

Evaluering av kvaliteten på tvangsvedtak

Oppdrag gjennomført av Oxford Research AS



Evaluering av kvaliteten på tvangsvedtak (2017)

Oppdragsgiver: Helse- og omsorgsdepartementet

Prosjektteam:

Prosjektleder og senioranalytiker Tor Egil Viblemo

Professor emeritus Aslak Syse

Advokat Fredrik Ellingsen

Advokat Leif Oscar Olsen

Dr. juris Sunniva-Bragdø-Ellenes

Om Oxford Research

Knowledge for a better society

Oxford Research er et internasjonalt analyseselskap. Vi dokumenterer og utvikler kunnskap gjennom analyser, evalueringer og utredninger slik at politiske og strategiske aktører kan få et bedre grunnlag for sine beslutninger.

Vi kombinerer vitenskapelige arbeidsmetoder med kreativ idéutvikling for å tilføre våre kunder ny kunnskap. Vårt spesialfelt er analyser og evalueringer innen nærings- og regionalutvikling, forskning og utdanning, samt velferd og forvaltning..

Oxford Research ble grunnlagt i 1995 og har selskaper i Norge, Danmark, Sverige, Finland, Latvia og Polen. Oxford Research er en del av Oxfordgruppen og retter sitt arbeid mot det nordiske og det europeiske markedet.

Oxford Research AS
Østre Strandgate 1
4623 Kristiansand
Norge
(+47) 40 00 57 93
post@oxford.no

www.oxford.no

Forord

Kristiansand, 31. desember 2017

Oxford Research har på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet evaluert kvaliteten i begrunnelsene i tvangsvedtak fra forskjellige kontrollinstanser. Oxford Research har gått gjennom et utvalg av vedtak for å vurdere kvaliteten på begrunnelsene ut fra lovens krav. Som et supplement til vedtaksgjennomgangen, har det blitt gjennomført spørreundersøkelser til kontrollkommisjonsledere, fylkesnemndledere og utvalgte saksbehandlere hos fylkesmennene

Evalueringen har bakgrunn i Tvangslovutvalgets mandat og arbeid. Regjeringen satte i juni 2016 ned et offentlig lovutvalg som skal utrede behov for endringer i tvangslovgivningen i helse- og omsorgssektoren (Tvangslovutvalget).

Senioranalytiker Tor Egil Viblemo har vært prosjektleder. Fra Oxford Research har også analytiker Bernhard Weigel og analytiker Marte Tobro deltatt. Professor Aslak Syse har hatt et overordnet faglig ansvar for vedtaksgjennomgangen og juridiske vurderinger. De juridiske analyser og vedtaksgjennomgangen har blitt utført av fire juridiske eksperter:

- Professor emeritus Aslak Syse
- Advokat Fredrik Ellingsen
- Advokat Leif Oscar Olsen
- Dr. juris Sunniva-Bragdø-Ellenes

Konklusjoner, vurderinger og anbefalinger i evalueringen står fullt og helt for Oxford Researchs egen regning. Vi takker alle som har bidratt med innspill og kommentarer. Vi håper at evalueringen kommer til nytte.

Tor Egil Viblemo

Prosjektleder

Oxford Research AS

Indhold

Om rapporten	10
1. Oppdrag og metode	1
1.1 Oppdraget	1
1.2 Vedtaksgjennomgang (juridisk analyse)	1
1.3 Spørreundersøkelser	8
2. Sammenfattende vurderinger av kontrollorganene	10
2.1 Kontrollkommisjonene	10
2.2 Fylkesnemndene	12
2.3 Fylkesmannen	16
3. Psykisk helsevernlov	19
3.1 Fylkesmannen - tvangsmedisinering (phvl. § 4-4)	19
3.2 Fylkesmannen – tvangsernæring, phvl. § 4-4	24
3.3 Kontrollkommisjonen - etablering og opprettholdelse av tvungent psykisk helsevern, phvl § 3-3/§ 3-7	28
3.4 Kontrollkommisjonen - tre måneders kontroll, jf. phvl. § 3-8 andre ledd	34
3.5 Kontrollkommisjonen - forlengelse av tvungent psykisk helsevern etter phvl. § 3-8 tredje ledd	38
3.6 Kontrollkommisjonen - overprøving av innleggelser av mindreårige (12–16 år), phvl. § 2-1	43
3.7 Kontrollkommisjonen - saksbehandling ved klager over tvangsmiddelbruk etter phvl. § 4-8	47
4. Fylkesmannens behandling av saker etter pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4A	53
4.1 Lovgrunnlag og utvalg	53
4.2 Resultater og diskusjon	56
4.3 Oppsummerende vurderinger	59
5. Helse- og omsorgstjenesteloven (hol)	62
5.1 Fylkesmannen overprøving etter hol § 9-8 og der fylkesmannen ikke godkjenner kommunens vedtak	62
5.2 Fylkesmannens overprøving etter hol § 9-8, og der Fylkesmannen godkjenner kommunens vedtak	67
5.3 Fylkesnemndas behandling av klagesaker etter helse- og omsorgstjenesteloven (hol.) kap. 9	72
5.4 Fylkesnemndas behandling av saker etter hol § 10-2	75
5.5 Fylkesnemndas behandling av saker etter hol § 10-3	83
5.6 Fylkesnemndas behandling av saker etter hol § 10-2 fjerde ledd	91
5.7 Fylkesnemndas behandling av saker etter hol § 10-3 femte ledd	97
6. Resultater fra spørreundersøkelsen - Fylkesmannen	104
6.1 Oppsummering	104
6.2 Resultater	111

6.3	Informasjon og kontakt	115
7.	Resultater fra spørreundersøkelsene - Fylkesnemndledere	129
7.1	Oppsummering	129
7.2	Resultater	135
8.	Resultater fra spørreundersøkelsen til Kontrollkommisjonsledere	154
8.1	Oppsummering	154
8.2	Resultater	165
	Litteraturliste	193
	Vedlegg spørreskjemaer	195
	Fylkesmennene	195
	Fylkesnemndene	216
	Kontrollkommisjonene	232

Figurliste

Figur 1: Samlet vurdering av fylkesmannens klagesaksbehandling og vedtak om tvangsmedisinering...	24
Figur 2: Samlet vurdering av fylkesmannens klagesaksbehandling og vedtak om tvangsernæring.....	28
Figur 3: Samlet vurdering av kontrollkommisjonens vedtak i klagesaker etter phvl. § 3-3/3-7	33
Figur 4: Samlet vurdering av kontrollkommisjonens vedtak ved tremånederskontroll, § 3-8 (2)	38
Figur 5: Samlet vurdering av kontrollkommisjonens vedtak etter phvl, § 3-8 (3).....	43
Figur 6: Samlet vurdering av kontrollkommisjonens vedtak i klagesaker etter phvl. § 4-8	52
Figur 7: Samlet vurdering av fylkesmannens behandling av saker etter pbrl. Kapittel 4A.....	60
Figur 8: Samlet vurdering av fylkesmannens behandling av saker etter pbrl. Kapittel 4A	61
Figur 9: Samlet vurdering av fylkesmannens vedtak.....	67
Figur 10: Samlet vurdering av fylkesmannens vedtak	71
Figur 11: Samlet vurdering av fylkesnemndenes vedtak i tvangssaker etter hol. § 10-2	83
Figur 12: Samlet vurdering av fylkesnemndenes vedtak i tvangssaker etter hol. § 10-3.....	91
Figur 13: Samlet vurdering av fylkesnemndenes vedtak i tvangssaker etter hol. § 10-2, fjerde ledd	97
Figur 14: Samlet vurdering av fylkesnemndenes vedtak i tvangssaker etter hol. § 10-2, fjerde ledd	102
Figur 15: Utdanning	111
Figur 16: Blir alle vedtak etter pbrl § 4A-5 gjennomgått ved mottak, jfr. pbrl § 4A-8 første ledd?	112
Figur 17: Er kontrollen ved mottak en full vurdering av om vilkårene er oppfylt eller en formalkontroll som kan sammenliknes med phvl. § 3-8 første ledd?	112
Figur 18: Stiller fylkesmannen krav om skriftlig klage etter phvl?.....	113
Figur 19: Stiller fylkesmannen krav om skriftlig klage etter pbrl kapittel 4A?.....	113
Figur 20: Stiller fylkesmannen krav om skriftlig klage etter hol kapittel 9?	114
Figur 21: Blir pasienten kontaktet av fylkesmannen hvis nærmeste pårørende klager etter pbrl § 4A-7?	115
Figur 22: Blir nærmeste pårørende kontaktet av fylkesmannen hvis pasienten klager etter pbrl § 4A-7?.....	116
Figur 23: Blir pasienten kontaktet av fylkesmannen i forbindelse med sak om overprøving etter pbrl § 4A-8 første ledd?.....	117

Figur 24: Blir nærmeste pårørende kontaktet av fylkesmannen i forbindelse med sak om overprøving etter pbrl §4A-8 første ledd?	118
Figur 25: Oppfatter du tidvis interessekonflikter mellom pasient og nærmeste pårørende som problematisk med tanke på ivaretagelse av pasientens rettssikkerhet?	118
Figur 26: Hvis du har behandlet saker etter pbrl kapittel 4A som gjelder barn mellom 16 og 18 år, blir barnet kontaktet av fylkesmannen?	119
Figur 27: Blir barnets foreldre eller andre med foreldreansvaret kontaktet?	120
Figur 28: I saker etter phvl § 4-4, hvor ofte gjøres følgende handlinger/tiltak for å sikre opplysning av saken? Personlig kontakt med pasienten.	120
Figur 29: I saker etter phvl § 4-4, hvor ofte gjøres følgende handlinger/tiltak for å sikre opplysning av saken? Samtale med helsepersonell.....	121
Figur 30:: I saker etter phvl § 4-4, hvor ofte gjøres følgende handlinger/tiltak for å sikre opplysning av saken? Gjennomgang av pasientjournal	121
Figur 31: I saker etter phvl § 4-4, hvor ofte gjøres følgende handlinger/tiltak for å sikre opplysning av saken? Engasjering av sakkyndig hjelp.....	122
Figur 32: I saker etter hol kap 9, hvor ofte blir pasient/bruker, verge og pårørende forhåndsvarslet ved klage?.....	122
Figur 33:: I saker etter hol kap 9, hvor ofte gir fylkesmannen pasient/bruker, verge og pårørende informasjon om klageadgangen etter § 9-11 andre ledd, se § 9-8 andre ledd?	123
Figur 34: Omtrent hvor lang er saksbehandlingstiden etter din erfaring for vedtak i saker om legemiddelbehandling uten eget samtykke, jf. phvl § 4-4?	123
Figur 35: Omtrent hvor lang er saksbehandlingstiden etter din erfaring på en typisk/ gjennomsnittlig klagesak etter pbrl § 4A-7 (helsehjelp som pasienten motsetter seg)?.....	124
Figur 36: Omtrent hvor lang er saksbehandlingstiden etter din erfaring for vedtak der fylkesmannen av eget tiltak omgjør (endrer helt eller delvis) kommunens/spesialisthelsetjenestens vedtak, jf. pbrl § 4A-8 første ledd?.....	125
Figur 37: Omtrent hvor lang er saksbehandlingstiden etter din sakserfaring for vedtak der fylkesmannen av eget tiltak stadfester kommunens/spesialisthelsetjenestens vedtak, jf. pbrl § 4A-8 første ledd?	126
Figur 38: Hvorvidt opplever du at kravet om en rask avgjørelse kan stå i strid med kravet til forsvarlig saksbehandling i saker som gjelder kontroll- og overprøving av tvangsvedtak?.....	127
Figur 39: Hvordan opplever du embetets arbeidsbelastning på de ulike saksområdene: I saker etter phvl?	127
Figur 40: Hvordan opplever du embetets arbeidsbelastning på de ulike saksområdene: I saker etter pbrl kapittel 4A?.....	128
Figur 41: Hvordan opplever du embetets arbeidsbelastning på de ulike saksområdene: I saker etter hol kapittel 9?	128
Figur 42: Yrkesbakgrunn	135
Figur 43: Har du behandlet (fattet vedtak i) saker etter helse- og omsorgstjenesteloven (hol) § 9-11 andre ledd (fylkesnemndenes vedtak i klagesaker på fylkesnemndenes vedtak etter § 9-5 tredje ledd bokstav b og c.....	135
Figur 44: Gjaldt noen av disse sakene barn, dvs. personer under 18 år?.....	136
Figur 45:: Gjaldt noen av disse sakene barn, dvs. personer under 18 år? (I saker etter hol §10-2)	136
Figur 46: Gjaldt noen av disse sakene barn, dvs. personer under 18 år? (I saker etter hol §10-3)	137
Figur 47: Er plassering i det psykiske helsevernet blitt gjennomført?	137
Figur 48: I hvilken grad blir barn som saken gjelder, hørt direkte av fylkesnemnda?	138
Figur 49: I hvilken grad er det tilstrekkelig bevisføring i de saker du har behandlet etter henholdsvis helse- og omsorgstjenesteloven (hol) § 9-11 andre ledd (tvang utviklingshemmete).....	138

Figur 50: I hvilken grad er det tilstrekkelig bevisføring i de saker du har behandlet etter henholdsvis helse- og omsorgstjenesteloven hol §§ 10-2.....	139
Figur 51: I hvilken grad er det tilstrekkelig bevisføring i de saker du har behandlet etter henholdsvis helse- og omsorgstjenesteloven § 10-3?	139
Figur 52: I hvilken grad har det i de saker du har behandlet vært enighet mellom den offentlige og den private parten om hvilket faktum som skal legges til grunn for avgjørelsen/som er mest sannsynlig? Hol §9-11	140
Figur 53: I hvilken grad har det i de saker du har behandlet vært enighet mellom den offentlige og den private parten om hvilket faktum som skal legges til grunn for avgjørelsen/som er mest sannsynlig? Hol § 10-3.....	141
Figur 54: I hvilken grad har det i de saker du har behandlet vært enighet blant medlemmene av fylkesnemnda om hvilket faktum som skal legges til grunn for avgjørelsen/som er mest sannsynlig? (n: 13) Hol § 9-11 (tvang utviklings-hemmete).....	141
Figur 55: I hvilken grad har det i de saker du har behandlet vært enighet blant medlemmene av fylkesnemnda om hvilket faktum som skal legges til grunn for avgjørelsen/som er mest sannsynlig? Hol §10-2.....	142
Figur 56: I hvilken grad har det i de saker du har behandlet vært enighet blant medlemmene av fylkesnemnda om hvilket faktum som skal legges til grunn for avgjørelsen/som er mest sannsynlig? Hol § 10-3	143
Figur 57: I hvilken grad har det i de saker du har behandlet vært tvil om de enkelte vilkårene for bruk av tvang etter hol § 10-2 er oppfylt? Rusmiddelkravet.....	143
Figur 58: I hvilken grad har det i de saker du har behandlet har vært tvil om de enkelte vilkårene for bruk av tvang etter hol § 10-2 er oppfylt? Skadekravet	144
Figur 59: I hvilken grad har det i de saker du har behandlet har vært tvil om de enkelte vilkårene for bruk av tvang etter hol § 10-2 er oppfylt? Årsakskravet	144
Figur 60: I hvilken grad har det i de saker du har behandlet har vært tvil om de enkelte vilkårene for bruk av tvang etter hol § 10-2 er oppfylt? Hjelpetiltakskravet	145
Figur 61: I hvilken grad har det i de saker du har behandlet har vært tvil om de enkelte vilkårene for bruk av tvang etter hol § 10-2 er oppfylt? Prognosevurderingen	146
Figur 62: I hvilken grad har det i de saker du har behandlet har vært tvil om de enkelte vilkårene for bruk av tvang etter hol § 10-2 er oppfylt? "Kan skjønnet"	147
Figur 63: I hvilken grad har det i de saker du har behandlet har vært tvil om de enkelte vilkårene for bruk av tvang etter hol § 10-3 er oppfylt?: Rusmiddelkravet.....	147
Figur 64: I hvilken grad har det i de saker du har behandlet har vært tvil om de enkelte vilkårene for bruk av tvang etter hol § 10-3 er oppfylt? Skadekravet	148
Figur 65: I hvilken har det i de saker du har behandlet har vært tvil om de enkelte vilkårene for bruk av tvang etter hol § 10-3 er oppfylt?: Rusmiddelkravet.....	148
Figur 66: I hvilken har det i de saker du har behandlet har vært tvil om de enkelte vilkårene for bruk av tvang etter hol § 10-3 er oppfylt?	149
Figur 67: I hvilken har det i de saker du har behandlet har vært tvil om de enkelte vilkårene for bruk av tvang etter hol § 10-3 er oppfylt? Hjelpetiltakskravet	149
Figur 68: I hvilken har det i de saker du har behandlet har vært tvil om de enkelte vilkårene for bruk av tvang etter hol § 10-3 er oppfylt? Prognosevurderingen	150
Figur 69: I hvilken har det i de saker du har behandlet har vært tvil om de enkelte vilkårene for bruk av tvang etter hol § 10-3 er oppfylt? «Kan skjønnet».....	150
Figur 70: Etter hol kap. 10, i hvilken grad opplever du at: rollen din i sakene er klar?	151

Figur 71: Etter hol kap. 10, i hvilken grad opplever du at: kvaliteten til bidraget i saken fra den offentlige parts prosess-fullmektig er tilfredsstillende?.....	151
Figur 72: Etter hol kap. 10, i hvilken grad opplever du at: kvaliteten til bidraget i private parts prosess-fullmektig er tilfredsstillende?	152
Figur 73: Etter hol kap. 10, i hvilken grad opplever du at: barns prosessfullmektig ivaretar barnets interesser?	152
Figur 74: Etter hol kap. 10, i hvilken grad opplever du at: kvaliteten til bidraget i saken fra den offentlige partsrepresentant er tilfredsstillende?	153
Figur 75: Yrkesbakgrunn	165
Figur 76: Hvordan informeres pasienter om kontrollkommisjonen og klageretten?	165
Figur 77: Har kontrollkommisjonen samtale med barn uten at andre er til stede?	166
Figur 78: Blir det gitt særskilt alderstilpasset informasjon til barn innlagt i psykisk helsevern?	166
Figur 79: Informerer kontrollkommisjonen de som har foreldreansvaret for et barn?.....	167
Figur 80: Dersom barneverntjenesten har overtatt omsorgen for et barn, blir de informert av kontrollkommisjonen?	167
Figur 81: Hvordan fremsettes klager til kontrollkommisjonen?	168
Figur 82: Sendes det ut skriftlig informasjon til klager i forkant av klagesaken med opplysninger om møtetidspunkt, hvordan kommisjonen er sammensatt, rett til uttale seg o.l. ?	169
Figur 83: Har en eller flere i kontrollkommisjonen en uformell samtale med pasienten etter klagemottaket, før saken tas til behandling? Dersom klage er mottatt muntlig	170
Figur 84: Har en eller flere i kontrollkommisjonen en uformell samtale med pasienten etter klagemottaket, før saken tas til behandling? Dersom klage er mottatt skriftlig	171
Figur 85: Forekommer det at klagen trekkes etter uformell samtale med kontrollkommisjonen?	172
Figur 86: Hva er de vanligste grunnene til at pasienten trekker klagen før eller under klagesaksmøtet, når pasienten ikke er utskrevet eller overført til frivillig vern.....	173
Figur 87: Blir ordningen etter phvl § 2-1 andre ledd oppfattet som en klage ordning der barnet må fremsette en klage, eller som en ordning som gjelder automatisk prøving hvis barnet ikke er enig i tiltaket?.....	174
Figur 88: Hvordan blir det underrettet om kommisjonens vedtak? Vedtak i klagesaker etter phvl § 3-3 (tvungent psykisk helsevern).	175
Figur 89: Hvordan blir det underrettet om kommisjonens vedtak? Vedtak i klagesaker etter phvl § 3-3 (tvungent psykisk helsevern).....	175
Figur 90: Hvordan blir det underrettet om kommisjonens vedtak? Vedtak etter phvl § 2-1 andre ledd og § 2-2 fjerde ledd andre punktum.	176
Figur 91: Hvordan blir det underrettet om kommisjonens vedtak? Vedtak i klagesaker etter phvl § 3-7 (opphør av tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern).	177
Figur 92: Hvordan blir det underrettet om kommisjonens vedtak? Vedtak etter phvl § 3-8 andre ledd... ..	178
Figur 93: Hvordan blir det underrettet om kommisjonens vedtak? Vedtak etter phvl § 3-8 tredje ledd ..	178
Figur 94: Hvordan blir det underrettet om kommisjonens vedtak? Vedtak i klagesaker etter phvl § 4-8 andre ledd bokstav a (mekaniske tvangsmidler).	179
Figur 95: Hvordan blir det underrettet om kommisjonens vedtak? Vedtak i klagesaker etter phvl § 4-8 andre ledd bokstav c (enkelstående bruk av korttidsvirkende legemidler).	179
Figur 96: Hvorvidt opplever du at kravet om en rask avgjørelse kan stå i strid med kravet til forsvarlig saksbehandling?.....	180
Figur 97: Blir barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling oppsøkt med samme frekvens som voksenpsykiatrien?	181

Figur 98: Vurderer du det å arbeide for redusert bruk av tvang innen psykisk helsevern som en oppgave for kommisjonen?	181
Figur 99: Har din holdning til dette spørsmålet endret seg i løpet av det siste året? (redusert bruk av tvang)	182
Figur 100: Anser du kommisjonen kompetent til å legge føringer for institusjonenes videre behandling i klagesak?	182
Figur 101: Anser du kommisjonen kompetent til å legge føringer for institusjonenes videre behandling i første tre måneders kontroll?	183
Figur 102: Anser du kommisjonen kompetent til å legge føringer for institusjonenes videre behandling i søknad om årsforlengelse?	183
Figur 103: Dersom kommisjonen oppdager et vedtak etter kapittel 4 som inneholder slike mangler at det må anses ugyldig: Anser du kommisjonen kompetent til å sette dette til side som ugyldig?	184
Figur 104: I hvilken grad opplever du at oppgavene og ansvaret til kontrollkommisjonen er klart nok definert i regelverket når det gjelder kommisjonen som klageinstans?	184
Figur 105: I hvilken grad opplever du at oppgavene og ansvaret til kontrollkommisjonen er klart nok definert i regelverket når det gjelder kommisjonens kontroll med tvangsvedtak?	185
Figur 106: I hvilken grad opplever du at oppgavene og ansvaret til kontrollkommisjonen er klart nok definert i regelverket når det gjelder kommisjonens rolle mht velferdskontroll?	185
Figur 107: I hvilken grad opplever du at ansvarfordelingen mellom kontrollkommisjonene og fylkesmannen er klart nok definert i regelverket?	186
Figur 108: I hvilken grad oppfatter du de administrative rammene rundt kontrollkommisjonene som tilfredsstillende?	187
Figur 109: I hvilken grad anser du den faglige oppfølgingen/støtten av kommisjonene fra Helsedirektoratet som tilfredsstillende?	188
Figur 110: Ta stilling til følgende påstander om behov for kompetanse i kontrollkommisjonene: Behov for spesialistkompetanse innen psykiatri?	188
Figur 111: Ta stilling til følgende påstander om behov for kompetanse i kontrollkommisjonene: Behov for dommererfaring?	189
Figur 112: Ser du behov for endringer i regelverket? Behov for endringer i psykisk helsevernlov?	189
Figur 113: Ser du behov for endringer i regelverket? Behov for nye forskrifter eller endring i gjeldende forskrifter?	190
Figur 114: I hvilken grad opplever du at kvaliteten til bidragene i klagesakene fra advokatene er tilfredsstillende?	190
Figur 115: I hvilken grad opplever du at kvaliteten til bidragene i vedtakssakene fra den faglige ansvarlige er tilfredsstillende. Saksforelegg i klagesaker?	191
Figur 116: I hvilken grad opplever du at kvaliteten til bidragene i vedtakssakene fra den faglige ansvarlige er tilfredsstillende. Redegjørelse første tre-måneders kontroll (§ 3-8 andre ledd)?	191
Figur 117: I hvilken grad opplever du at kvaliteten til bidragene i vedtakssakene fra den faglige ansvarlige er tilfredsstillende. Søknad om årsforlengelse?	192

Tabelliste

Tabell 1: Organisering for vedtaksgjennomgangen	7
Tabell 2: Svarprosent i spørreundersøkelsene	9

Om rapporten

Rapporten er omfattende og har samlet 8 kapitler. Kapittel 1 beskriver oppdrag og metode. Kapittel 2 inneholder en sammenfattende vurdering av de ulike kontrollorganene. Kapittel 3-5 omhandler vedtaksanalyse for henholdsvis phvl, pbrl og hol. Kapittel 6-8 inneholder utvalgte resultater fra spørreundersøkelsene.

Spørreskjemaene er vedlagt tilslutt (vedlegg).

1. Oppdrag og metode

I dette kapitlet beskriver vi oppdraget og de metoder som er brukt.

1.1 Oppdraget

Regjeringen oppnevnte i juni 2016 et lovutvalg som skal utrede behov for endringer i tvangslovgivningen i helse- og omsorgssektoren (Tvangslovutvalget).¹ De sentrale reglene om bruk av tvang i helse- og omsorgssektoren er samlet i fire regelsett; psykisk helsevernloven, pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4A (tvungen somatisk helsehjelp til blant annet demente), helse- og omsorgstjenestelovens kapittel 9 (tvang overfor psykisk utviklingshemmede) og kapittel 10 (tvangstiltak overfor rusmiddel-avhengige). Dette gjør reglene uoversiktlige for både pasienter og behandlere.

De nevnte regelsettene skal sikre forsvarlige tjenester til pasienter og brukere, og trekker grensen mellom lovlig og ulovlig tvang. Det er krav om at andre løsninger skal være prøvd før helse- og omsorgstjenesten vurderer bruk av tvang. Når det er nødvendig å bruke tvang, skal helse- og omsorgstjenesten ta beslutninger om tvangsbruk i tråd med loven. Internkontrollen skal sikre at tjenestene på området er i samsvar med gjeldende lover og forskrifter.

Formålet med dette evalueringsoppdraget er å undersøke og evaluere kvaliteten på tvangsvedtak. Oppdraget omfatter en undersøkelse og evaluering av kvaliteten på vedtak fattet av kontrollkommisjonene, fylkesmennene og fylkesnemndene. Evalueringen er avgrenset til vedtak fattet av de respektive klage- og overprøvingsinstansene. Oppdraget er todelt: En vedtaksanalyse og en spørreundersøkelse. Vedtaksanalysen har fokus på *kvaliteten i begrunnelsen* av vedtakene sett opp mot kravene i lov og andre rettsregler. Oppdraget omfatter ikke en materiell vurdering av om lovens vilkår for tvang er oppfylt i den enkelte sak. Spørreundersøkelsen har et videre fokus enn vedtakskvalitet (begrunnelsen i vedtakene) og vi har innhentet utfyllende informasjon om saksbehandlingen hos henholdsvis kontrollkommisjonene, fylkesmennene og fylkesnemndene.

Oppdragets tidsperiode er juli 2017 til 31. desember 2017.

Ved endringslov 10. februar 2017 nr. 6 ble det vedtatt en rekke endringer i psykisk helsevernlovens tvangsbestemmelser. Særlig viktige var endringer i phvl. kap. 3 og kap. 4. Disse endringene trådte i kraft 1. september 2017. Effekten av disse lovendringene avspeiles derfor ikke i den foreliggende undersøkelsen idet alle de undersøkte vedtakene er fattet i 2015 og 2016, dvs. før disse lovendringene ble vedtatt.

1.2 Vedtaksgjennomgang (juridisk analyse)

Selve arbeidet med vedtaksanalysen ble gjennomført i fire faser (for alle lover):

- Forarbeid (definere analysemal, rapportmal og utvalg)

¹ <https://www.regjeringen.no/no/dep/hod/org/styrer-rad-og-utvalg/tvangslovutvalget/id2504904/>

- Utvalg og innhenting av vedtak
- Vedtaksgjennomgang
- Rapportarbeid og kvalitetssikring.

1.2.1 Forarbeid

Evalueringen ble igangsatt tidlig i juli 2017. Det var en knapp tidsramme for å definere kravene til begrunnelse, forsvarlig saksbehandling og opplyst sak. Prosjektleder Tor Egil Viblemo og Aslak Syse hadde oppstartsmøte med HOD og en av sekretærene fra Tvangslovutvalget 28. juni. Faglige forståelse og utvalg og praktisk innhenting av vedtak ble diskutert.

Gjennom sommeren og august 2017, gjennomførte prosjektleder og det øvrige prosjektteamet omfattende dokumentstudier. Aslak Syse utformet forslag til vedtaksmaler i løpet av juli for psykisk helsevernlov og hol kap 9 og de andre prosjektmedlemmene gjorde tilsvarende for de vedtakstyper de hadde ansvar for. 22. august hadde Viblemo og Syse et nytt prosjektmøte med HOD og leder for Tvangslovutvalget og en av utvalgssekretærene. I forkant av møtet hadde Oxford Research sendt ut omfattende forslag til vedtaksmaler. Disse ble diskutert på møtet. På møtet ble også prinsipielle spørsmål diskutert. Vedtaksmaler og analyseopplegg ble justert i tråd med diskusjonen for å fange opp kravene som følger til begrunnelse etter alminnelig forvaltningsrett (fvl § 25).

