et ferskt eksempel der Tysnes kommune ifølge NRK er tilbudt [et bidrag på 40 millioner til et nytt svømmebasseng](#) som vil ha en ferdig pris på 150 millioner.

Bidraget er utvilsomt stort, men det er altså ikke slik at gaven «er» et svømmebasseng. Elementet å ta imot er noe vi ofte ikke er like oppmerksomme på. De fleste tar imot gaver med takk, selv om de ikke faller i smak og kanskje heller ikke tas i bruk.

Når kommunene får tilbud om gaver, er det imidlertid viktig å ha for øye at de har et valg med hensyn til å ta imot gaven. Det er jo ikke gitt at gaven er noe kommunen selv ville skaffet seg om den hadde kunnet.

For eksempel var Christian Ringnes' idé en skulpturpark «til kvinnens pris» i skogen bak Ekebergparken. Oslo kommune hadde ikke denne tematikken som del av sin kulturpolitikk da forslaget kom. Tema og utvalg av skulpturer kom på plass etter en lang og omfattende prosess.

Så kommer vi til gjenytelsen. Forventningen om en gjenytelse kan være mer eller mindre bevisst uttalt, og kommunen, eller ulike kommunale aktører, kan føle seg forpliktet til å gi noe tilbake. I mange saker er imidlertid ønsker om motytelser klart formulert.

I svømmebassengsaken på Tysnes følger det med som vilkår at bassenget skal ligge på Onarheim, som er giverens hjembygd, og ikke i kommunesenteret. Dette vil blant annet innebære betydelige ekstrautgifter til transport av elever for kommunen.

Når det gjelder Kunstsilo, måtte kommunen bidra med både investerings- og driftsmidler. Skulpturene på Ekeberg står ute, men kommunen måtte vedta en detaljregulering som la til rette for en skulptur- og kulturminnepark i et friområde.

Kommunen kan måtte bidra med både penger, eiendom og myndighetsutøvelse for å legge til rette for gaver, og det er ofte sterke elementer av gjenytelse når gaver tas imot.

I noen situasjoner står heller ikke kommunen fritt til å velge å legge til rette for gaven. Kommunen må holde seg innenfor de rettslige rammene som gjelder, for eksempel med hensyn til naturmangfold og kulturminnevern. Det ble aktualisert i saken om skulpturpark på Ekeberg.

De som gir store verdier til en kommune, har ofte en egen agenda og et eget mål med gaven. For eksempel vil de som har mye kunst, gjerne være glad i kunst og ønske at andre også skal ha glede av kunsten de selv liker.

I kommunene er det imidlertid ikke nødvendigvis enkelt. Er det flertall for å ta imot gaven med de konsekvensene som følger med? Skal kommunen prioritere nettopp dette tiltaket? Det er helt normalt at det foregår forhandlinger i en slik gavesituasjon, og kommunen har ofte et visst handlingsrom.

Når det gjelder mottak av større kunstgaver, har flere kommuner vedtatt egne retningslinjer som kan være verdt å kikke på om det skulle bli aktuelt. Det er mye rikdom i Norge, og vi skal ikke se bort fra at det kommer henvendelser om gaver til stadig flere kommuner. Det kan bringe mye godt med seg. Men vær beredt!

Oppfølging av kontrollutvalgets saker

Behandles i utvalg

Kontrollutvalget i Rana kommune

Møtedato

10.04.2025

Saknr

17/25

Saksbehandler Kent Røstad

Arkivkode FE-033, TI-&17

Arkivsaknr 25/133 - 5

Forslag til vedtak

Kontrollutvalget tar oppfølging av saker til orientering.

Vedlegg

Oppfølging av saker Rana kommune 10.4.2025

Saksopplysninger

Saken blir satt på sakskartet i hvert møte, slik at kontrollutvalget har oversikt over saker som skal følges opp.

Møtedato	Saksnr.	Sakstittel	Vedtak	Kommentar	Dato for oppfølging
02.12.2022	63/22	Oppf. KST-vedtak 20/21 pkt 2 (vedr. PP-tjenesten)	<ul style="list-style-type: none"> Be om skriftl. status til - muntl. orient. - i møtet Innhent resultat fra bebudet tilsyn våren 2023 Statsforv. 		Siste møte 2023? (ikke tilsyn pr. 8/6-23, jfr. KU-sak 040/23)
25.04.2023	21/23	FR-rapp., Kontroll/tilsyn med uteområde i barnehagene	Start oppfølging av KST-vedtak	Kommunedirektøren er bedt om å gi en skriftlig og en muntlig orientering i møte 20.02.2025. Utsatt etter ønske fra kommunens administrasjon.	10.04.2025
28.08.2023	44/23	Oppf. rev.brev nr. 2, Mo i Rana Havn KF, fra rev. 2022.	Legg frem foretakets svar til revisor når svar foreligger		?
20.09.2023	56/23	Oppf. rev.brev nr.1, Mo i Rana Havn, fra regnsk.rev. 2022	Utsettes i påvente av svar fra foretaket til mail 16/9-23		?
23.02.2024	02/24	Oppfølging av etterkontroll av forvaltningsrevisjonsrapport av barneverntjenesten	<ol style="list-style-type: none"> Kontrollutvalget tar notatet til orientering. Kontrollutvalget ber kommunedirektøren komme i utvalgets møte 12. april 2024 og legge fram en plan for hvordan de foreslåtte tiltak i rapporten skal følges opp. Kontrollutvalget legger rapporten fram for kommunestyret med følgende innstilling: Kommunestyret bemerker at alle punkt i rapporten ikke er fulgt opp og forventer at det blir bragt i orden innen 	Behandlet i kommunestyret 17.12.2024. Protokoll lagt ved som referatsak i møte 20.02.2025. Ses i sammenheng med sak 08/25.	10.04.2025

