

Helse- og omsorgsdepartementet  
Postboks 8011 Dep  
0030 Oslo

Stab økonomi, juridisk og IKT  
Juridisk seksjon

Vår ref.: 2015/1980 Oppgis ved all henvendelse	Deres ref.: 14/3602	Saksbeh.: ingmyk/uxhaee	Dato: 8.5.2015
--	------------------------	----------------------------	-------------------

## Høringsuttalelse – Lov og forskrifter om gjennomføring av rusomsorgen

Oslo Universitetssykehus HF viser til Helse- og omsorgsdepartementets høringsbrev av 30. januar 2015 med forslag til lov og forskrift om gjennomføring av rusomsorgen. Oslo universitetssykehus HF har fått utsatt frist til høringsvar til 8. mai 2015.

Oslo universitetssykehus HF har innhentet innspill fra Avdeling rus- og avhengighetsbehandling (ARA) og Avdeling psykisk helsevern døgnbehandling voksne. ARA har innhentet kommentarer fra sine kliniske seksjoner og høringen er også diskutert i avdelingens Brukerråd. Nasjonal kompetansetjeneste TSB har gitt egen høringsuttalelse datert 30. april 2015.

Oslo universitetssykehus HF(OUS) støtter i all hovedsak forslagene til nye gjennomføringsbestemmelser, se likevel merknader til enkelte forslag nedenfor. Det gis først en generell uttalelse og deretter en uttalelse til de enkelte bestemmelsene i forslag til ny gjennomføringsforskrift.

### I Generell uttalelse

Det er bred enighet om er at det er behov for økt rettssikkerhet for denne pasientgruppen når det gjelder tvangsbruk, da den vurderes som vesentlig svakere enn for pasienter i det psykiske helsevern.

#### *Regulering av gjennomføringsregler om tvang i lov*

OUS mener det er uheldig at gjennomføringsregler om tvang foreslås regulert i forskrift og ikke i lov. Utkast til forskrift har bestemmelser som regulerer bruk av tvang som er kjerneområdet i legalitetsprinsippet. Det er ingen grunn til at denne pasientgruppen skal behandles annerledes enn pasienter i det psykiske helsevern, der gjennomføringsregler om tvang er regulert i psykisk helsevernloven kapittel 4.

Forutsatt at tvangstiltak blir regulert i forskrift, støtter OUS departementets forslag til uttømmende opplisting i forskriftshjemlene av hvilke tvangstiltak som kan benyttes.



### ***Behov for endringer i psykisk helsevernlovens gjennomføringsbestemmelser***

Generelt støttes en større grad av harmonisering av regelverket når det gjelder regulering av gjennomføringsregler i psykisk helsevern og rus, spesielt ved bruk av tvangsmidler. Det er en økende erkjennelse av at rusmiddelmissbruk og psykisk lidelse ofte opptrer samtidig.

Departementet har bare fulgt opp forslag til regulering av rusmiddeltesting av biologisk materiale i psykisk helsevernloven § 4-7a. OUS støtter direktoratet i at kontrolltiltak som foreslås i ny gjennomføringsforskrift for rusinstitusjoner også bør reguleres i lov om psykisk helsevern. Det vises til rapporten IS-2056 sine anbefalinger på side 16 og 17.

### ***Begrepsbruk***

OUS støtter forskriftens bruk av betegnelsen "pasient og bruker".

ARA viser til rapporten side 15-16 der forholdet mellom begrepet rusmiddelmissbruker og rusmiddelavhengig (misbruk vs. avhengighet) drøftes og fremholdes å tilsvare skillet mellom skadelig bruk og avhengighetssyndrom i diagnosemanualene. Dette er ikke gitt. Misbruk er et begrep som må defineres i seg selv og som ikke tilsvare begrepet skadelig bruk i medisinsk klassifikasjon. Hvis man mener at ordet misbruk er ensbetydende med det medisinske begrepet skadelig bruk, må det utheves og poengteres.

