

# TVANG OVERFOR RUSMIDDELAVHENGIGE

Evaluering av Lov om sosiale tjenester §§ 6-2, 6-2a og 6-3

Ingrid Rindal Lundeberg · Kristian Mjåland · Karl Harald Søvig · Even Nilssen · Bodil Ravneberg



**uni Rokkansenteret**

Stein Rokkan senter for flerfaglige samfunnsstudier

Rapport 2 - 2010

Uni Rokkansenteret, Stein Rokkan senter for flerfaglige samfunnsstudier, har en todelt publikasjonsserie. Publikasjonsserien redigeres av et redaksjonsråd bestående av forskningsdirektør og forskningsledere.

I rapportserien publiseres ferdige vitenskapelige arbeider, for eksempel sluttrapporter fra forskningsprosjekter. Manuskriptene er vurdert av redaksjonsrådet eller en fagfelle oppnevnt av redaksjonsrådet.

Det som utgis som notater er arbeidsnotater, foredrag og seminarinnlegg. Disse godkjennes av prosjektleder før publisering.

ISBN 978-82-8095-068-0  
ISSN 1503-4844

Uni Rokkansenteret  
Nygårdsgaten 5  
5015 Bergen  
Tlf. 55 58 97 10  
Fax 55 58 97 11  
E-post: rokkansenteret@uni.no  
<http://rokkan.uni.no/>

# TVANG OVERFOR RUSMIDDELAVHENGIGE

Evaluering av Lov om sosiale tjenester  
§§ 6-2, 6-2a og 6-3

INGRID RINDAL LUNDEBERG, KRISTIAN  
MJÅLAND, KARL HARALD SØVIG, EVEN NILSSEN  
OG BODIL RAVNEBERG

STEIN ROKKAN SENTER FOR FLERFAGLIGE SAMFUNNSSTUDIER  
UNI RESEARCH BERGEN  
JUNI 2010

Rapport 2 - 2010

## Innhold

FORORD .....	9
SAMMENDRAG .....	10
<b>INNLEDNING, INGRID LUNDEBERG, KRISTIAN MJÅLAND OG KARL HARALD SØVIG .....</b>	<b>15</b>
Bakgrunn for evalueringsoppdraget .....	16
Presentasjon regelverket .....	19
Oversikt over tvangsbestemmelsene .....	19
Formålet ved tvangsinnleggelse .....	21
Nærmere om vilkårene i § 6-2 og § 6-2a .....	22
De materielle vilkårene i § 6-3 .....	23
De pårørendes rolle .....	25
Prosessen .....	25
Særlig om midlertidige vedtak .....	26
Ansvar for gjennomføring av tvangsvedtak .....	27
Valg av institusjon og reglene om fritt institusjonsvalg .....	28
Rettslige grunnlag for tiltak under oppholdet .....	29
Rett til individuell plan og tiltaksplan under oppholdet .....	31
Gjennomføring av tvangstiltak i institusjoner regulert av annet regelverk .....	31
Rusreformen og oppgavefordelingen innen rusomsorgen .....	32
Forskningsstatus .....	34
Norske studier av resultat av tvang .....	35
Nordiske studier om effekt av tvangsbehandling .....	38
Rapportens struktur .....	40
Avgrensning og presisering .....	41
<b>SOSIALTJENESTENS PRAKTISERING AV TVANGSLOVGIVNINGEN, EVEN NILSSEN .....</b>	<b>42</b>
Innledning .....	42
Datagrunnlaget .....	44
Generelle trekk ved tvangsansendelsen .....	45
Organisering .....	45
Holdninger til tvang .....	46
Sosialarbeidernes forklaringer på ulike sider ved tvangsansendelsen .....	47
Pårørende og bekymringsmeldinger .....	55
Inaktiv bruk av §§ 6-2 og 6-2a .....	58
Vurdering av behandlingstilstandene .....	59
Tvangsprosessen i enkeltsaker .....	65
Sosialtjenestelovens §§ 6-2 og 6-2a .....	65
Sosialtjenestelovens § 6-3 .....	73
Avslutning .....	76
<b>FYLKESNEMNDSUNDERSØKELSEN, KARL HARALD SØVIG .....</b>	<b>81</b>

Presentasjon av materialet .....	81
Nærmere om de tvangsinnlagte .....	82
Særlig om gravide .....	90
Fylkesnemndene .....	94
Saksfordeling mellom fylkesnemndene .....	94
Sammensetningen av fylkesnemnden .....	96
Saksbehandlingstid .....	98
Fylkesnemndene og tilleggsbeslutningene .....	99
Midlertidige vedtak .....	100
Pasientenes tidligere behandlingserfaring .....	102
Pasientenes holdninger til innleggelsen .....	105
Avsluttende kommentarer .....	108
<b>SPESIALISTHELSETJENESTEN OG TVANG, BODIL RAVNEBERG .....</b>	<b>110</b>
Organisering og gjennomføring av tvang i spesialisthelsetjenesten .....	110
Tverrfaglig spesialisert rusbehandling .....	111
Datagrunnlaget og gangen i kapitlet .....	111
Spesialisthelsetjenestens "sørge-for" ansvar .....	112
Helse Nord .....	113
Helse Vest .....	114
Helse Midt-Norge .....	117
Helse Sør-Øst .....	118
Begrunnelser for utvalget av institusjoner .....	120
Økning i antall liggedøgn etter rusreformen .....	121
Pasienter i grenseland mellom rus og psykiatri .....	124
Pasienter i grenseland mellom tvang og frivillighet – § 6-3 tilbudet .....	125
Gjennomføringen av tvangen på institusjonsnivå .....	128
Innledning – tvangens janusansikt .....	128
Ulike perspektiver på totale institusjoner .....	130
Motivere eller behandle? .....	131
Overgangsfaser i tvangsoppholdet .....	132
Fire døgninstitusjoner .....	134
Øvstun behandlingsinstitusjon .....	142
Soltun behandlingsinstitusjon .....	145
Apeltun behandlingsinstitusjon .....	147
Midttun behandlingsinstitusjon .....	149
Avslutning – hovedutfordringer i planleggingen og gjennomføringen av tilbakeholdelse .....	160
De regionale helseforetakenes sitt syn .....	160
Funn fra casestudiene .....	161
<b>ERFARINGER MED TVANG, INGRID LUNDEBERG OG KRISTIAN MJÅLAND .....</b>	<b>165</b>
Innledning .....	165
Tvangens muligheter og begrensninger .....	165
Metode .....	166

Kjennetegn ved utvalget .....	167
Åtte historier om tvang.....	169
Rolf – Tvang og boligløshet.....	170
Aurora: Tvang og LAR .....	175
Kristin: Tvang og dobbeltdiagnosepasientene .....	182
Karsten: Tvang og NA.....	189
Pia: Tvang og barnevernet.....	196
Sara: Tvang og ADHD .....	204
NINA: Tvang og fremmedgjøring.....	212
Brita: Tvang og forandringsvilje.....	221
Diskusjon .....	230
Foranledningen for tvang .....	230
Innholdet i tilbakeholdet: Oppbevaring, normalisering og kontroll.....	234
Resultatene av tvang.....	242
Tvangens muligheter og begrensninger for endring.....	245
<b>AVSLUTNING, INGRID LUNDEBERG, KRISTIAN MJÅLAND OG KARL HARALD SØVIG .....</b>	<b>248</b>
Hvem tvangsinnlegges og hvorfor?.....	248
Rusmidler.....	248
Alder.....	249
Helseforhold og behandlingskarriere.....	250
Økt bruk av LAR .....	251
Dobbeltdiagnosepasientene.....	252
Hvorfor kvinner?.....	253
Bekymringsmeldinger .....	255
Samtykke.....	257
Innleggelsen .....	258
Innleggelse ved § 6-3 .....	259
Tilbakeholdet.....	260
Bruk av samarbeidsorganer og verktøy.....	263
Resultatet av tvang.....	264
Resultater av § 6-2a.....	264
Resultater av § 6-2.....	267
Resultater av § 6-3.....	271
Behov for regelendringer?.....	273
Innledning.....	273
De materielle vilkårene for innleggelse.....	273
Særlig om midlertidige vedtak.....	275
Behovet for en gjennomgripende reform av sosialtjenesteforskriften .....	276
Reglene om fritt institusjonsvalg .....	277
Oppgavefordelingen etter rusreformen .....	277
Den rettslige reguleringen av pasienter med "dobbelt-diagnoser" .....	278
Litteraturliste.....	280

Offentlige dokumenter .....	283
Øvrige offentlige dokument: .....	284

## Figuroversikt

Nummer	Tittel	Side
Figur 1	Oversikt over antall saker avgjort etter ordinær saksbehandling	17
Figur 2	Oversikt over antall midlertidige vedtak til godkjenning i fylkesnemndene	17
Figur 3	Tidligere behandling (§ 6-2). Fordelt på kjønn	103

## Tabelloversikt

Tabelltittel	Side
SOSIALTJENESTENS PRAKTISERING AV TVANGSLOVGIVNINGEN	
Andel respondenter ut fra kommunestørrelse	44
Trekk ved organiseringen av arbeidet med rusmiddelmisbrukere i sosialtjenesten/Nav	45
Mener du tvang etter sosialtjenesteloven bør anvendes mer, mindre eller slik som i dag	47
Sosialarbeidernes forklaringer på hvorfor § 6-2 ikke anvendes mer	48
Sosialarbeidernes forklaringer på hvorfor § 6-2a ikke anvendes mer	49
Sosialarbeidernes forklaringer på hvorfor § 6-3 ikke anvendes mer	50
Sosialarbeidernes forklaringer på hvorfor bruk av tvang etter § 6-2 har økt over tid	51
Sosialarbeidernes forklaringer på hvorfor bruk av tvang etter § 6-2a har økt over tid	52
Forklaringer på at det brukes mindre tvang overfor alkoholdominert rusmiddelmisbruk enn narkotikadominert § 6-2a	53
Forklaringer på at det fattes relativt flere vedtak overfor kvinner enn menn §6-2	54
Andel som har fått henstilling fra familie pårørende fordelt på tvangsparagraf	56
Resulterte henvendelsen i en innstilling til fylkesnemnda	56
Hvor kom meldingen fra (§§6-2 og 6-2a)	57
Sosialarbeidernes 'inaktive bruk' av tvangsparagrafene siste år	58
Vurdering av kvaliteten på behandlingstilbudet i egen helseregion	59
Vurdering av kvaliteten på tvangsplasser i egen helseregion fordelt på helseregion	60
Vurdering av tilgangen på tvangsplasser i egen helseregion	61
Vurdering av tilgangen på tvangsplasser i egen helseregion fordelt på helseregion	62
Har tilgangen på tvangsplasser i helseregionen endret seg etter rusreformen?	63
Vurdering av samarbeidet mellom eget kontor og behandlingstilbudet i egen helseregion i tvangssaker	64
Type rusmidler i siste sak §§ 6-2 og 6-2a	66
Bivariate korrelasjoner mellom ulike rusmidler. Pearsons R.	66
Årsaker til at saken ikke ble innstilt til fylkesnemnda (§§ 6-2 og 6-2a)	67
Årsaker til at saken endte med at det ble innstilt til tvang (§§ 6-2 og 6-2a)	68
Årsaker til at det ble innstilt til tvang fordelt på paragrafer	69
Politiets funksjon og rolle i innleggelsessituasjonen	70



Tabelltittel	Side
Sosialarbeidernes rapportering av hva som har skjedd med klienten etter tvangsoppholdet	72
Hva var bakgrunnen for innleggelsen etter § 6-3	73
Type rusmidler	74
Bivariate korrelasjoner mellom ulike rusmidler. Pearsons R. (N=53)	74
Hva har skjedd med klienten etter tvangsoppholdet	75
FYLKESNEMNDSUNDERSØKELSEN:	
Aldersgrupper (§§ 6-2 og 6-2a)	83
Hovedrusmiddel (§ 6-2 og § 6-2a)	84
Begjæringer om tvangsinnleggelse etter substanstype (§§ 6-2 og 6-2a)	85
Vedtak ut fra hovedrusmiddel fordelt på årsperioder (§ 6-2)	86
Vedtak ut fra hovedrusmiddel fordelt på fylkesnemnder	86
Vedtak ut fra hovedrusmiddel i utvalgte kommuner	87
Gjennomsnittsalder (§ 6-2) ut fra rusmiddelkategori (N=565)	88
Gjennomsnittsalder (§ 6-2a) ut fra rusmiddelkategori (N=200)	88
Rusmiddelkategori sammenholdt med kjønn (§ 6-2)	88
Kjønnsfordeling i saker for de ulike fylkesnemndene (§ 6-2)	89
Kjønnsfordeling i saker for utvalgte kommuner (§ 6-2)	90
Reaksjonstid i sosialtjenesten og gjenstående dager av svangerskapet ved tvangsvedtak (§ 6-2a)	92
Gjenstående dager av svangerskapet ved tvangsvedtak (§ 6-2a) fordelt på fylkesnemnds nivå	93
Antall saker (§§ 6-2 og 6-2a) fordelt på fylkesnemnder og årsperioder	95
Fagkyndige i fylkesnemnden (§§ 6-2 og 6-2a)	97
Saksbehandlingstid (§§ 6-2 og 6-2a) i fylkesnemndene (N=520/193)	98
Saksbehandlingstid (§ 6-2) når avgjørelsen er forskuttet gjennom et midlertidig vedtak	99
Forekomst av midlertidige vedtak (§ 6-2). Fylkesnemndsvis fordeling	101
Forekomst av midlertidig vedtak (§ 6-2). Fordeling i utvalgte kommuner	102
Tidligere tvangsinnleggelse etter sotjl. (§ 6-2/§6-2a) i saker etter § 6-2	104
Tidligere tvangsinnleggelse etter psykisk helsevernloven i saker etter § 6-2	104
Samtykke (§ 6-2) ut fra kjønn	105

Tabelltittel	Side
Samtykkefrekvens på fylkesnemnds nivå (§ 6-2)	106
Samtykkefrekvens på fylkesnemnds nivå (§ 6-2a)	106
Samtykkefrekvens i utvalgte kommuner (§ 6-2)	107
Samtykkefrekvens i forhold til eventuelt forutgående midlertidig vedtak (§ 6-2)	108
SPESIALISTHELSETJENESTEN OG TVANG:	
Rusinstusjoner i Helse Nord som kan ta imot pasienter på tvang	114
Institusjoner i Helse Vest som kan ta i mot pasienter på tvang	115
Institusjoner i Helse Midt som kan ta i mot pasienter på tvang	117
Institusjoner i Helse Sør-Øst som kan ta i mot pasienter på tvang	119
Antall pasienter ved Borgestadklinikken 2004–2008	122
Antall innleggelser ved Lade 2001–2009	123
Antall tvangssaker 2004-2009 Rusenheterne i Tromsø samt Nordlandsklinikken	123
Antall liggedøgn ved seks institusjoner i perioden 2005-2009	124
ERFARINGER MED TVANG:	
Informanter fordelt på lovhjemmel og kjønn	168
Nåsituasjonen til informantene innlagt etter §§ 6-2, 6-2a og 6-3	243
APPENDIX:	
Vedlegg 1: Kommuner med begjæringer om ordinær tvangsinnleggelse etter sosialtjenesteloven	286

## Forord

Denne rapporten om bruk av tvang overfor rusmiddelmissbrukere er en del av et evalueringsoppdrag initiert og finansiert av Helsedirektoratet. Utgangspunktet for evalueringsoppdraget er et ønske om å få dokumentert og belyst erfaringer med og praktiseringen av sosialtjenestelovens §§ 6-2, 6-2a og 6-3, samt § 6-1a. I denne rapporten undersøker vi hvordan de ulike tvangsbestemmelsene blir forstått, hvordan de blir praktisert og om formålet med reglene blir oppnådd, og om dette varierer mellom kommuner og helseregioner. Denne rapporten er basert på både kvalitative og kvantitative data fra alle instanser i tiltakskjeden som er involvert i bruk av tvang overfor rusmiddelmissbrukere, herunder sosialtjenesten, fylkesnemndene, behandlingsinstitusjonene og klientene selv.

Evalueringsrapporten er et resultat av en kollektiv innsats i forskningsgruppen. Ulike personer har like fullt hatt ansvaret for ulike deler av evalueringen. Kapittel 1 er skrevet av Ingrid Rindal Lundeberg, Kristian Mjåland og Karl Harald Søvig. Kapittel 2 er skrevet av Even Nilssen. Kapittel 3 er skrevet av Karl Harald Søvig. Kapittel 4 er skrevet av Bodil Ravneberg. Kapittel 5 er skrevet av Ingrid Rindal Lundeberg og Kristian Mjåland. Kapittel 6 er skrevet av Ingrid Rindal Lundeberg, Kristian Mjåland og Karl Harald Søvig.

En stor takk går til alle våre 90 informanter som har brukt av sin dyrebare og hardt pressede tid og som raust har gitt oss tilgang til sine gode og dårlige erfaringer med et sensitivt tema, og dermed bidratt til å generere betydningsfulle data om tvangens forvaltning som ellers ikke ville vært offentlig tilgjengelig. Takk til lavterskeltilbud, gateaviser, sosialtjenesten, fylkesnemnder og behandlingsinstitusjoner for bistand til å rekruttere informanter og for å tilrettelegge for datainnsamlingen. Vi vil takke vår engasjerte referansegruppe for betydningsfulle korreksjoner og innspill til undersøkelsen og rapporten: Per Kristian Hilden, Kristin Bergstad Lazaridis, Tone Meisdalen, Anne Opsal, Leiv Tungesvik, og Tone Wilberg. Tone Hellesund, Nanna Kildal og Kari Ludvigsen har bidratt med innsiktsfulle innspill i sluttspurten. Til slutt vil takke vår oppdragsgiver for stort engasjement og nyttige innspill underveis. På tross av alle innspill, står analysene og argumentene i rapporten fullt og helt for forfatterens regning.

Ingrid Lundeberg  
prosjektleder

## Sammendrag

Denne rapporten omfatter den første nasjonale evalueringen av sosialtjenestelovens tre tvangsbestemmelser overfor rusmiddelmissbrukere: §§ 6-2, 6-2a og 6-3. § 6-2 gir mulighet for å tvangsinnlegge rusmiddelmissbrukere som utsetter sin fysiske og psykiske helse for fare, i en periode på inntil tre måneder, § 6-3 gir mulighet for tilbakehold i institusjon på grunnlag av eget samtykke, mens § 6-2a gir grunnlag for å tilbakeholde gravide rusmiddelmissbrukere for å forhindre skade på fosteret. Utgangspunktet for evalueringsoppdraget var å få dokumentert og belyst erfaringer med og praktiseringen av disse tvangsbestemmelsene; finne ut hvordan de blir forstått, hvordan de blir praktisert, om formålet med reglene blir oppnådd, og om dette varierer mellom kommuner og helseregioner. Vi har kartlagt sosialtjenestenes rolle i beslutningskjeden, og analysert kjennetegn ved fylkesnemndsprosessen og vedtakene som fattes i fylkesnemndene. Videre har vi undersøkt hvordan de regionale helseforetakene ivaretar sitt sørge-for ansvar, samt gjennomført en case-studie av hvordan 4 ulike behandlingsinstitusjoner organiserer og gjennomfører tilbakeholdet. Til slutt har vi studert tvangens resultater ut fra de rusmiddelavhengiges erfaringer, tiltaks- og behandlingsapparatets dokumentasjon samt den foreliggende forskningslitteraturen på området.

Sett ut fra den potensielle målgruppen for tvangsparagrafene, kan vi si at tvang anvendes i begrenset grad overfor rusmiddelavhengige i Norge. Samtidig har vi sett en klar økende tendens i tvangsbruken over tid. I 2001 var det 39 realitetsvedtak på landsbasis etter § 6-2, mens i 2009 hadde antall vedtak økt til 87. Tilsvarende har det skjedd en økning av tvangsbruk overfor gravide rusmiddelmissbrukere fra 12 realitetsvedtak i 2001 til 29 i 2009. Det har ikke latt seg gjøre å undersøke endringen av bruken av § 6-3 over tid på grunn av manglende statistikkføring, men i 2008 ble det foretatt ca. 150 innleggelser etter § 6-3.

Det er sosialarbeiderne/ruskonsulentene på de lokale Nav-/sosialkontorene som fungerer som portvakter for tvangsplasseringer etter sosialtjenestelovens tvangsregler. Vi har derfor undersøkt hvilke forhold som påvirker sosialtjenestens bruk av bestemmelsene. Sosialarbeiderne angir spesielt rettslige og ressursmessige forklaringer på hvorfor tvang ikke anvendes mer for § 6-2 og § 6-2a. Det dreier seg både om ressurser i behandlingssektoren (manglende tilgang på plasser) og i sosialtjenesten (ressurskrevende saker). Til tross for at lovreglene åpner opp for tvangstiltak overfor en stor gruppe rusmiddelavhengige, oppfatter mange som skal praktisere dem at loven stiller så strenge krav at den bare kan brukes i beskjeden grad. En annen viktig årsak er at sosialtjenesten får inn for få bekymringsmeldinger. Det har utviklet seg en rettspraksis hvor sosialtjenesten har gjort seg avhengige av eksterne bekymringsmeldinger for å fremme tvangssaker. Hensynet til den enkeltes selvbestemmelsesrett er også viktig for anvendelsen av § 6-2. Grunnen til at § 6-3 ikke brukes mer mener sosialarbeiderne først og fremst skyldes for få slike plasser i behandlingssektoren og en viss motvilje mot å ta imot denne type klienter blant behandlerne. Det fremheves også at sosialtjenesten har begrenset kunnskap om disse rettsreglene.

Endringer i klientgruppen, mer erfaring og kunnskap om lovanvendelsen i sosialtjenesten og bedre lokal organisering av tvangsarbeidet, oppfattes av mange som viktige årsaker til at tvangsplasseringer etter §§ 6-2 og 6-2a har økt. Men mye tyder også på at det er blitt mer press fra pårørende (§ 6-2), at sosialtjenesten tross alt får inn flere bekymringsmeldinger fra samarbeidspartnere enn før, og at de som arbeider med denne type saker har fått et mer positivt syn på tvang som virkemiddel. Evalueringen viser at svært få av sosialarbeiderne ønsker at det skal brukes mindre tvang, og i den grad man ønsker endringer går de i retning av mer tvangsbruk for alle tre paragrafene.

Et hovedfunn fra evalueringen er at det eksisterer betydelige variasjoner i rettsanvendelsen mellom ulike kommuner, Nav-/sosialkontor og sosialarbeidere. Disse variasjonene kan kun til en viss grad forklares ved at noen kommuner og bydeler har en større andel rusmiddelmissbrukere enn andre. Viktigere forklaringer på variasjonen ser ut til å være spesialisering av tvangsarbeidet ved noen kontor, ulike holdninger og kunnskap hos den enkelte sosialarbeider, tilgang på tvangsplasser i regionene, samt sosialarbeidernes vurdering av kvaliteten på disse plassene.

De tvangsinnlagte har hovedsakelig et narkotikarelatert misbruk, og med unntak av de første årene har kun et mindretall vært "alkoholikere", selv om alkoholmisbruk i befolkningen er et langt mer omfattende helseproblem. For gravide er den lave forekomsten særlig bekymringsfullt ettersom alkohol regnes som det mest helseskadelige rusmiddelet for fosteret. Gjennomsnittsalderen for dem som tvangsinnlegges etter § 6-2 er på 29 år, mens den er 28 år på § 6-2a. Når det gjelder § 6-3 ble gjennomsnittsalderen i surveyen målt på grunnlag av oppgitte alder i sosialkuratorens siste sak til 31 år. Både etter § 6-2 og § 6-2a er det en sammenheng mellom rusmiddeltype og alder, i den forstand at de med et alkoholdominert forbruk i gjennomsnitt er eldre enn de med et narkotikadominert forbruk, med blandingsforbruk i en mellomposisjon. Det er med andre ord ikke den eldre generasjonen av rusmiddelavhengige, med den lengste misbrukskarrieren bak seg, som først og fremst legges inn på tvang, selv om ingenting tyder på at eldre rusmiddelavhengige ikke har utbytte av tvang. Tvert i mot rapporterer både de rusmiddelavhengige og behandlingsapparatet at unge rusmiddelmissbrukere ofte i større grad viser motstand og har større vanskeligheter med å innordne seg og bli motivert for en endring.

Rettsutviklingen preges av at kvinner i større grad enn menn blir tvangsinnlagt etter sosialtjenestelovens § 6-2. I 2008 var kvinneandelen på landsbasis 51,5 %. Det er betydelige kjønnsforskjeller mellom ulike fylkesnemnder og kommuner. I storbyene er kvinneandelen langt høyere enn i mindre byer/distriktene. Dette er påfallende da langt flere kvinner enn menn er i målgruppen for loven: Om lag 2/3 av befolkningen med et vedvarende og omfattende rusproblem er menn, og langt flere rusmiddelmissbrukende menn enn kvinner har dårlig helse og er sosialt og økonomisk marginalisert. Vi har undersøkt hvorfor sosialarbeiderne anser at tvang er en bedre løsning for kvinner enn for menn, når langt flere av deres klienter med et alvorlig rusproblem er menn. Vi har funnet at det i klient-hjelper relasjonen skapes kjønnede offerkonstruksjoner og identifiseringer som gjør at det sendes flere bekymringsmeldinger for kvinner enn for menn. Lovpraksis er forankret i en sterkere og rettslig irrelevant paternalisme overfor kvinner ved at vurderinger om tvang begrunnes i å få kvinner ut av prostitusjon og for å beskytte dem mot vold og overgrep i rusmiljøene. Samtidig kan kjønnskjævheden

forklares i at menn hyppigere har opphold i kriminalomsorgen, noe som skaper helsefremmende brudd i rusmiddelmissbruket. Like fullt finner vi ingen indikasjoner på at kvinner nyttiggjør seg tvang bedre enn menn, og vi stiller spørsmål ved treffsikkerheten i sosialtjenestens kjønnede praktisering av § 6-2.

Dobbeltdiagnosepasientene preger også tvangsstatistikken i økende grad. Den forklaringen på hvorfor det har vært en økt bruk av tvang som har størst oppslutning blant sosialarbeiderne er at brukergruppen har endret seg ved at man har fått flere rusmiddelavhengige med sammensatte lidelser. Kombinasjonen rus – psykiatri ser ut til å ha blitt langt mer fremtredende nå enn før. Evalueringen viser at det er særlig store utfordringer med å finne egnete behandlingstilbud med integrert rus- og psykiatri tilbud. Økningen av tvang mot dobbeltdiagnosepasientene gjør også at vi kan si at de forhåpningene om at den samlede styringsstrukturen mellom psykiatri og rusbehandling som rusreformen medførte, ikke har ført til de ønskede bedringene i behandlingstilbudet til disse dobbeltdiagnosepasientene.

Evalueringen viser en vedvarende høy forekomst av midlertidige vedtak. Etter § 6-2a er dette blitt hovedregelen, men andelen midlertidige vedtak er også høy etter § 6-2. Det høye innslaget av midlertidige vedtak etter § 6-2 har sammenheng med at akutt livredning og avverging av skade er den mest sentrale begrunnelsen for tvang i sosialtjenestens rettspraksis. Vi mener dette også har sammenheng med lang ventetid på frivillige institusjonsplasser, og et mangelfullt utbygd akutttilbud i store deler av landet. Særlig for § 6-2 medfører den høye forekomsten av midlertidige vedtak en lang rekke negative konsekvenser. Vi finner at midlertidige vedtak har sterk sammenheng med mangelfull klientmedvirkning i tiden forut for innleggelsen, noe som skaper krenkende innleggelsessituasjoner for klientene med hyppig tilstedeværelse av politi. 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. Enten må regelverket endres, eller så må tiltak settes i verk for å sikre at lovens intensjon følges av fagfeltet.

Evalueringen viser at tilretteleggingen av tvangstilbudet i de ulike regionene er administrert og organisert forskjellig. I noen av helseregionene er ikke tilgangen på tvangsplasser tilstrekkelig i forhold til antallet saker som fremmes, og de regionale helseforetakene bruker derfor betydelig midler på å kjøpe gjesteplasser ut av regionen. Samarbeidet mellom spesialisthelsetjeneste og kommune har også en rekke forbedringsmuligheter. Dette handler dels om å tydeliggjøre arbeidsdelingen og dels om å klargjøre hva slags forventninger instansene har til hverandre. Videre er samarbeidet og kommunikasjonen om hvilke typer behandlinger som er påkrevd i forhold til ulike typer av pasientgrupper ikke godt nok utbygget. De regionale helseforetakene trekker frem at innholdet i tvangsplasseringene må forbedres. En entydig oppfatning i spesialisthelsetjenesten er at det foreligger betydelige svakheter ved tilbudet til dobbeltdiagnosepasientene, og at samarbeidet mellom rus og psykiatri ikke er godt nok utviklet i noen av regionene. De regionale helseforetakene har store utfordringer med å gi tilbud i nærheten av der pasienten bor, å utvikle tilstrekkelig kompetanse og god personellsituasjon ved tvangsinstitusjonene, samt å gi et tilfredsstillende tilbud til dobbeltdiagnosepasienter og pasienter som ønsker å inngå avtale om § 6-3.

Evalueringen har videre funnet at det eksisterer svært ulike praksiser og tolkninger når det gjelder § 6-3. Mens noen institusjoner som er utpekt til å tilby slike innleggelse ikke tar i bruk bestemmelsen, har andre institusjoner god erfaring med den og praktiserer den hyppig. Mange pasienter som har skrevet under på avtale i henhold til § 6-3 får i dag det samme tilbudet som pasienter innlagt etter § 6-2 og § 6-2a og blir skjermet fra de øvrige pasientene. Det er en problematisk praksis, særlig ved avdelinger med høyt sikkerhetsnivå. Den avtalte tvangen (§ 6-3) bør sikres en sterkere relativ posisjon enn den har i dag, slik at § 6-3 blir hovedregelen av tvangsbestemmelsen i tråd med lovgivers intensjoner. Det krever endringer både i forhold til behandlingssektoren, sosialtjenesten og lovgivningen. Etter vår mening vil det være av stor betydning å få en klargjøring av helseregionenes ansvar for å skaffe tilveie et tilstrekkelig tilbud på dette området, herunder å stille krav til behandlingsinstitusjonene om å ta imot pasienter på avtalt tvang. En enklere lovgivning vil sannsynligvis også gjøre det lettere for sosialtjenesten og spesialisthelsetjenesten å informere klientene/pasientene om mulighetene som bestemmelsen gir.

Undersøkelsen av de fire institusjonene som tilbyr tvangsplasser viser at samarbeidet mellom institusjon og sosialtjeneste i forkant av tvangsinnleggelse er svært viktig, men at dette ikke alltid fungerer godt. Dette dreier seg i større grad om § 6-2 enn § 6-2a, og har sammenheng med den hyppige bruken av midlertidige vedtak og ”plutselige” innleggelse. Vi har videre funnet at institusjonene ikke har noen standard prosedyrer for hvordan de tar i mot pasientene. Variasjonene mellom institusjonene er også store. Noen institusjoner har egne avdelinger kun for tvangsinnlagte, mens andre har avdelinger hvor de tvangsinnlagte integreres med de frivillig innlagte. Sikkerhets- og kontrolltiltakene varierer tilsvarende. Et funn er at de mer lukkede tvangsregimene skaper dårligere forutsetninger for alliansebygging, øker risikoen for rømninger, og tilbyr mindre aktiviteter og behandling enn de mer åpne tvangsregimene. Når det gjelder tilbudet til gravide rusmiddelmissbrukere innlagt på § 6-2a viser evalueringen at kjønnsblandede avdelinger ikke makter å gi disse pasientene et fullgodt tilbud sammenlignet med behandlingsinstitusjoner som har egne og tilrettelagte avdelinger for pasienter på § 6-2a. Evalueringen viser mangel på individuell tilrettelegging av institusjonsoppholdet. På tross av idealet om skreddersydde tjenester i velferdsstatens tjenesteyting, har de fleste institusjonene lagt opp sin primære ukentlige plan i form av gruppeaktiviteter, noe samtlige institusjoner i utvalget også erkjenner som et problem. Både tiltaksplan og individuell plan blir i liten grad tatt i bruk som planleggings- og styringsverktøy. Rett til sykehusvalg er i liten grad praktisert. Noen pasienter som ønsker å gå videre i frivillig behandling får ikke tilbud. Dette gjør at lovens formål om motivasjon og tilrettelegging til frivillig behandling blir uten mening. Videre er det et hovedinntrykk at behandlingsinstitusjonene som er med i denne undersøkelsen bortsett fra én, har mangelfulle rutiner for oppfølging av pasientene ved utskriving og at kontakten med sosialtjenesten i hjemstedskommunene varierer.

Vi har funnet at tvang gjennomføres på veldig mange forskjellige måter og i veldig ulike situasjoner, og opplevelsen av tvang varierer tilsvarende. Et hovedfunn er at måten tvangsinnleggelsen gjennomføres på og hvordan klientene blir behandlet i de ulike delene av tvangsprosessen, har stor betydning for opplevelsen og resultatene av tvang. Tvang kan bidra til en rekke konstruktive brudd i de rusmiddelavhengiges liv. For

mange av klientene fører imidlertid tvangen til lite/ingen endring, og representerer først og fremst destruktive brudd. Tvang lykkes vanligvis dårligere når klientene er mangelfullt eller feilaktig informert i løpet av beslutningsprosessen, særlig i hastesaker. Pågrepelser ved hjelp av uniformert politi på gaten og bruk av direkte makt og håndjern er fremgangsmåter som er forvirrende, krenkende og forsterker motstand – en dårlig start på et ufrivillig opphold. De tvangsinnlagte etterlyser først og fremst et mer variert og aktivt institusjonsliv. Det er store forskjeller i om institusjonen iverksetter en systematisk utredning og avklaring av den rusmiddelavhengiges helsetilstand under tilbakeholdet, noe flere klienter etterspør og mange har nyttiggjort seg. Det er et stort problem med dagens ordning at de tvangsinnlagte i så liten grad tilbys et strukturert ettervernstilbud. Strukturert ettervern bedrer resultatene av tvang. Velfungerende ansvarsgrupper og bruk individuell plan gir gode resulater. Å skape nye sosiale arenaer og sterke felleskap som sørger for nye roller fremstilles som avgjørende for å starte en rusfri tilværelse. Dette kan institusjoner informere om og tilrettelegge for under oppholdet. Klientundersøkelsen viser at institusjonsoppholdets kvalitet er av stor betydning for å minske negative opplevelser av tvang og at behandling som oppleves som meningsfull av klientene forebygger rømminger.



## INNLEDNING

### Ingrid Lundeberg, Kristian Mjøland og Karl Harald Søvig

Uni Rokkansenteret fikk høsten 2008 i oppdrag fra Helsedirektoratet å evaluere lov om sosiale tjenester §§ 6-2, 6-2a, og 6-3. Utgangspunktet for evalueringsoppdraget var et ønske om å få dokumentert og belyst erfaringer med og praktiseringen av sosialtjenestelovens tvangsbestemmelser; finne ut hvordan de ulike tvangsbestemmelsene blir forstått, hvordan de blir praktisert, om formålet med reglene blir oppnådd, og om dette varierer mellom kommuner og helseregioner. I utformingen av evalueringsoppdraget ble det derfor valgt et forskningsopplegg med fire sammenvevde, men likevel adskilte empiriske deler. For det første skal *sosialtjenestenes* rolle i beslutningskjeden kartlegges, og for det andre skal fylkesnemndsprosessen og vedtakene som fattes i *fylkesnemndene* analyseres. I det tredje opplegget undersøkes hvordan ulike *behandlingsinstitusjoner* organiserer og gjennomfører tilbakeholdet. For det fjerde skal tvangens resultater studeres, ut fra *de rusmiddelavhengiges* erfaringer, tiltaks- og behandlingsapparatets dokumentasjon og de pårørendes perspektiver. Disse ulike områdene er gjenstand for analyse i de fire følgende kapitlene, og utgjør grunnstammen i evalueringsrapporten. I det siste avsluttende kapitlet sammenfatter vi funnene fra de fire empiriske undersøkelsene. Vi følger da gangen i tvangen, og presenterer de vesentligste problemstillingene i de ulike stadiene fra perspektivene til henholdsvis sosialtjenesten, fylkesnemndene, behandlingsinstitusjonene og de tvangsinnlagte selv.

Datamaterialet som evalueringsrapporten bygger på er omfattende og variert. Både kvantitative og kvalitative undersøkelser er foretatt for å få best mulig kunnskap om de ulike trekkene ved praktiseringen av og erfaringene med tvangsbestemmelsene. I det kvalitative materialet inngår intervjuer med ansatte i sosialtjenesten, behandlingsinstitusjonene, de regionale helseforetakene, ulike nøkkelpersoner i tiltakskjeden, pårørende og rusmiddelavhengige som selv har vært innlagt på tvang. Til sammen er det gjennomført ca. 80 kvalitative intervjuer med i overkant av 90 ulike personer. Det kvalitative materialet har bidratt til grundige kartlegginger og analyser av de ulike aktørenes erfaringer med tvangsbestemmelsene, samtidig som det har bidratt til økt forståelse for de store etiske, rettslige, faglige, og praktiske problemstillingene knyttet til praktiseringen av tvangsbestemmelsene overfor voksne rusmiddelavhengige. I det kvantitative materialet inngår for det første en større survey til ansatte i sosialtjenesten/Nav i 51 norske kommuner (N= 141). Respondentene her er først og fremst sosialarbeidere med erfaring fra tvangssaker, og gir dermed nøkkelinnsikter i sosialtjenestens rettsanvendelse. For det andre har vi utarbeidet en statistikkbank basert på innsamling av samtlige fylkesnemndsvedtak fattet etter §§ 6-2 og 6-2a (N= 776). Denne databasen gir dermed en unik mulighet til å følge variasjoner i rettsanvendelsen over tid, herunder trekk ved de tvangsinnlagte, og mellom regioner og kommuner. I

tillegg inngår også en oppdatert forskningsstatus og ulike årsrapporter, planer og dokumenter fra behandlingsinstitusjonene og RHFene i det samlede datamaterialet. En nærmere presentasjon av materialet gis i slutten av dette kapitlet.

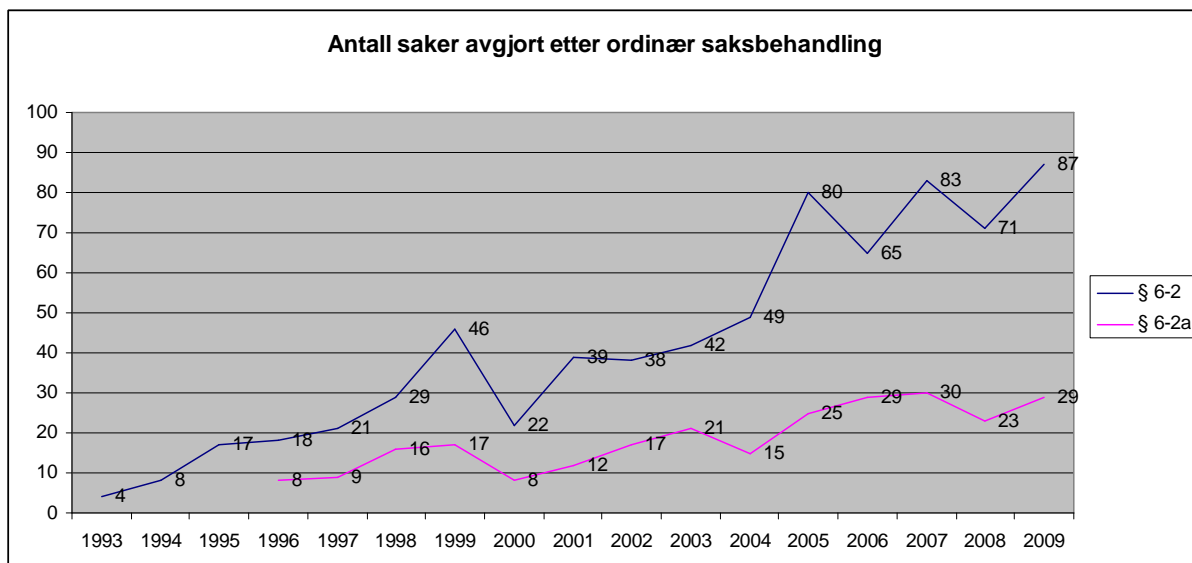
I dette innledningskapitlet beskriver vi først bakgrunnen for evalueringsoppdraget. Deretter gir vi en presentasjon av regelverket, herunder forhold knyttet til saksgang, gjennomføring, ansvarsområder, tilstøtende regelverk, samt endringene i oppgavefordelingen etter rusreformen. Så følger en litteraturgjennomgang av norsk og nordisk forskning på tvang overfor rusmiddelmissbrukere. Tilslutt beskrives rapportens struktur, og det metodiske grunnlaget for evalueringens fire ulike deler.

## Bakgrunn for evalueringsoppdraget

Den grunnleggende menneskerettslige, politiske og terapeutiske forutsetning er at tvang i seg selv er et onde, og at tvang derfor bare bør anvendes når dette er absolutt nødvendig og når gevinstene ved bruken av tvang er større enn ulempene. Likevel betraktes tvangsinnleggelse som et viktig virkemiddel for å kunne forhindre livstruende adferd som har årsak i rusmisbruk, for å hindre at gravide kvinner utsetter fosteret for skade forårsaket av rusmiddelinntak, samt muliggjøre at rusmiddelavhengige får treffe valg i nykter tilstand. Tvang overfor rusmiddelavhengige har vært brukt i begrenset grad, men har likevel økt merkbart det siste tiåret. I 2001 var det 39 realitetsvedtak på landsbasis etter § 6-2, mens i 2009 hadde antall vedtak økt til 87. Tilsvarende har det skjedd en økning av tvangsbruk overfor gravide rusmiddelmissbrukere fra 12 realitetsvedtak i 2001 til 29 i 2009. Figur 1 viser rettsanvendelsen av §§ 6-2 og 6-2a over tid. Tvangens legitimitet er blant annet avhengig av at den har dokumentert effekt og at de krenkelsene som inngrepet innebærer står i forhold til nytteverdien. Den økte tvangsbruken har skapt et presserende behov for å evaluere både forvaltningen av tvangsbestemmelsene og dens virkninger over tid sett fra alle berørte parter. Ved flere anledninger er det formulert et behov for en slik evaluering (Ot.prp. 48 (1994–1995); St.meld. 35 (1994–1995); St.meld. 16 (1996–97)). Denne rapporten er et forsøk på skaffe til veie slik kunnskap.

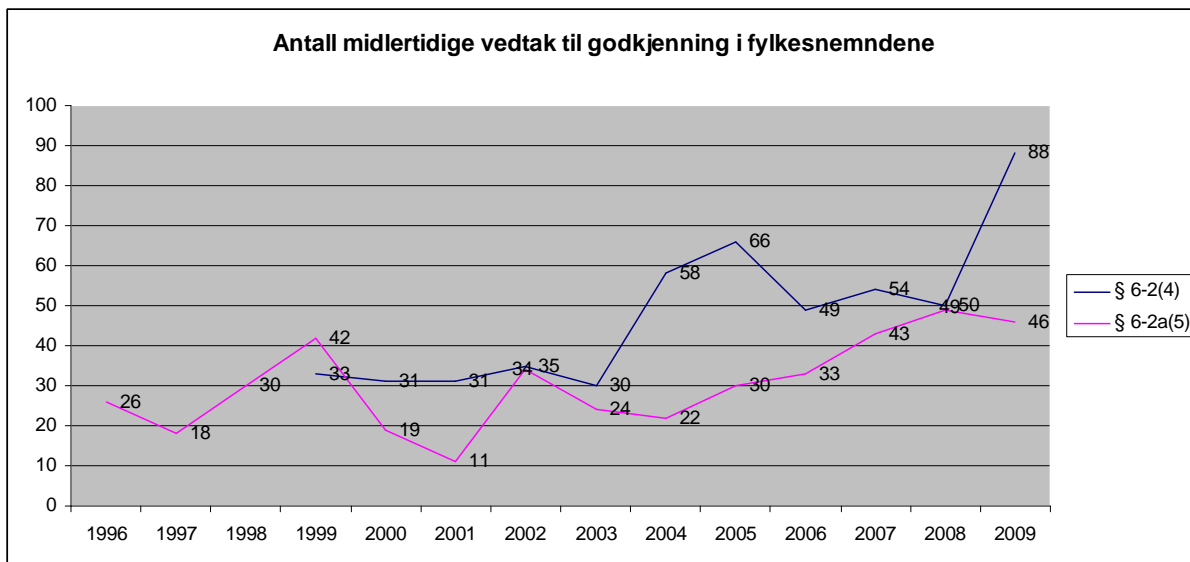
Figur 1: Oversikt over antall saker avgjort etter ordinær saksbehandling

Oversikten for 1993–2003 er basert på innsamlet materiale i tidligere undersøkelser (Søvig 2007:65). Tallene for



2004–2005 er basert på fylkesnemndenes årsrapporter. Tallene for 2006 og fremover basert på oversikter fra saksbehandlingssystemet for fylkesnemndene ("Sakarias"). Den automatisk genererte rapporten er behandlet manuelt for å trekke ut saker som er feilført. For 2006 er det flere feilkilder på grunn av overgang til nytt system. Oversikten viser antall realitetsvedtak, dvs. hvor nemnden tar stilling til innleggelse eller ikke. Saker som er hevet fordi kommunen f. eks. trekker begjæringen er ikke tatt med. Samme person kan unntaksvis gå igjen i flere vedtak samme år, og statistikken gir ikke opplysninger om vedtaket ble iverksatt.

Figur 2: Oversikt over antall midlertidige vedtak til godkjenning i fylkesnemndene



Tallene for 1996–2003 er basert på upubliserte oversikter over antall midlertidige vedtak fra Sosialdepartementet/Helse- og omsorgsdepartementet, mens tallene for 2004 og 2005 er basert på fylkesnemndenes årsmeldinger. Fra 2006 og fremover er tallene hentet fra fylkesnemndenes saksbehandlingssystem ("Sakarias"). På samme måte som for ordinære vedtak hefter det usikkerhet ved tallene for 2006 på grunn av overgang til nytt system. Frem til 1. januar 1999 skulle ikke midlertidige vedtak etter sotjl. § 6-2 godkjennes av leder i fylkesnemnden, og det finnes derfor ingen sentral oversikt for perioden 1993–1998. Statistikken baserer seg på antall vedtak oversendt til nemndsleder for godkjenning. Flere vedtak kan gjelde samme person, og dette er erfaringsvis ofte i større grad tilfellet ved midlertidige vedtak enn ved ordinære vedtak. Statistikken viser ikke om vedtaket ble iverksatt og sier heller ikke noe om saksutfallet.

Tabellene ovenfor viser at bruken av de to bestemmelsene er beskjedne. Både Storting og regjering gav på midten av 90-tallet uttrykk for at de ønsket dem mer brukt. Pårørendeorganisasjoner har også ivret for økt bruk av tvang. Et rettslig virkemiddel i så måte er at sosialtjenesten siden 1998 er pliktig til å undersøke en sak etter henstilling fra en klients pårørende (§ 6-1a). I en studie av sosialtjenestens rettsanvendelse fra slutten av 90-tallet fant Nilssen (1999) at de viktigste årsakene til den beskjedne bruken av § 6-2 var å finne i en streng regeltolkning, et usikkert kunnskapsgrunnlag og en viss skepsis til tvangsbruk. En viktig problemstilling i denne evalueringen er å undersøke hvordan sosialtjenesten i dag forstår og anvender bestemmelsene, og hvorvidt det har skjedd en endring i sosialtjenestens lovanvendelse i tråd med den økte bruken av både § 6-2 og § 6-2a.

Tidligere forskning har videre funnet at sosialtjenestens rettsanvendelse har vært preget av vilkårlighet og store variasjoner (Nilssen 1999; Søvig 2007). Søvig har på bakgrunn av studier av fylkesnemndsvedtakene i perioden 1993–2003 blant annet vist at det er en overrepresentasjon av kvinner som legges inn på § 6-2. Narkotikamisbrukere har oftere vært unge og kvinner, og alkoholmisbrukere har oftere vært eldre og menn. Alkohol er underrepresentert som viktigste rusmiddel blant kvinnene som legges inn på § 6-2a sett i forhold til narkotika, på tross av den store utbredelsen av kvinner med alkoholproblemer og den dokumenterte skaden alkoholbruk i svangerskapet påfører fosteret. Over halvparten av alle tvangssakene forskutteres med midlertidige vedtak, på tross av at lovgiver mente en slik bruk skulle være unntaket og ikke regelen (se tabell ovenfor). Søvig har videre funnet store regionale forskjeller i anvendelsen av bestemmelsene. I kap. 3 viser Søvig at disse trekkene ved rettsanvendelsene stort sett har fortsatt de senere årene. En sentral ambisjon med evalueringen er å undersøke og forklare slike og andre variasjoner i rettsanvendelsen. Også her ønsker vi å studere om det har skjedd endringer over tid.

På tross av en beskjedne bruk, viser tabellen ovenfor at det har skjedd en markant økning i tvangsbruken over tid. Denne trenden begynte for alvor fra og med 2004. I 2004 ble som kjent rusreformen iverksatt, og ansvaret for rusbehandlingen ble overført fra fylkeskommunen til staten ved de regionale helseforetakene. En mulig forklaring på økningen fra og med 2004 kan være å finne i de administrative endringene i rusvernet etter denne reformen. Før rusreformen påla det kommunene en delbetaling for tvangsoppholdene etter sosialtjenesteloven. Denne delbetalingen opphørte ved rusreformen; det er nå de regionale helseforetakene som fullfinansierer tvangsoppholdene. Dette gjør at ressursmessige hensyn vil spille en mindre rolle, og det kan være en forklaring på hvorfor kommunene etter 2004 fremmet langt flere tvangssaker for fylkesnemndene.<sup>1</sup> En annen forklaring på økningen i tvangsbruk siden 2004 kan være at kapasiteten og kvaliteten på tvangsplasser ble bedre etter rusreformen. En tredje forklaring kan være at rusreformen bidro til å synliggjøre og rette

---

<sup>1</sup> Et liknende mønster så man i frivillig rusbehandling. Antall henvisninger økte markant det første året etter reformen, for så å flate ut. Flere mistenkte at dette skyldtes at det nå var kostnadsfritt for kommunene å søke klienter inn i behandling, men evalueringen av rusreformen tyder på at økningen i stor grad skyldtes at fastleger og øvrig spesialisthelsetjeneste fikk anledning til å henvise pasienter til tverrfaglig spesialisert rusbehandling (Lie og Nesvåg 2006). Det var med andre ord lite støtte for hypotesen om at økt henvisning til frivillig rusbehandling skyldtes økonomiske hensyn i sosialtjenesten.

oppmerksomheten mot de betydelige og sammensatte helseproblemene til rusmiddelavhengige, og at dette i sin tur førte til økt trykk på både frivillig og tvungen rusbehandling/skjerming. En fjerde mulighet er at økningen i hele perioden sett under ett har lite med rusreformen i seg selv å gjøre, men mer med interne forhold i sosialtjenesten å gjøre, som for eksempel økt erfaring med praktiseringen av lovverket og mer positive holdninger til tvang. En femte forklaring kan være at innføringen av § 6-1a har ført til økt bruk av tvang, ved at pårørende i større utstrekning melder bekymringer som sosialtjenesten er pliktig til å undersøke. Endelig kan økningen i tvangsbruk være en kombinasjon av disse forklaringene. Undersøkelser av og forklaringer på den beskjedne bruken av tvangsbestemmelsene, variasjonene i rettsanvendelsen, og økningen i bruken av tvang, er sentrale tema i denne evalueringsrapporten.

Rusmiddelavhengige med samtidig psykisk lidelse legges imidlertid også inn på tvang etter lov om psykisk helsevern (phvl.). SINTEF sin pasienttelling på en tilfeldig valgt dag i 2007 viste at 17 % av totalt 854 tvangsinnlagte etter phvl. på registreringstidspunktet hadde en diagnostisert ruslidelse (Lilleeng mfl 2009: 119). Dette utgjør 145 personer. Ytterligere 16 % (137 pasienter) hadde et kjent rusmiddelmisbruk, uten at dette var diagnostisert som en ruslidelse. Til sammen 282 pasienter (33 %) av de 854 tvangsinnlagte i psykiatrien hadde dermed en ruslidelse/ et kjent rusmiddelmisbruk. Det foreligger ingen slike pasienttelling på tvang etter sosialtjenesteloven (sotjl.), men til sammenlikning ble det fattet 113 ordinære vedtak på §§ 6-2 og 6-2a i løpet av 2007. Vi kan derfor ikke eksakt fastslå hvor mye oftere personer med rusmiddelproblemer tvangsinnlegges i psykiatrien, men det er ingen tvil om at phvl. er den mest brukte tvangsbestemmelsen overfor personer med rusmiddelproblemer. I Sverige foreligger derimot slike pasienttelling både for psykiatrien og LVM (tilsvarende tvang etter sotjl.), og på en tilfeldig valgt dag var 9 ganger så mange personer med et kjent rusmiddelmisbruk innlagt i psykiatrien som i LVM, og for de som hadde et *aktuelt* misbruksproblem på registreringstidspunktet, var fordelingen 3 ganger så mange (Gerdner og Berglund 2010: 16). Også her benyttes altså tvangsbestemmelsene i psykiatrien hyppigst overfor personer med rusmiddelproblemer. Det er et stort behov for mer forskning som sammenlikner tvangsbruken innenfor psykiatrien og i rusbehandling, i forhold til kjennetegn ved pasientene, innholdet i tjenestene, og utfallet av tvangsoppholdene. Det ligger imidlertid utenfor denne evalueringens mandat å foreta slike analyser.

## Presentasjon regelverket

### Oversikt over tvangsbestemmelsene

Tema for evalueringsoppdraget er de tre tvangsbestemmelsene overfor rusmiddelmisbrukere i sosialtjenesteloven: § 6-2 ("den alminnelige tvangshjemmelen"), § 6-2a (særbestemmelsen for gravide) og § 6-3 ("avtalt tvang"). Første avsnitt i de tre bestemmelsene lyder:

Dersom noen utsetter sin fysiske eller psykiske helse for fare ved omfattende og vedvarende misbruk, og dersom hjelpetiltak etter § 6-1 ikke er tilstrekkelig, kan

det vedtas at vedkommende uten eget samtykke kan tas inn i en institusjon utpekt av regionalt helseforetak, jf. lov 2. juli 1999 nr. 61 om spesialisthelsetjenesten m.m. § 2-1a annet ledd, for undersøkelse og tilrettelegging av behandling, og holdes tilbake der i opptil tre måneder. (§ 6-2)

Det kan vedtas at en gravid rusmiddelmissbruker uten eget samtykke skal tas inn på institusjon utpekt av regionalt helseforetak, jf. lov 2. juli 1999 nr. 61 om spesialisthelsetjenesten m.m. § 2-1a annet 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 etter § 6-1 ikke er tilstrekkelig. Fylkesnemnda skal samtidig ta stilling til om det skal være adgang til å ta urinprøver av den gravide under institusjonsoppholdet. (§ 6-2a)

Når en rusmiddelmissbruker på grunnlag av eget samtykke blir tatt inn i en institusjon utpekt av regionalt helseforetak, jf. lov 2. juli 1999 nr. 61 om spesialisthelsetjenesten m.m. § 2-1a annet ledd, kan institusjonen sette som vilkår at misbrukeren kan holdes tilbake i opptil tre uker regnet fra inntaket. (§ 6-3)

Mens § 6-2 og § 6-2a er tradisjonelle tvangsbestemmelser hvor avgjørelsen treffes av myndighetene (fylkesnemnden), er § 6-3 en samtykkebestemmelse, hvor tvangselementet ligger i tilbakeholdsadgangen. Etter § 6-3 kan pasienten holdes på institusjonen, selv om vedkommende der og da ønsker å forlate den, på bakgrunn av sitt eget fortidige samtykke.

Både § 6-2 og § 6-3 hadde sine rettslige forgjengere i edruskapsloven av 1932, som fra 1957 også hjemlet tvangsbruk overfor personer med et narkotikamisbruk. Da sosialtjenesteloven ble vedtatt i 1991, ble også en særhjemmel overfor gravide diskutert, men forslaget falt. Diskusjonen ble tatt opp igjen flere ganger på 1990-tallet, og i 1995 vedtok Stortinget § 6-2a. Bestemmelsen er særnorsk, uten paralleller i verken Norden eller Europa, men både i Sverige, Danmark og Finland pågår diskusjoner om å innføre ulike former for restriktive tiltak overfor gravide.<sup>2</sup>

Mens edruskapsloven inneholdt en rekke alternative tilleggskriterier for tvangsinnleggelse, bl.a. at vedkommende utgjorde en fare for andre eller falt fattigvesenet eller sin familie til byrde, er sosialtjenesteloven § 6-2 alene rettet mot vedkommendes fare for egen helse. Tilbakeholdstiden ble dessuten redusert fra to år til tre måneder i forhold til edruskapsloven.

Bestemmelsene i §§ 6-2 og 6-2a er diskutert og analysert i flere juridiske fremstillinger.<sup>3</sup> De ulike forfattere har noe forskjellige inndelinger av de materielle vilkårene, men ulikhetene går først og fremst på hvordan vilkårene eller kriteriene bør deles opp. Også i fylkesnemndenes praksis varierer inndelingen av vilkårene noe, uten at dette nødvendigvis gjenspeiler uenighet om det rettslige innholdet. Etter vårt syn er det naturlig å operere med fem materielle vilkår i §§ 6-2 og 6-2a (§ 6-3 behandles separat nedenfor):

- Rusmiddelmissbruker (i tillegg må kvinnen være gravid etter § 6-2a)

---

<sup>2</sup> I Sverige foreligger et konkret lovforslag (Ds 2009:19), som imidlertid er omdiskutert (Runquist 2009). Om diskusjonene i Danmark og Finland, se bl.a. Hecksher (2009) og Mäkelä (2009).

<sup>3</sup> Se Bernt (2000:237-24), Andenæs og Olsen (2003:239-246), Søvig (2007:233-336), Kjønstad og Syse (2008:498-502), Kjellevoid (2008:note 130-154) og Syse (2009:242-247).

- Negativ helsekonsekvens; enten for vedkommende selv (§ 6-2) eller for fosteret (§ 6-2a)
- Årsakssammenheng mellom rusmiddelmisbruker og den negative helsekonsekvensen
- Krav om at frivillige hjelpetiltak må være utilstrekkelige
- Krav om en skjønsmessig helhetsvurdering

Vi vil i det følgende gi en presentasjon av de ulike vilkårene (for en mer utførlig analyse, se Søvig 2007 kap. 8), men først er det nødvendig å knytte noen kommentarer til formålet med tvangsplassering.

### Formålet ved tvangsinnleggelse

Utgangspunktet ved all diskusjon av tvangsbruk er individets selvbestemmelsesrett. En tvangsinnleggelse innebærer at myndighetene fratår pasienten retten til selv å bestemme over inntak av rusmidler og begrenser bevegelsesfriheten. Et sentralt legitimeringsgrunnlag for bestemmelsene i sosialtjenesteloven er at rusmiddelavhengighet eller misbruk fører til redusert selvbestemmelsesevne, kombinert med den fare for negative helsekonsekvenser som er forbundet med høyt rusmiddelforbruk.

Siktemålet for innleggelse etter § 6-2a er uttrykkelig definert i lovteksten, jf. annet avsnitt:

Inntakets formål er å hindre eller begrense sannsynligheten for at barnet påføres skade. Under oppholdet skal det legges vekt på at kvinnen tilbys tilfredsstillende hjelp for sitt rusmiddelmisbruk og for å bli i stand til å ta vare på barnet.

Den første setningen viser tilbake til den avveiningen som Stortinget foretok ved innføringen av særbestemmelsen overfor gravide, hvor fosteret og det kommende barnets rettigheter ble gitt forrang fremfor kvinnens selvbestemmelsesrett. At fosteret i denne situasjonen har fått rettsbeskyttelse gir grobunn for flere interessante diskusjoner, som det imidlertid ikke er rom for å forfølge her (se bl.a. Søvig 2007:99–104 med videre henvisninger). Den andre setningen henspiller på gjennomføringen av oppholdet, og pålegger institusjonen både å tilby kvinnen et behandlingsopplegg og å hjelpe henne til å bli omsorgsperson for barnet. Dersom institusjonen må prioritere mellom å verne fosteret og gi kvinnen hjelp, indikerer formålsbestemmelsen at rusfrihet under svangerskapet må gis forrang.

§ 6-2 inneholder ingen tilsvarende formålsbestemmelse som § 6-2a, men § 6-2 første avsnitt fastslår at siktemålet med oppholdet skal være "undersøkelse og tilrettelegging av behandling". Denne formuleringen var den samme som sosiallovutvalget hadde foreslått (NOU 1985:18 s. 232), men departementet utvidet tilbakeholdstiden fra tre uker til tre måneder (Ot. prp. 29 (1990–91) s. 91). Dermed fikk bestemmelsen en noe annen karakter. Et opphold på tre uker vil være konsentrert om avrusning, mens institusjonen under et opphold som varer tre måneder har større muligheter til å gå inn i pasientens problemer.

Et aspekt som fremheves flere steder i forarbeidene er at tvangsinnleggelse ikke primært skal være et avrusningstiltak, men skal være forbeholdt pasienter hvor det er grunn til å tro at oppholdet kan ha "positiv betydning på sikt" (NOU 1985:18 s. 350 og Ot.prp. 29 (1990–91) s. 162). Både sosiallovutvalget og departementet fremholdt at de

"rene avrusningstiltak" faller utenfor virkeområdet til bestemmelsen (samme sted). I praksis er det en høy forekomst av midlertidige vedtak etter § 6-2, og det er interessant å diskutere dette opp mot forarbeidenes avvisende holdning til de rene avrusningstiltak.

### Nærmere om vilkårene i § 6-2 og § 6-2a

Vilkåret om at vedkommende må være "rusmiddelmissbruker" kan ses på som grunnvilkåret etter de to bestemmelsene, og peker ut den potensielle målgruppen for tvangsbruk etter sosialtjenesteloven kap. 6. Vilkåret følger av lovteksten i § 6-2a, mens § 6-2 omtaler "misbruk" og viser underforstått til misbruk av "rusmidler". Grunnvilkåret kan deles i to, hvor rusmiddelkriteriet refererer til typen av substanser, mens misbrukskriteriet stiller krav til hvor omfattende bruken må være for tvangsinnleggelse er aktuelt. De aktuelle rusmidlene etter §§ 6-2 og 6-2a er alkohol og narkotika. Alkohol trenger ingen nærmere forklaring. Når det gjelder narkotika er det etter vårt syn i samsvar med føringene i forarbeidene å ta utgangspunkt i den såkalte narkotikalist, som er gitt som forskrift i medhold av legemiddeloven.<sup>4</sup> Narkotikalist inneholder både substanser som bare omsettes illegalt og substanser som er virkestoff i legale medikamenter, hvor eventuelt lovlig bruk avhenger av om pasienten har fått forskrevet legemiddelet.

Misbrukskriteriet er i § 6-2 beskrevet som "omfattende og vedvarende misbruk", mens § 6-2a er rettet mot gravide "rusmiddelmissbrukere" (kursivert her). Tvangsinnleggelse etter begge bestemmelsene fordrer at bruken av rusmidler er av et visst omfang, både i tid og rom. Når det gjelder § 6-2 må inntaket av rusmidler være så kvalifisert at det er naturlig å omtale det som et avhengighetsforhold. Til tross for at ordlyden i §§ 6-2 og 6-2a er nær identisk, må det antas at terskelen for innleggelse er noe lavere etter § 6-2a for å gi fosteret tilstrekkelig vern. I fylkesnemndenes praksis volder vilkåret sjelden problemer, men i noen saker tas ikke kommunens begjæring til følge fordi nemnden mener at forbruket er for beskjedent til å oppfylle grunnvilkåret.<sup>5</sup>

Etter § 6-2 er det tilstrekkelig at rusmiddelatferden fører til at vedkommendes egen helse utsettes for "fare", og denne trenger ikke å være av kvalifisert art. Her ble terskelen senket i forhold til sosiallovutkastets forslag om "alvorlig fare", uten at departementet tok opp om denne endringen var bevisst. Sammenholdt med andre beslektete bestemmelser som verner vedkommende egen helse, setter § 6-2 opp en lav terskel for tvangsinnleggelse.<sup>6</sup> Opprinnelig hadde departementet foreslått at tvangsinnleggelse overfor gravide bare skulle kunne skje der den negative helsekonsekvensen for fosteret var "betydelig", men stortingskomiteen sløyfet denne kvalifiserende betingelsen for å styrke fosterets rettsvern (Innst. O. 68 (1994–95) s. 2).

Både § 6-2 og § 6-2a krever sammenheng mellom rusmiddelmissbruket og den negative helsekonsekvensen, henholdsvis formulert som "fare ved" og "overveiende sannsynlig". Vilkåret må ses i sammenheng med den tidsmessige dimensjonen ved

---

<sup>4</sup> Forskrift av 30. juni 1978 nr. 8 med senere endringer.

<sup>5</sup> Se f. eks. vedtak 20. jan. 2005 (HSF) og 12. mars 2008 (OA) etter henholdsvis §§ 6-2 og 6-2a.

<sup>6</sup> Se til sammenligning psykisk helsevernloven § 3-3 ("nærliggende og alvorlig fare for eget ... liv eller helse") og den svenske LVM-lovgivningen ("utsätter sin fysiska eller psykiska hälsa för allvarlig fara ...löper en uppenbar risk att förstöra sitt liv ... kan befaras komma att allvarligt skada sig själv").



tvangsinnleggelse. Siktemålet fra samfunnets side er ikke å komme med reaksjoner mot allerede foretatte handlinger (slik som ved straff), men å sette i verk tiltak for å hindre negative helsekonsekvenser som ennå ikke har inntrådt. Rettsteknisk er § 6-2 og § 6-2a utformet på noe ulik måte, hvor det etter § 6-2 er tilstrekkelig at faren for negativ helseskade er tilstede, mens § 6-2a krever at den negative helseskaden for fosteret må være "overveiende sannsynlig". Språklig sett er tillegget "overveiende" unødig, men siktemålet fra lovgiverhold var å markere et kvalifisert element, hvor alminnelig sannsynlighetsovervekt ikke skulle være tilstrekkelig for tvangsinnleggelse av gravide (Ot.prp. 48 (1994–95) s. 11). Denne tilnærmingen kan diskuteres og kritiseres (Søvig 2007:282), fordi fosteret dermed utsettes for tvilsrisikoen.

Både i § 6-2 og 6-2a setter lovteksten opp et krav om at "hjelpetiltak etter § 6-1 ikke er tilstrekkelig". Utgangspunktet er at relevante frivillige løsninger normalt skal prøves ut først, både ut fra en tanke om ivaretagelse av autonomi og ut fra en forestilling om at disse har størst mulighet for suksess. Hjelpetiltak etter § 6-1 inkluderer både institusjonsopphold basert på samtykke (inkludert § 6-3) og ulike former for polikliniske tjenester (for gravide vil urinprøver ofte være aktuelt). Selv om sosialtjenesteloven bruker samme ordlyd i §§ 6-2 og 6-2a, vil innholdet av vilkåret ikke være identisk i de to bestemmelsene. Overfor gravide er det viktigere å handle raskt for å oppnå et effektivt fostervern, og sosialtjenesten kan derfor i større grad her unnlate hjelpetiltak som ut fra den konkrete situasjonen antakelig vil ha begrenset nytteverdi.

Begge tvangsinnleggelsesbestemmelsene fastsetter at dersom de øvrige materielle vilkårene er oppfylte, "kan" fylkesnemnden fatte vedtak om tvangsinnleggelse. Funksjonen til hjelpeverbet er her ikke bare å fastsette hvilket organ som er kompetent, men også å betone at tvangsinnleggelse er et inngripende tiltak som bare kan skje ut fra en skjønnsmessig helhetsvurdering av om tvang er et rimelig og hensiktsmessig tiltak, sml. psykisk helsevernloven § 3-3(1) nr. 6 som opererer med et tilsvarende lovfastsatt vilkår. Også på dette punkt er det grunn til å sondre mellom § 6-2 og § 6-2a, selv om ordlyden er identisk. Etter § 6-2a skal fosterets interesser veies mot kvinnens, og det skal mye til før en tvangsinnleggelse vil være et uforholdsmessig tiltak når de øvrige vilkårene er innfridde. Vurderingen etter § 6-2 er annerledes, både fordi terskelen for tvangsinnleggelse for øvrig er lav og fordi avveiningen her ensidig er rettet mot vedkommendes egne interesser.

En utfordring ved vurderingen etter § 6-2 er at siktemålet med bestemmelsen ikke er klart definert i forarbeidene, jf. diskusjonene foran. I praksis er det varierende i hvilken grad fylkesnemndene uttrykkelig setter opp en skjønnsmessig helhetsvurdering som et materielt vilkår og foretar en interesseavveining, men de fleste vedtakene inneholder en passasje om at tiltaket formentlig vil ha positiv innvirkning på sikt.<sup>7</sup>

### De materielle vilkårene i § 6-3

Bestemmelsen i sosialtjenesteloven § 6-3 om "avtalt tvang" er i forarbeidene presentert som hovedbestemmelsen om tvang, som normalt skal være tilbudt for innleggelse etter §§ 6-2 og 6-2a er aktuelt (Ot.prp. 29 (1990–91) s. 92). Regelen i § 6-3 er nært rettslig

---

<sup>7</sup> Dels inspirert av Andenæs og Olsen (2003) og rundskriv I-1/93 s. 148 som setter opp "formålskriteriet" som et selvstendig, materielt vilkår for tvangsinnleggelse.

beslektet med psykisk helsevernloven § 2-2 og barnevernloven § 4-26, og er utformet med sistnevnte som forbilde. Sosialtjenesteloven § 6-3 er imidlertid mer kompleks enn sine rettslige søsken. På samme måte som barnevernloven § 4-26 opererer den med to ulike alternativ, angitt i respektive første og annet avsnitt. Det første alternativet hjemler tilbakehold i tre uker regnet fra innleggelsen, og den potensielle "tvangsperioden" er da begrenset til tre uker. Det andre alternativet hjemler også tilbakehold i tre uker, men da regnet fra tilbakekallet og med mulighet for ny binding, men begrenset til tre tilbakehold. Bestemmelsen angir ikke noen tidsmessig grense mellom eventuelle tilbakekall, og den potensielle "tvangsperioden" er derfor udefinert, bortsett fra at oppholdet må være ment å vare i mer enn tre måneder.

De to ulike alternativene i § 6-3 er bundet sammen av ordet "også". En mulig tolkning kan være at bruk av § 6-3 først fordrer en tilbakeholdsperiode på tre uker fra inntaket etterfulgt av "tre ganger tre"-regelen, men etter vårt skjønn må de to ulike alternativene i § 6-3 ses på som to separate tvangsgrunnlag (Søvig 2007:371).

Både § 6-3 første og annet avsnitt bygger på de samme materielle vilkårene. For det *første* må pasienten være "rusmiddelmisbruker". Her må institusjonen kunne ta utgangspunkt i pasientens egen opplevelse av situasjonen, og det er ikke grunnlag for å stille like strenge krav til rusmiddelatferden som ved bruk av §§ 6-2 og 6-2a. I motsetning til §§ 6-2 og 6-2a setter ikke § 6-3 opp noen tilleggskriterier om negativ helsekonsekvens, og det er tilstrekkelig at rusmiddelforbruket av pasienten oppleves som problematisk. Også vern av andre kan legitimere tvangsbruk, og f. eks. kan gravide samtykke til avtale etter § 6-3. For det *annet* må institusjonen sette tilbakeholdsadgangen som et vilkår, og den må her gjøre en skjønnsmessig vurdering av om "avtalt tvang" er et rimelig og hensiktsmessig tiltak. For det *tredje* må pasienten samtykke til bruk av § 6-3, jf. de nærmere kravene i tredje avsnitt:

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 §§ 6-2 og 6-2a. Før misbrukeren gir sitt samtykke, skal han eller hun gjøres kjent med eventuelle vilkår som nevnt i første og annet ledd..

Skriftlighetskravet sikrer notoritet, mens informasjonskravet skal sikre at pasienten har fått orientering om konsekvensene av en innleggelse etter § 6-3. I forbindelse med lovendring av 18. desember 1998 nr. 87 ble tillegget om "direkte overgang" fra §§ 6-2 og 6-2a tatt inn for å sikre at tidligere tvangsinnlagte kunne "gå rett på" et opphold etter § 6-3, uten forutgående utskrivning. Bestemmelsen i § 6-3 må endelig suppleres med de nærmere reglene for samtykke som følger av pasientrettighetsloven kap. 4, særlig med hensyn til samtykkeevne.

I motsetning til innleggelser etter §§ 6-2 og 6-2a er fylkesnemnden holdt utenfor prosessen, og eventuelle klager om urettmessig tilbakehold må fremmes til Helsetilsynet i fylket. Sosialtjenesten har også en annen rolle ved § 6-3, enn ved innleggelser etter §§ 6-2 og 6-2a. "Avtalt tvang" er et anliggende mellom den enkelte pasient og institusjonen. Henvisningen til spesialisthelsetjenesten og initiativet til bruk av § 6-3 kan komme fra sosialkontoret, men kan også være initiert av fastlegen.

Til tross for at § 6-3 av lovgiver er presentert som hovedregelen av de tre tvangsparagrafene i sosialtjenesteloven kap. 6, er den brukt i begrenset omfang. Klientkartleggingen for 2008 viste 152 innlegger etter § 6-3, og det er en nedgang fra

188 i 2006 (Iversen m.fl. 2009). Et sentralt element i evalueringen er å undersøke årsaken til den beskjedne bruken av § 6-3.

### De pårørendes rolle

Mens den tidligere edruskapsloven åpnet for tvangsinnleggelse der hvor rusmiddelbruken hadde negative konsekvenser for vedkommendes personomgivelser, er det kun fare for egen helse som faller inn under sosialtjenesteloven § 6-2. De pårørende hadde opprinnelig heller ingen formelle funksjoner i forbindelse med tvangsinnleggelse. På dette punkt var det misnøye med regelverket, først og fremst målbarhet av ulike organisasjoner av pårørende til mennesker med rusmiddelproblemer. Ved lovendring av 18. desember 1998 nr. 87 ble § 6-1a vedtatt. Bestemmelsens første avsnitt lyder:

Sosialtjenesten skal ved melding fra pårørende om omfattende rusmiddelmisbruk foreta de nødvendige undersøkelser i saken, og vurdere om det skal fremmes sak etter §§ 6-2 eller 6-2a. Når saken er utredet, skal den pårørende ha tilbakemelding om dette.

I annet avsnitt har § 6-1a nærmere regler om hvem som regnes som pårørende. Verdt å merke seg er at den vordende far (i saker etter § 6-2a) ikke er innenfor den utvalgte krets.

En melding fra de pårørende fører til at sosialtjenesten får en plikt til å utrede saken og *vurdere* tvangsinnleggelse som virkemiddel. De pårørende har et lovpålagt krav på tilbakemelding, men de alminnelige regler om taushetsplikt gjelder, slik at plikten er begrenset til å informere om saksutfallet, uten nærmere begrunnelse. Siden tilbakemeldingsplikten ikke er et enkeltvedtak etter forvaltningsloven, kan de pårørende ikke klage.

Et av punktene i evalueringen vil være å undersøke forekomsten av meldinger etter sosialtjenesteloven § 6-1a og hvordan disse håndteres av sosialtjenesten og oppleves av de involverte parter.

### Prosessen

Den kommunale sosialtjenesten har en nøkkelrolle i saker etter sosialtjenesteloven §§ 6-2 og 6-2a og har en monopolstilling med hensyn til å fremme saker om tvangsinnleggelse (i tillegg kommer oppgaven med å fatte midlertidige vedtak, jf. nedenfor). Kompetansen til å treffe vedtak av om begjæringen om tvangsinnleggelse skal tas til følge er lagt til "Fylkesnemnda for barnevern og sosiale saker".

Fylkesnemndene var en nyvinning ved sosialtjenesteloven. Disse er forvaltningsorganer i den forstand at de er en del av det sentrale styringsverket uten å være utskilt som egne statsorganer slik som domstolene. Lederne og de øvrige ansatte er tjenestemenn og har ikke et særlig oppsigelsesvern slik som embetsdommere. Samtidig har fylkesnemndene en uavhengig posisjon, og de kan ikke instrueres i enkeltsaker. Nemndene er administrativt underlagt Barne- likestillings- og inkluderingsdepartementet. Fra 2010 er den administrative styringen lagt til et selvstendig forvaltningsorgan, og departementet har opprettet "Sentralenheten for fylkesnemndene" under ledelse av en direktør.

Helt fra opprettelsen har det vært 12 fylkesnemnder. Etter hvert ble disse samlet i regioner, og de er nå organisert i fire regionale enheter med én fylkesnemndsleder med administrativt ansvar (regionsleder) for hver region. Regionene og de underliggende fylkesnemndene er nå som følger (med forkortelsene for nemndene i parentes):

- Region øst: Fylkesnemndene i Østfold (Ø), Buskerud og Vestfold (BV), Oppland og Hedmark (OH), Telemark (TE)
- Region vest: Fylkesnemndene i Aust- og Vest-Agder (A), Rogaland (R), Hordaland og Sogn og Fjordane (HSF), Møre og Romsdal (MR)
- Region nord: Fylkesnemndene i Trøndelag (TR), Nordland (N), Troms og Finnmark (TF)
- Region Oslo og Akershus (OA). Fylkesnemnda i Oslo og Akershus

Fylkesnemndenes saksbehandling var opprinnelig regulert i sosialtjenesteloven, men i forbindelse med en gjennomgripende revisjon av prosessordningen, ble reglene om saksbehandlingen flyttet til barnevernloven kap. 7. Disse gjelder med noen få presiseringer tilsvarende for saker etter sosialtjenesteloven §§ 6-2 og 6-2a, jf. dennes § 6-4. Den endrete lovtilknytningen hang sammen med at brorparten av nemndenes arbeid er knyttet til barnevernssaker. Samtidig ble også den offisielle tittelen på nemndene endret fra "fylkesnemnda for sosiale saker" til "fylkesnemnda for barnevern og sosiale saker", jf. barnevernloven § 7-1.

Tall innhentet fra saksbehandlingssystemet "Sakarias" viser at nemndene fra 1. januar 2009 til 31. desember 2009 mottok i alt 4138 saker, hvorav sakene etter sosialtjenesteloven §§ 6-2 og 6-2a henholdsvis sto for 213 og 94 saker (disse tallene inkluderer foruten ordinære saker, også midlertidige vedtak og hevingssaker). Til sammen utgjorde saker etter sosialtjenesteloven §§ 6-2 og 6-2a 7,5 % av sakstilfanget.

Saksbehandlingen i fylkesnemndene er en domstolslignende prosess. Dels er den regulert særskilt i barnevernsloven kap. 7 og dels viser bestemmelsene i kap. 7 videre til tvisteloven og lar tvisteloven gjelde så langt den passer, jf. f. eks. §§ 7-15 og 7-17. Jevnt over har fylkesnemndene valgt løsninger som er domstolslignende, både i formuleringsstil i vedtakene og i utformingen av møtelokalene. Også der hvor det rettslige gir rom for ulike valg, har de i hovedsak valgt den løsningen som ligger nærmest domstolenes prosessordning.

### Særlig om midlertidige vedtak

Både § 6-2 og § 6-2a inneholder regler om midlertidige vedtak, jf. henholdsvis fjerde/femte og femte/sjette avsnitt. Avsnittene har samme ordlyd:

Et midlertidig vedtak etter første ledd kan treffes av sosialtjenesten dersom de interesser bestemmelsen skal ivareta kan bli vesentlig skadelidende dersom vedtak ikke treffes og gjennomføres straks. For øvrig gjelder reglene i barnevernloven 3 §§ 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.

Bestemmelsene åpner for tvangsinnleggelse etter en forenklet prosedyre i påvente av ordinær saksbehandling. Det kan være vanskelig å få grep om de materielle vilkårene for

midlertidige vedtak, siden disse er formulert gjennom å vise til at de interesser henholdsvis §§ 6-2 og 6-2a skal ivareta, kan bli "vesentlig skadelidende". Ett poeng står likevel sentralt: Et midlertidig vedtak kan bare fattes dersom vilkårene for ordinær tvangsinnleggelse er tilstede. I tillegg er listen noe hevet, jf. lovtekstens betoning av "vesentlig" skadelidende og forarbeidenes presisering av at midlertidige vedtak skal være en snever unntaksregel (NOU 1985:18 s. 302 og Ot.prp. 48 (1994–95) s. 16 og 21). Dessuten er det grunn til å fremheve at reglene om midlertidige vedtak ikke er en "observasjonsparagraf" slik som psykisk helsevernloven § 3-2. Det er ikke hjemmel for midlertidige vedtak for å utrede om vilkårene for en ordinær plassering er tilstede (NOU 1985:18 s. 302).

Midlertidige vedtak treffes av sosialtjenesten, men skal godkjennes av fylkesnemnden (nemndsleder). Utgangspunktet for vurderingen er en legalitetskontroll av sosialtjenestens avgjørelse, men fylkesnemnden har et selvstendig ansvar for sakens opplysning. Ofte understreker fylkesnemndene at vurderingen også skjer uten kontradiksjon, men det følger av alminnelige forvaltningsrettslige regler at parten må få uttale seg før vedtak fattes, jf. forvaltningsloven § 16. Undertiden kan det være forsvarlig av sosialtjenesten å unnlate å informere parten i forkant av avgjørelsen, men unntaket slår ikke inn dersom pasienten er brakt til institusjon. Midlertidige vedtak kan iverksettes straks de er vedtatt av sosialtjenesten, uten å avvente fylkesnemndens godkjenning.

Et midlertidig vedtak kan påklages, jf. nærmere regler om saksbehandlingen i barnevernloven § 7-23. Tidligere var det vanlig praksis å behandle klagen over det midlertidige vedtaket samtidig med hovedsaken, mens pasienten nå har et lovbestemt krav på avgjørelse innen en uke etter at fylkesnemnda mottok saken.

I praksis brukes midlertidig vedtak i stor utstrekning, og etter § 6-2a brukes lovens normalordning kun i et fåtalls saker, jf. tabellen foran, og nedenfor i kap. 3. Et sentralt punkt i evalueringen er å undersøke nærmere den høye forekomsten av midlertidige vedtak.

### Ansvar for gjennomføring av tvangsvedtak

Et innleggelsesvedtak av fylkesnemnden etter § 6-2 og § 6-2a og et midlertidig vedtak fra sosialtjenesten, innebærer at vedkommende kan tas inn på institusjon. Det er sosialtjenesten som etter en hensiktsmessighetsvurdering bestemmer om vedtaket skal iverksettes, jf. § 6-2 tredje avsnitt og § 6-2a fjerde avsnitt. Er ikke vedtaket satt i verk innen henholdsvis to og seks uker, faller det bort. Som sagt skiller § 6-3 seg fra § 6-2 og § 6-2a, ved at verken sosialtjenesten eller fylkesnemnden har noen funksjon ved innleggelse etter § 6-3, bortsett fra at sosialtjenesten eventuelt har foretatt en henvisning til "tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmisbruk". Ellers er reglene om gjennomføring som hovedregel like for alle de tre tvangsbestemmelsene.

Ved utløpet av vedtaksperioden eller dersom vilkårene for tilbakehold faller bort under oppholdet (typisk ved at en gravid kvinne føder eller tar abort), har pasienten rettskrav på utskrivning. Eventuell forlengelse av opphold etter § 6-2a skjer etter vedtak av sosialtjenesten, i samråd med institusjonen, jf. den uttrykkelige regelen i § 6-2a tredje avsnitt. Det er institusjonen som beslutter om pasienten skal skrives ut før lengstetiden

opphører. Tidligere lå denne kompetansen til sosialtjenesten, men rusreformen endret oppgavefordelingen (se kritikken hos Werpen 2006).

### Valg av institusjon og reglene om fritt institusjonsvalg

Et vedtak etter § 6-2 kan bare iverksettes "dersom institusjonen faglig og materielt er i stand til å tilby vedkommende tilfredsstillende hjelp sett i forhold til formålet med inntaket i institusjonen", jf. § 6-2 annet avsnitt. Også tidligere inneholdt bestemmelsen en nær identisk passasje, men da formulert som et materielt vilkår for å fatte et innleggelsesvedtak. Ved lovendring av 18. desember 1998 nr. 87 ble regelen opphevet og erstattet med nåværende tredje avsnitt, som setter de samme krav til institusjonen som den opphevede bestemmelsen i annet avsnitt. Kompetansen til å vurdere institusjonens egnethet ble altså flyttet fra fylkesnemnden til sosialtjenesten. I forarbeidene fremholdt departementet at dersom fylkesnemnden ønsker det, kan den fortsatt sette som vilkår i en konkret sak at plassering skal skje i en bestemt institusjon. (Ot.prp. 78 (1997–98) s. 11–12). For § 6-2a sin del er spørsmålet om krav til institusjonens egnethet uregulert i lovteksten, men likhetsbetraktninger taler for å sette opp samme regel her som etter § 6-2.

Reglene om sosialtjenestens ansvar for å peke ut institusjon må ses i sammenheng med reglene i pasientrettighetsloven § 2-4. Denne gir pasienten rett til å velge på hvilken "institusjon som tilbyr tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmisbruk, eller behandlingssted i en slik institusjon, behandlingen skal foretas". Det er en forutsetning at "institusjonen eies av et regionalt helseforetak eller har avtale med et regionalt helseforetak som gir pasienten en slik valgrett". Opprinnelig gjaldt § 2-4 bare for sykehus, men ved lovendring av 21. desember 2007 nr. 123 utvidet Stortinget valgretten også for tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmisbruk. Tidligere hadde regelen blitt utvidet også til å gjelde tvangsinnlagte etter psykisk helsevernloven. Pasientrettighetsloven § 2-4 gjelder også for tvangsinnlagte, men for denne gruppen gjelder visse begrensninger, jf. tredje avsnitt:

For pasienter under tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern etter psykisk helsevernloven 2 kapittel 3, gjelder ikke retten etter første ledd dersom dette vil være uforsvarlig eller i betydelig grad er egnet til å svekke formålet med det tvungne vernet. Tilsvarende gjelder for pasienter som tas inn på institusjon med hjemmel i sosialtjenesteloven 3 §§ 6-2 og 6-2a, dersom dette vil være uforsvarlig eller i betydelig grad er egnet til å svekke formålet med inntaket.

Unntaksbestemmelsen er todelt, hvor begge vilkårene er av faglig karakter (Syse 2009:186). Pasientrettighetsloven § 2-4 medfører at pasienter som skal tvangsinnlegges må få anledning til å uttale seg om institusjonsvalget. I fall de har synspunkt på valg av institusjon må disse følges opp, med mindre vilkårene for unntak er oppfylte. Unntakene vil særlig være aktuelle i akuttfasen. En kan ikke avvente plasseringen til det blir ledig kapasitet der pasienten ønsker, og det er et begrenset antall institusjonsplasser til rådighet for avrusningsopphold.

## Rettslige grunnlag for tiltak under oppholdet

### *Presentasjon av rammeverket*

Da sosialtjenesteloven ble vedtatt, fulgte reglene om gjennomføring av sosialtjenesteloven § 7-11 med tilhørende forskrifter, jf. særlig sosialtjenestelovforskriften kap. 5. Rusreformen medførte en prinsipiell omlegging av det rettslige rammeverket, ved at denne pasientgruppen nå også ble regulert av helselovgivningen, slik som pasientrettighetsloven og spesialisthelsetjenesteloven. Sosialtjenesteforskriften sto uendret, men den rettslige situasjonen ble mer kompleks ved at reglene i forskriften må tolkes i tråd med de overordnede normene som følger av de relevante delene av helselovgivningen. Deler av den lovtolkningen og praksis som hadde dannet seg i kjølvannet av rusreformen, ble kodifisert ved lovendring av 21. desember 2007 nr. 123. Her vedtok Stortinget også å flytte forskriftshjemmelen fra sosialtjenesteloven § 7-11 til et nytt annet avsnitt i spesialisthelsetjenesteloven § 3-14. Denne delen av lovnovellen er ennå ikke iverksatt.

Flere av reglene i sosialtjenesteforskriften er preget av at institusjonen "kan" iverksette ulike former for tiltak på nærmere betingelser og åpner for bruk av hensiktsmessighetsskjønn fra institusjonens side. De alminnelige reglene om skjønnsutøvelse fra forvaltningens side vil selvsagt gjelde, særlig prinsipper om forholdsmessighet mellom mål og midler. Ved hensiktsmessighetsvurderingene som institusjonene foretar, vil plasseringsgrunnlaget være en sentral faktor. Et hovedfokus under opphold etter § 6-2a vil være å hindre at kvinnen får tak i rusmidler, mens det sentrale etter § 6-2 og § 6-3 er å sette pasienten i stand til å klare seg selv, med de muligheter for tilgang til rusmidler som dagliglivet innebærer. Denne forskjellen berettiger et strengere regime under institusjonsoppholdet etter § 6-2a enn etter § 6-2 og § 6-3. Særlig mot slutten av oppholdet må innlagte etter §§ 6-2 og 6-3 få stor grad av frihet.

### *Nærmere om restriksjonene som følger av forskriften*

Regelverket inneholder ingen uttrykkelig bestemmelse som fastsetter at personer som er vedtatt tvangsinnlagt kan føres til institusjonen med makt, men reglene hviler klart på en slik forutsetning, jf. særlig sosialtjenesteloven § 8-9, som pålegger politiet å yte bistand ved fullbyrdelse av tvangsvedtak overfor rusmiddelmisbrukere (om bruk av politi se nærmere Lundeborg og Mjåland 2009). Både sosialtjenesteloven § 6-2, § 6-2a og § 6-3 (begge alternativene) fastsetter at pasienten kan "holdes tilbake" på institusjonen. De aktuelle bestemmelsene sier ikke i klartekst at dette kan skje mot den innlagtes vilje og at institusjonen i denne forbindelse kan bruke makt. Det følger imidlertid av spesialisthelsetjenesteloven § 3-14 første avsnitt at institusjonen kan begrense adgangen til å forlate institusjonen i den grad det er nødvendig ut i fra vedtakets formål, og denne bestemmelsen må også tolkes som en tvangsfullmakt.

Spesialisthelsetjenesteloven § 3-14 tredje avsnitt inneholder en eksplisitt hjemmel for å gi forskrifter om tilbakeføring ved rømming, jf. sosialtjenesteforskriften § 5-9. Mens institusjonen etter rusreformen har kompetanse til å fatte vedtak om utskrivning for tvangsinnlagte, også før lengstetiden er utløpt, har sosialtjenesten ansvaret for tilbakeføring ved rømming.

Utover tilbakeholdsretten har institusjonen begrenset adgang til maktbruk. Et overordnet hensyn må være at pasienten skal behandles med verdighet og at menneskeverdet respekteres, til tross for at en gjennom tvangsinnleggelsen har satt tilside deler av selvbestemmelsesretten og innskrenket bevegelsesfriheten. De rettslige utgangspunktene må tas i pasientrettighetsloven kapittel 3 og 4 og hovedregelen om at helsehjelp bare kan gis med pasientens samtykke, jf. også prinsippbestemmelsene i sosialtjenesteloven § 7-11 første avsnitt og sosialtjenesteforskriften § 5-2. Et sentralt element for denne pasientgruppen er forbudet mot tvangsmedisinering eller fysisk tvang som ledd i behandlingen, jf. sosialtjenesteforskriften § 5-14 første avsnitt. Sosialtjenesteforskriften skiller seg her fra psykisk helsevernloven § 4-4 og smittevernloven § 5-3 fjerde avsnitt, som begge åpner for bruk av medikamenter mot pasientens vilje i terapeutisk øyemed. Til tross for bestemmelsen i sosialtjenesteforskriften § 5-14, brukes i offentlige dokument og ordskifte undertiden betegnelsen "tvangsbehandling". Selv om tvangsbehandling med medikamenter eller gjennom fysiske tiltak er forbudt, kan den innlagte likevel oppleve behandlingstvang under oppholdet. Institusjonene vil regelmessig søke å endre pasientens atferd, og mange føler press om å "delta i det terapeutiske samfunn" (Lien og Nilssen 2000).

Tvang i nødsituasjoner (tvangsmidler), er tillatt i den utstrekning som følger av de alminnelige reglene om nødrett og nødverge i straffeloven § 47 og § 48, jf. sosialtjenesteforskriften § 5-16. Vedtak om bruk av tvangsmidler skal begrunnes og føres i en egen tvangsprotokoll

Dersom det er fastsatt i fylkesnemndsvedtaket (§ 6-2 og § 6-2a) eller vedkommende samtykker ved innleggelsen (§ 6-3), kan institusjonen kreve at det tas urinprøver under oppholdet, jf. § 6-2 annet avsnitt annen setning, § 6-2a første avsnitt annen setning og § 6-3 fjerde avsnitt. Det er ikke adgang til urinprøvetaking ved midlertidige vedtak (Ot.prp. 78 (1997–98) s. 14, Syse (2007:252) og (Søvig 2007:198)). Dagens regulering åpner ikke for blodprøvetaking. Vi kommer tilbake til fylkesnemndenes praksis med hensyn til urinprøvetaking i kapittel 3.

*Lovteksten* gir hjemmel for *institusjonen* til å nekte permisjon, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 3-14 første avsnitt. *Sosialtjenesteforskriften* § 5-12 første avsnitt gir beboerne en rett til permisjoner etter avtale med institusjonen, mens tredje avsnitt fastsetter at ved opphold etter §§ 6-2 til 6-3 kan institusjonen begrense adgangen til permisjon *i den utstrekning det er hjemlet i vedtaket*, jf. tilsvarende regulering i § 5-11. Det er svak koordinering mellom lovteksten og forskriften her, og utgangspunktet må være at lovteksten har forrang. Praksis med hensyn til vedtak om permisjonsadgang i forbindelse med fylkesnemndsbehandlingen varierer noe, og vi vil komme tilbake til dette i kapittel 3.

Sosialtjenesteforskriften § 5-4 knesetter et sensurforbud (dvs. rutinemessig kontroll av innkommet post), men inneholder samtidig regler for postkontroll ved "begrunnet mistanke" om at forsendelsen inneholder berusende eller bedøvende midler, eller gjenstander som kan medføre skade på person eller ting. Begrepet "begrunnet mistanke" henspiller på at kontrollen ikke kan være rutinemessig (se rundskriv I-2000/7). Pasientens rusmiddelavhengighet i seg selv er utilstrekkelig, og det må foreligge konkrete forhold i form av atferd, observasjoner eller andre indikasjoner.



Forskriften inneholder ikke regler om andre former for kommunikasjonskontroll, slik som psykisk helsevernloven § 4-5, som bl.a. gir hjemmel for restriksjoner i telefonbruk. Dermed kan telefonbruk bare unntaksvis forbys, og da med hjemmel i nødrett/nødverge, jf. sosialtjenesteforskriften § 5-16. Vi har undersøkt praksis ved utvalgte institusjoner, og om institusjoner inndrar rutinemessig mobiltelefoner i strid med dagens regulering, jf. kapittel 4 nedenfor.

Hjemmel for kroppsvisitasjon og ransaking av rom og eiendeler følger av sosialtjenesteforskriften § 5-6. På samme måte som ved postforsendelser stiller forskriften opp et krav om "begrunnet mistanke". Kroppsvisitasjon er begrenset til kroppens overflater og munnhulen, og øvrige av kroppens hulrom er institusjonen utedkommende. Både vedtak om kroppsvisitasjon og ransaking av rom og eiendeler skal protokollføres og begrunnes.

Rusmidler (herunder legemidler) som blir funnet ved inntak eller under oppholdet i institusjonen, kan beslaglegges og tilintetgjøres, jf. forskriften § 5-7. Ulovlige rusmidler "skal" etter samme bestemmelse overlates til politiet. Videre fastsetter § 5-7 at legemidler som er forskrevet av lege utenfor institusjon, "kan" besluttes tilintetgjort eller beslaglagt. I så fall må det skje etter samråd med lege.

Utgangspunktet etter § 5-10 er at tvangsinnlagte pasienter på lik linje med andre innlagte fritt kan motta besøk under oppholdet, men institusjonen kan nekte besøk for en kort periode hvis det er "nødvendig" av hensyn til opplegget, men ikke om besøksnekt er "urimelig". Besøk av advokat, offentlig myndighet etc. kan aldri nektes. Forskriften inneholder ikke nærmere regler om kontroll med de besøkende med sikte å hindre at disse tar med seg rusmidler inn på institusjonen.

### Rett til individuell plan og tiltaksplan under oppholdet

I forbindelse med lovrevisjonen i 1998 ble det vedtatt en plikt for sosialtjenesten til å utarbeide *tiltaksplan* for rusmiddelmissbrukere som er i institusjon etter vedtak med hjemmel i § 6-2 eller § 6-2a, jf. § 6-1 femte ledd. Regelen ble innført for å klargjøre kommunens ansvar med sikte på legge til rette for en langsiktig rehabilitering. I forbindelse med rusreform II ble det lovfestet en rett til *individuell plan* for personer som har behov for langvarige og koordinerte tjenester, jf. sosialtjenesteloven § 4-3a. Forholdet mellom tiltaksplan etter § 6-1 femte avsnitt og individuell plan i § 4-3a er knapt berørt i forarbeidene, men en vesensforskjell er at tiltaksplaner *skal* utarbeides for tvangsinnlagte etter § 6-2 og § 6-2a – og forutsetningsvis eventuelt uten pasientens samtykke – mens individuelle planer er en rettighet for den enkelte pasient, som forutsetter pasientens medvirkning og samtykke. Riksrevisjonen har foretatt en gjennomgang av utvalgte saker, og i 54 % av tilfellene manglet tiltaksplan (St.dok. 3:12 (2004–05) s. 36). Et element i evalueringen har derfor vært å undersøke bruken av tiltaksplaner og individuelle planer (se særlig kap. 2 og 4).

### Gjennomføring av tvangstiltak i institusjoner regulert av annet regelverk

Sosialtjenesteloven §§ 6-2 til 6-3 fastsetter at innleggelsen skal gjennomføres i en institusjon utpekt av regionalt helseforetak, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 2-1a annet avsnitt. Institusjonen som pekes ut kan ha et annet regelverk enn sosialtjenesteloven

som primært hjemmelsgrunnlag, for eksempel psykisk helsevernloven. Dette vil særlig være aktuelt for pasienter som både har et rusmiddelproblem og en annen psykisk lidelse. For barn oppstår i tillegg forholdet til barnevernloven. Spørsmålet som da reiser seg er om oppholdet skal gjennomføres etter reglene i sosialtjenesteloven, eller etter bestemmelsene i psykisk helsevernloven.

En må her skille mellom tvangsinnleggelse og innleggelse etter eget samtykke med tilbakeholdsrett ("avtalt tvang"). Inntak etter § 6-3 er knyttet til den enkelte institusjon. Utgangspunktet må derfor være at en institusjon etter psykisk helsevernloven ikke kan ta inn pasienter etter sosialtjenesteloven § 6-3, men må benytte psykisk helsevernloven § 2-2. Tilsvarende må også gjelde for barneverninstitusjoner, som eventuelt må basere inntaket på regelen om avtalt tvang i barnevernloven § 4-26 annet avsnitt.

Når det gjelder opphold etter sosialtjenesteloven § 6-2 og § 6-2a som skjer i psykiatriske institusjoner, bestemmer psykisk helsevernloven § 1-1a nå:

Dersom en institusjon i det psykiske helsevernet er ansvarlig for et opphold som skjer i medhold av en annen lov, gjelder bestemmelsene i kapittel 4 med unntak av §§4-4, 4-5 annet ledd, 4-7a annet ledd, 4-9 og 4-10 for gjennomføringen av oppholdet.

Tidligere hadde departementet lagt til grunn at sosialtjenesteforskriften også skulle gjelde ved gjennomføring av vedtak etter §§ 6-2 og 6-2a i institusjoner innen det psykiske helsevernet. Fordelen med någjeldende lovgivning er at institusjonen bare får ett regelverk å forholde seg til. Gjennom henvisningene til hvilke bestemmelser som er unntatt i § 1-1a, har lovgiver søkt å unngå at tvangstiltak som det ikke er hjemmel for i sosialtjenesteforskriften, kan anvendes overfor pasienter som er innlagt i psykiatrisk institusjon med hjemmel i sosialtjenesteloven.

## Rusreformen og oppgavefordelingen innen rusomsorgen

Etter sosialtjenestelovens opprinnelige system hadde fylkeskommunene ansvar for institusjonsomsorgen, herunder institusjoner som tok imot innleggelse etter §§ 6-2 til 6-3. Staten hadde en overordnet funksjon, mens primærkommunene var ansvarlige for å utøve de oppgavene som ikke var lagt til fylkeskommunen eller et statlig organ. Etter at staten gjennom de regionale helseforetakene overtok ansvaret for spesialisthelsetjenesten fra fylkeskommunene (sykehusreformen), oppsto et ønske om en tilsvarende regulering av rusfeltet. Dette ble gjennomført gjennom to lovreformer i 2003.<sup>8</sup> Lovendringene som introduserte rusreformene trådte i kraft 1. januar 2004.

Etter rusreform I sto fylkeskommunen igjen med et beskjedent ansvar for rusomsorgen, og dette "restansvaret" skulle fordeles gjennom rusreform II. Regjeringen foreslo å gi kommunen ansvaret for "spesialiserte sosiale tjenester" (Ot.prp. 54 (2002–03)), mens stortingsflertallet vedtok å legge "restansvaret" på staten gjennom de regionale helseforetakene (Innst. O. 4 (2003–04)).

---

<sup>8</sup> Lov av 28. februar 2003 nr. 14 og lov av 28. november 2003 nr. 99 (rusreform I og II). Om bakgrunnen for å velge to lovgivningsprosesser, se Ot.prp. 3 (2002-03) s. 5-6. Denne fremgangsmåten ble kritisert av mindretallet, se Innst. O. 51 (2002–03) s. 6 og Innst. O. 4 (2003–04) s. 12

En hovedmålsetning med rusreformene var å styrke behandlingstilbudet for mennesker med rusmiddelproblemer. Under stortingsbehandlingen av rusreform II fremhevet komiteen særlig ønsket om å likestille rusmiddelavhengige med andre pasientgrupper. Siden innleggelse etter §§ 6-2 til 6-3 ble definert som "tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmisbruk", jf. spesialisthelsetjenesteloven § 2-1a første avsnitt nr. 5, ble denne typen tiltak også omfattet av generelle helselover slik som pasientrettighetsloven og pasientskadeloven. Som et etterarbeid til rusreformen vedtok Stortinget høsten 2007 en rekke med mindre lovjusteringer (lov av 21. des. 2007 nr. 123). Siktemålet var en tydeliggjøring av den tolkningen og praktiseringen av pasientrettighetsloven som er lagt til grunn etter at rusreformen trådte i kraft (Ot.prp. 53 (2006–07) s. 6).

Etter sosialtjenesteloven § 6-1 er den kommunale sosialtjenesten hovedansvarlig for tiltak overfor personer med rusmiddelproblemer. Regelen er en konsekvens av den generelle oppgavefordelingen som loven setter opp. Etter § 2-1 er kommunen ansvarlig for å utføre de oppgaver som etter loven ikke er lagt til statlige organ. Også etter rusreformen har kommunene primæransvaret (se også merknadene i Innst. O. 4 (2003–04) s. 24).

De statlige regionale helseforetakene er nå ansvarlige for institusjonene som tar imot innleggelser etter sosialtjenesteloven §§ 6-2 til 6-3. Tidligere lå ansvaret hos fylkeskommunene. Etter spesialisthelsetjenesteloven § 2-1a første avsnitt nr. 5 skal de regionale helseforetakene sørge for at personer med fast bopel eller oppholdssted innen helseregionen tilbys spesialisthelsetjeneste i og utenfor institusjon. Dette ansvaret inkluderer tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmisbruk, herunder institusjonsplasser som kan ta imot rusmiddelmisbrukere med hjemmel i sosialtjenesteloven §§ 6-2 til 6-3. De regionale helseforetakene skal peke ut institusjoner i det enkelte helseforetak som kan ta imot rusmiddelmisbrukere med hjemmel i sosialtjenesteloven, jf. § 2-1a annet avsnitt.

I forbindelse med en konkret tvangssak, må sosialtjenesten henvende seg til det regionale helseforetaket med en forespørsel om institusjonsplass, enten forut for behandlingen i fylkesnemnden (typisk ved et midlertidig vedtak) eller etter at fylkesnemnden har fattet vedtak om tvangsinnleggelse. Det regionale helseforetaket og sosialtjenesten må så i samarbeid finne frem til en institusjonsplass som passer for den konkrete personen. De regionale helseforetakene har stor frihet til å velge hvordan de vil oppfylle forpliktelsen etter spesialisthelsetjenesten § 2-1a nr. 5. Et sentralt punkt i evalueringen er å undersøke hvordan de regionale helseforetakene organiserer seg for å oppfylle sin forpliktelse (se kap. 4) og om tilgangen til institusjonsplasser oppleves som tilfredsstillende av de andre aktørene (se kap. 2).

Tvangsinnleggelse av rusmiddelmisbrukere følger samme finansieringssystem som ellers i spesialisthelsetjenesten. Staten har det overordnede ansvaret for spesialisthelsetjenesten, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 2-1. De regionale helseforetakene får tilskudd til sin virksomhet av staten gjennom årlige bevilgningsvedtak av Stortinget, med eventuelle tillegg. I tråd med forpliktelsene i spesialisthelsetjenesteloven § 2-1a nr. 5 må de regionale helseforetakene enten sørge for plasser i det enkelte helseforetak, eller inngå avtaler med andre aktører. Den økonomiske forpliktelsen hviler i alle fall på de regionale helseforetakene.

På samme måte som reglene ellers i spesialisthelsetjenesten, plikter ikke kommunene å dekke utgiftene ved innleggelse i institusjon etter §§ 6-2 til 6-3. Før rusreformene måtte sosialtjenesten yte delvis refusjon til fylkeskommunen for utgiftene til opphold i institusjon, jf. sosialtjenesteloven § 11-4 og sosialtjenesteforskriften kapittel 9 (kommunal egenandel). De innlagte kan pålegges å betale egenandeler i tråd med de alminnelige reglene i spesialisthelsetjenesteloven § 5-5. Foreløpig er det ikke gitt slike regler, og noen plikt til å betale egenandel eksisterer derfor ikke.

Etter rusreformen mangler sosialtjenesteloven en uttrykkelig lovbestemmelse om hvem som skal ha tilsyn med institusjoner som tar imot innleggelser etter §§ 6-2 til 6-3. En må derfor ta utgangspunkt i det generelle tilsynsansvaret som Helsetilsynet i fylket (tidligere fylkeslegen) har for spesialisthelsetjenesten etter lov om statlig tilsyn med helsetjenesten § 2. At Helsetilsynet i fylket er rett tilsynsmyndighet er også indirekte forutsatt i spesialisthelsetjenesteloven § 3-13, som fastsetter varslingsplikt for institusjonen til Helsetilsynet ved innleggelser etter sosialtjenesteloven kapittel 6.

Etter sosialtjenesteforskriften § 5-17 er ansvaret for klagebehandling i forbindelse med gjennomføring av institusjonsopphold §§ 6-2 til 6-3 lagt til fylkesmannen. Det er imidlertid lite naturlig at fylkesmannen skal være klageinstans, mens Helsetilsynet i fylket skal ha ansvar for tilsynet. Løsningen må derfor bli at Helsetilsynet i fylket er rett klageorgan i forbindelse med avgjørelser om gjennomføring av tvangsoppholdet.

Rusreformen var både et organisatorisk og ideologisk vendepunkt for rusfeltet. I evalueringen vil vi på ulike steder søke å analysere hvilken betydning rusreformen har hatt for de ulike aktørene og for rettsanvendelsen.

## Forskningsstatus<sup>9</sup>

Berettigelsen av tvangslovgivningen hviler blant annet på om den virker etter hensikten. I Norge finnes det svært få studier som har undersøkt hva slags tilbud de tvangsinnlagte får og hvordan det går med dem i etterkant av tvangsoppholdene. De få studiene som finnes er i liten grad foretatt av uavhengige forskningsmiljø; det er studier fra enkeltinstitusjoner som oftest foretatt av de ansatte der. Det er noen få institusjoner som har publisert et fåtall rapporter. Systematisk dokumentasjon og rapportering fra institusjonene med avtale om tvangsplasser foreligger heller ikke. Det er heller ikke foretatt noen systematisk tilsynsvirksomhet rettet mot institusjonenes praktisering og gjennomføring av tvangsoppholdene som vi har kunnet støtte oss på. På tross av at Helsetilsynet hadde landsomfattende tilsyn med tverrfaglig spesialisert rusbehandling i 2006, et tilsyn som inkluderte flere institusjoner med avtale om tilbakehold etter de ulike tvangsbestemmelsene, var forhold knyttet til §§ 6-2, 6-2a og 6-3 fraværende i tilsynsrapportene, uten at en slik avgrensning ble kommentert i mandatet for tilsynet. En

---

<sup>9</sup> I evalueringsoppdraget inngår at vi skal foreta en kunnskapsoppsummering av nordiske studier om effekt av tvang publisert de siste ti årene. Det anvendes svært lite tvang i de øvrige nordiske landene foruten Sverige, og det er derfor ingen studier som er naturlige å trekke frem fra disse landene. Vi konsentrerer oss om norske og svenske studier. For førstnevnte baserer vi oss på 5 publiserte undersøkelser fra institusjoner som gjennomfører tilbakehold etter tvangsbestemmelsene. For sistnevnte baserer vi oss på en nylig publisert kunnskapsoppsummering foretatt av Gerdner og Berglund (2010), i forbindelse med den svenske Misbruksutredningen. Ingen norske studier inngår i Gerdner og Berglunds kunnskapsoppsummering, fordi ingen av disse er RCT-, kvasiseksperimentelle- eller forløpsstudier.

sannsynlig forklaring på denne manglende forskningen, dokumentasjonen og tilsynsvirksomheten er at tvangsbestemmelsene er blitt brukt i forhold til et beskjedent antall pasienter årlig. Sett i forhold til inngrepets karakter er det imidlertid påfallende og problematisk at kunnskapsproduksjonen har vært så lav.

Vi vil først gå gjennom de norske studiene om resultater av tvang, deretter vil vi presentere funnene fra en nylig publisert svensk kunnskapsoppsummering om effekt og kvalitet i tvangsbehandling (Gerdner og Berglund 2010). I motsetning til i Norge har forskningsaktiviteten knyttet til tvang i Sverige vært variert og omfattende.

### Norske studier av resultat av tvang<sup>10</sup>

Det mest grunnleggende spørsmålet er om bestemmelsene i sosialtjenesteloven §§ 6-2 til 6-3 oppnår formålet. Måloppnåelsen til § 6-2a er enkel å fastlegge og er nedfelt i formålsbestemmelsen i § 6-2a annet avsnitt. Hensikten med inntaket er "å hindre eller begrense sannsynligheten for at barnet påføres skade". Riktignok skal institusjonen under oppholdet tilby kvinnen tilfredsstillende hjelp for sitt rusmiddelmisbruk og hjelpe henne til å bli i stand til å ta vare på barnet, men dette er sekundært i forhold til å avverge negative konsekvenser for fosteret. Målestokken i forhold til § 6-2a er dermed om bestemmelsen fører til at færre barn blir født med skader som følge av mors rusmiddelbruk under svangerskapet. Det er vanskeligere å avklare siktemålet med § 6-2. Bestemmelsen mangler en formålsbestemmelse. Tre kriterier vil likevel kunne sies å stå sentralt. En må både undersøke (1) den umiddelbare betydningen institusjonsoppholdet har for funksjonsnivået, (2) i hvilken grad pasienten er motivert for fortsatt behandling i tilknytning til utskrivning fra tvangsopphold og (3) i hvilken grad den tidligere pasienten får et permanent, og bedret funksjonsnivå. Sistnevnte vil regelmessig innebære rusfrihet, eller betraktelig redusert rusmiddelforbruk. Siktemålet etter § 6-3 er ganske identisk med siktemålet etter § 6-2. Forskjellen ligger i at § 6-3 har et noe bredere formål, slik at også hensynet til andre kan være dominerende. Ved innleggelse av en gravid kvinne med rusmiddelproblemer etter § 6-3, vil det derfor være relevant å se på om tiltaket hindrer at barnet blir født med skade.

#### *I hvilken grad oppnås siktemålene?*

Det er foretatt fem mindre oppfølgingsundersøkelser av innleggelser etter sosialtjenesteloven §§ 6-2 til 6-3, alle av ansatte på institusjoner som har tatt imot pasienter på tvangsopphold. *Ullevålsundersøkelsen* (Welle-Strand 1998) har fulgt opp til sammen 59 klienter innlagt på Akuttinstitusjonen Ullevål i perioden 1994 til 1998 (periodene er tidvis overlappende). *Tyrili-undersøkelsen* (Sandvig 2000) omfatter 35 plasseringer av i alt 30 personer på tiltak etter § 6-2 og § 6-2a, administrert av Tyrili i perioden 1995 til 1999.<sup>11</sup> *Askøy-undersøkelsen* (Furuli og Eilertsen 2001) omfatter 23 tvangsinnlagte etter § 6-2 og § 6-2a på Askøy behandlingssenter i perioden 1994 til 2000. Det er foretatt to studier ved Borgestadklinikken. Den første *Borgestad-undersøkelsen*

<sup>10</sup> Denne gjennomgangen er basert på litteraturgjennomgangen til Søvig (2007: 395-401), men er noe bearbeidet og fylldiggjort ved å inkludere nye studier.

<sup>11</sup> Det er også foretatt andre undersøkelser fra Tyrili, men disse fokuserer i liten grad på utfall ut i fra hjemmelsgrunnlaget for innleggelsen, jf. Rokkan og Brandsberg-Dahl (2003: 101). Se også Tjersland mfl. (1998: 75-88 og 195-197).

(Hansen og Svenkerud 2006) omfatter 91 innleggelser på Borgestad-klinikken etter § 6-2a i perioden 1996–2005. Den andre *Borgestad-undersøkelsen* (Grimstad og Kristiansen 2009) omfatter 45 innleggelser i perioden 2006–2008, og er en oppfølgingsstudie til den første Borgestad-undersøkelsen. Det er vanskelig å holde undersøkelsene opp mot hverandre, særlig fordi oppfølgingstid og evalueringskriterier er forskjellige, men på flere punkter er konklusjonene samstemte.

Undersøkelsene av innleggelser etter § 6-2 viser at innleggelsene i stor grad oppfyller delmålet om fareavverging, i den forstand at pasienten under institusjonsoppholdet er avholdt fra rusmiddelforbruk.<sup>12</sup> Omlag halvparten fortsetter også i behandlingstiltak umiddelbart etter utskrivning fra tvangsinnleggelse.<sup>13</sup> Oppfølging av tidligere innlagte etter § 6-2 viser videre at opp mot halvparten er rusfrie eller bruker mindre rusmidler enn før tvangsinnleggelsene,<sup>14</sup> men bildet er ikke entydig, utvalget er lite, og det ligger flere mulige feilkilder i det metodiske designet knyttet til oppfølgingsspørsmålet.<sup>15</sup>

I forhold til § 6-2a er hovedsiktemålet å hindre fosterskade. En indikator på nyfødtes helsetilstand er fødselsvekten, og en upublisert undersøkelse foretatt av Egil Nordlie ved Borgestadklinikken viser at barn av mødre innlagt etter § 6-2a hadde en signifikant lavere gjennomsnittsvekt enn mødre som var frivillig innlagt.<sup>16</sup> Fødselsvekten økte imidlertid med varigheten av oppholdet i institusjonen, både for frivillig- og tvangsinnlagte, noe som dokumenterer gevinstene ved å komme tidlig inn med hjelpetiltak overfor gravide kvinner med rusmiddelproblemer. Det er foretatt undersøkelser av mors forhold til rusmidler og om hun har omsorgen for barnet, jf. sekundærformålene nedfelt i § 6-2a. Av i alt 17 kvinner i de tre undersøkelsene (Borgestad-undersøkelsen omfattet ikke denne variabelen), hadde 13 gjenopptatt et aktivt rusmiddelmisbruk etter utskrivning.<sup>17</sup> I den andre Borgestad-undersøkelsen oppgis det imidlertid et mer positivt bilde: 16 av 27 kvinner gikk videre i frivillig behandling etter fødselen, enten ved Borgestad eller andre institusjoner. I Ullevåls-, Tyrili- og Borgestad-undersøkelsene har en også sett hvorvidt kvinnen hadde omsorgen for barna. Av i alt 11 kvinner som var omfattet av de to første undersøkelsene, hadde 2 omsorgen for barnet da undersøkelsene ble foretatt. Borgestad-undersøkelsene viser en høyere andel. Av 63 barn som det forelå relevante opplysninger om i den første Borgestad-undersøkelsen, hadde barnevernet overtatt omsorgen etter fødsel i 42 % av tilfellene.<sup>18</sup> 18 av de 27 barna (67 %) forble i mors omsorg etter fødselen i den andre Borgestad-

---

<sup>12</sup> Se nærmere Welle-Strand (1998: 36, 41–42) og Sandvig (2000: 32–38) om rusmiddelforbruk og rømming under institusjonsoppholdet.

<sup>13</sup> Se Welle-Strand (1998: 42–43) (6 av 12 klienter dro fra institusjonen etter utskrivning og har senere ikke søkt seg tilbake i behandling), omfatter bare § 6-2; Sandvig (2000: 38–39), (21 av 30 klienter var i behandlingstiltak en måned etter utskrivning), omfatter §§ 6-2 til 6-3; Furuli og Eilertsen (2001: 27) (av 18 klienter som fikk tilbud om fortsatt frivillig behandling ved institusjonen, tok 8 imot tilbudet), omfatter § 6-2 og § 6-2a.

<sup>14</sup> Jf. Sandvig (2000: 33) og Furuli og Eilertsen (2001).

<sup>15</sup> Se Welle-Strand (1998: 46–47), hvor en av klientene var på behandlingsinstitusjon, mens de resterende syv enten var døde eller i aktivt misbruk.

<sup>16</sup> ShDir (2005: 73–74) som refererer tallmaterialet. Studien omfatter 50 innlagte etter § 6-2a og 30 frivillig innlagte mødre, og er også referert i Grimstad og Kristiansen (2009).

<sup>17</sup> Welle-Strand (1997-oppfølgingen: 47), Furuli og Eilertsen (2001: 27) og Sandvig (2000: 40–41).

<sup>18</sup> Hansen og Svenkerud (2006: 35).

undersøkelsen. I perioden fra 1996–2008 beholdt mor altså omsorgen for barna i over halvparten av sakene.

Et grunnleggende problem i forhold til § 6-2a, er å få kvinnen avholdende fra rusmiddelforbruk så tidlig som mulig i svangerskapet, fordi organutviklingen starter allerede i de første svangerskapsukene. Ved innføringen av § 6-2a, tok forarbeidene opp at fosteret var mest utsatt for skadevirkninger i begynnelsen av svangerskapet, men gikk ikke inn på i hvilken grad det er mulig å oppnå tvangsinnleggelse tidlig i svangerskapet.<sup>19</sup> I kap. 3 vil vi presentere oppdatert statistikk på tid igjen til termin når sosialtjenesten treffer midlertidige vedtak. Her vil det også bli presentert tall på "områingstiden" sosialtjenesten bruker fra de får kjennskap til graviditeten til de treffer et midlertidig vedtak.

Bare Ullevål-undersøkelsen har sett nærmere på pasienter innlagt etter § 6-3. Oppfølgingen av 20 klienter viste at 7 var i behandling (døgninstitusjon eller poliklinikk), 1 hadde et minimalt misbruk, mens 12 hadde et aktivt misbruk.

#### *Manglende oppfølging*

Alle de norske undersøkelsene dreier seg om begrensede utvalg, og alle fem etterlyser behovet for mer forskning. Det er også metodiske svakheter ved flere av undersøkelsene som gjør at resultatene må tolkes med forsiktighet. Det er et stort behov for forløpsstudier som undersøker hvordan det går med tvangsinnlagte over tid og studier som operer med kontrollgrupper, for eksempel frivillig innlagte. Det er et rettsikkerhetsproblem at en velferdsstat over tid har opprettholdt tvangsregler uten samtidig å dokumentere om innleggelsene oppnår de tilsiktete virkningene. En annen svakhet ved sentrale myndigheters oppfølging av tvangsreglene i sosialtjenesteloven kapittel 6, er manglende statistikkføring. En har begrenset med tallmateriale etter omfanget av tvangsinnleggelser.<sup>20</sup> Om en sammenligner med Sverige, har de en helt annen tradisjon både når det gjelder faktisk tallmateriale og empiriske undersøkelser av tvangsinnlagte.<sup>21</sup> Selv om en i Sverige har en høyere tvangsinnleggesrate overfor personer med rusmiddelproblemer, og slik sett økt behov for oppfølging av regelverket, står en likevel overfor en kulturforskjell.

