



Grenser for tvang

Om sosialtjenestens rolle i bruk av tvang overfor
rusmiddelmissbrukere

Ingrid Rindal Lundeberg
Kristian Mjåland

Grenser for tvang

Om sosialtjenestens rolle i bruk av tvang overfor
rusmiddelmissbrukere

Ingrid Rindal Lundeberg

og

Kristian Mjåland

November 2009

STEIN ROKKAN SENTER FOR FLERFAGLIGE SAMFUNNSSTUDIER

Universitetsforskning Bergen

© Stein Rokkan senter for flerfaglige samfunnsstudier (Uni Rokkansenteret) 2009

Design og trykk: Master Trykk og Kopi A/S

ISBN 978-82-8095-066-6

ISSN 1503-4844

Stein Rokkan senter for flerfaglige samfunnsstudier (Uni Rokkansenteret) har en todelt publikasjonsserie, i tillegg til en særtrykkserie. Publikasjonsserien redigeres av et redaksjonsråd bestående av forskningsdirektør og forskningsledere.

Redaksjonsrådet har ansvar for å vurdere og plassere publikasjonene som henholdsvis rapporter og notater.

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

Som notater trykkes arbeidsnotater, foredrag og seminarinnlegg. Manuskripter som trykkes som notater godkjennes av prosjektleder.

Som særtrykk utgis arbeider som allerede er publisert i vitenskapelige tidsskrift eller i bøker.

Innhold

Forord	v
Sammendrag	vi
Summary	x
1. Innledning	13
1.1 Bakgrunn og formål	13
1.2 Sosialtjenestens rolle	14
1.2.1 Lovgrunnlag	14
1.2.2 Saksbehandlingsforhold	15
1.2.3 Gangen i tvangen	16
1.3 Metode	18
1.3.1 Ruskonsulenter	18
1.3.2 Informanter i tiltakskjeden	19
1.3.3 Kommuner og kontor	20
1.3.4 Begrensninger og muligheter ved det empiriske materiale	20
1.4 Gangen i rapporten	21
1.4.1 Avgrensning	22
2. Tvangens organisering	23
2.1 Organisatoriske løsninger ved sosial/Nav-kontorene	23
2.1.1 Arbeidsdeling	24
2.1.2 Ressurser og spesialisering	26
2.1.3 Standardiseringsverktøy	27
2.1.4 Ledelse	27
2.2 Typiske kontortrekk	28
2.2.1 Bestiller–utfører-kontoret	29
2.2.2 Spesialistkontoret	32
2.2.3 Prosjektkontoret	36
2.3 Problematisk variasjon?	38
2.3.1 Avslutning	40
3. Ruskuratorens rettsanvendelse	43
3.1 Lovtolkning	44
3.1.1 Gravide rusmiddelmissbrukere – tvangen som haster	44
3.1.2 Siste utvei – tvang som livredning	47

3.2 Holdninger	51
3.3 Kunnskapsgrunnlag	54
3.3.1 Bekymringsmeldinger	54
3.3.2 Samtykke	59
3.3.3 Sosialfaglig mindreverds kompleks	60
3.4 Avslutning	64
4. Dårlig start – om innleggelsen	67
4.1 Innleggelsesforløpet	67
4.2 Politiets rolle	70
4.3 Avslutning	75
5. Kjønn og tvang	77
5.1 Kjønnede offerkonstruksjoner	78
5.2 Kjønnede tiltaksløp	79
5.3 Avslutning	84
6. Sosialtjenestens forhold til spesialisthelsetjenesten	87
6.1 Kapasitet	87
6.2 Kvalitet	92
6.3 Samarbeid	95
6.4 Pasienten som ingen vil ha – rusmiddelmisbrukere med psykiske lidelser	100
6.4.1 Avslutning	105
7. Grenser og gresndragere	107
7.1 Organiseringens rolle	109
7.2 Sosialarbeidets rolle	111
7.3 Spesialisthelsetjenestens rolle	114
7.4 Skjønnets grenser	115
Litteratur	116
Offentlige dokumenter:	118
Vedlegg	120
Intervjuguide ruskonsulenter	120
Noter	124
Rapportserie Rokkansenteret	126

Forord

Denne undersøkelsen om sosialtjenestens rolle i 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 § 6-1. Bruk av tvang er en alvorlig inngripen i et menneskes liv og bør derfor anvendes når dette er absolutt nødvendig og når gevinstene ved bruken av tvang er større enn ulempene. Evalueringen følger av at det nå har blitt et presserende behov for å finne ut 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. I denne rapporten er det sosialtjenestens rolle i tiltakskjeden som blir undersøkt. Sosialtjenesten har stor makt i tiltakskjeden ved å være ansvarlig for å vurdere når loven skal komme til anvendelse samtidig som de har det koordinerende og helhetlige ansvaret for oppfølging av den tvangsinnlagte, også etter at tilbakeholdet er opphørt. Ved hjelp av kvalitative intervjuer har vi avdekket mønstre og variasjoner i sosialtjenestens praktisering av tvangsparagrafene, kartlagt deres tolkninger av konstruktive og destruktive forhold i tiltakskjeden og i samarbeidsrelasjonene mellom ulike profesjoner og forvaltningsnivåer. Denne rapporten er basert på sosialtjenestens erfaringer, men vi vil i løpet av 2010 supplere denne studien med undersøkelser som inkluderer alle instanser som er involvert i bruk av tvang overfor rusmiddelmissbrukere, herunder fylkesnemndene, behandlingssinstitusjonene og ikke minst brukerne og deres pårørende.

Vi vil takke alle våre 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. Intervjuene har vært svært interessante og lærerike, og avgjørende for å få ny kunnskap om de vurderinger og forhold som ligger til grunn for bruk av tvang. 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. De øvrige medlemmer av forskningsgruppen knyttet til evalueringsoppdraget – Even Nilssen, Bodil Ravneberg og Karl Harald Søvig – har også bidratt kontinuerlig under forskningsprosessen med entusiasme og gitt viktige innspill til rapporten. Kari Ludvigsen har bidratt med å sørge for vesentlige oppryddinger i teksten og Ingrid Helgøy har gitt oss innsiktsfulle innspill på organisasjonsperspektivet. Til slutt vil vi takke vår oppdragsgiver for 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

Kristian Mjåland

Sammendrag

Grenser for tvang har vi kalt denne første delrapporten som er en del av Uni Rokkansenterets evaluering av lov om sosiale tjenester §§ 6-2, 6-2a og 6-3. Med utgangspunkt i en kvalitativ intervjuundersøkelse av 29 ruskonsulenter ved 20 NAV/sosialkontor og 26 aktører i den øvrige tiltakskjeden som på ulike måter samarbeider med sosialtjenesten i dette arbeidet, har vi sett nærmere på hvilke forhold som preger lovanvendelsesprosessen og setter grenser for sosialarbeiderens skjønnsutøvelse i bruk av tvang overfor voksne rusmiddelmisbrukere med hjemmel av sos.tj.loven §§ 6-2 og 6-2a. Vi følger saksgangen frem til innleggelsen i institusjon.

Tidligere undersøkelser viser at tvang benyttes i beskjeden grad, men at bruken har økt de siste årene, og vi ønsket å finne årsaker til dette. Vi fant at det er store variasjoner mellom både ulike kontor og ulike saksbehandlere i anvendelsen av tvangslovgivningen, og at det er et problem at rivalisering mellom forvaltningsnivåer og yrkesgrupper setter grenser for tvang og fører til at tvangslovgivningen praktiseres ulikt både mellom ulike bydeler, byer, kommuner og helseregioner. Et generelt problem i tvangens forvaltning er at vi har observert en stor mangel på samarbeid og erfaringsutveksling internt i sosialtjenesten og mellom tjenestenivåene.

Måten sosialkontorene er organisert på har betydning for bruk av tvang som virkemiddel i rusarbeidet. Organisatoriske forhold som arbeidsdeling, personalressurser, bruk av ulike standardiseringsverktøy og ledelse har innflytelse på utøvelsen av yrkesrollen i arbeidet med tvangslovgivningen. Vi finner tre hovedtyper av organisasjonsformer i vårt utvalg: Bestiller–utfører-kontoret, spesialistkontoret og prosjektkontoret.

Bestiller–utfører-kontoret benytter lite tvang fordi dette er en organisasjonsmodell som fører til at de vedtaksansvarlige er mindre tett på brukerne. Den administrative adskillelsen av bestillerne og utførerne fører til en yrkesdeling i sosialtjenesten som ser ut til å gi dårlige forutsetninger for kommunikasjon mellom de vedtakspliktige byråkratene og de mer brukernære sosialarbeiderne. Samtidig fører dyrking av den juridiske saksbehandlerrollen som bestillerenheten legger opp til, til en større grad av likhetsorientert regelstyre i sosialt arbeid.

Spesialistkontoret er kjennetegnet ved en klar arbeidsdeling og rom for å gi noen sosialarbeidere anledning til å spesialisere seg på tvang. Tvangsspesialiseringen gjør at det er opparbeidet god kunnskap om både rettsområdet og saksbehandlingsarbeidet, og at det er utviklet tette samarbeidsforhold med den øvrige tiltakskjeden i tvangssakene. Dette er forhold som gjør terskelen for å bruke tvang mindre. Disse kontorene har flere tvangssaker enn de andre. Problemet er at tvang kan bli en mer standardisert løsning, uten at frivillige tiltak blir prøvd i tilstrekkelig grad. En slik spesialistorganisering forhindrer likevel en pulverisering av ansvar, ved at sakene så tydelig forankres hos en eller få sosialarbeidere ved kontorene. Samtidig er det en

fare for at det lett kan oppstå paternalistiske behandlingsallianser og informasjonsutveksling bak klientens rygg.

Prosjektkontoret utmerker seg med en fleksibel organisasjonsmodell, og prøver ut og benytter seg av et spekter av ulike lav- og høytterskeltiltak for rusklinter i særlig sårbare livssituasjoner.

Prosjektmidler og prosjektstillinger gir godt med ressurser, fleksibel problemløsning og tett klientoppfølging, noe som gjør at det ved disse kontorene benyttes mye frivillige tiltak, og i mindre grad tvang. Prosjektene er ofte kortvarige og flyktige, og prosjektarbeid med løse rammer kan gjøre tildelingen av tjenester mer avhengig av tjenesteyterens personlige oppfatninger. Prosjektkontorene kan karakteriseres som polyfone organisasjoner som må sjonglere mellom et flertall av koder/instruksjoner. For brukeren kan en slik organisasjonsmodell gjøre det vanskeligere å forutse sin egen rettsstilling, i og med at tildelingen av tjenester er mindre likhetsbasert.

Vi finner også at egenskaper og forhold knyttet til den enkelte regelanvenderen har betydning for tvangsbruken. Det er store variasjoner i den enkelte sosialarbeiderens lovforståelse, kunnskap og holdninger til bruk av tvang. Imidlertid defineres loven som omhandler tvang mot gravide rusmiddelmissbrukere, § 6-2a, som relativt klar og lett anvendelig. Fosteret er primærklienten for sosialtjenesten og fokuset på fosteret gjør at sosialarbeideren har få betenkeligheter med å bruke tvang når det er nødvendig.

Vurderingen av om § 6-2a skal komme til anvendelse handler i praksis i stor grad om en administrering av urinprøvekontrolltiltak. Generelt praktiserer ruskuratorene en lav toleranse for ethvert form for rusinntak for å unngå en risiko for fosterskade, men dette kan også være et uttrykk for liten kunnskap om forskjeller mellom ulike rusmidler og fosterskade. Samtidig er det å praktisere en nær nulltoleranse et uttrykk for en streng lovtolkning som ikke nødvendigvis er forskriftsmessig, og som gir mindre rom for å ivareta kvinnens behov for omsorg, hjelp og veiledning i en vanskelig situasjon. Et problem i arbeidet med § 6-2a er at det generelt sendes alt for få bekymringsmeldinger. Helsepersonell er ofte ikke bevisst 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 sannsynlig at barnet blir født med skade.

Mens 6-2a fremstilles som lett anvendelig, er holdningene til og tolkningen av formålet med § 6-2 langt mer omstridt. Det er en stor usikkerhet knyttet til når særlig hensiktsmessighetskriteriet er oppfylt; når det er sannsynlig at rusmiddelmissbrukeren vil nyttiggjøre seg tvangen ved å bli motivert for frivillig behandling. Alvorlig fare for en rusmiddelmissbrukers liv og helse fremstilles som utslagsgivende i ruskuratorens rettspraksis. Tvangen begrunnes med et paternalistisk omsorgshensyn som omfatter en forpliktelse til å gripe inn og hjelpe mennesker i en vanskelig livssituasjon som det antas ikke er i stand til å vite sitt eget beste. Vekt på omsorgsetiske hensyn om livredning og helsefremme fører til mer tvangssaker. Tvang blir da primært fremstilt som et virkemiddel for livsforlengelse i en krisesituasjon, mer enn et redskap for å tilrettelegge og motivere for frivillig behandling. Rusmiddelmissbrukere som har de

alvorligste helseproblemene profitterer ikke nødvendigvis best på tvang i henhold til lovens formål.

Faren ved å gjøre helsekriteriet til en katalysator for tvang er at loven blir et virkemiddel til å avverge en akutt krise, mer enn å sørge for å oppnå et langsiktig mål om et rusfritt liv. Diagnoser på alvorlige og livstruende helseproblemer blir katalysator for iverksettelsen av tvangstiltak. Slik får ruskuratoren avlastning i sin lovpraksis og hjelp til å løse en potensiell rollekonflikt ved at moralske problemer med å bruke tvang dempes, elimineres eller skjules i en begrunnelse av å bidra til helsefremme. Sosialfaglige mindreverdskomplekser fører til en unnfalighet og til en vegring mot å ta ansvar for å kjøre sak, uten å ha støtte fra spesialisthelsetjenesten. Et uttrykk for dette er at de sjelden fremmer sak på eget initiativ, og at de har gjort seg avhengig av bekymringsmeldinger for å se tvang som en mulighet. Variasjoner i anvendelsen av § 6-2-tvang har også sammenheng med store holdningsforskjeller. Mange er ambivalente til bruk av tvang, men likevel går tendensen i positiv retning, noe som kan bidra til å forklare en økt bruk av tvang. Lederen har en viktig funksjon i de kollegiale meningsdannelsesprosessene på det enkelte kontor ved å gi sterke føringer på tvangsbruken. Store holdningsforskjeller er uansett problematisk fordi det ofte fører til en mer vilkårlig tvanganvendelse. Vi finner at interne forvaltningskontrollordninger er mangelfulle eller som oftest helt fraværende, og dette bidrar til å gjøre at personlige oppfatninger hos tjenesteyteren kan få store utslag i bruken av tvang.

Selve innleggelsen betraktes ofte som et kritisk øyeblikk, hvor partenes motstridige interesser kommer til uttrykk. Vi har sett nærmere på hvordan ruskonsulentene administrerer innleggessituasjonen, hvilken rolle politiet spiller, og hvilke yrkesetiske problemstillinger som aktualiseres under innleggelsen. Vegring mot tvang blant ruskuratorene relaterer seg til den dramatiske opplevelsen av selve innleggelsen. De hevder at særlig innleggessituasjonen skal ødelegge relasjonen til klienten, og dette skaper en terskel for bruk av tvang. Det er likevel svært få av ruskuratorene som rapporterer om at relasjonen har blitt skadelidende på lang sikt. Frykten for relasjonsskade er ikke et holdbart argument mot bruk av tvang. Samtidig er valget av en politistyrte innhenting, bruk av uniformert politi, håndjern, direkte makt og til og med varetektsfengsling i påvente av plass problematisk og kan heller bidra til å skjerpe enn å avhjelpe denne yrkesetiske rollekonflikten. Forvirring knyttet til at det er en sterk sammenblanding av rekvisitter og virkemidler fra straffe- og behandlingssystemet er uheldig. Det skapes et unødvendig stort drama som påfører rusmiddelmissbrukeren krenkelser, og gir en dårlig start på institusjonsoppholdet.

Et annet forhold som har betydning i tvangens forvaltning er kjønnsdimensjonen. Unge jenter er overrepresentert i tvangsinleggelsesstatistikken, selv om det er en overvekt av menn som står for det tunge rusmiddelmissbruket. 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. Vi finner at oppfatninger om kjønn får konsekvenser i hvilket behov som blir sett og i hvilken hjelp som blir gitt, samtidig som at det er liten bevissthet rundt kjønnets betydning i forvaltningen

av tvang blant ruskuratorene. I klient–hjelper relasjonen skapes kjønnede offerkonstruksjoner og identifiseringer som gjør kvinnelige rusmiddelmissbrukere til gjenstand for mer bekymring og oppmerksomhet enn mannlige rusmiddelmissbrukere. Sterkere tilbøyelighet for å bruke tvang mot kvinner kan ha sammenheng med en kjønnsrelatert identifisering siden de fleste sosialarbeidere er kvinner. Dette gjør at det blant annet er lettere å sette seg inn i og snakke om det som kan regnes som særlige kvinnerelaterte problemer. Prostitusjon er et slikt tema som fører til offentlig forargelse og sympati. Flere forklarer også denne kjønnsforskjellen med at menn oftere er i fengsel og at dette fører til en rekke konstruktive brudd i ruskarrieren som virker helsefremmende. En utbredt kjønnsstereotypisk oppfatning blant ruskonsulentene er at rusen har en mer problematisk dominans over livet til kvinnene. Rusen blir i større grad for kvinner knyttet til forestillinger om at dette er et konstant og gjennomgripende problem som frarøver hennes autonomi. Likevel er det ingenting som tyder på at kvinner nyttiggjør seg tvang bedre enn menn. Dette skaper kjønnede tiltaksløp basert på oppfatninger som ikke alltid fører frem. En bevisstgjøring blant sosialarbeiderne på kjønnede forestillinger og offerdiskurser som verserer i egen etat, kan bidra til å korrigere for uheldige konsekvenser av disse kjønnsforskjellige praksisene.

Samarbeidsforholdet til behandlingstilbudene som tar i mot rusmiddelmissbrukere på tvang, setter også grenser for arbeidet med tvang. Vi finner imidlertid store variasjoner i ruskonsulentenes vurderinger. Mens noen ruskonsulenter ikke har opplevd kapasitetsproblemer, vurderer kvaliteten i de nærliggende institusjonene som gode og samarbeidet som velutviklet, påpeker mange at det er for tids- og arbeidskrevende å finne egnede institusjoner. Et generelt mønster er at både kvaliteten, kapasiteten og samarbeidet vurderes å være bedre i større enn i mindre helseregioner. Mange av ruskonsulentene har samtidig påfallende lite kjennskap til kvaliteten på institusjonene som tar i mot på tvang, men vurderingene blant de som har kjennskap går i kritisk retning. Det er særlig mangel på tilrettelagte institusjoner for gravide rusmiddelmissbrukere, alkoholmissbrukere, og dobbeltdiagnosepasienter som omtales som kritikkverdige. Et annet problem er at ordningen med kjøp av gjesteplasser ut av helseregionen koster mer enn tvangsplasser i egen region, og dette forhindrer pasientflyt mellom helseregionene. Den hyppige bruken av hastvedttak, særlig i forhold til § 6-2, ser ut til å øke samarbeidsutfordringene. Et forhold som vi mener fremstår som kritikkverdig er at ruskonsulentene rapporterer om at noen klienter ikke blir garantert frivillig plass etter at tilbakeholdet er opphørt. Dette 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. De vanskeligste sakene ruskonsulentene har gjelder rus–psykiatri pasienter. Disse pasientene har ofte problemer med å få tilbudt tvangsplass, og mange av de som får plass blir skrevet raskt ut, eller møter en avdeling som i liten grad er tilrettelagt for deres behov. Disse svært vanskeligstilte og syke klientenes rettsvern synes særlig kritikkverdig under de rådende samarbeidsforhold og tilbudstilbud.

Summary

Discretion limits in cases about compulsory interventions is the Stein Rokkan Center for Social Studies first report from the evaluation of the Social Service Act Sections 6-2, 6-2a and 6-3, funded by the Norwegian Directory of Health. The report studies the role of the social services in cases on compulsory intervention towards adult substance abusers, under Sections 6-2 and 6-2a. In Norway, the formal decision for compulsory drug treatment is made by the County Board for Social Cases (Fylkesnemnda), a local board of social welfare. The municipality handles the cases through the social security office. Section 6-2 requires that the social services commit a substance abuser to treatment if the person, due to ongoing misuse, is seriously jeopardizes his/her physical or psychological health. Section 6-2a makes it possible to institutionalize a pregnant substance abuser by force for the whole period of the pregnancy. Compulsory action may be implemented if it seems highly probable that the child would be born with injuries as a result of the mother's substance abuse, and when voluntary efforts are insufficient. Though compulsory detention has been used in restricted manners, there has been a significant increase in the number of cases during the last ten years. In this report we explore this development by investigating how the social service agencies handle these cases and how coercion is justified during the decision-making process.

In matters regarding application of Sections 6-2 and 6-2a we found great differences both between counties, municipalities, social services offices and among the social workers. Variations in organizational factors such as leadership, human resources, division of labour and administrative tools determine and limit the extent to which compulsory commitment is initiated. The social workers are positive when it comes to detention of pregnant substance abusers (Section 6-2a), and they have no difficulties in interpreting or practicing the law. In Section 6-2 cases, however, we found that they gained a more positive attitude towards compulsory detention of adult substance abusers, although this varies. The most decisive factor in the application of the law is that to help individuals in a life-threatening situation. Detention of pregnant clients is justified by the consequences of the substance abuse on the foetus.

An understanding of the law which focuses on diagnosed drug and alcohol related illness, gives the Specialist healthcare service a powerful role, because of their medical and psychiatric expertise. Also the social workers find it easier morally to intervene when they have a medical justification for the intervention, even though they risk damaging the relation with their clients. The problem with applying Section 6-2 as a way to intervene in emergency cases to prevent serious health damage and/or deadly outcome, is that the laws long-term goal to overcome misuse and motivate to further voluntary treatment fails. People with severe health problems does not necessarily profit from compulsory detention in the long term.

The management of the actual detention is often challenging and represents a critical point, with sometimes fatal outcomes. Assistance by uniformed police, handcuffs, remand into custody and extensive use of force occurs often, and leads to unnecessary violations and has negative effects for the institutionalization of the substance abusers.

Gendered practices in the social services are also highlighted in the report. While women constitute only between 25 and 30 % of the injection drug users in Norway, they stand for more than half of the compulsory interventions under Section 6-2. The fact that women are overrepresented can be explained by the fact that they more frequently are in contact with the social- and health care system. While the majority of the social workers are women themselves, there are more likely to occur gender specific identifications and more intimate communication with female clients than others. This gendered client–helper relation produce more worries for drug addicted women’s life situation and construct them as less autonomous and more vulnerable than men.

The relation between the social services and the Specialist Healthcare Service can overall be characterized as tensed. A well developed collaboration between the two services is crucial in cases concerning compulsory intervention. However, the study reveals lack of and problematic collaboration in most regions and municipalities, although with some variations. Remarkably many social workers know very little about what the nearby institutions have to offer for different groups of clients. A significant problem between the two service levels is that economic barriers between the different health regions prevent free flow of patients. Some of the substance abusers do not have any offer to further treatment on voluntary basis when the compulsory intervention is finished, even though they are motivated. If there are no arrangements that secure the patients rights to further treatment, the purpose of the detention fails. However, the most critical factor under the present conditions, is the legal protection of patients with dual diagnoses. A «blame game» has developed between the social services – the psychiatric specialist healthcare services and the specialist substance abuse services, fighting over which services are responsible for these patients. This especially vulnerable group of clients often experience problems in getting admission at all, and if they are admitted, they suffer from a lack of treatment addressing their specific needs.

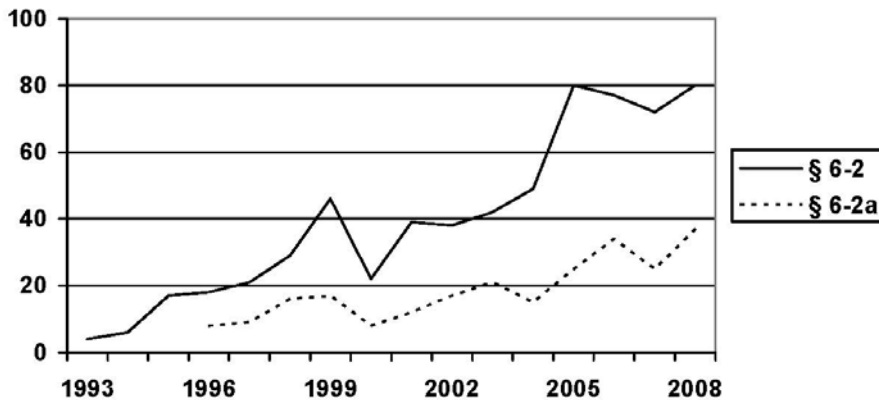
1. Innledning

Rokkansenteret fikk høsten 2008 i oppdrag fra Helsedirektoratet å evaluere lov om sosiale tjenester §§ 6-2, 6-2a, og 6-3. I utformingen av evalueringsoppdraget ble det 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 beslutningsprosessen fram til endelig vedtak i *fylkesnemnda* skisseres. I det tredje opplegget skal iverksettingen av tvangen følges, ved å undersøke hvordan ulike *behandlingsinstitusjoner* organiserer og gjennomfører tilbakeholdet. For det fjerde skal tvangens effekt studeres, ut fra *brukerens* erfaring, tiltaks- og behandlingsapparatets dokumentasjon og de pårørendes perspektiver. Denne delrapporten er en del av sosialtjenestestudien, og tar utgangspunkt i funnene fra en kvalitativ intervjuundersøkelse med ansatte i sosialtjenesten. Delrapporten dreier seg derfor om tvang overfor rusmiddelmissbrukere *sett fra sosialtjenestens ståsted*. Den kvalitative undersøkelsen av sosialtjenestens praktisering av tvangslovgivningen vil bli supplert med en kvantitativ undersøkelse (survey) i løpet av høsten 2009. Surveyen rettes til ansatte i sosialtjenesten i 109 av landets kommuner. Hovedrapporten, med sammenfatninger av funnene fra de fire empirisk adskilte delene, vil foreligge våren 2010 når evalueringsoppdraget opphører.

1.1 Bakgrunn og formål

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 dette rusmisbruket, samt hindre at noen direkte forkommer av denne tilstanden. Tvang overfor rusmiddelmissbrukere 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 2008 hadde antall vedtak økt til over 80. Tilsvarende har det skjedd en økning av tvangsbruk overfor gravide rusmiddelmissbrukere fra 12 realitetsvedtak i 2001 til 37 i 2008 (Søvig 2009, upub.). 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 skaper et presserende behov for å evaluere både forvaltningen av tvangsbestemmelsene og dens virkninger over tid sett fra alle berørte parter.

Figur 1 (Oversikt over antall realitetsvedtak)



Oversikten er basert på antall realitetsvedtak i fylkesnemndene, og viser ikke om vedtaket ble iverksatt eller ikke. Tall basert på Karl Harald Søvig's eget materiale/ opplysninger fra fylkesnemndene. Oversikten er ikke endelig kvalitetssikret.

Tidligere undersøkelser viser at sosialtjenestens rettsanvendelse i forhold til tvang har vært vilkårlig (Nilssen 1999 og Søvig 2007). En streng regelutvikling, et usikkert kunnskapsgrunnlag og en viss skepsis til tvangsbruk var sentrale årsaker til sosialarbeidernes rettsanvendelse. Et viktig spørsmål i forlengelsen av dette er om den økte bruken av tvang skyldes at sosialtjenestens lovanvendelsesgrunnlag har blitt endret. Som vi skal se er det ikke bare betydelige variasjoner over tid, men også mellom ulike forvaltningseenheter. For å undersøke slike variasjoner skal vi særlig se nærmere på hvordan arbeidet med tvang er organisert på i sosialtjenesten (kap.2), og hvilke lovforståelser, holdninger og kunnskapsgrunnlag som er utbredt blant ruskonsulentene i utvalget (kap.3). Variasjoner i administreringen av selve tvangsinnleggelsen (kap.4), og betydningen av kjønn (kap.5) er også viktige tema. Til slutt skal vi undersøke hvordan organiseringen av tilbakehold i spesialisthelsetjenesten påvirker tvangsansendelsen i sosialtjenesten (kap.6), før vi avslutningsvis diskuterer hva som setter grenser for bruk av tvang (kap.7). Analysene av sosialarbeidernes refleksjon over egen rettsanvendelse kan gi noen forklaringer på disse variasjonene, men før vi diskuterer dette vil vi gå nærmere inn på noen formelle rammer for sosialarbeiderens skjønnsutøvelse.

1.2 Sosialtjenestens rolle

1.2.1 Lovgrunnlag

Sosialtjenesten har en nøkkelrolle i tiltakskjeden for rusmiddelmissbrukere. Kapittel 6 i sosialtjenesteloven presiserer sosialtjenestens ansvar overfor rusmiddelmissbrukere. Dette ansvaret kan beskrives som koordinerende og helhetlig. Sosialtjenesten skal

«gjennom råd, veiledning og hjelpetiltak [...] hjelpe den enkelte til å komme bort fra misbruk av alkohol og andre rusmidler» (sos.tj.lov § 6-1). Dersom sosialtjenestens hjelpetiltak ikke er tilstrekkelige, skal sosialtjenesten bistå klienten med å etablere et behandlingsopplegg i spesialisthelsetjenesten, etter rusreformen av 2004 kalt *tverrfaglige spesialiserte tjenester for rusmiddelmissbrukere* (heretter TSB). Sosialtjenesten har ansvar for oppfølging i forkant, underveis og i etterkant av et slikt behandlingsopphold. Mens den statlige spesialisthelsetjenesten har et avgrenset og tidsavhengig ansvar, kan man dermed si at sosialtjenesten har et gjennomgående og helhetlig ansvar. Dersom verken sosialtjenestens egne hjelpetiltak er tilstrekkelige, og behandling i spesialisthelsetjeneste av ulike grunner ikke lar seg gjennomføre, skal sosialtjenesten sørge for midlertidige tiltak, for eksempel ved kjøp av plasser i ulike omsorgsinstitusjoner. I tillegg til ansvaret for *frivillige* hjelpetiltak, har sosialtjenesten også et koordinerende og helhetlig ansvar i forhold til §§ 6-2 til 6-3, tvangsparagrafene i sosialtjenesteloven. Nedenfor gis en kort presentasjon av de ulike tvangsparagrafene, med en særlig vekt på sosialtjenestens ansvar i forhold til disse.

§ 6-2, den «generelle» tvangsparagrafen, åpner for tilbakeholdelse av myndige rusmiddelmissbrukere i institusjon uten eget samtykke, i inntil tre måneder. Hovedvilkåret her er dersom rusmiddelmissbrukeren «utsetter sin fysiske og psykiske helse for fare ved omfattende og vedvarende misbruk, og dersom hjelpetiltak etter § 6-1 ikke er tilstrekkelig» (sos.tj.loven § 6-2). Det er viktig å presisere at tilbakeholdet ikke hjemler tvangsbehandling, men *undersøkelse* og *tilrettelegging* av behandling. Denne tvangsparagrafen har vært virksom siden 1993. I 1996 ble § 6-2a innlemmet i sosialtjenesteloven. § 6-2a åpner for at gravide rusmiddelmissbrukere kan holdes tilbake i institusjon uten eget samtykke 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» (sos.tj.loven § 6-2a). Ved denne paragrafen er ikke hensynet rusmiddelmissbrukeren selv, men fosteret. Den tredje tvangsparagrafen, § 6-3 trådte i kraft i 1993. Denne kalles ofte «frivillig tvang», ettersom den hjemler tilbakehold i institusjon med eget samtykke. Ved en innleggelse i TSB, kan institusjonen sette § 6-3 som vilkår.

§ 6-1a ble integrert i sosialtjenesteloven i 1998. Denne paragrafen plikter sosialtjenesten å vurdere bruk av tvang etter melding fra pårørende. Bakgrunnen for denne lovendringen var at Stortinget var bekymret over at tvangsparagrafene i så liten grad ble benyttet (Nilssen 1999). Ved å pålegge sosialtjenesten en vurderingsplikt om tvang etter melding fra pårørende, hadde man et ønske om hyppigere anvendelse av tvangsbestemmelsene. Denne delrapporten er avgrenset til å først og fremst omhandle §§ 6-2 og 6-2a.

1.2.2 Saksbehandlingsforhold

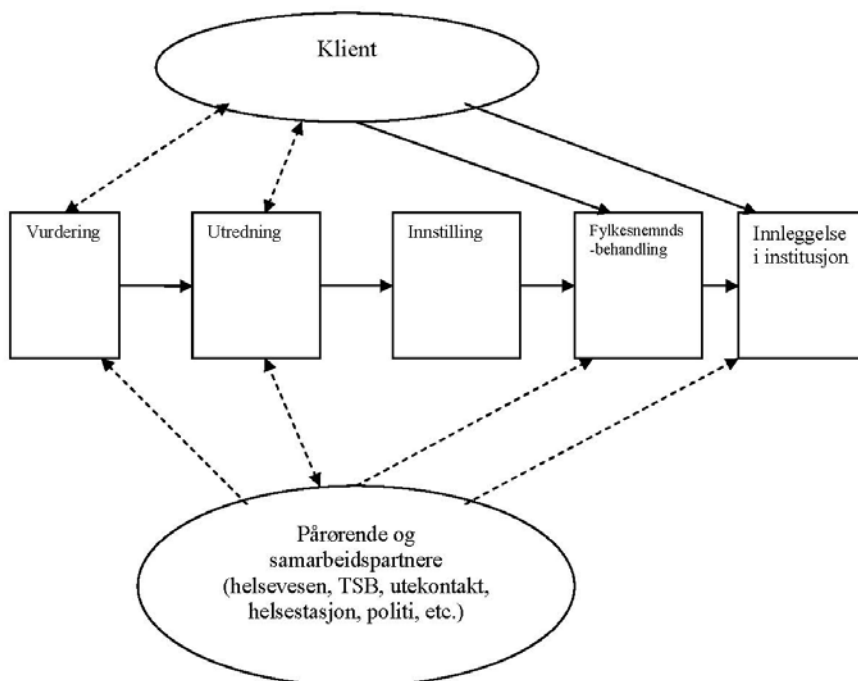
Sosialtjenestens oppgave i forhold til §§ 6-2 og 6-2a er å *vurdere, utrede og innstille* om bruk av tvang. Vurderingen skjer på bakgrunn av en bekymring. Bekymringen kan enten komme fra pårørende eller fra ulike samarbeidspartnere, som primærhelsetjenes-

ten, spesialisthelsetjenesten, utekontakt, helsestasjon etc. Endelig kan vurderingen også gjøres på bakgrunn av sosialtjenestens egen bekymring overfor en klient. Utredningen skal ende opp med et saksfremlegg (innstilling) for fylkesnemnda for barnevern og sosiale saker, som er det vedtakspliktige organet i tvang etter sosialtjenesteloven. Det settes en rekke krav til dokumentasjon i et slikt saksfremlegg. Det avgjørende er at vilkårene for et vedtak er tilstede. Disse vilkårene er for § 6-2, i korte trekk: a) rusmiddelmissbrukeren utsetter ved misbruket sin fysiske eller psykiske helse for fare; b) misbruket er omfattende og vedvarende; c) frivillige hjelpetiltak etter § 6-1 er ikke tilstrekkelig; d) rusmiddelmissbrukeren skal legges inn for undersøkelse og tilrettelegging av behandling. Det skal iverksettes forsøk på motivering og tilrettelegging av langsiktige tiltak som vil kunne ha en positiv virkning på misbrukerens behandlingssituasjon; og e) det kreves at institusjonen er i stand til å tilby rusmiddelmissbrukeren tilfredsstillende hjelp sett i forhold til formålet med innleggelsen. I forhold til § 6-2a må følgende vilkår være oppfylt: a) misbruket er av en slik art at det er overveiende sannsynlig at barnet vil bli født med skade; og b) frivillige hjelpetiltak etter § 6-1 er ikke tilstrekkelig (Sosial- og helsedepartementet 2000:12). I tillegg til at det må dokumenteres at vilkårene er oppfylt, skal det også fremgå av innstillingen at det planlagte oppholdet er riktig for klienten. Selve utredningsfasen dreier seg for sosialtjenesten i stor grad om innhenting av dokumentasjon, og formulering av saksfremlegg. Når utredningen er ferdig, sendes innstillingen til fylkesnemnda for barnevern og sosiale saker (heretter kun fylkesnemnda).

1.2.3 Gangen i tvangen

Selv om sosialtjenestens ansvar er omfattende, er også den enkelte sosialarbeideren avhengig av en rekke samarbeidspartnere i det øvrige tiltaksapparatet i forbindelse med en tvangssak. En kilde til variasjon i tvangsanvendelsene kan derfor delvis være å finne i sosialtjenestens *omgivelser*, og i sosialtjenestens ulike tilknytninger til disse omgivelsene. For å synliggjøre disse forholdene har vi utarbeidet en skjematisk oversikt over gangen i en tvangssak etter §§ 6-2 og 6-2a (figur 2).

Figur 2: Normal saksgang ved tvang etter §§ 6-2 og 6-2a



Det finnes unntak fra denne saksgangen. Ved forenklet saksgang, dersom klienten samtykker til tvangsinnleggelsen, går saken ikke til full behandling i fylkesnemnda. En annen alternativ prosess som er tiltenkt en unntakssituasjon er hastevedtakene. Da er som regel klienten allerede innlagt i institusjon når saken kommer opp i fylkesnemnda.

Figuren ovenfor viser en forenklet modell over normal saksgang i en §§ 6-2 og 6-2a-sak som ender med innleggelse i institusjon. Boksene beskriver hva som foregår i de ulike trinnene i en tvangssak. Pilene markerer rekkefølgen i saksgangen. Noen av pilene er stiplede fordi det varierer fra sak til sak hvorvidt aktørene er delaktige på de ulike stadiene. Vi skal nedenfor og i de neste kapitlene vise hvilke utfordringer sosialtjenesten har på de ulike tidspunktene i saksgangen.

Fylkesnemnda skal behandle saken helst innen en uke etter å ha mottatt den, og kalle inn berørte parter og eventuelle vitner til fylkesnemndsbehandling. Et unntak fra denne saksgangen er når sosialtjenesten fatter et midlertidig vedtak, et såkalt «hastevedtak». Dersom sosialtjenesten mener at saken er akutt, kan de fatte et slikt hastevedtak. Sosialtjenestens adgang til å fatte hastevedtak er i lovteksten ment som et unntak fra ordinær saksgang. Likevel fremmet sosialtjenesten 50 hastevedtak etter § 6-2 i 2008 (80 ordinære vedtak samme år), og så å si alle § 6-2a-sakene fremmes ved hastevedtak (Søvig 2009, upub. materiale). Den hyppige bruken av hastevedtak har vært kritisert fra et rettsikkerhetsperspektiv (Søvig 2007). Bruken av hastevedtak skaper også andre

utfordringer, særlig i forhold til samarbeidet mellom sosialtjenesten og TSB, noe vi vil komme nærmere tilbake til senere i denne rapporten.

Klienten skal alltid være representert ved advokat i fylkesnemnda. Sosialtjenesten skal som hovedregel være representert ved ansvarlig saksbehandler og kommuneadvokat. Dersom fylkesnemnda gir sosialtjenesten medhold, har sosialtjenesten ansvar for selve innleggelsen i institusjonen, samt oppfølging av klienten i tilbakeholdelsesperioden. Under oppholdet i institusjon skal sosialtjenesten planlegge å legge til rette for videre tiltak i etterkant av tvangsoppholdet. Sosialtjenesten har dermed viktige oppgaver både i forkant, underveis, og etter en tvangsinnleggelse, slik det står beskrevet i handlingsveilederen: «Sosialtjenesten skal *forberede, fremme, gjennomføre og følge opp* tvangssakene» (Sosial- og helsedep. 2000:17). For å finne ut mer om bruken av tvang er det derfor av største viktighet å finne ut hvordan arbeidet med tvang er organisert i sosialtjenesten, og hvordan sosialarbeideren selv reflekterer over sin egen lovanvendelsespraksis.

1.3 Metode

Det empiriske materialet som utgjør grunnlaget for delrapporten består i hovedsak av intervjudata. Vi har foretatt intervjuer med to hovedgrupper av informanter: 1: Ansatte i sosialtjenesten som har konkret erfaring med praktiseringen av tvangslovgivningen (ruskonsulenter); og 2: Andre aktører i tiltakskjeden som på ulike måter samarbeider med sosialtjenesten i saker etter sosialtjenestelovens tvangsparagrafer. I gruppe 1 har vi gjennomført intervju med totalt 29 informanter. I gruppe 2 har vi gjennomført intervju med til sammen 26 informanter.¹ Nedenfor vil vi kort presentere kjennetegn ved de to gruppene av informanter, og utvalgskriteriene de baserer seg på.

1.3.1 Ruskonsulenter

Hovedkriteriet for utvalget av informanter i denne gruppen var erfaring fra tvangssaker. I og med at de fleste av kontorene har egne ruskonsulenter som jobber spesifikt med rusmiddelmisbrukere, har flertallet av informantene formelt stilling som ruskonsulenter². Å ha erfaring fra en tvangssak innebærer som regel at de har vært hovedansvarlige for vurdering, utredning, og innstilling om tvang, i tillegg til å forsvare innstillingen i nemnda og oppfølging under og etter tvangsinnleggelsen. De fleste informantene har også bistått kollegaer som har hatt tvangssaker, uten selv å ha hatt hovedansvar. Flertallet av informantene har erfaring fra 2–3 tvangssaker, noen færre, og noen flere. 23 ruskonsulenter er kvinner, 6 er menn, og flertallet er sosionomer. Rekruttering av informanter foregikk dels ved at sosialsjefene ved ulike sosialkontor gav oss oversikt over ruskonsulenter med erfaring fra tvangssaker. Dels foregikk rekrutteringen direkte, ved at vi ringte ulike sosial/Nav-kontor og ba om å få snakke med ulike ruskonsulenter. Dersom det viste seg at de hadde erfaring fra tvangssaker, sendte vi en formell forespørsel om intervju per e-post. Ved ett tilfelle ble vi kontaktet av en tidligere ruskonsulent som ønsket å delta i forskningsprosjektet. Endelig ble noen informanter valgt etter «snøballmetoden»; vi fikk tips om personer vi burde ta kontakt med i løpet av datainn-

samlingen. Det er ikke mulig å gi en helt presis oversikt over andelen av ansatte med erfaring fra tvangssaker vi intervjuet ved de ulike kontorene, men vi anslår at vi har intervjuet ca. halvparten av ruskonsulentene med erfaring fra tvangssaker ved de ulike kontorene.

Vi valgte å utelukkende intervju ruskonsulenter med erfaringer fra tvangssaker. Intervjuer med ruskonsulenter og sosialkuratorer *uten* erfaring fra tvangssaker kunne gitt interessante data på årsaker til at de ikke har fremmet tvangssaker. Denne problemstillingen har vi imidlertid valgt å undersøke nærmere i spørreundersøkelsen, som rettes til ansatte i sosialtjenesten både med og uten erfaring fra konkrete tvangssaker. Intervjuene med ruskonsulentene har like fullt gitt gode data på hvilke forhold som setter grenser for tvang, og vil drøftes inngående i denne rapporten.

1.3.2 Informanter i tiltakskjeden

Informantene i denne gruppen er utelukkende rekruttert ved hjelp av «snøballmetoden». Under intervjuene med ruskonsulentene fikk vi informasjon og tips om institusjoner/etater/organisasjoner/enkelpersoner som på ulike måter var sentrale i sosialtjenestens arbeid med tvang etter sosialtjenesteloven. De fleste informantene er her rekruttert i de to av storbyene, hvor vi også har intervjuet flest ruskonsulenter. Utvalget består av nøkkelinformanter fra følgende institusjoner/embeter:

- kommuneadvokat (5)
- rusmiddelmissbrukerens advokat (2)
- jurist ved sosialkontor (1)
- fylkesnemnd for barnevern og sosiale saker (2)
- sakkyndig i fylkesnemnd for barnevern og sosiale saker (1)
- kriminalomsorgen (1)
- frivillig institusjon for gravide rusmiddelmissbrukere (1)
- forsterket helsestasjon (i forhold til gravide rusmiddelmissbrukere) (4)
- kvinneklinikk (i forhold til gravide rusmiddelmissbrukere) (1)
- koordineringsavdelinger i helseforetak/ institusjoner i spesialisthelsetjenesten (2)
- utekontakt og oppsøkende tjeneste (3)
- ulike lavterskeltiltak med dagtilbud (2)
- gateaviser (1)

Disse intervjuene gjorde det mulig å få et bedre grep om den institusjonelle konteksten til sosialtjenesten. De har vært nyttige også fordi flere av disse nøkkelinformantene kjenner til hvordan ulike ruskonsulenter og kontor, i noen tilfeller også kommuner, praktiserer arbeidet med tvang. Vi har derfor fått viktige data på variasjonen i tvangs-

anvendelsen, særlig på kontornivå. Foruten intervjuene med nøkkelinformanter, har vi også observert to § 6-2 saker i fylkesnemnda i en utvalgt storby. Feltnotater fra disse forhandlingsmøtene inngår også i det samlede datamaterialet.

De kommende analysene baseres i størst grad på intervjuene med ruskonsulentene, men også en god del på intervjuene fra det øvrige tiltaksapparatet. Utvalgte steder i rapporten utvider vi også analysene ved å trekke inn intervjuer foretatt med rusmiddelmissbrukere og med ansatte i behandlingstilstand. Datainnsamlingen i disse to delene av evalueringen er enda ikke slutført, men per oktober 2009 har vi foretatt intervjuer med 17 brukere med tvangserfaring, og 5 ledere fra tre ulike tvangsavdelinger i spesialisthelsetjenesten. Vi understreker at mer fullstendige analyser av dette materialet kommer i senere rapporter og publikasjoner; denne rapporten omhandler først og fremst sosialtjenestens praktisering av sosialtjenestelovens tvangsparagrafer.

1.3.3 Kommuner og kontor

Vi har foretatt et strategisk utvalg av kommuner (Thagaard 2001:51–52). Ved å inkludere bykommuner med ulik størrelse og i ulike helseregioner ville vi undersøke om det er trekk ved praktiseringen av tvangslovgivningen som kan knyttes til byenes størrelse, andelen av befolkningen med et rusproblem og i forhold til hvilke behandlingstilstander som foreligger lokalt og hva som kjennetegner de nærliggende institusjonene når det gjelder kapasitet og kvalitet. Ruskonsulentene i utvalget er rekruttert fra kommuner fra alle de fire helseregionene. Årsaken til at vi har fokusert særlig på storbyene, skyldes at rusmiddelmissbruk i særlig grad er en storbyproblematikk. Utvalget består av ruskonsulenter fra 4 storbykommuner, 2 middels store bykommuner, og 1 distriktskommune.

Vi har videre foretatt et strategisk utvalg av *kontorer* i de ulike byene. I storbyene ønsket vi å gjøre intervju både ved sosial/Nav-kontor. Vi har videre ønsket kontor fra bydeler med ulik befolkningssammensetning og levekårsforhold. Noen av kontorene er sentrumsnære mens andre ligger i byenes periferi. Utvalget har dermed en tilsiktet og ønskelig bredde. Flere av kontorene har også relativt lik befolkningssammensetning, noe som gjør sammenlikning interessant. I de tre mindre byene eksisterer ikke bydelsorganisering, og vi har da intervjuet ruskonsulenter ved byenes sosial/Nav-kontor. Totalt inngår ruskonsulenter fra 20 ulike kontor i utvalget.