1.2.2 Utvalg vedtak

Det viktige prinsipielle utgangspunktet for utvalget av vedtak, er at utvalget ble gjort så langt det var praktisk mulig etter en *tilfeldighetsmetode*. Vedtaksanalysen er først og fremst en kvalitativ, juridisk analyse av dokumenter. I kvalitative analyser er det sentrale dybde og mening og få en helhetsforståelse. Det finnes mange ulike måter å bestemme hvor stort utvalget skal være i kvalitative forskningsprosjekt, jf. Patton (2002)². I metodelitteraturen omtales ofte en utvalgsstrategi som innebærer å samle inn data til det oppnås *metning*, dvs. at datainnsamlingen pågår så lenge den gir forskeren ny informasjon. Samtidig trenger vi en viss mengde vedtak for å få variasjon og oppnå det som betegnes som metning i kvalitativ analyse. I analysen viste det seg at metningen av informasjon, gjerne ble oppnådd når 20 vedtak av samme vedtakstype ble gjennomgått. Vi gjennomgikk imidlertid samtlige av vedtakene som ble sendt inn.

I det følgende beskriver vi kort hvordan vedtakene ble trukket og hvordan den praktiske innhenting ble gjort. Vi kommenterer også kort frafall av vedtak når det gjelder vedtak innhentet fra kontrollkommisjonene.

Vedtak innhentet fra Statens Helsetilsyn (fylkesmennene)

Det ble sendt en bestilling til Statens Helsetilsyn på uttrekk av vedtak fra NESSTOR. Statens Helsetilsyn fant pr. 31. juli 2017 til sammen 3284 vedtak behandlet av landets fylkesmenn som oppfylte

² Patton, M.Q. (2002): Qualitative research and Evaluation Methods. Third Edition. Sage Publications, Inc

kriteriene i bestillingen. Statens helsetilsyn gjennomførte trekningen av vedtak og sendte bestillingsliste til de ulike fylkesmannsembetene og hadde kontakten og gjorde purringer overfor embetene.

Samlet etterspurte Statens Helsetilsyn 176 anonymiserte vedtak fra fylkesmennene, i tråd med bestillingen. Fylkesmennene stod for anonymisering av vedtakene i tråd med gjeldende taushetsregler. 20 av disse var vedtak registrert i klagesaker etter pbrl. Kap. 4A. 1 vedtak gjaldt en rettighetsklage. Statens helsetilsyn trakk helt *tilfeldig/maskinelt* ut 155 vedtaks/-saksreferanse fra NESTOR-basen. Det tilfeldige uttrekket gav en rimelig jevn relativ fordeling mellom embetene når det gjelder uttrukne vedtak. Alle embetene ble representert. I oversendelsesbrev av 6. september 2017³ til Oxford Research har Statens Helsetilsyn i detalj redegjort for uttrekk og fordeling av anonymiserte vedtak pr fylkesmanns-embete.

De anonymiserte vedtakene ble levert på krypterte minnepenner til Oxford Research og de aktuelle juridiske eksperter. Fordelt etter vedtakstyper har Oxford Research ved de juridiske eksperter gjennomgått følgende vedtak innhentet fra Statens Helsetilsyn:

Psykisk helsevernlov

Utvalget av saker fra 2016 innhentet av Statens Helsetilsyn består av følgende sakstilfang:

- 35 tilfeldig uttrukne vedtak i klagesaker etter psykisk helsevernloven § 4-4 (behandling uten eget samtykke).
- 10 tilfeldig uttrukne vedtak som gjelder tvangsernæring. Vi har altså gjennomgått totalt 45 vedtak i klagesaker etter psykisk helsevernloven § 4-4.

Pbrl. kap. 4A

Utvalget av saker fra 2016 etter pbrl. kap. 4A består av følgende sakstilfang:

- Alle 20 vedtak i klagesaker etter pbrl. § 4A-7, dvs. helsehjelp som pasienten motsetter seg
- 25 tilfeldig uttrukne vedtak der fylkesmannen av eget tiltak omgjør kommunens/spesialisthelsetjenestens vedtak jf. pbrl. § 4A-8 første ledd
- 25 tilfeldig uttrukne vedtak om innleggelse og tilbakehold i institusjon, enten fylkesmannen godkjenner dem eller ikke
- 30 tilfeldig uttrukne vedtak om bruk av legemidler som pasienten motsetter seg

Til sammen er 100 saker gjennomgått. Dette innebærer imidlertid ikke at Fylkesmannen har truffet et eget vedtak i alle sakene. Årsaken er at Fylkesmannen ikke har noen lovpålagt plikt til å treffe et nytt enkeltvedtak ved den innledende kontrollen etter pbrl. § 4A-8 første ledd. I flere saker foreligger det

³ Brev fra Statens Helsetilsyn til Oxford Research. 6. september 2017. «Anonymiserte tvangsvedtak i helse- og omsorgsektoren fra landets fylkesmenn»

derfor brev eller interne notater i stedet for et formelt vedtak fra Fylkesmannen. I noen saker foreligger kun underinstansens vedtak og eventuelt journalnotater.

Helse- og omsorgstjenestelovens kap. 9

Utvalget av saker fra 2016 innhentet av Statens Helsetilsyn etter hol. kap. 9 består av følgende sakstilfang:

- 15 tilfeldig trukne vedtak der fylkesmannen *godkjenner* kommunenes vedtak i saker der fylkesmannen overprøver vedtak, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 9-8
- 15 tilfeldig trukne vedtak der fylkesmannen *ikke godkjenner* kommunens vedtak i saker der fylkesmannen overprøver vedtak jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 9-8

Helse- og omsorgstjenestelovens kap. 10

Gjelder vedtak etter forskrift om rettigheter og tvang i rusinstitusjoner i tidsrommet 01.11.2016 til 30.06.2017. Utvalget av saker fra 2016 etter hol kap. 10 innhentet fra fylkesmennene består av følgende sakstilfang:

Ett vedtak som er registrert i NESTOR.

Utvalget av vedtak innhentet fra kontrollkommisjonene

Når det gjelder innhenting av vedtak fra kontrollkommisjonene vurderte Oxford Research det som ønskelig at vi som evaluører definerte utvalgskriterier, men at Helsedirektoratet gjennomførte den praktiske innhenting av vedtak fra kontrollkommisjonene. Helsedirektoratet opplyste imidlertid at de ikke hadde kapasitet til å gjennomføre den praktiske innhenting av vedtak. Helsedirektoratet sendte en felles mail til kontrollkommisjonene der det ble informert om evalueringen og innhenting av vedtak.

Oxford Research måtte dermed definere prinsippene for utvalget, men også gjennomføre selve utvalget og den praktiske innhenting av vedtak. For å kunne gjennomføre et randomisert utvalg av vedtak, måtte vi ha antall vedtak fordelt pr. kontrollkommisjon. Helsedirektoratet sendte oss en excelfil over vedtak i 2016 fordelt pr. kontrollkommisjon (for noen vedtakstyper 2015). På dette grunnlag gjennomførte vi et randomisert utvalg. Før vi gjennomførte trekkingen stratifiserte vi kommisjonene i to grupper basert på mengden vedtak. Dette gjorde vi for å garantere et visst antall vedtak fra kontrollkommisjoner med få vedtak, og dermed ikke få en for stor overvekt av kontrollkommisjonene med mange vedtak. Kontrollkommisjonene med flest vedtak under den aktuelle paragrafen ble plassert i én gruppe og kontrollkommisjonene med få vedtak i en annen gruppe. Avgrensningen mellom de to gruppen gikk ved halvparten av det totale antall vedtaket for hver paragraf. For §3-3 resulterte dette i at 11 av kontrollkommisjonene kom i første gruppe, og de resterende 38 kontrollkommisjonene kom i den andre gruppen. Begge gruppene inneholder omtrent like mange vedtak.

Alle vedtakene fikk tildelt et tilfeldig nummer mellom 0 og 1 ved bruk av en randomiseringskommando i statistikkverktøyet Stata 14. Stata genererer et tilfeldig tall basert på en valgt nøkkel, slik at trekkingen kan bli gjennomført igjen og gi samme resultat. Det tilfeldige tallet ble sortert i stigende rekkefølge for hvert stratum, og de første 17 vedtakene ble hentet fra den store gruppen, og det første 18 tiltakene fra gruppen med færre vedtak. Denne prosessen ble gjentatt for hver paragraf.

Det randomiserte utvalget gav oss en bestillingsliste med vedtak som vi ønsket anonymisert og sendt til oss fra den enkelte kontrollkommisjon. Oxford Research sendte ut en mail med angivelse av hvilke vedtak vi ønsket skulle bli anonymisert. Det ble utformet en individuell mail til hver enkelt kontrollkommisjon.

De anonymiserte vedtakene ble sendt til den vedtaksansvarlige Aslak Syse. Oxford Research stod for kontakt og oppklaringer vedrørende bestillingen med de enkelte kontrollkommisjoner. Grunnet betydelig frafall når det gjelder § 4-8 bokstav a), gjorde vi en tilleggsbestilling i oktober 2017.

Vedtak innhentet fra kontrollkommisjonene

Følgende vedtak er gjennomgått og inngår i sakstilfanget:

Vedtak fra 2016:

- 33 tilfeldig uttrukne vedtak i klagesaker samlet etter psykisk helsevernloven § 3-3 (*tvungen psykisk helsevern*) og psykisk helsevernloven § 3-7 (*opphevelse av tvungen observasjon eller tvungen psykisk helsevern*).
- 29 tilfeldig uttrukne vedtak etter psykisk helsevernloven § 3-8 andre ledd.
- 33 tilfeldig uttrukne vedtak etter psykisk helsevernloven § 3-8 tredje ledd.
- 36 tilfeldig uttrukne vedtak i klagesaker etter psykisk helsevernloven § 4-8 andre ledd bokstav a (mekaniske tvangsmidler).
- I 2016 var det kun 5 klagesaker etter phvl. § 4-8 andre ledd bokstav c (enkeltstående bruk av korttidsvirkende legemidler). 2 var realitetsvedtak. Det er gjennomgått 2 vedtak som gjelder phvl. § 4-8 andre ledd bokstav c (enkeltstående bruk av korttidsvirkende legemidler).

Vedtak fra 2015:

- 9 vedtak etter psykisk helsevernloven § 2-1 andre ledd og § 2-2 fjerde ledd andre punktum.

Når det gjelder innhenting av vedtak fra kontrollkommisjonene, har det vært noe frafall. For vedtak etter psykisk helsevernlov §§ 3-3, 3-8. 2. ledd og 3-8. 3. ledd. har vi fått et sakstilfang som vi samlet sett mener gir grunnlag for faglig forsvarlige analyser.

Vi gjorde en tilleggsbestilling for vedtak etter § 4-8 (2) bokstav a). Oxford Research innkalte etter tilfeldig uttrekning til sammen 35 vedtak fra kontrollkommisjonene etter phvl. 4-8 (2) bokstav a. Flere

kommisjoner fant ikke de etterspurte vedtakene eller det var andre grunner til frafall. Før tilleggsbestillingen hadde vi mottatt 13 vedtak. Gjennom tilleggsbestillingen som etterspurte alle vedtak etter § 4-8 a) i 2016 fra alle kontrollkommisjoner, fikk vi totalt 36 vedtak. I enkelte saker foreligger flere tett påfølgende vedtak, og da er dette vurdert som ett sammenhengende påklaget vedtak. I andre avgjørelser hadde kontrollkommisjonen i samme vedtak behandlet klager over to episoder av tvangsmiddelbruk som ligger klart fra hverandre i tid. Da er dette behandlet som to separate klagesaker

Fra kontrollkomisjonene har Oxford Research forsøkt å innhente alle sakene behandlet i 2015 etter psykisk helsevernloven § 2-1 andre ledd. Fordi innhentingen avdekket en rekke rapporteringssvikter som ble klarlagt ved mailveksling med aktuelle kontrollkomisjonene, endte materialet opp med sju saker som direkte gjelder vurderingstemaet etter § 2-1 (2). Disse er nummerert 1–7. I tillegg omtales en sak som gjelder ungdommens motstand mot medisiner, men ikke mot hospitalisering, og om et slikt tvistespørsmål kan prøves av kontrollkommisjonen (sak 8).

Det er også flere betydelige rapporteringsfeil når det gjelder vedtak etter psykisk helsevernloven § 3-7 (*opphør av tvungen observasjon eller tvungen psykisk helsevern*). Det er altså i realiteten færre vedtak etter phvl psykisk helsevernloven § 2-1 andre ledd og § 3-7, enn statistikken fra Helsedirektoratet viser.

Oxford Research vurderer at de avdekkete rapporteringsfeilene, avdekker systemsvakheter på et område hvor det er vesentlig at statistikkrapporteringen holder høy kvalitet og er riktig. Rapporteringsfeilene skyldes i det vesentlige tastefeil fra kontrollkommisjonsledere og/eller at tall fra et foregående år ikke er korrigert i det innsendte materialet. I ett tilfelle var det satt inn 8 istedenfor 0. Slike feil får vesentlig betydning for statistikken når den samlede populasjonen er ca. 30-40 vedtak. Det er videre en svakhet at det ikke er et unikt saks-ID for det enkelte vedtaket. Fraværet av en unik saks-ID som samles i et sentralt system, muliggjør rapporteringsfeil.

Utvalget av vedtak innhentet fra fylkesnemndene

Det ble sendt en bestilling til BLD/sentralenheten for fylkesnemndene. Oxford Research stod for den praktiske kontakten med Sentralenheten for fylkesnemndene. Sentralenheten for fylkesnemndene gjorde det praktiske uttrekket av vedtak og hadde ansvaret for å anonymisere vedtakene. Vedtakene ble trukket ut i tråd med tilfældighetsprinsippet, unntatt for de vedtakstyper der alle vedtak for 2015 eller 2016 ble dekket. Etter anonymisering av vedtakene ble disse sendt på epost til Oxford Research, som videreformidlet vedtakene til de aktuelle juridiske ekspertene for vedtaksanalyse.

Vedtak innhentet fra fylkesnemndene

Vedtak fra 2015 og 2016:

- Alle 12 vedtak i 2015 og 2016 etter helse- og omsorgstjenesteloven § 9-11 andre ledd (fylkesnemndenes vedtak i klagesaker på fylkesmennenes vedtak etter § 9-5 tredje ledd bokstav b og c)

Vedtak fra 2016:

- 10 tilfeldig uttrukne vedtak etter helse- og omsorgstjenesteloven § 10-2 første ledd (vedtak der fylkesnemnda er førsteinstans)
- 9 tilfeldig uttrukne vedtak etter helse- og omsorgstjenesteloven § 10-3 første ledd (vedtak der fylkesnemnda er førsteinstans)
- 7 vedtak etter hol. § 10-2 (4). Helse- og omsorgstjenesteloven (hol.) § 10-2 (4) regulerer adgangen til å treffe midlertidig vedtak – ofte benevnt «hastevedtak» eller «akuttvedtak» – overfor rusmiddelmisbrukere
- 6 vedtak etter Helse- og omsorgstjenesteloven (hol.) § 10-3 (5). Bestemmelsen regulerer adgangen til å treffe midlertidig vedtak (ofte benevnt «hastevedtak» eller «akuttvedtak») overfor rusmiddelmisbrukere.

1.2.3 Vedtaksgjennomgangen

Vedtakanalysen er blitt utført av juridiske fageksperter med særlig høy kompetanse. Ansvaret for vedtaksanalyse ble fordelt pr. lovområde. For hver lov med tilhørende vedtakstyper, har det også vært en kvalitetsikrer. Tabellen nedenfor viser organiseringen av vedtaksanalyse og ansvaret for kvalitetssikringen.

Tabell 1: Organisering for vedtaksgjennomgangen

Lov	Ansvar for selve vedtaks- gjennomgang	Kvalitetsikrer vedtaksgjen- nomgang
Psykisk helsevernloven (phvl)	Aslak Syse	Leif Oscar Olsen
Pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4A (pbrl)	Fredrik Ellingsen	Aslak Syse
Helse- og omsorgstjenestelovens kapittel 9 (hol)	Aslak Syse	Sunniva Bragdø-Ellenes
Helse- og omsorgstjenestelovens kapittel 10 (hol)	Leif Oscar Olsen	Aslak Syse
Prosjektleder Tor Egil Viblemo – administrativ ledelse, og kontaktpunkt mot oppdragsgiver.		
Kilde: Oxford Research		

I vurderingen av vedtak på skalaen 1-10, innebærer 1 og 2 at vedtaket ikke oppfyller lovens minstekrav til saksbehandling og/eller begrunnelse. Dersom vedtaket samlet sett er vurdert til 3, er kvaliteten i

saksbehandling og/eller begrunnelse vurdert å være i en gråsone når det gjelder lovkravene for den aktuelle vedtakstypen

I vurderingene av vedtakene er det lagt vekt på i hvilken grad partene har blitt informert og hørt. For de fleste vedtakstypene er dette et lovskrav, i alle fall at vedkommende tvangsvedtaket er rettet mot, har fått anledning til å uttale seg. For vedtakene i fylkesnemnda er også advokatenes rolle vurdert. Når det gjelder kravene til begrunnelse mv som følger av fvl. § 25 og spesiallovgivningen, er hvert enkelt vedtak vurdert opp mot de enkelte lovkravene som er analysert i på forhånd utarbeidede vedtaksmaler.

De juridiske ekspertene som har vært ansvarlige for vedtaksgjennomgang og kvalitetssikring, har betydelig erfaring med gjennomgang og evalueringer av dokumenter og vedtak. Flere av ekspertene har også lang erfaring med sensurering ved juridiske fakulteter og evner å foreta helhetsvurderinger.

Vurderingene er etterprøvd av kvalitetssikrer som har fått tilgang til grunnlagsmaterialet og har lest gjennom og kommentert rapporteringen. Kvalitetssikrer har også lest gjennom et utvalg av vedtakene, typisk 15-20 % av vedtakene for de enkelte vedtakstyper og har vurdert den foretatte evalueringen. Det har vært stor enighet i vurderingene når det gjelder kvaliteten i begrunnelsene i vedtakene.

1.2.4 Rapportering og kvalitetssikring

Det er blitt utarbeidet rapporter for hver enkelt vedtakstype. Rapportene er utarbeidet av den vedtaksansvarlige. Kvalitetssikrer har lest og kommentert rapportene og har samtidig hatt tilgang til grunnlagsmaterialet.

1.3 Spørreundersøkelser

Det er gjennomført tre spørreundersøkelser i denne evalueringen. Spørreundersøkelsene er utarbeidet av Oxford Research, og forelagt og kommentert av de juridiske ekspertene og Tvangslovutvalget.

Formålet med spørreundersøkelsene har vært å supplere vedtaksgjennomgangen. Noen av de sentrale temaene i spørreundersøkelsene har vært saksforberedelse, informasjon og kontakt, saksbehandling og vurderinger av arbeidsbelastning. I utgangspunktet tenkte vi å gjennomføre en felles spørreundersøkelse med noen særspørsmål. Videre har vi spurt om vurderinger av regelverket og hvordan kontrollorganene fungerer. Det viste seg imidlertid at spørsmålene i stor grad ble spesielle for det enkelte kontrollorgan. Arbeidet med spørreundersøkelsene ble dermed mer omfattende enn tiltenkt og spørsmålene er i mindre grad direkte sammenliknbare mellom de ulike kontrollorganene.

Oxford Research fikk en excel-liste med oppdatert epostadresser til alle fylkesnemndledere pr. oktober 2017. Vi sendte ut spørreundersøkelsen til alle disse. Når det gjelder kontrollkommisjonslederne, brukte vi liste over kontrollkommisjonslederne som er offentlig tilgjengelig på Helsedirektoratets hjemmesider. Vi ekskluderte Bjørn Henning Østenstad fra spørreundersøkelsene grunnet hans oppdrag som leder for Tvangslovutvalget. Når det gjelder relevante saksbehandlere hos fylkesmennene, innhentet vi gjennom en henvendelse til fylkesmennene navn og epostadressene for de relevante saksbehandlere. Vi fikk svar fra samtlige fylkesmannsembeter. Spørreundersøkelsene ble sendt ut i slutten av oktober. Det ble gjennomført to purringer.

For gjennomføring av spørreskjemaundersøkelsene benyttet Oxford Research verktøyet Enalyzer, som er et system for datainnsamling, prosessering og rapportering. Verktøyet støtter hele prosessen fra oppsett av spørreskjema til rapportering

Tabellen nedenfor gir informasjon om gjennomføringen av spørreundersøkelser og svarprosent.

Tabell 2: Svarprosent i spørreundersøkelsene

Spørreundersøkelse	Antall mottatte svar (fullstendige)	Antall utsendte invitasjoner	Svarprosent
Fylkesnemndene	46	77	59,7 %
Fylkesmannen	55	68	80,8 %
Kontrollkommisjonene	33	50	66 %
Kilde: Oxford Research AS			

For alle spørreundersøkelsene er svarprosenten høy (vi har kun regnet med de besvarelser som har besvart alle kategorispørsmålene). Vi ser at svarprosenten er høyest for fylkesmennene med hele 81 %. Det er ikke overraskende siden saksbehandlerne som skulle svare på spørreundersøkelsen på forhånd ble plukket ut av de enkelte fylkesmannsembetene. Svarprosenten for fylkesnemndlederene og kontrollkommisjonslederene er noenlunde lik, med henholdsvis 59,7 % og 66 %). Oxford Research ser av grunnlagsdataene at noen av fylkesnemndlederene og kontrollkommisjonslederene eksplisitt har svart at de ikke ønsker å besvare spørreundersøkelsen. Vi vet ikke årsaken til det.

2. Sammenfattende vurderinger av kontrollorganene

I dette kapitlet gir vi en sammenfattende vurdering med fokus på kvaliteten i tvangsvedtak fra de ulike kontrollorganene. Kapitlet er strukturt i følgende underkapitler:

- Kontrollkommisjonene
- Fylkesnemndene
- Fylkesmannen

2.1 Kontrollkommisjonene

2.1.1 Innledning og lovgrunnlag

Ordningen med kontrollkommisjoner ble innført i 1848-loven og videreført i 1961-loven. Med visse endringer ble ordningen videreført i den nåværende psykisk helsevernloven (phvl.) fra 1999. Reglene om kommisjonenes virksomhet er samlet i phvl. kap. 6 og psykisk helsevernloven kap. 7. Alle kommisjonens oppgaver ligger innenfor psykisk helsevernloven idet den ikke er tillagt oppgaver med hjemmel i annen lovgivning.

Per november 2017 er det 54 kontrollkommisjoner i Norge med ansvaret for et bestemt geografisk område, med sine institusjoner. I tillegg finnes det et fåtall personer som har opphold i psykisk helsevern gjennom kontraktsinngåelse for privat forpleining. Også tilbudet til disse pasientene skal kontrolleres ved stedlige besøk. De fleste kommisjoners virksomhet er stort sett knyttet til ett sykehus eller enkelte mindre institusjoner som mottar pasienter etter psykisk helsevernloven. Større institusjoner kan ha flere kontrollkommisjoner med definert ansvar for én eller flere avdelinger ved institusjonen. Reglene om sammensetning og oppnevning av kommisjonene framgår av phvl. § 6-2.

Kontrollkommisjonene har flere oppgaver. Den viktigste oppgaven er at de skal behandle klager saker fra pasienter underlagt psykisk helsevern, og i tillegg er de gitt selvstendige kontrolloppgaver vedrørende etablering og opprettholdelse av *tvungent* psykisk helsevern der det ikke foreligger pasientklager. Kontrollkommisjonens såkalte velferdskontroll omtales ikke i det videre.

Paulsrud-utvalget foreslo i NOU 2011: 9 at kontrollkommisjonene burde nedlegges og kompetansen i klagesaker overlates til Fylkesnemndene. Forslagene var ikke detaljert utarbeidet og er heller ikke fulgt opp politisk. Fylkesnemndene på sin side ble foreslått opphevet i NOU 2017: 8 *Særdomstoler på nye områder?*

Uansett er kontrollkommisjonene gjennom lovendringer i 1999, 2006, 2012 og 2017 blitt pålagt stadig nye oppgaver. I tillegg innebærer det stadig mer detaljerte regelverket for vedtaksfattig som skal skje ved etablering og opprettholdelse av tvungent psykisk helsevern, nye utfordringer for klageinstansen.

2.1.2 Resultater

Det er utformet rapporter for hvert av de aktuelle delprosjektene. For detaljer vises til disse.

Kort oppsummert legger kommisjonene stort arbeid i det lille antallet «klager» fra mindreårige (under 16 år) som ikke ønsker sykehusinnleggelse på grunnlag av foreldresamtykke. Her holder alle vurderinger (som alle godkjenner et fortsatt sykehusopphold) en svært høy kvalitet. Samtlige saker fra 2015 og enkelte 2016-saker er vurdert

En av de opprinnelige kjerneoppgavene til kommisjonene – å være klageorgan for pasienter som ikke ønsker å være underlagt tvungen psykisk helsevern – behandles etter særlige regler som sikrer kontrast, se phvl. § 6-4. I sakene etter phvl. § 3-3 og § 3-7 er hele 85 % av vedtakene vurdert til å holde et kvalitativt høyt nivå. De resterende vedtakene er også vurdert til å ligge godt over et minstemål som må stilles til saksbehandling og vedtaksutforming. Fire av 33 pasienter vant fram ved klagesaksbehandlingen.

En annen kjerneoppgave har vært å behandle pasientklager over bruk av tvangsmidler. Bruk av tvangsmidler kan være svært inngripende, her kan nevnes beltelegging med fiksering av ben og armer og som kan ha en viss varighet. De fleste av disse klagenes behandles også med pasient, advokat og faglig ansvarlig til stede, selv om dette ikke er en lovfestet plikt. Her er det også en gjennomgående høy kvalitet over vedtakene, men ikke like høy som for sakene nevnt over. Et par av de dårligst vurderte vedtakene ble fattet etter kun dokumentgjennomgang, men også flere av disse vedtakene holdt et høyt nivå. Av 36 påklagede vedtak ble seks pasienter/pårørende gitt fullt medhold i klagen, mens sju pasienter/pårørende ble gitt delvis medhold i klagen

Av de nyere oppgavene etter 1999-loven skal kommisjonens samtykke til forlengelse av tvungen psykisk helsevern med inntil ett år etter phvl. § 3-8 (3). En samlet kommisjon skal fatte disse vedtakene, men det trenger ikke skje i møte. Her ble fem av vedtakene funnet å ikke tilfredsstille minimumskrav til denne typen vedtak, mens de resterende 28 vedtak (85 %) ble funnet å ha alminnelig god kvalitet. Kommisjonen skal videre kontrollere om pasienten har fått utarbeidet individuell plan. Ikke i ett vedtak var dette et tema. Kommisjonens vurderinger og avgjørelse førte til at det i to saker ble gitt en mindre forlengelse enn inntil ett år. Ingen pasienter ble utskrevet. De pasientene som uttrykte motstand mot fortsatt tvungen psykisk helsevern, fikk sakene behandlet som ordinære klagesaker med mer betryggende saksbehandling.

Av de nyere oppgavene etter 1999-loven skal kommisjonens videre gjennomførte den såkalte tremånederskontroll av om vilkårene for tvungen psykisk helsevern fortsatt foreligger selv om pasienten ikke har påklaget vedtaket, se phvl. § 3-8 (2). Fra 2012 skal hele kommisjonen delta i saksbehandlingen. Her gir analysen grunn til bekymring. Hele 12 av 29 vedtak er vurdert til ikke å holde et kvalitativt minstemål. Fire vedtak ligger i et midtsjikt, mens bare 13 vedtak (45 %) ble funnet å ha alminnelig god kvalitet. Ingen pasienter ble utskrevet.

Standardformuleringer er sjekket når det gjelder vedtak fra kontrollkommisjonene. Noen ganger svekker bruk av standardformuleringer kvaliteten i begrunnelsene i de undersøkte vedtakene, mens andre ganger blir ikke kvaliteten svekket av at det til grunn for vedtaksfattingen ligger standardformuleringer.

Standardformuleringer og bevisvurderinger i kontrollkommisjonenes vedtak er også blitt vurdert av kvalitetssikrer (Leif Oscar Olsen). Bevisvurderinger er også vurdert i kontrollkommisjonenes vedtak. Imidlertid er det viktig å bemerke at vedtakene fra kontrollkommisjonene og vedtak fra fylkesnemndene ikke er sammenliknbare når det gjelder kravet til bevisvurderinger. Analyse og vurderinger av bevisvurderinger er mer tilgjengelig utfra vedtakene fra fylkesnemndene enn kontrollkommisjonenes vedtak. Vedtakene fra fylkesnemnda skal begrunnes som dommer.

2.1.3 Oppsummerende vurderinger

De klassiske oppgavene til kontrollkommisjonene ivaretas på en tilfredsstillende måte. Kontrollkommisjonene synes stort sett å fungere godt; saksbehandlingen synes betryggende og vedtakene er utført i samsvar med regelverket. Det er lagt vekt på kontradiktorisk saksbehandling og at pasientenes stemme og motstand mot tvangsinngrep tydeliggjøres.