#### *Andre studier*

Foruten de fem nevnte undersøkelsene foreligger det også en norsk kunnskapsoppsummering om bruk av tvang ovenfor opioidavhengige (Kunnskapssenteret 2009). Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten foretok et systematisk litteratursøk for å identifisere internasjonale artikler og publikasjoner av høy vitenskapelig kvalitet om effekten av tvangsbehandling for opioidavhengige. 400 titler og artikler ble vurdert. Man søkte etter systematiske oversikter over litteratur samt randomiserte kontrollerte studier (RCT). Hovedfunnet var at "vi ikke har identifisert forskningsbasert kunnskap av høy kvalitet som gir svar på effekten av tvangsbehandling

---

<sup>19</sup> Se Ot.prp. 48 (1994–95) s. 12.

<sup>20</sup> I tillegg er det offentliggjorte materialet beheftet med en del svakheter (Søvig 2007).

<sup>21</sup> Se den årlige oversikten over tiltak overfor voksne rusmiddelavhengige (senest Statistisk Socialtjänst 2010). Når det gjelder evaluering av tvangstiltak, jf. eks Gerdner og Bergmans (2010) kunnskapsoppsummering ifm Misbrugsutredningen.

av opioidavhengige" (ibid.1). Man kan stille spørsmål ved om hvorvidt slike kunnskapsoppsummeringer med slike metodekrav og eksklusjonskriterier er særlig godt egnet til å belyse problemstillinger knyttet til tvangsbehandling (se kritikken til Waal 2009). Man opererte i kunnskapsoppsummeringen med så strenge metodiske krav at ingen studier til slutt ble inkludert. Både kvasi-eksperimentelle og kohort-studier ble ekskludert. For det andre viser både denne evalueringen og tidligere forskning at ulike former for blandingsmisbruk er et sentralt kjennetegn ved tvangsinnlagte, i tillegg til at både alkohol og amfetamin er hyppig brukte rusmidler hos dem som tvangsinnlegges (Gerdner og Berglund 2010; Søvig 2007). Kunnskapsoppsummeringen valgte å se bort fra studier hvor tvangsinnlagte med slik rusmiddelbruk var i flertall.<sup>22</sup>

### Nordiske studier om effekt av tvangsbehandling

En fersk kunnskapsoppsummering om effekter og kvalitet i tvangsbehandling av rusmiddelavhengige er publisert i forbindelse med den svenske Missbruksutredningen (Gerdner og Berglund 2010). De går igjennom internasjonale og svenske RCT-, kvasieksperimentelle-, og forløpsstudier. Den norske tvangslovgivningen og gjennomføringen av den skiller seg på vesentlige områder fra både internasjonal og svensk praksis (se Søvig 2007 for nærmere diskusjon). Fordi tvang i LVM vården i Sverige imidlertid også har en rekke likhetstegn med norsk tvang etter sosialtjenesteloven, velger vi likefullt å vise til resultatene fra de svenske studiene som inngår i Gerdner og Berglunds kunnskapsoppsummering.

Gerdner og Berglund sammenfatter resultatene fra de gjennomgåtte studiene av effekt av svensk tvangsbehandling i tolv punkter, som vi presenterer noe redigert og oversatt nedenfor (2010: 58–59):

- Mortalitätsstudier viser overdødelighet for de tvangsinnlagte, høyere enn det som er vanlig i missbrukspopulasjoner. Men de frivillig innlagte på LVM-institusjonene har samme høye overdødelighet.
- Eldre studer viser positiv effekt av tvangsbehandling på de innlagtes helse flere år etter tvangsbehandlingen.
- Oversikt over utfallsstudier av LVM-behandling viser at andelen som har fått det bedre og som lever nyktre og rusfri har økt siden midten av 90-tallet, men dødsfallene har ikke minsket påtakelig.
- Sosiale nettverksfaktorer som familie og selvhjelpsgrupper er sentrale individuelle faktorer for positivt utfall.
- Innføring av strukturerte modeller for utredning, behovsvurdering og psykiatrisk el psykologisk utredning, ser ut til å gi bedre utfall når det kommer til misbruk, og strukturert behandlingsinnhold ser ut til å være relatert til færre dødsfall.
- Strukturerte motivasjonsprogram på låst avdeling kan bidra til overgang til behandling på mer intensive behandlingsavdelinger på åpen avdeling uten at brudd øker.

---

<sup>22</sup> Det kan være andre og upubliserte studier som er gjort ved ulike institusjoner i Norge som vi ikke er kjent med. Lade behandlingsinstitusjon har videre gitt ut en kvalitativ rapport om erfaringer fra Avdeling for gravide og småbarnsfamilier, men den holder ikke et metodologisk nivå som gjør det naturlig å drøfte den nærmere (Kristiansen 2009).



- Mens amerikanske studier viser at tvangsinnlagte har bedre utfall enn frivillig innlagte på samme institusjon, så viser svenske studier ingen forskjell i utfall mellom frivillig- og tvangsinnlagte.
- Det er ingen forskjell i utfall mellom de som har fått fastsatt LVM og de som har blitt umiddelbart tatt hånd om, tross at de førstnevnte har tyngre problematikk.
- LVM-innlagte som behandles på institusjon med ustrukturert tvangsbehandling viser samme utfall som sammenliknbare kontroller som ikke har fått tvangsbehandling.
- Svært liten andel av de LVM-innlagte hadde ettervern (før 2004)
- Deltakelse i selvhjelpsgrupper og i ettervern er relatert til bedre utfall
- Deltakelse i metadonprogram som ettervern til LVM minsker direkte misbruksrelatert død.

Jevnt over viser kunnskapsoppsummeringen at tvangsbehandlingen ser ut til å føre til flere positive utfall, særlig gjelder det fullføring av behandling for grupper som ellers ikke ville mottatt/gjennomført behandling. Et annet hovedfunn er at innholdet og kvaliteten i tvangen har stor betydning for utfall:

"Strukturerte behandlingsmetoder som i frivillig behandling har vist seg å være effektive, kan også anvendes i tvangsbehandling. [...] Behandlingens kvalitet er også av stor betydning for å minske de negative opplevelsene av tvangen som forekommer hos de fleste innlagte. Denne opplevelsen kan være sterkere og mer langvaring enn hos de som legges inn på tvang i psykiatrien" (Gerdner og Berglund 2010: 1, vår oversettelse).

I likhet med de norske tvangsbestemmelsene var *behandling* heller ikke i den svenske lovgivningen formulert som et formål med tvangen. Fram til 2004 var lovens målformulering at tvangen skulle brukes til "å motivere til fortsatt behandling i frivillige former" (Gerdner og Berglund 2010: 71). Det oppstod en uklarhet om institusjonene kun skulle drive med motivasjonsarbeid, eller om de også skulle drive strukturert behandling. Ulike institusjoner valgte ulike strategier. Siden 2004 har det blitt rettslig fastslått at også behandling inngår i tvangsbestemmelsen, og flere institusjoner tar nå i bruk ulike former for strukturerte behandlingsopplegg. Gerdner og Berglund vektlegger betydningen av dette, da tvangens *innhold* ser ut til å ha stor betydning for tvangens *utfall*. Med utfall menes her både effekter i forhold til misbruksmønster og mortalitet, men også opplevelsen av å bli utsatt for det alvorlige inngrepet som frihetsberøvelse og tvang innebærer.

Den svenske og norske tvangslovgivningen, og organiseringen av den, har flere likhetstrekk. De skiller seg imidlertid fra hverandre på en del sentrale områder, som må tas i betraktning når man leser de svenske resultatene ovenfor. For det første åpner den svenske lovgivningen for tilbakehold i inntil 6 måneder, mens den norske § 6-2 kun er inntil 3 måneder. Den svenske lovgivningen har ingen paragraf rettet spesifikt mot gravide rusmiddelavhengige, selv om dette for øyeblikket diskuteres, i motsetning til den norske. Gravide rusmiddelavhengige tvangsinnlegges imidlertid også i Sverige, men da under den generelle tvangsbestemmelsen, hvilket kan vanskeliggjøre sammenlikninger. De svenske tvangsbestemmelsene benyttes videre i større grad overfor alkoholmisbrukere enn i Norge, og gjennomsnittsalderen for de tvangsinnlagte er høyere. I tillegg er flere av institusjonene som tilbyr tilbakehold kjønnssegregerte i Sverige, mens dette sjeldent forekommer i Norge, foruten på institusjoner tilrettelagt for gravide (§ 6-2a). Etter 2004 har også den svenske lovgivningen i større grad åpnet for at

formålet med tvangsbestemmelsen kan være behandling, mens formålet med den norske lovgivningen kun er tilrettelegging og motivering for videre behandling (§ 6-2 og § 6-2a), og skjerming av fosteret (§ 6-2a). Det er sannsynlig at slike forskjeller kan ha betydning når man skal måle resultat og utfall av tvang overfor rusmiddelavhengige. Likhetstrekkene er imidlertid så store, at vi ulike steder i rapporten har valgt å benytte oss av innsiktene fra de svenske studiene.

## Rapportens struktur

I kapittel 2 ser vi nærmere på *sosialtjenestens* praktisering av tvangsbestemmelsene. Sosialtjenesten har en nøkkelrolle i tvangens forvaltning, da det er de som fremmer tvangssaker for fylkesnemndene. Dette kapitlet er empirisk basert på både en kvantitativ og kvalitativ undersøkelse. Førstnevnte er en survey som ble sendt til et tilfeldig trukket utvalg av små, mellomstore og store kommuner i hvert fylke, hvor respondentene er ansatte i den kommunale sosialtjenesten/Nav med blant annet rus og tvang som arbeidsområder. Det totale antallet respondenter er 141, fra 51 ulike kommuner. Den kvalitative undersøkelsen er basert på intervjuer med 29 ruskonsulenter ved 20 ulike sosial-/Navkontor og 26 aktører i den øvrige tiltakskjeden med betydning for sosialtjenestens arbeid med tvang overfor rusmiddelavhengige. Sistnevnte undersøkelse er allerede publisert som en delrapport til evalueringen (Lundeberg og Mjøland 2009), men innsiktene i denne knyttes sammen med funnene fra det øvrige datamaterialet. Kapitlet er todelt. Først en generell del, hvor sosialtjenestens organisering og syn på ulike forhold ved praktiseringen av tvangsbestemmelsene presenteres og drøftes. Deretter en mer spesifikk del, hvor vi presenterer funn fra sosialarbeidernes erfaring *fra den siste saken* de hadde ansvaret for. Den sentrale problemstillingen i dette kapitlet er: Hvilke forhold preger sosialtjenestens rettsanvendelse?

Kapittel 3 tar for seg *fylkesnemndsprosessen*. Vedtakene som fattes her analyseres med sikte på å undersøke hva som kjennetegner de som begjæres tvangsinnlagt (pasientene), de som begjærer tvangsinnleggelsene (sosialtjenesten), og de som fatter vedtakene (fylkesnemndene selv). Datamaterialet er en database over samtlige vedtak som er fattet etter §§ 6-2 (N=572) og 6-2a (N=204) sidene paragrafene trådte i kraft (N totalt =776). Den organiserende problemstillingen for kapitlet er: Hva kjennetegner fylkesnemndenes vedtak, og hvilke endringer og variasjoner kan identifiseres over tid?

I kapittel 4 undersøker vi nærmere hvordan tilbakeholdet organiseres og gjennomføres i *behandlingsinstitusjonene*. De regionale helseforetakene har det overordnede faglige, organisatoriske og økonomiske "sørge for" ansvaret, mens institusjonene gjennomfører tilbakeholdet. Kapitlet er todelt, og baserer seg på i hovedsak to ulike typer data. For det første en kartlegging av hvilke institusjoner med hvor mange plasser som tar imot pasienter på de tre ulike paragrafene i alle helseregionene, basert på institusjonenes dokumentasjon og intervju med de ansvarlige i de fire regionale helseforetakene (Del 1). For det andre en case-studie av fire institusjoner med tvangsplasser i tre av helseregionene, basert på kvalitative intervju med ledere og personale (N=15), samt innsamlede dokumenter, oversikter, og årsrapporter fra disse fire institusjonene (Del 2). Den overordnede problemstillingen i dette kapitlet er: Hvordan praktiseres tilbakeholdet i institusjonene?

Kapittel 5 er i sin helhet viet *klientenes* erfaringer med å være tvangsinnlagt. Dette er en kvalitativ studie basert på intervju med 17 personer som har vært innlagt på § 6-2 (11), § 6-2a (3), og § 6-3 (3). I kapitlets hoveddel presenterer vi 8 historier om erfaringer med tvang. Historiene er organisert rundt foranledningen for tvang, innleggelsen, tvangsoppholdet og tiden etterpå tvangsinnleggelsen. I en diskusjon til slutt trekker vi inn hele materialet vårt og peker på mønstre i informantenes erfaringer med og fra tvangsinnleggelsene. Hovedproblemstillingen her er: Hvilke erfaringer har rusmiddelavhengige med å bli tvangsinnlagt, og hvilke konstruktive og destruktive brudd knyttes til tvangen?

I det avsluttende kapittel 6 sammenfatter vi funnene fra de fire ulike undersøkelsene, ved å følge kronologien i tvangssakene. Tilslutt trekker vi frem områder av særlig betydning for forvaltningen og resultatene av tvangslovgivningen, samt diskuterer behovet for endringer i regelverket.

## Avgrensning og presisering

Pårørende-perspektivet var opprinnelig tiltenkt en større rolle i *klientundersøkelsen* enn det den har fått. Vi ønsket å intervju pårørende til hver av informantene våre, men det lot seg i liten grad gjennomføre. Delvis fordi informantene våre ikke ønsket å videreformidle kontakt til pårørende, eller fordi de i liten grad hadde pårørende som var involvert i den aktuelle tvangsinnleggelsen. Det viste seg videre svært vanskelig å rekruttere pårørende på andre måter til undersøkelsen. Vi avverterte etter informanter i flere gateaviser, oppfordret pårørende til å ta kontakt gjennom et intervju i en avisartikkel, kontaktet en pårørendeorganisasjon, og ba ruskonsulenter i sosialtjenesten videreformidle vårt ønske om kontakt. Vi har likefullt intervjuet 6 pårørende, herav 4 mødre (§ 6-2) og 2 partnere (§ 6-2a), samt en representant for en pårørendeorganisasjon. Selv om vi i liten grad benytter oss aktivt av dette materialet i klientundersøkelsen, har erfaringene til de pårørende vi intervjuet vært svært nyttige i ulike deler av analyseprosessen. Pårørendes rolle som bekymringsmeldere etter § 6-1a har vi også beskrevet og drøftet i delrapporten til evalueringen (Lundeberg og Mjåland 2009), og blir også gjenstand for analyse i kapittel 2.

Denne evalueringsrapporten er basert på et forskningsopplegg som i liten grad gir grunnlag for slutninger om tvangens effekt i en streng klinisk forstand. Klientundersøkelsen (kap.5) er en kvalitativ studie hvor vi har ønsket å først og fremst si noe om *opplevelsene og erfaringene* ved å bli innlagt på tvang, og der vi kan sette disse erfaringene i et større livshistorisk rammeverk. I behandlingsundersøkelsen (kap.4) var ambisjonen å sammenfatte resultatene av tvang sett fra institusjonene som gjennomfører tilbakeholdet, men på grunn av manglende rutiner for rapportering og dokumentering av slike forhold i TSB har dette i liten grad latt seg gjennomføre. Vi vil like fullt støtte oss på den dokumentasjonen vi har fått, og de erfaringene institusjonene oppgir å ha i forhold til resultat av tvangsoppholdene. Vi vil også kunne si noe om tvangens resultat ut i fra svarene i sosialtjenestesurveyen, selv om disse må tolkes med forsiktighet. Evalueringsrapporten synliggjør slik behovet for mer behandlingsrettet og klinisk forskning på effekter av tvang, slik vi også påpekte ovenfor i gjennomgangen av litteraturen på området.

# SOSIALTJENESTENS PRAKTISERING AV TVANGSLOVGIVNINGEN

Even Nilssen

## Innledning

Sosialtjenesten spiller en helt sentral rolle i forvaltningen av sosialtjenestelovens rettsregler angående bruk av tvang overfor rusmiddelavhengige. Det er sosialarbeiderne som vurderer om ulike typer tvangstiltak kan (etter lovens vilkår) og bør (ut fra hensiktsmessighetsvurderinger) anvendes i konkrete tilfeller. Vi vet imidlertid at måten tvangen forvaltes på i sosialtjenesten fører til relativt store variasjoner i rettsanvendelsen (Nilssen 1999; Søvig 2007; Lundeberg og Mjåland 2009). Nilssen (1999) viste i sin undersøkelse fra slutten av 1990-tallet at en rekke faktorer kan være årsak til slike variasjoner. Det gjaldt for eksempel sosialarbeidernes tolkning av loven (vilkår og uklarheter), kunnskap knyttet til vurderinger av lovgivningens vilkår (medisinske kriterier, hensiktsmessighetsvurderinger etc), ressursmessige forhold (behandlingsinstitusjonenes ressurser, sosialkontorets ressurser) og holdninger i sosialtjenesten og i behandlingssektoren.<sup>23</sup> På midten av 1990-tallet ga både Stortinget og regjeringen uttrykk for at de syntes sosialtjenestens anvendelse av tvangslovgivningen var for restriktiv, uten at det ble foretatt omfattende rettslige endringen utover å gi sosialtjenesten en plikt til å undersøke en sak etter henstilling fra en klients pårørende (§ 6-1a). På 2000-tallet har det skjedd en del andre endringer som har påvirket tvangens forvaltning. Vi har fått en rusreform hvor behandlingen av rusmiddelavhengige (herunder tvangsplassering) i institusjon er overført fra sosialsektoren til helsesektoren og underlagt de regionale helseforetakene, og det har skjedd en spesialisering av arbeidet med rusmiddelavhengige i den kommunale sosialtjenesten/Nav. Dette kapitlet, som kan sies å være et tillegg til den omfattende kvalitative undersøkelsen av sosialtjenesten som tidligere er gjennomført som en del av evalueringen (Lundeberg og Mjåland 2009), tar utgangspunkt i en del særtrekk ved rettsanvendelsen på dette feltet. For det første er det klart at disse rettsreglene ennå anvendes relativt restriktivt sett i forhold til den målgruppen de er aktuelle for (se Lundeberg og Mjåland 2009). For det andre er det skjedd en økning i tvangsbruken over tid. For det tredje finnes det klare skjevheter i rettsanvendelsen i forhold til rusmiddel (underrepresentasjon av alkohol) og kjønn (relativ overrepresentasjon av kvinner) (se kapittel 1). Surveyen dette kapitlet bygger på, fanger i stor grad opp personer med egne erfaringer fra rusarbeid generelt og tvangstiltak spesielt. Vi anser derfor disse sosialarbeiderne som særlig kompetente til å vurdere mulige årsaker til denne typen særegenheter ved rettsanvendelsen. I tillegg til dette utgjør spørsmål om sosialarbeidernes vurderinger av behandlingssektoren i egen helseregion undersøkelsens første (generelle) del.

---

<sup>23</sup> Denne undersøkelsen dreide seg primært om § 6-2.

Undersøkelsens andre del tar for seg konkrete erfaringer fra enkeltsaker for de tre tvangsparagrafene (§§ 6-2, 6-2a og 6-3). Denne delen omfatter de som har hatt ansvaret for vurderinger av slike tvangstiltak og stiller en del spørsmål rundt rettsanvendelsesprosessen i den siste saken den enkelte har hatt ansvaret for. Dette omfatter altså ikke generelle (om enn erfaringsbaserte) vurderinger, men spesifikke erfaringer fra en konkret sak. Det gjelder bakgrunnen for saken, hvilke vurderinger som er foretatt angående innstilling eller ikke innstilling til tvang, samarbeidet med behandlingsinstitusjon og oppfølging av pasienten etter tvangsoppholdet.

Spørsmål i surveyen som omhandler disse temaene utgjør denne undersøkelsens hovedfokus. I alle analysene der det har vært relevant, har vi sett på variasjoner i svarfordelingene ut fra følgende variabler:

Trekk ved kommunen:

- Kommunestørrelse
- Kommunal levekårsindeks
- Om det eksisterer bistandsteam i kommunen

Trekk ved sosialkontorets organisering:

- I hvor stor grad man mener ledelsen ved kontoret legger til rette for arbeidet med tvangssaker
- Om kommunen har innført en bestiller–utfører modell
- Om kontoret har prosjektfinansierte stillinger/andre prosjektaktiviteter knyttet til rus/rusfaglig arbeid
- Om det er ansatte ved kontoret som har spesialisert seg på tvangssakene

Trekk ved de ansatte:

- Ansiennitet (hvor mange år en har jobbet i sosialtjenesten)
- Om en har hatt ansvaret for en tvangssak
- Hvor mange saker etter §§ 6-2, 6-2a og 6-3 man har hatt ansvaret for (0+)
- Holdninger til tvang på de tre paragrafene (om en synes tvang burde brukes mer, mindre eller som i dag) og en holdningsindeks (om en ønsker mer bruk av tvang i forhold til ingen, en, to eller alle tre tvangsparagrafene).

På denne måten har vi testet for mer eller mindre systematiske variasjoner i sosialarbeidernes vurderinger ut fra deres kommunale kontekst, organisatoriske kontekst og egne erfaringer og holdninger. I en del analyser har vi selvfølgelig også anvendt andre variabler som vi har ansett særlig relevante i forhold til de aktuelle spørsmålene. Fordi det finnes relativt avgrensede sammenhenger mellom variablene på de ulike områdene, har det i hovedsak vært tilstrekkelig å gjennomføre bivariante analyser. I de fleste tilfeller anvender vi korrelasjonskoeffisienten Pearsons R, som både angir styrke og i hvilken retning sammenhengen mellom variablene går (- og +). I tilfeller hvor en variabel er på nominalnivå, gir slike retninger ikke mening i seg selv. Her har vi anvendt et mer relevant mål – Cramers V. Vi presenterer i hovedsak korrelasjonsmål i teksten der sammenhengen mellom variablene er statistisk signifikante – enten på 0.05 nivå ( $p < 0,05$ , markeres: \*) eller på 0.01 nivå ( $p < 0,01$ , markeres: \*\*). Dette betyr at det er

mindre enn henholdsvis 5 % og 1 % sannsynlig at sammenhengene er statistisk tilfeldige.

## Datagrunnlaget

3 små, 2 mellomstore og 1 stor kommune i hvert fylke fikk forespørsel om å delta i surveyundersøkelsen. Av de små kommunene valgte vi de minste kommunene i hvert fylket med mist 1000 innbyggere. Av de mellomstore kommunene valgte vi de to som lå tettest på gjennomsnittlig befolkningsstørrelse i hvert fylke, og de store kommunene består av den største kommunen i hvert fylke. Ettersom problematikk særlig knyttet til stoffmisbruk er dominerende i storbyene, valgte vi å sende forespørsler basert på et tilfeldig utvalg til halvparten av bydelene i de fire største byene i Norge (Oslo, Bergen, Trondheim og Stavanger), totalt 16 bydeler. Ved å inkludere disse bydelene antok vi at vi ville få et økt antall respondenter med erfaring fra praktisering av tvangsbestemmelsene.

Forespørselen ble sendt per epost til lederne ved Nav-/sosialkontorene i de utvalgte kommunene/bydelene og inneholdt blant annet en invitasjon til deltakelse og en presentasjon av evalueringen og surveyen. Lederne ble bedt om å svare ved å legge ved epostadresser til ansatte og ledere ved kontoret med erfaring fra rusfaglig arbeid. Svar på epost ble regnet som samtykke. Epostadressene vi mottokk ble benyttet ved utsendelse av surveyen gjennom NSD's elektroniske program *NSDWebSurvey*. For å oppnå tilfredsstillende svarprosent purret vi forespørselen 3 ganger. Det var spesielt vanskelig å oppnå svar fra de små kommunene. Lederne her ble derfor kontaktet per telefon med forespørsel om deltakelse.

Samlet samtykket 57 % av kommunene/bydelene til å delta i undersøkelsen. Langt flere av de store (80 %) og mellomstore kommunene/bydelene (68 %) samtykket til deltakelse enn av de små (35 %). Årsaken til dette er trolig at surveyen i mindre grad ble oppfattet som relevant for sosialtjenesten i de små kommunene, hvor erfaringen med tvang er mindre. Dette fremgikk også av telefonkontakt med ledere fra små kommuner som valgte å ikke delta i undersøkelsen. Svarprosenten fra særlig de store kommunene, men også de mellomstore, må sies å være god. Tilbakemeldingene vi fikk per e-post tydet på at dette var en undersøkelse sosialtjenesten ønsket velkommen og hadde stor interesse av.

Av de 59 kommunene som sa seg villig til å delta i prosjektet, mottok vi svar på spørreskjemaet fra 51 kommuner. Spørreskjemaet ble sendt til 209 personer. 141 valgte å svare på hele eller deler av skjemaet. Det utgjør en svarprosent på 68 % (59 % komplette besvarelser), noe som må anses som svært tilfredsstillende.

*Andel respondenter ut fra kommunestørrelse. Prosent (N=141)*

Under 5000 innbyggere	12
5000–20 000 innbyggere	23
Over 20 000 innbyggere	65

Tabellen viser den ovenfor nevnte skjevheten i materialet ut fra kommunestørrelse, noe som både gjenspeiler at det er flere personer med erfaring fra denne type arbeid i de

store kommunene og at tvangsproblematikken anses mindre relevant i små kommuner. Som nevnt i innledningen vil vi gjennomføre systematiske analyser av eventuelle forskjeller i svarfordelinger ut fra kommunestørrelse.

## Generelle trekk ved tvangsanvendelsen

### Organisering

I løpet av de siste 10 årene ser det ut til at arbeid med rusproblematikk på de lokale sosial-/Nav-kontorene har blitt mer spesialisert. Spesialiseringen kommer blant annet til uttrykk i måten arbeidet med rusmiddelavhengige organiseres på lokalt.

*Trekk ved organiseringen av arbeidet med rusmiddelmissbrukere i sosialtjenesten/Nav*

	Prosent (N=124)	Antall kommuner (av totalt 51)
Har organisert arbeidet med tiltak for rusmiddelmissbrukere i egne team/grupper	62	30
Får avlastning fra andre saksbehandlingsoppgaver når en arbeider med tvangssaker	40	21
Har prosjektfinansierte stillinger eller andre prosjektaktiviteter knyttet til rus/rusfaglig arbeid	61	32
Har ansatte som har spesialisert seg på tvangssakene	49	21
Har en bestiller – utfører modell i kommunen/bydelen	22	12

En stor del av våre respondenter arbeider på sosialkontor hvor rusarbeidet er etablert som et eget spesialisert arbeidsområde. 71 % tar utgangspunkt i formaliserte saksbehandlingsmaler når de arbeider med tvangssaker, 62 % oppgir at arbeidet med tiltak for rusmiddelmissbrukere er organisert i egne team, 61 % sier de har prosjektfinansierte stillinger eller andre prosjektaktiviteter knyttet til rus/rusfaglig arbeid og nesten halvparten er ansatt ved kontor som har ansatte med spesialisering knyttet til tvangssaker.

Dette gir naturlig nok ikke noe representativt bilde av sosial-/Nav-kontorenes organisering av rus- og tvangsarbeidet i Norge. De prosentvise fordelingene er preget av at det er flere svarere fra større byer (hvor rus- og tvangsproblematikken jo er mest omfattende) enn små kommuner. Likevel er en hel del kommuner representert i tabellen. Det varierer fra 31 (av 51 kommuner) hvor respondentene oppgir at de har prosjektfinansierte stillinger eller andre prosjektaktiviteter knyttet til dette arbeidet, til 21 kommuner som oppgis å ha en bestiller – utfører modell.

Det er systematiske og signifikante statistiske forskjeller på alle disse spørsmålene, unntatt om man får avlastning fra andre oppgaver ut fra kommunestørrelse (henholdsvis .325\*\*, .069, .247\*\*, .363\*\*, .371\*\*). Det er også en klar sammenheng mellom å organisere arbeidet ut fra en bestiller–utfører modell og om rusarbeidet i kommunen er lagt til et Nav kontor eller ikke. En slik modell er langt mer vanlig utenfor Nav (.318\*\*). Det er ingen sammenheng mellom organiseringsvariablene og den enkeltes holdninger til bruk av tvang (se nedenfor) eller om man har hatt ansvar for en/flere tvangssak(er) eller ikke.

Ca en tredjedel mener bemanningen på deres kontor er svært dårlig eller dårlig, mens bare 12 % er misfornøyde med måten ledelsen legger til rette for arbeidet med tvangssaker på. Over halvparten av respondentene sier det rutinemessig er mer enn en ansatt pr tvangssak (51 % sier det er to mens 6 % svarer mer enn to). 27 % oppgir at det er etablert bistandsteam i den kommunen de jobber i.<sup>24</sup>

Den kvalitative undersøkelsen av sosialarbeidernes rolle i bruk av tvang, fremhevet at ulike måter å organisere tvangsarbeidet på kan resultere i ulik praktisering av lovgivningen (Lundeberg og Mjåland 2009). Forfatterne skiller mellom tre idealtypiske kontor, bestiller – utfører kontoret, spesialistkontoret og prosjektkontoret, og angir at den første typen kan skape skranker for tvang, den andre føre til økt tvangsbruk og den tredje typen kan bidra til å forebygge bruk av tvang. Organisasjonsvariablene i surveyen er blant annet utarbeidet på grunnlag av disse organiseringsmåtene. Som nevnt i innledningen vil vi systematisk teste for eventuelle variasjoner ut fra organisasjonsvariablene der det anses som relevant.

### Holdninger til tvang

I en studie fra slutten av 1990-årene konkluderer Nilssen (1999:22) med at sosialtjenesten har et relativt tvetydig forhold til tvangsbruk overfor rusmiddelavhengige, selv om tendensen gikk i kritisk retning. Mange så at tvang kunne være moralsk betenkelig fordi man kunne krenke voksne menneskers selvbestemmelsesrett, samtidig som mange også aksepterte inngrep på rent omsorgsetisk grunnlag. Jo strengere vilkår en slik lovgivning stiller, jo større oppslutning hadde den blant sosialarbeiderne. Denne undersøkelsen omfattet utelukkende sosialtjenestelovens § 6-2. Vårt inntrykk fra den kvalitative undersøkelsen av sosialtjenestens lovanvendelse er at de som nå arbeider med denne type saker har fått et mer positivt syn på bruk av tvang. En årsak kan ligge i den ovennevnte spesialiseringen som har skjedd på dette arbeidsområdet. Vi skal senere komme tilbake til sosialarbeidernes vurderinger av hva som har ført til mer bruk av tvang over tid; her skal vi bare se på hvordan respondentene selv vurderer omfanget av tvangsbruken på de tre tvangsparagrafene.

---

<sup>24</sup> Bistandsteam kan være organisert på mange måter (og også ha andre navn) men er i hovedsak et rådgivende organ for de ulike delene av tiltaksapparatet. Et slikt samarbeidsorgan kan ha representanter fra sosialkontor, helsestasjon, jordmor, rusmiddelpoliklinikk, avrusings- og behandlingssinstitusjoner (se Handlingsveileder for bruk av tvang overfor rusmiddelmissbrukere, I-965/2000).



*Mener du tvang etter sosialtjenesteloven bør anvendes mer, mindre eller slik som i dag. Prosent. (N=139)*

	Mindre/langt mindre	Som nå	Mer/langt mer
§6-2	6	52	43
§6-2a	1	53	46
§6-3	3	42	55

Vi ser at svært få av sosialarbeiderne mener at tvang bør brukes mindre enn i dag. Selv når det gjelder den mest kontroversielle av tvangsparagrafene – §6-2 – oppgir bare 6 % at de ønsker at den skal brukes mindre enn i dag. Derimot ønsker 43 % at denne paragrafen skal anvendes mer enn den gjør i dag. Høyest andel som mener dette finner vi for § 6-3. Det er jo også den paragrafen som sannsynligvis anvendes minst til tross for at den av myndighetene har vært sett på som den som burde være hovedparagrafen for tvangsanvendelsen (St.meld. nr. 16 1996–97). Det synes altså klart at de som arbeider med rusrelaterte saker ikke lenger har sterke holdningsmessige betenkeligheter med denne type tiltak. Vi finner heller ikke signifikante variasjoner ut fra den enkeltes ansiennitet i sosialtjenesten eller sosialarbeidernes alder, noe som betyr at det ikke er klare forskjeller mellom "gamle" og "nye" sosialarbeidere på dette området.

#### Sosialarbeidernes forklaringer på ulike sider ved tvangsanvendelsen

Av de sosialarbeiderne som har svart på spørreskjemaet, har som nevnt ovenfor, mange erfaring fra rusarbeid generelt og tvangssaker spesielt (ca tre fjerdedeler har for eksempel selv hatt ansvar for vurdering av en tvangssak angående §§ 6-2/6-2A). 77 % oppgir å ha god eller svært god kjennskap til § 6-2, 75 % til § 6-2a og noen færre (68 %) til § 6-3 i sosialtjenesteloven. I dette avsnittet skal vi se nærmere på hvordan denne gruppen vurderer ulike sider av rettsanvendelsen som kommer til uttrykk i statistikken. Det gjelder hva som er årsakene til at bruk av tvang tross alt er begrenset, hvorfor det har skjedd en øking i tvangsanvendelsen over tid, hvorfor tvang anvendes relativt sett oftere mot narkotikamisbrukere enn alkoholmisbrukere og, også relativt sett, oftere mot kvinner enn menn.

#### *Hvorfor tvang ikke anvendes mer*

På midten av 1990-tallet uttrykte både Stortinget og regjeringen at sosialtjenestens anvendelse av sosialtjenestelovens tvangsparagrafer angående voksne rusmiddelavhengige var for restriktiv (St.meld.nr.35 1994–95). Sosialkomiteens flertall fremmet blant annet forslag om at "*Stortinget ber regjeringen medvirke til at lovbestemmelsen vedrørende tvangsbehandling av rusmiddelmisbrukere kan fungere slik at Stortingets intensjoner med loven blir ivaretatt*" (St.forh. (1994–95):1320; Innst.S.nr.180 1995–96:71.). Det kan stilles spørsmål ved komiteens vurdering av lovgivers intensjoner, og loven åpner heller ikke opp for tvangsbehandling (jfr Andenæs og Olsen 1996), men den norske tvangslovgivningen har aldri medført en omfattende tvangsbruk slik for eksempel den har i Sverige.

I surveyen ble sosialarbeiderne bedt om å ta stilling til en rekke oppstilte forklaringer på hvorfor tvang ikke anvendes mer. Dette ble gjort for alle tre tvangsparagrafene. Vi tar

i fremstillingen med de fem argumentene som har høyest oppslutning målt ut fra prosentandelene som svarer svært enig/enig og gjennomsnittet på svarskalaen (fra 1 svært uenig til 5 svært enig). Der hvor andelen svært enig/enig er mindre enn andelen svært uenig/uenig markeres dette med et minus (-) i tabellen. Standardavviket tas med for å illustrere spredningen av svar på skalaen (0=ingen spredning, 2 er maksimal spredning). Et gjennomsnitt på 3 kan teoretisk sett både fremkomme ved at hver halvpart av svarene fordeler seg på ekstremverdiene (standardavvik 2) eller at alle krysser av på midtkategorien 3 (standardavvik 0).

*Sosialarbeidernes forklaringer på hvorfor § 6-2 ikke anvendes mer*

	Prosent svært enig/enig	Gjennomsnitt	Std.avvik	N
Loven stiller strenge krav	63	3.55	1.042	135
Sosialtjenesten får for få bekymringsmeldinger	56	3.43	1.140	134
Manglende kapasitet/kvalitet på behandlingsplassene i helseregionen	56	3.43	1.150	135
Hensynet til brukerens selvbestemmelsesrett	52	3.18	1.143	134
Saksbehandlingen legger uforholdsmessig stort beslag på kontorets ressurser	42	2.93	1.336	135

Det kan diskuteres hvor strenge krav sosialtjenestelovens § 6-2 stiller for at tvang skal kunne anvendes, men loven anses her å være ganske streng av sosialarbeiderne selv. At loven stiller strenge krav var også hovedforklaringen sosialarbeiderne støttet opp om på slutten av 90-tallet (Nilssen 1999), så her har det ikke skjedd noen endring i vurderingene. De som arbeider med denne type problematikk legger også stor vekt på at sosialtjenesten får for få bekymringsmeldinger, dvs at man ikke får tilstrekkelig ekstern informasjon om klientenes situasjon. Dette var også et klart inntrykk vi fikk formidlet i den kvalitative undersøkelsen (Lundeberg og Mjåland 2009). Ressursmessige forklaringer, både angående kapasiteten/kvaliteten på behandlingstilbudet i helseregionen og den ressursmessige belastningen tvangsanvendelsen har for sosialkontoret, tillegges vekt. Det samme gjelder sosialarbeidernes syn på klientenes selvbestemmelsesrett, som er argumentet med fjerde største oppslutning. Vi kan oppsummert si at det er rettslige, kunnskapsmessige og ressursmessige argumenter som etter sosialarbeidernes mening først og fremst forklarer hvorfor tvang etter § 6-2 ikke anvendes mer. At sosialarbeiderne har fått mer erfaring med lovgivningen kommer også til uttrykk i at andelen som er svært enig/delvis enig i at årsaken til at § 6-2 ikke anvendes mer skyldes at loven er uklar og dermed vanskelig å praktisere, har sunket fra 53 % på slutten av 1990-tallet (Nilssen 1999) til 28 % i 2009.

*Sosialarbeidernes forklaringer på hvorfor § 6-2a ikke anvendes mer*

	Prosent svært enig/enig	Gjennomsnitt	Std.avvik	N
Sosialtjenesten får inn for få bekymringsmeldinger	61	3.62	1.162	134
Manglende kapasitet/kvalitet på behandlingsplassene i helseregionen	44	3.08	1.191	135
Loven stiller strenge krav	42	3.00	1.258	135
Saksbehandlingen legger uforholdsmessig stort beslag på kontorets ressurser (-)	33	2.59	1.352	135
Sosialtjenesten ønsker å konsentrere ressursene om rusmiddelmissbrukere som ønsker frivillig behandling (-)	32	2.53	1.286	135

Sosialtjenestelovens § 6-2a er rettferdiggjort på et annet grunnlag en § 6-2. Mens den siste har sin begrunnelse i et paternalistisk omsorgsprinsipp, dvs hensynet til den rusmiddelavhengiges eget liv og helse, er paragrafen som omfatter gravide legitimert ut fra et skadeprinsipp. Her er hensikten å beskytte et ufødt barn mot skader påført av mors rusmiddelmissbruk (se Nilssen 2001, 2007). Det betyr at hensynet til den enkelte klients selvbestemmelsesrett blir mindre sentralt enn det som gjelder for den omsorgspaternalistiske tvangen. Overfor gravide er heller ikke lovens strenge krav det som tillegges mest vekt av sosialarbeiderne, men at sosialtjenesten ikke får informasjon nok om den enkeltes tilstand i form av bekymringsmeldinger. Dette er klart det argumentet som får størst oppslutning for å forklare at tvang etter denne paragrafen ikke anvendes mer. Ellers spiller også de samme ressursorienterte forklaringene en stor rolle på dette området.

§ 6-3 bygger på en ide om avtalt retensjon, dvs at grunnlaget for tilbakeholdelse i institusjon i utgangspunktet er fundert i et samtykke fra klienten selv. Dette har vært beskrevet som et "homersk prinsipp" (Gerdner 1998). Som Odyssevs lot seg binde til masten for å unngå å bli lokket inn i klippene av Sirenenes sang, lar den rusmiddelavhengige seg frivillig tilbakeholde i institusjonen for å unngå å bryte behandlingen på grunn av rusens fristelse (jfr Nilssen 2001). Denne type tvang anses derfor å være basert på den enkeltes selvbestemmelse og behandles ikke i fylkesnemndene. Det finnes dermed heller ikke god statistikk over omfanget av tvang etter § 6-3 og utviklingen over tid, men sett på bakgrunn av at myndighetene har uttrykt at dette burde være hovedparagrafen for tvangsanvendelse i Norge, anvendes denne type tvang i begrenset omfang<sup>25</sup>.

<sup>25</sup> En indikasjon på at § 6-3 anvendes sjeldnere enn §§ 6-2 og 6-2a finner vi i vårt materiale ved at gjennomsnittlig antall saker respondentene har hatt ansvar for er 1.78 for § 6-2, 1.91 for § 6-2a og 1.07 for § 6-3.

*Sosialarbeidernes forklaringer på hvorfor § 6-3 ikke anvendes mer*

	Prosent svært enig/enig	Gjennomsnitt	Std.avvik	N
Det er for få behandlingsinstitusjoner som tilbyr § 6-3 i helseregionen	51	3.54	.955	134
Behandlingsinstitusjonene ønsker ikke å benytte 6-3	45	3.28	1.045	134
Det er lite kunnskap om § 6-3 i sosialtjenesten	43	3.01	1.189	134
Rusmiddelmissbrukere ønsker ikke § 6-3	36	3.04	.995	134
Sosialtjenestens ansvar i forhold til § 6-3 er uklart (-)	35	2.85	1.127	134

Hovedforklaringene på at § 6-3 ikke anvendes mer synes, ut fra sosialarbeidernes synsfelt, å være manglende tilbud på slike plasser i behandlingsinstitusjonene, at institusjonene ikke ønsker å benytte denne type tvang og at kunnskapen om § 6-3 er for dårlig i sosialtjenesten. Det er rimelig å tro at disse forklaringene henger sammen, dvs at manglende tilbud fører til at paragrafen anvendes lite og at dette igjen medfører at sosialtjenesten ikke får tilstrekkelig kunnskap om bruken av denne lovgivningen. Det bør også nevnes at loven er formulert slik at det primært er behandlingsinstitusjonene som kan stille krav om at klienten skal innlegges på § 6-3 dersom de skal ta imot han/henne. Denne undersøkelsen viser, som vi skal se senere, at det er sosialtjenesten eller klientene selv som oftest tar initiativ om tvangsplassering etter § 6-3.

Siden forklaringene på hvorfor tvang ikke brukes mer i stor grad vil bygge på sosialarbeidernes egne erfaringer, er det viktig å se om det finnes variasjoner ut fra hvor mange saker den enkelte har hatt ansvaret for på de tre paragrafene. Når det gjelder § 6-2 så fører økte erfaringer fra § 6-2 saker til lavere oppslutning om argumentene om at saksbehandlingen legger uforholdsmessig beslag på sosialkontorets ressurser (-.186\*) at sosialtjenesten får inn for få bekymringsmeldinger (-.211\*) og spesielt at hensynet til den rusmiddelavhengiges selvbestemmelse er viktig (-.298\*\*). Tendensen til at egne erfaringer med tvangssaker fører til lavere oppslutning om enkelte argumenter, finner vi også når det gjelder § 6-2a om enn noe svakere. Den eneste signifikante forskjellen her er at erfaring korrelerer negativt med argumentet om at sosialtjenesten ønsker å konsentrere ressursene om de som ønsker frivillig behandling. Når det gjelder § 6-3 fører mer erfaring med slike saker til lavere oppslutning om at sosialtjenestens ansvar er uklart (-.219\*), at det er lite kunnskap om 6-3 i sosialtjenesten (-.281\*\*), at behandlingsinstitusjonene ikke ønsker å bruke paragrafen (-.231\*) og at rusmiddelavhengige ikke ønsker § 6-3 (-.231\*).

Sammenfattet kan vi si at ressursargumentene tillegges stor vekt i forhold til alle tre paragrafene. Dette gjelder både ressurser i sosialtjenesten og i behandlingssektoren. Det grunnleggende rettslige argumentet er at sosialtjenestelovens § 6-2 og delvis § 6-2a stiller strenge krav til bruk av tvang, og dermed ikke anvendes mer. De sentrale

kunnskapsorienterte forklaringene gjelder primært § 6-2a (få bekymringsmeldinger) og § 6-3 (for lite kunnskap i sosialtjenesten). Holdningsdimensjonen angår primært § 6-2 (hensynet til brukerens selvbestemmelsesrett) og § 6-3 (motstand i behandlingssektoren). De sosialarbeiderne som har mest erfaring med tvangssaker har en tendens til å tone ned en del av disse forklaringene. Det gjelder i særlig grad betydningen av hensynet til klientens selvbestemmelsesrett (§6-2) og at det er lite kunnskap om § 6-3 i sosialtjenesten.

#### *Hvorfor tvangsbruken har økt*

Selv om vi hevder at tvang ikke brukes mye i Norge, har det skjedd en økning i bruken når det gjelder §§ 6-2 og 6-2a over tid (se kapittel 1). Vi har også her satt opp en mengde mulige forklaringer som sosialarbeiderne skulle vurdere som årsakene til denne utviklingen og presenterer de fem argumentene som får størst oppslutning. Vi tar imidlertid også med et spørsmål om sosialarbeiderne mener at rusreformen har vært viktig i forhold til økt tvangsbruk.

#### *Sosialarbeidernes forklaringer på hvorfor bruk av tvang etter § 6-2 har økt over tid*

	Prosent svært enig/enig	Gjennomsnitt	Std.avvik	N
Sosialtjenesten har fått flere tunge rusmiddel-lidelser i sin klientgruppe	80	4.08	.874	132
Sosialtjenesten har fått mer erfaring og kunnskap om lovanvendelsen	75	3.88	.871	133
Sosialtjenesten har blitt bedre organisert og utviklet bedre rutiner for arbeidet med tvangssaker	59	3.52	1.049	133
Det har blitt mer press fra pårørende	49	3.21	1.000	133
Ansatte i sosialtjenesten har fått mer positive holdninger til bruk av tvang	38	3.20	.877	133
Rusreformen har ført til bedre tilgang på tvangsplasser (-)	19	2.59	1.045	133

Når det gjelder § 6-2 er det sosialarbeidernes oppfatninger om at det har skjedd en endring i klientgruppen som får størst oppslutning. Økningen forstås altså heller å komme som en følge av endringer i målgruppen enn endring i rettsanvendelsen. Vi har ikke noe sikkert grunnlag for å si at en slik endring er reell, men både denne undersøkelsen og fylkesnemndsundersøkelsen (se kapittel 3) peker i retning av at rus – psykiatriproblematikken har blitt mer fremtredende på dette feltet. Samtidig er det svært mange som mener at forklaringen også ligger i at sosialtjenesten har fått mer erfaring og kunnskap om lovanvendelse og at forbedret organisering av arbeidet med tvang har vært viktig. Nesten halvparten er også enig i at mer press fra pårørende har hatt betydning (jfr. § 6-1a i sosialtjenesteloven) og en drøy tredjedel mener at mer tvang også skyldes en endring i sosialarbeidernes holdninger. Derimot er det relativt få som mener at rusreformen har spilt noen viktig rolle.

*Sosialarbeidernes forklaringer på hvorfor bruk av tvang etter § 6-2a har økt over tid*

	Prosent svært enig/enig	Gjennomsnitt	Std.avvik	N
Sosialtjenesten har fått mer erfaring og kunnskap om lovanvendelsen	77	4.00	.835	133
Sosialtjenesten har fått flere tunge rusmiddelmissbrukere med sammensatte lidelser i sin klientgruppe	73	3.94	.939	132
Sosialtjenesten har blitt bedre organisert og utviklet bedre rutiner for arbeidet med tvangssaker	59	3.55	1.083	133
Ansatte i sosialtjenesten har fått mer positive holdninger til bruk av tvang	45	3.37	.965	133
Sosialtjenesten får flere bekymringsmeldinger fra samarbeidspartnere	41	3.14	1.106	133
Rusreformen har ført til bedre tilgang på tvangsplasser (-)	24	2.73	1.045	133

Forklaringen som får størst oppslutning fra sosialarbeiderne når det gjelder at § 6-2a har blitt anvendt mer over tid, skiller seg ikke særlig fra § 6-2. Hovedargumentene er også her mer kunnskap om lovanvendelsen i sosialtjenesten, endringer i klientgruppen og bedre organisering. Mange mener også at det har skjedd en endring i holdninger og at sosialtjenesten får inn flere bekymringsmeldinger fra samarbeidspartnere (til tross for at få bekymringsmeldinger også bidrar til å forklare at tvang ikke brukes mer – se ovenfor). Økt press fra pårørende fremheves, i motsetning til § 6-2, ikke som viktig når det gjelder § 6-2a. Noen flere enn for § 6-2 mener at rusreformen har spilt en rolle for økning i tvangsbruken i form av bedre tilgang på behandlingsplasser, men her er det flere av sosialarbeiderne som er uenig enn enig i argumentet.

Når det gjelder § 6-2 er det en relativt sterk positiv sammenheng mellom erfaring fra denne type saker (hvor mange saker man har hatt ansvaret for) og oppslutningen om argumentet om at sosialtjenesten har blitt bedre organisert (.234\*\*). Argumentet styrkes altså i forhold til de med mest erfaring fra § 6-2 saker i sosialtjenesten, noe som også gjelder for § 6-2a (.289\*\*). Oppfatninger om at tvang brukes mer fordi sosialtjenesten er blitt bedre organisert påvirkes i stor grad også av hvordan rus-/tvangsarbeidet er organisert på det sosial-/Nav-kontoret sosialarbeiderne arbeider på. Kontorer hvor man har egne team i arbeidet med tiltak for rusmiddelavhengige, hvor man har prosjektfinansierte stillinger knyttet til rusfaglig arbeid og hvor man har ansatte som er spesialisert på arbeidet med tvangssaker, er mer tilbøyelig enn andre til å vektlegge organisasjonsargumentet både for § 6-2 og 6-2a.<sup>26</sup> Sosialarbeiderne tar altså i stor grad utgangspunkt i erfaringer fra eget kontor når de vurderer dette argumentets betydning. Organiseringsmåte har imidlertid ingen effekt på oppfatningen om at økt tvang skyldes endringer i klientgruppen, og kan dermed heller ikke forklares ut fra at økt spesialisering fører til endringer i fortolkningen av klientenes problemsituasjon.

<sup>26</sup> Har egne team for arbeidet med rusmiddelmissbrukere §6-2: .305\*\* §6-2a: .250\*\*; prosjektfinansierte stillinger: §6-2: .252\*\*, §6-2a: 262\*\*; ansatte spesialisert på tvangssaker: §6-2: .227\*\*, §6-2a: 242\*\*.

Oppsummert kan vi si at de årsakene til økt tvangsbruk som har størst oppslutning blant sosialarbeiderne er både interne og eksterne sett fra sosialtjenesten. De viktigste eksterne forklaringene er at klientgruppen har forandret seg over tid, slik at flere er aktuelle for denne type tiltak, og at det har blitt mer press fra familie/pårørende (§6-2) eller at det har kommet flere bekymringsmeldinger (§ 6-2a). Viktige interne forklaringer er økt erfaring og kunnskap i lovanvendelsen og bedre organisering i sosialtjenesten, samt mer positive holdninger til tvang blant sosialarbeiderne. Organisasjonsargumentet har større oppslutning blant sosialarbeiderne med mest erfaring fra tvangssaker og de som kommer fra kontorer hvor dette arbeidet er mest spesialisert.

*Forklaringer på variasjoner i tvangsbruk ut fra rusmiddel og kjønn*

Tvangsstatistikken viser at det relativt sett brukes mindre tvang overfor alkoholdominert rusmiddelmisbruk enn narkotikadominert både generelt (§6-2) og overfor gravide (§ 6-2a). Dette til tross for at skadevirkningene av alkoholmisbruk kan være mer alvorlig for fosteret enn ulike former for narkotikamisbruk.

Vi skal her konsentrere oss om § 6-2a, men bare nevne at de argumentene sosialarbeiderne gir størst oppslutning når det gjelder § 6-2 er at alkohol er mer sosialt akseptert enn narkotika (80 % enig eller svært enig), at sosialtjenesten får færre bekymringsmeldinger angående alkoholmisbruk (68 %) og at personer med alkoholmisbruk er mindre marginaliserte (57 %).

*Forklaringer på at det brukes mindre tvang overfor alkoholdominert rusmiddelmisbruk enn narkotikadominert § 6-2a*

	Prosent svært enig/enig	Gjennomsnitt	Std.avvik	N
Sosialtjenesten får færre bekymringsmeldinger angående alkohol	71	4.08	1.044	115
Fastleger og helsestasjoner ikke gode nok til å avdekke alkoholmisbruk i svangerskaps-kontrollen	70	4.14	1.025	111
Gravide kvinner med omfattende alkoholmisbruk er i liten grad i kontakt med sosialtjenesten	68	3.97	1.029	116
Sosialtjenesten har ikke gode nok rutiner for å kartlegge alkoholmisbruk hos klienter	47	3.16	1.339	116
Gravide med omfattende alkoholmisbruk er mindre marginaliserte	44	3.19	1.229	116

Når det gjelder § 6-2a er det særlig tre argumenter som får stor oppslutning blant sosialarbeiderne. For det første mener de at sosialtjenesten får færre bekymringsmeldinger når det gjelder alkoholmisbruk enn narkotikamisbruk – 71 % er enige eller svært enige i at dette er en forklaring på denne skjevheten i rettsanvendelsen. For det andre mener 70 % at forklaringen (også) ligger i at helsestasjonene og fastlegene ikke er gode nok når det gjelder å avdekke alkoholmisbruk i forbindelse med svangerskapskontrollen og 68 % gir sin tilslutning til argumentet om at gravide kvinner med omfattende alkoholmisbruk i mindre grad enn narkotikamisbrukere er i kontakt med sosialtjenesten. Sett fra sosialtjenestens side er altså denne skjevheten i

lovanvendelsen først og fremst et informasjons- eller kunnskapsspørsmål. I hovedsak skyldes det manglende informasjon fra eksterne aktører eller at klienten selv ikke kommer i kontakt med sosialtjenesten. Men det er klart at en del sosialarbeidere (nesten halvparten) mener at årsaken også kan finnes internt i sosialtjenesten ved at man ikke har etablert gode nok rutiner for å kartlegge alkoholmisbruk hos klienter.

Hvordan man vurderer disse årsakene varierer på noen områder ut fra den enkeltes erfaring med § 6-2a saker. Jo mer erfaring jo mer er man enig i at sosialtjenesten får færre bekymringsmeldinger når det gjelder gravide alkoholmisbrukere (.284\*\*), at gravide med et omfattende alkoholmisbruk i mindre grad er i kontakt med sosialtjenesten (.224\*) og at fastleger og helsestasjoner ikke er gode nok på å avdekke alkoholmisbruk i svangerskapskontrollen (.202\*). Vi kan si at disse argumentene styrker seg ytterligere når de ses ut fra perspektivet til de saksbehandlerne som har mest erfaring med § 6-2a saker.

Søvig (2007) har påvist at unge jenter er overrepresentert i tvangsstatistikken. Mens kvinneandelen i det frivillige behandlingsapparatet var på 30 % i 2007 (Iversen mfl 2008), utgjorde kvinnene 56 % av alle tvangsinnleggelsene etter § 6-2. Og selv om det er flere mannlige rusmiddelavhengige med dårlige levekår, har menn likevel en markert mindre sjanse for å bli utsatt for tvang (Lunderg og Mjåland 2009:77). Hvordan forklarer sosialarbeiderne en slik variasjon i rettsanvendelsen?

*Forklaringer på at det fattes relativt flere vedtak overfor kvinner enn menn §6-2*

	Prosent svært enig/enig	Gjennomsnitt	Std.avvik	N
Kvinner i rusmiljøet er generelt mer utsatt for vold og overgrep	81	4.24	.943	123
Det er mer sosialt akseptert at menn ruser seg	54	3.22	1.223	122
Kvinner har behov for hjelp ut av prostitusjon	52	3.55	1.049	116
Kvinner har dårligere helsetilstand som følge av rusmiddelmisbruket	35	3.05	1.210	114
Kvinner har bedre nytte av tvang enn menn (-)	2	2.10	,959	102

Det argumentet som får klart størst oppslutning blant sosialarbeiderne er at kvinner i rusmiljøet generelt sett er mer utsatt for vold og overgrep. 81 % sier seg enig eller svært enig i en slik forklaring. Drøyt halvparten mener at skjevheten skyldes at kvinner har behov for hjelp ut av prostitusjon og en litt høyere andel (men lavere gjennomsnitt på skalaen) sier at årsaken også ligger i at det er mer sosialt akseptert at menn ruser seg. Denne type argumenter kan representere det Lundeberg og Mjåland (2009:78) betegner



som 'kjønnede offerkonstruksjoner'. Delvis er de forankret i kulturelle fortolkninger av hva som er sosialt akseptabelt for henholdsvis menn og kvinner, delvis formidler de en sterkere, og rettslig irrelevant, paternalisme (eventuelt maternalisme) overfor kvinner når det gjelder tvangsinngrep. Dette kan ha sammenheng med en kjønnsrelatert identifisering av problemer (kvinnerrelaterte problemer) i et felt som i veldig stor grad domineres av kvinner (Lundeberg og Mjåland 2009:78). Her er det lett å snakke, fortolke og sette seg inn i problemer som nettopp oppfattes som kvinnerelaterte problemer (som vold, overgrep og prostitusjon). At den kjønnede variasjonen i praktiseringen av lovverket skyldes at kvinner som følge av rusmiddelmisbruket har dårligere helsetilstand enn menn, er lettere å forsvare rent rettslig (jfr helsekriteriet). Ca en tredjedel av sosialarbeiderne mener det har betydning. Nesten ingen mener at kvinner i større grad enn menn skulle utsettes for tvang fordi de har bedre nytte av et slikt tiltak.

På to områder finner vi signifikante forskjeller i vurderingene ut fra erfaring med § 6-2 saker. For det første er de med mest erfaring mindre tilbøyelig til å være enig med at den kjønnede forskjellen i rettsanvendelsen skyldes at det er mer akseptabelt at menn ruser seg enn at kvinner gjør det (-.217\*). Og for det andre er det en negativ sammenheng mellom erfaring med denne type saker og argumentet om at variasjonen skyldes at kvinner har behov for hjelp ut av prostitusjon (-.294\*\*). Disse argumentene svekkes altså noe når de ses ut fra sosialarbeidernes faktiske erfaring med anvendelsen av § 6-2.

### Pårørende og bekymringsmeldinger

Som tidligere nevnt ga stortingsflertallet på midten av 1990-tallet uttrykk for at de syntes tvangsreglene i sosialtjenesteloven ble anvendt for restriktivt. Dette medførte at det ble tatt inn en ny § 6-1a i loven som påla sosialtjenesten å foreta de nødvendige undersøkelser og vurdere om det skal fremmes sak etter §§ 6-2 eller 6-2a ved melding fra pårørende om omfattende rusmiddelmisbruk. Vi har tidligere sett at ca halvparten av sosialarbeiderne var enige/svært enige i at mer press fra pårørende har vært en av årsakene til at tvang etter § 6-2 har økt over tid. Vi skal her se litt nærmere på pårørendes og andres rolle både ut fra generelle spørsmål til sosialarbeiderne og på grunnlag av deres erfaringer fra siste tvangssak.

79 % av respondentene oppgir at de noen gang har fått henstilling fra familie/pårørende om å bruke tvangstiltak overfor en rusmiddelavhengig etter §§ 6-2/6-2a. 21 % har aldri fått en slik henstilling mens 1 % oppgir at de ikke vet (husker).

Når det gjelder pårørendes rolle er det store forskjeller ut fra § 6-2 og § 6-2a.

*Andel som har fått henstilling fra familie pårørende fordelt på tvangsparagraf (Prosent)*

	§ 6-2	§6-2a
Aldri fått henstilling	4	56
Fått henstilling en gang	16	20
Fått henstilling mer enn en gang	76	18
Vet ikke	4	6
N=100 %	104	104

Når det gjelder § 6-2 har bare 6 % av svarerne ikke opplevd å få henstilling om bruk av tvangstiltak fra familie/pårørende, mens det store flertallet (76 %) har fått slike henstillinger flere ganger. Dette ser helt annerledes ut for § 6-2a. Her oppgir 56 % at de aldri har fått en slik henvendelse fra familie/pårørende, mens bare 18 % har fått det mer enn en gang. Det ser altså ut til at familie og pårørendes rolle som initiativtakere til å få vurdert om tvang bør brukes, er langt større når det gjelder den omsorgspaternalistiske tvangen enn den som tar sikte på å beskytte barn mot rusmiddelrelaterte skader. Noe av forklaringen kan ligge i at den potensielle målgruppen for § 6-2 er større enn for § 6-2a. Det kan også skyldes at familie/pårørende ofte ikke har kunnskap om at klienten er gravid. I den grad de henvender seg til sosialtjenesten om bruk av tvang, gjør de det kanskje i forhold til den generelle tvangsregelen.

For § 6-2 er det signifikante forskjeller knyttet til de ansattes erfaring (ansiennitet .220\*) og antall saker de har hatt ansvaret for (.244\*\*) og for § 6-2a når det gjelder antall saker (.229\*). At den enkeltes erfaring øker sjansene for å ha fått henstilling om bruk av tvang fra familie/pårørende er ikke særlig overraskende.

*Resulterte henvendelsen i en innstilling til fylkesnemnda (Prosent)*

	§ 6-2	§6-2a
Aldri	35	38
En gang	32	26
Flere ganger	25	21
Vet ikke	9	15
N=100 %	101	47

Dersom en sosialarbeider har mottatt henstilling fra familie/pårørende om bruk av tvang, er det ingen nevneverdige forskjeller mellom § 6-2 og § 6-2a i den videre vurdering av sakene. Vel en tredjedel av henvendelsene oppgis aldri å føre til en innstilling til bruk av tvang til fylkesnemnda, mens i overkant av 20 % oppgis at det har skjedd flere enn en gang.

Også her er det primært den enkeltes erfaring som slår ut på sannsynligheten for om en henstilling har endt med en innstilling til fylkesnemnda. For § 6-2a er det også en

signifikant sammenheng ut fra om kontoret gir avlastning når saksbehandlerne arbeider med tvangssaker og at henstillinger fra pårørende/famile har endt opp i innstilling til fylkesnemnd en eller flere ganger (.390\*) og for § 6-2 oppgir flere av de som arbeider i kommuner med egne bistandsteam at henstillingen(e) har endt med innstilling til nemnda (.220\*). Den enkelte sosialarbeiders tidligere erfaringer og denne type organisatoriske forhold øker altså sannsynligheten for at en undersøkelse ender opp med et tvangsvedtak i sosialtjenesten.

Går vi inn på enkeltsaker, dvs siste sak for den gruppen av respondenter som har hatt ansvar for behandling av en tvangssak etter § 6-2/§ 6-2a, er de viktigste kildene for bekymringsmeldinger presentert i tabellen nedenfor.

*Hvor kom meldingen fra (§§6-2 og 6-2a) (Prosent)*

	Prosent antall svar	Prosent antall saker
Familie/pårørende	19	38
Spesialisthelsetjeneste	15	30
Sosial-/Nav-kontoret selv	13	27
Vedkommende selv	9	19
Fastlege	8	16
N=	183	90

Tabellen viser at sosialarbeiderne gjennomsnittlig krysser av på to kilder pr sak som refereres (183 svar på 90 saker). Familie/pårørende utgjør den viktigste kilden for bekymringsmeldinger når vi ser § 6-2 og § 6-2a samlet. I 38 % av sakene angis familie/pårørende som meldingsinstans. Dernest kommer spesialisthelsetjenesten, Sosial-/Nav-kontoret selv, vedkommende selv og fastlege. Sosial-/Nav-kontoret gir selvfølgelig ikke seg selv noen formell eller uformell bekymringsmelding; det som menes her er at en sak vurderes ut fra kontorets egen kunnskap om klienten. Det finns heller ikke noen formelle rettslige krav til hva som skal gjelde som en bekymringsmelding, så slike meldinger kan nok fremlegges på mer eller mindre formelle eller uformelle måter. Helsepersonell har imidlertid taushetsplikt, slik at de formelt sett ikke kan gi sosialtjenesten opplysninger om pasienten uten dennes samtykke (gjelder ikke for § 6-2a).

Klientens alder spiller ingen rolle for hvor bekymringsmeldingene kommer fra. For § 6-2 kommer bekymringsmeldinger oftere fra fastlege for kvinner enn menn (.294\*); ellers er det ingen kjønnsforskjeller. Bekymringsmeldinger kommer oftere fra spesialisthelsetjenesten i saker angående § 6-2 (44 %) enn § 6-2a (15 %). Bare i 1 sak angående § 6-2a oppgis at bekymringsmelding kom fra helsestasjon og i 9 % av sakene som dreide seg om en gravid svares det at bekymringsmeldingen kom fra fastlegen.

Også her finner vi store forskjeller når det gjelder pårørendes/familiers rolle mellom paragrafene. Av de som har hatt ansvaret for en § 6-2a sak oppgir bare 9 % at bekymringsmeldingen kom fra familie/pårørende i siste sak. Tilsvarende tall for de som

har hatt ansvaret for en § 6-2 sak er på hele 65 %. Dette tyder på at det ikke bare er størrelsen på målgruppen som har betydning for at saksbehandlerne får inn færre bekymringsmeldinger fra pårørende/familie når det gjelder gravide misbrukere (se ovenfor), men at det faktisk også er store reelle forskjeller på dette området mellom de to tvangsområdene. Som vi har sett har argumentet om at tvang ikke anvendes mer på grunn av mangel på bekymringsmeldinger høyst oppslutning hos sosialarbeiderne når det gjelder sosialtjenestelovens § 6-2a. Pårørendes begrensede betydning som meldingsinnstans bekreftes også av en undersøkelse fra Borgestadsklinikken (Grimstad og Kristiansen 2009).

Det er mulig at det i dette materialet er en viss underrapportering av at meldingen kom fra klienten selv når det gjelder § 6-2a. 22 % av sosialarbeiderne oppgir at opplysningen kom fra den gravide, mens tilsvarende tall fra fylkesnemndsundersøkelsen er 41 % (se kapittel 3). Derimot viser undersøkelsen fra Borgestadsklinikken (Grimstad og Kristiansen op.cit:13) at kvinnen ble oppgitt å være den som meldte fra til sosialtjenesten hos ca 10 % av sosialarbeiderne i deres undersøkelse (prosentandel av antall svar), noe som i stor grad er i overensstemmelse med funnene fra surveyen.

#### Inaktiv bruk av §§ 6-2 og 6-2a

Sosialtjenestelovens tvangsparagrafer (6-2 og 6-2a) vil i visse tilfeller kunne brukes av sosialarbeiderne på en indirekte måte for å påvirke klientens valgmuligheter. Man kan her tenke seg at sosialtjenesten informerer en klient om at tvang etter § 6-2 eller § 6-2a vurderes med det resultat at klienten samtykker til å gå inn på frivillige tiltak, frivillig innleggelse eller avtalt retensjon etter § 6-3. Dette betegnes ofte som "inaktiv bruk" av tvangsparagrafene (se Flaaterud 2000). I surveyen ble sosialarbeiderne bedt om å angi i hvilket omfang de selv hadde brukt lovgivningen på denne måten.

#### *Sosialarbeidernes 'inaktive bruk' av tvangsparagrafene siste år (Prosent)*

	§ 6-2	§6-2a
Ingen ganger	73	69
En gang	17	17
Mer enn en gang	8	10
Vet ikke	5	4

Selv om mange oppgir ikke å ha benyttet lovverket på denne måten, er det slett ikke noe uvanlig. Ca en fjerdedel av respondentene har gjort det en eller flere ganger både i forhold til § 6-2 og § 6-2a. Det er også en sterk sammenheng mellom den inaktive bruken av loven på de to tvangsområdene (.545\*\*),<sup>27</sup> dvs at det ofte er de samme som benytter dette i forhold til begge paragrafene. Og de som har hatt størst erfaring med tvangssaker bruker også oftest lovgivningen på denne måten. Jo flere § 6-2 saker man har hatt, jo større er sjansen for at man også anvender § 6-2 som "riset bak speilet"

<sup>27</sup> I de bivariate analysene bruker vi en dummy: 0= har ikke brukt loven inaktivt, 1= har brukt loven slik en eller flere ganger.

(.338\*\*). Det samme gjelder for § 6-2a (.309\*\*). I tillegg øker en spesialisering av tvangsarbeidet på sosialkontoret sjansene for at loven også anvendes på denne måten (.262\*\* for § 6-2 og .344\*\* for § 6-2a). Dette gir oss grunnlag for å konkludere med at mer erfaring med denne type saker og en sterkere spesialisering av tvangsarbeidet i form av egne ansatte på sosial-/Nav-kontoret som arbeider med slike saker, øker sjansene for en mer kreativ bruk av tvangslovgivningen. Dette innebærer også at en del klienter som går inn i ulike former for frivillige tiltak eller § 6-3 gjør det av frykt for å bli tatt inn på tvang etter de "harde" tvangsparagrafene.

### Vurdering av behandlingsinstitusjonene

I undersøkelsen har vi stilt spørsmål om hvordan sosialarbeiderne generelt vurderer både kvaliteten og tilgangen på behandlingsinstitusjonenes tilbud i egen helseregion. Dette gjaldt for alle tvangsparagrafene.

*Vurdering av kvaliteten på behandlingsinstitusjonenes tilbud av tvangsplasser i egen helseregion. Prosent (N=127)*

	§6-2	§6-2a	§6-3
Svært dårlig/dårlig	13	10	8
Middels	25	18	26
God/svært god	33	44	28
Vet ikke	29	28	39

Tabellen viser at mange sosialarbeidere faktisk ikke er i stand til å vurdere kvaliteten på behandlingsinstitusjonenes tilbud i forhold til tvangsplasseringer. Dette gjelder alle paragrafene, men spesielt for § 6-3 hvor nesten 40 % svarer 'vet ikke'. Det betyr at mange av de som arbeider med tvangssaker ikke har særlig kunnskap om kvaliteten på de behandlingsplassene som tilbys til disse pasientene i egen helseregion når de skal ta stilling til slike tiltak. Av de som har gjort seg opp en mening, går tendensen i positiv retning, mens relativt få mener kvaliteten er dårlig/svært dårlig. Det bør likevel nevnes at av de som har gjort seg opp en mening, svarer 18 % at kvaliteten angående § 6-2 plasser er dårlig/svært dårlig<sup>28</sup>.

Siden det her er spørsmål om kvaliteten på plasser i egen helseregion, har vi også sett på forskjeller langs en slik dimensjon. For å få et så variert bilde som mulig, har vi valgt å opererer med helseregionene slik de var før øst og sør ble slått sammen til den klart største helseregionen i Norge.

<sup>28</sup> 13% både for § 6-2a og § 6-3.

*Vurdering av kvaliteten på tvangsplasser i egen helseregion fordelt på helseregion. Prosent (N=127).*

	Øst	Sør	Vest	Midt-Norge	Nord
§6-2					
Svært dårlig/dårlig	11	13	25	10	6
Middels	28	33	25	20	12
God/svært god	30	38	30	45	23
Vet ikke	30	17	20	25	60
§6-2a					
Svært dårlig/dårlig	2	0	30	15	12
Middels	8	8	25	10	18
God/svært god	75	75	25	50	12
Vet ikke	17	17	20	25	59
§6-3					
Svært dårlig/dårlig	4	8	15	15	0
Middels	24	29	45	20	12
God/svært god	22	29	20	45	29
Vet ikke	50	33	20	20	59
n	46	24	20	20	17

Når vi bryter ned materialet på helseregioner blir tallene små og må derfor tolkes med stor grad av forsiktighet. Her skal vi bare peke på noen gjennomgående trender. For det første at vurderingen av kvaliteten er noe mer negativ blant sosialarbeiderne som arbeider innenfor helse vests ansvarsområde (særlig på § 6-2a). For det andre at kunnskapen om kvaliteten på tvangsplassene er gjennomgående langt dårlige blant svarene fra helse nord (ca 60 % vet ikke på alle paragrafene) enn de fra andre helseregioner. Og for det tredje at vurderingene av kvalitet er klart mest positiv i helse sør-øst og dernest i midt-Norge når det gjelder § 6-2a. Det er i disse helseregionene vi også finner de største og mest spesialiserte institusjonene for gravide på tvang.

Sett fra sosialtjenestens side anser vi imidlertid at spørsmål om tilgang på tvangsplasser er av større relevans i praktiseringen av lovgivningen enn vurderinger av plassenes kvalitet.

*Vurdering av tilgangen på tvangsplasser i egen helseregion. Prosent (N=127).*

	§6-2	§6-2a	§6-3
Svært dårlig/dårlig	39	27	32
Middels	31	30	31
God/svært god	14	28	11
Vet ikke	16	16	27

Her ser vi at andel 'vet ikke' er langt lavere for § 6-2 og 6-2a, men at den fortsatt er relativt høy for § 6-3 (om enn klart mindre enn for vurderingen av kvalitet). Det siste skyldes nok at det er svært vanskelig å få oversikt over det reelle tilbudet på § 6-3 plasser i helseregionene.

Når det gjelder §§ 6-2 og 6-3 er det en klar negativ tendens i svarfordelingene. Av de som har tatt stilling til spørsmålet (ikke svart vet ikke), oppgir 48 % at tilgangen på § 6-2 plasser i egen helseregion er svært dårlig/dårlig. 17 % mener tilgangen er god eller svært god. For § 6-3 er tilsvarende tall 60 % svært dårlig/dårlig og 15 % god eller svært god. På disse to områdene er altså vurderingen av tilgangen på tvangsplasser klart negativ. Tilgangen på plasser til gravide synes å være noe bedre. Av de som har uttrykt en mening her, er 32 % negative mens 33 % er positive.

Av kommune-, organisasjons- og individvariablene, er det bare den enkeltes holdninger til bruk av tvang som har signifikant betydning for vurdering av behandlingsplassene. Jo mer positiv man er til mer bruk av tvang etter § 6-2, jo mer negativt vurderes tilbudet på plasser på tilsvarende paragraf i helseregionen (-.320\*\*). Det samme gjelder for § 6-2a (-.449\*\*) og § 6-3 (-.309\*\*). Det betyr altså at sosialarbeidernes vurderinger av tilgangen på tvangsplasser i helseregionen i stor grad påvirkes av hvordan de selv stiller seg til bruk av tvang på de respektive tvangsområdene. I dette kan det ligge at de som ønsker å bruke mer tvang ser et manglende tilbud på plasser som en hindring for å kunne gjøre dette og at man derfor også er mer negativ til det faktisk foreliggende tilbudet enn sosialarbeidere som ikke ønsker mer tvang (inkludert mindre tvang).

*Vurdering av tilgangen på tvangsplasser i egen helseregion fordelt på helseregion. Prosent (N=127)*

	Øst	Sør	Vest	Midt-Norge	Nord
§6-2					
Svært dårlig/dårlig	37	33	55	25	53
Middels	33	33	30	35	18
God/svært god	13	25	5	20	6
Vet ikke	17	8	10	20	24
§6-2a					
Svært dårlig/dårlig	26	0	50	25	41
Middels	33	38	30	30	12
God/svært god	26	54	10	25	18
Vet ikke	15	8	10	20	29
§6-3					
Svært dårlig/dårlig	31	33	50	10	35
Middels	26	29	30	45	29
God/svært god	11	13	5	20	6
Vet ikke	33	25	15	25	29
n	46	24	20	20	17

Siden tallene blir relativt små når de brytes ned på helseregion, må de tolkes med svært stor forsiktighet. Vi vil derfor bare knytte noen få kommentarer til tabellen. For det første ser det ut til å være en systematisk tendens til at sosialarbeiderne fra helse vest er mindre fornøyd med tilgangen på tvangsplasser på de tre områdene sammenliknet med de andre helseregionene (med helse nord som nest minst fornøyd). For det andre er svarene fra tidligere helse sør klart mest positive når det gjelder tilgangen på tvangsplasser til gravide rusmiddelavhengige. Ingen herfra krysser av på kategoriene dårlig eller svært dårlig. En forklaring på dette kan være at behandlingstilbudet fra bl.a. Borgestadklinikken gjør at tilgangen på § 6-2a plasser anses som bedre i denne regionen. Mye tyder også på at tilbudet i helse vest og helse nord er noe svakere enn i andre regioner. Når det gjelder frivillig behandling har helse vest for eksempel redusert døgnplassdekningen i perioden 2006 til 2008, og har lavest dekning sammenliknet med de øvrige helseregionene (Sintef 2009). Det har vært en viss økning i tvangsplasser i regionen, men tilbudet er i hovedsak knyttet til noen få private aktører (se kapittel 4).



Også i helse nord er tilbudet begrenset og begge regionene kjøper en stor del behandlingsplasser fra andre deler av landet.

Vi har også stilt spørsmål om hvorvidt sosialarbeiderne mener at kvaliteten og tilgangen på tvangsplasser har endret seg etter rusreformen. Her er 'vet ikke' gruppene svært store (fra 50 % til 70 %) noe som viser at svært mange ikke er i stand til å vurdere dette. Vi vil her bare vise fordelingen når det gjelder tilgangen på tvangsplasser.

*Har tilgangen på tvangsplasser i helseregionen endret seg etter rusreformen? Prosent (N=127)*

	§6-2	§6-2a	§6-3
Blitt dårligere	9	6	6
Uendret	26	26	22
Blitt bedre	16	15	9
Vet ikke	50	54	62
Eksklusiv 'vet ikke':			
Blitt dårligere	17	12	17
Uendret	52	56	58
Blitt bedre	31	32	25
N	64	59	48

Siden 'vet ikke' gruppene er så vidt store knytter det seg naturlig nok en del usikkerhet til disse fordelingene. Men i den grad sosialarbeiderne mener at de kan vurdere dette, er de langt fleste tilbøyelig til å si at situasjonen er uendret i forhold til tiden før rusreformen. Drøye halvparten av de som har uttrykt sin mening, svarer dette på alle tre tvangsområdene. Dersom noen mener det har skjedd en endring, går tendensen i retning av at det har blitt bedre. Vi kan imidlertid slå fast at det sett fra sosialtjenestens side ikke oppfattes å ha skjedd noen omfattende forbedring når det gjelder tilgang på tvangsplasser etter denne reformen.

Avslutningsvis i dette avsnittet skal vi se hvordan sosialarbeiderne samlet vurderer samarbeidet mellom sitt kontor og behandlingsinstitusjonene/helseforetaket i regionen i tvangssaker uavhengig av paragrafer.

*Vurdering av samarbeidet mellom eget kontor og behandlingsinstitusjon/helseforetak i tvangssaker (N=126)*

	Prosent
Svært dårlig/dårlig	5
Middels	25
God/svært god	55
Vet ikke	16

Samarbeidet mellom eget kontor og behandlingsnivået i egen helseregion vurderes av de fleste som godt (44 %) eller svært godt (11 %) når spørsmålet stilles generelt. Rundt en fjerdedel karakteriserer det som middels, mens bare 5 % mener det er dårlig (4 %) eller svært dårlig (1 %). Dette betyr likevel ikke at det er helt uproblematisk. Den kvalitative undersøkelsen i forbindelse med evalueringen (se Lundeberg og Mjåland 2009:95–100) viste at det også finnes kritiske vurderinger av samarbeidet i konkrete saker hos en del sosialarbeidere. Middelkategorien kan i mange tilfeller også bety at sosialarbeidere har blandede erfaringer fra slike prosesser, erfaringer som formuleres mer kritisk i kvalitative intervjuer.

Vi har også her undersøkt om det finnes variasjoner ut fra trekk med kommunen, kontorets organisering og de ansattes erfaring og holdninger. I denne sammenhengen har vi laget en holdningsindeks som går på tvers av de tre paragrafene.<sup>29</sup> Jo mer en ønsker at tvang skal brukes, jo mindre godt vurderer man samarbeidet mellom kontoret og behandlingsinstitusjonene/helseforetaket (-.296\*\*). Spissformulert kan vi si at "tvangsentusiastene" er minst positiv til samarbeidet med behandlingsnivået i tvangssaker. Dette kommer også til uttrykk ved at det er signifikante sammenhenger mellom den enkeltes vurderinger av tilgangen på tvangsplasser i helseregionen og synet på samarbeidet med behandlingsinstitusjonene. Jo mer positiv man vurderer tilgangen, jo mer positiv er man til samarbeidet (særlig når det gjelder tilgangen på plasser etter § 6-2 (.313\*\*), men også for § 6-3 (.231\*) og § 6-2a (.206\*)). En enkel regresjonsanalyse viser at effekten av vurderingen av tilgang på plasser etter § 6-2 har noe større betydning for hvordan man vurderer samarbeidet (beta .246\*\*) enn holdninger til bruk av tvang har (beta-.214\*) selv om begge variablene har en selvstendig signifikant effekt. Kort sagt: Jo mer negativt man vurderer tilbudet på tvangsplasser i helseregionen og jo mer positiv man er til mer bruk av tvang, jo mer negativt vurderer man samarbeidet med behandlingsinstitusjonene.

Materialet gir ikke grunnlag for å si at det finnes forskjeller i denne type vurderinger mellom helseregionene.

<sup>29</sup> 0=ønsker ingen av paragrafene skal brukes mer, 1= ønsker 1 av paragrafene skal brukes mer, 2= ønsker 2 av paragrafene skal brukes mer og 3= ønsker alle paragrafene skal brukes mer. Fordelingen på variabelen fra 0 til 3 er: 32%, 22%, 18% og 29%.

## Tvangsprosessen i enkeltsaker

Denne delen av analysen omfatter *siste tvangssak* til de som har hatt ansvaret for en eller flere saker etter de tre tvangsparagrafene. For § 6-2 /6-2a gjelder det 92 respondenter (46 for hver paragraf) og 53 respondenter på § 6-3. I hovedsak vil dette representere ulike saker, selv om det kan være overlapping dersom to personer på samme kontor skulle ha hatt et felles ansvar for den siste sak som refereres (vi vil likevel for enkelthets skyld referere til saker).

Spørsmålene her dreier seg om hele tvangsprosessen fra bekymringsmelding og vurdering av om det skal innstilles til tvang til hva som har skjedd med klienten etter tvangsoppholdet. Vi behandler §§ 6-2 og 6-2a sammen, men vil redegjøre for alle tilfeller hvor det er forskjeller mellom de to tvangsområdene.

### Sosialtjenestelovens §§ 6-2 og 6-2a

Sjansen for at en sosialarbeider har hatt ansvaret for en tvangssak etter §§ 6-2/6-2a henger i liten grad sammen med den enkeltes holdninger eller trekk ved organiseringen av sosialkontoret, men øker naturlig nok ut fra kommunens størrelse (.279\*\*) ettersom rusmiddelproblemer er mer omfattende i større kommuner.

#### *Bakgrunn*

Vi har allerede sett at familie/pårørende, spesialisthelsetjenesten og Nav-/sosialkontoret selv er de viktigste instansene for informasjon og bekymringsmeldinger i de konkret angitte sakene, og at familie/pårørendes rolle er langt mindre fremtredende i §6-2a saker enn saker etter § 6-2. For paragraf 6-2 er kjønnsfordelingen 50 – 50 og alderen på klientene fra 18 år til 50 år (gjennomsnitt 31 år). For § 6-2a er alderen fra 20 til 43 år med et gjennomsnitt på 29 år. Dette er i stor grad i overensstemmelse med fylkesnemndsundersøkelsen (kapittel 3). Samlet er 66 % av sakene er begynt utredet fra 2008 eller seinere. 11 % av klientene rapporteres å ha vært i LAR når saken ble utredet. I 83 % av sakene ble tvangsinnleggelse drøftet med klienten på forhånd og 24 % samtykket før innleggelse, 24 % i etterkant mens 49 % ikke ga noen form for samtykke.

*Type rusmidler i siste sak §§ 6-2 og 6-2a*

	Prosent antall svar	Prosent antall saker
Amfetamin	22	68
Benzodiazepiner	21	63
Opiater	17	51
Cannabis	15	46
Alkohol	14	43
N=	275	90

Tabellen viser at respondentene gjennomsnittlig krysser av på tre rusmidler for hver sak som refereres (275 svar på 90 saker). De fem mest refererte rusmidlene i disse sakene er amfetamin, benzodiazepiner, opiater, cannabis og alkohol. Av disse fem er alkohol referert i færrest saker, noe som også stemmer overens med at tvang relativt sett brukes mer i forhold til narkotikamisbruk enn alkoholisbruk. Vi har ikke stilt spørsmål om hovedrusmidler, men det er klart at i de fleste tilfeller er det snakk om en kombinasjon av rusmidler.

*Bivariate korrelasjoner mellom ulike rusmidler. Pearsons R. (N=90)*

	Opiater	Cannabis	Benzodiazepiner	Amfetamin
Alkohol	-.356**	-.080	-.219*	-.143
Amfetamin	.346**	.410**	.065	
Benzodiazepiner	.317**	.140		
Cannabis	.270*			

De sterkeste positive korrelasjonene finner vi mellom cannabis og amfetamin, opiater og amfetamin samt opiater og benzodiazepiner. Det er altså her vi finner de sterkeste kombinasjonen i det vi kan kalle et narkotikabasert blandingsmisbruk. På den andre siden er det negative korrelasjoner mellom alkohol og alle de andre rusmidlene om enn bare signifikante sammenhenger når det gjelder opiater og benzodiazepiner. Alkohol inngår altså sjeldnere som et rusmiddel som tillegges vekt i et blandingsmisbruk, men fremstår oftere som det eneste rusmidlet som vektlegges i tvangssaker hvor dette rusmidlet er involvert.

Det er få markante forskjeller på rusmidler etter type paragraf, men alkohol oppgis oftere i forhold til § 6-2 (52 %) enn § 6-2a (33 %). Dette stemmer også overens med at tvang overfor gravide i langt større grad er knyttet til narkotikamisbruk enn alkoholisbruk. Det er også klare negative korrelasjoner mellom rusmidler og alder for de narkotiske stoffene (cannabis  $-.501^{**}$ , amfetamin  $-.408^{**}$ , opiater  $-.394^{**}$ ) og en sterk positiv sammenheng mellom alder og alkohol ( $.473^{**}$ ). Det betyr at vurdering av tvang i forhold til narkotikamisbruk innrettes mot yngre, mens tvang mot alkoholisbrukere

angår relativt sett eldre klienter. Eksempelvis er gjennomsnittsalder i de saker hvor alkohol oppgis som rusmiddel på 36 år, mens saker hvor amfetamin inngår er på 28 år. Menn (67 %) er langt mer representert enn kvinner (36 %) i saker hvor alkohol er oppgitt som rusmiddel. Ellers er det ingen signifikante forskjeller mellom menn og kvinner ut fra hvilke rusmidler som angis.

#### *Vurdering av tvangsplassering*

Tre fjerdeler (74 %) av de saker som rapporteres som siste sak blir formelt sett innstilt til tvang, dvs at sosialtjenesten vedtar at tvang skal anvendes. 79 % av disse sakene iverksettes som hastevedtak.

Vi finner ingen signifikante sammenhenger mellom om en sak innstilles til tvang eller ikke og trekk ved kommunen, de ansatte og kontorets organisering. Heller ikke i forhold til paragraf, rusmidler, hvor bekymringsmeldingen kommer fra eller trekk ved klienten (alder, kjønn). De variasjonene som finnes i rettsanvendelsen kommer altså inn allerede når tvang vurderes brukt og ikke i sorteringen av hvilke saker som innstilles eller ikke. Det finnes imidlertid et unntak. Dersom Nav-/sosialkontoret har ansatte som er spesialisert i forhold til tvangssaker, øker sannsynligheten for at slike vurderinger skal ende med innstilling. I saker fra kontor uten slik spesialisering ender 65 % av sakene med innstilling, mens dersom man har spesialiserte ansatte er tallet 83 % (gamma .458\*). Dette støtter også tesen om at spesialisering av tvangsarbeidet kan føre til økt bruk av tvang (jfr Lundeberg og Mjåland 2009).

Vi skal kort se nærmere på de 23 sakene som ikke endte med innstilling til fylkesnemnda.

*Årsaker til at saken ikke ble innstilt til fylkesnemnda (§§ 6-2 og 6-2a). Prosent og gjennomsnitt (N=23)*

	Sv.viktig/ noe viktig	Sv.uviktig/ noe uviktig	Gj.sn.
Klienten samtykket til frivillig tiltak/§6-3	52	26	3.54
Hensynet til rusmiddel- misbrukerens selvbestemmelses rett	26	52	2.41
Problemer med å finne egnet behandlingsplass	26	52	2.41
Uklarheter i lov- og regelverk	22	43	2.36
Ønsket ikke å skade tillits- forholdet til klienten	13	65	1.95
Signaler fra ledelsen om at tvang ikke burde benyttes	4	74	1.59
Klienten samtykket ikke til innhenting av taushetsbelagt informasjon	0	74	1.59

En forklaring ser ut til å ha særlig betydning for at det ikke ender med innstilling til tvang – at klienten samtykker til å gå inn i frivillig behandling eller behandling basert på frivillig tvang. Som vi har sett tidligere kan det i disse tilfellene også være snakk om det vi kalte 'inaktiv bruk' av tvangslovgivningen, dvs at vurdering av tvangsplassering etter § 6-2 eller § 6-2a i seg selv kan medvirke til at klienten går inn i en eller annen form for

frivillig behandling (herunder § 6-3). En fjerdedel oppgir at hensynet til den rusmiddelavhengiges selvbestemmelsesrett (autonomi) var svært viktig eller viktig for beslutningen om å ikke gå videre med tvangssaken, noe som indikerer at denne type etiske vurderinger ennå har betydning for sosialarbeidernes vurderinger. Det dreier seg likevel ikke om særlig mange saker. Tilsvarende tall finner vi når det gjelder problemer med å få tak i egnet behandlingsplass og for uklårheter i lov- og regelverk. Signaler fra ledelse eller at klienten ikke samtykker til taushetsbelagte opplysninger har liten betydning i disse sakene. Den kvalitative studien av sosialtjenesten (Lundeberg og Mjåland 2009) viser også at sosialarbeiderne ofte finner måter å omgå kravet til samtykke fra klienten for å innhente taushetsbelagte opplysninger. I 15 % av § 6-2a sakene oppgis at kvinnen fødte mens ingen forklarer henleggelsen med at kvinnen foretok abort. Abort som følge av et § 6-2a vedtak er relativt sjelden, men forekommer i en del tilfeller (Søvig 2007).

*Årsaker til at saken endte med at det ble innstilt til tvang (§§ 6-2 og 6-2a). Prosent og gjennomsnitt (N=64-66)*

	Sv.viktig/ noe viktig	Sv.uviktig/ noe uviktig	Gj..sn.(skala 1-5)
Nødvendig for at klienten skulle kunne vurdere sitt eget behandlingsbehov	86	6	4.46
Misbruket var til fare for klientens liv og helse på sikt	70	17	3.97
Klienten hadde store psykiske problemer	68	9	3.95
Liv og helse var i umiddelbar fare	64	15	3.97
Press fra familie/pårørende	27	48	2.40
Klienten ba selv om å bli tvangsplassert	14	46	2.33
For lang ventetid på frivillig behandling	12	67	1.95

Det argumentet som får størst oppslutning er at tvang var nødvendig for at klienten skulle kunne vurdere sitt eget behandlingsbehov. Dette er også et av grunnargumentene i rettfærdiggjøringen av den paternalistiske tvangen i sosialtjenesteloven og bygger på det som har vært kalt "autonomitapsteser" (Nilssen 2001, 2007). Ideen er at et omfattende rusmiddelmisbruk fører til at den rusmiddelavhengiges evne til å handle som autonomt individ blir kraftig redusert (autonomitap) og at tvang er nødvendig for å gjøre han/henne i stand til å vurdere sin egen situasjon (herunder behandlingsbehov) på frivillig grunnlag (autonomireparasjon). Det skal ikke tvangsbehandles, bare motiveres i forhold til de valg som den enkelte skal ta på selvstendig grunnlag. Denne ideen kan problematiseres (jfr Nilssen 2001), men vi skal her bare konstatere at argumentet har

stor legitimitet i sosialarbeidernes begrunnelser for å innstille til tvang. De andre argumentene for innstilling til tvang som får størst oppslutning er også relevante i forhold til lovens helsevilkår. Her ser vi at forholdet mellom rus og psykiatri spiller en viktig rolle i mange saker. Press fra familie/pårørende oppgis å ha betydning i ca hver fjerde sak. Når det gjelder § 6-2a oppgir naturlig nok alle at beskyttelse av barnet er meget viktig; det er jo også selve grunnvilkåret i denne paragrafen.

Argumentene i tabellen er som vi ser ikke gjensidig utelukkende. Vi finner en sterk sammenheng mellom press fra familie/pårørende og at klientens liv og helse er i umiddelbar fare (.396\*\*), at helsen er i umiddelbar fare og i fare på sikt (.460\*\*), autonomitapsargumentet og at helsen er i fare på sikt (.445\*\*) og at klienten har store psykiske problemer (.314\*), samt at helsen er i fare på sikt og psykiske problemer (.355\*\*). Det betyr at de helsemessige kriteriene fremstår som akkumulerte og at pårørende/familie anses som viktigst i de tilfeller hvor klientens helsetilstand vurderes å være i umiddelbar fare.

*Årsaker til at det ble innstilt til tvang fordelt på paragrafer. Prosent og Cramers V. (N=65-66)*

Prosent sv.viktig/ noe viktig			
	§6-2	§6-2a	Cramer's V
Nødvendig for at klienten skulle kunne vurdere sitt eget behandlingsbehov	91	84	.387*
Liv og helse var i umiddelbar fare	91	36	.659**
Misbruket var til fare for klientens liv og helse på sikt	91	37	.664**
Klienten hadde store psykiske problemer	73	68	.171
Press fra familie/ pårørende	50	3	.540**

Vi ser her at det er store forskjeller i begrunnelsene mellom det to paragrafene, noe som jo også er naturlig i og med at de har ulike normative og rettslige fundament. § 6-2 er paternalistisk begrunnet ut fra hensynet til den rusmiddelavhengige selv (liv og helse), mens § 6-2a primært skal beskytte barnet mot rusmiddelbaserte skader. Dette kommer til uttrykk i at helseargumentene er viktigere for § 6-2 saker med unntak av klienter som har store psykiske problemer hvor det ikke er signifikante forskjeller mellom paragrafene. Hensynet til kvinnens egen situasjon spiller altså også inn i vurderingen av tvang etter § 6-2a, noe som kommer til uttrykk i at autonomitapsesen har stor oppslutning som argument i begge typer saker. Tabellen viser hvor viktig livredningstanken er for sosialtjenestens anvendelse av § 6-2 (se også Lundeborg og Mjåland 2009). Den sterke sammenhengen mellom akutt livredding og inngrep ut fra hensynet til klientens helse på sikt (.460\*\*), tyder på at akutthensynet er særlig viktig i disse sakene (dersom helsen er i umiddelbar fare er den naturlig nok også i fare på sikt) Begrunnelsene varierer ikke ut fra klientens kjønn (§6-2) og alder.

#### *Hastevedtak*

I 79 % av sakene oppgis det at sosialtjenesten fattet hastevedtak. Dette varierer i liten grad med trekk ved kommunen (størrelse og levekår), organisering av tvangsarbeidet

eller holdning til tvang. Men paradoksalt nok øker sannsynligheten for hastevedtak dersom saksbehandler får avlastning fra andre oppgaver i tvangssaker (.284\*). Og jo flere § 6-2a saker saksbehandleren har hatt, jo større er sjansen for at han/hun har anvendt et slikt vedtak i siste sak. Dette gjenspeiler en stor forskjell mellom de to tvangsområdene. Mens 62 % av de som sier at siste sak var en § 6-2 sak svarer at tvangsplasseringen var basert på et hastevedtak, er tilsvarende tall for § 6-2a 97 % (Cramers  $V = .429^{**}$ ). Så godt som alle hastevedtakene førte til faktiske innleggelse, de fleste av disse (90 %) ble opprettholdt i fylkesnemnda og alle disse vedtakene førte til innleggelse i institusjon.

#### *Bruk av politi*

Når sosialtjenesten skal effektivere et tvangsvedtak benyttes ofte bistand fra politiet. I over halvparten (55 %) av de refererte sakene oppgir sosialarbeiderne at de hadde bistand fra politiet under innleggelse.

#### *Politiets funksjon og rolle i innleggelsessituasjonen. Prosent og gjennomsnitt (N=33–34)*

	Helt enig/ delvis enig	Helt uenig/ delvis uenig	Gj.snitt (1-5)
Politiets bistand var nødvendig fordi personen var utagerende	38	47	2.79
Politiet benyttet unødig kraftige maktmidler	3	94	1.15
Politiets bistand førte til økt konfliktnivå	6	85	1.36
Bistand fra politiet var en viktig trygghetsfaktor for meg	88	9	4.45
Politiets tilstedeværelse opplevdes ubehagelig	6	82	1.45
Angrer på at politiet bisto innleggelsen	3	94	1.24

Det er i hovedsak to begrunnelser for politiets tilstedeværelse i effektiveringen av et tvangsvedtak. Den viktigste er at en slik bistand skaper trygghet for den sosialarbeideren som har ansvaret for saken. Dernest følger at klienten var utagerende, noe som jo også delvis kan ses i sammenheng med den første begrunnelsen. Svært få mener at politiet benyttet unødvendig kraftige virkemidler, at politiets bistand førte til økt konfliktnivå i situasjonen eller at politiets tilstedeværelse opplevdes ubehagelig. Dermed er det naturlig at nesten ingen heller gir uttrykk for at de angrer på å ha involvert politiet i denne sammenheng. Disse variablene er så entydige at det, med unntak av om personen var utagerende, er lite varians å forklare. Når det gjelder utagering finner vi ingen forskjell ut fra klientens kjønn, alder eller hvilken tvangsparagraf som ble anvendt.

Vi har også sett om bruk av politi varierer ut fra trekk ved kommunene, organisering av sosialkontoret og sosialarbeidernes erfaring og holdninger til tvang, men ingen av disse variablene har signifikant betydning (det er imidlertid en relativt sterk (om enn ikke signifikant) negativ sammenheng mellom prosjektorganisering og bruk av politi (-.237). Det er også interessant å merke seg at samtykke fra den rusmiddelavhengige før



tvangsvedtaket i sosialtjenesten ikke har signifikant betydning for om sosialtjenesten anvender politibistand eller ikke (-135). At man i nesten like stor grad må anvende politibistand når man skal hente inn personer som har samtykket til tvang som de som ikke har gjort det, kan tyde på at grunnlaget for samtykket ikke alltid er særlig reelt.

For § 6-2 er det en sterk og signifikant sammenheng mellom om det fattes hastevedtak og bistand fra politi (.385\*). 70 % av hastevedtakene effektueres med politibistand mot 31 % av de ordinære vedtakene<sup>30</sup>. For § 6-2a er det ingen slik sammenheng, noe som følger av at de fleste §6-2a sakene jo iverksettes som hastevedtak. I ca halvparten av både § 6-2 og § 6-2a sakene får sosialtjenesten politibistand.

### *Oppfølging*

I følge en rekke velferdslover (som pasientrettighetsloven, kommunehelsetjenesteloven, spesialisthelsetjenesteloven, psykisk helsevernloven, sosialtjenesteloven) har personer med behov for sammensatte og koordinerte tjenester rett til å få utformet en individuell plan (IP) (Kjellebold, 2002). Mange av de rusmiddelavhengige vi her har å gjøre med vil kunne være innenfor denne lovgivningens målgruppe.

I de sakene som inngår i vårt materiale oppgir 37 % at en slik plan ble opprettet i forbindelse med tvangsplasseringen, 19 % mente klienten hadde IP fra før, mens 19 % svarer negativt. Vi har her konstruert en dummyvariabel hvor vi ser på forskjeller mellom de som har fått IP som en del av tvangsplasseringen (1) og alle andre (0) ut fra de tidligere brukte uavhengige variablene (kommune, organisasjon, sosialarbeideres erfaring, klientenes kjønn, alder og anvendt paragraf). Her er det en variabel som har betydning; at det er etablert bistandsteam i kommunen. Er det etablert et slikt team, øker sannsynligheten for at det opprettes IP som en del av tvangsplasseringen (.388\*\*). Vi kan si at bistandsteamet bidrar til at det etableres kontakt på tvers av ulike tjeneste-/forvaltningsområder og nivåer og således fremmer etableringen av den type koordinerende tiltak som IP skal være.

En tiltaksplan er sammenliknet med IP et mer internt planredskap for Nav-/sosialkontoret i oppfølgingen av klienten og involverer ikke pr definisjon andre eksterne tjenester som skal koordineres. 55 % svarer at det ble utarbeidet tiltaksplan i forbindelse med tvangsplasseringen, 32 % sier nei mens 12 % ikke vet. Sosialtjenesten har etter loven plikt til å opprette tiltaksplan for pasienten i forbindelse med tvangsinngrep (Søvig 2007:200). At så mange som en tredjedel av svarerne sier at det ikke ble gjort, må derfor sies å være svært betenkelig.

Vi har her konstruert en dummy hvor de som har fått tiltaksplan er gitt verdien 1 og alle andre verdien 0. Så har vi gjennomført bivariate analyser av korrelasjonen mellom denne variabelen og de samme uavhengige variablene som for IP. Når det gjelder klienter ser det ut til at det oftere etableres tiltaksplan for kvinner (§6-2) enn menn (.433\*\*). Jo lenger erfaring (ansiennitet) sosialarbeideren har (og dermed sannsynligvis også kunnskap om lovgivningen), jo større er sjansen for at det etableres en slik plan (.404\*\*) og dersom ledelsen på det enkelte sosialkontoret legger til rette for arbeidet med tvangssaker, jo større er sjansene for at det også etableres en tiltaksplan for

---

<sup>30</sup> Gamma .680\* (N=33).

tvangsplasserte i løpet av oppholdet (.277\*). Men det er klientens kjønn og den ansattes erfaring som har størst betydning for dette spørsmålet.

De fleste sosialarbeiderne er fornøyde eller delvis fornøyde med det tilbudet klienten fikk på behandlingsinstitusjonen (74 %) og med samarbeidet med behandlingsinstitusjonen under tvangsoppholdet (78 %). Det må imidlertid nevnes at henholdsvis 22 % og 17 % uttrykker misnøye med på disse områdene.

*Sosialarbeidernes rapportering av hva som har skjedd med klienten etter tvangsoppholdet. Prosent (N=54, §6-2= 27, §6-2a= 27)*

	Ja		Vet ikke	
	§6-2	§ 6-2a	§6-2	§6-2a
Fikk videre oppfølging av sosialtjenesten/Nav	74	78	7	7
Klienten ruser seg mindre enn før	63	44	15	37
Fikk oppfølging/behandling i psykisk helsevern	44	37	7	7
Klienten gikk videre i frivillig behandling	37	33	7	0
Klienten er rusfri	30	41	11	15
Klienten ruser seg like mye som før	26	19	11	33
Gikk videre på § 6-3	22	0	7	11
Ingen konkret oppfølging ble gitt	7	11	7	11
<b>§ 6-2a (N=27)</b>				
	Ja		Vet ikke	
Barnet ble født med synlige rusrelaterte skader	19		19	
Klienten tok abort	4		0	
Klienten mistet omsorgsretten over barnet etter fødsel	41		4	

Siden vi har tatt utgangspunkt i siste sak den enkelte har hatt ansvaret for er de fleste sakene som inngår i materialet ganske nye. Dette vil nok gjenspeiles i rapporteringen av hva som har skjedd i ettertid av tvangsplasseringen. 11 % av klientene oppgis å være innlagt i frivillig behandling og inngår dermed ikke i tabellen ovenfor. Samtidig er denne rapporteringen gjort av den som har vært ansvarlig for gjennomføringen av tvangssaken, noe som naturlig nok kan innebære en skjevhet i form av en mer positiv vurdering av hva som har skjedd etter tvangsplasseringen. Mange rapporterer at klienten ruser seg mindre enn før (totalt 54 %), 37 % sier han/hun gikk videre i frivillig behandling mens 35 % mener klienten er rusfri. Mange sies også å ha fått oppfølging i psykisk helsevern (41 %) og det store flertallet får videre oppfølging av Nav-/sosialkontoret (76 %). Tabellen indikerer noen forskjeller mellom § 6-2 og § 6-2a selv om tallene er så små at det er knyttet stor usikkerhet til dem. For det første oppgir færre når det gjelder § 6-2a at klienten ruser seg mindre enn før (44 % mot 63 %) og at klienten gikk videre på § 6-3 opphold (0 % mot 22 %), mens noen flere mener klienten er rusfri (41 % mot 30 %). På

spørsmålene om klienten ruser seg mindre eller like mye som før, er andelene som ikke vet langt større for § 6-2a sakene. Når det gjelder § 6-2a oppgis mange å ha mistet omsorgsretten over barnet etter fødselen og en av fem sier barnet ble født med synlige rusrelaterte skader. En tredjedel rapporterer at kvinnen gikk videre i frivillig behandling. For begge paragrafene er det svært få som mener at klienten ruser seg mer enn før (2 % sier ja, mens 30 % ikke vet).

Disse tallene gir ikke grunnlag for å si noe autoritativt om hva som skjer med klienter etter tvangsplasseringen, men det gir et inntrykk av at de som arbeider med tvangssaker oppfatter at tvangen har hatt en rekke positive effekter, i alle fall på kort sikt.

### Sosialtjenestelovens § 6-3

I sosialtjenestelovens § 6-3 heter det at *"Når en rusmiddelmissbruker på grunnlag av eget samtykke blir tatt inn i en institusjon utpekt av regionalt helseforetak (...), kan institusjonen sette som vilkår at misbrukeren 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 misbrukeren holdes tilbake i opptil tre uker etter at samtykket utrykkelig er trukket tilbake".* Dette er altså et tiltak som i prinsippet regnes som å være basert på frivillighet (samtykke) og som dermed ikke er underlagt de samme rettssikkerhetsgarantiene som den domstolsliknende behandlingen i fylkesnemnda utgjør for §§ 6-2 og 6-2a.

#### Bakgrunn

Det mest relevante spørsmålet når det gjelder igangsettingen av disse sakene er ikke hvor eventuelle bekymringsmeldinger kommer fra, men hvem som tar initiativet til et slikt tiltak.

#### Hva var bakgrunnen for innleggelsen etter § 6-3

	Prosent antall personer (saker)
Sosialkontoret tok initiativet	51
Klienten ba om det	47
Behandlingsinstitusjon krevde/ ønsket det	15
N=	53

Selv om loven i utgangspunktet formulerer grunnlaget for avtalt retensjon som et krav behandlingsinstitusjonene kan stille for å ta imot en klient, ser det ikke ut til at det er slik det fungerer i praksis. I de sakene vi har data på her, kommer initiativet i ca halvparten av tilfellene fra sosialkontoret selv og i nesten like mange tilfeller er det klienten som ber om det. Bare i 15 % av sakene oppgis det at behandlingsinstitusjonene krevde eller ønsket at man skulle anvende § 6-3 for at de skulle ta imot klienten. Initiativet til § 6-3 fremstår sjelden som en kombinasjon av at klienten ønsker det og at sosialkontoret tar initiativ – her er det en negativ korrelasjon på  $-.585^{**}$ . Bare i fem av sakene fremkommer en slik kombinasjon. I en fjerdedel av sakene oppgis at klienten er gravid. Gjennomsnittsalderen for § 6-3 klientene er 31 år.

Som vi har sett ovenfor var de to begrunnelsene for at § 6-3 ikke anvendes mer med høyest tilslutning fra sosialarbeiderne, at det er for få behandlingsinstitusjoner som tilbyr § 6-3 i helseregionen og at behandlingsinstitusjonene ikke ønsker å benytte § 6-3. Mye tyder dermed på at begrensningene i anvendelsen av § 6-3 i stor grad finnes i behandlingsapparatet (ressurser og skepsis). Vi har imidlertid også sett at mange sosialarbeidere mener det er for liten kunnskap om § 6-3 i sosialtjenesten, noe som selvfølgelig også kan henge sammen med det første.

Hvem som tar initiativet til § 6-3 saker varierer i liten grad ut fra kommunestørrelse og måten tvangen organiseres på i sosialtjenesten. Når det gjelder rusmisbrukers alder og kjønn, er det først og fremst alder som slår ut. Sosialkontoret tar oftere initiativ til bruk av § 6-3 overfor yngre misbrukere (-.280\*).

### Type rusmidler

	Prosent	Prosent
	antall svar	antall saker
Benzodiazepiner	23	64
Opiater	23	64
Amfetamin	19	53
Cannabis	17	49
Alkohol	12	34
N=	150	53

Hvilke rusmidler som utgjør grunnlaget for § 6-3 klientenes misbruk, varierer ikke mye fra det som gjelder for §§ 6-2 og 6-2a. Det kan se ut som amfetamin spiller en noe mindre rolle her uten at vi skal legge særlig vekt på det. Tabellen viser at respondentene gjennomsnittlig nevner i underkant av tre rusmidler for hver sak (150 svar på 53 saker).

### Bivariate korrelasjoner mellom ulike rusmidler. Pearsons R. (N=53)

	Opiater	Cannabis	Benzodiazepiner	Amfetamin
Alkohol	-.461**	-.146	-.212	-.120
Amfetamin	.003	.474**	.239	
Benzodiazepiner	.508**	.261		
Cannabis	.340*			

Alkoholmisbruk er også her negativt korrelert med andre typer rusmidler, men det er bare kombinasjonen alkohol og opiatere som har en sterk og signifikant negativ sammenheng. Det betyr altså at denne type kombinasjoner sjelden danner bakgrunn for misbruket som aktualiserer § 6-3. Derimot er kombinasjonene opiatere og benzodiazepiner, amfetamin og cannabis og cannabis opiatere, relativt hyppige. I motsetning til alkohol er det stor sett positive korrelasjoner mellom de andre typene av rusmidler.

*Oppfølging*

Av de 53 sakene som refereres av respondentene (deres siste saker), var tvangsoppholdet ennå ikke avsluttet i 10 (19 %) av sakene. Det betyr at spørsmål angående oppfølgingen av klientene etter oppholdet kun omfatter 43 svar (saker). Vi begrenser oss dermed bare til å gjengi frekvensene på de spørsmålene som omhandler hva som har skjedd i etterkant av tvangsoppholdet.

For alle sakene (uavhengig om tvangsoppholdet er avsluttet eller ikke) ble det opprettet individuell plan i 11 % av sakene, mens 26 % hadde en slik plan fra før. I 59 % av tilfellene ble det ikke opprettet en slik plan.

Der tvangsoppholdet er avsluttet oppgir en tredjedel at det varte fra 0–1 måned, 28 % at det varte i 1–3 måneder og 35 % at det varte mer enn 3 måneder. I 5 av sakene trakk klienten samtykke under oppholdet og i alle disse sakene ble behandlingsoppholdet avsluttet før planlagt.

Også for § 6-3 er de fleste fornøyd med tilbudet klienten fikk på behandlingsinstitusjonen. 72 % sier de er ganske eller svært fornøyd mens 14 % er svært eller ganske misfornøyd. 71 % er svært eller ganske fornøyd med samarbeidet med behandlingsinstitusjonen samlet sett, mens 19 % er svært eller ganske misfornøyd.

*Hva har skjedd med klienten etter tvangsoppholdet. Prosent (N=43)*

	Ja	Vet ikke
Klienten fikk videre oppfølging av sosialtjenesten/Nav	81	5
Klienten gikk videre i frivillig rusbehandling	56	5
Klienten ruser seg mindre enn før	47	26
Klienten fikk oppfølging/behandling i psykisk helsevern	44	5
Klienten er rusfri	21	23
Klienten ruser seg like mye som før	16	30

I hovedsak må vi si at sosialarbeidernes rapportering om hva som har skjedd med klientene etter § 6-3 oppholdet gir et tilsvarende bilde av hva som rapporteres for klienter som har vært tvangsplassert etter § 6-2 eller § 6-2a. De fleste får videre oppfølging av sosialtjenesten/Nav, mange går videre i frivillig behandling (her er andelen for § 6-3 (56 %) en god del høyere enn for 6-2/6-2a (37 %), men på grunn av utvalgets størrelse må dette tolkes med forsiktighet). I og med at § 6-3 i utgangspunktet skal baseres på samtykke, er det kanskje ikke overraskende at mange også fortsetter i frivillig behandling etter tvangsoppholdet. 44 % rapporteres å gå videre til oppfølging/behandling i psykisk helsevern. Mange mener også at klienten ruser seg mindre enn før og ca hver femte respondent mener at klienten var rusfri på svartidspunktet. Når det gjelder klientenes rusmønster er det også mange som oppgir at de ikke har kjennskap til det. Som tidligere nevnt gir ikke disse svarene noen gode holdepunkter for å si hva som faktisk har skjedd med klientene på kort og lang sikt etter et tvangsopphold på § 6-3 (langt mindre om tvangens effekt). De gir kanskje et bilde av kortsiktige resultater i og med at sosialarbeiderne tar utgangspunkt i sin siste sak. Men svarene tyder her som for §§ 6-2/6-2a på at sosialarbeiderne som arbeider med denne

type saker oppfatter at tvangen kan medføre en del positive resultater, selv om man selvfølgelig ikke har full oversikt over hva som er konkrete effekter av tvangsoppholdet.

## Avslutning

Sosialarbeiderne har en sentral rolle i forvaltningen av tvangslovgivningen angående voksne rusmiddelavhengige. To beslutningsmodeller skal ideelt sett kombineres når sosialarbeiderne vurderer om tvang skal anvendes i konkrete saker: byråkratimodellen og profesjonsmodellen (Nilssen 1999). Ut fra byråkratimodellen fremstår sosialarbeideren som nøytral rettsanvender. De beslutninger som fattes skal ideelt fremkomme som et resultat av en lovorientert regelstyring – sosialarbeidernes oppgave blir primært å vurdere den enkelt rusmiddelavhengiges situasjon (faktum) i forhold til foreliggende rettsregler med den juridiske subsumsjonslogikken som ideal: "*Man søker først den almene regel på bakgrunn av det konkrete tilfellet (den rettslige avgrensningen av faktum og beviser), så subsummerer man enkelttilfellet under regelen (subsumsjon)*" (Doublet og Bernt 1992:88). Legalitet er selvfølgelig spesielt viktig på et felt hvor velferdsstaten griper inn med tvang overfor sine medborgere.

Men sosialarbeideren er ikke bare tillagt en slik rolle i rettsanvendelsen. Selv om lovgivningens vilkår anses oppfylte, skal han/hun ut fra egne faglige vurderinger avgjøre om tvang er hensiktsmessig i hvert enkelt tilfelle. Profesjonsmodellen innebærer en annen type beslutningslogikk enn byråkratimodellen. Mens den siste er regelorientert, er den første konsekvensorientert, dvs innrettet mot mål–middel vurderinger (Eckhoff og Jacobsen 1960). Det forutsettes altså at sosialarbeiderne har et sosialfaglig grunnlag for å vurdere tvangens hensiktsmessighet innenfor de skjønnsmessige rammer som den enkelte tvangsparagrafen gir.<sup>31</sup>

Tidligere undersøkelser har vist at variasjoner i sosialtjenestens praksis ikke utelukkende kan forstås ut fra kombinasjonen av disse to modellene (jfr, Nilssen 1999; Søvig 2007; Lundeberg og Mjåland 2009). Avvik fra byråkratimodellens ideal kan for eksempel skyldes at lovreglene er uklare og vanskelig å praktisere, eller at sosialarbeiderne mangler selvstendig kunnskap til å bestemme sakens faktum (for eksempel i forhold til helsekriterier). Avvik fra profesjonsmodellen kan ligge i at den sosialfaglige kunnskapen ikke gir et stabilt grunnlag for skjønnsutøving når det gjelder tvangens hensiktsmessighet. Sosialarbeidernes egne holdninger og syn på tvangsbruk kan bidra til variasjoner i rettsanvendelsen. I tillegg kan en rekke andre faktorer spille inn på de vurderingene som gjøres lokalt, det være seg trekk ved sosialkontoret (organisering, spesialisering, ressurser etc) eller trekk ved behandlingssektoren (ressurser, kvalitet og holdninger). Det betyr at den variasjonen i tvangsbruken som kan avdekkes i praksis, vil ha sin forklaring i et komplekst samspill mellom en rekke faktorer. Noen av disse har vi forsøkt å avdekke gjennom de spørsmålene som er stilt til sosialarbeidere med erfaring fra rusarbeid generelt og tvangstiltak spesielt.

De årsakene som sosialarbeiderne legger mest vekt på for å forklare hvorfor tvang etter §§ 6-2 og 6-2a ikke anvendes mer, er både interne og eksterne sett fra

---

<sup>31</sup> Sosialarbeiderne må også forholde seg til en tredje beslutningsmodell – domstolsmodellen – ved at tvangsvedtak skal avgjøres av et domstolslignende forvaltningsorgan (Fylkesnemnda).

sosialtjenesten. Den viktigste rettslige forklaringen er at loven oppfattes å stille strenge krav til tvangsbruk, særlig for § 6-2. En annen viktig ekstern forklaring er at man får for få bekymringsmeldinger fra aktører utenfor sosialtjenesten. En tredje er manglende kapasitet/kvalitet i behandlingsapparatet. Interne forklaringer er først og fremst knyttet til tvangssakenes ressursmessige konsekvenser for sosialtjenesten. For § 6-2 oppgir en del også at hensynet til den rusmiddelavhengiges selvbestemmelsesrett er av betydning. Det er imidlertid viktig å fremheve at blant de sosialarbeiderne som inngår i vårt materiale, er det mange som mener at tvang bør brukes mer enn i dag. Svært få vil at tvang skal brukes mindre (for alle tre paragrafene).

Når det gjelder § 6-3 er hovedforklaringene på at den ikke anvendes mer først og fremst eksterne (manglende plasser og negativt syn på § 6-3 i behandlingssektoren), selv om mange også fremhever at det er for lite kunnskap om § 6-3 i sosialtjenesten.

Det er klart at bruk av tvang etter §§ 6-2 og 6-2a har økt over tid. De forklaringene som har størst oppslutning blant sosialarbeiderne er at brukergruppen har endret seg ved at man har fått flere rusmiddelavhengige med sammensatte lidelser. Kombinasjonen rus – psykiatri ser ut til å ha blitt langt mer fremtredende nå enn før. Mange legger også vekt på interne forhold som bedre kunnskap og organisering i sosialtjenesten. Mer press fra pårørende nevnes også i forhold til § 6-2. Undersøkelsen viser helt klart at press fra familie/pårørende spiller en langt større rolle for sosialtjenestens vurderinger i forhold til § 6-2 enn § 6-2a. Dette er et gjennomgående funn i denne undersøkelsen.

Når det gjelder variasjoner i rettsanvendelsen i forhold til rusmiddel og kjønn kommer det også inn en del utenomrettslige forhold i vurderingene, for eksempel at alkohol er mer sosialt akseptert enn andre rusmidler. Variasjonen mellom alkohol og narkotiske stoffer er kanskje mest interessant i forhold til gravide siden alkoholmisbruk har klare dokumenterte skadevirkninger for fosteret. Færre bekymringsmeldinger angående alkoholmisbruk, manglende avdekking av alkoholmisbruk i svangerskapskontrollen og at alkoholmisbrukere har mindre kontakt med sosialtjenesten, er de forklaringene som får størst oppslutning. Av interne årsaker er for dårlige kartleggingsrutiner for alkoholmisbruk i sosialtjenesten, viktigst. For § 6-2 plasseringer blir kvinner utsatt for en form for paternalisme (eller maternalisme) som ikke relaterer seg direkte til helsekriterier (som er det rettslig relevante), men til det Lundeberg og Mjåland (2009) har kalt 'kjønnede offerkonstruksjoner' og til mer generelle kulturelt betingede kjønnsstereotyper. Det første dreier seg om inngrep i forhold til at kvinner i rusmiljøet er utsatt for mer vold og overgrep enn menn og at de trenger hjelp for å komme ut av prostitusjon; det siste at det er mer akseptert at menn ruser seg enn at kvinner gjør det. Kjønnsvariasjoner må imidlertid også ses i forhold til at mannlige rusmiddelavhengige langt oftere enn kvinner tilbringer tid i fengsel (Lundeberg og Mjåland 2009).

Når vi går inn på enkeltsaker, er det naturlig nok de rettslig relevante hensynene som legges mest vekt på for om en vurdering ender med tvangsvedtak eller ikke. For §§ 6-2 og 6-2 a er det helsekriteriene og autonomitapsargumentet som tillegges mest vekt. Her er det interessant at svært mange oppgir at klienten hadde store psykiske problemer. Som nevnt ovenfor oppgir mange at flere med sammensatte lidelser i klientgruppen, er årsak til at tvang brukes mer. Også her går det klart frem at press fra familie/pårørende er langt viktigere i § 6-2 enn § 6-2a saker. Den rusmiddelavhengiges helse spiller naturlig

nok også en mindre rolle for § 6-2a fordi det her er beskyttelse av fosteret som står i fokus. Det er verdt å merke seg at sannsynligheten for at en sak som vurderes ender med at sosialkontoret fatter et tvangsvedtak, øker dersom sosialkontoret er et "spesialistkontor" (Lundeberg og Mjåland 2009) dvs har egne ansatte som har spesialisert seg på tvangssaker. Hovedgrunnen til at en sak som vurderes ikke innstilles til tvang er at klienten samtykker til frivillig tiltak eller avtalt tvang etter § 6-3.

Det kan stilles spørsmål ved hvor reelt valg av frivillig behandling eller tvang etter § 6-3 er i slike situasjoner. Denne type valg kan i stor grad fattes nettopp for å unngå et tvangsvedtak etter § 6-2 eller § 6-2a. Mange sosialarbeidere har også brukt disse paragrafene som en slags underliggende trussel for å få inn klienten på frivillige tiltak eller avtalt tvang. At sosialarbeiderne har erfaring med tvangstiltak og at arbeidet med tvangssaker i sosialtjenesten er spesialisert, øker sjansen for at lovgivningen også anvendes på denne måten. I § 6-3 saker tar sosialkontoret og klienten selv omtrent like ofte initiativet til tiltaket. Selv om loven er formulert som et krav behandlingsinstitusjonen kan stille for å ta imot en pasient, er det langt sjeldnere at § 6-3 iverksettes på dette grunnlaget.