1.3.4 Begrensninger og muligheter ved det empiriske materiale

Delrapporten baseres på et intervjumateriale som ikke er representativt i streng statistisk forstand. Når materiale fra surveyen er klart vil ha et langt bedre grunnlag til å trekke slutninger om tvanganvendelsen i sosialtjenesten i sin helhet. Utvalget av 29 ruskonsulenter er likevel så stort, og bredden så godt ivaretatt, at vi har et godt grunnlag til å peke på mønstre i sosialtjenestens praktisering av tvangsparagrafene. Intervjudata gir i tillegg kunnskap som surveydata i liten grad kan tilby (Kvale 1996; Silverman 2001). Gjennom intervjuene ønsket vi for eksempel å finne mer ut om profesjonsrollenes idealer og realiteter sett fra aktørenes synsvinkel. Vi ønsket å få grep om sosialarbeidernes refleksive rom rundt

det de anså som krav til kunnskapsarbeidet i sin rolle som tvangens forvalter. Dessuten ønsket vi å få deres tolkninger av konstruktive og destruktive forhold i tiltakskjeden og i samarbeidsrelasjonene mellom ulike forvaltningsnivåene. Sentrale spørsmål er deres erfaringer med – og refleksjoner over – beslutningsprosessen knyttet til tvang. Hvilken rolle tilskrives ulike aktører og institusjoner, og hvilke eventuelle normkonflikter opplever de i de tilfellene der de er nødt til å bryte med klientens ønsker om å fortsette å ruse seg? For å undersøke slike og flere andre problemstillinger har forskningsdesignet med hovedvekt på kvalitative intervju vært nyttig. Under intervjuene benyttet vi en forholdsvis omfattende intervjuguide (se vedlegg). Denne inneholdt både åpne og mer spesifikk spørsmål. Intervjuguiden ble benyttet veiledende, og ble tilpasset hver enkelt informants erfaringer med ulike tvangssaker. For eksempel var det en hel del ruskonsulenter som hadde mye erfaringer fra § 6-2 saker, men lite erfaringer fra § 6-2a saker, og vice versa. Et viktig tema i intervjuene ved kontorer med relativt sett få saker, eller ingen erfaring med en av tvangsparagrafene, var derfor hvorfor informanten så sjelden eller aldri hadde hatt en tvangssak. Vi undersøkte om dette skyldtes at utredninger om tvang ofte ble henlagt, og hva som eventuelt var grunnene til dette, for eksempel om det hadde sammenheng med at det ble funnet andre frivillige løsninger. Samtidig valgte vi da å fokusere mest på saker etter paragrafen ruskonsulenten hadde mest erfaring fra. I og med at § 6-2 benyttes hyppigere enn § 6-2a, er det derfor en viss skjevhet i erfaringsgrunnlaget til ruskonsulentene, og dette gjenspeiles i datamaterialet vårt. Vi har etterstrebet å kompensere for denne skjevheten ved å fokusere særlig på § 6-2a i intervjuene hvor ruskonsulentene hadde erfaring fra slike saker. En slik åpenhet er en stor styrke ved kvalitative metoder, i og med at den gjør det mulig å gå i dybden og forfølge temaer som forskningsobjektene selv definerer som vesentlige, og ikke bare begrenser seg til det som på forhånd er gitt som betydningsfullt av forskeren. Åpenheten gjør det også mulig å forfølge interessante temaer og problemstillinger som ikke var like sentrale i utgangspunktet. Et eksempel på et slikt tema er innleggelsesprosessen, som vi omtaler nærmere i kapittel 5. Gjennom intervjuene med ruskonsulentene, og de rusmiddelmissbrukerne vi intervjuet parallelt, så vi at alvorlet i tvangen i særlig stor grad erfares av de ulike aktørene i de konkrete innleggelsessituasjonene. I intervjuene med ledere i behandlingsinstitusjoner fikk vi videre kjennskap til at måten innleggelsen foregår på har betydning for det videre tvangsoppholdet, for eksempel i grad av utagering og vilje til samarbeid. Innleggelsesprosessen vokste gjennom et åpent og fleksibelt forskningsdesign dermed frem som et viktig tema.

1.4 Gangen i rapporten

Med utgangspunkt i en intervjuundersøkelse ved 20 NAV/sosialkontor, vil vi i denne delrapporten se nærmere på hvilke forhold som preger lovanvendelsesprosessen og setter grenser for sosialarbeiderens skjønnsutøvelse i bruk av tvang overfor voksne rusmiddelmissbrukere med hjemmel av sos.tj.loven §§ 6-2 og 6-2a.

Det **andre** kapitlet kartlegger og diskuterer hvordan organisatoriske forhold har innflytelse på arbeidssituasjonen til sosialarbeiderne og på utøvelsen av yrkesrollen

i tvangssakene. Arbeidsdeling, personalressurser, bruk av ulike standardiseringsverktøy og ledelse er forhold vi mener er av stor betydning for bruk av tvang. Vi finner tre hovedtyper av organisasjonsformer: *bestiller- utfører kontoret*, *spesialistkontoret* og *prosjektkontoret*. Kjennetegn ved disse kontortypene blir gjennomgått, og avslutningsvis drøftes sammenhengen mellom organisasjonsformer og omfanget av tvangsansvarelsen.

Det **trede** kapitlet gjør rede for hvilke faktorer som preger sosialarbeiderne i sin rettsanvendelse av sosialtjenestelovens § 6-2 og § 6-2 a. Vi undersøker hvordan sosialarbeidernes lovforståelse, profesjonskunnskap og holdninger til bruk av tvang varierer, og hvilke implikasjoner dette har for praktiseringen av tvangsparagrafene.

I det **fjerde** kapitlet diskuterer vi hvordan selve innleggelsen foregår. Innleggelsen er ofte et kritisk øyeblikk, hvor partenes motstridige interesser kommer til uttrykk. Vi ser nærmere på hvordan ruskonsulentene administrer innleggelsessituasjonen, hvilken rolle politiet spiller, og hvilke yrkesetiske problemstillinger som aktualiseres under innleggelsen. Vi drøfter tilslutt også hvilken betydning ulike innleggeselsforløp har for institusjonsoppholdet.

I kapittel **fem** drøftes ulike årsaker til at ruskonsulentene legger inn flere kvinner enn menn på tvang. Vi undersøker hvordan kjønnede forestillinger kommer til uttrykk i praktiseringen av tvangslovgivningen, og hvilke konsekvenser dette har for både kvinnelige og mannlige rusmiddelmissbrukere.

Det **sjette** kapitlet tar for seg hvordan ruskonsulentene vurderer kapasiteten og kvaliteten i spesialisthelsetjenesten, hvilke samarbeidsrelasjoner som eksisterer mellom sosialtjenesten og spesialisthelsetjenesten, og hvilke særlige utfordringer som oppstår i tvangssaker overfor rusmiddelmissbrukerne med samtidige psykiske lidelser.

I det **sjuende** kapitlet oppsummeres de viktigste funnene fra sosialtjenestestudien så langt, og det pekes på viktige og foreløpig ubesvarte spørsmål for det videre evalueringsoppdraget.

1.4.1 Avgrensning

Delrapporten er først og fremst avgrenset til å omhandle sosialtjenestens rolle i vurderings-, utrednings- og innstillingsfasen. Vi følger kronologien i saksgangen frem til innleggelsen i institusjon. Det er dermed en rekke faktorer knyttet til sosialtjenestens tvangsansvarelse vi ikke berører her. Særlig gjelder dette fylkesnemndsbehandlingen, oppfølgingen av klientene under tilbakeholdet, vurderinger av tvangens effekt, Nav reformens betydning, og problemstillinger knyttet til § 6-3. Også andre relevante tema er utelatt fra denne rapporten, men vil bli omhandlet i senere publikasjoner. Årsaken til avgrensningene er i hovedsak at vi avventer resultatene fra spørreskjemaundersøkelsen for å kunne kombinere analyser fra både intervju- og survey materialet.

2. Tvangens organisering

Praktiseringen av tvangslovgivningen gjøres til syvende og sist av enkeltpersoner. Samtidig har organisasjonene de jobber i, i vårt tilfelle sosial/Nav-kontorene, betydning for utøvelsen av deres yrkesroller. En sentral innsikt fra velferdsforskningen, er at måten ulike virksomheter er organisert på har betydning for om man oppnår de ønskede målsetninger av en politikk og et lovverk. Tvang mot rusmiddelmissbrukere er hjemlet i sosialtjenesteloven, og er dermed en del av den norske sosialpolitikken. Tidligere studier har vist at måten sosialkontorene er organisert på, har stor betydning for hvordan sosialpolitikken praktiseres, og hvilke resultater den oppnår (Nesvåg 2005; Helgøy og Ravneberg 2003).³ I forskningslitteraturen på tvang overfor rusmiddelmissbrukere har dette imidlertid kun i liten grad vært gjenstand for oppmerksomhet. I dette kapitlet skal vi undersøke hvordan måten kontorene er organisert på har betydning for hvordan ruskuratoren utøver sin yrkesrolle og ivaretar arbeidet med tvang. Hvilke organisatoriske forhold ved kontorene har betydning for tvangsanvendelsen?

2.1 Organisatoriske løsninger ved sosial/Nav-kontorene

De ulike kommunene som inngår i undersøkelsen har organisert arbeidet med tvang mot rusmiddelmissbrukere på ulike måter. Til en viss grad skyldes denne variasjonen at kommunene har valgt ulike forvaltningsmessige løsninger generelt i den kommunale helse- og sosialtjenesten. Dette kan for eksempel dreie seg om at enkelte kommuner har innført bestiller–utfører modellen, og at rusomsorgen er inkludert i Nav i noen kommuner mens den er holdt utenfor Nav i andre. Et interessant funn er imidlertid at vi også finner betydelige variasjoner i organisatoriske løsninger mellom ulike kontor innenfor en og samme kommune. Vi har derfor valgt å ta utgangspunkt i kontorene, og ikke kommunene, i det følgende. Der hvor det er relevant vil vi imidlertid påpeke forskjeller som i stor grad ser ut til å skyldes kommunale prioriteringer. Før vi går nærmere inn i beskrivelser og forklaringer av slike variasjoner, vil vi først peke på noen sentrale trekk ved måten kontorene er organisert på. 20 ulike kontor er representert i utvalget vårt.

Den mest utbredte organisasjonsformen er at sosial/Nav-kontorene i de ulike kommunene har egne avdelinger/team hvor det jobbes spesifikt med tiltak mot rusmiddelmissbrukere. Sosialarbeiderne har gjerne titlene ruskonsulent eller ruskurator, og har først og fremst klienter hvor rusmiddelproblematikk og/eller dobbeldiagnoseproblematikk er fremtredende. Det er i disse avdelingene/ teamene hvor tvangssakene forankres, og det er ruskonsulentene her som har ansvaret for å vurdere, utrede, innstille og følge opp tvangsvedtakene. Økonomisk sosialhjelp er ved de aller fleste kontorene holdt utenfor dette tiltaksarbeidet. *Forvaltningsarbeidet* foregår

dermed i en annen avdeling ved sosial/Nav-kontoret, mens *tiltaksarbeidet* foregår i det som ofte kalles rusteamet. En slik «differensiert delingsmodell» legger til rette for å bruke mer tid på arbeid med rusmiddelmissbrukere, bedrer tilgjengeligheten, og muliggjør tettere oppfølging (Helgøy og Ravneberg (2003:46–67)).⁴ På tross av at ruskonsulentene ved flere av kontorene rapporterer om en svært travel, presset og hektisk hverdag, virker det som om løsningen med å «skjerme» tiltaksarbeidet overfor rusmiddelmissbrukere i egne team, oppleves som positivt. En ruskonsulent jobbet tidligere ved et sosialkontor som hadde en mer «integrert organisasjonsmodell», og beskriver endringen slik:

Forsker: Hvordan var det før? Da jobba du på et sosialkontor i en tiltaksgruppe opp i mot rusmisbrukere?

Inf: Jes. Da hadde vi jo pengene og rusen og alt. Nå har vi alt det samme bortsett fra pengene.

Forsker: Og hvordan er det nå?

Inf: Fantastisk. Vi er jo aldri den store stygge ulven lenger!

(Informant 29)

I tillegg til at ruskonsulentene får prioritere arbeidet rundt tiltaksarbeidet, med henvisninger, kartlegginger, etc., slipper de ofte å «bli den store stygge ulven» i forhold til klientene, i og med at de ikke er ansvarlige for spørsmål knyttet til økonomisk sosialhjelp og liknende.

Konsekvensene av en slik differensiert delingsmodell for arbeidet med §§ 6-2 og 6-2a – sakene, er at det er lettere å prioritere intensiv jobbing med disse sakene i de periodene det trengs. I og med at man er fritatt fra det mer forvaltningspregete arbeidet med for eksempel fastsetting av vilkår for økonomisk sosialhjelp, er man noe mer fleksibel i arbeidssituasjonen. Som vi skal se nedenfor, finnes det imidlertid store organisatoriske variasjoner mellom kontorene, og dette spiller inn på fleksibiliteten i arbeidssituasjonen. Vi har identifisert fire organisatoriske forhold som har særlig stor betydning for anvendelsen av tvangsløvgivningen i sosialtjenesten. Disse presenteres suksessivt nedenfor.

2.1.1 Arbeidsdeling

Samtlige ruskonsulenter forteller at tvangssaker er svært tids- og ressurskrevende. Arbeidsbelastningen er stor, gjerne over tid, og er knyttet både til vurderings- og utredningsfasen, og til selve skrivearbeidet med saksfremstillingen. Vi var derfor interessert i å undersøke hvilke organisatoriske grep og hvilke rutiner de ulike kontorene har utviklet i forhold til slike saker. Informantene trakk selv frem at det å være to sosialarbeidere per tvangssak, er av største betydning. På den måten kan man rådføre seg kontinuerlig med en kollega, på samme tid som arbeidsbyrden ikke faller på ansvarlig saksbehandler alene. Dette er også en viktig anbefaling av veilederen fra Sosial- og helsedepartementet (2000). Den vanligste måten dette gjøres på er at en av sosialarbei-

derne er hovedansvarlig, men får støtte fra en ruskonsulent. Ved alle kontorene virket dette å være en uttalt målsetning.

Et annet sentralt tema for ruskonsulentene er hvorvidt de får avlastning fra andre arbeidsoppgaver når de arbeider på en tvangssak. Dette trekkes også frem som viktig, for i perioder bruker ruskonsulentene all sin tid på tvangssakene. Her er variasjonen mellom kontorene noe større. Ved noen av kontorene kommer tvangssakene på toppen av alle andre oppgaver og annen saksbehandling. «Da blir det noen lange ettermiddager», som en av ruskonsulentene sa det. Nedenfor er et illustrerende eksempel på hvordan en ruskonsulent ved et Nav-kontor forholder seg til dette dilemmaet:

Forsker: Men andre arbeidsoppgaver da, får du fritak fra de, eller hvordan...

Inf: Ja, de blir liggende i en haug. Neida, altså det er jo noe av fordelene med sånn som vi jobber da, med at alle klientene jeg følger opp har en saksbehandler. Så det betyr at de blir liksom ikke, altså de får ikke den tilgjengeligheten på meg som det de har hatt kanskje, men de blir ikke putt i en skuff. Men det er klart at det er noen situasjoner som de da må vente litt lenger på å få løst kanskje. På den tvangssaken brukte vi jo sikkert en måneds arbeidstid bare på henne, hele dager hvor vi bare lette og ventet, og ventet, og håpet på å se noen gå inn eller ut, eller banket på døren og banket ikke på døren, og ja, ringe politiet, ringe ikke politiet, ringe alle hjelpeinstansene, himmel, det var et kaos uten like. Enormt med tid som går.

(Informant 18)

Ruskonsulenten viser her til en sak med en gravid rusmiddelmissbruker som gjorde seg utilgjengelig for sosialtjenesten og hjelpeapparatet generelt. Det er slike saker som gjerne er de mest arbeidskrevende. Det er ikke uvanlig at ruskonsulentene jobber full tid med en slik sak i flere måneder. Sitatet ovenfor viser at dette går ut over den hjelpen og bistanden andre klienter mottar, men at dette til en viss grad kompenseres for ved at hver klient har en fast saksbehandler i Nav. Det er lettere å få til gode rutiner for arbeidsdeling ved kontor som er organisert slik, enn ved kontor der ruskonsulentene har en fast klientportefølje. I en organisasjonsmodell der flere arbeidsoppgaver søkes ivaretatt i en og samme rolle, opplever ikke bare sosialarbeideren krysspress, men at tidkrevende saker med høy grad av intensitet i forhold til brukerens behov, fortrenses av regelforvaltning og saksbehandling. Ved slike kontor må kollegaer tre inn i saker som de kanskje i liten grad kjenner når ruskonsulenten er opptatt på fulltid med en tvangssak.

Ved flertallet av kontorene oppgis det imidlertid at man har en arbeidsdeling som gjør at man blir fritatt fra andre oppgaver. Ved ett av kontorene oppgir ruskonsulentene at dette er rutinisert ved kontoret, og begrunner verdien av det slik:

Inf: Det som er tenkt, altså det som vi ser noen steder, det er at man blir sittende med en tvangssak eller melding om gravid rusmiddelmissbruker, og man veit aldri utfallet av det. Det krever på en måte at du er på nettet fra første stund. Du må være veldig presis, du må vite hva du skal gjøre til enhver tid, du må ha på en måte en plan for jobben, og da kan du ikke ha masse andre saker som forstyrrer

eller som skyver dette til side. Da blir man på en måte friggitt, da er det den saken man holder på med med en gang.

Forsker: Fungerer det også i praksis, da?

Inf: Hos oss gjør det det. Det som jeg veit kan være et problem enkelte steder, det er at det er ikke tydeliggjort fra ledernivå at sånn er det, sånn skal man jobbe. Men her er det helt tydelig. Dette er førsteprioritet.

(Informant 9).

Det er særlig usikkerhetsmomentet ved tvangssakene som gjør det viktig at man blir fritatt fra andre arbeidsoppgaver. Det er ikke mulig å forutse hvordan en sak vil utvikle seg, og det er nødvendig å kunne være parat til å kunne handle raskt. Ruskuratorene ved dette kontoret legger i tillegg stor vekt på de særlige utfordringene ved § 6-2a-saker, hvor de føler et ansvar for å gripe inn så raskt som mulig for å hindre at fosteret blir eksponert for rusmidler. Ved dette kontoret blir de automatisk fritatt fra andre arbeidsoppgaver når de får inn en melding om en gravid rusmiddelmissbruker, og dette er en ordning som er ledelsesforankret. Arbeidsdelingen er med andre ord rutinisert. Vi skal i neste del av dette kapitlet se nærmere på arbeidsdelingen ved ulike typer av kontor.

2.1.2 Ressurser og spesialisering

Kontorenes ressurser er avgjørende for prioriteringen av rusfaglig arbeid generelt, og arbeidet med tvang spesielt. Ressurser forstås i vår sammenheng først og fremst som personalressurser, altså hva slags bemanning som eksisterer i sosialtjenesten.⁵ Vi finner store variasjoner i bemanningssituasjonen ved de ulike kontorene.⁶ Ved et kontor har hver ruskonsulent kun 10 rusmiddelmissbrukende klienter. Ved et annet kontor i samme by har hver ruskonsulent opp mot 40 rusmiddelmissbrukende klienter. Det høyeste antallet klienter per ruskonsulent finner vi for øvrig i en storkommune i distrikt Norge. Her hevdet 2 ruskonsulenter at de til sammen hadde 140 rusmiddelmissbrukende klienter. Det er liten tvil om at dette legger sterke føringer på det rusfaglige arbeidet:

Ja, og så hadde vi individuelle planer på 60 av dem, og så skulle du følge opp med ansvarsgruppemøter, 30 av dem var LAR-brukere, og så mange uten bolig, og da kan vi snakke om et helvetes liv. Prioritering blir på en måte ikke en problemstilling, det er bare en del av hverdagen. Du tar der hvor det brenner og hujer sterkest og høyest

(Informant 11).

Ruskonsulentene ved dette kontoret hevder at en slik klientmengde heller ikke er uvanlig i nabokommunene. På tross av at man i byene finner de største ansamlingene av rusmiddelmissbrukere, kan det altså se ut som om bemanningssituasjonen ved rusteamene i sosialtjenesten er vel så utfordrende i distriktene. Generelt ser det ut til at de ruskonsulentene som ikke har fast klientportefølje, men som trekkes inn i vanskelige og tunge saker, har en mer fleksibel arbeidssituasjonen, og rapporterer i mindre grad

at personellressurser er et problem. For ruskonsulentene med en fast klientportefølje på i snitt rundt 40 rusmiddelmissbrukende klienter, formidler at lite personalressurser er et problem for kontoret de jobber på.

Personellressurser kan tenkes å ha betydning for arbeidet med tvang på en rekke ulike måter. Er det slik at mangel på ressurser kan bidra til å forklare hvorfor noen kontor i liten grad anvender tvang, eller kan dette tvert i mot skyldes mye ressurser? Dette er en problemstilling som vi vil komme tilbake til nedenfor.

2.1.3 Standardiseringsverktøy

En annen viktig variasjon vi finner blant kontorene, går på bruken av ulike standardiseringsverktøy i arbeidet med tvangssakene. Dette kan for eksempel være ulike maler, prosedyrebeskrivelser eller retningslinjer som skisserer fremgangsmåten i slike saker. Et viktig formål med Sosial- og helsedepartementets veileder (2000) var at den skulle bli et slikt verktøy for sosialtjenesten. Blant kontorene i utvalget vårt ser vi en grovt regnet tredeling: 1/3 av kontorene oppgir at de ikke bruker slike verktøy i arbeidet med tvangssakene. Her baserer ruskonsulentene seg på erfaring fra tidligere saker, kollegaers erfaring, lovtekst og forarbeider etc. 1/3 av kontorene oppgir at de benytter eller kjenner til veilederen fra Sosial- og helsedepartementets veileder (2000). Den siste tredjedelen av kontorene har utviklet egne maler og retningslinjer, som er samlet i en perm eller i en manual. Ruskonsulentene har selv vært aktive i utarbeidelsen av slike interne rutiner, og mener det bidrar til kvalitetssikring, minimerer usikkerhet og er tidsbesparende. Ved et kontor har man ved hjelp av sin opparbeidede erfaring og i samarbeid med kommuneadvokaten laget en arbeidsmanual. Arbeidsmanualen sikrer at erfaringene til ruskonsulentene blir institusjonalisert som standard prosedyre og sørger for en større kontinuitet og en mer effektiv saksavvikling. Verdien av å jobbe med utgangspunkt i slike standardiseringsverktøy virker stor. Blant ruskonsulentene som benytter veilederen fra Sosial- og helsedepartementet, fremhever flere at den er for generell, for gammel, og for lite praksisnær. Veilederen rapporteres å være nyttig i den forstand at den beskriver saksgangen i grove trekk, i fastsettelsen av vilkår og lignende. Den er imidlertid mindre til nytte i det praktiske arbeidet, når samtykkeerklæringer og dokumentasjon skal innhentes, urinprøveavtaler inngås etc. Ruskonsulentene kommuniserer mye usikkerhet om det praktiske arbeidet med saksbehandling, og til anvendelsen og fortolkningen av lovverket. Maler eller retningslinjer er derfor etterspurt.

Slike rutinerende og standardiserende verktøy vil føre til mindre vilkårlighet i tvangsanvendelsen. Vi ønsker derfor å se nærmere på hvordan ulike typer kontor håndterer disse problemstillingene i neste del av dette kapitlet.

2.1.4 Ledelse

Et siste viktig organisatorisk forhold vi skal løfte frem, er ledelsens betydning. Ruskonsulentene tildeler selv ledelsen en viktig rolle i forhold til arbeidet med tvang. Ledelse kan ha betydning på en rekke ulike måter. Det dreier seg om i hvilken grad ledelsen

legger til rette for arbeidet med tvang, for eksempel i forhold til arbeidsdeling, ressurs-situasjon, og standardisering av arbeidet. Også på dette området finner vi store variasjo-ner. Ved noen kontor rapporteres det om en svært aktiv og støttende ledelse, ved andre kontor tyder ruskonsulentenes uttalelser på at ledelsen ikke ønsker at dette arbeidet skal prioriteres. Flere av ruskonsulentene som frustreres over manglende rutiner for arbeids-deling, forklarer til eksempel dette i stor grad med manglende støtte fra ledelsen.

Sosialsjefene fungerer ofte som opinionsledere på det enkelte kontor og gir sterke føringer på arbeidssituasjonen. Dette er særlig tydelig i forhold § 6-2a der kontorer som rapporterer om klare signaler fra lederen om å ha årvåkenhet og tvangsberedskap i forhold til gravide med rusproblem, har klart flere tvangssaker. De av sosialar-beiderne som sier at sjefen relativt tydelig uttrykker at bruk av tvang skal unngås, mener at dette fører til at de ansatte ikke tenker på tvang fordi det ikke er aksept for det. Noen sier at sjefens negative holdninger primært har sammenheng med at det er dyrt med tvangssaker. I intervjuene med nøkkelinformanter i lavterskeltiltak og utekontakt i en av byene, bekreftes dette funnet: De reagerer på at ulike kontor i den samme byen i svært ulik grad prioriterer tiltak overfor rusmiddelmissbrukere, og at dette i stor grad kan føres tilbake til prioriteringer fra ledelsen ved kontorene. En ansatt i utekontakten sier det slik:

Det skal ikke avhenge av hvilken bydel du bor i, men de der sosialsjefene er jo sånne småkonger, vet du, i hvert sitt rike

(Intervju utekontakt, inf. 1).

Ledelse virker altså å ha stor betydning for satsningen på rustiltak og rusfaglig arbeid ved ulike kontor. Vi er derfor interessert i å undersøke nærmere ledelsens rolle ved ulike typer av kontor.

2.2 Typiske kontortrekk

Gjennomgangen ovenfor har pekt på særlig fire organisatoriske forhold som har betydning for sosialtjenestens arbeid med tvangssakene: arbeidsdeling, ressurser; standardiseringsverktøy; og ledelse. Vi har vist fellestrekk mellom kontorene, og antydnet noen forskjeller. Etersom antallet kontorer som er representert i undersøkelsen er såpass stort (20), har vi imidlertid grunnlag for å systematisere disse forskjellene. Etter en nøye gjennomgang av kjennetegn ved de ulike kontorene, har vi funnet tre ulike *hovedtyper* av kontor. Disse tre har vi valgt å kalle: *bestiller-utfører-kontoret*; *spesia-listkontoret*; og *prosjektkontoret*. Disse typene er konstruert analytisk, ved å rendyrke visse fellestrekk mellom kontorene i utvalget. At typene er analytiske konstruksjoner, innebærer at noen av kontorene i utvalget ikke passer klart inn i noen av hovedtypene, men deler trekk ved flere av dem. Formålet bak en slik typologisering er å få frem de markante forskjellene som finnes blant kontorene i utvalget vårt. Nedenfor presenteres og drøftes sentrale kjennetegn ved disse typiske kontorene, og hvilken betydning de har for anvendelsen av tvang i sosialtjenesten. I tillegg til å fokusere på arbeidsdeling,

ressurser, standardiseringsverktøy og ledelse, vil vi også vise hvilke konsekvenser de ulike organisasjonstypene har for brukermedvirkning.⁷

2.2.1 Bestiller–utfører-kontoret

To av kommunene har valgt en bestiller–utfører modell for å organisere blant annet de kommunale helse- og sosialtjenestene. Bestiller–utfører organisering er et av flere eksempler på de siste tiårenes innføring av stadig flere virkemidler fra nærings- og forrentningsliv i offentlig forvaltning og tjenesteyting, ofte beskrevet med fenomenet *New Public Management* (se for eksempel Røvik 1998, 2007). Formålet bak bestiller–utfører organisering i offentlige virksomheter er å føre til mer effektive tiltak og bedre brukervennlighet. Bestiller–utfører organisering innebærer også en dreining bort fra hierarkisk styring til styring gjennom forhandlinger og kontrakter mellom bestillere og utførere (NOU 2005:3). Man forsøker på en slik måte å skape interne markeder. Vi har intervjuet ruskonsulenter ved i alt 6 kontor hvor en slik modell er valgt. I begge kommunene er rusomsorgen holdt utenfor Nav. I den ene kommunen er imidlertid arbeidet med tvangssakene organisert rundt et samarbeid mellom bestiller og utfører enheten, mens det i den andre kommunen kun er bestillerenheten som har ansvaret. Vi skal ta utgangspunkt i hvordan den førstnevnte kommunen har organisert seg, fordi dette er den «reneste» formen for bestiller–utfører organisering i utvalget.

I forbindelse med tvangssakene har både bestillerne og utførerne viktige oppgaver. Det formelle ansvaret for å *vurdere, utrede og innstille* om tvang ligger hos bestillerenheten. Hvert distrikt/bydel har sin egen bestillerenhet. Dette er en egen forvaltningsavdeling som har ansvaret for kartlegging og utredning, og fatter vedtak på tjenester innenfor hele helse-, pleie- og sosialsektoren. Et par av saksbehandlerne ved hver av bestillerenhetene har et spesielt ansvar knyttet til rus. Når bestillerenheten får inn en bekymringsmelding i forhold til tvang etter §§ 6-2 eller 6-2a, enten fra noen av utførerene i kommunen, pårørende eller andre samarbeidspartnere, setter de i gang en vurdering. De henter da inn opplysninger, og dersom man velger å innstille om tvang, skjer dette som oftest ved hastevedtak. Det er bestillerenheten som har ansvaret for selve saksbehandlingen, og det er saksbehandleren her som er kommunens part i fylkesnemnda. Utførerene har et *oppfølgingsansvar*. Det er de som jobber tettest på brukerne, og skal samarbeide med bestillerenheten i hele prosessen. Det er utførerene som har ansvaret for oppfølgingen under og etter tvangsplasseringen. Det er akkurat denne arbeidsdelingen som av en av ruskonsulentene trekkes frem som det positive ved bestiller–utfører modellen. Vedkommende hadde erfaring fra arbeid med tvang fra tiden før bestiller–utfører organiseringen, og mener at den nye ordningen er bedre:

Ja, for det var fryktelig tungt sånn som det var før, du satt aleine med de tunge sakene, du skulle utrede, kartlegge og legge frem. Sånn at jeg syns det er mye greiere nå. Jeg tror det er mye greiere for klientene òg, for alle tvangssakene, de blir i høy grad iverksatt med en hastesak først, og da er det mye greiere at det er én person som iverksetter tvangen, og så kan en annen person følge opp under

tvangen. Fordi at vi så sånn som det var før, etter at du hadde tvangsinnlagt noen, så skulle du liksom samarbeide med dem etter at du hadde tatt dem med tvang. Da hadde ikke de noe mer tillit til deg. Da fikk du sinnet deres, aggresjonen deres, motstanden, omtrent trua deg fysisk, og da nytta det ikke å få i gang noe godt samarbeid med dem under tvangsoppholdet. Det var vanskelig.

(Informant 25)

Ruskonsulenten peker på en problemstilling som har vært mye diskutert i forbindelse med tvang, og som ofte ble tema under intervjuene, nemlig hvordan tvangen påvirker tillitsforholdet og relasjonen mellom ruskonsulent og klient. Ruskonsulentens erfaring var at når hun tidligere hadde hovedansvaret for å fremme tvangsvedtak, førte dette til så mye motstand og aggresjon hos klienten, at det var vanskelig å få til et godt samarbeid både under- og i etterkant av tvangsoppholdet. Når vedkommende nå får en tvangssak, er det hun som saksbehandler ved bestillernivået som fatter selve vedtaket og fremmer saken i nemnda, mens kontaktpersonen i utførelsenheten har ansvaret for å følge opp klienten før, under og etter tvangsoppholdet. Hun mener det er positivt at klientens aggresjon og sinne rettes mot en aktør og enhet som sitter langt unna klienten, slik at den tette relasjonen mellom oppfølgingsansvarlig og klient bevares.

På tross av at ruskonsulenten mener at samarbeidet mellom bestiller og utfører fører til en «bad cop, good cop»-dynamikk som er positivt for relasjonen mellom oppfølger og klient, kan det se ut som om brukermedvirkning er vanskeligere å få til i en slik modell. De som kjenner klientene best, og som jobber tett på brukerne, har ingen formell rolle i tvangssakene. De mener allikevel at det ofte er de som gjør mesteparten av jobben, både i forbindelse med bekymringsmeldinger, innhenting av opplysninger, og kontakt med pårørende og behandlingstilbud. De som jobber i utførelsenheten mener dette er et problem:

Ja, og da er det vi som sitter på utførelsenheten som sitter med mest kunnskap og som må dra løpet, men vi sitter egentlig på feil plass.

(Informant 27)

Det kommer relativt tydelig frem at arbeidsdelingen mellom de to enhetene er uklar, og i liten grad fungerer etter hensikten. Skillelinjene mellom hva som er de ulike enhetenes oppgaver i forbindelse med tvangssakene, oppleves av flertallet av ruskonsulentene, på begge nivå, som uklare.

Ruskonsulentene som jobber på utførernivået er generelt lite fornøyd med bestiller-utfører modellen. I og med at den rusfaglige kompetansen først og fremst er forankret i de brukernære utførelsenhetene, opplever de det som negativt at en forvaltningsenhet langt unna brukeren skal fatte tvangsvedtakene. I bestillerenheten foretas som sagt vedtak på tjenester innenfor hele helse- og sosialsektoren. Saksbehandlerne er generalister, som fatter vedtak på en rekke ulike fagområder. Flere av ruskonsulentene trekker frem at den helsefaglige kompetansen har blitt mer dominerende etter omorganiseringen. Det sosialfaglige miljøet har blitt mindre og mer sårbart. Intern arbeidsfordeling ved bestillerenheten gjør at det er personer med lang erfaring fra

rusarbeid som ofte fatter tvangsvedtakene, men de er få og systemet rapporteres å være sårbart av den grunn. Tilgangen på personellressurser med rusfaglig kompetanse er lav i bestillerenhetene, mens den er høy i utførerenehetene. I sistnevnte enheter er personellressursene mer likt fordelt mellom det helse- og sosialfaglige området, etter at både kommunal psykiatri- og sosialtjeneste er lokalisert sammen. Ruskonsulentene vurderer denne integrasjonen med deler av kommunehelsetjenesten som positivt, i den forstand at det bedrer det tverrfaglige arbeidet og gjør det lettere å gi kommunale psykiatritjenester til de rusmiddelmissbrukerne som har behov for det.

Et fellestrekk ved de to kommunene som har bestiller–utfører organisering er at rusarbeidet er holdt utenfor Nav. I og med at ansvaret for mottaket ligger hos Nav, er en slik modell avhengig av at de ansatte i Nav viderehenviser klienter som trenger rustjenester til de rette instansene. Dette rapporteres å være et sårbart punkt i begge kommunene. En av ruskonsulentene peker på at dette er særlig kritisk i forhold til gravide rusmiddelmissbrukere:

Og bekymringa mi òg er det mottaket vi har nede, er det godt nok? Kommer det en gravid dame der, blir det spurt, blir det undersøkt grundig i forhold til om vedkommende har et rusproblem? De har ikke tid til å gå tilbake i journaler og lese om det kanskje har vært tidligere rusproblematikk, for at det er liksom økonomien som blir fokuset. Så det bekymrer meg litt.

(Informant 25)

Dette synliggjør et generelt dilemma med kommunene som har valgt å holde rusarbeidet utenfor Nav, og kommunene som har bestiller–utfører organisering: Ansvaret overfor rusmiddelmissbrukere blir fordelt på mange enheter. En slik organisering kan være uoversiktlig for både brukere og samarbeidspartnere, samtidig som en slik modell fører til en stor fare for mangelfullt samarbeid og informasjonsflyt mellom enhetene.

En faktor som ytterligere forsterker samarbeidsutfordringene internt i kommunene, er at de ulike enhetene kun til en viss grad er samlokalisert. Imidlertid har begge utviklet rutiner for fremgangsmåten i tvangssakene i kommunene. Disse standardiseringsverktøyene er formalisert elektronisk i maler og prosedyrer. I den ene kommunen eksisterer det også en gruppe som regelmessig kommer sammen for å drøfte utfordringer knyttet til rus og tvang, hvor ruskonsulentene ved bestillerenhetene møter. Dette er et tiltak som er ment å føre til erfaringsutvikling innad i kommunen, og dette kan bidra til en bedre harmonisering av blant annet arbeidet med tvang i kommunen. Ledelsen ved bestiller–utfører kontorene legger tydelige rammer for arbeidet med tvang i kommunen, blant annet ved at klare saksbehandlingsrutiner er innført, og at arbeidet med tvang er fordelt mellom bestiller- og utførerenehetene. Sosialarbeidernes autonomi og rommet for skjønn blir på denne måten mindre.

Flertallet av ruskonsulentene i kommuner med bestiller–utfører organisering, er ambivalente til denne organisasjonsformen. Problemer med samarbeid, informasjonsflyt, arbeidsdeling og fragmenterte fagmiljøer fremstilles som særlig kritikkverdige. De positive sidene ved en slik organisering som blir trukket frem, er at bestillerenheten

får bedre tid og støtte til å arbeide med tvangssakene. Samlokaliseringen mellom deler av kommunehelsetjenesten har også ført til en bedre samhandling med de helsefaglige ansatte i arbeidet med tvang ved utførerene, mens den helse- og pleiefaglige kompetansen ser ut til å være dominerende ved bestillerenhetene. At relasjonen mellom oppfølgingsansvarlig og klient i mindre grad blir skadelidende omtales som positivt ved modellen. Bestiller–utfører kontorene er også preget av et likhetsorientert regelstyre. Imidlertid er det en svakhet at brukervedvirkningen fort blir rammet i et slikt system, hvor tvangsvedtaket blir fattet av en enhet med lite klientkontakt.

2.2.2 Spesialistkontoret

Seks av kontorene kan betegnes som «spesialistkontor», ytterligere to deler en del av dette typiske kontorets karakteristikk. Spesialistkontoret er kjennetegnet ved at få ruskonsulenter, gjerne bare én, over tid har tilegnet seg mye erfaring med tvangssaker etter sosialtjenesteloven. Kontorets samlede erfaring med tvangssakene bæres dermed av et fåtall personer, som gjerne også er svært engasjerte og dedikerte i det rusfaglige arbeidet generelt, og i arbeidet med tvangssakene spesielt. Ved spesialistkontoret har ruskonsulentene jevnt over lang ansiennitet. Det er først og fremst i de noe mindre byene vi finner slike kontor, men også i enkelte bydeler i to av storbyene finner vi kontor med slike karakteristikk. Et fellestrekk ved disse kontorene er den tydelige arbeidsdelingen, som fører til at et fåtall ruskonsulenter blir det vi kan kalle «tvangsspesialister». Men noen av kontorene har spesialisert seg også på andre områder, særlig i forhold til gravide rusmiddelmissbrukere, noe vi skal komme tilbake til nedenfor.

Ruskonsulentene trekker selv frem flere fordeler med en slik organisering. Den åpenbare fordelen er at erfaring fra § 6-2 og § 6-2a-saker effektiviserer og skaper en fortrolighet med både saksbehandling, lovtolkning, fylkesnemndsbehandlingen og alle de små og store praktiske utfordringene som ruskonsulentene må ta stilling til i løpet av vurderings-, utrednings-, og innstillingsfasen. Ruskonsulentene ved slike kontor får også mye erfaring fra å vitne i fylkesnemnda. Det eksisterer dermed en arbeidsdeling som tydelig forankrer erfaring og ansvar hos bestemte ruskonsulenter.

En annen fordel med en slik organisering er at ruskonsulentene over tid opparbeider seg relasjoner med samarbeidspartnere i kommunen og i spesialisthelsetjenesten. Eksempler på slike samarbeidspartnere er helsestasjoner, fastlege, inntaksteam/ koordineringsenheter i helseforetakene, og behandlingsinstitusjoner. Flere av ruskonsulentene ser ut til å ha drevet et betydelig *nettverksarbeid* over tid. En av ruskonsulentene sier at dette er hovedgrunnen til at de har valgt en slik arbeidsdeling:

Forsker: Hvorfor har dere valgt den organisatoriske modellen?

Inf: Både fordi at det har litt med den faglige tyngden å gjøre, i forhold til nettverk, i forhold til det der med kontakter i spesialisttjenesten. Spesialisttjenesten, må, stakkars dem, forholde seg til kanskje 100 kommuner, ikke sant. Det sier seg selv at det blir veldig vanskelig å pleie et nettverk med 20 sosionomer i hver av de kommunene, ikke sant. Når du da har en hovedperson, så vil du

få et nettverk der man sier «det er Ola Nordmann som faktisk har med dette å gjøre», da vet dem også hvordan vi stort sett gjør det.

(Informant 13)

Et fellestrekk ved de spesialiserte kontorene er nettopp at de har tette relasjoner med spesialisttjenesten. Ofte er dette en institusjon i nærheten som tar i mot pasienter på tvang. Å ha en tett relasjon med utvalgte kontaktpersoner i spesialisttjenesten virker å være en fordel av ulike grunner. For det første mener flere av ruskonsulentene at tette relasjoner bedrer samarbeidet mellom sosialtjenesten og spesialisttjenesten. De påpeker videre at en slik tett behandlingsallianse mellom tjenestenivåene er en forutsetning for å oppnå de ønskede resultater av tvangsplasseringen. For det andre trekkes det frem at å ha gode relasjoner med spesialisttjenesten ofte er en forutsetning for i det hele tatt å få til en tvangsplassering. Dette problematiseres av en av ruskonsulentene som nettopp har slike gode relasjoner med spesialisttjenesten:

Hadde det ikke vært for vår lange erfaring og vår relasjon til de institusjonene som vi la folk inn på, så hadde vi aldri fått dem inn der, og vi tenker at det er jo et paradoks, for hva hvis du da ikke har de relasjonene? Hvis du da ikke har det samarbeidet med de institusjonene over mange år, at du bare kan ta en telefon og så si «du Ola, nå har vi en fyr her, rydd et eller annet, så kommer vi med han», at det er på den måten du får inn folk, og det kan jo ikke være sånn.

(Informant 12)

Relasjoner kan altså være avgjørende for i det hele tatt å finne en tvangsplass, i følge denne ruskonsulenten. Han synes imidlertid det er kritikkverdig at systemet er så relasjons- og nettverksavhengig. En annen informant mener likevel at den uformelle og personnære kontaktformen mellom forvaltningsnivåene i småbyer kan føre til at man finner løsninger også utenfor kontortiden, selv i polkøen på en fredag ettermiddag:

Så det er fordelene ved at du har en sånn liten kommune. Det er jo nettopp det der med at alle snakker sammen. Som sagt, alle møtes på Vinmonopolet hver fredag klokken halv 4.

(Informant 14)

Et annet relevant kjennetegn ved spesialistkontorene, er nettopp denne geografiske variabelen. De fleste kontorene som er organisert på denne måten ligger i mindre byer, hvor antallet samarbeidspartnere er færre, hjelpeapparatet er oversiktlig, og den fysiske avstanden mellom de ulike delene av tjenesteapparatet er liten. Treffpunktene mellom ruskonsulentene og kontaktpersoner i helsestasjoner, spesialisttjenesten etc., er flere. I en av byene er sosialtjenesten og spesialisttjenesten til og med lokalisert i samme bygg, og det fører til et mer smidig og effektivt samarbeid. I de færreste kommunene er den fysiske avstanden mellom sosialtjenesten og spesialisttjenesten så liten. Men et generelt trekk ved spesialistkontorene er et tettere og nærmere samarbeid med spesialisttjenesten og andre samarbeidspartnere, og færre administrative og formelle hindringer i dette samarbeidet. Dette synes også å gjelde for kontorene i noen av bydelene i storbyene.

Ved å ha kontinuitet på personalsiden, og ved å ha en arbeidsdeling som delegerer tvangssakene til en eller maks to ruskonsulenter, har de over tid opparbeidet nære samarbeidsrelasjoner med det øvrige tjenesteapparatet. Slike nettverk virker å være effektive på flere ulike måter, blant annet for å raskere finne tvangsplasser. Betydningen av nettverk for ulike virksomheter og organisasjoner har generelt fått økt oppmerksomhet de senere årene, blant annet innenfor organisasjonsforskningen (se for eksempel Røvik 2007). Det er imidlertid problematisk dersom slike nettverk og relasjoner er avgjørende for hvilke tjenester som blir gitt og for hvor lang tid det tar å finne egnede tvangsplasser.

En slik arbeidsdeling har også andre utfordringer og potensielle problemer. I og med at få ruskonsulenter er inne i samtlige av tvangssakene, har disse tvangsspesialistene stor innflytelse på hvordan det jobbes med tvang i de enkelte kommunene. Nilssens (1999) studie viste at sosialarbeiderne har stor mulighet til å utøve skjønn i lovanvendelsen, og at sosialarbeidernes holdninger til tvang er en av faktorene som påvirker omfanget av tvangen. Vår undersøkelse støtter begge disse funnene. Arbeidsdelingen ved spesialistkontorene fører dermed til en frihet med fravær av intern kontroll som gir tvangsspesialisten stor makt i sin skjønnsutøvelse. Ruskonsulentene blir kontorets eksperter på tvang, og tjenesteyteren har stor makt i organisasjonen fordi de har faglig autonomi, kyndighet og myndighet til å arbeide alene med sine brukere. Utfordring ved en slik arbeidsdeling, er at kompetansen på tvangsarbeidet i større grad er forankret i personer enn i organisasjonen. Dette gjør tvangsarbeidet sårbart ved fravær eller personellutskiftninger. Tvangsspesialiseringen har likevel manifestert seg i organisasjonen gjennom at disse personene har fått tid til å utvikle en rekke erfaringsbaserte prosedyrer og standardiseringsverktøy som bidrar til kunnskapsoverføring i kommunen.

Brukermedvirkning er i større grad rutinisert ved spesialistkontorene. Tvangseksperten har opparbeidet seg kunnskap om kjennetegn ved klientenes behov og reaksjoner i slike situasjoner og om de nærliggende spesialistinstusjonenes muligheter for hjelp som skaper bedre grunnlag for kommunikasjon og klientsamarbeid tidlig i vurderingsfasen. Flere trekker fram at man ofte kommer fram til frivillige løsninger når man tidlig kontakter rusmiddelmissbrukeren om at tvang vurderes. I de tilfellene hvor det likevel blir en tvangsinngjørelse, fører instusjonalisering av brukermedvirkningsordninger til et bedre samarbeidsklima under og etter innleggelsen. Vi ser variasjoner mellom spesialistkontorene på dette området, men det *typiske* spesialistkontoret har likevel gode rutiner for dette, ikke minst når det gjelder gravide rusmiddelmissbrukere.

To av kontorene har vi kalt spesialistkontor først og fremst fordi de jobber svært tett opp mot gravide rusmiddelmissbrukende kvinner. Et videre interessant kjennetegn ved disse kontorene er at de både vurderer og fremmer flere saker på § 6-2a enn på § 6-2, mens tallene for landet sett under ett viser at det fattes omtrent dobbelt så mange realitetsvedtak på § 6-2 enn på § 6-2a (Søvig 2009, upub.). Det er først og fremst i storbyene vi finner slike kontor.