Det ble protokollert dissens i bare ett vedtak. Det gjaldt et ønske om utskrivning etter § 3-7, men pasientens klage ble med 3-1 stemme ikke tatt til følge. I en sak etter § 2-1 hadde lederen avvikende synspunkter fra flertallet, men her ble det ikke fattet vedtak. Resten av vedtakene var enstemmige.

Nye kontrolloppgaver som tillegges kommisjonene, ivaretas ikke på en tilsvarende god måte som ved den tradisjonelle klagesaksbehandlingen. Analysen avdekker også at det at flere personer skal delta i kontrolloppgaver, ikke nødvendigvis fører til skjerpet kontroll.

2.2 Fylkesnemndene

2.2.1 Innledning og lovgrunnlag

Det finnes 12 fylkesnemnder i landet. Fylkesnemndene (FN) startet sin virksomhet i 1993 med forankring i lov om sosiale tjenester. Siden desember 2006 er nemndenes virksomhet regulert i kapittel 7 barnevernloven fra 1992 (bvl.). Saker etter barneloven er FNs viktigste portefølje. FNs kompetanse omfatter videre adgangen til å treffe tvangsvedtak etter helse- og omsorgstjenesteloven (hol.) kapittel 10 (rusmisbrukere). Fylkesnemnda er også klageinstans for tvangsvedtak truffet etter hol. kapittel 9 (psykisk utviklingshemmede). Nærværende prosjekt omfatter disse to siste saksområdene. I tillegg har fylkesnemndene også enkelte oppgaver etter smittevernloven.

Reglene om Fylkesnemndenes sammensetning, habilitet, saksbehandlingsregler mv. er fastsatt i bvl. kap. 7. Disse reglene er felles for alle sakene fylkesnemnda behandler.

Hol. kap. 10 regulerer adgangen til å beslutte tvangsinnleggelse og tilbakeholdelse av rusmisbrukere i institusjon (hol. §§ 10-2 og 10-3). Begge disse bestemmelsene har også en egen regel som gir den kommunale rusomsorgen adgang til å treffe såkalte «akuttvedtak» dersom «de interesser bestemmelsen skal ivareta kan bli *vesentlig skadelidende* dersom vedtak ikke treffes og gjennomføres straks» (hol. § 10-2 (4) og § 10-3 (5)).

I tillegg er fylkesnemndene klageinstans for tvangsvedtak fattet etter hol. kapittel 9. Fylkesnemnda skal som klageorgan prøve alle sider av saken, se hol. § 9-11 (2) i.f. Dette er vedtak som er fattet av kommunen og som er godkjent av Fylkesmannen. Av den grunn kan ikke fylkesmannen være klageinstans.

Selv om Fylkesnemndene reelt sett er forvaltningsorganer, skal avgjørelsene som treffes begrunnes som dommer, og ikke i tråd med reglene i fvl. § 25, se barnevernloven § 7-19 (3), jf. hol. § 9-11 (3) og §10-5, som henviser til tvisteloven (tvL) § 19-6. Av den bestemmelse følger det at begrunnelsen – dvs. vedtakene – skal omfatte «a) framstilling av saken, b) partenes påstander med påstandsgrunnlag, og c) rettens vurdering».

Det er utarbeidet særlig rapporter om fylkesnemndas klagesaksbehandling etter hol. kap. 9 og for hver av de fire sakstypene som behandles etter hol. kap 10

Oxford Research innkalte etter tilfeldig uttrekning 32 vedtak etter hol. kap. 10; 19 var «ordinære» saker etter hol. §§ 10-2 (ti vedtak) og 10-3 (9 vedtak), og 13 akuttvedtak fordelt med syv etter hol. § 10-2 (4) og seks etter hol. § 10-3 (5).

Kommunen fikk medhold i alle saker bortsett fra to; én etter hol. § 10-2 og én etter hol. § 10-3 (5).

Av de 19 ordinære tvangssakene var det før saken ble behandlet i nemnda truffet akuttvedtak i hele 16 av disse. Ti av disse 19 sakene ble etter samtykke fra kommunen og privat part behandlet «forenklet» av nemndsleder alene, og uten at det ble avholdt forhandlingsmøte.

Fylkesnemndenes vedtak er alle bygd opp etter samme formelle form i tråd med regelverket; framstilling av saken, partenes påstander med påstandsgrunnlag, og fylkesnemndas vurderinger med redegjørelse for jussen og bevisvurderinger.

Det er ingen gjennomgående forskjell på ordinære vedtak og akuttvedtak når det gjelder øvrige forhold, selv om forarbeidene indikerer kortere vedtak i klagesaker over akuttvedtak, enn i ordinære vedtak etter hol. §§ 10-2 og 10-3. Lengden på vedtakene varierte fra tre til åtte sider, med det store flertall i intervallet fire til seks sider. Vedtakene lengde var også uavhengig av om saken ble avgjort etter forhandlingsmøte eller forenklet av nemndsleder.

Ordinære vedtak skal treffes etter innen fire uker fra saken kommer inn til fylkesnemnda, jf. bvl. § 7-14 (1). Av de 19 ordinære vedtakene etter hol. §§ 10-2 og 10-3 ble bare to vedtak truffet etter fristen; henholdsvis etter 34 og 43 dager. Akuttvedtak skal treffes senest én uke etter at klagen er mottatt, jf. bvl. § 4-23 (3). Alle de 13 akuttvedtakene ble truffet innen denne fristen.

Når det gjelder klagesakene etter hol. kap. 9, ble det innhentet samtlige klagesaker som ble behandlet i årene 2015 og 2016. Til sammen utgjør dette 12 saker. To av sakene syntes å kunne gjelde samme person.

I alle saker etter hol. kap. 9 og 10 oppnevnes advokat for privat part på det offentlige bekostning. Dette er en helt sentral rettsikkerhetsgaranti. At advokat oppnevnes innebærer også at vedtaket i saken

sendes advokaten. Det vil si at den private parts er gitt juridisk assistanse også for å gjennomgå vedtaket.

Ordinære saker etter hol. kapittel 10 behandles i nemndsmøte med jurist og et sakkyndig medlem med sosial-, psykolog- eller annen helsefaglig erfaring. Det vil si at nemnda alltid har både juridisk og helse-/sosialfaglig kompetanse.

I sakene etter hol. kapittel 9 ble fire saker som reiste prosessuelle spørsmål behandlet av fylkesnemndsleder alene, og bevisvurderingen knyttet seg mest til relasjonære forhold mellom klager og aktuell bruker for å vurdere om vedkommende var klageberettiget eller ikke. De åtte øvrige sakene ble behandlet av full fylkesnemnd som tok stilling til spørsmålet om fylkesmannens etterprøving av tvangsvedtak skulle godkjennes, endres eller oppheves. I fylkesnemnda var det i seks av sakene psykologspesialist som fagkyndig, i to av sakene vernepleier. Alle klagen kom fra private parter. Kommunen kan bringe inn en eventuell ikke-godkjenning fra fylkesmannen til klagesaksbehandling, men ingen slike saker ble behandlet i 2015 og 2016.

2.2.2 Resultater

Når det gjelder fylkesnemndenes vedtak i rus-sakene etter hol. kap. 10, kan disse innholdsmessig oppsummeres slik:

Faktum: Dette er gjennomgående forsvarlig presentert. Men det er en til dels betydelig forskjell på hvorvidt fylkesnemndene oppgir kilder for de opplysningene som fremgår av vedtaket. I liten grad henvises direkte til dokumenter eller konkrete navngitte vitner. Hvilke dokumenter som er fremlagt i saken, fremkommer også sjelden.

Partenes anførsler: Kommunens anførsler er i hovedsak godt gjengitt. Når det gjelder gjengivelsen av anførselene fra privat part, er dette mer varierende. Disse kunnenok gjennomgående vært klarer presentert med hensyn til hvilket faktum som bestrides, og hvilke vilkår som anses oppfylt eller bestridt.

Rettsanvendelsen: I de ordinære § 10-2 og 10-3 benytter fylkesnemndene i 15 av 19 saker steg av en lik «standardformulering». I liten grad vises det til andre rettskilder enn selve lovteksten. Det er påfallende at i akuttsakene er det tilsvarende liten grad av standardisering. Dette til tross for at de forannevnte standardvilkår også må være oppfylt i akuttsakene, og samme formulering kunne derfor vært gjengitt også i disse sakene. I akuttsakene er det forøvrig også gjennomgående svært lite kommentarer til hva som rettslig sett ligger i selve «akuttvurderingen» om denne i det hele tatt kommenteres.

Selv om fremstillingen av jussen er noe sparsom, blir likevel gjennomgående alle vilkår vurdert. Det kan synes som om det ikke er noen – iallfall nødvendig – sammenheng mellom presentasjonen av jussen og hvilke vurderinger som faktisk foretas.

Bevisvurderingen: De fleste vedtak redegjør greit for hvilket faktum som legges til grunn. Imidlertid er det lite «egentlig» bevisvurdering. Det er relativt sparsomt med henvisning til kilder (vitner eller dokumenter). I de sakene hvor det er enighet mellom partene og sakene behandles forenklet, er dette

kanskje ikke så spesielt. Fylkesnemnda har likevel også i disse sakene et selvstendig ansvar for å forvisse seg om at vilkårene er oppfylt.

Samlet sett fremstår fylkesnemndenes vedtak i rus-sakene som forsvarlige. Når de 32 fylkesnemndsvedtakene etter hol. kapittel 10 vurderes etter følgende norm: «*Synes saksbehandling, vurderinger og konklusjon overbevisende ut fra et krav til forsvarlig saksbehandling? – Svaret på denne bedømmingen, i Oxfords evaluering, skal gis på en skala fra 1 til 10, der 1 er svært dårlig og 10 svært bra*»; er hele 24 av 32 vedtak (75 %) gitt score i intervallet 7-10, og bare to vedtak har så lav score som 4.

Også for klagesakene etter hol. kapittel 9 er hovedfunnet at fylkesnemndene gjør en grundig vurdering av så vel regelverket som den faktiske situasjonen som den aktuelle brukeren befinner seg i. I nær sagt alle sakene vurderer FN situasjonen slik at de godkjente tvangstiltakene kan videreføres ved at Fylkesmannens vedtak opprettholdes. I én sak rettes kritikk mot Fylkesmannen for manglende oppfølging av et tiltak der tilsynsbesøk fra FM har hadde avdekket at kommunen ikke forholdt seg til egne vedtak. Like fullt fant FN også i den saken at det «imidlertid [er] lite tvilsomt at tiltakene er nødvendige for å hindre eller begrense vesentlig skade. Etter fylkesnemndas syn vil det dermed være uforsvarlig å oppheve vedtaket delvis for disse tiltakene.» For disse tvangstiltakene stadfester fylkesnemnda vedtaket i en periode på fem måneder, slik at kommunen v/tjenesteyter i samarbeid med de pårørende får tid til å gjøre nødvendige forebyggende/alternative tiltak.»

Kvaliteten på FNs vedtak i klagesakene etter hol. kap. 9 ble pga. lite antall ikke vurdert opp mot skalaen fra 1-10, men samtlige åtte materielle vedtak ville få en score mellom 7–10. Alvorligheten i de tvangsmessige inngrepene sikrer en forsvarlig saksbehandling, og det foreligger utfyllende dokumentasjon fra både kommunens opprinnelige vedtak og Fylkesmannens godkjenning. For de prosessuelle avgjørelsene synes en slik rangering irrelevant idet bare det aktuelle tvistespoersmålet ble nærmere vurdert og tatt stilling til.

2.2.3 Oppsummerende vurderinger

Samlet sett synes fylkesnemndene i saker etter både hol. kapittel 9 og kapittel 10 å fungere tilfredsstillende som vedtaks- og klageorgan. I noen grad savnes nok en noe bedre gjengivelse av jussen, og avklaring av tolkningstvil. Videre savnes nok også en noe bedre henvisning til kilder for det faktum som legges til grunn, og også en noe bedre samlet «helhetsvurdering» av vedtakenes forholdsmessighet og rimelighet både når det gjelder kapittel 9 og kapittel 10 sakene.

På den annen side er privat part i alle sakene etter helse -og omsorgstjenesteloven kapittel 9 og 10 representert ved advokat. Vedtakene sendes alltid til advokaten. Det innebærer at private parter i disse sakene alltid har profesjonell hjelp til gjennomgang av vedtakene. Det er normalt ikke tilfelle i forvaltningssaker.

2.3 Fylkesmannen

2.3.1 Innledning og lovgrunnlag

Fylkesmannen er statens representant i fylket og har ansvar for å følge opp vedtak, mål og retningslinjer fra Stortinget og Regjeringen. Fylkesmannen er dessuten et viktig bindeledd mellom kommunene og sentrale myndigheter.

Fylkesmannen kontrollerer kommunenes virksomhet og er klageinstans for mange kommunale vedtak. Fylkesmannsembetene har i den forbindelse flere lovpålagte tilsyns- og kontrolloppgaver innen helse- og omsorgsfeltet. Fylkesmannen er blant annet klage- og kontrollinstans for tvangsbehandlingsvedtak (legemidler og ernæring) etter phvl. § 4-4, vedtak som omhandler tvang og makt overfor personer med psykisk utviklingshemning etter hol. § 9-5 og tvungen somatisk helsehjelp overfor personer uten samtykkekompetanse etter pbrl. § 4A-7.

2.3.2 Om oppdraget

Av de mange oppgavene som er tillagt Fylkesmannen, ble det i oppdraget til Oxford Research bedt om en kvalitetskontroll med særlig vekt på Fylkesmannens saksbehandling og vedtaksfetting innenfor de ovennevnte lovbestemmelser. Nærmere bestemt ble det fastlagt en gjennomgang av følgende saksutvalg:

30 vedtak etter hol. § 9-5, bestående av et tilfeldig utvalg på 15 saker der Fylkesmannen *ikke* har godkjent et kommunalt tvangsvedtak med ett eller flere tiltak som faller inn under hol. § 9-5 (3) bokstav b og/eller c, samt 15 vedtak der Fylkesmannen har godkjent et slikt tvangstiltak.

45 vedtak etter phvl. § 4-4, hvorav 10 vedtak om tvungen ernæring og 35 vedtak vedrørende tvangsmedisinering.

100 vedtak etter pbrl. kap. 4A, herunder samtlige 20 vedtak i klagesaker etter pbrl. § 4A-7, 25 tilfeldig uttrukne vedtak der fylkesmannen av eget tiltak omgjør kommunens/spesialisthelsetjenestens vedtak jf. pbrl. § 4A-8 første ledd, 25 tilfeldig uttrukne vedtak om innleggelse og tilbakehold i institusjon, enten fylkesmannen godkjenner dem eller ikke, og 30 tilfeldig uttrukne vedtak om bruk av legemidler som pasienten motsetter seg

I det følgende vil det gis en sammenfattende vurdering av Fylkesmannens klagesaksbehandling og øvrige kontrolloppgaver innenfor de nevnte rettsområder.

2.3.3 Resultater

Det er utformet rapporter for hvert av de aktuelle delprosjektene. For detaljer vises til disse.

Undersøkelsen av Fylkesmannens vedtak etter hol. § 9-5 har vist at samtlige vedtak om avslag eller *ikke-godkjenning* er grundige, tar opp lovgrunnlag, understreker forebyggingsaspekter og gir konkrete råd til kommunen, eller oppstiller vilkår som må oppfylles i samband med nytt vedtak. De er derfor

alle gitt en vurdering til 9 eller 10. De framstår alle som tilnærmet eksemplariske der Fylkesmannen nøye går gjennom lovgrunnlaget og foretar vurderinger av det enkelte tiltaket opp mot lovens ulike vilkår.

Når det gjelder de 15 vedtakene etter hol. § 9-5 som *godkjennes* av Fylkesmannen framstår ni som tilnærmet eksemplariske der Fylkesmannen nøye går gjennom lovgrunnlaget og foretar vurderinger av det enkelte tiltaket opp mot lovens ulike vilkår. Dette gjelder blant annet vedtak med noen av de mest inngripende tiltakene. De vedtakene som ikke framstår like eksemplariske, er snauere i form og ikke minst vurderingsmessig innhold i relasjon til regelverket. Det går for eksempel ikke alltid fram at bruker har en sikker diagnostisert utviklingshemning, eller at mindre inngripende tiltak har vært prøvd ut, eller at det er foretatt selvstendige vurderinger hos Fylkesmannen av hvorvidt de godkjente tiltakene er faglig og etisk forsvarlige.

De ti klagesakene etter phvl. § 4-4 som vedrører *tvangsernæring* synes tilstrekkelig opplyst hva gjelder pasientens situasjon, ikke minst foreligger det en konkret redegjørelse av pasientens subjektive vurdering av den foreliggende situasjonen sammenholdt med faglig ansvarliges vurdering. Noen av avgjørelsene bærer imidlertid et visst preg av rent faglige vurderinger der leger ved Fylkesmannsembetene (ass fylkeslege/fylkeslege) finner at tvangsernæring framstår som en «riktig avgjørelse» i en kritisk situasjon for pasienten. Det legges ikke tilsvarende vekt på at avgjørelsen blir utformet ut fra forvaltningslovens krav til begrunnelse og at faglig ansvarlig selv skal ha foretatt helhetlige vurderinger forut for tvangsvedtaket. Disse svakhetene ved vurderingen av det rettslige grunnlaget for avgjørelsene fører til at flere vedtak ikke oppfattes å ha tilstrekkelig kvalitet ved innholdsanalysen.

Når det gjelder vedtakene om *tvangsmedisinering* etter phvl. § 4-4 holder storparten av vedtakene en høy kvalitet ved at det både redegjøres for regelverk, for den faktiske situasjon, og at det i en viss utstrekning foretas vurderinger av vilkårene for tvangsmedisinering og en helhetlig avveining av om tvangsvedtaket skal opprettholdes eller ikke. Klagesakene synes tilstrekkelig opplyst, ikke minst foreligger det i nær alle saker en konkret redegjørelse av pasientens subjektive vurdering av den foreliggende situasjonen. I åtte saker framstår imidlertid Fylkesmannens avgjørelse som «uryddig» ved at det rettslige grunnlaget for vedtak om tvangsmedisinering ikke er klargjort i avgjørelsene. Slike vedtak oppfattes ikke å ha tilstrekkelig kvalitet. Dette kan også føre til at det ikke blir tilstrekkelig bredde over helhetsvurderinger av om tvangsmedisinering virkelig framstår som eneste mulige tilnærming ved behandlingen av den konkrete pasienten.

Kvaliteten i begrunnelsene for vedtak etter pbrl. kap. 4A synes i all hovedsak å være god. De fleste vedtak er basert på en grundig saksbehandling hvor også begrunnelsen klart overstiger lovens minstekrav på samtlige punkter. Disse vedtakene ligger i intervallet 7-8 og 9-10 på skalaen. Et fåtall vedtak innehar imidlertid summariske begrunnelser og plasseres i intervallet 3-4.

Det kan ikke utledes noen særskilte funn hva gjelder kvaliteten i saksbehandlingen og begrunnelse for vedtakene som er påklaget til Fylkesmannen. Dette fremstår kanskje noe overraskende fordi ved klagesaker er det tydeliggjort at det foreligger motforestillinger hos pasienten eller pårørende mot det aktuelle tiltaket. Dette kunne ført til en bredere tilnærming til de vurderingspregede vilkårene. Heller ingen klare funn kan utledes fra vedtakskategoriene som gjelder innleggelse/tilbakeholdelse i helseinstitusjon og bruk av reseptbelagte legemidler.

2.3.4 Oppsummerende vurderinger

Samlet sett fremstår saksbehandlingen av de undersøkte vedtakene etter helse- og omsorgstjenesteloven, psykisk helsevernloven og pasient- og brukerrettighetsloven i all hovedsak tilfredsstillende. De fleste vedtakene er tilstrekkelig opplyst før ny avgjørelse treffes og har en begrunnelse som oppfyller lovens krav med god margin.

Et mindretall av vedtakene anses like fullt som mangelfulle ved at det rettslige grunnlaget for tvang ikke er klargjort i avgjørelsene eller at begrunnelsen som sådan fremstår summarisk. Selv om disse vedtakene er i et klart mindretall, har Fylkesmannen likevel et forbedringspotensial på disse punktene. Inngripende vedtak krever en grundig saksbehandling og en utforming i tråd med forvaltningslovens krav til begrunnelse. Oxford Research mener derfor det bør vurderes tiltak for å sikre en mer enhetlig praksis i tråd med regelverket.

3. Psykisk helsevernlov

I dette kapitlet redegjør vi for resultater og vurderinger for vedtak som er gjennomgått etter psykisk helsevernlov. Kapitlet er strukturert i 7 underkapitler:

- Fylkesmannen - tvangsmedisinering, phvl. § 4-4
- Fylkesmannen – tvangsernæring, phvl. § 4-4
- Kontrollkommisjonen - etablering og opprettholdelse av tvungent psykisk helsevern, phvl § 3-3/§ 3-7
- Kontrollkommisjonen - prøving tre måneder etter etablering av tvungent psykisk helsevern, jf. phvl. § 3-8 andre ledd
- Kontrollkommisjonen – forlengelse av tvungent psykisk helsevern, phvl. § 3-8 tredje ledd.
- Kontrollkommisjonene - overprøving av innleggelser av mindreårige, phvl § 2-1
- Kontrollkommisjonen – tvangsmiddelbruk etter phvl. § 4-8

3.1 Fylkesmannen - tvangsmedisinering (phvl. § 4-4)

3.1.1 Lovgrunnlag og utvalg

Det er lagt til grunn for gjeldende norsk lovverk om tvangspsykiatri at moderne psykofarmaka kan ha en gunstig effekt ved behandling av personer med alvorlige sinnslidelser. Det er derfor i psykisk helsevernloven (phvl.) § 4-4 (2) bokstav a åpnet for at faglig ansvarlig kan fatte vedtak om tvangsmedisinering overfor pasienter som er underlagt tvungent psykisk helsevern, se phvl. § 4-4 (1).

Gjennom de siste ti-årene har det blitt en økende skepsis blant pasienter og fagfolk til legitimiteten av tvangsmedisineringen med psykofarmaka. Dette har ført til viktige lovendringer som trådte i kraft 1. september 2017.

Høyesterett har i flere nylig avsagte dommer vurdert tvangsmedisinering i relasjon til når en eventuell forverring skal finne sted ved opphør av medikasjonen, se Rt. 2014 s. 801 (meget nær framtid 1) og HR-2016-01286-A (meget nær framtid 2).

Ellers er spørsmålet om legitimiteten av tvangsmedisinering behandlet i flere artikler gjennom 2016, se for eksempel Peter Christian Gøtzsche og Ketil Lund: «Tvangsmedisinering må forbys», *Kritisk Juss* 2016 s. 118–147 (nr. 2/2016); Arnfinn Bårdsen: «Høyesteretts praksis på psykiatrifeltet», *Kritisk Juss* 2016 s. 238-262 (nr. 3/2016), og Aslak Syse: «Tvungent psykisk helsevern – enkelte kommentarer», *Kritisk Juss* 2016 s. 278–300 (nr. 4/2016).

Det var først ved en forskrift til 1961-loven at det ble gitt formell klageadgang ved iverksetting av tvangsmedisinering. Dette ble deretter lovfestet i 1999-loven, sammen med adgangen til å tvangsbehandle pasienter. Bestemmelsen i phvl. § 4-4 er blitt endret flere ganger senere.

Klageinstans over tvangsbehandlingsvedtak etter phvl. § 4-4 er fylkesmannen, mens kontrollkommissjonen er klageinstans til øvrige vedtak etter phvl. kap. 3 og 4. Fram til en lovendring i 2003 var fylkeslegen klageinstans.

Nærmere regler om vilkår for slike vedtak, samt om vedtaksfetting i saker om tvangsmedisinering er nedfelt i psykisk helsevernloven kapittel 3, nærmere bestemt i §§ 19, 20, 21 og 22.

Pasienten og vedkommendes nærmeste er gitt klagerett på vedtak om tvangsmedisinering, se phvl. § 4-4 siste ledd. Nærmere regler om klageframsetting og fylkesmannens klagesaksbehandling er gitt i psykisk helsevernloven §§ 28 og 29.

De undersøkte vedtakene er avgjort etter regelverket som var gjeldende i 2016. Det er derfor dette som er gjengitt over og lagt til grunn ved vurderingen av klagesaksbehandlingen. Fra 1. september 2017 er vedtatt viktige lovendringer med betydning for klagesaksbehandling etter dette tidspunktet.

Det er gitt retningslinjer for fylkesmannens klagesaksbehandling ved klager på tvangsbehandling etter § 4-4. Disse framgår av Helsedirektoratets rundskriv IS-2229 *Veileder for fylkesmannens behandling av klagesaker etter psykisk helsevernloven § 4-4*. Dette rundskrivet ble utgitt i mai 2015. Det kan derfor legges til grunn at 2016-vedtakene bør være saksbehandlet ut fra retningslinjene i dette rundskrivet, se punkt 4 nedenfor.

I IS-11/2016 *Kontroll av tvangsbruk i psykisk helsevern i 2015* punkt 2.7 framgår at fylkesmennene i 2015 behandlet totalt 1061 klager på tvangsbehandling, om lag det samme antall som året før (1058 klager). I disse sakene ble det fattet totalt 1 076 vedtak. Av disse gjaldt 1049 klagesaker over vedtak om tvangsmedisinering, 25 var klagesaker over vedtak om tvangsernæring, og 2 klagesaker gjaldt annen tvangsbehandling. Antall vedtak vedrørende tvangsmedisinering holdt seg lenge stabile, i perioden 2009–2012 varierte antallet klagesaker fra 821 til 848 saker per år, men antallet klagesaker har økt fra 2013 og fremover.

Fylkesmennene opphevet 41 vedtak (4 % av vedtakene) pga. saksbehandlingsfeil. Videre fikk klageren helt eller delvis medhold i 41 av klagesakene (4 % av vedtakene). Andelen vedtak der klager får helt eller delvis medhold varierer sterkt mellom fylkene, se nærmere detaljer i IS-11/2016.

Statens helsetilsyn har trukket ut 35 påklagede saker om tvangsmedisinering. I de 35 klagesakene som det uttrukne utvalget omfatter, ble 34 vedtak stadfestet ved klagesaksbehandlingen, mens ett tvangsmedisineringsvedtak (3 %) ble opphevd.

3.1.2 Resultater og diskusjon

Som nevnt betraktes fremdeles anti-psykotisk medikasjon, eller psykofarmaka, som et viktig element i behandlingen av alvorlige psykiske lidelser. Slik medikasjon kan gis til pasienten på ulike måter. Mest vanlig er per oral administrasjon der pasienten gis tabletter, smeltetabletter eller sirup med virksomt stoff. En annen aktuell administrasjonsform er å gi depotpreparater ved injeksjon der virkningen står seg over noen tid slik at medikasjonen kan gis med ukers mellomrom.

Regelverket skiller ikke mellom disse to administrasjonsformene, og det framgår også av *Veileder for fylkesmannens behandling av klagesaker etter psykisk helsevernloven § 4-4* at medikamentvalg og administrasjonsform ikke bør vurderes av fylkesmannen, men bare hvorvidt tvangsmedisineringen framstår som nødvendig og hensiktsmessig. Av den grunn er det derfor heller ikke her skilt mellom ulike typer psykofarmaka eller om medikasjonen gis i tablettform eller ved injeksjon.

Vedtakene er godt anonymisert, og det kan derved ikke gis informasjon om kjønn og alder på pasientene som klager over vedtak om tvangsmedisinering. Det framgår tydelig at flere av pasientene er vel kjent av behandlingsapparatet og også av fylkesmannen på grunn av tidligere klagesaker, men bare i begrenset utstrekning synes dette å ha betydning ved saksbehandlingen.

Dersom vedtaket påklages tidlig nok, har klagen oppsettende virkning slik at det bare unntaksvis kan startes tvangsmedisinering før fylkesmannen har tatt stilling til klagen. I vel halvparten av sakene framgår at klagen fikk oppsettende virkning. I den øvrige halvparten går dette ikke fram av fylkesmannens avgjørelse, eller det er tydeliggjort at klagen kom en stund etter vedtaket, eller at unntaksbestemmelsen om at pasienten var godt kjent gjennom tidligere behandlingsopphold fikk anvendelse.

Det ble gjennomført samtaler med pasienten i alle 35 saker som ledd i saksbehandlingen. Dette er nærmest et krav etter forskriften § 29 (2) tredje punktum. Som regel var det assisterende fylkeslege som gjennomførte samtalene, noen ganger med sykehuspersonell til stede. Annet personell hos Fylkesmannen ble også benyttet for eksempel ansatt psykiater eller psykiatrisk sykepleier. I enkelte avgjørelser framgår ikke bakgrunnen til fagpersonen som gjennomførte samtalen med pasienten. Unntaksvis fant samtalen sted per telefon; de langt fleste samtalene fant sted på avdelingen der pasienten er innlagt. Av de 35 pasientene var 31 innlagt sykehusavdeling, mens fire pasienter var underlagt tvungen psykisk helsevern uten døgnoophold.