Også når det gjelder §§ 6-2 og 6-2a samtykker klienten ofte til tvangstiltaket enten i forkant av sosialtjenestens vedtak eller i etterkant. I mange tilfeller er grunnlaget for samtykket nok ganske usikkert. At sosialtjenesten anvender politibistand like ofte overfor personer som oppgis å ha samtykket til tvang i forkant av vedtaket som overfor andre klienter når de skal effektivere tvangen, tyder på at samtykket ofte ikke er særlig reelt. Undersøkelsen viser at hastevedtak fortsatt er normalen når tvang skal iverksettes. Dette gjelder både for § 6-2 og § 6-2a, om enn i større grad overfor gravide. For § 6-2 fører hastevedtak til økt bruk av politibistand når vedtaket skal gjennomføres.

Når det gjelder oppfølgingen av tvangen vil vi fremheve tre funn. For det første ser det ut til at mer kan gjøres for å følge opp klientene på en mer planmessig måte. I mange tilfeller etableres det for eksempel ikke tiltaksplaner og utformingen av slike planer varierer både med de rusmiddelavhengiges kjønn, sosialarbeidernes erfaring og i hvor stor grad man oppfatter at ledelsen ved kontoret legger til rette for arbeid med tvangssaker. At etablering av individuell plan skjer hyppigst i kommuner hvor det er etablert bistandsteam, tyder også på at praktiseringen av denne rettigheten varierer. For det andre oppgir mange sosialarbeidere at pasienter på tvang, uavhengig av paragraf, får oppfølging/behandling i psykisk helsevern. Dette styrker inntrykket av at kombinasjonen rus og psykiatri har blitt mer fremtredende på dette feltet. For det tredje oppfatter sosialarbeiderne som har hatt ansvar for en tvangssak at det har skjedd en del positive ting med klienten i etterkant både når det gjelder rusforbruk og oppfølging i frivillig behandling. Dette omfatter alle tre tvangsparagrafene selv om det også er forskjeller her. For § 6-2a er hovedmålet med tvangen å beskytte fosteret mot skade. At hver femte respondent i slike saker mener at barnet ble født med rusrelaterte skader, kan tyde på at tvangsplasseringen kommer for sent i en del tilfeller (jfr. kapittel 3) eller at skjermingen under oppholdet ikke har vært god nok.

En sentral betingelse for at rettsanvendelsen skal kunne følge intensjonene i lovgivningen, er at det finnes tilstrekkelige og kvalitetsmessig akseptable behandlingsplasser som kan følge opp ulike typer tvangsvedtak. Det er overraskende mange sosialarbeidere på dette feltet som ikke er i stand til å vurdere kvaliteten på



behandlingsinstitusjonenes tilbud. De mangler altså kjennskap til hva som foregår på de ulike behandlingsinstitusjonene. Når det gjelder tvangsplasser i egen helseregion, er vurderingene gjennomgående mer negative for tilgang (antall plasser) enn for kvalitet. De som ønsker at det skal anvendes mer tvang ut fra de tre paragrafene, er også mest negativ til tilgangen på plasser. Situasjonen ser relativt sett ut til å være best på § 6-2a. Undersøkelsen gir også en indikasjon på at det kan være store forskjeller mellom helseregionene.

Alle disse funnene peker samlet i retning av at forutsetningene som ligger i koplingen mellom de ideelle beslutningsmodellene; byråkratimodellen og profesjonsmodellen; ikke stemmer særlig godt overens med virkeligheten på dette feltet. Hovedgrunnene til det er etter vår mening at det finnes en rekke variasjoner i rettsanvendelsen som har sitt grunnlag i utenomrettslige årsaker:

- Det kan være at rettens krav tolkes ulikt eller at sosialtjenesten ikke har tilstrekkelig kunnskap om loven (dette gjelder primært for § 6-3).
- På noen områder anvendes lovgivningen forskjellig ut fra hvordan sosialtjenesten har organisert arbeidet med tvangssaker.
- Vurdering av tvang synes i stor grad å være påvirket av at sosialtjenesten får tilstrekkelig ekstern informasjon om klientene.
- Tilgang på kvalitativt gode behandlingsplasser i helseregionen er viktig. Det samme er holdningene til ulike type tvang. Sosialtjenesten oppfatter for eksempel negative holdninger i behandlingssektoren som en viktig årsak til at § 6-3 ikke anvendes mer.
- Alkoholmisbruk fanges ikke opp på samme måte som narkotikamisbruk uten at dette kan sies å ligge i lovverket. Særlig for § 6-2a kan dette være problematisk. Dette har både interne og eksterne årsaker sett fra sosialtjenesten.
- Kvinner omfattes av en sterkere form for ikke-rettslig fundert paternalisme, noe som sannsynligvis også gjenspeiler et sterkere fokus på "kvinnerelaterte problemer" som en følge av at svært mange som arbeider på dette feltet også er kvinner.
- Samtidig er det klart at man generelt sett har fått et større fokus på tvangslovgivningen i sosialtjenesten, noe som har medført bedre kunnskap, rutiner og organisering av dette arbeidet. Med en spesialisering av tvangsarbeidet har sannsynligvis holdningene til sosialarbeiderne som arbeider med slike saker endret seg. Mange gir uttrykk for at de ønsker at tvang skal anvendes mer. Bruk av tvang etter §§ 6-2 og 6-2a har jo også økt over tid. En fare med denne utviklingen kan være at tvang, som jo i utgangspunktet er et integritetskrenkende tiltak, får for stor oppmerksomhet i sosialtjenesten og dermed blir en "normalisert" del av tiltaksapparatet i rusarbeidet. Det gjelder spesielt den omsorgspaternalistiske tvangen (§ 6-2). Dersom man ønsker at den avtalte tvangen (§ 6-3) skal få en sterkere relativ posisjon på dette området, kreves det nok en del endringsarbeid både i forhold til behandlingssektoren, sosialtjenesten og lovgivningen. Etter vår mening vil det være av stor betydning å få en klargjøring av helseregionenes ansvar for å skaffe tilveie et tilstrekkelig tilbud på dette området, herunder å stille krav til behandlingsinstitusjonene om å ta imot

pasienter på avtalt tvang. En enklere lovgivning vil sannsynligvis også gjøre det lettere for sosialtjenesten å anvende denne paragrafen.

# Fylkesnemndsundersøkelsen

## Karl Harald Søvig

### Presentasjon av materialet

Hoveddelen av denne undersøkelsen er innsamlet materiale i saker avgjort av fylkesnemndene etter ordinær saksbehandling under sosialtjenesteloven §§ 6-2 og 6-2a. Data fra 1993–2003 er basert på tidligere forskning (Søvig 2007). I tillegg har vi bedt landets fylkesnemnder sende inn samtlige vedtak avgjort etter ordinær saksbehandling for årene 2004 og 2005. For årene 2006–2008 har vi hentet ut realitetsvedtak fra fylkesnemndenes saksbehandlingssystem ("Sakarias").

Ordinær saksbehandling vil si saker fremmet for fylkesnemndene etter lovens hovedregel, dvs. at midlertidige vedtak er unntatt. Derimot er den ordinære komponenten av sakskomplekset tatt med, der hvor en person både er midlertidig innlagt og kommunen følger opp med en begjæring om ordinær tvangsinnleggelse. Materialet omfatter bare realitetsavgjørelser, hvor utfallet enten er at kommunen får medhold i sin begjæring om tvangsinnleggelse eller at denne forkastes. Kommunen får medhold i 96,5 % av sakene etter § 6-2 og i 92,5 % av sakene etter § 6-2a. Personene i fylkesnemndsundersøkelsen vil likevel undertiden omtales som "de tvangsinnlagte" fordi den mer presise formuleringen "de som begjæres tvangsinnlagt" er tungvint.

De aktuelle avgjørelsene inneholder opplysninger som er taushetsbelagt etter reglene i forvaltningsloven, men Helsedirektoratets har gitt dispensasjon fra taushetsplikten, jf. vedtak av 15. juni 2009 med hjemmel i forvaltningsloven § 13d.

For årene 2004 og 2005 er det en viss diskrepans mellom antall oversendte realitetsvedtak og tallene som fylkesnemndene har oppgitt i årsmeldingene. Det mangler 25 vedtak etter § 6-2 og 9 vedtak etter § 6-2a.<sup>32</sup> Misforholdet mellom rapporterte og tilsendte vedtak kan dels skyldes at nemndene har rapportert noe høyere antall på grunn av feilføringer, typisk ved at hevingsvedtak er registrert som realitetsavgjørelser, jf. også nedenfor om 2006–2008, men diskrepansen kan også skyldes at nemndene på grunn av ulike forhold ikke har oversendt samtlige vedtak.

Fordi implementeringen av systemet tok tid, er ikke alle vedtakene fra 2006 og fremover tilgjengelige i elektronisk form. Særlig gjelder dette for 2006, som var det første året med nytt system. Disse vedtakene er ikke søkt innhentet via manuelle arkiv. Dette utgjør 37 vedtak etter § 6-2 (av i alt 222 realitetsvedtak for 2006–2008) og 13 vedtak etter § 6-2a (av i alt 54 realitetsvedtak for 2006 og 2007). Imidlertid er det noen få vedtak fra 2006 som ikke er registrert i fylkesnemndenes nye datasystem (regelmessig fordi saken innkam i 2006), men som er tatt med i undersøkelsen her (5 vedtak etter §

---

<sup>32</sup> Av de innsendte vedtakene for 2004 og 2005 manglet deler av vedtaket i 3 saker, og disse ble ikke sendt inn etter purring. Disse tre vedtakene er ikke tatt med i fylkesnemndsundersøkelsen, men nemnd, årstall og kommune er registrert, slik at disse er med i oversikten over saksfordelingen for fylkesnemndene og i landsoversikten som følger som vedlegg.

6-2 og § 6-2a). Endelig kommer to vedtak som var hentet inn for 2007, men som ved en feil fra vår side ikke kom med i fylkesnemndsundersøkelsen.<sup>33</sup>

I alt er fylkesnemndsundersøkelsen basert på gjennomgang av 776 vedtak, fordelt på 572 avgjørelser etter § 6-2 og 204 avgjørelser etter § 6-2a. Med de reservasjonene som er gjort foran, er dette et nær komplett datamateriale for perioden 1993–2008.

Fylkesnemndsvedtakene er gjennomgått med henblikk på ulike variabler. I forbindelse med de respektive analysene nedenfor blir de forskjellige usikkerhetsfaktorene gjennomgått spesifikt, mens det her skal gjøres rede for en del generelle faktorer. Fylkesnemndsvedtakene gir mye informasjon om de tvangsinnlagte og deres forhistorie, men også om de som avgjør (fylkesnemnden) og fremmer saken (kommunen). I tillegg fremkommer undertiden også bakgrunnsinformasjon om institusjoner, andre offentlige instanser, og nettverket til de tvangsinnlagte. Selv om informasjonen i vedtakene er etterrettelig, er avgjørelsen formulert ut fra sitt spesifikke siktemål om å avgjøre en konkret sak. Informasjon som er forskningsmessig interessant, er ikke nødvendigvis relevant for nemnden. Dessuten er vedtakene av og til preget av at nemnden har fått mye informasjon gjennom saksdokumentene og eventuelle muntlige forhandlinger. Dermed har partene og nemnden en felles kunnskapsbase som oppleves som selvsagt, og som derfor ikke alltid nedfelles i det skriftlige vedtaket. Illustrerende er hvordan fylkesnemndene enkelte ganger unnlater å spesifisere den private parts rusmiddelforbruk, fordi denne informasjonen står som innlysende for sakens aktører.

I tillegg til disse forbeholdene knyttet til nemnden kommer faktorer knyttet til forskeren. Vedtakene er lest gjennom en årrekke, og det er en fare for at samme variabel kan ha blitt forstått på forskjellig måte til ulik tid.

Når det gjelder statistiske mål, viser vi til presentasjonen i kap. 2. Et sentralt element i fylkesnemndsundersøkelsen har vært å avklare hvorvidt det er regionale forskjeller. Disse vil dels være på kommunenivå på grunn av sosialtjenestens sentrale rolle som ansvarlig for å fremme sakene, men for mange kommuner er sakstilfanget begrenset. Vi har derfor valgt hovedsakelig å presentere regionstatistikk på fylkesnemndsnivå. I tillegg har vi for noen variablers del laget tabeller på kommunenivå. Vi har her valgt ut de fire største byene og seks kommuner som både har en tvangsrate på over 1,5 per 100 000 innbyggere etter § 6-2 (se vedlegg 1) og i absolutte tall har mer enn 15 vedtak i perioden 1993–2009.<sup>34</sup>

## Nærmere om de tvangsinnlagte

Gjennomsnittsalderen for de tvangsinnlagte etter § 6-2 er 29 år (N=569, standardavvik: 9,1), mens den er 28 år etter § 6-2a (N=201, standardavvik: 6,3). Både etter § 6-2 og § 6-2a er nær 40 % av de tvangsinnlagte under 25 år. Den eldste tvangsinnlagte etter § 6-2 var 71 år, mens den eldste kvinnen etter § 6-2a var 44 år.

---

<sup>33</sup> Nemnd, årstall og kommune er registrert, slik at disse er med i oversikten over saksfordelingen for fylkesnemndene og i landsoversikten som følger som vedlegg.

<sup>34</sup> Fylkesnemndsundersøkelsen baserer seg på perioden 1993–2008, mens vedlegg 1 både inkluderer 2009 og er komplett (vedtak som ikke er elektronisk registrert i fulltekst er også tatt med i vedlegg 1). Derfor vil noen av kommunene ha mindre enn 15 vedtak i tabellene som blir presentert.

*Aldersgrupper (§§ 6-2 og 6-2a). Prosent (N=569/201)*

Alder	§ 6-2	§ 6-2a
16-17	0,2	1,5
18-24	38,1	34,3
25-34	39,4	43,8
35-44	13,9	20,4
45-54	6,5	0
55+	1,9	0

Verken § 6-2 eller § 6-2a inneholder noen nedre aldersgrense. Med ett unntak er samtlige innlagte etter § 6-2 likevel over 18 år,<sup>35</sup> mens tre saker etter § 6-2a gjaldt kvinner under 18 år.<sup>36</sup> Årsaken til at § 6-2 ikke brukes overfor mindreårige er trolig at reglene om tvang overfor ungdom med atferdsproblemer i barnevernloven foretrekkes overfor denne aldersgruppen. Tilbakeholdstiden her er inntil ett år, med mulighet for ett års forlengelse (barnevernloven § 4-24). For gravide kan det tenkes at de ikke har et rusmiddelforbruk som er tilstrekkelig for å kvalifisere til opphold etter barnevernloven. I tillegg er reglene om gjennomføring under sosialtjenesteloven § 6-2a mer spesifikt rettet mot denne gruppen, hvilket kan forklare at § 6-2a foretrekkes fremfor barnevernloven for gravide under 18 år. Den innlagte etter § 6-2 som var under 18 år hadde hatt to påfølgende vedtak etter barnevernloven § 4-24, slik at forlengelse under denne hjemmelsloven var utelukket.

Kjønnsfordelingen etter § 6-2 er noenlunde lik, med en svak overvekt av kvinner (53,2 % mot 46,8 %: N=569). Det er en signifikant forskjell i alder mellom kvinner og menn, hvor gjennomsnittsalderen er henholdsvis 28 og 31 år (.189\*\*).<sup>37</sup> Det mest påfallende er likevel kjønnsfordeling sammenholdt med rusmiddeltyper, jf. diskusjonene nedenfor.

Vedtakene er gjennomgått med sikte på rusmiddelforbruk hos de som sosialtjenesten begjærer tvangsinnlagt. Vi har tatt utgangspunkt i den rusmiddelbruken som fylkesnemnden har lagt til grunn for vedtaket (også der hvor dette ender med utskrivning). Dersom selve vedtaket er knapt, har vi supplert med rusmiddelforbruket som er beskrevet i innledningen ("intimasjonen"), eventuelt også med opplysninger som sosialtjenesten har kommet med i sine anførsler, så langt de ikke er bestridt av den private part.

<sup>35</sup> Vedtak 16. juni 2008 (A).

<sup>36</sup> Vedtak 2. mai 2002 (N), 4. april 2006 (BV) og 22. januar 2007 (HSF).

<sup>37</sup> Konstruert "dummy-variabel" hvor kvinner har verdien 1 og menn 2.

*Hovedrusmiddel (§ 6-2 og § 6-2a). Prosent (N=567/204).*

Hovedrusmiddel	§ 6-2	§ 6-2a
Alkohol	13,9	4,9
Narkotika	64,6	77,8
Blanding	20,6	15,3
Annet	0,9	2

Inndelingen i rusmiddeltyper er dels selvforklarende, men trenger enkelte presiseringer. Narkotika rommer alle substanser som står på narkotikalistene,<sup>38</sup> inkludert tabletter/medikamenter med virkestoffer definert som narkotika. Blandingsmisbruk inkluderer bruk av både alkohol og narkotika. Denne definisjonen av blandingsmisbruk avviker fra den medisinske. I henhold til ICD-10 skal kategori F19 (bruk av flere stoffer eller andre psykoaktive stoffer) forbeholdes tilfeller med et kaotisk og vilkårlig inntak av psykoaktive stoffer, eller der bidraget fra ulike substanser er uløselig sammenblandet. Ymse er en restkategori, som rommer sniffing av løsemidler foruten "rene" medikamentbrukere.

I materialet er "rent" narkotikaforbruk dominerende, og utgjør 64,6 % etter § 6-2 og 77,8 % etter § 6-2a.<sup>39</sup> Mens den tidligere edruskapsloven i hovedsak ble brukt overfor menn med alkoholproblemer, brukes sosialtjenesteloven både overfor personer med alkohol- og narkotikaproblemer, med hovedvekt på sistnevnte.

Vi har sett nærmere på hvilke substanstyper som er aktuelle. Flere substanser kan forekomme i hver enkelt sak. I mange av vedtakene har nemndene ført opp flere ulike midler, og vi har da tatt med alle hvor bruken er angitt som noenlunde regelmessig. Siden beskrivelsen av rusmiddelbruken ikke alltid er uttømmende, er tallene beheftet med en viss usikkerhet. Hvilke substanser en bør operere med, er til dels et skjønnsspørsmål. Inndelingen nedenfor gjør at både tradisjonell narkotika og legemidler kan havne i samme gruppe, eksempelvis vil både heroin og Temgesic føres opp under opiatere. Benzodiazepiner er imidlertid så utbredt at denne legemiddelgruppen er ført separat. Under restkategorien "andre" har vi inkludert substanser som ikke favnes av de øvrige kategoriene, for eksempel narkotiske vekster (sopp) og smertestillende narkotiske medikamenter (eks. Paralgin Forte). Legemidler som er legalt forskrevet og ikke tatt i større dose enn angitt, er ikke tatt med.

<sup>38</sup> Forskrift av 30. juni 1978 nr. 8.

<sup>39</sup> Lignende funn er gjort i undersøkelser foretatt på institusjonene på de som faktisk er tvangsinnlagt, se Welle-Strand (1998), Furuli og Eilertsen (2001), Hansen og Svenkerud (2006), Grimstad og Kristiansen (2009).

Begjæringer om tvangsinnleggelse etter substansstype (§§ 6-2 og 6-2a). Prosent og antall (N=567/203).

Substans	§ 6-2 (N=567)		§ 6-2a (N=203)	
	Antall	Prosent	Prosent	Antall
Alkohol	196	34,5 %	20,2 %	41
Amfetamin	241	42,5 %	44,3 %	90
Benzodiazepiner	200	35,3 %	40,9 %	83
Cannabis	139	24,5 %	47,8 %	97
Flyktige løsemidler	9	1,6 %	0	0
Hallusinogener	42	7,4 %	1,5 %	3
Kokain	25	4,4 %	2,5 %	5
Opiater	358	63,1 %	52,7 %	107
Uspesifisert narkotika	24	4,2 %	3,0 %	6
Uspesifisert medikamenter	109	19,2 %	9,9 %	20
Ikke-narkotiske medikamenter	7	1,2 %	2,5 %	5
Andre	15	2,6 %	3,4 %	7

Etter begge bestemmelsene er opiater det vanligste rusmiddelet og representert i nær en tredjedel av sakene etter § 6-2 og noe over halvparten av sakene etter § 6-2a. I langt de fleste tilfellene vil bruk av opiater bety heroin som injiseres. Ellers er legemidler en stor kategori. I tillegg til at opiater kan inkludere medikamenter (eks. Temgesic), vil benzodiazepiner (eks. Valium, Sobril og Rohypnol) alltid være legemidler. Uspesifiserte medikamenter, det vil si at nemnden omtaler misbruk av medikamenter uten at preparatnavnet eller virkestoffet kommer klart frem, forekommer i hver femte sak etter § 6-2 og i hver tiende sak etter § 6-2a. Antakelig vil vedkommende da ofte bruke benzodiazepiner (i vedtakene ofte benevnt "B-preparater" ut fra deres reseptstatus).

For noen substansgruppers del er det interessante forskjeller mellom § 6-2 og § 6-2a. Hver tredje som begjæres innlagt etter § 6-2 misbruker alkohol, mens dette er situasjonen for hver femte sak etter § 6-2a. Her er det imidlertid kjønnsforskjeller, og ses kvinner etter § 6-2 isolert, misbruker 25 % av disse alkohol (enten alene eller sammen med narkotika), sammenlignet med 46 % av mennene. Også ulikhetene i forekomst av cannabis i saker etter §§ 6-2 og 6-2a har et element av kjønnsperspektiv, men da med motsatt perspektiv. En fjerdedel av de som begjæres tvangsinnlagt etter § 6-2 misbruker cannabis, mens dette er tilfellet i nær halvparten av sakene etter § 6-2a. Ses kjønnene isolert etter § 6-2, misbruker 20,7 % av kvinnene cannabis, sammenlignet med 28,5 % av mennene. Vi kommer tilbake til særlige utfordringer knyttet til gravide senere.

Fordelingen av de ulike rusmidlene har vært noenlunde stabil i de ulike periodene, men noen punkt fortjener kommentar. Forløperen til § 6-2 var edruskapsloven av 1932, som fra 1957 av også åpnet for tvangsinnleggelse av "narkomane". Edruskapsloven ble imidlertid i praksis bare brukt overfor personer med et alkoholdominert forbruk, og i

beskjeden utstrekning (anslått til 14–15 vedtak på midten av 1980-tallet).<sup>40</sup> I de første årene med sosialtjenesteloven fortsatte den samme trenden som etter den tidligere edruskapsloven, med alkohol som det sentrale rusmiddelet for tvangsinnlagte.<sup>41</sup> Samtidig var sakene få, og det er antakelig mer treffende å si at antallet av de tvangsinnlagte med et alkoholproblem har vært stabil, mens økningen har skjedd i antall med et narkotikadominert forbruk.

*Vedtak ut fra hovedrusmiddel fordelt på årsperioder (§ 6-2). Prosent (N=567).*

Rusmiddelkategori	Vedtak etter årsperioder			Total
	1993–1998	1999–2003	2004–2008	
Alkohol	26,6 %	10,2 %	12,2 %	13,9 %
Narkotika	55,3 %	72,0 %	62,7 %	64,6 %
Blanding	14,9 %	17,7 %	24,4 %	20,6 %
Annet	3,2 %		,7 %	,9 %

*Vedtak ut fra hovedrusmiddel fordelt på fylkesnemnder (§6-2). Prosent (N=567).*

Nemnd	Rusmiddelkategori				Antall
	Alkohol	Narkotika	Blanding	Annet	
A	8,3 %	60,4 %	29,2 %	2,1 %	48
BV	9,7 %	76,4 %	13,9 %		72
HSF	10,6 %	62,1 %	27,3 %		66
MR	23,7 %	42,1 %	34,2 %		38
N	41,2 %	23,5 %	35,3 %		17
OA	8,7 %	74,8 %	15,0 %	1,6 %	127
OH	8,1 %	56,8 %	32,4 %	2,7 %	37
R	7,4 %	77,8 %	14,8 %		27
TE	36,1 %	44,4 %	19,4 %		36
TR	13,3 %	73,3 %	13,3 %		30
TF	54,5 %	18,2 %	18,2 %	9,1 %	11
Ø	10,3 %	75,9 %	13,8 %		58
Total	13,9 %	64,6 %	20,6 %	,9 %	567

<sup>40</sup> NOU 1985:18 s. 225.

<sup>41</sup> Se også gjennomgangen av de første 37 sakene etter § 6-2 (fra 1993-1995) referert i St.meld. 16 (1996–97) s. 180.



*Vedtak ut fra hovedrusmiddel i utvalgte kommuner (6-2). Prosent (N=249).*

Kommune	Rusmiddelkategori			Antall
	Alkohol	Narkotika	Blanding	
Sarpsborg	26,7 %	53,3 %	20,0 %	15
Fredrikstad		88,9 %	11,1 %	18
Oslo	8,5 %	78,0 %	13,4 %	82
Drammen		100,0 %		16
Porsgrunn	27,3 %	54,5 %	18,2 %	11
Skien	43,8 %	50,0 %	6,3 %	16
Kristiansand	12,5 %	62,5 %	25,0 %	16
Stavanger	9,1 %	81,8 %	9,1 %	11
Bergen	7,3 %	73,2 %	19,5 %	41
Trondheim	8,7 %	87,0 %	4,3 %	23
Total	11,6 %	75,1 %	13,3 %	249

Tabellene indikerer regionale forskjeller med hensyn til hvilken hovedkategori av rusmidler de som begjæres tvangsinnlagt bruker. I Møre og Romsdal, Nordland og Troms og Finnmark forekommer alkohol som eneste rusmiddel blant de som begjæres tvangsinnlagt i større grad enn for resten av landet, men for de nordligste fylkene er tallene små og må leses med forsiktighet. På kommunenivå forekommer alkohol som eneste rusmiddel i begrenset grad i storbyene (Oslo, Bergen, Stavanger og Trondheim), og er helt fraværende i enkelte kommuner.

Både etter § 6-2 og § 6-2a er det en sammenheng mellom rusmiddeltype og alder, i den forstand at de med et alkoholdominert forbruk i gjennomsnitt er eldre enn de med et narkotikadominert forbruk, med blandingsforbruk i en mellomposisjon:

*Gjennomsnittsalder (§ 6-2) ut fra rusmiddelkategori (N=565)*

Rusmiddelkategori	Gj. sn alder	N	Std. avv.
Alkohol	40,8	77	10,7
Narkotika	26,3	366	6,0
Blanding	30,7	117	9,6
Annet	34,0	5	11,9
Total	29,3	565	9,1

*Gjennomsnittsalder (§ 6-2a) ut fra rusmiddelkategori (N=200)*

Rusmiddelkategori	Gj. sn. Alder	N	Std. avv.
Alkohol	35,20	10	7,8
Narkotika	27,45	156	5,9
Blanding	29,10	30	6,2
Annet	26,50	4	5,0
Total	28,07	200	6,3

Kjønnsfordelingen er ikke lik på de ulike rusmiddelkategoriene, og blant de kvinnene som begjæres tvangsinnlagt er narkotikadominert forbruk dominerende.

*Rusmiddelkategori sammenholdt med kjønn (§ 6-2). Prosent (N=567)*

Rusmiddelkategori	Kjønn		Total
	Kvinne	Mann	Kvinne
Alkohol	8,9 %	19,6 %	13,9 %
Narkotika	74,5 %	53,2 %	64,6 %
Blanding	15,6 %	26,4 %	20,6 %
Annet	1,0 %	,8 %	,9 %

Ulike former for narkotikabruk er altså dominerende for begge kjønn etter § 6-2, men mest for kvinner. Menn som tvangsinnlegges bruker i større grad alkohol enn kvinner. Kvinnene som tvangsinnlegges etter § 6-2a følger i stor grad mønstrene som sine "medsøstre" etter § 6-2, dvs. med en forholdsvis lav andel alkoholbruk (mer om dette senere). De tvangsinnlagte følger på dette punkt samme tendens som for frivillige innlagte, hvor menn i større grad enn kvinner har en avhengighetstilstand preget av alkoholbruk (Iversen m.fl. 2009), men alkoholandelen er lavere for tvangsinnlagte enn for frivillig innlagte (for 2007 var alkohol det mest brukte rusmiddelet for henholdsvis 48 % menn og 43 % kvinner i frivillig behandling).

Aldersgjennomsnittet etter § 6-2 er høyere for menn enn for kvinner, men antakelig henger dette sammen med at "alkoholikere" har en høyere gjennomsnittsalder enn de med et narkotikadominert forbruk og kjønnsforskjellen i så måte.

Som nevnt foran er kvinnene svakt overrepresentert i materialet, men uten at en da har tatt hensyn til forekomsten av rusmiddelavhengighet blant kvinner kontra menn. Som påvist foran er opiater det foretrukne rusmiddelet blant de som tvangsinnlegges, og i de fleste tilfeller vil dette si heroin som injiseres. I 2006 ble det antatt at det finnes mellom 8200 og 12 500 personer i Norge som inntar rusmidler (både amfetamin og heroin) med sprøyte (Bretteville-Jensen og Amundsen 2006). Ca. 25–30 % av disse er anslått å være kvinner. Av de som er i frivillig behandling, var kvinneandelen på 30 % i 2008 (Iversen m.fl. 2009). Sett hen til at kvinneandelen blant de som bruker opiater er lavere enn for menn og at kvinner er i mindretall blant de i frivillig behandling, er kvinnene klart overrepresentert blant de tvangsinnlagte etter § 6-2. Derimot er denne skjevfordelingen ikke landsomfattende:

*Kjønnsfordeling i saker for de ulike fylkesnemndene (§ 6-2). Prosent (N=567)*

Nemnd	Kjønn	
	Kvinne	Mann
A	61,2 %	38,8 %
BV	39,7 %	60,3 %
HSF	54,5 %	45,5 %
MR	33,3 %	66,7 %
N	35,3 %	64,7 %
OA	68,5 %	31,5 %
OH	56,8 %	43,2 %
R	62,1 %	37,9 %
TE	30,6 %	69,4 %
TR	63,3 %	36,7 %
TF	36,4 %	63,6 %
Ø	53,4 %	46,6 %
Total	53,3 %	46,7 %

Som diskutert tidligere må kjønnsfordelingen ses i sammenheng med rusmiddelkategorien, og flere av de nemndene som har en høy andel menn blant de som begjæres tvangsinnlagt, har en høy forekomst av "alkoholikere" (f. eks. Møre og Romsdal og Nordland, med henholdsvis 23,7 % og 41,2 % andel med personer som bare bruker alkohol). Samtidig er det variasjoner, og nemnder med høy kvinneandel kan samtidig ha en lav andel som bare bruker alkohol (eks. Oppland og Hedmark hvor 8,1 % bruker alkohol alene). Landsgjennomsnittet for alkohol som eneste rusmiddel etter § 6-2 er på 13,9 % (8,9 % av kvinnene og 19,6 % av mennene).

Det er også forskjeller på kommunenivå:

*Kjønnsfordeling i saker for utvalgte kommuner (§ 6-2). Prosent (N=250).*

Kommune	Kjønn		Antall
	Kvinne	Mann	
Sarpsborg	66,7 %	33,3 %	15
Fredrikstad	44,4 %	55,6 %	18
Oslo	69,5 %	30,5 %	82
Drammen	35,3 %	64,7 %	17
Porsgrunn	36,4 %	63,6 %	11
Skien	31,3 %	68,8 %	16
Kristiansand	87,5 %	12,5 %	16
Stavanger	72,7 %	27,3 %	11
Bergen	63,4 %	36,6 %	41
Trondheim	69,6 %	30,4 %	23
Total	61,6 %	38,4 %	250

Kristiansand og Stavanger peker seg ut med en høy kvinneandel, mens mannsandelen er særlig høy i de to Telemarksbyene (Porsgrunn og Skien) og Drammen. Begge Telemarksbyene har en relativt høy andel "alkoholikere" (henholdsvis 27,3 % og 43,8 %), og underbygger slik sett tesen om en sammenheng mellom kjønn og rusmiddeltype. Kristiansand og Stavanger (henholdsvis 12,5 % og 9,1 %) har derimot en alkoholandel mer mot landsgjennomsnittet (13,9 %) og en høy kvinneandel. Drammen på sin side har en høy mannsandel, men uten å bruke denne overfor alkoholikere (disse er fraværende her, jf. tidligere tabell). Gjennomgangen viser regionale forskjeller, men tyder også på en stor variasjon i disse.

## Særlig om gravide

Gruppen gravide rusmiddelmissbrukere reiser en del særlige utfordringer som må diskuteres separat. Forekomsten av ulike rusmiddeltyper er allerede presentert, og for gravide fortjener den på enkelte punkt nærmere analyser. Mens den negative helseeffekten for fosteret og det kommende barnet som følge av alkoholbruk under svangerskapet er vel dokumentert (Helsedirektoratet 2005 med henvisninger), er det vanskeligere å angi skadepotensialet som følge av mors narkotikabruk, selv om sistnevnte også kan være fosterskadelig (se f. eks. Moe og Slinning 2002). Likevel bruker kun et fåtall (4,9 %) av de tvangsinnlagte etter § 6-2a alkohol som eneste rusmiddel, mens hos 20,2 % av de tvangsinnlagte etter § 6-2a er alkohol ett av flere foretrukne rusmidler.

Mens den lave andelen av kvinner med et alkoholbruk har vært noenlunde konstant i perioden 1993–2008, har det vært en utvikling når det gjelder andelen med cannabis som eneste eller ett av rusmidlene. I perioden 1996–1998 var andelen 27,3 % (N=33),

mens den steg til 46,7 % i 1999–2003 (N=75) og til 55,2 % i perioden 2004–2008 (N=96). Også etter § 6-2 har andelen cannabismisbrukende vært økende. I perioden 1993–1998 var andelen 7,2 % (N=97), mens den steg til 17,6 % i 1999–2003 (N=187) og til 34,4 % i perioden 2004–2008 (N=288). Bruk av cannabis er likevel mer fremtredende i saker etter § 6-2a enn etter § 6-2.

Mens cannabis som eneste rusmiddel forekom i én sak etter § 6-2a i perioden 1996–2004, var dette det eneste rusmiddelet i 9 saker i 2005–2008. Disse var fordelt på 5 forskjellige nemnder, og ingen av disse sakene var fremmet av samme kommune/bydel. Selv om cannabisbruk er dokumentert fosterskadelig (se f. eks. Marroun m.fl. 2009), noe som også ble fremhevet i forarbeidene til § 6-2a (Ot.prp. 48 (1994–95), jf. særlig vedlegg 2 utarbeidet av Rolf Lindemann), er det overraskende at sosialtjenesten fremmer så pass mange saker overfor denne gruppen mødre. Denne undersøkelsen gir ikke grunnlag for konklusjoner om årsak, men en mulig forklaring kan være økt fokus på skadepotensiale ved cannabisbruk de seneste årene.

Et grunnleggende problem etter § 6-2a, er å få kvinnen avholdende fra rusmiddelforbruk så tidlig som mulig i svangerskapet, fordi organutviklingen starter allerede i de første svangerskapsukene. Ved innføringen av § 6-2a tok forarbeidene opp at fosteret var mest utsatt for skadevirkninger i begynnelsen av svangerskapet, men gikk ikke inn på i hvilken grad det er mulig å oppnå tvangsinnleggelse tidlig i svangerskapet (Ot.prp. 48 (1994–95) s. 12).

Fylkesnemndsvedtakene er gått gjennom for å se på når i svangerskapet sosialtjenesten treffer et midlertidig vedtak. Terminato er ofte ikke fastsatt til en bestemt dato, men angis i vedtakene som ultimo september o.l. Vi har da tatt utgangspunkt i en dato midt i tidsangivelsen (i eksempelet foran vil det si 25. september). Når terminato er satt til en måned, uten mer presis angivelse, har vi tatt utgangspunkt i midten av denne måneden.

Fylkesnemndsundersøkelsen er basert på ordinære vedtak, hvilket gir en feilmargin siden midlertidige vedtak som ikke er fulgt opp med en begjæring om ordinær sak faller utenfor. Denne slår imidlertid ut i begge retninger. Årsaken til at midlertidige vedtak ikke følges opp av tvangsvedtak, vil dels være at svangerskapet avbrytes ved abort og dels at svangerskapet fullføres før saken kommer opp for fylkesnemnden. Gjennomsnittlig gjenstår det 117 dager (median 114) av svangerskapet når sosialtjenesten fatter et midlertidig vedtak (N=139). Undersøkelser som er foretatt av innlagte på institusjonene, og som derfor inkluderer midlertidig innlagte, indikerer små forskjeller i forhold til funnene i her (se særlig Hansen og Svenkerud 2006 og Grimstad og Kristiansen 2009).<sup>42</sup>

Inngreptidspunktet må ses i sammenheng med saksbehandlingstiden hos sosialtjenesten, og angitt terminato er sammenholdt med når sosialtjenesten første gang fikk vite om kvinnens graviditet og rusmiddelforbruk. I gjennomsnitt går det 55 dager (median 39) fra sosialtjenesten fikk disse opplysningene og de fatter et midlertidig vedtak (N=107). Det har vært en utvikling i retning av at tvangsinnleggelsesvedtak

---

<sup>42</sup> Se også Welle-Strand (1998) (gjennomsnitt 31. og 27. svangerskapsuke), Sandvig (2000) (mellom 4. og 8. svangerskapsmåned) og Furuli og Eilertsen (2001) (mellom tre måneder og to uker før fødsel), men disse undersøkelsene er små og det er derfor stor spredning.

treffes tidligere i svangerskapet og at sosialtjenesten har en noe kortere områingstid (se lignende tendens hos Grimstad og Kristiansen 2009), men tallmaterialet er lite. Målt ut fra fylkesnemndsvedtakene har utviklingen ikke fortsatt etter 2005 (for denne perioden er det også en økning i sosialtjenesten sin reaksjonstid). Målt på institusjonsnivå har derimot utviklingen i retning av tidligere intervensjon fortsatt etter 2005 (Grimstad og Kristiansen 2009), men også her er tallene små og beheftet med usikkerhet.

*Reaksjonstid i sosialtjenesten og gjenstående dager av svangerskapet ved tvangsvedtak (§ 6-2a)*

Periode	Antall dager fra sosialtjenesten kjennskap til graviditet til midlertidig vedtak	Antall dager fra midlertidig vedtak og frem til antatt termindato
1996–2000	67 dager	90 dager
	(N=29)	(N=36)
2001–2004	48 dager	127 dager
	(N=35)	(N=41)
2005–2008	53 dager	126 dager
	(N=43)	(N=62)

I den følgende tabellen er tallmaterialet når det gjelder antall dager igjen til termin delt opp på fylkesnemnds nivå. For flere av nemndene er antallet saker så lite at tabellen må leses med varsomhet.

*Gjenstående dager av svangerskapet ved tvangsvedtak (§ 6-2a) fordelt på fylkesnemdsnivå (N=139)*

Nemnd	Gj. sn.	N	Std. avv.
A	146,78	9	43,9
BV	127,95	20	52,6
HSF	133,80	20	46,0
MR	154,00	4	26,1
N	122,38	8	41,8
OA	108,86	35	48,2
OH	88,86	7	47,5
R	89,20	10	48,4
TE	87,70	10	53,6
TR	121,50	4	62,0
TF	135,50	2	51,6
Ø	112,70	10	59,2
Total	116,81	139	50,7

Det er verdt å merke seg at kompetansen til å bestemme om et midlertidig vedtak skal treffes ligger til sosialtjenesten. Slik sett er fylkesnemndene en dårlig variabel å måle ut fra, men tallene på kommunenivå er så små at dette ikke kan brukes som variabel. Både på grunn av denne reservasjonen og at antallet for enkelte nemnder er lavt, må tabellen leses med forsiktighet, men den indikerer forskjeller i reaksjonstid mellom ulike sosialkontor.

Under prosessen frem mot § 6-2a, argumenterte flere mot bestemmelsen ved å vise til at eksistensen av en tvangshjemmel kunne føre til at gravide unnlot å oppsøke det frivillige hjelpeapparatet (se bl.a. Innst. O. 68 (1994–95) s. 4). Også departementet påpekte denne risikoen (Ot.prp. 48 (1994–95) s. 9), men mente den kunne avbøtes med styrking av det frivillige hjelpeapparatet.

Eventuell vegring blant gravide mot å henvende seg til barneverntjenesten, helsepersonell og andre under svangerskapet på grunn av frykt for tvangsinnleggelse, må ses i sammenheng med informasjonsflyten fra hjelperne. Samtidig med å vedta § 6-2a, innførte Stortinget også regler om opplysningsplikt av eget tiltak til sosialtjenesten for store deler av hjelpeapparatet, jf. nå helsepersonelloven § 32(2) og barneverntjenesteloven § 6-7(3).

Av de 108 fylkesnemndsvedtakene hvor det fremkommer hvem som først tok kontakt med sosialtjenesten og opplyste om graviditeten og rusmiddelbruk under svangerskapet, var dette kvinnen selv i 41 % av tilfellene. Helsepersonell meldte fra til sosialtjenesten i 25 % av sakene, mens de øvrige meldingene kom fra henholdsvis barneverntjenesten (7 %) og andre (28 %). Andre inkluderer både øvrige offentlige instanser og pårørende.

At kvinnene selv melder fra i stor utstrekning er i samsvar med tendenser gjort i tidligere undersøkelser (Flaaterud 2000:20, ca 1/3 av sakene). I sosialtjenesteundersøkelsen (kap. 2) er egenmeldingsandelen fra kvinnene lavere (22 %). Tallene i både sosial- og fylkesnemndsundersøkelsen er imidlertid små, og i omtrent halvparten av sakene i begge undersøkelsene mangler data om opplysningskilden. Materialet må derfor tolkes med forsiktighet, men muligens er det en viss underrapportering av at meldingen kom fra kvinnen i sosialtjenesteundersøkelsen. Forskjellen kan også ligge i at fylkesnemndene tar med informasjonen når kvinnen selv har oppsøkt hjelpeapparatet fordi dette oppleves som uvanlig, men at opplysningskilden i større grad utelates når bekymringen først kom fra andre instanser.

Det er ikke signifikante sammenhenger mellom rusmiddelkategori og rapporteringskilde, men andelen med et alkoholrelatert misbruk, eventuelt i kombinasjon med narkotika er lav, slik at den manglende korrelasjonen må leses med varsomhet. Saksbehandlingstiden, både målt i form av antall dager til termin når det fattes et midlertidig vedtak og i form av reaksjonstiden i sosialtjenesten, varierer ikke ut fra om kilden til opplysningene er kvinnen selv eller andre (både ulike offentlige og private kilder).

## Fylkesnemndene

### Saksfordeling mellom fylkesnemndene

Fylkesnemndene er ansvarlige for saker innkommet fra kommunene i sitt, eventuelt sine fylke(r). Tidligere hadde nemndene en uformell ordning med at saker kunne utveksles over fylkesgrensene, og denne praksisen er nå lovfestet, jf. barnevernloven § 7-1(2). Vi har ikke undersøkt i hvilket omfang denne ordningen brukes, men det udokumenterte inntrykket er at arbeidsbelastningen søkes fordelt ved at nemndsledere tilkalles til andre nemnder enn den de er ansatt ved. Tabellene nedenfor viser antall saker som er realitetsavgjort av de respektive nemndene. Disse tallene er hentet ut fra saksbehandlingssystemet. I motsetning til det øvrige materialet inkluderer denne statistikken også saker hvor vedtaket ikke er i saksbehandlingssystemet, eller av andre grunner ikke er kommet med i fylkesnemndsundersøkelsen. Dessuten er 2009 tatt med.



*Antall saker (§§ 6-2 og 6-2a) fordelt på fylkesnemnder og årsperioder*

			Årsperioder				Total
			1993-1997	1998-2001	2002-2005	2006-2009	
§ 6-2	Nemnd	A	2	9	17	37	65
		BV	12	17	23	30	81
		HSF	4	18	25	52	99
		MR	5	1	14	21	41
		N	3	3	11	12	28
		OA	20	37	33	50	140
		OH	3	7	8	29	47
		R	2	5	14	14	34
		TE	9	12	8	15	44
		TF	1	4	1	9	15
		TR	2	6	15	13	36
		Ø	5	17	19	27	68
Total			68	136	188	309	701
§ 6-2a	Nemnd	A	0	1	8	10	19
		BV	2	4	11	14	31
		HSF	1	6	11	17	35
		MR	0	2	1	2	5
		N	0	4	6	3	13
		OA	6	13	12	19	50
		OH	0	3	1	6	10
		R	4	7	6	8	25
		TE	1	6	2	9	18
		TF	0	1	2	3	6
		TR	1	3	5	6	15
		Ø	2	3	4	10	19
Total			17	53	69	111	246

For de fleste nemndene har det vært en jevn økning etter begge sakstypene gjennom hele virketiden til de to bestemmelsene. For noen av nemndene har utviklingen vært

mer markert. Både Agder, Hordaland/Sogn og Fjordane, Oppland og Hedmark og Møre og Romsdal og Troms/Finnmark har hatt en sterk økning av saker etter § 6-2 siste årsperioden (for de to siste er de absolutte tallene små). For disse 5 nemndene utgjør siste 4-årsperioder over 50 % av sakstilfanget etter § 6-2. Telemark peker seg ut ved å ha en noenlunde stabil sakstilgang gjennom hele perioden. I absolutte tall er Hordaland/Sogn og Fjordane nå den nemnden med flest saker etter § 6-2, mens denne posisjonen normalt har vært forbeholdt Oslo/Akershus.

Tallmaterialet for § 6-2a er mer begrenset, og her vil de prosentvise svingningene være større. De fem nemndene med størst sakstilgang er Agder, Buskerud/Vestfold, Hordaland/Sogn og Fjordane, Rogaland og Oslo/Akershus, og de har alle hatt en jevn økning i saker etter § 6-2a.

### Sammensetningen av fylkesnemnden

Sammensetningen av fylkesnemnden i den enkelte sak følger av barnevernloven § 7-5, jf. sosialtjenesteloven § 6-4. Normalt settes nemnden med en leder, ett medlem fra det fagkyndige utvalg og ett medlem fra det alminnelige utvalg ("legmedlemmer"), jf. nærmere regler i § 7-2. Når sakens vanskelighetsgrad gjør det nødvendig, kan nemnden settes med "forsterket sammensetning", det vil si to medlemmer fra hvert av utvalgene. Dersom partene samtykker, kan nemndsleder avgjøre saken alene. Sammensetningen ble endret i forhold til tidligere ved saksbehandlingsreformen for fylkesnemndene, og for russakenes del trådte nyvinningen i kraft for saker innkommet etter 1. januar 2008. Tidligere ble nemnden normalt satt med fem medlemmer, med mindre den ble avgjort av leder sammen med to medlemmer fra det alminnelige utvalg.

For saker fra oppstarten i 1993 og innkommet til og med 2007 utgjør materialet i fylkesnemndsundersøkelsen 515 saker etter § 6-2 og 185 saker etter § 6-2a. For 2008 utgjør materialet henholdsvis 57 og 19 saker. Når nemndene har behandlet saker innkommet i 2008 med fagkyndige medlemmer, har de konsekvent valgt lovens normalordning med én fagkyndig.

Av 515 saker etter § 6-2 innkommet i perioden 1993 til og med 2007 etter § 6-2, har nemnden vært satt uten fagkyndige i 168 saker (33 %), mens dette har skjedd i 42 av 185 saker etter § 6-2a (23 %). Den forskjellige andelen av saker avgjort uten fagkyndige etter de to ulike bestemmelsene i sosialtjenesteloven, må ses i sammenheng med ulik samtykkefrekvens, som ofte påvirker valg av saksbehandlingsform (jf. diskusjonene nedenfor).

For saker innkommet og avgjort i 2008, har nemndsleder avgjort den alene i 22 saker etter § 6-2 og 8 saker etter § 6-2a. I tillegg kommer at nemndene i to saker etter § 6-2 innkommet i 2007, var feil sammensatt. Disse to sakene var avgjort med én sakkyndig. Årsaken er antakelig at mens nyordningen gjaldt for saker etter sosialtjenesteloven fra og med 2008,<sup>43</sup> ble den iverksatt for barnevernssaker året før.<sup>44</sup>

Sammensetningen av nemndene har særlig vært diskutert opp mot sakene etter sosialtjenesteloven § 6-2a. De fagkyndige sakene etter § 6-2a fordeler seg slik:

---

<sup>43</sup> Forskrift av 30. nov. 2007 nr. 1349.

<sup>44</sup> Forskrift av 1. des. 2006 nr. 1333.

*Fagkyndige i fylkesnemnden (§§ 6-2 og 6-2a)*

Psykolog	317	162
Sykepleier	-	6
Jordmor	-	33
Sosionom	30	54
Psykiater	29	21
Lege	7	2
Barnevernspedagog	4	7
Annet	7	3
Ikke oppgitt	7	4

Det er grunn til å stille spørsmålsteget ved om sammensetningen er optimal i saker om tvangsinnleggelse av gravide, både når det gjelder antall fagkyndige og deres kompetanse. Hvilke skader rusmidler kan ha for fosteret, ikke minst det mer spesifikke temaet om hvilke skader som kan oppstå i den resterende delen av svangerskapet, er spørsmål som i første rekke er av medisinsk art. Derfor er det grunn til å vurdere om ikke nemnden i disse sakene alltid skulle settes med minst ett medisinsk fagkyndig medlem.

Å avgjøre saker uten bruk av fagkyndige, eventuelt også uten alminnelige medlemmer (fra 2008) er en måte å forenkle saksbehandlingen på. Et annet virkemiddel i så måte er å unnlate å holde forhandlingsmøte. Ofte settes nemnden uten fagkyndige (og fra 2008 med nemndsleder alene) samtidig som saken avgjøres uten forhandlingsmøte og under betegnelsen "forenklet behandling", men en står lovteknisk overfor to forskjellige regler, som kan brukes uavhengig av hverandre. Saker etter § 6-2 (N=572) avgjøres i 66 % av tilfellene etter forhandlingsmøte, mens 34 % av sakene avgjøres uten forhandlingsmøte (i 3 saker mangler opplysninger om forhandlingsmøte er holdt). Forekomsten av forhandlingsmøte er noe høyere i saker etter § 6-2a (N=204). Her holdes forhandlingsmøte i 71 % av sakene, mens 29 % av sakene avgjøres uten forhandlingsmøte.

Avgjørelse uten forhandlingsmøte betinger partenes samtykke (se barnevernloven § 7-14 og tidligere sosialtjenesteloven § 9-8). Denne fremgangsmåten er først og fremst aktuell når den private parten også samtykker til sosialtjenestens forslag til plassering.

De fleste sakene avgjøres i form av et enstemmig vedtak. I 6 % av sakene (både etter § 6-2 og § 6-2a) er imidlertid medlemmene av nemnden uenige og dissenterer, enten med hensyn til innleggelse eller ikke, eller med hensyn til urinprøvetaking. Etter at nyordningen med normalsammensetning på tre medlemmer, har det ikke vært dissenser, verken i saker etter § 6-2 eller § 6-2a. Tallmaterialet er for lite til å trekke slutninger, men om utviklingen fortsetter, kan det være grunn til å sette spørsmålsteget ved om et begrenset antall medlemmer i nemnden i større grad fremmer konsensus.

## Saksbehandlingstid

Et hovedprinsipp for fylkesnemndsbehandlingen er at sakene skal behandles raskt, jf. barnevernloven § 7-3. De gjennomgåtte vedtakene er analysert med sikte på saksbehandlingen i de ulike ledd. I saker som er forskuttert gjennom et midlertidig vedtak, er saksbehandlingstiden regnet fra dato for det midlertidige vedtaket og frem til datoen for det ordinære vedtaket. I saker hvor sosialtjenesten ikke har fattet et midlertidig vedtak, er saksbehandlingstiden regnet fra datoen for når sosialtjenesten ble sendt inn til nemnden (ev. når det innkom til nemnden om bare dette tidspunktet er oppgitt). I begge tilfellene må det skilles mellom saker som avgjøres med og uten forhandlingsmøte. Saker hvor sosialtjenesten har fattet midlertidig vedtak etter at ordinær sak er fremmet for nemnden er ikke tatt med. For § 6-2a sin del er forekomsten av saker uten midlertidig vedtak i forkant så lav at denne gruppen er utelatt.

*Saksbehandlingstid (§§ 6-2 og 6-2a) i fylkesnemndene (N=520/193)*

Forhandlingsmøte?		Ja		Nei	
		Saksbeh.tid. Gj. sn.	St. avv	Saksbeh.tid Gj. sn.	St. avv.
§ 6-2	Midl. vedtak	39 (N=220)	14,2	40 (N=101)	16,7
	Ikke midl. Vedtak	31 (N=128)	16,1	25 (N=71)	18,2
§ 6-2a	Midl vedtak	38 (N=141)	13,8	38 (N=52)	17,9

Som nevnt tidligere kan ikke saksbehandlingstiden i saker med og uten midlertidig vedtak sammenlignes direkte, fordi starttidspunktet er henholdsvis når sosialtjenesten fatter midlertidig vedtak og når saken kommer inn for nemnden.

Umiddelbart kan det virke overraskende at saksbehandlingstiden varierer så lite alt etter om saken avgjøres etter forhandlingsmøte eller ikke, siden denne behandlingmåten er tidsmessig mer krevende. En mulig forklaring kan være at i saker uten forhandlingsmøte vil regelmessig den private part samtykke til plasseringen. Dermed oppleves disse sakene som mindre presserende enn saker hvor den private part bestrider tvangsadgangen.

Tabellen foran viser gjennomsnittlig saksbehandlingstid i perioden 1993–2008 (fra 1996 for § 6-2a sin del). Det har vært årsvariasjoner. Til tross for jevn økning i saksmengden til fylkesnemndene, var det en nedgang i gjennomsnittlig saksbehandlingstid i saker etter § 6-2 fra 47 dager i 2007 til 38 dager i 2008 (N=25/34) i ordinære saker som tidligere var forskuttert gjennom et midlertidig vedtak og hvor det var holdt forhandlingsmøte.

Vel så interessant som gjennomsnittlig saksbehandlingstid, er fordeling på tidsaksen. Særlig gjelder dette dersom den private part har fått et midlertidig vedtak, og dermed normalt befinner seg på institusjon. Den følgende tabellen viser en slik fordeling av saksbehandlingstiden på grupper, i saker som er forskuttert gjennom et midlertidig vedtak, og hvor det er holdt et forhandlingsmøte hvor parten ikke samtykker til sosialtjenestens forslag til vedtak.

*Saksbehandlingstid (§ 6-2) når avgjørelsen er forskuttet gjennom et midlertidig vedtak (N=164)*

Nemnd	Saksbehandlingstid (i dager)							Total
	Under 20	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	Mer enn 70	
A	7,7 %	23,1 %	7,7 %	46,2 %	7,7 %		7,7 %	13
BV			25,0 %	50,0 %	18,8 %	6,3 %		16
HSF		25,0 %	29,2 %	25,0 %	12,5 %	4,2 %	4,2 %	24
MR		12,5 %	18,8 %	25,0 %	25,0 %	12,5 %	6,3 %	16
N	14,3 %	14,3 %		42,9 %	14,3 %		14,3 %	7
OA	8,7 %	21,7 %	21,7 %	21,7 %	13,0 %	8,7 %	4,3 %	23
OH	9,1 %	18,2 %	27,3 %	27,3 %	9,1 %	9,1 %		11
R		37,5 %	25,0 %	25,0 %	12,5 %			8
TE		7,7 %	38,5 %	30,8 %	7,7 %	15,4 %		13
TR	7,1 %	21,4 %	50,0 %	14,3 %	7,1 %			14
TF		33,3 %	16,7 %	50,0 %				6
Ø	7,7 %	38,5 %	46,2 %	7,7 %				13
Total	4,3 %	20,1 %	26,8 %	28,7 %	11,6 %	5,5 %	3,0 %	164

Saksbehandlingstiden er her regnet fra datoen for det midlertidige vedtaket og frem til avgjørelsen i den ordinære saken foreligger fra nemnden. Tabellen indikerer forskjeller mellom nemndene (selv om tallene er små for flere av dem), men disse skal vi ligge her, og fokusere på landsgjennomsnittet. I nær halvparten (48,8 %) av denne saksgruppen (midlertidig vedtak, hvor parten ikke samtykker), foreligger avgjørelsen etter mer enn 40 dager. Ofte vil det midlertidige vedtaket iverksettes straks det er fattet, mange tvangsinnlagte opplever dermed at mer enn halve tiden (lengstetid på 3 måneder) er gått før den avgjøres av nemnden. Også for institusjonene oppleves dette som et problem, fordi pasientene har fokuset rettet mot den kommende fylkesnemndssaken. Vi kommer tilbake til problemstillingen senere i evalueringen.

### Fylkesnemndene og tilleggsbeslutningene

Det sentrale spørsmålet i saker etter sosialtjenesteloven § 6-2 og § 6-2a er om kommunen skal få medhold i sin begjæring om tvangsinnleggelse eller ikke. Dessuten har fylkesnemnden kompetanse til å avgjøre en del tilgrensete spørsmål, og disse er tema i det følgende.

Ved lovendring av 21. des. 2007 nr. 123 ble pasientrettighetsloven § 2-4 endret slik at også pasienter innen tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmisbruk har valgtrett med hensyn til hvilken institusjon oppholdet skal skje ved, så sant denne er offentlig eid eller har avtale om dette. Valgretten gjelder også for tvangsplasserte, jf. § 2-4(3), med mindre pasientens valg vil være "uforsvarlig eller i betydelig grad svekke

formålet med den tvungne vernet". I tillegg har sosialtjenesten et ansvar for at institusjonen er faglig og materielt i stand til å ta imot pasienten, jf. den uttrykkelige bestemmelsen i § 6-2 tredje avsnitt, men denne rollen er skjøvet i bakgrunnen etter lovendringen i pasientrettighetsloven.

Særlig etter endringen av pasientrettighetsloven fremstår det som lite formålstjenlig at fylkesnemnden utpeker en bestemt institusjon i vedtaket. Likevel ble dette gjort i 19 % av sakene som endte med innleggelse i 2008 etter § 6-2 og i 32 % av sakene etter § 6-2a. Normalt sett ligger årsaken i at kommunen har fremmet forslag til vedtak om én bestemt institusjon som den private part enten ønsker seg til eller ikke har innvendinger mot, men det er likevel normalt uhensiktsmessig at fylkesnemnden følger partenes oppfordring. Skal plasseringsstedet endres, enten etter ønske fra sosialtjenesten eller pasienten, må det fremmes endringssak for fylkesnemnden.

Både etter § 6-2 og § 6-2a er kompetansen til å bestemme om det skal tas urinprøver lagt til fylkesnemnden (frem til 1998 var rettstilstanden uklar etter § 6-2). Sosialtjenesten ber regelmessig om slik hjemmel og får stort sett medhold, og da uten eller med en knapp begrunnelse.

Når det gjelder permisjonsadgang er regelverket uklart, jf. kap. 1 foran. Dette gjenspeiler seg i fylkesnemndenes praksis. I 26 % av avgjørelsene (som ender med innleggelsesvedtak) inneholder slutningen hjemmel for institusjonen til å begrense permisjonsadgangen (samme prosentvise saksutfall for både §§ 6-2 og 6-2a). Det er store forskjeller mellom nemndene. I Agder inneholder 4,2 % av vedtakene etter § 6-2 en hjemmel for permisjonsrestriksjoner, mens dette skjer i 70,8 % av sakene i Buskerud/Vestfold. Etter vårt skjønn skal ikke fylkesnemndene ta stilling til permisjonsadgang, men for pasienten har de valg fylkesnemnden gjør på dette punktet ingen betydning. Ingen saker har endt med at fylkesnemnden legger til grunn at institusjonen ikke kan nekte permisjon. Dermed må uansett institusjonen ta stilling til den konkrete permisjonssøknaden.

## Midlertidige vedtak

Som vist foran brukes midlertidige vedtak i stor utstrekning, særlig etter § 6-2a. I forbindelse med gjennomgangen av saker avgjort etter ordinær saksbehandling har vi sett nærmere på i hvilken grad pasienten har vært underlagt et midlertidig vedtak i forkant. I saker etter § 6-2 (N=572) er avgjørelsene i 59,8 % av tilfellene forskuttet gjennom et midlertidig vedtak før den ordinære saken fremmes, mens i 1,7 % av tilfellene har sosialtjenesten fattet et midlertidig vedtak etter at saken er sendt nemnden, men før den er avgjort. I saker etter § 6-2a (N=208) er avgjørelsene i 98 % av tilfellene forskuttet gjennom et midlertidig vedtak før den ordinære saken fremmes, mens i 0,5 % av tilfellene (1 sak) har sosialtjenesten fattet et midlertidig vedtak etter at saken er sendt nemnden, men før den er avgjort. I de 3 sakene etter § 6-2a hvor lovens hovedregel har vært fulgt, var kvinnen i 2 av sakene plassert med hjemmel i annet tvangsgrunnlag (henholdsvis samtykke etter § 6-3 og varetektsfengslet).

Det er tendenser til regionale forskjeller i forekomsten av midlertidige vedtak etter § 6-2:

*Forekomst av midlertidige vedtak (§ 6-2). Fylkesnemndsvis fordeling. Prosent (N=572)*

		Midlertidig vedtak?		
		Ja	Nei	Midlertidig vedtak etter sak sendt nemnd
Nemnd	A	61,2 %	38,8 %	
	BV	58,9 %	39,7 %	1,4 %
	HSF	60,6 %	36,4 %	3,0 %
	MR	89,7 %	7,7 %	2,6 %
	N	58,8 %	29,4 %	11,8 %
	OA	49,6 %	48,8 %	1,6 %
	OH	64,9 %	35,1 %	
	R	48,3 %	48,3 %	3,4 %
	TE	47,2 %	52,8 %	
	TR	76,7 %	23,3 %	
	TF	72,7 %	27,3 %	
	Ø	60,3 %	37,9 %	1,7 %
Total		59,8 %	38,5 %	1,7 %

Også på kommunenivå er det regionale forskjeller:

*Forekomst av midlertidig vedtak (§ 6-2). Fordeling i utvalgte kommuner. Prosent (N=250)*

Kommune	Midlertidig vedtak?			Total
	Ja	Nei	Midlertidig vedtak etter sak sendt nemnd	
Sarpsborg	80,0 %	20,0 %		15
Fredrikstad	55,6 %	44,4 %		18
Oslo	47,6 %	50,0 %	2,4 %	82
Drammen	58,8 %	35,3 %	5,9 %	17
Porsgrunn	27,3 %	72,7 %		11
Skien	56,3 %	43,8 %		16
Kristiansand	50,0 %	50,0 %		16
Stavanger	54,5 %	45,5 %		11
Bergen	58,5 %	36,6 %	4,9 %	41
Trondheim	82,6 %	17,4 %		23
Total	56,0 %	42,0 %	2,0 %	250

De to tabellene viser forskjeller både på kommune- og fylkesnemnds nivå. Avgjørelsen om å treffe midlertidig vedtak ligger på kommunenivå, men disse skal godkjennes av fylkesnemnden. Antakelig er det en sammenheng mellom nivåene. Om godkjenningsterskelen hos fylkesnemndene oppleves som liberal eller streng, kan ha betydning for hvilken linje sosialtjenesten legger seg på.

Det er ingen signifikante forskjeller i bruken av midlertidige vedtak fordelt på de ulike rusmiddelkategoriene eller kjønn. Foruten de regionale forskjellene, er det mest interessante med midlertidig vedtak den høye frekvensen. Vi vil komme tilbake til de utfordringene dette gir ulike steder i rapporten.

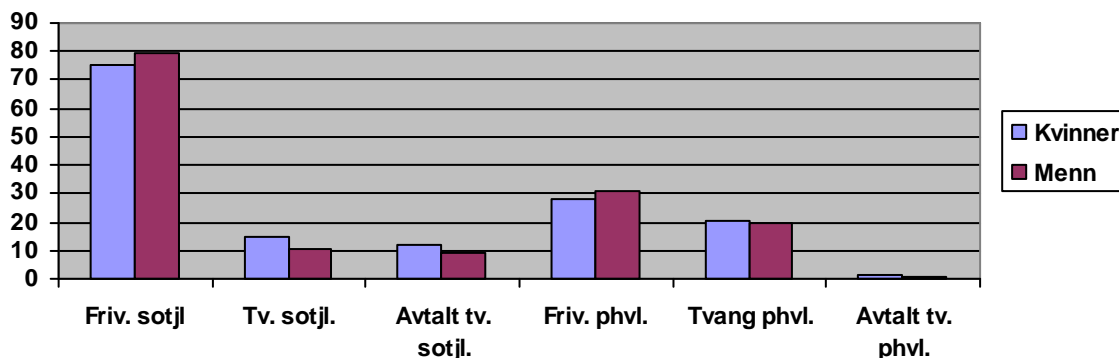
## Pasientenes tidligere behandlingserfaring

Vedtakene er gjennomgått med sikte på opplysninger om tidligere behandlingserfaring i døgninstitusjon for rusmiddelavhengighet eller psykiske lidelser. Alle igangsatte opphold er tatt med, men vedtak om opphold (frivillige eller tvangsbaserte) som ikke har resultert i faktisk innleggelse er holdt utenfor. Fylkesnemndsvedtakene gir begrenset informasjon om varighetene av tidligere opphold. Derfor er statistikken her begrenset til å ta med om det har vært gjennomført et opphold etter de respektive hjemmelsgrunnlagene eller ikke. Varighet er ikke målt, heller ikke antall opphold. I saker etter § 6-2 er eventuelle opphold i voksen alder tatt med, mens i saker etter § 6-2a er bare opphold i inneværende svangerskap inkludert. Materialet må også tolkes med forsiktighet vedrørende manglende opplysninger om tidligere behandlingserfaring. Når informasjon om denne forhistorien ikke er oppgitt i vedtaket, kan dette enten skyldes at



vedkommende ikke har vært i andre typer tiltak, eller at fylkesnemnden ikke har vært oppmerksom på det, eventuelt ikke funnet opplysningen relevant. Særlig gjelder dette tiltak innenfor det psykiske helsevernet.

Figur 3: Tidligere behandling (§ 6-2). Fordelt på kjønn (N=572)



Tidligere innleggelser etter sosialtjenesteloven inkluderer både opphold innen spesialisthelsetjenesten (etter rusreformen) og utenfor (inkludert evangeliesentre). Tvangsinnleggelser etter sosialtjenesteloven inkluderer både opphold etter § 6-2 og § 6-2a (for kvinner), også der hvor hjemmelen bare har vært et midlertidig vedtak. "Avtalt tvang" viser til opphold på eget samtykke etter sosialtjenesteloven § 6-3 med mulighet for tilbakehold. På samme måte er innleggelser etter psykisk helsevernloven (og dens forgjenger) delt inn i tre. Frivillige innleggelser (§ 2-1), tvangsinnleggelser (§ 3-3, inkludert tvungen observasjon etter § 3-2) og "avtalt tvang" (§ 2-2).

De fleste som begjæres tvangsinnlagt etter § 6-2 (nær 80 %) har tidligere hatt frivillige opphold etter sosialtjenesteloven. Litt under en tredjedel (29,5 %) har tidligere hatt frivillige opphold etter sosialtjenesteloven. Det er visse kjønnsforskjeller, i den forstand at det er en overvekt av kvinner i ulike former for tvangstiltak, mens mennene er i flertall i de frivillige tiltakene.

Når det gjelder erfaring med tidligere tvangsbruk har det vært en utvikling etter både sosialtjenesteloven og psykisk helsevernloven:

*Tidligere tvangsinnleggelse etter sotjl. (§ 6-2/§6-2a) i saker etter § 6-2. Prosent (N=572)*

Vedtak etter årsperioder	Tidl tvangsinnleggelse etter sotjl. (§ 6-2/§6-2a)		Total
	Ja	Nei/ingen oppl.	
1993-1998	9,3 %	90,7 %	97
1999-2003	10,2 %	89,8 %	187
2004-2008	15,6 %	84,4 %	288
Total	12,8 %	87,2 %	572

*Tidligere tvangsinnleggelse etter psykisk helsevernloven i saker etter § 6-2*

Vedtak etter årsperioder	Tidl tvangsinnleggelse etter phvl. (inkl tvungen obs)		Total
	Ja	Nei/ingen oppl	
1993-1998	18,6 %	81,4 %	97
1999-2003	12,8 %	87,2 %	187
2004-2008	25,0 %	75,0 %	288
Total	19,9 %	80,1 %	572

Antall pasienter med tidligere innleggelse er imidlertid få, og materialet må tolkes med varsomhet. Illustrerende i så måte er utviklingen i forhold til tidligere tvangsinnleggelse etter psykisk helsevernloven, som ikke er lineær. Likevel gir materialet indikasjoner på at en større del av de tvangsinnlagte etter § 6-2 tidligere har vært tvangsinnlagt, enten etter sosialtjenesteloven eller etter psykisk helsevernloven.

Av de gravide innlagt etter § 6-2a har 38 % vært i behandlingstilstand forut for tvangsvedtaket på frivillig basis, mens 4 % har samtykket til avtalt tvang. En beskjeden gruppe gravide (5 %) har vært tvangsinnlagt tidligere i svangerskapet, regelmessig som følge av et midlertidig vedtak. I noen få tilfeller har kvinner vært gjennom en full fylkesnemndsbehandling og vunnet frem, for deretter å bli tvangsinnlagt på nytt fordi rusmiddelbruken har fortsatt.<sup>45</sup> Tidligere tiltak etter psykisk helsevernloven forekommer knapt i forkant av vedtak etter § 6-2a (1 %).

For opiatavhengige vil legemiddelassistert rehabilitering (LAR) være en aktuell behandlingsform. Etter vårt syn må LAR ses på lik linje med andre frivillige hjelpetiltak, som derfor enten må utprøves eller fremstå som utilstrekkelige før tvangsvedtak er aktuelt (se Søvig 2007:290). For gravide kan det oppstå særlige spørsmål, særlig ved oppstart av LAR etter konstatert graviditet, men den rådende oppfatningen er at tvangsinnleggelse er utelukket dersom kvinnen blir gravid mens hun får

<sup>45</sup> Se f. eks. vedtak 28. september 2007 (R) hvor kvinnen ble utskrevet for så å bli tvangsinnlagt ved vedtak av 10. desember 2007 (BV). Begge de ordinære avgjørelsene var forskuttet gjennom midlertidige vedtak.

legemiddelassistert rehabilitering, så lenge hun ikke har et forbruk av rusmidler i tillegg til Metadon/Subutex.<sup>46</sup>

Av de som begjæres tvangsinnlagt etter § 6-2 har 12 % enten gjennomført eller i ferd med å gjennomføre LAR, mens en mindre andel enten har søkt (4 %), ønsker å søke (2 %), eller fått avslag (3 %). For gravide har forholdet til LAR vært aktualisert i 10 % av sakene. Der hvor pasienten er i LAR-tiltak, vil tvangsinnleggelse bare være aktuelt dersom vedkommende har et forbruk av rusmidler ved siden av den legale tilgangen. For begge sakstypene har LAR vært aktualisert i økende grad, og i perioden 2005–2008 vært fremme i henholdsvis 72 % (§ 6-2) og 9 % (§ 6-2a) av sakene. For § 6-2 sin del har det vært en jevn økning, mens det for § 6-2a sin del var en nedgang i forhold til 1999–2003 (fra 13 %).

### Pasientenes holdninger til innleggelsen

Lovtekstene i både § 6-2 og § 6-2a bruker begrepet "uten eget samtykke". Juridisk litteratur har inntatt ulike standpunkt til om reglene er anvendelige når den private part er enig i sosialtjenestens forslag til tiltak (positiv er ekspertgruppen 1995:19 og Søvig 2007:241, mens Syse 2007:244 er negativ). Disse drøftelsene er basert på at samtykket kommer til uttrykk etter et midlertidig vedtak. I den grad fylkesnemndene har tatt stilling til spørsmålet, har de lagt til grunn at partenes enighet ikke er en rettslig hindring for et tvangsvedtak. I saker etter § 6-2 er 46 % enige i sosialtjenestens forslag til vedtak, mens 50 % er uenige. De resterende (5 %) lar være å legge ned formell påstand. Samtykkefrekvensen er lavere i sakene etter § 6-2a. Her sier 28 % av kvinnene seg enige i sosialtjenestens forslag til vedtak, mens 67 % er uenige. De resterende lar være å legge ned formell påstand (5 %).

Årsaken til ulik samtykkefrekvens i §§ 6-2 og 6-2a kan skyldes forskjeller mellom sakstypene, men den kan også ha sammenheng med kjønn. I saker etter § 6-2 er det signifikante kjønnsforskjeller med hensyn til samtykkefrekvens (-.108\*\*).

*Samtykke (§ 6-2) ut fra kjønn. Prosent (N=572).*

Kjønn	Samtykke			Total
	Ja	Nei	Ingen formell påstand	
Kvinne	40,3 %	54,8 %	4,9 %	305
Mann	52,1 %	43,8 %	4,1 %	267
Total	45,8 %	49,7 %	4,5 %	572

Det er også forskjeller knyttet til samtykkefrekvens ut fra rusmiddeltype. Av de som bruker alkohol, eller alkohol kombinert med narkotika, er samtykkefrekvensen på 39,3 %, mens den er på 50 % for de som bruker narkotika alene.

Også når det gjelder pasientens holdninger til innleggelsen er det regionale variasjoner:

<sup>46</sup> Se Sosial- og helsedirektoratets uttalelse av 25. mai 2005. Se også Innst. S. 240 (2008–2009) s. 8.

*Samtykkefrekvens på fylkesnemnds nivå (§ 6-2). Prosent (N=572).*

Nemnd	Samtykke			Total
	Ja	Nei	Ingen formell påstand	
A	53,1 %	42,9 %	4,1 %	49
BV	57,5 %	38,4 %	4,1 %	73
HSF	28,8 %	59,1 %	12,1 %	66
MR	46,2 %	48,7 %	5,1 %	39
N	23,5 %	76,5 %		17
OA	52,0 %	44,1 %	3,9 %	127
OH	56,8 %	40,5 %	2,7 %	37
R	31,0 %	65,5 %	3,4 %	29
TE	22,2 %	75,0 %	2,8 %	36
TR	33,3 %	60,0 %	6,7 %	30
TF	27,3 %	72,7 %		11
Ø	62,1 %	36,2 %	1,7 %	58
Total	45,8 %	49,7 %	4,5 %	572

*Samtykkefrekvens på fylkesnemnds nivå (§ 6-2a). Prosent (N=204)*

Nemnd	Samtykke			Total
	Ja	Nei	Ingen formell påstand	Ja
A	14,3 %	78,6 %	7,1 %	14
BV	51,7 %	44,8 %	3,4 %	29
HSF	4,5 %	90,9 %	4,5 %	22
MR		80,0 %	20,0 %	5
N	18,2 %	81,8 %		11
OA	34,0 %	62,0 %	4,0 %	50
OH	22,2 %	77,8 %		9
R	25,0 %	65,0 %	10,0 %	20
TE	40,0 %	46,7 %	13,3 %	15
TR	9,1 %	90,9 %		11
TF	33,3 %	66,7 %		3

Nemnd	Samtykke			Total
	Ja	Nei	Ingen formell påstand	Ja
Ø	40,0 %	60,0 %		15
Total	28,4 %	66,7 %	4,9 %	204

*Samtykkefrekvens i utvalgte kommuner (§ 6-2). Prosent (N=250)..*

Kommune	Samtykke			Antall
	Ja	Nei	Ingen formell påstand	
Sarpsborg	73,3 %	26,7 %		15
Fredrikstad	61,1 %	38,9 %		18
Oslo	54,9 %	39,0 %	6,1 %	82
Drammen	52,9 %	41,2 %	5,9 %	17
Porsgrunn	36,4 %	54,5 %	9,1 %	11
Skien	18,8 %	81,3 %		16
Kristiansand	50,0 %	43,8 %	6,3 %	16
Stavanger	36,4 %	63,6 %		11
Bergen	29,3 %	61,0 %	9,8 %	41
Trondheim	39,1 %	52,2 %	8,7 %	23
Total	46,4 %	48,0 %	5,6 %	250

Som kjent er mange av de som sosialtjenesten begjærer tvangsinnlagt etter ordinær saksgang allerede underlagt et midlertidig vedtak. Imidlertid er samtykkefrekvensen noenlunde den samme for de som har et midlertidig vedtak som for de som "går rett på" et ordinært vedtak (for § 6-2a er nesten samtlige undergitt et midlertidig vedtak i forkant).

*Samtykkefrekvens i forhold til eventuelt forutgående midlertidig vedtak (§ 6-2). Prosent*

Midlertidig vedtak?	Samtykke?			Total
	Ja	Nei	Ingen formell påstand	
Ja	44,2 %	51,5 %	4,4 %	342
Nei	48,6 %	46,4 %	5,0 %	220
Midlertidig vedtak etter sak sendt nemnd	40,0 %	60,0 %		10
Total	45,8 %	49,7 %	4,5 %	572

Denne tabellen viser at mange av sakene som fremmes uten forutgående midlertidig vedtak ender med et tvangsinnleggelsesvedtak som pasienten er enig i. Etter vårt skjønn kan ikke § 6-2 kan brukes når samtykket foreligger i forkant av at saken sendes nemnden, med mindre en kommer til at samtykket er uvirksomt, jf. pasientrettighetsloven § 4-3 ("åpenbart ikke er i stand til å forstå hva samtykket omfatter"), eller at § 6-3 ikke gir en god nok ramme for institusjonsoppholdet.

## Avsluttende kommentarer

Fylkesnemndene har gjennom årene fått stadig flere saker etter sosialtjenesteloven §§ 6-2 og 6-2a. Selv om antallet fremdeles er lavt, og tvangsbruken etter sosialtjenesteloven er marginal sammenlignet med psykisk helsevernlovgivningen, har den prosentvise økningen vært stor. Det er også verdt å merke seg at mens fokuset innen det psykiske helsevernet har vært rettet mot å redusere tvangsbruken, har de politiske signalene etter sosialtjenesten gått på en mer offensiv bruk av bestemmelsene.

Avslutningsvis er det særlig fire forhold som bør trekkes frem:

Det har lenge vært kjent at kvinner i større grad enn menn blir tvangsinnlagt etter sosialtjenesteloven. Denne utviklingen har vedvart. Kvinneandelen har naturlig nok variert noe, med en høyeste andel i 1998 (67,4 %), mens den for siste år i fylkesnemndsundersøkelsen (2008) var på 51,5 %. Fylkesnemndsundersøkelsen viser at kjønnsforskjellene ikke bare går på antall innlagte, men at det også er ulikheter knyttet til rusmiddeltype og samtykkefrekvens.

Brorparten av de som tvangsinnlegges har et narkotikarelatert misbruk, og med unntak av de første årene etter 1993 (for § 6-2 sin del) har kun et mindretall vært "alkoholikere". Dette er overraskende ut fra at alkoholbruk og –misbruk er mer utbredt enn narkotika. Særlig for gravide er den lave forekomsten et tankekors ut fra at alkohol regnes som det mest helseskadelige rusmiddelet for fosteret.

Fylkesnemnden viser en vedvarende høy forekomst av midlertidige vedtak. Etter § 6-2a er dette i praksis den altomfattende hovedregelen, men andelen midlertidige vedtak er også høy etter § 6-2. Dette har vært kritisert lenge (allerede i Tvangsrapporten 1995), og skaper en form for legitimitetskrise for regelverket. Lovens hovedregel er i praksis unntaket. Da må enten regelverket endres, eller tiltak må settes i verk for å sikre at lovens intensjon følges av fagfeltet.

Sosialtjenesten har en nøkkelrolle i form av sin rolle som monopolist til å fremme tvangsvedtak. Fylkesnemndsundersøkelsen indikerer på flere punkt regionale forskjeller forårsaket av at ulike sosialkontor har lagt seg på forskjellig praksis. Noen ganger kan årsaken være relevante forskjeller mellom kommunene, men det kan heller ikke utelukkes at andre faktorer er avgjørende. Andre deler av undersøkelsen påviser at organisering og holdninger i visse situasjoner påvirker sosialtjenestelovens bruk av tvangsbestemmelsene.

## Spesialisthelsetjenesten og tvang

Bodil Ravneberg

### Organisering og gjennomføring av tvang i spesialisthelsetjenesten

Rusreformen i 2004 ga tverrfaglig spesialisert rusbehandling formell status som spesialisthelsetjeneste. Reformen innebar et brudd med tidligere måter å organisere rusbehandling på. De viktigste endringene var at staten fikk ansvaret for behandlingsinstitusjonene, at ruspasienter fikk pasientrettigheter og en tydelig pasientrolle samt at rustiltak ble omfattet av helselovgivingen (Mjåland 2008). Et sentralt mål med rusreformen var god *kvalitet* på tjenesteytingen og behandlingsresultater med fokus på tverrfaglighet (sosialfaglige og helsefaglige perspektiver), helhetlig tilnærming og individuelt tilpasset behandling (Lie og Nesvåg 2006). En viktig faglig endring var større vektlegging av *helsefaglig* kompetanse i rusbehandlingen.

Det er de regionale helseforetakene sitt ansvar å sørge for tilstrekkelig antall behandlingsplasser som kan ta i mot ruspasienter med hjemmel i sosialtjenestelovens bestemmelser i §§ 6-2, 6-2a og 6-3, (jfr. spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 a første ledd nr. 5). "Sørge-for" ansvaret innebærer at det stilles tilstrekkelig antall behandlingsplasser til disposisjon i helseregionene, at behov for behandling registreres og at sammenhengen mellom behov og kapasitet i regionene er gjenstand for en løpende vurdering (Lie og Nesvåg 2006). I tillegg til dette er det det regionale helseforetaket i pasientens bostedsregion som dekker behandlings- og forpleiningsutgifter samt reiseutgifter.

Hvilke konkrete institusjoner i regionene som skal ta i mot ruspasienter med hjemmel i sosialtjenestelovens bestemmelser, pekes ut av de regionale helseforetakene. Når pasienten har kommet til institusjonen er det også spesialisthelsetjenesten sitt ansvar å gjennomføre fylkesnemnda sitt vedtak. I dette kapitlet skal vi se nærmere på innholdet i spesialisthelsetjenestens "sørge-for" ansvar når det gjelder tvang. Vi skal undersøke hvordan spesialisthelsetjenesten gjennomfører fylkesnemndas vedtak om tvang (§ 6-2 og § 6-2a) samt hvordan § 6-3 praktiseres. Kapitlet fokuserer på de ulike regionale helseforetakene sitt ansvar og på de ulike institusjonene sin virksomhet knyttet til tvangsbruken. Kapitlets hovedfokus er på iverksettingen av tvangen, det vil si hva som skjer med pasienten etter at det er inngått en kontrakt mellom pasient og institusjon på § 6-3 eller etter at det er fattet et vedtak om tvang på § 6-2 og 6-2a.

Kapitlet består av to hoveddeler. Del én fokuserer på de regionale helseforetakene og deres "sørge-for" ansvar. Her tas opp spørsmål som: Hvordan er tvangen administrert og organisert i de regionale helseforetakene? Hvordan pekes institusjonene ut? Hvordan sikrer RHF'ene et faglig forsvarlig tvangstilbud? Hvordan fungerer samarbeidsrelasjonene mellom rusbehandlingsinstitusjonene og psykiatrien og mellom rusbehandlingsinstitusjonene og sosialtjenesten?

Den andre delen av kapitlet handler om hvordan tvangen gjennomføres på institusjonsnivå, det vil si om iverksettingen av tvangsparagrafene ved



døgninstitusjonene Øvsttun, Soltun, Apeltun og Midttun. Hva kjennetegner institusjonene, avdelingene og pasientene? Hvordan er innleggelsesprosesser og hvordan er tvangsoppholdet tilrettelagt? Hva er sikkerhets- og kontrollrutiner? Hvordan samarbeides det med andre instanser i prosessen og hva er rutiner i forbindelse med utskrivelse? Hva slags resultater ser de av tvangen? Avslutningsvis i kapitlet fremheves hovedutfordringer i planleggingen og gjennomføringen av tvang sett fra de to nivåene i spesialisthelsetjenesten sitt ståsted.

### Tverrfaglig spesialisert rusbehandling

Spesialisthelsetjenestens organisering av "tverrfaglig spesialisert rusbehandling" overfor ruspasienter på tvang (heretter kalt TSB) retter seg mot pasienter med behov for behandling av sammensatte helsetilstander vedrørende sosial fungering, psykiatriske og somatiske lidelser i tillegg til rusproblematikk. Ruspasienter under tvang er en av flere pasientgrupper her. Vurdering til TSB baserer seg på *samhandling* mellom flere tjenester (kommunehelsetjeneste, barnevern, sosialtjeneste, psykisk helsevern og rusomsorg), og *kommunikasjon* på tvers av faggrenser – *helsefaglig* (somatisk, psykologisk og psykiatrisk) og *sosialfaglig*.

Samarbeidet mellom disse instansene har i det norske helsevesenet vært nokså fragmentert. For å bøte på dette tar Samhandlingsreformen blant annet til orde for å endre spesialisthelsetjenestens organisering fra medisinsk spesialiserte og vertikale siloer til mer horisontale, flerfaglige og tverrfaglige løsninger. Målet er å utvikle koordinerte tjenester på tvers av helseforetak og kommuner og som lykkes i å imøtekomme de behovene som blant andre ruspasienter under tvang har (St. meld. nr. 47, 2008–2009).

TSB er i seg selv en slik koordinert og tverrfaglig tjeneste som trekker veksler på ulike typer av fagkompetanse. Men som kapitlet vil vise, byr *pasienter i grenseland*, det være seg pasienter mellom rus og psykiatri eller mellom tvang og frivillighet på store utfordringer i helsevesenet.

### Datagrunnlaget og gangen i kapitlet

Som innledningskapitlet i rapporten viser, har forskningen på tvang overfor rusmiddelavhengige vært liten og spredt i Norge (se bl.a. Nilssen 1999 og 2005, Lien og Nilssen 2000, Søvig 2007, Lundeberg og Mjåland 2009) sammenlignet med svensk forskning på området (se bl.a. Gerdner og Berglund 2010). Mye av den foreliggende forskningen som fokuserer på §§ 6-2, 6-2a og 6-3 i lov om sosiale tjenester har også hovedsakelig bestått av kartleggingsstudier og evalueringer (Hansen og Svenkerud 2006, Welle-Strand 1998, Grimstad og Kristiansen 2009) og lite av kunnskapsoppsummeringer og mer dyptpløyende forskningsstudier. Et unntak her er Søvig sin studie fra 2007 om tvang overfor rusmiddelavhengige og sosialtjenesteloven §§ 6-2 til 6-3. Størstedelen av den norske litteraturen omhandler også rusfeltet generelt, der tvangsbruk i liten grad er nevnt spesifikt (Lie og Nesvåg 2006, Sintef 2008, Mjåland 2008).

Dette kapitlet er først og fremst inspirert av Lien og Nilssen sitt arbeid om bruk av tvang i behandling av voksne rusmiddelmissbrukere (2000) og Gerdner og Berglund sin kunnskapsoppsummering (2010). I tillegg er det trukket veksler på forskning fra tilsvarende felter der betydningen av, og trekk ved institusjonsbasert omsorg har stått i

fokus. Dette gjelder først og fremst områdene bostedsløshet (døgninstitusjoner) og kriminalomsorg (fengsler) (Ravneberg 2005, Baer and Ravneberg 2008, Taksdal, Breivik, Ludvigsen og Ravneberg 2006).

Til grunn for kapitlet ligger en betydelig andel kvalitative data, men også kvantitative data er hentet inn. Når det gjelder spesialisthelsetjenesten sitt "sørge-for" ansvar, er hovedtilfanget av empirien dels hentet fra fire telefonintervjuer med beslutningsansvarlige i de regionale helseforetakene (RHFene) samt dokumenter fra disse (retningslinjer, planer og rapporter). Data er også hentet fra fire casestudier bestående av intervjuer med femten ansatte i fire behandlingsinstitusjoner (i tillegg til en avrusingsinstans) i tre av de regionale helseforetakene. De ansatte som er intervjuet er foruten avdelingsledere vernepleiere, sykepleiere, miljøarbeidere, sosionomer og leger.

De fire behandlingsinstitusjonene er anonymiserte i undersøkelsen og har fått navnene: "Øvsttun ", "Soltun ", "Apeltun" og "Midttun ". Ved siden av dette har vi kartlagt hvilke institusjoner det er i de ulike regionene som kan ta/tar i mot på tvang etter hvilke paragrafer (pr. dags dato) og søkt å innhente tall på antall liggedøgn fra institusjonene i perioden fra 2004–2009. I tillegg til dette er det samlet inn dokumenter fra behandlingsinstitusjonene som årsrapporter, intern dokumentasjon, evalueringsrapporter, tilsynsrapporter osv.

## Spesialisthelsetjenestens "sørge-for" ansvar

Det har vært sentralt for evalueringen å få oversikt over hvordan helseforetakene begrunner plassprioriteringer og valg av behandlingsinstitusjoner. Hva kjennetegner helseforetakenes faglige vurderinger i valg av behandlingsinstitusjoner og hvilken praksis har disse ved bruk av tvang? Den første evalueringen av rusreformen dokumenterte en økning i bevilgningene til rusbehandling som følge av RHF'ene sitt tydelige "sørge-for" ansvar. Den dokumenterte også en viss økning i tjenester som omfatter tvang (Lie og Nesvåg 2006). Evalueringen viste videre at det var store regionale og lokale forskjeller i hvor stor andel av pasientene som ble gitt rett til nødvendig helsehjelp. Evalueringen pekte blant annet på at tilgjengeligheten til tjenestene var geografisk ulikt fordelt. Der var skjevheter mellom helseregionene i forhold til plasser pr. innbyggere slik at sannsynligheten for å få nødvendig helsehjelp stod i fare for å kunne bli avhengig av pasientens bosted (ibid.).

De tverrfaglige spesialiserte tjenestene for ruspasienter hadde i 2007 et totalt antall årsverk på 2800. Av disse var 64 % knyttet til årsverk med helse- og sosialfaglig utdanning (Sintef 2007). Det er liten forskjell i type årsverk mellom private og offentlige rustiltak, men generelt har private en noe større andel sosialfaglig personell, mens det offentlige har en noe større andel helsefaglig. Dette har sannsynligvis sammenheng med at langtidsinstitusjoner i større grad er private og disse har oftere en sosialfaglig behandlingstilnærming. Regionale forskjeller kommer også til uttrykk på personellsiden: Helse Sør-Øst har en klart høyere rate når personellressursene ses i forhold til innbyggertallet i helseregionen. Helse Vest og Helse Midt- Norge har en betydelig lavere rate (Mjåland 2008).

Følgende forhold har blitt påpekt når det gjelder rustiltakene i de fire regionene (Mjåland 2008):

- Rustiltakene tilbyr behandling av svært ulik varighet, fra få uker til flere år.
- Tiltak som tilbyr kortvarig behandling har generelt sett mer helsefaglig kompetanse, mens tiltak av lang varighet har generelt mer sosialfaglig kompetanse.
- Av tiltakene som ble omfattet av rusreformen var over halvparten private institusjoner.
- Av disse private institusjonene hadde over halvparten religiøst verdigrunnlag.
- Private institusjoner tilbyr oftere langvarige behandlinger, mens offentlige institusjoner tilbyr oftere kortvarige behandlinger.
- I 2005 utgjorde andelen leger og psykologer 15 % av årsverkene med helse- og sosialfaglig utdanning. Sosionomer og barnevernspedagoger utgjorde i underkant av 30 %.
- Den største personellgruppen er sykepleiere.
- Man ser tydelige regionale forskjeller, på følgende områder:
  - Andelen private rustiltak varierer. Flest private i Helse Vest og færrest i Helse Nord.
  - Andelen private tiltak med religiøst verdigrunnlag varierer markant. Ingen i Helse Nord, 88 % i Helse Vest.
  - Personellressurser varierer markant. Helse Øst har mest personellressurser i forhold til folketall i regionen, Helse Vest har minst.

Når det gjelder tilretteleggingen av tvangstilbudet i de ulike regionene er dette organisert forskjellig etter rusreformen. De regionale helseforetakene har også hatt forskjellige satsingsområder. I det videre skal vi gi en kort presentasjon av helseregionene sitt arbeid med tvang og endringer etter rusreformen basert på intervjuer med beslutningsansvarlige i de regionale helseforetakene.

### Helse Nord

I Helse-Nord har det nylig skjedd en omorganisering av tvangstilbudet. Rus- og spesialpsykiatrisk klinikk ved Universitetssykehus i Nord-Norge (UNN HF), fungerer nå som en "paraply" over flere russeksjoner. De ulike seksjonene som er utpekt til å ivareta tvang etter lov om sosiale tjenester § 6-2 og 6-2a pr. i dag i Helse Nord er tilknyttet Rus- og spesialpsykiatrisk klinikk, UNN HF. Institusjonene er som tabellen under viser, seksjonene Avrusing og utredning, korttidsbehandlingsinstitusjon ReStart, Nordlandsklinikken og seksjonen Utredning rus og psykiatri. Utredning rus og psykiatri er en institusjon under psykisk helsevern som kun tar imot pasienter på § 6-2a og gravide pasienter med dobbeldiagnoser.

*Rusinstitusjoner i Helse Nord som kan ta imot pasienter på tvang*

§ 6-2	§6-2a	§6-3
Rus/spesialpsykiatrisk klinikk, UNN:  Seksjoner: Nordlandsklinikken. Avrusings/ utredningsenheten.  ReStart.	Rus/spesialpsykiatrisk klinikk, UNN Seksjoner:  Nordlandsklinikken. Avrusings/ utredningsenheten:  Utredning rus og psykiatri.  ReStart.	Rus/spesialpsykiatrisk klinikk, UNN:  Seksjoner: Nordlandsklinikken. Avrusings/ utredningsenheten.  ReStart.

Årsaken til omorganiseringen i Helse Nord var i følge informanten, å gjøre det eksisterende behandlingstilbudet mer fleksibelt, mindre sårbart og gi det en bedre faglig kvalitet (intervju Helse-Nord). UNN HF – Rus og spesialpsykiatrisk klinikk søkte høsten 2009 om å få utvide det definerte tiltaket ved UNN til en mer fleksibel bruk av de *fem* plassene på §§ 6-2 og 6-2a innad i Rus og spesialpsykiatrisk klinikk ved UNN HF: "Målet er at vi skal sende færrest mulig pasienter fra oss. Vi har et mer fleksibelt system nå. Vi kan sjonglere mer mellom plassene". Den største utfordringen knyttet til utvelgelsen av institusjonene har i følge informanten vært å sikre at tilbudet har vært faglig forsvarlig.

Seksjonene tar imot pasienter som innlegges etter § 6-2 og 6-2a etter henvisning fra rus/spesialpsykiatrisk klinikk på UNN. Informanten forteller (i likhet med de tre andre informantene i de andre regionene) at seksjonene som er utpekt til å ta imot på § 6-2 og 6-2a også i prinsippet skal ta i mot pasienter på § 6-3. Det spesielle med § 6-3, ifølge informanten, er at dette er en avtale som gjøres mellom pasient og seksjon: "Det er en pasientbestemt avtale, mens de to andre paragrafene bestemmes ved fylkesnemndsvedtak".

Verken informanten fra Helse Nord eller de andre informantene i RHF'ene har oversikt over hvilke institusjoner det var som faktisk tok imot på § 6-3 i sin region. Vi har derfor måttet undersøke særskilt hvilke institusjoner det er som tar imot på § 6-3 i dag. I følge informantene er det slik at institusjonene kan lage avtale med pasienten om § 6-3, men det er mange som ikke praktiserer eller benytter seg av denne. Vår undersøkelse, (dette skal vi komme tilbake til senere i dette kapitlet), viser at det ikke bare er ulike praksiser institusjonene imellom på hvorvidt de tar imot på § 6-3, der er også ulike motstridende tolkninger av selve paragrafen.

Helse-Nord har *fem* plasser totalt for tilbakeholdelse etter § 6-2 og § 6-2a. For å øke kapasiteten forteller informanten at foretaket i forbindelse med omorganiseringen har endret bruken av plassene slik at de kan brukes mer fleksibelt og rasjonelt innad i UNN slik som nevnt ovenfor. Bortsett fra Nordlandsklinikken som ligger i Narvik, er tilbudet nå mer samlet ved UNN. Et viktig mål for Helse-Nord som har vært en utfordring, og som for så vidt fortsatt er det, er å sende færrest mulig pasienter til andre helseregioner.

### Helse Vest

Helse Vest har pr. i dag ti til elleve plasser (private) forbeholdt pasienter som innlegges på tvang i regionen. Omtrent halvparten av plassene, det vil si seks til sju, er ved Askøy Blå Kors Klinikk. De andre plassene er ved Haugaland A-senter og Rogaland A-senter.

*Institusjoner i Helse Vest som kan ta i mot pasienter på tvang*

§ 6-2	6-2a	6-3
Askøy Blå Kors Klinikk  Helseforetakene tar i mot dobbeldiagnosepasienter (Fonna, Bergen, Stavanger, Førde)	Askøy Blå Kors Klinikk  Rogaland A-senter (2)  Haugaland A-senter (2)  Helseforetakene tar i mot dobbeldiagnosepasienter (Fonna, Bergen, Stavanger, Førde)	Askøy Blå Kors Klinikk  Rogaland A-senter

Askøy Blå Kors Klinikk tar imot flest pasienter på § 6-2 og § 6-3 og færrest på § 6-2a. Den sjuende plassen ved klinikken er i følge informant i Helse Vest "flytende", og brukes dersom institusjonen vurderer det slik at de har kapasitet til å ta imot en til.

Ved siden av Askøy Blå Kors Klinikk tar helseforetakene Fonna, Stavanger, Bergen og Førde imot på tvang, men dette gjelder kun pasienter med dobbeldiagnoser. Plassene er ikke plassdefinerte, det vil si at plassene vurderes individuelt: "hos helseforetakene blir det en individuell løsning i de individuelle sakene" (informant Helse Vest). Informanten forteller også at plassene i helseforetakene (i likhet med Askøy sin sjuende plass) er såkalte "flytende plasser". Bruk av "flytende" plasser til forskjell fra "øremerkede" plasser er slik vi ser det mer ubestemt og kan vanskeliggjøre samarbeidet mellom rusinstitusjoner og psykiatrien i helseforetakene nettopp fordi plassen er et knapphetsgode forbeholdt de "få virkelig trengende". En "flytende" plass er metaforisk sett "noe som seiler forbi" og vil kunne bli gjenstand for ulike og motstridende behovsdefinisjoner mellom ulike faggrupper.

Informanten i Helse Vest bekrefter at de to instansene (rus og psykiatri) kan være uenige om hvor pasienten skal være: "Pasienter som kommer til helseforetakene behøver nødvendigvis ikke å ha fått en diagnose. Det er rusinstitusjonene som gjør den vurderingen, om dette er en pasient de kan gi et godt tilbud til. Noen ganger vil de ta kontakt med helseforetaket. Det har skjedd at rusinstitusjon og helseforetak har vært uenige" (informant Helse Vest).

På den andre siden påpeker informanten at ordningen med flytende plasser kan gi helseforetakene bedre mulighet til å lage individuelt tilrettelagte behandlingsopphold for de aktuelle pasientene med utgangspunkt i pasientens sykdomsbilde og behov for hjelp og støtte: "Det er tvilsomt at en enhet med 1–2 faste plasser i et helseforetak ville klare å bygge opp den kompetansen som er nødvendig for å hjelpe disse pasientene på den beste måten".

Helse Vest bruker relativt sett store institusjoner til tvangsoppfølging. Årsaken til dette er at institusjonene, ved siden av å ta imot pasienter på tvang, også har hatt og har en stor andel av den frivillige behandlingen i regionen, slik at disse institusjonene kan tilby videre behandling og følge opp pasientene poliklinisk. Institusjonene har i følge informanten ulike modeller når det gjelder praktisering av "åpne dører" og integrering av pasientgruppene. Haugaland A-senter har det mest åpne og integrerte tilbudet: "åpen modell, ingen låste dører, pasientene er med på den ordinære aktiviteten, de øker bare opp på bemanningen", mens tilbudet ved Rogaland A-senter og Askøy Blå Kors Klinikk er mer lukket sammenlignet med Haugaland: "Pasientene på tvang er her mer

isolert fra den øvrige aktiviteten på institusjonen", (informant Helse Vest). Det å få styrket bemanningen ved de to sistnevnte institusjonene har vært viktig for regionen, ifølge informanten.

Etter rusreformen har Helse Vest i følge informanten økt kapasiteten ved blant annet å øke antallet plasser fra fire til seks/sju ved Askøy Blå Kors Klinikk og ved å tydeliggjøre plassavtalene med Rogaland A-senter og Haugaland A-senter. Kapasiteten er også forbedret ved å tilby en mer helhetlig behandling ved at avrusning og videre oppfølging har blitt samlokalisert ved Askøy Blå Kors Klinikk. Fra høsten 2008 fikk Askøy Blå Kors Klinikk en egen avrusingsavdeling for tvangspasienter – etter modell fra Lade – og overtok dermed avrusingen av pasientene som til da hadde lagt ved Stiftelsen Bergensklinikkene (informant Helse Vest).

Rogaland A-senter har også integrert avrusning og oppfølging, det vil si at dette også her er samlet under samme tak. Ved Haugaland A-senter får pasienter avrusning i forkant et annet sted, enten ved Askøy Blå Kors Klinikk eller ved Rogaland A-senter. Fra 2004 har Haugaland A-senter primært hatt ansvar for inntak av gravide etter § 6-2a, men kan og ta inn på avtalt tvang etter § 6-3.

Haugaland A-senter er blant de institusjonene som er utpekt til også å ta imot pasienter på § 6-3. Etter en telefonhenvendelse fra oss viser det seg at Haugaland A-senter ikke praktiserer § 6-3 likevel, og har ikke praktisert den etter 2001. En informant ved institusjonen forteller i e-post til oss at de har vurdert andre alternativer til § 6-3 som mer hensiktsmessige: "dette følger delvis av institusjonens behandlingsprofil som blant annet er basert på kontinuitet i behandlingsrelasjoner, langtidsbehandling med poliklinisk behandling og døgnssekvenser, og ikke minst av den individuelt tilrettelagte behandlingen den enkelte pasient skal tilbys" (informant 2 Helse Vest). Siden institusjonen endret sitt behandlingstilbud i 2001 og tilrettela det mer individuelt har Haugaland A-senter derfor kommet fram til andre løsninger for de aktuelle pasientene på § 6-3. Fra 2001 har Haugaland A-senter derfor bare hatt inntak av gravide pasienter etter § 6-2a, i tillegg til frivillige innleggelses i henhold til Spesialisthelsetjenesteloven.

Informanten fra Helse Vest forteller at volumet av tvangsplassene i regionen har økt gradvis de siste årene, og har blitt bestemt utfra etterspørsel. Samtidig kommuniserer RHF'et med de institusjonene som har tvang og følger med på utviklingen av blant annet liggedøgn over tid. Informanten forteller videre at tenkningen bak utpekingen av hvilke institusjoner som skal ta imot ruspasienter går på at:

§ 6-2 er en spesialfunksjon som trenger ekstra kompetanse og skal være ett sted i regionen. Askøy Blå Kors Klinikk har derfor fått en regional funksjon for å ta imot pasienter på § 6-2. Når det gjelder § 6-3 og 6-2a har vi tenkt at hensynet må være nærhet til der pasienten bor, derfor har vi valgt å spre dette tilbudet. Både i Stavanger, Haugesund og Bergen tas det imot på disse paragrafene, spesielt i forhold til gravide. Det er viktigere for dem å være i nærheten av familie og hjemsted, veldig avgjørende heller enn et spesialisert personale (informant Helse Vest).

Når det gjelder § 6-2a og i noen grad § 6-3 tas det større hensyn til pasientenes hjemsted og familie, slik at disse pasientene kan få opphold nærmere sitt bosted. Det vil si at institusjonene i Haugesund, Stavanger og Bergen kan alle ta i mot gravide på § 6-2a. For RHF'et har det vært viktig å ta hensyn til de gravide kvinnene sin familie og hjemsted. Men når det gjelder § 6-3 er dette tilbudet, tatt i betraktning at Haugaland ikke tar imot

på § 6-3, likevel mindre spredt enn § 6-2a. Det er kun Askøy Blå Kors Klinikk og Rogaland A-senter som tar imot på § 6-3 i hele regionen.

### Helse Midt-Norge

Helse Midt-Norge organiserte rusbehandlingen som et eget rushelseforetak kort tid etter at rusreformen trådte i kraft. Målsettingen med opprettelsen var å øke kapasiteten og kvaliteten på tjenestene, heve kompetansen, få en samlet faglig utvikling på tjenestene samt å øke samhandlingen mellom rus og psykiatri (Helse Midt-Norges årsrapport 2006, Karlsen, Nesvåg og Hansen 2007). Helse Midt-Norge har etter dette, og i likhet med Helse Vest, lagt tvangstilbudet til få, men store døgninstitusjoner: Lade Behandlingssenter, Tyrilistiftelsen og Vestmo Behandlingssenter, hvorav de to første er private.

#### *Institusjoner i Helse Midt som kan ta i mot pasienter på tvang*

§ 6-2	6-2a	§ 6-3
Lade Behandlingssenter.	Lade Behandlingssenter.	Lade Behandlingssenter
Vestmo Behandlingssenter.	Vestmo Behandlingssenter.	Vestmo Behandlingssenter
Ungdomsklinikken.		Tyrilistiftelsen

Informanten i Helse Midt-Norge forteller at de private institusjonene er valgt fordi de har vært en del av RHF'et sin portefølje i mange år, dette gjelder særlig Lade behandlingssenter. Totalt er det 210 døgnplasser i regionen. 5 % av disse utgjør kapasiteten på tvang, det vil si ca ti til elleve plasser. Det kan tas imot § 6-3 pasienter på alle disse døgnplassene, men som nevnt tidligere er det ikke alle institusjonene som praktiserer § 6-3, selv om de har avtale med RHF'et. Informanten forteller at der har vært knyttet utfordringer til bruken av § 6-3 i regionen. Bruken av § 6-3 er med andre ord også i denne regionen uklar. Det er bare de tre nevnte institusjonene som praktiserer den, se tabell over.

Helse Midt har i følge informanten "ikke tydelig definert plasser på tvang", men har ca. ti til femten plasser på §§ 6-2 og 6-2 a totalt i regionen. Også her er det tilbud og etterspørsel som er bestemmende for volumet av tvangsplassene. Regionen er "rimelig fornøyd" med kapasiteten, men ser behovet for å øke den, særlig på bemanningssiden (informant Helse Midt-Norge).

Avtale med de private institusjonene (Lade Behandlingssenter og Tyrilistiftelsen) inngås av det regionale helseforetaket, men administreres av helseforetaket Rusbehandling Midt-Norge. Rusforetaket har ansvaret for, og eier Vestmo Behandlingssenter som tar imot på tvang etter §§ 6-2, 6-2a og 6-3. Lade Behandlingssenter eies av Blå Kors Norge og har driftsavtale med rusforetaket. Foretaket har også inngått driftsavtale med Tyrili-stiftelsen som praktiserer § 6-3.

Et viktig satsingsområde for helseregionen har i følge informanten vært å utvikle et tilbud til ungdom mellom 16 og 23 år. I november 2008 ble Ungdomsklinikken i Trondheim åpnet. Tilbudet er frivillig, men kan også ta i mot på tvang. Tilbudet retter seg mot ungdom med alvorlig rusproblematikk i kombinasjon med psykiske lidelser og sosiale problemer. Begrunnelsen for å opprette ungdomsklinikken var at man anså det

som lite heldig å blande aldersgruppene på døgninstitusjonene (informant Helse Midt-Norge). Tilbudet er faglig organisert i en tverrfaglig enhet og har bred kompetanse innenfor rusbehandling, psykisk helsevern og sosialfag. Pr. i dag har Ungdomsklinikken hatt en pasient inne på § 6-2 etter at den åpnet (i 2009). Planen er å øke kapasiteten på tvang til ungdom under 23 år.

I inneværende år flytter Ungdomsklinikken til den nye *Trondheimsklinikken* som skal samle fagmiljøene i Trondheim under et felles tak. I det nye bygget skal Ungdomsklinikken dele hus med Voksenklinikken (Nidarosklinikken og LAR Midt), Midt-Norsk kompetansesenter for rusfaget (MNK-rus) og en poliklinikk for ungdommer. I tillegg skal det opprettes nye dagtilbud for voksne og ungdom.

### Helse Sør-Øst

Helse Sør-Øst har utviklet en mer "desentralisert" modell for organiseringen av tvangstilbudet, det vil si at størsteparten av behandlingstilbudet er organisert under de offentlige helseforetakene som institusjonene geografisk tilhører. Denne organisasjonsmodellen gjør at kapasiteten, ifølge informanten "er mer fordelt mellom helseforetakene og private avtalepartnere" fordi det er helseforetakene selv som inngår avtalene med de private institusjonene. Helseregionen har med unntak av plasser ved Borgestad-klinikken, "ikke kjøpt et bestemt antall plasser for behandling på tvang" (informant Helse Sør-Øst). Det er det enkelte foretak som styrer over sine egne plasser og som inngår avtaler med private institusjoner. I følge informanten er begrunnelsen for dette at "behovene varierer og det er vanskelig å forutsi ressursbehov. En ønsker å unngå å kjøpe inn større kapasitet enn det en vil komme til å bruke ". Avtalene med de private institusjonene inngås dermed av de enkelte foretakene i tett dialog med det regionale foretaket. Regionen har ingen klare plassavtaler fordelt på de tre paragrafene: "Unntaket er Borgestad. Den er kjøpt og betalt av oss. Her er det ingen forhandlinger eller prissetting som med de andre, så dette er et unntak" (Informant Helse Sør-Øst).



*Institusjoner i Helse Sør-Øst som kan ta i mot pasienter på tvang*

§ 6-2	§6-2a	§6-3
Vestfoldklinikken. SSHF Kristiansand. Avdeling for avrusing og narkotika, Ullevål. Sykehuset innlandet. Avd. for rusrelatert psykiatri og avhengighet -Sørlihaugen. Sykehuset Østfold, avd. for rusbehandling, seksjon for rusmiddelmissbrukere. Oslo universitetssykehus enheten AFX. (Avdeling Avhengighetsbehandling Voksne. Senter for rus og avhengighet. Klinikk psykisk helse og avhengighet, Oslo Universitetssykehus HF/AKER). Sykehuset innlandet, Avd. for rusrelatert psykiatri og avhengighet, skjermet enhet gravide – Hov i Land.	Borgestadklinikken. Avdeling for avrusing og narkotika, Ullevål. Sykehuset Østfold, avd. for rusbehandling, seksjon for rusmiddelmissbrukere. Sykehuset innlandet, Avd. for rusrelatert psykiatri og avhengighet, skjermet enhet gravide – Hov i Land.	Vestfoldklinikken. Avd. for avrusing og narkotika, Ullevål. Oslo univ. sykehus- Aker enheten Ullvin. Renåvangen. Tyrilistiftelsen. Samtun Fossumkollektivet Nybøle (Kirkens Bymisjon). Sykehuset innlandet, Avd. for rusrelatert psykiatri og avhengighet, skjermet enhet gravide – Hov i Land. Sykehuset innlandet. Avd. for rusrelatert psykiatri og avhengighet -Sørlihaugen. Stiftelsen Riisby behandlingssenter.

I følge informanten har helseregion Sør-Øst satset på å bedre tilbudet først og fremst til *gravide* gjennom kapasitetsøkning, og da særlig på Hov i Land "som har blitt gjort til en Helse Sør-Øst institusjon". Volumet av tvangsplasser bestemmes på bakgrunn av en "fortløpende vurdering av de beskrivelsene som helseforetakene presenterer. Kapasiteten synes å være bra, særlig når det gjelder § 6-2a" (informant Helse Sør-Øst). En utfordring knyttet til utvelgelsen av institusjonene på de tre paragrafene er at det kan være vanskelig å finne gode tilbud:

At det kan være vanskelig å finne gode tilbud. Man kan slite med å oppfylle forventninger med å finne plasser. I en situasjon hvor det har vært mye kjøp av ekstra plasser så vil det kunne være slik at motivasjonen er mindre hos de private institusjonene. Men vi har ikke informasjon om at de ikke lenger vil være på tvang, eller at de priser seg ekstremt høyt. Noen enkeltaktører priser seg litt høyt.. (informant Helse Sør-Øst).

Helse Sør-Øst har flere offentlige institusjoner med tvangsplasser enn de andre regionene. Regionen har inngått mange avtaler med private institusjoner. Alle institusjonene kan lage avtale med pasienten om § 6-3, men det som nevnt mange som ikke praktiserer den eller benytter seg av den. De institusjonene som står lengst til høyre i tabellen over er institusjoner som vi har ringt til, og fått bekreftet at de praktiserer § 6-3. Der er nesten dobbelt så mange institusjoner som har avtale med Helse Sør-Øst (som vi også har ringt til) som ikke praktiserer § 6-3. Noen av begrunnelsene som oppgis er

kapasitetshensyn, at det er uaktuelt eller at de har lange ventelister på frivillig behandling.

### Begrunnelser for utvalget av institusjoner

I det videre skal vi presentere RHF'enes begrunnelser for utvalget av institusjoner mer samlet. Det er altså de regionale helseforetakene som i følge loven skal utpeke hvilke institusjoner det er i sin region som skal ta imot på §§ 6-2, 6-2a og 6-3. Dette gjøres, som vi har sett i det foregående, på litt forskjellig måter i de ulike regionene. I Helse Sør-Øst er det helseforetakene som inngår avtaler i forhold til tvang mens i de andre regionene skjer utpekingen på regionalt nivå. Der er flere begrunnelser for utvalget i de forskjellige regionene. Viktige argumenter som alle informantene løfter fram er å velge de institusjonene som er minst sårbare, mest stabile, best bemannet og som har god faglig kvalitet. Ved siden av dette har regionene hatt forskjellige satsingsområder. Mens Helse Vest har prioritert å kunne tilby integrerte tjenester med avrusing og oppfølging på samme sted, har Helse Midt-Norge prioritert et mer utvidet og lokalbasert tilbud for ungdom og Helse Sør-Øst har prioritert tilbudet til gravide.

Vi har sett at en del av kapasiteten er hos helseforetakene selv, mens en god del kjøpes av private avtalepartnere. Bruk av private avtalepartnere varierer mellom regionene. I Helse Sør-Øst gis omtrent 60 % av den samlede døgnkapasiteten av private og i Helse Vest 100 %. Helse Midt-Norge bruker ca. 50 % private. Helse Nord har ingen private institusjoner på tvang i sin portefølje. Et fellestrekk ved de private institusjonene som brukes, er at flere av dem hadde et tvangstilbud også før rusreformen, som for eksempel Askøy Blå Kors Klinikk og Lade Behandlingssenter. Det var derfor naturlig at de regionale helseforetakene inngikk videre avtaler med dem også etter rusreformen (informant i Helse Vest og Helse Midt-Norge).

To av de beslutningsansvarlige i helseregionene mener at samarbeidet med de private avtalepartnerne er "tett og god" (informant Helse Midt-Norge og Helse Sør-Øst). Informanten i Helse Vest mener at ansvaret for tvangstilbudet er lettere å håndheve overfor private enn de offentlige institusjonene i regionen: "Vi har mye mer informasjon om de private. Det er faste tilbud som er etablerte. Hos helseforetakene blir det en individuell løsning i de individuelle sakene. Vi har ikke informasjon om hva helseforetakene syr sammen. Vi vet mye mer om det permanente".

At tilbudet er faglig forsvarlig sikres fra Helse Vest-Norge sitt ståsted: "I dialog med institusjonene, der er ingen annen måte for oss. Når institusjonene har sagt at de har trengt noe mer, har vi vært lydhør for det, for eksempel ved å øke bemanningen". Informanten i Helse Midt-Norge forteller at de: "jobber med fagutvikling primært gjennom fagutviklingsprosesser og utarbeidelse av prosedyrer og rutiner". Informanten i Helse Nord-Norge forteller at de har brukt organisering som virkemiddel for å gjøre tilbudet mer faglig forsvarlig:

I forbindelse med den nye organiseringen, så gikk vi gjennom bemanningen og tilbudet på de ulike døgnhetene. I Tromsø-området har tilbudet vært spredt. Det har ikke vært på et felles område før nå. Institusjonene har opparbeidet seg ulike tradisjoner. Dette vil gå seg til nå når vi har samlet det under felles tak. Vi ønsker å dra nytte av kompetanse og ha felles strategi for en felles målgruppe. Dette vil bedre tilbudet totalt.

Informanten i Helse Sør-Øst peker på bruk kravspesifikasjoner, tilsynsbesøk og årlige oppfølgingsmøter som virkemidler slik at helseforetakene kan sikre at tilbudet er faglig forsvarlig.

Når det gjelder kapasiteten på tvangsbehandling pekes det på flere forhold i de ulike regionene sett under ett. Det er behov for å kunne 1) utvide kapasiteten til å ta imot flere pasienter på § 6-2 og § 6-3), øke kapasiteten for å ta imot ungdom på tvang i egne avdelinger, 3) øke kapasiteten på frivillig behandling og 4) takle på institusjonsnivå at kapasiteten fluktuerte ganske mye i løpet av et år (informanter i Helse Vest, Midt, Nord og Sør-Øst).

På bakgrunn av intervjuet med informanten i Helse Nord-Norge synes denne regionen å stå i en særstilling når det gjelder kapasitet på frivillig behandling:

Kapasiteten på tvang har ikke vært et problem. Totalt har vi fem plasser, men det har vært mer det her med at vi ikke har hatt et faglig godt bemannet tilbud. Når det gjelder frivillig behandling har vi 1300 henvisninger i året og 700 utskrivinger i året. Vi har nesten 600 hvor vi har et udekket behov med lange ventelister og mange fristbrudd. Vi har langt dårligere kapasitet på frivillig behandling.

Helse Nord kjøper gjesteplasser for 40 millioner utenfor eget helseforetak i året *totalt* sett. Det er med andre ord den regionen som kjøper mest fra de andre RHF'ene og fra andre regioners private institusjoner (dette gjelder både frivillig og tvang): "Det er en økonomisk utfordring for oss, men mest for pasientene. Noen ønsker det, men for de aller fleste er det en belastning, tenk på familie og nettverk. Vi har ikke mange pasienter fra sør som kjøper plass hos oss i nord. Det er forsvinnende lite" (informant Helse Nord-Norge).

I følge informantene i de fire RHF'ene kjøper Helse Midt-Norge "av og til" gjesteplasser i andre regioner (dette gjelder både frivillig og tvang). Informanten forteller at de imidlertid har solgt flere plasser enn de har kjøpt, særlig til Helse Nord og til Helse Vest. Helse Vest kjøper "jevnlig" gjesteplasser i andre regioner. Det er Lade og Borgestadklinikken som brukes mest av Helse Vest. Det er bare unntaksvis at Helse Sør-Øst kjøper gjesteplasser i andre regioner.

### Økning i antall liggedøgn etter rusreformen

Vi sendte en forespørsel til samtlige institusjoner i landet som tar imot pasienter på tvang for å få vite hvilke tvangsparagrafer det tas inn pasienter på, antall plasser (dvs. antall innleggelser og antall pasienter) og gjennomsnittlige liggedøgn og hvordan dette har variert over tid og etter rusreformen. Det viste seg at ikke alle institusjonene hadde tall på dette. De få som responderte på henvendelsen sendte også ulike og usammenlignbare tall tilbake, som antall behandlinger, antall tvangssaker eller antall innleggelser i deler av perioden vi var interessert i. Når det gjelder Helse Nord-Norge har vi fått oversikt over antall tvangssaker for alle institusjonene i hele regionen (se nedenfor). De eneste sammenlignbare tallene vi har fått utover dette og som omhandler alle paragrafene i hele perioden, er tall fra seks institusjoner på antall liggedøgn i perioden, som vi viser i en tabell tilslutt i dette avsnittet.

Ved Borgestadklinikken, som har ført statistikk over antall innleggelser fra tiden før rusreformen, kan det vises til at det har skjedd en økning i antall innleggelser på § 6-2a

sammenlignet med tiden før 2000 selv om antall innleggelser ser ut til å ha vært noenlunde stabilt i årene etter 2004 slik som tabellen under viser.

*Antall pasienter ved Borgestadklinikken 2004–2008*

	§ 6-2a
2004	15
2005	14
2006	13
2007	18
2008	14
Sum	74

I perioden 1996–2000 hadde Borgestadklinikken mellom en til seks innleggelser i året (Grimstad og Kristiansen 2009). I løpet av perioden 2000–2008 ble antallet innleggelser altså mer enn fordoblet. I rapporten fra Borgestadklinikken pekes det på flere årsaker til at antallet innleggelser har økt på 2000-tallet i forhold til årene før. Det kan skyldes at lovhjemmelen § 6-2a har blitt bedre kjent, at den har større aksept for sitt formål, at det er flere kvinner i fruktbar alder som ruser seg og at helsetjenestene har blitt flinkere til å avdekke gravide med et rusmiddelproblem (ibid).