Ved begge disse kontorene er to av ruskonsulentene inne i samtlige tvangssaker, og de har på den måten den samme arbeidsdelingen som de øvrige kontorene. De skiller

seg imidlertid ut ved å ha spesialisert seg på arbeidet med gravide rusmiddelmissbrukere. Det innebærer at de har utviklet klare prosedyrer for fremgangsmåten i slike saker, veiledet andre saksbehandlere (både internt ved kontoret men også eksternt), og utviklet faste og tette samarbeidsrelasjoner med helsestasjoner, jordmødre ved sykehuse, fastleger, frivillige døgninstitusjoner, samt døgninstitusjoner som har tvangsplasser på § 6-2a. Det er også en tydelig og ledelsesforankret praksis at de fritas fra alle andre arbeidsoppgaver når de får inn en melding om en gravid rusmiddelmissbruker, og de er alltid to sosialarbeidere per sak. Arbeidet opp i mot gravide rusmiddelmissbrukere er generelt et område som prioriteres av kontorene i utvalget vårt, men ved disse kontorene er dette arbeidet prioritert, og ansvaret tydeliggjort, i særlig stor grad. En av ruskonsulentene her mener sosialtjenesten har mye å gå på når det gjelder arbeidet opp i mot gravide rusmiddelmissbrukere:

Det er for lite på dagsorden. Det er for utydelig hva skjer når kontoret får en melding om at man har en gravid rusmiddelmissbruker. Hvem gjør hva, hvordan jobber vi? Hvem har ansvar for hva? Hvilket ansvar har fastlegen? Hvilket ansvar har sosialtjenesten? Hvordan jobber man med kommunikasjonen med den gravide? Hvordan sikre dokumentasjon? Hvilken plan som skal legges, hvordan lage en avtale, hva hvis denne kvinnen ikke møter, hva gjør man da? Sitter man og venter på at hun skal komme til en samtale, eller oppsøker man aktivt og leter etter henne? De tingene er altfor uklare.

(Informant 9)

Dette er en av grunnene til at kontoret selv har systematisert prosedyrer i forbindelse med slike saker, og formidler dette til andre kontor. Inntrykket vårt er at denne spesialiseringen i stor grad skyldes at ruskonsulentene har et brennende engasjement for denne typen saker. I tillegg ser det ut til at ledelsen ved kontorene har lagt til rette for at disse ildsjelene har fått spesialisere seg innenfor dette arbeidsområdet. Dette kan sies å være et kjennetrekke ved alle spesialistkontorene: Ildsjeler har fått spillerom til å være nettopp ildsjeler.

På tross av at disse kontorene har spesialisert seg på arbeidet med gravide rusmiddelmissbrukere, kan vi ikke se at de har merkbart flere § 6-2a - saker enn andre kontor. I flertallet av tilfellene hvor de får inn en melding/oppdager at en kvinnelig rusmiddelmissbruker er gravid, klarer de å få i stand frivillige løsninger. Det ene kontoret oppgir at av ca. 25 gravide rusmiddelmissbrukende kvinner, har kun 8 av disse endt opp med innleggelse etter § 6-2a. Ved det andre kontoret oppgis det at av 10–12 gravide rusmiddelmissbrukere, har de kun fattet ett vedtak om § 6-2a. Ruskonsulentene ved disse kontorene, ved å besitte mye erfaring, ha rutiner og etablerte samarbeidsrelasjoner, klarer å få til frivillige løsninger som kvinnene kan nyttiggjøre seg av. Det må imidlertid presiseres at vi ikke har oversikt over andelen gravide rusmiddelmissbrukere på frivillige tiltak ved alle kontorene, og at vi derfor ikke kan si noe sikkert om forholdet mellom tvang og frivillighet overfor denne gruppen i utvalget som helhet.

Spesialistkontoret er dermed kjennetegnet ved en tydelig arbeidsdeling, som gjør at et fåtall ruskonsulenter over tid har fått rikelig med erfaringer med tvang etter sosialtje-

nesteloven. De er ofte ildsjeler, har stor grad av faglig autonomi og setter stort personlig preg på den samlede tvangspraksisen ved kontorene. Faren er at tvangsspesialistene får en for dominerende rolle i rusarbeidet på det enkelte kontoret. Terskelen for å bruke tvang kan bli lav, uten at alternative og frivillige tiltak blir forsøkt tilstrekkelig. Ledelsen ved disse kontorene virker å være passivt tilretteleggende. Spesialistkontorene har tette relasjoner, nettverk og skapt gode samarbeidsrutiner med instansene i det øvrige tiltaksapparatet, og befinner seg oftere i «små» enn i store byer. De personnære koblingene i tiltakskjeden fører til bedre samhandling i tvangsforløpet. Tette nettverk kan være effektive, men reiser problemstillinger knyttet til rettsikkerhet og likebehandling.

2.2.3 Prosjektkontoret

To av kontorene har vi karakterisert som «prosjektkontor», ett annet kontor deler mange av de vesentlige kjennetegnene til slike kontor. Prosjektorganisering og fleksibilitet preger disse kontorene, og slike kjennetegn er de senere årene blitt stadig vanligere ved ulike organisasjoner, og blir ofte benyttet for å vise at ens egen organisasjon er *moderne* (Røvik 2007; Botanski og Ciapello 2007). Det typiske trekket ved disse er at de har spesialisert seg på en rekke ulike områder innenfor rusarbeid. Det kan være innenfor Lar, boligoppfølging, samhandling med lavterskeltilbud og spesialisttjeneste etc. Denne spesialiseringen er i de fleste tilfellene initiert og finansiert via ulike prosjektmidler og prosjektstillinger, og dreier seg mer om prioritering av rusfaglig arbeid generelt, enn tvang spesielt. Dette er fleksible organisasjoner der det i liten grad tas i bruk standardiserte tiltak eller programmer for å løse problemene til de vanskeligstilte rusmiddelmissbrukerne. Her prøves et spekter av virkemidler i det rusfaglige arbeidet. Det er i tre ulike bydeler i to av storbyene vi finner prosjektkontorene. I storbyene finnes det største tilbudet av ulike lavterskeltiltak rettet mot rusmiddelmissbrukere, og disse benytter prosjektkontorene seg i stor grad av. Det er derfor ikke tilfeldig at disse kontorene befinner seg i storbyene.

Ruskonsulentene som jobber ved slike kontor virker jevnt over å være svært fornøyd med arbeidssituasjonen. De får anledning til å spesialisere seg, og de rapporterer om en bedre bemanningssituasjon enn de andre kontorene:

Det er veldig fokus på rusarbeid på dette kontoret, og vi har mange – det er vel åtte delprosjekt gående nå heile veien i forhold til fokus på rus, som vi har kalt XXX, som går på en systematisk oppfølging av ti personer over tid. Vi har egen LAR-konsulent som følger opp LAR-pasienter og gjeld, og så er det noen sånne delprosjekter opp mot fengsel og litt sånn forskjellig.

Så det er stort fokus på det, og i forhold til andre kontor, så er vi vel i den heldige stillingen at bemanningen er bra, sånn at vi har relativt få klienter per saksbehandler

(Informant 1)

Denne organisasjonsmodellen har gjort det mulig å gi rusmiddelmissbrukerne svært tett oppfølging, ved at hver ruskonsulent har relativt få klienter. På spørsmål om

det er noen spesiell grunn til at de ved dette kontoret har satset på rus spesielt, svarer ruskonsulenten slik:

Ola Nordmann er sjef. Han har veldig hjerte for dette her, og jobber til å få på plass stillinger og muligheten for å jobbe sånn som vi kan her.

(Informant 1)

Ruskonsulenten mener det er utelukkende på grunn av sosialsjefens initiativ og engasjement at kontoret har lyktes med en slik spesialisering på rustiltak. Den samme forklaringen finner vi også i uttalelser fra de andre prosjektkontorene; spesialiseringen er støttet og tilrettelagt for av ledelsen ved kontoret. De prosjektorienterte kontorene er kjennetegnet ved å ha en aktiv ledelse som prioriterer rusfaglig arbeid, og som aktivt griper muligheter når det lyses ut ressurser til prosjekter og stillinger. Mens ruskonsulentene ved spesialistkontoret ofte er en ildsjel, kan man si at ildsjelen ved prosjektkontoret er lederen.

Et annet interessant kjennetegn ved de prosjektorienterte kontorene er at de har god bemanning, samtidig som de jevnt over har få tvangssaker. God bemanning kan føre til at det også frigjøres tid og ressurser til de tunge og tidkrevende tvangssakene. Ruskonsulentene mener imidlertid selv at det forholder seg motsatt. De hevder at fordi de har en god bemanningssituasjon, har de mulighet til å følge klientene sine tettere opp. På den måten unngår de oftere at klientene får det så vanskelig at man må vurdere tvang:

Vi bruker også ulike kommunale tiltak relativt mye, som gjør at man kan fange opp folk før det blir så kritisk at det blir, at man tenker tvang, da. [...] Jeg tenker det at vi har god tilgjengelighet, lite byråkrati, og jeg har aldri opplevd at vi får beskjed fra ledelsen her at «Nei, av økonomiske grunner..», altså det er ikke et argument man egentlig har lov til å bruke, men man vet jo at det brukes rundt omkring likevel. Jeg har aldri fått beskjed om at «Nei, vi har ikke råd til at denne personen skal inn i et tiltak under XXX». Altså fordi vi kjenner folk godt, så klarer vi kanskje å treffe riktigere på tiltak og på omsorgsnivå i forhold til tiltakene. Nå spekulerer jeg jo altså, det er mer sånn der høyttenkning rundt «hvorfør har vi ikke hatt flere saker?»

(Informant 18)

Ruskonsulentene ved alle de tre prosjektorienterte kontorene gir uttrykk for liknende forklaringer på hvorfor de har få tvangssaker. De har svært god oversikt over situasjonen til klientene, fordi de har god bemanning er de lettere tilgjengelig for klientene sine, og de benytter seg i utstrakt grad av ulike kommunale og ideelle lavterskeltiltak. Prosjektkontorene fremstår som særlig *fleksible* organisasjoner. Prosjektkontorene ser ut til å forebygge tvangssaker ved å være kreative og fleksible problemløserne, i situasjoner som krever det. Økonomiske begrensninger er av mindre betydning. Dette er en av flere mulige årsaker til at disse kontorene i noe mindre grad fremmer tvangssaker.

En slik fleksibel organisasjonsmodell kan også ha noen problematiske sider. Tilbudet til brukerne vil kunne variere i svært stor grad. Prosjektene er ofte kortvarige og flyktige satsninger og når prosjektfinansieringsperioden er utløpt forsvinner også tiltakene.

Prosjektarbeid med løse rammer kan gjøre tildelingen av tjenester mer avhengig av personlige oppfatninger hos den enkelte tjenesteyter om hvilke brukere som klassifiseres som «verdige trengende», der hjelpen blir avhengig av i hvilken grad klienten fremkaller en sympati hos ruskonsulentene (Börjesson og Palmblad 2008). Prosjektkontorene kan karakteriseres som polyfone organisasjoner som må sjonglere mellom et flertall av koder/instruksjoner (Luhmann 1985). For brukeren kan en slik organisasjonsmodell også gjøre det vanskeligere å forutse sin egen rettsstilling, i og med at tildelingen av tjenester er mindre likhetsbasert. På liknende måte kan prosjektkontorene også lettere unndra seg kritikk.

De tre prosjektorienterte kontorene er alle mindre kontor i store byer. De har generelt færre rusmiddelmisbrukende klienter enn de store sentrumskontorene, selv om tyngden i problematikken til klientene rapporteres å være like stor. Muligheten for å få en aktiv og brukernær oppfølging gjør at de i større grad kan forebygge situasjoner som kan kreve tvang.

2.3 Problematisk variasjon?

Gjennomgangen ovenfor viser at man på kontornivå finner både likheter og variasjoner i forhold til hvordan arbeidet med tvang mot rusmiddelmisbrukere er organisert på i sosialtjenesten. Et viktig spørsmål er hvordan organisatoriske forhold påvirker omfanget av tvangsansvaret. Vi har mottatt skriftlig dokumentasjon fra 3 av kontorene. Ved de andre kontorene fikk vi oppgitt muntlig hvor mange saker de selv hadde hatt ansvaret for, og hvor mange saker kontoret som helhet har hatt de siste årene. Videre ba vi ruskonsulentene ta stilling til hvorfor tvang etter sosialtjenesteloven generelt benyttes i begrenset grad.

En av de mest utbredte forklaringene på at det i sosialtjenestens fremmes relativt få tvangssaker, er i følge ruskonsulentene selv at sakene er så tids- og ressurskrevende. Arbeidsbelastningen ved å gå inn i disse sakene er så stor, at de antar at mange ruskonsulenter vegrer seg i det lengste for å innstille om tvang. En av ruskonsulentene sier det slik:

Det er veldig krevende å jobbe med, veldig ressurskrevende, og vanskelige saker å starte opp. Så derfor tror jeg det at en gjerne er forsiktig med å fremme sakene sjøl. En venter, en tar det når en får en bekymringsmelding og at det er andre som kommer med innspillene.

(Informant 6)

Slike forklaringer på hvorfor det benyttes lite tvang forekommer hyppig i utvalget vårt. Fordi tvangssakene er så ressurskrevende, på flere ulike måter, begynner man først på en vurdering om tvang når det kommer inn bekymringsmeldinger utenifra, enten fra pårørende eller samarbeidspartnere. Dette gjør at organisatoriske forhold ved de ulike kontorene kan ha betydning for anvendelsen av tvangslovgivningen. Vi har ovenfor sett at faktorer som arbeidsdeling, personalressurser, standardiseringsverktøy og ledelse blir

tillagt betydning av ruskonsulentene selv. Kan vi identifisere en sammenheng mellom variasjoner i slike organisatoriske forhold og variasjoner i omfanget av tvang? Vi skal drøfte denne sammenhengen ved å sammenlikne kjennetegnene ved de ulike typene av kontor.

Et problem med bestiller–utfører-kontoret i forbindelse med tvangssakene er en noe uklar arbeidsdeling, og en organisering som generelt fremstår noe uoversiktlig for det øvrige hjelpeapparatet. Samorganisering med de kommunale helsetjenestene fører til et sårbart sosial- og rusfaglig miljø ved bestillerenheten. Vår oversikt tyder på at bestiller–utfører kontoret benytter tvang i langt mindre grad enn spesialistkontoret. En av mange årsaker til det, synes å være en organisasjonsmodell som fører til at de vedtaksansvarlige er mindre tett på brukerne. Dette skaper institusjonelle forhold som i større grad enn de andre organisasjonsformene har gjort seg avhengig av at omgivelsene gjør jobben med å melde om bekymringsverdige forhold som kan skape grunnlag for å iverksette tvang. Den administrative adskillelsen av bestillerne og utførerne fører også til en yrkesdeling i sosialtjenesten som det ser ut til gir dårlige forutsetninger for kommunikasjon mellom de vedtakspåklagte byråkratene og de mer brukernære sosialarbeiderne. Målsetningen om at bestiller–utfører modellen skal være en mer effektiv måte å organisere kommunale velferdstjenester på, bedre brukervennligheten, og gi økt kvalitet, i tråd med ideene bak NPM, virker ikke å være oppnådd når det gjelder tvang overfor rusmiddelmissbrukere. Forskning på bestiller–utfører organisering viser også lite effekter på kvalitet, og en økning av administrative kostnader (NOU 2005:3). På den andre siden fører en dyrking av den juridiske saksbehandlerrollen som bestillerenheten legger opp til, til en større grad av likhetsorientert regelstyre i sosialt arbeid. Dette er imidlertid et problem dersom likhet innebærer lite eller mangelfulle tjenester og tiltak.

Også på spesialistkontoret ser vi at organisatoriske forhold spiller inn i bruk av tvang. Spesialistkontoret er kjennetegnet ved en arbeidsdeling som gjør at få ruskonsulenter får mye erfaring med tvang. Ledelsen ved kontoret har lagt til rette for at ruskonsulentene kan spesialisere seg i blant annet arbeidet med tvang, og ildsjeler har gjerne utarbeidet maler og prosedyrer som skal effektivisere arbeidet med tvangssakene. Ved spesialistkontoret er det med andre ord godt lagt til rette for dette arbeidet; organisatoriske forhold utgjør i liten grad skranke for å iverksette en tvangssak. Vår oversikt viser at spesialistkontoret har flere tvangssaker enn de andre. Faren er en «tvangsforherligelse» ved at tvangssaksbehandlerne får en for dominerende rolle i rusarbeidet på det enkelte kontoret. Terskelen for å bruke tvang blir lav, tvang kan bli en mer standardisert løsning, mer enn et ekstremt unntak, uten at alternative tiltak blir prøvd i tilstrekkelig grad. De personnære koblingene i tiltakskjeden fører til bedre samhandling i tvangsforløpet. En slik spesialistorganisering forhindrer også en pulverisering av ansvar, ved at sakene så tydelig forankres hos en eller få sosialarbeidere ved kontorene. Samtidig er det en fare for at det lett kan oppstå paternalistiske behandlingsallianser og informasjonsutveksling bak klientens rygg. Dette nettverk kan være effektive, men bærer i seg problemstillinger knyttet til rettsikkerhet og likebehandling.

Prosjektkontoret er kjennetegnet ved å ha en generelt god ressursituasjon, god bemanning og en ledelse som i særlig stor grad prioriterer rusfaglig arbeid og oppfølging. Prosjektkontoret utmerker seg med en fleksibel organisasjonsmodell, noe som kommer til uttrykk ved at den enkelte tjenesteyter har generelt stor kunnskap om rus og rustiltak og prøver ut og benytter seg av et spekter av ulike lav- og høytterskeltiltak for rusklienter i særlig sårbare livssituasjoner. Ved prosjektkontoret virker dermed forutsetningene i stor grad å være tilstede for å prioritere tunge og ressurskrevende tvangssaker. Vår oversikt tyder imidlertid på at disse kontorene i betydelig mindre grad benytter tvang. Dette viser at god ruskompetanse, gode ressurser, fleksibel problemløsning og tett klientoppfølging kan føre til at det sjelden oppstår en situasjon hvor tvang blir nødvendig. Ruskonsulentene ved disse kontorene hevder videre at denne typen rusfaglig arbeid opp mot frivillighet, er vel så tidkrevende som arbeidet med en tvangssak:

Selv om det er mye jobb med en 6-2 eller 6-2a-sak, så tenker jeg det er, det er nesten vel så mye jobb med de som ikke blir det. Vi gjør jo ikke noe mindre ovenfor dem, vi følger dem kanskje enda tettere, ikke sant.

(Informant 18)

Selv om klienten er i en kritisk situasjon hvor andre ville vurdert å fremme tvangssak, setter prosjektkontorene heller inn mye ressurser, både personalmessig og økonomisk, og utprøver andre løsninger ved å for eksempel kjøpe tjenester hos andre i tiltakskjeden. Prosjektkontorene styres i liten grad ved hjelp av foreskrevne regler, rutiner og prosedyrer, og ressurstildelingene blir ikke låst i bestemte tiltakspakker for denne typen klienter, noe vi har påpekt også kan føre til større rom for personlig funderte klassifiseringer av hvem som er «verdige» og «uverdige» trengende. Men som vi har sett skaper organisasjoner med erfaring, etablerte rutiner og kontinuitet gode forutsetninger for bruk av tvang. Slike standardiserte arbeidsformer preger ikke prosjektkontorene, og dette kan bidra til å forklare en mindre tilbøyelighet til å bruke tvang.

Av organisatoriske forhold som påvirker omfanget av tvang, går argumentene altså i to ulike retninger. Kontorer som bruker lite tvang gjør det fordi de organisatoriske forholdene i liten grad legger til rette for arbeidet med tvang.⁸ Og; kontorer som bruker lite tvang gjør det fordi de bruker desto mer tid og ressurser på å få til frivillige løsninger. Vi ser at begge typene argumenter ser ut til å være relevante. Det er imidlertid en hel rekke andre forhold som også påvirker omfanget av tvangsbruken, og det skal vi komme tilbake til i de senere kapitlene.

2.3.1 Avslutning

I dette kapitlet har vi sett nærmere på hvilke forhold ved organiseringen av sosialtjenesten som kan ha betydning for anvendelsen av tvangsparagrafene i sosialtjenesteloven. Vi har vist at arbeidsdelingen internt på kontorene; personellressurser; bruk av ulike standardiseringsverktøy; og ledelsens tilrettelegging har betydning for hvordan ruskonsulentene arbeider med tvang. Et viktig funn er at det på alle de fire områdene eksisterer

store variasjoner mellom kontorene i utvalget. Disse variasjonene ble videre drøftet med utgangspunkt i tre analytisk utviklede hovedtyper av kontor: *bestiller–utfører-kontoret*, *spesialistkontoret*, og *prosjektkontoret*. Etter en gjennomgang av kjennetegn ved de ulike kontortypene, undersøkte vi hvordan trekk ved organiseringen av kontorene kan bidra til å forklare variasjoner i omfanget av tvangsbruk i sosialtjenesten. Sammenhengen mellom organisering og omfang av tvang kan oppsummeres i tre punkter: a) organisatoriske forhold kan skape skranke for tvang, jf. bestiller–utfører-kontoret; b) organisatoriske forhold kan legge til rette for tvang, jf. spesialistkontoret; og c) organisatoriske forhold kan bidra til å forebygge tvang, jf. prosjektkontoret. Andre forhold som påvirker omfanget av tvangsbruk berøres i senere kapitler.

Videre har vi sett at variasjonen i organisering like ofte følger bydelsgrenser som kommunegrenser. I en av kommunene i utvalget vårt finnes to tilgrensende bydeler hvor sosialtjenestene organiserer arbeidet med tvang på vidt forskjellige måter, og som også anvender tvangsparagrafene i svært ulikt omfang. De to bydelene har sammenliknbare omgivelser og klientsammensetning. Dette støtter antakelsen om at blant annet organisatoriske forhold har en selvstendig påvirkning på anvendelsen av tvangsparagrafene.

Avslutningsvis ønsker vi å rette oppmerksomheten mot to kritiske punkt. For det første har vi observert en stor mangel på samarbeid og erfaringsutveksling internt i sosialtjenesten. De fleste ruskonsulentene har ikke kjennskap til hvordan andre kontor jobber med tvangssakene, og hvilke erfaringer de har gjort seg. Behovet for samarbeid og erfaringsutveksling internt i sosialtjenesten fremstår som stort. For det andre har gjennomgangen i dette kapitlet vist at organisatoriske forhold ved de enkelte kontorene har stor betydning for hvordan det arbeides med tvang i sosialtjenesten. Med tanke på at variasjonen i organisatoriske forhold og modeller er betydelig, mener vi dette utgjør et rettsikkerhetsproblem. Det er ikke i tråd med sosialpolitiske målsetninger at risikoen for å bli vurdert tvangsinnlagt eller anledningen til å få tilbud om frivillig behandling avhenger i så stor grad av hvilken kommune og/eller kontor man tilhører. Den interne forvaltningskontrollen av sosialtjenestens arbeid med §§ 6-2 og 6-2a bør styrkes, med sikte på å oppnå en større grad av likhet i praktiseringen av lovverket.

3. Ruskuratorens rettsanvendelse

Den enkelte sosialarbeider har et bredt oppgavespekter, men mye av det daglige arbeidet dreier seg om å gi råd og veiledning til mennesker som er i vanskelige situasjoner sosialt og økonomisk (Terum 2003). De er offentlige myndighetsutøvere, det vil si at de handler på vegne av fellesskapet, og til utførelsen av denne rollen stilles en rekke formelle krav. I deres skjønnsutøvelse kreves det generelt at de skal opptre upartisk og ikke ta vilkårlige avgjørelser. Samtidig skal sosialarbeideren utøve skjønnsmessige ytelser basert på individuell behovsprøving. Utøvelsen av skjønn betyr at den enkelte yrkesutøveren har frihet til selv å avveie og bestemme om det skal ytes hjelp og hvor mye som skal ytes. Sosialarbeideren har derfor stor makt ved at de fattet beslutninger som har vidtrekkende konsekvenser for individ og samfunn. Med profesjonsmakt menes en maktutøvelse som forvaltes av bestemte aktører som legitimerer sin innflytelse og utøver sin stilling i kraft av sin ekspertkunnskap.

Den sosialfaglige maktutøvelsen er vanligvis legitimert av den antagelse at alle deler den samme interessen: det å finne den mest mulige effektive hjelpen. Tvangssakene er derimot bygget rundt parter med motstridende interesser (Aubert 1976). Det yrkesetiske dilemma i spørsmålet om hvorvidt tvangsinnleggelse skal iverksettes, henspiller på grunnlagsproblemene om velferdsstatens rolle som sosialt sikkerhetsnett kontra dens rett til å gripe inn i individets frihets- og meningssfære. For beslutninger vil vurderingen om hvorvidt tvangstiltak skal iverksettes innebære en risiko for å krenke individet ved å etablere tvangsinnleggelse eller å være usolidarisk ved å unnlate å gi behandling eller omsorg, begge beslutningene med usikre konsekvenser. Dette kan beskrives som et dilemma mellom autonomiprinsippet som utifra en liberal politisk tradisjon kan beskrives som den enkeltes frihet til å forfølge sine autonomt valgte livsprosjekter, og et mer kommunært omsorgsprinsipp hvor det i langt større grad åpnes opp for eksperter vurderinger i forhold til spørsmålet om det «gode liv» (Bernt 1994, Nilssen 2005, Søvig 2007). Spørsmålet er i hvilken grad sosialarbeideren opplever en rollekonflikt når tvangstiltak skal iverksettes og hvilken profesjonsetikk, kunnskap og lovtolkninger de iverksetter og mobiliserer i lovanvendelsessituasjonen.

Spørsmålet om paternalistiske inngreps legitimitet er ett av de sentrale yrkesetiske problem for sosialarbeideren, det vil si om og under hvilke vilkår det er forsvarlig å begrense rusmiddelmissbrukerens handlingsfrihet for deres egen skyld eller til deres eget beste. Viktige verdikonflikter løses vanligvis ikke gjennom overordnede normer som gir den ene verdien forrang foran den andre. Frihetsberøvelse kan som regel bare besluttes etter en konkret interesseavveining, der rettsanvenderen i det enkelte tilfellet må vurdere styrken av de grunner som tilsier at vedkommende beholder retten til frihet, sett i forhold til de verdier som ivaretas gjennom de foreliggende hjemler for rettmessig tvangsbruk. Det er særlig tre forhold vi vil trekke frem som har betydning for

yrkesutøverens rettsanvendelse knyttet til tvang: kunnskapsdimensjonen (sosialarbeidernes vurderinger av eget kunnskapsgrunnlag), holdningsdimensjonen (holdninger til tvangsbruk) og lovtolkningsdimensjonen (tolkning av regelverket), (jmfør Nilssen 2005). Målet er å identifisere hvilke sosiale, normative og kognitive premisser som påvirker sosialarbeiderens vurderinger samt hvilke problemer som oppstår i iverksettelsesprosessen. Disse forklaringsdimensjonene vil vi gå nærmere inn på i det følgende.

3.1 Lovtolkning

Sosialarbeidernes rolle som rettsanvendere må knyttes til hvordan de tolker lovens rammer for bruk av tvang og i hvilken grad dette varierer. Profesjonens definisjonsmakt i skjønnsutøvelsen er avhengig av hvordan lovene er utformet. Selv om ingen regel uttømmende kan fastslå sine egne anvendelsesbetingelser, vil graden av ubestemthet ved regler variere fra svært formaliserte kriterier, som klart angir hvem som kan gjøre krav på hva, til lovbestemmelser som er mer formålsrettede. Tvangsparagrafene angir ulik anledning til å bruke skjønn. I bestemmelsene om tvang mot gravide (§ 6-2a) er det satt en snevrere ramme for skjønnsbruk enn i bestemmelsene som omfatter voksne rusmiddelmissbrukere (§ 6-2). Dette gir en ulik fare for variasjon i lovforståelsen mellom ulike rettsanvendere, ved at § 6-2 inngir til større grad av vurderingsfrihet.

Nilssen (1999) fant i sin studie fra slutten av 90-tallet at flertallet av sosialarbeiderne vurderer vilkårene som loven setter for rettmessig som strenge. I studien kom det også frem at sosialarbeiderne selv mener at et strengt regelverk er en av de viktigere årsakene til at tvang ble brukt i så begrenset grad. Den økte tvangsbruken skaper et presserende behov for å undersøke om dette skyldes at sosialtjenestens lovpraksis har blitt endret. Vi ønsket å finne ut hvordan ruskuratorene i vårt utvalg vurderer og tolker lovverket som hjemler tvang i dag, og hvordan dette varierer i henhold til de ulike tvangsparagrafene. Hva legger de til grunn i sitt regeltolkningsarbeid og hvilket tolkningsmangfold finner vi blant våre informanter?

3.1.1 Gravide rusmiddelmissbrukere – tvangen som haster

Loven som omhandler tvang mot gravide rusmiddelmissbrukere, § 6-2a, defineres av lovanvenderne som relativt klar og lett anvendelig. Fosteret er primærklienten for sosial tjenesten og fokuset på fosteret gjør at sosialarbeideren har få betenkeligheter med å bruke tvang når det er nødvendig. Det sekundære målet er at institusjonsoppholdet skal benyttes til å tilby kvinnen behandling for sine rusmiddelproblemer og hjelp til å bli i stand til å gi omsorg for barnet. I vurderingsfasen er det mindre fokus på å gi omsorg og å ivareta kvinnens særlige behov og situasjon, men mer å få utøvd en kontroll og avdekke om kvinnen fortsatt ruser seg. Ved første kontakt tar vanligvis ruskuratoren opp med kvinnen at tvang vil bli benyttet hvis ikke hun frivillig klarer å slutte å ruse seg. Presset på kvinnen er stort. Å vise til tvangsparagrafen og den myndighet den gir sosialtjenesten har ofte den effekt at den gravide føler at de må samarbeide om frivillige tiltak i frykt for å bli utsatt for tvang. En slik symbolsk

anvendelse av tvang der paragrafen kun kommer i bruk som et pressmiddel, kan ha en relativt stor gjennomslagkraft. Flaaterud (2000), som undersøkte hvilke erfaringer sosialtjenesten ved 76 kontor i fire fylker hadde med anvendelsen av § 6-2a, konkluderte med at tvangsparagrafens effekt som trussel hadde stor betydning for å motivere til frivillige tiltak. Imidlertid blir lovens vilkår om utprøving av frivillige tiltak etter § 6-1 ikke alltid forsøkt fordi slike tiltak i mange tilfeller blir vurdert som nytteløse. Problemer med å få kvinnen raskt til å gå med på frivillige løsninger bidrar til at det blir en stor andel med hastesaker. Andre tiltak som frivillig innleggelse i rusinstitusjon prøves i mindre grad. Dette har også sammenheng med at det ofte er vanskelig å raskt skaffe et tilbud om frivillig behandling og at sosialtjenesten føler at det er for risikabelt å sette kvinnen i en usikker ventelistesituasjon. At frivillighetstiden kan være kortvarig skyldes også at sosialarbeideren ikke våger å løpe noen form for risiko for skade. Tiden oppleves som særlig kritisk, forpliktelsen til å beskytte det ufødte livet fører til at saken får «høy puls». I hastesakene, som dominerer totalt, synes det å være 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. Samtidig er mange opptatt av at de gravide rusmiddelmissbrukerne bør bli plassert på en rusinstitusjon som er spesialisert på graviditet og mor – barn problematikk, og de jobber for å sørge for dette, og på den måten så overlates ansvaret for å oppfylle de sekundære målsetningene til institusjonene.

I de tilfellene der sosialtjenesten lykkes med å motivere kvinnen til å forsøke å bli rusfri, er avtale med urinprøvekontroller og oppfølging og samtaler med sosialtjenesten den hyppigste formen for frivillige tiltak. Det handler om å avdekke graviditet og sørge for å iverksette urinprøvekontroller for å avdekke om fosteret blir utsatt for ruspåvirkning. Et problem i denne sammenheng er å få legene til å ta ansvar ved gjennomføring av urinkontrollene. Generelt er det en lav toleranse for positive prøver før det gripes inn, kvinnen blir normalt ikke gitt mange sjanser før det regnes som om hun går på en «sprekk». Samtidig skiller sosialarbeideren i sin rettsanvendelse i liten grad mellom ulike rusmidler og hvilken varighet og omfang rusmiddelmissbruket har i vurdering av tvang.

Det er påfallende at alkohol er det mest misbrukte rusmidlet og utgjør de mest alvorlige skadene på fosteret, uten at dette fører til at gravide med et alkoholproblem blir lagt inn mer enn andre. Underrepresentasjonen av alkoholmisbrukere både i forhold til 6-2 og 6-2a må settes i sammenheng med at alkohol er et kulturelt akseptert rusmiddel og er en normal ingrediens og en stadig mer integrert del av aktiviteter knyttet til både arbeidsliv og fritid. Forbruket av alkohol er økende og tilgjengeligheten større, i løpet av de siste ti årene har alkoholforbruket i Norge økt med om lag 33 prosent (Sirus 2008). Endringer i befolkningens alkoholkonsum er kjennetegnet av at alkoholforbruket er størst blant folk med høy og middels høy utdanning og det er særlig i grupper som forvalter en høy sosial og kulturell kapital at forbruket øker (Pedersen 2006). Denne normaliseringen og statusheving av visse former for alkoholkonsum gjør at det kan være lettere å skjule misbruk. Samtidig er ikke alkoholmisbrukere en like

stigmatisert gruppe og ikke i like stor utstrekning marginalisert som mennesker som har et narkotikaproblem:

Jeg tror, veldig mange av de som har et alkoholproblem, er i jobb, tenker jeg. Mesteparten av de som har et stort, som har et alkoholproblem, er i jobb. Mens problemet er kanskje ikke så omfattende at de mister boligen og mister jobben, og, klarer det på en eller annen måte. Så det er mange av de som har et alkoholproblem som rett og slett ikke er i kontakt med oss i utgangspunktet.

(Informant 3)

Alkoholmisbrukere er oftere i jobb og har tettere tilknytning til arbeidslivet og mange har en mer stabil livssituasjon med blant annet fast bolig. Dette gjør at de ikke er i like tett kontakt med sosialtjenesten eller andre hjelpeinstanser som rusmiddelmisbrukere med illegalt dominert misbruk.

Selv om alkoholmisbrukere er underrepresentert i bruk av både § 6-2 og § 6-2a, har det på grunn av faren for fosterskader kanskje vært særlig fremholdt som bekymringsfullt at gravide alkoholmisbrukere så sjeldent blir fanget opp: under 17 % av de tvangsinnlagte gravide har et alkoholdominert misbruk (Søvig 2007). Hvert år fødes flere barn med alkoholskader. Et problem i oppfølging av alkoholmisbrukere slik som sosialtjenesten fremstiller det, er at alkoholmisbruk er vanskeligere både å oppdage og å dokumentere enn andre former for rusmiddelmisbruk:

Ja. Det er veldig vanskelig å dokumentere. Altså, vi har hatt gravidsaker der det har vært alkohol som var problemet, altså å det å ta urinprøve to ganger i uken, det er ikke nok da. Du må ta tester av alkohol hver dag... Altså det vi har fått til der er jo rett og slett en pusteprøve. Og så lenge den har vært grønn så har vi ikke hatt noe dokumentasjon på at det er noe alkohol. Men da har vi laga opplegg med hyppig kontroll. Altså om ikke hver dag så mange ganger i uken. Da, ja, da lager vi en skriftlig avtale på at, på urinprøve, altså det ville vi gjort uansett hva slags stoff det er da, hvis vi ikke hadde den utåndingsprøven på alkohol, altså det spørs hva slags utslag det gir i urinprøve, hvis det er alkohol da, altså om det gir tydelig utslag. Men da lager vi en skriftlig avtale hvor det å ikke møte til prøvetaking, tilsvarer positiv prøve.

(Informant 3)

Avdekking av alkoholmisbruk under graviditet skiller seg fra andre typer rusinntak ved at det krever at et mer omfattende kontrollapparat settes i sving. Likevel kan ikke dette alene gi en god forklaring på at gravide alkoholmisbrukere sjelden blir utsatt for tvangsinnleggelse. Den lave andelen av alkoholmisbrukere som tvangsinnlegges, både på § 6-2 og § 6-2a, kan også ha en sammenheng med at alkoholavhengige i målgruppen vegrer seg for å ha noe med sosialkontoret å gjøre. Særlig i forhold til gravide rusmiddelmisbrukere som ikke er langtkomne i sin avhengighet og/eller sosialt og økonomisk marginalisert, kan det å måtte gå igjennom sosialkontoret for å få hjelp oppleves som belastende. Generelt vil alkoholavhengige som er mer normalt fungerende kunne ha større problemer med å la seg registrere som sosialklienter og dermed mistes en mulighet for både frivillig og tvungen behandling.

Selv om noen uttrykker at de er kjent med at alkohol er det mest skadelige rusmidlet, er det samtidig svært få som tar opp at de opplevde det som vanskelig å vurdere årsaksforholdet mellom rusmiddeltype og fosterskade. Den tvil som uttrykkes kommer vanligvis fosteret til gode på den måten at ethvert rusinntak blir betraktet som potensielt farlig. Dette har også sammenheng med en erfaring med og en forestilling om at overfor mennesker med lang rusmisbrukshistorie er ett eneste påvist rusinntak nok til å betegne hendelsen som en «sprekk» i betydningen tilbakefall til et liv der rusen styrer dagliglivet. Lav toleranse for enhver form for rusinntak kan være et uttrykk for liten kunnskap om forskjeller mellom ulike rusmidler og fosterskade. Urinprøver som kontrollmetode har også sine klare begrensninger som gjør at et positivt analyse-resultat alene ikke nødvendigvis er et tilstrekkelig grunnlag for å iverksette et alvorlig inngrep som tvangsinnleggelse. Urinprøve kan bare bekrefte om rusmidlet er inntatt; det sier ingenting om hvorvidt rus eller ruspåvirkning foreligger (Castberg og Sandvik 2005).

Samlet sett handler vurderingen av om § 6-2a skal komme til anvendelse i praksis i stor grad om en administrering av urinprøvekontrolltiltak. Testresultatene avgjør inngripen. Påvisning av rusinntak fører da til vedtak om tilbakehold dersom kvinnen ikke ønsker eller ikke klarer å nyttiggjøre seg frivillige tiltak. Dette gjør at det er relativt lite rom for skjønn i disse sakene. Likevel foreligger noen variasjoner i regelanvendelsen i forhold til hvor strenge disse kontroll- og overvåkningstiltakene drives. Det er forskjell i hvor intensivt kvinnen blir fulgt opp og det er ulik praksis på hvor mange sjanser som blir gitt kvinnen hvis hun ikke følger kontrolltiltakene eller det blir påvist rusinntak. De fleste praktiserer en nulltoleranse, mens det forekommer at kvinnen får flere forsøk selv om hun har uteblitt fra en kontroll eller har positiv urinprøve. Omfattende kontroller gir fosteret bedre rettsvern ved at kvinner har vanskeligere for å skjule et rusmiddelmisbruk. Samtidig er det å praktisere en nær nulltoleranse et uttrykk for en streng lovtolkning som ikke nødvendigvis er forskriftsmessig, og som gir lite rom for å ivareta kvinnens behov for omsorg, hjelp og veiledning i en vanskelig situasjon.

3.1.2 Siste utvei – tvang som livredning

Mens lovhjemmelen om tvang mot gravide rusmiddelmisbrukere fremstilles som relativt uproblematisk, definerer de lovens vilkår i § 6-2 som langt mer utfordrende på noen områder. Et fellestrekk er likevel at de fleste ruskuratorene vurderer de rettslige kravene i § 6-2 som strenge. Samtidig er det stor enighet blant ruskonsulentene om at regler for tvang også bør ha strenge rammer:

Men ellers så tenker jeg at tvang bør jo være veldig strengt. Ja, sende folk inn på institusjon mot deres vilje er jo en inngripen som er, jeg vet ikke hvor mye hensikt det har på lang sikt heller, hvis at folk ikke ønsker det.

(Informant 3)

Dette oppfatter vi som et uttrykk for at sosialarbeiderne betrakter de rettslige tersklene for tvang som relativt og rettmessig høye.

Et annet gjennomgående trekk er at de fleste synes det er uproblematisk å vurdere lovens vilkår om hva som er omfattende og vedvarende rusmiddelmissbruk. Det samme gjelder å dokumentere om frivillige tiltak er prøvd og å finne bevis for at disse ikke har vist seg å være tilstrekkelig for å avhjelpe et problematisk rusmiddelmissbruk. Sosialarbeideren har vanligvis relativt god kontroll på klientens rus- og tiltakshistorie fordi de ofte har en lang karriere som sosialklienter bak seg. Imidlertid er det *hensiktsmessighetskriteriet* som fremstilles som et vanskelig tema i lovtolkningsprosessen. På dette punktet kommuniserer regeltolkerne stor usikkerhet i hvordan de skal tenke og finne overbevisende argumenter:

Vedvarende omfattende rusmiddelmissbruk. Alle fyller den. Til fare for seg selv, selvfølgelig, alle fyller den. Men så kommer du inn på det som er viktig her, dette her med frivillig tiltak, jeg har prøvd, selvfølgelig mange fyller den. Men nå kommer vi inn på det viktigste her: har jeg tro på at det å gjøre dette her vil ha noe for seg? Når det gjelder dette her med å motivere til noe som helst, og tilrettelegge for noe som helst. Det er det som er den tyngste og vanskeligste faglige jobben i forhold til dette her, for da skal du inn på spådommene.

(Informant 13)

Denne ruskonsulenten mener at det er en stor utfordring å finne holdepunkter for om tvang «vil ha noe for seg». Det er dette som fremstilles som det store ankepunktet i lovanvendelsen. Spørsmålet er hvordan du skal sannsynliggjøre hvem som nyttiggjør seg tvang. Her gir ikke loven mange retningsanvisninger for hva som er holdbar argumentasjon, i følge ruskonsulentene, det blir ren spekulasjon; en opplevelse av å drive spådomskunst. Denne lovmessige uklarheten gjør loven vanskelig å praktisere og kan derfor sette en skranke for bruk av tvang.

De fleste ruskuratorene hevder imidlertid at livredning er det viktigste formålet ved § 6-2. Dette kan karakteriseres som en vid tolkning av lovverket. Når vi i intervjuene spurte om hva som utløste tvang i konkrete saker de har hatt erfaring med, var det svært ofte alvorlig fare for rusmiddelmissbrukerens liv og helse. Ofte var bekymringen for liv og helse knyttet opp mot ulike alvorlige somatiske og psykiatriske diagnoser. I slike tilfeller var den avgjørende faktor for at det ble en tvangssak dokumentasjon på livstruende sykdom. Dette gjaldt særlig i de tilfellene rusfrihet var en forutsetning både for å få operasjon, behandling og for bedring/overlevelse. Dette er et eksempel på en informant som mener at en avgjørende faktor i skjønnsutøvelsen, slik hun har praktisert det, er målet om å beskytte rusmiddelmissbrukeren mot en akutt risiko for å utsette seg selv for alvorlig helseskade og livsfare:

Sånn som den ene saken min, det har mye å si, sant, for det var jo inn-operert hjerteklaff, og hvis ikke – han hadde jo betennelse i heile kroppen – så hvis ikke han fikk skjerm fra rusen, han kunne jo dø ved å sette en sprøyte, sant, så da hadde det veldig masse å si. For da er det enormt stor livsfare. .. Ja for det har vært inne og ut av sykehus, lever, nyre, sant, det har vært ja. Og psykiatrien, veldig mange sliter jo, har jo veldig store psykiske problem.

(Informant 7)

Mens flere av ruskuratorene mener at tvang er berettiget ved alvorlig fare for klientens liv og helse, har noen ruskuratorer andre vurderinger. Flere uttrykker et spenningsforhold i lovanvendelsen mellom vekt på å respektere individets autonomi, til å leve det livet de vil, selv om det innebærer å leve helseskadelig, og det å beskytte dem fra konsekvensene av sin egen potensielt dødelige livsstil. Dette utsagnet kom etter at vi hadde spurt en sosialarbeider om hvorfor de hadde mange 6-2a-saker (tvang mot gravide rusmiddelmisbrukere), men så sjelden tok i bruk 6-2 på dette kontoret:

Dokumentasjonskravet er jo veldig mye høyere, det har med hva skal 6-2 brukes til. Det skal ikke være livreddende! Intensjonen med 6-2 er at den personen som ruser seg skal ta et nøkternt standpunkt til om han skal fortsette med det, eller ikke. Du skal ikke bruke 6-2 til å redde liv. Det er ikke ulovlig å ruse seg i Norge. Så når noen andre mener at den personen ruser seg for masse, så er det, så er ikke det noe... altså andre kan ikke si når det er nok, men den personen som ruser seg skal ta et nøkternt standpunkt til om det er noe han har lyst til å fortsette med eller noe han ikke har lyst til å fortsette med.

(Informant 10).

Livredning er i følge denne ruskuratoren ikke et riktig formål for å benytte tvang etter § 6-2. Formålet med en tvangsinnleggelse skal være at klienten skal få en mulighet til å selv ta standpunkt til sitt eget rusproblem. Dette kan karakteriseres som en mer streng tolkning av lovverket. Ved dette kontoret, som tilhører en stor og belastet bydel med en betydelig andel av klienter med alvorlige rusproblemer, hadde de påfallende lite tvangsaker sammenliknet med andre nærliggende bydeler med mindre rusproblematikk.

Noen ser mer på tvang som en siste utvei. I disse tilfellene legges det i lovanvendelsen mest vekt på å forsikre seg om at alle tenkelige virkemidler på frivillig basis er prøvd. Når alt annet er prøvd blir et forsøk med tvang en siste sjanse. Selv om ruskuratoren har erfart at de likevel fortsetter å ruse seg etterpå, blir inngrepet legitimert med at tvang uansett har gjort en forskjell i deres liv. Tvang har gitt dem en tenkepause, skapt en situasjon der de har vært bedre i stand til å foreta rasjonelle valg og refleksjon over hvilket liv de ønsker å leve, og om rusens rolle i dette:

Det er ikke sånn jeg tenker «halleluja, tvang», men kjære vene, de vi har brukt tvang på, der har det ikke vært noe alternativ. Så man kan kritisere i forhold til etisk både ene og andre veien, men når de ruser seg så massivt og det er så stor problematikk og omfattende, så tenker jeg i mange sammenhenger at de har ikke evne til å komme ut av det. Avhengigheten styrer helt, da, og da er det ... Jeg har ikke opplevd at det har vært noe form for overgrep mot noens frihet. Det har heller vært å gi folk en mulighet til å leve annerledes, for de har jo full mulighet da til å gå tilbake og begynne å ruse seg igjen etter de tre månedene, som noen har gjort da, selvfølgelig, av de vi har.

(Informant 11)

Selv om tvangen ikke fører til rusfrihet eller til videre frivillig behandling opplever ruskuratoren at det er legitimt å krenke rusmiddelmisbrukerens frihet for å gjenvinne personens evne til autonomi. Troen på at tvang vil føre frem (hensiktsmessighetskri-

teriet) er da av mindre betydning for at det blir en sak, viktigere er en yrkesetisk forpliktelse om å gjøre alt for å hjelpe sin klient, om nødvendig mot deres vilje. Tvang blir i disse tilfellene ikke definert som et overgrep, men rettferdiggjort som den ytterste form for omsorgshandling for mennesker som ikke er i stand til å ivareta seg selv eller vite sitt eget beste. Det presserende spørsmålet i en slik lovtolkning blir da i hvilke situasjoner det er holdbart å hevde at rusavhengighet frarøver evne til rasjonelle valg. Vekt på slike omsorgsetiske argumenter gir anledning til mye bruk av tvang.