"Personer med rusmiddelproblemer" kan innbefatte svært ulike forhold. Psykologfaglig sett er "rusmiddelproblemer" et diffust og u håndgripelig begrep som kan omfatte tilstander som ikke nødvendigvis faller inn under medisinsk klassifikasjon eller begrepet misbruk. Hvis man mener at det juridisk sett er hensiktsmessig å ikke snevre inn hvem forskriften kan gjelde for (jf. begrepet alvorlig psykisk lidelse i tvungen psykisk helsevern, TPH), bør dette utheves.

### ***Rapportering***

OUS ber om at det stilles krav om rapportering av gjennomføringstiltak i alle institusjoner som yter tverrfaglig spesialisert behandling (se forslag i rapport pkt. 1.4.3 og 1.4.4). Det er problematisk at vi ikke har en nasjonal oversikt over tvangsbruk i tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) selv om forekomsten av klager er lav. Dette er viktig for å ivareta rettssikkerheten for denne pasientgruppen.

### ***Kontrollkommisjon***

OUS mener også at det svekker pasientenes rettssikkerhet at det ikke eksisterer noen Kontrollkommisjon for å ha tilsynsfunksjon med tvangsbruk etter Helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 10. OUS mener at fylkesmann som klageinstans ikke er tilstrekkelig.

## **II Uttalelse til forslag til i de enkelte bestemmelsene i gjennomføringsforskrift for rusomsorgen**

### ***§ 1 Formål***

OUS er enig i at forskriften bør ha en tydelig formålsbestemmelse som vil bidra til mest mulig riktig bruk av tvang. En tydelig formålsbestemmelse gir også mulighet for å kunne evaluere virkning av bestemmelsene i forskriften.

## **§ 2 Virkeområde**

Avdeling døgnbehandling, psykisk helsevern voksne støtter Helsedirektoratets forslag til felles forskrift for alle institusjoner som tilbyr tjenester til rusavhengige. Forskriften vil regulere ulike tjenestenivåer, ulike institusjoner og ulike formål med oppholdet og også private institusjoner uten avtale med kommunen eller avtale med regionalt helseforetak hvor pasienten betaler hele oppholdet.

ARA viser til at det er ikke uproblematisk å lage en forskrift som skal dekke opphold i institusjon på ulike nivåer i helsetjenesten. Intensjonen med oppholdet må nødvendigvis ha betydning for regelverket. Det må tas andre hensyn i drift av en behandlingsenhet i spesialisthelsetjenesten enn i en boenhet på kommunalt nivå.

Dersom forslag til forskrift også skal gjelde for omsorgspregede botiltak i kommunene hvor brukerne bor over lang tid bør det beskrives hvilken kompetanse vedkommende leder / institusjonens styrer må ha som kan vurdere behov for og beslutte gjennomføring av tvangstiltak som for eksempel ransaking, rusmiddeltesting osv.

Vi har forstått at forslag til forskrift også skal gjelde for private institusjoner som ikke mottar offentlige tilskudd og som heller ikke har til grunnliggende avtale med kommune eller regionalt helseforetak men inngår individuell avtale med kommune, RHF-et eller Helfo for en enkelt pasient og bruker, se utkast til forskrift § 2 bokstav a), b) og c). Også pasient/bruker innlagt etter slik individuell avtale må sikres at oppholdet reguleres etter forskriften.

OUS viser til at departementets forslag om å stryke bokstav e i utkast til virkeområdebestemmelsen vil skape uklarheter om når forskriften skal gjelde eller ikke. Det vises til rapportens eksempel på side 24 og 25, der en privat institusjon har avtale med kommunen om å ta i mot en pasient i noen måneder. Forskriften skal da gjelde for alle som har opphold i institusjonen i denne perioden. Etter dette vil forskriften ikke gjelde for de andre som har opphold på institusjonen. Her får man vanskelige "periodiseringsregler" som medfører kompliserte avklaringer, både for institusjonen, pasient og bruker og fylkesmannen ved eventuelle tilsyn og klager.

OUS minner om at forskriften må gjelde for leverandører av fritt behandlingsvalg.