Lade Behandlingssenter i Helse Midt-Norge kan vise til tilsvarende økning i antall innleggelser i årene 2001–2009 (se tabell under). Her økte antallet innleggelser sterkt fra 18 i 2004 til 34 i 2006. Bruk av § 6-3 har fluktuert mest, fra to i årene 2001, 2003 og 2009 til 17 og 19 i årene 2006 og 2007. Det var færrest innleggelser i 2009 sammenlignet med de to foregående årene. Den største nedgangen er knyttet til mindre bruk av § 6-3.

Mens institusjonen i 2007 hadde det høyeste antallet behandlingsdøgn etter lovparagrafene registrert noensinne (1340), var institusjonen i 2009 nede på et samlet antall behandlingsdøgn på 835. Likevel er antallet behandlingsdøgn på grunnlag av vedtak etter § 6-2a det høyeste som er registrert i 2009.

*Antall innleggelses ved Lade 2001–2009*

	§ 6-2	§ 6-2a	§ 6-3	Sum
2001	5	3	2	10
2002	5	3	10	18
2003	5	6	2	13
2004	8	5	5	18
2005	11	6	7	24
2006	10	7	17	34
2007	10	6	19	35
2008	8	6	8	22
2009	6	6	2	14
Sum	68	48	72	188

Oversikten over rusenhetene i Helse Nord (se tabellen under) viser at antall tvangssaker i Helse Nord var lavest i årene like etter rusreformen 2004–2006, men har steget noe fra 2007–2009. Også antall saker på § 6-2a ble fordoblet, fra fire i årene 2004–2006 til åtte i årene 2007–2009. Tallene når det gjelder § 6-3 ble redusert i årene 2006–2008 men fluktuerer så mye at det er vanskelig å si hvorvidt det har skjedd en økning i bruken av denne paragrafen i Helse-Nord etter rusreformen. I 2009 hadde regionen flest tvangssaker totalt sett siden 2004.

*Antall tvangssaker 2004–2009 Rusenhetene i Tromsø samt Nordlandsklinikken.*

	§ 6-2	§ 6-2 a	§ 6-3	Sum
2004	4	1	14	19
2005	3	0	11	14
2006	4	3	6	13
2007	11	2	8	21
2008	5	2	5	12
2009	12	3	13	28
Sum	39	11	57	107

Tallene fra Helse Nord på antall tvangssaker kan i likhet med tallene fra Lade Behandlingscenter, tyde på at det har skjedd en liten økning i antall liggedøgn på de tre paragrafene i løpet av de siste årene. Dette bekreftes også av Helse Vest sine tall på liggedøgn i 2006 og 2009. Antall liggedøgn på tvang har her økt. I 2006 ble det registrert 1576 liggedøgn på tvang (alle paragrafer inkludert) i regionen og i 2009 var tallet 2478 (tall fra Helse Vest). Da er liggedøgn på tvang i helseforetakene ikke medregnet.

Et dybdykk inn i seks institusjoner som har gitt oss tall på liggedøgn på de tre paragrafene i perioden 2005 – 2009, viser en økning på ca. 1000 liggedøgn fra 2005 til 2007 med 3747 liggedøgn på alle paragrafene i 2005 til 4763 liggedøgn i 2007. Deretter viser tabellen en nedgang på 964 liggedøgn fra 2007 til 2009. Årsaken til dette er stor nedgang i bruk av § 6-3 i 2009.

*Antall liggedøgn ved seks institusjoner i perioden 2005–2009<sup>47</sup>*

	§ 6-2	§ 6-2 a	§ 6-3	Sum
2005	2572	532	643	3747
2006	2087	713	1415	4215
2007	2431	611	1721	4763
2008	1918	412	1663	3993
2009	1820	904	1075	3799
Sum	10828	3172	6517	20517

Det høyeste antall liggedøgn på § 6-2a er i 2009. Dette skyldes dels det høye antallet liggedøgn på Lade Behandlingssenter dette året. Antall liggedøgn på § 6-3 varierer også her, antallet økte i den første perioden, fra 643 i 2005 til 1721 i 2007 for så å synke igjen til 1075 i 2009. Det har likevel over tid på disse seks institusjonene skjedd en økning i bruk av § 6-3 selv om tallene fra 2009 viser en markant nedgang.

#### Pasienter i grenseland mellom rus og psykiatri

Vi har tidligere omtalt at Helse Vest har organisert pasientstrømmen for dobbeldiagnosepasienter slik at pasienter fra rusinstitusjonene kan få tilbud om plass i det offentlige ved hjelp av såkalte "flytende plasser" som opprettes ved behov. I Helse Vest har det vært et klart mål å gi tilbud til disse pasientene i egne foretak. I følge informanten i Helse Vest sendes pasientene først til rusinstitusjoner hvis rus er en utløsende faktor. Videre kan de sendes til psykiatriske institusjoner dersom rusinstitusjonen ser det slik at et opphold hos dem ikke kan hjelpe. Dette kan, som vi pekte på under avsnittet om Helse Vest ovenfor, medføre at de sendes frem og tilbake mellom rus- og psykiatriske institusjoner. Vi har ikke informasjon om hvordan dette organiseres i de andre regionene, men det er grunn til å anta at pasientstrømmen organiseres på en lignende måte.

Alle informantene i de ulike RHF'ene bekrefter at psykiatriske institusjoner i liten grad brukes til tvang i regi av LOST. De peker på at der fortsatt er store utfordringer i samarbeidet mellom psykiatrien og rusinstitusjonene om å gi et godt tilbud til dobbeldiagnosepasienter. Samtlige hevder at det å få til et tett nok samarbeid mellom

<sup>47</sup> Haugaland A-senter, Hov i Land, Vestfoldklinikken, Lade Behandlingssenter, Vestmo Behandlingssenter og Avdeling avgiftning/narkotika.

rus- og psykiatriinstansene og å avklare hvem som "eier" pasienten, har vært, og er fortsatt vanskelig.

Dette kan utdypes bedre sett fra behandlingstilstandene sitt ståsted. En informant ved en avrusingsinstitusjon forteller det samme som informantene i de fire RHF'ene. Han forteller at avrusingsinstitusjonen til og med i noen tilfeller ikke har noe tilbud å sende dobbeldiagnosepasientene videre til. Informanten ved avrusingsinstitusjonen forteller at de har noen "saker hvor vi bare har skrevet ut pasienter, fordi vi ikke har hatt noe tilbud å gi dem" (intervju 4). Informanten forteller også at pasienter kan bli dårligere av å være på avrusing: "Vi hadde et tilfelle som var en sånn der pingpong mellom rus og psykiatri. Han ble psykotisk av å være her, tok ingen medisiner. Ble åpenbart verre". Pasienten ble sendt til psykiatrien for så å bli sendt tilbake til avrusingen igjen. Så ble han dårlig igjen og kom tilbake til psykiatrien: "De ville skrive ham ut. Og vi var klare på at vi legger ham ikke inn her igjen" (intervju 4).

Informanten forteller videre:

Så hadde vi en annen fyr som hadde klar klaustrofobi. Og også ganske utagerende, og det var for så vidt greit nok det – for vi hadde leid inn noen Securitasvektere (i sivil) for Gud veit hvor mange titusener i døgnet. Så vi var forberedt på det. Han var for så vidt grei nok. Han var ærlig hele veien på hva som kom til å skje. Og... det skjedde jo. Altså når det gikk et par dager da, så bare klarte han ikke mer, og da går han bananas.

Informantene peker på at det dreier seg om ulike logikker som møtes og om forviklinger som oppstår når to forskjellige lovverk med forskjellige regler og ulike typer rettigheter (også på pasientnivå) skal håndteres (intervju 7 og 8). Andre informanter peker på trekk ved psykiatriinstitusjonenes faglige ledelse som forklaringsfaktor:

Det er noe med en ulik historie og noe ulik kultur i forhold til hvordan ting er styrt. Det er klart, psykiatrien er veldig sånn der overlege/psykiater-styrt. De er jo vant til at bare de sier noe og skriver noe et eller annet sted, så skjer det noe. De har litt vondt for på en eller annen måte – forstå at det er ikke bare for dem å legge inn pasienter her... det er mye som ikke er hensiktsmessig ved at du har en sosialtjeneste og en fylkesnemnd som skal drive og fatte vedtak. Det er spesialisthelsetjenesten som skal gi det et innhold (informant 4).

Det ser på bakgrunn av dette ikke ut som om rusreformen har ført til et klart bedre samarbeid mellom rusinstitusjonene og psykiatrien. Tvangsinnleggelse for ruspasienter med dobbeldiagnoser synes fortsatt å bære preg av brudd og opphold.

### Pasienter i grenseland mellom tvang og frivillighet – § 6-3 tilbudet.

Et viktig spørsmål i evalueringen har vært hvordan aktørene praktiserer tvang etter § 6-3. Vi har andre steder i rapporten påpekt at paragraf § 6-3 har en uklar eller tvetydig status i feltet. Vi har også pekt på at den byr på utfordringer med hensyn til tolkning og praktisering. Tolkningen er avhengig av hva paragrafen ses i forhold til. Sees den i forhold til frivillig innleggelse, ses den i forhold til de to andre tvangsparagrafene eller ses den i forhold til begge deler? Dette kan gi forskjellige svar. I vår undersøkelse har minst to tolkninger utkrystallisert seg. Der noen oppfatter paragrafen som forebyggende og god, er det andre som synes den er svak og at den ikke er en "ordentlig tvangsramme".

### *Hva betyr § 6-3 og hva innebærer den?*

Først litt om hva paragrafen betyr fra lovgiver sin side og hva den innebærer for spesialisthelsetjenesten og sosialtjenesten. Pasienter som inngår avtale om § 6-3 skriver under på at de kan hentes inn igjen dersom de rømmer. Dette er forskjellig fra frivillig innlagte som kan skrives ut dersom de avbryter oppholdet. Pasienter som legges inn under § 6-3 behandles mer likt med pasienter som er innlagt under § 6-2 eller § 6-2a, men til forskjell fra disse er det lagt opp til at pasienter på § 6-3 kan få en individuell tilrettelegging basert nettopp på det at de *frivillig* har inngått avtale om tvang. Det sentrale elementet er her den kontraktmessige bindingen som vi i denne rapporten kaller for "avtalt tvang".

§ 6-3 er fra lovgiver sin side ment som et hjelpemiddel for pasienter som trenger den til å komme seg gjennom kriser i behandlingsforløpet uten å måtte avbryte behandlingen selv om egen motivasjon svikter underveis. Ovenfor omtalte vi paragrafen som en pasientbestemt avtale. Det innebærer at pasienten frivillig (og i samråd med sosialtjenesten og /eller institusjonen) søker behandling og inngår avtale om tvang/tilbakeholdelse. I forhold til gravide ruspasienter er § 6-3 også et frivillig hjelpetiltak. Sosialdepartementet har blant annet lagt til grunn at § 6-2a bare skal benyttes der vilkår etter § 6-3 ikke er mulig eller hensiktsmessig (rundskriv I-46/95).

Paragrafen innebærer at sosialtjenesten må foreta en nøye vurdering av om opphold etter § 6-3 vil være tilstrekkelig. Sentrale momenter er pasientens eller den gravide kvinnens motivering for et opphold med "avtalt tvang", og om denne innleggelsesformen vil gi fosteret tilstrekkelig beskyttelse (Retningslinjer, Helse Midt-Norge, 2008). Det er med andre ord viktig for tjenestene å vite at "frivilligheten" fra pasienten sin side er reell og ikke strategisk for å slippe en 6-2a innleggelse.

Selv om behandlingstilbud som er pekt ut til å ta imot på §§ 6-2 og/eller 6-2a i stor grad også skal kunne ta imot på § 6-3, er det slik at beslutningen i stor grad er desentralisert til institusjonsnivå, det vil si at beslutningen fattes mellom pasient og institusjon. I praksis er det overlatt til behandlingstilbudene selv å vurdere hvorvidt de vil ta i mot pasienter på § 6-3 dersom de har avtale med det regionale helseforetaket. De regionale helseforetakene har *ikke* oversikt over hvilke institusjoner som praktiserer § 6-3. Vi måtte ringe til hver enkelt institusjon for å få avklart dette. Etter vår telefonrunde til alle institusjonene (som ble oppgitt av RHF'ene) viste det seg at det var mange av dem som ikke praktiserer den eller benytter den muligheten paragrafen gir. Det var også mange forskjellige svar på hvorfor det var slik. Noen ønsket å praktisere den, en institusjon hadde gode erfaringer med den for å få ned "drop-uten", noen hadde benyttet paragrafen før rusreformen, en del hadde ikke kapasitet til å bruke den nå og noen mente at paragrafen ikke var aktuell å bruke.

### *Avtalt tvang på et avtalemessig tynt grunnlag?*

I det videre vil vi ta for oss hovedbegrunnelser for og imot praktisering av § 6-3. Hovedsaken i disse er at § 6-3 oppfattes som avtalt tvang på et avtalemessig tynt grunnlag. På bakgrunn av våre telefonhenvendelser til institusjonene var det altså tydelig at meningene og oppfatningene om § 6-3 er mange, og både positive og negative. Oppfatningene om paragrafens anvendbarhet spriker i to retninger. De som ikke praktiserer paragrafen beskriver den blant annet som en "ikke-ordentlig tvangsramme"



eller som "frivillig tvang på et avtalemessig tynt grunnlag". En ansatt ved en behandlingsinstitusjon utdypet dette slik:

Avtale om tvang etter eget samtykke vil kunne vurderes som en ugyldig og/eller dårlig avtale inngått på et sviktende grunnlag, så lenge alternativet er bruk av tvang uten eget samtykke. Med andre ord får ikke pasienten en reell valgmulighet, eller et reelt grunnlag å samtykke ut fra. Imidlertid har vi mange eksempler på at gravid pasienter har valgt å takke ja til ordinære frivillige innleggelse. Det kan selvfølgelig også stilles spørsmål ved graden av "frivillighet" i disse sakene, men en har uansett valgt det minst alvorlige inngrepet med hensyn til pasientens personlige integritet. Bruk av § 6-3 i forhold til gravide pasienter kan også oppfattes som en tilsøring av det som er hovedhensikten med innleggelsen; å beskytte det ufødte barnet mot ytterligere skadelig bruk av rusmidler. Anvendelse av § 6-2a gir i tillegg den gravide pasienten en mulighet til å få en bredest mulig forvaltningsmessig behandling av saken sin gjennom en fylkesnemndbehandling. Dette kan sies å gi pasienten en bedre rettsikkerhet enn en "frivillig tvang" basert på et avtalemessig tynt grunnlag (intervju 12).

Informanten forteller at institusjonens individualiserte behandlingsprofil spiller en stor rolle og bidrar til at paragrafen blir mindre aktuell å bruke. Når denne behandlingsinstitusjonen, som ikke praktiserer § 6-3, får henvisninger/forespørsler der sosialtjenesten har vurdert § 6-3 som alternativ til å anvende § 6-2a vil behandlingsinstitusjonen da råde sosialtjenesten til å fatte vedtak i henhold til § 6-2a. Informanten forteller også (jfr. sitat over) at noen heller får tilbud om en ordinær frivillig innleggelse i stedet for § 6-3.

#### *Flere muligheter for fleksibel grensesetting?*

Andre behandlingsinstitusjoner som er mer positive til bruken av § 6-3 synes den gir flere muligheter for fleksibel grensesetting, nettopp fordi den er frivillig. Da slipper pasienten, hvis hun samarbeider og legger seg inn frivillig under paragraf 6-3, at det blir opprettet en 6-2a-sak. § 6-3 kan også gi institusjonen et litt større handlingsrom i behandlingen til å prøve seg fram og vurdere hvilken type innleggelse som er best egnet for en bestemt pasient (individualisere). Innvilgelse av permisjon kan da ganske tidlig bli en slags "lakmustest" på hvordan pasientene "takler å ha litt frihet under litt tvang" (intervju 10).

Behandlingsinstitusjonen har fortsatt, hvis det er behov det, mulighet til å låse døren. Informantene forteller at institusjonen likevel har mulighet til å tilbakeholde pasienten, på linje med 6-2a dersom pasienten er inne på § 6-3 (intervju 10). Det kan også være slik som informantene forteller, at behandlingsinstitusjoner kan ha pasienter inne på frivillig grunnlag som viser seg ikke å være så motiverte allikevel, eller slik som de ga uttrykk for i begynnelsen:

Dermed kan det vurderes om en pasient som er frivillig innlagt, kanskje heller burde legges inn under § 6-3. I paragraf 6-3 ligger det flere muligheter for grensesettinger slik at paragrafen kan betraktes som en litt ærligere paragraf enn helt frivillig samtidig som det en mindre inngripen enn §§ 6-2 og 6-2a (intervju 10).

Det er samtidig viktig for dem som trenger §§ 6-2 eller 6-2a, at de får den, i følge informantene. Dette er som regel pasienter "som ikke klarer å se at de er nødt til å skjerme fosteret sitt. Det må med andre ord være et visst minimum av fungering for at 6-3 skal være alternativ til 6-2a, men har du noen som er på glid og er sånn ganske

motivert – ja" (intervju 10). Sett fra noen behandlingstilstander sitt ståsted er det da slik at § 6-3 burde vært benyttet i litt større grad enn hva den faktisk blir, og særlig for de som ifølge informantene har et "snev av motivasjon og innsikt i situasjonen sin" (intervju 10).

#### *Forebyggende?*

Noen betrakter paragrafen dit hen at den kan bidra til å forebygge abort. Informanter forteller at de har hatt situasjoner der en pasient som har kommet inn på paragraf 6-2a har valgt å ta abort på grunn av at hun kom inn under den paragrafen. Dette er pasienter som kan ha vært i abortnemnd fordi svangerskapet har vart over 12 uker og fått godkjent abort. De ser for seg at de ikke klarer å gjennomføre innleggelse under tvang. I følge informantene kan det da være slik at hvis pasienten hadde fått lov til å legge seg inn under § 6-3, kunne innleggelsen kanskje ha lyktes bedre, og forebygget aborten (intervju 10).

Oppsummerende kan vi si at institusjonene både praktiserer og "tenker" ulikt om § 6-3. Vilklårene for samhandling mellom sosialtjeneste og behandlingstilstander synes med dette å by på utfordringer når det gjelder vurderinger om bruk av tvang etter § 6-3. Der noen oppfatter paragrafen som forebyggende og god, er det andre som synes den er for svak og at den ikke er en "ordentlig tvangsramme". Det er behandlingstilstander som bestemmer hvorvidt de vil praktisere § 6-3. De har nærmest "vetorett" til å reservere institusjonen mot å ta inn på § 6-3. Dette henger selvfølgelig sammen med flere forhold som allerede nevnt, som kompetanse, ressurser, behandlingsprofil og institusjonenes historie med sterk autonomi på rusfeltet. Til slutt, men ikke minst, er lovtæksten i seg selv også svært utydelig når det gjelder denne paragrafen (se avslutningskapitlet i denne rapporten).

## Gjennomføringen av tvangen på institusjonsnivå

### Innledning – tvangens janusansikt

I rapporter og artikler som omhandler tvang i spesialisthelsetjenesten leser vi at tvang ikke bare er tilbakehold og skjerming, tvangen er også redskap for kartlegging og motivering til endring (se bl.a. Hansen og Svenkerud 2006:9, Jansen 1998). Det er vanskelig å skrive om tvang uten å først drøfte dobbelheten i dette, en dobbelhet som kan kalles for tvangens *janus-ansikt* i behandlingssituasjonen. Den romerske guden Janus har som kjent både et smilende og et surt ansikt. Andre tvangsinstitusjoner som for eksempel fengsler har også to ansikter – ett "strengt" som uttrykker tvang og disiplinering, og et "mildt" som gir uttrykk for dannelses og omsorg (Ravneberg 2005). Rusbehandlingstilstander som tar imot på tvang har denne dobbelheten i tilbudet sitt. På en og samme tid veves normer, disiplin og regler i institusjonen sammen med behandling og kunnskap/læring om å mestre livet. Når pasienter på tvang isoleres og låses inne, når de tilbys ulike typer av aktiviteter og samtaleterapi individuelt og gruppevis er tanken at tvangsoppholdet skal disiplinere og danne dem for å endre sin adferd og oppøve evne til selvforvaltning.

Disse to elementene i tvangstilbudet – disiplin og dannelses – som vi velger å kalle dem, fylles med ulikt innhold og kombineres på ulike måter i institusjonene (Ravneberg 2005). De vektlegges ulikt og de kan skifte karakter slik at det ene "ansiktet" til tider er mer tydeligere enn det andre. Dette kan også variere fra institusjon til institusjon og over tid hvis institusjonen endrer regimet.

Det varierer fra behandlingsinstitusjon til behandlingsinstitusjon og fra pasient til pasient, hvordan disse to hensiktene balanseres internt. Pasienten kan møte et tvangsregime som forteller at "her inne på tvang skal du være, uavhengig om du er snill eller ikke. Her er det tvang som gjelder, og her er et helt eget regelsett som gjelder" (intervju 3). Hva som ligger i utsagnet "et helt eget regelsett" varierer fra institusjon til institusjon. Det finnes forskjellige metoder de ulike institusjonene kan velge å benytte seg av for å oppnå resultater med tvangen. En studie fra slutten av 1990-tallet viste at det var betydelige forskjeller i gjennomføringen av tvangsbestemmelsene mellom institusjoner (Lien og Nilssen 2000). Oppholdets innhold varierte også mellom institusjoner og ut fra ulike typer tvangsgrunnlag. Det var et tydelig skille mellom "strukturerte" og "åpne" tvangsregimer:

En variant hvor det er etablert fysiske stengsler for å holde klienten i institusjonen, hvor klientene på tvang gradvis integreres i den øvrige virksomheten ved institusjonen og med de andre klientene, ettersom han/hun blir motivert for å være der. Den andre varianten representerer et mer åpent opplegg, der klientene i utgangspunktet integreres i den øvrige virksomheten ved institusjonen og med de andre klientene. En hindrer ikke rømming ved den fysiske rammen, men ved at klienten holdes under oppsikt til enhver tid (Lien og Nilssen 2000:44–45).

Selv om materialet som lå til grunn for den studien ikke ga grunnlag for å si noe om hvorvidt et åpent tvangsregime ga bedre grunnlag for integrering enn et strukturert, er det likevel nærliggende å anta at tvangens resultater vil kunne variere i pakt med tvangsregimets karakter (ibid). Slik vi ser det vil det strukturerte tvangsregimet – som vi også kan kalle for et mer lukket tvangsregime – være mer disiplinerende på grunn av de fysiske stengslene, typen sanksjoner og den gradvise integreringen av pasientene ved institusjonen, mens det åpne tvangsregimet vil være mindre disiplinerende i og med at pasientene raskere introduseres til den øvrige virksomheten, ved at det brukes mindre sanksjoner og ved at pasientene for eksempel kan bruke utgangen hvis de vil. Det er viktig å påpeke at vi her ikke forventer å finne enten åpne eller lukkede regimer, men regimer som er åpent eller lukket i mer eller mindre grad.

I det videre ønsker vi å belyse institusjonenes "janus-ansikter" nærmere. Hvor strukturerte er tvangsregimene? Hvor åpne er de? Hvordan balanseres disiplineringsmekanismer opp mot dannelses i tvangsforløpet i de ulike regimene? Hvordan er behandlingsklimaet og hva inngår i behandlingen? Hvilke refleksjoner har ansatte om hva som virker og hva som ikke virker? Hva gjøres i praksis og hvorfor? Vi ønsker også å gi en vurdering av hvorvidt tilbudet har blitt mer helhetlig og bedre individuelt tilpasset etter rusreformen på bakgrunn av datamaterialet. Et viktig formål med rusreformen var nettopp å sikre et mer helhetlig behandlingstilbud og sørge for individuelt tilpassede tiltakskjeder overfor ruspasienter.

## Ulike perspektiver på totale institusjoner

Et inntak til å studere døgninstitusjoner er å ta utgangspunkt i Goffman's klassiker (1961) om "totale institusjoner". Norske samfunnsforskere har studert en rekke slike institusjoner, det være seg fengsler (Mathiesen 1965), psykiatriske sykehus (Løchen 1965, Sørhaug 1977), skip (Eriksen 1973), feriekolonier (Hetle 1973) og høyfjellshotell (Wøhnli 1974). Disse institusjonene er ikke nødvendigvis like langs alle dimensjoner, men de deler noen grunnleggende fellestrekk som først og fremst har rot i den daglige organiseringen av livet i slike institusjoner. Goffman definerer en total institusjon som: et oppholds- og arbeidssted, hvor et større antall likestilte individer fører en innelukket, formelt administrert tilværelse, avskåret fra samfunnet utenfor i lengre perioder.

Som Anne Karen Bjelland (1984) har påpekt, tar denne definisjonen utgangspunkt i det bruddet som totale institusjoner innfører med noe sosialt grunnleggende i vårt samfunn: "... at den enkelte som regel arbeider, har sin fritid og sover på forskjellige steder, oppholder seg sammen med forskjellige andre personer, under forskjellig myndighet og uten noen rasjonell helhetsplan. Ett av de mest sentrale kjennetegn ved totale institusjoner er nettopp at skillet mellom disse ulike livs-områdene blir brutt ned..."

I totale institusjoner vil alle de ulike aspektene ved tilværelsen avvikles på samme sted og under samme myndighet, de daglige gjøremål utføres under nærvær av en stor gruppe andre mennesker, som alle behandles likt og er satt til å gjøre det samme i fellesskap og alle dagens rutiner er nøye skjematisk. Klienter i totale institusjoner vil kunne lide uopprettelige tap. I en senere fase i livet kan det for eksempel bli umulig å innhente den tiden som ikke ble brukt til utdanning eller til normalt samkvem med andre mennesker. Goffman kaller denne permanente berøvelsen for "sivil død" eller tap av borgerlige rettigheter. Når en person institusjonaliseres, skjer det en mortifikasjonsprosess der den innsatte formes og kodes "til et objekt gjennom fotografering, avkledning, tildeling av institusjonsnummer og lignende". Personen innrulleres i institusjonens administrative maskineri og bearbeides systematisk og rutinemessig. Slike krenkende prosesser kan føre til tap av selvbestemmelse som kan få betydning for den enkeltes kapasitet for livsmestring og selvforvaltning.

Vi anser det som relevant å ha dette perspektivet til Goffman med i analysen. Vi vil likevel påpeke at det er viktig å ikke ta begrepet "total institusjon" for gitt. Det er over førti år siden boken til Goffman ble publisert og begrepet total institusjon lansert. Flere forskere har påpekt at et institusjonsopphold i dag fortøner seg annerledes og at begrepet total institusjon ikke er en god nok "linse" til å analysere slike institusjoner med, heller ikke fengsler (McEwan 1980, Baer and Ravneberg 2008). Det er blant annet grunn til å anta at døgninstitusjoner innen rusbehandling og for så vidt også fengsler, ikke er så avskåret fra samfunnet som begrepet "total institusjon" tilsier. Vi har også påpekt at det varierer hvor åpne eller lukket tvangsregimene kan være (Lien og Nilssen 2000), slik at det er grunn til å anta at et "lukket" tvangsregime vil minne mer om den totale institusjonen enn et "åpent". Fengselsforskning har blant annet vist at fengslet som institusjon har forandret seg og blitt mer åpen i forhold til omgivelsene:

Institutionalisation is always a process. Over time prisons slowly have become more open to society due for instance to new rehabilitation ideologies and the

import of pedagogical and psychological knowledge and personnel into prisons (Baer and Ravneberg 2008).

Vi ønsker ikke å betrakte behandlingsinstitusjonene i denne undersøkelsen som totale institusjoner i betydningen isolerte sosiale systemer med uforanderlige og stabile omgivelser og uten at det skjer kunnskapsutvikling innenfor regimet. Vi velger å betrakte dem som små mikrosamfunn som påvirkes av endringer i omgivelsene og som gjenspeiler rehabiliterings- og behandlingsideologier i samtiden. Vi vil med andre ord ta høyde for at institusjonene kan være mer åpne, mer integrerende og mer individualiserende enn hva begrepet "total institusjon" signaliserer (Baer and Ravneberg 2008).

### Motivere eller behandle?

Det er likevel ikke til å komme forbi at livet i en heldøgnsinstitusjon innebærer mer rigid struktur, mer kontroll, mer ovenfrastyring og mer tilrettelegging av hverdagsfunksjoner enn hva de fleste voksne vanligvis erfarer (uten at vi dermed kan kalle dem for "totale"). I de institusjonene det her fokuseres på, kommer *tvangsdimensjonen* i tillegg. Opphold på en tvangsinstitusjon kan hevdes å være mer "fengselsaktig" og innebære flere "statuspassasjer" og "overganger" enn et opphold ved en frivillig døgnsinstitusjon, men dette kan selvfølgelig ikke tas for gitt.

Det er uansett vanskelig å sammenligne tvang eller tilbakehold med frivillig behandling for å vurdere effekten av det. I følge Gerdner og Berglund er det ikke frivillig behandling som er alternativet til tvang/tilbakeholdet. Alternativet er ingen behandling i det hele tatt, nettopp fordi tvangsbehandling i de fleste land først blir aktuelt når individet nekter å underkaste seg behandling: "Frivilligt vårdade skiljer sig därmed systematiskt alltid från tvångsvårdade, om inte annat så genom motivation till vård" (Gerdner og Berglund 2010). I følge Gerdner har den svenske lovgivingen aldri formulert i klartekst hva som skal være behandlingens innhold:

Det enda som funnits var lagens målformulering som handlade om "att motivera till fortsatt vård i frivilliga former". Dette avstedkom ulike tolkninger i behandlingsinstitusjonene. Flertallet av institusjonene oppfattet oppgaven "som att de inte skulle bedriva någon egentlig behandling utan "endast motivera ", medan en minoritet av institutionerna uppfattade uppdraget som att de skulle inleda behandling men att denna inte kunde avslutas på LVM-institutionen, utan skulle fortsätta i annan form sedan... Endast en minoritet av institutionerna försökte utveckla strukturerat behandlingssinnehåll med individuella och grupporienterade inslag.

Den norske lovgivingen har heller ikke klart formulert hva som skal være behandlingens innhold. Informanter ved en av de institusjonene som inngår i denne undersøkelsen, sier selv at det de gjør er hovedsakelig å motivere til videre behandling:

Det er jo det som skal være hensikten sånn som vi forstår det. At vi skal jobbe med å hjelpe de til å kunne ta imot behandling videre, eller annen type hjelp. Ja målsettingen med skjermet avdeling det er jo skjerming fra rus, motivering for videre behandling og kartlegging. Og når jeg sier kartlegging så er det hovedsakelig ruskartlegging vi gjør for det er gjerne kort tid de er inne hos oss. Så en del utredninger blir umulig å gjøre på den korte tiden de er hos oss (intervju 11).

Samtidig tilbys behandling i form av et strukturert behandlingsopplegg med individuelle og gruppeorienterte innslag som det forventes at pasientene deltar i. Her ligger et dilemma fordi institusjonene i rusfeltet, til forskjell fra psykiatrien, ikke kan *tvinge* pasientene til å ta imot behandling. En av informantenes refleksjoner rundt forholdet mellom frivillig behandling og tvangsbehandling tydeliggjør at mye av arbeidet handler om å motivere og opparbeide gode allianser med pasientene:

Og så tenker vi at tvangen er veldig grei, fordi tvangen ligger i at de må være her. Om de ikke har lyst til å benytte seg av behandlingstilbudet her, så kan ikke vi tvinge dem til det. Så du må jobbe mye med å motivere og få en god allianse med pasienten for å motivere til å ta imot. Vi kan ikke tvinge dem til å gå til psykolog, til å ta imot dagtilbudet. De kan ligge i senga i seks måneder, ikke sant. Tvangen er å være her, sånn at det er utfordrende på en annen måte. De som er frivillig, har vi forventninger til, og hvis de ikke følger opp da, så blir det vanskeligere. Hvis de er mye dårligere fungerende enn det som er forespeila, så kan det bli veldig vanskelig, fordi vi tenker at okei, hvorfor er den pasienten her frivillig? Er det for å unngå tvang eller er det fordi hun har lyst på en reell endring i livet sitt? (intervju 10).

Informanten påpeker at arbeidet i stor grad dreier seg om motivering og det å få en "god allianse" med pasienten for å motivere han eller henne til å ta imot den behandlingen institusjonen tilbyr. Det er dette som er institusjonens viktigste arbeid. Pasienter kan derfor gå gjennom flere uformelle statusendringer i løpet av oppholdet, stater som endrer seg i pakt med om og hvordan pasienten tar imot tilbudet fra institusjonen og hvordan han eller hun deltar ellers i det som foregår på institusjonen. I løpet av denne prosessen vil alliansene og relasjonene til behandlerne kunne endre seg, og institusjonen vil "sile ut" de "mest motiverte" pasientene fra for eksempel skjermet til åpen avdeling og gi dem "privilegier" (permisjoner, utgang etc.) i løpet av oppholdet.

Pasientens innstilling til oppholdet kan i følge informantenes beskrivelser forandre seg svært mye, også i løpet av kort tid. Av intervjuene kan vi lese at pasienter kan endre seg fra å være "farlig" i betydningen "nedkjørt", "abstinent", "rabiatt", "panisk" eller "aggressiv" til å bli "snill" eller "snillere" i betydningen mer "humørfyllt", "rolig", "positiv" eller til og med "blomstrende" (intervju 1, 2, 3, 5 og 10). Når dette skiftet i synet på pasienten finner sted kan det tyde på at pasienten er mer motivert og har gått gjennom en uformell statusendring, noe som også kommer til uttrykk ved at relasjonene til behandlerne og de andre pasientene har endret seg.

Statusendringen kan markeres på ulike måter av institusjonen, men det forventes at pasienten får lov til å "rykke" opp et trinn i "stigespillet", hvis institusjonen ser det slik at det har skjedd en utvikling hos pasienten.

### Overgangsfaser i tvangsoppholdet

I antropologisk forskning har slike overgangsfaser en sentral posisjon og da særlig med tanke på hvordan såkalte tradisjonelle samfunn regulerer statuspassasjer (spesielt fra barn til voksen) gjennom ritualer (Van Gennep 1961). I Van Genneps klassiske tekst om "rite de passage" skisseres det opp tre hovedfaser (atskilte både med hensyn til tid og rom) som vil være fruktbare analytiske verktøy også for å forstå et institusjonsopphold på en tvangsinstitusjon i Norge, det vil si at hovedfasene kan anvendes både i forhold til mer eller mindre åpne og lukkede tvangsregimer.

De overgangsfasene det refereres til her, er hentet fra en undersøkelse om bostedsløshet ved overgang fra rusmiddelinstitusjoner og psykiatriske institusjoner (Taksdal, Breivik, Ludvigsen og Ravneberg 2005). Grunnen til at vi bruker dem også her er at overgangsfasene kan kjennes igjen både i det innsamlede datamaterialet som ligger til grunn for denne og i andre undersøkelser (Lien og Nilssen 2000). Alliansebygging er for eksempel et begrep som går igjen og er nevnt i sitatet overfor. Datamaterialet i undersøkelsen gir grunnlag for å beskrive organiseringen av tvangen på institusjonen gjennom de tre fasene. Her er et sitat blant flere av informanter ved behandlingsinstitusjonene som uttrykker denne fasetenkningen: "I tilnærmingen så kan du si at vi har tre faser, vi liksom beskriver som tre faser, og innenfor de fasene så er det vanvittig variasjon, altså. Det er avgiftning, ikke sant, og så er det litt alliansebygging, og så er det videre – "hva etterpå?" – veldig grovt sagt da" (intervju 5).

Fasene er å betrakte som idealtypiske og er ikke ment som en beskrivelse av virkeligheten slik den faktisk er. I virkeligheten kan fasene i mer eller mindre grad overlappe hverandre og "progresjonsstegene i stigespillet" kan gå fram og tilbake avhengig av institusjonens regler og sanksjoner og om pasientene bryter disse. Med andre ord kan gangen i fasene variere stort.

I den første, *separasjonsfasen*, tas de det gjelder ut av sin vante plass i samfunnet for å markere deres strukturelle annerledeshet. Dette kan for eksempel handle om når rusmiddelavhengige vekkes midt på natten og blir hentet av politi og sosialtjeneste og anbrakt til avrusing i spesialisthelsetjenesten. Hendelsen markerer/stempler pasienten som "annerledes", "unormal" eller "farlig".

Så inntreffer *liminalfasen* hvor pasienten etter en viss tid i avrusing har blitt overflyttet til skjermet avdeling. Nå befinner pasienten seg i en form for ingenmannsland hvor verken–eller logikken gjelder. Pasienten er kanskje lite motivert for å delta i noe som helst. Fasen betraktes som farlig for både den det gjelder, men også for samfunnet eller omgivelsene rundt. De andre avdelingene i behandlingsinstitusjonen vil her være en del av omgivelsene. *Novisene* utsettes for harde prøver og er eksistensielt og sosialt ikke-personer. Dette gjelder særlig den første delen av institusjonsoppholdet, når pasienten oppholder seg (mest) på skjermet avdeling og vurderes som rømningsfarlig.

I den siste avgjørende fasen, *reintroduksjonsfasen*, (representert ved den siste delen av institusjonsoppholdet og tiden før og etter utskrivelsen) tilbakeføres vanligvis novisene til samfunnet. Da vurderes de ikke lenger som rømningsfarlig. De kan da ha fått tilbud om å flytte ut av skjermet avdeling, tilbud om å bo sammen med pasienter som er frivillig innlagte, behandlingstilbud og tilbud om ulike kurs og aktiviteter. Deres oftest vellykkede statusskifte feires også (utskrivning – egen bolig – jobb med mer). Problemet her er at slike statusskifter ved utskrivelse ofte viser seg å bli mislykket – noe som blant annet kan sees i sammenheng med "NIMBY-syndromet"<sup>48</sup> eller ved at mange skrives ut til gaten (Taksdal, Breivik, Ludvigsen og Ravneberg 2005).

Flere har hevdet at senmoderne samfunn, som for eksempel det norske, i stor grad mangler en ritualisert måte å behandle overgangsfaser på, og at individet på mange måter blir stående alene med brudd og endringer. Kanskje er rituelle aspekter til stede,

---

<sup>48</sup> "Nimby" er et akronym for "not in my backyard". Det beskriver en situasjon hvor naboer protesterer mot å få nye naboer eller innflyttere fordi de betraktes som uønsket i nabolaget.

men bare mindre synlige. Vi vil derfor ha et særskilt blikk på om noen av institusjonene som er med i denne undersøkelsen har slike overgangsritualer nettopp fordi dette signaliserer samhold, gode alliansebygginger og kollektiv oppslutning og "feiring" av hva det vil si å få endret livet sitt til det bedre slik som ruspasienter kan oppleve det. Institusjonenes tilrettelegging for at pasienter kan bygge nettverk under oppholdet og hvordan de bidrar til å ivareta pasientenes behov for kontakt med barna, familien og pårørende vil være viktige elementer i dette.

### Fire døgninstitusjoner

Vi har studert fire døgninstitusjoner som tar imot pasienter på tvang. I det videre vil vi presentere ulike strukturelle forhold, interne regler og motivasjonssystemer som gjelder i de tre fasene – separasjons-, liminal- og reintroduksjonsfasen – i de fire døgninstitusjonene og hvilke sanksjoner som praktiseres mot regelbrudd. Hva slags tvangsregime praktiseres – kan vi karakterisere det som mer åpent eller lukket? I hvilken grad har institusjonene maktet å tilpasse tiltakene individuelt? Hva kan vi karakterisere som dannende tiltak og hvilke er disiplinerende?

Vi skal også se nærmere på hvordan samarbeidet med sosialtjenesten og andre tjenester fungerer i fasene, men da særlig i den første og den siste fasen. Hva skjer i separasjonsfasen, etter at det er skrevet en kontrakt mellom sosialtjeneste og pasient om bruk av § 6-3, eller etter at det er fattet et vedtak av fylkesnemnda om § 6-2 eller 6-2a, det vil si fra det tidspunktet pasienten blir hentet og brakt til avgiftning? Hva skjer i liminal- og reintroduksjonsfasen; hvordan er oppholdet organisert, hvilke aktiviteter tilbys og hvilke sikkerhets- og kontrolltiltak bruker institusjonene for å holde pasientene under tvang?

Hvordan er samarbeidet med sosialtjenesten i den viktige reintroduksjonsfasen? Kan vi si at tilbudet har blitt mer helhetlig og individuelt tilpasset etter rusreformen basert på vårt datamateriale? Helt til slutt i kapitlet vil vi kort skissere hovedutfordringer i planleggingen og gjennomføringen av tilbakeholdelse sett fra spesialisthelsetjenesten sitt ståsted.

I det videre vil de fire døgninstitusjonene bli behandlet under ett når vi beskriver sentrale trekk ved separasjons- og liminalfasen fordi vi ønsker å løfte fram det som framtrer som felles for institusjonene i disse to fasene. Men når vi beskriver selve oppholdet – reintroduksjonsfasen – vil institusjonene bli behandlet hver for seg. Vi har gitt dem fiktive navn, dels for å anonymisere og dels fordi bruk av fiktive navn fungerer godt når en ønsker å fremheve ulike "typer" av institusjoner.

#### *Betingelser for alliansebygging under oppholdet*

Separasjons- og liminalfasen består slik vi ser det av to hovedelementer: *avgiftning og alliansebygging*. Med alliansebygging forstås her en positiv relasjonsutvikling i form av kontaktoppnåelse, samarbeid og utvikling av et gjensidig tillitsforhold mellom behandlingsinstitusjon og pasient i en situasjon der pasienten med tvang holder på å bli, eller har nettopp blitt, separert fra sine nærmeste. Vårt fokus er på strukturelle betingelser for alliansebygging, det vil si trekk ved, eller hendelser i omgivelsene (som for eksempel i helse- og omsorgsapparatet), som virker positivt eller negativt inn på pasientens tilfriskning og motivasjon. Det er et faktum at pasientene møter



behandlingsinstitusjonene med ulik grad av motivasjon, noe som kan tilskrives ikke bare trekk ved pasienten og at hun eller han ufrivillig er separert fra sine nærmeste. Det kan også tilskrives spesifikke hendelser i omgivelsene og strukturelle trekk ved organiseringen av tvangen som for eksempel måten selve innleggelsen blir praktisert på.

#### *Separasjonsfasen*

En viktig betingelse for en god alliansebygging er hva som skjer i forkant av innleggelse, altså det som skjer i separasjonsfasen. Siden dette beskrives grundig i kapittel fire i rapporten sett fra brukernes ståsted, går vi ikke her i dybden for å beskrive hva som skjer i forkant av innleggelsen. Her vil vi peke på ulike hendelser i separasjonsfasen som sett fra behandlingsinstitusjonene sitt ståsted ikke gir de beste forutsetninger for en god oppfølging og behandling.

#### *Avrusing av pasienter som kommer inn på bastevedtak vs. ordinær saksgang*

I separasjonsfasen er pasientens første møte med tvangen ankomsten og oppholdet på *avrusingsinstansen*. I vårt materiale har tre av fire behandlingsinstitusjoner en integrert avrusingsavdeling på selve institusjonen. Oppholdet på avrusingsinstansen beskrives gjerne av informantene som "startfasen" (intervju 4). På avrusingsinstansen "holdes" pasientene inne i ca. to til tre uker før de får komme videre til behandlingsinstitusjonen/skjermet avdeling. Som informantene beskriver det er avrusingsinstansen (avhengig av om den er lokalisert på samme sted eller ikke) forskjellig fra behandlingsinstitusjonen/skjermet avdeling. Den kan være helt lukket hele tiden, slik som en av informantene som arbeider på en avrusingsinstitusjon fortalte det: "Vi, vi holder folk vi, hvis de prøver å stikke. Og vi har låste dører. Vi tar ikke noen folk ut på tur og sånt" (intervju 4). Vi kan derfor godt si at avrusingsinstansene i form av sitt formål om å (kun) avruse pasienten under tvang, er mer lukket enn behandlingsinstitusjonene. Dette vil selvsagt kunne variere fra sted til sted.

Undersøkelsen viser at det i forkant av innleggelse varierer hvor mye informasjon pasientene får om hva som skal skje, som denne informanten påpeker: "Det har hendt noen ganger at de kommer hit på tvang uten å vite at de kommer på tvang fordi at førstelinjen ikke tør å ta, være tydelig. Det er jo litt stusselig da, og dårlig forarbeid. Det er overgrep mot folk, det" (intervju 1). På oppfølgingsspørsmål om institusjonen virkelig har opplevd dette, svarer informanten "Ja vi har det. Flere ganger" (intervju 1). I følge informanten handler dette "overgrepet" ikke om at pasienten ikke er i stand til å fatte og begripe forskjellen mellom de ulike tvangsparagrafene og frivillighet. Det handler om at sosialtjenesten blir for utydelig i formidlingen av hva som skal skje i det pasienten blir hentet og anbrakt på avrusing slik som denne avdelingslederen ved en stor behandlingsinstitusjon påpekte:

Nei, det er fordi at de [sosialtjenesten] blir utydelige. Det er litt unødvendig, fordi at jeg skjønner jo at det kan være vanskelige situasjoner som gjør det vanskelig å kommunisere, vanskelig å formidle informasjon og alt det der sånn, men det er desto viktigere at det da blir tydelig. Og hvor valget ligger hen, at det ligger ikke noen forhandling om § 6-3 eller ikke, forhandlingen ligger i så fall på at enten tar du imot dette frivillig, ellers så bruker vi 6-2a. Det er i så fall valget (intervju 1).

Det varierer også i hvilken grad behandlingsinstitusjonene (avrusingsinstansene inkludert) har kontakt med sosialtjenesten. Noen ganger er der liten kontakt på forhånd

mellom dem. I slike tilfeller kan sosialtjenesten på en fredags ettermiddag ringe til for eksempel avrusingsenheten og si at nå kommer de med en pasient. I verste fall kan sosialtjenesten når som helst uten at avrusingsenheten har fått beskjed om det på forhånd, komme på døren med en pasient som ikke har fått informasjon og ikke vet hvor han skal. Informanter ved avrusingsenheter forteller at de har forsøkt å tydeliggjøre overfor sosialtjenesten at dette ikke nytter: "Det nytter ikke å komme med noen på døra her. Vi ser jo at det har lite for seg. Altså, skal du oppnå noe i forhold til en innleggelse så er det best å gjøre ting skikkelig" (intervju 4).

De fleste tvangsinnleggelser er likevel planlagte. De er planlagte på den måte at sosialtjenesten ringer til institusjonen på forhånd og informerer om at de har en pasient hvor de for eksempel har forsøkt polikliniske tiltak som ikke fungerer særlig godt og at de i løpet av uken vil opprette et tvangsvedtak. Sosialtjenesten spør gjerne i forlengelsen av dette om institusjonen har kapasitet til å ta imot. Noen inntaksavdelinger har erfaring med at sosialtjenestene ber om råd før det blir på tale å opprette tvangsvedtak eller før vedtak fattes. Sosialkuratorer ringer fordi de trenger råd og innspill og kan mangle kunnskap om hva de skal gjøre i forbindelse med en sak og hvor de kan henvende seg. Inntaksansvarlige eller inntakskoordinator ved institusjonen kan derfor noen steder ha en uformell rådgivende rolle overfor sosialtjenesten. Noen innleggelser er derfor bedre forberedt enn andre. Typen innleggelse – i form av hasteinnleggelser eller innleggelser etter ordinær saksgang – har i følge informanter ved institusjonene stor betydning for hva som skjer videre i behandlingsforløpet. Dette skal vi utdype mer i det følgende.

Grad av motivasjon hos pasienten har tydelig sammenheng med det som beskrives som ytterpunkter i måten pasientene kommer inn på. Den ene – og mest problematiske måten for både pasient og behandlingsinstitusjon – er at institusjonen får inn pasienter som ikke har vært varslet i det hele tatt: "det er et hastevedtak med sånn hurtignemndsbehandling og så kommer politiet og henter dem på døra fem om morgenen uten at de vet noe" (intervju 5). Skillet mellom dem som kommer inn på hastevedtak og de som legges inn etter ordinær saksgang er med andre ord stort. Måten innleggelsen foregår på har nemlig stor betydning for utfallet, slik som beskrevet av denne lederen som har arbeidet ved en avrusingsinstans: "Bare det å komme med noen i håndjern på en fredag ettermiddag – til... og du skal gå en helg i møte med masse vikarer og det ene med det andre. Tenk om det er en pasient vi ikke kjenner fra før. Det er en dårlig start. Mandag morgen: mye bedre" (intervju 4).

Vi har tidligere i dette kapitlet i forbindelse med diskusjonen om dobbeldiagnosepasienter, pekt på at pasienter kan yte motstand og bli utagerende når de kommer på institusjonen. Motstand og utagering kan også være en konsekvens av at innleggelser er dårlig planlagte på forhånd. Pasienter som er inne på § 6-2 og 6-2a kan ikke dra dit de vil. Det at de ikke kan dra dit de vil setter i gang en del krefter hos dem slik som leder ved en avrusingsinstans beskrev det:

Når panikken begynner å komme og alt det her, du kjenner abstinensene begynner å komme, så ... Altså, de gjør jo en del ting i det daglige som er ganske voldsomt for å skaffe seg penger til heroin, og når vi skulle være den nøkkelen ut, på en måte, så så vi jo også at en del var villig til å gå ganske langt for å komme seg ut. Hva gjør vi når kaffekanna begynner å komme gjennom luften og folk trekker kjøkkenkniven og sier "slipp meg ut" og såne ting? (intervju 3).

En annen informant som har lang erfaring med tilbakehold forteller at han ser det slik at tvang er lite hensiktsmessig i tilfeller der pasienter – som oftest unge jenter – tas på sengen av politi og sosialtjeneste og som bare tenker på å komme seg ut igjen ved hjelp av en god advokat etter innleggelse:

De blir virkelig tatt på senga av at politiet og sosialtjenesten stormer inn døra. Det er ofte en dårlig start. Og du ser det ikke minst – altså, tre måneder er kort tid – det er veldig kort tid. Og når pasienter kommer hit, helt uforberedt – fly forbanna, i håndjern. Dette er ofte unge jenter – av en eller annen grunn er det de det skal fattes tvang på – og så har de en eller annen amfetaminrusende kjæreste der ute som driver og *caller* rundt. Som de tenker på – ikke sant? Og ... og så er de veldig tydelig på at "nei, jeg skal ut herfra", "jeg har verdens beste advokat ". Og ... så skal det også da – samtidig – med at pasienten driver og går rundt med verdens beste advokat og bare tenker at "straks saken kommer opp i fylkesnemnda så er jeg fri", så skal du drive og så prøve å motivere pasienten til å tenke tre måneder fram i tid. Som en sånn første bit, ikke sant, og det, det er ikke lett. Og det er få av disse pasientene, som får til det. Det er noen. Men det er de færreste. Og da har du egentlig mista veldig mye av de tre månedene. På at pasienten har hatt hodet sitt et helt annet sted enn på at her skal jeg være i tre måneder og gjøre det beste utav det (intervju 4).

Det å prøve å motivere pasienter under slike omstendigheter er vanskelig. I det andre ytterpunktet får behandlingsinstitusjonene inn pasienter som har vært orientert om prosessen. Kanskje har de deltatt i prosessen og hørt hele saksframstillingen. De kan være kjent med sin egen situasjon og har kanskje samtykket til forenklet fremstilling. Dette er en type pasienter som sett fra behandlingsinstitusjonen er lettere å forholde seg til, fordi de har blitt "pleid litt" før de kommer inn til avdelingen og kan "nesten være motiverte" når de kommer inn (intervju 5). Kanskje har der vært et godt tillitsforhold mellom pasient og sosialtjenestens ruskonsulent fra starten av, og pasienten har fått god og ikke minst riktig informasjon om hva som kommer til å skje. I slike tilfeller ser ansatte ved behandlingsinstitusjonen at de har større mulighet til å få pasienten til å akseptere det som har skjedd og få dem til å nyttiggjøre seg tvangstilbudet, og som informanten utdypet det: "Tvang er egentlig tufta på frivillighet det òg, når det kommer til stykket. Det er tufta på at du faktisk gjør best mulig ut av det" (intervju 4).

#### *Forverns møte på institusjonsnivå*

Neste skritt i separasjonsfasen er at institusjonen som skal ta i mot pasienten kan organisere et såkalt forverns møte, i samarbeid med sosialtjenesten. Dette praktiseres forskjellig fra institusjon til institusjon. Et forverns møte skal i prinsippet være et møte mellom representanter fra sosialtjenesten, behandlingsinstitusjonen og pasienten:

Så det forvernet kan jo for eksempel bare være en samtale på avrusningen, og noen ganger så er det jo ikke tid til det heller, at forvernet er først når du kommer hit, at den samtalen foregår her før man går inn på avdelinga, på et møterom. Så det er ikke noe langt forvern sånn (intervju 10).

Forverns møtet finner sted når pasienten er på avrusning eller før pasienten legges inn på behandlingsavdelingen. Møtet kan skje ved at: "Behandlingskoordinator reiser av sted, og har kontakt med sosialtjenesten og pasienten. Da vil pasienten ofte være innlagt på avrusning, og derfra er det så avrusningsenheten som må vurdere når pasienten er ferdig avrust" (intervju 10). Forverns møtet organiseres på forskjellige måter. I dette tilfelle er det behandler som bevisst tar regien på møtet:

De kommer hit i en forvernsamtale før de legges inn og da er de jo med sjøl, og det er jo de sjøl jeg henvender meg til og ikke sosialtjenesten. Sosialtjenesten er en bisitter, jeg tar full kontroll på situasjonen og det gjør jeg jo helt med vilje, veldig sann bevisst på å klargjøre forholda her (intervju 1).

I vårt materiale kommer det fram at to av de fire behandlingsinstitusjonene praktiserer forverns møte. Det er kun én av institusjonene som ikke har egen avrusingsenhet. Denne praktiserer forverns møte. "Idealsituasjonen" er når forverns møtet finner sted i kjølvannet av at fylkesnemndas vedtak er fattet og pasienten på forhånd, det vil si før avrusingen, har fått god og riktig informasjon. I følge informantene kan det være begrenset hva pasientene orker av forvern når de er i en avrusingssituasjon eller i en akutt situasjon, slik at det "uansett er snakk om et kort møte (hvis det blir et møte) med klare, korte og konsise spørsmål" (intervju 10).

Oppsummerende kan vi si at bruken av hastevedtak der pasienten bringes til avrusingsinstitusjonen eller behandlingsinstitusjonen uten noen kontakt, forberedelse eller informasjon på forhånd er en dårlig start for et godt behandlingsforløp i separasjonsfasen. Som en konsekvens av at pasienten "tas på sengen" med politi og håndjern kan pasienten i større grad yte motstand enn andre pasienter som har blitt informert om hva som kommer til å skje. Konsekvensen av dette er at pasientene blir vanskelig å motivere til å nyttiggjøre seg opphold på tvangsinstitusjonen.

#### *Ankomsten til behandlingsinstitusjonen*

På spørsmål om hvordan pasientene ankommer institusjonen forteller informanter ved en av behandlingsinstitusjonene at det er da de ser mest til politiet:

Når de kommer kjørende med noen som de leverer her, fra byen, de frakter opp. Og det kan være folk som er på tvang som sosialtjenesten tenker at vi får ikke kjørt dem opp sjøl, og de kommer inn her i avdelinga med håndjern... Da er de jo iblant i sivil og iblant i full – hva heter det, ikke sivil, men uniformert, hadde jeg nær sagt. Og noen ganger med blålys (intervju 10).

At politiet kjører pasienten til behandlingsinstitusjonen betraktes av informantene som svært ubehagelig for pasienten:

Ja, og så kommer de veldig i fokus, for kommer det en politibil, eller for den saks skyld hvis vi ringer etter en ambulanse for å få fraktet en kjørende inn hit, selv om den kommer uten lyd og uten lys og i rolig tempo, så har alle altså sett den i løpet av to minutter, og da kan man være sikker på at det plutselig er en utrolig trafikk her, for å se hvem er det som skal reise eller hvem er det som kommer, ikke sant. Det skaper en viss interesse.

For behandlingsspersonalet er det best at "de kommer i sivil, da, i hvert fall politiet". Det aller beste er at sosialtjenesten er med: "Det er det aller beste. Men noen ganger er det jo ikke noe grunnlag for samarbeid, og pasienten vil ikke hit. Og i blant så har det jo også vært Securitas som har vært innleid for å kjøre" (intervju 10).

Ved en annen behandlingsinstitusjon forteller informantene at pasienten vanligvis ankommer institusjonen i følge med sosialtjenesten (intervju 11). På spørsmål om hva som menes med "vanligvis" utdyper informanten det slik: "Kan være pasienter som blir fulgt til avdelingen ved hjelp fra politiet som er blitt pågrepet. Ja, noen ganger er det pårørende som er med dem, noen ganger kommer de fra hjemmet, men hovedsakelig så

er det sosialtjenesten som følger. Så det er enten ruskurator eller sosialkurator" (intervju 11).

I følge informanter er det slik at pasienten vanligvis kommer til institusjonen i følge med sosialtjenesten og med pårørende (om mulig). Det er likevel vårt inntrykk at sosialtjenesten i mange, ja kanskje i de fleste tilfeller har hjelp fra politiet (Lundeberg og Mjåland 2009, se også kapittel 2 og 5 i denne rapporten). Informantene sier at politiet særlig er med hvis pasienten har blitt pågrepet, det vil si hvis pasienten har blitt innhentet etter rømming, men de kan også være med ellers også. Som kapittel fem viser, kan politiets tilstedeværelse ved inntak være en dårlig start på oppholdet. Flere pasienter påpeker at politiets tilstedeværelse er både unødvendig, smertelig og fornedrende.

Nå skal pasienten tas inn på institusjonen og vises inn på avdelingen. Det som skjer videre beskrives slik av informanter ved en av behandlingsinstitusjonene:

Pasienten blir møtt av den som normalt sett skal være kontaktperson for de, de blir tatt inn i avdelingen, går igjennom det som er avdelingens regler og rutiner. Innhenter pasientopplysninger. Pårørende, sånne ting. Informasjon som vi trenger for tilsyn av lege. Det blir gjort en evaluering i forhold til medisiner, somatisk helse (intervju 11).

Som regel skal pasienten møtes av den som "normalt sett" skal være kontaktpersonen når pasienten ankommer institusjonen, men det er ikke alltid at det skjer. Slik vi ser det er det uheldig at pasienten får flere behandlere å forholde seg til i denne første kaotiske og sårbare eller kritiske tiden av liminalfasen i tvangsforløpet. Pasienten tas inn i avdelingen og endrer på en måte status i pakt med dette. Nå forventes det en endring hos vedkommende, men pasienten er fortsatt å betrakte som "farlig" eller "rømmeklar". Pasienten får vite hva som er avdelingens regler og rutiner og det innhentes flere pasientopplysninger.

Utover dette litt skissemessige bildet som varierer fra behandlingsinstitusjon til behandlingsinstitusjon og fra pasient til pasient, men hvor det er et felles trekk med *utstrakt bruk av politiets hjelp*, synes det ikke å være noen standard prosedyrer for hvordan det skal være når pasienter kommer inn på de ulike paragrafene. Informanter ved en tredje behandlingsinstitusjon utdyper dette:

Det er vanskelig å si at sånn og sånn skal det være når du kommer på en paragraf. Så da gjør vi individuelle kliniske vurderinger hver gang de kommer inn, og så ser vi fra dag til dag, altså. Så noen er jo allerede liksom sånn tilgjengelig for å være med etter tre dager, og andre må kanskje vente seks uker før de er der, ikke sant (intervju 5).

### *Liminalfasen*

Pasientens grad av tilgjengelighet eller imøtekommenhet er viktig for alliansebyggingen sett fra behandlingsinstitusjonen sitt ståsted: "Noen pasienter "åpner seg fort, eller er litt tilgjengelig for å være med på det som skjer etter få dager. Andre må kanskje vente seks uker før de føler seg klar til noe. Variasjonene er meget store" (intervju 5). Ikke nok med det. Noen pasienter kan være svært motiverte når de kommer, men likevel gå lei etter få uker. Andre kan være svært motstridig når de kommer inn, men kan overraske alle og gå ut som noen stjernepasienter" (intervju 5).

Seinere i dette kapitlet – i reintroduksjonsfasen – vil vi presentere hvilke sanksjoner institusjonene benytter seg av i forbindelse med regelbrudd. Vi ser det slik at endringer av pasientens status kan ses i sammenheng med trekk ved tvangsregimet og grad av åpenhet samt bruken av sanksjoner som vil kunne føre til at pasienten rykker enten tilbake til start, det vil si til skjermet fase (liminalfasen) eller ved at pasienten får større frihet (Lien og Nilssen 2000:40–45).

Et interessant punkt som kommer frem i informantenes beskrivelser av formøtet som praktiseres ved en av behandlingsinstitusjonene (som ikke har egen avrusingsavdeling), og som berører samhandlingen mellom sosialtjenesten og behandlingsinstitusjonen, er at sosialtjenesten og behandlingskoordinator kan ha ulike oppfattelser av pasienten. Dette kan virke inn på hvilke forventninger behandlingsinstitusjonen har til pasienten, slik som en ansatt forteller det:

Når vår behandlingskoordinator kommer tilbake, så kan vi først ha fått en melding at nå har det vært en telefon fra en sosialtjeneste om en pasient som blir beskrevet slik og så, så har behandlingskoordinatoren vært på forkontakten og oppfatter pasienten helt annerledes, ofte da på en måte et hakk bedre fungerende, og det er nesten når pasienten så først, kanskje en uke senere, ankommer hit, så er det en strålende blid kvinne som møter en i døra, som er veldig interessert i vår spisesal, "skal jeg hjelpe til med å dekke på bordet", ikke sant, at det kan være veldig forskjellige beskrivelser (intervju 10).

At en pasient beskrives som dårligere fungerende enn det behandlingsinstitusjonen oppfatter pasienten som ved første møte, kan dels ha sammenheng med at pasienten har vært til avrusing først. Men det kan også ha sammenheng med tvangssystemets iboende karakter mer enn sosialtjenestens egen vurdering, slik som informantene her mener. I tvangssaker er en mer eller mindre "tvunget" til å fokusere på det personen ikke mestrer for å få gjennomslag i fylkesnemnda. Informantene forklarer det slik: "så vil jo de kanskje hele tida fokusere på hva kvinnen ikke mestrer og hvor dårlig fungerende hun er, ikke sant, mens vi vil jo hele tida fokusere på hva kvinnen mestrer, fordi vi vil bygge på det fordi vi skal drive med behandling" (intervju 10).

Her aner vi et spenningsforhold mellom sosialtjeneste, fylkesnemnd og behandlingsinstitusjon. Alle instansene fokuserer på pasientens mestringskompetanse, men fokuseringen skjer fra ulike ståsteder/utkikkspunkter og med ulike mål for øyet. Vilklårene for en god kommunikasjon om pasientens mestringskompetanse – og dermed for en god alliansebygging ved institusjonen – kan bli forpurret fordi sosialtjenesten, for å få saken gjennom i fylkesnemnda, må fokusere utelukkende på det negative. Konsekvensen er at det kan tegnes et bilde av pasienten som viser seg ikke å stemme likevel og det kan skapes negative forventninger til pasienten som kan påvirke alliansebyggingen på en uheldig måte. Som kapittel fire viser, oppleves denne framstillingen av pasientens manglende mestringskompetanse også svært negativt av pasientene.

Ved siden av dette kan pasienten også "forandre seg" i det han eller hun kommer inn døren på institusjonen. Informantene påpeker at dette særlig gjelder hvis pasienten kommer til institusjonen i "avruset" tilstand (intervju 10). De forteller at da kan pasienten overraske alle hvis sosialtjenesten har tegnet et annet bilde av vedkommende. Der er forskjell på å møte en som er påvirket av rusmidler og som kommer inn til en samtale versus den som har vært gjennom avrusning og som har fått god mat og sovet i

en god seng. Slik vi ser det har skillet mellom avrusing og opphold betydning for de vurderingene som gjøres. Noen behandlingstilstander har som nevnt egen avrusingsavdeling, andre har det ikke. Avstand i tid og sted mellom disse instansene bidrar derfor også til å sette betingelser for alliansebygging ved inntak.

Oppsummerende kan vi si at betingelsene for alliansebygging med pasientene varierer svært ikke bare i separasjonsfasen, men også i liminalfasen. For det første varierer behandlingstilstandenes samarbeid med sosialtjenesten i forkant av innleggelse – fra ingen kontakt til høy grad av kontakt. Noen steder er det en praksis på at sosialtjenestene bruker ansatte ved behandlingstilstander som uformelle rådgivere eller konsulenter i forbindelse med spørsmål de lurer på som har med tvangssaker å gjøre. Vi ser det slik at jo mer kontakt instansene har i forkant av innleggelsen jo bedre betingelser for en god alliansebygging mellom pasient og behandlingstilstand.

Den største utfordringen for behandlingstilstanden sin alliansebygging er når pasienten kommer inn på hastevedtak. Da kan resultatene vente på seg i større grad enn hvis pasienten er forberedt på hva som kommer til å skje. Det kan også vise seg at pasienten er bedre fungerende enn først beskrevet av sosialtjenesten slik at en må revurdere pasientens mestringsevne og eventuelt gjøre justeringer etter at pasienten har gått gjennom avrusingsdelen. Separasjons- og liminalfasen er ikke preget av standard prosedyrer for hvordan en tar imot pasientene. Ikke alle behandlingstilstandene har egne avrusings- eller avgiftningsavdelinger, og forverns møter kan fungere stykkevis, delt og ulikt fra sted til sted. Disse strukturelle forholdene som vi har pekt på her, kan påvirke alliansebyggingen og tillitsforholdet mellom pasient og behandlingstilstand på en god eller dårlig måte videre i tvangsoppholdet.

#### *Betingelser for integrering i reintroduksjonsfasen*

Mens vi i separasjons- og liminalfasen fokuserte på *avgiftning og betingelser for alliansebygging* i den første tiden pasientene er ved institusjonen, skifter vi i denne fasen fokus og ser nærmere på oppholdet etter at pasienten har vært noen uker (eller kanskje bare noen dager) ved behandlingstilstanden eller ved skjermet avdeling. Denne fasen "inntreffer" når behandlingstilstanden vurderer det slik at pasienten er motivert til å komme på åpen avdeling for frivillig innlagte, delta i aktiviteter og ikke lenger vurderes som "rømmingsfarlig", det vil si at han eller hun har skiftet status fra å være "farlig" og "ustabil" til å være "mindre farlig" eller "roligere".

Det er grunn til å anta at vi her vil finne størst forskjeller mellom åpne og strukturerte tvangsregimer slik som beskrevet av Lien og Nilssen (2000), slik at integreringen skjer forttere jo mer åpent tvangsregimet er. Når pasienten inviteres til å bli en del av institusjonens vanlige liv kan dette i lys av Van Genep (1961) forstås som en statuspassasje, som et uttrykk for at pasienten har klatret over en terskel og fått ny status og større frihet i behandlingsforløpet:

De som kommer inn på en tvangsparagraf starter oppholdet sitt i skjerma enhet. Som er fire senger her, og de kan godt være der hele oppholdet, men så fort de er avgiftet og rimelig stabilisert, så inviterer vi de inn, hvis de er interessert, til å være med i det obligatoriske programmet (intervju 5).

Dette sitatet illustrerer hvordan endringen i status kan foregå. Med en gang pasientene er avgiftet, får de komme inn og være sammen med de andre (hvis de vil). Ved en annen

behandlingsinstitusjon, forteller informanten det samme, at pasientene først kommer til skjermet avdeling hvor der er låste dører. Etter dette blir de fysisk flyttet til en annen avdeling. Det skjer en "utsiling" av pasientene på skjermet avdeling i forhold til type adferd. Pasientene observeres for å finne ut om de kan flytte inn på avdelingen sammen med de frivillig innlagte. Dette illustrerer en statuspassasje slik vi ser det, og den kan skje ganske raskt: "Ja, men vi kan godt ta dem rett utenfra og inn hit (til avdelingen for frivillig innlagte), for da går det på forventa adferd under våre betingelser. Det kan jeg godt gjøre en vurdering på i en forsamtale" (intervju 1).

Hvis det er slik at pasienten blir vurdert som ikke å være motivert til å delta i aktiviteter vil liminalfasen som er beskrevet over selvsagt vare lenger. Hvis det er pasienten *selv* som ikke vil delta, kan selvfølgelig institusjonen legge tilrette for større frihet allikevel. Pasientene kan bo på skjermet avdeling gjennom hele oppholdet slik som det kommer fram i intervjuet (5) over, enten fordi han eller hun ønsker det selv, eller fordi han eller hun vurderes som å være "farlig" hele tiden. I slike tilfeller synes det klart at det er vanskelig for personalet å motivere pasienten til så mye.

I denne fasen – reintroduksjonsfasen – når pasienten inviteres til å delta i ulike aktiviteter og lignende, fokuserer vi på trekk ved *skjermingen og på betingelser for integrering* med tanke på at pasientene skal ut av institusjonen og gå videre i livet sitt (helst) uten rus. Vi tar selvfølgelig høyde for at allianse- og relasjonsbygging er en prosess som vedvarer gjennom hele oppholdet. Poenget er at vi nå skifter blick i pakt med statusovergangen fra "farlig" til "ikke-rømningsfarlig" og ser hvordan institusjonen legger til rette for, eller forbereder pasienten på at han eller hun skal tilbake til samfunnet med en annen status enn hva pasienten hadde før innleggelsen. Vi ser det slik at denne prosessen må begynne i god tid før pasienten skrives ut eller overføres til frivillig behandling, eller så tidlig som mulig i institusjonsoppholdet fra det tidspunktet pasienten vurderes som "klar" for det.

I det videre vil vi gå mer i dybden på de fire tvangsregimenes interne regler og motivasjonssystemer for å fange flere trekk ved oppholdets "Janus-ansikter". Dette vil vi gjøre ved å beskrive casene nærmere og ved å se på hvordan tvangen er organisert når det gjelder progresjonen innenfor de ulike regimetyperne. Hvordan beveger pasientene seg gjennom reintroduksjonsfasen fra det tidspunktet de ikke lenger betraktes som rømningsfarlige? Mer eksplisitt: Hvordan søker institusjonen å reintrodusere pasientene til samfunnet?

I det følgende skal vi beskrive fire ulike "tvangsregimer" som i ulik grad representerer både åpne og strukturerte tvangsregimer og som ved bruk av sine forskjellige maktmidler og behandlingsprofiler setter ulike betingelser for hva som skjer med pasienten i det videre tvangsforløpet.

### Øvsttun behandlingsinstitusjon

Øvsttun er en behandlingsinstitusjon som har en skjermet enhet for gravide og kan ta imot inntil ti kvinner, fortrinnsvis på §§ 6-2a og 6-3. Det er bare unntaksmessig at de tar i mot pasienter på § 6-2. Øvsttun tar også imot kvinnelige pasienter som er frivillig innlagt etter lov om psykisk helsevern § 2-1. Ved siden av skjermet enhet har institusjonen en familieenhet som gir TSB til familier der de voksne har rusproblemer.



Personalet er tverrfaglig sammensatt av sykepleiere, sosionomer, barnevernspedagog, hjelpepleiere, lege, bioingeniør, jordmor og psykolog. Miljøterapi, kognitiv teori og metode står sentralt som kunnskapskilder for de ansatte under oppholdet.

Informantene ved Øvsttun, en sykepleier og en sosionom, forteller at de i praksis sjonglerer (i samarbeid med sosialtjenesten) med de ulike tvangsplassene (§§ 6-2a, 6-3 og 2-1) slik at en og samme pasient kan legges inn under flere av paragrafene i løpet av et behandlingsforløp. Det betyr for eksempel at en gravid som er innlagt på § 6-3 senere kan legges inn på § 6-2a og omvendt. De forteller videre at skjermet avdeling praktiserer et lite skille mellom de som er på tvang og de som er innlagte på frivillig grunnlag. Skillet praktiseres i form av to etasjer med trapp i mellom, men hvor det er åpent opp og ned. Ytterdøren låses når nye pasienter på tvang kommer inn, i startfasen:

Men vi låser opp dørene så fort vi vurderer at pasienten ikke er rømningsklar. Det kan ta alt fra en dag til tre uker. Det er klart, hvis pasienten går rundt og kjenner på dørene hele tida og er veldig urolig og man ikke får kontakt og ikke får noe samarbeid eller noe samtale, så er det klart at det er jo urealistisk at – da låser vi ikke opp døren ikke sant. Vi må få kontakt med pasienten, begynne å bli litt kjent og få en følelse av hvem personen er, og hvor urolig og hvor russugen er personen. Så er det også noe med at hvis en som er opiatmisbruker rømmer og drar ned til byen etter endt avrusning, 7 måneder gravid og kjøper seg heroin, så er det jo ganske stor fare for overdose og død, i forhold til hvis det er en som har et misbruk som kanskje ikke er dødelig ved inntak. Så man må jo vurdere helheten (intervju 10).

Pasientene kan uansett paragraf de er inne på fritt få bevege seg innomhus mellom etasjene. I andre etasje, i tilknytning til pleiernes vaktrom, er rommene forbeholdt pasienter på tvang, (6-2 og 6-2a). Hvis pasienten finner seg til rette, er rolig og vil flytte ned etter en stund og bo med de som er frivillig innlagt, kan de få lov til å gjøre det (intervju 10). Slik vi ser det markerer flyttingen til etasjen under en statuspassasje og at "reintroduksjonsfasen" har "inntruffet". Et tydelig uttrykk for dette er når informantene sier de låser opp dørene så fort de vurderer at pasienten ikke er rømningsklar, selv om det alltid vil være et moment av usikkerhet:

Det vi vet er jo at pasienter underrapporterer om misbruket sitt, underrapporterer om russug ofte, i hvert fall i en startfase hvor de ikke har noen tillit til oss. Det vet vi, så det tar vi høyde for, men i det så ligger det at vi hele tida skal bruke minst mulig tvang. Det er et mål vi har, og det å faktisk klare å vurdere riktig, for vi vil ikke slippe løs noen som drar rett ned til byen og ender i en overdose, og både mor og foster dør. Det er jo liksom den store skrekken, ikke sant (intervju 10).

Informantene legger også til at rommene i første etasje er de mest attraktive rommene. De er nyrenoverte med nye bad og innlagt golvvarme på badet. I denne etasjen er det også felles spisestue, slik at pasientene gjerne vil flytte ned en etasje også fordi rommene er mer attraktive.

Hvordan skjermingen er organisert har betydning for og setter betingelser for integrering av pasienten seinere i tilbakeholdelsen. Ved Øvsttun er det den fysiske avstanden mellom de to etasjene og "den låste dørs"-politikken de første dagene eller ukene som er den mest synlige formen for tvang eller for skjerming om man vil. Etter dette åpnes ytterdørene. Øvsttun kan på bakgrunn av dette karakteriseres som et ganske åpent tvangsregime. Bortsett fra dette, er det meste likt for pasientene som er på tvang og som er frivillig innlagt. Pasientene får alle beholde mobiltelefonene sine.

Hvis vi ser nærmere på hva som tilbys av aktiviteter for å motivere og danne pasienten til å oppøve mestringskompetanse og selvforvaltning videre i livet, forteller informantene at institusjonen har en rekke tilbud til pasientene sine. Pasientene får for det første tilbud om individuelle samtaler. Informantene forteller at institusjonen i liten grad praktiserer gruppesamtaler. De individuelle samtalene beskrives som tilbakefallsforebyggende som går på hvordan gjenkjenne det når man er i fare for å ruse seg, og å jobbe og forebygge rustilbakefall. Dette er også viktig i forbindelse med permisjoner. Her tilbys gjerne både før- og etter-permisjonssamtaler, forteller informantene.

Videre tilbyr institusjonen mor–barn-samtaler med jordmor. Målet for samtalene er ifølge informantene tilknytning til barnet for å fremme relasjonen mellom fosteret i magen og mor, og å bevisstgjøre i forhold til morsrollen. Jordmor har svangerskapskurs og ukentlig oppfølging på institusjonen. Gynekolog kommer også en gang i måneden og har med transportabel ultralyd slik at pasientene har mulighet til få ultralydbilder. Institusjonen fungerer slik vi ser det i seg selv som en utvidet helsestasjon: der pasientene får sjekk på huset ved gynekolog, jordmor, lege samt primærsykepleier eller behandlingskoordinatoren.

Informantene ved Øvsttun forteller at alle pasientene deres har individuell plan og ansvarsgrupper. Hovedinntrykket til informantene når det gjelder bruken av disse to verktøyene er at de pasientene som har litt "styringsrett" selv kanskje føler at de får mer ut av det enn de som ikke har det: "For eksempel LAR-pasienter, så er det pålagt at du skal ha individuell plan og du skal ha ansvarsgruppe. Det er en del av LAR-behandlinga. Men det betyr jo ikke det samme som at pasienten synes at det er en veldig god idé" (intervju 10).

Deltakelse i aktiviteter er slik vi ser det viktig for å motivere pasienten til sosialt samkvem med andre. Deltakelsen er viktig for en vellykket integrering av pasienter på tvang. Øvsttun har et mangfoldig tilbud, også av kompetansegivende karakter. Øvsttun tilbyr skole (i nabohuset) hvor pasientene får tilbud "i alt ifra norskundervisning (for fremmedspråklige), til EDB-kurs og utvidet matte for realfag" (intervju 10). Ved siden av dette tilbys aktivitet på arbeidsstuer et par ganger i uken hvor pasientene får mulighet til å utfolde seg kunstnerisk og kreativt i form av arbeid med keramikk og sløyd. Turer ut tilbys også, så som rideturer, svømmeturer og lignende.

Når det gjelder familie og pårørende kan disse komme på besøk, men institusjonen er ikke åpen for at barnefar legges inn på avdelingen. Dette var et bevisst valg som ble tatt da avdelingen ble åpnet:

Vi tenker at det er veldig uheldig å ha barnefar inne på vår avdeling. Det er kvinner med alle mulige bakgrunner, vi har kvinner som er gravide hvor faren er en horekunde, vi har kvinner som er gravide etter voldtekt, og vi har kvinner som er gravid med kjæresten, men som lever i et veldig voldelig forhold, ikke sant. Og det å sause barnefar inn i det, det kan fort bli veldig problematisk for de andre pasientene.

Fedre er velkommen til å komme på besøk på avdelingen, men det er veldig opp og ned hvorvidt de kommer:

Veldig opp og ned, ja. Der er det litt holdning igjen til barnefar, for det er jo noen som kommer en gang i uka og som er interessert og som – de blir jo invitert når

det er ultralyd og kontroller og så videre, så de får ta del i svangerskapet. Andre ser man jo én gang, og de syns at det var helt forferdelig å skulle komme på en institusjon og besøke, og kanskje det vanskelige faktisk er å skulle møte personalet som skal vurdere dem klinisk, hvis det er noen som bryr seg så mye, og at de av den grunn ikke får besøk.

Informantene forteller at det er mer sjeldent at andre pårørende er deltakende. Begrunnelsen for dette er at mange ikke har hatt kontakt med sin familie på mange år. De trenger å bygge opp et tillitsforhold til egne foreldre. Slik vi ser det vil institusjonen være et fint sted til å starte dette, men som informantene påpeker er det en vanskelig prosess:

Hvis du blir lagt inn her når du er for eksempel 7 måneder gravid, og du ikke har hatt kontakt med familien din på ti år, og du ikke vet om du skal beholde barnet en gang etter fødsel, da begynner du ikke å nøste i det. Det blir for voldsomt. Vi vil jo gjerne støtte pasientene hvis pasientene ønsker det selv, men mange ser jo ikke det som noen mulighet en gang. Så er det andre som opplever at de får mye bedre kontakt med familien sin mens de er her, og hvor familien begynner å ta mer kontakt med dem.

Samtidig er det noen pasienter som velger å ha egne foreldre i sin ansvarsgruppe, slik at de da blir mer delaktiggjort enn ellers.

Når det gjelder behandlingsopplegget videre har behandlingskoordinator en gang i uken en samtale med pasientene hvor man snakker om "hvordan har du det nå, hvordan går det, hvordan har siste uka vært? "I tillegg har man en sykepleier som ivaretar det somatiske. Samtalene med behandlingskoordinator kan handle om motivering til frivillig behandling:

Det kommer jo an på hvor pasienten er i hodet sitt. Noen er jo ikke der at de er interessert. Men det er klart at det er alltid et mål med mest mulig frivillighet, men noen ville kanskje bare dratt, rett og slett. Noen ville kanskje reist herfra ved første mulighet, og hvor man ser at det ikke er noe grunnlag for samarbeid også (intervju 10).

Informantene forteller at "pasientens motivasjon ses an hele tiden ". De forteller også at det mest vanlige for pasienter ved Øvsttun er at de går over på frivillig behandling etter at de har kommet inn, men at mange er på institusjonen under tvang hele tiden.

### Soltun behandlingsinstitusjon

"Soltun" sin skjermede avdeling har seks til sju døgnplasser for pasienter innlagt etter §§ 6-2, 6-3 og 6-2a. Ved siden av skjermet avdeling har institusjonen ca. 30 døgnplasser for frivillig innlagte fordelt på tre avdelinger; en kvinneavdeling og to mannsavdelinger. Institusjonen har også en akutt avrusingsavdeling. Fagpersonellet ved Soltun består av sykepleiere, vernepleiere og sosionomer. Ved siden av dette har hver enhet en behandlingsansvarlig psykolog knyttet til seg, samt at institusjonen som helhet har en psykiater og en diakon. Behandlingstibudet består av gruppeterapeutiske tiltak, kartleggings/utredningstiltak, individualsamtaler, miljøterapeutiske tiltak, fysisk trening, undervisning i aktuelle emner samt medisinsk oppfølging.

På den skjermede avdelingen oppholder det seg kvinner og menn innlagt etter § 6-2a, § 6-2 og § 6-3. Målsettingen med skjermet avdeling er i følge informantene:

"...skjerming fra rus, motivering for videre behandling og kartlegging. Og når jeg sier kartlegging så er det hovedsakelig ruskartlegging vi gjør, for det er gjerne kort tid de er inne hos oss. Så en del utredninger blir umulig å gjøre på den korte tiden de er hos oss" (intervju 11).

Pasientene på tvang blandes ikke med de som er frivillig innlagt. Avdelingen er låst gjennom tvangsforløpet og er fysisk avsondret fra de andre avdelingene. Pasienter som legges inn under de tre paragrafene får ifølge informantene et noenlunde likt tilbud, men som er noe forskjellig fra det tilbudet som gis frivillig innlagte. Informantene forteller at mens pasienter som er på § 6-2 ikke får permisjoner, prøver de å individuelt tilrettelegge for dem som er på § 6-3 men sier også at "det vil nok skje en del endringer når det gjelder dette ". Informantene tar her selvkritikk og sier at de ikke har individualisert tilbudet nok:

Vi er inne i et arbeid der vi snur på alle steinene for å se om vi i ytterligere grad er nødt til å individualisere og tenke rimelig likt om både 6-2 og 6-3 i forhold til både permisjon og både inngripende tiltak, individualisering og så videre, sant? Så vi er på en måte i en litt sånn kultur, kanskje en liten sånn kulturdreining på de der tingene der (intervju 11).

Pasientene som er på skjermet avdeling får ha kontakt med familie og venner, men denne kontakten synes det å være betydelig mindre tilrettelagt for sammenlignet med Øvsttun. Hvis pasientene ønsker kontakt med familien eller pårørende må de først avtale besøk med kontaktpersonen. Deretter vil institusjonen prøve å "tilrettelegge så godt de kan" (intervju 11).

I dette ligger det slik vi ser det, at regimet ved Soltun, og da særlig overfor § 6-3 pasienter, har vært strengt og strikt. En ønsker nå å gi § 6-3 pasienter især, et annet og mer individualisert tilbud. Informantene ved Soltun, en psykolog og en vernepleier, begge avdelingsledere, forteller at de har få pasienter på § 6-2a sammenlignet med antall pasienter på de to andre paragrafene, og at antallet innlagt etter § 6-2a også varierer over tid. Institusjonen tilbyr lite av spesifikke eller individualiserte tilbud til pasientene på selve institusjonen. Dette gjelder også pasienter som er innlagt på § 6-2a. De får ikke det samme tilbudet som for eksempel Øvsttun kan tilby:

Ja de gravide som er hos oss de får jo oppfølging utenifra, ifra helsestasjon, gjerne fastlege... fødselsforberedende ting. Det som vi, altså vi følger de til disse tingene og der er lege her som kan imøtese ting som kan være sånn øyeblikkelig. Vi er med dem og hjelper å tilrettelegge i forhold til å kjøpe inn utstyr og sånne ting, til forberedelse for fødsel (intervju 11).

Ved Soltun er praksis at de fleste tilbudene følges opp av instanser på utsiden av institusjonen, så som samarbeidende helsestasjoner og andre instanser i omegnen. Når det gjelder hva som skjer med pasientene videre i prosessen integreres ikke pasientene på tvang med de som er frivillig innlagt på samme måte som ved Øvsttun. Informantene forteller at pasientene får mulighet til å gå ut av institusjonen, men da med følge: "De er ikke innelåst 24 timer i døgnet. Nei. Det er uansett hva for en paragraf de er på... Om de er med på aktiviteter utenfor institusjonen eller om de er ute på en tur utenfor områder her, eller skal til helsestasjonen eller tannlege eller hva det er så er det folk med dem. Men alle sammen har mulighet for å gå ut" (intervju 11). Informantene beskriver tvangsprosessen slik ved Soltun:

Det vi tar sikte på er å gjennomføre tre samarbeidsmøter med pasienten under den tiden de er her. Hyppigere hvis det er noe i saken som tilsier at det er nødvendig. Ellers følger pasientene i avdelingen det som er av ukeplan, aktiviteter, møter, samarbeidsmøter, og så hvis det da er snakk om ting utenfor som da er tannlege, lege, sykehus, ting de skal på som må følges opp.

Når det gjelder aktiviteter gir Soltun et mindre tilbud enn Øvsttun. Det gis ikke tilbud om undervisning eller tilbud i kunst- og håndverk. Alle får det samme tilbudet:

Vi har treningssenter tre ganger i uken, så er det tilbud om terapibad to ganger i uken med svømming. Så har vi felles tur, det vil si pasientene i avdelingen som har muligheten til å kunne gå ut forbi området her, de kan være med på fellesturer. På helgene så har vi forskjellige aktiviteter som bingo, kortspill, turer, kafebesøk, alt ettersom hvis de vil det eller.. ja.. har vi andre ting, vi har muligheter for å handle inn på butikk og sånt i forbindelse at de er ute, at de har en handledag. (intervju 11).

Informantene ved Soltun forteller også at de har liten eller dårlig erfaring med individuell plan. Det er få av pasientene som har det fra før når de kommer til institusjonen. Få takker ja til det også hvis de får tilbudet: "Der er ikke mange pasienter som har det. Der er ikke mange pasienter som jeg husker som har takket ja til det heller av de som har fått tilbudet. Så der kan vi nok bli flinkere" (intervju 11). Informantene forteller videre: "For vi er jo pålagt å ta initiativ til at det blir laget og sosialkontoret har jo den samme plikten, men det er vel noe med at det krever noen villighet til samarbeid". Situasjonen beskrives av informantene slik: "Noen har det, noen takker nei til det og noen tar ikke stilling til det i det hele tatt. En som ikke vet hva han vil, han vil i første omgang bli avruset, det er på en måte målsetting nr. en. Hva han vil videre det er veldig usikkert for han" (intervju 11).

Soltun kan på bakgrunn av dette og på bakgrunn av beskrivelser som kommer senere i dette kapitlet, karakteriseres som et mer lukket tvangsregime enn Øvsttun. Maktmidlene tas i bruk på en annen måte, som for eksempel bruk av låste dører i større grad og fysisk avsondring mellom de som er frivillig innlagt og de på tvang. Pasientene får ikke, til forskjell fra Øvsttun, beholde sine mobiltelefoner<sup>49</sup>. De har i stedet fri tilgang til telefon i avdelingen. Videre praktiseres låste dører gjennom hele forløpet på skjermet avdeling, selv om pasienter får gå ut, med følge. Pasientene har også mindre kontakt med pårørende og familie sammenlignet med Øvsttun.

Det er grunn til å anta at et behandlingsklima som vi her har skissert, kan virke negativt inn på trivsel og pasientenes utvikling. Informantene gjør det også klart at Soltun er en institusjon i en omstillingsfase. Informantene forteller at det pr. dags dato arbeides med å endre behandlingstilbudet i retning av større grad av individualisering på den skjermede avdelingen i forhold til permisjon og inngripende tiltak. Det planlegges også at det i større grad skal differensieres mer mellom pasienter innlagt på § 6-3 og § 6-2 (intervju 11).

### Apeltun behandlingsinstitusjon

Apeltun er en døgnpostenhet som gir TSB til pasienter med rusavhengighet og psykiske lidelser. Posten har ti behandlingsplasser, hvorav fire senger er forbeholdt pasienter som

---

<sup>49</sup> Det er ikke hjemmel til på generelt grunnlag å inndra pasientenes mobiltelefoner.

er innlagt etter LOST § 6-2 og § 6-3. Personalgruppen er tverrfaglig sammensatt og består av: Psykiater, psykolog, sosionom, ergoterapeut, spesialsykepleiere, sykepleiere, vernepleiere, miljøterapeuter, hjelpepleiere og miljøarbeidere. Apeltun har også en egen avrusingsenhet integrert i behandlingsinstitusjonen, det vil si at den i likhet med Soltun befinner seg under samme tak som behandlingsinstitusjonen. Behandlingstilbudet ved Apeltun består primært av gruppemøter, gruppeterapi, undervisning, miljøterapi, fysisk aktivitet, turer, sosial ferdighetstrening og individuell behandling.

Apeltun praktiserer i likhet med Øvsttun en ganske tett inkludering av pasienter på tvang og frivillig grunnlag ganske tidlig i tilbakeholdelsen. Den fysiske strukturen på bygningene inviterer til dette. De som kommer inn på en tvangsparagraf starter oppholdet sitt i skjermet enhet ved den ene enden av en lang korridor. Pasientene kan om de ønsker det, tilbringe hele oppholdet på skjermet enhet, men så fort de er avgiftet og rimelig stabilisert, inviteres alle inn til den andre enden av korridoren – det vil si til å være med i det vanlige programmet som tilbys alle pasientene (intervju 5). Informantene forteller at de har forsøkt å tone ned det lukkede tvangsregimet. Det å ha døren åpen mellom skjermet og åpen avdeling er en teknikk som toner ned det lukkede tvangsregimet. Men til forskjell fra Øvsttun er ytterdøren låst hele tiden for begge gruppene, både de som er på frivillig og for de som er under tvang (intervju 5). Dette gjør at vi også kan karakterisere Apeltun som et ganske åpent tvangsregime som kanskje befinner seg i en slags mellomposisjon mellom Øvsttun og Soltun, siden ytterdøren alltid er låst.

Informantene forteller at behandlingstilbudet tilrettelegges for den enkelte pasient, og at tilbudet består av samtaler med personalet, av medikamentell behandling og av trimturer. Pasienter får også mulighet til å delta på undervisning tre ganger i uken. Aktivitetsnivået ved Apeltun beskrives av informanter som høyt med et tett program der tvangsinnlagte får tilbud om å være med på det samme som de frivillige:

Det er lite rumpesitting og kaffedrikking og røyking. Det er et ganske tett program her. Og det har de altså muligheten til å være med på alt sammen, hvis de vil, når de er tvangsinnlagt. Mye handler om sutring og klaging til å begynne med, ikke sant, og de kjeder seg. Ja, men det er jo et tilbud her ute som venter på deg, ikke sant, vil du være med?

Videre vektlegges tett oppfølging av pasientene der tilbudene i stor grad skreddersys sammen med personalet (intervju 5). Pasienter kan få undervisning og da "kan de få ha med seg et ekstra menneske og kan gå etter fem minutter hvis det blir for vanskelig, ikke sant, så det er mye sånn tilrettelagt på den måten, da ". Pasientene kan også delta i flere friluftslivsaktiviteter, dette gjelder både de som er på frivillig og de som er på tvang. De får dra sammen på hytteturer, kanoturer og lignende (intervju 5).

Også her er det de færreste pasientene, eller kanskje ingen, som har individuell plan å slå i bordet med når de kommer til behandlingsinstitusjonen. I likhet med Soltun tar Apeltun selvkritikk på at dette er en type samarbeid som fungerer dårlig og som institusjonen kan og bør bli bedre på: "Ja, jeg tror nok alle har.., kan si at alle har individuell plan, men hvis jeg ærlig går og ser på hva som står i den og hva den inneholder, så er det comme ci comme ça, altså ". Oppfatningen er at individuell plan er et redskap som fungerer bra hvis tjenesteyterne har god kompetanse på det, hvis

pasienten er med, og er enig i det som står i den. Men som informanten beskriver, er det mye som gjenstår når det gjelder planlegging og bruk av individuell plan:

Det er en tung materie å jobbe med, og få folk til å bli gode på det, altså. Det krever mye tid, og det krever mye samhandling, ikke sant, og ofte så har man kanskje i en travel hverdag en time sammen med representanten fra kommunen, og så går halvparten av tiden vekk til penger og sånt, og så skal en begynne å snakke om plan. Jeg har jo vært med på å skrive sånne individuelle planer hvor det står: "trenger døgnoppfølging i egen bolig", ikke sant. Plutselig skjønner du at du har laget noe som koster tre millioner for kommunen. Det blir jo meningsløst. Og verken pasienten eller kommunen har vært med på dialogen nesten, så vi bare finner på.., altså, du ser mye rart altså. Så.., men når vi er, når pasienten er interessert, og vi er gode på det, og kommunen er gode på det, og alle ser nytten av det, så blir det veldig bra planer, men jeg vil jo si at det er de færreste som... Det er mye som gjenstår der, altså (intervju 5).

Oppsummerende kan vi si at det særskilte ved Apeltun er at den er en kombinert rus- og psykiatripost. I likhet med Øvsttun søker Apeltun ganske raskt å flytte og integrere pasienter fra tvangsposten til posten der de frivillige er innlagt. Dette skjer ved at de inviteres, så fort det er grunnlag for det, inn til den åpne posten hvor pasienter som er innlagt på frivillig behandling befinner seg. Praktisering av åpne dører mellom postene er en måte å la pasienter på tvang langsomt tilnærme seg de andre pasientene på. I likhet med Øvsttun individualiseres tilbudet i stor grad. Aktivitetene inneholder også tilbud om undervisning som synes å være mer kompetansebyggende enn tilbudet ved Soltun. I tillegg legges tilbudet spesielt til rette for den enkelte. Dette er grunnlaget for at vi vurderer Øvsttun og i noen grad Apeltun til å være mer åpne tvangsregimer enn Soltun.

### Midttun behandlingsinstitusjon

"Midttun" behandlingsinstitusjon består av en poliklinikk og fire behandlingposter. De fire postene er en utrednings- og skjermingspost, en stabiliseringspost og en skjermingspost. Sistnevnte skjermingspost er for pasienter på tvang, plassert i institusjonens hovedhus. Rommene på skjermet post er "attraktive" fordi de er forholdsvis nybygde, ifølge informanter ved institusjonen. Skjermingsposten har seks plasser til kvinner og menn over 18 år, det vil si at Midttun tar i mot pasienter på alle de tre paragrafene og har kjønnsblandede avdelinger. Ved institusjonen er ansatt barnevernspedagoger, sosionomer, vernepleier, ergoterapeut, førskolelærer, sykepleiere, samt fire psykologer.

Tvangstilbudet ved Midttun består av avrusning, skjerming/stabilisering og utredning. Når pasientene kommer til avdelingen kommer de først til skjermet post. Etter en viss tid med observasjon og vurdering får så, hvis det er plass, noen av de gravide tilbud om å flytte til en annen avdeling hvor frivillig innlagte oppholder seg sammen med sine familier." Jeg tror vi får mer utav den blandinga vi har her med småbarnsfamilier og gravide både på frivillig og på tvang blanda sammen, enn ellers" (intervju 1). På den åpne avdelingen er det seks leiligheter hvor det kan bo "alt fra en enslig gravid opp til en familie på to voksne og flere unger ". Over tid kan posten ha gjennomsnittlig en 16–17 personer innskrevet der. Denne posten er selvfølgelig åpen: "Forskjellen mellom oss og skjerma avdeling der borte er at skjerma avdeling er låste dører og alt det der, her er det åpne dører" (intervju 1). Hvis de gravide ikke får plass på

frivillig avdeling kan årsaken være at de er for "rabiater": "Ja. Det er kun hvis de gravide er så rabiater at de trenger å være der, som jeg bruker å si. Da kan de godt være der og skjermes inn på en eller annen, aller helst for seg sjøl da òg".

Gangen i tvangsforløpet er slik at det ikke er fri utgang for alle som kommer til avdelingen. Institusjonen sjonglerer med å ha låste dører, men med åpen ytterdør på dagtid:

Trenger ikke ha låste dører nødvendigvis, vi kan ha det òg, men de har ikke fri utgang. Det må opparbeides ut fra en sånn, enten forforståelse vi har av situasjonen – det kan være helt uproblematisk å gi folk fri utgang med en gang, det kan òg være sånn at det må de opparbeide seg. Det er mer vanlig. Så lager vi da en behandlingsplan som vi kaller det, som kan gå over noen få dager eller ei uke eller to, som da revurderes, som går da på for eksempel to timer utgang med eller uten følge, kan gå sånn og sånn. Så bygger vi opp den tilliten ut ifra en tanke om at det er det de gjør de skal få konsekvens på positivt. Jo flere positive konsekvenser vi klarer å gi, jo bedre er det.

Det er med andre ord mulig å rømme fra avdelingen: "Ja. Men vi har òg en del av huset vi kan låse av, hvor vi kan låse vinduer og sånne type ting òg" (intervju 1). De andre pasientene som ikke er gravide, på § 6-2 og 6-3, forblir på skjermet avdeling. Til forskjell fra Øvsttun sjonglerer ikke Midttun med tvangsplassene, slik at en pasient som kommer inn på § 6-2 ikke seinere kan gjøres om til et § 6-3 vedtak eller omvendt. Dette må bestemmes ved inntak.

Et viktig poeng som understrekes av en av informantene ved Midttun, er ikke å behandle pasientene ulikt ut fra paragraf, men ut fra funksjonsnivå:

For det første kan jeg si det at jeg bryr meg ikke noe mye om på hvilket grunnlag folk er her. Utgangspunktet er at de som er her sånn, de er her fordi at de har et erkjent rusproblem eller et rusproblem andre har erkjent, når det gjelder tvangsinnlagte, da. Men selv de erkjenner jo et rusproblem, ikke sant? De gjør det, vet du. Så er det mer snakk om ulike virkemidler, om tvang eller ikke og alt det der sånn. Da bruker jeg å si det at det det handler om her er ikke hvilken paragraf du er på, men hvordan du oppfører deg. Oppfør deg ordentlig, og du merker ikke at du er på tvang. Det er sånne uttrykk jeg bruker og sånne uttrykk som virker, og det er det første jeg gjør, det er å si sånt (intervju 1).

Informanten sier at de ansatte oppfordres til å bruke seg selv og sin personlighet helt bevisst for å være mest mulig "tydelig, forutsigbar, det gir en trygghet og tillit". Han forteller videre:

Og da kan du godt være tydelig på stygge ting, for å si det sånn, at jeg godt kan fortsette – og gjør da også det, at her tolererer vi ikke vold og trusler om vold. Det er ikke fordi at jeg er spesielt redd, men fordi at her har vi unger og alt det der sånn, og det forventer jeg og forlanger jeg at du skal respektere. Da er de enig med meg. Det er ingen som er uenig i det. Jeg bruker jo retorikken for alt hva det er verdt.

Informanten fremhever at Midttun hadde en fordel fordi institusjonen kunne bruke andre behandlingstilstander sine erfaringer i forbindelse med nybygging. Dette medførte blant annet at de integrerte psykologene i avdelingen sin:

Sånn type ting som at vi har integrert helt bevisst psykologene våre i avdelinga. De sitter ikke et annet sted og jobber, de er her, de er en del av dagliglivet, men har, vi gjør jo mye vi kan for å skille oppgaver. Psykologene skal ha sine psykologoppgaver som kan defineres sånn og sånn, men de skal være en del av miljøet her, de skal ikke kunne på en måte sitte poliklinisk et annet sted.



Midttun har altså ikke en egen post for tvangsinnlagte og en annen post for andre pasienter. De blander småbarnsfamilier og gravide både på frivillig og på tvang i mye større grad enn ved andre steder. Viktige samtaler mellom ansatte og pasienter foregår i form av deltakelse i en "prosessgruppe" som drives flere ganger i uken der alle deltar:

..med tanke på at de som ikke har vært her så lenge hører, sånn at jeg snakker til noen mens andre hører, den måten å tenke på der sånn. Så forteller jeg dem det at det er det jeg gjør, forteller alt hva jeg gjør og tenker, ingenting å skjule. Det går på for eksempel tema utflytting, tema nettverk, tema omsorgsevne, hvordan henger det her sammen, hvordan kan det være, for det er jo store, forferdelige temaer av og til, med Fylkesnemnder og tidligere unger og fosterhjem og barnevern, så det er alvorlige saker, men vi kan snakke om alt.

Dette kan også ses som en viktig måte å introdusere nye pasienter til fellesskapet på. Ved den frivillige avdelingen for gravide har alle pasientene individualbehandler (psykolog) og miljøkontakt som arbeider i team: "Hver beboer har egen psykolog, egen miljøkontakt, sånn at to voksne i en familie har to ulike team ". De gravide får hjelp på sykehuset i nærheten til forskjell fra Øvsttun som får besøk av ambulerende jordmor.

Ved Midttun praktiseres også en egen avslutningsseremoni i forbindelse med utskrivelse. Avslutningsseremonien kan betraktes som en markering av statusskiftet fra pasient til vanlig samfunnsborger: "Vi lager album, for eksempel, med bilder og". Informanten ved Midttun forteller at dette arbeidet ansees som svært viktig, men at de ansatte sliter litt med å få tid til det:

Jeg er så forbanna for tida fordi at ikke vi greier å gjøre det godt nok. Vi har hatt et par eksempler nå hvor ansatte ikke klarer å ta å sette av de fem minuttene det er å gjøre den jobben, framskaffe bildene, få gjort det her, få det til å bli en høytidelig greie rundt avslutningslunsjen og så videre. Å sende det i posten en måned senere, det er ikke mye verdt, altså.

Ved siden av dette har Midttun også ulike markeringer med gjensynsfester hvert år der pårørende inviteres til å være med. Institusjonen arrangerer også årlige seminarer for pårørende. Ved siden av dette tilbyr også Midttun opphold på institusjonen for tvangspasientenes ektefelle eller samboer.

Oppsummerende kan vi si at Midttun synes å være et ganske åpent regime med en spesiell behandlingsinnretning som i noen grad er annerledes enn ved de andre institusjonene vi har sett på. Dette gjelder særlig trekk ved behandlingsopplegget som integreringen av psykologene på avdelingen og når det gjelder blandingen av småbarnsfamilier med gravide innlagt på frivillig grunnlag og på tvang. Også praktisering av avslutningsseremonier, gjensynsfester og pårørendeseminarer synes å være tiltak som kan tyde på et godt behandlingsklima og/eller at det har blitt opparbeidet gode og gjensidige tillitsrelasjoner mellom pasienter og ansatte i behandlingsinstitusjonen.

#### *Sanksjoner ved regelbrudd, rømming, rusing og utagerende adferd*

Samtlige institusjoner har etablerte rutiner for hva en gjør ved regelbrudd, utagerende adferd og dersom klienten rømmer. Regelverket er imidlertid lite oppdatert etter rusreformen. Institusjonene bestemmer nå (før var det sosialtjenesten) om pasienten skal skrives ut, mens det er sosialtjenesten som fremdeles har avgjørende myndighet med hensyn til rømming.

Informantene ved Øvsttun og Midttun forteller at de ikke har utestengelse og at de nesten ikke har rømninger. Informanten ved Apeltun sier at "Det er noen rømninger, og det er noe mer aktiv rusing i perioder, men det har vært lite av det og. Og vi søker å ha døra oppe hele tida" (intervju 5). Informanten ved Midttun sin gravideavdeling forteller det slik: "Ja, vi har jo – i og med at ikke vi har en innleggelse fra 1.1. da og da til da og da, så er det jo litt vanskelig å bevise, kan du si, at de har fullført, men de aller fleste fullfører her i forhold til anbefalte utskrivninger, utflytninger. Ingen rømninger, nesten ikke rusing. Hvis det er en gang i året, så er det maks" (intervju 1).

Ved Øvsttun har det hendt at personalet selv har hentet tilbake pasienten: "Da må vi jo handle, og det er klart, det er jo politiet, men hvis vi vet hvor den pasienten er og politiet ikke har mulighet til å hente den, så må vi jo vurdere hva vi skal gjøre, men det er ikke ofte det er sånn. Nå er det jo nesten ingen rømninger her, da. Og alle pasienter får komme tilbake:

Hvis vi har en pasient som rømmer eller ruser seg slik at de trenger å bli overført til en avrusning, så blir det på en måte samme runde igjen, at de må være avrust og så komme inn hit igjen. Ja. Noen blir jo så dårlige at de må inn på psykiatrisk. Det hender jo at vi henviser videre, ikke sant, og overfører... Og pasienten vet godt at når overlegen kommer på besøk, da er det hans vurdering som gjelder, så hvis jeg klarer å skjerpe meg den halvtimen jeg prater med ham, så får jeg lov til å bli her, framfor å bli reinnlagt på en akuttinstitusjon der de kanskje har vært 7–8 ganger det siste året (intervju 10).

Informantene ved Øvsttun forteller at ja, de opplever trusler og vold i hverdagen:

Jaa – trusler er jo sånt som man kan få. Det er jo en del av jobben. (*Ler litt.*) Det hender jo i ny og ne at det er noen som kaster et glass, ikke sant, har bruk for å ødelegge noe, men det er sjeldent. Det har vært episoder med vold mellom pasientene også. Så det er ikke alltid retta mot oss. Trusler kan det være mye av, men vi har lite vold mot personalet på avdelingen, altså. Men det er klart, noen er jo veldig sinte... men det virker ikke som personalgruppa oppfatter at det er mye belastning på akkurat det, jevnt over. Og så har det, de få perioder hvor vi har hatt noen som har vært veldig aggressive eller veldig verbale, da er vi jo på en måte innarbeidet i at hvis jeg går til en pasient på et pasientrom, da sier jeg i hvert fall ifra først, for hvis ikke jeg er tilbake om 20 minutter, så kommer hun og sjekker. Så det har ikke vært noe problem.

Informantene ved Øvsttun forteller videre at de har alarmer som de kan gå med:

Men vi går ikke med dem, men vi kan jo si det sånn at.. oppstår det en situasjon der vi føler behov for å gå med dem, så ligger de klare, og da kan vi alarmere den som har ansvarsvakt. Men den må hver enkelt kjenne litt på, når en føler behov for det. Jeg har aldri brukt den alarmeren. Og så er det på en måte, det er en liten enhet, den er intim, så selv om man står i underetasjen, hvis jeg da trenger "Barbro", si vannet går på en av jentene, da trenger jeg henne jo like mye. Hvis man da bare roper høyt, så høres det altså mellom etasjene, så det er ikke noe sånn – vi får kontakt med hverandre.

Rømning meldes altså fra til sosialtjenesten og til politiet. Informantene forteller at da er det opp til sosialtjenesten å legge opp til en 6-2a sak hvis pasienten har vært inne på en § 6-3 fra før. Det som da skjer er at institusjonen (igjen) må låse ytterdørene når pasienten kommer inn igjen: "Da er det hensynet til fosteret som vil overstyre mors krav til frihet" forteller en av informantene (intervju 10).

Ved Soltun er det slik at ved rømming blir pasientene etterlyst ved at det faxes en etterlysning til politiet. Så kommer politiet tilbake med vedkommende – "hvis de finner ham eller henne" (intervju 11). Videre tilkalles politiet hvis det skjer en utagering som de ansatte vurderer som veldig alvorlig. Da blir det en anmeldelse. Trusler blir pasientene informert om når de blir tatt inn til samtale, og informert om at det er ikke akseptabelt:

Ja. Det blir også sagt noe i forkant rundt hva vi tenker om samarbeid ifra pasientene i forhold til dette med trusler, utagering og vold. Så det blir de informert om på forhånd. Etter at det har skjedd en av delene, enten en trussel eller utagering, fysisk eller verbalt så blir de kalt inn til en samtale. Hvis det er veldig alvorlig, så tilkaller vi jo vi politiet. Det blir en anmeldelse sant...Vi forholder oss jo til at dette her jo, de er jo her fordi de har hatt rusproblemer som er til skade for de, men de er jo borgere av Norges land som skal oppføre seg på en... så det at de samme reglene gjelder. Vi er jo ikke psykisk helsevern, så ikke kan vi legge, vi kan ikke bruke den type tvang som psykisk helse kan. Vi har kun nødvergeretten til å beskytte oss med. Så hvis det blir voldsom utagering med å knuse inventar eller gå til angrep på personalet så har vi nødvergerett vi kan bruke som personale (intervju 11).

Bruk av nødvergeretten vil i følge informantene ved Soltun si at "vi prøver å skåne oss for skade. Det vil kunne medføre at vi kan legge pasienten i bakken ". De forteller også at det har vært situasjoner der det har skjedd: "Vi har hatt to, hva skal jeg si, en voldsom episode og en ikke så veldig behagelig episode ". I kjølvannet av disse episodene ble det en anmeldelse: "Ja. Det ene var en knivstikkingsepisode og det andre var to pasienter som røyk i hop og personalet måtte gå imellom" (intervju 11).

Hvis pasienten ikke holder seg rusfri er det ikke noen straffereaksjon eller sanksjoner:

Hos oss må de være likevel. Da må vi forsøke å fjerne det som eventuelt er av rusmidler som er igjen, ja. Hvis de rømmer så enten melder vi de, etterlyser de hvis de har vært her og ikke blir med tilbake, altså hvis de rømmer, sant når de er ute. Og hvis de ikke kommer til behandling her, eller ikke kommer til oppmøte her så gir vi en tilbakemelding til politiet.

Hovedproblemet til Soltun er rømming: "Nei og du skal huske på det også at du skal ikke verken utsette pasienten eller personalet for fare med de inngripende tiltakene du gjør. Så, og i og med at hovedproblemet vårt er rømming og vi har ikke noen mulighet til å kunne holde de igjen med mindre vi bruker nødvergerett. Det vil si den kan også brukes på gravide, for der er det fosteret vi skal beskytte" (intervju 10). Ytterste konsekvens for regelbrudd ved Soltun er utskrivelse:

Du kan jo si altså hvis pasienten stadig er vekkt, driver å rømme, stadig vekkt av en eller annen grunn får tak i rusmidler...kommer med trusler...Da stiller vi spørsmål ved hensiktsmessighet. Altså da blir det, det blir hensiktsmessigheten som blir vurdert. Og da må jo vi, da må jo vi, vi kan selv gjøre den vurderingen og vi kan be sosialkontoret gjøre den vurderingen (intervju 11).

Informantene forteller at de pasientene de ikke kommer i behandlingsposisjon til de kan de vurdere å utskrive:

De slipper oss ikke inn, vi får ikke samtaler med de, de viser med hele seg at dette er helt feil for meg og jeg ønsker ikke å samarbeide på noen som helst måte. Og vi har prøvd dette litt over tid så tenker jeg at da har vi fått en erfaring på at denne pasienten benytter seg ikke, altså han gjør ikke bruk av de mulighetene som tvang gir han...Sånn tidsperspektivet her blir viktig fordi at mange pasienter kan være sånn som dette helt i starten. De første ukene. Men det er ikke dermed sikkert at de er sånn på slutten av oppholdet (intervju 11).

Pasienten kan forandre seg i løpet av oppholdet:

Ja. Men det som vel går igjen er at er du halvveis i oppholdet ditt og vi ser at det ikke har skjedd noe som helst endring så er det lite sannsynlig at det vil skje noen endring under det oppholdet. Men kanskje neste opphold. Så der er pasienter som har vært inne på tvang flere ganger. Men det er jo klart at en sånn eskalering av manglende samarbeid og ikke vilje og markering av at vi ikke har noe med deres liv å gjøre og sosialkontoret heller ikke kommer i posisjon til, sant så må jo en selvfølgelig stille spørsmål ved hensikt (intervju 11).

Soltun har på tross av dette ikke så mange utskrivelser på ovennevnte grunnlag:

Det alene er ikke grunn til å utskrive pasienter. Det er en helhetlig vurdering av det. Det er en samlet vurdering sant, fordi en rømning kan jo være at et opphold begynner å virke, sant. Så en rømning, det må jo være en vurdering av det, en rømning kan jo være at nå begynner jeg å kjenne på noe her, nå begynner jeg å kjenne på de vanskelige tingene og dette vil jeg helst ikke kjenne på så jeg må ut å få meg litt... sant. Så at hvis vi er dyktige så kan jo vi bruke en rømning til faktisk å få et lite kvantesprang igjen på pasienten sant. Sånn at en rømning i seg selv trenger ikke være negativt. Tvert imot, det kan være, det kan gi en ny mulighet. En pasient kan gjerne rømme og komme tilbake igjen av seg selv. Det er også fullt mulig. Og det skjer (intervju 11).

Informanten ved Apeltun forteller at de ikke aksepterer vold og trusler. Apeltun har ca. en utskriving i året i forbindelse med vold og trusler. Hvis det er slik at de sliter med at folk ruser seg mens de er der, kan de også vurdere pasientens plass:

Ja, altså vi har jo.., har jo sånn at når folk ... ruser seg, så prøver vi å avgifte de, så enkelt. Vi har jo en sånn smertegrense som ikke er akkurat nedfelt sånn og sånn, for det er jo (...) individuelt, og det er jo skjønn ute og går, og sånn. Men altså... ser vi at det er umulig å holde de i hus, og det er inntak hele tiden, så prøver vi jo i samråd med sosialtjenesten at kanskje det er feil tidspunkt, altså. Ja, problemet er jo liksom, vi er jo ikke alltid enig om det der fare for liv og helse, da. Ikke sant, så... noen bruker disse vedtakene til å snike i køen, vi får jo frivillige pasienter som kanskje burde vært brukt tvang på i stedet, for de har så vanvittig risiko (...) ute. Men vi sier ikke at liksom "tre sprekker, så er det ut ", eller "fem, så er det ut ", eller.., vi har en kar her nå som har.., ja, stikker vel av to ganger i uka, tenker jeg. Er borte noen timer, får i seg en øl eller noe sånn, men det å bare sende han hjem, det er verre altså.

Midttun og Øvstun er de institusjonene som har minst problemer med rømning. Gerdner og Berglund (2010) viser til en studie i sin kunnskapsoppsummering som sammenlikner opplevd trivsel hos innlagte og personalet mellom låste og åpne tvangsinstitusjoner. Studien viser at forutsetningene for behandlingsprosessen er dårligere på de låste avdelingene enn på de ikke låste. Det er et hovedinntrykk at Soltun i større grad har problemer med rømning enn de andre institusjonene i denne undersøkelsen. De praktiserer også flere sanksjoner ved utagerende adferd enn Øvstun, der utskriving og "golving" er to av dem. Dette kan henge sammen med det som vi allerede har påpekt, at Soltun synes å ha det strengeste regimet – et strengt strukturert tvangsregime – der ytterdøren er låst hele tiden, slik at rømningsproblematikken og den utagerende adferden blant annet kan knyttes til dette regimets disiplinerende karakter.

#### *Tilbakeføring til samfunnet – utskrivelsesfasen*

Samarbeid med sosialtjenesten i forbindelse med utskriving er slik vi ser det, en sentral betingelse for hvor god tilbakeføringen til samfunnet blir etter pasientens opphold ved

institusjonen. Informantene forteller at de varsler sosialtjenesten i forbindelse med utskriving: "Ja. Vi har jo et tett samarbeid med sosialtjenesten. Vi skriver ikke ut noen pasient uten at sosialtjenesten er informert" (intervju 11). Samarbeidet med sosialtjenesten kan imidlertid variere "veldig" i forbindelse med utskriving og planlegging og videre tiltak: "Det kan variere veldig, de fleste sosialkontor er flink både på å følge opp og ha et tilbud videre, mens andre sliter du veldig med å komme i kontakt med, du sliter med å få til et godt samarbeid, du sliter med å få de til å forstå at de faktisk må reagere nå og ikke vente i tre måneder før de begynner å reagere på noe" (intervju 11).

Et hovedinntrykk er at samarbeidet med sosialtjenesten i stor grad dreier seg om *ansvarsgruppemøtene* underveis og i forbindelse med utskriving. Dersom pasientene ikke har fått etablert en ansvarsgruppe ved innleggelse etablerer institusjonen denne forteller informantene ved Apeltun: "Jeg synes det er dårlig hvis vi ikke klarer å ha tre mens de er innlagt i en tremånedersperiode, altså" (intervju 5). Ansvarsgruppens arbeid dreier seg i stor grad om kartlegging av pasienten samt avklaring av pasientens motivasjon. Det er også fokus på hva som skal skje etter oppholdet på institusjonen: "Ja. Mest det, og selvfølgelig en del praktiske ting, men det handler jo av og til om økonomi".

I en undersøkelse om bruk av ansvarsgrupper for bostedsløse som hadde hatt opphold på døgninstitusjoner, kom det fram at de ansatte ved døgninstitusjonene synes det er positivt med arbeidsdeling mellom flere instanser i forbindelse med ansvarsgruppemøter. De påpekte også det positive ved at man da kan tenke langsiktig og helhetlig og de vurderte det som bra at det skjer en samordning og kommunikasjon, drøfting og planlegging samt avklaring av ansvarsforhold (Taksdal m.fl. 2006). På den andre siden sa de samme informantene at det også er snakk om knappe ressurser. Det kan også være vanskelig for pasientene å følge opp det som skjer i regi av ansvarsgruppene. Videre kan hyppige utskiftninger av gruppemedlemmer by på utfordringer. Gruppen kan også fungere negativt hvis den ikke fungerer, hvis medlemmene ikke har samme forståelse eller hvis den ikke er beslutningsdyktig. Grupper kan også lett bli for store slik at det kan bli vanskelig å finne møtetidspunkter som passer for alle. De kan også fungere mindre bra dersom pasienten ikke inkluderes (ibid).

Etter intervju med informanter i denne undersøkelsen er det tydelig at det er *vanskelig å få samlet ansvarsgrupper* og da særlig i forkant av utskriving. For de som har gravide på tvang oppleves dette som særlig utfordrende når de nærmer seg termin: "Nei, og så tikker og går det, og så blir ansvarsgruppa utsatt og utsatt og utsatt, og de er to uker før termin, og de har fortsatt ikke fått samla noen ansvarsgruppe" (intervju 10).

En av informantene ved Soltun beskrev det slik:

Det kan gjerne være vanskelig å få til at alle er representert på alle ansvarsgruppemøter, men det kan være både fordeler og ulemper der også. For det er ofte gjerne ikke alle som trenger å være på møtet samtidig. Det kan gjerne bli for mye for pasienten. Det som er ønskelig for oss å ha med på samarbeidsmøter er gjerne pasienter som går i LAR og det da er en representant fra fastlegen, sosialtjeneste og eventuelt booppfølging hvis de har det. Så jo, jeg vil si at samarbeidsmøtene og ansvarsgruppemøtene, jeg synes de er flinke, generelt ja (intervju 11).

De forteller også at pasienten er med på møtene: "Ja, pasientene pleier vanligvis det, unntaket er en pasient som ikke er fornøyd og som reiser seg og går eller kommer tilbake igjen på møtet. Ja, 99 % så er de med på møtene selv" (intervju 11).

Ved Øvsttun fremkommer det at informantene synes at de instansene som skal informere pasientene om ansvarsgruppen, det vil si sosialtjenesten, ikke alltid gjør dette på en god måte. De erfarer at noen pasienter ikke vet at de kan bestemme hvem som skal være med i ansvarsgruppen: "Noen har fått veldig dårlig informasjon, ikke sant, for det er jo veldig mye gunstigere for oss hjelpere å bestemme det, selvsagt, for da blir det mye mer behagelige møter ". Et hovedinntrykk sett fra informantene sitt ståsted er at noen pasienter ikke er motiverte for ansvarsgruppemøtene, mens andre ser på det som et veldig nyttig sted" (intervju 10).

Informantene ved Øvsttun erfarer at det sliter på pasientene dersom det er vanskelig å samle ansvarsgruppen. De trenger svar: "Vordende mødre er usikre på hva som skjer når barnet kommer. Kanskje er situasjonen slik at de ikke har en bolig og at det heller ikke er planlagt mødre hjem. Da kan kvinnene spørre spørsmål som: betyr det da at barnevernet bare kommer og henter barnet?" (intervju 10).

De ansatte ser at kvinnene lever i uvisshet og situasjonen blir ikke bedre når de får vite at behandlingsinstitusjonen ikke kan hjelpe dem så mye med dette. Det er også få døgninstitusjoner som har skilt ut arbeidet med beboernes boligsituasjon som egen arbeidsoppgave og tildelt denne en bestemt ansatt eller enhet. Noen har ansatte som arbeider særskilt med tilbakeføring, men disse institusjonene er i mindretall. Mønsteret er at alle kontaktpersoner eller behandlere ved institusjonen har ansvar for dette. Her ligger en fare for arbeidet med boligsituasjonen kan nedprioriteres eller falle nedover på listen over institusjonens arbeidsoppgaver (Taksdal m.fl. 2006).