Alt i alt fremstår det noen tydelige mønstre i regelfortolkernes forståelse av lovens vilkår. Mens § 6-2 a defineres som anvendelig, oppfattes § 6-2 av sosialarbeiderne som overveiende streng. I forhold til § 6-2 opplever de særlig at kravet om at de skal sannsynliggjøre at rusmiddelmissbrukeren skal kunne nyttiggjøre seg tilbakeholdet og fortsette i frivillig behandling, som uklart og utfordrende. Livredningen fremstår likevel som den begrunnelse for tvang som har størst oppslutning. Dette ble også bekreftet i Nilssens (1999) studie der 70 % sa seg enige i at man bør kunne bruke tvang for å redde rusmiddelmissbrukeren ut av en akutt livstruende situasjon. Tvang blir da primært fremstilt som et virkemiddel for livsforlengelse i en krisesituasjon, mer enn et redskap for å tilrettelegge og motivere for frivillig behandling. En lovtolkning med vekt på å avverge en akutt fare og livredning kan være en forklaring på at alkoholmissbrukere sjelden blir utsatt for tvang. Selv om det er flere alkoholrelaterte dødsfall enn på bakgrunn av noe annet rusmiddel (317 alkoholrelaterte dødsfall i 2007 (SSB), mot 200 narkotikainduserte samme år (KRIPOS 2008)) løper kanskje ikke alkoholmissbrukere en like stor akutt risiko for plutselig og ung død som for eksempel narkotika induserte overdoser kan medføre.⁹ Hyppige overdoser er ofte en foranledning for at tvang blir vurdert. Det kan se ut som tilbakehold i stor utstrekning blir brukt for å sørge for en pause i rusmiddelmissbruket som gjør dem i stand til å gjennomføre livsnødvendig behandling for ofte rusrelaterte helseskader. Trolig er det denne lovtolkningspraksisen som skaper en så stor andel hastesaker. Den ordning som skal være et unntak, blir hovedregelen. Disse variasjonene i tolkningen av loven har betydning for bruk av tvang.

Det er trolig at en streng tolkning av lovens krav om hensiktsmessighet som utslagsgivende, fører til mindre bruk av tvang. Vekt på helsekriteriet åpner for en mer utstrakt bruk av tvang; mange rusmiddelmissbrukere har alvorlige og livstruende helseproblemer. Samtidig er det ikke sikkert at det er rusmiddelmissbrukere som har dårligst helse som profitter best på tvang i henhold til lovens formål. Mens en usikker bevisssituasjon om tvangens hensiktsmessighet kan bidra til en unødvendig vegring for tvang, er faren ved å gjøre helse som katalysator for tvang at lovens langsiktige formål om å gi grunnlag for frivillige behandlingsløp ikke blir oppfylt. Loven 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 nå sett at tolkningen av lovens vilkår varierer, og at dette kan få konsekvenser for bruk av tvang. Også flere forhold knyttet til den enkelte ruskuratoren kan antas å påvirke rettsanvendelsessituasjonen. Tolkningene av lovens rammer må også knyttes til holdningene til tvang. Hvilken oppfatning har ruskuratorene om bruk av tvang, om tvang i det hele tatt bør brukes og når dette kan være nødvendig og hensiktsmessig?

3.2 Holdninger

Sosialt arbeid kan betraktes som et fag som kanskje byr på særlige utfordringer i forhold til å stille spørsmål om verdier og normer fra det rent faglige (Terum 2003). Å ta stilling til bruk av tvang forutsetter sosialt engasjement og det å ta stilling i verdikonflikter. Terum (2003) fant i sin studie av sosialarbeidernes skjønnsutøvelse at yrkesutøverne i begrunnelsen av vedtak generelt ofte var uenige om hvilke verdier som burde vektlegges, hadde uklare forestillinger om fagets grenser og om mer private verdi og rettferdighetsoppfatninger burde gjøre seg gjeldende. Dette ble heller ikke ansett av yrkesgruppen selv som problematisk. Andenæs (1992) fant også at den enkeltes holdninger hadde stort utslag i rettsanvendelsen, eventuelt i samspill med kulturen ved det enkelte kontor. Tidligere undersøkelser har vist at sosialarbeidere har en noe tvetydig holdning til bruk av tvang, «selv om tendensen går i kritisk retning» (Nilssen 1999:22). At ruskuratorenes personlige holdninger til tvang skal prege anvendelsen av tvangsgivningen er noe Sosial- og helsedepartementet har advart mot (St.mld.nr.16 1996–97). Skepsis mot tvangsbruk har vært uttrykt i flere tilfeller offentlig av blant annet sosionomforbundet (St. meld nr 16 (1996–1997), Ot.prp nr 29 (1990–91)). Dette viser til at tvang synes å stride mot et sentralt rettferdighetsprinsipp i sosialt arbeid, noe som kan føre til at sosialarbeideren i utgangspunktet har en tilbøyelighet til å unngå å anvende loven. Holdninger i det sosialfaglige arbeidet har også sammenheng med flere andre forhold enn det yrkesetiske. Vi vil i denne sammenhengen trekke frem personlige holdninger, tidligere erfaringer og kollegiale forhold.

Holdningene til tvang mot gravide rusmiddelmissbrukere er entydig positivt. Det er ingen av våre informanter som uttrykker negative holdninger til formålet med å skjerme fosteret for rusrelatert skade, på tross av at dette innebærer å krenke kvinnen ved å utsette den gravide for tvang. Positive holdninger til § 6-2a har sammenheng med at lovens formål er å beskytte en tredje part, det ufødte livet, men kan også ha sammenheng med tidligere erfaringer på at tvang har ført frem og fungert gunstig – også for kvinnen:

Men effekten av tvang, for å si det sånn, vanlig 6.2., altså ikke gravide, effekten av å bruke tvang, den er kun egentlig for å redde liv, bedre livskvalitet kanskje en periode etterpå, men nesten ingen effekt i forhold til det den er ment å være, en rusfri periode på tre måneder for å motivere for videre behandling. Det er nesten nulleffekt på. Det er min erfaring. Der det nytter med tvang, det er overfor gravide. Der har vi effekt, for der har du en mye lengre innleggelse, så du jobber mye lengre med dem, pluss at de har også oppfølging i to år etterpå fra institusjon X.

(Informant 25)

Vår studie viser at ruskuratorene lykkes langt bedre med å oppnå gode resultater med iverksetting av § 6-2a, enn av § 6-2. Graviditet og omsorg for barn fører ofte til et langvarig brudd i rusmisbrukerkarrieren. Dette skyldes også at tilbakeholdsperioden er mer langvarig for gravide. Imidlertid er bruk av § 6-2 et langt mer kontroversielt

tema. At dette er noe det finnes mange meninger om og at holdninger kan påvirke anvendelsen av tvangsparagrafene, er flere ruskuratorer opptatt av selv:

Men det er og ulikt fra person til person og, det er jo noen som er litt tvangskåte og, av og til. (*vi ler*). De vurderer fortore tvang enn det andre ville gjort. Hopper rett på.

(Informant 7).

Uttalelsen tyder på at det er kjent blant sosialarbeiderne at bruk av tvang er omstridt. Denne ruskuratoren hevder at de som særlig er positive til tvang, har en lavere terskel for å fremme tvangssaker. Den av ruskuratorene i utvalget som har fremmet flest saker, uttaler følgende:

Forsker: Burde tvang bli brukt oftere?

Inf: Ja. Mye oftere.

Forsker: Hvorfor det?

Inf: Jo fordi at det dør i Norge kanskje 200 i overdoser, og så er det et mørketall som er veldig høyt, men ingen vet det mørketallet.

(Informant 4).

Denne ruskuratoren ønsker mer bruk av tvang, fordi han mener det er uholdbart at så mange dør i overdoser i Norge hvert år. Den positive holdningen til tvang er her først og fremst knyttet til ønsket om å redde liv. Vedkommende ruskurator er også den i utvalget med erfaring fra klart flest tvangssaker. Mens de andre ruskuratorene stort sett har erfaring med 2–3 tvangssaker, har han hatt 10 saker de siste 2 ½ årene. Det er en indikasjon på at holdningsforskjeller mellom ruskuratorene har betydning for anvendelsen av tvangslovgivningen.

Holdninger må knyttes til hvilke tidligere erfaringer ruskuratoren har med bruk av tvang overfor sine klienter, om dette har ført til en bedre livssituasjon for rusmiddelmissbrukeren og hvor store personlige omkostninger slike saker har hatt for saksbehandleren. En ruskurator er positiv til tvang på grunn av tidligere erfaringer:

For det at, eller jeg tenker og at, at tvang er jo hensiktsmessig og i mange, det motiverer jo faktisk til videre behandling, sant, og de får litt lyst når de får tid til å bli litt rusfri og ser ting litt i perspektiv, så får de motivasjon og lyst til å prøve frivillig behandling, sant. Ja. Jada, og det er jo andre her på kontoret her og som har positiv erfaring med tvang. Og det er jo veldig kjekt å se, sant når du har jobba med en pasient på Z rusinstitusjon, gravide, sant, og så kommer de ut og får beholde ungen og det går veldig bra og sånn, sant.

(Informant 7)

Tilsvarende ser vi at ruskonsulenter som har dårlige erfaringer med tvangssakene, har negative holdninger til tvang. Dårlige erfaringer handler om belastningen med å drive vanskelige saker som både gir stort personlig ubehag og arbeidsbyrde, samtidig som at tvangen har gitt et dårlig resultat. Flere ruskonsulenter som uttrykker negative

holdninger har opplevd at situasjonen heller ble verre enn bedre for den tvangsinnlagte rusmiddelmissbrukeren. I noen slike tilfeller refereres det til at personen døde rett etter utskrivelse. Tvang blir da opplevd som totalt meningsløst, som frihetskrenkelse uten hjelp, noen ganger med døden til følge. Dette kan føre til en vegring for å ta i bruk tvangsparagrafene fordi de er redd for at det ikke fører frem, og heller er til skade mer enn til gagn.

Samtidig kan lederen ha en holdningsdannende funksjon i positiv eller negativ retning for eksempel ved å gi signaler om hvilke arbeidsmetoder som er akseptable og i hvilken frihet den enkelte ruskuratoren har i sitt arbeid. På flere områder ser det ut som lederen har en viktig funksjon i de kollegiale meningsdannelsesprosessene på det enkelte kontor og ved å gi sterke føringer på tvangsbruken, selv om det ikke nødvendigvis er sagt rett ut. Likevel er det vanskelig å få noen utbredt oppfatning av hvilken makt lederen har på det enkelte kontor da dette ikke nødvendigvis er noe ruskonsulenten er bevisst på. Noen mener likevel selv at sjefen spiller en stor rolle. Betydningen av lederens mening på lokalt nivå ble denne informanten særlig oppmerksom på da hun begynte å jobbe i en annen bydel. På sin første arbeidsplass, som er en av de største og mest belastede bydelene i en storby, hadde hun aldri en eneste tvangssak i løpet av de mange årene hun jobbet der. Selv hevdet hun dette skyldtes at lederen ikke gav støtte til å kjøre slike saker og signaliserte på ulikt vis at tvang, det var noe de ikke drev med på dette kontoret:

Inf: Jeg har ikke fulgt opp, jeg har ikke lagt inn noen på tvang der... Du trenger jo støtte hos lederen din for å få lagt inn noen på tvang, og det var ganske sånn kultur der på at vi ikke skulle legge inn. ... Det er jo vi som avgjør til slutt om man skal gå til tvangsinnlegging, og da blir det jo hvordan du bruker argumentene, du kan jo alltid finne at klienten er innstilt på frivillighet, eller man kan ta det på den andre måten, at: «Nei, klienten er ikke motivert, og det vil ikke nytte». Og da unngår du en tvangssak.

Forsker: Men var det lederen som uttalte det, eller hadde den holdningen som du sa, eller?

Inf: Ja. Ja, det var lederen som... Ja, for det er jo veldig tidkrevende da, å gjøre det... Det er jo kostnadskrevende og da... Det koster jo mye å legge inn noen på tvang. Q er jo et veldig mye større kontor, så det er veldig underlig at det i løpet av mine 6 år der ikke var tvangsinnleggelser, og så kommer jeg til Y kontor, så jobber jeg der i to måneder, og tvangsinnlegger noen. Ikke sant.

(Informant 17)

Holdninger er en individuell størrelse, men kan også være forankret i organisasjonen eller i lokal forvaltningspraksis på området som er utviklet over tid. Avgjørelser i tidligere saker kan skape presedens. Det kan sette seg lokale meningsfellesskap som sosialarbeiderne mer eller mindre bevisst har blitt sosialisert inn og som gir retningsanvisninger for bruk av tvang. Dette gjelder holdninger til hvilke problemer som får anerkjennelse, hva som er et satsningsområde og hvilke vansker hos klienten som

mobiliserer hjelpeapparatet og gir ressurser. Tvang er et slikt kritisk tema som vi kan se at ulike meningsfellesskap disiplineres rundt, og der lederen kan ha stor makt.

Vår studie viser at tvang fortsatt er et kontroversielt tema, men vi ser en klar dreining i mer positiv retning enn det Nilssens studie viste for 10 år siden. Nilssen fant at skepsisen var fundert i tvangens manglende resultat, rusmiddelmissbrukerens personlige ansvar og egen yrkesetikk. Samtlige i vår undersøkelse slutter opp om loven som hjemler tvang mot gravide rusmiddelmissbrukere, og selv om det fortsatt er noen som er klart negative til bruk av tvang ved § 6-2, mener de fleste at tvang bør brukes når rusmiddelmissbruket har ført til en livstruende situasjon. En økning av bruk av tvang kan da skyldes at andelen av rusmiddelmissbrukere med et alvorlig eller livstruende helseproblem har blitt større. I så fall kan økt bruk av tvang ha sammenheng med endringer hos rus klientene, mer enn en endring i forvaltningen, det kan skyldes en forverring av rusmiddelmissbrukernes levekår.

Samtidig ser vi at mer positive holdninger til tvang også kan være en relevant forklaringsdimensjon. Mange mener for eksempel at tvang brukes for lite. Dette kan skyldes at den nye generasjonen sosialarbeiderne blir skolert inn i en yrkesetisk tradisjon der tvang fremstilles som et mer legitimt virkemiddel. De yrkesetiske normene er i endring, noe som viser seg i at lærebøkene har fjernet en prinsipiell reservasjon mot bruk av tvang i sosialt arbeid. Samtidig finner vi ikke at det er en enhetlig kultur i sosialtjenesten som virker mot anvendelsen av § 6-2. Et viktig forhold som kan forklare variasjonene i tvang bedre er hvilken kunnskap de henter, gjør relevant og benytter seg av i tvangsarbeidet, og denne kunnskapsinnhentingprosessen og problemer knyttet til dette er tema i det følgende.

3.3 Kunnskapsgrunnlag

Sosialfagets kunnskapsbasis kan karakteriseres som hybridisert ved at profesjonsutdanningen er sammensatt av en rekke vitensfelt (Villadsen 2005). Det kan ofte være vanskelig å skille det sosialfaglige arbeidet fra moralarbeid (Terum 2003). Det sosialfaglige arbeidet innebærer grensedragningsprosesser mellom normalitet og avvik innenfor en rekke områder uten at det finnes så mange andre hjelpemidler i dette grensesettingsarbeidet enn den enkelte yrkesutøverens frie skjønn. Samtidig involveres en rekke støttespillere i tiltakskjeden i dette kunnskapsinnhentingarbeidet. Disse bidrar til å definere hva som er et omfattende og vedvarende rusmiddelmissbruk, hvilke leveforhold som er moralsk uakseptable og hva som skal til for at et forhold skal defineres som helseskadelig eller livstruende. Kunnskapsflyt- og hindre, og særlig bekymringsmeldingenes rolle, er tema for det følgende.

3.3.1 Bekymringsmeldinger

Det er eksterne opplysninger som vanligvis setter i gang en tvangssak: I de aller fleste tilfeller begynner en § 6-2 sak med en slik bekymringsmelding fra aktører utenfor sosialtjenesten. Likevel har ikke sosialtjenesten i forhold til § 6-2 en utredningsplikt

ved bekymring meldt fra andre samarbeidspartnere. Samtidig har helse- og barnevernstjenesten en 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 sannsynlig at barnet blir født med skade. Dette er begrunnet med et behov for utveksling av informasjon mellom sosialtjenesten og helsetjenesten fordi det ikke kan forutsettes at alle gravide som misbruker rusmidler vil være kjent av sosialtjenesten. Kvinner som misbruker medikamenter vil ofte befinne seg utenfor de tradisjonelle rusmiljøene, og siden det er de første månedene av svangerskapet som er antatt som viktigst for barnets utvikling, vil meldeplikten kunne være viktig for å sørge for at sosialtjenesten kan komme i kontakt med den gravide tidligst mulig. Fastlegereformen som ble innført 1. juni 2001 innebærer at pasientene har en tettere relasjon til sin lege, og har dermed skapt en bedre mulighet for å avdekke alvorlige rusproblemer, rusrelatert sykdom, men også de tilfellene hvor gravide ruser seg. I svangerskapskontrollene skal kvinnens selvrapporterte rusmiddelmissbruk kartlegges både på helsestasjonen og hos fastlegen. Samtidig har det vist seg at leger og annet helsepersonell ofte vegrer seg for å be om utdypende og nærgående spørsmål om pasientenes rusmiddelmissbruk. Sosialtjenesten er avhengig av at helsepersonell avdekker og melder videre ved mistanke så snart som mulig, og særlig gjelder dette for rusmiddelmissbrukere som sosialtjenesten ikke er i kontakt med fordi de ikke er sosialklienter. Sosialarbeiderne mener at mange i det offentlige tjenesteapparatet ikke er klar over denne plikten og de er opptatt av at det generelt sendes alt for få bekymringsmeldinger:

Ja, så lege og barnevernstjenesten og andre helsearbeidere har plikt til å informere oss i forhold til gravide med rusproblemer. Men det er mange som ikke vet det! Legene kan vegre seg for å samarbeide med oss fordi at de tenker tvang med det samme, og «er det nødvendig», «vi vil ikke ringe sosialkontoret fordi at vi vil opprettholde en god relasjon til pasienten».

(Informant 3)

Legene vegrer seg for tvang og er redd for å skade relasjonen til klienten, og dette kan føre til at melde og opplysningsplikten i liten grad blir fulgt opp i praksis. Borgestads-klinikkens kartlegging av 136 innlagte pasienter viser at det ofte er den gravide selv som melder bekymring til sosialtjenesten i forhold til 6-2a, og at helsepersonell melder bekymring mindre enn forventet ut fra den tette kontakt mange har med kvinnen i løpet av svangerskapskontrollene (Grimstad og Kristiansen 2009). Flaaterud (2000) fant også at helsepersonell hadde en påfallende liten meldingsaktivitet, og at barnevernet var den mest meldingsivrige.

Det har vist seg at heller ikke pårørende av personer med et alvorlig rusproblem melder mer enn andre, selv om de i kraft av § 6-1a er i en posisjon der de kan kreve at sosialtjenesten skal vurdere bruk av tvang. Sosialtjenesten har ulike oppfatninger om og erfaringer med pårørendes rolle, men det er få som opplever pårørende generelt som betydelige pådrivere i forhold til bruk av tvang. Liten grad av involvering kan skyldes at mange rusmiddelmissbrukere i målgruppen ikke har noen nær eller fortrolig relasjon

til sine pårørende, at kontakten kan være brutt og at det er knyttet skam til rusprobleme slik at disse mer eller mindre bevisst blir forsøkt holdt skjult. Mange påpeker at det ikke sjelden er slik at pårørende selv har et rusmiddelmisbruk, at det kan være et problem i flere generasjoner – i hele «smålekter» – slik en i Utekontakten formulerte det. Flere ruskuratorer er særlig opptatt av at problemet er at mange av denne typen klienter har ressursvake pårørende: «Det er nå en veldig sånn marginalisert gruppe på alle vis da, veldig mange av dem har jo ikke noen pårørende som er i stand til å melde bekymring» (Informant 21). At noen ikke har pårørende eller at disse ikke er i stand til å bistå eller har mangelfull kunnskap om sine muligheter til å kreve at sosialtjenesten må foreta en vurdering, kan ha avgjørende betydning i vurderingen av berettigelsen av tvang. En sosialkurator forteller om en gutt han hadde lenge under vurdering, uten at det ble en tvangssak:

Inf: Den gutten, jeg så han var dårlig, men han kom til meg, av en eller annen merkelig grunn så kom han, kom og kom, og prata, og han var dårlig, altså. Jeg satt og kjente på «hva faen skal jeg gjøre?» Jeg prøvde å legge ham inn frivillig, men det nytta ikke. Skal vi ta ham, skal vi legge ham inn, tenkte jeg, skal vi bare ta ham? Det var faktisk, han var så dårlig at det var grunnlag for tvangsinnleggelse. Han døde, han, i en overdose. Jeg må si at den kjente jeg på i etterhånd, altså, at jeg skulle ... Men det var ingen pårørende, ingen som ringte, ingen som spurte etter ham. Gutten var bare 21 eller 22 år.

Forsker: Så du tenkte at der kunne pårørende faktisk utgjort den forskjellen?

Inf: Ja, hadde jeg blitt pressa der, så trur jeg at jeg hadde lagt ham inn. Hadde gjort det, altså. Men om vi hadde berga livet, det vet vi jo ikke. Vi hadde kanskje hatt ham inn i tre måneder, og så hadde han ...

(Informant 27)

Ifølge denne ruskuratoren er det ofte så mye usikkerhet knyttet til om det bør bli en tvangssak, at særlig i det som defineres som grensetilfeller, vil en engasjert pårørende ofte få en avgjørende rolle. Samtidig viser denne saken hvilket ansvar sosialarbeideren påtar seg og hvilke moralske problemer som kan oppstå i det som defineres som en feilvurdering i jobben som han selv mener bidro til at rusmiddelmisbruket fikk en dødelig utgang. Dette viser også at i mangel av et handlekraftig nettverk eller involverte pårørende har sosialtjenesten et særlig ansvar for å gi rusmiddelmisbrukerne tett oppfølging. Selv om pårørendes engasjement er viktig for situasjonen til rusmiddelmisbrukeren og arbeidet til ruskuratoren, vektlegger noen at de har opplevd flere tilfeller hvor sterke pårørende utsetter sosialtjenesten for et stort press som noen oppfatter som direkte ubehagelig:

En sånn trend i det arbeidet når jeg har jobba i forhold til rus og tvang, at da er det sterke pårørende, det er sterke meldinger inn imot det offentlige hjelpeapparatet, og de presser oss, og vi veit at vi kan få et helvete i avisene etterpå hvis de dør og vi ikke legger dem inn, hvis vi ikke forsøker, hvis dere skjønner hva jeg mener.

(Informant 26)

Både pådrivende og fraværende pårørende kan noen ganger oppleves som et problem i sosialtjenestens arbeid. Noen fremholder imidlertid at bruken av § 6-1a er særlig viktig i de tilfellene hvor dette gjør at sosialtjenesten kommer i kontakt med rusmiddelmissbrukere som de ikke kjenner fra før av. En ruskurator oppfordrer pårørende som tar kontakt til å ta i bruk § 6-1a for å få sosialtjenesten raskt til å komme i behandlingsposisjon overfor utsatte rusmiddelmissbrukere som ikke er sosialklienter. Dette gir sosialtjenesten anledning til å raskere komme i kontakt og dialog med mennesker som er i risikozonen og å gi hjelp og veiledning om muligheter for behandling:

Så 6.1a er de, det er på en måte det verktøyet jeg setter veldig pris på, det gir meg anledning til å faktisk kontakte brukere som jeg ikke er i kontakt med i utgangspunktet, så når jeg får pårørende som henvender seg til meg, og er bekymra og sånn, sånn, sånn; så orienterer jeg alltid om 6.1a. Samtlige 6.1a saker som jeg har hatt, har endt opp med frivillig plasseringer, og det er ganske enestående i seg selv, for vet du hva som skjer? Det har vært en sånn wake-up call, ikke sant, «når min mor har gått til det skrittet, og gått så langt, at hun faktisk på en måte anmelder meg, da er det ganske gærent».

(Informant 13)

Denne sosialkuratoren bedriver aktivt opplysningsarbeid om de mulighetene 6-1a gir. Dette gjør at § 6-1a oftere blir tatt i bruk, men sjelden i den hensikt om å ønske bruk av tvang. Formålet er å gi et signal om en alvorlig bekymring og samtidig true med muligheten for tvang, noe som gir en tankevekker som gjør at noen rusmiddelmissbrukere ser alvorret i sin egen situasjon. Denne symbolske bruken av paragrafen har ruskuratoren opplevd som gunstig og har oftest ført til et vendepunkt der det oppnås samarbeid om frivillige løsninger, heller enn tvangstiltak.

Pårørende kan spille en viktig rolle ved å bidra til sakens opplysning, men kan ha ulike motiveringer for å fremme en tvangsinnleggelse, noe som gjør at det kan være problematisk at interessene til pårørende får en utslagsgivende betydning. Rusmiddelmissbrukere kan utgjøre en stor belastning på familien, og mange tar et stort ansvar for å hjelpe i en vanskelig livssituasjon samtidig som de må leve med at omgivelsene ofte plasserer skylden for rusproblemene på familien. Ikke bare rusmiddelmissbrukeren, men også familien opplever et stigma. Kanskje kan særlig sosialt og økonomisk bedrestilte foreldre med store ambisjoner på vegne av sine barn oppleve det å ha et rusproblem i familien som mer tabubelagt, skammelig og belastende, og drivkreftene i dette klassespesifikke ubehaget kombinert med bekymringer og adekvate ferdigheter til å manøvrere seg i systemet, gjør at disse får gjort sin stemme gjeldende mer enn andre. Faren er at det kan oppstå en rettstilstand der en middelklassespesifikk anstendighetsmoral er underliggende eller skjult i en mer treffsikker og rettslig akseptabel argumentasjon som går hjem i hjelpeapparatet om fare for den nærståendes liv og helse (Mathiesen 1977, Ødegård 1995.) Søvig (2007) argumenterer for at risikoen for at uvedkommende hensyn kan bli utslagsgivende gjør at pårørendes syn ikke bør tillegges vekt i vurderingen av om noen skal frihetsberøves. Selv om pårørende kan ha makt til å utløse en tvangssak, er dette i følge vår undersøkelse så langt en forskjell de færreste

er seg bevisst eller benytter seg av. Det ser ikke ut som at styrkingen av de pårørendes rettslige status ved § 6-1a generelt har hatt noen stor betydning for bruk av tvang slik intensjonen var, men at den heller har gitt en mulighet som særlige ressurssterke pårørende tar fordel av.

Bekymringsmeldinger blir generelt betraktet som svært viktig i ruskuratorens arbeid. Disse meldingene er ofte utslagsgivende i vurderingen om å åpne en tvangssak. Det er ingen instanser som peker seg ut som særlig meldingsivrige. Samtidig er det påfallende at ruskuratorene svært sjelden forteller at de har vurdert tvang utelukkende basert på egen bekymring:

Forsker: Er det riktig å si at terskelen er høy for å begynne en utredning om tvang hvis ikke det foreligger en bekymringsmelding, hvis det kun er dere som er bekymra?

Inf: Ja, det tror jeg. Jeg tror nok det er sjelden vi iverksetter sjøl. Jeg kan ikke si om vi har hatt sånne saker i det hele tatt. Det har vel alltid kommet et eller annet innspill fra en eller annen.

(Informant 6)

Dette inntrykket deles av de fleste ruskuratorene. En ruskurator ved et annet kontor anslo at i over 90 % av tilfellene starter en tvangssak ved bekymring utenifra. Det innebærer at ruskuratorene pålegger andre aktører og instanser et stort ansvar for at tvang i det hele tatt blir vurdert overfor en rusmiddelmisbruker. Samtidig etterspør ruskuratorene flere bekymringsmeldinger:

Det er *altfor* lite bekymringsmeldinger. Og *særlig* på gravide, og *særlig* fra, øh, vi har jo den helsestasjonen for, og så *særlig* fra fastlegene.

(Informant 4)

Det trekkes frem i langt de fleste intervjuene at antallet bekymringsmeldinger er for få. Videre påpekes det at ulike samarbeidspartnere virker å ha svært ulik praksis i forhold til om og når de sender en bekymring, og at det generelt er mangelfull kunnskap hos relevante samarbeidspartnere om muligheten til å sende bekymring til sosialtjenesten som spesifikt ber om tvang. Ruskuratorene påpeker at det særlig er fastlegene som er unnfalende i sin meldepraksis. Det virker med andre ord å være en rekke mer eller mindre tilfældigheter, utenfor sosialtjenestens kontroll, som gjør at sosialtjenesten mottar opplysninger som fører til at de i det hele tatt *vurderer* å starte en utredning om tvang. Variasjoner i bruk av tvang kan da ha sammenheng med ulike terskler for å sende bekymringsmeldinger.

Ruskuratorenes opplevelse av å være avhengig av eksterne bekymringer kan imidlertid også problematiseres. De har vanligvis svært tett kontakt med sine klienter, og mener å ha god oversikt over deres situasjon. Det går også tydelig frem av intervjuene at ruskuratorene ofte er alvorlig bekymret for livssituasjonen til sine rusmiddelmisbrukende klienter, uten at de vurderer muligheten for tvang. Dette indikerer at sosialtjenesten av ulike grunner vegrer seg for å bruke tvang, og har gjort seg for avhengig av

bekymringer utenifra. Dette ser særlig ut til å gjelde for tvang etter § 6-2. I forhold til gravide rusmiddelmissbrukere har flere kontorene en årvåkenhet som gjør at de ofte selv avdekker kombinasjonen av rus og graviditet hos sine klienter. Likevel er det ofte slik at fastleger og helsestasjoner er instansene som først får informasjon om graviditet, og ruskonsulentene fremhever at de er avhengig av et godt samarbeid med disse instansene for å raskt kunne sette inn nødvendige tiltak mot gravide rusmiddelmissbrukere.

3.3.2 Samtykke

Et forhold som setter grenser i arbeidet med en tvangssak, er hvorvidt klienten selv samtykker til at informasjon utleveres. Det foreligger ingen bestemmelser i sosialtjenesteloven om at informasjon kan utveksles uavhengig av taushetsplikt i en § 6-2 sak (Sosial- og helsedepartementet 2000). Denne situasjonen kan virke paradoks: Sosialtjenesten er avhengig av at den som skal innlegges i institusjon uten eget samtykke, må samtykke til utveksling av den informasjonen som skal synliggjøre behovet for tvang. I intervjuene med ruskuratorene fremkommer det at samtykke vanligvis blir gitt i de tilfellene der klienten ikke motsetter seg tvangsinnleggelsen. I slike saker er som regel utredningsprosessen mindre problematisk. Imidlertid er klienten ofte sterkt i mot å bli tvangsinnlagt, og ønsker dermed ikke å gi et slikt samtykke til utveksling av informasjon mellom tjenestenivåene.

Det jeg synes kan være vanskelig som kan, altså i noen situasjoner kanskje blir for strengt, det er rett og slett at vi må ha samtykke fra klienten til å innhente opplysninger i forhold til tvang. Og at det kan vanskeliggjøre prosessen, for folk som virkelig kunne trenge å komme seg inn et sted.

(Informant 3)

I slike saker er utredningsprosessen svært arbeidskrevende og problematisk for sosialtjenesten. En ruskurator informerer åpent om at de i slike tilfeller ikke lar seg stanse av mangel på samtykke:

For jeg hadde heller ikke noe samtykke fra bruker på det tidspunktet, for vi hadde problem med å få fatt i henne og ha noe okei samtale med henne. Hun hadde vi heller ikke fått oppnevnt advokat for, for hun var ikke i dialog med oss på den måten. Men da skreiv vi bare brev og henviste til loven, og så fikk vi på en måte opplysninger ifra mange av samarbeidspartnerne, ikke alle. Så det er litt sånn ulikt, kan det virke som.[...] Og jeg synes jo det at hvis jeg bruker tid på sånne ting, det blir jo for dumt. Det var vel bare en av de samarbeidspartnerne i den saken i 2007 som ikke ville gi opplysninger uten at det foreligger samtykke.

(Informant 6)

Ruskuratoren vedgår at de helt bevisst bryter taushetsplikten for å få innhentet opplysninger som kan danne grunnlag for tvang. Hun forteller at de sender ut brev til ulike samarbeidspartnere som har vært i kontakt med klienten, ber om opplysninger, og håper at samarbeidspartnerne ikke problematiserer taushetsplikten. En

slik tilsynelatende stilltiende forståelse av at vurderinger om tvang etter § 6-2 er en situasjon som krever nødrettslige unntak, er ikke unikt for dette kontoret. Flere rapporterer om at det ofte foretas kreative manøvre for å få personopplysninger de ikke har fått lovlig tilgang til, men som kan være avgjørende for utfallet. Tiltakskjeden inngår i en paternalistisk behandlingsallianse der informasjonsutvekslingen bak klientens rygg blir legitimert som helse- og livsnødvendig. Ruskuratorene har imidlertid svært varierende erfaringer med samarbeidet med helsetjenestene i utredningsfasen. Flere trekker frem at ulike aktører og institusjoner er tilbakeholdne med å utlevere dokumentasjon på helsetilstand, uavhengig om det foreligger samtykke eller ikke.

Inf: I den saken som ligger litt på vent, der nekta vedkommende å samtykke, og da var det jo å presisere overfor psykiatrisk sykehus som da hadde sendt bekymringsmeldingen, og det var jo der de trakk seg litt, for de blei usikre på taushetsplikten. Altså, vi mente jo at hvis dere vurderer at dette er fare for liv og helse, så må dere kunne gi oss de opplysningene som er nødvendige for at vi skal gå videre med saken.

Forsker: Ja, for da kan de bryte taushetsplikten sin?

Inf: Ja. I form av at dette er en bekymringsmelding og dette er opplysninger som vi ser på som så viktige at – ja. Og det presiserte vi helt fra begynnelsen av, at nå er det viktig hva vi får av dere, for det er det eneste vi har å bygge sak på ut ifra nå-situasjonen.

(Informant 1)

Ruskuratoren opplevde at hun var nødt til å få en erklæring fra et psykiatrisk sykehus for å gå videre med saken, for hun mente at det var det «eneste vi har å bygge sak på». Dette viser til et gjennomgående problem i tvangens forvaltning; at de som har fått ansvar for å anvende lovene ikke føler at de har den nødvendige kunnskapen til å gjøre jobben selv.

3.3.3 Sosialfaglig mindreverdskompleks

De fleste av våre informanter omtaler en følelse av faglig utilstrekkelighet i arbeidet med tvang. Dette har også sammenheng med at dokumentasjonspraksisene i sosialtjenesten betraktes ofte som mangelfulle og varierende, og noe som andre vanskelig kan dra nytte av:

Vi har ulik erfaring på dokumentering. Vi har ulik erfaring på journalføring, og er det noe vi har lært av de greiene her og dette med individuell plan, at å være nøye på det, for plutselig en dag så får du bruk for det, for det vi veldig ofte gjør, at journaler på sosialkontor lages til internt bruk. «Trur du ikke, han var jaggu drita full igjen, og det var bare tull og hujing og skriking» og blablabla. Altså, du får litt sånn der hverdags – ... og du kan selvfølgelig ikke kjøre utskrift av de greiene der og levere til Fylkesnemnd.

(Informant 12)

Klientjournalføringen blir skrevet til «internt bruk», og ikke som grunnlag for bevis i en rettsprosess. De journalførte opplysningene blir derfor ikke ansett som holdbar nok for en innstilling, det blir synsing uten fakta:

Og så er det ofte journaler, hvis man ikke har fått skikkelig opplæring på journaler, så er det for mye synsing uten at det er faktabeskrivelser. Det blir for mye farga av den personens vurderinger uten at det er – altså, «det var kaos i leiligheten», uten å beskrive hva det kaoset består av, for «kaos» kan jo være så mangt. Sånn at det har vi blitt, det har vært en skikkelig drilling som er nyttig.

(Informant 11)

Den sosialfaglige kunnskapstradisjonen har tradisjonelt vært for subjektivt preget, ifølge denne ruskuratoren, noe som viser seg i en personlig preget journalpraksis som gjør den lite brukbar til noe annet enn for eget bruk. Ruskuratoren mener at slike rettsprosesser og krav om offentlig innsyn har medført en forbedring av dokumentasjonssystemene som har gjort journalarbeidet mer faktoorientert. Dette har styrket statusen til egen kunnskapsproduksjon, og bedret arbeidet med tvangssakene. Likevel kommer en faglig usikkerhet stadig til uttrykk overfor oss ved at de fleste ruskuratorene vurderer sin egen kunnskap og dokumentasjon som for svak til å fremme en sak. Dette gjør at det settes i gang et omfattende kunnskapsinnhentingsarbeid i hjelpeapparatet rundt klienten. Vurderingen av behovet for tvang involverer ofte flere profesjoner og går gjennom mange ledd i tiltaksapparatet. Det er særlig spesialisthelsetjenesten sin støtte som blir avgjørende for om det blir en sak. Særlig er det medisinen som fungerer som en sosialfaglig hjelpedisiplin ved at diagnoser utløser tvangsvedtak:

Inf: Kommunen tror jeg er avhengig av støttespillere i spesialisthelsetjenesten. Der kan man snakke om status og man kan si mye forskjellig, men kommuneansatte i rustjenesten har ikke tradisjonelt sett veldig høy status. Faglige vurderinger som blir gjort av kommunen, har ikke høy status, derfor så er kommunen ofte helt avhengig av å ha med spesialister på laget. Selv om de kommuneansatte har både utdanning og masse erfaring, så har de ikke tyngde nok i denne type saker, og det er også et tankekors, da.

Forsker: Hva slags type mennesker er det vi snakker om i spesialisthelsetjenesten?

Inf: Vi vil gjerne ha en psykolog- eller spesialistuttalelse i forhold til psykiater, overlege, psykolog, den type. Skal det veie noe, så bør det være – og gjerne diagnoser, ikke sant, det er veldig lesbart og spiselig.

(Informant 11)

Diagnosene som katalysator for iverksettelsen av tiltak i forvaltningen er et velkjent fenomen (Lundeberg 2005). Det har vist seg at særlig medisinske kategoriseringer har stort gjennomslag i rettsanvendelsessituasjoner i velferdsstatens hjelpeapparat fordi de har et naturvitenskapelig fundament og blir derfor betraktet som moralsk nøytrale (Lundeberg 2008). Samtidig får ruskuratoren avlastning i sin lovpraksis og avhjelper en potensiell rollekonflikt ved at moralske problemer med å bruke tvang dempes,

elimineres eller skjules i medisinenes mange navn og ved en begrunnelse av å bidra til helsefremme. Noen mener at det *aldri* blir en sak uten at spesialistnivået klart og entydig kan dokumentere rusmiddelmissbrukerens farlige helsesituasjon:

Forsker: For å spørre på den måten: Har dere kjørt en sak noen gang uten den type spesialistklæring som du viser til her? Hvis det ikke er prøvd, så veit du ikke om det er nødvendig.

Inf: Svaret er nei.

(Informant 12)

Dette understrekes ytterligere ved at samarbeidsproblemer og fravær av entydig dokumentasjon på rusmiddelmissbrukerens helsesituasjon fører til at saken blir henlagt:

Inf: Det var en annen ting jeg tenkte – jo, det var det spørsmålet i forhold til saker som ble henlagt. Det er jeg helt sikker på vi hadde flere enn den alkoholi-
kersaken nå siste året som vi henla fordi at vi blant annet fikk, i håp om å få en skikkelig god uttalelse fra en spesialist som vi tenkte ville bygge opp under den elendigheten vi så på kommunalt nivå, så fikk vi ikke det, da. Det stod på en måte beskrevet en mann som kunne ha vært en ordinær søker til en videregående skole, hvis du skjønner. Det var ikke verken den kognitive svikten eller den funksjonssvikten som vi så, og da måtte vi jo bare legge saken til side. Vi kunne jo ikke kjøre sak med den type dokumentasjon.

Forsker: Fordi den ville si mot deres?

Inf: Ja, og det var ganske interessant, for da var vi jo i tett samarbeid med ambulerende team, som på en måte påla kommunen å gjøre noe med denne situasjonen til det mennesket som hadde hatt det helt forferdelig, hvor vi sa at vi hadde en plan her som dere var innforstått med, men når dere produserer den type dokumenter, så stopper jo det hele opp, for det åpner ingen dører i forhold til det vi så på som siste mulighet til å kunne gjøre noe.

(Informant 11)

Selv i de tilfeller hvor spesialisttjenesten er samarbeidsvillig, skjer det ofte at de produserer det som sosialtjenesten mener er feil type dokumenter. Noen former for dokumentasjon er det umulig å «kjøre sak» på, sier denne ruskuratoren, fordi spesialistene ikke leverer det ruskuratoren har bedt om. Hun håpet på å få en «skikkelig god spesialist uttalelse» om elendigheten til klienten i den tro at det er spesialistene som slår gjennom i fylkesnemnda. Ruskuratoren opplever å stå i en akutt situasjon, men får ikke spesialisttjenesten til å bli en meningsfelle i definisjonen av dette som en krise.

En annen kurator forteller tilsvarende om at samarbeidsproblemer med spesialistnivået gjør saksforberedelsene unødig vanskelig. Hun hadde opplevd flere ganger å få svært alvorlige helseopplysninger av behandlende lege muntlig, men når hun ba om å få det skriftlig så ble denne versjonen:

... veldig vagt. Det var ikke godt nok, altså, vi fikk ikke den spissinga som jeg bad om gang på gang på gang, fordi at for meg, 20 innleggelse i løpet av fire

år, ja – mens Nemnda ville spurt: Men hva er den konkrete situasjonen Nå? Hvorfor vurderte dere tvang nå? Da var det jo at de skulle presisert at det hadde faktisk vært fire innleggelses den siste måneden, og vedkommende sin fysiske helse, som at han hadde rast ned i vekt og vi vurderer at han blir mer og mer ustabil psykisk, sant. Det var jo det vi hadde fått muntlig.

(Informant 1)

Denne saken ble stoppet på grunn av problemer med å innhente relevant dokumentasjon, selv om kuratoren mente at dette burde blitt en tvangssak. I denne saken kan samhandlingsproblemene skyldes at legens forståelse av situasjonen i dette enkelte tilfellet avviker fra ruskuratorens. Samtidig kan dette også være en indikasjon på en mer underliggende generell konflikt mellom ulike fagtradisjoner og forvaltningsnivåer. Sosialfagets holistisk perspektiv og klientnærhet står mot en spesialisert medisindisiplin som har deler av kroppen som sitt gjenstandsområde i sitt mer poliklinisk orienterte arbeid. Spesialistnivået oppleves ikke som en god nok støttespiller for sosialtjenesten i disse tilfellene fordi de ikke produserer kunnskap som de antar er tilpasset en rettslig sammenheng, som det går an å «kjøre sak» på.

Samarbeidet med spesialistnivået oppleves i det hele tatt som helt avgjørende for sosialtjenestens arbeid med tvang. Den sosialfaglige praksis blir preget av samarbeidsrelasjoner og konkurranseforhold til andre yrkesgrupper i rusfeltet som psykologer, psykiatere, leger og helsesøstre som også har jurisdiksjon på arbeidsoppgaver på feltet (Mjåland 2008). Mange sosialkuratorer rapporterer at manglende faglig selvtilit fører til unnfallenhet og til en vegring mot å ta ansvar for å kjøre sak, uten å ha medisinerer eller andre spesialister med på laget. Noen tematiserer dette som et statusproblem, og en opplevelse av at den sosialfaglige kunnskapen ikke vinner frem eller kan stå seg alene i forhold til spesialistnivået:

Jeg har noen stygge tanker i huet mitt om at det har med noen sånne profesjonsgreier å gjøre, på grunn av at kommunen går inn og trækker nok veldig langt inn i et fagfelt som enkelte mener at vi ikke skal trække inn i, og at de vurderinger skal gjøres av helt andre profesjoner enn det som er ute i kommunene.

(Informant 12)

Alliansen med høystatus disipliner som medisin og juss oppleves som et strategisk viktig kompaniskap i arbeidet med å vinne frem i fylkesnemnda. Å gjøre sykdom til omdreiningspunktet for en tvangssak gjør at kroppen blir et krystalliseringspunkt for å finne løsningen og årsaken til det som ofte også kan være komplekse sosiale problemer. Når medisinske betegnelser er i konkurranse med andre betegnelser, ser vi ofte at medisinen vinner dominans (Conrad og Schneider 1992). Det har skjedd en utvidelse av medisinenes nedslagsfelt i randsone (Erichsen 1996).

3.4 Avslutning

Hvordan ulike lover fungerer som styringsmiddel for velferdsstatens yrkers skjønnsutøvelse vil variere, men et normativt utgangspunkt er at loven skal sette grenser gjennom formulering av materielle vilkår og prosessuelle krav. Rettsreglene i sosialloven utgjør både et redskap for sosialarbeiderne å gripe inn med tvang overfor personer med et omfattende og vedvarende rusmiddelmisbruk og et institusjonelt rammeverk som setter grenser for den samme tvangsutøvelsen. Vi har i dette kapittel sett på noen faktorer som påvirker om loven kommer til anvendelse og hva som setter grenser i den enkelte rettsanvenderens skjønnsutøvelse om bruk av tvang. Forklaringene har relatert seg til hvordan regelansvarerne tolker loven, hvilke holdninger og verdier som mobiliseres og gjøres gjeldende, og hvilken kunnskap som anerkjennes og gjøres relevant i rettsprosessen i tvangssakene.

Vurderingen av om § 6-2a skal komme til anvendelse handler i praksis i stor grad om en administrering av urinprøvekontrolltiltak. I de tilfellene der sosialtjenesten lykkes med å motivere kvinnen til å forsøke å bli rusfri, er avtale med urinprøvekontroller og oppfølging og samtaler med sosialtjenesten den hyppigste formen for frivillige tiltak. Positivt testresultat avgjør inngripen. Samtidig skiller sosialarbeideren i sin rettsanvendelse i liten grad mellom ulike rusmidler og hvilken varighet og omfang rusmiddelmisbruket har i vurdering av tvang. Alkoholmisbruk skaper størst fare for fosterskader, det fødes årlig flere barn med alkoholskader, og det er derfor et særlig problem i anvendelsen av 6-2a at kvinner med et alkoholproblem sjelden blir utsatt for tvang. Et problem i oppfølging av alkoholmisbrukere slik som sosialtjenesten fremstiller det, er at alkoholmisbruk er vanskeligere både å oppdage og å dokumentere enn andre former for rusmiddelmisbruk. Den lave andelen av alkoholmisbrukere som tvangsinnlegges, både på § 6-2 og § 6-2a, kan også ha en sammenheng med at alkoholavhengige i målgruppen i mindre grad er økonomisk og sosialt marginalisert, og kan derfor ha større problemer med å la seg registrere som sosialklienter. Generelt praktiserer ruskuratorne en lav toleranse for enhver form for rusinntak for å unngå en risiko for fosterskade, men dette kan også være et uttrykk for liten kunnskap om forskjeller mellom ulike rusmidler og fosterskade. Samtidig er det å praktisere en nær nulltoleranse et uttrykk for en streng lovtolkning som ikke nødvendigvis er forskriftsmessig, og som gir lite rom for å ivareta kvinnens behov for omsorg, hjelp og veiledning i en vanskelig situasjon.

Mens formålet med § 6-2a virker entydig og loven er lett anvendelig, er det blant ruskuratorer ulike tolkninger av hva som er formålet med § 6-2. Praktiseringen av lovverket varierer tilsvarende. Alvorlig fare for en rusmiddelmisbrukers liv og helse fremstilles som utslagsgivende i ruskuratorenes rettspraksis. Tvangen begrunnes med et paternalistisk omsorgshensyn som omfatter en forpliktelse til å gripe inn og hjelpe mennesker i en vanskelig livssituasjon som det antas ikke er i stand til å vite sitt eget beste. Vi ser et mønster der vekt på dette omsorgshensynet om livredning og helsefremme fører til mer tvangssaker. Men også usikkerhet knyttet til når særlig hensiktsmessig-

hetskriteriet er oppfylt, virker å være vesentlig. Usikkerhet i lovtolkningssituasjonen ser ut til å føre til en vegring mot tvangssaker.