Det kreves etter phvl. § 4-4 (1) at pasient som utsettes for tvangsmedisinering skal være underlagt tvungen psykisk helsevern. Dette var tilfellet i alle 35 sakene.

Fylkesmannen foretar en svært rask saksbehandling i denne typen klagesaker, noe som også gjelder ved klagesaksbehandling av tvangsernæringsvedtak. Elleve saker ble avgjort seinest to dager etter at klagen ble journalført og tolv saker i løpet av tre dager. I de øvrige tolv sakene tok saksbehandlingen henholdsvis fire dager (tre vedtak), seks dager (fire vedtak) og 7–13 dager (fire vedtak). Ett vedtak var så anonymisert at dette ikke gikk fram av vedtaket. Vedtak i klagesaken ble som regel fattet samme dag som pasientsamtalen ble gjennomført.

Vedtak i alle klagesakene ble videreformidlet direkte til pasienten, med kopi til aktuell sykehusavdeling, noen ganger også til kontrollkommisjonen. Det at underretning om avgjørelsen skal sendes klageren, framgår av forskriften § 29 (2) femte punktum. Vedtakene har derfor også et personlig preg ved bruk av «du», «din klage», «ved samtalen med deg» mv. Ved ett embete (tre klagesaker) var det brukt en mer nøytral utforming med bruk av «pasienten» «han/hun/navn» (sladdet) mv.

I fylkesmannens vedtak manglet i flere saker en redegjørelse for det rettslige grunnlaget for tvangsmedisinering, noe som ikke oppfyller kravene til begrunnelse i forvaltningsloven § 25 (1). Dette fører til at flere av vedtakene ikke synes tilstrekkelig begrunnet, i alle fall vurdert ut fra regelverket. Av samme

grunn kan det mangle helhetlige vurderinger ut fra lovens krav der mothensyn som det å vektlegge pasientautonomi ikke ble synliggjort.

Pasientens psykiske tilstand og hans/hennes vurdering av egen sinnstilstand og vurderingen til sykehusavdelingen/faglig ansvarlig var i alle saker godt beskrevet. I disse sakene er det ofte en diskrepans mellom den faglige vurderingen til sykehuset/faglig ansvarlig på den ene siden og pasientens subjektive forståelse og situasjonsvurdering på den andre. Men diskrepansen er ikke gjennomgående så stor som i tvangsernærings sakene.

Det forelå i alle sakene diagnostiske vurderinger som pekte mot en kronisk, alvorlig psykiatrisk tilstand, eller en psykisk sykdom med svingninger i symptomatologi. Det var bare to førstegangsinnleggelses der fylkesmannen understreket betydningen av å vektlegge effekt og bivirkninger for å vurdere om tvangsmedisinering framsto som en heldig behandlingstilnærming. I de sakene ble det gjort nøyere rede for pasientens situasjon og vurderinger, samt sykehusets vurderinger av samme. Slik blir det uttrykt i et vedtak: «Da du ikke har brukt antipsykotisk medisin tidligere, forutsetter vi at det gjøres en kontinuerlig vurdering av behandlingseffekt og muligheten for å gå over til frivillig behandling.»

Også enkelte andre vedtak inneholdt tilsvarende synspunkter, ofte formulert slik: «Selv om det nå er fattet vedtak om tvungen behandling, er avdelingen forpliktet til fortsatt å bestrebe seg på å få til et samarbeid med deg om frivillig behandling».

I den ene saken som ble omgjort, uttaler fylkesmannen følgende i tilknytning til vedtaket: «Fylkesmannen finner det godtgjort at pasienten har en sinnslidelse, men finner ikke at vilkårene for tvangsbehandling er til stede nå. Fylkesmannen forutsetter at sykehuset fortsetter dialogen med pasienten for å etablere et behandlingsopplegg uten bruk av tvangsmedisinering nå. Fylkesmannen ser imidlertid at situasjonen kan komme til å endre seg dithen at slik medisinering blir nødvendig på et senere tidspunkt. I så fall må sykehuset fatte et nytt vedtak og Fylkesmannen gjøre en ny vurdering. Fylkesmannen forutsetter at pasienten etter utskrivelsen blir fulgt opp av ambulant team og av fastlegen, når det gjelder hans totale situasjon.» – Som det framgår er dette ett av de tre vedtakene med en mindre personlig stil, så valg av personlig/upersonlig stil synes ikke å få betydning for utfallet av klagen.

To av pasientene har hatt jurist sammen med seg ved klagesaksbehandlingen, og selv om ingen av disse to pasientene fikk medhold i klagen, var fylkesmannens begrunnelse helt i tråd med det som kan utledes av regelverket, og med en høyere kvalitet enn gjennomsnittet. Det at pasienter nå ved lovendringer har fått rett til fri advokatbistand i disse sakene, må derfor være et gode, se avslutningsavsnittet.

3.1.3 Oppsummerende vurderinger

Tvangsmedisinering i psykisk helsevern er omstridt, men foregår fremdeles i vid utstrekning ved norske sykehus. Mange vedtak om tvangsmedisinering påklages, men bare i begrenset utstrekning fører dette til at tvangsvedtak oppheves. I dette materialet skjer det én omgjøring blant 35 klagesaker.

I flere vedtak ble det bare i begrenset utstrekning vist til regelverket som omhegner tvangsmedisinering, og som skal vurderes både av faglig ansvarlig når vedtak fattes og etterprøves av fylkesmannen ved behandling av klagen.

Når dette ikke framkommer av vedtaket, er man ikke sikker på at mothensyn, herunder hensynet til pasientens autonomi, er blitt tilstrekkelig vektlagt under klagesaksbehandlingen.

Storparten av vedtakene holder like fullt en høy kvalitet ved at det både redegjøres for regelverk, for den faktiske situasjon, og at det i en viss utstrekning foretas vurderinger av vilkårene for tvangsmedisinering og en helhetlig avveining av om tvangsvedtaket skal opprettholdes eller ikke.

Klagesakene synes tilstrekkelig opplyst, ikke minst foreligger det i nær alle saker en konkret redegjørelse av pasientens subjektive vurdering av den foreliggende situasjonen.

Muntlige klager videreformidles, og disse sakene er like opplyste som der pasienten klager gjennom en skriftlig henvendelse.

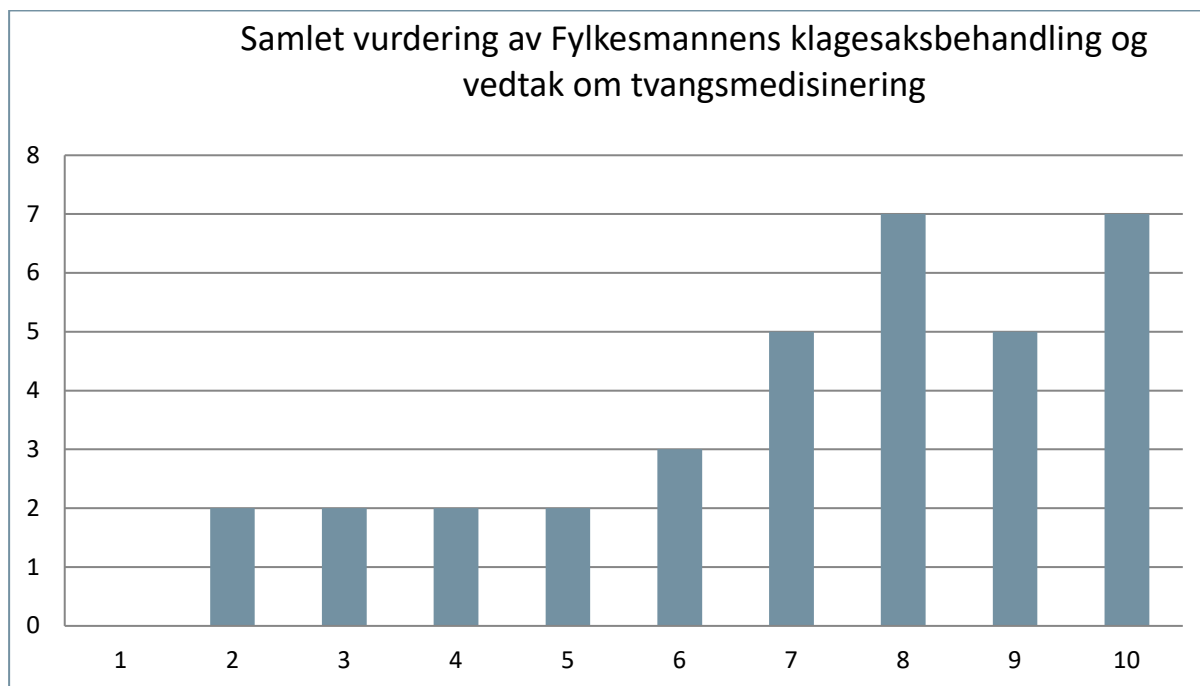
Man kan merke seg at i de to sakene der pasientene benyttet juridisk bistand ved advokat resulterte dette i en klagesaksavgjørelse som fullt ut svarte til regelverket krav til begrunnelser.

Men i åtte saker framstår fylkesmannens avgjørelse som «uryddig» ved at det rettslige grunnlaget for vedtak om tvangsmedisinering ikke er klargjort i avgjørelsene. Slike vedtak oppfattes ikke å ha tilstrekkelig kvalitet. Som nevnt kan dette også føre til at det ikke blir tilstrekkelig bredde over helhetsvurderinger av om tvangsmedisinering virkelig framstår som eneste mulige tilnærming ved behandlingen av den konkrete pasienten.

I tabellen nedenfor foreligger den samlede vurderingen av de 35 vedtakene, ved at følgende spørsmål er besvart etter analysen: «Synes saksbehandling, vurderinger og konklusjon overbevisende ut fra et krav til forsvarlig saksbehandling? – Svaret på denne bedømmingen, i Oxfords evaluering, skal gis på en skal fra 1 til 10, der 1 er svært dårlig og 10 svært bra.»

Det er heldigvis slik at 24 vedtak (69 %) er vurdert til 7 eller høyere, men bare halvparten av disse til 9 eller 10. De seks klagesaksvedtakene som er vurdert til 2, 3 eller 4 har vesentlige mangler ved utforming og/eller innhold.

Figur 1: Samlet vurdering av fylkesmannens klagesaksbehandling og vedtak om tvangsmedisinering



3.2 Fylkesmannen – tvangsernæring, phvl. § 4-4

3.2.1 Lovgrunnlag og utvalg

Spiseforstyrrelser kan utvikle seg til alvorlige og livstruende tilstander. Særlig gjelder dette ved anorexia nervosa der underernæring kan føre til at også hjernens funksjon påvirkes ved siden av andre somatiske komplikasjoner som hjertepåvirkning, elektrolyttforstyrrelser mv. Av denne grunn er det i phvl. § 4-4 (2) bokstav b åpnet for at faglig ansvarlig kan fatte vedtak om tvangsernæring som ledd i behandlingsopplegget til pasienten. Dette krever etter phvl. § 4-4 (1) at pasienten er underlagt tvungent psykisk helsevern, noe som igjen krever at vedkommende vurderes som «alvorlig sinnslidende» etter phvl. § 3-3 (1) nr. 3.

I Høyesteretts dom Rt. 2015 s. 913 ble en pasient med anorexia vurdert som både alvorlig sinnslidende og tiltrengende tvangsernæring. Gjeldende rett er derved klarlagt. Se også Aslak Syse: *Psykisk helsevernloven med kommentarer*, 3. utg. Oslo 2016, s. 360–394.

Nærmere regler om vilkår for slike vedtak, samt om vedtaksfatting i saker om tvangsernæring, er nedfelt i psykisk helsevernloven kapittel 3, nærmere bestemt i §§ 19, 20, 21 og 23.

Pasienten og vedkommendes nærmeste er gitt klagerett på vedtak om tvangsernæring, se phvl. § 4-4 siste ledd. Nærmere regler om klageframsetting og fylkesmannens klagesaksbehandling er gitt i psykisk helsevernloven §§ 28 og 29.

Det gjøres oppmerksom på at de undersøkte vedtakene er avgjort etter regelverket som var gjeldende i 2016. Det er dette som er gjengitt over og lagt til grunn for vurderingen av klagesaksbehandlingen. Fra 1. september 2017 er det trådt i kraft viktige lovendringer med betydning for klagesaksbehandlingen etter dette tidspunktet.

Det er gitt retningslinjer for fylkesmannens klagesaksbehandling ved klager på tvangsbehandling etter § 4-4. Disse framgår av Helsedirektoratets rundskriv IS-2229 *Veileder for fylkesmannens behandling av klagesaker etter psykisk helsevernloven § 4-4*. Dette rundskrivet ble utgitt i mai 2015, og det kan derfor legges til grunn at 2016-vedtakene bør være saksbehandlet ut fra retningslinjene i dette rundskrivet, se punkt 4 nedenfor.

Statens helsetilsyn har trukket ut ti påklagede saker om tvangsernæring til nærmere analyse. Rett klageinstans er fylkesmannen, og klage kan fremsettes skriftlig eller muntlig enten til sykehusavdelingen, faglig ansvarlig eller fylkesmannen direkte.

I alle sakene var det pasienten selv om påklaget vedtaket. Det forelå skriftlig klage i seks saker, mens det i fire saker ble framsatt muntlig klage som ble videreformidlet fylkesmannen som rett klageinstans.

Til sammen behandlet fylkesmannen 25 klager over tvangsernæring i 2015 i 2015 (IS-11/2016 *Kontroll av tvangsbruk i psykisk helsevern i 2015* punkt 2.7). Det framgår ikke om hvor mange – om noen – pasienter som fikk medhold ved klagesaksbehandlingen.

I de ti klagesakene som det uttrukne utvalget omfatter, ble ni vedtak stadfestet ved klagesaksbehandlingen, mens ett tvangsernæringsvedtak (10 %) ble opphevd.

3.2.2 Resultater og diskusjon

Alvorlig anorexia kan som nevnt utvikle seg til en livstruende tilstand. Dette er bakgrunnen for det aktuelle regelverket som åpner for vedtak om tvangsernæring. Vedtakene er godt anonymisert, men det kan like fullt synes som de langt fleste (alle?) gjelder kvinnelige pasienter pga. bortfall av menstruasjon mv. Dette er også i tråd med epidemiologiske studier av forekomsten av alvorlig anorexia hos henholdsvis jenter og gutter.

Fordi flere pasienter under klagesaksbehandlingen er innlagt i ungdomspsykiatriske institusjoner, er de vel også unge, men over 16 år siden de er gitt selvstendig klagerett. Enkelte møtte til samtale med fylkesmannen sammen med mor.

Det er gjennomført samtaler med pasienten i alle ti saker som ledd i fylkesmannens saksbehandling. Dette er nærmest et krav etter forskriften § 29 (3) tredje punktum. I ni av sakene er det assisterende fylkeslege som gjennomførte samtalen, noen ganger med sykehuspersonell til stede. Ved ett tilfelle

deltok også annen person fra fylkesmannen (jurist?) sammen med ass. fylkeslege. I den tiende klagesaken var det fylkeslegen som gjennomførte samtalen.

Fylkesmannen foretar en svært rask saksbehandling i denne typen klagesaker, noe som også gjelder ved klagesaksbehandling av tvangsmedisineringsvedtak. Seks saker ble avgjort seinest to dager etter at klagen ble journalført. I de øvrige fire sakene tok saksbehandlingen henholdsvis fire dager (to vedtak), fem dager (ett vedtak) og sju dager (ett vedtak). Vedtaket fattes som regel samme dag som pasient-samtalen ble gjennomført.

Vedtaket i alle klagesakene ble videreformidlet direkte til pasienten, med kopi til aktuell sykehusavdeling, noen ganger også til kontrollkommisjonen. I to av sakene ble vedtakene også sendt til pasientens advokat. Det at underretning om avgjørelsen skal sendes klageren framgår av forskriften § 29 (3) femte punktum. Alle de ti vedtakene har derfor samtidig et personlig preg ved bruk av «du», «din klage», «ved samtalen med deg» mv.

Det kreves som nevnt at pasient som utsettes for tvangsernæring skal være underlagt tvungent psykisk helsevern. Dette var tilfellet i alle ti sakene, og i alle sakene var pasienten innlagt sykehusavdeling eller annen heldøgnsinstitusjon som behandler pasienter med alvorlig anorexia.

I fylkesmannens vedtak manglet i flere saker en redegjørelse for det rettslige grunnlaget for tvangsernæring, noe som ikke oppfyller kravene til begrunnelse i forvaltningsloven § 25 (1). Dette fører til at flere av vedtakene ikke synes tilstrekkelig begrunnet, i alle fall vurdert ut fra regelverket. Av samme grunn kan det mangle helhetlige vurderinger ut fra lovens krav.

Spiseforstyrrelsen var i alle saker godt beskrevet, og også pasientens vurdering av egen situasjon. I disse sakene er det ofte stor diskrepans mellom den faglige vurderingen til sykehuset/faglig ansvarlig på den ene siden og pasientens subjektive forståelse og situasjonsvurdering på den andre.

I alle saker forelå det tydeligvis en alvorlig spiseforstyrrelse, enkelte ganger beskrevet med (svært) lav BMI, i andre saker beskrevet ved vekt eller vekttap, eller med karakterisering av de somatiske komplikasjonene som kan følge av underernæring. Sykdommen var som regel kommet så langt at tvangsernæringen ble gjennomført med sondeforing, dersom da ikke pasienten oppfylte de oppstilte kravene til frivillig spising med fastsatte mengde næringsstoffer innen rammene av tvangsvedtaket. Tvangsvedtaket ble enkelte ganger først aktualisert bare når pasienten motsatte seg næringstilførsel, og fungerte derved som et «ris bak speilet». Tvangsernæring ble da vurdert gjennomført dersom pasienten ikke sikret et tilstrekkelig kaloriinntak ved egen næringstilførsel.

Alle vedtakene der tvangsernæringsvedtaket ble stadfestet, ble gitt med den maksimale varigheten på tre uker som er forskriftsfestet i psykisk helsevernloven § 21 (2). Flere av vedtakene var videreføring av tidligere vedtak.

I den saken der fylkesmannen omgjorde vedtaket fattet av faglig ansvarlig, var det pasientens markerte motstand i seg selv som syntes å ha vært av betydning ved helhetsvurderingen. I de avgjørelsene der det ikke ble tydeliggjort at det forelå motstridende hensyn, framsto fylkesmannens avgjørelser lett som

mer subsumsjonspregede: Dersom spiseforstyrrelsen er tilstrekkelig alvorlig, vil tvangsernæring framså som et «naturlig», dvs. et nødvendig og forholdsmessig tiltak.

3.2.3 Oppsummerende vurderinger

De ti klagesakene synes tilstrekkelig opplyst hva gjelder pasientens situasjon, ikke minst foreligger det en konkret redegjørelse av pasientens subjektive vurdering av den foreliggende situasjonen sammenholdt med faglig ansvarliges vurdering. Som nevnt er det bare ved alvorlige former for spiseforstyrrelser at det kan bli aktuelt å fatte vedtak om tvangsernæring.

Muntlige klager ble videreformidlet, og disse sakene var like opplyste som der pasienten klaget gjennom en skriftlig eller telefonisk henvendelse direkte til fylkesmannen. I én av sakene var pasientens advokat til stede når fylkesmannen samtalte med pasienten. For øvrig framkom ikke at pasienten har hatt juridisk bistand ved klageframsetting eller under klagesaksbehandlingen.

Det framstår som uryddig når det rettslige grunnlaget for slikt inngripende tvangsvedtak ikke er klargjort ved avgjørelser foretatt av enkelte fylkesmenn. Tre av de ti vedtakene er på snaut én side. Ved ett embete synes forskriftsbestemmelsene ikke å være forstått, ved et annet embete refereres det i vedtaket til opphevede forskriftsbestemmelser i en tidligere forskrift om tvangsbehandling. Denne ble opphevd i 2012 (!) da psykisk helsevernloven trådte i kraft. I enkeltvedtak synes det å ligge en felles avgjørelsesmal til grunn for vedtakets utforming ettersom det vises til «legemidler» i et klagevedtak om «tvangsernæring».

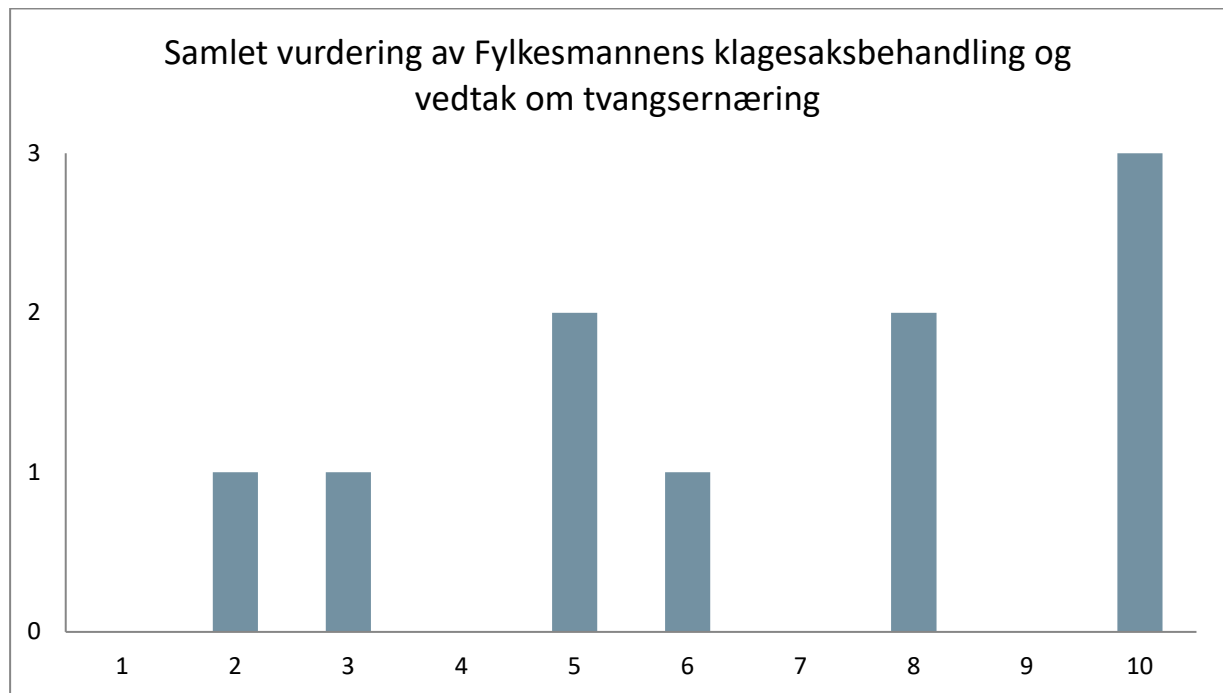
Det forelå derfor en mangel ved flere av vedtakene når de rettslige vurderingene som ble foretatt under klagesaksbehandlingen, ikke ble tydeliggjort.

Disse avgjørelsene bærer derved et visst preg av rent faglige vurderinger der leger ved Fylkesmanns-embetene (ass fylkeslege/fylkeslege) finner at tvangsernæring framstår som en «riktig avgjørelse» i en kritisk situasjon for pasienten. Det legges ikke tilsvarende vekt på at avgjørelsen blir utformet ut fra forvaltningslovens krav til begrunnelse og at faglig ansvarlig selv skal ha foretatt helhetlige vurderinger forut for tvangsvedtaket.

Disse svakhetene ved vurderingen av det rettslige grunnlaget for avgjørelsene fører til at flere vedtak ikke oppfattes å ha tilstrekkelig kvalitet ved innholdsanalysen. Som nevnt kan dette føre til at det ikke blir tilstrekkelig bredde over helhetsvurderinger av om tvangsernæring virkelig framstår som eneste mulige tilnærming ved behandling av den konkrete pasienten. I alle fall mangler fem klagesaksavgjørelser slike vurderinger som får direkte betydning for den samlede vurderingen av det enkelte vedtaket.

I tabellen nedenfor foreligger den samlede vurderingen av de ti vedtakene, ved at følgende spørsmål er besvart etter analysen: «Synes saksbehandling, vurderinger og konklusjon overbevisende ut fra et krav til forsvarlig saksbehandling? – Svaret på denne bedømmingen, i Oxfords evaluering, skal gis på en skala fra 1 til 10, der 1 er svært dårlig og 10 svært bra.»

Figur 2: Samlet vurdering av fylkesmannens klagesaksbehandling og vedtak om tvangsernæring



3.3 Kontrollkommisjonen - etablering og opprettholdelse av tvungent psykisk helsevern, phvl § 3-3/§ 3-7

3.3.1 Lovgrunnlag og utvalg

En av de helt sentrale oppgavene for kontrollkomisjonene, både i et historisk perspektiv og per i dag, er en full overprøvingsrett og -plikt i situasjoner når pasienten klager idet tvungent psykisk helsevern etableres, jf. phvl. § 3-3, eller når pasienten eller andre klageberettigede påklager et vedtak om utskrivning eller nektet utskrivning fra tvungent psykisk helsevern, jf. phvl. § 3-7.

Etablering av tvungent psykisk helsevern (TPH) skjer etter vedtak av en faglig ansvarlig for vedtak (phvl. § 1-4). I phvl. § 3-3 (1) var det i 2016 oppstilt seks nummererte punkter med ulike materielle og prosessuelle vilkår som alle måtte finnes oppfylt for et lovlig tvangsvedtak. Fra 1. september 2017 ble det innført et nytt vilkår, mer om det avslutningsvis.

Pasienten og (nærmeste) pårørende er gitt klagerett når et vedtak om tvungent psykisk helsevern fattes. Dette blir da klagesaker etter phvl. § 3-3.

Vilkårene i § 3-3 (1) skal være oppfylt under hele oppholdet. Om den faglig ansvarlige finner at dette ikke lenger er tilfellet, skal pasienten utskrives fra tvangsernet, se § 3-7. Eventuelt videre psykisk

helsevern skal da skje som frivillig pasient. Dersom pasienten mener at vilkårene (ikke lenger) finnes oppfylt, kan vedkommende begjære seg utskrevet. Faglig ansvarlig kan ta dette til følge, eller vedkommende kan fatte et vedtak om fortsatt TPH. Både vedtak om utskrivelse og vedtak om opprettholdelse av TPH kan påklages. Dette blir da klagesaker etter phvl. § 3-7.

Felles for vedtak etter § 3-3 og § 3-7 er at klagen skal behandles av den stedlige kontrollkommisjonen som etter phvl. § 6-4 skal behandle klagen i møte med en fulltallig kommisjon. Kommisjonen skal prøve alle sider av saka. Pasienten er gitt rett til fri sakførsel ved denne klagesaksbehandlingen.

Tema for kontrollkommisjonens vurderinger er felles i de to situasjonene. Spørsmålet er utelukkende om tvungen psykisk helsevern skal opprettholdes eller oppheves. Dette skal vurderes opp mot vilkårene for tvungen psykisk helsevern i § 3-3 (1). Disse to sakstypene kan derved behandles samlet.

Spørsmålet som kontrollkommisjonen skal ta stilling til, er av stor betydning for pasienten. Enten vil vedkommende måtte utskrives, eventuelt overføres til frivillig vern der pasienten selv kan skrive seg ut, eller vedkommende vil fortsatt være underlagt tvungen psykisk helsevern. De fleste som reiser slike klagesaker, er inneliggende pasienter som blir tilbakeholdt i institusjon uten samtykke.

Oxford Research innkalte etter tilfeldig uttrekning 35 vedtak etter phvl. § 3-7. Disse skulle suppleres med vedtak fattet ved klagesakene på innleggelsen etter phvl. 3-3. Til sammen innkam «bare» 33 vedtak som utgjør grunnlaget for denne analysen. Av disse vedtakene gjaldt 17 klager ved etablering av tvungen psykisk helsevern (§ 3-3 saker), mens 15 gjaldt klager over vedtak om utskrivning eller ikke-utskrivning (§ 3-7 saker). Ett innsendt vedtak gjaldt klage på utskrivning fra tvungen observasjon (§ 3-2 vedtak).

Ti innsendte vedtak over tvangsmiddelbruk inneholdt samtidig klagesaksbehandling over etablering eller opprettholdelse av TPH. Disse er ikke medtatt i denne analysen. Ingen av disse pasientene fikk medhold i klagesaken om TPH, selv om flere av dem fikk medhold i klagen over tvangsmiddelbruk.

3.3.2 Resultater og diskusjon

Alle de 33 klagesakene var godt opplyst før vedtak ble fattet. Dette er jo en sakstype som kontrollkommisjonene er vant til å hankses med. Med kvalifisert jurist som leder er det heller ikke overraskende at de langt fleste vedtakene hadde høy rettslig kvalitet idet avgjørelsene bar preg av en grunnleggende forståelse av at avgjørelser skal være basert på riktig rettslig grunnlag, et klarlagt faktum ved muntlige forhandlinger med kontradiksjon, etterfulgt av en etterprøvbar vurdering av om de lovbestemte vilkårene ble funnet oppfylt eller ikke.

Alle vedtakene ble fattet av samlet kommisjon slik loven krever. Til grunn for vedtaket lå blant annet en redegjørelse fra faglig ansvarlig, som regel utdypet under den muntlige forhandlingen, en redegjørelse fra klager og klagers advokat, og enkelte ganger utskrift av rettsavgjørelser, journalnotater og med tilgang på pasientens elektroniske journal.