Behandlingsinstitusjonene prøver kanskje å ta tak i boligsituasjonen, men ser det slik at det ikke er deres ansvar å tildele kommunal bolig for eksempel, eller plass på mødre hjem. Dette er sosialtjenesten eller barnevernet sitt ansvar. I stedet prøver de å hjelpe pasientene med å få sendt av gårde søknader.

Informantene ved Øvsttun forteller at det er behandlingskoordinatorerne ved behandlingsinstitusjonen som skal videreformidle til sosialtjenesten "og kanskje være litt advokat for pasienten i forhold til å pushe på at det skjer noe og sørge for at de har et tilbud når de blir skrevet ut etter fødsel" (intervju 10).

### *Resultater av tvangen*

Det varierer mellom institusjonene hvorvidt de vet hva som skjer med pasientene etter oppholdet. Hovedinntrykket er likevel at de fleste får et godt tilbud rett etter utskrivelsen. Basert på 58 innleggelsler i perioden 1. jan 2006 til 1. juni 2009 forteller informanter ved Apeltun som praktiserer § 6-2, at 20 av 54 gikk videre i frivillig behandling, 12 av 54 gikk ut til forsterket tilbud, herunder strukturert oppfølging/omsorgstilbud/sykehjem, 16 av 54 ble sendt hjem og 4 av 54 ble utskrevet pga vold, trusler etc. 32 av 54 (59 %) ved denne institusjonen reiser altså enten videre i frivillig behandling eller til et strukturert oppfølgingstilbud i kommunen. Dette forteller at over halvparten fikk videre behandling/tiltak.

Når det gjelder gravide er det et hovedinntrykk at det er denne gruppen som får det beste tilbudet etterpå selv om systemet kan svikte innimellom: "De fleste har et

hjelpetiltak stående klart når de kommer ut. Men innimellom svikter det. Systemet fungerer best for gravide fordi de prioriteres på grunn av barnet" til tross for at ansvarsgruppene kan svikte også her. De fleste av kvinnene som har vært gjennom et opphold ved Øvsttun, flytter videre på mødre hjem, forteller informantene.

Ved Øvsttun er det imidlertid et ønske om å bygge ut en barselavdeling ved institusjonen for å lette overgangen til egen bolig eller mødre hjem for noen av pasientene: "Vi er en gruppe på fire som har sett på de muligheter, og vi har vært gjennom mange runder og mange timers snakk att og fram, og summa summarum er vi kommet fram til et forslag på to plasser som barsel ". Institusjonen har med andre ord ikke en barselavdeling, men kjemper for å få det: "Vi ser behovet, vi ser at vi har pasienter som blir skrevet ut rett til en leilighet, som kunne hatt nytte av et litt tettere tilbud, men hvor et mødre hjem er uaktuelt fordi det er for mye" (intervju 10).

At pasienter skrives ut uten å ha tilbud om videre frivillig behandling skjer dessverre også:

Det er ikke noen ønskesituasjon for oss, men teoretisk sett så kan det skje, og du kan også tenke som så at hvis vi har en situasjon hvor barnevernet tar barnet ved fødsel, så med en gang kvinnen er i stand til å reise seg opp på to bein, så går hun ut og ruser seg. Hun har kanskje ikke noe tilbud, ikke sant? Og når hun da ikke har ruset seg i 3-4-5-6-7 måneder, da skal det ikke mye til før at det blir overdose (intervju 10).

Tre av behandlingsinstitusjonene som er med i denne undersøkelsen har liten eller ingen rutiner for oppfølging av pasientene ved utskriving: "Det er lite. Når vi sender en pasient av sted for fødsel, så skal vi egentlig ikke ha noe ytterligere kontakt med pasienten ". Den eneste kontakten de kan ha er hvis pasienten selv velger å ta kontakt: "Men heldigvis så er det ofte at pasientene ringer og forteller at de har fått en nydelig gutt som er så og så stor" (intervju 10).

Informanter ved Soltun forteller at: "mitt hjertesukk i forhold til behandlingen er at vi vet lite i forhold til hva som skjer med pasientene etter at de kommer ut herfra. Vi er heldig hvis vi faktisk får en tilbakemelding på en gravid en som har, altså som du vet hva som har skjedd med, og at du vet at det har gått bra" (intervju 11). Dette betyr at for gravide er det slik at i det sekundet fødselen har skjedd, så er pasienten offisielt utskrevet. I følge informantene er det slik at behandlingsinstitusjonen har "ikke noe krav på å få vite noe, vi har heller ikke noen plikt til noen videre oppfølging av pasienter på 6-2a" (intervju 10).

Midttun behandlingsinstitusjon er den eneste av institusjonene som har oppfølging av pasientene etter utskrivelse og det i ganske lang tid etterpå:

Det vi synes er viktig når det gjelder oppfølging, det er jo at vi er forutsigbare i vår forpliktelse, og det er vi allerede når de kommer inn. Vi garanterer minimum to års oppfølgingsavtale. Det er det vi lager – etter utflytting. Det er minimum. Det er bare en start, bruker vi å si. Hvis du har behov for det og ønsker kontakt med oss, så har vi det i lang tid etterpå.

På spørsmål om hvor mye kontakt de kan få, svarer informanten ved Midttun slik:

Før eller siden så vil vi nå et tak, men inntil vi når det taket, så velger vi å være veldig åpne på det. Da sier vi det, for eksempel, du kan få – det er psykologene sjøl som bestemmer da – du kan ha individualsamtaler hver uke, du kan være flere ganger i uka i perioder. Det er sjelden det er, men det er ofte hver uke eller

annenhver uke. Det er hjemmebesøk av miljøterapeuter hver uke, annenhver uke, med en bestemt type innhold. Det kan være samspillsveiledning. Det er tilbud om å delta på alt det vi gjør her, i forhold til for eksempel turer, sanne typer ting.

Hvorvidt pasientene vil ha nytte av et slikt oppfølgingstilbud vil selvfølgelig være avhengig av at pasientene bor i nærheten av institusjonen etter institusjonsoppholdet. Oppfølging etter institusjonsoppholdet understreker behovet for at pasientene, og da særlig gravide, får institusjonsoppholdet i hjemstedskommunen eller så nær hjemstedskommunen om mulig, (slik som informantene i Helse Vest også har påpekt).

Institusjonene synes å vite minst om hva som skjer med den pasientgruppen de har færrest av. Dette gjelder både Soltun og Øvsttun. Ansatte ved Soltun (som har få pasienter på § 6-2a) forteller at de vet lite om hva som skjer med pasienten når det gjelder § 6-2a: "der vet vi jo lite om hva som skjer videre for der skal det jo være oppfølging fra sosialtjenesten og barnevernet videre" (intervju 11).

Ved Øvsttun, som har få pasienter på § 6-2, er inntrykket at pasienter som er inne på § 6-2 der først og fremst er pasienter som har en sammensatt og problematisk diagnose og med lang historie innenfor både rus og psykiatri. Når de kommer til institusjonen er det ofte, slik behandlingsinstitusjonen ser det, "for å få omsorg, en god seng og mat ". Det gjelder for dem først og fremst å få dekket de basale behovene. Informantene forteller at de ikke alltid har tiltro til pasienter som er lagt inn under denne paragrafen: "Nå har vi jo en situasjon med en som går og venter på at tvangsvedtaket skal oppheves, og som har tenkt seg å reise ut igjen, og som vi nok ikke har særlig stor tiltro til at det skal gå bra med ". Resultatet av tvangen kan for denne pasienten "bli rett ut i rus igjen".

Det som er særlig utfordrende for behandlingsinstitusjonen er det de ser som ikke skjer – at hjemkommunen ikke alltid har noe oppfølging å tilby: "sånn at det blir tre måneder tvang her, og så er det ikke noe mer som skjer" (intervju 10). Dermed er pasienten etter kort tid tilbake til situasjonen slik den var tre måneder før. Dette er et inntrykk som gjelder for mange pasienter som har vært lagt inn under § 6-2 ved Øvsttun. En krise kan ha inntruffet før den første innleggelsen: "Det har skjedd en akutt krise som er veldig alvorlig, suicidforsøk eller psykose som er rusrelatert eller rusutløst. Så kommer de inn hit for omsorg og få avklart situasjonen litt, kanskje lande litt. Men det stopper jo ofte der. Det er jo ikke sånn at kommunene har hostet opp kanskje et sted å bo, noe tiltak i etterkant" (intervju 10).

Selv om behandlingsinstitusjonen tilbyr å forlenge de tre månedene, så kan pasienten takke nei og som oftest gjør de det, ifølge informantene ved Øvsttun. Ved Øvsttun forteller de at de har en pasient som har takket ja og som har vært der i snart ett år "og hvor man virkelig ser en forbedring ". Tidsrommet på institusjonen spiller en viktig rolle og tre måneder er forsvinnende lite:

Man skal rette opp på et helt liv. Det er mye som skal endres og planlegges og finnes ut. Bare det å finne seg selv. Det er jo mange av de som kommer hit, de vet ikke hva de skal snakke om i en vanlig samtale, for de har ikke hatt noen vanlig samtale på flere år. Så hvis de skal skape seg et nettverk og invitere venninner hjem på besøk, hva i all verden skal de si til den venninnen da? (intervju 10).

Ved Midtun påpekes det samme – at den aller største utfordringen for hvordan det vil gå videre ligger i nettverksbyggingen:



Hvordan bygge opp, hvordan hjelpe folk til å få et bedre sjølbilde, ikke sjøltillit, men sjølbilde, som gjør at de tør å begynne å utvikle nye relasjoner, sånn at nettverket på en måte bygges gradvis ut. Det er òg en kjempelang prosess, og der er igjen det der med skole og arbeidsliv som er særdeles viktig.

Når det gjelder pasienter som har vært inne på § 6-2a vet de behandlingstusitusjonene som har gravide pasienter en del. Ved Øvsttun mener de ansatte at resultatet av behandlingen hos dem ofte er at behandlingstusitusjonen har klart å skjerme barnet for rus og ofte klart å få satt i gang en endringsprosess hos mor:

..og vi har ofte klart å skape, få i gang en endringsprosess hos mor, være mer motivert for behandling, kvinner som kommer inn hit i fistel og med håndjern som da begynner å nyttiggjøre seg behandlinga her og som da selv ønsker videre behandling etter fødsel. Der ser vi som regel veldig store forandringer, og vi ser også at det å faktisk skulle bli mor, kan sette i gang et ønske om et rusfritt liv (intervju 10).

Et hovedinntrykk som de ansatte har, er likevel følelsen av "plutselighet" som kvinnene kan oppleve. Plutselig får kvinnen den hjelpen hun trenger. Kvinnene kan si til behandlingstansvarlige: "jeg har prøvd så mange ganger på sosialtjenesten, hvorfor skal jeg prøve igjen å få en annen bolig, for de sier støtt nei ". Når det er et barn i vente, så får noen likevel "ja" hvor de før har fått avslag.

Behandlingstusitusjonene erkjenner at det på mange måter foregår en forskjellsbehandling mellom de to gruppene som er innlagt etter § 6-2 og § 6-2a. Gravide får helt klart en annen oppfølging enn ikke-gravide: "I forhold til hva førstelinja diskur opp med av 6-2- og 6-2a- og 6-3-pasienter, så er jo 6-2-pasienter tapere i forhold til 6-2a-pasientene" (intervju 10). Ansatte ved Soltun sier også at de tror gravide får best hjelp på institusjonen: "Første tanken som slår meg, er at sånn når jeg tenker tilbake igjen, så gravide er vel de du får, kommer i best posisjon til, altså du får et litt annerledes forhold til de enn til de andre. Og gjerne de som har mest til å gripe tak i og holde fast ved på utsiden. Som klarer seg." (intervju 11). Dette utdypes videre: "Men så er det nok ofte det at terskelen er lavere for å ta en som er gravid inn på tvangsbehandling for å beskytte fosteret. De som er på § 6-2 og 6-3 har gjerne en lengre og tyngre ruskarriere bak seg før de kommer inn, så det vil vel ha noe å si det også ".

Oppsummerende kan vi si at hovedinntrykket er at en god del av pasientene får et godt tilbud *rett etter* utskrivelsen. Tall fra en av institusjonene på utskrivelser over en treårsperiode forteller blant annet at over halvparten av de 58 innleggelsene i løpet av denne tiden førte til at pasientene gikk videre til behandling/tiltak. Det er likevel vanskelig å vite hvordan det går med pasientene på lengre sikt. Informantene ved Øvsttun forteller at de ikke vet så mye om sine pasienter som har vært inne på § 6-2. Dette har dels med pasientene selv å gjøre og dels med kontakten med hjemkommunen å gjøre: "..for de havner jo tilbake igjen i hjemkommunen, og da vet vi jo ikke så mye mer i etterkant. Men der ser vi at det kanskje er lite å hente i hjemkommunen for dem, og tre måneder er ikke lang tid å hoste opp, og det er de færreste som er motivert for frivillig behandling".

Når det gjelder gravide og hvor de havner rett etter fødsel er mødre hjem et stikkord. Det er barneverntjenesten som er ansvarlig for å søke inn om å dekke økonomisk for mødre hjem fordi barnet legges inn sammen med foreldrene. Informantene mener også at en del av kvinnene får beholde barna sine:

Kanskje noen på lang sikt ikke beholder dem, men det er jo en del som beholder dem i den spedbarnsperioden og gjennom ... Jo lenger tid det går, jo mindre og mindre oversikt har jo vi da også, for jo fjernere blir jo vi for pasientene. Men det at vi i hvert fall har åpna noen dører for mange av våre pasienter, det er jeg helt sikker på, og mange som også opplever at de blir behandla som mennesker her og individer og ikke bare som en pasient, selv om vi bruker ordet pasient, og som føler at ja, vi har gitt dem et grunnlag (intervju 10).

Når det gjelder resultater av tvangen tyder denne gjennomgangen på at det er de gravide som i størst grad får et godt tilbud etterpå. Mange, det gjelder også de andre pasientene, får et tilbud rett etter utskrivelsen. Men institusjonene vet lite om hva som skjer med pasientene etter utskrivelse over lengre tid. Oppfølging av pasienter ved utskrivelser er med andre ord lite rutinisert. Kun èn av behandlingsinstitusjonene hadde rutiner for oppfølging av pasientene ved utskriving. Vi har også påpekt at institusjonene synes å vite minst om hva som skjer videre med den pasientgruppen de har færrest av.

## Avslutning – hovedutfordringer i planleggingen og gjennomføringen av tilbakeholdelse

### De regionale helseforetakenes sitt syn

I dette kapitlet har vi sett litt nærmere på de regionale helseforetakene sitt "sørge-for" ansvar når det gjelder bruk av tvang overfor rusmiddelavhengige. Vi har vist at tilretteleggingen av tvangstilbudet i de ulike regionene er administrert og organisert forskjellig. De regionale helseforetakene har også hatt forskjellige satsingsområder etter rusreformen. Videre har vi vist hvordan tvangen iverksettes på institusjonsnivå ved døgninstitusjonene Øvsttun, Soltun, Apeltun og Midttun. Også her er det store variasjoner i måten tvangen iverksettes og gjennomføres ved de ulike institusjonene.

Utgangspunktet for den avsluttende diskusjonen i kapitlet er at tvang er et stort og inngripende tiltak i spesialisthelsetjenesten, der man står overfor mange utfordringer i den videre planleggingen og gjennomføringen. Vi vil nå først fokusere på utfordringene sett fra regionalt nivå, basert på intervjuene med nøkkelaktører i RHF'ene. Deretter vil vi gi en kort oppsummering av det vi har funnet på institusjonsnivå, det vil si funnene fra casestudiene med fokus på viktige betingelser for et vellykket tvangsopphold. Dette går særlig på betingelser for 1) alliansebygging mellom pasient og behandlingsinstitusjon under oppholdet (separasjons- og liminalfasen) og 2) integrering i lokalsamfunnet etter tvangsoppholdet (reintroduksjonsfasen).

På bakgrunn av intervjuer med nøkkelinformanter i de regionale helseforetakene vil vi først presentere viktige momenter i hva RHF'ene *selv* anser som hovedutfordringer i planleggingen og gjennomføringen av tilbakeholdelse. Et viktig første punkt sett fra RHF'ene sitt ståsted er å styrke *forebyggingstenkningen i kommunene*. En av informantene sier det slik: "Vi hadde håpet å opprette flere ambulante team, men har ikke fått det til". Bruk av lokale ambulante team vil etter informanten sin mening kunne bidra til å forebygge tvangsbruk på ruspasienter innen både psykisk helsevern og i rusomsorgen: "Mange personer må legges inn på tvang slik som gravide, men andre kunne vært godt hjulpet med et tettere hjelpenettverk rundt seg". I følge informanten arbeides det med dette i kommunene, men hun peker på at det ennå er et langt stykke å gå.

Informantene i RHF'ene er opptatt av at *pasientene skal få behandling der de bor* og at tilbakeholdelsen/tvungen skjer så nært bostedet som mulig. Dette skjer ikke i dag. Særlig Helse-Nord og til dels Helse-Vest har utfordringer når det gjelder geografiske avstander. Helse Nord bruker betydelige beløp på kjøp av gjesteplasser i andre regioner og fra private institusjoner. Dette er ifølge informanten fra Helse Nord en økonomisk utfordring for regionen, og for flesteparten av pasientene, deres familie og nettverk.

Et tredje punkt sett fra RHF'ene sine ståsteder er *bedring av samarbeidet og dialogen med kommunene*. Dette handler dels om å tydeliggjøre arbeidsdelingen mellom spesialisthelsetjenesten og dels om å klargjøre hva slags forventninger instansene har til hverandre. Et spørsmål det hersker ulike meninger om er for eksempel hva som er beste tidspunkt for når tvangstjenester bør utløses. RHF'ene erfarer at det her hersker ulike terskler kommunene imellom. Videre er samarbeidet og kommunikasjonen om hvilke typer behandlinger som er påkrevd i forhold til ulike typer av pasientgrupper ikke godt nok utbygget. Et viktig tema er også å opparbeide kunnskap om hva som skjer med pasientene etter utskriving: En av informantene sier det slik angående utskrivingsproblematikken: "Utfordringene ligger etter utskriving, det er jo det vi ser som en stor utfordring, et langt opphold i en institusjon på to, tre år. Da er det lite gunstig for den pasienten når han kommer ut at det ikke er tilrettelagt for dem".

Et fjerde punkt er å *satse mer på tvangsstedene* ved å styrke personellsiden og bygge ut kompetansen. Samtlige informanter påpeker svakheter ved *tilbudet til dobbeldiagnosepasienter*. Budskapet er at samarbeidet mellom rus og psykiatri ikke er godt nok utviklet i noen av regionene. Utfordringer når det gjelder bruken av paragraf 6-3 (ulike tolkninger og ulike praksiser) påpekes også. Mange pasienter som har skrevet under på avtale i henhold til § 6-3 får i dag det samme tilbudet som pasienter innlagt etter § 6-2 og § 6-2a og blir skjermet fra de øvrige pasientene. Dette er noe som bør problematiseres. En av regionene især fremhever at de vil gå nærmere inn på dette i tiden som kommer.

Oppsummerende kan vi si informantene i de regionale helseforetakene bekrefter at det fortsatt står mye ugjort når det gjelder tvangsbehandling i Norge. Flere av utfordringene som påpekes er gammelt nytt. Vi stiller oss derfor undrende til at det er gjort så lite på de punktene som er nevnt ovenfor og det særlig på de områdene som regionene selv rår over. Noen av disse punktene er selvfølgelig avhengig av samarbeid med kommunene, mens andre ansvarsforhold er tydelig plassert hos og i helseregionene selv. Særlig gjelder dette å gi tilbud der pasienten bor, og det fjerde punktet om å styrke kompetansen og personellsituasjonen ved tvangsstedene samt å gi et bedre tilbud til dobbeldiagnosepasienter og pasienter som ønsker å inngå avtale om § 6-3.

### Funn fra casestudiene

Nå vil vi gå over til å drøfte utfordringer basert på funnene fra casestudiene. I kapitlet har vi pekt på flere utfordringer gjennom tvangsforløpets ulike faser, det vil si gjennom de fasene som vi har kalt for separasjonsfasen, liminalfasen og reintroduksjonsfasen. I det videre vil vi gi en kort oppsummering av disse.

Vi har vist at samarbeidet mellom behandlingsinstitusjon og sosialtjeneste i forkant av innleggelse ikke alltid fungerer godt. Særlig vanskelig er de sakene der det ikke har

vært kontakt mellom institusjonen og sosialtjenesten på forhånd, i forbindelse med avrusning. Sosialtjenestens bruk av hastevedtak i *separasjonsfasen* oppleves i stor grad som en barriere for å tilrettelegge oppholdet på en god måte fordi dette vanskeliggjør utvikling av et godt tillitsforhold mellom behandlingstilstand og pasient. Som en konsekvens av at pasienten "tas på sengen" med politi og håndjern erfarer institusjonene at pasienten i større grad yter motstand sammenlignet med vanlige innleggelsesprosedyrer. Konsekvensen er at pasientene blir vanskeligere å motivere til å nyttiggjøre seg oppholdet på tvangsinstitusjonen.

Det varierer hvorvidt institusjonene har egne avgiftningsenheter. Det virker inn på tvangsoppholdet når pasienten får mange instanser og personer å forholde seg til i separasjonsfasen. Vi har også vist at forverns møter med pasientene og sosialtjenesten praktiseres i varierende grad. Dersom behandlingstilstand ikke kjenner pasienten før han eller hun anbringes på institusjonen, kan en konsekvens være at ansatte ved behandlingstilstand kan ha "feile" forventninger til pasienten og må revurdere pasientens mestringsevne. Et eksempel er at pasienter faktisk kan være bedre fungerende enn det som fremgår av sosialtjenestens beskrivelser av pasienten. En kan også tenke seg det motsatte, at pasienten har dårligere mestringsevne enn først beskrevet av sosialtjenesten. Dette er ikke så gunstig fordi det vil kunne virke inn på planleggingen av tvangsforløpet og være en uheldig start på utviklingen av tillitsrelasjonen i behandlingssituasjonen mellom pasient og ansvarlige ved institusjonen.

Institusjonsoppholdets kvalitet er av stor betydning for å minske negative opplevelser av tvang (Gerdner og Berglund 2010). I liminalfasen, når pasienten er mest sårbar og vurderes som rømningsfarlig, er de første møtene mellom institusjon og pasient derfor av stor betydning for å utvikle et godt tillitsforhold. Vi har pekt på at behandlingstilstandene har ingen standard prosedyrer for hvordan de tar imot pasientene. Det er ikke gitt at ansatte har møtt pasienten før han eller hun ankommer institusjonen eller at det er den som skal være fast kontaktperson, som tar imot når pasienten kommer.

Variasjonene i institusjonene imellom er store også i reintroduksjonsfasen, når pasienten ikke lenger vurderes som rømningsfarlig. Her varierer det for det første hvordan institusjonen søker å inkludere pasienter innlagt på tvang i fellesskapet med frivillig innlagte. Tre av institusjonene i casestudien søker å gjøre dette så raskt som mulig, mens den fjerde ikke blander disse to pasientgruppene i det hele tatt. Maktmidler tas forskjellig bruk, eksempelvis bruk av ulåste og/eller låste dører. Der noen institusjoner velger å la ytterdører stå åpen hele tiden eller deler av tiden, velger andre konsekvent å låse ytterdører. Atter andre igjen bruker låsing fleksibelt og låser ytterdøren så lenge de vurderer en eller flere av pasientene som rømningsfarlig. Vi har også vist at det varierer hvordan institusjoner bruker ulike typer av sanksjoner i forbindelse med rømning eller utagerende adferd. Vi finner variasjoner også når det gjelder bruk av mobiltelefon som i følge regelverket er lov å ha for pasientene.

Undersøkelsen viser også at det er få av pasientene som har individuell plan når de ankommer behandlingstilstandene. Det har også blitt påpekt at mange rusklinter ikke vet hva individuell plan er, eller at de har krav på det (Lundeberg og Mjåland 2009). Minst to av institusjonene erkjenner også selv at de ikke er gode nok når det gjelder arbeidet med individuell plan. Dette er noe som behandlingstilstandene både kan og

bør bli bedre på. Oppfatningen er at individuell plan er et redskap som fungerer bra hvis tjenesteyterne er gode på det, hvis pasienten er med på det og hvis de er enig i det som står i den. Disse forutsetningene er i liten grad til stede, i hvertfall ved to av institusjonene. I tillegg krever arbeid med individuell plan både god tid og samhandling med andre aktører i kommunen for å kunne lage en realistisk og gjennomførbar plan. Det arbeides med andre ord ikke systematisk med individuell plan.

Det kommer også fram av undersøkelsen at selv om de fleste pasientene har ansvarsgrupper, kan det være vanskelig å få samlet medlemmene i gruppen til regelmessige møter gjennom oppholdet. Særlig sårbart er dette i forkant av utskrivelse. Det er lite samarbeid institusjonene imellom og med kommunen, blant dem som iverksetter tvang. Et større samarbeid disse imellom ville kanskje vært gunstig for å drive kunnskapsutvikling i større grad og for å utvikle en mer felles (kunnskapsbasert) praksis om hva som nytter i tvangen, eller tilbakeholdet.

De ulike behandlingsinstitusjonene gir ulike tilbud i tvangsforløpet. Vi har pekt på ulike trekk ved tvangsregimene som viktige betingelser for å lykkes med tilbudet. Det er det mest strukturerte tvangsregimet som synes å ha størst problemer med rømning og til tider utagerende adferd. Vi har pekt på at antall rømninger og utagerende adferd kan henge sammen med et strengt strukturert tvangsregime.

Når det gjelder tilbudet til pasienter på § 6-2a kan funnene tyde på at kjønnsblandede avdelinger ikke makter å gi disse pasientene et fullgodt tilbud sammenlignet med behandlingsinstitusjoner som har egne avdelinger for pasienter på § 6-2a.

Åpne og lukkede tvangsregimer har sine fordeler og ulemper. Til tider er skjerming nødvendig. Det viktigste hensynet må være slik vi ser det, at pasientene skal tilbake til samfunnet og at behandlingsopplegget innrettes med tanke på det. Derfor er det viktig at pasientene får tilbud om ulike kurs og aktiviteter som skal virke integrerende på sikt. Også her finner vi store variasjoner mellom behandlingsinstitusjonene når det gjelder aktivitetstilbudet. Noen tilbyr et bredt spekter av aktiviteter som også inkluderer undervisningstiltak og kreative hobbyer, mens andre i større grad vektlegger fysisk aktivitet og sosialt samvær.

Videre er det et hovedinntrykk at behandlingsinstitusjonene som er med i denne undersøkelsen bortsett fra én, har liten eller ingen rutiner for oppfølging av pasientene ved utskrivning og at kontakten med sosialtjenesten i hjemstedskommunene varierer. Det er også kun én av institusjonene som praktiserer større overgangsritualer i form av avslutningsseremonier og gjensynsfester for pasientene, og få av institusjonene har et familieperspektiv på behandlingstilbudet, i form av tilbud til barnets far, andre barn eller andre pårørende.

Når det gjelder resultater av tvangen er det et hovedinntrykk at en god del, og da særlig gravide, får et bra tilbud rett etter institusjonen, men dette er likevel et vanskelig spørsmål å svare på for behandlingsinstitusjonene. Når det gjelder pasienter som har vært inne på § 6-2a er behandlingsinstitusjonene tydelig på at flestparten av mødrene kommer på mødre hjem. Resultatet av behandlingen er også at behandlingsinstitusjonen har klart å skjerme barnet for rus.

Hva som er hovedutfordringer i planleggingen og gjennomføringen av tilbakeholdelse kan i lys av ovenstående oppsummeres gjennom følgende punkter:

- Styrke det forebyggende arbeidet i kommunene

- Styrke og forbedre tilbudet til dobbeldiagnosepasientene
- Utvide/differensiere tilbudet til § 6.3 pasienter
- Gi behandling der pasienten bor
- Bedre samarbeidet og dialogen mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene og arbeide mer systematisk med bruk av individuell plan
- Tydeliggjøre arbeidsdelingen mellom spesialisthelsetjenesten og sosialtjenesten
- Klargjøre forventningene mellom spesialisthelsetjeneste og primærhelsetjeneste
- Satse mer på institusjoner som tilbyr tvang – styrke personellsituasjon, øke kompetansenivået
- Redusere bruk av hastevedtak
- Opparbeide prosedyrer på hvordan ta imot tvangspasienter ved ankomst
- Differensiere tilbudet mer
- Legge til rette for å utvikle gode tillitsrelasjoner mellom personale og pasienter gjennom alle faser i oppholdet
- Skape et behandlingsklima som øker pasientens trivsel og som forebygger rømming og utagerende adferd
- Inkludere pårørende og legge til rette for nettverksbygging
- Tilby et bredspektret aktivitetstilbud som virker integrerende
- Ansvarsgrupper må være tidlig på banen i forbindelse med utskriving av pasienter
- Etablere rutiner for oppfølging av pasientene etter utskriving
- Utvikle større samarbeid mellom institusjoner for å drive kunnskapsutvikling
- Utvikle en mer felles og kunnskapsbasert praksis i samarbeid med kommunen om hva som nytter i tvangen

## Erfaringer med tvang

Av Ingrid Lundeberg og Kristian Mjøland

### Innledning

På bakgrunn av 17 intervjuer med personer som har vært innlagt etter sosialtjenestelovens tvangsparagrafer vil vi her diskutere tvangens muligheter og begrensninger som konstruktive eller destruktive brudd i den rusmiddelavhengiges liv. Kapitlet har en hoveddel og en diskusjonsdel. I hoveddelen presenterer vi åtte historier fra personer som har vært innlagt på de ulike tvangsparagrafer. I diskusjonen sammenfatter vi mønstre i hele utvalget vårt, og drøfter tvangens resultater i forhold til tvangens formål. Aller først vil vi imidlertid presisere hva vi mener med tvangens resultater. Vi vil også beskrive fremgangsmåten vi benyttet ved rekruttering av informanter og kjennetegn ved utvalget. Videre vil vi diskutere noen utfordringer og begrensninger vi mener å ha erfart med innhenting av og bruk av disse dataene.

### Tvangens muligheter og begrensninger

Resultatet av tvang kan vurderes på mange måter. I denne kvalitative studien opererer vi med en todelt forståelse. Vi mener for det første at resultatet av tvang må ses i lys av *opplevelsen av å bli utsatt for tvang*. For det andre må resultatet ses i forhold til *utfallet av tvangen*. Opplevelsen av tvang er sentralt for å undersøke tvangens muligheter og begrensninger i den rusmiddelavhengiges liv. Vi mener at dette kan variere ut fra den situasjonen som tvangen blir utført i, framgangsmåten som benyttes, og trekk og praksiser ved institusjonene som sørger for tilbakeholdet. Erfaringene med tvang må imidlertid også ses i sammenheng med faktorer som de tvangsinnlagtes alder, misbrukshistorie, kjønn og psykiske helse. Vi mener det er av største viktighet å undersøke hvilke praksiser, hendelser og episoder knyttet til tvangsinngrepet og det ufrivillige institusjonsoppholdet de tvangsinnlagte selv definerer som krenkende, samt hvilke tiltak eller forhold de definerer som avlastende, konstruktivt eller støttende. Finnes det noen relevante forskjeller i krenkelseserfaringene i forhold til ulike metoder i tvangsbruk?

For å undersøke utfallet av tvangen har vi blant annet forsøkt å dokumentere hvilken oppfølging de tvangsinnlagte får etterpå. Hvilke eventuelle behandlingstilbud får de når tvangstiden er opphørt og hender det at det ikke finnes frivillige plasser? Tvangens resultater må settes i forbindelse med oppholdenes varighet, om de blir avbrutt eller forlenget, hva slags motiveringsstrategier som blir benyttet og hvor mange som går videre i frivillig behandling. Hvilken betydning har tvangsinnleggelsene hatt for de som klarere å redusere sitt rusmiddelmisbruk/ bli rusfri? Hvilken betydning har tvangsinnleggelsene hatt for de gravide rusmiddelavhengige innlagt på § 6-2a og § 6-3? Hvordan mener de selv at de følges opp av sosialtjenesten og behandlingsapparatet etter tilbakeholdelsen?

Vi vil benytte flere kilder for å undersøke disse spørsmålene, men hovedvekten er på intervjuene med personer som har vært innlagt på tvang. Målsetningen er å få innsikt i de livshistoriske sammenhengene som tvangen har utspilt seg i og de personlige beretningene om ettervirkningene av tvangshendelsen. Dette vil gi innblikk i hvordan andre faktorer enn tvangen også har vært medvirkende eller avgjørende for virkningen av den.

## Metode

I det følgende vil vi kort gjøre rede for kjennetegn ved utvalget av informanter. De 17 informantene er rekruttert oppsøkende, via brukerorganisasjoner, advokater som har forsvart rusmiddelmissbrukerne i Fylkesnemnda, behandlingstilstander og sosialtjenesten. Foruten disse intervjuene, har vi også observert to § 6-2 saker i fylkesnemnda, og feltnotater fra disse forhandlingsmøtene inngår i det samlede datamaterialet. Ettersom vi i forbindelse med evalueringen har samlet inn vedtak fra 1993–2008 (se kap. 3), har vi kunnet lese vedtakene til flertallet av våre informanter.<sup>50</sup> Vi har brukt dem til å kvalitetssikre opplysninger om alder, type vedtak, forhold knyttet til tid og sted, med mer. I forhold til slike faktiske forhold er det ingen store uoverensstemmelser mellom opplysningene i vedtakene og de vi fikk av informantene. Det er imidlertid intervjuene som er våre primærdata, og opplevelsene og beretningene til våre informanter er utgangspunktet for våre analyser. Vedtakene har hatt en støttefunksjon; de har styrket troverdigheten til våre data.

Kvalitative intervju gir tilgang til individuelle refleksjoner og tolkninger av hendelser og forhold ved sitt eget liv, og intervjuer er dermed egnet til å få innsikt i erfaringer, idealer, normer og forestillinger. I intervjuene gir de rusmiddelavhengige uttrykk for individuell meningsskaping og for de sammenhengene de mener de er en del av. Det interessante er hvilke tolkninger som er relevante for den rusmiddelavhengige, hvordan de uttrykker sine oppfatninger og hvordan de plasserer seg selv i kulturelle og samfunnsmessige sammenhenger. Charles Taylor sier at "...we grasp our lives in a narrative" (Taylor 1989: 47). Selv om hver historie har et særpreg, finnes noen felles narrative strukturer i fortellingene. Vi skal forsøke å bruke intervjuene for å finne ut hvordan informantene skiller mellom tilfeller der deres oppfatninger regnes for å være kontroversielle og når deres forestillinger og erfaringer fremstilles som noe som er felles. Hvordan de for eksempel refererer til oppfatninger som er felles for det rusmiljøet de tilhører, hvordan de plasserer seg selv i et landskap av ulike rusmiljøer, og hvordan de markerer avstand og definerer et fellesskap som noe de opponerer mot, vil være viktig i analysene. Informantene bruker forestilte generaliseringer, dvs uttrykker synspunkt på hva de mener er utbredte verdier, holdninger og oppfatninger, og om hvordan ting henger sammen. Nettopp disse stereotypiene de spiller på og slår fast kan gi tilgang til de respektive rusmiljøenes oppfatninger og normer. Samtidig er det et begrenset utvalg og synspunktene vil ikke være representative i en statistisk sammenheng. Det finnes med andre ord mange synspunkter, nyanser og erfaringer med bruk av og erfaringer med tvang som ikke får komme til ordet i denne undersøkelsen. Vårt formål er uansett

---

<sup>50</sup> Noen vedtak har ikke latt seg finne, først og fremst fra årene 2006 hvor en del vedtak er utilgjengelig (se redegjørelse i kap. 3), og fra 2009, som ikke er samlet inn.



ikke å få frem oppfatninger som er representative for samtlige rusmiddelavhengige som har vært utsatt for tvang, men å få frem noen mulige kritikker og evalueringer av bruk av tvang som kan supplere andre kilder. Vi utforsker hvordan de hevder seg selv, posisjoner seg og identifiserer seg, i forhold til de relasjoner og allianser de inngår i, både seg i mellom i pasientfelleskap/rusfelleskap og i samarbeid med og opposisjon til sosialtjenesten og behandlingsapparatet.

### Kjennetegn ved utvalget

De fleste intervjuene fant sted i etterkant av tvangsoppholdet. Vi ønsket å finne mer ut om virkningene av tvangen og hvordan tvangsinngrepet og institusjonsoppholdet vurderes av den rusmiddelavhengige i ettertid. Likevel kan det være et problem å få gode data på forløpet knyttet til selve tvangsinnleggelsen og erfaringer med selve institusjonsoppholdet når det er flere år siden det skjedde. Dette problemet forsterkes når informanten er i tung rus. Vi har derfor også gjennomført intervjuer med innlagte mens de oppholdt seg på institusjonen. Styrken er å også få synspunkt fra personer som befinner seg i ulike faser av tvangsoppholdet.

Vi valgte å ta i bruk ulike metoder for å rekruttere informanter. Dette viste seg å være en nødvendighet, fordi rekrutteringsarbeidet var både vanskelig og svært arbeidskrevende. Vi mener det imidlertid også var en fordel, fordi de ulike måtene å rekruttere på minsker sannsynligheten for at det har oppstått systematiske skjevheter i utvalget. Rekrutteringsarbeidet startet med at vi averterte i flere norske gateaviser etter informanter. På bakgrunn av annonsene mottok vi en rekke telefoner og tekstmeldinger. Ingen ble likevel rekruttert på denne måten, dels på grunn av praktiske vanskeligheter ved at informantene bodde andre steder i landet, men først og fremst fordi flere hadde misforstått; de hadde vært innlagt i psykiatrien eller barnevernet på tvang. Selv om denne fremgangsmåten ikke gav oss informanter, fikk vi like fullt et innblikk i den omfattende tvangserfaringen mange rusmiddelavhengige har fra andre deler av hjelpeapparatet og med bakgrunn i andre lovverk. Det fortalte oss videre at svært mange rusmiddelavhengige er usikre på hvilket rettsgrunnlag tvangsinngrepene er forankret i, og at tvangsinngrepene kan være vanskelig å skille fra hverandre. For å få tak i personer med for vårt formål riktig tvangserfaring, valgte vi derfor en oppsøkende strategi. Vi antok at de svakeste ikke ville være de som først oppsøker forskere som averterer åpent etter informanter. Fremgangsmåten var at vi i forkant av disse oppsøkende feltarbeidene kontaktet ulike utsalgssteder for gateaviser og andre lavterskeltiltak. Vi informerte om prosjektet vårt og hva vi ønsket å gjøre. Alle tiltakene vi kontaktet var positive til å hjelpe oss. I forkant av feltarbeidene leverte vi løpesedler med informasjon om prosjektet, anonymitetshensyn, kontaktinfo og informasjon om at intervjuet ville bli lønnet med 200 kr. Vi hang også opp lapper i lokalene. Under selve feltarbeidene oppholdt vi oss rundt i lokalene, hadde med oss løpesedler, kontaktet brukerne som kom innom og informerte om prosjektet. Vi spurte ikke direkte om de hadde vært innlagt på tvang, men presiserte at vi var interessert i å komme i kontakt med personer med erfaring fra tvang i rusbehandlingsinstitusjon. På bakgrunn av slik oppsøkende fremgangsmåte gjennomførte vi til sammen 7 intervjuer, som oftest på stedet, i et

bakrom eller røykerom, et par ganger fant vi en rolig kafé i nærheten. Disse intervjuene ble foretatt i to norske byer.

De resterende 10 informantene ble rekruttert først og fremst via ulike tjenesteytere og ressurspersoner som hadde videreformidlet kontaktskrivet vårt til sine brukere/pasienter/klienter: 1 informant ble rekruttert via en brukerorganisasjon, 1 tidligere tvangsinnlagt rusmisbruker som nå er rusfri traff vi på et seminar, og gjorde intervjuavtale. 2 av informantene hadde funnet kontaktskrivet vårt på en lavterskelinstitusjon i en annen og større by enn de selv bodde i, og tok kontakt med oss per telefon fordi de ønsket å delta på intervju. 2 informanter fikk kontaktskjemaet vårt av sin ruskonsulent og tok på bakgrunn av dette kontakt med oss. 3 informanter ble rekruttert via to ulike behandlingstilstander. Vi kontaktet da institusjonene, fikk samtykke, ba dem dele ut kontaktskjema til tvangsinnlagte pasienter, slik at pasientene selv valgte om de ønsket å kontakte oss. 1 informant ble rekruttert via sin advokat, som vi møtte under en av sakene vi fulgte i fylkesnemnda. Han videreformidlet kontaktskrivet vårt til sin klient som på det tidspunktet var tvangsinnlagt, og vedkommende kontaktet oss igjen og ønsket å la seg intervju. Vi innhentet godkjenning og samtykke fra institusjonen.

De ulike måtene å rekruttere informanter på gjorde at vi fikk en viktig bredde i utvalget vårt. Vi møtte rusmiddelavhengige i aktiv rus på ulike lavterskeltiltak, vi møtte tidligere rusmiddelavhengige på kafé som var blitt rusfri, og vi møtte rusmiddelavhengige mens de var innlagt på tvang. 6 av informantene var i aktiv rus på intervjutidspunktet, 5 var rusfri, 3 var i LAR, og 3 var innlagt. Intervjuene ble foretatt i fem ulike norske byer.

Tema for intervjuene var erfaringer og opplevelser knyttet til de ulike stadiene i tvangssakene, som foranledningen for tvang, anbringelsen og innleggelsen, tvangsoopholdet, forhandlingsmøte i fylkesnemnda, utskrivelsen og tiden etterpå. Vi forsøkte også så langt det lot seg gjøre å få opplysninger om ulike og relevante bakgrunnsopplysninger, som alder, misbrukshistorie, og behandlingserfaring. Basert på sistnevnte opplysninger, kan vi kort nevne noen kjennetegn ved utvalget:

#### *Informanter fordelt på lovhjemmel og kjønn*

	§ 6-2	§ 6-2a	§ 6-3	Totalt:
Kvinner:	8	3	1	12
Menn:	3		2	5
Totalt:	11	3	3	17

Fordi rekrutteringsarbeidet har vært tids- og arbeidskrevende, har det ikke latt seg gjøre innenfor prosjektets rammer å oppnå et strengt representativt utvalg. Som tabellen viser er det i utvalget en større andel kvinner på § 6-2 enn i "tvangspopulasjonen" for øvrig, jf. kap. 3. Utvalget består også av en skjev fordeling mellom § 6-2 og § 6-2a sammenliknet med tvangsstatistikken. Disse skjevhetene er ikke tilsiktet; av de som ønsket å delta på intervju var det rett og slett flere kvinner enn menn (§ 6-2), og flere med erfaring fra § 6-2 enn § 6-2a. Vi har like fullt oppnådd et kjønnsfordelt utvalg samtidig som alle de tre lovhjemlene er dekket.

Gjennomsnittsalderen for informantene på intervjuetidspunktet var ca. 32 år, og på innleggelsestidspunktet ca. 28 år. Flertallet av informantenes tvangserfaring var med andre ord noen år tilbake i tid. 7 av 17 informanter hadde på innleggelsestidspunktet et opiattdominert misbruk, 6 av 17 et amfetamindominert misbruk, 4 oppgav først og fremst at de hadde et blandingsmisbruk av ulike narkotiske stoffer. Ingen av våre informanter hadde alkohol som hovedrusmiddel. Dette skyldes både at det generelt er få med alkohol som hovedrusmiddel som tvangsinnlegges, og at de arenaene vi oppsøkte i rekrutterende ærend først og fremst er dominert av stoffmisbrukere. Utvalgets totale erfaring med tvang og frihetsberøvelse i ulike former må sies å være omfattende. 13 av 17 informanter forteller om fengsels erfaringer, 9 av 17 har i kortere eller lengre perioder vært under omsorg av barnevernet, flertallet av disse på tvang etter barnevernsloven. Minst 8 av 17 har erfaring med innleggelser i psykiatrien, flertallet på tvang etter lov om psykisk helsevern.<sup>51</sup> Omfanget av tvangserfaring etter sosialtjenesteloven er i tillegg større enn tabellen over viser. To av informantene vi intervjuet angående deres erfaring med § 6-2a, hadde tidligere vært innlagt på § 6-2. Fem av informantene vi intervjuet om § 6-2 og § 6-2a erfaringer, hadde også erfaring fra § 6-3 innleggelser.

Vi har intervjuet rusmiddelavhengige som har et vidt spekter av erfaring fra svært ulike behandlingsinstitusjoner og forskjellene mellom dem og hva som virket konstruktivt og destruktivt ved de ulike institusjonenes tiltak og praksiser vil fremgå av analysene. 12 ulike institusjoner hadde informantene vært innlagt på tvang ved; institusjoner fra alle fire helseregioner er representert.

Vi har fulgt gjeldene forskningsetiske retningslinjer i alle stadiene av forskningsprosessen. Prosjektet er meldt til og godkjent av personvernombudet ved Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD). Av hensyn til våre informanters lovnad om anonymitet har vi valgt å anonymisere ikke bare navn, men også geografiske stedsnavn. Vi har gitt informantenes hjembyer og institusjonene de har vært innlagt ved fiktive navn. Regioner og kjønn til eventuelle barn er ved noen tilfeller endret for å vanskeliggjøre identifisering. Dialekter og muntlig språkbruk er av liknende grunn stort sett blitt normert. De fleste intervjuene er transkribert i sin helhet, et fåtall er delvis transkribert etter en skjønsmessig vurdering.

## Åtte historier om tvang

Nedenfor følger 8 ulike historier om erfaringer med tvang, strukturert rundt bakgrunn, foranledning for tvang, tvangsopphold, og resultat av tvang. Det er en avveining å vite hvor mye av en persons historie man må forstå for å sette tvangen i en relevant kontekst, men vi har forsøkt å yte informantene rettferdighet ved å trekke de livshistoriske sammenhengene de selv direkte eller indirekte trekker frem som mest relevant. Hver av historiene som er valgt ut illustrerer ulike *problemkategorier* i forhold til tvang. Dette inkluderer boligløshet (Rolf), LAR (Aurora), dobbeldiagnoseproblematikk (Kristin), ettervern (Karsten), barnevernet (Pia), ADHD (Sara), fremmedgjøring (Nina) og forandringsvilje (Brita). Rolf har erfaring fra § 6-3, Aurora fra både §§ 6-3 og 6-2, de

---

<sup>51</sup> I forhold til barneverns-, fengsels- og psykiatrierfaringene er sannsynligvis antallet høyere, da vi mangler slike opplysninger for noen av informantene.

fire neste har erfaring fra § 6-2, Nina § 6-2a, mens Brita har erfaring fra både §§ 6-2 og 6-2a. Utvalget av historier skyldes at de illustrerer problemkategorier vi har funnet er særlig betydningsfulle. Historiene er dels valgt ut fordi de rommer *ulike* erfaringer, dels for å vise *monstre* i ulike typer erfaringer. I tillegg til at begge kjønn og alle tre lovparagrafer er representert, har vi valgt ut historier hvor tvangsinnleggelsene har bidratt til konstruktive brudd og rusfrihet, destruktive brudd og forsterket rusmiddelavhengighet, samt historier hvor tvangen blir tillagt liten betydning. I diskusjonsdelen tilslutt utvider vi analysene ved å integrere erfaringer fra hele utvalget vårt.

### Rolf – Tvang og boligløshet

Rolf kom vi i kontakt med på utsalgsstedet til gateavisen Blækka. Han hadde vært i lokalet helt siden vi kom – vi hadde sittet og sett på at han tok ting ut og inn av en stor svart søppelsekk, personlige eiendeler, fram og tilbake, han var åpenbart på leting etter noe – men plutselig snudde han seg mot oss da han snappet opp en annen samtale vi hadde om hva som var vårt ærend. Han sa at han ville snakke med oss, fordi han hadde noen erfaringer å komme med. Han ba oss om å vente og vår tålmodighet ble satt på prøve da han endevendte søppelsekken på nytt og han tok på seg en skitten bukse, men etter ca 20 min satt vi på bakrommet på Blækka sammen med en ung mann som presenterte seg som Rolf. Han gav oss etter hvert sin historie om livet med rus og hvordan det hadde seg at hans første behandlingsopplevelse for noen år tilbake ble innleggelse på frivillig tvang.

Rolf har på seg lue og caps dratt ned over øynene. Han har naglebelte og en trebit stikkende gjennom et hull i øret. Et indianertrekk som et brudd på den ellers gjennomførte Eminem-estetikken. Rolf forteller at han blir 26 år om en måned. I motsetning til de fleste andre av våre informanter har han vært ganske lenge i arbeidslivet. I 5,5 år har han jobbet som blikkenslager. Han har en stor familie, men ingen eller liten kontakt med dem. Noe av det første han forteller om er sin første ruserfaring. Den første rusopplevelsen hadde han sammen med en kamerat som 11-åring, forteller han. Drevet av pur nysgjerrighet, ble det eksperimentert med sprit, hasj og piller som var stjålet fra en forelder. Han forteller om dette som om han erindrer det som en utelukkende fascinerende og befriende opplevelse. Rolf ler over disse eksperimenterende guttestrekene. Han forteller at han helt fra starten av var solgt. Og fra om lag 14 årsalderen, sier han, fikk misbruket av heroin og piller overtaket i det daglige. Rolf forstår ikke sin rusavhengighet som noe han er et uforskyldt offer for, en slags nødvendig selvmedisinering for en uutholdelig livssituasjon. Han kan fortelle at rusen har skapt skjeve, vanskelige – men også gode forbindelser; både til seg selv, andre mennesker, opplevelser og erfaringer. Rolf forteller etter hvert om hvorfor han allerede i en alder av 19 allerede blir lagt inn på frivillig tvang i det som skulle bli hans aller første behandlingsopphold.

### *Bostedsløs*

Både tilfeldigheter og reelle valg gjør at han får et brudd i sitt rusmiddelmisbruk da han var 19 år. Han hadde nylig blitt kastet ut hjemmefra fordi han ruste seg så mye, og

prøvde å klare seg selv i en flakkende tilværelse som husløs. Rolf fremstiller denne tiden som svært tøff. Han levde tidvis på gata og dro med seg alle eiendelene i en bag. I en periode bodde han hos en kamerat, men da han ble kastet ut derfra skjedde det som foranlediget innleggelsen. Ved en tilfeldighet traff han en dag en barndomskamerat som han ikke hadde sett på lenge. Kameraten hadde klart å komme seg ut av sitt rusmiddelmissbruk og ble sjokkert over hvor ille det sto til med Rolf. I sin bekymring ringte han til sin mor og sammen tok de affære. Hun kontaktet sosialkontoret og søkte hjelp. Rolf lot seg lett styre, han var sliten av å ikke ha noe sted å være. I påvente av innleggelsen fikk han bo hos dem på det vilkår at han holdte seg "ren". Rolf svarte da vi spurte han om han på det tidspunktet ønsket å bli rusfri. "Til en viss grad ja, til en viss grad nei. Likevel holdt han motet oppe ved å tenke på hvor fint han hadde hatt det i en tidligere rusfri periode:

Jeg hadde hatt et par år i forveien et ... ja, ganske stabilt godt forhold til en jente da – som jeg var veldig glad i og, hadde det veldig bra på den tiden og ... Så – jeg tenkte mye på det da. Og ... "ville gjerne hatt det sånn igjen". Så – til en viss grad ja. Til en hvis grad var jeg ikke ferdig med å ruse meg.

Han var ambivalent, han følte at han ikke var ferdig med rusen på det tidspunktet. Samtidig lengtet han vekk fra den harde og usikre tilværelsen han levde. Å få hjelp fra tidligere erfaringer av å ha evnet å mestre rusfrie perioder i livet virker som en betydningsfull motivasjonsfaktor for mange av våre informanter. Dette synes å skyldes to forhold: For det første vet de at de under visse omstendigheter kan klare å være avholdende. Samtidig kan gode minner hjelpe med å gjøre rusfriheten til et attraktivt alternativ. De som i liten grad har slike konstruktive erfaringer med avholdende perioder eller ikke vet hva som skal til for å overkomme barrierene for å bli rusfri, er gjerne mer behandlingsu villige og pessimistiske. De mest belastede som så og si aldri har opplevd noe annet enn rustilværelsen og avvikerstatusen, vet heller ikke hva som er attraktivt med normaliteten, hva som kan være så motiverende å oppnå med det. Selv om Rolf hadde gode rusfrie erfaringer, kjente han likevel på en ambivalens. Samtidig følte han egentlig heller ikke at han "hadde så mye valg". Problemet var at han simpelthen ikke hadde "noe sted å gjøre av seg". Gata eller hospits fremsto da ikke som et mulig alternativ:

Eller selvfølgelig, jeg kunne jo ... reist nedover til sosialkontoret. Så hvis ikke jeg hadde hatt fast boadresse så – rundt der – kunne de puttet meg inn på et hospits og ... et eller annet – men tingene hadde jo ikke akkurat blitt noe bedre der. Så ...

19 år ble han innlagt på Tjuvkampen. I avrusningen i forkant av behandlingen på Tjuvkampen var han ikke på § 6.3. Men han drakk tett og sov ingenting i de tre dagene før innleggelsen på avrusningsinstitusjonen, for at han skulle sove seg gjennom de vanskeligste dagene med abstinenser. Det var en bevisst strategi fra hans side, og fungerte etter hensikten.

#### *Militært regime*

Rolf hadde aldri hørt om § 6-3 avtale før ved ankomst på Tjuvkampen ruskollektiv. Det første han fikk lagt fram for seg da han kom dit etter en dags reise var en kontrakt om innleggelse med anledning til at institusjonen kunne tilbakeholde han i 3 uker. Etter en

sterk anmodning signerte han en avtale om § 6.3. Han visste ikke om denne muligheten fra før, det var hans aller første behandlingserfaring, og det var heller ikke noe han ønsket selv, eller noe som sosialkontoret hadde bedt om:

Jeg hadde ikke tenkt tanken engang før – det var den første gang jeg var i behandling. Så jeg visste jo ikke om det engang, men så maste de sånn på det da, og jeg var såpass innstilt at jeg tenkte "hvorfør ikke" [humrer], jeg kan jo godt bare skrive under på de papirene. Men jeg skjønnte jo, fort da, [ler], hva vitsen med det var [ler]... For det tok ikke lange tiden før jeg hadde lyst til å dra derfra da.

Nå i ettertid er han veldig glad for at han gjorde det, og han sier leende at han skjønnte vitsen ganske fort. For han kunne ikke komme seg fort nok derfra, men muligheten for et impulsivt behandlingsbrudd var nå forhindret. Likevel klarte han å rømme tidlig i oppholdet. Etter tre uker valgte han å dra til Oslo for å ruse seg på heroin. Han måtte gå 9 timer til fots for å komme til toget. Etter en uke med lite penger og livet på gata i Oslo under kalde, regnfulle og forblåste dager, ringte han Tjuvkampen og spurte pent om han får komme tilbake. Det fikk han et par dager senere, via en avrusningsinstitusjon i Oslo. Det at han hadde en avtale om frivillig tvang var årsaken til at han såpass raskt fikk komme tilbake igjen på institusjonen.

Han forteller at det i løpet av oppholdet på Tjuvkampen gikk veldig i bølgedaler. Suget var der absolutt hele tiden. Han snakker varmt om det han benevner som det "terapeutiske samfunn". Han trekker frem bruk av selvhjelpsgrupper som virket normaliserende og støttende for han og det livet han hadde levd. Rolf lærte masse om seg selv. Han er positiv til at det i stor grad er rusmisbrukerne selv som driver stedet og har stor grad av medbestemmelse.

Jo, jeg synes det er veldig bra med, spesielt terapeutisk samfunn, da. Det er at – gruppa blir for så vidt styrt av en stab da, det blir den. Men, det er rusmisbrukere selv, som benytter seg av stedet som styrer mesteparten av... av opplegget, da. Så ... det er rett og slett, det – deler vi historier og ... at andre kan stille spørsmål, gi tilbakemeldinger og ... Finne ut at "aha", man er ikke alene om det, det og det. "Dette her er faktisk helt normalt,... sånne ting da. Og man lærer veldig mye om seg selv. Det vil jeg vel si at er noe av det ... bedre ... med... sånt da.

Tjuvkampen er organisert som arbeidsfelleskap i grupper i forhold til daglige gjøremål. Det er pasientene selv som driver stedet og i det ligger det mye ansvar. Likevel definerer han det som et strengt regime, det tøffeste behandlingsstedet i Norge, har han hørt andre har sagt. Det er program hver time på døgnet, liten grad av frihet. Han oppfatter det som veldig "militært", og beskriver en streng hierarkisk kommandostruktur. Sosialkuratoren hans var på besøk hos han to ganger i løpet av oppholdet, han syntes at det var en god oppfølging når man tar i betraktning den store avstanden som krever en dags reise.

Etter 9–10 måneder på institusjonen trakk han samtykket til § 6.3. Opphevelsen av avtalen fremstiller han som en symbolsk markering over at tiden med tvil over egen styrke og muligheten for tilbakefall var over:

Da, da følte jeg at var så langt inne i systemet og kommet så langt i gang med ting da, at jeg følte at det var en sånn ting som drev og *hang* over meg da, som ... ødela litt for meg igjen, da. For det at ... da ble dette – det var ikke noe jeg gjorde frivillig, det var noe jeg *måtte* da. På en måte.

Han følte at det ble riktigere hvis han selv hele tiden selv aktivt "valgte" å være der. Institusjonen er skeptisk til at han trakk tilbake avtalen om mulighet for tilbakeholdelse, men aksepterte det. De signaliserte at de stolte på han, at de mente at han var tilliten verdig. Og han ble værende i over 4 måneder etter dette.

Rolf skrev seg imidlertid ut fra Tjuvkampen en tidlig sommerdag da det var en lengre pause i det terapeutiske programmet pga ferie. Han har da vært der i totalt 14 måneder. Selv om han da bare har to måneder igjen før han som han sier det selv kunne "gått opp til eksamen" og fått stempel som ferdig behandlet, orker han ikke å vente i de månedene til programmet startet opp igjen til høsten. Det er nære på, men han har blitt forlovet med en jente der, og sommeren lokker. I Tavanger står hennes leilighet og et nytt liv som rusfri og venter på dem.

### *En rusfri start*

Rolf sier at han vurderte de første to årene av sitt liv etter Tjuvkampen som bra. Han sier at alt i alt hadde han et brudd i rushistorien på to år som følge av behandlingsoppholdet. I denne perioden brukte han ikke heroin i det hele tatt, men litt hasj og et alkoholkonsum som alle andre "til helgebruk" og et par ganger kokain på en ferietur. Rolf tok også opp jobben som blikkenslager en periode. Imidlertid gikk det ikke like bra etter at de flyttet tilbake til Rolf sin hjemby. De fikk en sosialbolig i utkanten av sentrum. Rolf forteller en historie vi har hørt så mange ganger før: Det florerer med stoff i nærmiljøet og gamle kjenninger og rusmiljøet venter.

Så var det først når vi flyttet tilbake og ... hadde bodd der en stund og ... Ja. Vi bodde jo i Søgnelien da – kort vei til sentrum, det var vel å så gå over elven og rett [humrer] over Bakkedraget [humrer]. Før eller siden – jeg husker ikke hvor lang tid, nøyaktig, det tok, men ... Så ble det mer og mer da.

Da Rolf kom tilbake til hjembyen opplevde han at han hadde liten eller ingen tilknytning ut over byens rusmiljø å spille på. Sosialboligen de bodde i var i tillegg i nærheten av byens åpne stoffscene. Det var umulig å ikke støte på "gamle kjenninger". Integrasjonen og bindingen til dette rusfellesskapet og fraværet av alternativer økte dermed vanskeligheten med å holde seg unna. På tross av to fine rusfrie år så tok det ikke lang tid før heroinen igjen var blitt en del av hverdagen.

I dag er Rolf sin situasjon så å si den samme som før innleggelsen ved Tjuvkampen. Han er igjen uten fast bopel, men bor delvis på Natthjemmet, men er uønsket der fordi han har brutt husreglene. Rolf tar en dag avgangen. Han håper denne kvelden å få sikret seg en seng på Huset, et lavterskeltak for rusmiddelavhengige:

Rolf: Bor på Natthjemmet. Eller [humrer], jeg har *rom* på Natthjemmet, jeg bor der ikke. Jeg kan ikke være der.

Forsker: Hvorfor kan du ikke være der?

Rolf: Neeei – problemer med noen naboer, og noe sånt.

Forsker: Okei. Ja. Så du bor ute, eller?

Rolf: Njaa, på en måte... Jeg benytter meg av Huset til den grad jeg kan det, og gaten. Men... Brobyggeren, her er det brukt opp – holdt på å si, kvoten min på omsorgssenger da, så nå var det Huset igjen, så sant jeg får plass der.

Til forskjell fra sist, da Rolf var 19 år og definerte en tilsvarende situasjon som helt ulevelig, virker det som om han nå i større grad har forsonet seg med sin boligsituasjon. Han har befunnet seg lenge i miljøet, og dette fører til at han har blitt sterkere internalisert i en avvikerkultur der slike livsbelastninger i større grad er normalisert. Aksepten eller resignasjonen gir uttrykk for minkende tilknytning til normalsamfunnet ved at han velger å tilpasse seg sine omgivelser på tross av alle ufordelaktighetene som er knyttet til det.

Rolf sier at han forsøker å leve av å selge Blækka og går på sosialhjelp. Rolf er glad for at han har et godt forhold til sosialkontoret. Ruskuratoren hans har hjulpet han med å forsøke flere frivillige behandlingsopplegg de siste årene. Han hadde for en tid tilbake fått plass på et behandlingskollektivet, men klarte denne gangen ikke å fullføre avrusningen. Rolf ble svært sjuk i abstinensperioden, hadde lavt blodtrykk, og frøs konstant. Han avbrøt derfor avrusningen og mistet behandlingsplassen. Han har nå kontakt med sosialtjenesten 1–2 ganger i uken. I samarbeid med sosialtjenesten forteller han at han nå har fått plass på Holthaugen om noen få uker. Rolf har denne gangen inngått en ny avtale på § 6-3 fordi han tidligere ikke har klart det av egen vilje. Han synes ikke han har ventet lenge på denne plassen, bare 4 måneder. I forhold til hva han ser for seg i fremtiden, så sier han likevel at han akkurat nå ikke ønsker et liv som "nykter". Han ser for seg et godt liv med metadon, han har prøvd det, lånte i en periode medisin av en kompis, vet han fikser det, men er redd for å bli fanget i et system med massive kontrollordninger. Rolf ser frem til en ny sjanse, men gruer seg nå først og fremst til å komme seg igjennom avrusningen. Det er bare en drøy måned igjen til det begynner.

#### *Tvang som hjelper å holde ut*

Rolf har hatt stort utbytte av behandlingsoppholdet i Tjuvkampen ruskollektiv. Selv om han etter noen år fikk tilbakefall, fikk han gjennom dette oppholdet nok en langvarig erfaring med å ha god livskvalitet i en rusfri periode av livet. Rolf mener tvangsavtalen var svært betydningsfull for at resultatene av oppholdet ble så positive:

... At du ikke kan dra på sånn kort varsel, men at du faktisk venter de tre ukene og ... det er jo mange – ikke inklusiv meg selv – men jeg har hørt om mange, som har gjort det i begynnelsen – prøvd å trekke den – men ... før de tre ukene er gått, så har de ombestemt seg.

§ 6-3 forhindrer impulsive beslutninger, at russug fører til plutselige innskytelser som ødelegger muligheten for behandling. Noen institusjoner praktiserer nærmest en automatikk i å legge inn pasienter på § 6-3 avtale. Andre tar ikke denne paragrafen i bruk i det hele tatt. Samtidig er ikke bruken av § 6-3 noe som sosialtjenesten kan bestemme på egen hånd. Likevel viser Rolfs historie at det er en problematisk praksis dersom sosialtjenesten ikke er kjent med eller sørger for å gi informasjon om hvilke institusjoner som krever en avtale om frivillig tvang eller tilbyr det som en mulighet. Rolf er selv kritisk til at han ikke ble informert om dette av sosialtjenesten på forhånd. Selv om det ble et positivt resultat av det, følte han på det tidspunktet avtalen ble inngått at han ikke



hadde noe valg samtidig som han heller ikke skjønnte hva han gikk med på. Likevel mener han alle burde få et tilbud om § 6-3 ved innleggelse:

Jeg synes det er noe som burde blitt nevnt, for enhver som søker behandling – og blitt forklart, nok rundt det da til å skjønne at det ikke er ... verdens undergang [humrer] å skrive under på at, rett og slett. Nei, jeg fikk det bare slengt på bordet fra Tjuvkampen, jeg.

Rolf er opptatt av at avtalen umiddelbart kan virke skremmende på noen klienter, men at denne skepsisen vil forsvinne dersom den enkelte på forhånd blir forklart hva en slik kontraktsinngåelse innebærer i praksis. Praktiseringen av § 6-3 er svært varierende, selv om lovgiver har sagt at denne mildeste formen for tvang alltid skal forsøkes før mer inngripende tiltak. Det ser ut som sosialtjenesten og behandlingstilbudene ikke er bevisst sitt ulike opplysningsansvar og samarbeidet som kreves for at § 6-3 skal komme til rett anvendelse. Bedre informasjon kan gjøre at flere velger en slik "tvangsavtale". Dette kan redusere hyppigheten av behandlingsbrudd og sørge for at flere enn Rolf får hjelp til å klare fullføre langvarige behandlingsforløp.

### Aurora: Tvang og LAR

Aurora var en av informantene som selv tok kontakt med oss. Hun hadde plukket opp en informasjonsfolder om prosjektet som vi hadde lagt ut på sprøyterommet i Oslo. Hvorfor Aurora hadde tatt kontakt med oss ble ganske fort tydelig. Hun var simpelthen forbannet. Hun lengtet etter å fortelle sin historie. Et eskalerende sinne hadde blitt opparbeidet gjennom utallige negative erfaringer med iverksatte tiltak eller like gjerne mangel på disse. Det var så mye som ikke fungerte, som ikke var til hjelp, og dette ønsket hun å fortelle om. Det hun særlig var opptatt av for øyeblikket var alle de negative opplevelsene med LAR. Det skulle vise seg at ønske om legemiddelassistert behandling hadde tatt styringen over hennes forhold til hjelpeapparatet, noe som til slutt førte til tvang.

Aurora begynte med rusmidler da hun var 11 år, røykte hasj da hun var tretten og fortsatte med et vidt spekter av piller, amfetamin og innen hun var blitt 16 år injiserte hun heroin. Aurora har helt siden ungdomsskolen, i åtte år forteller hun, fått foreskrevet A og B preparater av sin fastlege. Hun sier at det var hun som ledet an i miljøet, hun var alltid først ute med å prøve nye ting. På et eller annet tidspunkt i løpet av skoletiden ble BUP koblet inn, men noen annen form for hjelp fikk hun ikke. Aurora forteller at foreldrene ble skilt da hun var liten jente. Moren flyttet fra henne til utlandet med en ny familie da Aurora var 14. Barnevernet tok da over.

Aurora sin fremstilling av hjelpeapparatet er preget av en høy grad av ambivalens: det som er gjort er ofte feil eller utført på upassende tidspunkt, og det som ikke er gjort er ikke bra nok eller har fått svært negative følger. Hun vet hva hun vil ha, hun tar ikke i mot hva som helst, men i ettertid ser hun at det hun tidligere ville ha likevel ikke var rett for henne. Hun forteller om mange tilfeller der hun har blitt oversett i en svært vanskelig og hjelpeløs situasjon, kanskje særlig de årene hun som mindreårig finansierte sin rusmiddelavhengighet ved prostitusjon. Hun levde da svært hardt og risikabelt med stor fare for eget liv og helse. Kanskje til og med tvang hadde vært riktig da, spekulerer hun i på intervjuet. Hun åpner for at tvang i noen tilfeller kan være en mulighet, men

her er det snakk om en finstilt timing, det må skje på riktig måte, til riktig tid og sted. Tiden kunne vært inne for Aurora da. Hun hadde mange overdoser i denne perioden. Hun var mindreårig prostituert og underlagt en hallik som til stadighet utsatte henne for ekstrem vold. Første da hun var 22 år gammel ble hun for første gang overtalt til å legge seg inn for et lengre opphold i institusjon. Foranledningen var at hun ønsket metadon, men sosialtjenesten satte som vilkår at hun hadde prøvd kollektiv først. Hun var ikke motivert for behandling, men følte seg tvunget til å gjøre det for å få metadon. Til sammen hadde hun da mer eller mindre uforstyrret ruset seg i 10 år. I følge Aurora var det lite av betydning i denne tiden som ble gjort for hjelpe henne med sine problemer.

#### *I kollektiv for LAR*

Aurora ankom Fjellberg kollektiv en dag oktober. Hun så for seg at det var nok å bare vise seg der, og planla å dra igjen etter bare et par dager. Metadonsenteret kunne da krysse av at kollektiv var prøvd og få saken videre i systemet. Det viste seg å bli annerledes:

Så, metadonsenteret – søkte metadon først. Men jeg tenkte – de sa at du må ha prøvd et kollektiv ordentlig først. Så tenkte jeg at okei, jeg skal dra til Fjellberg, og jeg skal vær der et par dager, så kan jeg si at jeg har prøvd. Så dro jeg opp til Fjellberg, men så endte jeg opp med å bli der i et halvår. Og det var jo råbra! Jeg skulle jo egentlig bare dra derifra igjen da, etter noen dager. Men jeg ble jo der over [humrer], over et halvt år!

På tross av motviljen ble hun der et halvt år. Hun skrev under på en avtale om frivillig tvang, § 6-3. Det gikk over alle hennes forventninger, Aurora trivdes der og fikk flere venner. Det hun også var fornøyd med var at det ikke var noe drastisk brudd i forhold til livet utenfor. Hun fortsatte å ruse seg mye, om enn ikke like mye som før. Aurora ble også tatt mange ganger, uten at dette fikk noen særlige følger: "De tok meg i å ruse meg, kanskje ... trediver ganger – fikk alltid en ny sjanse." En gang da hun hadde lyktes i å rømme til Oslo gikk hun i en overdose og det var så vidt at hun overlevde. Hun beskriver en romslig institusjon som ser an den enkelte og har høy toleranse for tilbakefall, de gangene det blir oppdaget. En gang hun under en kontroll ble tatt for ruspåvirkning sammen med flere andre, gjør denne følelsen av forskjellsbehandling at hun blir rasende. Mens hun fikk tilbud om å fortsette, fikk denne episoden drastiske følger for en av hennes nærmeste venner. Han ble utvist. Denne hendelsen får det til å koke over for Aurora. Hun ville ikke være på en plass der folk ble kastet ut pga en "slurk dram". Aurora har ikke lenger tillit til hvordan dette kollektivet drives. Hun tar beslutningen om å dra derfra, avslutter behandlingsoppholdet i protest, og pakker sakene og kommer seg av gårde så fort som bare mulig.

#### *Politistyrte innleggelse*

Samme dagen som hun hadde skrevet seg ut fra institusjonen og etter en lang reise hjem, begynte hun som smått å pakke ut tingene. Hun skulle akkurat til å ta seg en røyk, da det banket på døra. I døra står ruskuratoren som hun kjenner godt fra før, men ikke har møtt på evigheter. Bak han står flere uniformerte politifolk. Det viste seg at folkene på Fjellberg i det hun skrev seg ut i hui og hast hadde inngått et samarbeid med ruskuratoren hennes og fått han til å fatte et akuttvedtak om tvangsinnleggelse bak hennes rygg. Aurora forteller om dette som et stort overgrep. Hun blir totalt

overrumplet, skjønner ikke hva de vil og går fullstendig i forsvarsposisjon og truer de tilstedeværende politifolkene:

Så begynner jeg å rygge, rygge, rett mot kjøkkenskuffen, så sier jeg "hva i helvete?!". Så sier jeg til kuratoren min "jeg driter i snuten". Hu kjerringa prøvde å ta tak i meg flere ganger, jeg bare slengte unna. Så at, for jeg ville snakke med kuratoren min *sånn*. Og så ... skulle han polititøffen ta meg, og så rygget jeg rett borti kjøkkenskuffen jeg og så sa jeg "ett skritt nærmere ..." Ja ... Men så ... fikk jeg beskjed om at jeg skulle på tvang og – det er faen meg verste følelsen jeg har hatt i hele mitt liv.

Hun ønsket å få ruskuratoren på tomannshånd, for å få informasjon om hva det var som foregikk, men politiet sto i mellom. Det blir håndgemeng; konflikten eskalerer. Aurora er svært kritisk til måten dette ble gjennomført på. Dette gjelder også kollektivets rolle, som hun mener har vært pådrivere for å fremme tvangssaken og ikke trodd på hva hun sa til dem da hun forlot stedet bare timer tidligere. Hun hadde sagt da hun dro at hun skulle oppsøke hjelp og forsøke å fortsette å leve i nykterhet. Dette hadde de ikke festet lit til. Rønningsforsøkene og de gjentatte "sprekkene" i løpet av oppholdet gjorde at de tvert i mot mente at hun sto i akutt fare for overdose.

Hun ble samme dag, noen timer etterpå, kjørt de mange milene fra sin hjemby til Sandbekk rusinstitusjon i en politibil. Aurora hadde aldri hørt om stedet før og ante ikke hva hun gikk til. Det var to representanter fra politiet som fulgte med, en dame og en mann. Hun opplevde at den kvinnelige politibetjenten prøvde å gjøre opplevelsen så skånsom som mulig. Aurora fikk blant annet lov til å ha sin aller nærmeste pårørende med på veien; hennes tante ble med som følge i bilen. At tanten fikk være med opplevde Aurora som svært betydningsfullt og til stor hjelp. Imidlertid hadde hun store problemer med at hun måtte sitte med håndjern. Særlig skammelig var det for henne da de stoppet for en pause på veien og hun skulle ut av bilen og hun ble til allmenn beskuelse. Aurora sier at mens politidamen opplevde selv et stort ubehag ved situasjonen, tok ikke hennes mannlige kollega hensyn til at hun for eksempel ønsket å dekke seg til så ikke alle kunne se at hun hadde noe så oppsiktsvekkende som håndjern på en handletur på en bensinstasjon. Samtidig var Aurora under hele turen i full fyr og gav ingen tegn til samarbeid.

#### *Tvang er kjedelig!*

Aurora var en av de første 6-2-tvangspasientene på Sandbekk rusbehandlingsinstitusjon. Sandbekk er organisert slik at tvangsinnlagte oppholder seg store deler av tiden sammen med de som er der på frivillig basis. Det er ingen egen skjermet avdeling og forskjellen mellom frivillige innlagte og tvangsinnlagte er liten. Aurora sier at hun under hele oppholdet viste uvilje og motstand. Det verste med det var frihetsberøvelsen:

Tar friheten – det som alltid har vært viktigst for meg, det er friheten min. Til å gjøre akkurat ka faen jeg vil. Om jeg så sitter i fengsel så har jeg friheten til å gjør hva jeg vil. Der e det – ja, helt greit. Eneste jeg ikke har friheten til, det er å gå ut, liksom. Men jeg har friheten til å gjøre akkurat hva jeg vil likevel. Men ... det blir noe annet, for da venner kroppen seg til – at her skal du være, så og så lenge – og sånn er det. Pang! For du har gjort det og det. Den er greit. Det blir noe helt annet når du får det *klin* urettferdig – du vet ikke hvor lenge du skal være der, du vet ikke hva du har *gjort* for å havne der engang, ikke sant?

Mange av de som vi har intervjuet kontrasterer tvangsinnleggelsen med den frihetsberøvelse de har erfart ved å være i fengsel. De mener at opplevelsen av tilbakehold i rusbehandlingsinstitusjon er en betydelig større frihetsberøvelse og "klin urettferdig" fordi de ikke har gjort noe straffbart. I fengsel opplever de en frihet til å gjøre hva de vil innenfor murenes vegger. På behandlingsinstitusjon, derimot stilles det større krav til aktivisering, til å innfinne seg i tidsfikserte hverdagsrutiner, til å innordne seg i et regelstyrt liv der det må vises hensyn i et pasientfellesskap. Samtidig er det ordet som de fleste bruker om institusjonsoppholdet at det var en "ren oppvaring". Dette sier ikke bare Aurora, men også personer som "nyttiggjorde seg" tvangen på ulike måter. Selv om tvang ikke var bortkastet, det nyttet på sett og vis, var det likevel en "ren oppbevaring", i deres øyne. "Ren oppbevaring" er et sterkt uttrykk for deres erfaring av å bli passivisert, disiplinert og kontrollert og ved å bli fratatt sine dagliglivets roller. Likevel forteller Aurora om at livet på institusjon innebar en god del felles aktiviteter. Innenfor det som hun betegnet som en "oppbevaring" var det fjellturer, restaurantbesøk, bading og shopping. Selv om mange institusjoner har et visst variasjonsspekter av felles opplegg og aktiviteter, oppleves dette for mange å være påtvungne, ensformige og kjedelige fritidssysler som de eventuelt er med på for å få tiden til å gå. Det er dette meningstapet som skaper en oppbevaringsfølelse.

Aurora forteller at kontrolltiltakene ikke var større enn at rusingen kunne fortsette. Det gikk nærmest sport i å lure de ansatte. Aurora hevder at tilgangen på rus var så stor at hun i løpet av oppholdet ble mer hektet enn noen sinne: "Jeg har aldri ruset meg så mye jeg, som jeg gjorde på Sandbekk ... jeg var nykter når jeg kom dit. Og dro ut som grisehektet." Rusmidlene ble skaffet ved hjelp av gode kontakter utenfor og særlig ved hjelp av en kjæreste. I julen, knappe 14 dager etter at hun var kommet, blir hun likevel tatt for ruspåvirkning, ikke ved en kontroll, men fordi en av de andre pasientene tyster. Aurora som slett ikke ville være der, får bli, mens andre som blir tatt samtidig som henne men som er der på frivillig basis blir skrevet ut. Dette synes hun er et stort paradoks.

En dag i løpet av tvangsoppholdet får hun en viktig telefon fra lederen av Fjellbergkollektivet. Kollektivet hadde forsøkt å bevare en god relasjon og fulgte henne gjennom hele tvangsoppholdet. Det han nå kunne fortelle henne var at de hadde sørget for plass til henne og hun ble tilbudt å bli overført til dem så snart som mulig. Men det viktigste av alt: endelig, kunne han gledestrålende fortelle, hadde de klart å få innvilget hennes søknad om metadonbehandling! Det viste seg at de hadde jobbet med hennes sak hele tiden mens hun var tvangsinnlagt, og i motsetning til sist, helt i tråd med hennes ønsker. Endelig åpner det seg en mulighet for å komme bort fra Sandbekk. Imidlertid takker Aurora nei. Hun er fortsatt forbannet over det de har gjort mot henne. Aurora er overbevist om at det er Fjellbergfolkene skyld at hun ble tvangsinnlagt. Derfor hadde hun ikke lenger noe tillit til dem. Samtidig var hun uansett sikker på at legen ville gi henne "ventekvote" igjen når hun slapp ut. Hun kunne klare seg en stund til på det. Likevel, muligheten som var helt i tråd med det hun hadde sagt hun hadde ønsket og jobbet for i flere år, ble umiddelbart avskrevet, uten betenkningstid, over telefon. Lederen for institusjonen som hadde strukket seg langt og gjort alt for å få oppfylt hennes ønsker, orket ikke lenger å kjempe mer for Aurora. Hun ble gitt opp. Tvangen

bidro dermed til at alle de gode relasjonene og den eneste konstruktive behandlingserfaringen hun hadde i sitt omfattende liv med rus ble ødelagt.

#### *Fylkesnemnda som intimitetskrenker*

En måned etter at hun ble tvangsinnlagt kommer saken opp i fylkesnemnda. Aurora er i begivenhetenes sentrum, og er under hardt press. Hun forteller at hun opplevde hele rettsprosessen som "helt jævli". Særlig føler hun seg krenket av at hun måtte utlevere seg om personlige forhold som var saken uvedkommende. Hun kjente på hvordan det var å bli gransket, og følte at hun var i en situasjon der hun var nødt til å svare på forhold som bød henne sterkt i mot å fortelle om til komplett fremmede. Retten blir opplevd som en intimitetskrenker. Aurora følte at halvparten av det som ble sagt om henne ikke medførte riktighet. Det er nettopp det å sitte der en hel dag og ta i mot denne sterkt negative og tidvis misvisende omtalen av seg selv og hele sin livshistorie som får henne til å føle seg så nedtrykt:

Ja, var masse som ble sagt om meg som jeg synes var ubehagelig. Det, samlet hele livshistorien min på et Brett, liksom. Hvor de sitter og diskutere og spør om ting som jeg mener at de har ikke *skiten* med. Jeg følte at det var mye som var feil og jeg kunne ikke si noenting, for jeg skulle jo *liksom* være enig. Så jeg satt der og følte at jeg satt og tok imot *dritt*, rett og slett. Ikke stemte halvparten av det, og ikke ... Jeg hang meg jævlig opp i at jeg var så "ustabil". At jeg kunne, dette ut når som helst. For det er bare tull – siste halvåret så ... så hadde jeg planlagt sprøyte jeg hadde tatt. Det var snakk om å røyke seg en rev, ta seg en dram, ofte. Altså, det var ikke heroin, hver gang. Og det var "så stor" risiko når jeg kom tilbake nå, fordi at jeg dro hjem for å ruse meg, sa de jo, sant?

Aurora synes det var mange ting med være i fylkesnemnda som var ubehagelig. Det verste var å bli feilaktig fremstilt som "ustabil". Tvert i mot, sier hun, var hennes rusmiddelbruk i tiden før innleggelsen preget av nøyaktig forpleining, innsikt i tålegrenser og planlagte overveielser av den ruseffekt som til enhver tid var ønskelig og med god margin for overdose. Aurora presenterer sitt rusmiddelintak som et rasjonelt valg: hun vet hva hun gjør og har kontroll. Å fremstille seg selv som uavhengig av ytre stimuli som rus og å ha nøyaktig kunnskap om seg selv og kroppens tålegrenser henspiller generelt på en høyt verdsatt kulturelle verdi i vårt samfunn om å ha selvkontroll (Foucault 1977). I nemnda blir hun fratatt denne selvrespekten ved at hun må sitte å høre på at det tvert i mot var avhengigheten som styrte henne. Imidlertid er det som gjør situasjonen særlig uutholdelig for henne, at hun på forhånd har bestemt seg for å late som om hun samtykker til tvangen i nemnda. Hun hadde blitt rådet til å spille samarbeidsvillig for å få et mest mulig skånsomt opphold med større grad av frihet og permisjon. Dessuten er hun overbevist om at uansett hva hun sier, hadde det ikke hatt noen betydning for utfallet av saken. Siden hun velger å late som om hun samtykker, føler hun også at hun ikke er i en posisjon der det er hensiktsmessig å forsvare seg, krangle og opponere på fremstillingen av feilaktige forhold. Egentlig var hun sterkt i mot, men i håp om å få mest mulig frihet innenfor tvangens rammer, så sier hun seg enig i tvangen. I ettertid, da hun etter hvert ikke opplevde at hennes samtykke førte til de forbedringene som var antydnet overfor henne, så angret hun på at hun var med på dette spillet. Hun burde ha sagt nei og benyttet anledningen til å komme med et reelt forsvar.

*En farlig flukt*

I motsetning til fortellinger om hvordan det var å være innesperret, å leve på institusjon, beskrives rømningshistoriene med stor innlevelse og med en utførlig grad av detaljer. Mens innesperringshistoriene er forbundet med taushet og famling, står rømningshistoriene friskt i hukommelsene og blir fortalt triumferende og med liv og lyst, som ekte røverhistorier. Kanskje dette er fortellinger som perfektioneres i et rusfelleskap for å forsterke en følelse av samhold og mektig utenforskap? Rømningshistoriene kan hjelpe til å skape en kollektiv identitet og selvfølelse i opposisjon til de bedrevitende myndighetenes innsats for rusmiljøbekjempelse. For å unngå å fremstå som hjelpeløse ofre som ikke har kraft til å slå tilbake mot så sterke styringsforsøk som tvang. Aurora har allerede fortalt oss om mange sofistiserte og farefulle rømninger. Den siste gangen hun er på flukt fra Sandbekk, blir hun hentet tilbake ved at døra brytes opp og huset stormes med bevæpnet politi. Pågripelsen blir voldelig, det ender med et alvorlig basketak med politiet. Aurora forklarer bevæpningen med at hun ved tidligere anledninger hadde kommet med drapstrusler overfor de ansatte "Men så hadde jo jeg sagt jeg – flere ganger ... når jeg hadde stukket av: "Kommer du etter meg så dreper jeg deg", liksom. Sant? Til de som jobber der. Fordi at – sånn som du sier når du er forbannet og føler deg urettferdig behandlet og du har ingen ting du skulle ha der og gjort – sant? Også hadde dem tatt det som en så alvorlig trussel da." Aurora viser her forståelse for at institusjonen fant det nødvendig med bistand fra politiet for å hente henne tilbake. Samtidig sier hun at de truslene hun hadde fremsatt var ufarlige og tomme. Truslene var bare et sterkt uttrykk for at hun følte seg urettferdig behandlet ved å være ufrivillig sperret inne, men som tatt på alvor kunne skape god grunn til frykt. Selv om hun viser forståelse for bruk av politi, beskriver hun en dramatisk situasjon med bevæpnet politi og unødvendig bruk av maktmidler som vold: "Har aldri fått så mye juling av snuten jeg, som jeg fikk i Åsbyen. Så, våknet jeg på glattcella morgenen etter på, dausyk og så ikke ut, vet du. Ble kjørt tilbake til Sandbekk." Hun konstaterer at hun aldri før hadde fått mer "juling", men gjør ikke et stort nummer ut av det. Det er liksom ikke noe videre oppsiktsvekkende ved det. Hun føres tilbake med rå makt. Vold er tydeligvis noe hun er vant med. Hun blir kjørt til arresten, nok en ting hun ikke klager på eller definerer som urettmessig eller krenkende, og dagen etter er hun tilbake på tvang.

Institusjonen ser hvor ille hun er fatt, og tar da en avgjørelse på at Aurora skal skrives ut. Det er bare to uker til tvangsvedtaket opphører og de vurderer det ikke lenger som hensiktsmessig å holde henne tilbake mot hennes vilje innenfor den knappe tidsrammen som gjenstår. Hun har ikke nyttiggjort seg tvangen, og kommer heller ikke til å gjøre det i nærmeste fremtid. Aurora har nok en gang vist at hun kan få det som hun vil. Hun ble skrevet ut. Tvangen var tilnærmet totalt mislykket, eller virket direkte mot sin hensikt som ruskuratoren skrev i journalen hennes etterpå. Aurora sier at hun "...så i papirene og, så sa jo kuratoren min da til meg at "jeg kommer ikke til å sette deg på tvang igjen, i hvert fall", sa han. Så står det det, at "tvang virket mot sin hensikt". Aurora reiser hjem forkommen, hadde fått juling, hun så ikke ut og ble ifølge hennes egen historie skrevet ut mer hektet enn da hun kom.

*LAR som styringsmiddel*

Det har gått flere år siden tvangen da vi møtte henne. Tvangen førte ikke til noe konstruktivt for Aurora, men hun fikk etter hvert likevel tilbudet om å forsøke LAR. Det gikk ikke så bra. I samtalen med oss er hun mest opptatt av å forklare hvorfor hun mislyktes som LAR-pasient. Det skyldes at LAR nå har blitt et strengt og rigid regelsystem som ikke en gang tolerer bruk av legalt foreskrevne medisiner. Aurora har kjent på dette problemet selv. Som eks-pasient vet hun hvor hardt det er å stå utenfor. Hun ser fortsatt LAR som en mulig løsning, men problemet er at hun ikke ønsker å være helt avholdende, hun vil ruse seg en gang i blant, som alle andre. Det er ikke mulig innenfor den nåværende ordning. Samtidig vet hun at toleransen for bruk av rusmidler praktiseres ulikt mellom helseregionene, og hun synes det er urettferdig at hun ikke får det samme behandlingstilbudet som andre steder i landet.<sup>52</sup> Aurora fremstiller LAR som umenneskelig og uverdigg når det ikke tas hensyn til at mange som skrives inn går på medisiner som er nødvendig for å fungere. Fortsatt er hun avhengig av dolcontin som hun stadig omtaler som "medisinen min". Denne "medisinen" som hun tidligere fikk fra legen drar hun nå ukentlig til Plata for kjøpe fordi det er langt billigere der enn i hennes hjemby.

Auroras historie er en sterk fortelling om at troen på at metadon hele tiden har vært løsningen, har ført til at hennes innsats og vilje til å forsøke andre muligheter for å få sitt rusproblem under større kontroll har vært minimal. Ønsket om metadon, og ingenting annet, helt siden hun var 20 år – 5 år før LAR strengt tatt var tillatt slik aldersreglene var på den tiden – har ført henne opp i mange vanskeligheter. Hennes forhåpninger om LAR som hjelpeapparatet hele tiden har spilt på som motivasjonsfaktor for å få henne til å prøve andre ting, og som har vært signalisert som en mulighet i flere år, gjorde at så å si alle andre muligheter for rusmestring og behandling har blitt utelukket og avslått. Denne uintenderte konsekvensen av å bruke LAR som et løkkemiddel for å få en tilsynelatende uregjerlig klient til å innordne seg i frivillige opplegg og hennes konsekvente uvilje til å prøve ut alternativer, gjør at hjelpeapparatet til slutt kommer i en situasjon der tvang fremstår som eneste alternativ. Men når LAR endelig blir tilbudt som en vei ut av tvang, blir likevel denne sterkt ønskede muligheten avslått. Måten tvangen ble utført på fører til at Aurora i den situasjonen møtte ethvert forslag med mistillit. Dette viser samtidig hvordan rusmiddelavhengige blir forsøkt styrt, men at de ikke bare plasserer seg selv i en passiv klientrolle som tar fra dem alt ansvar. Aurora gjør alt for å få en opplevelse av å ha kontroll, til å gjøre sin stemme gjeldende og vinne respekt. Aurora vil ruse seg som alle andre, være normal, under egen kontroll og ikke andres. Aurora virker nærmere et vendepunkt enn noen gang før. Aurora har nettopp giftet seg for første gang med en mann som også er rusmisbruker. Hun forteller om hyggelige ting: bryllupsreisen til sydlige strøk og hun gir lattermildt råd om hvordan man kan smugle metadon uten problemer i solbærsaftflasker. Likevel, hun har dårlig råd, sliter med kommunegjeld. Men takket være økonomisk støtte fra familien har de leilighet i et bedre strøk av byen. Hun er opptatt av at det er viktig å bo langt unna andre rusmisbrukere for å holde rusmisbruket noen lunde under kontroll. Bryllupsgaver var

---

<sup>52</sup> Evalueringen av LAR i 2004 viste at det har utviklet seg uheldige forskjeller i landet når det gjelder ventetid, rehabiliteringsinnsats, medikamentbruk, organisering og praktisering av gjeldende retningslinjer.

flunkende nye hvitevarer til å innrede leiligheten. Det har også nylig skjedd en annen positiv endring i hennes status. Pga en ren tilfeldighet, at hun en gang fikk en vikarlege, ble hun sett på med nye øyne. Hun ble på 15 minutter omdefinert fra å være sosialklient til å bli attføringsmottaker med rehabiliteringspenger:

Fordi at det var en helt ny legeassistent, for den nye legen jeg hadde var ikke der. Så jeg forklarte jo hele situasjonen. Så sa hun det at "faen heller – da sier vi at du er under ...sånn og sånn", hun hadde et sånt fint ord for det. "Under venting"... "i påvente av hjelp og får støtte av", et eller anna som fikk det til å høres jævlig fint ut.

Aurora synes det høres finere ut, at det gir en følelse av sosialt opprykk. Hun har blitt trodd på og gitt en sjanse av en lege som følte sympati og omdefinerte hennes livssituasjon som under bedring og med en forventning om opptrapping av aktivitet. Litt mer penger og en finere stønadstittel kan komme godt med.

### Kristin: Tvang og dobbeltdiagnosepasientene

Kristin var den eneste som ble rekruttert via en av våre informanter som påtok seg oppgaven med å distribuere en mengde av vårt informasjonsskriv ut i rusmiljøet. Vi avtalte å møte Kristin utenfor et kjøpesenter. Vi fant fort en hyggelig cafe der intervjuet ble foretatt.

Kristin fortalte at hun er 34 år og det ble raskt klart at det som kjennetegnet hennes historie var at hun hadde alvorlige psykiske problemer i tillegg til utfordringer knyttet til sin rusavhengighet. Ikke fordi det var noe som utmerket seg som noe spesielt ved henne, men fordi noe av det første hun fortalte oss var at hun hadde vært tvangsinnlagt over hundre ganger i psykiatrien. Hun har mange diagnoser, og har lenge vært i en uklar behandlingssituasjon i grenselandet mellom rus og psykiatri. Rusproblemet begynte for 18 år siden. Siden den gang har hun om lag 10 års tvangserfaring fra psykiatrien. Selv om det viser seg at Kristin i stor grad har positive erfaringer med tvang, forteller hun også etter hvert om det vanskelige ved å være en pasient som ingen vil ha.

#### *Tvang som anstendighetsmiddel*

Kristin forteller at foranledningen for at det ble fattet et vedtak om å bruke tvang var at hun i ruset tilstand ble betraktet som et offentlig uromoment. Hun sier at ruspåvirkningen førte til at hun stadig blamerte seg selv og opptrådte ekstremt upassende i påsyn av andre. Dette handlet mye om å trække over grensene for en anstendighetsmoral ved å opptre seksuelt utagerende i befolkningstette områder. Sterke publikumsreaksjoner som gjerne førte til at politiet ble involvert er også en av forklaringene på at hun så ofte har opplevd å bli tvangsinnlagt i psykiatrien. Hun sier at russtimuli fører til at hun forandrer seg på en ganske radikal måte, og denne forandringen har hun selv et ambivalent forhold til. Hun liker det, men får samtidig en enorm psykisk nedtur av påkjenningene ved å bli konfrontert med at hun nedverdiger seg selv og andre ved å overtre grensene for den alminnelige moral på drastiske måter. Det er disse selvfordreende handlingene som hjelpeapparatet vil beskytte henne mot ved å legge henne inn på tvang:

Dem mente det at når jeg gikk ut på gata..., sånn som, jeg kunne jo kle av meg alle klærne inne i stua, og så kunne jeg gå splitter naken rundt i byen, og bare



ventet til politiet kom og plukket meg opp, og.. var veldig ukritisk når det gjaldt det å få tak i stoff, hva jeg gjorde for å få det. Og satt meg selv i slike situasjoner som gjorde at det ble bare tyngre og tyngre for meg å bære det etterpå. Der jeg satt og skammet meg, og det var jo den skyldfølelsen, det var skammen, det var alt det der der. Så derfor så fant dem ut at det beste for meg ville være å komme meg... være en viss tid uten stoff, da. For det hadde jeg jo ikke klart, det hadde jeg ikke prøvd enda, jeg hadde vært maks tre måneder uten stoff før, så skulle dem prøve tre måneder til, og se om jeg kanskje kom over kneika, som dem kalte det.

Det har primært vært psykiatrien som har fått oppgaven med å ta hånd om Kristins problemer. Årsaken til at psykiatrien hele tiden har fått ansvaret, er at den rusfremkalte oppførselen som foranlediger innleggelsene blir definert som psykose. Rusen gjør henne psykisk syk i følge psykiatrien, men hun ser ikke det selv helt på samme måten. Hun mener rusen også har en befriende effekt ved at det utvider det moralske rommet hun kan operere i og ved at hun samtidig føler seg skamløs. Særlig gjelder dette når hun er i en rusutløst psykose:

Jeg føler bare når jeg ruser meg at da er jeg på topp, og da klarer jeg alt... Det er... en fantastisk befriende følelse, egentlig. For du er en person som du ikke overhodet kjenner, og som ikke har noe fasit, eller liksom... Jeg kan ikke forklare det. Jeg kjenner i hvert fall min personlighet når jeg blir psykotisk, den kjenner jeg veldig godt, så jeg trives veldig godt med å være psykotisk, for da er jeg på topp, da er det ingen som kan skade meg, dem kan få kalle meg hva dem vil uten at jeg bryr meg om det, og jeg kan gjøre alt mulig slags rart uten å bry meg om det. Men... nedturen.. med en gang jeg ble nykter så tenkte jeg på alt jeg hadde gjort, og hadde ikke ork til å bære det på den tiden der. Det har jeg fått jobbet med i etterkant, det er bare det å tørre å se folk i øynene igjen, og få dem til å få respekt for deg. Du ser at respekten forsvinner for øynene på folk, og det er så kjipt.

Selv om hun liker denne siden av seg selv, og viser ambivalens ved å stadig bevisst ta sjansen på å utløse en psykose ved å ruse seg, så har hun tatt innover seg og akseptert psykiatriens blikk på seg selv som syk. Problemet er at rusen får henne til å glemme at hun er syk, samtidig som den bidrar til at sykdommen eskalerer. Etter rusen blir skammen uunngåelig, i møte med seg selv, andre og med hjelpeapparatet.

Kristin var innlagt i psykiatrien på grunn av en slik episode da sosialkuratoren hennes kom på avdelingen og helt overraskende fortalte at de hadde fattet et midlertidig vedtak om å legge henne inn på tvang i rusbehandlingsinstitusjon istedenfor. Tidligere behandlingshistorie hadde vist at tvangsinnleggelsene i psykiatrien hadde liten effekt fordi hun ble skrevet ut med en gang hun ble rusfri og psykosesymptomene var borte. Tvangsbestemmelsene i sosialtjenesteloven gav mulighet for tilbakeholdelse i institusjon innenfor en betydelig lengre tidsramme enn praksisen var i psykiatrien, og dette var en av grunnene til at ruskuratoren nå ønsket å prøve å gi en rusinstitusjon ansvaret for henne. Imidlertid hadde ikke denne overføringen eller eventuelt andre muligheter blitt diskutert med henne på forhånd. Likevel gjorde hun ikke nevneverdig motstand, hun var lei av å være i psykiatrien og tenkte dette var en mulighet til å komme derfra. Hun ble direkte overført fra et tvangsopphold på en psykiatrisk institusjon til Sandbekk rusinstitusjon. Hun forklarer at begrunnelsen for vedtaket ikke bare var at "hun oppførte seg rart", at hennes oppførsel i rus var moralsk uakseptabel og til skade for henne, men også fordi de sa at hun var aggressiv:

Forsker: Så det var det du følte at var grunnlaget, at du oppførte deg rart, ikke det at du var i helsefare, eller?

Kristin: Jeg oppførte meg på en måte som var skadelig for meg selv, rett og slett. Og så opplevde dem meg som aggressiv. Dem opplevde meg som aggressiv hver gang jeg ble tatt inn, for hver gang politiet kommer og legger meg i jern og sånn, så får jeg automatisk et sinne som ikke ligner grisen. Og når jeg kom inn på psykiatrisk, så kom jeg inn og var aggressiv, og det mente dem også var en bit i det her da. At jeg var veldig utagerende og sånne ting, de trodde jeg gikk rundt og var sånn til vanlig, og trodde at jeg holdt på sånn før politiet kom og hentet meg, og jeg prøvde å fortelle dem at det var etter at politiet kom og tok meg at jeg begynte å bli, at jeg ble stor i kjeften, og at jeg begynte å utagere og sånn, det gjorde jeg ikke før politiet kom og sånn. Men det trodde dem ikke på, da.

Påstanden om at Kristin i ruspåvirket tilstand fornedrer seg selv og støter andre virker det som hun har lite problemer med å akseptere. Det hun reagerer på er beskrivelsen av henne som aggressiv. Aggresjonen er i følge henne selv bare en adekvat respons på den maktbruken som politiet ofte har utsatt henne for ved alle tvangsinnleggelsene som de har sørget for å iverksette. Hun mener at motstand og sinne er en situasjonsbetinget reaksjon på å for eksempel bli påsatt håndjern og bli tatt med makt, og er ikke en umotivert overreaksjon rettet mot hjelpeapparatet eller andre personer, slik det ble lagt til grunn i tvangsvedtaket. Politiet har imidlertid ingen rolle når Kristin blir overført til Sandbekk, og overgangen blir gjennomført uten stor dramatikk. Kristin viser ingen motstand, hun har samtykket til tvangsinnleggelsen, og saken behandles uten forhandlingsmøte.<sup>53</sup> Starten på institusjonsoppholdet blir også lettet av at hun allerede er avrust gjennom oppholdet i psykiatrien. Hun slipper å få det som de fleste beskriver som en pinefull start når avvenningsperioden skaper psykiske og fysiske plager som følge av abstinens.

#### *"Arti å være nykter"*

Selv om Kristin helt fra første stund har fortalt oss mye om hva rusen gir henne av berikelser, fremhever hun at det som særlig var positivt med tvangsoppholdet var opplevelsen av å være rusfri. Resultatet av den rusfrie tilværelsen var at hun fikk tilbake et rikere følelsesliv. Særlig husker hun befrielsen med å gradvis kjenne på de gode følelsene, det å kunne være glad igjen, uten hjelp av kunstige stimuli:

Jeg synes jo det var veldig positivt, for det første, etter tre uker så begynte jeg å få livsfølelsene tilbake, for dopaminet forsvinner jo helt når du bruker amfetamin, den livsfølelsen du har i kroppen, forsvinner. Gledesfølelsen, den forsvinner når du bruker amfetamin. Det... bruker opp den der. Så først var jeg innlagt i tre uker eller noe sånt, tror jeg, og så var jeg der i tre uker, da begynte jeg å få sånn der, fikk litt sånn happy-følelse tilbake, og da synes jeg det var artig å være nykter. Så jeg var jo godt i gang med det da, vet du. Hadde vært der i tre måneder og trodde jeg var verdensmester jeg, vet du. Hehe.

Amfetaminet fremstiller hun som et middel som taper rusavhengige for gledesfølelsen. Hun har erfart at amfetaminet ødelegger dopaminet, at kroppens naturlige rusmiddel som gir en følelse av glede og velvære, ofte kommer ut av balanse eller blir forstyrret ved kunstig russtimuli. Et annet forhold ved institusjonslivet som hun opplever som betydningsfullt er rett og slett det å ha et fast sted å være. Hun har vært uten fast bolig i snart 8 år, har vært prisgitt andre, og hun kjenner nå på verdien av å ha et trygt og ordentlig sted å oppholde seg, det å kunne være for seg selv og vite at hun selv

---

<sup>53</sup> Dette var ikke noe Kristin fortalte oss, men noe som gikk frem av fylkesnemndsvedtaket.

bestemmer når hun kan legge seg for å sove. Kristin likte å være "nykter" og leve under ordnede forhold. Likevel fremstiller hun selve oppholdet som innholdsløst og passiviserende. På spørsmål om hva hun gjorde i løpet av oppholdet svarte hun at vi gjorde "ingenting":

Forsker: Ingenting?

Kristin: Nei. Vi spiste mat, og vi satt i., vi satt i samtale med dem som jobbet der, vi satt jo på stua, og da kom dem og satt og snakket med oss litt innpå stua, eller gikk inn på rommet vårt og snakket litt med oss, eller., gikk vi turer, og så spilte vi biljard. Ok, så det var veldig.. Sandbekk er veldig dårlig på det området der, vi fikk legetimer, også, vi kunne gå til psykolog én gang i uka, og så kunne vi snakke med en lege hvis det var noe sånt. Fikk ikke medisinerer der. Men – det var ingenting opplegg der.

Med "ingenting" mener Kristin en institusjonshverdag dominert av et stillesittende sofaliv, lite opplegg og mye påtvunget sosialt samvær med andre pasienter og personalet. Likevel forteller Kristin at denne institusjonen gav stor bevegelsesfrihet og ansvar til pasientene. Avdelingen var organisert sånn at de som var innlagt på tvang var i samme avdeling som de som var der på frivillig grunnlag. Dette førte til at de tvangsinnlagte hadde så å si like stor grad av frihet som de andre. Den eneste forskjellen som Kristin merket seg var at de som var på tvang fikk flere sjanser hvis de gikk på en sprekk. De som var der frivillig ble fortært skrevet ut hvis de brøt reglementet, og det ble praktisert nulltoleranse for å ruse seg. Kristin har vært på flere frivillige behandlingsopphold og sier at hun ikke opplevde at hun hadde noen større frihet da enn ved oppholdet ved Sandbekk. Institusjonen praktiserte åpne dører. Det var fri utgang, den eneste form for kontroll som ble utøvd over bevegelsesfriheten var at alle som forlot bygningen måtte skrive navnet i en protokoll, og alle måtte være tilbake innen midnatt.

Kristin sier at selv om hun konstant hadde et sug etter amfetamin, så ruste hun seg ikke en eneste gang under oppholdet. Hun hadde anledning til det og hun opplevde også at mange andre pasienter ruste seg. Kristin overholdt altså institusjonens krav til rusfrihet og tvangsoppholdet oppfylte lovens formål om å gi rusavhengige anledning til å kjenne på og mestre det å være rusfri over en lengre periode.

#### *Et ufordelaktig grenseland*

I løpet av oppholdet fikk hun lett tilgang til lege og ukentlig oppfølging av psykolog. Ved hjelp av psykologtimene ble hun utredet og fikk diagnosen bipolar lidelse. Denne diagnosen sier hun i ettertid ble forkastet eller kom i skyggen av nye kategorier. I løpet av de 10 årene med forskjellige behandlingsopplegg har hun stadig blitt utredet på nytt med det resultat at hun hele tiden har fått lansert nye teorier på hva som "egentlig" er årsaken til hennes problemer. I løpet av samtalen kommer det frem en rekke ulike diagnoser som hun har fått og vært forsøkt behandlet for på ulike tidspunkt (ADHD, bipolar, post traumatisk stress lidelse, personlighetsforstyrrelse), og hun vet ikke enda om noen av dem egentlig er helt forkastet. Kristin er åpenbart et tilfelle det ikke er lett å klassifisere, hun har etter en 15 års lang behandlingshistorie enda ikke fått klargjort hva som er hennes problemers rette navn. Likevel sier hun, på direkte spørsmål, at den diagnosen hun er mest fortrolig med er "dramatiserende personlighetsforstyrrelse". I motsetning til de andre diagnosene som hun har fått, føler hun seg truffet av dens

karaktistikker i tillegg til at hun mener den har positive konnotasjoner. De andre diagnosene hun har, derimot, kan tvert i mot virke belastende ved både å gi dårlige utsikter for behandling og ved å vise til karaktertrekk som er sosialt belastende. Diagnosene inngår i hierarkier av sosial prestisje som kan bevare, styrke eller frata noen verdighet (Album og Westin 2008). Disse er tett forbundet med hvem som iverksetter og legitimerer bruken av merkelappene, og som avgjør når kategoriene skal komme til anvendelse. Dette viser seg for Kristin ved at psykiatrien ikke tilbyr henne hjelp med hennes rusavhengighetsproblematikk. Psykiatrien forholder seg ikke til hennes avhengighet, men primært til de psykiske effektene av denne. Resultatet er at hun vanligvis blir skrevet ut med en gang hun har fått rusen ut av kroppen, ofte bare etter noen dager.

Men der skal dem bare behandle meg når jeg er psykotisk vet du, dem skal ikke behandle meg når jeg er.., på rusproblematikken min. Dem kan ikke, sånn som på Kvinnekollektivet, da, var jo kjempefint, det var skikkelig terapi, og det var samtaler... Det får du ikke i psykiatrien, der får du bare medisiner, og... samtaler med legen.. Men der må du ha en sinnslidelse for å få lov å være inne. Du kan ikke bare si at du er rusmisbruker, og trenger plassen her.

Kristin refererer til kontrasten til en tidligere positiv behandlingserfaring fra et ruskollektiv. I psykiatrien blir den umiddelbare psykiske krisen avverget, men rusavhengighetsproblemen står der uforandret. Og snart er hun innlagt på nytt. Det oppleves som et unødvendig og lite konstruktivt og strengt skille mellom ulike behandlingsregimer. Kristin er et godt eksempel for å belyse at diagnostiseringen er betinget av hvilke sosiale rom og arenaer hvor identifiseringene og kategoriseringene finner sted. Kristin sier at hun i psykiatrien ble betraktet på en annen måte enn i rusinstitusjonene hun har vært i. Hun er et tvetydig tilfelle som har gitt rom for rike spesifikasjons- og utbygningsmuligheter, problemenes navn ekspanderer i omfang jo flere behandlere hun er i kontakt med. Kristin har hele tiden befunnet seg i en sosialt ufordelaktig posisjon i institusjonenes grenseland. Hennes behandlingshistorie er et resultat av å være et tilfelle som oppholder seg i ansvarsområdet mellom rus og psykiatri, og de institusjonelle forskjellene i kompetanse, behandlingsideologi og virkemidler har hun fått føle på kroppen. Diagnosen avgjør hvilke intervensjoner som blir tatt i bruk, og den kategoriske forvirringen hun har blitt utsatt for gjør at hun stadig må skifte behandlingstiltak- og strategier. Imidlertid er den største forskjellen mellom psykiatri og rus, slik hun har opplevd det, at det i rusinstitusjonene i utgangspunktet ikke blir gitt noen form for medikamentell behandling. På grunn av hennes bakgrunn i psykiatrien hadde hun lenge gått på en rekke sterke medisiner da hun ble overført til Sandbekk. På Sandbekk derimot, fikk hun beskjed om å slutte med alle medisinene fordi de nå ble sett på som en del av hennes avhengighetsproblem:

For jeg gikk på så mye medisiner fra før. Det var jo tungt når jeg var på Sandbekk, for du får ikke lov å medisineres der, og jeg var vant til å gå på tunge, sterke, psykiatriske medisiner, for jeg hadde vært innlagt i så lang tid, og.., var vant til det, så når jeg ikke var ruset var jeg vant til å være så tungt medisinert at jeg ikke husker noe.

Selv om det var "uvant" og "tungt" å klare seg uten medisiner, ble avvenningen og medikamentfriheten en positiv opplevelse for henne. Hun sier at medisinene hadde gjort

henne trøtt og tiltaksløs og nå kviknet hun til og fikk energien tilbake. Kristin fikk tre måneder uten påvirkning fra medisiner eller andre kunstige stimuli. Imidlertid tok det ikke lang tid før hun var tilbake i psykiatrien og medikamentell behandling var en del av hverdag igjen.

#### *Rett på gata*

Etter at de 3 månedene var opphørt ønsket hun å gå videre i frivillig behandling, men ble ikke tilbudt plass. Hun fikk beskjed om at det var fullt. Det er et problem med nåværende ordning at de tvangsinnlagte ikke blir sikret plass i frivillig behandling etter endt tvangsopphold. Bruddet i behandlingsopplegget, det at hun ble skrevet ut og ble satt i en ny kø i påvente av plass gjorde at hun mistet motivasjonen. Hun sier at hun ikke fikk noe oppfølging av sosialtjenesten etterpå. Det en stor overraskelse at hun likevel ikke ble tilbudt plass:

Jeg trodde jeg skulle få plass, at jeg skulle få lov å være der i tre måneder til, og det hadde jeg trodd hele tiden, og da datoen kom for utskrivelse, så kom hun og hentet meg hun kuratoren min, og sendte meg hjem. Til Brageby. Ingenting... Hadde ikke bolig, hadde ingenting som helst å gå til.

I stedet ble hun sendt rett på gata, uten bolig eller videre oppfølging. Hun forteller at det aller første hun gjorde da hun kom tilbake til hjembyen var å sette seg en sprøyte. Det at hun valgte å gå rett på "kjøret" igjen, forteller hun, var fordi hun ble provosert over at de først hadde gått til et så drastisk skritt og brukt tvang, og da formålet med tvangen ble innfridd – da hun hadde holdt seg rusfri og virkelig blitt motivert for å få videre behandling – så ble hun skrevet ut, uten andre alternativer:

Det var litt i trass, for jeg følte ...at jeg var villig til å ta imot behandling, for at jeg gikk med på det som de hadde tvunget meg til, og så når jeg plutselig ikke fikk lov til å fortsette med det, så.. var det trass som for i meg, en slags trass som sa at nå kunne jeg like så godt bare fortsette å ruse meg. Så det var... det barnslige steget der.

Selv om hun reflekterer over urimeligheten i dette, mener hun denne reaksjonen var "barnslig". Generelt mener hun at rusingen og det at hun alltid går på en "sprekk" er hennes ansvar. Derfor har hun aldri klandret ruskuratoren sin for at hun tok i bruk tvang. Det er først og fremst hennes egen skyld at den svært omfattende behandlingsinnsatsen overfor henne ikke har ført frem. Likevel førte det at hun ikke fikk plass eller ble sikret ettervern til at hun bare to dager etter at hun kom til sin hjemby ble innlagt på Tveiteskogen pga rusutløst psykose.

#### *Jobb på "Krafttaket "*

Det er gått fire år siden innleggelsen når vi intervjuer henne. Hun er uføretrygdet, bor i omsorgsbolig og tar jobber i "Krafttaket" som er et fleksibelt arbeidstilbud til rusmiddelavhengige mennesker som, uavhengig av rehabiliteringssituasjon og livssituasjon, føler seg i stand til å påta seg reelt arbeid i et dag-for-dag perspektiv. Hver morgen møter hun opp der før kl. ni. Å ha jobber som ikke krever så mye av henne passer henne veldig bra. Grunnen til at hun er i stand til å arbeide er at hun ruser seg mye mindre enn før, og primært på helgebasis. Hun takker Sandbekk for at hun der fikk anledning til å kjenne den gode følelsen av å mestre det å være rusfri.

Institusjonsoppholdet gav henne kunnskap om eget rusavhengighetsproblemet slik at hun nå i større grad forsøker å unngå amfetamin siden dette rusmidlet er det som har mest skadelig effekt på henne. Kristin sier at amfetamin sliter henne ut samtidig som det gjør henne psykotisk. Kristin sier på direkte spørsmål at hun ikke opplevde det som krenkende å være innlagt med tvang. Hun har heller ikke opplevd noen videre forskjell mellom det å være innlagt frivillig eller med tvang. Det som imidlertid var krenkende var å stadig bli konfrontert med det terapeutiske irettesettende blikket og å bli stilt krav om bearbeidelse av adferd som ble betegnet som usømmelig:

De eneste gangene jeg har følt meg krenka, det er hver gang psykologene setter seg ned og prater med meg om blameringa mi, for dem har en sånn egen måte å fremstille det på, når du., når du utagerer seksuelt, så har enkelte psykologer en veldig fin måte å få deg til å føle deg *så* liten på. Det er de eneste gangene jeg har følt meg krenket, det er hver gang dem sitter og snakker om hva jeg gjør når jeg., når jeg ruser meg. Når dem skal gjenfortelle det sånn som dem har hørt det.

Hun føler seg mindreverdig når hun får servert historiene om hennes rusutløste umoral. Selv om hun fortsatt sliter psykisk, har hun nå klart å foreta en ganske drastisk reduksjon av rusbruken. Det er tilgangen som avgjør, hun har ikke lenger tiltak til å foreta seg så mye for å skaffe seg rusmidler, men ca en gang i uka kommer det en leveranse på døra. Hennes hovedutfordring vis a vis rus er imidlertid at hun ikke har noe annet som er i nærheten av å fylle livet med spenning på samme måte:

Det er rett og slett fordi jeg ikke har noe liv. Jeg er vant til å sitte i leiligheten min og trykke amfetamin og sitte å prate om ufoer og alt mulig slags rart. Og., være ute og... ikke gjøre noe spesielt, egentlig, og da blir det veldig kjedelig. Og når du går tre uker og bare ligger på sofaen, og bare ingenting skjer, og kjenner at du blir mer og mer sjuk fordi kroppen ikke har tålt livet den har vært gjennom, så er det veldig lett å putte en amfetaminsprøyte i seg og tenke at du endelig er på topp igjen, veldig enkelt. For bare å få overskudd tilbake, rett og slett.

Kristin har problem med å finne mening i tilværelsen. Hun ruser seg for å få overskudd, for i det hele tatt å komme seg opp av sofaen og for å oppleve litt mer spenning og velvære.

#### *Problemet med dobbeltdiagnosepasientene*

Kristins erfaringer som dobbeltdiagnosepasient er noe sosialarbeiderne selv har fremstilt som relativt vanlig (Lundeberg og Mjåland 2009). Mange av deres klienter har hatt hyppige innleggelse i akuttpsykiatrien. Etter mange nok slike innleggelse, tar psykiatrien kontakt med sosialtjenesten og ber dem vurdere alternativer. Flere sosialkuratorer opplever at psykiatrien bestiller et tvangsvedtak med hjemmel av sosialtjenesteloven fordi behandling i psykiatrien ikke har ført fram og fordi det antas at rusinstitusjonene har anledning til en lengre tilbakeholdsperiode. De opplever at de står i en vanskelig forhandlingssituasjon mellom to spesialistenheter om hvem som skal ha ansvaret for pasienter med lavt behandlingsutbytte og hvis behov er sammensatt og vanskelig å kategorisere. Begrepet *rusutløst psykose* ser ofte ut til å være et virkemiddel i denne prosessen, ettersom det indikerer en årsaksforklaring hvor rusmiddelproblemer fører til psykoser, og dermed pålegger det TSB primæransvaret for behandling av pasientene. Et problem er at det har vist seg å være store diagnostiske utfordringer i å skille mellom hva som er en primær psykose og hva som er en rusutløst psykose i klinisk

praksis (Larsen et al. 2006; 2009). For å kunne vite om en psykotisk person lider av rusutløst psykose må vedkommende observeres rusfri i minst en måned, og noen pasienter som får diagnosen har hatt betydelig kortere innleggelses (Larsen 2009). Samtidig, som i tilfellet Kristin, har mange pasienter andre psykiske lidelser i tillegg. Dette krever en sammensatt behandlingsinnsats og omfattende samarbeid mellom de ulike delene av spesialisthelsetjenesten. Rusbehandling ble en del av den samlede spesialisthelsetjenesten med rusreformen i 2004, men likevel finnes det mange steder ikke ordninger for å håndtere denne pasientgruppen internt i spesialisthelsetjenesten. Samtidig går rivalisering mellom forvaltningsnivåer og yrkesgrupper ut over denne sårbare pasientgruppen. Det er uansett problematisk at en diagnose det knyttes mye usikkerhet til, får en så sentral rolle i det "grensearbeidet" som gjøres mellom psykisk helsevern og TSB i fordelingen av ansvar overfor disse pasientene..

### Karsten: Tvang og NA

Karsten er en middelaldrende mann som etter mange år med tungt rusmisbruk, frivillige og tvungne behandlingsforsøk, har sluttet å bruke rusmidler. Vi ble oppmerksomme på Karsten fordi han flere ganger har besøkt ulike institusjoner for å fortelle om hvordan han ble rusfri. Han ble kontaktet og spurt om deltakelse på et intervju, han samtykket, og intervjuet ble foretatt på en kafé i hans nåværende hjemby etter at han var ferdig på arbeid. Karsten gikk på få år fra å være en uføretrygdet rusmiddelavhengig med langt kriminelt rulleblad til å bli en lovlydig, nykter og aktiv samfunnsborger og arbeidstaker. Sentralt i denne utviklingen var et tvangsvedtak på § 6-2 og en lokal NA-forening.<sup>54</sup>

#### *Uromoment i bygda*

Karsten vokste opp i et lite tettsted på Vestlandet. I 12–13 års alderen kom han i kontakt med bygdas "sorte får", en alkoholisert voksen mann som bodde alene. Her ble han og flere andre gutter på hans alder introdusert for først alkohol, og også senere hasj. Etter hvert ble det et miljø av jevngamle i bygda som brukte ulike rusmidler, og hvor Karsten hadde en sentral posisjon. Senere ble det noe amfetamin, og fra 14 års alderen heroin. Karsten har prøvd og brukt stort sett alle typer rusmidler, men heroin og opiater har vært hovedrusmiddelet siden 14 års alderen. Rollen som både selger og bruker av rusmidler har preget Karstens ruskarriere.

I 13–14 års alderen lagde han mye bråk, var stadig i kontakt med politiet, ble kasta ut av ungdomsskolen og plassert på et guttehjem. Her trivdes han godt, han beskriver det som en plass hvor han fikk omsorg, og i løpet av disse årene fullførte han ungdomsskolen. Etter et drøyt år med arbeid begynte han på yrkesskolen og fullførte med nød og neppe en mekanikerutdannelse. Via tilfeldigheter fikk han jobb på en gård, og jobbet som bonde i flere år. Deretter traff han en snekker, og jobbet som snekker i flere år. I hele denne perioden ruset han seg, og solgte rusmidler, men i motsetning til mange andre rusmiddelavhengige hadde han stort sett hele tiden fast arbeid, med unntak av perioder i behandling og fengsel. Karsten er en av de få i utvalget vårt med betydelig arbeidserfaring.

---

<sup>54</sup> NA er forkortelsen for Anonyme Narkomane: "En fellesskapsbasert forening av rusavhengige i tilfriskning" ([www.nanorge.org](http://www.nanorge.org)), og springer ut av AA-bevegelsen.