Variasjoner i rettsanvendelsen må også ses på grunnlag av sosialarbeiderens holdninger. I vår undersøkelse så langt finner vi varierte holdninger til bruk av tvang i forhold til § 6-2 fra klart positiv, til negativ, men noen er ambivalente. Likevel går tendensen i positiv retning, noe som kan bidra til å forklare en økt bruk av tvang. Store holdningsforskjeller er uansett problematisk fordi det ofte fører til en mer vilkårlig tvangsanvendelse. Den store medholdsprosenten i fylkesnemnda tilsier likevel at det ikke fremmes unødig mange saker, og at problemet kanskje heller oppstår i de tilfellene der vilkårene for tvang er tilstede, men der tvang blir forhindret fordi sosialarbeideren er motstander av loven. I brukerundersøkelsen vil vi vise at det finnes tilfeller der klienten hevder å ha samtykket til tvang, men blitt møtt med en holdning der de har blitt nektet. Samtidig kan økt kunnskap om lovverket, tvang og rusproblematikk generelt gi et bedre grunnlag for å vurdere tvang. Tidligere erfaring og tvangsspesialisering gjør terskelen for å bruke tvang lavere.

Et forhold som gjør at terskelen for tvang er høy for mange, er sosialarbeidernes faglige usikkerhet. Et uttrykk for dette er at de sjelden fremmer sak på eget initiativ og at de har gjort seg avhengig av bekymringsmeldinger for å se tvang som en mulighet. Samlet sett byr utredningsfasen på en rekke utfordringer der samarbeidsproblemer mellom forvaltningsnivåer og problemer med å innhente samtykke fører til at det ofte ikke lar seg gjøre å innhente dokumentasjon. Dette gjør at ruskuratorne henlegger saken. Manglende faglig selvtillit og tilfredsstillende dokumentasjonssystemer fører til at det sjelden blir sak uten å ha medisiner eller andre spesialister med på laget. Vekten på helsekriteriet i lovanvendelsen gjør at dette oppleves som særlig presserende.

Et viktig spørsmål her er om rusreformen har bidratt til svekke sosialarbeidernes kunnskapsstatus ytterligere og styrket den interne rivaliseringen på rusfeltet ved at noen perspektiver favoriseres på bekostning av andre. Selv om rusfeltet i mindre grad har vært preget av medisinsk dominans har det skjedd et medisinsk vendepunkt etter rusreformen (Mjåland 2008). Det er likevel et problem at rivalisering mellom forvaltningsnivåer og yrkesgrupper setter grenser for tvang og fører til at tvangslovgivningen praktiseres ulikt både mellom ulike bydeler, byer, kommuner og helseregioner.

4. Dårlig start – om innleggelsen

Behandler: Skal du oppnå noe i forhold til en innleggelse så er det best å gjøre ting skikkelig.

Forsker: Ja. Så måten det gjøres på har veldig stor betydning – for utfallet, mener du?

Behandler: Ja. Ikke minst bare det også komme med noen i håndjern en fredag ettermiddag ... 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, til og med? Det er en dårlig start.

(Intervju behandler 1)

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. Selv om mange av ruskonsulentene har relativt dårlige erfaringer med iverksettelsen av selve innleggelsen, finnes det noen variasjoner. Vi vil diskutere disse variasjonene med vekt på hvilke utfordringer dette representerer i samarbeidet med klienten, hvordan klient – hjelper relasjonen utspiller seg i disse situasjonene og hvordan innleggelsen kan få konsekvenser for det videre behandlingsforløpet.

4.1 Innleggelsesforløpet

Felles for de fleste sakene er at det er den personen som har vært hovedansvarlig for utredning og innstilling av tvangsvedtaket som både planlegger og gjennomfører innhenting. Planleggingen er kanskje særlig utfordrende der det er lang reise til behandlingsinstitusjonene, et problem som noen helseregioner lider mer under enn andre. Hastesakene fremholdes som særlig utfordrende fordi tvangsvedtaket da som oftest kommer som en total overraskelse på den det gjelder. Motstanden kan da bli stor. Som oftest forsøker sosialtjenesten å hente dem der de bor, men uten forvarsel. Anbringelsen skjer ofte tidlig om morgenen sånn at de er relativt sikre på at de er hjemme. Mange mener at en avtale om henting vanskelig lar seg gjøre for det medfører en stor fare for at personen som skal innlegges «går under jorda»:

Det er jo det der med når du må ha hastevedtak, så kan du som regel ikke si det, med mindre det er en gravid, fordi da går de under jorden og så tar det lang tid før vi finner folk.

(Informant 14)

Det er ikke uvanlig at sosialtjenesten uansett har store problemer med å få tak i den som skal legges inn. Et problem er at mange ikke har bolig eller tilholdssteder som sosialtjenesten er kjent med. Noen ganger skyldes innhentingproblemene at den det gjelder har fått kjennskap til at det er fattet et tvangsvedtak, og dette gjør at de havner på rømmen. Slike situasjoner der hele det offentlige tiltaksapparatet er på jakt etter en person oppleves som svært utfordrende:

For der hadde vi en situasjon der alle egentlig ringte inn, for alle vurderte det sånn at denne personen burde inn. Men vedkommende var jo da sterkt uenig, og endte jo egentlig med å løpe rundt og ikke ha tilflukt noen steder i hele Z by. Husker du det? Det var helt forferdelig.

(Intervju utekontakt, inf 2)

Prossesser som resulterer i at mennesker blir drevet på flukt gjør en vanskeligstilt rusmiddelmissbrukers situasjon enda verre, og kan utsette den det gjelder og eventuelt fosteret for enda større fare.

Et annet forhold som virker dramatisk er tidsknappheten. Ofte kan tvangsinnleggelsen være planlagt i lang tid, noen ganger i flere måneder. Likevel fremstilles selve pågripelsen som et hastverksarbeid. Det legges opp til at pågripelsen skal skje så raskt som mulig. Det settes av så liten tid at klienten knapt har tid til å pakke ned noen klær, og noen rekker knapt å kle på seg:

Han fikk ikke vaska seg eller noen ting, han hadde jo nesten ikke klær liksom. Jeg fikk ikke lov til å prate med ham, jeg spurte om jeg kunne prate, «Kan jeg i hvert fall komme inn å prate med han», jeg så han hadde ikke sokker på seg en gang, liksom... Så, nei, jeg bokstavelig talt vekte ham med vedtaket, altså.

(Informant 17)

Denne hastigheten virker også konfliktskjerpene på mange klienter. De blir fortalt at de skal ut av huset i løpet av en halvtime. Personen det gjelder har ofte problemer med å forstå hva som skjer. På grunn av nærvær av politi og direkte tvangsbruk er noen lenge i den tro at de skal i fengsel. Protestene kan da skyldes delvis en uvitenhet om hva som er i ferd med å skje og en respons på at de tror de blir tatt for noe de ikke har gjort; som denne tvangsinnlagte kvinnen beskriver:

Forsker: Du skjønnte ikke hva det dreide seg om, da?

Pia: Eg skjønnte 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.. Ja, eg stod å skrek «eg har jo faen ikke gjort noe, slipp meg! ». Og då kom hun saksbehandleren min, «Jo, Pia, du skal være med, du skal på Z behandlingsinstitusjon». Jeg skjelte hun ut. Truet henne hadde jeg gjort og... ja... Fordi at hun kunne sagt det til meg, ikke sant, hun kunne spurt meg; «Pia, er du interessert i å få noe behandling?», ikke sant, blant annet, blant annet, blant annet. I stedet for å komme på den måten å hente meg!

(Brukerintervju Pia)

Pia hadde ikke gjort noe galt, og skjønnte ikke hva det var som var i ferd med å skje. Som her ser vi at dramatikken er særlig stor de gangene hvor det ikke har vært noen form for samarbeid med klienten forut for pågripelsen. De prøver gjerne å gjemme seg og forsøker å rømme bakveien når de blir hentet. Mange lykkes med å unnsnippe flere ganger før de blir pågrepet. Dette gjør at politiet må bruke ressurser på å spane i lengre tid, og i verste fall benyttes brannmenn til å slå seg inn i leiligheten der de tror vedkommende gjemmer seg. Ruskuratorene bruker også svært mye tid på å komme i kontakt med vedkommende, også ved oppsøkende virksomhet. En kurator forteller om jakten på en gravid som var så utfordrende at de måtte gå flere sammen:

Inf: ... så når vi var ute og lette etter hun som forsvant, da fikk jeg med meg personer som kunne gå med meg, menn for eksempel, for å..., for å lete. Så det ble lagt veldig til rette for det.

Forsker: Hun gravide som forsvant?

Inf: Ja. Og da brukte vi hele dager og hele uker på dette..., lete eller forberede sak.

(Informant 21)

Generelt brukes store ressurser på å finne den det gjelder, og særlig hvis det er snakk om gravide kvinner. Det er en stor moralsk oppslutning om 6-2a paragrafen, og siden tiden oppleves som en enda mer kritisk faktor for fosteret enn for andre, blir det fort slått en krisealarm på kontoret når den gravide rusmiddelmissbrukeren er forsvunnet. Mange er involvert. Gjerne forløper hele den perioden på 14 dager som sosialtjenesten har på seg før vedtaket opphører. Det rapporteres om tilfeller der det er satt i verk storstilte leteaksjoner, men som likevel har endt med at vedtaket har måtte opphøre fordi vedkommende lyktes med å rømme, for eksempel til utlandet.

Når det ikke lar seg gjøre å hente vedkommende hjemme, kan pågripelsen skje i full offentlighet. Dette opplever brukerne som svært nedverdiggende. Veldig ofte skjer dette i samarbeid med lavterskeltilbudene. Lavterskel gir beskjed til sosialtjenesten når etterlyste personer oppholder seg der, og så blir de hentet der umiddelbart. Pågripelse i rusmiljøet og i påsyn av andre i det offentlige rom virker både konfliktskjerpende og krenkende. Her forteller en ung kvinne om hvordan dette opplevdes:

Forsker: Hadde ikke hun på sosialkontoret snakket med deg på forhånd om at «vi vurderer liksom å sende deg på tvang?»

Pia: Nei. De kom bare på lavterskel X og hentet meg, kan du tenke deg kor flaut det var?

Forsker: Og du visste ingenting om det?

Pia: Ingenting, jeg så bare, jeg hørte at folk begynte å rope: «politiet er her!»... Selv om at jeg visste jeg ikke hadde gjort noe galt så reagerte jeg. Så var det faktisk meg de skulle ha tak i da.

(Brukerintervju Pia)

Kvinnen som legges inn her blir tatt på et populært lavterskel dagtilbud. Å bli hentet i en slik setting oppleves som «flaut». I dette tilfelle er det politiet som leder an og fører ordet i selve innleggelsessituasjonen, mens kuratoren holder seg mer i bakgrunnen. Dette skaper forvirring og gjør at Pia tror hun skal i fengsel. Hun blir sint fordi hun har jo ikke «gjort noe galt». Dette signaliserer at måten politiet brukes på i disse situasjonene kan få noen uheldige konsekvenser, som vi skal se nærmere på i det følgende.

4.2 Politiets rolle

Politiet er ofte til stede ved slike tvangsinnleggelses. Dette synes hovedsakelig å skyldes at sosialtjenesten ønsker å sikre seg i tilfelle det blir nødvendig med bruk av makt. De fleste er positive til politiets bidrag og mener det er nødvendig. Politiets bistand føles viktig for kuratoren ved at de føler seg tryggere. Selv om det virker som de fleste legger opp til at politiets skal ha en tilbaketrukket rolle, for eksempel ved å være ikledd sivile klær og stå i utkanten av situasjonen, forekommer også direkte form for maktbruk. Et slikt hyppig brukt virkemiddel er håndjern. Bruk av håndjern blir lite problematisert av sosialtjenesten:

Inf: Det med håndjern var bare okei. Når vi skulle da kjøre så ble hun plassert på en måte med barnesikring ytterst, politiet i midten, og så satt jeg bak, og da var det sånn, sjekke alle lommer, og så «under transporten nå så vil vi sette på deg håndjern», og det gikk veldig stille og rolig for seg.

Forsker: Hun bare tok fram hendene og ferdig med det?

Inf: Ja, det var akkurat som hun skulle fått en banan. Det var litt skremmende å se. Det har hun nok hatt på før, for å si det sånn.. Men det var jo et rabalder med hyl og skrik.

(Informant 1)

Selv om denne ruskuratoren synes håndjern er «okei», reagerer hun samtidig på at den pågrepne personen uten videre innfinner seg med en situasjon der denne maktbruken er nødvendig. Dette viser likevel en form for ambivalens til bruk av slike virkemidler i forbindelse med tvangsaker. Kuratoren synes det er «skremmende» at denne kvinnen ikke selv reagerer mer på dette. Fravær av motstand kan ha sammenheng med at de fleste rusmiddelmissbrukere er «vant med» denne situasjonen, som kuratoren er inne på. Svært mange rusmiddelmissbrukere har opplevd å bli tatt hånd om med makt på tilsvarende måte ved strafferettslig påtale. Slike virkemidler gjør derfor situasjonen fengselsaktig.

Politiets rolle i innleggelsessituasjonen varierer, men i et tilfelle ble det rapportert om at innleggelsen involverte en storstilt politiaksjon. Her ble anbringelsen kombinert med jakt etter rusrelaterte straffbare forhold. Politiet hentet en ung jente samtidig som det ble gjennomført en husransakelse. Huset der hun oppholdte seg ble stormet:

Vi fatta tvangsvedtaket, så måtte jeg gå til politiet og få dem til å være med og ta inn henne. Så vi kjørte da til A kommune, så måtte vi innom politiet der for å be om lov til å aksjonere i deres distrikt. Så da ble også politiet med derfra, for da fant de ut da skulle de ha razzia i det bygget hvor hun oppholdt seg samtidig. Det var jo et narkoreir, et hybelhus. Så det var jo litt artig når vi kom dit da, ei rei politimenn ut og stilte seg på hvert hushjørne og holdt vakt og greier. Så de var jo oppe, og jeg ble med inn og opp, og der lå jo jenta. Hun var vel 1,75 høy, veide 38 kilo, helt ... Det så ikke ut der med måte. Du vassa i skitt. Hun gikk med bleier, og – ja, det var ikke snakk om. Så vi fikk henne nå med oss da, og så gjennomsøkte de nå huset for rusmidler samtidig. Så det var storaksjon.

(Informant 25)

I denne situasjonen har politiet tilsynelatende tatt full kontroll over situasjonen. Kuratoren står på sidelinjen. De sosialfaglige retningslinjer for klient–hjelper relasjonen er tilsynelatende helt gitt opp eller totalt dominert av noe som kan fremstå som en politifaglig maktdemonstrasjon. Det er lite i dette tilfellet som signaliserer overfor klienten at formålet med inngrepet er å gi hjelp til en behandlingstrengende i en vanskelig livssituasjon.

Tilfeller som omfatter personer som har sammensatte problemer med både rus og psykiatri oppleves også som særlig vanskelig. Denne ruskuratoren refererer til en innleggelse som hun karakteriserer som direkte «brutal». Hun måtte hente en psykisk syk rusmiddelmissbruker på lukket psykiatrisk avdeling. Han var uønsket i psykiatrien og det hadde derfor blitt fattet et § 6-2 vedtak. Det skulle skje en overføring fra den ene institusjonen til den andre som lå på en annen kant av landet:

Og så kom jeg den dagen jeg fikk avtalt med politiet at de skulle kjøre ham ned til X i bil. Da kom jeg inn til han om morgningen og hentet han der, og forkynte vedtaket.. Han var jo inne på lukket da, men psykiatrien var jo så redd for at han skulle slå seg ut, sånn at de ville..., jeg fikk jo ikke, jeg ville jo helst ha snakket med ham om at «Om to dager så skjer dette, da kommer jeg med politi og så kjører vi til X- sykehus.» Men det fikk jeg ikke lov til, så jeg måtte vekke ham med vedtaket, og jeg fikk ikke lov til å snakke med han før politiet kom en gang, de stod utenfor døren med håndjern. Så det var, jeg syns det var helt grusomt, så da kom jo politi, to politimenn stod utenfor med håndjern og kjørte han ut med håndjern.

(Informant 15)

Ruskuratoren syntes det var ubehagelig at hun ikke hadde fått sjansen til å informere han om hva som skulle skje på forhånd og opplevde at politiet hadde en for fremskutt rolle i situasjonen. Hun følte at hun ble direkte forhindret fra å gjøre jobben som sosialhjelper ved at hun ikke fikk «lov til» å snakke med han i situasjonen heller. Bruk av håndjernet vakte reaksjoner og bidro ytterligere til en opplevelse av at det var «grusomt». Håndjern er et sterkt uttrykk for makt og at de politifaglige arbeidsmetodene fikk dominans. Hun følte seg presset inn i et kompaniskap med politiet i en situasjon som hun ikke fant seg fortrolig med.

Mange virker fornøyd med politiets bistand, men særlig en ruskurator uttrykker stor skepsis til den utbredte praksisen med at politiet blir tilkalt, uansett situasjon. Han mener at det kan skje et misbruk av politiet fordi rusmiddelmissbrukerne «har jo ikke gjort noe kriminelt», et inntrykk som lett kan skapes når politiet får hovedrollen:

Dem er ikke etterlyst, dem har ikke gjort noe kriminelt. Politiet skal bistå, men det betyr å bistå sosialtjenesten, det betyr at du i sosialtjenesten først og fremst skal ut og finne pasienten og si: «Vet du hva, skal du være med meg?». Og hvis vedkommende ikke vil være med, så er det: «Jammen, da ringer jeg politiet, og så politiet... skal bistå med å få deg plassert».

(Informant 13)

Ifølge denne informanten er det sosialarbeideren som skal styre situasjonen. Politi kan brukes som en trussel eller er bare strengt tatt nødvendig dersom det gjøres stor motstand. Derfor har denne ruskuratoren, som er en av de mest erfarne av våre informanter, laget en personlig variant av innleggelsesprosedyren:

Forsker: Så du pleier ikke å ha politiet med?

Inf: Nei, hvorfor skulle jeg det? Det er jo der det syndes, som jeg sier. Jeg skjønner ikke helt den der politiet som går inn og så på en måte transporterer folk på svarte natta og så videre og sånn.. og politiet blir også krevende. Jeg sier selvfølgelig ifra til operasjonsenheten her borte. Så vet jo jeg at bankran og sånne ting går langt foran meg, ikke sant. Men det er sånn det foregår her, det er rutinen her, at jeg ringer bort og sier ifra «nå skal jeg ut på et oppdrag», sånn at dem vet om at dem kan få en telefon ifra meg på et eller annet sted, der jeg på en måte sier at «nå trenger jeg bistand, for nå skjer det noe her». Så vil politiet eventuelt komme ut og bistå. Det er ikke sånn at jeg sier til politiet «Nå har vi lagd et tvangsvedtak, jeg sender det bort til dere i posten, og så sier dere bare ifra når dere har vedkommende».

(Informant 13)

Denne ruskonsulenten bruker så å si aldri politi, men sikrer seg ved å gi varsel om at det er innleggelse på gang slik at de er i beredskap og kan rykke ut på kort varsel. Denne personen sørger vanligvis selv for å hente den det gjelder, bruker egen bil og helt uten bistand fra noen andre. Selv om det ikke alltid er han som er klients faste saksbehandler, er det alltid han alene som iverksetter samtlige innleggelsesprosedyrer i distriktet, og følger klienten fra dør til dør. Denne praksisen sørger for at klient-relasjonen til selve hovedkontakten blir bedre skjermet. Erfaring skaper dessuten grunnlag for større trygghet i rollen som tvangsinnlegger og dermed mindre bruk av politi. Han opplevde sjelden denne situasjonen som særlig farlig eller dramatisk og det har sjelden vært behov for politi.

Ved et annet kontor går de heller relativt drastisk til verks for å sikre at de har fått fatt i personen når flyet går til behandlingsinstitusjonen. Her rapporteres det om at de har tatt i bruk glattcelle og varetektsfengsel for oppbevaring et døgn eller to før klienten blir lagt inn. Dette har de gjort flere ganger, men ikke uten å få kritikk for det:

Inf: Vi har fått kritikk for at vi ikke må anbringe folk i arresten natten før de skal reise, altså at vi ikke må sikre dem, fordi det er en form for overgrep, og det er det jo. Fire ganger har jeg vært med på det, tror jeg. Tre eller fire, sånn som jeg husker i forbifarten.

Forsker: Hva er grunnen til det, kan du forklare?

Inf: For å sikre oss sånn at personen ikke forsvinner. Vi har en institusjon også er det det der med at vi vil ikke løpe noen risiko for at vedkommende går hen og gjør noe med seg selv. Fordi at hvis han så forsvinner, sier «nå skal jeg hentes», så frykter vi at de gemmer seg, drikker seg halvt i hjel eller ruser seg i hjel. Det skjer ganske ofte...

(Informant 14)

Informanten innrømmer at å putte folk i fengsel i påvente av at reisen planlegges og det gjøres klart en plass er en form for overgrep. Samtidig opplever sosialkuratoren disse situasjonene som så kritiske og faren for liv og helse så overhengende at det ikke er mulig å vente, og at en dag fra eller til kan være avgjørende. I den senere tid har dette kontoret heller gått over til spaning, uten at det er en praksis som nødvendigvis har menneskeliggjort prosessen noe mer av den grunn:

Inf: Nå har vi gjort det på en annen måte... vi snakker med politiet om det sånn at vi hele tiden sørger for at vi vet hvor vedkommende er hen, og så drar vi tidlig om morgenen.

Forsker: Så de spaner på vedkommende?

Inf: Ja, de spaner, sånn at vi vet, sånn at vi kan gå inn om morgenen og så kunne ta vedkommende. Det er jo mer menneskelig, kan du si. Men du kan si – nei, jeg vet ikke hva man skal si om det, fordi hvis du kommer om kvelden med politiet og legger inn, så kommer sjokket der, og så vet de hva som skal skje dagen etter. Da får de som regel en del legebehandling også underveis på cellen, på politigården. Hvis du kommer om morgenen, så blir det jo et sjokk, blir vekket og sier «nå må vi ta klær på, nå skal du på institusjon».

(Informant 14)

Ruskuratoren fremhever at en tvangsinnleggelse kommer som et «sjokk» uansett. Likevel finnes muligheter for sosialarbeideren til å planlegge og ta i bruk virkemidler som bidrar til å gjøre noen innleggelser til en mindre sjokkartet opplevelse enn andre.

Det er ikke alle som går bak ryggen til klienten på denne måten. Et annet sted planlegges innleggelsen vanligvis i samarbeid med brukeren. Det praktiseres en delvis brukermedvirkning der personen det angår blant annet får være med på et møte der representanter for tiltakskjeden er tilstede og der tvangens muligheter blir drøftet. Vi vet ikke i hvilken grad klienten faktisk har påvirkning i denne prosessen, men dette tiltaket utmerker seg uansett ved at klienten får sjansen til å si sin mening i møte med berørte i tiltakskjeden. På en institusjon får også de som skal legges inn på tvang mulighet for et besøk på forhånd, slik at de får anledning til å forberede seg mentalt

på hva dette oppholdet innebærer. På dette møtet får de omvisning og innføring i institusjonens regler og behandlingstilbud, hevder denne tidligere koordinatoren fra en av behandlingsinstitusjonene. Han forteller om hva som har vært praksis på den institusjonen han jobbet på:

Det var faktisk ganske vanlig å komme til innleggelse på tvang planlagt.. Når det gikk mot innleggelse, så inviterte jeg klienten eller brukeren til ei omvisning på avdelinga der de skulle være og en sånn informasjonssamtale om hva er det som venter deg når du kommer? Hva gjør vi når du gjør sånn, så gjør vi sånn. Veldig mange møtte.. Veldig mange kom, var med på ei sånn omvisning, og jeg sa «hvis du gjør sånn, så gjør vi sånn». Suksessfaktoren var jo at det skjedde sånn, etter innleggelse, hvis de prøvde å komme seg ut, så gjorde vi sånn og sånn. Mange av dem kom til et sånt møte. De fleste, vil jeg si, kom uten politi til innleggelse, og møtte sammen med sosialkontoret og la seg inn på tvang. De færreste hadde noen sanne voldsomme utbrudd.

(Intervju behandler 2)

Denne medvirkningen har virket konfliktdepende, hevder han. Mange har tilsvarende erfaring med at et samarbeid med klienten helt fra begynnelsen ikke bare bidrar til en mindre dramatisk innleggelsessituasjon, men også gjør at de blir mer motivert for tvang:

Altså, det må være til stede i en eller annen form for aksept hos personen... Jeg husker vi hadde en, og hun skulle inn den dagen og visste det, og det var snakk om pågrepelse. Altså, hun orket ikke å stille sjøl, ikke sant, til den rusinstitusjonen hun skulle inn på. Da var avtalen det at sosialkontoret skulle sende ut pågrepelse på henne, og så skulle X og jeg ut og se om vi fant henne, og hvis vi fant henne, så kunne vi ringe til politiet og si hvor hun var. Det var avtalen med henne, skjønner du? Det er liksom det der å slippe å ta ansvar sjøl, men hun visste jo vi lå på hjul for å se etter henne, og hun ble jo tatt inn likevel.

(Intervju utekontakt, inf. 1)

I dette tilfellet er det iverksatt en form for avtalt spill. Både klienten, politiet, utekontakten og sosialtjenesten vet hva som skal skje og samarbeider. Tid investert i forsøk på samarbeid, informasjonsutveksling, og det å involvere klienten fører til mindre motstand, selv om ikke alle klienter er i en situasjon som gjør en slik medvirkning like mulig. Siden sosialtjenestens kjennskap til hva som skjer på institusjonen har vist seg ofte å være mangelfull, er det kanskje særlig viktig at klienten også får informasjon fra behandlingsapparatet om hvilke tilbud de kan gi og hva tvang innebærer. Pårørende er sjelden involvert i denne prosessen. Vi har bare hørt om ett tilfelle der personen fikk tilbud om ha med seg en pårørende på reisen hvis hun ønsket det. Å gi klienten mulighet for å få et tilbud om følge av en nærstående kan bidra positivt i denne overgangssituasjonen ved blant annet å gjøre tvangsinnhenting mer skånsom og rolig. Innleggelse som signaliserer hjelp heller enn tvang gjør ikke bare opplevelsen bedre for alle parter, men kan gi en bedre start på et i utgangspunktet utfordrende tvunget institusjonsopphold.

4.3 Avslutning

Vi har nå sett variasjoner i hvordan de ulike kontorene planlegger og gjennomfører tvangsinnleggelsen. Måten innleggelsen pågår kan ha betydning både for tvangsoppholdet og for det videre samarbeidet med sosialtjenesten og behandlingsapparatet. Som vi vil komme nærmere inn på i brukerundersøkelsen så opplever også de tvangsinnlagte det selv som svært problematisk i de tilfellene der de ikke har blitt informert om at det pågår en utredning om tvang, og der de ikke har fått vært med på og diskutere om tvang kan være en konstruktiv løsning.

Den ansvarlige sosialkuratoren opplever ofte selve innleggelsessituasjonen som svært dramatisk. Hendelsen harmonerer lite med deres forståelse av egen yrkesrolle som hjelper. Ubehaget oppleves som sterkt:

Og hvis du da syns det er etisk vanskelig å påføre noen noe ubehagelig, og det er et dilemma, så gjør man ikke disse tingene her, tenker jeg, selv om det er lovfesta og lovforankra. Fordi at nettopp der og da i en krise så oppleves det jo som, du får jo også det servert, eller jeg fikk det i hvert fall mange ganger, at det jeg gjorde var helt grusomt. Hvordan det kræsjer med det å være i en hjelperolle.

(Informant 11)

Tvangsinnleggelsen fremstår for mange som et kritisk øyeblikk i prosessen som virkelig setter hjelperollen på en drastisk prøve. Noen løser dette ubehaget med å trekke seg tilbake og la politiet ta tilnærmet total kontroll over situasjonen. Selv om politiet avhjelper et umiddelbart ubehag hos den som har saksansvaret, er det likevel mye som tyder på at en politistyrt innhenting heller kan skjerpe enn avhjelpe på denne yrkesetiske rollekonflikten og kanskje skape et enda større drama enn nødvendig. Harde konfrontasjoner og opplevelse av å gå bak ryggen til klienten er en vanlig erfaring for ruskuratorene i disse tvangssakene. De opplever å gå på akkord med deres yrkesetiske regler. Det «kræsjer med hjelperollen» som denne ruskuratoren forteller og kan skape tillitsbrudd det er vanskelig å reparere. Denne frykten mener vi er forholdsvis ubegrunnet. Svært få rapporterer om at relasjonen har blitt skadelidende på lang sikt.

En utfordring i samspillet rundt innleggelsen er at representanter fra flere behandlingstjenestestrukturer sier at klienter som er uvitende om tvangen er mer utfordrende og har større problemer med å komme i behandlingssituasjon enn andre. Samtidig erfarer sosialtjenesten at de ofte er nødt til å holde utredningen skjult på grunn av 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 konfliktdependende og føre til at klienten lettere blir institusjonalisert. I tillegg gjør dette at innleggelsen oppleves mindre krenkende. 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. Hvorfor det ofte går automatisk i bruk av politi og om dette skyldes

at de fleste definerer en innleggelsessituasjon som potensielt farlig har vi ikke fullt ut kjennskap til. Samtidig er det et misforhold mellom den enkelte sosialarbeiders frykt for å skade klient-relasjonen, samtidig som de selv ikke synes det er særlig problematisk å sende politiet i forgrunnen.

5. Kjønn og tvang

Unge jenter er overrepresentert i tvangsinnleggelsesstatistikken (Søvig 2007). I 2007 gjaldt 56 % av alle § 6-2-innleggelsene kvinner, mot en kvinneandel på 30 % i det frivillige behandlingsapparatet (Iversen mfl 2007) og om lag 1/3 i LAR (Waal mfl 2009). Imidlertid er det en stor overvekt av menn som står for det tunge rusmiddelmisbruket: Om lag 2/3 av befolkningen med et vedvarende og omfattende rusproblem er menn. Det er også hovedsakelig menn som dør som følge av narkotikabruk. 83 % (148 av 179) av narkotikadødsfallene som ble registrert i 2008 besto av menn (KRIPOS 2008). Tilsvarende er det store kjønnsforskjeller i levekår blant rusmiddelmisbrukere. Bolig er en helt avgjørende forutsetning for en rusmiddelmisbrukers livssituasjon, og tre av fire bostedsløse er menn (Dyb og Johannessen 2009). Selv om det er flere mannlige rusmiddelmisbrukere med dårlige levekår har likevel menn en markert mindre sjanse for å bli utsatt for tvang. Når bestemmelsene i tillegg først og fremst anvendes mot personer med et opiattdominert rusmiddelmisbruk hvor kvinneandelen er anslått til et sted mellom 25 og 30 % prosent (Bretteville-Jensen og Amundsen 2006), er kjønnsfordelingen bekymringsfull. Det er derfor viktig å undersøke betydningen av kjønn i bruk av 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 og helseskadelig rusproblem er menn.

Når vi konfronterer informantene våre om kvinnedominansen i bruk av tvangsplassene sier de fleste at de ikke er klar over denne kjønnskjevheten. Dette må vi anta blant annet har sammenheng med at de fleste ruskuratorer har såpass få saker, samtidig som at de har liten eller ingen kjennskap til hvordan tvang forvaltes på tilgrensende sosialkontorer eller på nasjonal basis. Som tidligere nevnt finnes det svært lite samarbeid mellom ulike NAV/sosialkontor i forvaltningen av tvangsbestemmelsene, selv om de befinner seg i nærliggende bydeler. En ofte manglende samhandling med behandlingstilbudene gjør også at de ikke har kunnskap om hvem som nyttiggjør seg tvangen, og om hvilken betydning forhold som kjønn, alder og ruserfaring har for effekten av tvang. Dette gjør at de som forvalter tvangsbestemmelsene ikke har innsikt i hva som kjennetegner tvangssakene generelt; hva som er forvaltningspraksis utover de sakene som de selv har hatt befatning med. Noen få ruskuratorer har likevel synspunkt på kjønnets betydning i bruk av tvang, men det er særlig i det øvrige tiltaksapparatet (lavterskeltilbudene og behandlingsapparatet) at det er bevissthet rundt kjønnsproblematikken, som vi skal gå nærmere inn på i det følgende.

5.1 Kjønnede offerkonstruksjoner

Mange er inne på at grunnen til at kvinnelige rusmiddelmissbrukeres elendighet blir bedre sett er at det er mindre aksept for at kvinner har rusproblem enn menn. Det er fortsatt en markert større toleranse for at menn ruser seg enn kvinner (Duckert mfl 2008). Særlig gjelder dette hvis den kvinnelige rusmiddelmissbrukeren er mor. Rus er kanskje regnet for å være mer uforenelige med moderskapet enn faderskapet da mor gjerne fortsatt er regnet for å være den primære omsorgspersonen. Det er en stor skam knyttet til å bli fratatt foreldreretten og spesielt hvis du er kvinne. Morsrollen gjør også at kontakten med offentlige instanser blir tettere og overvåkingen og kontrollen intensiveres. Dette skaper et bedre grunnlag for å bli sett og få adekvat hjelp. Den store oppslutningen som § 6-2a har i sosialtjenesten kan også betraktes som et uttrykk for denne kjønnsspesifikke moralismen, der beskyttelsen av fosteret også må ses som et håp om å gi barnet mulighet til å få en rusfri mor.

Noen påpeker at en sterkere tilbøyelighet for å bruke tvang kan ha sammenheng med en kjønnsrelatert identifisering siden de fleste sosialarbeidere er kvinner. Dette gjør at det blant annet er lettere å sette seg inn i og snakke om det som kan regnes som særlige kvinnerelaterte problemer. Prostitusjon, vold, spiseforstyrrelser og seksuelle overgrep er problemer som mange av de kvinnelige rusmiddelmissbrukerne sliter med og som det kanskje er lettere å gi uttrykk for og få omsorg for i en kvinnelig relasjon. Slike problemer er ikke nødvendigvis i seg selv utslagsgivende for at tvang iverksettes, men risikoen for å komme under vurdering øker og mange av tvangsklientene har nettopp slike problemer. En ruskurator i en storby mener at det at kvinner dominerer, har sammenheng med at det generelt faktisk er mye tøffere å være kvinnelig rusmiddelmissbruker, og at rusmiljøet rett og slett er direkte kvinnefiendtlig:

Det er jo ikke et kvinneedominert rusmiljø dette her, ofte så er det jo veldig mye salg og bytte av tjenester, og mye sånn seksualitet, ikke sant. Ofte så er det sånn at du holder deg med en makker, og stort sett så er det veldig mye vold, mange av disse jentene her har veldig mye sånn posttraumatisk stress, og full pakke, i de lidelsene her, som egentlig er veldig vanskelig behandlingsbar innenfor behandlingsapparatet.

(Informant 13)

Han påpeker at de unge kvinnene har sammensatte problemer, mye knyttet til seksualisert vold og sexrelaterte bytter i en narkotikaøkonomi og i en mannsdominert kultur. Denne brutale miljøbeskrivelsen dokumenterer hvordan kjønn ofte blir betraktet og gjort til en meningsfull kategori i det offentlige støtteapparatet. Menn i rusmiljøet blir betraktet som potensielt kyniske seksuelle overgripere der kvinner brukes som en vare. Deres handlingsmønstre blir tilskrevet et vinningsmotiv med utgangspunkt i rasjonelle overveielser, evne til å takle risiko og til å kontrollere seg selv og sine omgivelser (Høigård og Snare 1993). Kvinner konstrueres i større grad som hjelpeløse ofre som lett blir utsatt for misbruk på grunn av sin rusavhengighet. Bekymringen er klart på kvinnens side.

Spørsmålet er da om menns problemer i liten grad blir sett og anerkjent som verdige av tiltaksapparatet, eller om det faktisk er slik at kvinner oftere er vanskeligere stilt. Utekontakten innrømmer at de oftere legger merke til kvinnelige rusmiddelmissbrukeres problemer og at det nesten alltid er kvinner som gjøres til gjenstand for bekymringsmeldinger om tvang, selv om de i sitt daglige arbeid i stor grad har befatning med menn:

Når vi har så stor andel gutter blant dem vi treffer i parken, hvorfor har vi ikke flere meldinger da på gutter? Hvorfor velger vi å sende en melding på en av jentene eller kvinnene der og ikke på en av guttene? Det var faktisk hun som jobber i forhold til barnevernstjenesten, hun nevnte også, det er jo interessant, det må vi gå videre inn i – for hun mener hun kan se det også på måten vi formulerer bekymringen på, at vi formulerer dem annerledes på gutter.

(Intervju utekontakt, inf. 1)

At kvinnerrelaterte problemer fremstilles som mer alvorlig er et aspekt som utekontakten her spekulerer i. Selv om bekymringsmeldinger som oftest sendes på vegne av kvinner, så er det ikke nødvendigvis slik at ruskuratoren foretar seg noe av den grunn. I hvilken grad problemene fremstilles som akutte og hvor sterkt disse tilbakemeldingene til sosialtjenesten formuleres kan være avgjørende for om adressaten griper inn på grunnlag av denne meldingen. Vi vil i denne sammenheng fremheve at bekymringsmeldinger generelt betraktes som svært viktige for sosialtjenesten og at tvangssaker så å si alltid utløses av slike bekymringer, ofte fra ulike lavterskelforetak som utekontakten. Et slikt kjønnskjevtt blikk for bekymringsfull adferd vil derfor kunne være en av mange forklaringer på at kvinner oftere blir tvangsinnlagt.

5.2 Kjønnede tiltaksløp

Flere forklarer også denne kjønnsforskjellen med at menn oftere er i fengsel. Narkotika- og vinningskriminalitet er fortsatt et mannsdomene der kvinnene utgjør om lag 15 prosent av samtlige registrerte lovbrudd innenfor dette området (KRIPOS 2008) og bare 9 % av de innsatte i fengsel er kvinner (Kriminalomsorgens årsmelding 2007). Utekontakten i en storby som daglig observerer situasjonen for de tunge rusmiddelmissbrukerne på de åpne stoffscenene, mener at kvinner dominerer tvangsstatistikken fordi de sjeldnere er inne til soning:

Sånn som vi ser det, så er det få menn i behandling og få menn i tvangsbehandling. Tvangsbehandling er jo dyrt. De ønsker jo primært ikke å bruke det, og det har jo med ressurser å gjøre. Og det er på en måte, når vi prøver å tenke oss om, hvor vi treffer folk hen, så treffer vi altså kvinnene i behandling og så treffer vi mennene i fengsel. Så vi må jo stille spørsmål selv, altså hvordan ser vi mennene og hvorfor er det sånn? Tenker vi at kvinner er mer sårbare?

(Intervju utekontakt, inf 1)

Samtidig mener noen at det er noe i det at kvinner reelt sett er i en verre forfatning. Dette mener de nettopp har sammenheng med at kvinner ikke på samme måte

er gjennomgangsfigurer i fengselsvesenet. Ifølge denne ruskuratoren hefter det med kvinner et mer...

... tydelig forkommenhetsaspekt. Der har vi igjen, dette går på holdninger og dette her med tankegang, type måtte ofte akseptere at menn går lenger, og blir dårligere. Men så slipper også menn litt unna, for dem er ofte inne til soning. Det er min forklaring på det: at dem er ofte inne til soning, og blir bedre i form. Mens når da typen din havner på soning, hva skjer med deg? Ikke sant, jo, forfallet blir kanskje enda større, ikke sant, fordi at du mister makkeren din, og du blir stående alene i et rusmiljø som er særlig kvinnefiendtlig, for å si det sånn.

(Informant 13)

Soningen skaper stadige konstruktive brudd i rusmiddelmissbruket som gir en helsemessig gevinst som gjør at de ofte ikke er i like dårlig forfatning. I forbindelse med straffegjennomføring kommer mange inn i behandlingsforløp. En person i utekontakten som tidligere har jobbet i varetekten sier til og med at soning fungerer som et enda mer effektivt virkemiddel for avrusning enn ved behandlingsinstitusjonene:

Vi ser jo det samme på de som soner en del, for det er jo en del, og noen av kvinnene òg går jo igjen som sånne gjengangere i soning. Det er jo livsforlengende... Og jeg syns at soning er et kjempeflott tvangstiltak, altså. Det funker veldig bra. Avrusningen går mye fortere i fengselet enn på avrusningsinstitusjonene. Det er fordi at det er mye psykisk i det å avruse seg òg, og du vet, hvis du har sjanse til å få noe, så kverulerer du utrolig, ikke sant, men når du er i varetekt, så er du bak en låst dør og that's it. Da tar det tre–fire dager, og så stiger de ut i verden og er helt freshe igjen. Kjempe.

(Intervju utekontakt, Inf. 1)

Fengselsoppholdene får gode skussmål av ansatte i lavterskelinstitusjoner som gjentatte ganger har sett forvandlingen når soningen er over. Dette har sammenheng med reformer i kriminalomsorgen og satsninger på straffereaksjoner som er kombinert med en behandlingsinnsats. Straffegjennomføringsloven som trådte i kraft i 2002 har styrket rusbehandlingen i kriminalomsorgen ved blant annet innføring av § 12 som gir anledning til at straff helt eller delvis gjennomføres ved heldøgnsopphold i institusjon (Ploeg 2006). Alternativ til fengselsstraff som for eksempel prøveordningen «Narkotikaprogram med domstolskontroll»¹⁰ som har tunge rusmiddelmissbrukere som målgruppe, er en form for mannsdominert tvangsbehandling (ca 85 % av de domfelte er menn) som har gitt relativt gode resultater.¹¹ Kriminelt rulleblad kan derfor få en helseeffekt som kan være en forklaring på helseforskjeller mellom kjønn i rusmiljøet.

Prostitusjon er et tema som flere tar opp. Ved prostitusjon blir kvinner og deres rusproblem mer synlig 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 gjerne at det sendes flere bekymringsmeldinger for disse enn for andre kvinnelige rusmiddelmissbrukere, som denne representanten for utekontakten sier:

Vi har jo også sendt meldinger, på type kvinner i prostitusjon, og det går også mye på rusbruk, opptreden på strøket. Hvis du står der ute og er veldig ruset, så er du veldig utsatt for vold, og hvis dette på en måte blir et repeterende mønster i forhold til at kvinnen er utsatt for vold og voldtekter, så vil vi følge med. Men da vil vi på en måte begynne i bakhodet også å samle opplysninger, og veldig ofte knyttet til helse, fordi vi vet at det er det som er holdbart, ikke sant. Så da går det mye på vektreduksjon og – ja.

(Intervju utekontakt, Inf. 2)

Denne informanten bekrefter at en bekymringsmelding som indikerer tvang kan starte med en observasjon av en dårlig rustilstand på «strøket». Dette viser at prostitusjon blir sett som et uttrykk for en selvdestruktivitet som må tas i betraktning som helseskadelig og et uttrykk for forkommenhet som har relevans som en del av bevisvurderingen som berettiger tvang. Kvinner som ikke befinner seg på sexscenene i byen, blir ikke påaktet på samme måte:

Vi har sendt lite bekymringsmeldinger fra kvinner fra parkmiljøet. Altså, det som vi sender ut, da er det jo ofte det at de er kommet ut på prostitusjonsarenaen òg, og jeg har ikke vært med på at vi har sendt på bakgrunn av prostitusjonen i seg sjøl. Da er det mer i forhold til helse og rustilstand der ute.

(Intervju utekontakt, Inf. 2)

Utekontakten bekrefter at det 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. Samtidig mener de at denne bekymringen ikke har noe med prostitusjonen i seg selv å gjøre, men at dette gjør at de i større grad setter seg selv i farlige situasjoner. En representant for en behandlingsinstitusjon hevder derimot at han opplever at det er et element av moralisme i dette som ikke nødvendigvis kan knyttes til helse. Han mener at det er påfallende at så mange av jentene som legges inn har hatt befatning med prostitusjon. Vedkommende indikerer at dette har sammenheng med et ubehag ved å se rusede personer selge sex åpent i det offentlige rom:

Behandler: Og det er selvfølgelig – prostitusjon er ikke spesielt lekkert... de fleste prostituerer seg.

Forsker: Som kommer hit? I de sakene her?

Behandler: Jaaa. Ja. Men, men altså, slettes ikke alle, men de fleste, altså over halvparten.

(Intervju behandler 1)

Prostitusjon får satt rusens skadelighet på utstilling i deler av byen som i stor grad ikke er dominert av rusmiljøene. Kvinner som selger sex blir fremstilt som ofre for kriminalitet, gjort til objekter av kjønnsnormer og menn, de er «feil kvinner på feil sted», som prostitusjonsforskeren Skilbrei beskriver det (Skilbrei 2009:165). Det blir

i større grad et offentlig uromoment. Et klart fokus på denne gruppen kvinnelige rusmiddelmissbrukere kan være et uttrykk for en generell moralisme knyttet til prostitusjon for å oppnå rus, noe som ruskuratorene vil hjelpe dem ut av om nødvendig med tvang. Valg av en så moralsk «ulekker» handling som prostitusjon som inntekt for rus kan bli oppfattet som et uttrykk for en svekket autonomi, en mangel på dømmekraft, mer enn andre finansieringsmåter som kriminalitet. Tvang blir da et legitimt virkemiddel for å skape en situasjon med mulighet for å gjenvinne autonomi og skape brudd i en rusrelatert hverdag med prostitusjon. Kjønnsskjevheten oppstår da fordi det er flere rusmisbrukende kvinner som er på prostitusjonsarenaen enn menn. Prostitusjon definert som noe uheldig og uønskelig – uavhengig av hvilken helseskade- og fare dette utgjør i kvinnens liv og hvilken sammenheng dette har med rusinntaket – kan spille en rolle i lovanvendelsessituasjonen. Andre måter å finansiere misbruket på fremstilles ikke som like moralsk forkastelig eller blir gjenstand for samme bekymring i sosial- og helseapparatet. Den mannlige måten å skaffe penger på blir i større grad kriminalisert, en handling som krever straff, ikke hjelp. Dette kjønnete mønstret for problemløsning der menn som bryter loven i større grad har blitt betraktet som et juridisk problem, mens lovbrutende kvinner har blitt betraktet som et helseproblem, har lange tradisjoner (Hammerlin mfl. 2006). Dette skaper ulike institusjons- og rehabiliteringsløp for kvinner og for menn.

En annen forklaring på kvinnedominansen er at kvinner generelt ofte har en mer intensiv kontakt med behandlingsapparatet. Kvinner har også selv lettere for å fremstille seg selv som – og blir oftere betraktet som ofre; de er flinkere til «... å vise hvor dårlig det står til» (Intervju behandler 1), som en informant sa, og på den måten ber de mer eller mindre direkte om hjelp, selv om dette sjelden er et kommunisert ønske om tvang. Dette henviser til kjønnsstereotyper som er dypt forankret i vår kultur der jenter i kontakt med offentlige instanser drar fordel av å spille på følelser og konstruerer seg selv som et uforskyldt offer for en vanskelig livssituasjon. Gutter er derimot bedre tjent med å fremstille seg selv som sterk og skape et inntrykk av å være en rasjonell aktør som har tatt et oppgjør med seg selv og vise ikke-kriminell handlekraft.

Mens gutta er litt mer sånn skyld i sine egne ting. Så er det litt mer synd på disse jentene... Kanskje jentene er flinkere til å vise seg fram? Det er jo noe med det? Det fattes jo egentlig ikke noe særlig tvang på noen som ikke synliggjør seg for hjelpeapparatet. Altså, hvis det er noen som bestemmer seg for å bo under en bro, og ikke ha med noen å gjøre – så får de muligheten til det. Kanskje jentene er flinkere til å, faktisk... oppsøke hjelp et lite stykke på veien. Og vise hvor dårlig det står til.