## **§ 4 Husordensregler**

OUS støtter forslaget om at institusjoner pålegges å forelegge Fylkesmannen husordensregler som igjen skal påse at disse er utformet i samsvar med gjeldende lover og forskrifter, videre at husordensreglene forelegges pasienten/brukeren ved ankomst til institusjonen. Det er samtidig vesentlig at praktiseringen av disse følger et terapeutisk perspektiv, fremfor å være et rigid kontrollinstrument.

## **§ 6 Rusmiddeltesting**

Gjeldende lov og forskrift åpner for at institusjonene kan ta urinprøver for å avdekke rusmiddelmisbruk hos pasient og bruker under oppholdet. For tvangsinnlagte pasienter kan urinprøver pålegges av Fylkesnemnda for barnevern og sosiale saker. For frivillig innlagte

pasienter kreves samtykke.

#### *Rusmiddeltesting av biologisk materiale*

Helsedirektoratet foreslår å gjøre forskriften teknologinøytral og endre ordlyden fra urinprøve til "testing av biologisk materiale". Dette vil fremdeles gi adgang til å ta urinprøver. I tillegg kan det blant annet være aktuelt med testing via spytt og hår, noe som allerede er under utprøving. Departementet anbefaler også tilsvarende endringer i psykisk helsevernloven. Slik vil både regelverket for psykisk helsevern og rusomsorgen vise til "biologisk materiale" og ikke "urinprøve". OUS støtter ovennevnte forslag.

Den mest vanlige form for rusmiddeltesting i TSB er urinprøver. Derfor er det urinprøver som er utgangspunktet i vår argumentasjon under dette punktet.

#### *Skriftlig samtykke*

OUS forstår forskriftens bestemmelse om rusmiddeltesting slik at man innhenter skriftlig samtykke til rusmiddeltesting som kan dekke hele behandlingsforløpet og at behandler underveis vurderer om testing er nødvendig for å oppnå formålet med oppholdet.

Deler av behandlingsmiljøet i ARA mener det ikke bør være krav til at samtykke er skriftlig ved rusmiddeltesting for frivillig innlagte pasient og brukere. Det mest tungtveiende hensyn bak rusmiddeltesting er å legge til rette for en forsvarlig medisinsk/medikamentell behandling og en god utredning. Selv når pasienten har et forbruk av rusmidler, som er såpass moderat at personalet ikke ved hjelp av sitt kliniske blikk klarer å avdekke det, vil ruspåvirkningen kunne medføre feil i utredningen. Rusmiddeltesting er altså en forutsetning for faglig forsvarlighet både når det gjelder utredning og behandling. Risikoen forbundet med inntak av rusmidler og samtidig forskrivning av medikamenter samt faren for feildiagnostisering tilsier at urinprøver/ rusmiddeltesting bør være en obligatorisk del av behandlingen for pasientene.

I praksis vil man være avhengig av samarbeid og pasientens aksept for tiltaket; det vil ellers ikke være gjennomførbart. Arbeid i avdelingen er basert på god dialog med pasientene, også når det gjelder rusmiddeltesting. At rusmiddeltesting anses å være en obligatorisk del av behandlingen og ikke noe man stadig spør om samtykke til vil likevel i noen tilfeller gjøre en forskjell i form av at behandlerne vil fremstå med større legitimitet og tyngde og ved det lettere kunne få gjennomslag for tiltaket. Det vises til forskrift om legemiddelassistert rehabilitering § 8 og dens ordlyd og mener gjennomføringsforskriftens § 6 kan ha likelydende meningsinnhold. Det vurderes som rimelig at rusmiddeltesting anses som en del av behandlingsrutinene i TSB, og er obligatorisk når behandlere vurderer at det er behov for det.

#### *Ansvarlig institusjon skal avgjøre testing av biologisk materiale for tvangsinnlagte pasienter*

Fylkesnemnda for barnevern og sosiale saker har i dag eksklusiv kompetanse til å fastsette urinprøvetaking for tvangsinnlagte pasienter. Helsedirektoratet foreslår at det i stedet skal være ansvarlig institusjon som kan avgjøre dette. Slik er det allerede i dag i det psykiske helsevernet, hvor institusjonen kan fatte vedtak om at det kan tas urinprøver, jf. psykisk helsevernloven § 4-7a.