Karsten har også omfattende behandlingserfaring. I midten av tjuårene søkte han seg inn på en døgninstitusjon og var i behandling i halvannet år, etter utskrivelse var han i ettervern i ett år. I ettervernsperioden omkom datteren i en ulykke, og han søkte igjen tilflukt i rusen. Karsten hverken utdyper hva som hendte eller søker sympati når han forteller dette. Dette er dessverre heller ikke en uvanlig fortelling; flere av informantene våre beretter om dødsfall blandt egne barn og i nær familie samt andre traumatiske livshendelser. Like ofte fortelles det om at rusen ble løsningen og redningen i disse situasjonene, og like sjelden fortelles det om at de har mottatt profesjonell hjelp for å takle traumene. Mot slutten av tjuårene søkte Karsten seg på ny inn i langtidsinstitusjon på Østlandet, var i behandling i tre år, for deretter å jobbe to år på og utenfor institusjonen som en del av behandlingen. Etter hvert gikk han lei, og da han ble utskrevet etter fem år var han mer eller mindre umiddelbart tilbake på kjøret.

Karsten forteller at han alltid har likt seg på institusjoner. Helt siden erfaringene med å være på guttehem i ungdomsårene har han skjönt hvordan han skal få plass på sånne steder, og hvordan han skal oppføre seg mens han er der for å oppnå privilegier og en fin institusjonshverdag. Han beskriver seg selv som særlig god til å manøvrere og manipulere ulike systemer slik at han mottar de tjenestene han ønsker fra ulike tjenesteytere, om det er en institusjon, et sosialkontor eller en allmennlege, om det dreier seg om privilegier, penger eller medikamenter. I Karstens fortelling er likevel behandlingserfaringene preget av en tomhet, det er lite ved behandlingen han trekker frem som positivt. Det han selv mener han oppnådde ved å være på de ulike plassene, var gleden over å være nykter, og en behagelig tilværelse i et hierarkisk oppbygd system, hvor man får flere og flere privilegier desto bedre man er til å spille institusjonens regler, desto bedre man er til å spille på lag og oppfylle behandlingspersonalets forventinger. Han fremstiller seg selv om en "klassisk" narkoman, som hele tiden manipulerer systemet for å skaffe seg fordeler. Samtidig legger han vekt på at han er spesielt god til å manipulere og manøvrere i hjelpeapparatet, at han har en kompetanse på dette område som gjør han helt unik.

Relativt kort tid etter det femårige institusjonsoppholdet fikk han tilbud om å delta i et kvoteprogram hvor han fikk utskrevet morfinpreparater av legen sin i hjembygda, og mottok denne behandlingen i fire år. I denne perioden ble han uføretrygdet for narkomani, som han selv sier det. Da han etter hvert ble nektet å gå på kvoteprogrammet, ble han søkt inn i LAR og mottok metadon fram til han var i begynnelsen av førtiåra. Han beskriver denne perioden med medikamentell behandling som en svært dårlig tid. Han var vant til å være i aktivitet, vant til å være i arbeid, på tross av rusproblemene, og den passive tilværelsen trivdes han svært dårlig med. Han er også dypt kritisk til LAR, som han mener ikke dreier seg om behandling, men kun utdeling av medikamenter og kontroll. Etter hvert forsøkte han å trappe seg selv ned fra Metadon, han orket ikke lenger gå på det, men det skar seg, han begynte å bruke andre rusmidler og ble etter hvert utskrevet fra LAR. Han forsøkte å få det tilbake, ble bedt om å søke på nytt, med forespeilet ventetid på nærmere ett år. I følge Karsten var dette en svært destruktiv og kaotisk periode. Han hadde over tid utviklet en svært høy toleranse for opiater, trengte mye og store inntak, samtidig som han ikke klarte å skaffe seg like mye penger som før. Han inntok dermed de rusmidlene han kom over, deriblant amfetamin, som han reagerer svært dårlig på, og blir psykotisk og paranoid av. I denne



perioden er han et konstant uromoment i bygda. Han går på sosialkontoret hver eneste dag og krever penger, han utagerer hos legen når han ikke får medikamentene han vil ha, han blir ofte arrestert. Han bor i et slags leilighetskompleks betalt av kommunen hvor det kun bor andre aktive rusmisbrukere. Etter hvert krever han at sosialkontoret finner en behandlingsplass til han. Han blir tilbudt en plass på et evangeliesenter, noe han nekter å ta i mot. Han ønsker å begynne på metadon straks, men ventetida er fremdeles mange måneder. En dag får han en telefon fra lensmannen, som står på døra hans mens han er borte hos en bekjent, og blir bedt om å komme hjem så de kan ta en prat.

#### *Innleggelse med piller*

I følge Karsten hadde kommunen og sosialkontoret et stort behov for å "bli kvitt han" for en periode, de var lei av han og alt bråket han lagde for dem, naboene hans og omgivelsene. De hadde derfor fattet et midlertidig § 6-2 vedtak, og fått plass på en institusjon på Østlandet. Det visste han imidlertid ikke når han kom hjem og møtte to politibetjenter utenfor døra, og han fikk det heller ikke med seg da, for i et tett samarbeid mellom politiet, sosialkontoret og fastlegen var det blitt laget en spesiell avtale for han:

Ja, da fortalte de meg at nå var det i orden, det hadde vært ordna en plass da, som skulle være veldig bra og sånn da, og så før jeg egentlig hadde fått sagt verken ja eller nei eller noe som helst, så sa de det at: "Ja, så har vi prata med legen, så vi kan bare dra dit, så får du det du har lyst til." Og da, når de kommer med det tilbudet, så, så glemte jeg jo alt det andre, ikke sant.

Karsten pakket med seg noen få eiendeler, og ble kjørt av de to politibetjentene ned til legekantoret. På veien ned fikk Karsten skrive ned hvilke medikamenter han ønsket for turen. Karsten hadde helt siden han ble uføretrygdet da han var i begynnelsen av tredveårene fått foreskrevet en rekke medikamenter, "sovetabletter, nervemedisiner og opiater og sånt". Han hentet vanligvis medikamentene to ganger i uken, men uken før hadde han ødelagt inventar på legekantoret i raseri etter at han ble nektet medikamenter da han kom for å hente mer mellom de to faste dagene, og var derfor uønsket på legekantoret. En av politibetjentene gikk da opp til legen med listen, mottok reseptene, hentet medikamentene på apoteket, Karsten tok det han ønsket og våknet ikke før han var på tvangsavdelingen en lang dags kjøretur senere.

Denne anbringelsen er uvanlig i utvalget vårt. For det første ble han kun hentet av politiet, ingen representanter for sosialkontoret var med verken når han ble hentet eller transportert til avdelingen. For det andre ble han "lokket med", med lovnad om de medikamentene han ønsket for turen. Han forteller selv at han ikke fikk med seg at han skulle på tvang, det eneste han klarte å fokusere på var at han skulle få medikamenter. Begge disse forholdene er brudd på forvaltningsnormene i en tvangssak. Det er sosialtjenesten som har ansvaret for innleggelsen og transportereringen, og det er også de som har ansvaret for at klienten blir forkynt vedtaket og rettsgrunnlaget det bygger på (Sosial og helsedepartementet 2000). Dette er særlig vesentlig når sosialtjenesten som i dette tilfellet hadde fattet et midlertidig vedtak, uten at Karsten var orientert om dette på forhånd. Karsten opplevde imidlertid selv innleggelsen og måten den ble håndtert på som utelukkende positiv. Mens de fleste andre vi intervjuet opplevde politiets rolle i

innleggelsessituasjonene som til dels svært krenkende, beskriver Karsten fremgangsmåten til politiet som fin, turen ned som behagelig, og han har ingen motforestillinger mot måten innleggelsen foregikk på. Tvert i mot, Karsten ønsket på dette tidspunktet så sterkt å komme i behandling, komme bort fra bygda og livssituasjonen der, få tilbake igjen Metadon, og så dermed ingen problematiske sider ved selve innleggelsen.

I følge Karsten selv ble han tvangsinnlagt fordi sosialkontoret og kommunen var lei av han, de ønsket å bli kvitt han for en periode. Han forteller at han var en belastning ikke bare for sosialkontoret, som han besøkte nærmest daglig for å kreve penger og andre tiltak, men også for legekantoret hvor han flere ganger viste voldsom oppførsel, og for nabolaget. Karsten fremstår som bygdas uromoment, og sosialkontoret som desperat i et siste forsøk på å gi ham hjelp og å bli kvitt et problem. Han mener også at sosialkontoret la han inn på tvang for å få en rask oppstart på metadon igjen, ettersom han stod langt nede på ventelisten til LAR-tiltaket i hjemområdet, og sosialkontoret opplevde det som så belastende å hankses med han i venteperioden. Tvangsinnleggelsen ble dermed benyttet for også å "snike" i LAR-køen. Karsten henter støtte for denne forklaringen ved å vise til at sosialtjenesten på hjemstedet verken fulgte han til institusjonen, eller brydde seg noe særlig med ham under tvangsoppholdet. De fulgte ikke opp ansvarsgruppene mens han var innlagt, noe han selv påpeker er et brudd på den oppfølgingsplikten sosialtjenesten har når de legger klienter inn på § 6-2. Inntrykket hans var at de var glad for å være kvitt han, og at de helst så at han ble værende der.

Å være til belastning for lokalmiljøet og å snike i LAR-køen er rettslig irrelevante begrunnelser for et § 6-2 vedtak. Sosialtjenesten må alltid fokusere på hvordan et vedvarende og omfattende rusmiddelmissbruk er til fare for seg selv, og ikke andre. Interessant nok er disse momentene fraværende i Karstens fortelling om hvorfor han ble tvangsinnlagt. Han vedgår at han ruset seg mye, og i større grad enn i tidligere perioder også ukritisk, "jeg tok alt jeg kom over". Konsekvensene av dette i forhold til hans egen helse sier han imidlertid lite om, men han er fast bestemt på at sosialkontoret la han inn på tvang for å skjerme omgivelsene for en plagsom og uregjerlig klient.

#### *Tvangsoppholdet*

Karsten ønsket å være på institusjonen, men han ønsket ikke å være der på tvang. Han beskriver den første tiden på tvang som noe vanskelig, han likte ikke at dørene var låst. Imidlertid virker det som om dette ubehaget fort gikk over, ettersom han tidlig oppnådde stor grad av frihet på avdelingen. Mens han var tvangsinnlagt fikk han anledning til å gå ut uten følge en time hver morgen og en time hver kveld. I tillegg besøkte han flere kvelder i uken NA- møter nede i byen, og ble kjørt og hentet dit av personalet på avdelingen. Flere ganger fikk han også ta bussen ned til byen alene for å handle. I følge Karsten skyldtes det at han i motsetning til de andre tvangsinnlagte på avdelingen faktisk ønsket å være der, og at personalet ved avdelingen forstod dette, og tilpasset institusjonshverdagen hans deretter. Selve tvangsvedtaket opplevde Karsten derfor som "bare noe tull". Han ønsket å få vedtaket omgjort til frivillig tvang etter § 6-3. Han forsvarte seg i forhandlingsmøte i fylkenemnda, saken kom opp etter halvannen måned på institusjonen, og han argumenterte der mot § 6-2 vedtaket, og for § 6-3; for

han ville jo være der, og hadde ingen interesse av å forlate institusjonen. Av vedtaket går det frem at det oppstod dissens, men at flertallet gikk for å opprettholde tvangsvedtaket. Karsten legger stor vekt på et trekk ved strukturen i slike forhandlingsmøter som levnet han få sjanser til medhold: Det er langt enklere for kommunen å forklare hvorfor han trenger å være på tvang, enn for han å forklare hvorfor han ikke trenger det:

Og det er jo, veldig vanskelig å så forklare hvorfor ikke jeg trenger det, det er mye lettere for andre å så si det at "Dette trenger du." Alle kan liksom dokumenter noe som ikke jeg har kontroll på mange år tilbake, ikke sant? Men da kan ikke jeg sitte og si "Her og nå", ikke sant, dem bare forholder seg til noe som har skjedd. Ja, og det kan ikke jeg få gjort noe med.

Dette er en erfaring som flere av våre informanter deler. Det som har skjedd nylig, "her og nå" situasjonen blir ikke tillagt mye vekt i fylkesnemnda. Det er det som blir kvalifisert som en vedvarende egenskap ved den aktuelle personen som blir tillagt verdi. Det er vanskelig å stille opp mot journalversjonen av Karstens rushistorie. Hendelser langt tilbake i tid benyttes som bevis for å skape et bilde av en vanskelig og tungt belastet rusklent. Karsten formidler den håpløse situasjonen ved at uansett hva han sier, så er det fortiden, det som har skjedd, det som er over, det som han er ferdig med, som blir bestemmende. Kombinasjonen av at fortiden ikke kan gjøres om og at det er vanskelig å korrigere kommunens fremstilling av fortiden, samt mistro til de rusmiddelavhengiges vurderinger av nå-situasjonen, skaper tilnærmet umulige betingelser for å bli trodd og få medhold i fylkesnemnda. Tidligere i kapitlet har vi vist hvordan både Aurora reagerte på at en rekke hendelser i deres liv ble urettmessig fremstilt og at positive perioder i livene deres ble holdt nede og ignorert. Karsten trekker videre inn at sosialtjenesten ikke bare fremstiller han på uriktige måter, men at de også fremstiller sin egen innsats på urettmessige måter:

Dem legger jo det fram, sosialkontoret, som at dem har prøvd alt mulig, dem har gitt meg sosialhjelp, dem har gitt meg ditt, dem har gitt meg datt, ikke sant, dem har egentlig., altså dem prøver bare å så renvaske seg selv. [...] Jeg syns bare det har vært urimelig hele greia, og at jeg ønska egentlig hjelp, men føler det at ikke jeg fikk det. Det er ikke det, altså, kom på sosialkontoret og få 1500 kroner for mat, og så..., det er ikke den hjelpen jeg trenger.

Karsten peker på en asymmetri i maktforholdet mellom offentlig og privat part i nemnda. At rusmiddelavhengige skylder på hjelpeapparatet for sin vanskelige situasjon er en innarbeidet fortelling, den inngår på mange måter i en "hverdagskunnskap" om hva det vil si å være rusmiddelavhengig: I mangel på selvinnsett skylder man på andre og fraskriver seg ansvar for egne problemer. Karsten mente sosialtjenesten "renvasket seg selv" i fylkesnemnda, de la det fram som om de hadde forsøkt alt, men at han var umulig å hjelpe. Han mener selv den hjelpen han mottok ikke var adekvat; han ønsket oppstart på metadon, men ble tilbudt penger til mat og et evangeliesenter. Karsten mener at definisjonen av han som uten ansvarsfølelse og selvinnsett, fører til en forhåndsdomming som gjør at ethvert forsøk på å anke eller klage blir betraktet som en bekreftelse på disse forhåndsoppfatningene om at han ikke vet sitt eget beste eller er i stand til å ivareta seg selv.

Hverdagen på institusjonen beskriver Karsten, i likhet med de fleste andre i utvalget vårt, som relativt innholdsløs. Det viser seg likevel at det skjedde en del ting på institusjonen han likte:

Nei, jeg vet ikke, det var vel ikke noe innhold i det hele tatt. Innholdet var det at jeg fikk det jeg ville ha. Ja, eller jeg fikk hvert fall det jeg ønska. Altså, som Subutex, Metadon. (pause). Vi var jo på turer, som jeg alltid har likt, egentlig. Og, så hadde jeg en kontaktperson som jeg prata med, og som fulgte meg opp og som skrev litt om meg, sikkert, i en eller annen Kardex eller et eller annet sånt, ikke sant? Men han var veldig ålreit, veldig ålreit kar, egentlig kunne jeg gjenkjenne meg veldig mye, da, altså, han var vestlending selv, og, ja. Veldig mange av folk som jobber i psykiatrien har jo en, egenerfaring på mange ting, ikke sant?

Karsten sin selvpresentasjon er den uavhengige og selvstendige rusmiddelavhengige. Han skjønner hvordan systemene fungerer, og han utnytter systemene. Enten til å få behandling, til å få det bra mens han er i behandling, til å få de medikamentene han ønsker hos legen, eller de stønadene og tjenestene han ønsker fra sosialkontoret og kommunen. Han nekter å la seg innordne, han nekter at andre skal bestemme over han, han kompromisser ikke med systemet, han vil være uavhengig. Det første han sier når han moderer sitt synspunkt om at det ikke var noe innhold på institusjonen, er nettopp at han fikk det han ville ha, i dette tilfelle substitusjonspreparater. Han trekker imidlertid også frem ulike turer som positivt. Han beskriver videre et godt forhold til kontaktpersonen sin, som han på mange måter kunne kjenne seg igjen, og som det ser ut til at han fikk respekt for. Også andre steder trekker han frem betydningen av relasjonen han fikk med kontaktpersonen. Det var denne kontaktpersonen som foreslo for Karsten at han skulle oppsøke den lokale selvhjelpsgruppen til NA, og tilrettela det slik at Karsten fikk gå alene på alle de møtene han ønsket mens han var tvangsinnlagt.

#### *NA som ettervern*

Etter de tre månedene på tvang, fikk Karsten tilbud om å være tre nye måneder på samme avdeling på § 6-3. Til sammen var han ved avdelingen i 6 måneder, hvor han fulgte behandlingsprogrammet, mottok Metadon, og fortsatte å gå på NA-møter. I løpet av denne tida bestemmer han seg for å bosette seg i byen hvor institusjonen ligger, for å få en ny start. Etter utskrivelsen fra institusjonen etablerer Karsten seg i egen bolig, som han selv leier på det private markedet. Han går på atføring, tar ulike sertifikater dekket av sosialkontoret, og får bestilt ned flyttelasset fra hjembygda. Han forsetter å gå i NA, og opplever et sterkt og godt fellesskap der, og klarer å holde seg rusfri. Etter hvert ønsker han å slutte med Metadon. Han vil, som han sier det selv, "bli helt rusfri". Han mener at Metadon er et "sinnsendrende rusmiddel", og han ønsker å klare seg uten. Imidlertid forteller han ikke noe om dette til LAR-tiltaket han tilhører. Han søker litt råd hos andre med liknende erfaringer, og begynner sakte men sikkert å trappe seg selv ned. Også her ser vi tydelig hvordan Karsten demonstrerer sin selvstendighet og uavhengighet; han trenger ikke hjelpeapparatet i denne prosessen, han vil klare det selv, med støtte fra fellesskapet i NA. Han henter den daglige dosen med metadon, men inntar mindre og mindre doser. Ett år etter at han ble utskrevet fra institusjonen, som begynte med et § 6-2 vedtak og fortsatte med et § 6-3 vedtak, er han ferdig nedtrappet og "totalt rusfri", som han selv formulerer det. På intervjuetidspunktet tar han fremdeles en dag av gangen, lover aldri seg selv at han aldri mer skal ruse seg, han er rusavhengig

"i tilfriskning", i tråd med NA sin filosofi, men har ikke benyttet noen former for rusmidler på over to år, går på attføring og jobber i prinsippet fullt, leier en leilighet, deltar regelmessig på NA møter, og er aktiv i en lokal idrettsforening.

Fortellingene til Karsten om hvordan og hvorfor han begynte med rusmidler, hvordan han opplevde både de medikamentfrie og medikamentelle behandlingsforsøkene, hvordan han opplevde innleggelsessituasjonen og selve tvangsoppholdet, må ses i sammenheng med hans nåværende situasjon: Han har klart det "umulige", han er en av de få som er blitt rusfri etter mange års misbruk og har klart å trappe seg selv ned av metadon etter å ha gått på det i flere år; og han har klart dette, i følge han selv, mye som følge av fellesskapet i NA. Den filosofien som NA bygger på, det perspektivet om avhengighet som NA og tolvtrinnsmodellen står for, er noe Karsten har internalisert og omfavnet. At han omfavnet NA sitt perspektiv på avhengighet, var nettopp det som ble vendepunktet fra Karsten: Han begynte å forstå sin egen avhengighet i lys av tankene og prinsippene i NA bevegelsen. Dette kommer kanskje særlig klart til uttrykk når han beskriver tidligere behandlingsforsøk: Han mener rusbehandling, medregnet den han mottok da han var tvangsinnlagt, er innholdsløs. Samtidig ser han at det finnes et innhold, med samtaler og grupper og aktiviteter, men han savner et innhold som kan fungere "sinnsforandrende", for det er det eneste som kan hjelpe en bort fra avhengighet til rusmidler. Sentralt i tolvtrinnsmodellen til NA står nettopp behovet for en "åndelig oppvåkning", og forskning viser at blant tidligere rusavhengige som har opplevd en slik oppvåkning, religiøs eller ikke, ved hjelp av selvhjelpsgrupper eller ikke, øker sannsynligheten for å holde seg rusfri (Sellman 2009). Flere av de andre i utvalget kritiserer også tvangsoppholdene for å være innholdsløse. I disse fortellingene kontrasteres imidlertid den kjedelige og innholdsløse institusjonshverdagen ofte med livet med rus "på gata". For Karstens del forholder det seg annerledes. Som han selv sier det: "Ingenting av dette jeg har lært, har jeg lært på en avdeling." Tradisjonell rusbehandling fremstår for Karsten som innholdsløs sammenliknet med intensiteten i erkjennelsene, og følelsene av å være en del av et positivt fellesskap, som han fikk gjennom NA. Betydningen av tvangsinnleggelsen i Karsten sin historie er dermed som portåpner for deltakelse i NA:

Greia er det at jeg hadde muligheten til å gå på noen NA-møter, kom sammen med rusfrie folk. Hvis jeg ikke hadde truffet dem, hadde fått muligheten til det, så hadde jeg gått inn og ut av en sånn plass. Hvis ikke det er noe..., det må være et innhold i det, og det er det egentlig ikke, noen steder, så er det ikke noe innhold. Men..., men i de tvangsplassene, hvis det er et innhold, du må jo få en rik innsikt, ikke sant. Det er jo en sinnsforandring, det er jo det som må til. Ja, ellers så er du... solgt.

I Karstens fortelling om hvorfor han ble rusfri, inngår også han selv, han ser at han har noen egenskaper og ressurser som han klarte å mobilisere på en positiv måte i kampen mot sin egen avhengighet, men først og fremst så mener han at det var fellesskapet i NA som hadde den avgjørende betydningen.<sup>55</sup> Tvangen hadde samtidig en viktig rolle, i og

---

<sup>55</sup> I artikkelen "The 10 most important things known about addiction", i det anerkjente tidsskriftet *Addiction*, har professor Doug Sellman (2010) følgende overskrift på punkt 9: "Epiphanies are hard to manufacture". Inneforstått: Radikale omveltninger, slik som AA/NA's "åndelige oppvåkninger", er effektive, men vanskelige å oppnå i behandling: De kommer ikke på kommando.

med at det var her han ble oppfordret til å oppsøke NA. Han er derfor takknemlig for at han ble tvangsinnlagt, det ble et vendepunkt i livet hans, et i høyeste grad konstruktiv brudd i en da kaotisk tilværelse hvor han for lengst hadde gitt opp å bli rusfri.

Karstens historie viser hvilken betydning selvhjelpsgrupper som NA kan ha i behandling og rehabilitering av rusavhengighet. AA og tolvtrinnsmodellen har i et historisk perspektiv hatt stor betydning for behandlingsapparatet i Norge (Fekjær 2004). I perioden fram til 1970- tallet stod sykdomsmodellen som AA postulerte sterkt, og nye institusjonsformer vokste frem. På 1950 og 1960-tallet fikk man de første Alkoholklinikker (A-klinikker), som i stor grad baserte seg på 12-trinns- modellen til AA. Fra og med 1970- og 1980-tallet gikk man i norsk rusbehandling imidlertid mer og mer bort fra sykdomsmodellen, og idealistiske, sosialfaglige og senere medisinske perspektiv begynte i større grad å prege både behandlingstilnærminger og institusjonsformer (Mjåland 2008). Mye senere forskning har også kritisert forutsetningene for AA- modellen.<sup>56</sup> Kritikken har særlig vært knyttet til AA/NA's forståelse av rusavhengighet som en sykdom, en sykdom man aldri kan bli kvitt, men som man kun kan oppnå tilfriskning fra. Selv inntar NA en pragmatisk holdning til slike spørsmål. De oppfatter ikke sin bruk av begrepet sykdom eller avhengighet på en verken medisinsk eller terapeutisk måte: "NA bevegelsen hevder kun at dets medlemmer har funnet ut at en akseptering av avhengighet som en sykdom, er effektivt i å hjelpe dem til å akseptere deres situasjon."<sup>57</sup> Denne pragmatiske holdningen ser ut til å bære frukter. AA og NA bevegelsen har vokst seg stor, og har selvhjelpsgrupper i de fleste vestlige land. I Norge arrangeres det rundt 300 ukentlige selvhjelpsgrupper med utgangspunkt i tolvtrinnsmodellen (Vederhus mfl 2009). Holdningen til selvhjelpsgrupper som bygger på tolvtrinnsmodellen er vist å være moderat positive blant norske behandlere, men kunnskapen om slike grupper er lav, og få henviser og oppfordrer sine pasienter til å besøke slike grupper i etterkant av behandling, selv om flere studier viser at selvhjelpsgrupper har positiv betydning i rehabilitering av rusavhengige (ibid.). I en nylig publisert kunnskapsoppsummering om effekt av tvangsbehandling i Sverige vises det at deltakelse i selvhjelpsgrupper i etterkant av tvangsbehandling har positiv effekt, og best virker prognosene å være for de tyngste rusmisbrukerne med den mest omfattende institusjonserfaringen (Gerdner og Berglund 2010: 44–45). I forlengelsen av dette er det verdt å vurdere om behandlingsinstitusjonene i større grad bør orientere sine tvangspasienter om mulighetene for å delta i selvhjelpsgrupper under eller i etterkant av tvangsoppholdene.

### Pia: Tvang og barnevernet

Vi møtte Pia på en pizzarestaurant på senteret en tidlig formiddag. Hun hadde på reine og forholdsvis anonyme klær, hadde sminket seg, nyvaska hår. Hun så godt ut, og hadde få ytre kjennetegn på de klassiske sprøttemisbrukerne man ser i bybildet. Hun hadde gjort seg presentabel for avtalen vår, og intervjuet med Pia var i liten grad preget av at hun for tiden var i aktiv rus. Dette var et resultat av at vi hadde gjort en avtale på forhånd, vi møtte henne nemlig noen dager tidligere på et lavterskeltak; hun hadde

---

<sup>56</sup> Se White (1998, kap. 7) for grundig gjennomgang av denne kritikken.

<sup>57</sup> <http://www.nanorge.org/fakta.asp>

kanskje tenkt gjennom ting på forhånd, og timet rusinntak slik at hun ville være mest mulig i form under intervjuet. Hun fremviste kontroll over rusmisbruket sitt, perfekt dosert så hun verken skulle være sløv eller abstinent. Flere av de andre informantene våre som ble rekruttert oppsøkende, hadde på forhånd ikke alltid hatt like god tid til å huske tilbake på hva som skjedde før, under og etter tvangen, og hadde ikke hatt mulighet til å tilpasse rusinntak for å delta i et intervju i samme grad. Årsaken til at Pia ønsket å gjøre intervjuet med oss, var blant annet at hun for tiden planla å gå til sak mot barnevernet. Hun hevder at hun er utsatt for overgrep fra barnevernet, og hadde et stort behov for å fortelle om de negative opplevelsene hun har hatt med hjelpeapparatet generelt, og barnevernet spesielt. Barnevernserfaring er relativt utbredt blant særlig de unge som tvangsinnlegges etter sosialtjenesteloven. Pias representerer "barnevernshistorien" i utvalget vårt, og vi er interessert i å undersøke hvordan hun selv reflekterer over denne erfaringen og hvilken betydning den hadde i forhold til tvangsinnleggelsen på § 6-2.

### *Oppvekst under tvang*

Pia vokste opp i en utsatt og belastet familie. Allerede da Pia var 12 år gammel ble hun overført til barnevernsinstitusjon. Moren samtykket til at barnevernet overtok omsorgsansvaret. Pia sier selv hun var vanskelig å ha med å gjøre. Det var når hun kom i barnevernets omsorg at hun begynte å eksperimentere med rus.<sup>58</sup> Først hasj i 12 års alderen, deretter eksperimentering med amfetamin og andre stoffer. Hun sier selv at hun "var tidlig ute", i betydningen tidlig debutalder i forhold til stoff. Da hun var 15 år ble hun plassert på tvangsvedtak etter barnevernsloven. Dette vedtaket ble fornyet to ganger, slik at hun var på tvang kontinuerlig fram til hun ble myndig som 18 åring. På grunn av utagering, vold og mye rus ble hun forflyttet flere ganger i denne perioden. Totalt var hun innom tre ulike institusjoner, i tre forskjellige byer. Pias beskrivelser av årene på tvang i barnevernet er svært negative. Hun fikk dårlige nettverk, hun brukte masse amfetamin, og hadde flere overdoser i 17 års alderen, mens hun var på barnevernsinstitusjon. Hun sier hun ikke fikk anledning til å fullføre ungdomsskolen, begrunnelsen var frykt for at hun skulle rømme.

Pia gir derfor uttrykk for en stor lettelse da hun ble 18 år, myndig, og i stand til å leve livet sitt på egne premisser: "endelig, liksom, nå er jeg ferdig med dem". Imidlertid går det ikke mer enn et år før hjelpeapparat igjen tar kontroll over livet hennes. I følge henne selv hadde hun kjørt seg "på bunn på heroin", var sliten og svært tynn, men hun var og er sterkt uenig i begrunnelsen for tvangsvedtaket, som var at det var fare for hennes liv og helse. Hun sier selv at det ikke stemmer, det var ikke noe fare for at hun skulle dø, flere ganger påpeker hun at hun ikke engang hadde hatt overdoser i forkant av tvangsinnleggelsen. På bakgrunn av ulike opplysninger som kom frem på ulike tidspunkt i løpet av intervjuet, kan vi likevel danne oss et bilde av hvordan situasjonen var da hun ble innlagt. Til å være 19 år på dette tidspunktet forteller Pia om en tilværelse preget av et omfattende misbruk kombinert med alvorlige livsbelastninger: Hun hadde en ustabil og midlertidig boligsituasjon, injiserte heroin, og finansierte heroinforbruket blant annet ved prostitusjon. På direkte spørsmål om hvordan hun hadde det på den tiden, svarer hun: "Nei, jeg hadde ikke det sånn kjempebra, egentlig. Jeg hadde det ikke sånn

---

<sup>58</sup> I 2009 ble det mye oppmerksomhet rundt barnevernet da Bergens Tidende og andre medier trykket flere reportasjer hvor det fremgikk at flere ungdommer startet sine ruskarrierer først når de kom under omsorg fra barnevernet (ref.).

kjempebra..., jeg hadde ikke det." Likevel mente hun det var en helt gal avgjørelse å legge henne inn på tvang. Det mente hun da og det mener hun nå og det gav hun uttrykk for på en rekke ulike måter. I ettertid fikk hun vite at det var moren som hadde sendt bekymringsmeldingen til sosialtjenesten, som gjorde at det ble iverksatt en tvangssak. Selv om hun til en viss grad skjønner morens bekymring, følte hun at moren gikk bak ryggen hennes.

#### *Anbringelser i gatemiljøet*

Opplevelsen av selve innleggelsessituasjon forsterket motstanden mot tvangsinnleggelsen. Hun var på "Huset", da politiet plutselig kom. Hun skjønte av blikket til politibetjentene at det var hun de var ute etter, hun prøvde å stikke, men ble forhindra. Hun ble tatt med makt av uniformerte politimenn og ført bort mot den ventende bilen, mens hun hele tiden skrek høyt at hun ikke hadde gjort noe galt. Hun skjønte ikke hvorfor de tok henne, og gjorde motstand. Utenfor bilen sto sosialkuratoren og fortalte at Pia skulle på avrusning. Da Pia forstod at hun ble henta med makt fordi hun skulle tvangsinnlegges på institusjon, ble hun forbanna, skrek og truet sosialkuratoren. Hun ble deretter kjørt til en avrusningsinstitusjon i byen, hvor hun var i to uker, før hun ble flydd opp til institusjonen Marifjell i en annen del av landet.

I handlingsveilederen som angir hva som er god forvaltningsskikk i tvangssaker anbefales brukermedvirkning i hele vurderings- og utredningsprosessen. Det anbefales at klientene informeres om at sosialtjenesten vurderer og eventuelt utreder mulighetene for tvang. Imidlertid unnlater likevel ofte sosialarbeiderne å informere klientene, av frykt for at de skal gjøre seg utilgjengelige for sosialtjenesten og politiet og på den måten ytterligere utsette seg for helsefare (Lundeberg og Mjåland 2009). Pia var ikke blitt informert om at sosialtjenesten vurderte og forberedte et tvangsvedtak på henne. Frustrasjonen og ydmykelsen hun opplevde da hun ble hentet av politiet, og utageringen og truslene det medførte mot politiet og sosialkuratoren, tilskriver hun blant annet at det kom så totalt uforberedt:

Pia: De kom bare på "Huset" og hentet meg, kan du tenke deg hvor flaut det var?

Forsker: Mhm. Og du visste ingenting om det?

Pia: Ingenting, jeg så bare, jeg hørte at folk begynte å rope "politiet er her!", og en rusmisbruker kobler jo det der når., når du stod i telefonen, sant, og så ser hun på meg, så kobler jo jeg det da, jeg jo ikke dum i hodet.

Forsker: Du skjønte ikke hva det dreide seg om, da?

Pia: Jeg skjønte jo ikke det, sant, for de tok jo i meg, og skulle dra meg inn i bilen, og jeg gjorde jo motstand sant, for jeg hadde jo ikke gjort noen ting. Jeg stod og skrek: "Jeg har jo faen ikke gjort noe, slipp meg!".

Pia visste at hun ikke hadde gjort noe galt, og skjønte derfor ikke *hvorfor* de skulle ta henne. Forvirringen ble ytterligere forsterket når de tok henne med makt og førte henne bort til politibilen. Pia gjorde motstand og skrek at hun ikke hadde gjort noe. Det er ikke vanskelig å forstå Pias forvirring og påfølgende reaksjon. Å bli fysisk hentet av politiet symboliserer som regel at man er mistenkt for å ha begått en straffbar handling. I dette tilfellet var imidlertid formålet bak politiets innhenting en omsorgshandling; Pia skulle



ikke straffes, men legges inn på tvang i institusjon i 3 måneder for å få hjelp. Dette skjønte først Pia når de kom bort til politibilen og hun fikk se og snakke med saksbehandleren sin fra sosialkontoret. Innleggelsen bestod derfor av en sammenblanding av personer, fremgangsmåter og rekvisitter fra straffe- og behandlingsapparatet, og for Pia var dette både forvirrende og provoserende. Pias historie er imidlertid ikke unik. Sosialarbeiderne ber ofte politiet bistå ved innleggelsene, og dette ender ofte med at politiet tar total kontroll over selve innleggelsessituasjonene (Lundeberg og Mjåland 2009). Mange sosialarbeidere sier selv at disse sakene ofte har et høyt konfliktnivå og oppleves ubehagelig for både sosialarbeideren og den rusmiddelavhengige.

Pia reagerer videre på at hun ikke hadde fått si sin mening i forkant av innleggelsen, og at hun ikke var blitt tilbudt frivillig behandling først:

Forsker: Hva tror du hadde skjedd hvis hun hadde sagt det til deg, "nå er jeg veldig bekymret for deg, jeg vurderer å reise en tvangssak mot deg"?

Pia: Hva jeg hadde sagt? Altså... jeg hadde nok reagert på en annen måte enn å, enn å gjøre motstand mot politiet, da, ikke sant? Jeg fikk ikke liksom... velge da, jeg fikk ikke tilbud om å reise inn i behandling igjen, avrusning. Hun sa ingenting om det. Og det er egentlig, det er jo feil. Det har jeg sagt til henne. 'Jo, for det at jeg så på det som det ikke var, at det ikke var noe poeng i, Pia. At du ikke vil ta imot behandling uansett'. Men, og så sa jeg: 'Jammen det spiller jo faen ingen rolle, du kunne jo sagt det til meg, du kunne tilbydd meg noe, i stedet for å komme å hente meg på den måten, sånn som det der', ikke sant, det var jo snakk om i... lang tid, "Pia ble hentet av politiet på 'Huset'". Jævlig gøy.

At hun ikke ble informert på forhånd og ikke hadde fått si sin mening, synes å ha fremprovosert en følelse av umyndiggjøring. Det er videre interessant å se at det kanskje mest negative slik Pia beskriver innleggelsen, var ydmykelsen over at dette opptrinnet skjedde åpent foran andre venner og bekjente i rusmiljøet. Hun forteller at hun synes det er pinlig og flaut at hun ble henta av politiet på "Huset". Det var noe folk snakka om i lang tid etterpå. Pia opplevde tvangsinnleggelsen som en krenkelse i seg selv, og ved å bli hentet med makt i rusmiljøet ble denne krenkelsen forsterket ved at ydmykelsen blir synliggjort for andre i miljøet. Innleggelsen på tvang i full offentlighet viser omgivelsene at Pia ikke har kontroll på rusen, at andre må ta over kontrollen for henne. Hun blir ydmyket foran nettverket sitt, den eneste arenaen hun er en del av. En viktig komponent i Sandberg og Pedersens (2006) begrep *gatekapital* dreier seg nettopp om dette: "Antakelig er det her kjernen av gatekapitalen på rusfeltet ligger: Du må lære deg rusen, og du må lære deg å kjenne grensene" (Sandberg og Pedersen 2006: 147). Det er sannsynlig at formen for gatekapital i det tunge rusmiljøet Pia er en del av, altså hvilke egenskaper som blir ansett som verdifulle og gir anseelse, vil være forskjellig fra den formen for gatekapital Sandberg og Pedersen så utspille seg blant hasjselgere langs Akerselva i Oslo. Fellestrekkene er imidlertid store; kunnskapen og kjennskapen til rus og rusmidler viktig; det er omdreiningspunktet for mye av aktiviteten i begge de to ulike rusmiljøene. Å bli tvangsinnlagt til rusbehandlingsinstitusjon kan ses som et uttrykk for at man ikke klarer å tøyle og beherske rusen, man har mistet kontrollen over den kanskje mest definerende handlingen i miljøet, det å innta rusmidler. Flauheten og ydmykelsen Pia opplevde da hun ble hentet av politiet og sosialkuratoren for å legges inn på tvang, kan derfor tolkes som et nedverdiggende tap av gatekapital.

Det at Pia er en ung kvinne i et mannsdominert og tidvis kvinnefiendtlig miljø, kan også tenkes å ha bidratt til ubehaget hun gir uttrykk for ved å bli tvangsinnlagt. Pia presenterer seg på ulike måter og på ulike steder i intervjuet som en hardbarka

rusmisbruker. "Jeg var tidlig ute", var hennes kommentar til at hun begynte å ruse seg da hun var 12 år gammel. Flere steder forteller hun om ulike volds- og utageringsepisoder. Da hun var 17 år gikk hun våken i 2 uker i strekk på amfetamin, før hun gikk i overdose da hun inntok beroligende midler for å få sove. Hun forteller om hvor hardt det var å være i fengsel på strengeste avdeling, hvor lett det var å få smugla inn stoff der, og hvor dumme fengselsbetjentene var som ikke skjønnte det: "For de er jo dumme, ... går på permisjon, da stapper du bare kondomen opp i ræven, sant." Hun forteller også at hun har prostituert seg for å finansiere rusmidlene. Flertallet av disse opplysningene kommer som små historier, digresjoner, fortellinger, ikke på direkte spørsmål, og blir fortalt på en direkte, likefrem måte, som skal fremvise at dette ikke er ekstraordinære men normale hendelser; hun er jo rusmisbruker. På et tidspunkt i intervjuet kritiserer hun fastlegene for å ha ulik praksis for utdeling av sterke legemidler:

Men så har du de her, faen, jeg blir så jævla... forbanna egentlig, da, så har du de her som kan gå til legen å få hundrevis av piller sant, på min alder, og yngre, som faen meg ikke har vært skikkelig narkomane i det hele tatt. Bare fordi at de har funnet den legen (Pia, s. 26).

Pia synes det er urettferdig at noen som ikke har vært "skikkelig narkoman" kan gå til legen å få utskrevet piller som hun selv kunne ønske seg og trenge, men som hun ikke får. Hun trekker en grense mellom skikkelige narkomane og de som ikke er det, og plasserer seg selv blant de førstnevnte. Dette er et fellestrekk i Pias selvpresentasjon som rusmisbruker: Hun er en skikkelig narkoman. Denne kategorien henspiller på å definere seg selv som en "verdige trengende" rusmiddelmissbruker, i motsetning til andre kvasi-narkomane som ikke har noe på et legekonto å gjøre. Samtidig opplever vi at det i motsetning til mange andre er viktig for Pia å *fremstå* slik; at flere av hennes historier og fortellinger om vold, rus, overdoser, fengsel og prostitusjon også dreier seg om å fremvise et bilde av seg selv som en tungt belastet rusmisbruker som tåler det meste. På tross av at hun har flere kvinnerelaterte erfaringer, så spiller hun lite på en stereotypisk oppfatning av seg som offer og kvinnelig objekt for seksuell utbytting i en mannlig kontrollert gatekultur. Samtidig kan hennes forståelse av hva det innebærer å fremstå som en "skikkelig narkoman" være et uttrykk for hva som kreves av en ung kvinne for å overleve i et tøft og maskulint definerende rusmiljø. Å være rusmisbruker, kriminell, og voldelig er fremdeles et mannsdomene. Pias tøffhet og usentimentale gjengivelse av en rekke dramatiske opplevelser kan tolkes som en internalisering av, eller tilpasning til, en maskulin ruskultur. At andre personer er så bekymret for en at det fører til en tvangsinnleggelse i institusjon, bryter med en sentral verdsatt, og tradisjonelt maskulin, forestilling i rusmiljøet om det autonome individet som bryter med samfunnets normative og rettslige krav for hvordan man skal leve. Ydmykelsen som Pia opplevde ved å bli tvangsinnlagt dreide seg kanskje derfor også om å bli utsatt for en (kvinnelig) omsorgshandling foran et (maskulint) rusmiljø.

Selvpresentasjonen som skikkelig narkoman kan imidlertid også leses som et forsøk på redefinerer en sosialt belastet kategori. Ved å gi positiv valør til egenskaper som majoritetssamfunnet forakter, viser Pia motstand mot den stigmatiseringen hun som narkoman føler seg utsatt for. Pia trekker flere ganger frem ulike situasjoner hvor hun har kjent stigmaet som narkoman på kroppen, både i sin egen familie, hennes biologiske far vil ikke ha noe med narkomane å gjøre, men også i det offentlige rom. De positive konnotasjonene i begrepet "skikkelig narkoman" kan tyde på at hun ikke uten videre aksepterer majoritetssamfunnets stigma, men utfordrer det.

*Vold som opprør*

Sammen med politiet og sosialkuratoren ble Pia kjørt opp på en avrusningsinstitusjon i nærheten. Hun skulle være der i to uker for å bli avruset før de resterende 2 1/2 månedene av tvangsoppholdet på institusjon Marifjell i en annen del av landet. De to ukene på avrusning beskriver hun som "helt jævlige". Hun var full i abstinenser, var innelåst på et eget rom, turer på butikken måtte planlegges flere timer i forveien og når de skulle spise var det med plastbestikk, slik at spiseredskaper ble en utelukket mulighet som våpen. Hun ble flydd opp til Marifjell etter to uker. Oppholdet der beskriver hun som en ren oppbevaring. Hun så på tv, satt på rommet sitt, eller var ute og røykte på et røykerom med uknuselig glass i tilknytning til avdelingen. Der satt hun å så på de andre pasientene fra frivillige avdelinger spille volleyball, gå turer, sitte i friluft å røyke. De andre innlagte knyttet hun ikke noe særlig bånd til, de var alle en god del eldre enn henne. Hun fikk ingen gode relasjoner med personalet, og sier det ikke var noe særlig med aktiviteter. En gang fikk de tilbud om å dra for å bade, en tur som måtte planlegges to uker i forveien, og som Pia overhodet ikke ønsket å delta på, ettersom hun var full av arr på kroppen etter sprøytestikk. Å vise frem en kropp med tydelige spor etter rusmisbruk ville vært skambelagt.

For Pias del førte dette påtvungne og innholdsløse institusjonsoppholdet til en opposisjon og motstand mot både institusjonen og de ansatte som jobbet der. Hun sier selv at hun var svært vanskelig og utagerende mens hun var der:

Pia: Ja, jeg.. jeg lagde et helvete, ja. Hylte og skrek å... var vanskelig. Slo...

Forsker: Ville ikke snakke med dem på en måte, sånne ting og, eller?

Pia: Ja, sånn kunne jeg og være å... Ja, sant, slo til hun ene ansatte som jobbet der...

Forsker: Var det en spesiell episode som gjorde at du, var grunnen til at du slo, eller var du bare fortvilet?

Pia: Bare for det at hun... ja, jeg vet ikke jeg, hadde en personlighet som jeg ikke likte da. Måten hun var på å... ja, vet ikke jeg. Jeg bare likte hun ikke. Så hadde vi mye konflikt med det at jeg måtte, jeg husker ikke hvordan det var da... noe med at jeg måtte vente til et eller annet... ja, jeg måtte vente til seinere med å ta det opp, og ta det opp, var alltid vente, vente, vente så du bare, liksom, nå er det faen meg nok!

Voldsepisoden fremstår umiddelbart utenfra som totalt uprovosert. Pia likte ikke personligheten til en av de kvinnelige ansatte, og da hun måtte vente på å ta noe opp, noe hun selv ikke husker hva var en gang, slo hun til den ansatte. Imidlertid er det tydelig at dette handler om en opparbeidet frustrasjon over at på institusjonen måtte hun "alltid vente, vente, vente", med "å ta det opp". Hun følte at hun aldri fikk anledning til å gi uttrykk for sine meninger og følelser fordi det aldri var det rette øyeblikk for de ansatte. Utageringen må også betraktes som problemer med å innordne seg i pasientrollen og kravet til et regulert og disiplinert institusjonsliv. Tiden bestemmes av institusjonen; møter, måltider, legevisitt, og samtaler er regulert og bestemt for at institusjonen skal kunne fungere. For Pias del var denne innordningen til institusjonens rytme problematisk og provoserende. I Pias fortelling fremstår voldsbruken og utageringen som en protest og motstand mot å innordne seg rytmen til en institusjon hun ikke ønsket å være på.

På en rekke ulike oppfølgingsspørsmål spør vi om det var noe som var positivt ved oppholdet, men det var det ikke. Ingen av de andre innlagte knyttet hun seg til, ingen av personalet hadde hun noe godt å si om, legen var ubrukelig, måltidene en pine: alt var galt. Det er mye som tyder på at dette skyldtes en grunnleggende motstand og opposisjon til å være tvangsinnlagt i seg selv:

Forsker: Høres skikkelig mislykket ut det der opplegget?

Pia: Det kan du trygt si. Det var ikke noe, det var ikke noe...

Forsker: Det er ingenting du husker der som var litt hyggelig, en tur eller, liksom...?

Pia: Nei. Jeg likte ikke institusjonen, jeg. Jeg liker ikke låste dører. Det verste jeg vet.

Motviljen mot låste dører dreier seg både om en negativ opplevelse av selve institusjonen, og en generelt negativ opplevelse av å være på tvang, med den frihetsberøvelsen det innebærer. Dette har sammenheng med at på dette punktet befant og befinner Pia seg i en ond sirkel: På intervjuetidspunktet utgjorde hennes samlede erfaring med en eller annen form for frihetsberøvelse 4 ½ år fra hun var 15 til hun da var 21. 2/3 av livet hennes i denne perioden bestod av en eller annen form for frihetsberøvelse og låste dører, inkludert tvang i barnevernet, tvang i rusinstitusjon, fengsel, og soning av dom i behandlingsinstitusjon. På intervjuetidspunktet har Pia vært i "frihet" i kun et par tre måneder. Tvang har vært en normal reaksjon fra hjelpeapparatet og derfor frykter hun at det snart vil skje igjen, hun har det hele tiden på følelsen. En ydmykende og provoserende innleggelsessituasjon, det hun opplever som et innholdsløst opphold, og det at Pia var og er uenig i grunnlaget for tvangen, kan bidra til å forklare motstanden mot og opplevelsen av tvangsoppholdet. Samtidig ser det ut som om den aggregerte erfaringen med tvang i ulike former har ført til en grunnleggende mistillit til myndighetene og hjelpeapparatet generelt. At hun nå frykter og har konstant på følelsen at sosialkontoret igjen vil legge henne inn på tvang, kan ses som et uttrykk for dette.

Etter ca. en måned på Marifjell fikk Pia tillit nok til å bli med ut på en tur i den nærmeste byen. Da de skulle betale parkeringen stakk hun av, og klarte etter mye om og men å komme seg til Oslo. Sosialkontoret opphevet da vedtaket, i følge Pia fordi de innså at det ikke var noe hensikt med å ha henne der. Hun ble dermed ikke ført tilbake til institusjonen, og oppholdet hennes på tvang ble dermed 1 ½ måned kortere enn planlagt. Pia var selvsagt fornøyd med å klare å slippe unna tvangsoppholdet, men samtidig forsterket det følelsen hennes av å urettmessig ha blitt innlagt på tvang:

Pia: Men altså jeg så ikke hensikten med det da, og når jeg da klarte å stikke av, ser jeg heller ikke hensikten med det, det var jo bare å lage styr for meg. Ikke sant. For hvis de da virkelig var bekymret for meg, så hadde de holdt på det vedtaket (...). De hadde jo det.

Forsker: Si det en gang til, jeg forstod ikke det helt.

Pia: Altså, for de sa jo opp vedtaket. Sant, men hvis de virkelig hadde vært bekymret for meg og alt det de hadde skrevet for å lage det vedtaket, så hadde jo de holdt på det, selv om jeg stakk. I stedet for å si det opp, skjønner du?

Flere ganger i løpet av intervjuet trekker Pia frem dette. Hun var uenig i begrunnelsen for at hun ble innlagt, hun mente selv det ikke var fare for livet hennes. Da de opphevet vedtaket etter at hun rømte, tolket hun det som at hun fikk rett: Hadde de virkelig vært bekymret for henne, så hadde de jo ikke opphevet vedtaket, men sport henne opp og ført henne tilbake til institusjonen. På tross av befrielsen ved å klare å rømme, ble følelsen av å være utsatt for et overgrep forsterket da sosialkontoret opphevet vedtaket: Hun måtte gjennomgå en hel rekke ubehagelige og krenkende opplevelser i løpet av halvannen måned, på bakgrunn av vurderinger hun hele tiden mente var uriktige, en oppfatning hun mente hun fikk støtte for da tilbakeholdet ble opphevet. At vedtaket ble opphevet symboliserer også et annet forhold, nemlig at hun ble gitt opp, at ingen holder henne ut, at ingenting kan hjelpe henne. Hjelpemiddelet satte inn masse ressurser fordi de mente hun trengte hjelp, men da hun viste motstand og uvilje og til slutt rømte fra institusjonen, var hun plutselig ikke verdt å hjelpe lenger. Det er en sårhet å spore i Pias resonnement, en følelse av å stadig bli gitt opp av alle.

#### *Det uovervinnelige hjelpeapparatet*

På intervjuetidspunktet var det gått drøye to år siden Pia rømte fra tvangsoppholdet. Ikke uventet mener Pia selv at tvangsoppholdet kun har vært negativt. Hun er klar over at hensikten med § 6-2 vedtaket var å gjøre henne motivert for videre frivillig behandling. Selv forteller hun at det gjorde henne *mindre* motivert for videre behandling. Tillitsforholdet med sosialkuratoren fikk seg også en knekk, hun var forbanna på henne i lang tid i etterkant. Interessant nok har Pia fremdeles den samme sosialkuratoren, og har et godt forhold til henne nå, på tross av at hun fikk størstedelen av skylden for det mislykkede oppholdet på tvang. Dette støtter opp under det vi fant da vi intervjuet ruskonsulenter med erfaring fra tvangssaker: De aller fleste var bekymret for at relasjonen med klienten ville bli ødelagt som følge av tvangsinnleggelsen, mens de færreste hadde opplevd at dette faktisk skjedde, selv i saker med svært høyt konfliktnivå (Lundeberg og Mjåland 2009). For Pias del ser det ut til at en god og langvarig relasjon med en sosialkurator hun forstår vil henne vel, tålte den negative tvangserfaringene. Kanskje er det nettopp slike langvarige relasjoner, som består på tross av mislykkede behandlingsforsøk, trusler og utageringer, som må til for å kunne reversere en slik grunnleggende mistillit Pia og andre med hennes erfaringsbakgrunn har til hjelpeapparatet?

Etter at Pia rømte fra Marifjell var det tilbake igjen til hjembyen med rus og kriminalitet. Hun ble fengslet et snaut halvår etter rømningen fra Marifjell. Hun var først 4 mnd ved to ulike avdelinger i det lokale fengslet. Mens hun var der, visste hun at det ville komme en ny dom, som kom til å ville være langvarig, så hun kontaktet en behandlingsinstitusjon hun hadde vært på da hun var i barnevernet, fikk plass på den, og søkte om å få sone straffen der. Hun ble overført etter 4 tunge måneder i fengsel til en institusjon for unge rusmisbrukere, hvor hun begynte på videregående skole, fikk gode karakterer og holdt seg rusfri. Da de 11 månedene hun måtte sone der gikk ut, valgte hun å reise, mot behandlingspersonalets advarsler og ønsker. Pia forteller at det var tøft

å være på institusjonen, hun skulle både gå på skole, gjøre lekser samt delta i behandling. Hun gikk lei, og ønsket derfor ikke å fortsette i frivillig behandling etter at soningen gikk ut.

Etter et par uker hjemme i hjembyen hvor hun bodde hos en nykter barndomsvenninne, og hvor hun så smått ble introdusert for et rusfritt nettverk via venninnen, begynte hun samtidig sakte men sikkert å ruse seg igjen. Hun fikk ved hjelp av hjelpeapparatet en leilighet, men ble fort tungt involvert i det samme rusmiljøet som tidligere. Da vi intervjuet Pia hadde det gått fire måneder siden hun skrev seg ut fra institusjonen. Hun hadde fått beskjed om at hun ville bli kastet ut av leiligheten, gikk på høye doser heroin, solgte gateaviser for å finansiere rusmidlene, hadde fått avslag fra LAR behandling pga for ung alder, gikk på sosialhjelp, var lite motivert for ikke-medikamentell institusjonsbehandling, og fryktet og hadde på følelsen at sosialkontoret ville fremme en ny tvangssak.

Pias erfaring med hjelpeapparatet er tilnærmet totalt dominert av tvang. En kan spørre seg om løsningen for rusmiddelavhengige med Pias erfaring med frihetsberøvelse, enda mer frihetsberøvelse? For Pias del føyde tvangsinnleggelsen seg til en allerede lang erfaring med å bli tatt kontroll over av hjelpeapparatet. Både måten innleggelsen ble gjort på, og selve frihetsberøvelsen ved å være på tvang, var krenkende opplevelser for Pia. Det kanskje mest problematiske resultatet av tvangsoppholdet er likevel konsekvensene av at tvangsvedtaket ble opphevet før tiden. Hun ble tvangsinnlagt med stort drama og uten forvarsel eller diskusjon om alternativer, og på tross av dette drastiske inngrepet og at hennes problemer var uendret, ble hun skrevet ut etter kort tid stikk i strid mot tidligere vurderinger. Hjelpeapparatet fremstår dermed som både uberegnelig og uovervinnelig, og blir umulig å forsvare seg mot. Det trasset, og den motstanden og utageringen Pia viste under tvangsoppholdet, blir en reaksjon mot dette uovervinnelige systemet og i frykt for at det vil skje igjen.

### Sara: Tvang og ADHD

Sara fikk vi kontakt med via en representant fra en brukerorganisasjon som Sara jobbet i. Vi ringte for å avtale et møte med henne ved en anledning da vi var i hennes hjemby. Intervjuet ble tatt på en kafé som hun selv oppgav som ønskelig.

Sara er 31 år og hadde vært rusfri i godt over et år da vi traff henne. Vi skjønte med en gang at hennes tvangshistorie er annerledes enn de andre vi har snakket med. Hun er den eneste som benevner tvangsinnleggelsen som en "solskinshistorie". Sara hadde nemlig et sterkt ønske om å bli tvangsinnlagt. Hun mente at det var den eneste muligheten for å kunne klare å bli rusfri. Hennes historie har til felles med flere andre i vårt utvalg at hjelpeapparatet mente at hun hadde ADHD, men i motsetning til de fleste andre var det nettopp denne diagnosen som fikk avgjørende betydning i tvangsprosessen, i tillegg til hennes datter Oda.

#### *Skremt vekke*

Historien som Sara forteller er kjennetegnet av at hun i likhet med mange andre har levd et svært farlig liv, ikke bare på grunn av det hun kaller for en periodevis "maksimal rusing", men også fordi hun har vært en del av et svært voldelig og kriminelt miljø der relasjonene primært er knyttet sammen av frykt og narkotikarelaterte byttehandler.

Likevel virker det som det miljøet hun har vanket i har vært av det mest ekstreme slaget. Hun har sett og opplevd traumatiske ting, men også selv gjort ting som gjør at hun har levd under konstant frykt for represalier:

Jeg var så redd her i den byen her, jeg var så redd, jeg følte meg ikke trygg noen steder. Det er kanskje bra at jeg på en måte, må si det på en måte, det er vel kanskje bra at man, at jeg liksom har det så fælt, for det er det som også attpåtil har fått meg til å kunne være her i dag. At jeg... samtidig kan, etter alt jeg har opplevd, med skyteepisoder og med vold, og med masse sånne ting som jeg har opplevd i miljøet, og som da har skremt meg, som også har skremt meg *vekk* fra det, og at jeg faktisk har *villet* komme meg vekk fra det, og som gjør at jeg i dags dato ikke tør å nærme meg visse steder i byen her, for det at jeg – Jeg er ikke redd for at jeg skal begynne å ruse meg igjen, jeg er redd for å møte de folka. Hvis du skjønner hva jeg mener, liksom, jeg har den frykten der over meg hele tiden.

Frykten hun beskriver er ekstrem, hun fryktet alle hun omgikk. Denne redselen som har ødelagt så mye for henne og som preget hennes tilværelse, ble samtidig det som til slutt bidro til å skremme henne vekk. Frykten var utholdelig, og som Sara er inne på flere ganger i intervjuet, så er det eneste gode med det å virkelig ha det så fælt, at et sterkt ønske om endring, om å komme seg vekk, etter hvert ble helt nødvendig for å ha livet i behold. Likevel levde hun slik i mange år før det endelig skjedde noe.

Sara sine perioder som rusmiddelavhengig har vært preget av ulike former for psykisk sykdom, men i motsetning til Kristin forteller ikke Sara om noen positive opplevelser knyttet til dette. Hun forteller at disse problemene tok fart i 2002. Dette førte til at hun begynte å "ruse seg maksimalt", på livstruende måter. Hun var svært depressiv i denne tiden, hun var til og med i perioder suicidal og brukte flere ganger overdoser av heroin i forsøk på selvmord. Dette førte til at hun flere ganger ble tvangsinnlagt i psykiatrien og at hun etter hvert begynte på sterke medisiner. I 2006 bidrar en tragisk hendelse til et vendepunkt. Moren hennes dør. Sara hadde et svært intimt forhold til sin mor, hun sier at moren har vært det eneste faste holdepunktet i livet: "Så moren min var min.., min base. Og min trygghet og alt som var.." Sara sier at hun samtidig var nådd bunnen av sin ruskarriere, og var nødt til å ta et valg:

Hun døde da i 2006, og da gikk det jo ganske *sånn* med meg en stund. Men på en eller annen merkelig måte så klarte jeg å knipe tak i et eller annet, og jeg klarte å reise meg opp igjen. Så da, etter 2006, så begynte jeg å stige opp igjen, ikke bare rett ned. Fordi når moren min levde så var det på en måte mye lettere for meg å ruse meg, for da visste jeg hele tiden at jeg hadde henne der, da brydde jeg meg ikke så veldig. Men når hun var borte, og jeg plutselig hadde ingenting mer, og bare ble satt, husa vekk i en liten leilighet blant mange andre likesinnede, da begynte jeg å føle frykt. Da begynte jeg virkelig å føle at dette her går ikke. Så da begynte jeg faktisk mye å skrike etter tvang selv. Jeg måtte bare vekk. Jeg klarte ikke mer.

Da moren døde ble frykten om mulig enda sterkere. Hun hadde ikke lenger noen å stole på, et tilfluktssted, ingen forbindelser utenfor det harde rusmiljøet hun levde i. Frykten og avmaktfølelsen ble total. Det var enten å hengi seg til den følelsen av at hun ikke lenger hadde noen holdepunkter i livet, ingen som hun kunne gå til og føle seg trygg på, og i redselen og sorgen over at det ikke lenger var noen som brydde seg, benytte anledningen til å ruse seg til en rask og effektiv død. Eller, innså hun etter hvert som hun erkjente hvor viktig moren hadde vært både for henne og for datteren Oda, kunne hun bruke tapet som en motivasjon til å starte på nytt.

Og ikke ville jeg at Oda skulle vokse opp heller, med en.., uten mor, for jeg så selv at jeg hadde mista moren min, og hvor avhengig jeg var av moren min. Da tenkte jeg at det eneste Oda hadde igjen da, det var faktisk meg. Så jeg måtte bare gjøre noe, fordi Oda hadde også en del kontakt med moren min, så de også var jo en del knytta. Ja, moren min passet Oda fra hun var liten, uansett hvor sjuk moren min var, så passa hun på Oda. Og Oda var jo, ja, gullstenen til mammaen min. Ja, så da visste jeg det at jeg måtte være der for Oda. Eller så måtte jeg bare vekk.

Hun var i en livskrise som kunne fått en fatal utgang. Likevel, på en "merkelig måte" så hun plutselig nå tydelig at en drivkraft til å bli rusfri var å gradvis gå inn i rollen som mor, en rolle hun foreløpig ikke hadde maktet eller sett på som en mulighet. Det gikk etter hvert opp for henne hvor viktig moren hadde vært for henne, og ved tapet vokste det frem et ønske om å være like betydningsfull.

### *En ny start*

At tvang ble en mulighet for Sara skyldes også at hun har hatt et langvarig, godt og stabilt forhold til en rekke støttespillere i hjelpeapparatet. Saras hjelpebehov har vært sterkt varierende, men hun har stort sett hele tiden hatt tett oppfølging fra både advokat, fastlege, ruskurator og psykolog. Etablering av et tverrfaglig samarbeid i en velfungerende ansvarsgruppe og det gode kjennskapet til henne, var avgjørende for at det ble grepet inn og gitt hjelp til riktig tid og på rett sted. Det var på et ansvarsgruppemøte at tvang for første gang ble tatt opp og diskutert som et reelt alternativ. Sara er med en gang positivt innstilt til dette. Hun var på desperat jakt etter noe som kunne hjelpe henne ut av denne uutholdelige situasjonen. Når vi spør hvorfor hun ikke ønsket frivillige løsninger, sier hun at hun på grunn av mangelen på impulskontroll og fordi hun var så selvdestruktiv, ikke trodde at hun kunne klare det:

Forsker: Men hvorfor valgte de tvangen, det var, du søkte ikke frivillig, eller?

Sara: Nei, jeg, det hadde jeg ikke klart. Det var det at jeg var psykotisk, og at jeg har, brukte Zyprexa. Så jeg var veldig hissig. Veldig hissig, jeg var veldig utagerende. Både verbalt og fysisk. Jeg har hatt en del trusselansmeldelser på meg og sånne ting. ... og jeg sa det at hvis ikke dette her går nå, hvis ikke jeg får det, så tar jeg livet av meg. Det er enten eller.

Hun stilte et ultimatum. Likevel tar det av ulike grunner over et år fra dette møtet til det endelig skjer noe. Problemet var at Sara nettopp hadde byttet sosialkontor. Siden de ikke kjente henne og hennes forhistorie ble forslaget om å bruke tvang lagt på vent til de fikk satt seg inn i saken og fikk innhentet nok opplysninger til å "jobbe opp" en sak, som hun sier, selv om hun selv sterkt signaliserte at hun faktisk ønsket å bli tvangsinnlagt. Dette gjorde at prosessen trakk ut. Siden tiden gikk og sosialkontoret fortsatt ikke foretok seg noe, tar psykologen hennes til slutt affære. I samarbeid med Sara og hennes advokat lager de det Sara kaller en "tvangsavtale".

En uke før jul og over et år etter at tvang for første gang ble diskutert får hun da endelig beskjed om at hun har fått plass på Leirsund rusinstitusjon. Leirsund er en institusjon som har en egen skjermet avdeling med tre plasser for § 6-2-pasienter. Hun får beskjed om å legge seg inn på kort varsel, bare noen dager etter, noe som innebar at hun måtte feire jul på institusjon. Når det forenklete vedtaket endelig lå der følte Sara seg likevel uforberedt, og kjente samtidig på en ambivalens. Sara fortalte til sine støttespilleres store fortvilelse at hun trengte lengre tid på seg. Likevel ble hun til slutt



overtalt til å gå med på en avtale om å bli lagt inn, med løfte om å utsette innleggelsen til en uke senere enn planlagt. Selv om dette var noe Sara lenge hadde villet, var det likevel et sjokk å få beskjeden. Samtidig kom det hun kaller for en "tvangsglede" da hun endelig kom til rusinstitusjonen Leirsund:

Og ting var ikke sånn som jeg trudde det skulle være, tvang, altså det er greit å rope og skrike om at "jeg vil inn på tvang!", og tenker ikke riktig på hva tvang er, men... for meg... Det var jo litt sånn derre... sjokkerende å vite at her var jeg innesperret, dette hadde jeg valgt sjøl, å være innesperra liksom. Og nyttårsaften... og litt sånne ting liksom. Men så følte jeg meg trygg, jeg var veldig glad, jeg var veldig rørt når jeg plutselig fikk beskjed om at "nå skal du inn, nå har du fått plass på tvang". Så... jeg fikk en sånn derre... tåre liksom, jeg fikk en sånn utrolig tvangsglede.

Selv om ikke alt var som hun hadde forestilt seg, var hun lettet og glad og klar for en endring i livet. Særlig viktig var det å kunne føle seg trygg. Sara sier at hun hele tiden har vært fast overbevist om at dette skulle hun klare. Hun så tvangen som en mulighet for å bryte tvert av med det gamle miljøet og som en uvurderlig hjelp til å kunne gå i dekning for mennesker hun fryktet og som hun aldri mer ville ha noe som helst mer med å gjøre. Tvang gjorde henne utilgjengelig for dem med låste dører, men sørget samtidig for at hun slapp presset om å holde kontakten:

Det som er deilig med tvang, det er at man har alle muligheter, til å kunne kutte alt. Man får ikke ta telefonen, man har lukkede vinduer, man har låste dører, man har alle sånne ting, det er folk der til enhver tid, ikke sant, så man har liksom ingen unnskyldning for å kunne... til andre der ute da, at man må være hos dem. For det er sånn det gjerne er i miljøet, at man syns synd på folk, alle de andre, og man må liksom ha litt kontakt med, man har kanskje kjæreste der ute, man har... litt sånne ting, og da, når man kommer inn på tvang så har man alle mulige sjanser å bryte alle bånd

Saras liv har vært styrt av et destruktivt miljø, og dette formidler hun har vært minst like ødeleggende som hennes rusmiddelavhengighet. Det er ikke bare tilgangen til rusmidler hun vil bli skjermet fra ved å legge seg inn på tvang, men beskyttelse mot et reelt voldelig nettverk. Hun fremhever betydningen av å kunne starte helt på nytt for å bli rusfri, noe som krever en opparbeidelse av et helt nytt nettverk. Narkotikaomsetningssystemet knytter fellesskap og personlige band som forplikter medlemmene til videre deltagelse (Smith-Solbakken og Tungland 1997). Systemet er preget av sterke kontrollmekanismer som handler om tillit, anerkjennelse, respekt i miljøet og tilgang på stoff. Sara hadde vært lenge i miljøet og jo mer man befinner seg i miljøet og jo mer hektet man blir, jo færre roller utenfor den som stigmatisert stoffbruker har man. Økt integrasjon og binding til rusmiljøet, øker dermed vanskeligheten for å bryte med det. Medlemskap i miljøet innebærer både en fysisk, sosial og kulturøkonomisk avhengighet og denne sterke subkulturelle miljøtilknytningen og de få båndene og rollene den enkelte har å spille på utenfor miljøet gjør arbeidet med å hjelpe til rusfrihet svært vanskelig. Det er nettopp dette miljøskiftet som mange av våre informanter opplever eller forestiller seg som avgjørende, men som svært vanskelig. Å ha noen forbindelser som står utenfor rusmiljøet har stor betydning i den vanskelige prosessen til å bli rusfri. Pasientfellesskapet kan være et utgangspunkt for nye relasjoner. Imidlertid er problemet at forutsetningene for konstruktiv miljøbygging er dårligere på skjermede avdelinger enn andre fordi oppholdet er så kortvarig, avdelingene ofte preget

av en rask pasientgjennomstrømning og fordi det er mindre gruppeaktiviteter. Miljøet kan også i mer eller mindre grad preges av uro og av at mange ikke ønsker å identifisere seg med en pasientrolle eller et pasientfelleskap på grunn av motviljen med å være på tvang.

#### *ADHD som redning*

Sara sier at hun i det videre oppholdet på Leirsund brukte tiden på å nyte følelsen av trygghet, til å kunne dusje, til å slappe av og sove. En gang i uka snakket hun med en psykolog, og bare etter en måneds rusfrihet fikk Sara allerede begynne på ritalin-behandlingen. Etter det ble alt så mye lettere:

Og det også var jo veldig deilig, for da kjenner du altså mye av det derre, litt av den angsten og det suget det, det demper seg. Ikke sant, man får mere ro, ikke sant. Det var det som var veldig godt for meg å være på tvang, det er at jeg som er så rastløs, impulsiv, så er det greit å ha noe der som bremser meg. Men det er, det bremser meg sjøl det er at det er låste dører og sånne ting. Og ellers så brukte jeg mye av tiden til å sove og.. bare spise. Så bare sånn for å, ja, bare komme meg litt.

Russuget dempet seg, og hun opplevde seg selv som befriende mer rolig og avbalansert. Etter bare en og en halv måned på tvang får Sara tilbud om å bli overflyttet til et behandlingskollektiv på frivillig basis som hun får anledning til å besøke for å bli bedre kjent. Dette tilbudet avslår hun fordi hun tidligere har hatt negative erfaringer med opplegget i et lignende terapeutisk samfunn. Hun får da et tilbud om å forbli på Leirsund, men å bli overflyttet til den frivillige avdelingen i etasjen over. Dette takker hun ja til. Sara blir der i nesten et år.

Sara sier at det var viktig i denne avgjørende beslutningsprosessen om videre frivillig behandling at hun på forhånd hadde fått sjansen til å oppholde seg på avdelingen og snakke med de andre pasientene om hvordan det var der. Selv om Sara skiller seg fra flertallet ved at hun virkelig ønsket tvang, sier hun at hun likevel ikke på forhånd var sikker på at hun ønsket frivillig behandling etterpå. Det var helt avgjørende for motivasjonen at hun stadig fikk gå på besøk og oppholde seg i den frivillige avdelingen. Tre måneder er svært kort tid til å drive motiveringsarbeid på og til å finne ledige og tilrettelagte plasser som samtidig pasientene ønsker seg. Likevel er det et problem at noen får mangelfull informasjon om hvilket tilbud de kan få etter tvangen eller at de ikke har fått vært med på beslutningen om videre behandling i det hele tatt. Noen ganger kommer informasjonen om hvilke alternativer som finnes for sent, eller så er ikke tilbudet tilpasset den enkeltes særlige behov eller ønsker. I verste fall blir det ikke gitt et tilbud i det hele tatt. Saras eksempel viser hvordan hun ble motivert for å gå i videre behandling ved å aktivt delta i beslutningen og ved å få flere alternativer å velge mellom i god tid før overføringen endelig ble iverksatt.

#### *Smaken på å være nykter*

Sara mener selv hun er et godt eksempel på at tvang er et viktig og hensiktsmessig virkemiddel, men at det er viktig at det brukes til riktig tid og sted i livet til den rusmiddelavhengige. De andre pasientene som hun ble kjent med på tvangen gikk det ikke så bra med, det var ingen av de fire som var innlagt samtidig som henne som gikk videre i frivillig behandling, og en av jentene døde rett etterpå. Særlig har hun sett at det ikke fungerer å bruke tvang på unge som enda ikke har "rusa fra seg":

Det er ikke alle pasienter de er like heldige med som med meg. ... og derfor syns jeg det er veldig godt, godt å kunne stå fram med min solskinnshistorie. Fordi at jeg hører jo mange folk som sier "Æsj, tvang og det, nei, det er overgrep" og det er ikke måte på, men man må se litt på det alderstrinnet på folk som kommer inn for tvang og. Hvis man tenker på at man sender inn en jente på 19 år som er på tvang, en 20-åring, unge kanskje i det hele tatt – Jeg syns at tvang kanskje skal bli brukt mer i forhold til folk som faktisk vil noe, og som faktisk, ja, sånn som i mitt tilfelle, folk som kan få muligheten til å få ritalin og litt sanne ting. For det når man får ritalin, så får man på en måte roa seg litt og, da tenker man ikke bare plutselig på å... da blir ikke bekymringene så store.

Sara er opptatt av at tvang ikke er et egnet virkemiddel overfor unge. Eldre rusmiddelavhengige er mer motivert for endring. Ut fra egne erfaringer om den gunstige virkningen av ritalin, er hun også opptatt av at mange flere burde fått et slikt tilbud i forbindelse med en tvangsinnleggelse. Problemet er at mange ikke makter å holde seg rusfri de tre månedene som kreves for å få avdekket og behandlet en slik underliggende problematikk som rusproblemet i mange tilfeller kan være en medvirkende årsak til. Tvang kan derfor være en løsning for å gi hjelp til dette for flere enn Sara. Behandling ble en avgjørende suksessfaktor, men ellers mener hun som alle andre at hovedproblemet er at det er alt for lite som skjer under tvangsoppholdet. Det blir rett og slett alt for kjedelig for de fleste. Særlig kan dette virke demotiverende på de unge som kanskje enda ikke har kjent så hardt på de mørke sidene av rusbruket og dens helsemessige negative konsekvenser:

Det skjer ikke så veldig mye inn på tvangen at man på en måte bare tenker sånn "å, dette har jeg lyst å gjøre mer av". For det første er det veldig kjedelig å være på tvang. Det er, du er innesperra, du... du er skjerma fra omverdenen liksom. Og jeg tror at det er mere som skal til for å ville bli nykter enn å bare være innesperra. Man må på en måte få motivasjonen, få muligheten til å oppleve ting. Man må kanskje få muligheten til å kunne... gå ut å gjøre litt ting som andre nyktre folk syns er gøy. Sånn som jenter, ikke sant, som gjerne er ute i miljøet og sanne ting, som, for oss, gjerne blir tatt med ut for å shoppa litt klær å..., liksom få litt smaken på det der å... ha på seg nytt, og være rein og nydusja og... Det er så lite som skal til liksom, men det må være sanne ting da, som... jeg vet ga meg mersmak da. For det er jo ikke lett å bli nykter, det er det jo ikke. Da hadde helt sikkert flere kunne gjort det. Men man må hele tiden få en... unnskyldning på hvorfor man ikke har lyst på det som er der, eller, har mer lyst på det som er der enn det som er her.

Selv om det for hennes del var svært betydningsfullt at institusjonen ivaretok helt grunnleggende behov som trygghet, renslighet, mat og seng, var Sara også opptatt av at mangelen på aktiviteter var demotiverende. Det å bli rusfri er et særdeles skjørt prosjekt, det er ikke så mye som skal til, sier Sara, men institusjonen må sørge for å vise at livet som nykter er mer attraktivt enn livet som rusmiddelavhengig. Sara hadde i følge seg selv nådd bunnen og nær sagt hva som helst var mer attraktivt sammenlignet med dette. Slik oppleves ikke situasjonen for alle. Selv om graden av motstand varierer innebærer en tvangsinnleggelse vanligvis at personen det angår ikke selv ser den alvorlige helsefaren som rusingen medfører og benekter et hjelpebehov. Sara skiller seg fra de andre ved å dele hjelpeapparatets oppfatning av sin egen helsesituasjon, og denne overenskomsten skaper gode forutsetninger for det videre forløpet. Hverdagen var strukturert i forhold til felles frokost, et morgen møte, men ellers var det så å si ingenting som skjedde utover at alle hadde fri tilgang til et trimrom og til å spille bordtennis. Av ting Sara nevner som noe som kan være berikende er for eksempel

muligheten for å gå på kino, bowle, pynte seg og gå på restaurant. En ting som flere av jentene i vårt utvalg særlig nevner som en attraktiv forskjell som institusjonslivet muliggjør, og som de skulle ønske det kunne bli gjort mer ut av, er det å kle seg opp og være velstelt og ren. Å dyrke et velpleid utseende og å få anledning til å ta seg en bytur og kjøpe nye klær uten lenger å bli lagt merke til som annerledes er en del av det nyktre livet som gir "mersmak". Sara sikter til det å oppleve hvordan det er å gli inn i en folkemengde og unnsnippe de irettesettende blikkene som tilsynelatende normal eller kanskje til og med oppnå og bli sett på av andre uten at det er noe som vekker negativ oppsikt.

#### *Svartelistet*

Sara skrev seg ut fra Leirsund etter 10 måneder. En av grunnene var at hun hadde truffet en mann på Leirsund som hun ble kjæreste med og som hadde blitt utskrevet en stund tidligere. Sara ønsket nå å prøve ut tilværelsen som rusfri ved å flytte sammen med han. De fant seg en leilighet i et tettsted i god avstand til den byen hvor hun hadde sitt tidligere rusmiljø. Leiligheten ble ordnet uten hjelp fra sosialkontoret. Det eneste tilbudet sosialkuratoren kom med var en kommunal bolig, men Sara visste at hun for enhver pris måtte unngå å bosette seg "oppi gryta hvor alle de andre som ruser seg bor" hvis hun skulle klare en fortsatt rusfri tilværelse.

I hennes historie om livet etterpå er Sara opptatt av å fortelle oss hvor mange barrierer de fleste møter når de blir skrevet ut og må starte helt på nytt. Fortiden innhenter deg lenge etterpå. Sara eide ingenting og de økonomiske problemene og gjelden hun hadde opparbeidet seg, men ikke hadde forholdt seg til i årene som rusmiddelavhengig, gjorde at det ble umulig å ta opp lån eller skaffe seg noe uten hjelp fra andre. Hun sier at problemet er at sosialgaranti, som vanligvis er den eneste løsningen når du ikke har inntekter, er stigmatiserende og gjør det vanskelig å få leiekontrakt, i hvert fall utenfor de mest belastende strøk i byen. Som mange andre i samme situasjon hadde Sara heller ingen pårørende som kunne bistå. Imidlertid er Sara i den spesielle situasjonen at hun langt tilbake i tid hadde fått en voldsoffererstatning fordi hun var misbrukt som barn. Advokaten hennes hjalp henne med å gjøre den tilgjengelig som startkapital slik at hun kunne søke husvære uten å bli påført belastningen med å bli nedvurdert, avvist og stemplet som lite betalingsdyktig og udugelig sosialhjelpsmottaker. Imidlertid viser det seg når hun endelig får oversikt over sin skakkjorte økonomi at det meste av dette beløpet må gå til å dekke en betydelig andel regninger som i gjennom årenes løp har gått til inkasso. Det er slike demotiverende forhold som Sara mener at hjelpeapparatet må bli langt flinkere til å bistå med i denne vanskelige overgangsperioden:

Det var jo ikke noe Leirsund hjalp meg med, selv om det er sosionomer der og sånne ting, så er det faktisk noe jeg må på en måte ta tak i når jeg kommer ut, og det er sånn derre, litt sånn derre "Argh... ", byrde som henger over deg, å tenke på at du skylder så mye, og du skal komme deg ut, og du skal... det er mye ting man trenger..., altså, internett fikk jo ikke jeg, fordi at jeg var for gjeldstynget, så det måtte de jo ordne til meg, ikke sant. TV-kanaler, det får jeg jo ikke, fordi jeg er svartelistet, det må jo moren til kjæresten min ordne. Det må stå på andres navn. Og det, sånne ting er litt... "argh...".

Selvfølgelig er det det. Jeg er sikker på at det er...en haug med folk der ute i dag og som ikke har TV-kanaler fordi dem ikke har, fordi dem er svartelistet...eller internett eller annet, ja.

Plutselig måtte hun forholde seg til at hun var en "svartelistet" person. Ting som blir regnet som av vesentlig betydning for å kunne følge med og delta i samfunnet var utilgjengelig for henne. Fortsatt, ett år etterpå, er det mange ting som ikke er på plass. Sara er imidlertid svært fornøyd med situasjonen sin. En stor forandring er at hun har begynt å ha helgesamvær med sin 10 år gammel datter Oda. Hun har gått over fra å være sosialhjelpsmottaker til å være i attføring. Hun fått seg jobb i en interesseorganisasjon for funksjonshemmede som hun jobber i 4 dager i uken. Jobben er givende og veldig viktig for henne, selv om hun sier det er krevende og veldig mye hun må lese seg opp på og sette seg inn i. Det er også viktig for henne at organisasjonen bidrar økonomisk ved å betale telefon, internettutgifter og månedskort slik at hun har bedre mulighet for å delta og orientere seg.

For Sara er det flere forhold som både er i og utenfor hjelpeapparatets kontroll som har ført til at hun har klart å bli rusfri. For det første hadde hun "rust fra seg", som hun selv omtaler det, hun var utbrent, det gav ikke lenger noe mening. En annen hendelse som endrer hennes selvforhold er tapet av moren og forholdet til datteren. En tverrfaglig ansvarsgruppe med tett og langvarig kontakt sørget for å være pådrivere for tvangssaken helt i det avgjørende øyeblikk. Sara tilskriver likevel særlig ADHD-diagnosen en tiltaksutløsende betydning – det er ritalin-behandlingen som gjør at hun har klart å holde seg rusfri i snart to år. I sosialtjenestestudien (Lundeberg og Mjåland 2009) fant vi at mistanke om – eller diagnoser på underliggende eller akutt psykisk og/eller fysisk sykdom, ofte utløste tvangsvedtak. Utredningen er en av hovedintensjonene med en tvangsinnleggelse. Vi ser at ADHD diagnosen verserer i mange av våre informanters historie, den forekommer hyppigere enn andre, enten som noe det har vært spekulert i som en sannsynlig eller mulig tilleggsproblematikk eller ved at diagnosen er stilt før eller er et resultat av utredningene som ble gjort under tilbakeholdet, selv om diagnosen i de andre historiene ikke har hatt en like direkte betydning for at det ble en tvangssak som hos Sara. Dette kan skyldes at symptomene på ADHD ikke framstår som en like akutt og helsefarlig tilstand som andre sykdommer, og at symptomene ofte blir tolket som et uttrykk for ruspåvirkning eller at rusmiddelinntaket skjuler eller demper disse problemene. Samtidig er ADHD-diagnostisering av voksne er et relativt nytt fenomen og ritalin-behandling av rusavhengige er omdiskutert. Samtidig tyder undersøkelser på at ADHD gir økt risiko for stoffmisbruk og kriminalitet, og særlig sårbare er personer som verken er diagnostisert eller forsøkt behandlet for sine adferdsproblemer (Rasmussen m fl 2001). Det antas at denne sterkere tilbøyeligheten for å ruse seg skyldes "selvmedisinering" ved at rusmiddelinntak øker mengden dopamin hjernen som de som er rammet av ADHD har mindre av enn andre (Evjen mfl.). Omtrent 1/4 av ADHD-pasienter sliter med rusproblemer og med dagens system er det vanskelig å bli både rusfri og ADHD-

behandlet (Schubiner 2000).<sup>59</sup> Et viktig spørsmål er også hvilken mening denne kategorien får i relasjon til rusmiddelavhengigheten til den det gjelder, og om diagnostisering og behandling virker motiverende for å bli rusfri. For Sara ble ADHD brukt som en forklaring og symptom på eget rusproblem og på den aggresjonen som skapte så store utfordringer for henne i dagliglivet. Saken om Sara og det store omfanget av underdiagnostisert ADHD blant rusmiddelavhengige gjør at det kan stilles spørsmål ved om ADHD-utredning bør bli et mer systematisk tilbud til tvangspasientene eller at utredning og behandling i visse tilfeller til og med kan være en foranledning for tvang. Kanskje kan tvangsinnleggelse kombinert med stimulanter i visse tilfeller bedre forutsetningen for å få flere til å mestre en rusfrihet og til å ha et bedre og mer verdig liv.

### NINA: Tvang og fremmedgjøring

Nina kom vi i kontakt med via hennes advokat som vi snakket med i forbindelse med at han prosederte en annen tvangssak for fylkesnemnda som vi observerte. Han spurte henne om hun var villig til å stille på et intervju og vi fikk en avtale om å snakke med henne inne på avdelingen et par måneder før hun hadde termin for sitt første barn.

Da vi traff Nina hadde hun tilbragt de siste fem månedene på Holthaugen som har egen avdeling tilrettelagt for å ta i mot pasienter på tvang etter både §§ 6-2, 6-2a og 6-3. Dette innebærer at institusjonen har valgt å ha en kjønnsblandet tvangsavdeling samtidig som gravide må oppholde seg i et terapeutisk miljø med innlagte på andre tvangsbestemmelser. Det er også en egen avrusningsenhet på avdelingen som kan adskilles fra den andre delen med en dør. Personalet forteller at det ofte er svært mye uro ved denne enheten, særlig når flere er til avrusning samtidig. På grunn av dette sammensatte pasientgrunnet og at mange er på kortvarige opphold med hjemmel av § 6-2, er det en stor gjennomstrømning av folk på avdelingen. § 6-2a pasientene har normalt lengre opphold enn andre av pasientene på en skjermet avdeling fordi de i prinsippet kan være innesperret i hele svangerskapet.

Det første Nina forteller om er at hun har anket tvangssaken til domstolene. Imidlertid sier hun at hun ble motarbeidet av sin advokat i denne prosessen. Først sa advokaten hennes at han frarådet henne å gå til slike rettslige skritt fordi det "ikke var noen vits i". Siden hadde han sagt til henne at fristen hadde gått ut, men ved hjelp av egne lovstudier fant hun ut at dette ikke kunne være riktig. Nina fikk derfor likevel helt i siste liten sørget for å få inn anken siste dagen før fristen gikk ut. Hun forteller at hun også har sendt en klage til fylkesmannen. Klagen handler om det hun mener er svært restriktive forhold på avdelingen og en hverdag uten noen former for tiltak eller muligheter for å komme ut. Nina er spent på denne prosessen, men venter fortsatt på dato for tingrettsbehandlingen. Hun håper det blir snart siden det ikke er lenge til hun

---

<sup>59</sup> Det hevdes at pasienter med samtidig ADHD og rusproblem kan være utfordrende å ta hånd om og det er vanskelig å få god nok behandling for begge lidelsene. Faren for tilbakefall øker i den tiden pasienten står mellom to behandlingsopplegg. Imidlertid er det ingen holdepunkter for å si at behandling av ADHD med stimulanter fører til en økt risiko for at rusmisbruket gjenopptas eller at medikamenter har mindre effekt på ADHD symptomer hos rusmiddelavhengige. Medikamenter reduserer likevel ikke rusmisbruket hos rusmiddelavhengige ADHD-pasienter (Schubiner 2002). Samtidig behandling er nå under utprøving, men behandlingsapparatet melder at det er et problem at det mangler et standardisert kartleggingssystem av ADHD og rus, og behandlingen er preget av mye sprik.

skal føde og tvangsperioden er over. Uansett håper hun i det minste at dette kan føre til at forholdene på avdelingen skal bli mer levelig etter hennes tid. Nina sier at hun må si i fra, også på vegne av andre, fordi det er så mange rusavhengige som underordner seg, som aksepterer de uverdige forholdene uten forsøk på motstand. Hun har tro på at domstolen vil se de kritikkverdige forholdene og stille krav til forbedringer, i tråd med for eksempel de tilrådsninger fylkesnemnda gav i vedtaket om tilbakehold:

Nina: Jeg håper det kan bli litt bedre. For det at, det som fylkesnemnda skrev, og de har jo skrevet en del oppfordringer til ... både mer besøk og ... at jeg kunne få ta ferdig datakortet her, og litt sånn. Og de – overser jo alt her ute. Så jeg har jo klaget inn til fylkesmannen.

Forsker: Ja. Så bra at du, står på da. Og at du har ressurser, til å gjøre det.

Nina: Ja. Jeg blir nødt for det. Nei – dette her er det verste jeg har vært med på. Jeg har vært på mange plasser, men det er ingenting som, topper dette. Jeg har vært på en tvang før, for – når jeg var treogtjue. På Østlandet i tre måneder, eller to måneder. Jeg trodde det var ille, men det ... det kan ikke sammenlignes. Du sitter jo bare her, dag ut og dag inn. Får ikke – komt meg ut vet du, og ... fikk jo ikke luft her på tre uker. For to uker siden så fikk jeg begynne å gå ut, bitte lite granne.

Fylkesnemnda anbefalte institusjonen å tilrettelegge for at hun skulle kunne få ta utdanning under oppholdet og at det burde bli gitt utvidet besøksordning. Ingenting av dette har skjedd, sier Nina. Hun hadde foretrukket fengsel, sier hun, fordi der har de innsatte i det minste friheten til å benytte en luftgård som er til daglig bruk. Nå sitter hun bare der i sofaen, "dag ut og dag inn".

#### *Tillitsbrudd*

Nina har vært i et fast forhold til en mann med fast inntekt og uten rusproblemer i fem år. Hun er opptatt av dette er uvanlig, de fleste med omfattende rusproblemer har kjæresten som er en del av rusmiljøet. Nina hadde hatt lange rusfrie avbrekk de siste årene, og hadde klart å ta opp fag fra videregående for å få studiekompetanse. Hun ville gjerne bli sosionom. På sommeren blir hun uplanlagt gravid med kjæresten. De bestemmer seg likevel for å beholde barnet. Nina tar ganske raskt kontakt med sin fastlege for å få hjelp til å trappe ned medisiner og til å holde seg rusfri. Hun gikk da på det hun karakteriserer som sterke medisiner, sobril og dolcontin, som hun fikk foreskrevet av sin fastlege. I tillegg brukte hun av og til heroin. Legen lagde en nedtrappingsplan for henne og så gikk hun på urinprøvekontroller. Dette gikk greit, sier hun, bortsett fra et par prøver. Til slutt foreslo hun selv at hun skulle legge seg inn for å bli helt avvent. Da gikk hun med på å skrive under på en kontrakt om "frivillig tvang", og ble lagt inn på skjermet avdeling på § 6-3. Bare etter to uker ringte hun ruskuratoren sin og sa at hun ville skrive seg ut. Hun mente at hun nå var blitt avvent og at formålet med å legge seg inn da var oppfylt. Før hun rakk å forlate institusjonen fattet ruskuratoren da et midlertidig vedtak uten å rådføre seg med Nina om det eller om eventuelle andre alternativer. Dette synes Nina var svært krenkende:

Så ... og da fikk de et sånt midlertidig vedtak, og jeg synes det var ganske drøyt, fordi hun har ikke ... advart meg på forhånd om det, ingenting. Og ikke snakket om noe frivillig behandling, hun bare sa at "ja du ville jo ikke inn på noe frivillig

behandling". Men det var jo det jeg gjorde med å gå inn her i tre uker, for å komme av medisinene. Og, hadde heller gått videre – de har jo kvinneteam her oppe – hadde jo heller gått videre på det. Enn å sutte på noe sånn tvangsgreie. Så ... nei, jeg var så sint da, at jeg holdt jo på å sprekke her ute.

Hun hadde selv vist vilje til å ta tak i problemene, men likevel ble hun ikke gitt noe tillit tilbake. Dette tillitsproblemet som bruk av midlertidige vedtak ofte medfører er noe mange påpeker. Klientene blir sjelden tatt med i beslutningsprosessen, og begrunnelsen for dette er en redsel for at når tvang blir et tema bryter klientene all kontakt med hjelpeapparatet og dermed kan en helseskadelig rusing fortsette utenfor enhver kontroll. Det er liten villighet til å ta sjansen på å prøve ut frivillige tiltak i tråd med den gravides behov og ønsker. Dette har sammenheng med at tiden oppleves som særlig kritisk i gravidsakene, forpliktelsen til å beskytte det ufødte livet fører til at saken får "høy puls". Imidlertid var ikke dette en overhengende stor risiko for Nina. Hun var allerede innlagt og derfor inntil videre fullt tilgjengelig for rådgiving før beslutningen om hennes videre behandlingsforløp ble gjort endelig. Nina sier at selv om hun der og da ønsket å bli skrevet ut, ville hun heller ha gått med på en frivillig oppfølging istedenfor tvang. Dette valget fikk hun ikke.

*"Noe som ikke stemmer"*

Det gikk to måneder før saken kom opp i Fylkesnemnda. I denne tiden er Nina lite samarbeidsvillig fordi hun er overbevist om at saken ikke holder i nemnda og at hun snart vil bli sluppet ut. Hun tror at siden hun selv har vist vilje til å ta tak i problemene så vil kommunen lide nederlag. Nina vet ikke at generelt er sjansen for å vinne frem svært liten. Hennes sak viser til en problematisk effekt av de midlertidige vedtakene og særlig når det går så lang tid før saken kommer opp. Problemet er at pasientene ikke innfinner seg med sin situasjon eller kommer i behandlingsposisjon før vedtaket blir gjort endelig. I § 6-2 sakene er dette særlig vanskelig fordi nesten hele tvangsperioden kan være gått før saken kommer opp. Denne ubenyttede venteperioden blir i flere tilfeller helt bortkastede ressurser og en frihetsberøvelse uten mening.

Nina forteller at fylkesnemndsbehandlingen var en stor påkjenning. I likhet med de fleste andre legger hun mest vekt på at hun ikke kjente seg igjen i det portrettet som ble tegnet av henne. Det var så mye som ikke stemte. Hun var svært godt forberedt før saken kom opp. Nina hadde brukt de to månedene som tilbakeholdet hadde vart til å sette seg inn alle sakens dokumenter. Hun hadde forberedt et forsvar på 30 A4 ark sider. Problemet var at når endelig dagen var kommet og hun satt der foran de tre dommerne med et 30 siders notater foran seg, så tok nervøsiteten overhånd og hun følte hun nesten ikke fikk sagt noen ting av betydning:

Nina: Men de har [sukker]– jeg blir irritert da, fordi at, masse av det de sa det stemmer jo ikke. Jeg fikk jo alle de arkene på forhånd, hadde jo brukt en sånn markeringstusj og – stryket under det som, *ikke* stemte. Men jeg kunne jo ikke bruke tid på det; advokaten sa "det er ikke så viktig".

Forsker: Sa advokaten din det – på kammerset – eller sa han det når du vitna?

Nina: Ja han sa det på kammerset. [Ler oppgitt] Var så irritert på han og, for det at – når vi hadde vitner inne, så sa jeg "ja, må du spørre om det", sant, altså – når...det var til fordel for meg da – så spurte han ikke om noen ting. For jeg ...



skulle jo snakke *og* sant. Men jeg – [sukker]; fikk ganske sånn jernteppe – sant, sitter tre dommere der, og så – jeg hadde jo så mye jeg skulle sagt – Jeg hadde jo skrevet trediva A4-sider, sant. Men ... jeg tenkte etterpå; "herregud, hvorfor sa jeg ikke det, hvorfor sa ikke jeg det", sant.

Advokaten hadde på forhånd gitt klar beskjed om at det hun var opptatt av ikke var viktig for saken. Likevel ble hun provosert av at det var så mange ting som ble sagt om henne som ikke stemte. Det er et gjennomgangstema blant de av våre informanter som har vært i fylkesnemnda at de reagerer sterkt på at opplysninger om dem selv blir feilaktig gjengitt, men at deres innvendinger eller protester på dette ikke blir hørt eller at de blir bagatellisert fordi advokaten eller nemnda ikke mener dette er viktig. Ofte handler det om fakta i oppbygningen av argumentasjonen på om den som saken gjelder har et omfattende og vedvarende rusmiddelmissbruk. Kommunen er tjent med å fremstille rusavhengigheten som et problem med opphav langt tilbake i tid, og som lenge har vært helt utenfor kontroll. Antallet overdoser kan være omdreiningspunktet for en slik forhandling om farligheten ved den situasjonen som rusavhengigheten medfører. Samtidig er bevisførsel over om rusavhengigheten tilfredsstillende lovens vilkår sjelden et stridstema blant partene, og i juridisk forstand er det derfor uviktig om vedkommende for eksempel har hatt 3 eller 14 overdoser. Likevel er fremstillingen av rushistorien og alle detaljer knyttet til dette slik det kommer frem i forhandlingene og blir slått fast som endelig i vedtaket svært viktig for den det gjelder. Nina reagerte blant annet på vekten de la på forhold som skjedde langt tilbake i tid, samtidig som alle de konstruktive bruddene og rusfrie perioder i nær tid ikke ble nevnt eller neglisjert:

De brukte liksom min rushistorie, og så gikk de tilbake i tid – Det, var ganske sånn ... kjipt at, liksom – for det at, "ja sånn" for åtte år siden og for ni år siden og for ... I stedet for å fokusere på *nå*, og i det siste.

Kommunen vinner på å lage et konsistent narrativ om hennes rusavhengighet, å skape sammenheng og helhet om at rusproblemet har vært "vedvarende og omfattende" som loven krever, fordi ferdige, strukturerte og gjennomtenkte fortellinger lettere overbeviser tilhørerne. Imidlertid synes hun det er svært kritikkverdige at ikke en gang hennes advokat tar seg bryet med å korrigere for den feilaktige fremstillingen av henne som et uavbrutt rusavhengig offer. Det rusavhengige livet slik det leves og slik det rekonstrueres er jo fullt av brudd, ambivalens, usikkerhet, tilfeldigheter, ikke-logikk osv, men i rettsprosessen blir alle disse livets betydningsfulle sider dekket over og underkommunisert. Rusen har noen ganger tatt kontroll, men hun har også evnet å ta styringen. Mange som Nina opplever at rettsprosessen, forsterker et stigma ved at statusen som rusavhengig blir en masterstatus som overgår alle andre og langt viktigere personlige kjennetegn (Becker 1973, Goffman 1963). Resultatet kan bli at avviksstemplet forsterkes. De blir sosialt redusert til en rusavhengig:

Nei – det verste var å sitte og høre på, når han kommuneadvokaten ... begynte. Altså, at – han snakket jo i en time om ... Og da leste han ... av de papirene han hadde, fra... Det var bare negativt – sitte å høre bare negativt om meg selv, liksom. De bare fokuserer på de verste, tidene i livet ditt, liksom. Ikke bare at det var de verste tidene, men det var jo masse som ikke stemte som stod der, som var regelrett ren løgn, sant. Så jeg fikk aldri sagt "du, det der det stemmer ikke, det stemmer ikke!"

For Nina handler derfor ikke denne rettsbehandlingen først og fremst om å dokumentere om lovens vilkår er innfridd, men om å forvalte definisjonen av sin egen identitet. Den versjonen av historien som vinner frem har ikke bare rettslig status, men inngår i et subtilt sosialt spill om ulike identiteters over- og underordningsforhold. Gjennom rettsprosessen signaliseres hvilke historier det blir lyttet til og trodd på og i vedtaket blir dette endelig bekreftet.

Fremmedgjøringen ble forsterket av at hun var totalt uforberedt på hva en fylkesnemndsbehandling innebar. Hun var ikke inneforstått med at hun i fremføringen av sitt vitnemål og i rekonstruksjonen av sin rusavhengighetshistorie må forholde seg til de strukturelle rammene for juridisk relevans. Hun hadde liten innsikt i at en fylkesnemndssak er en sammenheng av kritisk mistro, en definisjonskamp der fortelleren hele tiden vil møte korreksjoner og spørsmål som leder andre steder enn det som Nina mener er viktig eller sannheten. Selv om Nina er det selvfølgelig omdreiningspunktet for den rettslige diskursen, knutepunktet for all granskning, alle bevegelse og utsagn, føler hun selv at hun ikke har så mye hun skulle ha sagt i sakens anledning. Det er en bestemt versjon av Ninas biografi som blir bygget opp. Her er det opplagt mange versjoner av sannheten, mange fortellinger som blir holdt nede eller utdefinert som rettslig irrelevant. Effekten av fremmedgjøringen – en opplevelse av å ikke kjenne seg igjen i saken om seg selv – er en ofte påpekte kritikk mot rettslige prosesser (Christie 2001). Advokaten var hun generelt ekstremt misfornøyd med. I tillegg til at han ikke forberedte henne på hva hun ville møte, tok han henne ikke i forsvar og benyttet ikke sjansen til å spørre vitnene om forhold som talte til hennes fordel. Flere av vitnene som ble innkalt hadde ingen troverdighet fordi de aldri hadde kjent henne. Særlig reagerer hun på at legen som vitnet mot henne fikk en så viktig rolle når han bare hadde kjent henne i tre måneder og ikke lenger hadde noe med henne å gjøre.

#### *Part eller pasient?*

Ved midlertidig vedtak kommer ansatte på institusjonen som skal vitne i nemnda opp i et yrkesetisk problem. Siden den saken gjelder allerede har vært innlagt en stund har de blitt kjent med pasienten og kan derfor i større grad si noe om vedkommendes prognoser og belyse det rettslige brennbare spørsmålet om tvangens hensiktmessighet; i hvilken grad tvangen allerede har blitt nyttiggjort. Problemet er at rettssalens kontradiktoriske diskurs gjør det vanskelig å finne et nøytralt ståsted å snakke ut i fra. Den rettslige logikken fremtvinger en paradigmatisk, diagnostiserende og kategorisk problemtenkning (Faust 1993, Lundeberg 2008). Det helsefaglige skjønn stilles til disposisjon for et system som skal felle en dom over hvordan virkeligheten har vært og/eller om hvordan den skal bli. Det er forskjell på å tilby forståelsesformer i en behandlingssammenheng og det å være premissleverandør for en faglig "sann" versjon av virkeligheten for den dømmende makt.

På bakgrunn av behandlingsnormenes føringer om å bidra til helsefremme har behandlere i sin vurdering av pasienten lett for å havne i en posisjon der de spiller på lag med kommunen ved å gi opplysninger som berettiger tvangen. Noen institusjoner velger å løse dette problemet ved å nekte å si noe som helst om den personen saken gjelder og dermed ikke ta stilling i den konkrete sak, men velger heller å uttale seg på generelt

grunnlag om erfaringer med slike pasienter og om det tilbudet de har for disse på avdelingen. Dette vil som oftest gjøre det mindre belastende for den saken gjelder, men ikke nødvendigvis. I Ninas tilfelle utførte legen sin rolle som vitne ved både å komme med kliniske betraktninger om prognosen for denne typen pasienter og ved å uttale seg om spesifikke forhold knyttet til Ninas tilstand og utvikling. Uttalelsene hun kom med i nemnda og i journalen som blir lagt frem som bevis oppfatter Nina som dypt krenkende. Siden legen ikke kjenner Nina reagerer hun kraftig på at hun blir offer for karakteristikk basert på legens generaliserte forestillinger og erfaringer om narkomanes negative fremtidsutsikter:

Så, uttalte hun seg en og en halv side om meg, og det gikk jo bare på det generelle ... at de fleste klarte seg ikke, så eg ville sikkert ikke klare meg heller. På bakgrunn av hvor dårlig jeg hadde vært her, når jeg kom inn – og, rushistorien min. Men hvor dårlig du er i abstinensperioden har jo ingenting å si ... Det kan heller være sånn at jo dårligere du er, jo mere skal det til for at du bruker noe ... ikke sant, det [sukker oppgitt]. Nei, så det var ... Og så har hun møtt meg *en* gang, og så kunne hun si alt det derre der! Da ble jeg altså forbanna. Hun får ikke slippe unna med det der!

Hennes rusmiddelavhengighet blir av legen representert som en konstant og gjennomgripende defekt som frarøver hennes evne til rasjonelle valg. Imidlertid er det ikke Ninas, men fosterets helse som er i brennpunktet her. Legen mener tvang er den beste løsning for fosteret, hun ønsker ikke å ta noen risiko for å skade det ufødte livet. Uttalelsene blir ikke oppfattet som midlertidige ord i sakens anledning, som fremtvunget av den kontradiktoriske diskursens spilleregler, og med tanke på å sikre fosteret en rusfri tilværelse, men som allmenngyldige, som sannheten om mennesket, vennen, kjæresten og den fremtidige moren Nina. Opplevelsen av krenkelse blir forsterket av en tidligere erfaring med den samme overlegen. Hun hadde i løpet av Nina og samboerens første konsultasjon på Holthaugen degradert hennes evner både som kjæreste og omsorgsperson:

Hun og sa ... *mens* jeg satt her, og, han samboeren min, at: "Ja det er jo ikke nok med at du sitter på tvang: Du kan jo regne med å miste barnet også!", sa hun. Den! Og så sier hun det at ... [sukker lattermildt] ... til ... samboeren min da – at, ja spurte hvor lenge vi hadde vært sammen? Så – vi har vært sammen i fem og et halvt år da. "Ja, hun visste nå hvordan sånne forhold var, liksom ... Vi gjorde, var sikkert mer bare venner enn kjærester." Altså, hun har kommet med så mange... uttalelser som ... [Sukker]. Ja ... Er ganske drøye... Hun skulle ikke sagt noe sånt som det der!

På bakgrunn av rushistorien blir det parforholdet og samboerskapet hun har hatt i fem år latterliggjort og nedvurdert til et slags ustabil venneforhold. Hun blir heller ikke tiltrodd noen forbedringsmuligheter som kan gjøre henne i stand til å ivareta et tilfredsstillende morskap. Disse uttalelsene blir totalt ødeleggende for forholdet deres. I det videre oppholdet på Holthaugen ønsker hun ikke å ha noe som helst mer med henne å gjøre. Sammenlignet med relasjonen til sosialtjenesten som de fleste av våre informanter – både på klientsiden og på tjenesteytersiden – definerer som slitesterk fordi det er en tillit som er bygd opp gjennom langvarig og tett kontakt, er forholdet til ansatte ved rusinstitusjonen svært skjøre og lett å ødelegge. Historien om Nina viser at negative uttalelser i ikke bare kan resultere i at stigmaet som hjelpesløs rusmisbruker vedlikeholdes eller forsterkes, men at det oppstår en fare for å skape tillitsbrudd som får

negative konsekvenser både for det videre oppholdet og i forholdet til hjelpeapparatet på lengre sikt.

Imidlertid er ikke Nina en person som uten videre underordner seg andres definisjoner. I motsetning til f.eks Pia ser hun ikke på seg selv ut fra majoritetens blikk som en "skikkelig narkoman". Hun kjemper hardnakket i mot en slik kategorisering. Det er dessuten til stor hjelp at hun har en ressurssterk kjæreste som står på utsiden og som prøver å hjelpe henne i denne motstandskampen. Han bidrar med å forsøke å komme i dialog med Holthaugen om kritikkverdige forhold med håp om forbedringer. I løpet av samtalen kommer det frem at hun for eksempel ikke ønsker å være på en forsterket helsestasjon som er spesialisert på rusmiddelavhengiges spesielle situasjon, fordi "...det er jo bare rusmisbrukere som går der. Jeg vil ikke ha noe tilknytning til noe sånn miljø". Samtidig opplever hun hele tiden å bli påmint viktigheten av dette i hjelpeapparatet. På tross av hennes motstand blir dette reduksjonistiske bildet av henne stadig produsert og reproducert av mennesker som har innflytelse og makt over hvordan hun blir oppfattet av andre. Særlig sterkt oppleves det som fremstilles og blir anerkjent som sant i fylkesnemndsprosessen. Selv om hun får liten hjelp i å få korrigert denne oppfatningen av henne, opplever Nina likevel at fylkesnemnda er på hennes side i sin kritiske utspørring av behandleren om forholdene på institusjonen.

Fylkesnemnda var veldig opptatt av denne plassen – altså ... Hva ... aktiviteter er det, hvilken behandling får hun? Og da satt hun der; "det er ingen behandling, det er en skjermet avdeling". Og det gjentok hun igjen og igjen og igjen og igjen.

Fylkesnemnda er ikke bare opptatt av fosterets rettsvern, men også hvordan institusjonen ivaretar Ninas situasjon. De ber om en klargjøring og utdyping av hvilke tiltak som institusjonen kan tilby henne. Legen svarer at det ikke er noen behandling fordi de simpelthen ikke har lov til det. Sosialtjenesteloven gir ikke grunnlag for tvangsbehandling, men åpner kun for undersøkelser og motivering for videre frivillig behandling. Hun henviser til at institusjonens mandat fra myndighetene bare er å sørge for skjerming fra tilgang til rusmidler. Imidlertid er grenseoppgangen av hva som defineres som behandling og motivering uklar og tolkningen av dette varierer mellom institusjonene (Lien og Nilssen 2000). Samtidig har ikke nemnda makt til å diskvalifisere en institusjon, den har ingen direkte instruksjonsmyndighet i forhold til hvordan institusjonen skal tilrettelegge oppholdet i det enkelte tilfellet. Det er RHFene som har ansvar for å kvalitetssikringen når de inngår avtaler med institusjonene. Imidlertid tiltror Nina nemnda en langt større myndighet enn de faktisk har. Hun tror at alt det nemnda sier i vedtaket skal bli innfridd. Anerkjennelsen som dette gir til den tvangsinnlagte er psykologisk viktig. Deres klager har blitt hørt og trodd på vis a vis behandlingsapparatet. Imidlertid oppstår et problem når pasienten opplever at dette likevel ikke blir fulgt opp, forventningen blir brutt, det skapes mistillit til institusjonene og en oppfatning av at det er lovløse tilstander.

### *Streng kontroll*

Nina opplever kontroll og sikkerhetstiltakene på avdelingen som rene avstraffelser. Hun ser ikke hensikten med alle frihetsinnskrenkningene. I tillegg lever hun nå i et skjerpet tvangsregime fordi hun har rømt to ganger. Særlig den siste rømningen ble det slått hardt ned på fordi hun var borte så lenge før de fant henne. Med "lenge" mener hun to

uker. Hun forteller at hun i løpet av tiden på flukt begynte å ruse seg igjen. På grunn av denne "sprekken" viser hun stor forståelse for at de var strenge mot henne i begynnelsen, men hun synes det er urimelig at hun en måned etterpå fortsatt ikke er bevilget større bevegelsesfrihet. De kontrolltiltakene og frihetsinnskrenkninger hun nå er satt under, slik hun etter hvert gir oss utfyllende innblikk i, er noe vi ikke har blitt fortalt om tidligere. Hun har ikke fått tillatelse til å gå ut å lufte seg på tre uker. Nina har ikke fått tilbud om utredning eller behandling. Behandleren har hun snakket med to ganger i fem minutter. Når hun skal på svangerskapskontroll blir hun sendt med psykiatrisk ambulanse og tre ambulansfolk pluss ansatte på avdelingen. Dette synes hun er svært belastende. Nina ser på dette som en tidsbestemt avstraffelse for at hun rømte, de skal "ta igjen". Hun mener at de prøver å gjøre det verst mulig for henne. I tillegg har de innført strenge restriksjoner på besøksordningen. Tidligere hadde barnefaren – som aldri har hatt rusproblemer og som lever et normalt liv med fast arbeid – fått komme på besøk tre ganger i uken. Nå får han bare lov til å komme hver 14. dag.

Hun opplever også at hun ikke har noen innflytelse over hva som skjer på institusjonen. Nina har en kontaktperson som hun tar opp alle forholdene hun mener er urimelig med, men etter at hun har vært på avdelingsmøte kommer hun tilbake uten at hennes synspunkter har blitt tatt hensyn til. Behandleren, som hun kun har snakket med i fem minutter, sier at hun måtte slutte på medisiner selv om hun er bipolar og har ADHD. Det verste er likevel inaktiviteten og det å få tiden til å gå når det er absolutt ingenting annet å gjøre på:

Eller, jeg sitter her på oppbevaring, eller folk sitter på oppbevaring, og ... jeg kunne bare sittet sånn som dette her i ... i flere måneder – så hadde det liksom, vært greit for de. For det at, det skal være fosterets beste sant? Men, de må ikke bare isolere det. Det er sånn de gjør. Det er som – jeg ... [sukker], ikke eksisterer, og det er bare – bare det. Så ... jeg har jo sagt til dem at jeg trenger jo å få beveg meg, jeg trenger jo litt mosjon – jeg trenger jo å være litt i form og ... Psyken har jo mye å si og, sant. ... Jeg blir i hvertfall ganske nedbrutt av å sitte her. Det har gått veldig utover – han sier jo det, han som jeg er sammen med og at ... jeg har blitt så distansert og jeg – Han merker i hvert fall veldig forskjell. Jeg merker og veldig forskjell. Jeg fungerer verken i hodet, eller noen ting. Og selv om jeg sitter her, så har jeg ikke roen til å – jeg liker jo godt å lese og skrive og sånn – og det, det klarer jeg ikke her.

Det finnes ingen tilrettelagte aktiviteter for gravide på institusjonen. Det er lite fokus på å ivareta lovens sekundære målsetning om å prøve å motivere kvinnen til å bli rusfri og å bli i stand til å bli mor. Selv om hun selv valgte å beholde barnet, klarer hun heller ikke å fokusere på graviditeten ved egen hjelp. Hun sier at det å være innesperret overskygger alt og at "graviditeten har blitt er mareritt". På grunn av fraværet av "mor og barn"-fokus på institusjonen forsøkte hun å bli overflyttet til en annen institusjon med egen avdeling for gravide, men fikk ingen respons fra verken ruskuratorene eller inntaksteamet. Nina ble fortalt at tvangsinnlagte ikke får pasientrettigheter som kommer under fritt sykehusvalg, denne feilinformasjonen undersøkte hun ikke nærmere. Hun vet ikke hvem hun skal stole på lenger, hun føler at hun blir motarbeidet av alle.

*Meningsfull motstand*

Nina viser motstand på flere måter, hun rømmer flere ganger og hun uttrykker stadig en skepsis til samarbeid, men hennes sak kjennetegnes først og fremst av at hun vet å benytte seg av de rettssikkerhetsgarantier som tvangsinnlagte har (skal ha). Hun henvender seg til de klage- og appellinstansene som finnes og håper at hennes status som rettssubjekt og rettighetsbærer skal gi mening og få konsekvenser. Hun innordner seg i byråkratiets logikk og forsøker å bli satt i respekt ved å svare med samme mynt. Mange tvangsinnlagte viser motstand, men gjør det primært ved spontane og emosjonelle virkemidler som følelsesutbrudd, utagering, vold og små og store sabotasjer. Nina mener at det ligger i sakens natur at "...folk *blir* jo veldig sint av å være på tvang!" Hun forteller om at aggressive episoder er hverdagskost inne på avdelingen, dagen før hadde for eksempel en av pasientene knust en rute i sinne. Imidlertid blir ikke alle aggressive av å bli lagt inn på tvang. Dette skyldes ikke bare individuelle forskjeller, men er også betinget av hvordan rettsprosessen har foregått og hvordan tilbakeholdet er organisert. Imidlertid er Ninas måte å gjøre motstand på eksemplarisk ved at hun er seg bevisst sin posisjon som rettssubjekt og behersker og tar i bruk byråkratiets formelle krav. Likevel opplever hun at det er ingen i hjelpeapparatet som gir henne veiledning og hjelp i forsøket på å gå rettens vei for å slippe ut; tvert i mot føler hun seg motarbeidet og feilinformert. På grunn av egen innsats, og ikke minst fordi hun har en ressurssterk pårørende, klarer hun likevel å skrive klagebrev til riktig adressat og så vidt innen fristen. Nina finner stor støtte i fylkesnemndsvedtaket i defineringen av hva som kan betraktes som en urettmessig behandling ved oppholdet på Holthaugen. Hun har vedtaket med seg til intervjuet, og vi ser at hun har strøket over deler av det som står der med markeringstusj. Helt på tampen av intervjuet leser hun det høyt for oss slik at vi får høre at hun har nemnda på sin side i sitt klagemål:

*Det står jo her at "...videre må det tilstrebes å gjøre dagene i institusjonen mest mulig meningsfylte, for eksempel ved svangerskapskurs, og/eller andre aktiviteter som gravide deltar på. Videre har nemnda merket seg at Nina har hatt ønske om å fullføre noen moduler på datakortet som hun har begynt på. Det bør vurderes om det kan åpnes for at hun kan fullføre disse over internett. Videre må en søke å legge forholdene til rette, for at hun kan få ta imot av [Nina blir om] NAVN PÅ BARNEFAR," – det er jo han samboeren min da – "...også i helgene. Ifølge Nina er helgene spesielt passive ved institusjonen." Så står det jo mer her, men ingenting av det følger de opp. Det gjør de jo ikke. Og det sto jo det at "...nemnda har stor forståelse for at Ninas frustrasjon og vantrivsel – ved ikke å kunne forberede seg til fødsel slik andre gravide som ikke er tvangsplassert har. Et institusjonsopphold er lite optimalt i en slik situasjon ". Så ... Så står det og "...samtidig har den gravide krav på å få tilfredsstillende hjelp for sitt rusmisbruk, og i forhold til ivaretagelse av barnet etter fødsel ". Og institusjon – "...institusjon og sosialtjeneste må således så langt det lar seg gjøre legge forholdene til rette for at tiden frem til fødsel blir best mulig for den gravide ".*

*Det gjør de jo ikke! Og så står jo det "...også den gravides trivsel og psykiske tilstand vil kunne ha innflytelse på barnet som skal bli født". Men det ... Virker ikke det som de ser. For det er jo veldig sant. "Det er derfor viktig at plasseringen ikke oppleves som en ren oppbevaring". Og det e' jo det det er! Ren oppbevaring. Ingenting annet.*

Selv om dette har styrket Nina i sin tro på at hun har en sak, har hun erfart at ingenting av det som nemnda sier som talte til hennes fordel blir fulgt opp av Holthaugen. Hun tar dette som nok et eksempel på systemet ikke fungerer. Det er ingen sammenheng i

hva de som Nina tiltror definisjonsmakt sier og hva som blir gjort, de ulike forvaltningsnivåene snakker forbi hverandre og institusjonen virker det for Nina som om de gjør hva de vil. Saken om Nina viser en mistillit som eskalerer. Forventningene hun har hatt til forvaltningsapparatet er kontinuerlig brutt, hun føler seg fremmedgjort og urimelig behandlet og uten noen reell form for påvirkningsmulighet.

### **Brita: Tvang og forandringsvilje**

Vi intervjuet Brita på en kafé i hennes hjemby sammen med samboeren Per kun to uker etter at hun hadde født sitt barn etter et lengre opphold på § 6-2a. Brita var 24 år og Per i midten av førtiårene. Brita har erfaring fra to tvangsopphold. Hun ble innlagt på § 6-2 da hun var 20, men dette oppholdet førte ikke til noen endring, hun gikk umiddelbart tilbake til rusen etter de tre månedene. Hun ble gravid da hun var 24, og ble da lagt inn på § 6-2a. Under denne innleggelsen begynte Brita å ta tak i sine rusproblemer, og bestemte seg for å ville bli rusfri. Brita og Per mistet omsorgsretten over barnet til barnevernet. Da vi intervjuet dem lå barnet i kuvøse og mottok behandling på et spesialisert sykehus i en annen og større by, men tilstanden ble betegnet som stabil og prognosene gode. De ønsket å beholde omsorgen for barnet, og hadde anket barnevernets vedtak til tingretten. Graviditeten og oppholdet på § 6-2a førte for Britas del til en rekke positive endringer. Hun legger stor vekt på at hun under oppholdet fikk en mye større innsikt i egne rusproblemer, og derav motivasjon til å gjøre noe med dem. For barnevernet var imidlertid dette ikke nok, Brita må bevise at selvinnsikten fører til resultater, også på sikt, før de kan vurdere å gi henne omsorgsretten. Det er dette Britas historie handler om; gleden over rusfrihet, endring og innsikt i egne problemer, og fortvilelsen over at dette ikke er tilstrekkelig for å få ha omsorg for sitt eget barn.

#### *Tvang etter livskrise*

Brita forteller om en lang og vond oppvekst i barnevernet. Hun ble plassert i sitt første fosterhjem da hun var 7 år. Hun sier selv hun var et vanskelig barn som hadde problemer med å tilpasse seg nye familier, og fosterforeldrene holdt henne sjeldent ut lenge. Brita ble derfor plassert i en hel rekke fosterhjem og opplevde en rekke tilknytingsbrudd i oppveksten. I tre år bodde hun på en barnevernsinstitusjon. Det var her, i 13–14 års alderen, at hun først begynte å ruse seg. Hun rømte ofte, ble henta av politiet og ført tilbake igjen til institusjonen. Hun beskriver det som en veldig vanskelig tid. Da hun var 18 år og ute av barnevernets omsorg, ble hun gravid. Hun var frivillig innlagt på institusjon mot slutten av svangerskapet og i etterkant av fødselen fikk hun plass på et familiesenter i en by noen timer unna hvor hun bodde med sin datter i en leilighet med tett oppfølging fra personalet. Etter et snaut halvår flyttet hun tilbake til en ny leilighet i hjembyen. Barnefaren var aldri inne i bildet, hun bodde alene med sin datter. Da begynte Brita å ruse seg igjen. Holdt det skjult en periode, helt til hun så det ikke gikk lenger. Hun ba derfor selv barnevernet om hjelp, om at de tok over ansvaret for datteren. Brita forteller at hun da begynte å ruse seg mer og heftigere enn før. Det førte tilslutt til at hun ble lagt inn på tvang på § 6-2:

Og så etter det så ble rusproblemet enda større. For da ble det sånn flukt fra virkeligheten, jeg orket ikke tanken på det, orket ikke kjenne på det her, det ble et skikkelig nederlag for meg sjøl da. Og så, ja, begynte jeg å bruke litt heroin og

sånn som det, da hadde jeg jo åtte overdoser på syv måneder. Og det var liksom bekymringen til de, sosialen da, for jeg hadde ikke kontroll på noen ting lenger. Og så ble jeg henta på Kopperstad, bodde på hospits på Kopperstad, ble henta av politi den gangen og, ble kjørt inn til Utsikten.