(Intervju behandler 1)

Menn konstrueres som skyldige, som noen det ikke er «synd på», som selv må ta ansvar for sin selvdestruktive livsstil. De har mindre kontakt med og makter ikke å synliggjøre sine problemer for hjelpeinstansene på samme måte. Problemet er da både at menn underkommuniserer sine problemer i større grad, at det er en forestilling blant ruskonsulentene om at de tåler bedre den rusinfluerte livsstilen, og at deres rusrelaterte

vanskeligheter i større grad blir betraktet som noe de selv har kontroll over og må ta skylden for.

En forklaring på kvinnedominans kunne vært at kvinner profitterer bedre på tvang. Det er lite som tyder på at dette er en oppfatning som har betydning for arbeidet med tvangssakene. Vi er ikke kjent med tilfeller der kvinner er favorisert fordi ruskuratorene mener eller har erfart at kvinner nyttiggjør seg tvangen bedre enn menn. Ingen hevder at dette kan skyldes at kvinner egner seg bedre for tvangstiltak ved at de for eksempel oftere blir motivert til frivillig behandling og bedre lykkes med å fullføre mer langvarige behandlingsforløp. Tvert i mot hevder flere av våre informanter i behandlingsapparatet at denne gruppen byr på særlige utfordringer som vanskelig lar seg avhjelpe. Dette støttes av en av ruskonsulentene, som mener at kvinneproblemer er krevende og...

... veldig vanskelig behandlingsbar innenfor behandlingsapparatet. Det er også en av utfordringene i forhold til å tenke tilbakehold på den typen klient; når du ser på motivasjonskriteriet, og dette her med tilretteleggingskriterier så blir spørsmålet: «Ja hva er det du tror du skal klare å oppnå her da? Du har jo ikke et behandlingssted i landet som er egnet, kompetent til å gi denne jenta behandlingen hun trenger, du har kanskje Institusjon G», ikke sant. Men hvem kommer inn der da, og hvor lang tid tar det? Ikke sant, så det er også sånne ting jeg må ha med meg når jeg vurderer disse tingene.

(Informant 13)

Her argumenteres det for at det er grunn til å være mer skeptisk til bruk av tvang overfor kvinner fordi det ikke finnes gode plasser som ivaretar kvinnespesifikke problemer. Dette viser hvordan betydningen av kjønn betraktes og oppleves som avgjørende for hvordan livet med rus utarter seg og derfor at det finnes kjønnsspesifikke vansker som skaper ulike utfordringer i støtteapparatet. Ifølge denne ruskuratoren krever derfor kvinner et mer sammensatt behandlingsopplegg som det er langt vanskeligere å lykkes med. Ut fra dette blir ikke kvinner ansett som så «behandlingsbar». I tråd med en slik behandlingspessimistisk tankegang vil det derfor ikke være mer rasjonelt å tvangsinnlegge kvinner enn menn.

Flere av behandlingsinstitusjonene fremhever at det særlig er de unge kvinnene som er utfordrende og som ikke nyttiggjør seg behandling. Det blir da et paradoks at det nettopp er unge kvinner som ofte blir lagt inn. Noen av våre informanter i behandlingsapparatet som har erfart dette mener derfor at mange av disse aldri burde ha vært lagt inn på tvang, og at tvang overfor denne pasientgruppen ofte er bortkastede penger. De unge kvinnene som det her er snakk om kjennetegnes av å være i et fortsatt ungdomsopprør som gjerne kommer til uttrykk i en generell mistroiskhet mot voksne. De ser rusingen som en del av en ung livsstil i protest mot foreldrestyrte regler og et kjedelig A4-liv som voksne vil prakke på dem. De har generelt liten tiltro til behandlingsapparatet. Disse klientene gjør dessuten mer motstand enn andre og beskrives som særlige motvillige og utagerende under oppholdet. Både behandlingsapparatet og klienter som har opplevd dette selv relaterer denne sterke uviljen med at mange av disse drar meg seg en allerede lang institusjonskarriere fra barnevernet med mye negativ tvangserfaring.

Barnevernet har jo brukt en del tvang, og det er mye som er kjempeødelagt når de kommer til oss, i forhold til at de «nei, institusjoner, de orker ikke tanken på det en gang». Ja, og de har en del dårlige erfaringer som vanskeliggjør jobben vår.

(Informant 1)

Disse er veldig opptatt av at de endelig har blitt utskrevet fra barnevernsinstitusjoner, fått en status som myndig, og vil nyte sin frihet uten kontroll av andre; noe som også omfatter at rusingen kan ta av.

5.3 Avslutning

Synet på kjønn i tiltakskjeden får konsekvenser i tvangens forvaltning. Klient–hjelperrelasjonen skaper kjønnete offerkonstruksjoner og identifiseringer som gjør kvinnelige rusmiddelmissbrukere til gjenstand for mer bekymring og oppmerksomhet enn menn. Dette kan holdes mer eller mindre bevisst i hevd av rusmiddelmissbrukeren som både spiller på og blir konstruert i henhold til disse kjønnskategoriene. En slik utbredt kjønnsstereotypisk oppfatning blant rusarbeiderne er at rusen har en mer problematisk dominans over livet til kvinnene. Rusen blir i større grad for kvinner knyttet til forestillinger om at dette er et konstant og gjennomgripende problem som frarøver hennes autonomi. I hvilken grad blir denne kjønnete forestillingen om at menn er mer autonome rusutøvere enn kvinner opplevd og erfart av rusmiddelmissbrukerne selv, og hvor mye er dette oppfatninger som ikke gir mening eller fører til treffsikre tolkninger av rusmiddelmissbrukerens problemer og behov for hjelp? Spørsmålet er hvordan de selv mener rusen har skapt skjeve, vanskelige eller gode forbindelser – både til seg selv, andre mennesker, opplevelser og erfaringer. Hvordan de selv reflekterer over dette blir et viktig tema i brukerundersøkelsen.

Oppfatninger om kjønn får konsekvenser i klient-relasjonen og i hvilken hjelp som blir gitt. Flere kvinner enn menn blir lagt inn på tvang, mens færre kvinner enn menn blir lagt inn på frivillig behandling. Samtidig er det viktig for oss å påpeke at det er liten bevissthet rundt kjønnets betydning i forvaltningen av tvang blant ruskuratorene.¹² Behandlingsapparatet ser dette tydeligere fordi de har befatning med tvangsklienter fra ulike deler av landet. Det virker som det særlig i forhold til unge kvinner er et misforhold mellom hvem sosialtjenesten plukker ut som antatt egnet for tvang og de som behandlingsapparatet lykkes med. Dette skaper kjønnete tiltaksløp basert på oppfatninger som ikke alltid er treffsikre. Vi mener det er viktig å få til en bedre erfaringsutveksling mellom de ulike forvaltningsnivåer om betydning av kjønn slik at utslingen av – og plasseringen av pasienter får bedre resultater. Det bør tenkes rundt hvordan unge kvinner som omfattes av § 6-2 skal kunne profittere bedre på tvang, særlig når det er hastevedtak. Slik det er nå rapporteres det om at lovens intensjon om motivasjon til frivillig behandling ikke er lettere å oppnå for kvinner. Tåler menn bedre ruslivet enn kvinner? En bevisstgjøring blant sosialarbeiderne på kjønnete forestil-

linger og offerdiskurser som verserer i egen etat, kan bidra til innsikt i hvilken grad det er grunn til å tro at kvinner har større rusrelaterte helseproblemer enn menn, selv om de har andre problemer på grunn av prostitusjon, spiseforstyrrelse og vold. Dette kan skape bevissthet om at menn har større vanskeligheter med å gi uttrykk for de vanskelighetene de har og presentere seg som en verdig trengende.

6. Sosialtjenestens forhold til spesialisthelsetjenesten

Et viktig tema i intervjuene med ruskonsulentene var vurderinger av institusjonene som tar imot klientene deres på tvang. Behandlingsinstitusjonene er etter rusreformen i 2004 en del av spesialisthelsetjenesten, og ansvaret er lagt til de regionale helseforetakene. En hyppig fremført kritikk på rusfeltet er at det er for få behandlingsplasser tilgjengelig generelt i TSB, og at ventetidene er for lange. Nilssens (1999) studie fra slutten av nittitallet viste at sosialarbeiderne mente det også var for få tvangsplasser tilgjengelig ved behandlingsinstitusjonene. Vi var derfor interessert i å undersøke hvordan ruskonsulentene i utvalget nå vurderer *kapasiteten* på tvangsplasser i TSB. En annen hyppig forekommende kritikk på rusfeltet er at kvaliteten på rusbehandlingen varierer, at institusjonene mangler helsefaglig og medisinsk kompetanse og at pasientene ikke alltid får forsvarlig utredning og behandling (Statens Helsetilsyn 2007; Høie og Sletnes 2006). Det er derfor viktig å undersøke hvordan ruskonsulentene vurderer *kvaliteten* på institusjonenes tilbud til de tvangsinnlagte rusmiddelmissbrukerne. Tvang etter sosialtjenesteloven stiller store krav til samarbeidet mellom TSB og sosialtjenesten. Tidligere studier har vist at samarbeidet mellom disse to nivåene tidvis er anstrengt (Mjåland 2008). Nedenfor vil vi derfor undersøke hvordan *samarbeidet* rundt tvangsplasseringene oppleves fra sosialtjenestens ståsted. Intervjumaterialet vårt tyder på at dobbeltdiagnosepasientene utgjør en vesentlig andel av sosialtjenestens klienter som legges inn på særlig § 6-2. Dobbeldiagnosepasientene er en sårbar gruppe, som setter store krav til samhandling mellom de ulike delene av tjenesteapparatet. Flere rapporter og studier peker på at denne pasientgruppen mottar et mangelfullt behandlingstilbud i gråsonen mellom tjenestenivåene (Aakerholt 2006; Høie og Sletnes 2006). Vi ønsker derfor tilslutt å se nærmere på hvordan ruskonsulentene vurderer tilbudet til *dobbeldiagnosepasientene*. Avslutningsvis drøfter vi hvordan forhold i – og forholdet til – TSB, kan sette grenser for tvang.

6.1 Kapasitet

En viktig problemstilling for ruskonsulentene er tilgangen på tvangsplasser i regionen. Det påligger hvert av de regionale helseforetakene å peke ut institusjoner i regionen som kan ta imot pasienter på tilbakehold. RHFene har også opprettet/ delegert ansvaret for å finne tilgjengelige og tilpassede tvangsplasser til ulike koordineringsenheter. I flere av helseregionene er koordineringsenhetene lagt til helseforetakene, i andre regioner er de lagt til vurderingsenheter ved utvalgte behandlingsinstitusjoner som har tvangsplasser. Sistnevnte er ofte private institusjoner med driftsavtaler med RHFene. Av

økonomiske årsaker forsøker koordineringsenhetene først og fremst å finne plasser innad i helseregionen. Når det ikke er tilgang på tvangsplasser i regionen, kjøper de såkalte «gjesteplasser» ved institusjoner i de andre helseregionene. Tvangsplasser er i seg selv kostbare, men gjesteplassene koster betydelig mer. For ruskonsulentene innebærer det at de i stor grad er prisgitt det tilbudet og den kapasiteten som finnes internt i helseregionen. Variasjonene mellom helseregionene er generelt store når det gjelder rusbehandling, langs en rekke ulike dimensjoner (Lilleeng 2008; Mjåland 2008), slik er det også i forhold til tvang. Flertallet av ruskonsulentene rapporterer om til dels store utfordringer med å finne tilgjengelige tvangsplasser. Selv om det her også finnes unntak, er problemene betydelige i alle helseregioner. En ruskonsulent sier det slik:

Men det er klart at det vi ser er jo ei vanvittig tørke innafor de institusjonene som har tvangsplasser tilgjengelig, og det er jo der problemet ligger, tenker jeg. Jeg har jo fått mange tilbakemeldinger fra både her og der, og det som da er den røde tråden hele tida, det er at det er jo ingen automatikk i den jobben, at når vi tar den støyten og gjør det vedtaket, så er det ingen automatikk at det utløser seg institusjonsplass. Sånn at det er vi òg som måtte ut i feltet og jobbe fram og finne fram en eller annen slags type institusjonsplass.

(Informant 11)

Kapasitetsproblemene i forhold til tvangsplasser er en stor utfordring for ruskonsulentene. Særlig i de tilfellene hvor det fattes hastvedtak rapporteres det om utfordringer med å finne en tvangsplass raskt nok:

Vi må for det første skaffe plass, og det er ikke noe enkelt. Tidligere så bestilte vi bare en plass, men etter rusreformen så er det vanskelig å skaffe plasser, så det kan faktisk være at det går lang tid før vi kan få plasser. Opptil 14 dager har vi ventet på plass, fordi det ikke er kapasitet. Det henger jo sammen med at institusjonene opprunder, det koster jo for dem å skulle ta tvang, de må ha ekstra personale inn, det koster mer, så de er ikke så interesserte.

(Informant 14)

I følge denne ruskonsulenten henger kapasitetsproblemene sammen med budsjettensyn i spesialisthelsetjenesten. Han har inntrykk av at institusjonene i regionen er lite interessert i å ta i mot pasienter på tvang, fordi tvangsplassene er svært kostbare. Ruskonsulenten påpeker også at det er blitt vanskeligere å finne plasser i tide etter rusreformen. Flere av ruskonsulentene peker på den samme utviklingen. Før reformen ringte man i større grad direkte til de institusjonene man ønsket klienten sin innlagt ved. Etter reformen skal henvendelsen rettes til en koordineringsenhet, som så skal finne en egnet plass. Mange av ruskonsulentene er oppgitt over at dette arbeidet tar for lang tid. Det ser derfor ut til at det har utviklet seg en praksis, hvor ruskonsulentene selv tar på seg jobben med å finne en tvangsplass. Ruskonsulentene er klar over at det er koordineringsenheten som har ansvaret for å finne egnet tvangsplass. De føler likevel at de er nødt til å ta ansvaret selv. Dette skyldes blant annet dårlige erfaringer med at det brukes for lang tid, og at ruskuratoren ikke er fornøyd med de plassene som koordineringsenheten finner fordi de ikke er tilrettelagte for sin klients særlige

behov. Det dreier seg også om at de føler et stort ansvar for å handle så raskt som mulig, særlig i saker med gravide rusmiddelmissbrukere, mens dette ansvaret kanskje ikke føles like sterkt av de ansatte på koordineringsenhetene. Imidlertid er det mange ruskonsulenter som frustreres over denne utviklingen. De mener at det er svært uheldig at sosialtjenesten også får ansvaret for å skaffe tvangsplasser, og at dette blir en ekstra arbeidsbyrde i tillegg til alle saksforberedelsene, som faktisk kan legge føringer på vurderingene om tvang:

Forsker: Er det en faktor som dere tror spiller inn på vurderinga, altså som gjør at terskelen blir enda høyere for å vurdere tvang?

Inf: Ja. Det er jeg hellig overbevist om. Og det er på en måte signalene vi får tilbake óg fra de stakkars ruskonsulentene som står midt oppi dette her, at tvangssaken og det å fremme saken i seg sjøl, det får de til, men det er på en måte all denne her kjempinga og all den her triksinga og miksinga for å få frigjort institusjonsplassen, den sliter folk helt ut.

(Informant 12)

Langt i fra alle ruskonsulentene rapporterer om like store utfordringer med å finne plasser, og flere av ruskonsulentene oppgir også at koordineringsenhetene relativt raskt finner plass. Men en betydelig andel ruskonsulenter ser ut til å bruke svært mye tid på å finne tvangsplasser, og på den måten tar de på seg et ansvar de egentlig ikke skal ha. Vi har også hørt flere av ruskonsulentene fortelle om vedtak som aldri har blitt effektivert fordi det ikke har latt seg gjøre å finne en plass innen tidsfristen. I Nilssens studie kommer det også fram at sosialarbeiderne selv mener at dårlig tilbud på tvangsplasser er en av de viktigste grunnene til at tvang benyttes så sjeldent (Nilssen 1999:22–23). Vår undersøkelse tyder på at mangelfull kapasitet på tvangsplasser kan sette grenser for tvang.

En annen frustrasjon som flertallet av ruskonsulentene tar opp, er ordningen med at koordineringsenhetene ved enkelte behandlingsinstitusjoner prioriterer først sine egne tvangsplasser, og deretter tvangsplasser i helseregionen for øvrig. I flere av helseregionene er det få institusjoner som tar i mot pasienter på tilbakehold, og det er ikke alltid disse institusjonene blir vurdert å ha et egnet tilbud til klientene deres:

For jeg oppfatter det sånn at de skal først fylle opp sin egen institusjon, så skal de spare det regionale helseforetaket for penger. Mens min intensjon er at den pasienten som passer til X, neste pasient, for eksempel hun som veide 32 kg, hun passer kanskje ikke der i det hele tatt. Og det må kunne være fritt, sånn som for andre pasienter, sykehusvalg i Norge. Sånn at det skulle ikke være så mye dyrere å behandle henne i en annen del av Norge.

(Informant 4)

Ruskonsulenten tar her opp en problemstilling som deles av de aller fleste ruskonsulentene i utvalget. Klientene de tvangsplasserer har ulike behov. Behandlingsinstitusjonene i Norge er svært mangfoldige og differensierte, og de ønsker derfor å ha muligheten til å henvise klientene sine til de institusjonene som er best tilpasset den enkelte klients

problemer, uten å bli hindret av økonomiske barrierer mellom de ulike helseregionene. En av ruskonsulentene trakk fram et konkret eksempel på hvor de hadde bestemt seg for å fatte et tvangsvedtak, men der de måtte trekke det tilbake fordi de ikke fant en tvangsplass tilrettelagt for denne klientens behov:

Det som vi hadde en erfaring på bare nå for et halvt år siden, var at vi hadde en 6.2.-sak som vi ønska å kjøre, som vi måtte stoppe fordi det fantes ikke noen behandlingsplasser som tok imot alkoholavhengige unge menn. Det fins ingen tvangsplasser. Vi ringte jo til koordineringsenheten og alle de her stedene som har oversikt over alle institusjoner. Det fins bare tvangsplasser for narkomane. [...] Og det er vanskelig, syns jeg, i forhold til å gi folk et behandlingstilbud som ikke står i forhold til det de sliter med.

(Informant 11)

Det finnes ikke noe adekvat tilbud til alkoholavhengige på tvang, og det oppleves som et problem at denne kategorien av rusmiddelmissbrukere blir ytterligere belastet, stigmatisert og feilbehandlet når de må leve på en lukket institusjon sammen med narkomane:

Det er jo heller ingen kultur på å legge folk inn på tvang etter alkohol, altså det er jo ingen behandlingsplasser som er tilrettelagt for det. For alkoholikere så er det jo gjerne fire ukers behandlingssystemer. Altså, det er Minnesotamodellen, ikke sant, som tar imot på 4- til 6-ukers opphold, så det på en måte slår beina under hele – det er på en måte ikke tilrettelagt for alkoholmisbruk. Å legge inn en på skjerma enhet på F institusjon som var eneste alternativ i høst for han, jeg tenker, det hadde vært helt spinn feil, altså. Når folk er så sårbare, så slitne, og så skal de settes tett i tett med kanskje en eller to nedsausa andre narkomane og få kanskje andre tilleggs- ... altså, bli introdusert i forhold til andre rusmidler når du er på det mest sårbare, det er ikke bare greit.

(Informant 11)

Problemstillingen til denne ruskonsulenten er ikke unik. Flere rapporterer om store frustrasjoner med at klientene blir tilbudt tvangsplasser som i liten grad er individuelt tilpasset. Dette gjelder i flere regioner også for gravide rusmiddelmissbrukere:

Inf 2: I alle fall de sakene som jeg har ringt på, så har jeg ønska meg X klinikken [i en annen helseregion], men det får du ikke, fordi at det er kostnader med dette her og du må kjøpe plasser, og hvis det er plasser på institusjoner i regionen, så skal de benyttes. Sånn at det er lite fokus på at innholdet er viktig. (9:54–55)

Inf 1: Men jeg ville helt definitivt valgt X klinikken hver gang. Ikke fordi at ikke klinikk Y eller noen av de andre gjør en god jobb, det handler ikke om det, men det handler om at jeg tenker at institusjonen er ikke bygd opp i forhold til å ivareta innholdet som trengs til en 6.2.a. Man blander. Jeg liker ikke den blandingen.

(Informant 9 og 10).

Behandlingsinstitusjonene som tar i mot gravide på § 6-2a i denne helseregionen er

ikke spesielt tilrettelagt for gravide rusmiddelmissbrukere. De plasseres sammen med andre tvangspasienter på § 6-2, og de blir dermed ofte plassert sammen med andre menn. Denne blandingen mener ruskonsulentene er uheldig. De ønsker derfor alltid å få plass på en institusjon i en annen helseregion som er særlig tilrettelagt for § 6-2a, men dette får de sjelden på grunn av økonomiske hensyn i helseforetakene.

I tillegg til mangel på institusjoner med tvangsplasser som er spesifikt rettet mot alkoholproblematikk og gravide rusmiddelmissbrukere, savner ruskonsulentene tvangsplasser rettet mot unge, kvinner, og rusmiddelmissbrukere med alvorlige psykiske lidelser. «Generalistinstitusjoner», forstått som institusjoner som tilbyr rusbehandling uten å være særlig tilrettelagt for enkelte målgrupper og uten en bestemt behandlingsideologi eller tilnærming, anses ofte av ruskonsulentene for ikke å være godt nok egnet for unge, gravide, personer som misbruker alkohol eller personer med dobbeltdiagnose. Ruskonsulentene kan derfor sies å være preget av en tenkning om at visse typer rusmiddelmissbrukere trenger visse typer behandlingsintervensjoner. De sosialfaglig utdannede ruskonsulentene har dermed en hel del tanker om forholdet mellom type rusmiddelmissbrukere, behandlingsintervensjoner og behandlingsutfall, som kommer til uttrykk når de kritiserer helseforetakene for mangel på tilrettelagte institusjoner i egen helseregion.

En beslektet problemstilling i forhold til kapasitet i TSB gjelder tilgangen på frivillige plasser for gravide rusmiddelmissbrukere. Når ruskonsulentene får inn en melding om en gravid rusmiddelmissbruker, prøver de alltid først med frivillige tiltak. Det kan innebære alt fra urinprøvekontroll hos fastlege eller helsestasjon, poliklinisk behandling, eller frivillig døgntilrettelagte institusjoner. Problemet er at det ofte er lang ventetid på frivillige plasser ved døgninstitusjoner for gravide kvinner. Noen har opplevd å komme i det dilemmaet at de blir nødt til å legge en gravid kvinne som ønsker frivillig behandling inn på tvang:

Inf: Det tar lengre tid å få en frivillig plass enn å få en tvangsplass. Og det er ganske, det synes jeg er ganske ille. For da får vi rett og slett ikke prøvd frivillig først, altså det tar for lang tid før vi får prøvd det frivillige. Vi har ikke tid til å vente, vi må lage et tvangsvedtak, rett og slett for å få ting til å gå fortere, så er jo det også en inngripen, hvis at ho *ønsker* frivillig.

Forsker: Så i de gravidsakene så kan dere ofte innstille på tvang for å få iverksatt, for å få plass i det hele tatt?

Inf: Ja, faktisk.

(Informant 3)

Ruskonsulenten synes det er kritikkverdig at hun blir nødt til å tvangsinnlegge en gravid kvinne som ønsker frivillig institusjonsbehandling. Flere av ruskonsulentene rapporterer om store kapasitetsproblemer ved de få institusjonene i landet som er tilrettelagt for frivillig behandling av gravide rusmiddelmissbrukere. De tilbudene som finnes er ruskonsulentene gjennomgående fornøyd med, men de har for få plasser. Enkelte ruskonsulenter peker også på at av institusjoner som tilbyr både frivillig behandling

av gravide rusmiddelmissbrukere og tvang etter § 6-2a, så er det langt lettere å få plass når man har et tvangsvedtak. Problemene med å få forsøkt frivillige tiltak av kapasitetshensyn virker å være større i vurderingen av § 6-2a enn i § 6-2 saker. En utbredt bruk av § 6-2a innleggelse, når frivillige tiltak er vurdert tilstrekkelig, er i tydelig strid med lovens intensjoner.

Vår undersøkelse tyder på at det er store opplevde kapasitetsproblemer ved institusjonene som tar imot pasienter på tilbakehold i Norge. Ruskonsulentene hevder at det tar lang tid før det foreligger tvangsplass, og at tvangsplasseringene i liten grad er tilpasset klientenes individuelle behov. De mener at det særlig er budsjettensyn i helseforetakene som gjør det vanskelig å tilby klientene tilrettelagte tvangsplasser. Disse utfordringene er gjerne størst i de mindre helseregionene, som har færre institusjoner som tilbyr tvangsplasser, og har blitt større etter rusreformen. Nasjonale oversikter viser at dette også er et mønster i forhold til frivillig rusbehandling; ventetidene til rusbehandling er lengre, og egendekningen av behandlingsinstitusjoner mindre, i små kontra store helseregioner (Lilleeng 2008). Det er imidlertid viktig å påpeke at også her finnes det unntak. Noen har i liten grad hatt erfaring med kapasitetsproblemer. I noen av byene er ruskonsulentene også svært fornøyd med de lokale institusjonene som tar i mot tvangspasienter, og rapporterer i mindre grad om problemer med å få plass i tide. Dette tyder på et missamsvar mellom tilbud og etterspørsel i noen helseregioner, og at blant annet økonomiske hindre fører til dårlig plassutnyttelse og pasientstrøm på tvers av de enkelte regioner.

6.2 Kvalitet

Hvordan ruskonsulentene vurderer kvaliteten på institusjonene som har tvangsplasser, og hva de mener om innholdet som tilbys klientene under tvangsoppholdet, var et annet viktig tema i intervjuene. Et hovedfunn er at mange av ruskonsulentene vet lite om kvaliteten på institusjonene:

Øh, jeg vet veldig lite om hvordan opplegget er. Hvordan dagene er der, hvordan kontakten med de enkelte som jobber der er. Altså den informasjonen jeg har det er rett og slett via klienten.

(Informant 3)

At flere ruskonsulenter har så liten kunnskap om hva som tilbys klientene de legger inn på tvang, er bemerkelsesverdig. En mulig forklaring er en streng forståelse av arbeidsdelingsforholdene mellom tjenestenivåene som gjør at sosialtjenesten fraskriver seg ansvaret så lenge klienten befinner seg på institusjonen. Behovet for en pause har også sammenheng med at ruskuratoren har brukt så mye ressurser på saksbehandlingen at det er vanskelig å prioritere klienten når vedkommende endelige er plassert. Andre oppgaver har blitt stående lenge på vent. Dessuten må ruskuratoren bruke tid på å finne adekvate oppfølgingstiltak etter institusjonsoppholdet. Dette er krevende nok i seg selv, 3 måneder er kort tid, mange sliter for eksempel med å skaffe en egnet bolig til

klienten som helst skal stå klar ved utskrivelse. Kanskje er det slik at ruskonsulentene stoler på de kvalitative vurderingene de regionale helseforetakene la til grunn når de pekte ut institusjoner til å ta imot tvangspasienter. Uvitenheten kan også skyldes at det generelt foreligger lite erfaringsutveksling og få felles møtepunkter mellom sosialtjenesten og spesialisthelsetjenesten. Uansett er det liten tvil om at det er uheldig at så mange av ruskonsulentene i så liten grad har kunnskap om institusjonene. Mange av ruskonsulentene gir imidlertid også uttrykk for å ha kjennskap til hva institusjonene tilbyr de tvangsinnlagte pasientene, og her går vurderingene ofte i kritisk retning. Begge disse funnene kom frem i Nilssens studie av sosialarbeidernes vurdering av behandlingsnivået: Overraskende mange gir uttrykk for å ikke kjenne til kvaliteten på behandlingsplassene i fylket, samtidig som mange var generelt kritiske til kvaliteten på tilbudet i institusjonene (1999:17). Flere av ruskonsulentene i utvalget vårt knytter imidlertid kritikken til konkrete erfaringer.

En kritikk som ofte kommer opp, er at institusjonene først og fremst tilbyr noen rammer for pasientene, og i liten grad tilbyr et adekvat innhold under tvangsoppholdet. En ruskonsulent formulerer det slik:

Det er ikke nok med at du får et rom, et nakent rom, og så får du oppfølging. Det blir en form for en celle, og det blir det der med at når du skal på, når det er tvang så må du sette mer inn omkring vedkommende, det må være helt annerledes oppfølging. Så jeg syns mer tvang, og så må det være en opprusting i institusjonene, i hvert fall våre.

(Informant 14)

Ruskonsulenten reagerer på institusjonene i regionen i liten grad har et eget og styrket opplegg for de tvangsinnlagte pasientene. Hans inntrykk er at institusjonsoppholdet ofte har mest kjennetegn av å være en oppbevaring, på «en celle», og han utdyper poenget sitt slik:

Det blir for kjedelig, og det der med når de havner i tvang, det er akkurat det vi ser i fengsel, de kjeder seg i hjel. Det er det. Når du er så langt ute i verden at du må innlegges på tvang, da kan man ikke forvente at folk skal kunne ha sine egne intellektuelle sysler eller begynne å trene en masse eller noe som helst der. [...] Du må jo fylle med noe som gir den enkelte menneskeverd og selvfølelse. [...] Men jeg tror det er lite man tenker på den måten. Man tenker ofte praktiske tiltak, og så tenker man på det der med at det skal motiveres. «Nå blir du sperret inne i tre måneder til du kan motivere deg selv, og hvis ikke, så er du ikke verdt å motivere». Det blir et eller annet merkelig. Det mangler noe i den der tvangen.

(Informant 14)

I og med at institusjonsoppholdet i liten grad fylles med innhold, får tvangen karakter av å være mer straff enn hjelp. Ruskonsulenten er også kritisk til at institusjonene blander de tvangsinnlagte pasientene med andre pasienter som er frivillig innlagt. Hans vurdering er at tvangspasientene ofte er så dårlige at de trenger en helt annen intensitet i oppfølgingen enn frivillig innlagte pasienter, som i større grad er motivert

for behandling på forhånd. Ruskonsulentene har intervjuet til nå, deler i stor grad denne kritikken. Flere av brukerne opplevde tvangsinnleggelsen først og fremst som en oppbevaring, med lite tilbud om aktiviteter og annen behandling.

Beskrivelsene av institusjoner som i liten grad tilbyr innhold under tvangsplasseringen, gjelder i stor grad også for innleggelse etter § 6-2a. Som vi har vært inne på tidligere, er flere ruskonsulenter særlig kritiske til at mange institusjoner blander de gravide ruskonsulentene med andre tvangsinnlagte, herunder menn, og at dette fører til at de særlige behovene til gravide ruskonsulenter ikke blir tatt nok på alvor:

Inf 1: Men jeg har en ting som jeg synes er viktig å få med, og det er at institusjonene her i regionen som skal ta imot gravide på § 6-2a, synes jeg ikke er gode nok i forhold til innhold i forhold til disse kvinnene. Jeg mener helt klart at gravide som er på tvang, ikke skal blandes med andre som er på tvang, verken menn der eller § 6-2. [...] Det finnes ikke innhold i noen av de institusjonene, i noen av dem, egentlig, som kan ivareta gravide, kvinner som trenger kompetanse på at de skal bli foreldre og omsorgspersoner.

Forsker: Hva gjør de der, da? Hva består de behandlingsoppholdene der av, de som dere har tilgang til?

Inf 2: Holde dem rusfri, det er uten innhold. [...] Det er klart at hvis du er innlagt på tvang og det er overhodet ingenting anna enn oppbevaring og uten innhold, så blir jo det en negativ opplevelse.

(Informant 9 og 10)

I følge disse ruskonsulentene bør det stilles særlig strenge krav til innhold i tvangsplasseringer etter § 6-2a. Kvinnene er i en sårbar posisjon, og det bør legges til rette for at de kan forberede seg på fødselen og den omsorgsrollen de skal inn i som kommende mødre. Ruskonsulentene er derfor sterkt kritisk til at institusjonene i regionen ikke har et tilrettelagt opplegg for denne pasientgruppen, hvor de skjermes fra andre pasientgrupper. En spørreundersøkelse med ansatte i sosialtjenesten viste at 3 av 10 respondenter mente at kvaliteten på institusjonen som tar i mot gravide på tvang spiller en rolle i beslutningsprosessen om å anvende eller ikke anvende § 6-2a (Flaaterud 2000:28). Vi finner at vurderinger av institusjonenes kvalitet er en del av beslutningsgrunnlaget til ruskonsulentene, selv om vi per nå ikke har kjennskap til at ruskonsulentene lar være å fremme tvangssaker av den grunn.

Et fellestrekk ved ruskonsulentenes kritiske vurderinger av behandlingstilbudene, er at de i liten grad fyller tvangsplasseringene med innhold og aktiviteter tilrettelagt brukernes ulike behov. Denne kritikken underbygges av et annet mønster vi finner i ruskonsulentenes vurderinger av behandlingsnivået. Det er nemlig noen utvalgte institusjoner som ofte blir trukket frem som særlig gode på tilbakehold. Et kjennetegn ved disse relativt få institusjonene, er at de er «spesialisert», enten det gjelder på problematikk knyttet til gravide ruskonsulenter, unge, eller dobbeldiagnoser. Fortvilelsen til ruskonsulentene som ikke har slike «spesialiserte» institusjoner i helsere-

gionen, er at de ofte må ta til takke med et lokalt «generalisttilbud» som de vurderer som kvalitativt dårligere. Ruskonsulentene som har disse anerkjente institusjonene i nærmiljøet og som derfor får anledning til å plassere sine klienter der, trekker frem at suksessfaktoren til disse institusjonene er nettopp at de har et rikt innhold i institusjonshverdagen i tillegg til at de tilbyr et spekter av behandlingstilbud:

Forsker: Men hva gjør klientene når de er på den posten her?

Inf: Mye testing. Mye utredning. De er knall gode på dette her med utredning, kartlegging, og å bistå i forhold til å foreslå egnet behandling videre. Så testing, utredning og sånne ting, har dem fullt på skinner der oppe. De har også mye uteturer, finner på masse aktiviteter, gjør masse sprell, det er kjempested.

(Informant 13)

Dette viser hvor store variasjoner som finnes i ruskonsulentenes vurderinger av behandlingstiltakene. Det denne ruskonsulenten vurderer som særlig positivt, er det samme som det mange av de andre ruskonsulentene etterlyser. Institusjonen tilbyr mye utredning og testing, og dette vurderes som positivt fordi man da får dokumentert underliggende problematikk. Dermed bedres mulighetene for å få kartlagt hva slags opplegg den enkelte rusmiddelmissbruker har behov for, både under og etter tvangen. I tillegg til utredning, motivering og behandling, tilbys tvangspasientene en rekke ulike aktiviteter. Avdelingslederen for denne tvangsposten bekreftet dette inntrykket under et intervju. Han påpekte at de har et særlig fokus på fysisk aktivitet og aktivisering av de innlagte tvangspasientene, og at de har gode erfaringer med det.

6.3 Samarbeid

Samarbeid mellom første- og andrelinjetjenesten i helsevesenet har i kjølvannet av *sambehandlingsreformen* blitt tematisert i stor grad (St.meld.47 (2008–2009)). Dette gjelder ikke minst i forhold til rusfeltet. Det er grunn til å hevde at verdien av et godt samarbeid mellom spesialisthelsetjeneste og sosialtjeneste er særlig store på rusfeltet, i og med at rusmiddelmissbrukere ofte har et omfattende hjelpebehov over tid fra en rekke instanser og fra ulike forvaltningsnivå. Dette var også en av de sentrale målsetningene med rusreformen (Helsedepartementet 2004b). Tvang etter sosialtjenesteloven er likeså et område hvor samarbeid mellom disse instansene anses å være avgjørende for å oppnå de ønskede resultater (Sosial- og helsedepartementet 2000). Imidlertid gir tvang etter sosialtjenesteloven noen spesifikke utfordringer. For det første har tvangspasientene ofte svært store hjelpebehov, jf. vilkårene i loven. For det andre er det ikke i spesialisthelsetjenestens makt hvem som blir innlagt på tvang, til forskjell fra slik ordningen er ved frivillige innleggelse. Vi var interessert i å undersøke hvordan ruskonsulentene vurderer dette samarbeidet, i lys av de særlige mulighetene og utfordringene som tvang innebærer.

Vår undersøkelse viser en stor variasjon på dette området. Ruskonsulentenes

vurderinger av samarbeidet spenner fra det katastrofale til det strålende. Det *generelle* inntrykket er at samarbeidet mellom spesialisthelsetjenesten og sosialtjenesten er mangelfullt og anstrengt. Vi vil først vise på hvilke områder samarbeidet vurderes som negativt, deretter på hvilke områder som blir ansett som positivt. Til slutt skal vi peke på noen fellestrekk ved kommuner som oppgir å ha gode samarbeidsrelasjoner.

Noen av ruskonsulentene rapporterer om et dårlig samarbeid med enkeltinstitusjoner, og knytter dette til negative holdninger til tvang blant behandlerne:

Inf: Så har du et hjelpeapparat som er nokså mye delt på bruk av tvang. Blant annet har vi klinikk X her som synes det er en god ting. På klinikk Y som skal ta tvang, mange i behandlergruppen der synes det er veldig dårlig, så der opplever vi ganske mye at vi blir motarbeidet direkte.

Forsker: Motarbeida av klinikk Y?

Inf: Ja, på det der, de ønsker ikke å bruke tvang, så de overprøver sterkt det vi gjør.

(Informant 14)

I følge ruskonsulenten er mange i behandlergruppen på en av institusjonene i regionen generelt negative til tvang, og motarbeider sosialtjenestens vedtak. Han forteller videre at dette får utslag i at pasientene får mindre oppfølging, og at institusjonen ofte overprøver fylkesnemndas vedtak. Sistnevnte gjør de ved å hevde at pasientene «ikke passer inn», og at de dermed bør skrives ut. Han forteller at dette bidrar til et anstrengt forhold mellom sosialtjenesten og denne behandlingsinstitusjonen. Dette kom også fram i Nilssens (1999) studie, hvor sosialarbeiderne mente at negative holdninger til tvang var forholdsvis utbredt i behandlingsinstitusjonene.

Generelt ser det ut til at et særlig kritisk punkt i samarbeidet mellom de to nivåene dreier seg om ulike oppfatninger om hvorvidt de tvangsinnlagte rusmiddelmissbrukerne burde vært tvangsinnlagt eller ikke. Dette gjelder først og fremst i forhold til innleggelse etter § 6-2. Ruskonsulentenes frustrasjon er ofte stor i de tilfellene hvor behandlingsinstitusjonene skriver ut klienter de har brukt mye tid og ressurser på å få tvangsinnlagt, før de tre månedene er gått. En ruskonsulent har en svært negativ erfaring fra en slik sak. En av hennes klienter som ble innlagt på § 6-2 ble utskrevet fra institusjonen etter kun få uker, på grunn av utagering og trusler. Sosialtjenesten ble ikke konsultert på forhånd, de ble kun informert samme dag som klienten ble skrevet ut. Ruskonsulenten beskriver det slik:

Inf: Nei, jeg synes det er heilt *forkastelig*. Er det noe som man kan forvente av sånne saker så er det jo utagering. Det er jo noe i sakens natur. Og hu sa, jeg husker jo det, jeg fulgte jo henne opp der, og hu sa ifra til de hjelperne «bare så dere vet så kan jeg bli veldig hissig, men jeg mener ikke noe vondt med det». Og det skreiv jeg og, i forhold informasjon om henne, «kan utagere veldig». Så de var informert. [...] Men deres oppgave var jo å beskytte henne fra seg sjøl, fra *seg sjøl*, og så gjør jo de det motsatte. Jeg tror jo de har, man skal ikke

undervurdere hvilke skader det har påført henne dette og. [...] Hu ba jo om å bli innlagt på tvang.

Forsker: Men ble dere kontakta underveis i forkant av den utagering, ala dere kjenner henne best, hva skal vi gjøre nå, hva tenker dere, sånne ting?

Inf: Nei, ingenting. Nothing. Og ho kunne, i det ene øyeblikket kunne ho skjelle ut meg og skrike til meg, og i det neste var hun «unnskyld unnskyld, jeg mente det ikke, jeg er så glad i deg», altså skjønner du? Ho er sånn, så de kunne prøvd!

(Informant 29).

Ruskonsulenten opplevde denne saken som så graverende, at det i samarbeid med kommuneadvokaten ble sendt inn klage til Helsetilsynet i fylket. De foretok en vurdering, og kom fram til at institusjonen i denne saken ikke hadde faglig forsvarlig grunn til å skrive ut pasienten. Ruskonsulenten syntes i tillegg til selve utskrivelsen at det særlig var kritikkverdig at institusjonen ikke hadde informert og drøftet utageringen med sosialtjenesten på forhånd, og at de ikke fikk tid til å forberede andre tiltak rundt klienten etter utskrivelse. I følge ruskonsulenten ble klienten skrevet ut til gata, i en by hun ikke bodde i, og kort tid etter utskrivelsen hadde hun flere overdoser. Den samme ruskonsulenten har fra tidligere saker også andre negative erfaringer med denne institusjonen, som er den eneste som tilbyr § 6-2 plasseringer i regionen. Erfaringene er samlet sett så negative, at hun nå som hun forbereder en ny sak, er sterkt i tvil om hva hun skal gjøre:

Inf: Og nå skal jeg stresse meg i hjel for å få en ny opp der (ler oppgitt), jeg vet ikke jeg. Jeg kjenner på det altså.

Forsker: Ja du gjør det ja?

Inf: Ja, jeg kjenner virkelig på det. Jeg vet ikke om jeg vil han så vondt, når jeg tenker meg om.

(Intervju 29)

Ruskonsulentens erfaringer fra disse sakene vitner om et svært anstrengt, og tidvis mangelfullt samarbeid. Det kan se ut som om sosialtjenesten og spesialisthelsetjenesten i liten grad spiller på lag. Selv om den ovennevnte saken skiller seg ut, er det flere av ruskonsulentene som har opplevd liknende problemstillinger ved tvangsplasseringene. Behandlingsinstitusjoner har vært uenige i enkelte plasseringer, og har dermed skrevet ut pasientene uten å først konferere med sosialtjenesten.

Et annet område hvor samarbeidet mellom de to nivåene settes på prøve, er knyttet til tiden det tar å finne en institusjonsplass. Flere av ruskonsulentene trekker frem at koordineringsenhetene ikke alltid finner § 6-2a plasser innen den fristen som sosialtjenesten ønsker. Da blir det ofte forhandlinger og diskusjoner, og det mener ruskonsulentene er kritikkverdig:

Inf 1: De skal finne plass. Hvis man møter det, så er det bare fordi at man ikke har skjönt hva som er loven, for de skal skaffe plass. Så hvis vi har laget akuttved-

tak og skal forkynne det, har et apparat klart rundt til å hente inn kvinnen, så er ikke det en eller annen som skal sitte og si: «Nei, vi er ikke klare».

Inf 2: Jeg syns at etter at vi må gå gjennom koordineringsenheten, så tar det lengre tid. Det tar lengre tid før disse kvinnene kommer i behandling.

Inf 1: Det blir en diskusjon som ikke skal være der, og det liker ikke vi, sånn som vi jobber. Vi vil ikke diskutere det der. Vi kommer bare med bestilling, og så sier vi: «Sånn skal det være». Da blir det litt sånn uromoment når man begynner å diskutere.

(Informant 9 og 10).

Sitatet tyder særlig på at samarbeidet mellom de to nivåene settes på prøve når det gjelder plasseringer ved hastesaker, og kanskje særlig akutt plasseringer av gravide rusmiddelmissbrukere. Ruskonsulentene har da en forventning om at spesialisthelsetjenesten skal ha en egnet plass klar umiddelbart, og frustreres over at institusjonene i mange tilfeller ikke klarer å tilby egnede plasser raskt nok. Forholdet mellom de to nivåene kan i noen tilfeller mer bli preget av bestillinger og krav, enn av dialog og samarbeid. Et tydelig funn er at samarbeidsforholdene mellom sosialtjeneste og spesialisthelsetjeneste virker å være betydelig mer utfordrende i hastesaker enn i saker med ordinær saksgang. Samarbeidsproblemene må derfor delvis ses i sammenheng med det store innslaget av hastevedtak (Søvig 2007).

I noen kommuner rapporterer ruskonsulentene imidlertid om svært gode samarbeidsforhold med spesialisthelsetjenesten, representert ved lokale behandlingsinstitusjoner som tar i mot rusmiddelmissbrukere på tvang. Fellestrekk her er en bevisst satsning og oppmerksomhet knyttet til samarbeid, tette relasjoner mellom ruskonsulenter og kontaktpersoner i institusjonene, og en kontinuerlig dialog både i forkant, under og etter tvangsplasseringen. En ruskonsulent beskriver samarbeidsforholdene med den lokale institusjonen slik:

Akkurat det samme som når vi bestemmer oss for å fremme en sak, er det jeg som fremmer saken alene? Nei, jeg samhandler med spesialisttjenesten. Og det er det jeg snakker om at, det er ikke sånn at vi gjør dette her fordi at vi har lyst til å gjøre det alene, vi gjør det i samarbeid med alle andre, det er en felles beslutning, og dermed så blir det noe helt annet enn å komme drassende med disse her «jeg syns det var en god ide å lage hastevedtak på fredag klokken tre.» Ikke sant, og så er ikke de forankret hos noen, det er de verste sakene som finnes, ikke sant. Og ofte dem som ender opp med ganske stygge utfall og. Mens de sakene jeg snakker om, dem er godt fundamentert, og så bruker jeg nettopp spesialisttjenesten til det dem skal brukes til, for dem skal faktisk gi meg råd og veiledning i forhold til hvordan jeg jobber i praksis

(Informant 13).

Ruskonsulenten forteller videre at han alltid tar tidlig kontakt med spesialisthelsetjenesten i saker hvor det vurderes tvang. Denne tette dialogen gjør at institusjonen og sosialtjenesten blir kjent med pasienten på forhånd og at det utvikles en felles forståelse

av hvorfor vedkommende legges inn på tvang, og hva som bør være målsetningene for tvangsoppholdet. Ruskonsulenten mener at et slikt velutviklet samarbeid er en forutsetning for å få til gode resultater med tvang:

På institusjonen så foregår det veldig mye bra jobbing, og der har vi et veldig godt samarbeid oss imellom, det syns jeg er helt enestående. Men i det øyeblikket institusjonen eventuelt stod og sa: «Vi er gode på å utrede», ikke sant, så har dem også gjort en feil, for jeg mener dem må også se sin rolle i prosessen, og det er det jeg på en måte problematiserer litt, at i det øyeblikket hvis dem går for langt over i helse, og sier at «vi skal diagnostisere, utrede og foreslå egnet behandling», ja så skal dere det, men du skal også samhandle med kommunene, ikke sant. Og hvis du ikke gjør det så mister du en viktig del i hele opplegget her.

(Informant 13)

Ruskonsulenten påpeker at det er en fare for at tjenestenivåene ser seg blind på seg selv og ikke på «sin rolle i prosessen», som et ledd i et tiltaksapparat. De som rapporterer om at det finnes gode samhandlingspraksiser i kritiske overgangsfaser når klienten beveger seg mellom tjenestenivåene, har også bedre erfaringer med resultatet av tvangsinleggelsene. I en av storbyene hvor det eksisterer et eget samarbeidsorgan som kobles inn i tvangssakene, refereres det også jevnt over om gode samarbeidsrelasjoner med spesialisthelsetjenesten. Årsaken ser ut til å være at samarbeidsorganet skaper en felles møteplass mellom de to nivåene relativt tidlig i prosessen, noe som skaper gode forutsetninger for å finne tvangsplasser tilpasset den enkelte klients behov. I denne byen er det etablert en ordning for at én avrusningsavdeling er særlig tilrettelagt for tvang, og i de fleste tilfellene avruses klientene her før de sendes videre til andre institusjoner tilrettelagt for tvang.