Alle redegjørelser startet med å redegjøre for om det forekom habilitetsinnsigelser eller andre innsigelser mot kontrollkommisjonens sammensetning. Ikke i noen saker framkom slike innsigelser.

Enkelte av vilkårene har en skjønnsmessig karakter, ikke minst den avgjørende helhetsvurderingen som skal foretas dersom alle øvrige vilkår finnes oppfylt. Andre vilkår er enklere å kontrollere. For eksempel skal det foreligge to legeundersøkelser i samband med etableringen av vernet, og den ene undersøkelsen skal foretas av lege uavhengig av den aktuelle institusjonen.

Ikke overraskende kommer de fleste klagenes fra pasienter som ikke ønsker å være underlagt tvungen psykisk helsevern. Av de 33 sakene var 29 initiert av klage fra pasienten. Slik klage kan framsettes skriftlig eller muntlig. Ofte gikk det ikke fram *hvordan* klagesaksbehandlingen ble initiert, eller dette var «utsladdet» i samband med anonymiseringen. Pasientens klager gjaldt stort sett et ønske om å få opphevet tvangsvernet, mens én av sakene var kombinert med klage over et overføringsvedtak etter phvl. § 4-10 fra ordinær avdeling til et særlig psykoseavsnitt plassert ved annet sykehus.

De øvrige fire klagesakene ble initiert av pasientens (nærmeste) pårørende. Dette var i to saker pasientens mor, i ett tilfelle pasientens bror og i ett tilfelle pasientens tidligere ektefelle. Alle disse sakene gjaldt klage over et utskrivningsvedtak ut fra et pårørendes ønske om at pasienten fortsatt skulle være underlagt TPH ut fra hensynet til pasientens beste. I én av disse sakene sluttet pasienten seg til denne vurderingen under drøftingsmøtet.

Da klagesakene ble behandlet av kontrollkommisjonen, var 25 pasienter underlagt tvang med døgnopphold, mens sju pasienter var underlagt tvang uten døgnopphold (TUD). Det vises til phvl. § 3-5 supplert med forskriftsbestemmelser for de ulike gjennomføringsmåter av tvungen psykisk helsevern. Den siste pasienten var allerede utskrevet til heimen fra et observasjonsopphold etter § 3-2.

I nær alle saker der pasienten klaget, var klageren representert ved advokat. Her var det ett unntak der pasienten mente vedkommende best kunne ivareta sine egne interesser. Denne pasienten vant for øvrig fram ved at kontrollkommisjonen ga medhold i ønsket om å få tvangsvernet opphevd.

I saker der pårørende klaget, var også hovedregelen at klageren fikk advokatbistand. Dette gjaldt sakene der mor og tidligere ektefelle klaget. Men der broren klaget på et utskrivningsvedtak, var det pasienten som hadde advokathjelp ved møtet med kontrollkommisjonen. Broren fikk «bare» sine synspunkter (= bekymringer over utskrivelsen) videreformidlet til kontrollkommisjonen gjennom samtale med kommisjonens leder. Etter phvl. § 1-7 (3) er det pasienten som ved *egen klage* har rett til fri retts hjelp.

Pasienten var til stede i 30 saker. I 26 av disse ble det referert til hva pasienten hadde framført under møtet. Pasienten kan like fullt ha uttalt seg i de fire siste sakene, men uten at det ble referert. Det ble alltid referert til hva advokaten hadde uttalt. Gjennomgående dro advokaten i tvil om de ulike vilkårene for tvungen psykisk helsevern var oppfylt. Hovedvekten ble som regel lagt på spørsmålet om utskrivning pga. at frivillighetskravet ikke var oppfylt og/eller at den skjønnsmessige helhetsvurderingen tilsa utskrivning.

I én av sakene ble det hevdet at innleggelsen var ugyldig fordi det ikke forelå en undersøkelse fra vedtaksfatter. Pasienten var undersøkt av lege utenfor og i institusjonen, men etter § 3-3 (2) kreves at den *faglige ansvarlige selv* undersøker pasienten før vedtak fattes. En slik personlig undersøkelse ble ikke foretatt. Hvorvidt slike tilblivelsesfeil skal føre til ugyldighet, er omtvistet. Dette skyldes ikke minst

Høyesteretts avgjørelse i den såkalte almanakk-dommen (Rt. 1998 s. 937) der TPH ble opprettholdt trass i alvorlige saksbehandlingsfeil. I den aktuelle klagesaken her i materialet ble resultatet ugyldighet – og derved utskrivning – og da uten å vurdere om de øvrige vilkårene i § 3-3 var oppfylt eller ikke.

Kommisjonens avgjørelser skal baseres på en gjennomgang av forståelsen av de enkelte vilkårene i phvl. § 3-3 (1) samt om hvert vilkår vurderes oppfylt i den konkrete saken («alle sider av saka»).

Det ble i alle vedtakene lagt stor vekt på presentasjonen av grunn- eller hovedvilkåret, «alvorlig sinnslidelse». I flere vedtak ble det referert til hvordan dette er forstått i rettspraksis med henvisning til aktuelle rettsavgjørelser, forståelsen i rundskriv og i juridisk litteratur. Bare i enkelte saker syntes forståelsen å være noe i strid med tradisjonell lære idet enkelte pasienter *uten symptomer*, men med en schizofreni-diagnose og pågående medikamentell behandling, ble oppfattet som tvilsomt å falle inn under hovedvilkåret. Dette er nok tvilsomt juss, jf. Rt. 2001 s. 1481 og Rt. 2014 s. 807. Det fikk imidlertid ingen betydning idet disse sakene endte med utskrivning på grunn av vurderingen av at frivillighet ikke var prøvd eller ikke åpenbart hensiktsløst (§ 3-3 (1) nr. 1), eller ut fra helhetsvurderingen (i 2016: § 3-3 (1) nr. 6).

Sidevilkårene ble ofte presentert på samme måte med en bred tilnærming, og da særlig ble det vist til nyere rettsavgjørelser for behandlingsvilkårets forverringsalternativ om forståelsen av forverring i «meget nær framtid» i phvl. § 3-3 (1) nr. 3 bokstav a. I én av sakene fant kommisjonen at forverringen ikke ville inntreffe før etter seks måneder, og dette ga grunnlaget for at utskrivning fra TPH.

For frivillighetsvilkåret og for helhetsvurderingen ble det i større utstrekning tatt utgangspunkt i lovteksten og en alminnelig forståelse av denne.

I de konkrete sakene fant kommisjonene at pasienten ved vedtakstidspunktet oppfylte behandlingsvilkårets begge alternativ (bedring og forverring) i 16 saker, (bare) bedringsalternativet i fire saker og (bare) forverringsalternativet i fem saker.

Farevilkåret som eneste sidevilkår ble funnet oppfylt i fire saker; to av disse gjaldt pasientens eget liv og helse (en alvorlig spiseforstyrrelse, en suicidal pasient), mens to gjaldt alvorlig fare for andre (kvalifisert voldsrisiko).

I enkelte saker forelå en kombinasjon av forverringsalternativet og fare for andre. I noen av disse gikk ikke kontrollkommisjonen videre med farevilkåret, til tross for at dette var hevdet oppfylt fra faglig ansvarlig og syntes oppfylt ut fra refererte voldsepisoder, men da fordi forverringsalternativet allerede var funnet oppfylt.

Der utskrivning skjedde på annet grunnlag (tilblivelsesmangel, hovedvilkår ikke oppfylt), ble ikke sidevilkår vurdert.

Alle avgjørelsene så nær som én ble fattet ved enstemmighet. I dissensvedtaket fant tre medlemmer at både behandlingsvilkåret (begge alternativer) og fare for andre vilkåret var oppfylt, mens ett medlem fant at ingen av de tre aktuelle alternativene var oppfylt.

Tar man utgangspunkt i forvaltningslovens krav til begrunnelse av vedtak (fvl. 25) kan det fastslås at det i alle saker ble tydeliggjort hvilket rettslig grunnlag vedtaket var basert på (fvl. § 25 (1)), hvilket faktum som var lagt til grunn (fvl. § 25 (2)), og hvilke hensyn som er vektlagt for vedtakets grunnlag og innhold (fvl. § 25 (3)). Disse kravene er også nedfelt i psykisk helsevernforordningen § 55.

Det fører til at de langt fleste avgjørelsene ved en kvalitativ rettslig vurdering scorer høyt (8-10) på en skala fra 1–10, se nedenfor.

Oxfords Research undersøkelse er en vurdering av kontrollkommisjonens saksbehandling i samband med ulike vedtakstyper. Dette er ingen materiell kontroll av vedtakene som er fattet. Uten å ha vært til stede på drøftingsmøtene er det særlig vanskelig å vurdere kommisjonens prøving av frivillighetsvilkåret og den etterfølgende helhetsvurderingen. Men det synes som om de langt fleste kontrollkommisjonens avgjørelser ut fra gitt presentasjon og begrunnelse framstår som materielt rimelige ut fra 2016-reglene.

3.3.3 Oppsummerende vurderinger

De 33 sakene gir grunnlag for å oppsummere noen funn. Det er høy kvalitet på stort sett alle vedtakene fattet ved denne type klagesaksbehandling. Dette er den viktigste rettssikkerhetsgarantien pasientene har mot uriktig eller ulovlig tilbakehold i psykisk helsevern. Prosessen er sikret ved at pasientens gis advokatbistand, det blir en umiddelbar vurdering av pasientens situasjon gjennom forhandlingsmøte, og ved at en bredt sammensatt kontrollkommisjon skal ta stilling til oppfyllelsen av samtlige vilkår for fortsatt tvungent psykisk helsevern.

Hvorvidt vedtakene materielt sett er riktige, er ikke et sentralt spørsmål i denne undersøkelsen. De fleste vedtakene framsto like fullt i tråd med regelverket og det som ble referert fra det forutgående forhandlingsmøtet. Partenes ulike synspunkter var i de fleste vedtakene rimelig godt referert. De få vedtakene som scorer under 8, var stort sett beheftet med at vedtaket ikke i tilstrekkelig grad poengterte motforestillingene mot fortsatt tvangsvern. Slike motforestillinger kan likevel ha framkommet under drøftingsmøtet, men ble da ikke medtatt i det etterfølgende, skriftlige vedtaket.

De fleste pasientklagene endte med at kontrollkommisjonen ikke ga pasienten medhold. Det vil si at tvungent psykisk helsevern ble videreført til tross for pasientens motstand. Dette ble resultatet i 25 av de 33 sakene (75 %).

Av de fire sakene pårørende påklaget et vedtak om opphør av tvungent psykisk helsevern, ble opphørsvedtaket omgjort i ett tilfelle. Det var i saken pasienten sluttet seg til pårørendes vurdering og også klagers advokat argumenterte for dette. I de tre øvrige sakene ble det påklagede utskrivingsvedtaket stående.

Dette innebærer at faglig ansvarliges tilråding ble stående i 85 % av sakene.

I fire saker ble vurderingen til faglig ansvarlig overprøvd på den måten at pasienten ble utskrevet til tross for at sykehuset vurderte at det var til det beste for pasienten med fortsatt tvungent psykisk helsevern.

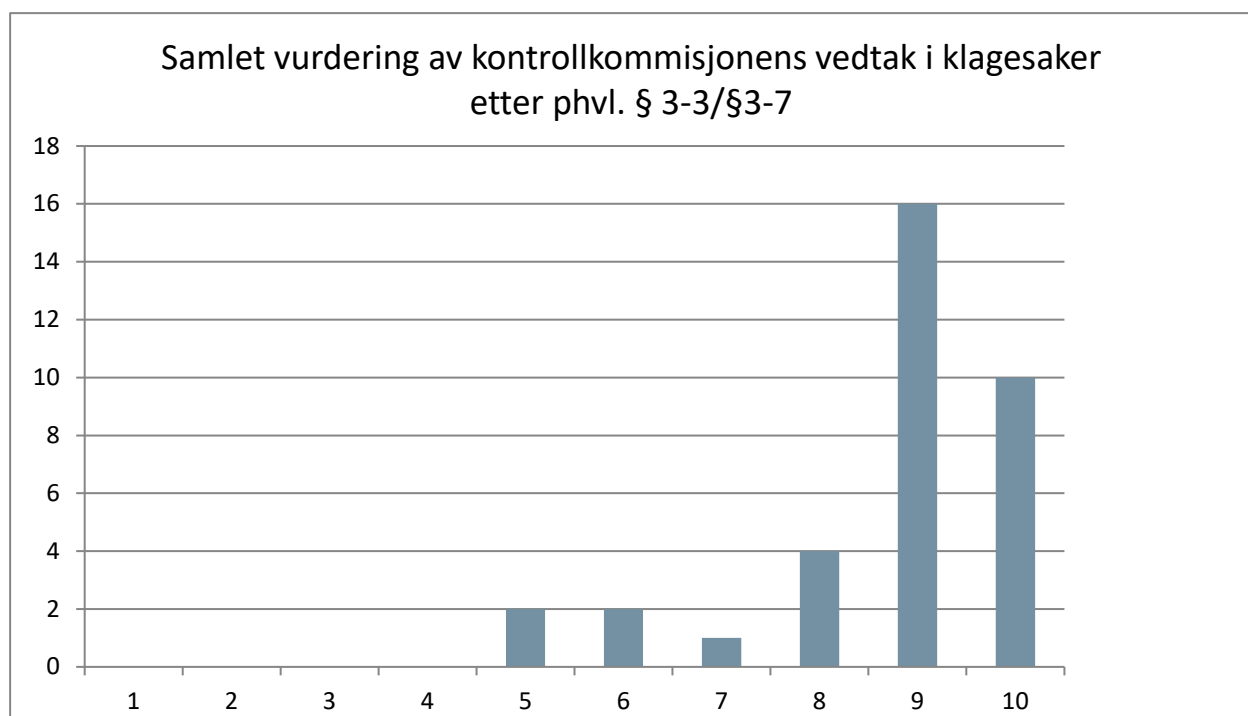
Ett vedtak skyldtes tilblivelsesmangel, se over om manglende undersøkelse. Ett vedtak var begrunnet i at frivillighet ikke var prøvd eller funnet åpenbart formålsløst og i et annet vedtak ble ikke behandlingsvilkåret funnet oppfylt. I de to siste sakene var det tydelig at også helhetsvurderingen ville kunne ført til opphevelse av tvangsvernet. I den ene saken hvor pasienten ble utskrevet etter helhetsvurderingen, dro kontrollkommisjonen samtidig i tvil om grunnvilkåret var oppfylt.

Dette er de «viktigste» omgjøringsvedtakene ut fra et rettssikkerhetsperspektiv. Klageprosedyren er ment å hindre urettmessige tvangsvedtak. Dette var altså tilfellet for 12 % av klagesakene. I IS-2452 *Kontroll av tvangsbruk i psykisk helsevern i 2015* (publisert november 2016) framgår i punkt 2.6.1 at dersom klager som ble trukket eller avvist holdes utenfor, fikk 11 % av klagerne medhold ved kommisjonens behandling. Selv om denne analysen bare omfatter et lite utvalg saker, er sakene innhentet fra ca. 20 ulike kontrollkommisjoner, og omgjøringsprosenten er tilsvarende som i totalmaterialet fra 2015.

De nevnte vedtakene kan bringes kostnadsfritt inn for retten av klageren dersom de går klageren imot, se phvl. § 7-1. Faglig ansvarlig eller sykehuset kan på sin side ikke bringe kontrollkommisjonens vedtak inn til rettslig prøving. I hvilken utstrekning en rettslig prøving har skjedd i etterforløpet av de aktuelle sakene, vites ikke.

I tabellen nedenfor foreligger den samlede vurderingen av de 33 vedtakene, ved at følgende spørsmål er besvart etter analysen: «Synes saksbehandling, vurderinger og konklusjon overbevisende ut fra et krav til forsvarlig saksbehandling? – Svaret på denne bedømmingen, i Oxfords evaluering, skal gis på en skal fra 1 til 10, der 1 er svært dårlig og 10 svært bra.»

Figur 3: Samlet vurdering av kontrollkommisjonens vedtak i klagesaker etter phvl. § 3-3/3-7



Det er en klar skjevfordeling ved vurderingen av kontrollkommisjonens klagesaksbehandling etter phvl. § 3-3/§ 3-7. I de langt fleste tilfeller holder saksbehandlingen og det skriftlige vedtaket en svært høy kvalitet (8–10). Dette gjelder 28 vedtak, dvs. 85 % av vedtakene. De øvrige fem vedtakene er vurdert til en noe lavere kvalitet, men de er ikke på noen måte vurdert til ikke å holde et kvalitativt minstemål.

3.4 Kontrollkommisjonen - tre måneders kontroll, jf. phvl. § 3-8 andre ledd

3.4.1 Lovgrunnlag og utvalg

Kontrollkommisjonens lovpålagte tremånederskontroll etter etablering av tvungent psykisk helsevern (TPH) etter phvl. § 3-8 (2) er ingen egentlig «klagebehandling». Det foreligger ikke en klage fra pasienten.

Tremånederskontrollen ble innført ved psykisk helsevernloven av 1999 som en «ny» rettssikkerhetsgaranti for å sikre mot at pasienter «bare» ble værende tvangsinnlagt uten at vilkårene for dette ble vurdert oppfylt. Fram til lovrevisjonen i 2006 sto bestemmelsen i § 3-10 (2). Etter lovrevisjonen finnes bestemmelsen i § 3-8 (2). I 2006 ble kontrollkommisjonen samtidig pålagt å kontrollere om pasienten har fått utarbeidet individuell plan. Fra 2012 skal hele kommisjonen ta del i denne avgjørelsen.

Den faglig ansvarlige skal etter phvl. § 4-9 minst én gang hver tredje måned ved undersøkelse vurderes om vilkårene for TPH etter phvl. § 3-3 fortsatt foreligger. Kontrollkommisjonenes vurdering etter § 3-8 (2) er en éngangskontroll.

Vedtaket skal etter psykisk helsevernforskriften § 58 skje ved fulltallig kommisjon, selv om etterprøving uten klage ikke utløser samme prosedyrer som klagebehandling etter phvl. § 3-3 og § 3-7. Pasienten har rett til å uttale seg, jf. psykisk helsevernloven § 3-9. Videre er understreket: «Kontrollkommisjonen skal påse at saken er så godt opplyst som mulig, og kan prøve alle sider av saken.»

Det er altså kontrollkommisjonen (selv) som skal vurdere om vilkårene for tvungent psykisk helsevern fremdeles er til stede, og ikke bare kontrollere at faglig ansvarlig har foretatt denne vurderingen. Etter forskriftsbestemmelsen skal hensiktsmessigheten av TPH særlig vurderes.

Kontrollkommisjonen skal samtidig kontrollere at pasienten har fått utarbeidet individuell plan.

Oxford Research innkalte etter tilfeldig uttrekning 35 vedtak etter phvl. 3-8 (2). Det innkom til sammen 29 vedtak som utgjør grunnlaget for denne analysen.

3.4.2 Resultater og diskusjon

Av de 29 vedtakene var det vel 40 % (12 vedtak) som ikke lot seg analysere nærmere på grunn av en så knapp framstilling av saksforhold, juss og vurderinger (fra en til ni linjer) at begrunnelse og vedtak ikke på noen måter oppfylte kravene i lov og forskrift. For flere kommisjoner var dette et gjennomgående trekk. Det framgikk ikke om vedtaket var fattet av en fulltallig kommisjon, om det var fattet i møte eller ikke, om kommisjonen hadde tatt selvstendig stilling eller ikke til enkelte av vilkårene, eller

om det hele ble oppfattet som en «ekspedering», dvs. en formalgodkjenning av at det forelå en uttalelse fra faglig ansvarlig om at vilkårene var oppfylt.

I IS-1338 *Evaluerings av kontrollkommisjonene i psykisk helsevern* fra 2005 ble det påvist at vedtakene i disse sakene var «av varierende kvalitet, og nesten halvparten ble etter en skjønnsmessig totalvurdering vurdert som mangelfulle» (s. 86). Situasjonen har altså ikke bedret seg stort på tross av at regelverket er innskjerpet og Helsedirektoratet har utgitt klargjørende rundskriv om kontrollkommisjonenes saksbehandling. Denne er også gitt bred omtale i IS-1/2017 *Psykisk helsevernloven og psykisk helsevernforskriften med kommentarer*.

I vedtakene framgikk ofte ikke om pasienten var underlagt tvungent psykisk helsevern med døgnopphold i institusjon eller tvungent vern uten døgnopphold (TUD). I de vedtakene der dette framgikk, var 13 personer innlagt i sykehusavdeling eller DPS, mens åtte pasienter var uten døgnopphold. I åtte vedtak framgikk ikke dette, selv om dette ville kunne få betydning for den helhetsvurderingen som skal foretas etter § 3-3 (1) nr. 6 (nå nr. 7). Det er langt mer inngripende for en pasient å bli tilbakeholdt i sykehusavdeling enn å være underlagt tvungent vern uten døgnopphold.

I ca. halvparten av sakene ble pasienten varslet av kontrollkommisjonen om at saken skulle opp til behandling samtidig som det ble gitt adgang til enten å uttale seg og/eller til å møte i kommisjonen. I én av sakene deltok pasienten på møte i kommisjonen, og synspunktene ble tydelig referert. I øvrige saker avga pasienten verken uttalelse eller møte i kommisjonen. Men, i flere saker ble det oppgitt fra sykehuset at pasienten aksepterte sykehusets framstilling og vurdering, og dette selv om de ikke aksepterte tvangsvernet. I de sakene der dette ikke framgikk, kan man ikke vite om pasienten var informert. Men det synes lite sannsynlig i de sakene som bare framsto som ekspedering.

Rent tidsmessig ble tremånederskontrollen stort sett gjennomført på «riktig» tidspunkt. Bare i enkelte tilfeller kunne det gå opp mot fire måneder fra etableringen av vernet før vedtak forelå. Stort sett fulgte kommisjonen også forskriftsbestemmelsen om at vedtaket snarest mulig skal sendes pasienten, den som handler på pasientens vegne og den faglig ansvarlige for vedtaket. Enkelte kommisjoner informerte «bare» sykehuset og ba om videreformidling av avgjørelsen til pasienten

De fleste kommisjonene som fattet vedtak som lot seg analysere, gjorde dette i møte. I et mindretall av sakene (fem saker dokumentert) møtte faglig ansvarlig eller annet personell fra avdelingen/sykehuset til den innledende presentasjon av pasientens situasjon. Ellers forelå stort sett journal, samt faglig ansvarliges skriftlige vurdering ved tremånederskontrollen etter phvl. § 4-9.

Stort sett framgikk at lederen ble gitt fullmakt til å utforme vedtaket og signere på vegne av kommisjonen. I et par saker kan det virke som om avgjørelsen er fattet av kontrollkommisjonen ved sirkulasjon av lederens forslag til vedtak, noe regelverket åpner for.

I alle sakene ble vilkårene for fortsatt tvangsvern funnet oppfylt. Det innebærer at ingen pasienter fikk omgjort tvangsvedtaket. Alle vedtak var enstemmige.

I ingen av de 29 sakene framgikk at det var ferdigstilt individuell plan. Dette ble bemerket i flere vedtak der sykehuset ble oppfordret til å gå i gang med dette arbeidet, eller at man tok til etterretning at slikt

arbeid var påtenkt oppstartet. Bare i én sak framgikk at pasienten motsatte seg at slik plan skulle utarbeides.

I stor utstrekning synes kontrollkommisjonen å legge framstillingen til faglig ansvarlig til grunn for vedtaket. Dette gjelder framfor alt for vurderingen av om grunnvilkåret var oppfylt. Etter rettspraksis vil også diagnosen her kunne være bestemmende. Også for sidevilkåret legges framstillingen til faglig ansvarlig til grunn. Stort sett er det behandlingsvilkåret som ble vurdert oppfylt, det gjaldt forbedrings- og/eller forverringsalternativet. Farekriteriet ble bare vurdert oppfylt hos én pasient, men der ble behandlingsvilkåret også funnet oppfylt.

Spørsmålet om frivillighet ble ofte utledet fra faglig ansvarliges vurdering, og ofte basert på en sykehistorie der pasientens seponering av medisiner ved tidligere utskrivning fra tvungent vern ble etterfulgt av rask forverring. Slike vurderinger ble ikke overprøvd av kontrollkommisjonen, men lagt til grunn som faktum.

Bare i helhetsvurderingen frigjorde enkelte kontrollkommisjoner seg fra den vurderingen som var foretatt i sykehuset. Dette var da også i tråd med psykisk helsevernloven § 58 (2) der følgende er regelfestet: «Hensiktsmessigheten av vernet skal særlig vurderes.»

Men også ved denne prøvingen lot flere kontrollkommisjoner sine vedtak avlede av vurderingen til faglig ansvarlig, slik at det nærmest ble en avskrift av dennes tremånedersvurdering etter phvl. § 4-9. De kommisjonene som oppnådde høyest score ved samlet vurdering, har foretatt en selvstendig drøfting der ulike hensyn er avveid ved spørsmålet om fortsatt tvangsvern framstår som «den klart beste løsning for vedkommende».

De vedtakene som kunne analyseres på grunnlag av sitt innhold, tilfredsstilte stort sett forvaltningslovens krav til begrunnelse, jf. fl. § 25. De nyansene som er foretatt ved kvalitetsvurderingen av disse vedtakene, er stort sett begrunnet i detaljering og innhold i den begrunnelsen som er gitt for fortsatt tvungent psykisk helsevern.

3.4.3 Oppsummerende vurderinger

De 29 sakene gir grunnlag for å oppsummere noen klare funn. Som ved undersøkelsen for 13 år siden er det en høy prosentdel av vedtakene (og kommisjonene) som ikke har tatt regelverket på alvor og forstått at ved denne kontrollen skal kommisjonen selv foreta en egen (selvstendig) vurdering, og ikke bare foreta en dokumentkontroll slik tilfellet er etter § 3-8 (1).

Når 40 prosent av vedtakene ikke tilfredsstiller et kvalitativt minstemål ved en analyse av utforming og begrunnelse, kan dette samtidig tyde på at ambisjonsnivået for denne kontrollen er satt for høyt.

Ikke i noen tilfeller var det dokumentert en utarbeidet individuell plan. Dette funnet tyder på at heller ikke denne kontrollen er plassert på riktig organ eller riktig tidspunkt. Etter I-1/2017 er mangel på individuell plan *ikke alene* grunnlag for å oppheve det tvungne vernet: «Men det vil kunne være en indikasjon på manglende planlegging av pasientens behandling og videre oppfølging. Dette kan sammen med andre momenter tilsi opphør av vernet etter hensiktsmessighetsvurderingen.» – Når ingen

pasienter hadde individuell plan og dette uten vurdering for opphør av TPH, gir dette grunnlag for en nærmere vurdering av formålet for tremånederskontrollen, i alle fall ut fra rundskrivets vektlegging av individuell plan som et viktig tiltak.

Ettersom ingen pasienter i dette materialet fikk omgjort tvangsvedtaket, kan det reises spørsmål om formålet med tremånederskontrollen idet denne i begrenset grad synes å fungere som en rettssikkerhetsgaranti. I IS-11/2016 *Kontroll av tvangsbruk i psykisk helsevern i 2015*, punkt 2.5.3, framgår at det i årsperioden 1. oktober 2014 til 31. september 2015 ble fattet 888 tremånedersvedtak. Her framgår også at institusjonens vedtak bare unntaksvis omgjøres, på landsbasis i kun 21 saker (vel 2 %).