OUS støtter dette forslaget. Forslaget styrker pasientens rettsikkerhet. Det er institusjonens fagpersonell som har best kompetanse i å vurdere behovet for analyse av biologisk materiale. Rusmiddeltesting skjer for å sikre faglig forsvarlighet i behandlingen.



*Testing av biologisk materiale for pasienter innlagt etter Helse- og omsorgstjenesteloven § 10-4*  
Etter helse- og omsorgstjenesteloven § 10-4 kan en person med rusmiddelproblemer samtykke til tvangsopphold i inntil tre uker. Institusjonen kan sette som vilkår at pasienten før oppholdet samtykker til at det kan tas urinprøver under institusjonsoppholdet, jf. fjerde ledd. Direktoratet foreslår at denne delen av § 10-4 oppheves. Helsedirektoratet mener at det ikke vil være nødvendig å kunne stille vilkår om samtykke til rusmiddeltesting før en slik innleggelse. Når rusmiddeltesting anses nødvendig, vil regelen om samtykke til rusmiddeltest i forskriftsutkastets § 6 første ledd være tilstrekkelig også for denne gruppen pasienter. OUS støtter ovennevnte forslag.

*Testing av biologisk materiale når pasienter tvangsinnlagt med hjemmel i helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 10 er tilbakeholdt i avdeling/enhet innenfor psykisk helsevern*  
Pasienter kan tilbakeholdes i psykisk helsevern med hjemmel i Helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 10. Den foreslåtte gjennomføringsforskriften vil ikke regulere deres institusjonsopphold. I stedet vil gjennomføringsbestemmelsene i psykisk helsevernloven kapittel 4 gjelde. Etter departementets syn bør det være adgang til å rusmiddelteste pasienter med rusmiddelproblemer også når de er innlagt i det psykiske helsevernet. Departementet foreslår derfor følgende tillegg i psykisk helsevernloven § 1-1 a andre ledd: "For pasienter innlagt i medhold av helse- og omsorgstjenesteloven §§ 10-2 og 10-3, skal § 4-7a annet ledd i loven her likevel gjelde." OUS støtter dette forslaget.

### **§ 7 Forbindelse med omverdenen**

OUS støtter forslagene i bestemmelsen, herunder at man kan begrense pasient og brukers tilgang til kamera og mobiltelefon/PC med kamerafunksjon av hensyn til andre pasient og brukers/ansattes personvern. Det er ønskelig med en tydeliggjøring av om det er anledning til å forlenge vedtaket, gitt at man vurderer at det er faglig behov for det.

OUS ber departementet undersøke og revurdere muligheten for at institusjoner med oppdrag om å ta i mot pasienter på tvungent tilbakehold (helse og omsorgstjenesteloven §§10-2 - 10-4) kan gis anledning til å fatte vedtak om å inndra mobiltelefon og pc i særtilfeller i et kortvarig perspektiv (dvs. betydelig kortere enn 2 uker). Begrunnelsen er da ikke hensynet til personvern, men skjerming fra utløsende eksponenter for rusmiddelinntak. Det ser ikke ut til at dette er drøftet inngående i utkastet og OUS er kjent med tilfeller hvor dette kunne hatt betydning for utfall av behandling og faktisk har vært til hjelp for pasienten.

I rapportens side 37 fremgår at innlevering av mobiltelefon/PC kan baseres på et gyldig samtykke. Slik OUS har forstått dette, er det ikke hjemmel for å be om samtykke eller lage avtale om å levere inn mobiltelefon i § 10-2 saker. Det er slik vi forstår Mjåland al. (2014) anledning til å inndra mobiltelefon i akutte nødstilfeller, men dette er utydelig og representerer i så fall liten grad av forutsigbarhet og rettigheter for pasienten. Mjåland et. al (2014) anbefaler en lovregulering av forhold vedrørende mobiltelefon under § 10-2 opphold. OUS ber om at dette tas opp til vurdering.