I to andre byer i utvalget finnes varianter av et slikt samarbeidsorgan. Imidlertid ser det ut til at disse samarbeidsorganene benyttes langt mindre i dag enn tidligere, og det er også i disse byene utbredt at ruskonsulentene tar direkte kontakt med institusjoner for å finne tvangsplasser. En mulig forklaring på at de benyttes sjeldnere kan være at flere av ruskonsulentene har fått mer erfaring fra tvangssaker, og har bygget opp egne nettverk og relasjoner med andre samarbeidspartnere, jf. kapittel 2 om tvangsspesialistene. Erfaringene med samarbeidsorganene er svært positive, ikke minst i forhold til å oppnå stabilt gode samarbeidsrelasjoner mellom sosialtjenesten og spesialisthelsetjenesten. Sosial- og helsedepartementet anbefalte i veilederen at det ble opprettet slike faste samarbeidsorgan (2000:8). Kun i et fåtall av kommunene i utvalget vårt eksisterer slike organ, og de samarbeidsorganene som finnes benyttes mindre enn før. Vår undersøkelse dokumenterer generelt store mangler i samarbeidet mellom sosialtjenesten og spesialisthelsetjenesten. Et like viktig funn er at samarbeid ser ut til å være svært viktig for å oppnå positive resultater med tvang etter sosialtjenesteloven. Gevinstene ved å investere i ulike løsninger for å bedre dette samarbeidet virker derfor å være store. Modellen med faste samarbeidsorgan hvor ruskonsulenter, klienten, representanter fra spesialisthelsetjenesten og andre relevante aktører møtes i et forpliktende samarbeid

i vurderingsfasen av prosessen, kan være et godt egnet virkemiddel for å bedre dette samarbeidet.¹³

6.4 Pasienten som ingen vil ha – rusmiddelmissbrukere med psykiske lidelser

Nei 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 ... Satte han til psykiatrisk institusjon F... Der tok han jo medisinene sine. Så tilbake hit. Og så var han her igjen, ble dårlig igjen, tilbake dit... De ville skrive han ut. Og vi var klare på at... vi legger ikke inn her inn igjen. Fikk selvfølgelig tilbud om å gjøre frivillig – det var han ikke interessert i... Og da, da var det en god del styr.

(Intervju behandler 1)

Under intervjuene ba vi ofte ruskonsulentene om å ta utgangspunkt i erfaringer fra den siste tvangssaken de hadde vært involvert i. I mange av disse sakene viste det seg at tvangsplasseringene gjaldt rusmiddelmissbrukere med alvorlige psykiske lidelser, de såkalte dobbeltdiagnose pasientene. Disse sakene oppleves som spesielt utfordrende, av flere ulike grunner. En av ruskonsulentene beskriver en av hovedutfordringene veldig poengtert:

Nei, det er ikke lett å få plass, og det er litt sånn at de virkelig vanskelige og mest krevende brukerne er det ingen som vil ha. Det har vi erfaring med.

(Informant 6)

Sitatet ovenfor rommer to vesentlige karakteristikk med disse sakene. For det første er dobbeltdiagnose klientene ofte de vanskeligste og mest krevende brukerne, i betydningen av at de har et stort hjelpebehov, samtidig som de er vanskelige å hjelpe. 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). For det andre er det store utfordringer med å finne egnet behandlingstilbud for akkurat denne gruppen. Ruskonsulentens har erfart at behandlingstilbudene ofte ikke ønsker å ta i mot dobbeltdiagnose pasientene. Dette er et utbredt problem i utvalget vårt. En annen ruskonsulent har konkret erfaring fra en slik sak, som gjaldt en rusmiddelmissbruker med relativt tung psykiatriproblematikk:

Inf: Vi fikk full medhold [i fylkesnemnda], og vi prøvde på alle mulige måter å ringe til her og der og, stresset opp og ringte ledelsen i det regionale helseforetaket, helt opp på toppledernivå for å prøve å finne en institusjon, men ingen ville ha mannen. Ingen. Prøvde hele landet, sa de at de gjorde. [...] Men når dem hørte om denne historien til den mannen, så var det ingen som ville ha han.

Forsker: Og begrunnelsen var?

Inf: Den sammensatte problematikken at det var mye psykiatri. [...] Og så ender det opp med at saken faller, og det er jo bare et helvete, for å si det sånn, for alle som er i omgivelsene rundt ham, og bydelen og administrasjon og sånt, hele systemet knekker jo nesten sammen, og det ender da opp med at vi kjøper plass på en tredje kostnadskrevenne institusjon som bydelen må bære kostnadene for, og vi snakker om penger på 5000 kroner i døgnet, så vi snakker om flere millioner i året.

(Informant 23)

Denne rusmiddelmissbrukeren møtte selv opp i fylkesnemnda og forklarte seg. Det var ordinær saksgang. Sosialtjenesten fikk medhold, men koordineringsenheten klarte ikke å finne en institusjonsplass i hele landet. Fristen gikk dermed ut, og sosialtjenesten satt igjen med en svært tungt belastet klient uten tilbud i spesialisthelsetjenesten. Løsningen ble plassering på en kostbar privat institusjon. I følge ruskonsulenten skyldtes dette at behandlingstilbudene ikke ønsker å ta i mot de tyngste rusmiddelmissbrukerne med samtidige psykiske lidelser. Det kan se ut som om noen dobbeltdiagnose pasienter har pådratt seg så mange negative institusjonserfaringer, og fått et stempel som så vanskelige, at nye institusjoner vegrer seg for å legge dem inn. Problemene med å få plassert pasienter med en lang og resultatløs forhistorie i behandlingssystemet tyder på at institusjonene foretar en seleksjon av tvangspasienter som kanskje særlig går utover dobbeltdiagnose pasientene. En tidligere koordinator ved en avrusningsavdeling har flere liknende historier. Ved avdelingen tok de imot §§ 6-2 og 6-2a pasienter til avrusning, før pasientene ble videreplassert. I tilfeller hvor innslaget av psykiatriske problemer var stort, var det ikke mulig å finne institusjoner for resten av tilbakeholdsperioden:

Og det var jo sånn i et par tilfeller, et par–tre tilfeller, at det blei aldri noen plass. Vi satt med dem i tre måneder. Det var i hvert fall en som vi satt med i to ganger tre måneder. Det var på grunn av det var så mye psykiatri at det var ingen som ville ha han, altså rusfeltet ville ikke ha ham og psykiatrien ville ikke ha ham. Det var før dobbeltdiagnose var et begrep slik som er i dag. Men da sleit vi med ham i tre måneder. Det var stritt.

(Intervju behandler 2)

En avrusningsavdeling er åpenbart ikke et egnet sted for å ivareta dobbeltdiagnosepasientenes behov under hele tilbakeholdsperioden. Imidlertid valgte institusjonen likevel å beholde pasientene på avdelingen, ettersom det eneste reelle alternativet var utskrivelse. Dette viser hvilke dilemmaer institusjoner kan oppleve i forbindelse med denne pasientgruppen. En av årsakene til at det er vanskelig å finne institusjonsplasser til dobbeltdiagnosepasientene, kan være at de færreste rusbehandlingstilbudene med tvangsplasser har den nødvendige kompetansen. Ruskonsulentene oppgir selv at det bare er et par–tre institusjoner som tilbyr tvangsplasser på rene rus-psykiatriavdelinger. Disse avdelingene får gjennomgående gode tilbakemeldinger av ruskonsulentene. Problemet er imidlertid at det ikke finnes slike institusjoner i alle helseregionene, og at det ikke alltid er ledig kapasitet ved dem. Et alternativ er da å plassere

dobbeltdiagnose pasienter på «alminnelige» rusbehandlingsinstitusjoner, men her er ikke alltid kompetansen like tilfredsstillende:

Forsker: Hvordan vurderer du kvaliteten på klinikk X, i forhold til å ta i mot på tvang?

Inf: Jeg er usikker på om alt personalet der har god nok kompetanse til å jobbe med de tyngste. For det er jo de tyngste både innenfor rus og psykiatri, eller med rus og psykiatri, som blir innlagt på tvang, det sier seg sjøl.

(Informant 7)

Ruskonsulenten hadde tidligere arbeidet ved den aktuelle institusjonen, og kjente dermed forholdene godt. Det er særlig kompetansen på de tyngste, forstått som rusmiddelmissbrukere med psykiske lidelser, som ikke vurderes å være god nok. Også flere av de andre ruskonsulentene vurderer kompetansen på dobbeltdiagnoseproblematikk for mangelfull ved flere av institusjonene som tar i mot tvangspasienter.

Et nærliggende spørsmål er hvorvidt rusbehandlingsinstitusjoner i det hele tatt er egnet til tilbakehold av de aller tyngste dobbeltdiagnosepasientene. En konsulent ved en avrusningsavdeling med lang erfaring med tilbakehold etter sosialtjenesteloven, var opptatt av dette spørsmålet. Han forteller at det ofte er psykiatrien som tar kontakt med sosialtjenesten og ber dem om å initiere § 6-2 saker. Et fellestrekk ved disse sakene, er at de i mange tilfeller ikke burde vært i rusbehandling:

Og sosialtjeneste forteller jo til meg ofte når de kommer med saker og sånt noe at det er psykiatrien som på en eller annen måte har sagt at de må bruke lov om sosiale tjenester. Så tror jeg – altså for jeg tror ikke psykiatrien er noe sånn der spesielt arbeidssky eller [humrer] ondsinnede eller noe sånt noe, men jeg tror mye av det skyldes at psykiatrien ikke vet nok om lov om sosiale tjenester – og hva som på en eller annen måte er intensjonen med dette her? De bare ser at her er det en mulighet som de ikke har. Ikke sant? Her er det mulighet til å holde noen på tvang i tre måneder. Og det er ikke noen kontrollkommisjoner. Altså – det skal ekstremt mye til for på en eller annen måte holde de samme pasientene i psykiatrien i tre måneder. Pluss at de selvfølgelig, synes det er greit å bli kvitt noen. Ikke bare fordi at det er vanskelige personer å bli kvitt, men også det at det er et stort trykk, at de har senger de må frigjøre, til andre. Men det er klart, altså type antisosiale personer og sånt noe har lite innenfor rusbehandling å gjøre, psykotiske personer har lite innenfor rusbehandling å gjøre, altså rett og slett fordi at rusbehandling det er i fellesskap med andre det.

(Intervju behandler 1)

Dette argumentet går til kjernen i den «kasteball» problematikken som ofte blir påpekt i forbindelse med pasienter som trenger behandling for både sine rus- og psykiatrilidelser: Rusbehandlingsinstitusjonene hevder pasientene har for store psykiatriske problemer til å bli behandlet hos dem, mens psykiatrien mener pasientene har for store rusproblemer til å få behandling i psykisk helsevern. I tvangssakene berører dette også sosialtjenesten, for de ønsker ikke å sitte og se på at de tyngste dobbeltdiagnose klientene kun sitter igjen med kommunale tilbud. Enkelte informanter i spesialisthel-

setjenesten påpeker også at sosialtjenesten ofte ønsker tvang for de tyngste brukerne, fordi kostnadene ved å ha dem i kommunale tiltak er så store. Dette «trekantdramaet», med dobbeltdiagnosepasientene i midten, spiller seg ut i mange tvangssaker.

For sosialtjenesten, som vi først og fremst skal fokusere på her, er dermed den store frustrasjonen todelte: Det finnes for få rusbehandlingsinstitusjoner som tilbyr tvangsplasser med et integrert rus- og psykiatri tilbud. Og det finnes for få psykiatriske avdelinger med kompetanse på samtidig rus- og psykiatribehandling, som samtidig aksepterer innleggelser etter sosialtjenesteloven. Inntrykket vårt er at sistnevnte problemstilling ofte skaper relativt mye konflikter mellom psykisk helsevern og sosialtjenesten. Etter rusreformen i 2004, ble det nemlig åpnet for at psykiatriske institusjoner kan pekes ut for tilbakehold etter sosialtjenesteloven (Helsedepartementet 2004a). Våre informanter rapporterer om at psykiatrien er lite villige til å ta slike saker. En av ruskonsulentene hadde en «klassisk» dobbeltdiagnose klient med § 6-2 vedtak, hvor dette kom til uttrykk:

Forsker: Hva var ufordringene i den saken i utredningen?

Inf: Psykiatrien. Fordi at før så hadde man jo nesten ikke behandlingstilbud, denne typen, så hvor skal du sette en så syk person, som vi mente var veldig syk? Men psykiatrien skrev rusutløst psykose. Vi forsøkte å legge inn på § 6.2, for det ønsket klienten, på psykiatrisk avdeling X, men de ønsket ikke det. Og det var brevveksling på bydelsdirektørnivå omtrent, med direktøren på sykehuset, og de sa at de hadde ikke kompetanse til dette. For det var noe han kunne tenke seg [klienten], han hadde vært på avdeling X før.

(Informant 17)

En faglig kontrovers på spesialistnivået om når en psykose kan kategoriseres som rusutløst er i stridens kjerne. En psykose som defineres som utløst av rus er ikke anerkjent som psykiatriens ansvarsområde. Flere ruskonsulenter har liknende erfaringer med at psykiatrien nekter å ta i mot pasienter på § 6-2, på tross av et stort innslag av psykiatriske problemer hos pasientene. Temperaturen blir gjerne høy i slike saker. Ruskonsulentene er også kritiske til rollen sosialtjenesten får i dette trekantdramaet. En av ruskonsulentene tar utgangspunkt i en konkret sak for å belyse problemet:

Forsker: Fikk dere bekymringsmelding da, eller, hvorfor ble det ansvaret lagt til dere å vurdere videre?

Inf: Psykiatrien mente de ikke hadde grunnlag for å holde henne mer på tvang, fordi de tenkte at det var en rusutløst psykose. Og hun har hatt flere innleggelse i psykiatrien; hun kom inn på grunn av rusrelatert psykose, ut igjen, holdt et par dager, så var det psykose igjen, ny innleggelse. [...] Og de fant ikke grunnlag til å holde hun over tid, da, for å utrede, og da koblet de inn oss da, tenkte at hun må inn for å motiveres til videre behandling og utredning.

Forsker: Så da på en måte tar spesialisthelsetjenesten kontakt med sosialtjenesten for at sosialtjenesten skal legge inn, skal legge inn i spesialisthelsetjenesten i et annet felt?

Inf: Ja, det skurrer litt for meg.

(Informant 21)

Denne fremgangsmåten er relativt vanlig i tvangssakene, særlig i forhold til § 6-2. Klientene har gjerne hatt hyppige innleggelses i akuttpsykiatrien. Etter mange nok slike innleggelses, tar psykiatrien kontakt med sosialtjenesten, og ber dem vurdere et tvangsvedtak slik at de kan legges inn på tvang i rusbehandlingsinstitusjon. Om pasienten får diagnosen *rusutløst* psykose er avgjørende for den videre prosessen ettersom det indikerer en årsaksforklaring hvor rusmiddelproblemer *fører til* psykoser, og dermed pålegger det TSB primæransvaret for behandling av pasientene. Imidlertid er det i klinisk praksis store diagnostiske utfordringer knyttet til å skille primær psykose fra en rusutløst (Larsen 2006 (mfl.); 2009). En studie av diagnostiseringspraksiser i forhold til ulike typer psykoser, viste at flere pasienter over tid vekslet mellom å få de to ulike psykosediagnosene (Kristoffersen 2006). For å kunne fastslå om en psykose er rusutløst, kreves at pasienten observeres rusfri i minst en måned (Larsen 2009). Både ruskonsulentene og rusmiddelmissbrukere som har vært på tvang hevder at diagnosen rusutløst psykose ofte blir satt etter betydelig kortere innleggelses enn en måned. Det er kritikkverdig 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. Ruskonsulentene synes det er underlig, særlig ettersom rusbehandling ble en del av den samlede spesialisthelsetjenesten med rusreformen i 2004, at ikke det i større grad finnes ordninger for å håndtere denne pasientgruppen internt i spesialisthelsetjenesten. I Stortingsmeldingen «Åpenhet og helhet» står det at gråsonene mellom tjenestefeltene og -nivåene «skal være samarbeidssoner og ikke konfliktsoner» (St.meld. nr. 25, 1996–97). I tilfelle med dobbeltdiagnosepasientene ser situasjonen fremdeles ut til å bære mer preg av faglig strid.

Undersøkelsen vår tyder på at mange av tvangssakene, særlig etter § 6-2, dreier seg om rusmiddelmissbrukere med alvorlige psykiske lidelser. Ruskonsulentene rapporterer om store vanskeligheter med å finne egnede tvangsplasser for denne gruppen. Årsaken til dette synes å være mangel på institusjoner, både innenfor TSB og psykiatrien, som er tilrettelagt for og som har kompetanse på dobbeltdiagnose problematikken. Dette er generelt en utfordring i spesialisthelsetjenesten. En kartlegging foretatt av Helsetilsynet viste at det rundt årtusenskiftet var over 4000 personer med kombinasjonen av ulike alvorlige psykiske lidelser og rusmiddelproblemer, som det ikke finnes egnede behandlingstiltak for (Statens helsetilsyn 2000). I en nyere rapport, konkluderes det med at tilbudet for tunge rusmiddelmissbrukere med alvorlig psykisk lidelse er mangelfullt både kvantitativt og kvalitativt innen psykisk helsevern, selv om slike tilbud noen steder er etablert eller er under oppbygging (Ruud og Reas 2003). Det oppstår i tvangssakene derfor lett et trekantdrama som involverer TSB, psykiatrien og sosialtjenesten, med store uenigheter om hvem som har ansvaret for pasientgruppen, og hva som vil være det beste tilbudet til denne gruppen. Konsekvensene av dette trekantdramaet er blant annet at noen rus-psykiatri-pasienter ikke blir tilbudt tvangsplass, og at mange av de som *får* plass blir skrevet raskt ut, eller møter en avdeling som i liten grad er tilrettelagt for deres behov. Disse svært vanskeligstilte og syke klientenes rettsvern synes særlig kritikkverdig under de rådende samarbeidsforhold og institusjonstilbud, klienter som

står i en særlig sårbar situasjon fordi selv ofte har store problemer med å uttrykke sine synspunkter og hevde sin rett. Resultatet er en tvang uten innhold, en frihetskrenkelse uten andre grunner enn oppbevaring.

6.4.1 Avslutning

I dette kapitlet har vi undersøkt hvordan ruskonsulentene vurderer ulike forhold ved, og forholdet til, behandlingsinstitusjonene som tar i mot rusmiddelmissbrukere på tvang. En betydelig andel av ruskonsulentene peker på at tilgangen på tvangsplasser er for lav, og at tiden det tar å finne tvangsplass er for langvarig og arbeidskrevende. Imidlertid har en overraskende stor andel av ruskonsulentene liten kjennskap til kvaliteten på institusjonene som tar i mot på tvang. Blant ruskonsulentene med kjennskap, går likevel vurderingene i kritisk retning. Det er særlig mangel på tilrettelagte institusjoner for gravide rusmiddelmissbrukere, alkoholmissbrukere, og dobbeltdiagnosepasienter som fremheves. Ruskonsulentene savner også et kvalitativt bedre innhold i institusjonene, og mener tvang ofte fungerer som ren oppbevaring. Flere av institusjonene blander også gravide rusmiddelmissbrukere på § 6-2a med pasienter på § 6-2, herunder menn, og dette har negative konsekvenser for kvinnene. Ordningen med at kjøp av gjesteplasser ut av regionen koster mer enn tvangsplasser i egen region, forhindrer pasientflyt mellom helseregionene. Dette går i størst grad utover små helseregioner med mindre egendekning av institusjoner. Vurderingene av samarbeidet mellom sosialtjenesten og TSB varierer i stor grad. I flere byer og kommuner virker samarbeidet å være svært anstrengt. Dette knyttes til negative holdninger til tvang i behandlingsinstitusjonene, og frustrasjon over mangel på tvangsplasser. At rusmiddelmissbrukere blir skrevet ut før tiden, etter at ruskonsulentene har brukt svært mye tid og arbeid på å legge de inn, er en særlig stor kilde til frustrasjon. Den hyppige bruken av hastevedtak, særlig i forhold til § 6-2, ser ut til å øke samarbeidsutfordringene. De vanskeligste sakene ruskonsulentene har, gjelder dobbeltdiagnosepasientene. Denne gruppen er det vanskelig å finne egnede tvangsplasser for. Ruskonsulentene mener det er få institusjoner i TSB som har kompetanse til å gi denne gruppen et godt nok tilbud under tvangsoppholdet. Psykisk helsevern hevdes å være lite interessert i å tilby denne gruppen innleggelse etter § 6-2. Resultatet er at dobbeltdiagnosepasientene i noen tilfeller ikke lar seg tvangsplassere, på tross av vedtak i fylkesnemnda. De som legges inn får et tilbud som i liten grad er tilpasset deres særlige behov, og blir ofte raskt skrevet ut fra institusjonene.

Vi finner imidlertid at ruskonsulentenes vurderinger varierer. Noen ruskonsulenter rapporterer i liten grad om kapasitetsproblemer, vurderer kvaliteten i institusjonene som god, og samarbeidet som velutviklet. Relevante faktorer som påvirker slike vurderinger er et tett og velutviklet samarbeid med nærliggende institusjoner, både i forkant av og underveis i tvangsplasseringen. Få kommuner i utvalget har etablert faste samarbeidsorgan, men erfaringene fra de som har er positive. Et generelt mønster er at både kvaliteten, kapasiteten og samarbeidet vurderes å være bedre i større kontra mindre helseregioner.

Samlet sett peker ruskonsulentenes vurderinger av spesialisthelsetjenesten på en

rekke kritikkverdige forhold i forbindelse med tvang overfor rusmiddelmissbrukere. Tidligere studier indikerer at mangler både ved kapasitet og kvalitet kan påvirke bruken av tvang i sosialtjenesten (Nilssen 1999; Flaaterud 2000). Vi har tidligere sett at ruskonsulentenes erfaringer fra tidligere saker spiller inn på tilbøyeligheten til å fremme nye saker om tvang. Dette gjelder både positive og negative erfaringer. En betydelig andel av ruskonsulentene rapporterer om negative erfaringer med å finne tvangsplasser raskt nok; finne kvalitativt gode og tilrettelagte tvangsplasser; få sine klienter skrevet ut før tiden; og ikke minst få klienter med dobbeltdiagnoseproblematikk innlagt på tvang i det hele tatt. Slike erfaringer kan dermed bidra til å skape grenser for tvang.

7. Grenser og grensedragere

Sosialarbeiderne har en nøkkelrolle i tiltakskjeden i tvangens forvaltning. Tradisjonelt har denne gruppen blitt betraktet som bakkebyråkrater som arbeider under press, med høy grad av usikkerhet, tvetydige mål og motsetningsfylt mål–middel tenkning (Lipsky 1980). Arbeidet med tvangssakene er ikke innenfor kjernen av sosialarbeidernes virksomhet, tvangen er et ekstremt tilfelle og et sjeldent unntak, et brudd som byr på en rekke praktiske og moralske utfordringer. Vi har i denne rapporten sett på noen faktorer som spiller inn i ruskuratorenes tvangsanvendelse. Hva er det som preger sosialarbeidernes rolle i tvangens forvaltning, hvilke grenser preger deres arbeid med bruk av tvang?

De siste 10 årene har anslagene over antallet injiserende rusmiddelmisbrukere vært relativt stabile. Bretteville-Jensen og Amundsen (2006) hevder at antallet sprøytemisbrukere nådde en topp rundt år 2001, for så å synke, og deretter flate ut rundt år 2005. Anslaget er at antallet sprøytemisbrukere er et sted mellom 8200 og 12500. Det kan ikke påvises noen økning i rekrutteringen til sprøytemisbruk, og gjennomsnittsalderen blant misbrukerne er økende (ibid.). En sannsynlig årsak til dette er den massive økningen i klienter i Lar. De første Lar-sentrene startet opp i 1998, omtrent på samme tid som Nilssens (1999) studie av anvendelsen av sosialtjenestelovens § 6-2 ble foretatt. 10 år senere er i underkant av 5000 klienter i Lar; omtrent 500 klienter er inkludert i ordningen årlig (Waal mfl 2009). Ut ifra beregningene om antallet injiserende sprøytemisbrukere i Norge, antar man at mellom 39–58 % av målgruppen er i Lar-behandling etter 10 år (ibid: 5). De to utviklingstrekkene, stabilt antall sprøytemisbrukere og stor økning i Lar-behandling, indikerer at «målgruppen» for tvang etter sosialtjenesteloven ikke har økt. Om lag 30 000 personer antas å ha et behandlingstrengende alkoholproblem. Men i og med at andelen med alkohol som dominerende rusmiddel er såpass lav blant de tvangsinnlagte, inngår disse i liten grad i «målgruppen». Økningen i anvendelsen av tvang kan dermed ikke forklares med en økning i antallet tunge rusmiddelmisbrukere.

Kan derimot karakteristikkene ved de tunge rusmiddelmisbrukerne ha endret seg i denne tiårsperioden? Har situasjonen deres forverret seg i en slik grad at man kan tenke seg at de oftere oppfyller vilkårene for å bli tvangsinnlagt? Flere av ruskonsulentene gir uttrykk for at helsetilstanden til de tyngste klientene er blitt forverret de senere årene. De trekker særlig frem at situasjonen for eldre rusmiddelmisbrukere er blitt mer kritisk, fordi denne gruppen i større grad støtes ut av spesialisthelsetjenesten med begrunnelser om lav forventet behandlingsnytte (se også Mjåland 2008). Ulike rapporter viser også at mange rusmiddelmisbrukere har en langt dårligere psykisk og somatisk helsetilstand enn man tidligere har antatt (Rud og Reas 2003; Lilleeng 2008). Økt bevissthet om rusmiddelmisbrukernes dårlige helsesituasjon, både i forskningsmiljøene og i media,

er blitt trukket frem som en sentral årsak til at rusbehandlingen med rusreformen i 2004 ble overført til helsevesenet (Skretting 2005). Man kan derfor ikke utelukke at endringer i kjennetegn ved målgruppen, helsesituasjonen, er en forklaring til mer bruk av tvang. Her må det likevel påpekes at gjennomsnittsalderen for tvang etter § 6-2 er 29 år, og for § 6-2a 28 år (Søvig 2009, upub.). Det er med andre ord ikke den eldre generasjonen av rusmiddelmissbrukere, med den lengste misbrukskarrieren bak seg, som først og fremst legges inn på tvang. I samme tiårsperiode har det også skjedd en betydelig nedgang i narkotikadødsfall (KRIPOS 2008).

På den andre siden kan man tenke seg at rusreformen har motvirket denne utviklingen. Evalueringen av rusreformen viste at det har skjedd en generell aktivitets- og ressursøkning i tverrfaglig spesialisert rusbehandling siden 2004 (Lie og Nesvåg 2006). Ressursøkningen ser også ut til å ha økt i årene etter evalueringen, i alle regioner, og gjelder også for det psykiske helsevernet (Lilleeng 2008). Opptrappingsplanen for rusfeltet har også bidratt med mer ressurser til feltet, om enn ikke like mye som fagfeltet selv mener er nødvendig. På tross av at flere private rustiltak ikke har fått fornyet sine avtaler med de regionale helseforetakene den siste tiden, tyder mye på at kapasiteten i det frivillige behandlingssystemet har økt i denne tiårsperioden. Tilgangen på frivillig rusbehandling kan tenkes å ha sammenheng med omfanget av tvang. Dersom vi legger en slik antakelse til grunn, er det heller ikke grunn til å tro at endringer i kapasitet og ressurser i TSB forklarer den økte bruken av tvang. Det er imidlertid store variasjoner mellom helseregionene når det gjelder ventetider, egendekning, og type behandlingstilbudninger (Lilleeng 2008). Derfor kan man ikke utelukke at mangel på kapasitet og ressurser i TSB i noen regioner fører til mer bruk av tvang.

Omgivelsene har betydning for tvang på mange måter. Tvangsforløpene byr på ulike utfordringer i storbyene, de mindre byene, og distriktene. Mange trekker frem at gode ordninger for boligoppfølging er avgjørende for livskvaliteten til denne klientgruppen og at god tilgang på varierte boligløsninger er noe som forebygger tvang. Boligløsninger er også en forutsetning for at ettervernet og oppfølgingen fungerer og at tvangen får et godt resultat. Bolig for vanskeligstilte er et typisk storbyproblem, noe som skaper ulike utfordringer i kommuner og bydeler av ulik størrelse. Dårlige erfaringer med å finne adekvate løsninger i ettervernet kan også skape ulike vilkår for å få langsiktige resultater i bruk av tvang.

Omgivelsene og klientgruppen som ruskonsulentene må forholde seg til har betydning for hvilke tiltak og ressurser det enkelte kontor bruker. I vår analyse er det likevel vanskelig å se noe mønster i at ruskonsulenter som har ansvar for de mest belastede klientene bruker mer tvang. En ruskurator som jobber i en av de mest belastede bydelene i Norge, er selv inne på en forklaring på at de nesten aldri legger klientene inn på tvang, på tross av et betydelig omfang av tunge rusmiddelmissbrukere:

Inf.2: Det er nå en veldig sånn marginalisert gruppe på alle vis da, veldig mange av dem har jo ikke noen pårørende som er i stand til å melde bekymring, så kunne en jo kanskje tenke at vi selv kunne ta initiativ til å sette i gang vurderinger i flere saker da, men det blir jo litt sånn, vi jobber jo med storbyproblematikken,

skulle til å si, altså, jeg tenker hadde jeg jobbet i en mindre kommune mange ganger, så hadde vi sikkert vurdert 6-2 mye oftere, for at vi ser så masse her...

Inf.1: ... for det er så mange tunge saker hele tiden, eller. Terskelen våres blir jo så høye for å se det.

Inf.2: Skjøenner dere hva vi... Og det er jo egentlig ikke riktig, ikke sant, men liksom, ja, «Utsette liv og helse for fare», det gjør jo på sett og vis alle som ruser seg, så det er litt sånn definisjonen av det, da. Vi ser så masse destruktiv.., ja, så masse destruktivitet her at liksom det.., når er det vi skal gå inn og vurdere 6-2-innleggelse?

(Informant 21 og 22)

De to ruskonsulentene reflekterer her over et forhold som kan ha stor betydning for bruk av tvang, men som vanskelig lar seg undersøke og måle. Det er «så masse destruktivitet», og så mange som oppfyller lovens vilkår, at det fører til handlingsvegring. Desto mer omfattende problemer i klientpopulasjonen, desto mer skal det til før situasjonen til den enkelte klient blir definert som så kritisk at tvang blir vurdert som alternativ. Dette henspiller også på en generell utfordring i hjelpesystemet som fort får en helsemessig kumulerende effekt: i de bydelene der rusmiddelmissbrukerne har dårligst levekår, gis det dårligere tilbud enn i bydeler med gode levekår, og slik forsterkes helseforskjellene ytterligere. I fylkesnemndsundersøkelsen vil vi gå nærmere inn på dette temaet og kartlegge hvordan bruk av tvang varierer mellom ulike kontor, bydeler og kommuner, og hvordan dette eventuelt kan samsvare med levekår og klientpopulasjon. I tillegg kan det være interessant å se om vi ut fra vedtakene kan identifisere noen systematiske forskjeller i beskrivelsene av livssituasjonen til rusmiddelmissbrukerne i deler av landet som har ulike levekår. Prøves det for eksempel mer ut lavterskel tilbud og frivillige tiltak i områder som har et bedre utviklet tilbud i sine nære omgivelser? Dette kan hjelpe oss med å gi bedre avklaring på om terskelen for å bruke tvang varierer med levekår og nærliggende behandlingstilbud. Imidlertid kan vi ut fra den kunnskap vi har i dag konstatere at bruk av tvang i liten grad har sammenheng med tyngden av rusmiddelproblemer ved kontorene. Dårlige levekår utløser ikke nødvendigvis mer tvang. Heller ser det ut til å være tvert i mot. I flere av de mest belastede strøk i Norge brukes nesten aldri tvang.

7.1 Organiseringens rolle

Imidlertid mener vi å se at ulike organisatoriske forhold setter grenser for ruskuratorenes arbeid med tvang. Vi finner en betydelig variasjon i hvordan Nav/sosial – kontorene har organisert arbeidet med tvangssakene, men finner ikke forhold som peker på at Nav-reformen har hatt betydning for arbeidet med tvangssakene. En utbredt forklaring blant informantene på at det er en høy terskel for bruk av tvang, er at tvangssakene er særlig ressurskrevende og utfordrende. Gitt dette som utgangspunkt vil en organisasjon der tvang skal forvaltes av sosialarbeidere som skal ivareta alle arbeidsoppgaver som

tilhører sosialtjenestens ansvar, ha dårlige forutsetninger for å jobbe med tvang. En slik generalist-yrkesrolle som forvalter av tvangslovgivningen finner vi i liten grad. Tvangssakene drives normalt av sosialarbeidere som har rusfaglig arbeid som sitt gjenstandsområde, og som er skjermet fra for eksempel økonomiske forvaltningsoppgaver. Vi mener derfor at ressursargumentet ikke utgjør den sterkeste forklaringen. De fleste opplever jo faktisk at tvangssaker gir fritak fra andre arbeidsoppgaver. Likevel er det forskjeller i defineringen av yrkesrollen innenfor de ulike organisasjonstypene som får konsekvenser for bruk av tvang. Vi finner at arbeidsdelingen og tilrettelegging for grad av spesialisering på rus generelt og tvang spesielt har betydning for tvangsbruk. Personalressurser, bruk av ulike standardiseringsverktøy og ledelse er andre forhold vi mener er av stor betydning for bruk av tvang. Vi har videre identifisert tre hovedtyper av organisasjonsformer i tvangens forvaltning: bestiller–utfører-kontoret, spesialistkontoret og prosjektkontoret.

Prosjektkontoret er kjennetegnet ved å ha en god ressursituasjon, god bemanning og en ledelse som i særlig stor grad prioriterer rusfaglig arbeid og oppfølging. Prosjektkontoret har gjennomgående svært få tvangssaker. Fleksibilitet som målsetting for prosjektorganisasjonen fører til en nedprioritering av rutinearbeid og standardiseringsløsninger. Selv om gode behovsprøvinger og individuell tilrettelegging i frivillige behandlingsløp kan bli resultatet av en slik fleksibel prosjekttenkning, gir dette tjenesteteyteren et stort spillerom som kan føre til eksperimenteringer og nedprioriteringer der noen vanskeligstilte favoriseres på bekostning av andre. Klientmedvirkningen er svært utfordrende å få til overfor de vanskeligstilte og sårbare klientene som tvangsparagrafene er ment å ivareta. Disse vil kunne ha særlige problemer med å sette seg inn i og forstå sine rettigheter og muligheter. Dette problemet blir forsterket av at mulighetene for hjelp som de er avhengig av er styrt og sammensatt av et vidt spekter av prosjekter, normer, reguleringsteknikker og argumentasjonsmåter.

Vår oversikt tyder på at også bestiller–utfører-kontoret benytter tvang i liten grad. En av mange årsaker til det, synes å være en organisasjonsmodell som fører til at de vedtaksansvarlige er mindre tett på brukerne. Dette skaper institusjonelle forhold som i større grad enn de andre organisasjonsformene har gjort seg avhengige av at omgivelsene gjør jobben med å melde om bekymringsverdige forhold som kan skape grunnlag for å iverksette tvang. Den administrative adskillelsen av bestillerne og utførerne fører også til en yrkesdeling i sosialtjenesten som ser ut til å gi dårlige forutsetninger for kommunikasjon mellom de vedtakspålitelige byråkratene og de mer brukernære sosialarbeiderne. På den andre siden fører en dyrking av den juridiske saksbehandlerrollen som bestillerenheten legger opp til, til en større grad av likhetsorientert regelstyre i sosialt arbeid, noe som henspiller på et sentralt rettssikkerhetsideal i offentlig forvaltning. Samtidig har et strengt innslag av regelstyre blitt kritisert for å skape en rigiditet, formalisme og ufølsomhet for sosiale og menneskelige hensyn i beslutningsprosessen (Gustafsson 2002).

Spesialistkontoret er kjennetegnet ved en arbeidsdeling som gjør at få ruskonsulenter får mye erfaring med tvang. Dette kontoret har også flere tvangssaker enn de andre.

Ledelsen ved kontoret har lagt til rette for tvangsspesialisering. Gjennom erfaring blir standardiserte løsninger på tvang utviklet. Faren ved en stor grad av tvangsspesialisering er en «tvangsførherligere» ved at tvangsspesialistene får en for dominerende rolle i rusarbeidet på det enkelte kontoret. Terskelen for å bruke tvang blir lav, tvang kan bli en etablert tiltakspakke, mer enn et ekstremt unntak, uten at alternative tiltak blir prøvd i tilstrekkelig grad. De personnære koblingene i tiltakskjeden fører til bedre samhandling i tvangsforløpet. En slik spesialistorganisering forhindrer også en pulverisering av ansvar, ved at sakene så tydelig forankres hos en eller få sosialarbeidere ved kontorene. Samtidig er det en fare for at det lett kan oppstå paternalistiske behandlingsallianser og informasjonsutveksling bak klientens rygg.

7.2 Sosialarbeidets rolle

Andre viktige forklaringsdimensjoner som vi har trukket frem relaterer seg i større grad til forhold knyttet til den enkelte regelanvenderen. Dette gjelder hvordan de tolker loven, hvilke holdninger og verdier som mobiliseres og gjøres gjeldende, og hvilken kunnskap som anerkjennes og gjøres relevant i rettsprossen i tvangssakene. Mens formålet med § 6-2a virker entydig og loven lett anvendelig, er det blant ruskuratorene noe ulike tolkninger av hva som er formålet med § 6-2. Likevel ser vi at akutt fare for rusmiddelmissbrukernes liv og helse oftest er utslagsgivende i ruskuratorenes rettspraksis. Hastesaker har blitt en normalsituasjon. Tvangen begrunnes med et paternalistisk omsorgshensyn som omfatter en forpliktelse til å gripe inn og hjelpe mennesker i en vanskelig livssituasjon som det antas ikke er i stand til å vite sitt eget beste. Vi ser et mønster der vekt på dette omsorgshensynet om livredning og helsefremme fører til mer bruk av tvang. Usikkerhet knyttet til når hensiktsmessighetskriteriet er oppfylt, ser imidlertid ut til å skape en vegring mot å fremme tvangssaker.

Variasjoner i rettsanvendelsen må også ses på grunnlag av sosialarbeiderens holdninger. Oppslutningen om formålet med § 6-2a er formidabel, så det ser ut som om negative holdninger så å si har ingen forklaringskraft i forhold til variasjoner i bruk av tvang overfor gravide. Vi finner ulike holdninger til bruk av tvang i forhold til § 6-2, fra klart positiv, til negativ mens noen er ambivalente. Likevel går tendensen i positiv retning. Holdningenes klare utslag i rettspraksis ser vi der det finnes lokale «tvangsforkjempere» som har langt flere saker enn gjennomsnittet. Holdningsforskjeller er uansett problematisk fordi det ofte fører til en mer vilkårlig tvangsanvendelse. Økt kunnskap om lovverket, tvang, og rusproblematikk generelt, gir et bedre grunnlag for å vurdere tvang. Vi finner at tidligere erfaring og tvangsspesialisering gjør terskelen for å bruke tvang lavere.

Et forhold som gjør at terskelen for å bruke tvang er høy for mange, er sosialarbeiderens faglige usikkerhet. De fremmer sjelden saker på eget initiativ. Bekymringsmeldinger blir avgjørende for i det hele tatt å vurdere tvang som en mulighet. Kunnskapsinnhenting er ofte preget av samarbeidsproblemer mellom forvaltningsnivåer. Problemer med å innhente samtykke fører til at det ofte ikke lar seg gjøre å innhente dokumenta-

sjon. Dette gjør at ruskuratorerne kan henlegge saken. Manglende faglig selvtilit og mangler ved journalføring fører til at det sjelden blir sak uten å ha medisinerer eller andre spesialister med på laget. Vekten på helsekriteriet i lovanvendelsen gjør at slike opplysninger oppleves som særlig presserende å få på plass.

Et viktig spørsmål her er om rusreformen har bidratt til svekke sosialarbeiderenes kunnskapsstatus ytterligere, og om den har styrket den interne rivaliseringen på rusfeltet ved at noen perspektiver favoriseres på bekostning av andre. Selv om rusfeltet i mindre grad har vært preget av medisinsk dominans har det skjedd et medisinsk vendepunkt etter rusreformen (Mjåland 2008). Medisinen fungerer som en sosialfaglig hjelpedisiplin ved at diagnoser utløser tvangsvedtak. Når medisinske betegnelser er i konkurranse med andre betegnelser, ser vi ofte at medisinen vinner dominans. Den medisinske virkelighetsbeskrivelse vinner terreng og marginaliserer andre typer virkelighetsbeskrivelser. Man kan snakke om en utvidelse av medisinsens nedslagsfelt i randsonene (Erichsen 1996). Medisinske kategoriseringer har stort gjennomslag i rettsanvendelsen fordi de har et vitenskapelig fundament og blir derfor betraktet som moralsk nøytrale (Lundeberg 2008). Ruskuratoren får avlastning i sin lovpraksis og rollekonflikt ved at moralske problemer elimineres eller skjules i medisinsens mange navn. Det er likevel et problem at rivalisering mellom forvaltningsnivåer og yrkesgrupper setter grenser for tvang og fører til at tvangslovgivningen praktiseres ulikt både mellom ulike bydeler, byer, kommuner og helseregioner. Dette er spørsmål vi vil forfølge videre i behandlingsundersøkelsen.

Vi mener også at endringer i tvangens forvaltning kan ses i sammenheng med at sosialarbeiderens kunnskapsmakt er i endring. Sosialarbeiderens lovpraksis i tvangs-sakene er et resultat av grensedragningsprosesser mellom normalitet og avvik. Hva er et omfattende og vedvarende rusmiddelmissbruk, hvilke leveforhold er moralsk uakseptable og hva skal til for at et forhold skal defineres som helseskadelig eller livstruende? Vi vil i det videre arbeidet se nærmere på om endringer i normalitetsforståelsen og kunnskapen om ulike former for rus, rusmiddelmissbrukere og rusmiddelskader kan forklare endringer i tvangsbruk.

Vi har sett at innleggelsen er et kritisk punkt i tvangens forvaltning. De ulike måtene å gjennomføre selve innleggelsen på gjenspeiler ofte hvordan den forutgående saksprosessen har vært. Ofte har ikke klienten fått vite eller drøftet muligheten for frivillighet eller tvang. Sosialtjenesten mener at de ofte er nødt til å holde utredningen skjult av risiko for at den det gjelder stikker av og fortsetter rusmiddelmissbruket med stor fare for eget liv og helse. Overraskelsesmomentet gjør tvangsinleggelsen for mange til en skremmende opplevelse og skaper stor motstand. For ruskonsulentene oppleves dette som et kritisk øyeblikk i prosessen som virkelig setter hjelperollen på en drastisk prøve. De opplever å gå på akkord med egne yrkesetiske normer. Det «kræsjer med hjelperollen», som en av informantene sa. Ruskuratorerne frykter dette kan skape et tillitsbrudd som det er vanskelig å reparere. Noen løser dette ubehaget med å la politiet ta tilnærmet total kontroll over situasjonen. En politistyrt innhenting kan heller bidra til å skjerpe enn avhjelpe på denne yrkesetiske rollekonflikten. Det skapes et unødven-

dig stort drama som påfører rusmiddelmissbrukeren krenkelser, og gir en dårlig start på institusjonsoppholdet. Samtidig er det svært få av ruskuratorene som rapporterer om at relasjonen har blitt skadelidende på lang sikt. Eller med en av våre ruskonsulenters egne ord: «Den som føler seg krenka her er jo sosialarbeideren» (informant 12). Denne frykten for tillitsbrudd er et gjennomgangstema og blir fremholdt av mange som en viktig forklaring på en terskel for bruk av tvang. Klientmedvirkning og samarbeid mellom sosialtjenesten og behandlingsnivået i planleggingen og iverksettelsen av innleggelsen kan i stor grad motvirke dette, fordi det demper konflikter og legger til rette for at klienten lettere blir institusjonalisert. I tillegg gjør dette at innleggelsen oppleves mindre krenkende.

Vi har også sett på hvordan kjønn kan sette grenser i lovanvendelsesprosessen. Sosialarbeiderne anser, mer eller mindre bevisst, at tvang er en bedre løsning for kvinner enn for menn, ettersom langt flere av deres klienter med et alvorlig rusproblem er menn. Flere kvinner enn menn blir lagt inn på tvang, mens færre kvinner enn menn er i frivillig behandling. Dette kan tyde på at kvinnelige rusmiddelmissbrukeres livssituasjon blir gjenstand for en annen type bekymring og oppmerksomhet enn mennenes. Kjønnforestillinger får konsekvenser for hvilken hjelp rusmiddelmissbrukere får. Vi stiller spørsmålet ved grunnlaget for de kjønnete forestillinger som preger forvaltningen av tvang blant ruskuratorene. Forekomsten av kjønnete tiltaksløp kan synes å være basert på oppfatninger som ikke alltid er treffsikre. Når kjønn gir seg utslag i oppfatningen av forbindelsen mellom rusmiddelmissbruk og autonomi, der menns rusmiddelmissbruk generelt oppfattes som mindre frihetsberøvende enn for kvinner, skaper dette en situasjon der omsorgsetiske argumenter for å gripe inn blir mer legitimt å ta i bruk overfor kvinner. Det bør bli en større bevisstgjøring i tiltaksapparatet om hvordan kjønn har betydning i valg av behandlingstilbud. Dette kan skape bevissthet om at menn kan ha større vanskeligheter med å gi uttrykk for de vanskelighetene de har, og å presentere seg som verdige trengende. I behandlingsstudien vil vi undersøke behandlingsapparatets erfaring med kjønnsproblematikken nærmere. Hvilke kjønnsforskjeller mener institusjonene er relevante, og er det slik at kvinner nyttiggjør seg tvangen bedre enn menn? Studien av samtlige av fylkesnemndas vedtak vil også kunne gi et bedre svar på om tvang begrunnes annerledes for menn enn for kvinner. Vi vil her undersøke hvordan kjønnete offerkonstruksjoner spiller inn og gir mening i vedtakene.

Vi finner det interessant at ingen rapporterer om bruk av § 6-2 som et virkemiddel for å få raskere plass i rusbehandling, såkalt «administrativ tvang». Vi har tidligere påpekt at dette kan foregå i forhold til § 6-2a, hvor ventetiden for frivillig døgnbehandling i institusjon tilrettelagt for gravide rusmiddelmissbrukere oppleves som uforsvarlig lang. Det har vist seg å være en utstrakt bruk av administrativ tvang med hjemmel av lov om psykisk helsevern, men dette synes sjeldent å forklare tvangsbruk etter § 6-2 i rusinstitusjonene. Trolig har dette sammenheng med at ordningen med fylkesnemnda som overprøvingsorgan gjør terskelen for bruk av tvang høyere enn i psykiatrien der vedtak om tvangsinnleggelse avgjøres av den enkelte lege. I hvilken grad sosialtjenesten

bruker tvang for å skaffe plass og for å unngå lang ventetid i det frivillig behandlingsapparatet, og om trusselen om bruk av tvang blir aktivt bruk som middel for å presse rusmiddelmissbrukeren til frivillig behandling, er noe vi vil undersøke i surveyen.