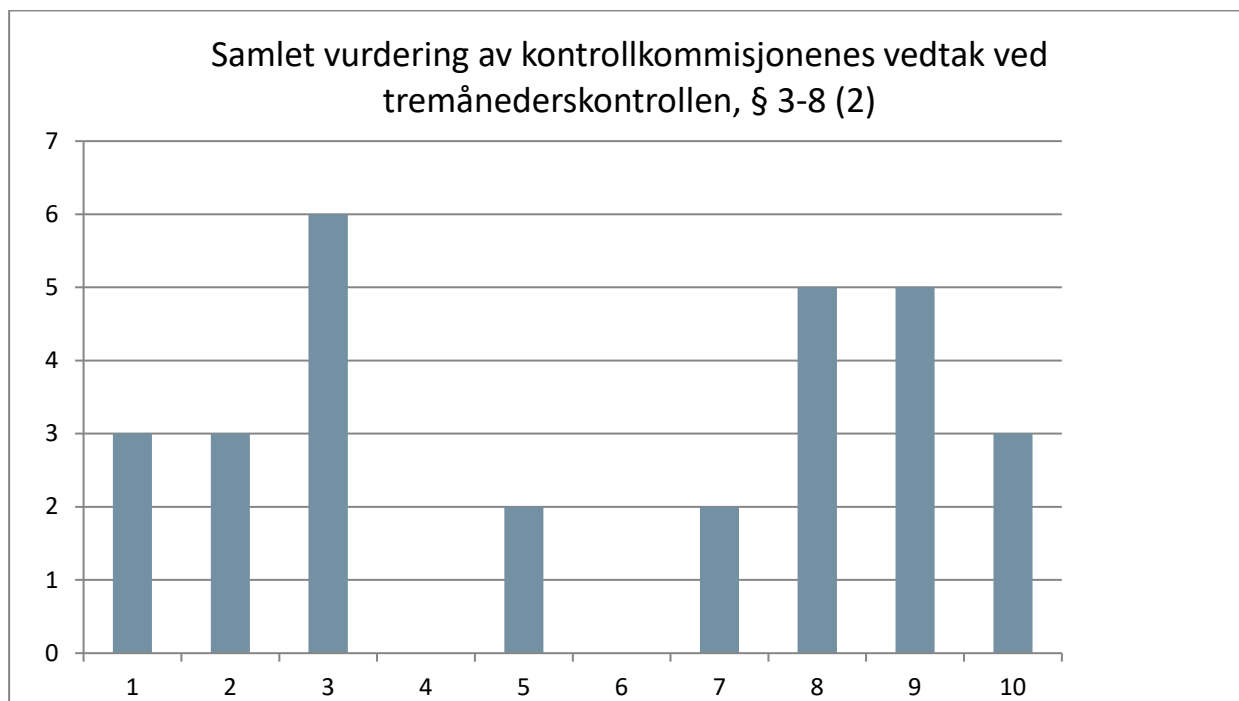
Alle vedtakene er skrevet av kontrollkommisjonens leder. Dette er jo en kontroll hvor lovoppstilte vilkår skal vurderes oppfylt. Det framstår kanskje unødig å benytte *bele* kommisjonen til å foreta en vurdering av dette, en endring som ble innført i 2012. I alle fall kan det ikke etterspores i noen av vedtakene at det forelå noen former for uenighet innad i kommisjonen, eller at vedtaket framsto som noe kompromiss. Som nevnt var alle vedtakene enstemmige.

Oxford Research mener at lovgiver bør vurdere nærmere formålet med – og gjennomføringen av – denne rettssikkerhetsgarantien. Den ble innført i 1999, vesentlig styrket i 2006, og fulgt opp med saksbehandlingsrundskriv i 2007, og prøving av fulltallig kommisjon fra 2012, men uten at dette synes å ha fått noen særlig betydning for en stor prosentdel av vedtakene.

Undersøkelsen tyder på at formålet med tremånederskontrollen bare oppnås i en viss, men begrenset grad når kontrollkommisjonene oppfatter sitt mandat så forskjellig, selv om regelverket synes klart og har vært det i atskillige år.

I tabellen nedenfor foreligger den samlede vurderingen av de 29 vedtakene, ved at følgende spørsmål er besvart etter analysen: «Synes saksbehandling, vurderinger og konklusjon overbevisende ut fra et krav til forsvarlig saksbehandling? – Svaret på denne bedømmingen, i Oxfords evaluering, skal gis på en skal fra 1 til 10, der 1 er svært dårlig og 10 svært bra.»

Figur 4: Samlet vurdering av kontrollkommisjonens vedtak ved tremånederskontroll, § 3-8 (2)



Som det har framgått ovenfor, foreligger en klar skjevfordeling ved denne vurderingen av tremånederskontrollene. Enten vurderes kontrollkomisjonene til å ha foretatt en gjennomført slett kontroll (12 vedtak vurdert som 1–3) eller nedlagt et rimelig godt arbeid i sine vurderinger (13 vedtak vurdert som 8–10). Bare fire vedtak foreligger i et lite midtsjikt. Dette er den eneste vedtakstypen der kvalitetsvurderingen fører til en slik fordeling.

3.5 Kontrollkommisjonen - forlengelse av tvungent psykisk helsevern etter phvl. § 3-8 tredje ledd

3.5.1 Lovgrunnlag og utvalg

Før ikrafttredelsen av 1999-loven hadde et vedtak om tvungent psykisk helsevern (TPH) gyldighet fram til det ble fattet et eget utskrivingsvedtak. Det måtte i utgangspunktet ikke fornyes eller forlenges. Nå har et vedtak om TPH tidsbegrenset gyldighet i ett år fra det blir fattet om det ikke oppheves før den tid. Overføringer til og fra tvungent vern med eller uten døgnopphold kan skje innen denne fristen, men endrer ikke denne fristen.

Tidsbegrensningen på ett år framgår nå av phvl. § 3-8 (3) som fastslår at tvungent psykisk helsevern «opphører etter ett år hvis ikke kontrollkommisjonen samtykker i at vernet forlenges». Fram til 2006-revisjonen sto den tilsvarende bestemmelsen i phvl. § 3-10 (3). Kontrollkommisjonen kan samtykke i

forlengelse av vernet med inntil ett år av gangen «regnet fra årsdagen for etableringen». Vanligvis gis det forlengelser på inntil ett år, men forlengelsen kan etter lovteksten også begrenses til et kortere tidsrom.

Psykisk helsevernforskriften § 59 henviser til saksbehandlingen ved tremånederskontrollen (phvl. § 3-8 (2)) i forskriften § 58. Det framgår at kommisjonen skal vurdere om vilkårene for TPH «fremdeles er til stede», og videre: «Hensiktsmessigheten av vernet skal særlig vurderes.» Kommisjonen skal samtidig kontrollere at pasienten har fått individuell plan. Vedtaket skal treffes av fulltallig kommisjon.

Pasienten har rett til å uttale seg. Pasientens uttalelse kan etter sitt innhold måtte vurderes som en begjæring om opphør, se phvl. 3-7 (3) og (4). Kontrollkommisjonen skal i slike tilfeller behandle saken som en klage på opprettholdelse av TÅH, og da etter reglene i phvl. § 6-4.

Det er den ansvarlige institusjonen som må ta initiativ til en eventuell forlengelse av TPH. Psykisk helsevernforskriften § 14 fastsetter at slik begjæring må være kontrollkommisjonen i hende senest fire uker før det tvungne vernet utløper.

Oxford Research innkalte etter tilfeldig uttrekning 35 vedtak fra kontrollkommisjonene etter phvl. 3-8 (3). Det innkam til sammen 33 vedtak fra 21 kommisjoner. Dette materialet utgjør grunnlaget for de etterfølgende analysene.

3.5.2 Resultater og diskusjon

Av de 33 vedtakene var det vel 15 % (fem vedtak) som ikke lot seg analysere nærmere på grunn av en så knapp framstilling av saksforhold, juss og vurderinger at begrunnelse og vedtak ikke på noen måter oppfylte kravene i lov og forskrift. I IS-1338 *Evaluering av kontrollkommisjonene i psykisk helsevern* fra 2005 ble det påvist at vedtakene i denne sakstypen var «av varierende kvalitet, og nesten halvparten ble etter en skjønnsmessig totalvurdering vurdert som mangelfulle» (s. 86). Her har det altså vært en klar framgang fra den undersøkelsen, et noe forskjellig funn ut fra hva som syntes å være tilfellet for tremånederskontrollene etter § 3-8 (2).

Like fullt gjelder dette etterprøving av vilkårene for svært inngripende vedtak, noe som krever en forsvarlig saksbehandling og grundige vurderinger. Av den grunn synes 15 % nærmest uholdbare vedtak å være en svært høy andel.

Alle vedtak ble fattet av en fulltallig kommisjon hvor navnene på kommisjonsmedlemmene framgår. De langt fleste vedtak ble fattet i separat møte. Stort sett hadde kommisjonen tilgjengelig siste notat knyttet til begjæring om forlengelse samt pasientjournal. I et lite antall saker møtte også ansvarlig helsepersonell fra aktuell institusjon for å opplyse saken.

Pasientene ble, etter det som framgår, orientert fra kommisjonen om det kommende møtet og om retten til å uttale seg før møtet, og eventuelt varsle sin tilstedeværelse. Denne muligheten ble ikke benyttet utover tre saker der pasienten klaget på at vedtaket skulle forlenges. Da ble det holdt et forhandlingsmøte etter phvl. § 6-4, med pasient og advokat til stede ved siden av representanter fra sykehuset før kommisjonen fattet sitt vedtak i enerom. En pasient kontaktet kommisjonens leder per

telefon, mens de to øvrige hadde tydeliggjort sin klage overfor faglig ansvarlig i samband med forbedelse av forlengelsesvedtaket og fikk da hjelp til å fremme klage.

I flere saker kom pasientens syn fram gjennom begjæringen og redegjørelsen fra faglig ansvarlig. Det som da var gjennomgående trekk var at pasienten ikke motsatte seg TPH, men motsatte seg videre (tvungen) medikamentell behandling.

Det å være underlagt TPH er som nevnt et svært inngripende tiltak, men graden av frihetsbegrensning er avhengig av om pasienten er underlagt TPH i (lukket) sykehusavdeling eller ved tvang uten døgnoophold (TUD). På tidspunktet hvor kommisjonen behandlet begjæringen om forlengelse av TPH, var de langt fleste pasienten underlagt TUD. Dette gjaldt 64 % (21 pasienter), mens 18 % (seks pasienter) var innlagt sykehus. Én ble framstilt fra fengsel. I fem vedtak framgikk ikke hvor pasienten befant seg, og dette må være en mangel da graden av tvang som regel vil ha betydning for den skjønnsmessige helhetsvurderingen som kommisjonen etter loven skal foreta, noe som er særlig understreket i forskriften. I disse sakene forelå derfor en mangelfull helhetsvurdering.

Ikke i noen saker var det tvil om hovedgrunnvilkåret «alvorlig sinnslidelse» var oppfylt. Dette er ikke overraskende når TPH har vart i ett år, og pasienten har vært underlagt regelmessige undersøkelser for å vurdere om vilkårene for TPD stadig er til stede, jf. § 4-9.

Det mest anvendte sidevilkåret ved begjæring om forlengelse var behandlingsvilkårets forverringsalternativ. Begrunnelsen var som regel at pasienten tidligere hadde seponert medikasjon og ganske raskt blitt dårligere, og at dette ikke burde skje på nytt. TPH ble anvendt for å sikre fortsatt tvangsmedisinering, og samtidig ble av samme grunn mulig frivillig vern vurdert som «åpenbart formålsløst». Dette gjaldt 61 % (20 pasienter). I tre saker ble begge alternativene i behandlingsvilkåret vurdert oppfylt. Ikke i noen saker ble bare forbedringsalternativet anført. Forverringsvilkåret ble i fem saker anvendt sammen med farevilkåret, og da med fare for andre. I bare én sak ble kun farevilkåret påberopt.

I fire vedtak (12 %) var sidevilkårene ikke omtalt, eller det var uklart hvilke(t) vilkår som konkret ble vurdert. Dette er da blant vedtakene som ikke oppfyller kravene til en forsvarlig etterprøving. I til sammen 28 saker (85 %) ble forverringsvilkåret anført, og som regel begrunnet i forverring etter tidligere utskrivelser eller annen selvbestemt seponering av medikamenter. Det er denne gruppen som ved gjenvunnet samtykkekompetanse fra september 2017 kan motsette seg både TPH og tvangsmedisinering om da ikke farevilkåret finnes oppfylt.

I *samtlige* av de undersøkte 2016-sakene ble tvangsvernet forlenget idet vilkårene for fortsatt tvangsvern ble funnet oppfylt. I hele 31 saker (94 %) ble det gitt forlengelse i «inntil ett år». I to vedtak ble det ble gitt en kortere forlengelsesperiode. I den ene saken fant kommisjonen at saken var så dårlig forberedt fra institusjonen/faglig ansvarlig at de ikke fant å ville behandle den. Saken ble sendt tilbake med et forlengelsesvedtak på to måneder for at begjæring skulle kunne fremmes på forsvarlig måte. I den andre saken hvor det var søkt om tolv måneder, fant kommisjonen at pasienten burde kunne sikres et frivillig vern i løpet av rimelig kort tid. Forlengelsesvedtaket ble derfor begrenset til seks måneder. Dette gjaldt for øvrig én av de tre klagesakene der pasienten og advokat møtte i kommisjonen og fikk framlagt sine synspunkter direkte for kommisjonen.

Alle vedtakene var enstemmige. Det forekom verken dissenser eller særuttalelser, protokolltilførsler eller lignende.

Rent tidsmessig ble forlengelsesvedtakene fattet på «rett» tidspunkt etter regelverket, bare i ett tilfelle kunne ikke saken avgjøres, og her ble det som nevnt vedtatt kun to måneders forlengelse.

Ellers var det spennende hvordan institusjonen og kontrollkommisjonene omtalte slike vedtak med tilhørende begjæring. Både lovteksten og forskriftsbestemmelsen betegner det som en *begjæring* om forlengelse av TPH for inntil ett år. Ingen av institusjonene anvendte denne terminologien, og heller ikke kontrollkommisjonene sine vedtak.

I hele 15 vedtak ble saken beskrevet som en «søknad» om forlengelse som skulle behandles, mens seks vedtak brukte betegnelsen «forespørsel» om forlengelse. I ni saker ble det reist «spørsmål» om forlengelse. I de resterende tre sakene var det greit fordi disse ble behandlet som ordinære klagesaker før forlengelsesvedtaket ble fattet.

Stort sett fulgte kommisjonen også forskriftsbestemmelsen om at vedtaket snarest mulig skulle sendes pasienten, den som handler på pasientens vegne og den faglig ansvarlige for vedtaket. Enkelte kommisjoner informerte «bare» sykehuset og ba om videreformidling av avgjørelsen til pasienten.

I ingen av de 33 sakene framgikk om det var ferdigstilt individuell plan (IP) og heller intet om innholdet i en eventuell plan. Spørsmålet ble rett og slett forbigått i samtlige vedtak og da til tross for at kommisjonen etter egen forskriftsbestemmelse skal kontrollere at pasienten har fått utarbeidet IP. Det sto enda mindre – dvs. intet – i vedtakene etter § 3-8 (3) enn i vedtakene ved tremånederskontrollene etter § 3-8 (2) der det kunne framgå av vedtaket at institusjonen måtte starte opp slikt arbeid. Det er ikke mulig å fastslå hvor stor andel av pasientene som eventuelt hadde fått utarbeidet IP etter (minst) ett år, bare at ingen vedtak berørte spørsmålet.

I stor utstrekning ble framstillingen til faglig ansvarlig lagt til grunn for vedtaket. Også spørsmålet om frivillighet ble ofte utledet fra faglig ansvarliges vurdering, men da ofte basert på en kjent historie hvor pasientens avslutning av antipsykotisk medikasjon ved tidligere utskrivning fra TPH ble fulgt av en rask forverring. Slike vurderinger ble ikke overprøvd eller etterprøvd av kontrollkommisjonen, men lagt til grunn som faktum. Mange pasienter under TUD sto på depotmedikasjon som de ikke ønsket videreført.

Flere kommisjoner syntes å ha sin egen «vedtaksmal» for utformingen av selve ettårsforlengelsene. For enkelte kommisjoner syntes dette å bidra til at også de konkrete vedtakene kunne framstå som standardiserte, mens vedtakene hos andre kommisjoner like fullt framsto som individualisert utformet ut fra pasientens konkrete situasjon. Blant de 28 vedtakene som kunne analyseres, forelå ikke i dette materialet påvisbare kvalitetsforskjeller ut fra om pasienten var representert med advokat eller ikke.

3.5.3 Oppsummerende vurderinger

I IS-11/2016 *Kontroll av tvangsbruk i psykisk helsevern i 2015*, punkt 2.5.3, framgår at det i 2015 ble fattet vedtak om eventuell forlengelse av tvungent vern i til sammen 1741 saker. Av disse var 982 TUD-

pasienter, dvs. 56 % på vurderingstidspunktet. I dette materialet utgjorde den tilsvarende andelen 64 %.

Kravet om forlengelse med kommisjonens vurdering av om vilkårene for TPD er til stede ved (minst) ettårskontroller, fører i begrenset grad til opphør av tvangsvernet. I 2015-vedtakene ble TPH opphevet i kun 42 saker (dvs. 2,4 % av vedtakene). I dette materialet ble samtlige vedtak forlenget, og de langt fleste med inntil ett år. Bare i to saker ble det gitt kortere forlengelsestid.

Som ved undersøkelsen for 13 år siden var det en viss prosentdel av vedtakene (og kommisjonene) som ikke syntes å ta regelverket på alvor og legge til grunn at kommisjonen ved denne kontrollen selv skal foreta en egen, selvstendig vurdering. Men denne andelen har sunket betraktelig og utgjorde i dette materialet 15 %.

Ikke i noen vedtak refereres det til om pasienten har fått utarbeidet individuell plan, eller om arbeidet med slik plan er iverksatt, noe kommisjonen etter psykisk helsevernforskriften er pålagt å kontrollere.

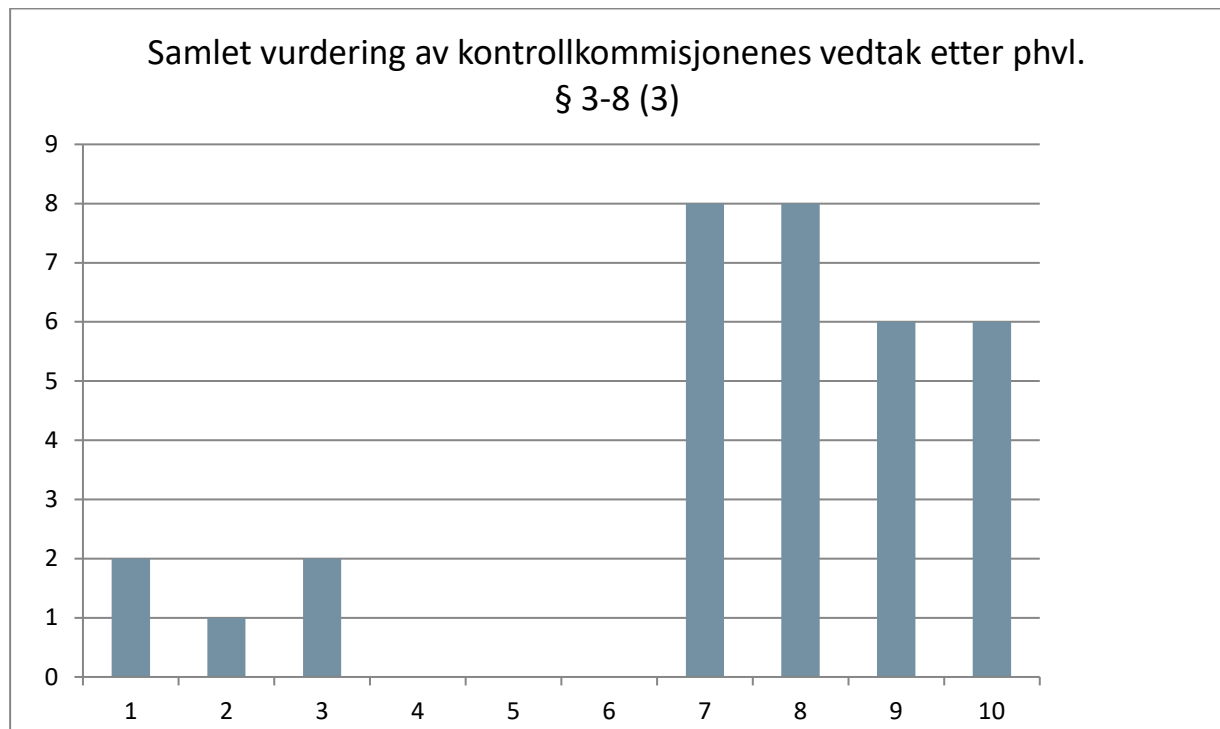
I stor utstrekning ble framstillingen til faglig ansvarlig lagt til grunn for vedtaket. Dette gjaldt både for vurderingen av grunnvilkåret og sidevilkår. Stort sett var det behandlingsvilkårets forverringsalternativ som ble vurdert oppfylt. I tillegg ble farevilkåret vurdert oppfylt i fem vedtak. Frivillighet ble som regel vurdert som «åpenbart formålsløst».

Vedtakene delte seg i tre ulike grupper ved vurderingen av om de holder kvalitativt mål vurdert opp mot lov- og forskriftsbestemte krav oppstilt for denne vedtakstypen.

I tabellen nedenfor foreligger den samlede vurderingen av de 33 vedtakene, ved at følgende spørsmål er besvart etter analysen: «Synes saksbehandling, vurderinger og konklusjon overbevisende ut fra et krav til forsvarlig saksbehandling? – Svaret på denne bedømmingen, i Oxfords evaluering, skal gis på en skal fra 1 til 10, der 1 er svært dårlig og 10 svært bra.»

Av vedtakene er det som nevnt fem som vurderes til ikke å tilfredsstille minimumskrav (1 til 3). De øvrige 28 vedtakene fordeler seg med 12 vedtak som holder et høyt nivå (9 og 10) og 16 vedtak som holder et tilstrekkelig nivå (7 og 8). Også her, som ved vurderingen av kvaliteten på vedtak etter phvl. § 3-8 (2), foreligger en klar skjevfordeling ved vurderingen av vedtakene.

Figur 5: Samlet vurdering av kontrollkommisjonens vedtak etter phvl, § 3-8 (3)



3.6 Kontrollkommisjonen - overprøving av innleggelses av mindreårige (12–16 år), phvl. § 2-1

3.6.1 Lovgrunnlag og utvalg

Hovedregelen for psykisk helsevern som etableres for barn og ungdom under 16 år, er at dette skjer ved et foreldresamtykke. Dette kan skje etter den ordinære frivillighetsbestemmelsen i phvl. § 2-1 der foreldrene har myndighet til å avgi slikt samtykke, eller ved at foreldrene samtykker både til innleggelse og mulighet for tre ukers tilbakehold mot motstand. Dette alternativet er regulert i § 2-2. For ungdom som er fylt 16 år, gjelder de samme reglene som for voksne pasienter.

Der barn og ungdom mellom 12 og 16 år er uenige i etablering av psykisk helsevern, *skal* spørsmålet bringes inn for kontrollkommisjonen. Dette framgår av § 2-1 (2) og § 2-2 (4) i.f.

Barn og ungdom har i denne situasjonen rett til advokat når spørsmålet om fortsatt hospitalisering prøves av kommisjonen, se phvl. § 1-7.

I psykisk helsevernforskriften § 60 er bestemmelsen utdypet ved at psykisk helsevern kan iverksettes mot barnets syn, selv om kontrollkommisjonen ikke har rukket å behandle saken etter phvl. § 2-1 (2)

og § 2-2 (4). Dette er den eneste relevante forskriftsbestemmelsen som utdyper de aktuelle lovbestemmelsene.

Samtlige saker innhentet ved denne undersøkelsen gjelder situasjonen omhandlet i § 2-1 (2). Om forståelsen av denne bestemmelsen uttaler Aslak Syse følgende i *Psykisk helsevernloven med kommentarer*, 3. utg. 2016 s. 115–16:

I slike saker er det ikke tale om etablering av ordinært tvungent psykisk helsevern i lovens forstand. Det er derfor ikke en prøving av lovens vilkår for bruk av tvang som er gjenstand for overprøving. Kontrollkommisjonen må i slike situasjoner foreta en avveining mellom hva som kan oppnås ved tiltaket, og barnets motstand mot at tiltaket gjennomføres. Dette er likevel ikke noen «full» overprøving.

Selve innleggesgrunnlaget foreligger ved foreldresamtykket. Det er derfor en avveining mellom den mindreåriges «behandlingsbehov» og «frihetslengsel» kontrollkommisjonen skal ta stilling til. Stor vekt kan da tillegges om den mindreårige kan forventes å få behandlingsmessig utbytte av det planlagte behandlingsoppholdet og begrunnelsen for at den unge ikke ønsker slik institusjonsinnleggelse.

Dette vurderingsgrunnlaget er anvendt i alle sakene, men med noe ulike referanser. I flere saker ble det referert direkte til det siterte avsnittet ovenfor.

Fra kontrollkommisjonene har Oxford Research forsøkt å innhente alle sakene behandlet i 2015. Fordi innhenting avdekket en rekke rapporteringssvikter som ble klarlagt ved mailveksling med aktuelle kontrollkommisjonene, endte materialet opp med sju saker som direkte gjelder vurderingstemaet etter § 2-1 (2). Disse er nummerert 1–7. I tillegg omtales en sak som gjelder ungdommens motstand mot medisiner, men ikke mot hospitalisering, og om et slikt tvistesporsmål kan prøves av kontrollkommisjonen (sak 8).

Det er for øvrig ikke påfallende at det ikke finnes saker etter § 2-2 (4) i.f. fordi tilbakeholdsadgang allerede foreligger ved et samtykke etter § 2-1 med en eventuell etterfølgende prøving av kommisjonen. Det kan derfor stilles spørsmål om bestemmelsen i § 2-2 (4) egentlig har en selvstendig betydning for barn under 16 år. I alle fall finnes ikke slike saker i dette materialet.

Fem av de sju sakene er fra 2015. Fra en kontrollkommisjon som ikke kunne oppspore rapporterte 2015-saker, ble det innsendt den ene saken de hadde fra 2016. Enkelte innsendte saker omhandlet tvist om rettmessigheten av å oppstille tilbakeholdsvilkår etter § 2-2 (4) overfor voksne pasienter, og saksforholdene berørte derfor ikke temaet om ungdom 12–16 år som er uenige i hospitalisering. Disse sakene omtales derfor ikke i det videre.

3.6.2 Resultater og diskusjon

I ingen av de sju sakene om fortsatt hospitalisering på grunnlag av foreldresamtykke, ble samtykket som innleggesgrunnlag overprøvd. I disse sakene er kontrollkommisjonens vurdering en gyldighetsbetingelse for opprettholdelse av psykisk helsevern, slik det uttrykkes i ett av vedtakene. Ingen pasienter ble derved utskrevet, selv om de var uenig i fortsatt hospitalisering.

Alle vedtakene om fortsatt hospitalisering var enstemmige. Den eneste vurderingen der kontrollkommisjonen i sine vurderinger delte seg i et flertall og mindretall gjaldt sak 8 der kommisjonen ikke hadde kompetanse til å fatte en avgjørelse.

I sakene 1–7 var avgjørelsene utformet slik at det framkom kjønn på pasientene ved bruk av ham/henne. Sakene omfattet tre kvinner og fire menn. Alderen varierte fra snart 14 år til snart 16 år. Alderen ble ofte nevnt under kontrollkommisjonens vurderinger idet det legges økende vekt på pasientens egne vurderinger og autonomi jo nærmere vedkommende er 16 år som er grensen mellom «barnereglene» og «voksenreglene» i psykisk helsevernloven. Dette er i tråd med Grl. § 104 og ulike bestemmelser i barne- og helselovgivningen.

Det går tydelig fram av psykisk helsevernloven at disse sakene skal avgjøres av fulltallig kommisjon etter forhandlingsmøte. Dette skjedde i alle sakene. Møtene ble satt på den aktuelle avdelingen så nær som i sak 8 der den aktuelle pasienten ble fulgt til «modersykehuset» og møtte kontrollkommisjonen der.

Det er presisert i vedtakene at kontrollkommisjonens egen vurdering ble foretatt og avgjørelsene fattet etter at øvrige møtedeltakere i den forutgående klargjøringen hadde forlatt møtelokalet. I den forutgående runden med redegjørelser deltok pasienten selv i alle saker så nær som én der det framkom at pasienten var for syk til dette.

I denne sakstypen har den mindreårige rett til advokatbistand. I alle sakene deltok pasientens advokat. I enkelte saker deltok pasientens far og mor, i enkelte pasientens mor, mens de øvrige vedtakene var utsladdet når det gjaldt «andre deltakere», slik at det kunne være vanskelig å se hvem som deltok foruten kommisjonen, pasienten og pasientens advokat.

I alle saker var det tydelig at faglig ansvarlig (lege eller psykolog), enkelte steder supplert med annen behandler, var til stede for å redegjøre for sykehusets vurdering. Til dokumentasjon ble det i flere saker også framlagt journalmateriale og en egen faglig vurdering utarbeidet for det aktuelle møtet.

Kommisjonens prøving ble enten initiert av skriftlig eller muntlig klage fra pasienten, observert fysisk motstand mot å være på avdelingen eller ved avkrysning på anvendt innleggesskjema om at foreldresamtykket ikke ble akseptert.

I alle avgjørelsene ble det gitt en skikkelig presentasjon av vurderingstemaet kommisjonen sto overfor; og da i tråd med det som ble forelagt kommisjonen innledningsvis. Det ble gitt en fyldig dekning av pasientens vurderinger og synspunkter som ble bredt presentert, som regel da supplert av advokatens vurdering av hvorfor pasienten burde gis medhold. I én av sakene framgikk at det var enighet om at

advokaten ikke trengte å gi uttrykk for synspunkter idet saken var tilstrekkelig opplyst gjennom sykehusets, pasientens og pasientens mor sine uttalelser.

Sakene var derfor godt opplyst før kommisjonens rådslagning i enerom. Selve kontrollkommisjonens vedtak var noe ulikt oppbygd ved at det i enkelte avgjørelser først – i et eget innledningsavsnitt – ble redegjort for faktum og de ulike synspunkter på fortsatt hospitalisering. Kommisjonens vurdering fulgte deretter under overskriften «Vedtak». Andre medtok både sakens faktum, partenes synspunkter og kommisjonens egne vurderinger og avgjørelse under kommisjonens «Vedtak». Dette fikk ingen betydning for kvaliteten på avgjørelsene.