### **§ 8 Kroppsvisitasjon og ransaking**

OUS støtter i all hovedsak forslagene i bestemmelsen til kroppsvisitasjon og ransaking. Deler av

behandlertmiljøet i ARA støtter ikke forslag til vedtak om rutinemessig kroppsvisitasjon og undersøkelse av eiendeler ved adkomst til institusjonen. OUS er kjent med at enkelte pasienter har med seg farlige gjenstander når de kommer til sykehuset. Dette kan utgjøre en fare for andre pasienter og ansatte på sykehuset. Tilsvarende er det viktig å unngå at det innføres legemidler, rusmidler og skadelige stoffer ved adkomst til institusjonen.

#### *Gjennomføring av kroppsvisitasjon og ransaking med tvang*

OUS støtter departementets forslag til lovendring om at kroppsvisitasjon og ransaking om nødvendig kan gjennomføres ved tvang for pasienter innlagt etter helse- og omsorgstjenesteloven § 10-2 og 10-3. OUS mener at det er bør være et klart skille mellom pasienter innlagt frivillig og pasienter innlagt etter tvangsparagrafene i helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 10 når det gjelder bruk av tvang for gjennomføring av kroppsvisitasjon og ransaking. Er det mistanke om at frivillig innlagt pasient medbringer rusmidler eller farlige gjenstander og nekter å la seg ransake, gjøres en vurdering av forsvarlighet i behandlingen og man kan eventuelt legge opp til annen type behandling enn inneliggende. For pasienter innlagt etter tvangsparagrafene må det være mulig å kunne foreta kroppsvisitasjon og ransaking med tvang når dette er nødvendig for å sikre forsvarlighet. OUS støtter derfor at den enkelte institusjon skal gis mulighet til å ransake pasienter innlagt etter tvangsparagrafene, dersom dette er nødvendig for institusjonens sikkerhetsbehov og krav til forsvarlighet.

#### *Undersøkelse av pasientens munnhule*

Helsedirektoratet åpner i rapporten for mulighet til å undersøke pasientens munnhule dersom det erfaringsmessig er behov for slik undersøkelse. Undersøkelse av kroppens hulrom er ikke under noen omstendighet tillatt.

OUS mener at det bare kan være anledning til å undersøke en pasients munnhule ved dennes utvilsomme samtykke og medvirkning. Munnhulen er en intim del av kroppen og undersøkelse uten medvirkning kan oppleves som et betydelig overgrep. Det er også et faktum at mange pasienter har vært offer for seksuelle overgrep som også kan omfatte munnhulen og tvangspregede undersøkelser av denne kan oppleves meget traumatisk. Risiko for innsmugling av farlige gjenstander i munnhule vurderes dessuten som lav. Nytteverdien av slik undersøkelse oppveier ikke krenkelsen dette kan medføre.

### **§ 9 Beslag og tilintetgjøring av rusmidler og farlige gjenstander**

ARA mener det er uklart hva meningsinnholdet i § 9 annet ledd, første punktum er ment å være. Dette må presiseres nærmere.

### **§ 10 Tvang i akutte nødsituasjoner**

Innledningsvis vises det til at det er ulike meninger ved OUS når det gjelder regulering av tvang i akutte nødsituasjoner.

Det er et dilemma at institusjonen kun har nødrett som tiltak for å hindre rømminger, utageringer, vold eller situasjoner der det vurderes nødvendig å frata pasienten farlige gjenstander eller rusmidler. Dette er situasjoner som med stor sannsynlighet vil oppstå når pasient er innlagt på tvang. Man kan ikke etablere rutiner basert på bruk av nødrett.

Institusjonen kan heller ikke pålegge ansatte å iverksette tiltak basert på nødrett.

Pasienten er i utgangspunktet innlagt på tvang og er ved innleggelse fratatt mye av sin egen råderett. Det oppleves som et dilemma at institusjonen ikke har andre virkemidler enn kortvarig fastholding. Det kan være situasjoner hvor vi ser at pasienten i en tidlig fase prøver å rømme, eller utagerer i rømnings hensikt uten at det dermed vurderes som situasjon hvor nødrett kan benyttes da det ikke vurderes å være fare for liv og helse.