For Brita utløste det å gi fra seg ansvaret for datteren sin en livskrise som resulterte i en flukt inn i et ukontrollert rusmisbruk med en rekke overdoser. Da hun ble tvangsinnlagt, mente hun imidlertid selv at hun ikke hadde rusproblemer. Hun mente at alle rundt henne "var hyklere" som hadde fått henne inn på tvang. Hun forteller at hun satt i fylkesnemnda i "syv timer og sa at jeg hadde et kontrollert rusbruk, for det trodde jeg at jeg hadde". Hun var på Utsikten, en privat behandlingstilstand i hjembyen, i to og en halv måned. Hun ønsket ikke å være på tvang, og ble underveis framlagt en avtale om at dersom hun valgte å legge seg inn på en langtidsinstitusjon i en annen region, ville de oppheve vedtaket. Etter to og en halv måned fikk hun plass, var der i tre–fire dager før hun reiste rett ut for å ruse seg igjen. Hun ville ikke videre i behandling, hun mente jo hun hadde kontroll, og gjorde det kun for å slippe de siste ukene på tvang. Etter at hun ble skrevet ut ruste hun seg like mye, om ikke mer, enn da hun kom inn.

I ettertid ser Brita at hun på det tidspunktet hadde et alvorlig rusproblem, og at selv om tvangsoppholdet ikke resulterte i videre behandling eller begrensninger i rusbruken, "så redda det gjerne livet mitt i den perioden, for jeg hadde null kontroll på mange ting". Tvangserfaringen til Brita synliggjør et stort dilemma i § 6-2 sakene. I sosialtjenestestudien viste vi at sosialarbeiderne oftest benytter § 6-2 som et livreddende tiltak, og de gjør det i perioder hvor klientenes rusbruk eskaleres og er ute av kontroll (Lundeberg og Mjåland 2009). I en nærlesing av en rekke fylkesnemndsvedtak finner vi dette mønsteret svært tydelig igjen, både i kommunens saksfremlegg, og i fylkesnemndas vurdering: Det vises i flertallet av sakene til at klientenes rusbruk "eskalerte" i forkant av avgjørelsen om å fremme tvangsvedtak, de "ruste seg ukritisk", "uten kontroll", "rusingen bar preg av selvdestruktiv atferd". Dette kombineres i mange saker også med en beskrivelse av klientene som "uten selvinnsett", eller "urealistiske beskrivelser" av egen situasjon og fremtidsutsikter. Rusmisbrukeren er i slike perioder ikke å regne som et autonomt individ, og det er dermed legitimt å gripe inn med tvang. Britas tilfelle er slik sett "typisk". Hun vedgår at hun ikke hadde kontroll over rusingen, og hun så det ikke selv der og da. Situasjonen for Britas del var imidlertid at tvangsoppholdet ikke førte til økt selvinnsett i eget rusproblem, i likhet med flere av våre andre informanter. Har tvang da noen hensikt i slike tilfeller, foruten den livreddende funksjonen som Brita tillegger den?

Spørsmålet er særlig aktuelt og interessant i Britas tilfelle, fordi det var under hennes andre tvangsinnleggelse, på § 6-2a, at hun for alvor innså sitt eget rusproblem, og bestemte seg for å gjøre noe med det. Selv mener hun forskjellen mellom de to tvangsinnleggelsene dels skyldes alder. Hun sier selv hun var både svært ung og umoden da hun ble innlagt første gang. Men hun sier også at "...det var på en måte lettere å forstå den tvangen, når du var gravid. Når du er gravid, så skal du ikke ruse deg. Og når jeg ikke klarte å slutte ute, så fikk det meg til å klarne opp og begynne å tenke litt mer over ting. Jobbe med problemene mine da." Motivasjonen for endring kan være større for gravide, fordi konsekvensene av en fortsatt rusing ikke bare går ut over ens egen helse, men også fosterets. Men i intervjuet ble det fort klart at det ikke kun var



graviditeten og paragrafen som hjalp Brita, det var også det som foregikk på institusjonen under innleggelsen. Hva var det som skjedde under denne innleggelsen, som fikk Brita til å både innse egne rusproblemer, og til å bli motivert til å gjøre noe med dem?

#### *Innlagt med falske forhåpninger*

Brita var 24 da hun ble gravid for annen gang. Graviditeten var ikke planlagt. Hun var sammen med Per, barnefar, men de var ikke samboere. Begge to ruste seg på denne tiden, Brita hovedsakelig på amfetamin. Hun informerte selv sosialkontoret om at hun var gravid. Sosialkuratoren innkalte til et møte, der han informerte om at de først ville forsøke frivillige tiltak med et urinprøvekontrollregime. Han informerte også om at dersom ikke Brita fulgte opp det frivillige opplegget, så måtte de vurdere tvang. Brita forteller at hun ikke tenkte så mye over konsekvensene på denne tida. Hun møtte til første urinprøve, men ikke på resten. Sosialkuratoren begynte da på tvangsvedtaket. Han forsøkte flere ganger å ringe til Brita, da hun ikke møtte til urinprøvekontrollene, men hun tok ikke telefonen. Like etter jul fikk sosialkuratoren endelig kontakt med henne. Hun ble informert om at han hadde fattet et tvangsvedtak, og at hun skulle innlegges på Utsikten. Hun ble lovet at hun kunne få reise fra institusjonen etter noen uker, dersom hun la seg inn med en gang. Hun fortalte ikke hvor hun oppholdte seg, men sa at hun skulle reise inn på egen hånd. Det gjorde hun ikke, og dagen etter kom politiet og hentet henne på hjemstedet. Politiet ringte og varslet henne i forkant. Hun sier selv at selve innleggelsen gikk greit, hun skjønnte hva som ville skje og var forberedt, men fikk samtidig "en knekk" da de kom. Per var tilstede, og fortalte at Brita brøyt sammen, hun gråt mye og spurte om å få noen timer til å pakke med seg eiendeler. Sosialkuratoren var med under innleggelsen, og igjen fikk hun lovnader om at hun kunne komme ut igjen etter et par uker bare hun viste seg samarbeidsvillig og ble med inn nå.

Brita hadde positive prøver da hun ble innlagt. Hun hadde ruset seg jevnlig fra hun oppdaget graviditeten og frem til innleggelsen. Brita ønsket ikke å være på institusjonen, hun ville hjem. I den første tiden klamret hun seg til sosialkuratorens lovnader om at hun ville slippe ut etter noen uker. Personalet på Utsikten fortalte at de aldri hadde opplevd at noen hadde fått opphevet et § 6-2a vedtak før, men det ville hun ikke høre på. Under første ansvarsgruppemøte på avdelingen, fortalte sosialkuratoren at han ikke hadde ment det han hadde sagt, han hadde gjort det for å få henne inn, slik at hun ikke skulle rømme og gjøre seg utilgjengelig. Brita opplevde dette som et klart tillitsbrudd fra sosialkuratoren:

Og så sa han på første ansvarsgruppemøte etter at jeg var kommet inn at 'nei jeg løy til deg bare for å få deg inn, fordi jeg så det var problematisk.' Og det var det, for jeg ville jo ikke inn, jeg hadde panikk, og angst for dette her, jeg grua meg jo vilt. Men jeg synes ikke han gjorde på rett måte, som saksbehandler. Han kunne heller vært ærlig med meg, og sagt at sånn er der, du må inn der. Så nå sliter jeg litt med han da, for det at jeg vet jo aldri om han sier ting for å berolige meg, eller om han faktisk mener det. Og det fikk han jo påpakning for i retten og da, for dommeren sa det at 'dere har jo lært at dere ikke skal lyve til', ja, til meg da og de andre klientene de har, 'for å oppnå ting. Det blir feil'.

Sosialarbeiderne har ofte store utfordringer når de skal legge inn klienter som motsetter seg tvangen (Lundeberg og Mjåland 2009). Flere ruskonsulenter oppgav at det brukte

flere uker på fulltid i forsøket på å komme i kontakt med slike klienter for å få de innlagt. Dette innbar også ofte et omfattende samarbeid med ulike lavterskeltiltak og politi. For blant annet å unngå en slik dramatisk innleggelsessituasjon med bruk av makt, forsøkte Britas sosialkurator å inngå i et samarbeid med henne, men på falske premisser. Selv om dette faktisk førte til at Brita ble mer samarbeidsvillig da politiet hentet henne, har dette imidlertid medført at Brita nå har mistet enhver tiltro til han. Dette vanskeliggjorde et videre samarbeid. I vår sosialtjenesteundersøkelse (ibid) var ruskuratorene svært opptatt av ulike forhold ved tvangsprosessen sto i fare for å ødelegge klientrelasjonen. Problemet er at mange av de virkemidlene som tas i bruk med den hensikt å skåne relasjonen i disse sakene, ofte er lite hensiktsmessige eller virker mot sin hensikt. I Britas tilfelle er det de falske forhåpningene som virker ødeleggende. Både de som har vært utsatt for tvang og de som har iverksatt tvang er samstemmige om at mangelfull og feilaktig informasjon ikke bare gir en dårligere start på institusjonsoppholdet, men samtidig heller bidrar til å skjerpe enn å avhjelpe denne rollekonflikten som det å bryte med klientens ønsker innebærer. Det er i denne sammenhengen viktig å presisere at på tross av stor motstand og uenighet der og da er det sjelden at forholdet mellom hjelper og klient blir skadelidende på sikt, forutsatt av at det har vært en informert og redelig prosess.

#### *Prakteksemplarer*

Starten av tvangsoppholdet var vanskelig for Brita. Hun innså etter hvert, og endelig etter at det midlertidige § 6-2a vedtaket ble opprettholdt i fylkesnemnda, at hun kom til å måtte være på avdelingen, og at hun dermed måtte gjøre det beste ut av det. Sosialkuratoren hennes gav imidlertid liten oppfølging under oppholdet. Brita forteller at han var nærmest umulig å få tak i, han tok ikke telefonen og ringte ikke opp når hun la igjen beskjed, ofte måtte hun be personalet ved institusjonen ringe for henne. Ansatte på Utsikten spilte derimot en helt avgjørende rolle i den snuoperasjonen som nå skulle følge, særlig viktig var oppfølgingen hun fikk fra avdelingslederen og kontaktpersonen. Brita forteller at hun aldri hadde vært der hun er i dag, hvis ikke det hadde vært for hjelpen og behandlingen hun fikk på Utsikten. Per sa for eksempel flere ganger: "Jeg kan ikke få skrytt nok av de. De har vært *helt* fantastiske!" Etter hvert ble bildet tydeligere. Viktigst av alt var for Brita helt fra starten av å bli *møtt* på en positiv måte.

De hørte på det jeg sa, de var med på å tilrettelegge ting, jeg sa at det var viktig for meg å være med Per, og det tok de med seg, de fulgte opp det. De hjalp meg, jeg snakket mye, jeg snakket mye om rusen når jeg kom inn der. Og det hjalp de meg med å slutte med. De sa du må prøve å snakke om noe annet enn det. Men de sa det på en sånn måte der at, de hjalp meg på ting som var et problem for meg da. Det tok de opp med meg på en skikkelig måte. Og sa det at det måtte jeg gjerne prøve å gjøre noe med. Og så gjorde jeg det, ved hjelp av de, og de kom med mange råd til meg, og de hørte jeg på. De kom med så mye bra, så det var liksom, vi fikk snakka poliklinisk, en sånn familierapeut, som vi snakket med. Og det og var med å hjelpe.

Noe av det første Brita trekker frem, er at hun fikk ha besøk av samboeren og barnefaren Per. I starten var det ikke like hyppige eller langvarige besøk, men etter hvert stolte institusjonen mer og mer på Brita og Per, og han fikk komme hyppigere. Underveis i tvangsoppholdet hadde hun besøk av Per hver dag, noen ganger flere ganger daglig. Det hang sammen med at Per kunne dokumentere at også han var rusfri.

Da Brita ble innlagt, bestemte han seg i samråd med Brita for at han ville bli rusfri han og, for å kunne være en god støtte for henne. Han begynte å avlevere urinprøver tre ganger i uken hos fastlegen sin. Per sier det gikk fint, han hadde ikke hatt et så alvorlig misbruk som mange andre i miljøet, han hadde hatt "et nykternt liv" tidligere, som han sa det. At han var rusfri, hjalp Brita. Hun trengte ikke bekymre seg for han, og han representerte derfor heller ikke en tilknytning til rusen på samme måte som før. Et generelt mønster under oppholdet var at etter hvert som institusjonen ble tryggere på Brita, fikk hun flere og flere friheter, og mer ansvar til å påvirke egen hverdag. Hun fikk blant annet reise ut på permisjoner:

Brita: De gjorde, som de sa til meg da, så gjorde de mye for oss som de ikke har gjort for noen før.

Forsker: Ja for du fikk perm og når du var der?

Brita: Ja, måtte bare ringe til de på faste klokkeslett, det var ganske strenge rammer.

Forsker: Fikk du overnatte da?

Brita: Ja. Og da var det ny urinprøve og alkotest når jeg kom tilbake. Men det gjorde meg ingenting, jeg hadde ingenting å skjule, og jeg visste jo og konsekvensene hvis, hvis jeg kom tilbake og hadde utslag på noen av de, så visste jeg *veldig* godt konsekvensene. Da var det inn, tilbake, fotfølging, skjerming, aldri mer, og det ville jo ikke jeg, det var jo det jeg hadde jobbet for. Så de var jo snille, men det sa de var takket være at vi hadde samarbeida godt. At vi fikk igjen for det, og det var veldig godt.

Brita forteller at Utsikten ikke hadde erfaring med gravide rusavhengige på § 6-2a hvor barnefar var så aktiv og så positivt delaktig i prosessen. Brita ønsket veldig sterkt å reise ut på permisjoner for å være med Per, og det fikk hun da lov til, under strenge rammer. Det betydde mye at det ikke var vanlig at innlagte fikk anledning til det. De følte seg *spesielle*, de ble omtalt av personalet som "prakteksemplarer", og det gav en god følelse. Som Brita selv oppsummerer det: "Sant det handler om å gi og ta: Du gir tillit, og du *får* tillit." Brita trakk også frem at behandlingen hun fikk var positiv. Hun mottok individuelle samtaler med psykolog, og fikk god relasjon til de ansatte på avdelingen. Per og hun fikk også gå til parsamtaler hos en familieterapeut mens hun var innlagt. I tillegg fikk de anledning til å følge et "ordinært" svangerskapsforberedende kurs. Per beskriver dette som et positivt møte med normaliteten, hvor stigmaet som rusmiddelavhengig ble visket ut. De ble fulgt av en fra personalet, men hun satt utenfor, og var veldig samarbeidsvillig og diskret:

Per: Praktisk talt, så sier hun sånn som det til meg: 'Bare si det at jeg er, at jeg er med sånn og sånn, ei tante eller et eller annet, hvis det er noen som spør'. Men det var jo ikke noe behov for det, for det var jo ingen som reagerte en gang! Og hun var jo ikke der inne, hun satt og venta på oss der ute. Jeg har hatt et, helt, vanlig, og det var som en familie alt i sammen.

Både Brita og Per trekker frem dette som en veldig god opplevelse. De var usikre på hvordan de ville bli sett på av de andre parene, de ville ikke ha følge med seg inn i selve kurslokalet, de ville ikke skille seg ut. Det var gleden over ikke å bli behandlet som en

rusmiddelmisbruker, over å klare å passere den hverdagslige omgangstesten som normal, som virket sosialt oppgraderende. Svangerskapskurset ble en friarena fra avviksstigmaet de begge ellers kjente godt til. De var ikke først og fremst to rusmiddelavhengige, men to vordende foreldre.

Britas positive opplevelse av Utsikten ser ut til å være mer på tross av enn på grunn av hvordan institusjonen er organisert og materielt tilrettelagt. Utsikten er en privat institusjon som tar imot pasienter på både § 6-2 og § 6-2a. De hadde ingen avdeling spesielt tilrettelagt for gravide, heller ingen avdeling spesielt tilrettelagt for de tvangsinnlagte. På avdelingen Brita var på, var det både frivillig og tvangsinnlagte, kvinner og menn, og avrusningsplassene var integrert i avdelingen. Det opplevde Brita som negativt. Hun var til sammen innlagt i 3 ½ måned, og måtte forholde seg til stadig nye inn- og utskrivelser, særlig ille var det når pasienter kom inn med kraftige abstinenser. En slik organisering av avdelingen virker å være svært ugunstig, kanskje særlig for gravide innlagt på § 6-2a, som potensielt har lange innleggelser, og som ofte kan ha behov for ro og hvile. Brita forteller om mange søvnløse netter på grunn av uro fra naborommene hvor andre pasienter lå med kraftige abstinenser. Hun syntes også det var ille å se så mye dårlige folk, det gav henne stadige påminnelser om rus. De stadige inn- og utskrivelsene fra avdelingen gjorde tilgangen på rus inne på institusjonen lettere. Flere av de andre gravide som var innlagt på samme tid hadde opp til fire–fem sprekker i løpet av innleggelsesperioden. Brita ble også tilbudt stoff, men hun takket nei. Hun ruset seg ikke mens hun var innlagt, hadde utelukkende negative prøver.

Når Brita forteller om hva som hendte på institusjon, og hvordan dagene var, svarer hun slik:

Dagene er like og lange. Veldig like. Det er samme rutiner hver dag, må avlevere urinprøve hver dag før kl 10, og så er det og mye samtaler, du går til legen gjerne, og du skal, sant, snakke med folk der, ta telefoner, og, dagene går stort sett i det samme.

Dette mønsteret kjenner vi godt igjen fra de andre historiene vi har presentert tidligere. Å være innlagt på tvang innebærer rutiner, like og forutsigbare dager hvor det ikke skjer så mye, og dagene oppleves derfor som endeløse. Mens andre trekker frem som positivt de tilfellene hvor institusjonene tilbød ulike aktiviteter som kino, bowling, og turer, fokuserer Brita i stor grad på den hjelpen hun fikk gjennom samtaler med personalet, svangerskapskurs og ulike former for behandling. Imidlertid savnet også Brita mer aktivisering og aktiviteter. Det hjalp på å få tiden til å gå at hun lærte seg å strikke av en av nattevaktene. Når det ble for mye støy og styr i den store avdelingen, trakk hun seg tilbake på rommet for å strikke på et babyteppe. Det var en aktivitet som gav henne ro og en følelse av mestring.

#### *Fødsel og komplikasjoner*

Brita gikk noen dager over tiden, og de måtte sette i gang fødselen. Hovedkontakten på Utsikten, som Brita hadde en god relasjon til, ble med på fødeklubben som støtte. Personalet på fødestuen var informert om at Brita hadde vært innlagt på § 6-2a, og hun sier at hun ble møtt på en fin måte av jordmor og sykepleier. Brita fødte en sønn. Hun fikk så vidt lagt han opp på brystet noen sekunder, men på grunn av pusteproblemer ble han med en gang overført til spedbarnsavdelingen for observasjon. Imidlertid forteller

Per at de fikk en veldig ubehagelig opplevelse da de rett etter fødselen kom ned på barselavdelingen og møtte barnelegen:

Per: Da Arne ble født var det en del komplikasjoner, med pust og sånn, og når vi kom ned der og fikk møte barnelegen, så snakket han til oss som om vi kom rett fra gata, og liksom, "hva er det du har tatt for noe", og hun sier det, har nettopp født, og så sier hun: "Jeg har ikke rust meg".

Brita: Han trodde ikke jeg hadde vært på Utsikten en gang, de hadde ikke lest papirene, han trodde jeg løy til han.

Per: Det var som om de kutta beina av oss når vi sto der. Men vi møter sånn ute i hverdagen, altså noen har fordommer, for når de hører noe om sånt, så er det som *pest* for mange, de fleste.

Barnelegen hadde ikke lest papirene og visste ikke at Brita hadde vært dokumentert rusfri i de fire månedene før fødselen. Brita ble heller ikke trodd da hun selv opplyste legen om at hun hadde vært avholdende. Per mener det dreier seg om fordommer mot gravide rusmiddelavhengige som de er nødt til å leve med. Men selv om han signaliserer at de er vant til å bli behandlet nedlatende, så virket denne episoden svært krenkende. De klarte knapt å stå oppreist da de tok i mot disse feilaktige nedvurderingene, det var som "om de kutta beina av oss". Denne sterke reaksjonen må også settes i sammenheng med ydmykelsen ved at uansett hvilke anstrengelser de har gjort for å bli kvalifisert som normal, så blir de til stadighet bedømt for en fortid de nå beviselig har brutt med. Uansett hvilke investeringer som er gjort og hvilken innsats som er nedlagt for å reversere en karriere som marginalisert rusmiddelavhengig og for å styre oppmerksomheten bort fra sine fortidige feil, så henger stigmaet klistret. På tross av denne opplevelsen, er historien om Per Og Brita kjennetegnet av at de har hatt mange støttespillere som hele tiden har bidratt konstruktivt i arbeidet med å hjelpe dem med å bli kvitt sine problemer og den underordnende statusen som rusmiddelmissbruker. Som Per formulerer det: "Men sånn som på Utsikten, og sånn som alle de folka vi har hatt rundt oss nå, de viser oss så virkelig respekt og. Så vi er, helt normale som alle andre [...] At det er håp, og at det er forbigående, vi kan bli i orden liksom." At barnelegens moralske fordømmelse traff så hardt har også med at Brita befant seg i en særlig sårbar situasjon. Som barselkvinne kjente hun på de moralske kvalene med at hun hadde rust seg i første del av svangerskapet. Snart ville resultatene av disse fortidige feilene kunne vise seg. Sønnen deres hadde på intervjuutidspunktet vært igjennom tre operasjoner som følge av problemer med lunge og spiserør, og lå i kuvøse. Brita forsøker å la tvilen gå til egen fordel og forsone seg med at disse komplikasjonene ikke hadde noe med hennes rusbruk å gjøre:

Brita: Nei, det kan, altså for å si det sånn, så har vi vært og sjekket dette på nettet og sånn, hun hadde YY, og det har jeg lest på nettet at *kan komme* på grunn av bruk av amfetamin, men det kan og være genetisk. Så det blir det bare spekulasjoner om, men, jeg har jo tenkt på det. Men jeg har jo tenkt på det, at det kan jo selvfølgelig være på grunn av det jeg har gjort, men det kan jo og være, så det brukte ikke barnevernet, i det heile tatt. For det kan være begge deler. [...] Men jeg har tenkt mye på det. For det ...blir jo bare spekulasjoner, men jeg har jo mye dårlig samvittighet for det jeg gjorde, under svangerskapet. For det er jo aldri bra uansett. Så, jeg er bare glad for at de fikk den tvangen, så jeg fikk være der inne.

Årsaken til sønnens problemer kunne ikke entydig fastslås. Siden slike komplikasjoner kan oppstå uten at fosteret blir utsatt for rus. Brita sliter likevel med tvilen. Hun må leve

med at hun "var for langt inne i rusen" på det tidspunktet til å klare å forholde seg til graviditeten eller konsekvensene rusingen hadde for fosteret. Derfor er hun takknemlig for at hun ble lagt inn på tvang, hun tør ikke tenke på hva som ellers kunne skjedd med barnet.

#### *Tiltaksbrev*

Selv om det er sosialtjenesten som har det formelle oppfølgingsansvaret overfor Brita etter fødselen, var det likevel personalet fra Utsikten som hjalp henne med å gjøre den vanskelige tiden etter fødselen lettere. For eksempel fikk hun hjelp av dem til å få opprettet en individuell plan. Dagen etter intervjuet skulle hun på ansvarsgruppemøte hvor de skulle utarbeide planen. Hun så frem til det, hun ønsket å få orden på økonomien, gjøre ferdig tannbehandling, og følge opp samvær med datteren sin, hun som nå er fem år og bor i fosterfamilie. Møtet er det imidlertid heller ikke sosialtjenesten som har tatt initiativ til, men kom fra avdelingslederen ved Utsikten:

Forsker: Men i forhold til det etterpå tvangen?

Brita: Der har Utsikten vært med meg mye, men der har jo igjen sosialen svikta, fordi man har jo tenkt på, okey, hvem skal søke meg inn? Er det barnevernet, er det PUT, er det sosialen? Hvem skal gjøre hva? Ingen vet jo noenting. Så det var ingen som visste. Så nå er igjen, det vil jo vi få vite imorra på møtet. Så det har jo Utsikten tatt tak i. Avdelingslederen hadde jo ringt og sagt at "vi kan jo ikke bare la de gå nå, vi må jo, vi kan jo ikke slippe tak i de nå."

Brita forteller om en sosialkurator som både sviktet under oppfølgingen mens hun var innlagt, og som har vært fraværende i planleggingen av tiltak etter utskrivelsen. Spesialisthelsetjenesten har her tatt et ansvar de strengt tatt ikke er forpliktet til. Utsikten strekker seg langt for å hjelpe Brita videre i ønske om å bygge videre på den positive utviklingen hun hadde hatt under oppholdet hos dem. Brita ser selv alvoret i sin egen situasjon. Hun sier selv hun står midt opp i en utrolig viktig og sårbar tid, og er redd for hva som skjer hvis "systemet svikter":

Jeg kan jo ikke ha han saksbehandleren jeg har på sosialkontoret. Det nytter ikke. For tillitten er brutt der. Så lenge han lyger for å oppnå ting, så blir det veldig vanskelig. Dette har noe med at vi kjemper for livet, vi holder på med oss sjøl og, så vi har ikke råd til at det er noen som ikke gjør jobben sin. For hvis systemet svikter, hva skal vi gjøre da liksom? Det har ikke vi råd til. Det er så mye viktig som skjer nå, så det er vi avhengig av, at folk gjør jobben sin. Så han var på utredning, og jeg går på utredning. For det at det vi mener at det holder med poliklinisk behandling, og urinprøver, og så lager vi en kriseplan: Hvis en av oss skulle sprekke, hva gjør vi da?

Hun ønsker tett oppfølging og hjelp til koordinering av videre behandling, og siden sosialkuratoren ikke stiller opp ønsker hun seg nå en ny. Brita er nå blitt henvist til et psykiatrisk ungdomsteam hvor hun utredes og mottar polikliniske samtaler. Per mottar poliklinisk behandling ved Utsikten. De skal også gå videre med parterapien de begynte på ved Utsikten. Dette omfangsrike endringsarbeidet de har satt i gang med har sammenheng med at det er så mye som fortsatt står på spill. Den viktigste motivasjonsfaktoren er kampen for å få omsorgsretten til sønnen deres. Den eneste muligheten de har er å vise at de også klarer å holde seg rusfri på egen hånd. Hver dag tar de urinprøver for å bevise dette. Barnevernets vurdering var at Brita og Per enda ikke

hadde bevist seg skikket til å få dette omsorgsansvaret. Brita forteller at det var flere argumenter som ble benyttet. Rapporten fra familiesenteret som hun var innlagt ved for fem år siden da hun fødte sitt første barn, gir henne svært dårlige skussmål. Hun synes imidlertid det er urimelig at denne vektlegges: På det tidspunktet beskriver hun seg selv som svært ung og umoden. Det hadde også sammenheng med at hun den gang var alene med omsorgen, barnefaren var helt ute av bildet. Situasjonen nå er helt annerledes i følge Brita, hun er eldre og samboer med barnefaren, de er begge rusfri og sterkt motivert for å fortsette å være det. Det andre argumentet var at hun ikke klarte å holde seg rusfri da hun gikk på urinprøver ute før hun ble innlagt. Per og Brita forteller at det avgjørende punktet i fylkesnemnda, når omsorgssaken ble behandlet, var at det er "overveiende sannsynlig" at de vil havne tilbake igjen i rusen.

Brita: Det er så sprøtt, for dommerne hadde lagt til grunn i den saken da vi var i retten da, at det var overveiende sannsynlig at vi kom til å gå tilbake til rusen da, for vi har, for jeg har bare dokumentasjon på at jeg har vært rusfri siden, jeg har bare hatt reine prøver i fire måneder, og, det er liksom ikke så lenge å vise. Men det er liksom det vi har, og det kan vi ikke gjøre så mye med, jeg skulle hatt mye gjort, men dessverre så tar man noen dumme valg.

Brita viser her på en måte forståelse for argumentet til fylkesnemnda. Hun har ruset seg i ti år, og de fire månedene i rusfrihet under tvang kan ikke måle seg med det. Selv om Brita forstår bekymringen og skepsisen, er hun uenig i vedtaket. Både hun og Per er villige til å legge seg inn frivillig på et mødre hjem eller familiesenter med sønnen, dersom barnevernet setter det som krav, men det har de ikke blitt møtt på, tiltroen til dem er for lav. Inntil tiden får vise om det motsatte blir bevist, blir de diskvalifisert som omsorgsansvarlige for barnet sitt. De fortviler over å ikke kunne spole tiden frem, for å få tid til å dokumentere lengre tids rusfrihet, og heller ikke tilbake, for å gjøre om på livet som er levd.

Samtidig som det stilles krav til dem som de umulig kan innfri, hjelper det å ha blitt gitt følelsen av å være helt "spesielle". Den endringen som de har utført har fått dem til å bli verdsatt som "prakteksemplarer" av sine støttespillere. Kontrasten til barnevernets argumentasjon er stor. Her overskygger deres tidligere rusproblem alle andre personlige kvalifikasjoner. De blir ikke tillagt store forbedringsmuligheter. På tross av deres individuelle triumfer og seire så blir statistikken om narkomanes generelle tilbakefallstilbøyelighet brukt til deres ugunst. Per frustreres over dette, like fullt har han ikke gitt opp håpet om at de vil forstå at ikke alle narkomane er like, det finnes unntak, og det må tas hensyn til:

Og, det jeg synes er viktig å få med, det er at det er unntak, ikke la de glemme de unntakene. Dette her er ting som faktisk talt gjelder hele mitt liv, og hele Brita sitt liv og hele Arne sitt liv, fremover. Og det har vært det her at: 'Nei det går ikke, vi har lest det i boka, at dette her fungerer ikke'. Det fungerer, det fungerer her og nå, vi er det unntaket. Jeg er så ferdig med det, Brita er så ferdig med det, det har vært verdens lengste fest! Enkelt og greit.

Kampen for å bli anerkjent som et unntak, er det som driver Per. De føler selv at de representerer unntaket, de som klarer det mot alle odds, og det han ønsker mest av alt er at tingretten skal anerkjenne Brita og han som unntakene når anken deres kommer opp der.

*Ildsjelenes maket*

Per og Britas historie viser først og fremst at tvangsinnleggelse under visse omstendigheter kan foranledige drastiske brudd i en omfattende og destruktiv rusmisbrukskarriere. De fremstiller de få månedene av deres liv som rusfrie nærmest som "selvbiografiske jordskjelv" (jfr Hellesund 2008). Denne drastiske endringen av retning i livet og det harde oppgjøret med fortiden er først og fremst gjort mulig av innsatsen fra ildsjeler. Fra første stund ble barnefaren involvert og begge ble behandlet og definert som helt spesielle mennesker med alle muligheter foran seg. Avgjørende har det også vært at de fortløpende har fått både individuell behandling, parterapi og foreldreforbereidende kurs. Denne historien viser også den store muligheten som ligger i en spesiell tilknytning mellom ansatte og pasienter/klienter, men viser også hvor sårbar denne personavhengigheten i relasjonsarbeidet er for resultatene av tvang. Samarbeidet om ettervernet mellom tjenestenivåene er mangelfullt samtidig som det virker svært verdifullt hvis de gode tilknytningene som er opparbeidet i prosessen kan bli videreført i en ettervernsansvarsgruppe. Tvangen setter den enkelte i en ekstremt ømfintlig situasjon og i dette mektig endringsarbeidet som rusfrihet omfatter har de ansattes meninger en stor vekt mht forhold som berører den enkeltes selvoppfatning og egne mulighetsbetingelser. Samtidig opplever de på veien opp hvor lite det er som skal til for å føle seg malplassert og bli påmint sin "egentlige" mindreverdi. Samtidig er ikke det verste å bli stemplet som rusavhengig, men som uten noen form for mulighet for forbedring.

## Diskusjon

I denne delen av kapitlet vil vi løfte frem fellestrekk og mønstre i de tvangsinnlagtes erfaringer. Diskusjonen er organisert slik at vi først ser nærmere på positive og negative opplevelser knyttet til de ulike stadiene i tvangssakene. Tilslutt i kapitlet presenteres og diskuteres utfallet av tvangen for våre informanter. Forskjeller i erfaringer og utfall i forhold til de ulike tvangsparagrafene kommenteres fortløpende. Diskusjonen tar utgangspunkt i problemstillinger som er reist i gjennomgangen av de 8 historiene, men vi utvider analysene ved å integrere hele utvalget vårt.

### Foranledningen for tvang

Hvordan var situasjonen til informantene i forkant av tvangsinnleggelsen? Var de enige i behovet for tvangsinnleggelse der og da, og hva tenker de om det i etterkant? Vi skal her se nærmere på ulike foranledninger for tvang og hva klientene vurderer som konstruktivt, vaskelig eller krenkende. Vårt utvalg viser de komplekse karrierene og sammensatte forhistoriene til rusmiddelavhengige som blir utsatt for tvang. Det er et stort spekter av situasjoner som foranlediger tvang, og hvordan de selv i ettertid vurderte denne situasjonen varierer tilsvarende. Et viktig spørsmål er hvordan de selv mener rusbruket preget livet da tvangen ble iverksatt, og om de i ettertid mener det var grunnlag for å si at deres evne til å ta rasjonelle og autonome valg, i forhold til egen helse (§ 6-2 og § 6-2a) og i forhold ev. graviditet (§ 6-2a), på den aktuelle tiden var svekket.



Omtrent halvparten i utvalget vårt forteller at de var enige i begrunnelsen for at de ble tvangsinnlagt på det aktuelle tidspunktet. Disse forteller at de mener rusavhengigheten i situasjoner eller perioder har redusert deres evne til autonomi. De sier seg i ettertid enige i at de på tidspunktet da tvang ble iverksatt ikke var i stand til å i vareta seg selv, til å vite sitt eget beste. "Hege" er et ekstremt tilfelle i så måte, hun forteller at flere år er hvasket ut av hukommelsen hennes, også omstendighetene rundt tvangsinnleggelsen: "Alt er blitt så sykt ødelagt oppi huet mitt, så jeg har ikke peiling på når jeg var inne." Hun sier at rusmiddelavhengigheten på innleggelsestidspunktet hadde tatt overhånd, hun ruset seg svært heftig og impulsivt. Hun mener i ettertid at tvangen reddet livet hennes. Sara er et annet eksempel. Hun oppsøkte selv advokat for å få fremmet sak og uten sosialkontorets hjelp fordi hun så sterkt *selv* ønsket å bli tvangsinnlagt. Fylkesnemndsundersøkelsen viser at overraskende mange tilsynelatende samtykker til tvang. Det er oppgitt i fylkesnemndsvedtakene at om lag 46 % sier seg enig i tvangsinnleggelsen etter § 6-2, mens 28 % samtykker etter § 6-2a. Som vi har sett må disse tallene betraktes med forsiktighet, innslaget av frivillighet er varierende og motivene forskjellige. Den normale følelsen ved anbringelsen er sterk motvilje, men selv de som samtykker føler en ambivalens. Flere som Sara sier seg enig med sosialtjenesten på grunnlag av en veloverveid beslutningsprosess. Noen som Rolf samtykket til en § 6-3 innleggelsen ved innleggelsen fordi han ikke følte han hadde noe valg, og selv om han da ikke skjønnte hva det innebar å inngå en avtale med frivillig tvang, var han likevel takknemlig for det i ettertid. Aurora ble utsatt for press eller overtalelser i forhandlinger om å oppnå et mildere tvangsregime, selv om hun både var og fortsatt er sterkt uenig i grunnlaget for tvangsinnleggelsen. Andre samtykker fordi et tvangsopphold kan føre til øyeblikkelig institusjonsinnleggelse, mens alternativet er lang venteliste til et frivillig opplegg. Særlig ser vi at mange samtykker til tvang fordi de blir forespeilet LAR eller ADHD-behandling. LAR var formålet med 4 av tvangsinnleggelsene i utvalget. Karsten ble tvangsinnlagt for å få en rask oppstart på metadon igjen. Han stod langt nede på ventelisten til LAR-tiltaket i hjemområde. Tvangsinnleggelsen ble dermed benyttet for å "snike" i LAR-køen. LAR-behandling har vist seg å ha gode resultater i forhold til redusert misbruk, bedre helse og lavere dødelighet (Waal m fl 2009). Den svenske kunnskapsoppsummeringen viser også gode effekter av LAR-behandling som videre behandling etter tvang (Gerdner og Berglund 2010). Klientundersøkelsen viser at samtykket kan være reelt, men at det relativt ofte er motivert av forskjellige lokkemiddel og at klientene noen ganger sier seg enig fordi de ikke opplever at de har noe valg. Likevel er det fortsatt halvparten som *ikke* samtykket der og da, og som til dels lenge etterpå mener tvang var et urimelig og krenkende inngrep.

Vi ser at utredninger og diagnoser kan være en utløsende faktor for vurderinger om en klient skal legges inn på § 6-2 (Lundeberg og Mjåland 2009). Dette dreier seg om at diagnoser ofte *er* et veldig konkret uttrykk for alvorligheten i en klients helsetilstand, og at diagnoser *fungerer* overbevisende når sosialtjenesten skal legitimere behovet for tvang i fylkesnemnda. ADHD og psykose er av de diagnosene som er hyppigst forekommende i utvalget vårt, men også andre psykiske lidelser som angst, personlighetsforstyrrelser, posttraumatisk stressyndrom og depresjon forekommer hyppig. Ofte har feilbehandling eller mangelfull behandling av sykdom ført til en forverring som til slutt gjør at det oppstår en akutt situasjon med tvang som resultat. Tilbakeholdet kan da ha en viktig

funksjon med å avdekke også andre sykdommer som rusproblemet har overskygget. "Undersøkelse og tilrettelegging av behandling" er også en viktig målsetning med loven. Det er flere tilfeller der tvang har vært motivert av utredning av ADHD og forsøk med ritalin behandling. I flere § 6-2 saker ser vi også at diagnostisering og behandling av denne lidelsen i forlengelsen av tilbakeholdet kan være til stor hjelp. Først og fremst fordi det demper rusuget og beroliger, men også fordi det gir et sosial opprykk. De blir lettet i sin skyld og skamfølelse ved at underliggende sykdom blir en forklaring på de vanskelighetene som de har befunnet seg i. Selv om noen får hjelp, er det likevel påfallende mange som sier at de ikke fikk tilbud om utredning eller behandling. Det dokumenteres også i fylkesnemndsvedtakene at ulike representanter fra hjelpeapparatet *mistenker* at de tvangsbegjærte lider av ADHD eller andre psykiske lidelser, mistanker som av og til også deles av klientene selv, uten at dette nødvendigvis blir fulgt opp av institusjonen. Begrunnelsene for tvang i vedtakene viser at utredninger av helsetilstand sjelden eksplisitt begrunner en tvangsinnleggelse. De avgjørende begrunnelsene for tvangsinnleggelsene er livreddende/avverge akutt helseskade, samt å tilby den rusmiddelavhengige en nykter periode for å vurdere eget behandlingsbehov. Siden vi ser at dette kan være motiverende, nyttig og ofte er etterspurt av klienten, mener vi det er grunn til å stille spørsmål med hvorfor systematisk utredning og avklaring av den rusmiddelavhengiges problematikk ikke blir benyttet i større grad. Et større fokus på å kartlegge behov for å gi et mer systematisk tilbud til klienten kan virke motiverende samtidig som det kan bedre tvangens langsiktige resultater ved å sørge for en mer treffsikker og individuelt tilpasset oppfølging.

#### *Anbringelsen*

Anbringelsen av de rusmiddelavhengige er et kritisk punkt i tvangens forvaltning og vi skal her diskutere hvilke følger ulike innleggelsesprosesser har for opplevelsen av tvang. I den kvalitative sosialtjenesteundersøkelsen viste vi at mange sosialarbeidere opplever innleggessituasjonen som vanskelig (Lundeberg og Mjåland 2009). De oppgav utfordringer knyttet til å finne/spore opp klienter som motsetter seg tvangen, yrkesetiske konflikter i situasjoner hvor klienten motsetter seg innleggelsen, og et ubehag ved at politiet i noen tilfeller tar kontroll over hele situasjonen. Vi har gjennom klienthistoriene fått kjennskap til at tvang gjennomføres på veldig mange forskjellige måter og i veldig ulike situasjoner, og opplevelsen av tvang varierer tilsvarende.

Et tydelig skille i opplevelsene av anbringelsen går mellom informanter som ble innlagt med midlertidig vedtak og de som ble innlagt etter ordinær saksgang. Av de 14 informantene med erfaring fra § 6-2 og § 6-2a ble 8 innlagt på hastevedtak, mens 4 ble innlagt etter ordinær saksgang.<sup>60</sup> De som legges inn med midlertidig vedtak har langt mer negative erfaringer fra selve anbringelsen enn klienter innlagt etter ordinær saksgang. Det dreier seg i disse tilfellene først og fremst om at de ikke er blitt informert om vedtaket på forhånd og politiets rolle under anbringelsen. Sammenblendingen av rekvisitter og fremgangsmåter fra straffe- og behandlingsapparatet er forvirrende og krenkende og skaper en dårlig start på et ufrivillig opphold. I utvalget vårt ser vi videre et interessant mønster: I ingen av sakene med ordinær saksgang ble informantene våre

---

<sup>60</sup> For to av informantene mangler vi slike opplysninger.

hentet av politiet, mens politi bisto i så og si samtlige hastesaker. Sosialtjenestesurveyen (se kap. 2) underbygger denne sammenhengen. Politiets oppførsel og rolle i disse situasjonene ble for flertallet av informantene opplevd som krenkende og virket konfliktskjerpende. Imidlertid var det to av våre informanter som *ikke* opplevde den politistyrte innleggelsen som krenkende. I Karstens tilfelle dreide det seg om at han i utgangspunktet hadde et godt forhold til betjentene ved lensmannskontoret i bygda, og at han under transporten til institusjonen fikk de medikamentene han ønsket seg. For Britas del dreide det seg mye om at hun hadde blitt informert om at hun ville bli innlagt på tvang hvis hun ikke la seg inn frivillig og ble varslet av politiet før de hentet henne slik at hun var forberedt. De planlagte innleggelsene, hvor informantene på forhånd er gjort klar over hjelpeapparatets bekymringer, hvor det har vært en informert prosess der klienten har vært delaktig, reduserer de krenkende opplevelsene av selve anbringelsen og innleggelsen, og bedrer mulighetene for å få klienten raskere behandlingsmotivert.

#### *Tvang i anledning kasteballproblematikk eller sømløse tjenester?*

Flere tvangssaker fremmes som direkte følge av et behandlings- eller sykehusopphold i andre deler av spesialisthelsetjenesten. Vi vil her diskutere hvordan klientene opplever slike behandlingsforløp, hvilke utfordringer som kan oppstå når klientene blir stående mellom ulike behandlingsopplegg, og når tvang blir løsning på et i utgangspunktet frivillig opplegg.

Mange pasienter blir overført mellom ulike av sosialtjenestens tvangsparagrafer. Flere av våre informanter har opplevd å bli overført til § 6-2 samme dag som de skrev seg ut fra et § 6-3 opphold. At § 6-3 benyttes i forkant av en § 6-2/ § 6-2a innleggelse er i utgangspunktet i tråd med lovgivers intensjoner om å forsøke det minst alvorlige tvangsinngrepet først (Søvig 2007). Det som imidlertid er problematisk, som Aurora og Ninas erfaringer viser, er at de ikke ble informert om denne muligheten på forhånd. Dette virket konfliktskjerpende og førte til en sterk motstand mot både sosialtjenesten og institusjonene. De opplevde det som et svik fra hjelpeapparatet. Å bli møtt med tvang når de i utgangspunktet la seg inn frivillig, uten å bli forespeilet muligheten, kan få langvarige konsekvenser for tillitsforholdet til hjelpeapparatet. Imidlertid har vi i vårt utvalg gode eksempler på at en "inaktiv" bruk av § 6-2a har fungert og motivert for frivillig behandling. Anne var i LAR da hun fant ut at hun var gravid, og ble innlagt frivillig for sidemisbruk og samtykket til en § 6-3 kontrakt. Etter tre uker reiste hun hjem og fullførte svangerskapet ute på urinprøvekontroll med en "inaktiv" § 6-2a hengende over seg. "Trusselen" om § 6-2a fungerte motiverende for Anne, og hun holdt seg rusfri i hele svangerskapet, fødte et friskt barn som hun beholdt omsorgen for de neste fire årene. Klientstudien viser at uansett ubehaget som ruskuratorene opplever, er det avgjørende for motivasjonen og det videre samarbeidet at sosialtjenesten og hjelpeapparatet er åpne om at tvang vurderes, og om konsekvensene dersom frivillige tiltak avbrytes, både i forhold til §§ 6-2 og 6-2a.

Særlig hyppig forekommende og økende er tilfeller der klienter blir overført direkte fra psykisk helsevern til rusinstitusjon på § 6-2 vedtak. Kristin og Hege hadde begge stadige og hyppige innleggelser i akuttpsykiatrien med psykoser som ble beskrevet som rusutløst etter inntak av amfetamin. I begge vedtakene går det frem at psykiatrien ønsket en lengre tilbakeholdsperiode i rusinstitusjon, for å ha mulighet til utredninger under

lengre tids rusfrihet. I begges tilfelle var det også en bekymring for om de stadige og kraftige psykosene hadde ført til/ ville føre til varige kognitive skader. Psykiatrien var i begge sakene aktivt oppfordrende til å få de to kvinnene innlagt på § 6-2. Både Kristin og Hege var på dette tidspunktet positive til § 6-2 innleggelsen. Spørsmålet er om dette var en måte å skape sømløse og helhetlige tjenester mellom de ulike delene av spesialisthelsetjenesten, eller er det uttrykk for den utbredte "kasteballproblematikken" som eksisterer mellom psykisk helsevern og TSB overfor dobbeldiagnosepasientene. På tross av en relativt positiv prosess i disse to tilfellene, viser tvangsforløpene til den store utfordringen i disse sakene: Etter mange hyppige innleggelses i akuttpsykiatrien og lavt behandlingsutbytte, blir ansvaret for disse pasientene etter stort påtrykk fra psykiatrien overført til russektoren og omvendt. Begrepet *rusutløst psykose* ser ofte ut til å være et virkemiddel i denne prosessen. Usikkerheten om det er rusavhengigheten eller de psykiske problemene som er den primære lidelsen fører til at behandlingsansvaret for disse pasientene blir gjenstand for kontinuerlige forhandlinger mellom spesialistenheter. Personer med en ruslidelse og samsykdommer er særlig sårbare og har ofte problemer fordi de fort blir stående mellom flere behandlingsopplegg. Dette førte for Kristins del av hun ble tvangsinnlagt i psykiatrien dagen etter utskrivelsen. Det er problematisk at en diagnose det knyttes mye usikkerhet til, får en sentral rolle i det "grensearbeidet" som gjøres mellom ulike institusjoner i fordelingen av ansvar overfor disse pasientene, og at dette fører til at denne pasientgruppen blir utsatt for mer og unødig tvangsbruk enn andre.

#### Innholdet i tilbakeholdet: Oppbevaring, normalisering og kontroll

Tvungent tilbakehold i institusjon skal hjelpe klienten til å innse sitt eget beste og bli motivert for behandling. Selv om formålet med § 6-2a først og fremst er knyttet til å skjerme fosteret fra rusinntak, er likefullt et sekundært formål med paragrafen å også motivere den kommende mor for videre frivillige tiltak. Institusjonen har bare noen måneder på å gjøre dette motiveringsarbeidet. De 17 informantene har til sammen erfaring fra 12 institusjoner. Både behandlingsundersøkelsen og pasienterfaringene viser at det er store forskjeller i hvordan den enkelte institusjonen organiserer og tilrettelegger tilbakeholdet. Vi skal her diskutere hvordan dette kan ha betydning for både opplevelsen av tilbakeholdet og tvangens resultat.

Både Holthaugen og Utsikten var organisert på samme måte med at gravide ble plassert på en avdeling sammen andre tvangspasienter. Utsikten hadde imidlertid i likhet med Sandbekk en avdelingsstruktur med både frivillige – og tvangsinnlagte. Holthaugen, Marifjell og Leirsund har egne skjermede avdelinger. De gravide med erfaring fra blandingsavdelingene forteller at de opplever det som vanskelig å bli eksponert for abstinens, utageringer og uro knyttet til en rask pasientgjennomstrømning. Dette gir også et dårlig utgangspunkt for å skape konstruktive fellesskap på avdelingen, noe som normalt vurderes som av terapeutisk verdi i rusbehandlingssammenheng. Samtidig er dette ikke en erfaring som er forbeholdt gravide. Pasientfellesskapet som det refereres til i de fleste tvangsberetningene virker å være påfallende svake. Dette har nok sammenheng med at det ufrivillige elementet kan virke sosialt demotiverende. Den store andelen hastevedtak som innebærer at tvangsklientene er rekruttert fra de mest fysisk og

psykisk nedkjørte av de rusavhengige kan også skape miljømessige dårlige forutsetninger.

Vi ser at blandingsavdelingene har vanskeligheter med å tilrettelegge aktiviteter for gravide på institusjonen. Institusjonene med egne avdelinger for gravide som Øvsttun (se kap 4), har systematisk integrert mor–barn-problematikk i den ukentlige aktivitetsplanen. Spesialister er tilgjengelig og svangerskapskontroller er integrert i avdelingsopplegget. Fordelen med disse spesialiserte institusjonene er det kontinuerlige fokuset på svangerskapsomsorg og helse som bedre benytter det store endringspotensialet som ligger i den nye identiteten som mor. Disse institusjonene har i større grad rutiner for involvering av også barnefar, noe våre informanter innlagt på § 6-2a var svært opptatt av. Noen slike institusjoner gir også anledning til at barnefar kan legges inn frivillig sammen med den tvangsinnlagte kvinnen. Ved Utsikten og Holthaugen ble all svangerskapsomsorg overlatt til en alminnelig eller forsterket helsestasjon og spesialisttjenester utenfor institusjonen. Fordelen med å benytte seg av de ordinære lokale tilbudene under tilbakeholdet er at dette kan betraktes som en del av en normaliseringsprosess ved at pasienten får et avbrekk og blir sosialisert inn i et fellesskap utenfor institusjonens ekstraordinære, midlertidige og innelukkede tilværelse, slik det ble for Brita. Tilhørighet til et fellesskap som ikke er skapt på grunn av statusen som rusavhengig kan virke både verdiggjørende og skape en sosial arena som fungerer også etter utskrivelsen. Synligheten av ansatte "voktere" kan imidlertid stigmatisere pasienten og ødelegge denne muligheten for inkludering, slik som Nina opplevde det. Det er behørig dokumentert i evalueringen at tilbudet til gravide tvangsklienter har svært varierende kvaliteter, og at det på noen institusjoner ikke er tilstrekkelig kompetanse til å ivareta lovens doble målsetning om å forsøke å gjøre kvinnen til en rusfri og velfungerende mor. Ruskuratorene var også bekymret over det varierende tilbudet for gravide rusmiddelavhengige, og mente at gravide best ble ivaretatt på institusjoner spesialisert på gravide (Lundeberg og Mjåland 2009). Ikke alle helseregionene har slike institusjoner, og økonomiske hindre vanskeliggjør pasientstrøm på tvers av denne desentraliserte styringsstrukturen. Praktiseringen av de tvangsinnlagtes rett til fritt sykehusvalg er lite utbredt. De store innholdsmessige forskjellene i tilbudet til tvangsklientene gjør det enda mer presserende å sørge for ordninger der klienten blir hørt og får innflytelse slik at institusjonsvalget blir best tilrettelagt den enkeltes spesielle situasjon.

I forhold til sikkerhet og kontrollordninger er det også store variasjoner. Det er særlig institusjoner som har en modell med blanding av pasienter på frivillig og tvang som har svake tvangsrammer. Den som fremstår som det strengeste av tvangsregimene i vårt utvalg er Holthaugen. Det er alltid låste dører og strenge restriksjoner på enhver utflukt. Rømning blir enten slått ned på med umiddelbar utskrivelse eller med at pasienten i en periode blir satt tilbake til "utgang null". Et annet ytterpunkt er Sandbekk. Ytterdøren er låst om natten og alle må registrere hvor de går, men ellers er det stor bevegelsesfrihet utenfor institusjonen. Aurora og Kristin fortalte at det var den minste sak å ruse seg jevnlig, uten å bli oppdaget. Vi ser at institusjoner som blander pasienter på frivillig og tvang og som derfor praktiserer en stor grad av åpne dører, har større problemer med å hindre tilgang på rusmidler på avdelingen. Samtidig kan problemet med et strengt regime være en grad av frihetsberøvelse som skaper avstand og mistillit og dermed ikke

den nødvendige alliansen for motiveringsarbeid. Ninas historie viser hvordan erfaringer av langvarig innesperring, fratakelse av privilegier og kontroll og sikkerhetsforanstaltninger som hun opplevde som urimelige, ikke bare fører til mistillit, men også går på verdigheten og helsa løs.

#### *Opplevelser av frihetsberøvelse*

Opplevelsen av å være innelåst og berøvet friheten, oppleves svært forskjellig av de som har blitt utsatt for tvang. Tvang blir som vi har dokumentert gjennomført på veldig mange forskjellige måter, men likevel er det noen fellestrekk i opplevelsen av tvang vi her skal diskutere.

Det er påfallende at de fleste av våre informanter som opplevde tvangen som en krenkelse, uttrykker sin sterke avmaktsfølelse gjennom å sammenligne det tvungne institusjonsoppholdet med det å være i fengsel. 13 av våre 17 informanter har vært i fengsel, og mange sier at det er liten forskjell mellom å være fange og å være ufrivillig pasient. Fengselsmetaforer brukes også for å konstruere tvangsinnleggelsen som en form for urimelig straff, de er straffet uten å ha forbrutt seg mot noe. Samtidig er det flere som antyder at rollen som fange er enklere å forholde seg til fordi det i mindre grad stilles krav til endringsarbeid og aktiviseringer. Straff oppleves dessuten som mer tidsbestemt og det er bare om å gjøre å holde ut soningstiden. Ingen kan si med sikkerhet når behandlingen er sluttført, når man blir "frisk". Pasientrollen er også mer regelbundet, det kreves selvinvesteringer og at du inngår i en behandlingsallianse. Det fengselsaktige ved opplevelsen av tvang handler også om politiets involvering og en innleggelsessituasjon som ligner på fengsling. Bruken av fengsel som narrativt grep for å beskrive hvordan det er å være pasient er imidlertid også et hyppig forekommende fenomen i frivillig behandling (Skatvedt 2008: 198), noe som tyder på at fangefølelsen ikke nødvendigvis bare har noe med erfaringen av selve tvangen å gjøre, men like mye om frihetstapet ved å leve i en total institusjon. Fengselsaktige beskrivelser av å gjennomføre et tvungent opphold kan også handle om at forskjellene mellom behandling og straff for rusmiddelavhengige har blitt mindre. Dette har sammenheng med store reformer i kriminalomsorgen de siste tiårene og satsninger på straffereaksjoner som er kombinert med en behandlingsinnsats.

Det er svært interessant at de fleste av våre informanter – uansett om de samtykket til eller var sterkt uenige i tvangen, og på tross av at de var innlagt på svært ulike institusjoner – karakteriserte tvangsoppholdet som en "ren oppbevaring". Et fellestrekk er at de fleste definerte tvangsoppholdet som bemerkelsesverdig kjedelig. Også de som fant mening og nytte i tvangen mente dette. I intervjuene med ruskonsulentene var dette også en tydelig formening; deres klienter rapportere i stor grad om kjedelige tvangsopphold uten relevant innhold (Lundeberg og Mjåland 2009: 92–95). De tvangsinnlagtes opplevelser av kjedsomhet er først og fremst et sterkt uttrykk for deres erfaring av å bli passivisert. Det handler også om å bli disiplinert og kontrollert i en pasientrolle de ikke har bedt om å få, om å bli fratatt dagliglivets roller. Likevel forteller noen av dem at livet på institusjon innebar en god del felles aktiviteter. Her er det riktignok store forskjeller, og variasjonene har også sammenheng med institusjonens kontroll og sikkerhetsregler. De lukkede tvangsregimene har et lavt aktivitetsnivå og det som skjer, skjer primært inne på avdelingen og fremstår for pasientene som tidsfordriv.

Nina forteller at hverdagen ved Holthaugen var passiviserende, og at det ikke var noen faste aktiviteter ut over at de fikk ansvar for måltider og hushold. Hun så ellers på TV og spilte kort selv om hun ikke likte det, bare for å få tiden til å gå. De åpne avdelingene derimot lar ofte tvangspasientene bli introdusert for de samme aktivitetene, behandlingsprogrammene og tiltakene som de som er der på frivillig grunnlag. Typiske aktiviteter det fortelles om er fjellturer, restaurantbesøk, svømming, shopping og bowling. Selv om mange institusjoner har et visst variasjonsspekter av felles opplegg og aktiviteter, oppleves dette for mange å være påtvungne, ensformige og kjedelige fritidssysler som de eventuelt er med på for å få tiden til å gå. Flere kvalitative studier basert på deltakende observasjon i svenske tvangsinstitusjoner viser til et liknende mønster (Gerdner og Berglund 2010). Også her var det uklart hva institusjonene skulle fylle tvangsoppholdene med, ettersom formålet med tvangen ikke vare å *tilby* behandling, men å *motivere til* videre frivillig behandling: "Fram skyntar en bild av långtråkig väntan som avbryts av olika aktiviteter, men utan fokus på den beroendeproblematik som ändå är grunden för att de är där" (Gerdner og Berglund 2010: 73). Spørsmålet er i hvilken grad slike utbredte aktiviteter som bowling, bordtennis og kortspill virker oppbyggelig på et bredt spekter av ulike pasienter. Problemet med å basere alle aktiviteter i gruppen er at mange opplever å ha svært lite til felles med de andre pasientene utover sitt rusproblem og av særlig betydning er de tilfellene der det rapporteres om at det har vært store aldersforskjeller på avdelingen. Å bli påtvunget et gruppemedlemskap en ikke føler seg hjemme i virker både demotiverende og meningsløst. Den store utfordringen for institusjonene er å benytte seg av flere av de mulighetene som finnes innenfor frihetsberøvelsens begrensninger. Rusavhengige som blir utsatt for tvang er en heterogen gruppe, og selv om rusmiddelavhengige som blir lagt inn på tvang har det fellestrekk at de har et rusforbruk som går på helsa løs, er deres opplevde livskvalitet som rusmiddelavhengig på innleggelsestidspunktet svært forskjellig. Tilværelsen som rusmiddelavhengige som brått ble avbrutt av tvangen fremstår for noen som enda mer fartsfylt, eventyrlig, spennende og meningsfull i kontrast til den monotone, innholdsløse og innelåste tilværelsen med komplett fremmede. Med andre ord vil det være svært varierende hva frihetsberøvelsen står i forhold til og kan sammenligne seg med, og dermed hva som kreves til gjengjeld for å gi den enkelte en tilstrekkelig følelse av mening. Noen av behandlingsinstitusjonene tar også selvkritikk på at tilbakeholdet i liten grad tilrettelegges individuelt. Selv om hva den enkelte definerer som kjedelig varierer, er det uansett en helt unison oppfordring fra våre informanter om å gjøre institusjonslivet generelt mer preget av innhold og langt flere aktiviteter, og at berikende opplevelser i seg selv utgjør en viktig motivasjonsfaktor for å ønske å fortsette med den harde jobben med å skape seg en ny identitet i en rusfri tilværelse.

#### *Betydningen av motstand*

Institusjonen har ulike praksiser når det gjelder reaksjoner mot pasientenes regelbrudd, men hvordan reagerer pasientene på disse? Her vil vi se nærmere på hvordan klienten forstår sin egen motstand og hvordan dette kan tolkes i lys av ulike institusjonelle sammenhenger og reaksjonsmåter. Spørsmålet er hvordan de betrakter sine egne reaksjoner og oppførsel i ulike institusjonelle kontekster, og hvordan dette noen ganger

får paradoksale utfall. Vi skal først se på typiske reaksjonsmønstre på avvik fra institusjonens side og så hvordan motstand blir gjort meningsfull og rasjonell sett fra klientens ståsted.

Institusjonene sanksjonerer uønsket oppførsel av flere grunner. Det gjelder hensynet til sikkerheten til de ansatte som de har ansvar for, hensynet til miljøet og andre pasienter, men også for å sørge for at regelverket blir respektert, forstått og overholdt i fremtiden. De fleste sanksjonerer manglende innordning og uro ved å foreta ytterligere frihetsinnskrenkninger, men avstraffelsesmetodene varierer. Forskjellene mellom institusjonene når det gjelder problemer med motstand, vold og rømninger, ser ut til å ha sammenheng med graden av frihetsinnskrenkninger og pasientinnflytelse. Noen institusjoner har egne skjermingsavsnitt inne på avdelingen som den aggressive personen blir plassert i inntil videre. Imidlertid rapporterer institusjonene om at noen former for motstandsreaksjoner kan føre til at institusjonen skriver pasienten ut. I Ninas tilfelle ble rømning straffet med en innskrenking i besøksordninger, i at hun ikke fikk gå ut i det hele tatt, ikke fikk være med på planlagte aktiviteter og at svangerskapskontrollene ble utført med forsterket bemanning og et betydelig sikkerhetsopplegg. En av institusjonene i utvalget (Marifjell) praktiserer i følge lederen nulltoleranse på drapstrusler, uansett hvilken situasjon truslene fremkommer, sikkerheten for ansattes helse overgår hensynet til klientens. Med andre ord kan utagering og trusler og gjentatte rømninger, som vi så i tilfellet Aurora, likevel vise seg å være et ganske farefullt, men effektivt motstandsmiddel som unnslipper den mer omstendelige og usikre byråkratiske vei som en formell klageprosess kan innebære.<sup>61</sup> Et viktig spørsmål i den sammenhengen er hvordan pasienten selv forstår sin motstand og hvilke toleransegrenser og reaksjonsmåter det er fruktbart og rimelig at institusjonen iverksetter?

I informantenes egen tolkning og fremstilling av sitt motstandsarbeid ved raseri, voldsutøvelse og trusler, finner vi at bakgrunnen for protestene ofte er sammensatt av mange forhold. Det kan ha sammenheng med måten beslutningen er gjennomført på, selve tvangsanbringelsen med maktbruk og innslag av politi, på fylkesnemndsprosessen og/eller kan ha sammenheng med tidligere dårlige erfaringer og mistillit som ikke nødvendigvis bare har med akkurat denne institusjonen og innleggelsen å gjøre. Det kan skyldes at det oppstår mønstre for samhandling som legger til rette for at mindreverds- og avmaktsfølelsen kommer til uttrykk: situasjoner der de ansatte nærmest demonstrativt overser, latterliggjør eller er trege med å respondere på pasientenes forespørsler. For Nina resulterte dette i at fortvilelsen og uroen ble forsterket, noe som gir nye eller forsterkede grunner for ytterligere sanksjoner. Våre informanter bekrefter at de selv eller andre pasienter gjentatte ganger har kommet med alvorlige trusler og flere sier at de har hatt episoder der de har vist sin motvilje ved å angripe personalet og ta i bruk vold. Dette kan være et uttrykk for grunnleggende forskjeller i hva som anerkjennes som en akseptabel ytringsform i ulike kontekster. Blant sykehuspasienter er det strengt regulert hvor mye og hva slags følelser det er greit å uttrykke i ulike situasjoner, og samtidig finnes ikke den samme muligheten til å trekke seg tilbake og kanalisere følelser til uttrykk i et privat rom (Album 1996). Uansett blir disse episodene

---

<sup>61</sup> Se saken om Nina tidligere i kapitlet.



sterkt avdramatisert av klientene når de forteller oss om dem i ettertid. De fortolkes av dem selv som en måte å vise sin fortvilelse på, i et forsøk på å bli hørt, få trøst og omsorg, vise sinne eller for å teste ut relasjoner. Problemet er at slike virkemidler ofte fungerer mot sin hensikt fordi dette normalt fører til at situasjonen deres blir forverret. Å få kjennskap til hvordan denne motviljen og skepsisen kan stå til hinder for et videre konstruktivt samarbeid om hjelp kan være avgjørende for å unngå at tiltakene oppleves like lite hensiktsmessige og treffsikre i fremtiden. Spørsmålet er hvilke rutiner og praksiser institusjonen har for kommunikasjon og hvilke konfrontasjoner som kunne vært unngått eller avdempet hvis de fikk hjelp til å fremsette sine klagemål og synspunkter i sammenhenger der institusjonen kunne komme dem i møte.

Et grunnleggende kommunikasjonsproblem ligger i hvordan institusjonene forholder seg til pasientenes motstand. Motstand blir ofte betraktet som noe irrasjonelt. Dette skjer ved at sterk motvilje blir betraktet som et symptom på det avhengighetsproblemet som de fornekte at de har. I så fall bekrefter motviljen bare berettigelsen av tvangen. Mangelen på avhengighetsinnsikt, på forståelse av sammenhengen mellom avhengigheten og den helsefaren som den enkelte løper pga av den, er jo nettopp begrunnelsen for at tvang er legitimt. Å skrive pasienten ut på grunn av motstand blir derfor paradoksalt fordi motstanden er en del av det problemet som begrunner det alvorlige inngrepet og som institusjonen skal løse. For pasienten fører denne tolkningen av motstand som noe irrasjonelt til en frarøving av kommunikasjonsmuligheter, noe som forsterker opprøret. Reaksjoner og utskrivelse mot "sprekk" viser til den samme inkonsekvensen. "Sprekker" og tilbakefall er en normal del av en rusmestringsprosess, sprekk bekrefter bare at pasienten enda ikke er kurert, at motiveringsarbeidet ikke har vært treffsikkert eller enda ikke er fullført. I historien til Aurora så vi at gjentatte rømninger og sprekker til slutt førte til utskrivelse. Selv om institusjonen kan tilskrive en vedvarende motvilje som Aurora viste som et klart signal om at tvangen er prøvd, men vist seg nytteløs som motiveringstaktikk, er det et spørsmål om hvor lenge oppholdet bør ha vært og hva som er forsøkt før det kan sies å ha blitt gjort et forsøk verdig. Auroras stadige rømninger og motvilje kan også tvert i mot betraktes som et soleklart bevis på hvor alvorlig hennes rusavhengighet er. Samtidig kan hennes motstandsvilje ses som et tegn på at hun virkelig ønsker å fortsette med den potensielt dødelige livsstilen. Den helsemessige forfatningen som hun var i da de fant henne etter siste rømning, viser i hvert fall hvor stor fare livet som rusavhengig utsetter henne for. Problemet er at en plutselig utskrivelse av pasienter kan innebære at pasienten eller fosteret utsettes for umiddelbar helsefare. Dette er utfordringen med autonomireparasjonstesen i praksis: Tvang bygger på at personer kan holdes tilbake slik at de i nykter tilstand kan ta et reelt valg om hvordan de ønsker å leve, men når inntreffer denne autonomireparasjonen; når inntreffer "når nok er nok"; når pasienten har fått vite nok til å ta et eget valg? Motstand kan også være et uttrykk for at nok *er* nok, og at pasienten bør slippes ut. Likevel, ut fra klientenes beretninger er det grunn til å spørre seg om institusjonene som systematisk sliter med uregjerlige og opprørske klienter, kan skyldes at det ikke finnes arenaer der slike frustrasjoner og misnøye kunne vært håndtert og diskutert i møtet med institusjonen uten at det ble en alvorlig konfrontasjon ut av det. Motvilje kan ha mange årsaker, men må i utgangspunktet bli betraktet som en rasjonell respons på å bli tvunget til noe, til å bli utsatt for makt, for å bli stemplet og omtalt uverdige, for å bli straffet og

for å tape mening og å kjede seg. Motstand må ikke bare avskrives som noe irrasjonelt, som uttrykk for farlighet eller for manglende "sykdomsinnsikt", men som kommunikasjon om opplevd urettferdighet eller reelle interessemotsetninger som institusjonen må gå i møte og diskutere. Aggresjon og sterke følelsesutbrudd må også i større grad kunne tas på alvor og anerkjennes som vitale og konstruktive uttrykk for den ekstreme situasjon den enkelte befinner seg i. Endring i kommunikasjonstoleransen til noen av institusjonene kan være behjelpelig. Dette gjelder også for rømningshistoriene. En nylig publisert artikkel om rømninger fra svensk tvangsbehandling, konkluderer med at den mest effektive måten å redusere antallet rømninger på, er å gjøre behandlingen så meningsfull som mulig for klientene (Svensson 2010). Gjennom de ulike historiene har vi vist hvordan innholdslose, kjedelige og fengselsaktige tvangsopphold kan resultere i at klientene rømmer. I stedet for å tolke disse rømningene som utelukkende utslag av rusuget og avhengigheten, kan institusjonene også benytte slike episoder til kritisk refleksjon rundt tilbudet klientene blir gitt.

#### *Reversere eller distribuere stigma*

Et tema som var viktig i hver eneste fortelling om tvang var sårbarheten i hvordan informantene ble omtalt og kategorisert av mennesker i systemet med stor definisjonsmakt. Å karakterisere et individ på en riktig og representativ måte er et intrikat arbeid i den profesjonelle tjenesteytingen, som også får store konsekvenser for den enkelte. Særlig gjelder dette definerte svake, utsatte eller "klanderverdige" grupper som de rusmiddelavhengige. Vi har igjennom historiene fått demonstrert at degraderte identiteter ikke er uforanderlige, men svært vanskelig å reforhandle. Sårbarheten kan ha sammenheng med at de minst mektige kan ha mindre innflytelse over egen identitet enn andre. De er mer prisgitte andres respons når det gjelder å bli inkludert. Vi skal her diskutere klientenes opplevelse av hjelpeapparatets store definisjonsmakt, og hvordan dette forvaltes på mer og mindre krenkende, hensiktsmessige eller respektfulle måter, og hvilken forandring ulike definisjonsprosesser kan hindre eller muliggjøre.

En mulighet for å bedre betingelsene for et statusskifte som vi tidligere har omtalt ligger i å bli kartlagt og diagnostisert. Imidlertid er det stor forskjell i de ulike diagnosenes sosiale verdi, og dermed dens verdiggjørende mulighet. Diagnosene inngår i hierarkier av sosial prestisje som kan bevare, styrke eller frata noen verdighet (Album og Westin 2008). Mens dobbeltdiagnose viser til karaktertrekk som er sosialt belastende og en tilstand med usikker behandlingsnytte, er ADHD langt mer sosialt slagkraftig og forbedringsmulig. Noen diagnoser hjelper i det storstilte endringsarbeidet bort fra rollen som rusmiddelavhengig. De får lettere tilgang til en alternativ identitet som kan frata eller tilføre den enkelte muligheter for ressurser og nye identiteter. Mens dobbeltdiagnosepasienter sliter i en sosialt ufordelaktig posisjon i institusjonenes grenseland, er andre diagnoser slagkraftige fordi de ofte gir klare pasientrettigheter, plasserer behandlingsansvar og årsaksforhold. "Sykerollen" kan slik skape en mykere overgang ved den statuspassasjen som utskrivelsen innebærer, og bedre muligheten for at mer systematisk oppfølging blir gitt også i tiden etter utskrivelse.

En mulighet for redefinering som institusjonene tilrettelegger for i ulik grad, og som noen pasienter er opptatt av, er å bli eksponert for erfaringer med "alminneligheten". Mens noen har identitet som "skikkelige narkomane" og ikke ønsker normalitet,

fremstår dette for andre som ettertraktelsesverdig. Ønske om normalitet kan utnyttes konstruktivt ved å tilrettelegge for to former for alminnelige erfaringer. For det første er det attraktivt at institusjonen ivaretar alminnelige behov og samvær i en ordnet tilværelse som forutsigbarhet, trygghet, hygiene, rene klær, faste måltider og egen seng. Denne alminneligheten var en avgjørende motivasjon for et videre opphold for både Sara og Kristin. Prosesser som alminneliggjør de ualminnelige skjer også i de uformelle samhandlingssituasjonene, det som ikke har et siktemål som terapeutisk verdi, det som skjer i dagliglivet på institusjonen. Tvingen setter den innlagte i en ekstremt ømfintlig situasjon og samvær med ansatte tillegges stor vekt med hensyn til forhold som berører synet på seg selv. Siden det på skjermede avdelinger er mindre kontakt med omverdenen og det ikke er tillatt med behandling, blir det uformelle samværet med personalet enda mer betydningsfullt i en alminneliggjørende prosess. For det andre handler dette rett og slett om å få komme seg ut av institusjonen og få anledning til å utforske normale situasjoner og ha samvær med "alminnelige" mennesker. På institusjonen leveres et ekstraordinært liv, en formelt administrert og innelukket tilværelse, avskåret fra samfunnet. Institusjonstilværelsen er for mange en ekstrem situasjon, en unntakstilstand, nok en usedvanlig erfaring som de ikke har bruk for når de slippes ut. Gjennom en mer eller mindre lang ruskarriere er mange av dem blitt preget av å leve livet i en subkultur med egne normer og regler hvis innpass krever tilegnelse av et spesifikt språk og kompetanse. Arbeidet med å hjelpe til rusfrihet vanskeliggjøres av at en beherskelse av gatekulturen vanskelig kan overføres til andre sosiale arenaer (Sandberg 2009). Våre informanter er svært entydige i forståelsen av at et annet og mer rusfritt liv krever drastiske endringer og flere roller utenfor. Det er alminneligheten som er noe ekstraordinært for mange av informantene. De sier de mangler erfaring med hverdagslig samvær med alminnelige folk. Å bli eksponert for alminnelige erfaringer og samvær er ikke bare et viktig aspekt ved myndig- og verdiggjøring, men også for å motvirke faren for at pasientene blir institusjonalisert på en sånn måte at de utvikler kompetanse og posisjoner som bare har gyldighet innenfor institusjonens rammer (Thomassen 2001).

I historiene er det imidlertid helt klart at det de definerer som krenkelser ikke bare referer til opplevelsen av frihetsberøvelse, fratakelse av privilegier og maktbruk; krenkelse kan også innebære former for undertrykkelse og dominans som er rotfestet i hjelpeapparatets mønstre for fortolkning og kommunikasjon. Vi ser at representanter for tiltakskjeden lett havner i en posisjon der de stadig utsetter klientene for nedlatende karakteristikk som skaper eller forsterker stereotyper og stigma som skaper motvilje og virker marginaliserende. Når det er snakk om å ta i bruk et så ytterliggående virkemiddel som tvang, sier det seg selv at det er en umulig oppgave å unngå å komme med negative og ubehagelige opplysninger om den saken gjelder. Flere uttrykker at fylkesnemndsprosessen er særlig belastende. Et gjennomgående trekk er at de er lite forberedt på hva fylkesnemndsprosessen innebærer. Fylkesnemndsprosessen er et meningstettet ritual som forvalter en betydelig symbolsk kapital. Det som blir sagt i prosessen om den saken gjelder gir sterkt inntrykk (både positivt og negativt). Uttalelser fra det vide spekteret av fagpersoner som er involvert i rettsprosessen – ruskuratorene, politiet, legene, psykologene, miljøterapeutene, nemndsmedlemmene – tillegges stor betydning. De som saken angår føler seg representert på en feilaktig måte, det som blir sagt "stemmer ikke", de opplever at de ikke blir hørt eller gjort usynlig. Det er vanskelig

å kjenne seg igjen i det portrettet som lages av dem og de negativt ladede beskrivelsene som beslutningen om tvang hviler på. Særlig oppleves det som krenkende å bli fremlagt som en hvilken som helst uforbederlig narkoman, selv om deres "egentlige" rushistorie på ulike måter viser til mange alminnelige forhold og en rekke langvarige rusfrie avbrudd som bryter med denne forestillingen. Vi ser også at erfaringene av å motta slike stigmatiserte tjenester<sup>62</sup> over tid skaper ringvirkninger ved å øke avstanden og mistilliten til hjelpeapparatet. De fleste av informantene våre har omfattende erfaring med ulike deler av hjelpeapparatet og flertallet har erfaring med tvang fra både psykiatrien og barnevernet. Tidligere negative erfaringer gjør at den enkelte mister tillit og forskanser seg i historiene som verserer i rusmiljøet om et urimelig, uregjerlig og nedverdiggende system (Spicker 1984). Spørsmålet er hvordan det er mulig å utvikle og endre mønstre for service, samspill, fortolkning og kommunikasjon i en så ekstrem situasjon som tvang på en måte som bedre inkluderer de berørtes følelser, erfaringer, identiteter og språk. Språket en uhørt stor ressurs, med alle variasjoner og dramaturgiske muligheter. Det er et spillerom for rutinemessig å forsøke å styre oppmerksomheten bort fra avviket i den daglige interaksjonen med den rusmiddelavhengige i rollen som klient eller pasient. Denne sosialpsykologiske dimensjonen av erfaringen med tvangsprosessen, i hvilken grad den enkelte opplever å bli fratatt eller tilført selvrespekt, fremstilles som svært betydningsfullt for hvilken forskjell tvang kan muliggjøre i den enkeltes liv.

### Resultatene av tvang

Våre informanter viser at tvang kan utgjøre et konstruktivt brudd i ruskarrieren og skape grunnlag for langvarige behandlingsforløp. De viser også at tvang kan føre til destruktive brudd, skape mistillit og ødelegge behandlingsallianser. Vi skal avslutningsvis gjøre rede for hva som skjedde i tiden etter tvangen for våre informanter og vise hvilke forhold som virket støttende og ødeleggende i arbeidet for å skape et bedre og rusfritt liv.

Tvangens resultater må ses i forhold til de ulike tvangsbestemmelsenes formål. For § 6-2a er hensikten å hindre eller begrense sannsynligheten for at barnet påføres skade, samt å tilby den gravide kvinnen hjelp i forhold til sitt rusproblem. De to andre paragrafene mangler en formålsbestemmelse (Søvig 2007). For både § 6-2 og § 6-3 vil imidlertid umiddelbar bedring av funksjonsnivå, videre frivillig behandling og et permanent bedret funksjonsnivå være viktige målsetninger ved å benytte bestemmelsene (ibid.). I denne oversikten over resultatmål har vi valgt å fokusere på hvor mange som går videre i frivillig behandling, hvor mange som oppgir å være rusfri, hvor mange som oppgir å være i aktiv rus, og hvor mange som er i LAR. Tabellen nedenfor viser situasjonen til informantene på intervjuutidspunktet.

---

<sup>62</sup> Spicker (1984) kaller en tjeneste stigmatiserende når den degraderer og ekskluderer mennesker, får dem til å føle skam og skyldfølelse for sine problemer, noe som får vanskeligstilte til å nøle eller unngå å søke hjelp til det de trenger.

*Nåsituasjonen til informantene innlagt etter §§ 6-2, 6-2a og 6-3*

Nåsituasjon					
Paragraf:	Rusfri	Aktiv rus	LAR*	Innlagt	Totalt:
§ 6-2	4	5	1	1	11
§ 6-2a	1		1	1	3
§ 6-3	-	1	1	1	3
Totalt	5	6	3	3	17

\* Tabellen ovenfor viser at tre informanter var i LAR på intervjudtidspunktet. 2 av disse var i LAR da de ble tvangsinnlagt, begge var gravide.

Vi vil i det følgende først og fremst diskutere hvilken rolle informantene selv tillegger tvangen for hvor de er nå, og hvilke andre forhold som de mener har hatt betydning.

*Videre frivillig behandling*

Utskrivelsen fra tvang er et svært sårbart og kritisk punkt. I løpet av kort tid skal institusjonen bli kjent med klienten og finne ledige og tilrettelagte plasser som samtidig pasientene ønsker seg. 8 av våre informanter gikk imidlertid videre i frivillig behandling etter at tvangsoppholdet utløp. 2 av disse var innlagt på § 6-3, 5 på § 6-2, og 1 på § 6-2a.

Sara var en av få informanter som ble involvert i prosessen med å velge hvilken institusjon hun ønsket å fortsette ved på frivillig grunnlag etter at § 6-2 vedtaket utløp. Hun fikk anledning til å bli informert om flere aktuelle institusjoners behandlingstilbud gjennom besøk og denne medvirkningen sa hun var avgjørende for å bli værende. Sara og alle de andre som fortsatte i behandling ble overført til frivillig avdeling ved samme institusjon. Dette bedrer forutsetningen for å få en myk og gradvis overgang ved tilrettelegging for kontinuerlige besøk og opphold i den nye avdelingen. På bakgrunn av rett til fritt sykehusvalg og krav om klientmedvirkning, er det likevel et problem at noen får mangelfull informasjon om hvilket tilbud de kan få etter tvangen eller at de ikke har fått vært med på beslutningen om videre behandling i det hele tatt. I verste fall som i tilfellet Kristin blir det ikke gitt noen form for tilbud, selv om hun var motivert og ønsket seg videre behandling. Problemet med å ikke bli tilbudt videre plass var noe flere av ruskonsulentene i sosialtjenesten hadde erfart og som de påpekte som svært problematisk (Lundeberg og Mjåland 2009). At noen klienter ikke blir garantert frivillig plass etter at tilbakeholdet er opphørt gjør at lovens formål om motivasjon og tilrettelegging til frivillig behandling blir uten mening. Formålet med tvangen krever ordninger som forhindrer slike behandlingsbrudd for denne sårbare gruppen.

*Rusfri*

5 av informantene var rusfri på intervjudtidspunktet, av disse hadde 4 vært innlagt på § 6-2 mens en hadde vært innlagt på § 6-2a. Tiden de oppgav å ha vært rusfri etter at tvangsoppholdet opphørte var for § 6-2 fra 8 mnd til 5 år, mens den gravide kvinnen innlagt etter § 6-2a kun hadde vært rusfri i 2 uker (siden fødselen) da vi intervjuet henne (Brita). Dette må imidlertid ikke forstås som om tvangen gjorde dem rusfrie; for hver enkelt er det et komplekst samspill av faktorer som førte til at de i dag ikke misbraker

rusmidler. Men for alle de fem, om enn på vidt ulike måter og for noen mer direkte enn andre, spilte tvangen en konstruktiv rolle i det endringsarbeidet som førte dem ut av rusavhengigheten.

De 5 § 6-2 informantene er Karsten, Sara, Bjørg, Hege og Brita. Det er interessante fellestrekk i disse fem historiene. Alle forteller at tvangsoppholdet var viktig, om enn av ulike årsaker. Alle de fire på § 6-2 fikk tilbud om og valgte å fortsette i frivillig behandling ved samme institusjon, og trekker dette frem som viktig. Alle tilskriver støttepersoner i hjelpeapparatet en viktig rolle i forkant av, under, og etter tvangsoppholdet. Både Sara, Hege og Bjørg hadde velfungerende ansvarsgrupper som viste stor vilje til å hjelpe dem, på tross av at de hadde hatt mange "resultatløse" behandlingsforsøk tidligere. For Karsten var det ingen oppfølging å få hos sosialkontoret, men hjelpen fant han i den lokale selvhjelpsgruppen til NA, både under og i etter tvangsoppholdet. Brita hadde heller ingen støtte fra sosialkontoret sitt, her var det enkeltpersoner og ildsjeler ved institusjonen som bisto henne med å opprette IP og tilrettelegge for videre behandling etter fødselen. I tillegg trekker både Hege og Sara fram at oppstart av medikamentell ADHD behandling var en viktig og stabiliserende faktor i prosessen frem mot rusfrihet. Alle bortsett fra Karsten trekker frem at tvangen reddet livene deres/ hindret dem i å skade seg selv/ barnet sitt (Brita). Bortsett fra Hege som hadde et lengre tilbakefall, oppgir ingen å ha hatt rusperioder etter at de ble tvangsinnlagt.

Disse fem historiene, om enn på ulike måter, understreker virkningen av og behovet for ettervern. For noen var ettervernet en lojal ansvarsgruppe med ressurspersoner og aktive ruskonsulenter som også etter institusjonsoppholdene hadde regelmessige møter om videre tiltak og rådgivning. For Karsten var det en selvhjelpsgruppe. For Karsten og Sara var det en yrkesrettet attføring og mulighet for å komme i meningsgivende arbeid. For Brita, på tross av kun 2 ukers rusfrihet, som likefullt opplevdes som en seier, ildsjeler ved tvangsavdelingen som "ikke ville slippe taket". Mange forteller likevel at de møter unødvendige store barrierer når de blir skrevet ut og må starte helt på nytt. Fortiden innhenter deg lenge etterpå. Det er svært varierende hvordan sosialtjenesten og behandlingsinstitusjonen samarbeider om å gi egnet boligtilbud og økonomisk rådgivning før utskrivelsen, særlig vanskeliggjøres dette arbeidet når hjemkommunene ligger langt unna. Kommunegjeld er et stort problem som gjør at det er vanskelig å starte på nytt. Sara eide ingenting og de økonomiske problemene og gjelden hun hadde opparbeidet seg, men ikke hadde forholdt seg til i årene som rusmiddelavhengig, gjorde at det ble umulig å ta opp lån eller skaffe seg noe uten hjelp fra andre. På tross av disse "suksesshistoriene", fremviser altså våre informantenes historier først og fremst en stor mangel på ettervern. Den svenske kunnskapsoppsummeringen fremhever strukturert ettervern som en faktor som bedrer resultatene av tvang (Gerdner og Berglund 2010). Et viktig spørsmål er om institusjonenes oppfølgingsansvar bør strekke seg utover det å tilby de tvangsinnlagte videre frivillig behandling i etterkant av tvangsoppholdet, et ansvar de ikke har, men som noen institusjoner allerede tar.

#### *Hva er et godt resultat?*

Av de 6 som på intervju tidspunktet var i aktiv rus, hadde 5 vært innlagt på § 6-2 og 1 på § 6-3. Aktiv rus er en upresis kategori. Livet som rusmiddelavhengig innebærer brudd,

opp- og nedturer, perioder med lite og perioder med mye rus. Flere i denne kategorien hadde på intervjudtidspunktet en langt bedre og mer avklart livssituasjon enn tidligere (før tvangen), uten at de definerte seg som rusfrie eller avholdende, og uten at dette hadde sammenheng med tvangsoppholdet. Aurora og Kristin, som vi har presentert tidligere i dette kapitlet, er eksempler på dette. Det er imidlertid en rekke fellestrekk mellom informantene med erfaring fra § 6-2 som nå er i "aktiv rus". Flertallet var sterkt negative til at de ble innlagt på tvang. De mente det ikke var grunnlag for tvang der og da, og det mener de i ettertid. Fire av fem ble innlagt med bistand fra politiet, uten at de var blitt informert eller varslet om det på forhånd. Tre av disse anbringelsene skjedde i det offentlige rom, med uniformert politi som benyttet makt, og resulterte tildels i voldsom motstand. Tvangsoppholdene ble beskrevet svært negative og innholdsløse, og flere rømte og viste (voldsom) motstand mot personalet. Tre fikk opphevet vedtaket før tiden, noe som for alle tre sin del forsterket følelsen over å ha blitt utsatt for urett. Alle fem reiste rett ut og ruset seg etter at tvangsoppholdet ble opphevet/ utløp, uten noen konstruktiv endring.

8 av våre 17 informanter gikk altså videre i frivillig behandling, og 5 er i dag også rusfri, hvor tvangsinnleggelsen tillegges en sentral betydning. Flere av dem er i det de selv opplever som meningsfullt arbeid. For disse var tvangen viktig. Hva med de andre informantene, var tvangen resultatløs? Flere av de som ikke har blitt helt rusfri, sier at tvangen hadde en mening. Selv om de fortsatte å ruse seg etterpå mener de at tvangen gav en konstruktiv pause der de kunne tenke seg om og ta et aktivt valg om rusens rolle i fortsettelsen av livet. Noen mener også at tvangen trolig var livreddende, og at de i ettertid kanskje ruset seg med større forsiktighet. Et eksempel er Kristin. Oppholdet på Sandbekk var konstruktivt fordi hun lærte å kjenne nye sider av seg selv og den gode følelsen av å mestre det å være rusfri. Denne positive erfaringen bruker hun til å ha perioder som rusfri og til å planlegge sine rusopplevelser slik at hun mestrer jobb og ikke eksponerer seg på en måte som er til like stor belastning for andre. Hun sier rusen er en erstatning for en ytterst monoton, kjedelig og asosial tilværelse i en omsorgsbolig. For henne representerer ikke lenger rusavhengighetene et tap av autonomi, men muliggjør med en stor grad av overlegg tilsiktede endringer av følelser og stemninger. Imidlertid har urovekkende mange av våre informanter negative og krenkende erfaringer med tvang, hvor tvangsoppholdene først og fremst markerer destruktive brudd, og hvor tvangen framfor alt forsterket mistilliten til det apparatet som forsøkte å hjelpe dem. Å bli systematisk usynliggjort, feilrepresentert, eller ikke bli hørt eller ha innflytelse i beslutninger som gjelder seg selv skaper eller forsterker en mistillit, noe som også virker demotiverende og skaper dårlige resultater av tvang

## Tvangens muligheter og begrensninger for endring

Inngrep med tvang hviler på en sterk tro på endringspotensialet i mennesket: Motivasjonen for å snu en sterkt nedadgående karriere som marginalisert skal skapes ved hjelp av en kort tvungen institusjonstilværelse. Terskelen for å oppnå et rusfritt liv er, slik informantene beskriver det, enorm. Det er svært mange prøver som må bestås. De fleste mener det kreves et radikalt brudd med sin tidligere tilværelse, noe som bla innebærer at nærmest ingen av deres tidligere roller eller kompetanse i rusmiljøet lenger

har noen verdi. Bindingen til dette miljøet er tvert imot et problem, levereglene der må avlæres. Problemet med å skape betingelser for en oppadstigende karriere forsterkes av at de som blir plukket som egnet for tvang ofte er rusmiddelavhengige som befinner seg lengst nede helsemessig. Det handler også om å bli frisk, lære å forvalte sin egen helse og deretter begynne å jobbe med sin nye statusheving. Likevel handler dette først og fremst om å finne mening i å orke å gjøre dette arbeidet: hva er gevinsten?

Som Karsten påpeker krever de radikale endringene hos et menneske som loven håper på ofte "sjelsettende" virkemidler. Karsten etterlyser en tilrettelegging for mer "sinnsforandrende" opplevelser, noe som ikke utelukkende kan skje i institusjonens regi. Kjedsomheten, meningstapet og ensomheten som alle rapporterer om kommer når livet skal stables på beina som rusfri, krever erstatninger og alternative livsprosjekter. Felles for de som har lyktes med å skape en rusfri tilværelse er at de har skapt nye roller på nye sosiale arenaer, og felles for de som ikke har lyktes er at de ikke klarte eller fikk hjelp til å bli inkludert i et alternativt miljø. Å ha noen forbindelser som står utenfor rusmiljøet har stor betydning i den vanskelige prosessen mot å bli rusfri. Institusjonen kan hjelpe med å informere om ulike tilbud og introdusere klienten for potensielt meningsfulle fellesskap. For Karsten var det fellesskapet i NA som gav en sterk og stabil følelsesmessig tilhørighet og som gav han rom for den store følelsesmessige utladningen som et slikt drastisk brudd i livet krever. Han var sterk nok til å starte på nytt i en by i en annen landsdel. Sara har til og med gått så drastisk til verks i sitt statusskifte at hun har skiftet navn, fått jobb i en interesseorganisasjon og flyttet ut av byen sin uten kontakt med sitt tidligere miljø. Rolf startet også livet etter utskrivelsen på nytt i en annen kant av landet, men fikk tilbakefall da han kom tilbake til sitt gamle miljø. Vi ser at virkemidlene som kreves for å snu en marginalisert sin nedadgående karriere er betinget av forhold som både er i og utenfor institusjonenes og sosialtjenestens kontroll. Hva en ansatt ildsjel gjør på fritiden, nye kjæresten, tapsopplevelser, pengearv, en diagnose fra eller til, å bli definert som "prakteksemlarer" og sportsaktiviteter. Den endring det her forutsettes krever at store ressurser er i sving hos den enkelte, og at de finner noe som kan erstatte det store meningstapet mange opplever uten rusens velbehagelige virkning og fellesskapet og gatekapitalen. Det er et problem at individet i for stor grad blir stående alene med dette imponerende biografiske bruddet og de store endringer som dette krever. Vi mener at det mangler en ritualisert måte å behandle overgangsfasen til rusfri på, og en mer forpliktende oppfølging av klienten også etter utskrivelse. Noen av hovedutfordringene i bruk av tvang kan i lys av klienterfaringene oppsummeres gjennom følgende punkter:

- Klientene er ofte mangelfullt eller feilaktig informert i løpet av beslutningsprosessen, eller helt uvitende, særlig i hastesaker. Dette gjelder i forkant av vedtak, men også i fylkesnemndsbehandlingen, om klagemuligheter og valg av institusjon før og etter tvangen. Dette fører til krenkelser og mistillit.
- Rett til sykehusvalg er i liten grad praktisert.
- Politistyrte innleggelses virker krenkende: Pågrepser ved hjelp av uniformert politi på gaten, bruk av direkte makt og håndjern er fremgangsmåter som er forvirrende, krenkende og forsterker motstand.
- Det oppleves som svært belastende at det i en tvangssak samles ekstremt mange negative opplysninger om den det gjelder og at disse nedverdiggende



karakteristikkene følger dem videre i kontakten med hjelpapparatet. Dette gjør at det lett oppstår mønstre for kommunikasjon og samhandling som virker konfliktskjerpende og som kan skade både selvfølelsen og relasjonene.

- Det er mangel på individuell tilrettelegging av institusjonsoppholdet. Institusjonene legger opp sine primære ukentlige planer i form av gruppeaktiviteter.
- Underbruk av utredninger: Det er store forskjeller i om institusjonen iverksetter en systematisk utredning og avklaring av den rusmiddelavhengiges helsetilstand under tilbakeholdet, noe flere klienter etterspør og mange har nyttiggjort seg.
- Blandingsavdelingene mangler tilrettelegging overfor gravide.
- Almenneliggjørende samvær og kommunikasjon hjelper: Samtaler, aktiviteter og samvær som gjør at den enkelte får prøve ferdigheter og styrke identiteten som ikke-rusavhengig.
- Store variasjoner i sikkerhet og kontrollordninger på institusjonene. Det er særlig institusjoner som har en modell med blanding av pasienter på frivillig og tvang som har svake tvangsrammer.
- Noen institusjoner har lav toleransegrense for utagering og "sprekk", selv om begge former for reaksjon er en normal del av en rusmestringsprosess, særlig under tvang.
- Institusjonsoppholdets kvalitet er av stor betydning for å minske negative opplevelser av tvang. Behandling som oppleves som meningsfull av klientene forebygger rømning.
- Behandlingsbrudd: Noen pasienter som ønsker å gå videre i frivillig behandling får ikke tilbud. Dette gjør at lovens formål om motivasjon og tilrettelegging til frivillig behandling blir uten mening.
- Strukturert ettervern bedrer resultatene av tvang. Velfungerende ansvarsgrupper og IP har vært til avgjørende hjelp i tiden etter innleggelsen.
- Å skape nye sosiale arenaer og sterke felleskap som sørger for nye roller fremstilles som avgjørende for å starte en rusfri tilværelse for seg selv (fritidsaktiviteter, kurs, NA, interesseorganisasjoner osv). Dette kan institusjoner informere om og tilrettelegge for under oppholdet.

## AVSLUTNING

### Ingrid Lundeborg, Kristian Mjøland og Karl Harald Søvig

I denne evalueringen har vi dokumentert og belyst erfaringer med og praktiseringen av sosialtjenestelovens tvangsparagrafer §§ 6-2, 6-2a og 6-3, samt § 6-1a med vekt på hvordan de ulike tvangsbestemmelsene blir forstått, hvordan de blir praktisert og om formålet med reglene blir oppnådd, og om dette varierer mellom kommuner og helseregioner. Vi har undersøkt dette ved hjelp av en kartlegging av forhold ved hele tiltakskjeden i tvangssaker om §§ 6-2 – 6-3. Undersøkelsene har omfattet sosialtjenestenes rolle i beslutningskjeden, kartlegging av kjennetegn ved tvangssakene ved hjelp av vedtak fra landets fylkesnemnder, vi har fulgt iverksettingen av tvangen; undersøkt hvordan 4 ulike behandlingstilstander organiserer og gjennomfører tilbakeholdet, og studert tvangens resultat ut fra brukernes erfaring. Vi skal i dette avslutningskapitlet benytte anledningen til å se de ulike undersøkelsene i sammenheng og diskutere noen hovedtrekk. Vi vil her særlig legge vekt på å forklare forhold som preger rettsutviklingen, og særlig betydningen av organisering og samarbeidsforhold med de ulike involverte instanser før, under og etter institusjonsoppholdet. Vi vil først diskutere kjennetegn ved de rusmiddelavhengige som legges inn på tvang og deretter se på variasjoner og utfordringer i gjennomføringen av tilbakeholdet sett fra alle berørte aktører, før vi redegjør for hvilke muligheter tvang kan gi. Avslutningsvis vil vi gå igjennom problematiske forhold ved dagens regelverk og mulige behov for endringer.

#### Hvem tvangsinnlegges og hvorfor?

I denne evalueringen har vi dokumentert en markert økning av bruken av tvang, men fortsatt brukes bestemmelsene i begrenset grad. De 116 (§§ 6-2 og 6-2a) personene som ble tvangsinnlagt etter ordinær saksgang i 2009 er altså en svært snever gruppe av rusmiddelavhengige sett i forhold til den potensielt store målgruppen som loven kan omfatte. Vi vil i det følgende diskutere hva som kjennetegner personer som blir tvangsinnlagt og hvilken behandlingstilstand som foranlediger nødvendigheten av et inngrep med tvang. Hvilke forhold i tiltakskjeden har betydning for at noen typer rusmiddelavhengige preger tvangsstatistikken?

#### Rusmidler

I forhold til rusmiddelmisbruk er rent narkotikaforbruk fortsatt dominerende blant de som blir utsatt for tvang. Narkotikamisbruk utgjør 65 % av de innlagte etter § 6-2 og 78 % etter 6-2a. Opplysninger fra surveyen viser at misbruksmønsteret for innlagte på § 6-3 ikke skiller seg vesentlig fra de andre. Alkohol er sterkt underrepresentert og ble oppgitt som eneste rusmiddel for 14 % av tilfellene i § 6-2, mens bare for 5 % av de gravide på §

6-2a. Ulike former for narkotikabruk er altså dominerende for begge kjønn etter § 6-2, men mest for kvinner. Menn som tvangsinnlegges bruker i større grad alkohol enn kvinner. Samtidig er alkoholandelen betydelig lavere for tvangsinnlagte enn for frivillig innlagte. Et spørsmål som vi har tatt opp flere steder i evalueringen er hvorfor alkoholavhengige ikke fanges bedre opp av tiltaksapparatet. Det er påfallende at alkoholmisbruk så sjelden foranlediger en tvangsinnleggelse da alkohol generelt er regnet for å være et betydelig større og økende samfunnsproblem. Alkohol er samtidig mer skadelig for fosteret enn narkotika. Ifølge sosialarbeidernes egne forklaringer skyldes dette først og fremst at alkohol er mer kulturelt akseptert (80 %). Dette underbygges av at det har skjedd en normalisering og statusheving av visse former for alkoholkonsum som gjør at det kan være lettere å skjule misbruk. Dette fører også til at ansatte i helse – og sosialsektoren ikke finner det naturlig eller vegrer seg for å kartlegge alkoholvanene til sine klienter. Resultatet er at det sendes færre bekymringsmeldinger om alkoholmisbruk fra det øvrige tiltaksapparatet. Dette vises i sosialarbeidernes forklaringer der 68 % mener sosialtjenesten får færre bekymringsmeldinger angående alkoholmisbruk enn for narkotikamisbruk. Som vi har dokumentert tidligere er praktisering av bekymringsmeldinger og terskler knyttet til dette i det øvrige tiltaksapparatet avgjørende for tvangsbruk: ekstern bekymring er normalt den viktigste katalysatoren for igangsetting av en tvangssak. Samtidig mener sosialarbeiderne at en viktig forklaring er at alkoholikere ikke er en like stigmatisert og sosialt og økonomisk marginalisert som mennesker som har et opiattdominert misbruk (57 %). Alkoholikere er i mindre grad sosialklienter. Vi ser også at en lovtolkning med vekt på å avverge en akutt fare og livredning som vi har dokumentert i evalueringen, kan være en forklaring på at alkoholmisbrukere sjelden blir utsatt for tvang. Selv om det er flere alkoholrelaterte dødsfall enn noe annet rusmiddel (317 alkoholrelaterte dødsfall i 2007 (SSB), mot 244 narkotikainduserte samme år) så er forskjellen at alkoholmisbrukere ikke i samme grad har en like stor akutt risiko for plutselig og ung død som narkomane. Hyppige overdoser er ofte en foranledning for at tvang blir vurdert. Samtidig hevder flere ruskuratorer at det er problematisk at det ikke finnes noe adekvat tilbud til alkoholavhengige på tvang, og at det oppleves som et problem at denne kategorien av rusmiddelmisbrukere blir ytterligere belastet, stigmatisert og feilbehandlet når de må leve på en lukket institusjon sammen med narkomane (Lundeberg og Mjåland 2009). De forteller at det har forekommet saker der mangelen på tilrettelagte plasser for denne gruppen har ført til at saken henlegges.

### Alder

Et annet viktig forhold er betydningen av alder. Gjennomsnittsalderen for dem som tvangsinnlegges etter § 6-2 er på 29 år og 28 år etter § 6-2a. Når det gjelder § 6-3 ble gjennomsnittsalderen i surveyen målt på grunnlag av oppgitte alder i sosialkuratorens siste sak til 31 år (N-53). Både etter § 6-2 og § 6-2a er det en sammenheng mellom rusmiddeltype og alder, i den forstand at de med et alkoholdominert forbruk i gjennomsnitt er eldre enn de med et narkotikadominert forbruk, med blandingsforbruk i en mellomposisjon. Det er med andre ord ikke den eldre generasjonen av rusmiddelavhengige, med den lengste misbrukskarrieren bak seg, som først og fremst

legges inn på tvang. Selv om gjennomsnittsalderen blant misbrukerne i befolkningen er økende og eldre rusmiddelavhengige ofte har dårligere helsetilstand pga langvarigheten på rusmisbruket, blir disse ikke prioritert som tvangsklienter. Dette kan være et uttrykk for en aldersdiskriminering ved at eldre og mer kronifiserte rusmiddelavhengige i større grad støtes ut av spesialisthelsetjenesten med begrunnelser om lav forventet behandlingsnytte. Imidlertid er det ingenting som tyder på at eldre rusmiddelavhengige ikke har utbytte av tvang. Tvert i mot rapporterer de rusmiddelavhengige selv betydningen av å være ferdig med et ungdomsopprør og ha "rusa fra seg", nådd bunnen, som mange av informantene i klientundersøkelsen refererer til som en felles erfaring blant rusmiddelavhengige. Mange av klientene var opptatt av at det var viktig at tvang ble forsøkt på et relativt sent tidspunkt i "ruskarrieren". Ut fra deres erfaring var de middelaldrende/eldre vanligvis mer behandlingsmotiverte enn unge som kanskje enda ikke har kjent så hardt på de mørke sidene av rusbruket og dens helsemessige negative konsekvenser. Behandlingsapparatet på sin side melder også at de helt unge ofte i større grad viser motstand og har større vanskeligheter med å innordne seg og bli motivert for en endring.

### Helseforhold og behandlingskarriere

Et annet viktig aspekt ved de som er utsatt for tvang er deres helsetilstand. Det er et vilkår i § 6-2 at tvang bare kan benyttes mot rusmiddelavhengige som utsetter sin psykiske eller fysiske helse for fare. Rusmiddelmissbrukere har generelt en langt dårligere psykisk og somatisk helsetilstand enn andre (Rud og Reas 2003; Lilleeng 2008), og flere tusen rusmiddelmissbrukere er trolig i en så dårlig helsemessig forfatning at lovens vilkår er innfridd. Spørsmålet blir da hvilke helseplager tvangsklientene har som gjør at akkurat disse velges ut som egnet for tvangstiltak. Generelt tilsier den store andelen hastevedtak at tvang hovedsakelig brukes i kritiske tilfeller for å redde rusmiddelmissbrukeren eller fosteret ut av en livstruende situasjon. Dette innebærer at det er personer med de mest akutte helseproblemene som blir valgt ut, noe som kan føre til at tvang virker livreddende. Livredning er samtidig ikke et hovedformål med tvangslovene. I forhold til § 6-2 formidler behandlingsapparatet tvert i mot at de ofte har erfart at mange rusmiddelavhengige som befinner seg lengst nede helsemessig ikke profitter best på tvang. Problemet er at tvang blir da et virkemiddel til å avverge en akutt krise, mer enn å sørge for å oppnå et langsiktig mål om et rusfritt liv.

Vi har dokumentert at det er store kjønnsforskjeller i de rusmiddelavhengiges behandlingskarriere før tvang iverksettes, og at andelen med ruslidelse og psykiske problemer er økende. Opplysninger om behandlingsforløp og helseproblemene til de som begjæres tvangsinnlagte på § 6-2 slik de oppgis i fylkesnemndsvedtakene viser at de fleste (nær 80 %) har tidligere hatt frivillige opphold etter sosialtjenesteloven, og kvinner litt oftere enn menn. Hele 35 % av de tvangsinnlagte rusmiddelavhengige i 2008 hadde tidligere enten vært tvangsinnlagt eller fått en psykosediagnose (inkludert rusutløste psykoser), de såkalte dobbeltdiagnosepasientene. Flere har allerede hatt en lang behandlingskarriere i psykisk helsevern: 30 % har hatt frivillige innleggelses før og hele 20 % har tidligere vært tvangsinnlagt i psykiatrien. Tendensen er økende: det er stadig flere dobbeltdiagnosepasienter som tvangsinnlegges. Her er det også store

kjønnsforskjeller i tidligere tiltak og behandlingserfaring. Flere av kvinnene har hatt tidligere tvangsinnleggelse i tvphvl enn menn, selv om det generelt er en overvekt (57 %) av menn som legges inn i tvungent psykisk helsevern (Lilleeng 2007). En tredjedel av de tvangsinnlagte pasientene i psykiatrien har en ruslidelse eller et middels/stort rusmiddelmissbruk (ibid), men det er ikke funnet opplysninger om kjønnsfordeling blant disse. Imidlertid vet vi at 2/3 av de frivillig innlagte i voksenpsykiatrien er menn med ruslidelser. Kvinnene har også oftere vært tvangsinnlagt i regi av sosialtjenesteloven, enn menn. De kvinnelige pasientene som innlegges på § 6-2 har samlet hatt flere tiltak på tvang, mens mennene er flertall i de frivillige tiltakene.

Selv om §§ 6-2 og 6-2a har ulike rettslige grunnlag, fremtrer det en interessant likhet når sosialarbeiderne angir begrunnelsen for hvorfor de i sin siste sak innstilte til tvang overfor en gravid klient. Helseargumentene er viktigere for § 6-2 saker med unntak av klienter som har store psykiske problemer hvor det ikke er signifikante forskjeller mellom paragrafene. Hensynet til den gravide kvinnens egen psykiske helse har en avgjørende betydning for om det blir en tvangssak, selv om dette ikke omfattes direkte av lovens formål. At det er så mange tvangsinnlagte gravide med psykiske problemer som dette indikerer, viser ikke bare hvor viktig det er at institusjoner har et tilbud som er tilrettelagt for svangerskapsomsorg og morsforberedelse, men også hat et integrert rus-psykiatri tilbud. I evalueringen har vi dokumentert at tilbudet til gravide rusmiddelmissbrukere varierer betydelig, og at særlig "blandingsavdelingene" har vanskeligheter med å tilrettelegge aktiviteter for denne typen pasienter. Problemet forsterkes av at noen helseregioner ikke har spesialiserte institusjoner, og at flyt av pasienter mellom regionene ofte hindres av økonomiske barrierer. Siden samtlige vedtak overfor gravide er akutte, er det også en utfordring for de regionale helseforetakene å finne ledig plass som er tilpasset klientens særlige behov.

### Økt bruk av LAR

LAR spiller også en stadig større rolle i de tvangsinnlagtes rusmiddelmissbrukernes behandlingskarrierer. I perioden 2005–2008 har LAR vært aktualisert i økende grad og vært fremme<sup>63</sup> i henholdsvis 72 % (§ 6-2) og 9 % (§ 6-2a) av sakene. Dette kan skyldes at LAR-behandling har vist seg å ha gode resultater i forhold til redusert misbruk, bedre helse og lavere dødelighet (Waal m fl 2009). Mange er under gjennomføring av LAR, men blir tvangsinnlagt på grunn av sidemisbruk. Den svenske kunnskapsoppsummeringen viser også gode effekter av LAR-behandling som videre behandling etter tvang (Gerdner og Berglund 2010). I klientstudien fikk vi kjennskap til at LAR på ulike måter ble brukt som forhandlingsmiddel av sosialtjenesten. Tvang blir anvendt som styringsmiddel for å overtale klienten til enten å prøve en avtale med frivillig tvang, eller som hjelp til å få klienten til å samtykke til en innleggelse på § 6-2, i påvente av LAR. Opplysninger fra fylkesnemndsmaterialet kan tyde på at denne strategien blir brukt oftere overfor kvinner enn menn, mens flere menn enn kvinner har tidligere søkt, men fått avslag. Karsten som vi har beskrevet i klientstudien ble tvangsinnlagt for å få en rask oppstart på metadon igjen, og for at sosialkontoret

---

<sup>63</sup> Dette innebærer at LAR enten har vært forsøkt, er under utprøving, at det er søkt om, eller at vedkommende har fått avslag.

opplevde det som så belastende å hanskes med han i venteperiode. Han stod langt nede på ventelisten til LAR-tiltaket i hjemområdet. Mange får tilbud om LAR i kjølvannet av tvangen, mens hos andre er tvangen et resultat av at LAR har vært benyttet i behandlingsforløp tidligere, men mislyktes. Evalueringen av LAR viste at det har utviklet seg uheldige forskjeller i landet når det gjelder ventetid, rehabiliteringsinnsats, medikamentbruk, organisering og praktisering av gjeldende retningslinjer (Waal m fl 2009). Den økende bruken av at tvang i påvente av LAR kan kanskje ha sammenheng med at det noen steder har blitt en mer restriktiv praksis og større vanskeligheter med å bli kvalifisert som LAR-pasient med blant annet mindre toleranse for sidemisbruk, noe som kan føre til at tvang i større grad blir brukt for å snike i køen eller effektivisere prosessen.

### Dobbeltdiagnosepasientene

En type klient som er hyppig forekommende i tvangsstatistikken er dobbeltdiagnosepasientene. Den forklaringen på hvorfor det har vært en økt bruk av tvang som har størst oppslutning blant sosialarbeiderne er at brukergruppen har endret seg ved at man har fått flere rusmiddelavhengige med sammensatte lidelser. Kombinasjonen rus – psykiatri ser ut til å ha blitt langt mer fremtredende nå enn før. I surveyen fremstiller sosialtjenesten, med å ta utgangspunkt i siste sak, at det at klienten hadde store psykiske problemer var svært betydningsfullt for at det ble innstilt til tvang, og dette gjelder som nevnt like mye for gravide som for andre. En spørreskjemaundersøkelse i sosialtjenesten viste at 80 % av respondentene (N=2000) mener at den største utfordringen i sosialkontortjenesten er hvordan en skal hjelpe klienter som samtidig har rusproblemer og alvorlige psykiske lidelser (Sosial- og helsedirektoratet 2005: 10). Personer som har "dobbel opp" har en større opphopning av livsbelastninger enn andre samtidig som de også har en mer marginalisert og stigmatisert posisjon i rusmiljøet (Thommessen 2008). Ruskuratorene påpekte at det var særlig store utfordringer med å finne egnet behandlingstilstand for akkurat denne gruppen (Lundeberg og Mjåland 2009). Det vi vet om disse tilfellene er at de ofte har hatt hyppige innleggelses i akuttpsykiatrien. Etter mange nok slike innleggelses og lavt behandlingsutbytte, blir ansvaret for disse pasientene etter stort påtrykk fra psykiatrien overført til russektoren og omvendt. Begrunnelsen som benyttes av institusjonene er at de ikke er faglig og materielt i stand til å gi pasienten et forsvarlig tilbud, med hjemmel i § 6-2. Diagnosen *rusutløst psykose* ser ofte ut til å være et virkemiddel i denne prosessen. Usikkerheten om det er rusavhengigheten eller de psykiske problemene som er den primære lidelsen fører til at behandlingsansvaret for disse pasientene blir gjenstand for kontinuerlige forhandlinger mellom spesialistenheter. Problemet er også at det ikke er noen klar regulering av hvem som har hovedansvar for disse dobbeltdiagnosepasientene, noe institusjonen frustreres av. Det er problematisk at en diagnose det knyttes mye usikkerhet til, får en sentral rolle i det "grensearbeidet" som gjøres mellom psykisk helsevern og TSB i fordelingen av ansvar overfor disse pasientene, og at dette fører til at denne pasientgruppen blir utsatt for mer og unødig tvangsbruk enn andre. Selv om det i psykisk helsevernloven nå er gitt en uttrykkelig hjemmel for at psykiatriske institusjoner kan pekes ut for tilbakehold etter

sosialtjenesteloven, dokumenterer det store antallet tvangsklienter med psykiske lidelser at det fortsatt er mangler på rusbehandlingsinstitusjoner eller psykiatriske avdelinger som tilbyr tvangsplasser med et integrert rus- og psykiatri tilbud. Økningen av tvang mot dobbeltdiagnosepasientene gjør også at vi kan si at de forhåpningene om at den samlede styringsstrukturen mellom psykiatri og rusbehandling som rusreformen medførte, ikke har ført til de ønskede bedringene i behandlingstilbudet til disse dobbeltdiagnosepasientene.

### Hvorfor kvinner?

Vi har i evalueringen vært opptatt av å undersøke hvorfor kvinner oftere tvangsinnlegges på § 6-2 enn menn: I 2008 gjaldt 51,5 % av alle § 6-2-innleggelsene kvinner. Kvinnene som tilbakeholdes på rusinstitusjon har også mer tvangserfaring, både ved tidligere innleggelse i psykisk helsevern og i Lost. Kvinneandelen er til sammenligning på 30 % i det frivillige behandlingsapparatet og om lag 1/3 i LAR (Waal m fl 2009). Imidlertid er det en stor overvekt av menn som står for det tunge rusmiddelmissbruket (2/3), samtidig som de rusmiddelavhengige mennene er mer marginalisert. Det er hovedsakelig menn som dør som følge av narkotikabruk. 83 % (148 av 179) av narkotikadødsfallene som ble registrert i 2008 besto av menn. Bolig er en helt avgjørende forutsetning for en rusmisbrukers livssituasjon, og også her kommer menn dårligere ut ved at tre av fire bostedsløse er menn. Tilsvarende mannsdominans er det i psykiatrien der 2/3 av de frivillige innlagte med rusdiagnoser er menn (Lilleeng 2007). Selv om det er flere mannlige rusmiddelavhengige med dårlige levekår har likevel menn en markert mindre sjanse for å bli utsatt for tvang. Spørsmålet er hvorfor sosialarbeiderne anser at tvang er en bedre løsning for kvinner enn for menn, når langt flere av deres klienter med et alvorlig rusproblem er menn?

I sosialtjenesteundersøkelsen (Lundeberg og Mjåland 2009) ble sosialtjenestens syn på betydningen av kjønn undersøkt, sett både fra de som tolker og praktiserer lovverket og den øvrige tiltakskjeden. Vi fant at oppfatninger om kjønn får konsekvenser i hvilket behov som blir sett og i hvilken hjelp som blir gitt. I klient-hjelper relasjonen skapes kjønnede offerkonstruksjoner og identifiseringer som gjør kvinnelige rusmiddelavhengige til gjenstand for mer bekymring og oppmerksomhet enn menn. Dette er også forklaringer på kjønnsforskjellene i lovanvendelsen som sosialarbeiderne gir sin tilslutning til i sosialtjenestesurveyen. Det at de fleste sosialarbeidere er kvinner kan gjøre det lettere å sette seg inn i og snakke om det som kan regnes som særlige kvinnerelaterte problemer. Dette gjelder også erfaringer som er felles for begge kjønn, og som kan skape grunnlag for tvang som tap av kontroll og "ukritisk" rusing og overdoser, men der skammen over å mislykkes og feilberegne kroppens tålegrenser er større for menn enn for kvinner (Lalander 2003). Mange felles erfaringer kan dermed få kjønnede utslag ved hva som oppleves som vanskelige og forbudte tema, og dermed hva som blir meldt videre til hjelpeapparatet.

Prostitusjon er et tema som flere i tiltakskjeden, særlig de som jobbet i lavterskeltiltak, tok opp som en viktig forklaring på kjønnsforskjellene i bruk av tvang (Lundeberg og Mjåland 2009). Interessant nok svarer også 50 % av sosialarbeiderne i vår survey at mer tvang mot kvinner har sammenheng med at de trenger hjelp til å komme

ut av prostitusjon. At prostitusjonen kan være en betydningsfull faktor understrekes ytterligere av at kvinnedominansen i tvangsstatistikken er markert større i storbyene: 69 % av de tvangsinnlagte ved Fylkesnemnda i Oslo og Akershus er kvinner, samme tendens til økende kjønnsforskjell i storbyregioner finnes i den øvrige landsstatistikken. Prostitusjon er et kvinnedominert storbyfenomen som gjør rusmisbrukets skadevirkninger mer synlige i det offentlige rom. Når kvinner selger seksuelle tjenester så kommer de også i en posisjon der de oftere er i kontakt med lavterskeltilbud som blant annet er rettet mot denne gruppen. Dette skaper flere anledninger til å bli observert og bli underlagt en uformell sosial kontroll fra personer utenfor rusmiljøet. Resultatet er i følge våre informanter i helse – og sosial tjenestene at det sendes flere bekymringsmeldinger for disse enn for andre kvinnelige rusmiddelmissbrukere. Prostitusjon blir betraktet som selvdestruktivt, helseskadelig og et uttrykk for forkommenhet som har relevans som en del av bevisvurderingen som berettiger tvang. Å ha "kommet ut på prostitusjonsarenaen" – når de må selge seg for å finansiere stoffmisbruket – oppfattes som et tegn på hvor langt nede de befinner seg i sin ruskarriere. Likevel har ikke denne bekymringen nødvendigvis noe direkte med prostitusjonen i seg selv å gjøre, men ved at dette gjør at de i større grad setter seg selv i farlige situasjoner. Samtidig kan fokuset på prostitusjon også knyttes til et element av moralisme i hjelpeapparatet som ikke nødvendigvis kan knyttes til helse. Rusmisbrukende menn sine karrierer er på sin side i større grad preget av at de er oftere i fengsel, og dette kan skape stadige konstruktive brudd i rusmisbruket som gir en helsemessig gevinst. I forbindelse med straffegjennomføring kommer mange inn i behandlingsforløp. Dette har sammenheng med reformer i kriminalomsorgen og satsninger på straffereaksjoner som er kombinert med en behandlingsinnsats.<sup>64</sup> Samlet ser vi et kjønnert reaksjonsmønster der menn som bryter loven i større grad blir betraktet som et juridisk problem, mens lovbrytende kvinner heller blir betraktet som et problem relatert til helse.

En utbredt kjønnsstereotypisk oppfatning blant rusarbeiderne er at rusen har en mer problematisk dominans over livet til kvinnene. Sosialarbeiderne i surveyundersøkelsen mente blant annet at kvinner blir mer utsatt for vold og overgrep (81 %), noe som impliserer at tvang kan hjelpe dem med å bryte med et mannsdominert og voldelig rusmiljø. Når kjønn gir seg utslag i oppfatningen av forbindelsen mellom rusmiddelmissbruk og autonomi, der menns rusmiddelmissbruk generelt oppfattes som mindre frihetsberøvende og helseskadelig enn for kvinner, skaper dette en situasjon der omsorgsetiske argumenter for å gripe inn blir mer legitimt å ta i bruk overfor kvinner. Det presserende spørsmålet for oss i denne sammenhengen er i hvilken grad denne kjønne forestillingen om at menn er mer autonome rusutøvere enn kvinner er opplevd og erfart av rusmisbrukerne selv. Er dette oppfatninger som gir mening eller fører til treffsikre tolkninger av rusmiddelavhengiges problemer og behov for hjelp?

---

<sup>64</sup> Se blant annet evalueringen av § 12 i straffegjennomføringsloven som gir anledning til at straff helt eller delvis gjennomføres ved heldøgnsoffhold i institusjon (Ploeg 2006).