Alle avgjørelsene (gjelder sak 1–7) konkluderte med at pasientens alvorlige sykdom tilsa ro i en fortsatt behandlingssituasjon for å gi best mulighet for at pasienten selv skulle kunne lære å leve med et behandlingsopplegg som for de fleste syntes å ha et langvarig perspektiv.

Sak 8 om medisineringen burde avsluttes, ble behandlet og utformet på en helt tilsvarende måte, men da uten et konklusivt vedtak pga. kompetansemangel. De impliserte synes like fullt det var greit at kommisjonen behandlet saka slik at pasientens motstand ble vurdert og tatt på alvor. Flertallet fant at det beste for pasienten var å fortsatt gi medikamenter, i tråd med foreldresamtykket. Alt i alt framsto det «farligere» å la pasientens psykose bli stående ubehandlet. Flertallet la til grunn at pasienten bedre kunne lære å «leve med» sin psykiatriske sykdom på en bedre måte ved et fortsatt inntak av antipsykotisk medisin. Mindretallet, kontrollkommisjonens leder, fant at jenta snart fylte 16 år, og derfor ikke burde «tvangsmediseres» før det kunne foretas et lovlig, påklagbart tvangsmedisineringsvedtak.

I alle sakene foretok kommisjonen en grundig avveining av hensyn, selv om da vedtakene endte ut med fortsatt hospitalisering.

3.6.3 Oppsummerende vurderinger

De sju klagesakene syntes tilstrekkelig opplyst hva gjelder pasientens situasjon, ikke minst forelå det en konkret og umiddelbar redegjørelse for pasientens subjektive vurdering av den foreliggende situasjonen sammenholdt med faglig ansvarliges vurdering. Pasienten var i tillegg representert ved advokat.

Advokatens tilstedeværelse styrket utvilsomt den mindreåriges posisjon ved møtet i kommisjonen, og kunne derved bidra til at pasienten lettere slo seg til ro med en avgjørelse som gikk dem i mot. Deres motstand ble i alle fall tatt på alvor og medtatt i vedtaket om fortsatt hospitalisering burde finne sted eller ikke.

Kommisjonens avgjørelser i denne sakstypen består av en vanskelig avveining av motstridende hensyn. Dette ble tydeliggjort i alle kommisjonsavgjørelsene. Pasientens motstand ble tatt på alvor, selv om vurderingene konkluderte med at pasienten til tross for motstanden fortsatt burde være underlagt psykisk helsevern i institusjon. Grunnlaget for dette syntes i alle sakene å være at pasienten hadde en alvorlig psykisk lidelse med behov for langvarig behandling, og ofte selv kunne virke bagatelliserende i relasjon til dette. I vurderingen framgikk at det som regel ble lagt opp til en gradvis tilnærming til utskrivning fra institusjon med fortsatt poliklinisk oppfølging.

Alle de beskrevne vedtakene var grundige og godt disponert, og det i alle foretatt selvstendige og grundige vurderinger ut fra aktuelt regelverk.

Dersom avgjørelsene skal bedømmes ut fra det tradisjonelle spørsmålet om saksbehandling, vurderinger og konklusjon framstår overbevisende ut fra et krav til forsvarlig saksbehandling, ville svarene for alle disse avgjørelsene være 9–10 på en skala fra 1 til 10, der 1 er svært dårlig og 10 svært bra.

3.7 Kontrollkommisjonen - saksbehandling ved klager over tvangsmiddelbruk etter phvl. § 4-8

3.7.1 Lovgrunnlag og utvalg

Bruk av tvangsmidler innen psykisk helsevern er omstridte tiltak. Medicoppslag har vist at det kan foreligge manglende rapportering og journalføring av tvangsmiddelbruk.

Bruken av tvangsmidler skal nedtegnes, og det skal fattes enkeltvedtak som kan påklages av pasienten og/eller nærmeste pårørende. Lovgrunnlaget går fram av phvl. § 4-8, og bruk av tvangsmidler kan kun skje når dette er «uomgjengelig nødvendig».

Videre er lovens krav supplert med flere bestemmelser i psykisk helsevernforskriften. De bestemmelsene som er anført i klagesakene og vurdert av kontrollkomisjonene, er forskriften § 15 med generelle bestemmelser om vern om personlig integritet og pasienters rett til medvirkning. Videre er påberopt § 25 som gjelder selve avgjørelsen om bruk av tvangsmidler og hvor første ledd lyder: «Det er ikke tillatt å bruke tvangsmidler i behandlingssøyemed.»

I forskriften § 26 framgår at bruken av tvangsmidler skal gjøres så kortvarig som mulig og gjennomføres på en mest mulig skånsom og omsorgsfull måte. Pasienten skal ha kontinuerlig tilsyn. Ved fastspenning i seng eller stol skal personellet oppholde seg i samme rom som pasienten, med mindre pasienten ønsker å være alene og dette er faglig forsvarlig. Bruken av tvangsmidler skal videre vurderes fortløpende, og straks avbrytes dersom den viser seg ikke å ha de forutsatte virkninger eller har uforutsette negative konsekvenser.

Etter forskriften § 27 skal bruk av tvangsmidler treffes av den faglig ansvarlige. Selv når dette ikke er mulig i en akutt faresituasjon, skal den faglig ansvarlige ta standpunkt til om bruken av tvangsmidler skal opprettholdes.

Underretning gis både til pasienten og hans eller hennes nærmeste pårørende, med mindre pasienten motsetter seg dette.

I flere av avgjørelsene foreligger brudd på en eller flere av de forannevnte forskriftsbestemmelsene. Det gjelder personelle krav (en annen enn faglig ansvarlig fattet vedtak som ikke etterprøves), prosessuelle krav (det mangler vedtak eller oppfølgende notater) og materielle krav (tvangsmiddelbruk framstår ikke som «uomgjengelig nødvendig»). Dette fører som regel til at klager gis medhold ved at vedtaket kjennes ugyldig.

Bestemmelsen i § 4-8 (2) åpner for bruk av fire ulike former for tvangsmidler, oppsummert i fire bokstavalternativer. I dette prosjektet er det kontrollkommisjonenes saksbehandling i klagesaker over vedtak om – og faktisk bruk av– tvangsmidler etter § 4-8 (2) bokstav a og c som skulle vurderes. Dette er mekaniske tvangsmidler som hindrer pasientens bevegelsesfrihet (bokstav a). Den aktuelle tvangsmiddelbruken i de undersøkte klagesakene er bruk av belteseng og transportbelter. I mange situasjoner blir det forut for beltelegging, eller i tilknytning til denne, også brukt enkeltstående injeksjoner av korttidsvirkende legemidler i beroligende eller bedøvende hensikt (bokstav c). Det foreligger knapt klagesaker etter bokstav c. De langt fleste klagesakene gjelder bruk av belteseng, og ofte også varigheten av belteleggingen.

Oxford Research innkalte etter tilfeldig uttrekning til sammen 35 vedtak fra kontrollkommisjonene etter phvl. 4-8 (2) bokstav a og c. Flere kommisjoner etterkom ikke anmodningen, eller de fant ikke de etterspurte vedtakene. Enkelte kommisjoner ble derfor anmodet om å avgi alle aktuelle klagesaker fra 2016. Materialet omfatter derved klagesaksbehandlingen av 36 påklagede vedtak. I enkelte saker foreligger flere tett påfølgende vedtak, og da er dette vurdert som ett sammenhengende påklaget vedtak. I andre avgjørelser hadde kontrollkommisjonen i samme vedtak behandlet klager over to episoder av tvangsmiddelbruk som ligger klart fra hverandre i tid. Da er dette behandlet som to separate klagesaker.

3.7.2 Resultater og diskusjon

De 36 vedtakene var i mange tilfeller koplet til andre klager som den samme pasienten hadde fremmet, og som da ble underlagt felles behandling av kommisjonen. Dette kunne gjelde klage på etablering og opprettholdelse av tvungent psykisk helsevern etter phvl. § 3-3 eller klage på overføringsvedtak etter § 4-10. Dette førte til at prosessreglene i § 6-4 ble lagt til grunn for saksbehandlingen. Klagene kunne også være koplet med andre frihetsbegrensninger som ble vedtatt og iverksatt overfor en innlagt pasient. Dette gjaldt oftest klage på vedtak om isolering (§ 4-8 bokstav b), skjerming (§ 4-3) eller innskrenkninger i forbindelse med omverdenen (§ 4-5). I flere vedtak framgikk at pasienten også hadde klaget på vedtak om tvangsbehandling med medikamenter, men disse klagene var da behandlet av eller til behandling hos fylkesmannen.

Til sammen ble 11 klager behandlet med full kommisjon etter bestemmelsen i pbrl. § 6-4 fordi klagesaksbehandlingen også gjaldt klage på etablering av tvungent psykisk helsevern etter phvl. § 3-3 (ti saker), eller overføringsvedtak etter phvl. § 4-10 (én sak). De øvrige 25 sakene ble enten avgjort utelukkende ved gjennomgang av foreliggende dokumenter (pasientens klage, redegjørelse fra sykehuset, de tilgrunnliggende tvangsvedtakene evt. aktuelle journalnotater), eller ved at pasient, advokat og faglig ansvarlig fra sykehuset var til stede i den innledende delen av kommisjonens møte. Av de 25 sakene ble åtte avgjort utelukkende på bakgrunn av skriftlig dokumentasjon. Av alle 36 klagesakene ble hele 28 (78 %) behandlet i møte med kontradiktorisk behandling.

Kontrollkommisjonen møtte alltid fulltallig, og sammensetningen framgikk av alle vedtakene. Samtlige vedtak i § 4-8 sakene var enstemmige. Ett møte fant sted delvis på pasientens rom idet pasienten var beltelagt.

Nær sagt alle klagen gjaldt bruk av ulike former for belter. Ofte startet belteleggingen med fempunkts-fiksering hvoretter det kunne bli overgang til diagonal opplåsning via eventuell bruk av transportbelter før full opplåsning fra belter. Bare ett påklaget vedtak gjaldt samtidig injeksjon av korttidsvirkende beroligende medikament. Slike injeksjoner ble ofte gitt for å unngå beltelegging, som ledd i forberedelser til beltelegging eller etter beltelegging, men vedtakene om injeksjon av korttidsvirkende beroligende medikament ble stort sett ikke påklaget. De øvrige inngrep som var påklaget i de 36 sakene gjaldt vedtak om isolering (§ 4-8 bokstav b), skjerming (§ 4-3) eller innskrenkninger i forbindelse med omverdenen (§ 4-5), og da var det inndragning av telefon, nettbrett og liknende som var aktuelt og opptok pasienten mest ved klagesaksbehandlingen. Avgjørelsene i disse øvrige klagesakene er, ut fra oppdraget, ikke nærmere vurdert.

Et foreldrepar fikk medhold i deres klage på manglende informasjon i samband med beltelegging ved at de ikke ble informert om at sønnen ble beltelagt rett etter innkomst. I tillegg ble pasientens tilstand fra sykehusets side forsøkt «pratet bort» i telefonen. Deres overraskelse var derfor stor da de skulle besøke sønnen og fant ham utslått av medikamenter og liggende i belteseng. Deres klage på varigheten av belteleggingen ble også gitt medhold. Sønnens klage på selve belteleggingen ble derimot ikke tatt til følge.

Det er naturligvis av interesse å se om pasientene fikk medhold i sine klager eller ikke. I de 36 klagesakene var det et flertall (23 pasienter) som ikke fikk medhold (64 %). Seks pasienter eller pårørende ble gitt fullt medhold i klagen (17 %), mens sju pasienter eller pårørende ble gitt delvis medhold (19 %). Samtlige saker med *delvis* medhold skyldes kommisjonenes vurderinger av at selve belteleggingen framsto som «uomgjengelig nødvendig» da den ble initiert og vedtatt, mens varigheten syntes å gå ut over kravene i lov og forskrift, jf. forskriften § 26 om at bruken av tvangsmidler skal gjøres «så kortvarig som mulig».

Når pårørende klaget var det som regel sammen med pasienten, og klager var da alltid én eller begge foreldre til unge voksne pasienter.

Mange av klagen gjaldt beltelegging som ble initiert ikke lenge etter ankomsten til sykehuset der pasienten var urolig eller aggressiv, og samtidig vanskelig å få kontakt med. Flere var blitt fulgt til sykehuset med politieskorte. Om situasjonen da ikke roet seg etter skjerming og eventuelle injeksjoner med beroligende medikamenter, kunne beltelegging framstå som et helt nødvendig tiltak for å hindre skader på personale eller på pasienten selv. Andre pasienter med tendens til selvskadende atferd kunne iverksette alvorlig dunking av hode mot vegg eller gulv. Også i disse situasjonene kunne beltelegging være et siste, nødvendig inngrep for å stoppe handlinger med et stort skadepotensial.

Felles for de langt fleste vedtakene var at kontrollkomisjonene gikk langt i sin prøvningsintensitet. De innhentet tilstrekkelig dokumentasjon til å kunne vurdere hvorvidt beltebruken alt i alt ble startet på et nærmest nødrettslig grunnlag, og om gjennomføringen ble adekvat og forsvarlig fulgt opp av behandlingsansvarlige ved sykehuset, og om beltebruken tok slutt når det ikke lenger var grunnlag for denne.

Det ble i enkelte saker pekt på at overfor enkelte pasienter kunne sykehusets tilnærming til fortsatt beltelegging framstå som å være et terapeutisk virkemiddel (gradvis opplåsning, selv når pasienten var rolig), ved gradvis «økning av timetallet» uten reimer. Dette er ikke i henhold til regelverket.

I ett tilfelle var kommisjonens vurdering at belteleggingen framsto mer som straff enn som et nødrettslig begrunnet inngrep overfor pasienten, og det ble derved kjent ugyldig.

Det skal likevel understrekes at de langt fleste påklagede vedtakene fra sykehusets/faglig ansvarliges side var godt begrunnet.

De fleste kommisjonsvedtakene i klagesakene ble som nevnt fattet etter kontradiktorisk behandling med pasient og advokat på den ene siden og faglig ansvarlig fra sykehuset på den andre siden for å kunne opplyse saksforholdene og vurderingene forut for vedtaket om tvangsmiddelbruk, eventuelt også opplyse nærmere om begrunnelsen for varigheten av denne.

Kommisjonene tok alvorlig på saksbehandling og utforming av vedtakene ved klager over bruk av belter. Kommisjonene ga som regel utfyllende vurderinger før de kom til slutningen om klagen skulle tas til følge eller ikke. Dette ga en tilbakemelding til klager om at deres ankepunkter ble tatt på alvor. Samtidig kunne de nyanserte vedtakene også gi viktige tilbakemeldinger til sykehusene om hvordan ikke bare klageren, men også eventuelt andre pasienter i en tilsvarende situasjon, burde kunne møtes i liknende, kritiske situasjoner i framtiden for på sikre at regelverket blir fulgt. Når alle vedtakene oppfylte kravene til begrunnelse i fvl. § 25. I tre av de dårligst rangerte vedtakene skjedde saksbehandlingen utelukkende på grunnlag av framlagt dokumentasjon. Men dette var også tilfellet i én av sakene der advokat og pasient var til stede. Materialet er for lite til å si noe systematisk om betydningen av kontradiksjon, men inntrykket er at et forutgående møte med pasient, advokat og faglig ansvarlig ikke bare hever kvaliteten på saksbehandlingen, men også på vedtakets begrunnelse.

3.7.3 Oppsummerende vurderinger

I Helsedirektoratets rapport IS-2452 *Kontroll av tvangsbruk i psykisk helsevern i 2015* (publisert november 2016) framgår i punkt 2.6.3 at til sammen 24 kontrollkommisjoner behandlet 71 klagesaker over vedtak om bruk mekaniske tvangsmidler. Av disse fikk 10 pasienter medhold i klagen, 42 fikk avslag, 3 ble avvist og de øvrige trukket. I vårt materiale var medholdsfrekvensen langt høyere, ikke minst om man tar med kategorien delvis medhold; til sammen utgjorde summen av «medhold» (klagen tatt til følge) og «delvis medhold» i vårt materiale 36 % av vedtakene.

Klagesakene bar selvfølgelig preg av at det er en selektert gruppe pasienter blant pasienter som ble utsatt for bruk av belteseng. Den forutgående atferden syntes nesten alltid å kunne innebære alvorlig fare for pasienten eller personale. I begrenset utstrekning var det bare ødeleggelse av service eller lignende materielle ødeleggelser som utløste et vedtak om belteseng. Men når slike gjenstander ble kastet etter ansatte, oppsto spørsmålet om ikke bruk av tvangsmidler måtte framstå som uomgjengelig nødvendig. Som regel ble da bruk av belteseng forutgått av vedtak om skjerming og/eller isolasjon, eventuelt av kortvarig fastholding og/eller injeksjon av korttidsvirkende beroligende medikamenter. Det er først når disse tiltakene ikke førte til kontroll i situasjonen, at beltelegging syntes aktuelt. Stort sett var derfor lempeligere midler forsøkt, og da i tråd med regelverket. Unntaket her gjaldt den ene

saken der beltelegging av kommisjonen ble vurdert som represalie for manglende lydighet i en konkret, ufarlig situasjon.

Det var som sagt varigheten av belteleggingen som i dette materialet framsto som et ankepunkt mot bruken i praksis. Det manglet dokumentasjon i de fleste sakene der klagen ble tatt til følge, om at det ble foretatt løpende, selvstendige vurderinger nedfelt i journalnotater for hvorfor fortsatt beltelegging ble ansett som et nødvendig tiltak. Dette framsto som en mangel når de parallelle rapportene fra avdelingspersonell ofte beskrev en rolig pasient som de oppnådde en rimelig god kontakt med.

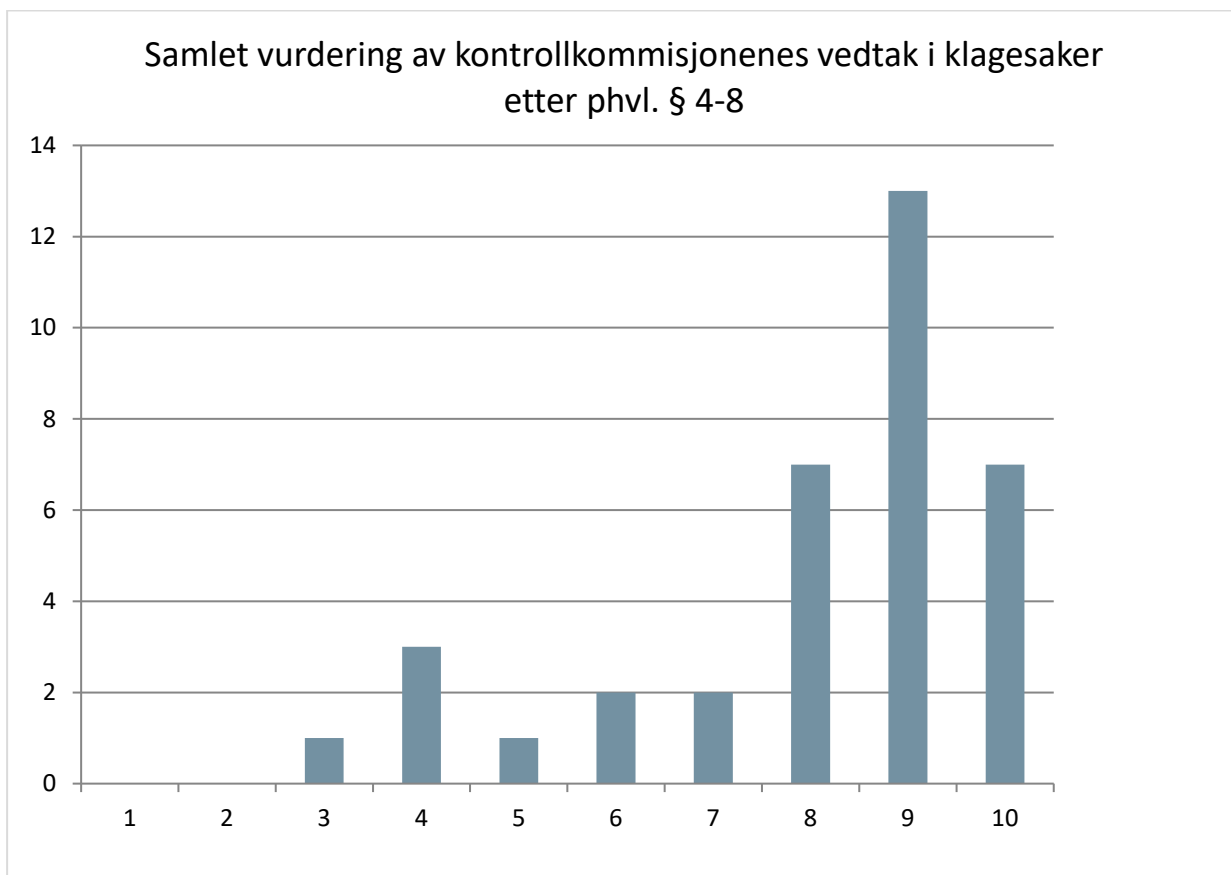
Vedtakene delte seg i tre grupper ved vurderingen av om kontrollkommisjonens saksbehandling og selve vedtaksutformingen holdt et tilfredsstillende kvalitativt mål, og da vurdert opp mot de lov- og forskriftsbestemte kravene som er oppstilt for denne vedtakstypen.

I tabellen nedenfor foreligger den samlede vurderingen av de 36 vedtakene, ved at følgende spørsmål er besvart etter den konkrete vedtaksanalysen: «Synes saksbehandling, vurderinger og konklusjon overbevisende ut fra et krav til forsvarlig saksbehandling? – Svaret på denne bedømmingen, i Oxfords evaluering, skal gis på en skal fra 1 til 10, der 1 er svært dårlig og 10 svært bra.»

Av vedtakene er det bare ett vedtak som vurderes til ikke å tilfredsstille minimumskrav (1 til 3). Seks vedtak framstår ved denne vurderingen som middels tilfredsstillende (4 til 6). Tre av disse sju vedtakene ble fattet bare på grunnlag av skriftlig dokumentasjon.

De øvrige 29 vedtakene (81 %) fordeler seg med 20 vedtak som holder et høyt nivå (9 og 10) og 9 vedtak som holder et tilstrekkelig nivå (7 og 8).

Figur 6: Samlet vurdering av kontrollkommisjonens vedtak i klagesaker etter phvl. § 4-8



4. Fylkesmannens behandling av saker etter pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4A

4.1 Lovgrunnlag og utvalg

4.1.1 Innledning

Pasient- og brukerrettighetsloven (pbrl.) kapittel 4A gir helsepersonell adgang til å gi tvungen somatisk helsehjelp der pasienter uten samtykkekompetanse motsetter seg dette. Formålet med reglene i pbrl. kap. 4A er todelt:

- Sikre nødvendig helsehjelp til pasienter som mangler samtykkekompetanse og som motsetter seg helsehjelpen.
- Forebygge og redusere bruken av tvang. Dette hensynet kommer til uttrykk ved at det i loven oppstilles strenge vilkår for å yte helsehjelp ved bruk av tvang. Det er i tillegg lovfestet særskilte saksbehandlingsregler for vedtak etter pbrl. kap. 4A og egne regler om overprøving og etterfølgende kontroll.

Det er viktig å bemerke at kap. 4A ikke gjelder for undersøkelse og behandling av psykisk lidelse uten eget samtykke. Slik helsehjelp er regulert i psykisk helsevernloven. Pasienter med psykiske lidelser kan like fullt motta somatisk helsehjelp etter reglene i pbrl. kap. 4A.

Reglene i pbrl. kap. 4A gjelder både i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, tannhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Helsehjelp kan gis ulike steder, i institusjon, for eksempel sykehjem eller sykehus, og hjemme hos pasienten, herunder i omsorgsboliger.

Hovedregelen er at pbrl. kap. 4A gjelder uansett hvor helsepersonell yter helsehjelpen. Innleggelse og tilbakeholdelse som pasienten motsetter seg, kan imidlertid bare skje i helseinstitusjon, jf. § 4A-4 andre ledd. Med helseinstitusjon menes helseinstitusjon som hører under spesialisthelsetjenesteloven og helse- og omsorgstjenesteloven, herunder spesialiserte helseinstitusjoner (medregnet sykehus) og sykehjem.

4.1.2 Vilkårene for tvungen helsehjelp

For at helsepersonell kan gi tvungen helsehjelp må vilkårene i pbrl. § 4A-3 være oppfylt. Bestemmelsen gjengis i sin helhet:

”Før det kan ytes helsehjelp som pasienten motsetter seg, må tillitskapende tiltak ha vært forsøkt, med mindre det er åpenbart formålsløst å prøve dette. Opprettholder pasienten sin motstand, eller vet helsepersonellet at vedkommende med stor sannsynlighet vil opprettholde sin motstand, kan det treffes vedtak om helsehjelp dersom

- a) en unnlatelse av å gi helsehjelp kan føre til vesentlig helseskade for pasienten, og
- b) helsehjelpen anses nødvendig, og
- c) tiltakene står i forhold til behovet for helsehjelpen.

Selv om vilkårene i første og andre ledd er oppfylt, kan helsehjelp bare gis der dette etter en helhetsvurdering framtrer som den klart beste løsningen for pasienten. I vurderingen av om slik helsehjelp skal gis, skal det blant annet legges vekt på graden av motstand samt om det i nær fremtid kan forventes at pasienten vil kunne gjenvinne sin samtykkekompetanse”.

Pbrl. § 4A-3 første ledd fastslår at før det kan ytes helsehjelp til en pasient uten samtykkekompetanse og som motsetter seg helsehjelpen, skal helsepersonellet forsøke med tillitsskapende tiltak. Dette innebærer at helsepersonell skal forsøke å legge til rette for at helsehjelpen kan gis uten å bruke tvang. Av § 4A-3 andre ledd følger det at dersom pasienten til tross for forsøk med tillitsskapende tiltak, opprettholder sin motstand, kan det være adgang til å gi pasienten helsehjelp dersom vilkårene i loven er oppfylt.

Det er et vilkår for å yte helsehjelp etter kap. 4A, at det kan føre til *vesentlig helseskade* for pasienten dersom man unnlater å gi helsehjelp. Det blir med andre ord stilt krav til konsekvensene av at den aktuelle helsehjelpen uteblir. Kap. 4A gir ikke adgang til å yte helsehjelp på grunn av fare for skade på andre enn pasienten.

Helseskade omfatter både fysisk og psykisk skade. Kap. 4A kan altså gi adgang til å yte helsehjelp dersom unnlatelse kan føre til vesentlig psykisk helseskade, for eksempel smertetilstander. Kap. 4A gir imidlertid ikke adgang til å gripe inn med helsehjelp for en psykisk lidelse som allerede har oppstått. Dersom hensikten med helsehjelpen for eksempel er å hindre utviklingen av en allerede eksisterende psykisk lidelse, må helsehjelpen gis etter reglene i psykisk helsevernloven, jf. § 4A-2 andre ledd. At helseskaden må være vesentlig, vil si at den må ha et betydelig omfang og/eller alvorlige konsekvenser.

I tillegg til kravet om forsvarlig helsehjelp må helsehjelpen anses *nødvendig*. Hva som er nødvendig, må avgjøres etter en konkret faglig vurdering av det helsemessige behovet til pasienten.

Tiltaket må videre stå i forhold til behovet for helsehjelpen, jf. bokstav c. Vilkåret overlapper til dels vilkåret om vesentlig helseskade og nødvendig helsehjelp, men inneholder i tillegg et krav om en forholdsmessighetsvurdering mellom behovet for helsehjelp og tvangen. Selv om det er fare for vesentlig helseskade dersom den nødvendige helsehjelpen ikke blir gitt, må helsepersonellet også vurdere om tvangstiltaket står i forhold til behovet for helsehjelp. Tiltaket må virke klart mer positivt enn de negative konsekvensene av å bruke tvang før kravet om forholdsmessighet skal anses oppfylt.

Dersom helsepersonellet konstaterer at vilkårene for tvungen helsehjelp i § 4A-3 andre ledd er oppfylt, skal det til slutt foretas en *helhetsvurdering*. Helsehjelpen kan bare gis når dette etter helhetsvurderingen fremstår som den klart beste løsningen for pasienten.

4.1.3 Fylkesmannens rett og plikt til overprøving av tvangsvedtak

Det følger av pbrl. § 4A-7 at vedtak om helsehjelp kan påklages til Fylkesmannen av pasienten eller pasientens nærmeste pårørende. Klageadgangen er en sentral rettsikkerhetsgaranti, men tilstanden til mange pasienter tilsier at de ikke er i stand til å fremme eller forstå rekkevidden av en forvaltningsklage.

På grunn av disse omstendigheter pålegger loven den instans («virksomheten») som treffer vedtaket å sende kopi av dette til Fylkesmannen, jf. § 4A-6. Det fremkommer av § 4A-8 at Fylkesmannen av eget tiltak *kan* overprøve vedtak som er truffet. Dersom et vedtak om helsehjelp ikke er påklaget og helsehjelpen vedvarer, *skal* Fylkesmannen når det har gått tre måneder fra vedtaket ble truffet, av eget tiltak vurdere om det fortsatt er behov for helsehjelpen.