Noen klinikere mener at det må finnes en mulighet til å holde pasienten tilbake for å jobbe med motivasjon, nødvendig kartlegging, utredning og behandling.

OUS sin erfaring ved ARA tilsier at mange av pasientene innlagt på tvang gjennomgår flere faser med motstand, protest og rømningsforsøk før man kommer i hensiktsmessig behandlingsrelasjon hvor vi sammen med pasienten kan jobbe med videre motivasjon og mot frivillig behandling.

Slik OUS ser det må pasienter innlagt på tvang etter dagens lovgivning ha en atferd som i liten grad krever holding og bruk av tvang da utageringer, trussel om utagering etter noe tid vil være grunnlag for at pasienten slippes ut og behandlingen avbrytes. En konsekvens vil være at målgruppen for tvang etter Helse- og omsorgstjenesteloven smalnes inn, og dermed vil ikke forskriften gjelde etter sin hensikt.

### **§ 11 Adgang til tilbakeføring ved rømming**

Helsedirektoratet foreslår at det er institusjonen og ikke sosialtjenesten som til enhver tid må vurdere hva som er å anse som forsvarlig helsehjelp, herunder om behandlingen skal avsluttes og som dermed skal beslutte om rømt pasient skal tilbakeføres eller ikke.

OUS støtter dette, men ønsker en presisering av ansvarsforholdene mellom institusjon og sosialtjeneste i forskriftsutkastet § 15. ARA mener at helsepersonellens kompetanse og plikt til å vurdere forsvarlig helsehjelp også må gjelde for pasienter innlagt etter tvangsparagrafene i Helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 10 på lik linje med tvangsbehandling i psykisk helsevernlov og at dette skal gjelde ikke bare ved rømming, men også i andre situasjoner hvor spørsmålet om hensikten og nytten av behandlingen reises.

### **§ 12 Beregning av tilbakeholdstid**

Forslaget om å legge til tid på grunn av ulovlig fravær bør formuleres som en mulighet og ikke et som et pålegg. Formuleringen "ved beregning av tilbakeholdstiden regnes ikke med den tiden hvor pasienten har ulovlig fravær fra institusjonen" er for streng. Forskriftene bør heller legge opp til at institusjonen kan legge tiden for ulovlig fravær til tilbakeholdsperioden hvis det er hensiktsmessig for formålet med vedtaket. Loven gir allerede sosialtjeneste og Fylkesnemnd anledning til å bruke skjønn i form av flere "kan"- formuleringer og det virker rart at dette ikke skal gjelde for institusjonene i spesialisthelsetjenesten også. Spesialisthelsetjenesten kjenner det aktuelle forholdet og bør bestemme om det skal legges til tid. Det foreslås at en beslutning om å legge til ulovlig fravær skal begrunnes konkret og individuelt i hvert enkelt tilfelle med hensiktsmessighetsavveininger i lys av formålet med innleggelsen.

Dersom departementet velger å opprettholde anbefalingen må det påpekes at det virker drastisk å foreslå at tiden på det ulovlige fraværet kan vare helt opp til lengstetid (3 mnd) før det må fattes nytt vedtak. Hva er den faglige begrunnelsen for en slik tidsramme? Vår vurdering er at langvarig ulovlig fravær tilsier liten grad av nytteverdi av vedtaket. Her ber vi om at departementet ser på helheten i og formålet med lovverket. Det er f. eks. allerede bestemt at et ordinært vedtak faller bort (to uker for midlertidige vedtak) hvis det ikke er iverksatt etter seks uker. Det er vanskelig å finne vektige argumenter for at det skal være andre betingelser for vedtakets gyldighet ved ulovlig fravær.

### **§ 13 Underretning og registrering av vedtak og krav til kompetanse hos vedtaksansvarlige**

I forslaget til § 13 første ledd fremgår at alle vedtak og avgjørelse om bruk av tvang i akutte nødsituasjoner skal protokollføres. OUS støtter direktoratet i at vedtak og avgjørelser om nødrett bør fremgå i pasientjournal og ikke i papirprotokoll, men dette forutsetter at elektronisk pasientsystem ivaretar denne funksjonen.