7.3 Spesialisthelsetjenestens rolle

Sosialtjenesten opplever kapasitetsproblemer ved institusjonene som tar imot pasienter på tilbakehold i Norge, selv om dette varierer mellom helseregionene. Disse utfordringene er gjerne størst i de mindre helseregionene, som har færre institusjoner som tilbyr tvangsplasser, og har blitt større etter rusreformen. Mange frustreres over ordningen med at koordineringsenhetene ved enkelte behandlingsinstitusjoner prioriterer først sine egne tvangsplasser, og deretter tvangsplasser i helseregionen for øvrig. I flere av helseregionene er det få institusjoner som tar i mot pasienter på tilbakehold, og det er ikke alltid disse institusjonene blir vurdert å ha et egnet tilbud til klientene deres. Dette tyder på et missamsvar mellom tilbud og etterspørsel i noen helseregioner, og at blant annet økonomiske hindre fører til dårlig plassutnyttelse og pasientstrøm på tvers av helseregionene. Det er koordineringsenheten som har ansvaret for å finne egnet tvangsplass. Ofte føler ruskuratoren at koordineringsenheten pålegger sosialtjenesten å gjøre jobben for dem eller de velger helt eller delvis å ta dette ansvaret selv. Dette skyldes dårlige erfaringer med at det brukes for lang tid, og at ruskuratoren ikke er fornøyd med de plassene som koordineringsenheten finner fordi de ikke er tilrettelagte for sin klients særlige behov.

I samarbeidet mellom sosialtjenesten og spesialisttjenesten er det mest iøynefallende at sosialtjenesten i liten grad har innsikt i hva som skjer under tilbakeholdet i regi av spesialisttjenesten. Det er liten kunnskap om hvordan institusjonene jobber med sine tvangspasienter, hvilke virkemidler og behandlingstilbud som benyttes. Dette mener vi er problematisk av flere grunner. Det gjør at ruskonsulentene ikke makter å planlegge innleggelsen i samråd med klientens ønsker, gi informasjon om tvangens mulighet og begrensning, institusjonelle regler og aktiviteter, samt finne tvangsplasser tilpasset den enkelte klients behov. Blant ruskonsulentene som har kjennskap til hva institusjonene tilbyr de tvangsinnlagte pasientene, går vurderingene ofte i kritisk retning. Kritikken går på at de opplever at tvangsplasseringene i liten grad er tilpasset klientenes individuelle behov. Noen få institusjoner får svært god omtale av nær sagt alle ruskonsulentene. Imidlertid har noen hatt så negative erfaringer med enkeltinstitusjoner, at ruskonsulentene mener det er uforsvarlig å sende klientene dit. Ved de kontorene som har et godt forhold til spesialisthelsetjenesten og som har gode erfaringer med effekt av tvang, er tilbøyeligheten til å bruke tvang større. Slik forholder det seg også med motsatt fortegn.

Dobbeldiagnose klientene er pasientene som få vil ha. Dette er klienter som oppleves som de vanskeligste og mest krevende brukerne. De har et stort og sammensatt hjelpebehov, skaper mye uro på avdelingene, samtidig som de er vanskelige å hjelpe. Sosialtjenesten peker på at det er store utfordringer med å finne egnet behandlingssin-

stusjon for akkurat denne gruppen. Behandlingsapparatet på sin side rapporterer om at dobbeltdiagnosepasientene ofte profitterer dårlig på tvang og at tilbakehold i mange tilfeller virker mot sin hensikt. Ruskonsulentene frustreres over at disse klientene blir skrevet ut uten at de blir konferert om dette. Et forhold som vi mener fremstår som kritikkverdig er at ruskonsulentene rapporterer om at noen klienter ikke blir garantert frivillig plass etter at tilbakeholdet er opphørt. Hvis ikke disse klientene får prioritet i systemet, blir lovens formål om motivasjon og tilrettelegging til frivillig behandling uten mening. Formålet med tvangen krever ordninger som forhindrer slike behandlingsbrudd for denne sårbare gruppen. Hvilke erfaringer behandlingstiltakene har med denne gruppen blir et viktig tema i behandlingsundersøkelsen.

7.4 Skjønnets grenser

Tvangsbestemmelsene innbyr til stor tolkningsfrihet. Det er betydelige forskjeller mellom ulike forvaltningsorganer på kontornivå, men også mellom tjenesteytere på samme arbeidsplass, i både tolkningen av og 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. Det er behov for tverrsektorielle møteplasser og samarbeidsorganer som kan fungere som redskaper for indre justis i tvangens forvaltning. Samarbeidsorganer og andre selvjusterende ordninger for forvaltningskontroll vil kunne bidra til å motvirke unnlater, feilbehandlinger og diskriminerende praksiser som kan oppstå i lukkede og lokale profesjonskulturer. Variasjonene i lovpraksisen mellom de enkelte profesjonsutøverne og mellom ulike forvaltningsenheter, gjør at rusmiddelmissbrukernes behandlingstilbud vil variere tilsvarende ut fra hvilken kommune og hvilket kontor vedkommende hører til. Slike variasjoner vil kunne slå særlig hardt ut overfor denne gruppen av verst stilte som vil ha store vanskeligheter med å kjenne- og hevde sin rett og påtale maktmisbruk, unnlater og feilbehandling (Aubert 1976; Gustafsson 2002). Det vil alltid være en viss variasjon, men spørsmålet er hvilket tolkningsmangfold som er akseptabelt. Generelt vil en skjønnsutøvelse som kjennetegnes av omfattende ulikheter i bruk av rettskilder defineres som et problem ut fra at rettsikkerhetsståsted. Det blir viktig framover å få dokumentert omfanget av disse variasjonene og hva dette skyldes. Hvordan skal betydelige ulikheter i behandlingstilbudet til rusmiddelmissbrukere motvirkes samtidig som at den kommunale og lokale handlefrihet til å bestemme den administrative og organisatoriske oppbygningen av tiltakskjeden og tvangens forvaltning sikres? Troen på at loven styrer ligger til grunn for forståelsen av hva skjønnsutøvelse handler om, men det er viktig å problematisere dette ved å finne ut hvilke andre eksterne forhold, kunnskap, interesser og maktkamp som lovpraksisen til enhver tid formes og preges av i det enkelte tilfellet og over tid.

Litteratur

- Aakerholt, A. (2006): «Rus og psykisk lidelse – faglige og organisatorisk utfordringer». *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*. Nr. 3/2006.
- Andenæs, K. (1992): *Sosialomsorg i gode og onde dager*. Oslo: Tano.
- Aubert, W. (1976): *Rettenns sosiale funksjon*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Bernt, J.F.(1994): «Tvangsbruk i sosialtjenesten», i Kjønstad /Bernt /Kjellebold /Hove (red.): *Sosial trygghet og rettssikkerhet*. Bergen: Alma Mater.
- Botanski, L. og E. Chiapello (2007): *The New Spirit of Capitalism*. Oversatt av G. Elliott. London: Verso.
- Börjesson, M. og E. Palmblad (2008): *Strukturer, arbeidsøkende og samarbeitsvilliga. Kategoriseringar og samhällsmoral i sosialt arbete*. Malmö: Liber.
- Castberg, I. og Sandvik P. (2005): «Prøvetaking ved rusmiddeltesting i urin», *Tidsskrift for den Norske Lægeförening* 2005; 124:293-4.
- Conrad, P. og J.W. Schneider (1992): *Deviance and medicalization: From badness to sickness*. Philadelphia: Temple University Press.
- Duckert, F., K. Lossius, E. Ravndal og B. Sandvik (2008): *Kvinner og alkohol*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Dyb, E. og K.H.Johannessen (2009): *Bostedsløse i Norge 2008*, NIBR-rapport 2009:17.
- Erichsen, V. (1996): «Helsetjenesten og profesjonene», i *Profesjonsmakt. På sporet av en norsk helsepolitisk tradisjon*. V. Erichsen (red.), 13-38. [Oslo]: Tano Ascheough.
- Flaaterud, S. (2000): *Bruk av tvang overfor gravide rusmiddelmissbrukere. Noen erfaringer og synspunkter fra ansatte i sosialtjenesten*. Rapport, Borgestadklinikken.
- Grimstad, V. og R. Kristiansen (2009): *Gravide innlagt på Borgestadklinikken etter LOST § 6-2a i perioden 2006-2008 – sammenlignet med funnene fra 2006- 2008, Kompetansesenter rus – region sør, Borgestadklinikken*.
- Gustafsson, H. (2002): *Rättens polyvalens: En rättsvetenskaplig studie av sociala rättigheter og rättsäkerhet*. Sociologiska institutionen, Lunds universitet.
- Hammerlin, Y., Mathiassen, C. og T. Strand (2006): *Velferdsstatens velsignelser og farer. Kriminalitet og samfunn 1965-2005*. Oslo: Krus dokumentasjon og debatt 2/2006.
- Helgøy, I. og B. Ravneberg (2003): *Byråkrat, sosialarbeider eller innovatør? Organiserings betydning for utvikling av yrkesroller i sosialtjenesten*. Rapport 5-2003. Rokkansenteret.
- Høigård, C. og A. Snare (red.) (1993): *Kvinnens skyld: En nordisk antologi i kriminologi*. Oslo: Pax.
- Kristoffersen, J. (2006): *Dobbeltdiagnoser. Et oppfølgingsstudie av pasienter med rusutløst*

- psykose*. Specialistoppgave i klinisk voksenpsykologi, Sentralsykehuset i Stavanger. <http://www.npf-rogaland.net/oppgaver/jensoppg.htm>.
- Kvale, S. (1996): *Interviews. An Introduction to Qualitative Research Interviewing*. Thousand Oaks: Sage Publications, Inc.
- Larsen, T.K. mfl. (2006): «Substance abuse in first-episode non-affective psychosis». *Schizophrenia Research*, 88 (1-3): 55-62.
- Larsen, T.K. (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/>
- Lipsky, M. (1980): *Street-level bureaucracy: dilemmas of the individual in public services*. New York. Russel Sage Foundations.
- Luhmann, N. (1985): *A sociological theory of law*. London: Routledge & Kegan Paul.
- Lundeberg, I. (2005): «Rettsliggjøringens makt». I *Nytt Norsk Tidsskrift*. Vol. 22 (1), s. 30-48.
- Lundeberg, I. (2008): *De urettmessige mindreverdige. Domstolens maktkritiske funksjon i saker om spesialundervisning*. Doktogradsavhandling, UiB.
- Mathiesen, T. (1977): *Rett og samfunn: Utkast til en retts sosiologi*. Oslo: Pax
- Mjåland, K. (2008): *Logikker, aktører og myndighetsstrukturer: En institusjonell analyse av rusfeltet etter rusreformen*. Masteroppgave, Sosiologisk institutt, UiB.
- Nesvåg, S. (2005): *Kunnskapsbasert organisering av sosialkontortjenesten. Litteraturstudie*. Rapport RF- 2005/237.
- Nilssen E. (1999): *Tvangens forvaltning. Sosialtjenestens anvendelse av sosialtjenestelovens § 6-2*. Sefos-notat 3-1
- Nilssen, E. (2005): «Fag, rett og politikk. Rettsutformingene angående bruk av tvang overfor voksne rusmiddelmissbrukere og psykisk utviklingshemmede i de skandinaviske landenes sosialrett». Rapport nr 11/2005, Rokkansenteret.
- Pedersen, W. (2006): *Bittersøtt. Ungdom, sosialisering, rusmidler*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Ramsdal, H. (2004): «Psykisk helsearbeid i lokalsamfunnet – noen organisasjonsteoretiske perspektiver». *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*. 1(2): 5-17.
- Repstad, P. (red.) (2004): *Dugnadsånd og forsvarsverker. Tverretatlig samarbeid i teori og praksis*. Oslo: Universitetsforlaget AS.
- Røvik, K.A. (1998): *Moderne organisasjoner. Trender i organisasjonstenkingen ved tusenårsskiftet*. Bergen: Fagbokforlaget AS,
- Røvik, K.A. (2007): *Trender og translasjoner. Ideer som former det 21. århundrets organisasjon*. Oslo: Universitetsforlaget AS.
- Silverman, D. (2001): *Interpreting Qualitative Data. Methods for Analysing Talk, Text and Interaction*. London: SAGE Publications Ltd.

- Skilbrei, M.-L. (2009): «Nigeriansk prostitusjon på norsk: Feil kvinner på feil sted», i Mühleisen, W. og Å. Røthing *Norske seksualiteter*, s. 165–183, Oslo: Cappelen Damm.
- Skretting, A. (2005): «Fra klient til pasient. Vil den norske rusreformen gi rusmiddelmissbrukere et bedre behandlingstilbud?» *Nordisk Alkohol- og Narkotikatidsskrift* Vol. 22 2: 125–140.
- Søvig, K.H. (2007): *Tvang overfor rusmiddelavhengige – sosialtjenesteloven §§ 6-2 til 6-3*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Søvig, K.H. (2009 upub.): *Fylkesnemndsundersøkelsen. Noen bakgrunnstall*.
- Taksdal, A., J.-K. Breivik, K. Ludvigsen og B. Ravneberg (2006): *På randen av å bo. Erfart kunnskap om livet og flyttingene mellom psykiatri, rusomsorg, gater, hospitser og egne boliger*. Rapport nr. 1/ 2006, Rokkansenteret.
- Terum, L.I. (2003): *Portvakt i Velferdsstaten. Om skjønn og beslutninger i sosialtjenesten*. Oslo: Kommuneforlaget.
- Thagaard, T. (1998): *Systematikk og innlevelse. En innføring i kvalitativ metode*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Villadsen, K. (2005): «Filantropi og neofilantropi i det sociale arbejde», i *Nordisk Socialt Arbeid*, nr. 2.
- Ødegård, E. (1995): «Tvangsbehandling av rusmisbrukere- terapi eller renovasjon?» *Tidsskrift for Samfunnsforskning*, nr. 3.

Offentlige dokumenter:

- Bretteville-Jensen, A.L. og E.J. Amundsen (2006): *Omfang av sprøytemisbruk i Norge*. Sirius rapport nr. 5/2006.
- Helsedepartementet (2004a): *Rusreformen- pasientrettigheter og endringer i spesialisthelsetjenesteloven*. Rundskriv (I-8/2004).
- Helsedepartementet (2004b): *Bedre behandlingstilbud til rusmiddelmissbrukere. Perspektiver og strategier*. Strateginotat. I-1103B.
- Høie, I. og T. Sletnes (2006): *På helsa løs. Når rusbruk blir misbruk og misbruk blir avhengighet*. Statusrapport, Den Norske Legeforening.
- Iversen, E., G. Lauritzen, A. Skretting og A. Skutle (2007): *Det nasjonale dokumentasjonssystemet innen tiltaksapparatet for rusmiddelmissbrukere: Klientkartleggingsdata*. Rapport for 2007. Stiftelsen Bergensklinikkene og Sirius.
- Johnsen, B. og M. Svendsen (2007): *Narkotikaprogram med domstolskontroll (ND): Oppstarten av teamene og sentrene 2006*, Kriminalomsorgens utdanningscenter dokumentasjon og debatt, nr. 2/2007.
- Kriminalomsorgens årsmelding 2007*: <http://img.custompublish.com/getfile>.

- php/690061.823.spcpbptdtf/arsmelding2007.pdf?return=www.kriminalomsorgen.no
- KRIPOS (2008): Årsberetning for 2008, se https://www.politi.no/kripos/publikasjoner/Tema_138.xhtml og https://www.politi.no/vedlegg/lokale_vedlegg/kripos/Vedlegg_85.pdf
- Lie, T. og S. Nesvåg (2006): *Evaluering av rusreformen*. Rapport IRIS.
- Lilleeng, S.E. (red.). (2008): *SAMDATA Sektorrapport for rusbehandling 2007*. Rapport 4/08. Trondheim: SINTEF Helse.
- ND-senteret i Bergen (2009): *Årsrapport 2008*.
- NOU 2005:3. *Fra stykkevis til helt. En sammenhengende helsetjeneste*. Innstilling fra et utvalg oppnevnt ved kongelig resolusjon av 17.oktober 2003. Avgitt til Helse- og omsorgsdepartementet 1.februar 2005.
- Ot.prp.nr. 29 (1990-91): *Om lov om sosiale tjenester mv. (sosialloven)*.
- Pløeg, G. (2006): *Straff i institusjon. En evaluering av § 12-ordningen etter innføring av straffgjennomføringsloven og rusreformen*. KRUS Rapport 3/2006.
- Ruud, T. og D. Reas (2003): *Helsetjenester for tunge rusmiddelmissbrukere*. SINTEF. Unimed Rapport STF78.
- Sirus (2008): *Rusmidler i Norge 2008*.
- Sirus RusStat: «Dødstall fordelt på kjønn, SSB» og «Dødstall fordelt på kjønn, Kripos». <http://statistikk.sirus.no/sirus/>.
- Sosial- og helsedepartementet (2000): *Handlingsveileder i bruk av tvang overfor rusmiddelmissbrukere 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.
- Statens helsetilsyn (2000): *Personer med samtidig alvorlig psykisk lidelse og omfattende rusmiddelmissbruk*. Utredningsserien 10/2000.
- Statens Helsetilsyn (2007): *Oppsummering av landsomfattende tilsyn i 2006 med tverrfaglige spesialiserte tjenester til rusmiddelmissbrukere*, rapport nr 3/2007.
- St.meld.nr. 16 (1996-1997): *Om narkotikapolitikken*.
- St.meld.nr. 25 (1996-97): *Åpenhet og helhet. Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene*.
- St.meld.nr. 47 (2008-2009): *Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid*.
- Waal, H., T. Clausen, A. Håseth og P.H. Lillevold (2009): *Lar i Norge 10 år. Statusrapport 2008*. Seraf, rapport 2/2009.

Vedlegg

Intervjuguide ruskonsulenter

Skille mellom stjl §§ 6-2, 6-2a og 6-3

Bakgrunnsopplysninger informant

Alder

Kjønn

Utdanning- og yrkeskarriere: Stilling, utdannelse, antall år i sosialetaten, antall år man har arbeidet med rusproblematikk

Erfaring med tvangssaker: Har du selv vært med på å innstille til tvang; vurdert slike tiltak, lagt frem saker for fylkesnemnda (midlertidig vedtak, evt. trukket saken) mht § 6-2 og 6-2a og fattet vedtak mht § 6-3.

NAV-kontor el. sosialkontor

Kommune/bydel

Institusjonelle trekk

Utredningskjede: Kan du gi en oversikt over hvordan dere har organisert ansvaret for å utrede spm om tvang? Hvis NAV-kontor, har dette endret seg i kjølvannet av NAV-reformen?

Institusjonelle særtrekk: Er det noen spesielle trekk ved denne institusjonen/dette kontoret som har eller kan ha betydning for anvendelsen av tvangsbestemmelsene? (spesialisering, samarbeidsforhold, lokalt behandlingstilbud)

Kompetanse: Hvilken kompetanse har institusjonen på rus og tvangsproblematikken? Har dette kontoret noen spesielle satsningsområder mht rus?

Etablerte samarbeidsforhold: Hvilke institusjoner samarbeider sosialtjenesten/NAV-kontoret vanligvis med ved gjennomføring av tvangsbestemmelsene (helsestasjon, barnevern, interkommunale tjenester, lege, behandlende institusjoner, kriminalomsorg, fengselsmyndigheter)?

Omfang

Ant. saker ruskonsulent: Hvor mange saker om tvang har du hatt ansvaret for med hjemmel av § 6-2 og 6-2 a? Hvor ofte innlegges det frivillig under § 6-3 med hjemmel til tilbakeholdelse?

Ant. saker sosialkontor: Hvor mange saker om tvang har dette sosialkontoret hatt ansvaret for det siste året med hjemmel av § 6-2 og 6-2 a?

Ant. saker utredet: Hvor mange har dere utredet med tvang som mulighet?

Dokumentasjonspraksis: Finnes det noen lokal statistikk på dette, og ev for hvor mange år? Hvilken dokumentasjons- og rapporteringspraksiser er det for utredningene og oppfølgingene i tvangssakene?

Omfang dobbeltdiagnoser: Hvor stort er omfanget av dobbeltdiagnose pasienter i

utredningssakene og hvilke vurderinger legges til grunn for om brukeren skal henvises til psykiatrien eller rus-sektoren?

Omfang hastevedtak: Hva kjennetegner hastevedtakene? Er disse hyppige?

Omfang henlagte saker: Hvor ofte konkluderer dere etter utredningene med at det ikke er grunnlag for å bruke tvang?

Saksbehandlingsforhold

Vurdering av lovens vilkår: Hva mener informanten om vilkårene for bruk av tvang i loven generelt: Er vilkårene for strenge, problematiske, uklare eller komplekse etc?

Kunnskap: Hvilken type kunnskap bruker du i vurderingene om tvang skal anvendes? Hvordan vurderes hva som er et omfattende og vedvarende rusmiddelmisbruk, helsemessig situasjon (alvorlighet), forholdet mellom helse og misbruk, fare for fosteret etc?

Utredningspraksiser: Hvordan foregår en utredning, hva slags opplysninger innhentes vanligvis, hvilke metoder brukes (intervju og med hvem?, journal, sykehistorie)?

Utredningsutløsende faktorer: Hvilke forhold avgjør om det skal settes i gang utredning om det er grunnlag for å bruke tvang? Hvilken betydning har psykisk- og fysisk relaterte diagnoser som indikerer helsefare?

Overtalelsespraksiser: Hva gjør dere for å få overtalt brukeren til frivillig behandling? Hvilke overtalelsespraksiser fungerer eventuelt etter din erfaring? Hva kjennetegner saker/personer der det er vanskelig å motivere for frivillighet?

Samtykkekompetanse: Hvilken form for samtykke kreves?

Meldeinstans: Hvilken instans/personer er det som vanligvis henvender seg til sosialkontoret for å sette i gang en utredning? (Fastlegen (fikk henvisningsmyndighet etter rusreformen), pårørende, brukeren selv, sosialtjenesten (hvilken del av denne), uteseksjonen, politiet, osv?)

Pårørendes meldepraksiser: Hvor ofte er det pårørende som melder om behov for å få utredet spm om tvang? Er dette endret etter at pårørende rettslige status ble styrket i kraft av § 6-1a (siden 1999)?

Pårørendes innflytelse: Hvordan involveres pårørende i utredningen? Hvilken pårørende kan oppleves som problematiske i arbeidet med utredningen, iverksettingen og oppfølgingen? Nevn gjerne eksempler.

Trekk ved hastesakene: Hva skiller hastesakene fra de andre?

Utfordrende saker: Hva kjennetegner de mest utfordrende sakene du har hatt?

Begrunnelser for henleggelse: Hva er vanlige begrunnelser for at det ikke innstilles på bruk av tvang?

Vurdering av samarbeidsforhold: Hvordan fungerer samarbeid mellom ulike sektorer og profesjoner?

Hvor ofte er det uenighet mellom aktørene/instansene og hva kan denne uenigheten bestå i?

Profesjonsmotsetninger: Hvilke profesjonsmotsetninger kan problematisere arbeidet og hvilke problemer oppstår eventuelt?

Rettsikkerhetsvurderinger: På hvilken måte ivaretar loven rusmiddelmissbrukernes rettsikkerhet?

Fylkesnemndsbehandlingen

Omfang som part: Hvor ofte har du vært med og forklart deg som part i fylkesnemnda i saker om henholdsvis § 6-2 og 6-2a?

Saksgang: Forklar hvordan denne prosessen vanligvis forløper seg i saker om § 6-2 og 6-2a?

Bevisføring: Hvilke bevis/forklaringer vektlegges vanligvis i prosessen (fysisk og psykisk helse, familiesituasjon, nettverk, rushistorie, tidligere behandling osv)?

Stridens kjerne/uenighet: Hva er det mest omdiskuterte; hva består uenighetene mellom partene vanligvis i?

Vurdering av sosialtjenestens rolle: Hvordan opplever du muligheten til å få fram sosialtjenestens side av saken?

Vurdering av rusmiddelmissbrukerens rolle: Hvordan opplever du rusmiddelmissbrukernes rolle i denne prosessen (tilstedeværelse, aktive, passive, forklaringsevner, psykisk tilstand osv)?

Trekk ved vintersaker: Hva kjennetegner en god sak sett fra sosialtjenestens side?

Trekk ved tapersaker: Hva har begrunnelsene vært de gangene dere ikke har fått medhold i saker om § 6-2 og 6-2a?

Negative trekk: Er det noen negative trekk ved fylkesnemndsbehandlingene slik du har erfart det? Nevn gjerne eks.

Forslag til forbedringer: Har du noen forslag til hva som kunne vært forbedret?

Helseforetakene og behandlingsinstitusjonene

Plasstillingspraksis: Hvordan foregår tildeling av institusjonsplass rent praktisk? Når i prosessen kontakter sosialtjenesten helseforetaket (i forkant eller etterkant av fylkesnemndas behandling av saken) hvordan involveres vurderingsenhetene, det lokale helseforetaket, eller det regionale helseforetaket? Hvordan synes du at praksisen i forhold til å finne institusjonsplass fungerer?

Gjennomføring av tvangsinnleggelse: Beskriv hvordan selve tvangsinnleggelsen vanligvis iverksettes? Hvilken rolle har sosialkontoret under selve innleggelsen? Hvilken eventuelle former for indirekte eller direkte maktbruk er nødvendig? Hvordan ivaretas brukerens verdighet?

Samarbeid mellom rus og psykiatri: Hvordan opplever du samarbeidet mellom rus og psykiatri i forhold til dobbeltdiagnose tilfellene?

Oppfølging under oppholdet: Hvilken kontakt har dere vanligvis med brukeren under selve oppholdet?

Oppfølgingsrutiner ved utskrivning: Hva er rutinen for oppfølging av brukere ved utskrivning? Hvilke tiltak iverksettes vanligvis?

Samarbeidet etter tvangen: Hvordan fungerer samarbeidet med behandlingsinstitusjonen etter oppholdet?

Individuell plan som verktøy: Hvordan fungerer IP i oppfølgingen av rusmiddelmissbrukeren?

Vurdering av behandlingsapparatet: Hvordan er behandlingssituasjonen i fylket (antall plasser, kvalitet) i forhold til behovet? Hvilke behandlingssteder/behandlingsopplegg har du god erfaring med?

Rusreformen

Rusreformens effekt på tvangsbruk: Hvilke ev endringer har du merket i kjølvannet av rusreformen?

Har dette hatt noen betydning for bruken av tvang?

Rusreformens effekt på tvangens begrunnelse: Har rusreformen hatt effekt på hvordan tvangen begrunnes ved at blant annet det medisinske perspektivet vektlegges i større grad enn det sosialfaglige?

Rusreformen og behandlingstilbudet: Har rusreformen hatt betydning for kvaliteten i tjenesten, på ventetiden til frivillig behandling, på omfang av plasser med mer?

Rusreformen og samarbeidsforhold: Har rusreformen hatt betydning for det tverrsektorielle samarbeidet?

Rusreformen og dokumentasjon: Har rusreformen hatt betydning for dokumentasjons- og rapporteringssystemene?

Effekten av tvang

Vurdering av tvangsbruk: Burde tvang bli brukt oftere, og ev hvorfor og i hvilke tilfeller? Har du noen mening om hvorfor noen misbrukergrupper er underrepresentert (som for eksempel alkoholmisbrukere, som sjelden blir tvangsinnlagt)?

Tvangens krenkelse: Hvilke problemer har du erfart med effekten av tvang?

Dokumentasjon på tvangens effekt: Finnes det noen dokumentasjon på/eller kan du si ut fra din erfaring hvor mange som går over i frivillig behandling, rømninger, rusfrihet?

Omfang overdoser: Finnes det noen dokumentasjon på/eller har du erfaring med at det har vært overdosedødsfall eller episoder rett etter utskrivning?

Variasjoner i effekten av tvang: Har du noen erfaringer som tilsier at det er variasjoner mellom effekten av tvang i forhold til faktorer som alder, kjønn, nettverk, familiesituasjon, rushistorie (type rusmiddelmissbruk), psykisk helse osv? Er det noen brukergrupper som kommer dårligere ut enn andre?

Taperhistoriene / Suksesshistoriene: Hva kjennetegner taperhistoriene? Hva kjennetegner suksesshistoriene?

Effekt mht frivillighet: Hvilke faktorer bidrar til at brukerne blir motivert til frivillig behandling og blir rusfri i lengre tid?

Noter

- 1 Av hensyn til informantene har vi valgt å anonymisere navn på kontorer, bydeler, kommuner, byer, helseregioner, institusjoner og andre typer organisasjoner.
- 2 Av disse er det flere som har andre stillingsbenevnelser, som sosialkuratorer, fagkonsulenter, gruppeledere og fagkoordinatorer. De jobber imidlertid alle med rus og tvang, om enn i ulikt omfang, og blir derfor kalt ruskonsulenter her. I rapporten som helhet brukes uttrykkene ruskonsulent, ruskurator og sosialarbeider om hverandre, av hensyn til språklig variasjon.
- 3 En kunnskapsoppsummering om organiseringens betydning for sosialtjenesten konkluderer imidlertid med at dette er et forskningsfelt med store mangler (Nesvåg 2005).
- 4 Helgøy og Ravnebergs (2003) studie viser imidlertid at å holde forvaltningsarbeidet separert fra tiltaksarbeidet, også kan være problematisk. De ansatte i tiltaksavdelingene kan i perioder miste den regelmessige kontakten med brukerne, ettersom mange brukere i perioder kun oppsøker sosialkontoret i forbindelse med økonomiske forhold. Ruskonsulentene i vårt utvalg problematiserte likevel denne ordningen i liten grad.
- 5 Det betyr ikke at andre typer ressurser er uviktige, men at personellressurser anses som særlig viktige. Det har heller ikke vært mulig å innhente gode oversikter over for eksempel økonomiske prioriteringer ved å benytte intervju som datakilde.
- 6 Tallene vi opererer med her er basert på ruskonsulentenes selvrapportering under intervjuene. De er dermed beheftet med en viss usikkerhet.
- 7 Brukermedvirkning i forhold til tvangssaker kan høres noe selvmotsigende ut, i og med at medvirkning henleder oppmerksomheten mot noe frivillig. For vår del dreier brukermedvirkning seg om ulike måter å involvere brukeren på gjennom hele forløpet i tvangssakene, fra vurdering til innstilling og innleggelse. Å involvere klienten i prosessen frem mot innleggelsen blir også sterkt vektlagt i veilederen fra Sosial- og helsedepartementet (2000).
- 8 Og tilsvarende sammenheng: Kontorer som bruker mye tvang gjør det fordi de organisatoriske forholdene i stor grad legger til rette for arbeidet med tvang.
- 9 SSB og Kripos rapporterer ulike tall om antall narkotikainduserte dødsfall per år. I 2007 rapporterte SSB om 275 dødstill, mens Kripos altså rapporterte om 200 (Sirus). SSB sine tall ligger gjennomgående høyere enn Kripos sine tall. Dette skyldes sannsynligvis at SSB implementerte nye kodepraksiser og inklusjonskriterium i 1996 og 2003, for utdypende forklaringer, se: <http://statistikk.sirus.no/sirus/>. Vi forholder oss i denne rapporten til tallene fra Kripos.
- 10 Rusmisbrukere som tidligere ville blitt dømt til ubetinget fengselsstraff for kriminelle handlinger, kan nå dømmes til å følge et rehabiliteringsprogram. Prøveordningen Narkotikaprogram med domstolskontroll trådte i kraft 1. januar 2006 som straffereaksjon for rusmiddelmissbrukere i Oslo og Bergen. Se Johnsen, Berit og Monika Svendsen (2007): Narkotikaprogram med domstolskontroll (ND): Oppstarten av teamene og sentrene 2006, Kriminalomsorgens utdanningscenter dokumentasjon og debatt nr 2/2007
- 11 Se blant annet Narkotikaprogrammet med domstolskontroll. ND-senteret i Bergen, Årsrapport 2008.
- 12 Mangelfull bevissthet rundt kjønne forvaltningspraksiser, kjønne behov og kjønnsdiskrimineringer i hjelpeapparatet har vært påpekt av flere. I rapporten *På randen av å bo* (Taksdal mfl 2006) ble ikke boligløshetsproblemet identifisert som kjønns spesifikt av hjelpeapparatet, selv

om 3 av 4 uten varig bolig er menn. De konkluderer med at «Kjønn synes for mange i hjelpeapparatet å være nærmest et ikke-tema, et tema som i særlig grad usynliggjøres, avpolitiseres og marginaliseres» (Taksdal mfl 2006: 245).

- 13 Det foreligger generelt en god del forskning på hvordan man kan bedre samarbeidet mellom ulike forvaltningsnivå for personer med sammensatte problemer (Ramsdal 2004; Repstad (red.) 2004).

Rapportserie Rokkansenteret

(ISSN 1503-4844)

Rapportene kan bestilles fra Rokkansenteret, tlf. 55 58 97 10,
e-post: post@rokkann.uib.no, <http://www.rokkansenteret.uib.no>

No	2009
1-2009	Kristin Hope, Jill Loga og Simon Neby: <i>Mellom lokalisme og kompetanse</i> . Juni 2009
2-2009	Helge Østbye: <i>Journalister og folk flest: Syn på medier og journalistikk 1999–2000</i> . Oktober 2009.
3-2009	Jan Erik Askildsen og Egil Kjerstad: <i>Utredning om finansiering av kommunale helsetjenester</i> . Oktober 2009
4-2009	Ingrid Rindal Lundeberg og Kristian Mjåland: <i>Grenser for tvang</i> . November 2009
No	2008
1-2008	Hans-Erik Ringkjøb, Jacob Aars og Signy Irene Vabo: <i>Lokalt folkestyre AS. Eierskap og styringsroller i kommunale selskap</i> . Februar 2008.
2-2008	Dag Arne Christensen og Jacob Aars: <i>Valg av ordfører ved supplerende stemmegivning. En empirisk analyse av ordførervalgene i 48 norske kommuner i 2007</i> . Februar 2008.
3-2008	Gry Brandser og Ole Andreas Brekke: <i>Veien mot et Innlandsuniversitet. Om interne utviklingstrekk og eksterne rammebetingelser 2001–2008</i> . Juni 2008
4-2008	Kristin Hope, Hans-Erik Ringkjøb og Lise Hellebø Rykkja: <i>Evaluering av styring og ledelse ved NTNU</i> . August 2008.
5-2008	Tom Christensen: <i>«En felles etat» – en analyse av prosessen som ledet frem til opprettelse av ny arbeids- og velferdsforvaltning (NAV)</i> . August 2008.
6-2008	Dag Wollebæk, Per Selle og Kristin Strømsnes: <i>Endringsprosesser i norsk frivillighet: En kunnskapsoversikt</i> . September 2008.
7-2008	Rune Ervik: <i>Bruk av skift og turnus i ulike virksomheter: En kartlegging</i> . Oktober 2008.
8-2008	Anne Homme og Håkon Høst: <i>Hvem pleier de gamle i Oslo? Om hjelpepleierne og helsefagarbeidernes posisjon i pleie- og omsorgstjenestene i hovedstaden</i> . Oktober 2008.
9-2008	Dag Arne Christensen, Tor Midtbø, Hans-Erik Ringkjøb og Jacob Aars: <i>To valg med ny personvalgordning – Kontinuitet eller endring?</i> Desember 2008.
10-2008	Astri Andresen, Tore Grønlie, William Hubbard, Teemu Ryymin and Svein Atle Skålevåg: <i>Citizens, Courtrooms, Crossings</i> . December 2008.
No	2007
1-2007	Hans-Erik Ringkjøb, Bjarne Folkestad, Audun Offerdal og Jacob Aars: <i>Demokrati heile vegen. Gode styringsgrep og metodar for folkevalte</i> . Mai 2007.
2-2007	Astrid Andresen and Tore Grønlie (eds): <i>Transferring Public Health, Medical Knowledge and Science in the 19th and 20th Century</i> . December 2007

- 3-2007 Knut Grove: *Historikarar i randsona. Historieforskinga ved Rokkansenteret, LOS og SEFOS.* Desember 2007.

No

20^a06

-
- 1-2006 Arnhild Taksdal, Jan-Kåre Breivik, Kari Ludvigsen og Bodil Ravneberg: *På randen av å bo. Erfart kunnskap om livet og flyttingene mellom psykiatri, rusomsorg, gater, hospitser og egne boliger.* Mai 2006.
- 2-2006 Morten Dyrdal, Per Lægred og Kristin Rubecksen: *EU i norsk sentralforvaltning.* Oktober 2006.
- 3-2006 Kaia Christina I. Grahm-Haga: *Institusjonalisering av forvaltningsrevisjon. En studie av utvikling i policy og praksis hos Riksrevisjonen i perioden 1994–2005.* November 2006.
- 4-2006 Astri Andresen, Tore Grønlie og Teemu Ryymin (eds): *Science, Culture, and Politics. European Perspectives on Medicine, Sickness and Health. The Fourth Bergen Workshop of the History of Health and Medicine. Conference Proceedings.* December 2006.
- 5-2006 Camilla H. Glückstad: *Revitalisering av Riksrevisjonen. En prosessstudie av Riksrevisjonens nye rammeverk.* Desember 2006.

No

2005

-
- 1-2005 Bjørn C. Ekeland, Ingrid Lundeberg og Svein Atle Skålevåg (red.): *Studier av dommen. Konferanserapport.* Mars 2005.
- 2-2005 Stein Kuhnle (ed.): *Social Policy Development in South Eastern Europe: Outside Influences and Domestic Forces.* March 2005.
- 3-2005 Sturle Næss: *Omsorgens vilkår i de kommunale pleie- og omsorgstjenestene.* Juli 2005.
- 4-2005 Eirinn Larsen: *Invisible Strategies. Gender in French and Norwegian Business Education, 1870–1980.* September 2005.
- 5-2005 Nina Berven: *National Politics and Cross-National Ideas. Welfare, Work and Legitimacy in the United States and Norway.* September 2005.
- 6-2005 Hans K. Mjelva: *Tre storverft i norsk industris finaste stund. Ein komparativ studie av Stord Verft, Rosenberg mek. Verksted og Fredrikstad mek. Verksted 1960–1980.* November 2005.
- 7-2005 Rune Ervik: *Active Ageing and the Norwegian Pension System.* December 2005.
- 8-2005 Even Nilssen: *Fag, rett og politikk. Rettsutforming angående bruk av tvang overfor voksne rusmiddelmissbrukere og psykisk utviklingshemmede i de skandinaviske landenes sosialrett.* Desember 2005.
- 9-2005 Arne Ramslie: *Fra ritual til verktøy. Mål- og resultatstyring av Utlendingsdirektoratet 1998–2003.* Desember 2005.
- 10-2005 Astri Andresen, Kari Tove Elvbakken and Tore Grønlie (eds): *Politics of Prevention, Health Propaganda, and the Organisation of Hospitals 1800–2000. Conference Proceedings.* December 2005.
- 11-2005 Even Nilssen: *Fag, rett og politikk. Rettsutforming angående bruk av tvang overfor voksne*

rusmiddelmissbrukere og psykisk utviklingshemmede i de skandinaviske landenes sosialrett.
Desember 2005.

- 12-2005 Kirsti Malterud og Kari Tove Elvbakken: *Sunnhet og sykdom i kulturelt perspektiv. Bidrag fra Helsekameratenes avslutningsseminar.* Desember 2005.

No 2004

- 1-2004 Astri Andresen, Kari Tove Elvbakken and William H. Hubbard (eds): *Public Health and Preventive Medicine 1700 – 2000. Knowledge, Co-operation, and Conflict.* March 2004.
- 2-2004 Anne Lise Fimreite, Yngve Flo, Tommy Tranvik og Jacob Aars: *Tillit mellom forvaltningsnivåene – sentrale aktørers oppfatninger av og holdninger til kommunene.* Juni 2004.
- 3-2004 Rune Hallingstad: Regional styring i lys av foretaksorganiseringen. *En sammenlignende studie av Helse Vest-Norge RHF og Helse Midt-Norge RHF.* September 2004. ATM.
- 4-2004 Håkon Høst: *Kontinuitet og endring i pleie- og omsorgsutdanningene. En studie av utviklingen innenfor utdanningene til hjelpepleier og omsorgsarbeider.* Oktober 2004.
- 5-2004 Sturla Herfindal: *Veien frem til sykehusreformen – En studie av beslutningsprosessen bak lov om helseforetak.* November 2004.
- 6-2004 Astri Andresen, Tore Grønlie and Svein Atle Skålevåg (eds): *Hospitals, Patients and Medicine 1800 –2000. Conference Proceedings.* November 2004.
- 7-2004 Stig Helleren: *Kontrollør eller veileder? En studie av policyendring i Arbeidstilsynet 1989–2002.* November 2004.
- 8-2004 Dag Arne Christensen, Tor Midtbø, Hans-Erik Ringkjøb, Lars Svåsand og Jacob Aars: *Ny personvalgordning og hva så? En analyse av kommune- og fylkestingsvalget i 2003.* Desember 2004.

No 2003

- 1-2003 Sturla Næss: *Ikke helt etter planen. Dokumentasjonsrapport om hjelpetrequende eldres erfaringer før og etter Handlingsplan for eldreomsorgen.* Mars 2003.
- 2-3003 Kim Ove Hommen: *Tilsynsroller i Staten. En studie av Luftfartstilsynet og Statens Jernbanetilsyn.* Mars 2003.
- 3-2003 Stein Kuhnle and Dzemaal Sokolovic: *The Balkans: Searching for Solutions.* March 2003.
- 4-2003 Anne Lise Fimreite (red.): *Styringsystem i storby. Evaluering av styringssystemet i Bergen kommune.* April 2003.
- 5-2003 Ingrid Helgøy og Bodil Ravneberg: *Byråkrat, sosialarbeider eller innovatør? Organiseringens betydning for utvikling av yrkesroller i sosialtjenesten.* Mai 2003.
- 6-2003 Anne Homme: *Skolen som styringsarena? Lokalt handlingsrom og gjennomføringen av Reform 97.* Mai 2003.
- 7-2003 Dag Stenvoll: *Politisk argumentasjon. En analyse av norske stortingsdebatter om seksualitet og reproduksjon 1945–2001.* Juni 2003.
- 8-2003 Anne Lise Fimreite: *Der hvor intet er, har selv keiseren tapt sin rett! Om lokalt folkestyre og rettigheter.* Juni 2003.
- 9-2003 Sturla Næss: *I tøffeste laget? Dokumentasjonsrapport om arbeidssituasjonen til ansatte i pleie- og omsorgstjenesten.* Juni 2003.

- 10-2003 Sven Atle Skålevåg: *Fra normalitetens historie. Sinnsykdom 1870–1920*. Juli 2003 .
- 11-2003 Simon Neby: *Interessekonflikt, kommunikasjonsvikt og kulturkollisjon. En studie av fusjonen mellom Telia og Telenor*. Juli 2003.
- 12-2003 Birte Bjørkelo: *The Power of Learning in the Global Age – The World Bank and Environmental NGOs*. October 2003. The Globalization Program.
- 13-2003 Ingrid Hagen: *Global konkurranse og lokal fleksibilitet. Omstillinger og fleksibilitetsstrategier i en norsk elektronikkbedrift*. Oktober 2003. Globaliseringsprogrammet.
- 14-2003 Mariann Moberg: *Engasjement og trygghet i et mer globalisert arbeidsliv. En studie av endringsprosesser i et multinasjonalt konsern i lys av trekk ved den nye kapitalismens ånd*. Oktober 2003. Globaliseringsprogrammet.
- 15-2003 Harald Grimen and Kari Tove Elvbakken (eds): *Cultural Perspectives on Risk, Preventive Medicine and Health Promotion*. October 2003.
- 16-2003 Synnøve Serigstad: *Samordning og samfunnstryggleik. Ein studie av omorganiseringa av den sentrale tryggleiks- og beredskapsforvaltninga i Noreg i perioden 1999–2002*. Desember 2003.
- 17-2003 Kurt Brekke, Astrid Grasdal, Tor Helge Holmås, Frode Steen og Kjell Sunnevåg: *Evaluering av ny apoteklov og indeksprissystemet*. Desember 2003. HEB.

No

2002

-
- 1-2002 Agnete Vabø: *Mytedannelser i endringsprosesser i akademiske institusjoner*. November 2002.
- 2-2002 Svanaug Fjær og Liv Johanne Syltevik: *Omsorg, tid og penger for likestillingens frontløpere. Sluttrapport fra evalueringen av reformen for enslige forsørgere*. November 2002.
- 3-2002 Hege Søreng: *Revitalisering av Stortingets kontrollaktivitet? En studie av oppmerksomhet i Stortinget mot kontroll med forvaltningen 1989–1999*. Desember 2002.

Grener for tvang

Rapporten er en del av Rökkansenterets evaluering av sosialtjenestelovens §§ 6-2, 6-2a og 6-3, og omhandler sosialtjenestens rolle i arbeidet med tvang overfor rusmiddelmissbrukere. Med utgangspunkt i en kvalitativ intervjuundersøkelse ses det nærmere på hvilke forhold som preger lovanvendelsesprosessen og setter grener for sosialarbeiderens skjønnsutøvelse i bruk av tvang overfor voksne rusmiddelmissbrukere.

§§ 6-2 og 6-2a har vært benyttet i begrenset grad, men bruken har økt de siste årene. Et hovedfunn i rapporten er at det eksisterer betydelige og bekymringsfulle variasjoner i hvordan sosialtjenesten forvalter tvangsløvgivningen, både mellom ulike kommuner, NAV/ sosialkontor, og de enkelte ruskonsulentene. Organisatoriske forhold har innflytelse på utøvelsen av yrkesrollen i arbeidet med tvangsløvgivningen. Variasjonene skyldes også ulikheter i den enkelte sosialarbeiderens lovforståelse, kunnskap og holdninger til bruk av tvang. Loven som omhandler tvang mot gravide rusmiddelmissbrukere, § 6-2a, defineres som klar og lett å anvende. Økt bruk av tvang etter § 6-2 skyldes en holdningsendring i positiv retning, men tvang er fortsatt omstridt og personlige oppfatninger hos tjenesteyteren får store utslag. Rapporten viser at kvinner oftere blir utsatt for tvang fordi det i klient-hjelper relasjonen skapes kjønnete offerkonstruksjoner og identifiseringer som gjør kvinnelige rusmiddelmissbrukere til gjenstand for mer bekymring og oppmerksomhet enn mannlige rusmiddelmissbrukere. En kritisk faktor i selve innleggelsen er valget av en politistyrte innhenting med bruk av strafferettslige virkemidler. Dette fører til unødige krenkelser og gir en dårlig start på institusjonsoppholdet. Rapporten viser at samarbeidet mellom sosialtjenesten og spesialisthelsetjenesten i mange tilfeller er mangelfullt og anstrengt. Det er et missamsvar mellom tilbud og etterspørsel av tvangsplasser i noen helseregioner, og økonomiske hindre fører til dårlig plassutnyttelse og pasientstrøm på tvers av helseregioner. Rettsvernet til pasientene med samtidig rusproblem og psykisk lidelse synes særlig kritikkverdig ved at de ikke får et tilrettelagt tilbud, blir skrevet ut før tiden eller ikke får plass i det hele tatt.

Rapporten konkluderer med at det er et problem at rivalisering mellom forvaltningsnivåer og yrkesgrupper setter grener for tvang og fører til at tvangsløvgivningen praktiseres ulikt både mellom ulike bydeler, byer, kommuner og helseregioner. Et generelt problem i tvangens forvaltning er mangel på gode samarbeidsorganer mellom tjenestenivåene og erfaringsutveksling internt i sosialtjenesten.

Ingrid Rindal Lundeberg (dr. polit) og Kristian Mjåland (master) er sosiologer og arbeider som forskere ved Uni Rökkansenteret.

ISBN: 978-82-8095-066-6

ISSN: 1503-4844