			kort tid. Kommunestyret ber kommunedirektøren rapportere skriftlig til kontrollutvalget om oppfølgingen av rapporten innen 30. september 2024.		
23.02.2024	04/24	Oppfølging av vedtak om Skonseng barneskole og Storforshei ungdomsskole	Saken utsettes.		?
12.04.2024	09/24	Orientering til kontrollutvalget - status på oppfølging av vedtak om helse- og rustjenesten	Kontrollutvalget tar redegjørelsen til orientering. Kontrollutvalget ber om å få en oppdatert status av planen, supplert med muntlige orienteringer løpet av våren 2025.		Våren 2025
13.11.2024	42/24	Kommunedirektørens orientering til kontrollutvalget - kommunens logopedtjeneste	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kontrollutvalget tar informasjonen til orientering 2. Kontrollutvalget ber kommunedirektøren gi kontrollutvalget en skriftlig tilbakemelding om kommunens kapasitet og ventetid innenfor logopedtjenester innen 1. september 2025. 		Høsten 2025
06.12.2024	56/24	Kommunedirektørens orientering om oppfølging av forvaltningsrevisjon om åpenhet og innsyn i utvalgte politiske møter	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kontrollutvalget tar redegjørelsen til orientering 2. Kontrollutvalget ber kommunedirektøren sende en skriftlig orientering til sekretariatet innen den 8. mai 2025 og gir en muntlig orientering i kontrollutvalgets møte 23. mai 2025. 		23.05.2025
06.12.2024	57/24	Kommunedirektørens orientering til kontrollutvalget om oppfølging av forvaltningsrevisjonsrapport om vedlikehold av kostbar infrastruktur	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kontrollutvalget tar redegjørelsen til orientering. 2. Kontrollutvalget ber kommunedirektøren gi en skriftlig orientering til kontrollutvalgets sekretariat innen den 24. oktober 2025 og en muntlig 		07.11.2025

			orientering i kontrollutvalgets møte 7. november 2025.		
06.12.2024	58/24	Forvaltningsrevisors orientering om status for forvaltningsrevisjon om rapportering på ikke-økonomisk måloppnåelse	Kontrollutvalget tar redegjørelsen til orientering.	Rapporten er ferdig. Forvaltningsrevisor skal svare på høringssvar før rapporten sendes til kontrollutvalget.	Våren 2025
20.02.2025	01/25	Forlengelse av avtale med Deloitte AS	Kontrollutvalget tar sekretariatets redegjørelse til orientering og legger saken fram for kommunestyret med følgende innstilling: Kommunestyret ber ordføreren forlenge avtale med Deloitte AS til og med 30.06.2026.		
20.02.2025	04/25	Oppfølging av revisjonsrapport nr. 8	1. Saken utsettes til kontrollutvalgets møte 10. april 2025. 2. Kontrollutvalget ber regnskapsrevisor gi innspill til saken i kontrollutvalgets møte 10. april 2025.		10.04.2025
20.02.2025	06/25	Innspill til kontrollarbeidet	Kontrollutvalget ber kommunedirektøren gi en skriftlig orientering til sekretariatet innen den 27. mars 2025 og en muntlig orientering i kontrollutvalgets møte 10. april 2025 om kommunens bruk av tvang overfor sårbare grupper, og hvordan kommunen sikrer at det er forankret i gyldige vedtak og rutiner.		10.04.2025
20.02.2025	08/25	Oppfølging av kontrollutvalgets saker	Kontrollutvalget ber kommunedirektøren gi en skriftlig orientering til sekretariatet innen 27. mars 2025 om hvordan etterkontroll av forvaltningsrevisjonsrapport av barneverntjenesten er fulgt opp.	Ses i sammenheng med sak 02/24.	10.04.2025

Godkjenning av protokoll fra dagens møte

Behandles i utvalg

Kontrollutvalget i Rana kommune

Møtedato

10.04.2025

Saknr

18/25

Saksbehandler Kent Røstad**Arkivkode** FE-033, TI-&17**Arkivsaknr** 25/133 - 4

Forslag til vedtak

Møteprotokollen fra dagens møte i kontrollutvalget, 10.04.2025, godkjennes.