Avdeling psykisk helsevern døgnbehandling, voksne etterlyser vurdering av krav til kompetanse hos vedtaksansvarlige utover «leder, eller den leder gir fullmakt». Det vises til de ulike tiltakshjemplene i utkast til forskrift §§ 6-10. Det stilles spørsmål til hvorfor kompetansekravene er satt lavere enn i psykisk helsevern.

### **§ 15 Samarbeid mellom institusjonen og kommunen**

Det vises til rapportens beskrivelse av dette s. 49, annet avsnitt:

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

Samarbeid med kommune/bydel er som oftest en forutsetning for at behandlingen skal ha effekt utover oppholdsperioden i institusjon. Det kan være hensiktsmessig med en viss tillempeing av taushetsplikten, slik at den i mindre grad blir til hinder for samarbeid. Avsnittet ovenfor er imidlertid uklart. Hva menes med “.. må visse opplysninger kunne kommuniseres ... uavhengig av pasientens syn”? Det er viktig at det kommer klart frem hva som er formålet, nærmere bestemt hva man faktisk vil åpne opp for av ny praksis med den nye bestemmelsen.

ARA mener bestemmelsen burde gi føringer for forpliktende avtaler mellom kommune og institusjon, hvor kommunens oppfølgingsansvar før, under og etter tvangsopphold tydeliggjøres. Bistandsmøte er et naturlig møtepunkt i en slik forpliktende avtale.

### **§ 14 Klage**

Helsedirektoratet foreslår at pasientens nærmeste pårørende kan klage på vedtak etter forskriften forutsatt at pasienten samtykker.



OUS støtter dette, men mener det er problematisk at brukeres pårørende ikke har likelydende rettigheter, særlig der begge kategorier er tilknyttet samme institusjon eller har en felles forskrift. Dersom det skal være en felles forskrift som gjelder begge tjenestenivå, i alle typer institusjoner for behandling, omsorg og rehabilitering av mennesker med rusmiddelproblemer, bør også klagerettighetene være like.

***ARA ønsker også å komme med følgende tilleggs kommentar vedrørende faglige og materielle rammer for institusjoner.***

Helse- og omsorgstjenesteloven § 10-2 angir at Fylkesnemndas vedtak etter første ledd "bare kan 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". Denne vurderingskompetansen ble i 1998 flyttet fra Fylkesnemnda til sosialtjeneste.

ARA mener at Nav sosialtjenesten ikke har reell mulighet til og/eller høy nok grad av kompetanse til å sikre at dette kravet er oppfylt. ARA mener også det er betenkelig at selve grunnlaget for praksis, dvs. sikringen av at det er faglig og materielt forsvarlig å ta i mot pasienten på institusjonen, ikke er bedre kontrollert gjennom forskrift. Helse- og omsorgstjenesteloven § 10-2 er et langvarig og inngripende tiltak som kan innebefatte høy grad av tvangsbruk. Man bør se til forskrift om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern §§ 2 til 4 og vurdere å etablere tilsvarende paragrafer som er tilpasset helse- og omsorgstjenesteloven § 10-2. ARA mener at institusjonene bør godkjennes av Helsedirektoratet, at det skal være krav til materiell (eks. tilstrekkelige og oversiktlige fellesarealer, tilgang på egnede utearealer, fysisk utformet og materielt utstyrt slik at tvang i størst mulig grad unngås, videre at det foreligger tilfredsstillende skjermingsmuligheter) og bemanning (eks. spesialister, tilgang på kvalifisert personell for å sikre et godt tilbud om miljø- og fritidsaktiviteter og tilbud om opplæring).

*Konvertering av behandling fra frivillighet til tvang*

ARA stiller spørsmål til om det i TSB bør reguleres et forbud mot overføring fra frivillighet til tvungent opphold. Til sammenligning vises det til psykisk helsevernlovens § 3-4 regulering av dette. ARA mener at slik konvertering ikke bør aksepteres.

Med vennlig hilsen  
Oslo universitetssykehus HF

Terje Rootwelt

Viseadm. direktør  
Medisin, helsefag og utvikling