I klientundersøkelsen var det en klar kjønnsforskjell i de livshistoriske beretningene der kvinnene rapporterte om flere livsbelastninger og helseproblemer enn menn som for eksempel seksuelle overgrep, vold, dødsfall og psykisk sykdom. Andre undersøkelser viser samme tendens: kvinnelige misbrukere rapporterer å ha flere fysiske og psykiske problemer (Bretteville-Jensen 2005). Et annet interessant trekk som kan bidra til å belyse kjønnsforskjellene er at kvinner oppgir flere ikke-fatale overdoser enn menn, selv om deres andel av narkotikadødsfall i Norge har ligget under 20 % (ibid). Hyppige overdoser er som vi har vært inne på tidligere et forhold det legges vekt på i vurderinger om bruk av tvang, særlig på grunn av en rettspraksis med vekt på livredning som formål. Lavere overdosedødelighet har sammenheng med at kvinner i større grad setter sprøyter i andres nærvær, noe som øker overlevelsesevnen betraktelig. Her kan riktignok et kjønnet rapporteringsmønster spille inn ved at menn i mindre grad innrømmer å gjøre slike fatale "feilberegninger" (Lalander 2003). Denne kjønnskonservative oppfatningen av rusmiljøet som kommer til uttrykk ved at menn ikke utleverer seg selv, reproduseres ikke bare i kontakt med hjelpeapparatet, men også i forskning, noe vi i evalueringen interessant nok med en gang ble advart mot som et datainnsamlingsproblem av flere personer i rusmiljøet: menn snakker ikke om tvang, fordi det er skam. Kunnskapsmangel om menn er et av mange forhold som gjør at helseforskjellen mellom rusmiddelavhengige menn og kvinner kan diskuteres, men likevel er det et faktum at det uansett er *flere* rusmiddelavhengige menn med helseproblemer, enn kvinner. Samtidig har vi ingen holdepunkter for at det er kjønnsforskjeller i hvordan tvangen oppleves og at for eksempel kvinner nyttiggjør seg tvangen bedre enn menn ved at de i større grad fullfører frivillige behandlingsløp. Det er heller ikke slik at kvinner oftere samtykker til tvang, noe som det kunne være holdepunkter for å tro i henhold til argumentasjonen om at de normalt har hyppigere og tettere kontakt med hjelpeapparatet. Fylkesnemndsundersøkelsen viser at kvinner er mer motvillige til tvang enn menn, 55 % sier seg uenig, mens 44 % av mennene gjør det samme. Særlig i forhold til unge kvinner er det et misforhold mellom hvem sosialtjenesten plukker ut som antatt egnet for tvang og de som behandlingsapparatet sier at de lykkes med. Dette skaper kjønnede tiltaksløp basert på oppfatninger som ikke alltid fører frem. En bevisstgjøring på kjønnede forestillinger og offerdiskurser som verserer i hjelpeapparatet, kan bidra til å korrigere for uheldige konsekvenser av disse kjønnsforskjellige praksisene. Dette kan føre til mer treffsikre tolkninger av rusmiddelmisbrukeres sammensatte problemer og behov for hjelp.

### Bekymringsmeldinger

Vi har dokumentert at bekymringsmeldinger har stor betydning i tvangssakene. Det er et svært viktig redskap for å sikre informasjonsflyt i tiltakskjeden og særlig i situasjoner når klienter er i alvorlig helsefare. Siden kriteriene for å anvende tvang i stor grad er knyttet til overveielser av den enkelte rusavhengiges helse, blir medisinsk kunnskap viktig. For § 6-2a blir informasjon om at en kvinnelig rusavhengig i det hele tatt er gravid, avgjørende. For å komme i gang med en vurdering av denne type virkemidler, må sosialtjenesten først ha kjennskap til den enkelte klients situasjon. Selv om sosialtjenesten/Nav ofte har omfattende kunnskap om den enkelte klients livssituasjon,

er det likevel normalt ekstern informasjon som utløser en tvangssak, gjennom bekymringsmeldinger. Denne terskelen for bruk av tvang har også sammenheng med sosialarbeidernes faglige usikkerhet (Lundeberg og Mjåland 2009). At de sjelden fremmer sak på eget initiativ og at de til en viss grad har gjort seg avhengig av bekymringsmeldinger, er et uttrykk for dette.

Gjennom innføringen av § 6-1a i sosialtjenesteloven, har lovgiver også ønsket å styrke sosialarbeidernes plikt til å undersøke en sak etter melding fra pårørende om omfattende rusmiddelmissbruk. I forhold til gravide misbrukere (§ 6-2a) har helsepersonell ikke taushetsplikt slik de har når det gjelder å gi sosialtjenesten helseopplysninger i § 6-2 saker (som i en hel del tilfeller nok blir omgått, jfr. Lundeberg og Mjåland 2009).

At sosialtjenesten får inn for få bekymringsmeldinger oppfatter mange sosialarbeidere som en viktig årsak til at lovgivningen ikke anvendes mer enn den gjør i dag. Dette gjelder både for § 6-2 og § 6-2a. Samtidig ser det ut til å ha skjedd en utvikling her. 41 % av sosialarbeiderne i surveyen mener for eksempel at økt bruk av tvang etter § 6-2a skyldes at sosialtjenesten får flere bekymringsmeldinger fra samarbeidspartnere, og ca halvparten gir uttrykk for at § 6-2 anvendes mer (også) fordi det er blitt mer press fra pårørende. Samtidig tyder den kvalitative delen av sosialtjenesteundersøkelsen at styrkingen av pårørendes rettslige status har gitt en mulighet som særlige ressurssterke pårørende tar fordel av.

Pårørendes rolle synes imidlertid å være meget forskjellig i § 6-2 og § 6-2a saker. For det første viser surveyen at det er langt flere som ikke har opplevd å få en henstilling fra pårørende i forbindelse med § 6-2a (56 %) enn § 6-2 (4 %). For det andre har en større andel sosialarbeiderne fått mer enn en henstilling angående § 6-2 (76 %) enn § 6-2a (18 %). Dette kan ikke bare tilskrives at det er flere potensielle klienter for § 6-2 enn § 6-2a; mønsteret befester seg også i enkeltsaker. Surveyen viser at mens 65 % av de som har hatt ansvaret for en § 6-2 sak oppgir at meldingen kom fra familie/pårørende, gjelder dette kun for 9 % i § 6-2a sakene. For gravide får sosialtjenesten oftere melding fra vedkommende selv, selv om det er beheftet med noe usikkerhet hvor ofte dette skjer. Surveyen antyder ca 22 % av sakene (som vurderes) mens fylkesnemndsundersøkelsen viser til 41 % av de sakene som kommer til behandling der. Samtidig viser surveyen paradoksalt nok at bekymringsmeldinger kommer oftere fra helsetjenesten i § 6-2 sakene enn i sakene som angår gravide. Bare i én § 6-2a sak rapporteres det at meldingen kommer fra helsestasjon.

Vi har også sett at 70 % av sosialarbeiderne mener at fastleger og helsestasjoner ikke er gode nok til å avdekke alkoholmissbruk i svangeskapskontrollen. Dette kan tyde på at det må skje en bevisstgjøring av helsepersonell sin melde- og opplysningsplikt til sosialtjenesten i de tilfellene hvor det er grunn til å tro at gravide misbruker rusmidler på en slik måte at det er "overveiende sannsynlig" at barnet blir født med skade. Imidlertid må også sosialtjenesten ta større ansvar for å innhente opplysninger og fremme sak på eget initiativ.

## Samtykke

Vi har i evalueringen dokumentert at mange paradoksalt nok samtykker til tvang, men at grunnlaget for dette samtykket kan diskuteres. Spørsmålet er om dette samtykket er fundert i en informert prosess, og hvilke muligheter for reell klientmedvirkning en slik prosess innebærer. Klientmedvirkning er et mantra i velferdsstatens hjelpeapparat fordi det tilfører tiltakene legitimitet samtidig som klientoverenskomsten gjør tjenestene mer målrettede og effektive ved å bedre forutsetningene for individuelt tilrettelagte behandlingsforløp. Også i handlingsveilederen for beslutninger om tvang er kravet om brukermedvirkning sterkt understreket som en forutsetning, noe som opplagt i slike tilfeller er særlig utfordrende: hvordan skal klienten kunne bli delaktig, motivert eller føle det meningsfylt å bidra til å definere en prosess som i prinsippet ender med å bryte med klientens oppfatninger om sin egen situasjon og sitt eget hjelpebehov?

§§ 6-2 og 6-2a er primært tiltenkt å anvendes mot personer som ikke samtykker til frivillig behandling eller avtalebasert retensjon (§ 6-3). Det er uenighet i juridisk litteratur om hvorvidt paragrafene skal kunne anvendes når en klient samtykker til sosialtjenestens forslag om tvangstiltak. Et åpenbart problem ved å avvise tvang dersom privat part samtykker, er at et samtykke da kan anvendes strategisk for å hindre at et tvangsvedtak kan treffes. Når det gjelder § 6-2 er jo autonomitapstesen også sentral i legetimeringen av tvangen, noe som innebærer at klienten ikke anses å være i stand til å foreta autonome beslutninger og at tvangen iverksettes for å gjenetablere klientens evne til å ta stilling til sitt eget behandlingsbehov på fritt grunnlag. Fylkesnemndene har heller ikke ansett et samtykke som et tilstrekkelig argument mot å iverksette tvangstiltak.

I svært mange tilfeller gir klientene uttrykk for at de er enig i sosialtjenestens innstilling til tvang. I fylkesnemndsundersøkelsen gjelder dette i 46 % av sakene for § 6-2 og i 28 % for § 6-2a. For § 6-2 gjelder dette uavhengig om det foreligger et midlertidig vedtak eller ikke (for så å si alle sakene på § 6-2a foreligger et midlertidig vedtak før nemndsbehandling). Sosialtjenestesurveyen viser at 24 % av klientene (§§ 6-2 og 6-2a) samtykker før sosialtjenesten foretar et tvangsvedtak, mens 24 % samtykker etter at vedtaket er fattet, dvs at det i nesten halvparten av de angitte sakene samtykkes før saken eventuelt kommer til fylkesnemndsbehandling. Klientundersøkelsen viste imidlertid at grunnlaget for samtykke kan være variabelt.

For det første kan det i en del saker være et uttrykk for at tvangsparagrafene anvendes for å sikre klienten en behandlingsplass på kortest mulig tid. Dette kan for eksempel ses på bakgrunn av at det ofte er lange ventelister for å komme inn i frivillig behandling. Andre samtykker fordi et tvangsopphold kan føre til øyeblikkelig institusjonsinnleggelse, mens alternativet er lang venteliste til et frivillig opplegg. I klientundersøkelsen ser vi eksempel på samtykke til tvang for å få raskere oppstart i LAR eller for å bli kvalifisert til ADHD-behandling.

For det andre kan det gjenspeile at § 6-3 har en relativt svak stilling som grunnlag for tvangsinngrep i sosialtjenesten. Mange sosialarbeidere på dette feltet mener at manglende anvendelse av § 6-3 skyldes at det er for få behandlingsinstitusjoner som tilbyr denne type tiltak i helseregionen, at behandlingsinstitusjonene ikke ønsker å ta imot pasienter på denne paragrafen og at det er for lite kunnskap om § 6-3 i sosialtjenesten. Institusjonsundersøkelsen viser at det er svært ulike meninger om denne

paragrafen i behandlingssektoren og at det er vanskelig å få oversikt over denne type plasser i helseregionene. I en del saker kan dermed samtykket indikere at det som var tiltenkt som den sentrale tvangsparagrafen ikke fungerer og dermed erstattes av "hardere" tvangstiltak.

For det tredje kan det tenkes at den rusmiddelavhengige er i en slik situasjon at han/hun i liten grad vet hva det samtykkes i. Dette kom klart frem i en undersøkelse av fire behandlingsinstitusjoner på slutten av 1990-tallet (Lien og Nilssen 2000). Dette bekreftes også i klientstudien der flere uttrykker forvirring og usikkerhet over hva som var grunnlaget for den tvangen de hadde vært utsatt for. Noen av informantene hadde for eksempel aldri hørt om fylkesnemnda, selv om saken deres hadde vært i behandling der. Mange beskriver seg selv i innleggelsessituasjonen og i fylkesnemndsprosessen som totalt desorienterte, og selv i ettertid har de ikke fått med seg hva som er grunnlaget for inngrepet. Det kan også være et uttrykk for at noen rusmiddelmissbrukere er mer sårbare enn andre og i situasjonen kan ha vanskeligheter med å sette seg inn i grunnlaget for slike inngrep. Imidlertid viser dette også en omfattende mangel på informasjonsarbeid og at de ansvarlige ikke har gjort en god nok innsats i å forklare dem grunnlaget for tvang og deres rettigheter. En annen sterk indikasjon på at samtykket i mange tilfeller ikke er særlig informert, er at sosialtjenesten i like stor grad som mot andre anvender politi overfor klienter som har samtykket til bruk av tvang når et midlertidig vedtak skal effektueres.

En annen problematikk som berører spørsmål om samtykke til behandling, finner vi i den såkalte 'inaktive' bruken av de harde tvangsparagrafene. Mange sosialarbeidere har anvendt §§ 6-2 og/eller § 6-2a som en underliggende trussel for å få en klient til å gå inn i frivillig behandling eller avtalt retensjon etter § 6-3. Dette innebærer at de harde paragrafene ikke bare kan anvendes i stedet for mildere tvang (§ 6-3), men at de i enkelte tilfeller også kan bidra til at klienter faktisk samtykker til andre tiltak. Det må imidlertid også her stilles spørsmål ved hvor reelt eller frivillig et slikt tiltak vil være og dermed også hvor motivert klienten er til å gjennomføre eller nyttiggjøre seg av det. Dersom et frivillig behandlingsopplegg ikke følges opp vil sosialtjenesten selvfølgelig ha muligheten til i neste omgang å følge opp med et formelt tvangsvedtak.

Klientundersøkelsen dokumenterte at innslaget av frivillighet er varierende og motivene forskjellige. Den normale følelsen ved anbringelsen er sterk motvilje, selv de som samtykker føler en ambivalens. Noen sier seg enig med sosialtjenesten på grunnlag av en veloverveid beslutningsprosess, mens andre rapporterer at de ikke følte at de hadde noe valg, eller ikke skjønnte hva det innebar å inngå en avtale med frivillig tvang. Vi har også eksempler på personer som ble utsatt for press eller overtalelser i forhandlinger om å oppnå et mildere tvangsregime, selv om personen både var og fortsatt er sterkt uenig i grunnlaget for tvangsinnleggelsen.

## Innleggelsen

I evalueringen har vi vist at samarbeidet mellom behandlingsinstitusjon og sosialtjeneste i forkant av innleggelser ikke alltid fungerer godt, selv om det er store variasjoner. Særlig vanskelig er det i hastesaker der det ikke har vært kontakt mellom institusjonen og sosialtjenesten på forhånd. Sosialtjenestens bruk av hastevedtak oppleves av

behandlingsinstitusjonene i stor grad som en barriere for å tilrettelegge oppholdet på en god måte fordi dette vanskeliggjør utvikling av et godt tillitsforhold mellom behandlingsinstitusjon og pasient. En utfordring i samspillet rundt innleggelsen er at klienter som er uvitende om tvangen er mer utfordrende og har større problemer med å komme i behandlingssposisjon enn andre. Samtidig erfarer sosialtjenesten at de ofte er nødt til å holde utredningen skjult på grunn av risikoen for at den det gjelder stikker av og fortsetter rusmiddelmissbruket med stor fare for eget liv og helse. Likevel ser vi at et etablert samarbeid mellom sosialtjenesten og behandlingsnivået i planleggingen og iverksettelsen av innleggelsen kan virke konfliktdeppende og føre til at klienten lettere blir institusjonalisert. I tillegg gjør dette at innleggelsen oppleves mindre krenkende.

Vi har dokumentert at selve innleggelsen er et kritisk punkt i tvangens forvaltning. Hvordan prosessen før klienten er innlagt har forløpt og i hvilken grad den som skal innlegges har fått informasjon om hva tvang innebærer, hvorfor dette betraktes som nødvendig av hjelpeapparatet og hvordan klienten har fått sjansen til å gjøre sin stemme gjeldende i utredningen, kan ha stor betydning for institusjonsoppholdet. De ulike måtene å gjennomføre selve innleggelsen på gjenspeiler ofte hvordan denne forutgående prosessen har vært.

Ruskonsulentene har svært varierte erfaringer med iverksettelsen av selve innleggelsen. Det forekommer bruk av varetekt i påvente av plass. Bruken av politi er relativt utbredt, i surveyen var dette tilfelle i halvparten av sakene. I 70 % av sakene der politiet sto for innleggelsen var imidlertid hastesaker, det samme mønstret så vi i klientundersøkelsen. Vi vet ikke hvorfor den andre halvparten av våre respondenter *ikke* valgte å benytte seg av politi, men den halvparten som benyttet seg av politibistand hadde erfart at dette var uproblematisk. I den kvalitative undersøkelsen fant vi imidlertid at politiets rolle var omdiskutert (Lundeberg og Mjåland 2009). Å bli pågrepet med makt uten forvarsel i full offentlighet av uniformert politi skaper motstand og mistillit. Forvirring knyttet til at det er en sterk sammenblanding av elementer fra straffe- og behandlingssystemet er uheldig. Mange rusmiddelmissbrukere har et svært anstrengt forhold til politiet fra før, og i den grad de har en aktiv rolle i innleggelsessituasjonen kan situasjonen bli vanskeligere enn nødvendig. Konsekvensen er at pasientene blir vanskeligere å motivere til å nyttiggjøre seg oppholdet på tvangsinstitusjonen. Selv om politiet noen ganger kan være påkrevet kan det store omfanget av politibistand i saker også når pasienter samtykker, som sosialtjenestesurveyen viser, tyde på at politi brukes langt oftere enn nødvendig.

### Innleggelse ved § 6-3

Det er et tydelig funn i evalueringen at det er store utfordringer når det gjelder bruken av § 6-3. Praktiseringen av § 6-3 er svært varierende, selv om lovgiver har sagt at denne mildeste formen for tvang alltid skal forsøkes før mer inngripende tiltak. Det er svært varierende om de institusjonene som er utpekt av helseforetaket til å ta i bruk § 6-3, faktisk benytter seg av det. Det er dokumentert mangelfull kunnskap om hvordan denne paragrafen skal forstås og anvendes, noe som også skyldes at det er en vanskelig tilgjengelig bestemmelse (se nedenfor en nærmere vurdering av regelverket). Ulike tolkninger av regelverket fører til at utprøving av § 6-3 avtaler ved noen institusjoner er

systematisk innarbeidet, mens noen mener dette er en avtale som bare kan gjøres ved innleggelsen, mao at bestemmelsen ikke åpner for å overføre pasienter fra den "harde" tvangen til den "mildere" i løpet av oppholdet. Den ulike praksisen kan også ha sammenheng med i hvilken grad sosialtjenesten er pådriver for å fremme forslag om § 6-3. I sosialtjenestesurveyen har vi dokumentert den enkelte sosialarbeider langt oftere tar initiativ til bruk av § 6-3 enn institusjonen, og nesten like ofte klienten selv. Dette tyder på at begrensningene i anvendelsen av § 6-3 i stor grad finnes i behandlingsapparatet. I klientundersøkelsen så vi at det var et problem at det i forkant av innleggelsen ikke ble sørget for å gi informasjon om hvilke institusjoner som krever en avtale om frivillig tvang eller tilbyr det som en mulighet. Klienten blir da stilt i en situasjon der vedkommende føler seg presset eller ikke får nok informasjon til å gi et kvalifisert samtykke som en tvangsavtale er tuftet på. Det ser ut som sosialtjenesten og behandlingstinstitusjonene ikke er bevisst sitt ulike opplysnings- og samarbeidsansvar som kreves for at § 6-3 skal komme til rett anvendelse. Mangelfull informasjonsflyt kan også lett oppstå når § 6-3 benyttes i forkant av en § 6-2/ § 6-2a innleggelse. Flere har opplevd å bli møtt med tvang når de i utgangspunktet la seg inn frivillig, uten å bli forespeilet muligheten. Klientstudien viser at uansett ubehaget som ruskuratorene opplever, er det avgjørende for motivasjonen og det videre samarbeidet at sosialtjenesten og hjelpeapparatet er åpne om at konsekvensene av at frivillige tiltak avbrytes kan være bruk av tvang. Mangelfull informasjon får negative følger for det resterende oppholdet og kan få langvarige konsekvenser for tillitsforholdet til hjelpeapparatet. Vi ser samtidig at en inaktiv bruk av tvang, kan virke motiverende for å fortsette på frivillig grunnlag. Samtidig kan direkte overføringer fra frivillige tiltak eller fra den minst inngripende tvangsparagrafen til de hardere være i tråd med lovgivers ønske om å skape sømløse og helhetlige tjenester mellom de ulike delene av spesialisthelsetjenesten og hindre hyppigheten av behandlingsbrudd.

Vi har også funnet at tilbudet til § 6-3 pasienter er svært varierende. Flere kollektiv har innarbeidet § 6-3 avtaler som en rutine for innskrivelse av pasienter. I klientundersøkelsen fikk vi innblikk i to innleggelser på § 6-3 i behandlingkollektiv, og disse pasientene opplevde ingen forskjell i innholdet ved oppholdet sammenlignet med frivillig innlagte. Begge fortalte om meningsfulle aktiviteter og bygging av støttende og konstruktive pasientfellesskap. I det andre ytterpunktet er institusjoner med egen skjermet avdeling der pasientene som har skrevet under på avtale i henhold til § 6-3 blir utsatt for de samme restriksjonene som pasienter innlagt etter §§ 6-2 og 6-2a. Innleggelse på § 6-3 berettiger et mildere regime under institusjonsoppholdet enn etter § 6-2a og § 6-2, særlig mot slutten av oppholdet må innlagte etter § 6-3 få stor grad av frihet.

## Tilbakeholdet

Både behandlings- og klientundersøkelsen viser at det er store forskjeller i hvordan den enkelte institusjonen organiserer og tilrettelegger tilbakeholdet. I "liminalfasen", når pasienten er mest sårbar og vurderes som rømningsfarlig, er de første møtene mellom institusjon og pasient av stor betydning for å utvikle et godt tillitsforhold. Vi har pekt på

at behandlingsinstitusjonene ikke har noen *standard prosedyrer* for hvordan de tar imot pasientene. Dette gjør pasientrelasjonen enda mer sårbar i hastesaker. Ofte fører dette til at institusjonen er totalt uforberedt og møter en ukjent og uvillig pasient med håndjern rett før helg en "fredag ettermiddag klokka tre", som en i behandlingsapparatet typisk fremstilte situasjonen. Vi mener at det ofte mangler en ritualisert måte å behandle overgangsfasene på.

Imidlertid er det store problemet for behandlingsinstitusjonene i forhold til § 6-2 det høye innslaget av midlertidige vedtak. Pasientene som kommer inn med hastevedtak er oftere uforberedt på innleggelsen, trenger oftere lengre tid for å avruses/stabiliseres, og gir oftere uttrykk for motstand og behandlingsuvilje. Lang saksbehandlingstid gjør at sakene kommer opp til forhandlingsmøte i fylkesnemndene ofte halvgått ut i vedtaksperioden. Pasientene har ofte tro på og forhåpninger om å vinne frem i fylkesnemnda, og tiden før forhandlingsmøtene gir da dårligere forutsetninger for å drive motiveringsarbeid. Kommunen får imidlertid medhold i tilnærmet samtlige saker (se kap. 3). Behandlingsinstitusjonene har når endelig vedtak foreligger ofte kort tid igjen av vedtaksperioden til å komme i behandlingsposisjon, drive motiveringsarbeid, samt finne en videre tilrettelagt plassering dersom pasienten ønsker det. Tatt i betraktning ventelistesituasjonen på frivillige behandlingsplasser i TSB, fører dette til store utfordringer for behandlingsinstitusjonene. Informantene i de regionale helseforetakene og de ansatte i behandlingsinstitusjonene er samstemte på at planlagte tvangsinnleggelse gir langt bedre forutsetninger for både å drive motiveringsarbeid og å lage helhetlige og tilrettelagte behandlingsforløp i etterkant av § 6-2 oppholdet.

Det varierer hvorvidt institusjonene har egne avgiftningsenheter. Det virker inn på tvangsoppholdet når pasienten får mange instanser og personer å forholde seg til i "separasjonsfasen". Vi har også vist at forverns møter med pasientene og sosialtjenesten praktiseres i varierende grad. Dette er uheldig fordi det vil kunne virke inn på planleggingen av tvangsforløpet og vanskeliggjøre utviklingen av en tillitsrelasjon i behandlingssituasjonen mellom pasient og ansvarlige ved institusjonen.

Åpne og lukkede tvangsregimer har sine fordeler og ulemper. Til tider er skjerming nødvendig. Det viktigste hensynet må være slik vi ser det, at pasientene skal tilbake til samfunnet og at behandlingsopplegget innrettes med tanke på det. Derfor er det viktig at pasientene får tilbud om ulike kurs og aktiviteter som skal virke integrerende på sikt. Også her finner vi store variasjoner mellom behandlingsinstitusjonene når det gjelder aktivitetstilbudet. Noen tilbyr et bredt spekter av aktiviteter som også inkluderer undervisningstiltak og kreative hobbyer, mens andre i større grad vektlegger fysisk aktivitet og sosialt samvær inne på institusjonen. Andre institusjoner som Holthaugen har ingen kompetansehevende tiltak som undervisning eller kurs, på tross av at både fylkesnemnda og pasientene mener dette er nødvendig for å gi et meningsfylt opphold, som vi i klientundersøkelsen viste i tilfellet Nina.

I klientstudien kom det fram at våre informanter – uansett om de samtykket til – eller var sterkt uenige i tvangen, og på tross av at de var innlagt på svært ulike institusjoner – karakteriserte tvangsoppholdet som en "ren oppbevaring". I intervjuene med ruskonsulentene var dette også en tydelig formening; deres klienter rapporterer i stor grad om kjedelige tvangsopphold uten relevant innhold (Lundeberg og Mjåland 2009). De tvangsinnlagtes opplevelser av kjedsomhet er først og fremst et sterkt uttrykk for

deres erfaring av å bli passivisert. Det handler også om å bli disiplinert og kontrollert i en pasientrolle de ikke har bedt om å få, om å bli fratatt dagliglivets roller. Likevel forteller også noen av dem at livet på institusjon innebar en god del felles aktiviteter. Her er det riktignok store forskjeller, og variasjonene har også sammenheng med institusjonens kontroll og sikkerhetsregler. Klienterfaringene tyder på at de lukkede tvangsregimene har et lavere aktivitetsnivå og det som skjer, skjer primært inne på avdelingen og fremstår for pasientene som tidsfordriv. Flere klienter etterspør en større benyttelse av tilrettelagt behandling under oppholdet. Det kan gjøre opplevelsen av tvang mindre passiviserende og innholdsløs, og undersøkelser viser også at utredninger under tvangsopphold gir bedre utfall (Gerdner og Berglund 2010).

Variasjonene institusjonene imellom er store også i "reintroduksjonsfasen", når pasienten ikke lenger vurderes som rømningsfarlig. Her varierer det for det første hvordan institusjonen søker å inkludere pasienter innlagt på tvang i fellesskapet med frivillig innlagte. Tre av institusjonene i casestudien søker å gjøre dette så raskt som mulig, mens den fjerde ikke blander disse to pasientgruppene i det hele tatt. Det er også store variasjoner i bruk av maktmidler, eksempelvis bruk av innelåsning. Der noen institusjoner velger å la ytterdører stå åpen hele tiden eller deler av tiden, velger andre konsekvent å låse ytterdører. Atter andre igjen bruker låsing fleksibelt og låser ytterdøren så lenge de vurderer en eller flere av pasientene som rømningsfarlig. Vi har også vist at det varierer hvordan institusjoner bruker ulike typer av sanksjoner i forbindelse med rømning eller utagerende adferd. Vi finner variasjoner når det gjelder tillatelse til bruk av mobiltelefon, selv om disse i følge regelverket ikke kan inndras (se nedenfor).

I både klient- og behandlingsundersøkelsen fant vi indikasjoner på at antall rømninger og utagerende adferd kan henge sammen med et strengt strukturert tvangsregime. Klientundersøkelsen viser at institusjonsoppholdets kvalitet er av stor betydning for å minske negative opplevelser av tvang og at behandling som oppleves som meningsfull av klientene forebygger rømninger, noe som understøttes av andre studier (Gerdner og Berglund 2010, Svensson 2010). Gjennom de ulike historiene har vi vist hvordan innholdsløse, kjedelige og fengselsaktige tvangsopphold kan resultere i at klientene rømmer. I stedet for å tolke disse rømningene som utelukkende utslag av rusuget og avhengigheten, kan institusjonene også benytte slike episoder til kritisk refleksjon rundt tilbudet klientene blir gitt.

Både klientundersøkelsen og behandlingsstudien med visse unntak har liten eller ingen rutiner for oppfølging av pasientene ved utskrivning og kontakten med sosialtjenesten i hjemstedskommunene varierer. Det er også kun en av institusjonene som praktiserer større overgangsritualer i form av avslutningsseremonier og gjensynsfester for pasientene, og det er få av institusjonene som har et tilbud til barnets far eller pasientens familie og/eller pårørende. I klientstudien formidles det som vanskelig at den enkelte i for stor grad blir stående alene med det bruddet og de store endringer som en utskrivelse krever. Det kan tyde på et behov for en ritualisert måte å behandle overgangsfasen til rusfri på, og en mer forpliktende oppfølging av klienten også etter utskrivelse.



## Bruk av samarbeidsorganer og verktøy

Vi har i evalueringen vært opptatt av samarbeidet med de ulike involverte instanser før, under og etter institusjonsoppholdet. Det er noen samarbeidsorganer og verktøy som vi i undersøkelsene har funnet virker gunstig, men som tas i bruk i beskjed grad.

Bistandsteam er et rådgivende samarbeidsorgan for de ulike delene av tiltaksapparatet som vi tidligere har omtalt og som vi i både behandlingsundersøkelsen og begge sosialtjenesteundersøkelsene (kvalitativ og kvantitativ) ser skaper gode forutsetninger for samarbeid og klientmedvirkning, og som også handlingsveilederen anbefaler.<sup>65</sup> Et slikt samarbeidsorgan kan være representert med klient, sosialkontor, helsestasjon, kommuneadvokat/klients advokat, jordmor, rusmiddelpoliklinikk, avrusings- og behandlingsinstitusjoner. Et bistandsteam skal forsøke å tilrettelegge for at innleggelsen planlegges i samarbeid med brukeren i forkant av innleggelse. Personen som saken angår skal i utgangspunktet bli invitert til å delta på et møte der representanter for tiltakskjeden er tilstede og der tvangen og eventuelle alternative tiltak blir drøftet. I praksis varierer det om klienten blir involvert. Organet utmerker seg likevel ved at det er lagt til rette for at klienten får sjansen til å si sin mening i møte med berørte i tiltakskjeden. En behandlingsinstitusjon som praktiserte bistandsteam systematisk, fortalte at klienten rutinemessig ble invitert til å besøke institusjonen i forkant og fikk på den måten anledning til forberede seg mentalt på hva et slikt opphold innebærer. På dette møtet får klienten omvisning og innføring i institusjonens regler og behandlingstilbud. I sosialtjenestesurveyen ble det oppgitt at det ble benyttet bistandsteam i 27 % av kommunene. Evalueringen bekrefter at en organisasjonsmodell med bistandsteam kan vise til gode samarbeidsresultater. I sosialtjenestesurveyen ble det fastslått en sterk sammenheng mellom kommuner som bruker bistandsteam og opprettelsen av individuell plan. Bistandsteamet bidrar dermed til at det etableres kontakt på tvers av ulike tjeneste-/forvaltningsområder og nivåer og således fremmes etableringen av den type koordinerende tiltak som IP skal være. En forvaltningsmodell med bistandsteam kan også sørge for en bedre erfaringsutveksling mellom tjenestenivåene og utvikle en mer felles kunnskapsbasert praksis om hva som nytter i tvangen og under tilbakeholdet, slik at utsilingen – og plasseringen av pasienter skaper bedre resultater. Denne praksisen kan også sørge for at klienten får innflytelse på institusjonsvalg, og dermed bedre betingelsene for en i praksis utfordrende tilrettelegging av å kunne oppfylle retten til fritt sykehusvalg.

Vi har ellers dokumentert at det ikke arbeides systematisk med individuell plan. Det er få av pasientene som har individuell plan når de ankommer behandlingsinstitusjonen og få som får det i løpet av oppholdet. Institusjonene erkjenner også selv at de ikke er gode nok når det gjelder arbeidet med individuell plan. Ansvarsgruppemøter blir heller ikke gjennomført regelmessige gjennom oppholdet. Særlig sårbart er dette i forkant av utskrivelse. Sosialtjenesten har etter loven plikt til å opprette tiltaksplan for pasienten i forbindelse med tvangsinngrep, jf. sosialtjenesteloven § 6-1a fjerde avsnitt. At så mange som en tredjedel av svarerne sier at det ikke ble gjort, må derfor sies å være svært betenkelig. En tiltaksplan er sammenliknet med IP et mer internt planredskap for NAV-

---

<sup>65</sup> Se Handlingsveileder for bruk av tvang overfor rusmiddelmissbrukere, I-965/2000.

/sosialkontoret i oppfølgingen av klienten og involverer ikke per definisjon andre eksterne tjenester som skal koordineres. Bruk av IP er således et bedre styringsverktøy og mål på samarbeidsforholdene mellom forvaltningsnivåene.

Vår undersøkelse tyder på at en mer systematisk bruk av bistandsteam og IP vil være gunstig for samarbeid og erfaringsutveksling mellom sosialtjenesten og spesialisthelsetjenesten. Dette vil kunne tilrettelegge for en forvaltningspraksis som forebygger de betydelige forskjellene mellom ulike forvaltningsorganer som evalueringen har dokumentert i praktiseringen av tvangsparagrafene. Vi ser at mangelfulle rutiner og kontroll bidrar til at personlige vurderinger, erfaringer og holdninger ofte kan bli utslagsgivende i vurderingen av om tvang skal komme til anvendelse. Vi mener at slike tverrsektorielle møteplasser ikke bare skaper bedre samarbeidsforhold, men også kan fungere selvsjusterende ved å skape grunnlag for en mer enhetlig og treffsikker rettspraksis.

## Resultatet av tvang

Berettigelsen av tvangslovgivningen hviler blant annet på om den virker etter hensikten. I dette avsnittet skal vi oppsummere hva de ulike undersøkelsene forteller om resultatet av tvang. Ettersom de ulike tvangsbestemmelsene har dels ulike formål, organiserer vi diskusjonen etter de ulike paragrafene.

### Resultater av § 6-2a

Måloppnåelsen til § 6-2a er enkel å fastlegge og er nedfelt i formålsbestemmelsen i § 6-2a annet avsnitt. Hensikten med inntaket er "å hindre eller begrense sannsynligheten for at barnet påføres skade". Riktignok skal institusjonen under oppholdet tilby kvinnen tilfredsstillende hjelp for sitt rusmiddelmisbruk og hjelpe henne til å bli i stand til å ta vare på barnet, men dette er sekundært i forhold til å avverge negative konsekvenser for fosteret.

Det inngår ikke i evalueringens mandat å undersøke hvordan det går med barna født av kvinner innlagt på § 6-2a over tid. Når det gjelder hvorvidt barna ble født med abstinenser/tydelige rusrelaterte skader, har vi noen funn, selv om antallet barn er få og feilkildene store. Sosialarbeiderne oppgir i surveyen at barnet ble født med synlige rusrelaterte skader i 19 % av § 6-2a sakene (N= 27). I 41 % av sakene ble mor fratatt omsorgsretten over barnet etter fødsel. Dette sammenfaller med funnene fra Borgestad-klinikken, hvor det hos 5 av 27 barn ble registrert abstinens/skader som følge av rusmiddelinntak ved fødsel (Grimstad og Kristiansen 2009). På tross av at funnene ovenfor er basert på et lite utvalg, viser de at en betydelig andel barn av mødre innlagt på § 6-2a blir født med skader som følge av mors rusmiddelmisbruk. Tar man i betraktning at en del skader ikke er mulig å oppdage så tidlig som ved fødsel, er andelen skader trolig høyere. Dette kan tyde på at kvinnene blir innlagt for sent i svangerskapet, og/eller at kvinnene ruser seg mens de er innlagt.

Undersøkelsen av fødselsvekten til barn av tvangsinnlagte kvinner ved Borgestad-klinikken, foretatt av Egil Nordlie, refererte vi til i kap. 1 (Grimstad og Kristiansen 2009). Fødselsvekt er en god indikator på mor og barns helsemessige status i svangerskapet. Nordlie fant at fødselsvekten er signifikant lavere for tvangsinnlagte

kvinner sammenliknet med frivillig innlagte, og tolker dette som at § 6-2a først og fremst benyttes ovenfor de mest belastede rusmiddelavhengige kvinnene. Han fant videre at fødselsvekten øker signifikant med antall uker mor er innlagt på § 6-2a. Dette understreker viktigheten av at de mest belastede gravide kvinnene innlegges så tidlig som mulig i svangerskapet.

I fylkesnemndsundersøkelsen viste vi at det gjennomsnittlig gjenstår 126 dager til termin når sosialtjenesten treffer et midlertidig vedtak (perioden 2005–2008). Det har vært en økning over tid, hvor midlertidige vedtak fattes tidligere i svangerskapet, men denne endringen er ikke signifikant. Den andre undersøkelsen fra Borgestad-klinikken viser en liknende utvikling. På tross av en slik utvikling, er kvinnene i gjennomsnitt ca. midt i svangerskapet når det midlertidige vedtaket fattes. Dette kan ha flere forklaringer. En forklaring kan være at rusmiddelavhengige kvinner oppdager graviditeten senere i svangerskapet enn nyktre kvinner. En annen forklaring kan være at de vegrer seg for å kontakte sosialtjenesten og hjelpeapparatet fordi de frykter en tvangsinnleggelse. Flere av ruskonsulentene vi intervjuet mente dette hadde betydning. Like fullt viser både fylkesnemndsundersøkelsen og rapporten fra Borgestad-klinikken at det ofte er kvinnene selv som informerer sosialtjenesten om graviditeten (ca. 40 %). En tredje forklaring er at helsestasjoner og fastleger ikke informerer sosialtjenesten ved mistanke om at deres pasienter/brukere har et rusmiddelproblem, eventuelt at de informerer sosialtjenesten for sent. På tross av at helsepersonell har plikt til å opplyse sosialtjenesten i slike tilfeller, fortalte ruskonsulentene vi intervjuet at de hadde erfaring med at både fastleger og helsestasjoner vegret seg for å sende bekymringsmeldinger om sine pasienter/brukere (Lundeberg og Mjåland 2009). Sosialtjenestesurveyen viser også at mangelen på bekymringsmeldinger er det som sosialarbeiderne mener er hovedforklaringen på hvorfor § 6-2a anvendes i så beskjeden grad (kap. 2). I rapporteringen fra sin siste sak, fremgår det også at bekymringsmeldinger sjeldnere kom fra helsetjenesten i § 6-2a saker enn i § 6-2 saker. Dette tyder på at det er en del forhold *utenfor* sosialtjenestens kontroll som kan forklare hvorfor sosialtjenesten fremmer midlertidige vedtak sent i svangerskapet.

En fjerde forklaring er imidlertid i større grad innenfor sosialtjenestens kontroll. Fylkesnemndsundersøkelsen viser at det tar gjennomsnittlig 53 dager fra de får kjennskap om graviditeten til det fremmes et midlertidig vedtak (perioden 2005–2008). Det ser ut til å være en trend hvor denne "områingstiden" er blitt kortere over tid, men heller ikke denne utviklingen er signifikant. Spørsmålet er om denne områingstiden er forsvarlig. I den kvalitative sosialtjenesteundersøkelsen fant vi at denne tiden i stor grad benyttes for å bygge opp et frivillig tiltak for kvinnene, med urinprøvekontroll og annen oppfølging (Lundeberg og Mjåland 2009). Vi fant imidlertid store variasjoner mellom ulike ruskonsulenter og sosialkontor i hvor *lenge* slike frivillige tiltak skulle forsøkes før man besluttet å fremme en § 6-2a sak. Det varierte videre hvor mange positive urinprøver /uteblivelse fra urinprøver som ble regnet tilstrekkelig for å si at frivillige tiltak er forsøkt og funnet utilstrekkelige. En ytterligere bekreftelse på slike variasjoner finner vi i fylkesnemndsundersøkelsen (kap. 3). Den viste store forskjeller mellom de 12 fylkesnemndene etter antall dager som gjenstod av svangerskapet når de midlertidige vedtakene ble fremmet. På tross av at antallet saker ved noen nemnder er små, og at tallene er på nemnds nivå og ikke kommunenivå, er de en klar indikasjon på ulik

reaksjonstid mellom ulike sosialkontor. Gitt de store variasjonene og den positive effekten av tidlige innleggelser (både frivillige og tvungne), mener vi det er grunnlag for å si at sosialtjenestens områingstid i flere kommuner er for lang.

Andelen barn som blir født med synlige rusrelaterte skader/abstinens kan som nevnt også skyldes at de gravide kvinnene inntar rusmidler mens de er innlagt på § 6-2a. En slik forklaring finner liten støtte i behandlingsundersøkelsen. I denne undersøkelsen oppgir de tre institusjonene som hadde plasser/avdelinger tilrettelagt for tilbakehold etter § 6-2a, at hovedresultatet med tvangsoppholdene var at de lyktes med å skjerme fosteret fra rus. Klientundersøkelsen tyder imidlertid på at rusinntak også forekommer for kvinner innlagt etter § 6-2a. Flere gravide kvinner rapporterte om at de var blitt tilbudt rusmidler under § 6-2a oppholdet, og at de kjente til andre gravide innlagt ved samme institusjon som hadde hatt flere rusinntak i løpet av svangerskapet på institusjonen. Problemet med rus på avdelingene virker å være størst ved blandingsavdelingene, hvor pasientstrømmen inn og ut av avdelingene er jevn. Klientundersøkelsen viser også at rømninger med påfølgende rusinntak også forekommer for gravide innlagt på § 6-2a, slik historien til Nina viste (kap.5). Dette kan til en viss grad forebygges ved bedre tilrettelegging for de særlige behovene til gravide kvinner ved institusjoner uten egen avdeling for denne pasientgruppen.

Vi har flere steder i denne evalueringsrapporten påpekt paradokset og problemet med at få gravide innlagt på § 6-2a har et alkoholdominert misbruk, på tross av at dette rusmiddelet regnes for å være mer skadelig for fosteret enn narkotika. Vi har også trukket frem vesentlige forklaringer på dette forholdet. Dette viser at en stor målgruppe for lovbestemmelsen ikke omfattes av den. I en diskusjon om resultatene av § 6-2a, er dette et viktig forhold å ta i betraktning.

#### *Hvordan går det med kvinnene?*

I sosialtjenestesurveyen rapporterte sosialarbeiderne om hva som hendte med kvinnen etter fødselen i sin siste sak. Antall saker er her få (N=27), sakene er relativt nye, muligheten for en viss positiv skjevrapporering tilstede, og tallene må derfor tolkes med forbehold. Sosialarbeiderne rapporterte at drøyt halvparten av kvinnene gikk videre i enten frivillig behandling eller behandling/oppfølging i psykisk helsevern. I snaut halvparten av sakene rapporteres det at kvinnene ruser seg mindre enn før eller er rusfri. Sosialarbeiderne tegner altså et relativt positivt bilde av hvordan det har gått med deres klienter etter § 6-2a oppholdet.

I institusjonsundersøkelsen viste vi at rapporterings- og dokumentasjonspraksisen er mangelfull/fraværende ved de tre institusjonene som hadde tvangsplasser for gravide kvinner på § 6-2a. Vi kan derfor ikke vise til tall fra denne undersøkelsen. De kvalitative intervjuene ved ansatte og ledere ved disse institusjonene tydet like fullt på at en stor andel av kvinnene valgte å fortsette i videre behandling, særlig ved de to institusjonene som hadde egne tilrettelagte avdelinger for gravide rusmiddelmissbrukere. Ved begge disse institusjonene får kvinnene som ønsker det tilbud om å fortsette i frivillig behandling ved barne- og familieavdelingen, hvor også barnefar får behandlingstilbud.

I sosialtjenestesurveyen ba vi sosialarbeiderne om å vurdere kvaliteten på tvangsplassene ved behandlingsinstitusjonene i egen helseregion. Den viste at sosialarbeiderne i Helse Sør-Øst og Helse Midt er langt mer positive til kvaliteten ved §

6-2a institusjonene i egen region, enn sosialarbeiderne i Helse Vest og Helse Nord er med sine. Det er i de to førstnevnte regionene at vi først og fremst finner de største og mest spesialiserte institusjonene tilrettelagt for gravide rusmiddelavhengige. På tross av at vurderingene av institusjonenes kvalitet hadde en høy andel "vet-ikke" svar, og tallene dermed må tolkes med forsiktighet, sammenfaller de med våre øvrige kvalitative funn i evalueringen. Både ruskonsulenter, jordmødre, ansatte ved helsestasjoner, klientene, og ansatte i behandlingsinstitusjonene selv, mente i stor utstrekning at de spesialiserte institusjonene med egne avdelinger for gravide rusmiddelavhengige fører til mer positive tvangsopphold for kvinnene, noe som igjen gir bedre forutsetninger for å utnytte endringspotensialet som ligger i den kommende rollen som mor, sammenliknet med institusjoner uten slike tilrettelagte avdelinger.

I *klientundersøkelsen* viste vi at tiden etter fødsel er en svært sårbar og kritisk tid for kvinnene som var innlagt på § 6-2a. Dette gjelder i særlig stor grad for kvinnene som ble fratatt omsorgen ved fødselen. I tillegg til å måtte forholde seg til det som ofte oppleves som et nederlag, man blir ikke ansett som en verdig omsorgsperson, opplever kvinnene en stor kontrast i hjelpeapparatets omsorgsintensitet. Dette bekreftes også i stor grad i behandlingsundersøkelsen (kap.4). Fra å ha et aktivt og støttende hjelpeapparat rundt seg i svangerskapet, blir de i stor grad overlatt til seg selv etter at barnevernet har overtatt omsorgen. I denne perioden er risikoen for tilbakefall til aktivt rusmiddelmisbruk, og overdoser, overhengende. Vi mener det er av største viktighet at disse kvinnene i mindre grad enn i dag blir stående alene i denne kritiske overgangsfasen, og at de i større grad får gode og tilrettelagte tilbud i etterkant av fødselen.

## Resultater av § 6-2

Det er vanskeligere å avklare siktemålet med § 6-2 enn § 6-2a. Bestemmelsen mangler en formålsbestemmelse. Tre kriterier vil likevel kunne sies å stå sentralt (Søvig 2007). En må både undersøke (1) den umiddelbare betydningen institusjonsoppholdet har for funksjonsnivået, (2) i hvilken grad pasienten er motivert for fortsatt behandling i tilknytning til utskrivning fra tvangsopphold og (3) i hvilken grad den tidligere pasienten får et permanent, og bedret funksjonsnivå. Sistnevnte vil regelmessig innebære rusfrihet, eller betraktelig redusert rusmiddelforbruk.

### *Akutt livreddning*

I både den kvalitative og kvantitative sosialtjenesteundersøkelsen, fant vi at det som først og fremst er utslagsgivende i sosialarbeidernes praktisering av § 6-2 er at klientens liv og helse er i umiddelbar fare. Den hyppige bruken av midlertidige vedtak er også en sterk indikasjon på at § 6-2 benyttes med et slikt formål. Fungerer praktiseringen av § 6-2 livreddende? Fører bestemmelsen til en umiddelbar bedring av funksjonsnivået, og hva mener de ulike aktørene om berettigelsen av et slikt formål?

I de kvalitative intervjuene med ruskonsulenter i sosialtjenesten, var det en tydelig formening om at § 6-2 fungerte livreddende og hindret at klientene deres ble alvorlig skadet som følge av rusmiddelforbruket. Bestemmelsen ble ofte benyttet ovenfor klienter som i forkant av innleggelsen hadde hatt hyppige overdoser, somatiske lidelser som ubehandlet ville gi alvorlig helseskade, eller stadige akuttinnleggelses i psykiatrien

med rusutløste psykoser. De mente tvangsoppholdene for disse pasientene gav gode resultater, i form av avverging av skade, uavhengig av om de gikk videre i frivillig behandling/ ble rusfri. Behandlingsinstitusjonene har tidvis en annen opplevelse av slike innleggelses. Som vist i kap. 4, er det en utbredt oppfatning blant ansatte i behandlingsinstitusjonene at en del slike pasienter i liten grad vil kunne nyttiggjøre seg av det tilbudet institusjonen gir av behandling og aktiviteter, og at tvangsoppholdene i slike sammenhenger først og fremst dreier seg om å tilby en seng, mat og omsorg i en tre måneders stabiliseringsperiode. Sett fra behandlingsinstitusjonene er disse plasseringene frustrerende, fordi de i liten grad klarer å oppfylle det de i større grad mener er lovens intensjon; å motivere for videre frivillig behandling. Institusjonsundersøkelsen viser videre en annen frustrasjon sett fra spesialisthelsetjenesten, nemlig at en del av pasientene som sosialtjenesten i forkant av innleggelsen presenteres som svært tungt belastede og i stor fare for å ødelegge liv og helse, viser seg å være langt mer fungerende og behandlingsvillige når de kommer til avdelingen. Informantene i behandlingsinstitusjonene mistenker at en del slike plasseringer er motivert av å få klienter raskt i behandling, og i mindre grad fordi tvang er nødvendig. Vi finner delvis støtte for at en slik praktisering av bestemmelsen forekommer i klientundersøkelsen og i de kvalitative intervjuene med ruskonsulenter i sosialtjenesten (Lundeberg og Mjåland 2009). Tvangsinnleggelse hvor akutt livredning er hovedformålet, kunne da i noen tilfeller blitt avverget ved kortere ventetid på frivillig rusbehandling/ avrusningsplasser, og kanskje særlig ved et bedre utbygd akutttilbud til rusmiddelavhengige.

Et funn fra institusjonsundersøkelsen er at spesialisthelsetjenesten ofte har andre vurderinger av hensiktsmessigheten av § 6-2 plasseringene enn det sosialtjenesten har, og de mistenker at det bak begrunnelsene om å benytte § 6-2 som akutt livredning med hastevedtak ofte ligger et motiv om å først og fremst få en klient raskt i behandling i en situasjon med lange ventelister i frivillig TSB. Et annet funn er at akutt livredning virker å være et formål og resultatmål med § 6-2 som har mer støtte i sosialtjenesten enn i spesialisthelsetjenesten.

Det er viktig å undersøke hvordan de tvangsinnlagte selv opplevde situasjonen i forkant av tvangsinnleggelsen. Var de enige i at § 6-2 var nødvendig for å redde liv og hindre alvorlig skade? Klientundersøkelsen viser at en slik praktisering av § 6-2 tillegges stor verdi av flere av de tvangsinnlagte selv. Snaut halvparten av våre informanter samtykket til tvangsinnleggelsen *der og da* fordi de mente rusmiddelmissbruket utgjorde en helsefare. De mente *i ettertid* at tvangen reddet livene deres og/eller hindret dem i å skade seg selv. Det er like fullt viktig å understreke at drøyt halvparten av de tvangsinnlagte på § 6-2 vi intervjuet, *ikke* samtykket til tvang; de var og er uenig i at rusmiddelmissbruket på innleggelsestidspunktet utgjorde en helsefare som begrunnet tvangsinnleggelse. For flere av disse ble tvangsoppholdet først og fremst opplevd som frihetsberøvelse på et urettmessig grunnlag.

Klientundersøkelsen har videre vist at flere av de innlagte på § 6-2 fikk et umiddelbart bedret funksjonsnivå, i den forstand at de under tvangsoppholdet var skjermet fra rusinntak, fikk oppfølging av helsepersonell, ernæring etc. De få studiene som er gjort tyder også på at fareavverging oppnås under institusjonsoppholdene (Welle-Strand 1998; Sandvig 2000). Klienthistoriene vitner like fullt om at § 6-2

oppholdene ikke alltid førte til fareavverging. Ved noen institusjoner rapporteres tilgangen på rusmidler å være svært høy. Flere forteller om farefulle rømningsforsøk med høyt forbruk av rusmidler. En kvalitativ studie av rømninger fra svensk tvangsbehandling, viser at nærmest alle klientene som rømmer gjenopptar det samme rusmønsteret og risikoatferden under rømningen, som de hadde før de ble tvangsinnlagt (Svensson 2010). Aurora sin historie, som vi beskriver i kap. 5, illustrerer dette godt. Da Aurora ble brakt tilbake til institusjonen etter den siste rømningen hennes, var hun i så dårlig forfatning at institusjonen valgte å oppheve vedtaket og skrev henne ut; tvang var ikke lenger hensiktsmessig for henne.

Utskrivelser før tiden er et annet forhold som viser at § 6-2 ikke alltid avverger fare. I og med den manglende dokumentasjonen fra behandlingsinstitusjonene, har vi ikke noe grunnlag for å si hvor ofte dette forekommer. Den ene institusjonen vi har tall fra (Apeltun), viser at 4 av 54 innlagte pasienter på § 6-2 ble utskrevet på bakgrunn av alvorlige trusler, utagering og lignende. 3 av 11 informanter innlagt på § 6-2 i klientundersøkelsen fikk opphevet vedtaket sitt og ble skrevet ut før tiden. Både pårørende og ruskonsulentene hadde erfaring med utskrivelser før tiden. Slike utskrivelser innebærer stor fare for de som blir utskrevet. Klienthistoriene viser en ambivalens til utskrivelsen, de var både lettet over å være fri, og fortvilet over å bli gitt opp, og alle gjenopptok et aktivt rusmiddelmisbruk umiddelbart.

For sosialtjenesten oppleves utskrivelser før tiden som problematisk. De bruker store ressurser for å få klientene innlagt på tvang, og frustreres over at institusjonene kan oppheve vedtakene når de mener tvangen ikke er hensiktsmessig lenger. Ruskonsulentene oppgir videre at de sjeldent blir rådført eller får si sin mening i forkant av utskrivelsene, de blir kun informert, gjerne samme dag eller kort tid i forveien, om at klienten deres vil bli skrevet ut. I delrapporten til evalueringen viste vi til én slik sak. En ung kvinne ble skrevet ut fra et § 6-2 opphold i en fremmed by etter kun 2 uker, på grunn av utagering (Lundeberg og Mjåland 2009). Ruskonsulenten ble informert samme dag som klienten ble skrevet ut, uten å ha mulighet til å iverksette og forberede nye tiltak. Vi intervjuet klientens mor, som fortalte at datteren like etter utskrivelse tok en overdose. Det er blitt fremmet forslag om at institusjonene i sitt varsel om utskrivelse til sosialtjenesten må vedlegge en begrunnelse for utskrivelsesvedtaket, og at dette ikke kan iverksettes før etter 14 dager (Werpen 2006). Vi mener at manglende begrunnelse er i strid med det som regnes for god forvaltningsskikk og at en begrunnelse i god tid i forkant kan bidra til å forhindre at slike farlige situasjoner oppstår ved at sosialtjenesten får anledning til å forberede nye tiltak for klienter som i de fleste tilfellene vil være særlig sårbare og utsatt ved utskrivelse.

#### *Videre frivillig behandling*

Hvorvidt klienten motiveres for videre frivillig behandling anses av lovgiver som et viktig formål med § 6-2. I sosialtjenesteturveyen rapporter sosialarbeiderne på bakgrunn av siste sak at i drøyt 2/3 av sakene gikk klienten videre i frivillig behandling/ oppfølging i psykisk helsevern/ § 6-3 behandling. Antallet svar er her kun 27, og de samme forbehold i tolkningen av tallene som beskrevet ovenfor må tas her. De øvrige studiene som vi har kjennskap til viste også at om lag halvparten fortsetter i videre frivillig behandling etter § 6-2 oppholdet (se kap.1).

I behandlingsundersøkelsen har vi sett at erfaringene med resultatet av § 6-2 varierer. *Vurderingene* til de som praktiserer tilbakeholdet, gir like fullt viktig informasjon. En av institusjonene, Øvsttun, oppgir i liten grad positive resultater av § 6-2. Her er inntrykket at klientene stort sett skrives ut til hjemkommunen etter tvangsoppholdet, og at kommunene i denne perioden i liten grad evner å finne nye og gode tiltak til klientene. Pasientene beskrives som tunge rusmiddelmissbrukere som ofte har omfattende psykiske lidelser, hvor oppholdene først og fremst virker å dreie seg om stabilisering og omsorg. Apeltun har også en stor andel dobbeldiagnosepasienter inne på § 6-2. Institusjonen er i motsetning til Øvsttun spesialisert for utredning og behandling av rus-psykiatri problematikk. De ansatte ved Apeltun gir uttrykk for å ha bedre erfaringer med § 6-2. De er også den eneste av institusjonene som har dokumentasjon på hva pasientene skrives ut til. Som vist i kap. 4 skrives i overkant av halvparten av pasientene ut til videre frivillig institusjonsbehandling eller et strukturert oppfølgings-/omsorgstilbud i kommunen (N =54).

Klientundersøkelsen viser at 5 av 11 informanter innlagt på § 6-2 gikk videre i frivillig behandling. Samtlige fortsatte i behandling ved en frivillig avdeling ved institusjonen de var tvangsinnlagt ved. Muligheten for å fortsette i frivillig behandling ved samme institusjon trekkes fram som positivt; det førte til en mykere og mer gradvis overgang blant annet ved tilrettelegging for kontinuerlige besøk og opphold i den nye avdelingen. På bakgrunn av rett til fritt sykehusvalg og krav om brukermedvirkning, er det likevel et problem at noen får mangelfull informasjon om hvilket tilbud de kan få etter tvangen eller at de ikke har fått vært med på beslutningen om videre behandling i det hele tatt. I verste fall, som vist i historien til Kristin i kapittel 5, ble det ikke gitt noen form for tilbud, selv om hun var motivert og ønsket seg videre behandling. Problemet med å ikke bli tilbudt videre plass var noe flere av ruskonsulentene hadde erfart med sine klienter (Lundeberg og Mjåland 2009). At noen klienter ikke blir garantert frivillig plass etter at tilbakeholdet er opphørt gjør at lovens formål om motivasjon og tilrettelegging til frivillig behandling blir uten mening. Formålet med tvangen krever ordninger som forhindrer slike behandlingsbrudd for denne sårbare gruppen.

### *Rusfrihet*

Det siste relevante formålet som kan leses ut av § 6-2, er hvorvidt klientene blir rusfri eller i betydelig grad reduserer sitt rusmiddelforbruk.

Sosialarbeiderne rapporteringer fra den siste § 6-2 saken de hadde ansvaret for (N= 27), viser at i totredjedeler av sakene oppgis klientene å ruse seg mindre enn før, i en tredjedel av sakene oppgis det at klienten er rusfri, mens i en fjerdedel av sakene oppgir sosialarbeiderne at klienten ruser seg like mye som før (se kap.2). Det er vanskelig å si noe om hvor "permanente" disse utfallene er, i og med at flertallet av sakene det rapporteres fra er relativt nye. Sosialarbeidernes svar viser like fullt at de mener § 6-2 oppholdet bidro til en bedring av rusmiddelforbruket for en stor andel av deres klienter. Et liknende bilde tegnes også i de få studiene som rapporterer om oppfølging etter § 6-2 opphold, hvor opp mot halvparten oppgis å være rusfri/bruker mindre rusmidler enn før tvangsinnleggelsen (Sandvig 2000; Furuli og Eilertsen 2001).

Behandlingsundersøkelsen gir ikke grunnlag for å si noe om andelen som blir rusfri/reduserer sitt rusmiddelmissbruk etter § 6-2 oppholdene. Et interessant mønster er



like fullt at blant institusjoner som har tvangsplasser for flere av tvangsbestemmelsene, oppgis erfaringene å være bedre for den bestemmelsen de har mest erfaring med, og dårligere for den de har minst erfaring med. Dette kan tyde på at *spesialisering* av institusjonene fører til bedre resultater, ved utvikling av kompetanse og erfaring over tid i forhold til ulike pasientgrupper etter ulike tvangsbestemmelser.

I klientundersøkelsen viste vi at 4 informanter innlagt på § 6-2 var rusfri på intervjuetidspunktet, mens 5 hadde et aktivt rusmiddelmissbruk (se kap. 5). De som i dag er rusfri, tillegger tvangsinnleggelsen en viktig rolle. Av disse fikk alle tilbud om og valgte å fortsette i frivillig behandling ved samme institusjon. Alle tilskriver støttepersoner i hjelpeapparatet en viktig rolle i forkant av, under, og etter tvangsoppholdet. Flere oppgav å ha en velfungerende ansvarsgruppe som viste stor vilje til å hjelpe dem, på tross av at de hadde hatt mange "resultatløse" behandlingsforsøk tidligere. Vi viste videre at selvhjelpsgrupper som NA og medikamentell ADHD-behandling var viktige og stabiliserende faktorer både under og etter tvangsoppholdene. Den dominerende vurderingen var at tvangen reddet livene deres/ hindret dem i å skade seg selv, og 3 av 4 samtykket til innleggelsen og vedtakene ble fattet med forenklet fylkesnemndsbehandling. Bortsett fra en av informantene som hadde et lengre tilbakefall, oppgir ingen å ha hatt rusperioder etter at de ble tvangsinnlagt.

Det er en rekke fellestrekk mellom informantene med erfaring fra § 6-2 som nå er i "aktiv rus". De var sterkt negative til at de ble innlagt på tvang. De mente det ikke var grunnlag for tvang der og da, og det mener de fortsatt i ettertid. Til dels voldsomme og krenkende innleggelse av uniformert politi preget innleggelsene, ofte i det offentlige rom og i påsyn av venner og bekjente i rusmiljøet, og de var ikke blitt informert eller varslet om det midlertidige tvangsvedtaket på forhånd. Tvangsoppholdene ble beskrevet svært negative og innholdsløse, og flere rømte, ruset seg, og viste (voldsom) motstand mot personalet. Tre av disse fikk opphevet vedtaket før tiden, noe som for alle tre sin del forsterket følelsen over å ha blitt utsatt for urett. Ingen gikk videre i frivillig behandling, og alle fem reiste rett ut og ruset seg etter at tvangsoppholdet ble opphevet/ utløp, uten noen konstruktiv endring.

Like viktig som det er å undersøke hvorfor noen lykkes med å bli rusfri etter et tvangsopphold, er det å identifisere forhold som opprettholder eller forsterker et rusmiddelmissbruk etter tvang. Vi har funnet at plutselige og uforberedte innleggelse med minimal klientmedvirkning i forkant skaper krenkelser og øker mistillit, og er ett av flere forhold som gir dårligere forutsetninger for å lykkes med § 6-2.

### Resultater av § 6-3

Formålet med § 6-3 er ganske identisk som for § 6-2. Det er en større utfordring å si noe om resultatene av § 6-3 sammenliknet med de øvrige tvangsbestemmelsene. Forskningslitteraturen sier lite/ingenting, og behandlingsinstitusjonene hadde lite erfaring med § 6-3. Det er svært betenkelig at den tvangsbestemmelsen som lovgiverne mente skulle være hovedregelen, er den bestemmelsen hvor det foreligger klart minst kunnskap om.

I sosialtjenesteundersøkelsen viste vi at sosialarbeidernes rapportering om hva som har skjedd med klientene etter § 6-3 oppholdet, stort sett gir et tilsvarende bilde av hva

som rapporteres for klienter som har vært tvangsplassert etter § 6-2 og § 6-2a. De fleste får videre oppfølging av sosialtjenesten/Nav, og drøyt halvparten går videre i frivillig behandling. Mange mener også at klienten ruser seg mindre enn før og ca hver femte respondent mener at klienten var rusfri på svartidspunktet. Når det gjelder klientenes rusmønster er det også mange som oppgir at de ikke har kjennskap til det. Som tidligere nevnt gir ikke disse svarene noen gode holdepunkter for å si hva som faktisk har skjedd med klientene på kort og lang sikt etter et tvangsopphold på § 6-3 (langt mindre om tvangens effekt). De gir først og fremst et bilde av kortsiktige resultater i og med at sosialarbeiderne tar utgangspunkt i sin siste sak. Av de ulike undersøkelsene i litteraturgjennomgangen er det kun Ullevål-undersøkelsen som har sett nærmere på pasienter innlagt etter § 6-3. Oppfølgingen viste at en tredjedel av klientene var i behandling (døgninstitusjon eller poliklinikk), mens litt over halvparten hadde et aktivt misbruk (Welle-Strand 1998: 46). Oppfølgingstiden varierte fra 1 til 33 måneder, slik at også disse resultatene har en rekke forbehold.

I klientundersøkelsen intervjuet vi tre personer om erfaringer med å være innlagt på § 6-3. I tillegg hadde ytterligere 5 av informantene vi først og fremst intervjuet om §§ 6-2 og 6-2a erfaringer, tidligere vært innlagt på § 6-3. Flertallet av disse hadde positive erfaringer med å være på § 6-3. Rolf, som vi presenterte i kap. 5, mente at "avtalt tvang" var en viktig faktor for at han klarte å komme gjennom den første vanskelige tiden i behandlingen. Han mener også den gjorde det lettere for han å komme tilbake til institusjonene da han rømte og fikk en "sprekk".

I behandlingsundersøkelsen viste vi at erfaringene med § 6-3 er svært delte. Der noen oppfatter paragrafen som forebyggende og god, er det andre som synes den er for svak og at den ikke er en "ordentlig tvangsramme". Det er behandlingsinstitusjonene som i praksis bestemmer hvorvidt de vil praktisere § 6-3. De har i dagens situasjon nærmest "vetorett" til å reservere seg mot å ta inn på § 6-3, på tross av at de er utpekt av de regionale helseforetakene til å tilby pasientene denne bestemmelsen. Dette henger trolig sammen med flere forhold, blant annet kompetanse, ressurser, behandlingsprofil og institusjonenes historie med sterk autonomi på rusfeltet. Ikke minst er lovteksten i seg selv utfordrende å forstå og dermed praktisere. Vi har imidlertid ikke noe grunnlag for å si at resultatene med denne bestemmelsen er bedre enn for de andre tvangsbestemmelsene. Den beskjedne bruken av § 6-3, og vegringen mot å ta den i bruk av de som er utpekt til å gjøre det, tyder dermed på at de regionale helseforetakene ikke ivaretar sitt "sørge for" ansvar på en forsvarlig måte. I sum fører dette til at det som var tiltenkt å være hovedreglene av tvangsbestemmelsene, i liten grad praktiseres og forstås som det.

Det er en lang rekke faktorer som avgjør hvorfor noen rusmiddelavhengige lykkes med å skape seg et bedre liv etter et tvangsopphold. Dette kommer tydelig frem i de tvangsinnlagtes historier som vi har presentert tidligere. Et viktig funn i evalueringen er like fullt at måten tvangen forvaltes og praktiseres på av de ulike aktørene i hjelpe- og omsorgsapparatet, har stor betydning for om tvangsinngrepet oppleves som konstruktivt eller destruktivt, om det reverserer eller reproducerer marginalitet og om det skaper grunnlag for endring eller forverring.

## Behov for regelendringer?

### Innledning

De ulike delene av evaluering har vist at det på enkelte punkt kan være behov for en revisjon av reglene. I dette avsnittet skal vi analysere nærmere hvilke regelendringer som særlig kan være aktuelle. Det store spørsmålet – om sosialtjenesteloven fremdeles skal ha regler for tvangsinnleggelse – lar vi ligge her, slik at premisset for denne gjennomgangen er at dagens materielle regelverk i hovedtrekk består.

### De materielle vilkårene for innleggelse

#### *§ 6-2: Lav terskel for tvangsinnleggelse og mangel på formålsbestemmelse*

Tvangsinnleggelse etter § 6-2 kan skje dersom vedkommende har et rusmiddelforbruk som er til "fare" for egen helse. Selv om forholdsmessighetsbetraktninger vil utelukke tvangsinnleggelse for å hindre en marginal negativ helsekonsekvens, er det betenkeligheter knyttet til å ha en så vid hjemmel for tvangsbruk. Terskelen for tvangsinnleggelse etter § 6-2 er oppsiktsvekkende lav sammenholdt bestemmelser som det er naturlig å sammenligne med, slik som psykisk helsevernloven § 3-3 og den svenske LVM-lovgivningen. Etter vårt skjønn bør bestemmelsen operere med et vilkår om at den negative konsekvensen for vedkommendes egen helse er av kvalifisert art. Videre bør det overveies å operere med "rusmiddelavhengighet" som grunnvilkår for å markere koblingen til redusert selvbestemmelsesevne som legitimeringsgrunnlag for tvangsbruk etter denne bestemmelsen.

En annen svakhet ved § 6-2 er mangel på en uttrykkelig formålsbestemmelse. Riktignok fastsetter lovteksten at innleggelse skal skje for "undersøkelse og tilrettelegging av behandling", men denne angivelsen er av generell art. Den høye frekvensen av midlertidige vedtak indikerer at tvangsinnleggelse i stor grad skjer når situasjonen er akutt og for å hindre alvorlig helseskade som er nært forestående, til tross for forarbeidernes betoning av bestemmelsen er forbeholdt situasjoner hvor det er grunn til positiv bedring på sikt (se kap. 1 foran). Samtidig kan tvangsinnleggelse være etisk forsvarlig også hvor det eneste siktemålet er å hindre personer fra død eller alvorlig helseskade de kommende dagene, uten holdepunkter for å ha prognoser om bedring av livssituasjonen i et lengre perspektiv. På denne bakgrunn er det grunnlag for en grunnleggende diskusjon av formålet med tvangsinnleggelse (se også Søvig 2007:407–409).

#### *§ 6-2a: Høyt beviskrav og manglende bruk av medisinsk fagkyndige*

Et vilkår for tvangsinnleggelse av gravide er at fylkesnemnden finner det "overveiende sannsynlig" at barnet vil bli født med skader som følge av mors rusmiddelforbruk under svangerskapet. Lovgivers siktemål med formuleringen var å sette opp en høy sannsynlighetsterskel for å verne kvinnen mot urettmessige tvangsinnleggelser (Ot.prp. 48 (1994–95) s. 11). Etter vårt syn kan en sette spørsmålsteget ved om ikke hensynet til fosteret tilsier at også mindre sannsynlige, men alvorlige helseskader, kan gi grunnlag for intervensjon.

Et annet problem knyttet til prognoseterskelen er hvorvidt den i praksis lar seg bevise. Tvangsreglenes fremtidsrettete perspektiv medfører at allerede inntrådte negative helsekonsekvenser er irrelevante ved prognosevurderingen, bortsett fra at de gir indikasjoner på hvilken ruseksponering som har vært tilstede under svangerskapet. Dessuten vil situasjonen normalt være at en ikke har oversikt over hvilke skader som eventuelt er påført fosteret, men er henvist til en vurdering av hvilke risikoer det har vært utsatt for.

I praksis foretar fylkesnemnden sjelden en inngående vurdering av prognosekravet, hvor forekomsten av eventuelt inntrådte negative konsekvenser diskuteres. I mange saker er begrunnelsene for vedtaket på dette punkt en henvisning og tilslutning til følgende passasje i en utredning gjort av Rolf Lindemann, inntatt som vedlegg til proposisjonen til § 6-2a (Ot.prp. 48 (1994–95) s. 27):

Det er foreløpig få data som kan angi hvor stort misbruket må være for at barnet skal få skader. Her er det helt sikkert individuelle variasjoner fra kvinne til kvinne, avhengig av hennes evne til å nedbryte/omsette stoffet. Så lenge vi ikke kan forutsi i hvilken grad barnet skades, må ethvert misbruk kunne anses å føre til varige skader.

Den siterte passasjen bygger på en "føre var tankegang" som kan være etisk forsvarlig, men som ikke samsvarer med den terskelen Stortinget vedtok å innføre. En annen ulempe ved at fylkesnemndene i så stor grad baserer seg på Lindemannutredningen er at denne er skrevet med utgangspunkt i forskningsstatus per 1995.

Spørsmålet om hvordan prognoseterskelen skal håndteres, må også ses i sammenheng med sammensetningen av fylkesnemnden i saker etter § 6-2a. Som vist i kap. 3 brukes i liten grad medisinsk fagkyndige som medlemmer av nemnden, og den settes normalt bare med én sakkyndig. Etter vårt skjønn bør regelverket endres på dette punkt for å sikre at medisinsk fagkyndige alltid er medlemmer av nemnden, og det bør diskuteres om ikke nemnden i denne typen saker normalt bør ha to fagkyndige.

#### *§ 6-3: En vanskelig tilgjengelig bestemmelse*

Regelen om "avtalt tvang" skal ifølge føringene fra lovgiverhold være tilbudt før innleggelse etter §§ 6-2 eller 6-2a er aktuelt. Tilgjengelig statistikk viser at § 6-3 brukes i begrenset utstrekning. En annen indikasjon på at "avtalt tvang" ses på som et lite aktuelt virkemiddel, er den høye samtykkefrekvensen (48,6 %) i saker som er fremmet for nemnden uten forutgående midlertidig vedtak.

En av årsakene til at såpass få innleggelser skjer på grunnlag av § 6-3 kan være at bestemmelsen er vanskelig å forstå, og dermed å praktisere. Som diskutert foran i kap. 1, opererer § 6-3 med to ulike alternativ, jf. henholdsvis første og annet avsnitt. Forholdet mellom de to delene av bestemmelsene er intuitivt vanskelig å få grep om, og et udokumentert inntrykk er at institusjonene – forståelig nok – ikke alltid er klar over de ulike nyansene i bestemmelsene. Særlig annet avsnitt kan gi grunnlag for ulike tolkninger. Det er også en svakhet ved bestemmelsen at den mangler en lengstetid for når et samtykke som ikke er trukket tilbake tre ganger, kan påberopes av institusjonen som hjemmel for tilbakehold. Et mulig tiltak som enkelt kan settes i verk, vil være å utarbeide et revidert rundskriv om § 6-3. Et fremtidig rundskriv bør også inneholde forslag til "standardkontrakter". Slik situasjonen nå er, må hver enkelt institusjon selv

lage denne typen avtaler, og usikkerheten knyttet til tolkingen kan gi seg utslag i en vegring mot å lage skriftlige dokument med utgangspunkt i bestemmelsen.

Undersøkelsen i kap. 3 viser variasjoner med hensyn til hvilke institusjoner som benytter seg av § 6-3. Her må de regionale helseforetakene i større grad følge opp sin forpliktelse etter spesialisthelsetjenesteloven § 2-1a nr. 5, gjennom å instruere institusjonene til å ta imot pasienter på grunnlag av § 6-3.

En annen type innvendinger mot § 6-3 går på de begrensede prosessuelle rettssikkerhetsgarantiene. Dersom en pasient blir holdt tilbake med hjemmel i § 6-3, men mener at samtykket ikke er gyldig, er han eller hun henvist til å klage til Helsetilsynet i fylket. Etter vårt skjønn bør det vurderes å gi fylkesnemnden myndighet til å behandle klager over tilbakehold med hjemmel i § 6-3. Et annet mulig virkemiddel for å sikre at samtykket til tilbakehold er reelt, vil være å kreve at to faglig ansvarlige – som er uavhengige av hverandre – må vurdere pasientens samtykkeevne før bruk av § 6-3.

### Særlig om midlertidige vedtak

Allerede i 1995 ble den hyppige bruken av midlertidige vedtak kritisert (Tvangsrapporten 1995). Kritikken førte til endringer i flere av saksbehandlingsreglene for midlertidige vedtak etter § 6-2 (lovnovellen i 1998). Revisjonen av saksbehandlingsreglene i barnevernloven med tilsvarende endring for russakene fra 2008 førte til ytterligere forbedret prosessuell rettssikkerhet ved at pasientene ble sikret en rask behandling ved klage over midlertidige vedtak. Likevel gjenstår diskusjonen omkring frekvensen. Bruken av midlertidige vedtak er høy etter § 6-2. Etter § 6-2a dominerer midlertidige vedtak helt som vedtaksform. Etter vårt skjønn er det vanskelig å komme utenom at saker om tvangsinnleggelse overfor gravide normalt vil haste slik at de må forseres gjennom et midlertidig vedtak. I så fall må lovgivningen tilpasses en slik premiss. Alternativt må lovgiver foreta grep for å sikre at dagens lovfastsatte normalordning etter § 6-2a også er den fungerende regelen.

For saker etter § 6-2 er det større grunn for å opprettholde dagens ordning med midlertidig vedtak som en unntaksregel. Erfaring fra både pasientene og institusjonene viser at midlertidige vedtak ofte gir en lite hensiktsmessig start på behandlingsoppholdet. Dersom dagens lovfastsatte normalordning etter § 6-2 skal fungere som forutsatt, må det settes inn flere ulike tiltak samtidig for å redusere bruken av midlertidige vedtak. Temaet her er regelendringer, og et mulig forslag vil være å innføre en plikt for sosialtjenesten til å rådføre seg med det regionale helseforetaket i forkant av et midlertidig vedtak.

En innvending mot midlertidige vedtak etter sosialtjenesteloven går på presisjonsnivået i utformingen av regelverket. Lovteksten burde uttrykkelig fremhevet at de materielle vilkårene for ordinære vedtak også må være oppfylt ved midlertidige vedtak. I tillegg burde bestemmelsen presisert hvilke tilleggsvilkår som gjelder for midlertidige vedtak. Selv om mer presise regler kan føre til en endret praksis, viser erfaringer fra land med en mer finslepent utforming av de materielle vilkårene at også her brukes midlertidige vedtak brukes i større grad enn det som er intensjonene etter regelverket (Sverige kan brukes som eksempel).

## Behovet for en gjennomgripende reform av sosialtjenesteforskriften

Gjennomføringen av tvangsopphold etter sosialtjenesteloven er regulert av sosialtjenesteforskriften kap. 5. I tillegg kommer overordnet regelverk i helselovgivningen, og da særlig spesialisthelsetjenesteloven og pasientrettighetsloven. Stortinget har vedtatt i flytte hjemmelsbestemmelsen for forskriften fra sosialtjenesteloven til spesialisthelsetjenesteloven (lov av 21. desember 2007 nr. 123). Da vil det være enklere for de som skal praktisere regelverket å finne frem til relevante bestemmelser. Et annet spørsmål er om reguleringen i sosialtjenesteforskriften er hensiktsmessig, og dette er tema i det følgende.

En svakhet ved dagens regulering er at den ikke har tatt opp i seg de mange endringene som skjedde ved rusreformen. Etter forskriften er fylkesmannen klageinstans, mens rette vedkommende etter rusreformen er Helsetilsynet i fylket. Sosialtjenesteforskriften omtaler den innlagte som "beboer" eller "klient", mens den naturlige betegnelsen etter rusreformen er "pasient". Virkeområdet til forskriften er angitt til "institusjoner ... som er tatt inn på fylkeskommunens planer", seks år etter at fylkeskommunen mistet denne oppgaven på rusfeltet. De tre eksemplene har begrenset praktisk betydning, men de kan være med på å bidra til en oppfatning om at forskriften er lite oppdatert og dermed inneholder relevante regler for fagfeltet.

Verken den någjeldende hjemmelsbestemmelsen (sosialtjenesteloven § 7-11) eller den kommende hjemmelsbestemmelsen (spesialisthelsetjenesteloven § 3-14) inneholder hjemmel for å gi forskrifter om restriksjoner på bruk av telefon (Syse 2007:252). Praksis fra institusjonene viser at disse opplever et behov for å kunne begrense kommunikasjon gjennom mobiltelefon. En diskusjon av om hjemmelsloven bør gi en utvidet adgang til kommunikasjonsrestriksjoner ligger utenfor tematikken her, men vår anbefaling er at så lenge det ikke er hjemmel for å begrense mobilbruken, bør dette fremgå av forskriften for å sikre at institusjonene følger regelverket.

Institusjonsundersøkelsen viser ulik praksis med hensyn til hvilke fysiske hindringer eller tvangstiltak som brukes for å hindre at pasienten forlater institusjonen. Forskjellig tilnærming kan skyldes ulikheter i behandlingssideologi, men årsaken er antakelig dels også usikkerhet med hensyn til hvilke tvangsfullmakter institusjonen har for å hindre rømming. Selv om spesialisthelsetjenesteloven § 3-14 fastsetter at institusjonen kan "begrense adgangen" til å forlate institusjonen, bør det vurderes å utpensle adgangen til maktbruk ved en fremtidig revisjon av forskriften.

Dagens forskrift inneholder i dag et "avtaleforbud", jf. § 5-18. Bestemmelsen fastsetter at institusjonen ikke kan inngå avtaler med "beboerne" om regler under institusjonsoppholdet som "innskrenker de rettigheter klientene har" etter forskriften. Intensjonen er å gi pasienten et vern mot samtykkebaserte løsninger på tvers av forskriftens system, men bestemmelsen kan også virke stivbeint og som en hemsko på tiltak som både for institusjon og pasient fremstår som fornuftige.

Et eksempel som kan illustrere noen av de utfordringer som oppstår under § 5-18 er urinprøver ved midlertidige vedtak. Det er et åpent spørsmål om en samtykkebasert ordning "innskrenker de rettigheter klientene har", og dermed er forbudt, eller om urinprøver ved midlertidige vedtak må ses på som et tiltak som faller på siden av forskriften, slik at institusjonen og pasienten kan inngå avtaler uavhengig av § 5-18.

Tilsvarende gjelder for utåndingsprøver som alternativ til urinprøver ved gjennomføring av ordinære vedtak, men her er det lettere å argumentere for at prøvetakingen ikke innskrenker pasientens rettigheter.

Forskriften inneholder per i dag ikke nærmere regler om beregning av tilbakeholdstiden, verken når den begynner å løpe, eller eventuelle avbrudd på grunn av rømming eller overføring til andre institusjoner, typisk innen det psykiske helsevernet. Dels har sentrale myndigheter gitt føringer gjennom rundskriv (rundskriv I-28/95), men disse løser ikke alle spørsmål og gir heller ingen bindende normering. I den grad fylkesnemndene tar stilling til denne typen spørsmål, varierer praksis noe (Søvig 2007:240). Etter vårt skjønn bør føringer for beregningen av tilbakeholdstiden enten reguleres forskrifts form, eventuelt gjennom lov (se til sammenligning LVM § 21).

Til nå har diskusjonene vært rettet mot svakheter ved forskriften. Et annet spørsmål er om selve lovgivningsteknikken bør legges om. Både dagens og morgendagens system (den ikke-iverksatte delen av lov av 21. desember 2007 nr. 123) bygger på en ordning med en relativt kortfattet hjemmelsbestemmelse, mens den materielle reguleringen skjer i forskriften. Dette var tidligere også systemet innen det psykiske helsevernet, mens psykisk helsevernloven av 1999 innebar en omlegging, ved at reglene om gjennomføring i større grad ble lovregulert. Ulempen med et slikt system at justeringer må skjes i lovs form. Fullmaktslovgivning gjennom forskrift er mer fleksibelt, men innebærer også en fare for at forskriftsarbeid blir nedprioritert. Dagens lite oppdaterte sosialtjenesteforskrift illustrerer dette.

### Reglene om fritt institusjonsvalg

Gjennom endringene i pasientrettighetsloven § 2-4 fikk tvangsinnlagte en lovbestemt rett til fritt institusjonsvalg, begrenset av unntaksreglene i § 2-4 tredje avsnitt. Skal reglene om fritt institusjonsvalg innebære en reell valgrett for den tvangsinnlagte, må det være ledig behandlingsskapasitet. Normalt vil det være begrenset tilgang på plasser som kan brukes til plassering etter §§ 6-2 og 6-2a. En mulig løsning kan være at de regionale helseforetakene gir føringer om at det alltid skal være en viss mengde ledige plasser for å sikre reell valgfrihet, men i så fall vil dette båndlegge ressurser. Etter vårt skjønn kan det være grunnlag for en gjennomgang av reglene om fritt institusjonsvalg og en nærmere diskusjon av hvor store ressurser som bør settes inn for å sikre at pasientene har et visst utbud av institusjoner å velge mellom.

### Oppgavefordelingen etter rusreformen

Rusreformene omfordelte enkeltoppgaver mellom de ulike aktørene, f. eks. ved å gi institusjonene "utskrivingsrett", jf. sphlsl. § 3-15 (tidligere måtte sosialtjenesten samtykke i utskriving). De ansatte i sosialtjenesten opplever tidvis at institusjonene opptrer for egenrådige. Etter § 3-15 "skal" sosialtjenesten varsles, og bestemmelsen angir også at denne skal utskrivingen i "god tid på forhånd". Den siste formuleringen er plassert i tilknytning til frivillige innleggelses, men den må også gjelde som et utgangspunkt for tvangsinnleggelses etter §§ 6-2 6-2a (Syse 2007:245). I tillegg kommer ulovfestede normer for god forvaltningsskikk, som også i denne situasjonen må gjelde mellom to offentlige organer. Etter vårt skjønn ligger utfordringene her ikke i regelverket, men vår

anbefaling er at statlige myndigheter kommer med mer utførlige synspunkter i rundskrivs form på hvilke krav som stilles til informasjonsflyt til sosialtjenesten ved utskriving før tvangsvedtaket utløper og når denne skal og bør gis.

Til tross for at institusjonen fikk utskrivingsrett, beholdt sosialtjenesten kompetansen til å avgjøre om pasienten skal tilbakeføres etter rømming, jf. sosialtjenesteforskriften § 5-9. Det kan stilles spørsmål ved om disse reglene er hensiktsmessig koordinert her (Syse 2007:250), men en mer presserende problemstilling er knyttet til kompetansekonflikter mellom de ulike aktørene (Syse 2007:242). F. eks. opplever sosialtjenesten at institusjonene ikke raskt nok skaffer veie plasser for å gjennomføre midlertidige vedtak, mens institusjonene opplever at sosialtjenesten bruker hastevedtak også der hvor en kunne avventet ordinær saksgang. Ved en fremtidig revisjon av regelverket bør det vurderes enten å fastsette hvilke av de offentlige aktørene som skal ha det avgjørende ordet, eller oppnevne en uavhengig oppmann ved uenighet.

### Den rettslige reguleringen av pasienter med "dobbeltdiagnoser"

Både denne evalueringen og andre undersøkelser viser at mange pasienter både har en ruslidelse og en samtidig annen psykiatrisk diagnose. Eventuell forekomst av psykiske lidelser utgjør ingen hindring for en tvangsinnleggelse etter sosialtjenesteloven § 6-2. Ved den skjønnsmessige vurderingen av om tvangsvedtak skal skje når de øvrige materielle vilkårene er oppfylte, vil "dobbeltdiagnosen" ofte være et argument for at tiltak er nødvendig og hensiktsmessig. Heller ikke ved eventuell tvangsinnleggelse etter psykisk helsevernloven vil samtidig forekomst av rusmiddelavhengighet utelukke et tvangsvedtak (se bl.a. Søvig 2007:203–204). Imidlertid er vilkårene for tvangsinnleggelse og tvungen observasjon strenge. For eksempel vil en pasient med rusutløst psykose bare kunne holdes tilbake med hjemmel i psykisk helsevernloven så lenge symptomene vedvarer.

Tvangsvedtak fattet etter sosialtjenesteloven kan gjennomføres i institusjoner underlagt psykisk helsevernloven. Innføringen av § 1-1a i psykisk helsevernloven klargjør at i så fall gjelder reglene om gjennomføring slik de er fastsatt i psykisk helsevernloven med visse unntak. Regelverket gir etter vårt skjønn gode muligheter for sømløs overgang mellom de to tiltakstypene. De største utfordringene synes å være knyttet til at potensialet som ligger i § 1-1a ikke utnyttes. Psykiatriske institusjoner er ikke forpliktet til å ta imot tvangsinnlagte etter sosialtjenesteloven. På dette punkt har de regionale helseforetakene et ansvar for å sikre et forsvarlig tjenestetilbud til pasienter med "dobbeltdiagnoser" innen sin region, og dette kan bl.a. skje gjennom å opprette egne institusjoner eller poster for å ta imot pasienter med denne typen utfordringer.

Selv om de største utfordringene synes å være knyttet til å utnytte de mulighetene som ligger i dagens lovgivning, har det også vært tatt til orde for i større grad å samordne det materielle regelverket og saksbehandlingen innen det psykiske helsevernet og rusomsorgen. De største utfordringen vil formentlig være knyttet til prosessen. Én modell kan være å la fylkesnemndene overta ansvaret for å fatte tvangsvedtak etter psykisk helsevernlovgivningen. Psykiatriske pasienters prosessuelle rettssikkerhet vil da styrkes gjennom at de får ta del i den domstolslignende saksgangen som fylkesnemndsbehandlingen medfører. Gitt det høye antallet tvangsinnleggelser etter



psykisk helsevernloven vil imidlertid en slik omlegging være kostbar. Dessuten skjer mange innleggelser innen det psykiske helsevern som øyeblikkelig hjelp, og det vil være en utfordring å finne gode løsninger for denne typen midlertidige vedtak. Et annet alternativ kan være å innpasse dagens tvangsbestemmelser etter §§ 6-2 og 6-2a i psykisk helsevernloven og saksbehandlingen som følger av denne. Rusmiddelavhengige vil da få redusert prosessuell rettssikkerhet sammenlignet med dagens ordning, ved at avgjørelseskompetansen blir flyttet fra fylkesnemnden til den faglig ansvarlige.

Etter vårt skjønn er det per i dag ikke grunnlag for å gå vekk fra dagens modell med to separate tvangsregler med ulikt saksbehandlingsforløp. Den største utfordringer er knyttet til tilgangen på institusjonsplasser tilpasset denne målgruppen, og i den grad plassene finnes, er dagens regelverk fleksibelt nok til å sikre gjennomføring av oppholdet der hvor pasienten vil ha størst utbytte av tiltaket.

## Litteraturliste

- Album, D. (1996): *Nære fremmede. Pasientkulturen i sykehus*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Album, Dag; Westin, Steinar (2008): "Do diseases have a prestige hierarchy? A survey among physicians and medical students". *Social Science and Medicine*, vol. 66 (1), s 182 – 188.
- Andenæs, K. & Olsen, L. O. (2003): *Sosialrett*. Oslo (6. utg): Universitetsforlaget.
- Andenæs, K. & Olsen, L.O. (1996): "Sosialloven" i Andenæs og Olsen (red) *Sosialrett*. Oslo: TANO
- Baer, Lenny and Bodil Ravneberg (2008): "The outside and inside in Norwegian and English prisons", *Geografiska Annaler, Series B Human Geography* 90 (2): 205–216.
- Becker, Howard (1973): *Outsiders. Studies in the sociology of deviance*. New York, The free press.
- Bernt, J. F. (2000): "Tvangsbruk i sosialtjenesten", i Kjønstad, A. m.fl., (red), *Sosial trygghet og rettsikkerhet*. Bergen (2. utg.): Fagbokforlaget.
- Bjelland, Anne Karen (1984): *Helse- og sosialadministrasjon, Institusjonsosiologi*, Kompendium I, Sogn og Fjordane Distriktshøyskole
- Bretteville-Jensen, A. L. & Amundsen, E. J. (2006): *Omfang av sprøytemisbruk i Norge*. Oslo: Statens institutt for rusmiddelforskning. Rapport 5.
- Bretteville-Jensen Anne Line (2005): *Økonomiske aspekter ved sprøytemisbrukeres forbruk av rusmidler. En analyse av interjuer foretatt 1993–2004*, SIRUS-RAPPORTER 4
- Christie, Nils (2001): *Konflikt som eiendom*, Oslo: Universitetsforlaget.
- Doublet, D. & Bernt, J.F. (1992): *Retten og vitenskapen*. Bergen: Alma Mater
- Dyb, Evelyn og Katja Haarslev Johannessen (2009): *Bostedsløse i Norge 2008*, NIBR-rapport 2009:17.
- Eckhoff, T. & Jakobsen, K. D. (1960): *Rationality and Responsebility in Administrative and Judicial Decision Making*. København: Munksgaard
- Evjen, R; Øiern, T.; Kjelland, K.B. (2003): *Dobbelt opp. Om psykiske lidelser og rusmisbruk*, Oslo: Universitetsforlaget.
- Faust, D (1993): "Use and then prove, or prove and then use? Some thoughts on the ethics of mental health professionals`courtroom involvement", i *Ethics and Behaviour*, 3 (3, & 4), 359–380.
- Fekjær, Hans Olav 2004. *Rus: Bruk, motiver, skader, behandling, forebygging, historie*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Flaaterud, S. (2000): *Bruk av tvang overfor gravide rusmiddelmisbrukere. Noen erfaringer og synspunkter fra ansatte i sosialtjenesten*. Rapport, Borgestadklinikken.
- Furuli, J. & Eilertsen, S. (2001): "Har tvang effekt?", *Rus&avhengighet* 5.
- Grimstad, V. og Kristiansen, R. (2009): *Gravide innlagt på Borgestadklinikken etter LOST § 6-2a i perioden 2006–2008*. Skien: Borgestadklinikken.
- Gerdner, Arne og Mats Berglund (2010): *Översikt om tvångsvård vid missbruk – effekt och kvalitet. Till Missbruksutredningen*. <http://www.sou.gov.se/missbruk/publikationer.htm>
- Gerdner, A. (1998): *Compulsory Treatment of Alcohol Use Disorders. Clinical and Methodological Studies of Treatment Outcomes*. Doktorgradsavhandling, Lunds Universitet.
- Goffman, Erving (1967): *Anstalt og menneske. Den totale institution socialt sett*. København: Jørgen Paledans Forlag.
- Goffman, Erving (1963): *Stigma: Notes on the Managements of a spoiled identity*, Englewood Cliffs, N.J.: Prentice- Hall Inc.
- Grimstann, V. & Kristiansen, R. (2009): *Gravide innlagt på Borgestadklinikken etter LOST § 6-2a I perioden 2006–2008 – sammenlignet med funnene fra 1996–2005*. Rapport Kompetansesenter rus – region sør, Borgestadklinikken.
- Hansen, F. og Svenkerud (2006): *Gravide innlagt på Borgestadklinikken etter LOST*

- § 6-2a i perioden 1996–2005. Skien: Borgestadklinikken.
- Hecksher, D. (2009): "Gravide med rusmiddelproblemer i Danmark", *Nordisk alkohol- & narkotikatidskrift (NAT)* vol 26.
- Hellesund, Tone (2008): *Identitet på liv og død. Marginalitet, homoseksualitet og selvmord*. Bergen: Spartacus/Scandinavian Academic Press.
- Hetle, A. (1973): *Gutter på feriekoloni. En sosialantropologisk studie av Oslos kommunale feriekolonier for folkeskolens barn*, Universitetet i Oslo: Sosialantropologisk Institutt
- Iversen, E, Lauritzen, G, Skretting, A & Skutle, A. (2008): *Det nasjonale dokumentasjonssystemet innen tiltaksapparatet for rusmiddelmissbrukere: Klientkartleggingsdata*. Sirius/Bergensklinikkene Rapport for 2007
- Iversen, E. m.fl. (2009): *Det nasjonale dokumentasjonssystemet innen tiltaksapparatet for rusmiddelmissbrukere: Klientkartleggingsdata. Rapport for 2008*. Bergen: Stiftelsen bergensklinikkene/Statens institutt for rusmiddelforskning.
- Jansen, Ulf (1998): "Fra tvang til frihet – om arbeid med tvang" i Tyrilistiftelsen, i *Rus & Avhengighet*, nr. 4, 1998.
- Karlsen, Jan Erik, Sverre Nesvåg og Ingvild Hansen (2007): *Rusbehandling i Midt-Norge. Fra bakgård til utstillingsvindu?* IRIS-rapport 2007/014.
- Kjellevoll, A. (2002). *Retten til individuell plan*. Oslo: Fagbokforlaget
- Kjellevoll, A. (2008): "Kommentarer til sosialtjenesteloven", i Lødrup, P. m.fl. *Norske kommentert lovsamling*. Oslo: Gyldendal rettsdata.
- Kjønstad, A. og Syse, A. (2008): *Velferdsrett I*. Oslo (4. utg.): Gyldendal.
- Kristiansen, M. (2009): *Intervjuer med tidligere beboere. Deres opplevelse av oppholdet i avdelingen*. Lade Behandlingscenter.
- Lalender, Phillip (2001): *Hela världen er din. En bok om unga heroinister*. Lund: Studentlitteratur.
- Larsen, TK, et al. (2006): "Substance abuse in first-episode non-affective psychosis". *Schizophrenia Research*, 88 (1–3): 55–62.
- Larsen, TK (2009): "Rusutløste psykoser, og litt om tvang... Presentasjon under seminaret "Forskning på Tvangsbehandling", Kristiansand, 12.05.2009, Avdeling for rus- og avhengighetsbehandling, SSHF. <http://www.ruspoliklinikken.no/>
- Lie, Terje og Sverre Nesvåg (2006): *Evaluering av rusreformen*. IRIS rapport 2006/1227.
- Lien, Renate og Even Nilssen (2000): *Bruk av tvang i behandlingen av voksne rusmiddelmissbrukere*, Sefos-notat 3-2000, Univ. i Bergen.
- Lilleeng, Solfrid E. (red.). (2008): *SAMDATA Sektorrapport for rusbehandling 2007*. Rapport 4/08. Trondheim: SINTEF Helse.
- Lilleeng, S., S. Osborg Ose, R. Bremnes, P.B. Pedersen, og T.Hatling (2009): *Døgnpasienter i psykisk helsevern for voksne 20.november 2007*. SINTEF, rapport 1/09.
- Lundeberg, Ingrid Rindal (2008): *De urettmessige mindreverdige. Domstolens makteritiske funksjon i saker om spesialundervisning*, dr. polit avhandling, UiB.
- Lundeberg, I. og Mjåland, K.(2009): *Grenser for tvang. Om sosialarbeidernes rolle i bruk av tvang overfor rusmiddelmissbrukere*. Rokkansenteret. Rapport 4 2009
- Löchen, Y. (1965): *Idealer og realiteter i et psykiatrisk sykehus*, Oslo: Universitetsforlaget
- Mäkelä, K. (2009): "Vård och kontroll av missbrukarmödrar", *Nordisk alkohol- & narkotikatidskrift (NAT)* vol. 26.
- Marroun, H. E. m.fl. (2009): "Intrauterine Cannabis Exposure Affects Fetal Growth Trajectories: The Generation R Study". *J Am Ac Child Adolesc Psychiatry* vol. 48:12.
- McEwan, C.A. (1980): 'Continuities in the study of total and nontotal institutions', *Annual Review of Sociology* 6: 143–85.
- Mjåland, Kristian (2008): *Logikker, aktører og myndighetsstrukturer. En institusjonell analyse av rusfeltet etter rusreformen*. Masteroppgave, Sosiologisk institutt, UiB.

- Nilssen, E. (2007): "Politics, Profession and Law. The Legal Development of Compulsory Intervention towards Substance Abusers in Scandinavian Social Law". *Scandinavian Political Studies* Vol 30, No 1
- Nilssen, E. (2001): "Rus, tvang og selvbestemmelse", *Tidsskrift for velferdsforskning* vol. 4 Nr. 2
- Nilssen, E. (1999): *Tvangens forvaltning. Sosialtjenestens amvendelse av sosialtjenestelovens § 6-2 (bruk av tvang overfor rusmiddelmissbrukere)*. Senter for samfunnsforskning, Notat 3.
- Ploeg, Gerhard (2006): *Straff i institusjon. En evaluering av § 12-ordningen etter innføring av straffegjennomføringsloven og rusreformen*. KRUS Rapport 3/2006.
- Ravneberg, Bodil (2005): "Dannelse eller disiplinering. Selvforvaltningsstrategier hos elever i fengsel", i Langelid, T. og T. Manger: *Læring bak murene. Fengselsundervisningen i Norge*. Fagbokforlaget, Bergen.
- Rokkan, T. og A. Brandsberg-Dahl (2003): *Tyrili 10 år etter- en evaluering av Frankemotunet*. Oslo: Tyrili Skriftserie 5/2003.
- Runquist, W. (2009): "Sverige – om konsten att sila mygg och svälja kameler", *Nordisk alkohol- & narkotikatidskrift (NAT)* vol. 26.
- Ruud, Torleif og Deborah Reas (2003): *Helsetjenester for tunge rusmiddelmissbrukere*. SINTEF. Unimed Rapport STF78.
- Sandberg, S. og W. Pedersen (2006): *Gatekapital*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Sandberg, Sveinung (2009): *Symbolic capital and discursive practice in street culture*, dr polit avhandling, UiB.
- Sandvik, A. (2000): *Tvang i Tyrili. En undersøkelse av plasseringer etter Lov om sosiale tjenester §§ 6-2 og 6-2a i perioden 1995–1999*. Oslo. Tyrili skriftserie nr. 1.
- Schubiner, H. (2005): "Substance abuse in patients with attention-deficit hyperactivity disorder", I *CNS Drugs*, 2005;19(8):643–55.
- Schubiner, H., Tzelepis A, Milberger S, Lockhart N, Kruger M, Kelley BJ, Schoener EP (2000): "Prevalence of ADHD and conduct disorder among substance abusers", I *Clinical Psychiatry*, 2000: 61, 245–251
- Sellmann, D.(2009): "The 10 most important things known about addiction". I *Addiction*. Vol. 105: 6–13.
- Skatvedt, Astrid (2008): *Alminnelighetens potensial. En sosiologisk studie av følelser, identitet og terapeutisk endring*, Phd-avhandling, UiO.
- Spicker, Paul (1984): *Stigma and social welfare*. New york: St. Martin's Press
- Smith-Solbakken, Marie og Tungland, Else (1997): *Narkomiljøet. Økonomi, kultur og avhengighet*. Oslo: Ad Notam Gyldendal
- Steiro, A., T.K. Dalsbø, T.Ringerike, K.T. Hammerstrøm, og B.Hofman (2009): *Tvangsbehandling av opioidavhengige*. Kunnskapsenteret, rapport 16/2009.
- Svensson, B. (2010): "Escapes from compulsory treatment". I *Nordic studies on alcohol and drugs*. Vol. 27: 2010, 47–62.
- Syse, A. (2007): *Psykisk helsevernloven med kommentarer*. Oslo (2. utg.): Gyldendal.
- Syse, A. (2009): *Pasientrettighetsloven med kommentarer*. Oslo (3. utg.): Gyldendal.
- Søvig, K. H. (2007): *Tvang overfor rusmiddelavhengige*. Sosialtjenesteloven §§ 6-2 til 6-3. Bergen: Fagbokforlaget.
- Taylor, C. (1989): *Sources of the self: The making of Modern Identity*. Harvard: Harvard University Press.
- Thagaard, Thove (1998): *Systematikk og innlevelse. En innføring i kvalitativ metode*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Thomassen, Arild (2001): *Endring gjennom ritualer: Om produksjon av tro på individuell endring i et terapeutisk samfunn for stoffmisbrukere*. Oslo: Sosiologisk Årbok
- Thommesen, Hanne (2008): *Hverdagsliv, selvforståelse og dobbeltdiagnose – om mennesker med uvanlige erfaringer*, phd-avhandling, Høyskolen i Bodø.
- Tjersland, O.A., U. Jansen, og G. Enger (1998): *Våge å leve. En bok om alternative veier i behandling basert på erfaringer fra Tyrili*. Oslo: Tano Aschehoug.

- Van Gennep, Arnold (1961): *The Rites of Passage*, Chicago: Chicago University Press
- Vederhus, J.K., Ø.Kristensen, A. Laudet, og T. Clausen (2009): "Attitudes towards 12-step groups and referral practices in a 12-step naïve treatment culture; a survey of addiction professionals in Norway". I *BMC Health Service Research* 2009, 9:147.
- Waal, H. (2009): *Unyttig om tvangsbehandling*. [www.seraf.uio.no/nyheter/2009/unyttig-om-tvangsbehandling.html](http://www.seraf.uio.no/nyheter/2009/unyttig-om-tvangsbehandling.html). Hentet 07.05.2010.
- Waal, Helge, Thomas Clausen, Atle Håseth og Pål H. Lillevold (2009): *LAR i Norge 10 år. Statusrapport 2008*. Seraf, rapport 2/2009.
- Welle-Strand, G. (1998): *Tvang i behandling av rusmiddelmissbrukere. Evaluering fra akuttinstitusjonen Ullevål 1.1.94–30.4.98*. Oslo: Oslo kommune/Rusmiddeletaten.
- Werpen, F. B. (2006): "Uklar praktisering av institusjonskriteriet", *Juristkontakt* nr. 6.
- Werpen, F. (2006): "Utskrivning av rusmiddelavhengige på tvang". I *Juristkontakt* nr.2: 32–33.
- White, William L. 1998. *Slaying the Dragon. The History of Addiction Treatment and Recovery in America*. Bloomington: Chestnut Health Systems/ Lighthouse Institute.
- Wöhni, O. (1974): *Hotellsamfunnet. En sosialantropologisk undersøkelse av arbeidernes situasjon på et høyfjells hotell*, Universitetet i Oslo: Sosialantropologisk Institutt
- Young, IM. (1990): *Justice and the politics of difference*, Princeton, N.J.: Princeton University Press

### Offentlige dokumenter

Norges offentlige utredninger:	
NOU 1985:18	- Lov om sosiale tjenester m.v.
Stortingsmeldinger:	
St.meld. 16 (1996–97)	- Om narkotikapolitikken
St.meld.nr.35 (1994–95):	- Velferdsmeldingen
St.meld.nr.47 (2008–09)	- Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid.
Odelstingsproposisjoner:	
Ot.prp. 29 (1990–91)	- Om lov om sosiale tjenester m.v. (sosialloven)
Ot.prp. 48 (1994–95)	- Om lov om endring i lov om sosiale tjenester m v og i visse andre lover (tilbakeholdelse av gravide rusmiddelmissbrukere i institusjon)
Ot.prp. 78 (1997–98)	- Om lov om endringer i lov om sosiale tjenester m v (Tilbakeholdelse av rusmiddelmissbrukere uten eget samtykke m m)
Ot.prp. 3 (2002–03)	- Om lov om endringer i lov 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester m.v. og i enkelte andre lover (statlig overtakelse av deler av fylkeskommunens ansvar for tiltak for rusmiddelmissbrukere)
Ot.prp. 53 (2006–07)	- Om lov om endringer i pasientrettighetsloven m.m. (ventetidsgaranti for barn og unge under 23 år med psykiske lidelser eller rusmiddelavhengighet og -justeringer etter rusreformen)
Innstillinger til Odelstinget	

Innst. O. 68 (1994–95)	- Innstilling fra sosialkomiteen om lov om endringer i lov om sosiale tjenester m.v. og i visse andre lover (tilbakeholdelse av gravide rusmiddelmisbrukere i institusjon)
Innst. O. 51 (2002–03)	- Innstilling fra sosialkomiteen om lov om endringer i lov 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester m.v. og i enkelte andre lover (statlig overtakelse av deler av fylkeskommunens ansvar for tiltak for rusmiddelmisbrukere)
Innst. O. 4 (2003–04)	- Innstilling fra sosialkomiteen om lov om endringer i lov 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester mv. og lov 2. juli 1999 nr. 61 om spesialisthelsetjenesten m.m. (Rusreform II og rett til individuell plan)
Innstillinger til Stortinget	
Innst. S. 240 (2008–09)	- Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om en sammenhengende svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg. En gledelig begivenhet.
Innst.S.nr.180 (1995–96):	- Innstilling fra Stortingets sosial- og helsekomité om velferdsmeldingen.
Stortingsdokument	
St.dok. 3:12 (2004–05)	- Riksrevisjonens undersøkelse av styring og oppfølging av tiltak for rusmiddelmisbrukere
Rundskriv I-1/93	– Lov om sosiale tjenester m v (Sosialdepartementet 21.12.1992).
RundskrivI-28/95	– Rundskriv angående fristberegning for vedtak om bruk av tvang overfor rusmiddelmisbrukere og klageadgang over midlertidige vedtak (Sosial og helsedepartementet 07.07.1995)
Rundskriv I-2000/7	- Rundskriv til endring av forskrift om beboerens rettigheter og bruk av tvang i institusjoner for rusmiddelmisbrukere, Sosial- og helsedepartementet, 21.01.2000.

#### Øvrige offentlige dokument:

KRIPOS (2008): Årsberetning for 2008, se [https://www.politi.no/kripos/pubikasjoner/Tema\\_138.xhtml](https://www.politi.no/kripos/pubikasjoner/Tema_138.xhtml) og [https://www.politi.no/vedlegg/lokale\\_vedlegg/kripos/Vedlegg\\_85.pdf](https://www.politi.no/vedlegg/lokale_vedlegg/kripos/Vedlegg_85.pdf)

Rusbehandling Midt-Norge (2008): *Retningslinjer. Samarbeid mellom sosialtjenesten og spesialisthelsetjenesten i tvangssaker etter lov om sosiale tjenester.* Notat.

Sosial- og helsedepartementet (2000): *Handlingsveileder i bruk av tvang overfor rusmiddelmisbrukere etter sosialtjenestelovens §§ 6-2, 6-2a og 6-3.* I-0965/2000

Sosial- og helsedirektoratet (2005): *Bruk av holdninger til og behov for kunnskap i sosialkontortjenesten- BAKST. Rapport fra en spørreundersøkelse.*

Statistikk Socialtjänst (2010): *Vuxna personer med missbruksproblem och övriga vuxna- insatser år 2009.* Socialstyrelsen 2010.

Tvangsrapporten (1995): Rapport fra ekspertgruppe for å vurdere bruk av tvang i behandling av rusmiddelmisbrukere. Avgitt til Det kgl. sosial- og helsedepartementet.

*Vedlegg 1: Kommuner med begjæringer om ordinær tvangsinnleggelse etter sosialtjenesteloven*

Denne oversikten inneholder antall saker som er realitetsavgjort etter ordinær saksbehandling under sosialtjenesteloven §§ 6-2 og 6-2a, henholdsvis i perioden 1993–2009 og 1996–2009. Tidsperioden er altså ett år lenger enn fylkesnemndsundersøkelsen. Også avgjørelser som ikke er tatt med i fylkesnemndsundersøkelsen fordi de ikke er elektronisk tilgjengelige er med i denne oversikten. Tabellen inkluderer ikke midlertidige vedtak.

For kommuner med mer enn 5 tvangsvedtak i løpet av de aktuelle periodene har vi i tillegg regnet en gjennomsnittlig årlig tvangsrate per 100 000 innbyggere (100 000 kvinnelige innbyggere for § 6-2a). Vi har tatt utgangspunkt i folketallet per 1. januar 2010 og har ikke tatt høyde for befolkningsutviklingen i de aktuelle tidsperiodene.

Kommune	§ 6-2		§ 6-2a		Total
	Antall	Per 100 000 innbyggere	Antall	Per 100 000 kvinnelige innbyggere	
Halden	3	-	2	-	5
Moss	14	2,74	2	-	16
Sarpsborg	19	2,14	5	1,36	24
Fredrikstad	21	1,68	7	1,34	28
Hvaler	1	-	0	-	1
Spydeberg	1	-	0	-	1
Skiptvet	1	-	0	-	1
Rygge	8	3,29	1	-	9
Hobøl	0	-	1	-	1
Vestby	0	-	2	-	2
Ski	3	-	0	-	3
Ås	3	-	0	-	3
Frogn	0	-	1	-	1
Oppegård	5	1,18	1	-	6
Bærum	12	0,63	1	-	13
Asker	4	-	0	-	4
Rælingen	0	-	2	-	2
Lørenskog	7	1,26	1	-	8
Skedsmo	4	-	2	-	6
Nittedal	2	-	2	-	4
Ullensaker	6	1,21	0	-	6
Nes	1	-	1	-	1
Eidsvoll	1	-	1	-	2
Nannestad	1	-	1	-	2
Hurdal	1	-	0	-	1
Oslo	92	0,92	36	0,87	128
Kongsvinger	4	-	1	-	5
Hamar	7	1,45	0	-	7



Kommune	§ 6-2		§ 6-2a		Total
	Antall	Per 100 000 innbyggere	Antall	Per 100 000 kvinnelige innbyggere	
Ringsaker	2	-	1	-	3
Løten	1	-	1	-	2
Stange	1	-	0	-	1
Nord-Odal	1	-	0	-	1
Eidskog	1	-	0	-	1
Åsnes	1	-	0	-	1
Elverum	2	-	1	-	3
Lillehammer	3	-	1	-	4
Nord-Fron	0	-	1	-	1
Sel	0	-	1	-	1
Ringebu	1	-	0	-	1
Østre Toten	7	2,84	0	-	7
Vestre Toten	4	-	1	-	5
Jevnaker	1	-	0	-	1
Lunner	2	-	0	-	2
Gran	3	-	1	-	4
Søndre Land	3	-	0	-	3
Nordre Land	0	-	1	-	1
Nord-Aurdal	1	-	0	-	1
Vang	1	-	0	-	1
Drammen	20	1,88	7	1,57	27
Kongsberg	3	-	1	-	4
Ringerike	4	-	2	-	6
Hole	2	-	0	-	2
Hemsedal	1	-	1	-	2
Ål	0	-	1	-	1
Hol	1	-	0	-	1
Sigdal	1	-	0	-	1

Kommune	§ 6-2		§ 6-2a		Total
	Antall	Per 100 000 innbyggere	Antall	Per 100 000 kvinnelige innbyggere	
Modum	11	5,01	1	-	12
Øvre Eiker	2	-	0	-	2
Nedre Eiker	13	3,37	3	-	16
Lier	4	-	0	-	4
Hurum	3	-	1	-	4
Nore og Uvdal	1	-	0	-	1
Horten	2	-	2	-	4
Holmestrand	1	-	0	-	1
Tønsberg	5	0,75	2	-	7
Sandefjord	3	-	4	-	7
Larvik	1	-	3	-	4
Svelvik	1	-	0	-	1
Sande	1	-	0	-	1
Hof	1	-	0	-	1
Andebu	0	-	1	-	1
Stokke	0	-	1	-	1
Nøtterøy	1	-	1	-	2
Tjøme	0	-	1	-	1
Porsgrunn	15	2,55	4	-	19
Skien	17	1,94	8	2,17	25
Notodden	2	-	1	-	3
Siljan	1	-	0	-	1
Bamble	3	-	2	-	5
Kragerø	0	-	1	-	1
Drangedal	0	-	1	-	1
Nome	1	-	0	-	1
Bø	0	-	1	-	1
Sauherad	2	-	0	-	2

Kommune	§ 6-2		§ 6-2a		Total
	Antall	Per 100 000 innbyggere	Antall	Per 100 000 kvinnelige innbyggere	
Tinn	1	-	0	-	1
Hjartdal	1	-	0	-	1
Vinje	1	-	0	-	1
Grimstad	10	2,87	4	-	14
Arendal	6	0,85	1	-	7
Tvedestrand	1	-	2	-	3
Lillesand	2	-	1	-	3
Birkenes	0	-	1	-	1
Bykle	2	-	0	-	2
Kristiansand	21	1,52	4	-	25
Mandal	5	2,00	2	-	7
Farsund	2	-	0	-	2
Flekkefjord	1	-	0	-	1
Vennesla	5	2,24	1	-	6
Songdalen	5	4,95	0	-	5
Søgne	3	-	1	-	4
Marnardal	0	-	1	-	1
Lyngdal	1	-	0	-	1
Kvinesdal	0	-	1	-	1
Eigersund	4	-	0	-	4
Sandnes	8	0,73	2	-	10
Stavanger	13	0,62	17	1,97	30
Haugesund	3	-	1	-	4
Sokndal	1	-	0	-	1
Gjesdal	0	-	1	-	1
Sola	0	-	1	-	1
Randaberg	1	-	0	-	1
Karmøy	5	0,74	1	-	6

Kommune	§ 6-2		§ 6-2a		Total
	Antall	Per 100 000 innbyggere	Antall	Per 100 000 kvinnelige innbyggere	
Ølen a)	0	-	2	-	2
Bergen	62	1,42	25	1,39	87
Bømlo	2	-	2	-	4
Stord	1	-	1	-	2
Fitjar	1	-	0	-	1
Kvinnherad	4	-	1	-	5
Odda	1	-	0	-	1
Voss	2	-	0	-	2
Os i Hordaland	6	2,12	0	-	6
Austevoll	1	-	0	-	1
Sund	0	-	1	-	1
Fjell	4	-	0	-	4
Askøy	2	-	0	-	2
Vaksdal	1	-	0	-	1
Osterøy	1	-	0	-	1
Øygarden	3	-	0	-	3
Lindås	0	-	2	-	2
Flora	2	-	1	-	3
Årdal	0	-	1	-	1
Luster	1	-	0	-	1
Førde	5	2,44	0	-	5
Naustdal	0	-	1	-	1
Molde	4	-	1	-	5
Ålesund	4	-	0	-	4
Kristiansund b)	12	-	2	-	14
Herøy	1	-	0	-	1
Ulstein	1	-	0	-	1
Hareid	1	-	0	-	1

Kommune	§ 6-2		§ 6-2a		Total
	Antall	Per 100 000 innbyggere	Antall	Per 100 000 kvinnelige innbyggere	
Volda	1	-	0	-	1
Ørskog	1	-	0	-	1
Stranda	2	-	0	-	2
Sula	3	-	0	-	3
Giske	2	-	0	-	2
Vestnes	1	-	1	-	2
Rauma	0	-	1	-	1
Neset	1	-	0	-	1
Sandøy	1	-	0	-	1
Fræna	2	-	1	-	3
Eide	1	-	0	-	1
Averøy	1	-	0	-	1
Sunnadal	1	-	0	-	1
Halsa	1	-	0	-	1
Trondheim	25	0,86	9	0,75	34
Frøya	0	-	1	-	1
Orkdal	0	-	1	-	1
Skaun	0	-	1	-	1
Klæbu	1	-	0	-	1
Malvik	1	-	1	-	2
Steinkjer	2	-	1	-	3
Namsos	1	-	0	-	1
Stjørdal	2	-	0	-	2
Leksvik	1	-	0	-	1
Verdal	2	-	0	-	2
Inderøy	1	-	0	-	1
Bodø	6	0,75	3	-	9
Narvik	8	2,55	2	-	10

Kommune	§ 6-2		§ 6-2a		Total
	Antall	Per 100 000 innbyggere	Antall	Per 100 000 kvinnelige innbyggere	
Brønnøy	1	-	1	-	2
Vefsn	1	-	1	-	2
Hemnes	1	-	0	-	1
Rana	7	1,63	1	-	8
Saltdal	0	-	2	-	2
Fauske	1	-	2	-	3
Sørfold	0	-	1	-	1
Ballangen	1	-	0	-	1
Vestvågøy	1	-	0	-	1
Sortland	1	-	0	-	1
Andøy	1	-	0	-	1
Tromsø	4	-	3	-	7
Sørreisa	1	-	0	-	1
Lenvik	1	-	1	-	2
Nordreisa	2	-	0	-	2
Guovdageaidnu Kautokeino	1	-	0	-	1
Alta	2	-	0	-	2
Hasvik	1	-	0	-	1
Nordkapp	1	-	0	-	1
Deatnu Tana	1	-	0	-	1
Unjárga Nesseby	1	-	0	-	1
Sør-Varanger	0	-	2	-	2
Total	701	0,85	246	0,72	947

Noter:

- a) Slått sammen med Vindafjord fra 1. januar 2006.
- b) Inkluderer saker fra før Kristiansund ble slått sammen med Frei.

## **TVANG OVERFOR RUSMIDDELAVHENGIGE**

### **Evaluering av Lov om sosiale tjenester §§ 6-2, 6-2a og 6-3**

Denne rapporten omfatter den første nasjonale evalueringen av sosialtjenestelovens tre tvangsbestemmelser overfor rusmiddelmissbrukere: §§ 6-2, 6-2a og 6-3. § 6-2 gir mulighet for å tvangsinnlegge rusmiddelmissbrukere som utsetter sin fysiske og psykiske helse for fare, i en periode på inntil tre måneder, § 6-3 gir mulighet for tilbakehold i institusjon på grunnlag av eget samtykke, mens § 6-2a gir grunnlag for å tilbakeholde gravide rusmiddelmissbrukere for å forhindre skade på fosteret. I denne rapporten undersøker vi hvordan de ulike tvangsbestemmelsene blir forstått, hvordan de blir praktisert og om formålet med reglene blir oppnådd, og om dette varierer mellom kommuner og helseregioner. Vi fokuserer på samarbeidsforholdene mellom kommunen, spesialisthelsetjenesten og helseforetakene. Denne rapporten er basert på både kvalitative og kvantitative data fra alle instanser i tiltakskjeden som er involvert i bruk av tvang overfor rusmiddelmissbrukere, herunder sosialtjenesten, fylkesnemndene, helseforetakene, behandlingsinstitusjonene og klientene selv. Hva kjennetegner en tvangsinnleggelse, hvilke utfordringer oppstår i gjennomføringen av tvangen og hvordan oppleves det å bli utsatt for tvang?

Undersøkelsen er initiert og finansiert av Helsedirektoratet.

Ingrid Rindal Lundeberg, Kristian Mjåland, Even Nilssen og Bodil Ravneberg er forskere ved Uni Rokkansenteret, mens Karl Harald Søvig er professor ved Juridisk fakultet, Universitetet i Bergen.

ISBN 978-82-8095-068-0  
ISSN 1503-4844

Uni Rokkansenteret  
Nygårdsgaten 5  
5015 Bergen  
Tlf. 55 58 97 10 / Fax 55 58 97 11  
E-post: [rokkansenteret@uni.no](mailto:rokkansenteret@uni.no)  
<http://rokkan.uni.no/>