Statens helsetilsyn har i retningslinjer fastsatt at Fylkesmannen i sin innledende overprøving skal undersøke om det i vedtaket er gitt en begrunnelse som godtgjør at lovens vilkår er oppfylt. Deretter skal Fylkesmannen påse at lovens vilkår er oppfylt.

Dersom Fylkesmannen finner at vedtaket oppfyller alle lovens krav tas vedtaket til etterretning, og helsehjelpen fortsetter i tråd med vedtaket. Hvis Fylkesmannen ved første gjennomgang finner at vedtaket har mangler i form av brudd på saksbe- handlingsregler eller materielle vilkår, må vedtaket i følge Helsetilsynets rundskriv undersøkes nærmere.

Tas vedtaket til etterretning anbefaler Helsetilsynet at det rutinemessig sendes et brev til virksomheten, hvor det bes om en rapport når helsehjelpen har vart i tre måneder.

Fylkesmannen skal ved vedtak som ikke er påklaget, og hvor helsehjelpen gis for mer enn tre måneder, foreta en etterkontroll. Kontrollen skal bidra til å redusere faren for eventuell urettmessig krenkelse av pasientens selvbestemmelsesrett. Fylkesmannen skal primært vurdere om det fortsatt er behov for tvungen helsehjelp og undersøke om vilkårene for fortsatt tvungen helsehjelp er oppfylt. Lovens forarbeider forutsetter at fylkesmannen fatter enkeltvedtak når det tas stilling til spørsmålet om videreføring av helsehjelp med tvang. Dette gjelder uavhengig av om beslutningen går ut på videreføring, endring eller oppheving av helsetjenestens (underinstansens) vedtak.

Saksbehandlingsreglene i forvaltningsloven (fvl.) gjelder også for Fylkesmannens behandling av spørsmålet om vilkårene for bruk av tvang fremdeles er oppfylt. Av betydning her er fvl. § 17, der det heter at forvaltningsorganet skal se til at saken er så godt opplyst som mulig før det blir truffet vedtak. Fylkesmannen må derfor vurdere om man har nok opplysninger i saken, eller om det må innhentes mer informasjon før vedtak fattes.

4.1.4 Utvalg

Utvalget av saker fra 2016 etter pbrl. kap. 4A består av følgende sakstilfang:

- Alle 20 vedtak i klagesaker etter pbrl. § 4A-7, dvs. helsehjelp som pasienten motsetter seg
- 25 tilfeldig uttrukne vedtak der fylkesmannen av eget tiltak omgjør kommunens/spesialisthelsetjenestens vedtak jf. pbrl. § 4A-8 første ledd

- 25 tilfeldig uttrukne vedtak om innleggelse og tilbakehold i institusjon, enten fylkesmannen godkjenner dem eller ikke
- 30 tilfeldig uttrukne vedtak om bruk av legemidler som pasienten motsetter seg

Statens helsetilsyn gjennomførte trekningen og sendte bestillingsliste til de ulike fylkesmannsembetene.

Til sammen er 100 saker gjennomgått. Dette innebærer imidlertid ikke at Fylkesmannen har truffet et eget vedtak i alle sakene. Årsaken er at Fylkesmannen ikke har noen lovpålagt plikt til å treffe et nytt enkeltvedtak ved den innledende kontrollen etter pbrl. § 4A-8 første ledd. I flere saker foreligger det derfor brev eller interne notater i stedet for et formelt vedtak fra Fylkesmannen. I noen saker foreligger kun underinstansens vedtak og eventuelt journalnotater.

4.2 Resultater og diskusjon

4.2.1 Innledning

Felles for de utvalgte kategoriene av vedtak er at saksbehandlingen for Fylkesmannen er skriftlig. I motsetning til for eksempel saker for domstolene eller fylkesnemnda er det ikke muntlige forhandlinger som et ledd i Fylkesmannens saksbehandling. Pasienten eller nærmeste pårørende har imidlertid rett til å bringe Fylkesmannens vedtak inn for domstolene etter tvistelovens kapittel 36. I disse tilfellene gis det fri sakførsel. I praksis skjer dette ytterst sjeldent.

Det følger av pbrl. § 4A-9 at reglene i forvaltningsloven kommer til anvendelse "så langt de passer". Rettssikkerhetshensyn veier tungt i disse sakene, og de grundige saksbehandlingsreglene i forvaltningsloven skal ivareta dette hensynet. Et sentralt spørsmål for undersøkelsen er dermed om sakene er opplyst tilstrekkelig før ny avgjørelse treffes (fvl. § 17), herunder om begrunnelsen viser til (i) de regler vedtaket bygger på, (ii) de faktiske forhold som ligger til grunn for avgjørelsen og (iii) de hovedhensyn som har vært avgjørende ved utøving av forvaltningsmessig skjønn (fvl. § 25).

4.2.2 Sakens opplysning

Fylkesmannen har plikt til å klarlegge faktum i saken, både i forbindelse med klage, den innledende prøvingen av vedtakene og ved tremånederskontrollen. Ved etterkontrollen er det særlig viktig å vurdere om saken er så godt opplyst som mulig før nytt vedtak treffes, jf. fvl. § 17. Da det har gått tre måneder fra vedtaket om tvungen helsehjelp ble truffet, kan situasjonen for pasienten ha endret seg betydelig.

Fylkesmannen har gjennomgående fremskaffet relevante fakta for å kunne vurdere pasientens helse-tilstand på prøvingstidspunktet. Dette skjer ved at Fylkesmannen ber om en statusrapport og journalnotater fra underinstansen som et ledd i tremånederskontrollen. I de tilfeller saken ikke er tilstrekkelig opplyst eller begrunnelsen fra underinstansen er mangelfull, følger Fylkesmannen opp dette, enten ved å be om ytterligere opplysninger eller ved å oppheve underinstansens vedtak. Her synes det å være

noe ulik praksis mellom fylkesmannsembetene ved valg av fremgangsmåte. I de tilfeller underinstansen ikke etterkommer Fylkesmannens krav om ytterligere opplysninger, er praksisen konsekvent ved at vedtaket oppheves av Fylkesmannen.

4.2.3 De faktiske forhold som ligger til grunn for avgjørelsen

Samtlige vedtak som er undersøkt gir en redegjørelse for de faktiske forhold som ligger til grunn for avgjørelsen, jf. fvl. § 25. Omfanget og grundigheten av dette varierer imidlertid noe. Som et minimum gjengir samtlige vedtak pasientens helsetilstand og diagnose og hvorfor helsehjelpen er nødvendig. Dette baserer seg som regel på opplysninger som fremkommer av underinstansens vedtak, journalnotater og statusrapporter hvor dette er etterspurt.

I noen saker gir imidlertid ikke Fylkesmannen selv noen beskrivelse av for eksempel hvorfor pasienten ikke har samtykkekompetanse eller hvilke tillitsskapende tiltak som har vært forsøkt. Enkelte vedtak må ses i sammenheng med det underliggende vedtaket fordi Fylkesmannen på dette punkt viser til opplysninger som fremgår av vedtaket, uten at de selv gjengir dem. Til eksempel forekommer det setninger som at: "Fylkesmannen legger til grunn at pasienten mangler samtykkekompetanse ut fra de opplysninger som fremgår av kommunens vedtak". Dette er neppe noen saksbehandlingsfeil ut fra de krav som oppstilles etter fvl. § 25, men det nærmere innholdet kunne med fordel ha vært gjengitt. Det følger samtidig av fvl. § 25 at dersom de faktiske forhold er beskrevet i et dokument som er gjort kjent for parten, er en henvisning til den tidligere framstilling tilstrekkelig. I tilfelle skal det i underretningen til parten vedlegges kopi av framstillingen.

Videre er det noe variert praksis hva gjelder omfanget av Fylkesmannens gjengivelse av de faktiske forhold. Enkelte vedtak gir en svært grundig redegjørelse for sakens faktum, mens andre vedtak er knappe på dette punktet. Lovens krav til gjengivelse av saksforholdet anses imidlertid å være tilfredsstillt i samtlige vedtak, jf. fvl. § 25.

Ulikhetene synes ikke å ha sammenheng med om vedtaket er truffet etter forutgående klage eller som et ledd i Fylkesmannens tremånederskontroll.

Heller ingen klare funn kan utledes fra vedtakskategoriene som gjelder innleggelse/tilbakeholdelse i helseinstitusjon og bruk av reseptbelagte legemidler.

4.2.4 Regelverk

Det fremgår av fvl. § 25 første ledd at i den utstrekning det er nødvendig for å sette parten i stand til å forstå vedtaket, skal begrunnelsen også gjengi innholdet av reglene eller den problemstilling vedtaket bygger på.

Samtlige undersøkte vedtak gir som et minimum en gjengivelse av de problemstillinger vedtaket bygger på. Dette forekommer ved at fylkesmennene i sin begrunnelse oppstiller lovens kriterier til at tvangen kan gis og deretter gir en redegjørelse for hvorfor vilkårene er oppfylt. Noen fylkesmannsbeholder synes å ha inntatt de relevante lovparagrafer i sin helhet som en standard innledning i vedtaket. Samtlige vedtak har uansett en henvisning til de relevante paragrafer i pbrl. kap. 4A.

Samlet sett fremstår praksis å være i tråd med forvaltningslovens krav. Men også her er det noe variasjon mellom embetene i hvilken utstrekning relevant lovtekst og andre rettskilder gjengis i vedtaket. Ulikhetene synes ikke å ha sammenheng med om vedtaket er truffet etter forutgående klage eller som et ledd i Fylkesmannens tremånederskontroll. Heller ingen klare funn kan utledes fra vedtakskategoriene som gjelder innleggelse/tilbakeholdelse i helseinstitusjon og bruk av reseptbelagte legemidler.

4.2.5 Bevisvurdering, rettsanvendelse og skjønnsutøvelse

De hovedhensyn som har vært avgjørende ved utøving av forvaltningsmessig skjønn, bør nevnes, jf. fvl. § 25 tredje ledd. Bestemmelsen må imidlertid ses i sammenheng med de spesielle reglene i pbrl. § 4A-3 som setter vilkår for når tvang kan brukes overfor pasientene.

Graden av kvalitet og grundighet varierer her i stor grad. Jevnt over de fleste vedtak gir en god begrunnelse for Fylkesmannens vurdering av lovens kriterier, herunder hvilke hovedhensyn som har vært avgjørende ved vurderingen.

Enkelte vedtak har likevel en summarisk begrunnelse for hvorfor tvangen er lovmessig. Som eksempel kan fremheves vedtaket i sak 2016/3771 hvor det gis følgende vurdering av vilkårene etter pbrl. § 4A-3:

"Tvangsbruken vurderes som nødvendig for å forhindre vesentlig helseskade hos deg, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 4A-3."

Vedtaket gjaldt tvungen stell og vask, inngrep i kroppen og fastholdelse av pasienten og ble stadfestet av Fylkesmannen som et ledd i den lovpålagte tremånederskontrollen. Vedtaket nevner de kriterier loven oppstiller for at tvang kan utøves, men gir ingen nærmere begrunnelse for hvorfor tvangen er nødvendig for å forhindre vesentlig helseskade hos pasienten. Vedtaket i sak 2016/7245 konkluderer med at "vilkårene for tvang er fortsatt oppfylt", uten noen nærmere begrunnelse for hvorfor lovens krav til tvungen helsehjelp faktisk er innfridd. Tiltaket gjaldt tvangsmessig bruk av reseptbelagte legemidler overfor en dement pasient. Begge vedtakene vurderes likevel som innenfor lovens minstekrav til begrunnelse.

I andre enden av skalaen finnes vedtak som gir en utfyllende begrunnelse og vurdering av lovens krav til tvungen helsehjelp. De fleste vedtak ligger imidlertid i et øvre "midtsjikt", som oppfyller lovens krav til begrunnelse med god margin. Ulikhetene synes ikke å ha sammenheng med om vedtaket er truffet etter forutgående klage eller som et ledd i fylkesmannens tremånederskontroll. Heller ingen klare funn kan utledes fra vedtakskategoriene som gjelder innleggelse/tilbakeholdelse i helseinstitusjon og bruk av reseptbelagte legemidler.

Det følger av pbrl. § 4A-3 siste ledd at dersom vilkårene for tvungen helsehjelp i § 4A-3 andre ledd er oppfylt, skal det til slutt foretas en *helbetsvurdering*. Helsehjelpen kan bare gis når dette etter helbetsvurderingen fremstår som den "klart beste løsningen" for pasienten. Kun et fåtall vedtak innehar en slik vurdering i begrunnelsen for tvungen helsehjelp. Leser man begrunnelsene i sammenheng fremgår det

som regel implisitt at Fylkesmannen faktisk har foretatt en slik vurdering. Det kunne imidlertid med fordel fremgå av vedtakene at en helhetsvurdering er foretatt slik loven foreskriver.

4.2.6 Særlig om klagesakene

Som tidligere nevnt har undersøkelsen vurdert samtlige 20 vedtak i klagesaker etter pbrl. § 4A-7 for året 2016. Det kan imidlertid ikke utledes noen særskilte funn hva gjelder kvaliteten i saksbehandlingen og begrunnelse for disse vedtakene. Dette fremstår kanskje noe overraskende fordi ved klagesaker er det tydeliggjort at det foreligger motforestillinger hos pasienten eller pårørende mot det aktuelle tiltaket. Dette kunne ført til en bredere tilnærming til de vurderingspregede vilkårene.

4.2.7 Særlig om vedtakene hvor fylkesmannen opphever underinstansens vedtak

I grunnlaget for bestillingen fra Statens helsetilsyn lå også 25 tilfeldig uttrukne vedtak der fylkesmannen av eget tiltak omgjør kommunens/spesialisthelsetjenestens vedtak, jf. pbrl. § 4A-8 første ledd. Uten at dette har betydning for hva undersøkelsen skal vurdere kan nevnes at ingen av disse vedtakene var en *omgjøring* eller *endring* av underinstansens vedtak. I samtlige saker *opphevet* fylkesmannen underinstansens vedtak. I de fleste tilfeller skyldtes dette mangelfull begrunnelse i underinstansens vedtak, bruk av psykofarmaka til behandling av psykiske lidelser hos pasienten, eller saker hvor fastlegen hadde truffet vedtak om både innleggelse og tilbakeholdelse i helseinstitusjon. Vedtak om tilbakeholdelse i helseinstitusjon skal imidlertid treffes av ansvarlig helsepersonell ved helseinstitusjonen og ikke av pasientens fastlege.

4.3 Oppsummerende vurderinger

4.3.1 Sakens opplysning

Samtlige undersøkte vedtak har hatt en saksbehandling som oppfyller forvaltningslovens krav til opplysning av saken, jf. fvl. § 17.

4.3.2 De faktiske forhold som ligger til grunn for avgjørelsen

Samtlige undersøkte vedtak har gir en redegjørelse for de faktiske forhold som tilfredsstiller lovens krav, jf. fvl. § 25. Omfanget og grundigheten av dette varierer en del.

4.3.3 Regelverk

Samtlige vedtak oppfyller lovens krav til gjengivelse av de problemstillinger eller regelverk som avgjørelser bygger på, jf. fvl. § 25. Noen fylkesmannsembeter synes å ha inntatt de relevante lovparagrafer i sin helhet som en standard innledning i vedtaket. Samtlige vedtak har imidlertid en henvisning til de relevante paragrafer i pbrl. kap. 4A.

4.3.4 Bevisvurdering, rettsanvendelse og skjønnsutøvelse

Graden av kvalitet og grundighet varierer her i stor grad. Jevnt over de fleste vedtak gir en god begrunnelse for fylkesmannens vurdering av lovens kriterier, herunder hvilke hovedhensyn som har vært avgjørende ved vurderingen. Samtlige vedtak vurderes imidlertid til å ligge innenfor lovens minstekrav, jf. fvl. § 25.

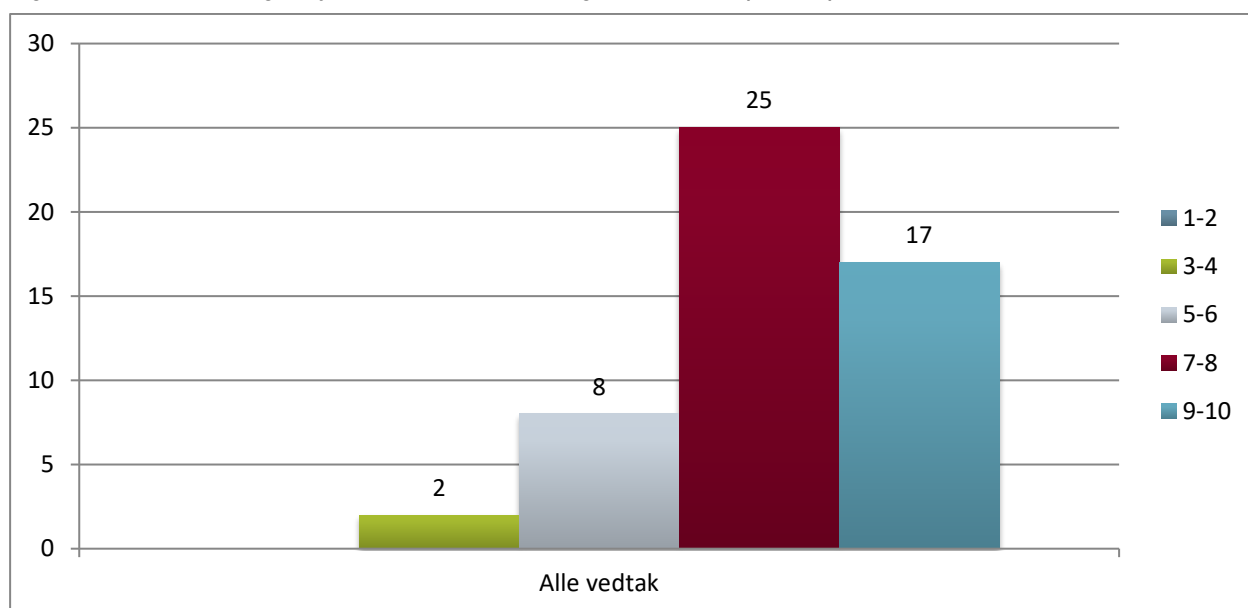
4.3.5 Samlet vurdering av kvaliteten ved fylkesmennenes begrunnelser

Kvaliteten i begrunnelsene for vedtak etter pbrl. kap. 4A synes i all hovedsak å være god. De fleste vedtak er tilsynelatende basert på en grundig saksbehandling hvor også begrunnelsen klart overstiger lovens minstekrav på samtlige punkter. Grundighet må alltid ses i sammenheng med kravet til effektivitet, og en nærliggende årsak til knappe begrunnelser kan nettopp skyldes tidspress og stort sakstilfang ved embetene.

4.3.6 Statistisk analyse av vedtakenes kvalitet

Samtlige vedtak er under analysen gitt en samlet vurdering av avgjørelsens kvalitet på en skala fra 1 til 10. Som det fremgår av tabell 1 ligger de langt fleste vedtak i intervallet 7-8 og 9-10. Dette samsvarer med de ovenfor beskrevne funn.

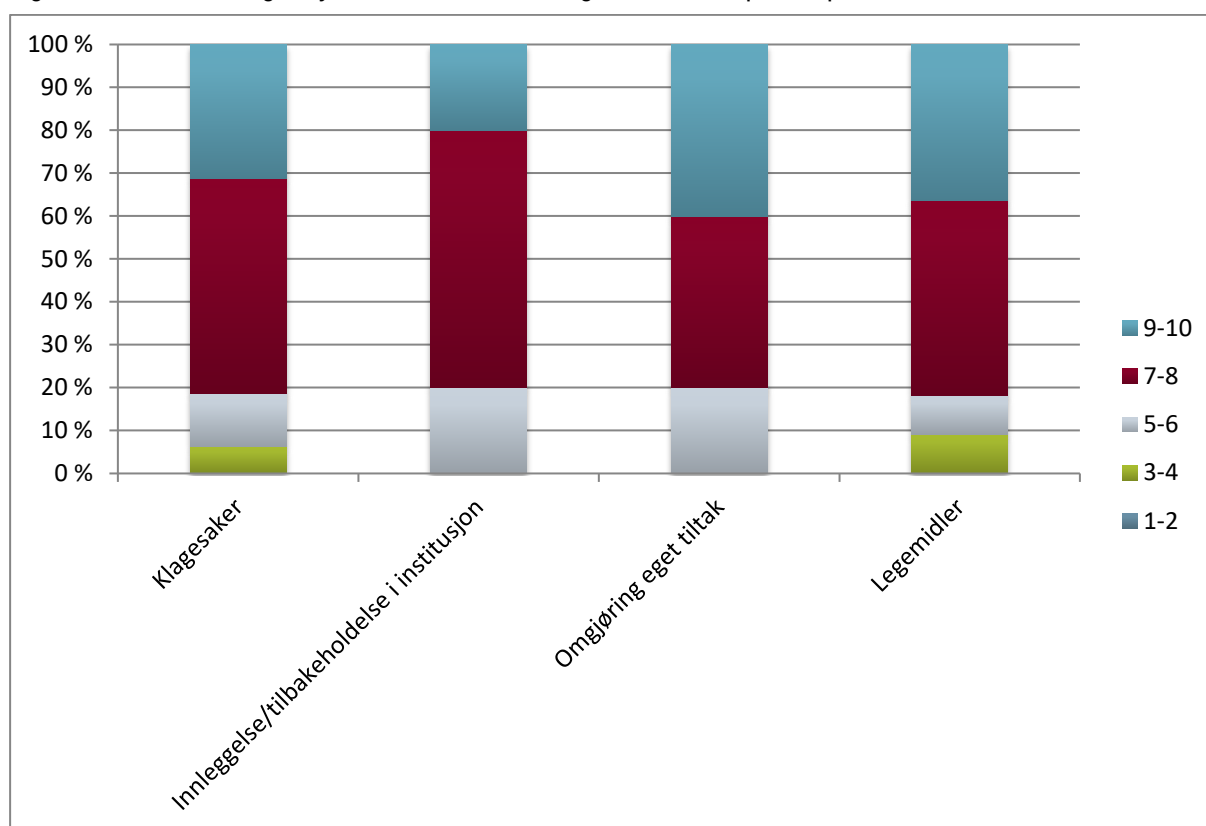
Figur 7: Samlet vurdering av fylkesmannens behandling av saker etter pbrl. Kapittel 4A



Som det framgår er ingen av vedtakene vurdert til 1–2, og bare to vedtak ligger i nedre område (3–4).

Ulikhetene i kvalitet synes ikke å ha sammenheng med om vedtaket er truffet etter forutgående klage eller som et ledd i fylkesmannens tremånederskontroll. Heller ingen klare funn kan utledes fra vedtakskategoriene som gjelder innleggelse/tilbakeholdelse i helseinstitusjon og bruk av reseptbelagte legemidler. Dette underbygges av tabell 2 hvor vedtakskategoriene sammenliknes:

Figur 8: Samlet vurdering av fylkesmannens behandling av saker etter pbrl. Kapittel 4A



5. Helse- og omsorgstjenesteloven (hol)

5.1 Fylkesmannen overprøving etter hol § 9-8 og der fylkesmannen ikke godkjenner kommunens vedtak

5.1.1 Lovgrunnlag og utvalg

I helse- og omsorgstjenesteloven (hol.) § 9-5 er det oppstilt vilkår for at kapittelets tvangsbestemmelser skal kunne anvendes. Kapittelets overskrift er «Rettsikkerhet ved bruk av tvang og makt overfor enkelte personer med psykisk utviklingshemning». Blant annet kan det i medhold av § 9-5 (3) fattes vedtak om å anvende tvang og makt etter bokstav b som «planlagte skadeavvergende tiltak i gjentatte nødssituasjoner» og etter bokstav c som «tiltak for å dekke brukerens eller pasientens grunnleggende behov for mat og drikke, påkledning, hvile, søvn, hygiene og personlig trygghet, herunder opplærings- og treningstiltak».

Felles for vedtakstypene etter § 9-5 (3) bokstav b og c er at de ikke kan iverksettes før de er overprøvd og eventuelt godkjent av FM. Dette framgår av § 9-8 (1) der det samtidig vises til kravene til kommunens saksbehandling i § 9-7. Ytterligere vilkår er opplistet i hol. §§ 9-3 til § 9-6. Videre begrenses tvangsbruk av formålsbestemmelsen i hol. § 9-1 (1) som åpner for bruk av tvang for å «hindre at personer med psykisk utviklingshemning utsetter seg selv eller andre for vesentlig skade og forebygge og begrense bruk av tvang og makt». Videre skal tjenestetilbudet etter hol. § 9-1 (2) «tilrettelegges med respekt for den enkeltes fysiske og psykiske integritet, og så langt som mulig i overensstemmelse med brukerens eller pasientens selvbestemmelsesrett».

Etter hol. § 9-8 (1) andre punktum skal FM prøve alle sider av saken. Videre skal vergen, som skal oppnevnes for slike saker om ikke verge allerede er oppnevnt, og pårørende i vedtaket gis opplysning om klageadgangen etter § 9-11 (2).

Statens helsetilsyn har etter anmodning fra Oxford Research foretatt et tilfeldig utvalg på 15 saker der FM *ikke* har godkjent et kommunalt tvangsvedtak med ett eller flere tiltak som faller inn under § 9-5 (3) bokstav b og/eller c. I Helsetilsynets fagsystem («NESTOR») finnes to varianter av FMs utfall for *ikke godkjent*, enten «tilbakesendt» eller påpekt «ulovlig tvang». Statens helsetilsyn har valgt å ta med begge disse utfallene som grunnlag for utplukket. I 2016 var det 90 vedtak som ikke ble godkjent. 75 av disse ble tilbakesendt, mens 15 ikke ble godkjent grunnet ulovlig tvang. Ett «erstatningsvedtak» måtte innkalles i ettertid til erstatning for ett innkalt vedtak som i realiteten ikke eksisterte som en avgjørelse av FM. Utvalget utgjør altså 17 % av de vedtakene der FM *ikke* har godkjent et kommunalt tvangsvedtak.

I tillegg er det foretatt et utvalg – også 15 saker – der FM *har* godkjent kommunens vedtak.

5.1.2 Resultater og diskusjon

Ulike typer av ikke-godkjente avgjørelser

De 15 sakene deler seg i to klart ulike typer avgjørelser, selv om dette ikke var mulig å forutse ut fra Statens helsetilsyns oversikter.

Én gruppe som utgjør sju av avgjørelsene, dvs. nesten halvparten av de uttrukne vedtakene, er avgjørelser der godkjenning ikke gis fordi kommunens vedtak ikke omfattes av regelverket i hol. kap. 9. Det ene gjelder én person der FM fastslår at vedkommende *ikke* er psykisk utviklingshemmet og dermed ikke omfattes av personkretsen. I det kortfattede vedtaket på 12 linjer fastslår FM at det eventuelt er spørsmål om saksforholdet faller inn under pasient- og brukerrettighetsloven kap. 4A. Videre fastslår FM at kommunens vedtak må anses som en nullitet.

På tilsvarende måte er det hele seks vedtak der selve tiltaket vurderes til ikke å falle inn under virkeområdet til hol. kap. 9. Det gjelder i alle sakene bruk av epilepsialarm. Her viser de to aktuelle FM (hele fem avgjørelser er fattet av samme FM) til Helsedirektoratets rundskriv IS-10/2015 (særlig s. 51) for denne lovforståelse når alarmen benyttes av hensyn til brukers somatiske helse og den skal varsle epileptiske anfall som krever vurdering. Da er bruken av epilepsialarm helsehjelp, og alarmbruken reguleres av samtykke- og representasjonsreglene i pasient- og brukerrettighetsloven kap. 4, eventuelt kap. 4A.

Når brukeren faller utenfor personkretsen eller tiltaket utenfor reglenes virkeområde, er vedtakene kortfattede. FM foretar ingen full gjennomgang av de vilkårene som ellers styrer lovlig tvangsbruk etter hol. kap. 9. I vurderingen av vedtakenes kvalitet faller disse vedtakene utenfor en sammenliknende vurdering, og skalaen fra 1 til 10 blir uten interesse.

I de øvrige åtte vedtakene foretar FM en nøyere prøving av om tiltaket er i tråd med de ulike kravene som oppstilles i regelverket. Her er det stort sett to grunner til at vedtaket ikke godkjennes. Enten finner FM at saken ikke er tilstrekkelig opplyst, eller finner FM at det er tvil om de aktuelle tiltakene kan vurderes som faglig og etisk forsvarlige. I begge tilfeller tilbakesendes vedtaket til kommunen, og da som regel med en klargjøring av hvilke faktiske forhold og/eller faglige og etiske vurderinger som må foreligge sammen med et nytt vedtak for at FM på nytt skal kunne vurdere om de aktuelle tiltakene skal godkjennes eller ikke.

I tre av sakene har FM gjennomført tilsyn med det aktuelle tjenestestedet for selv å sikre sakas opplysning. Funnene har da kunnet være at kommunen ikke følger opp egne fastsatte rapporteringsrutiner, krav til journalføring mv. Videre har personell uten utdanning eller dispensasjon fra utdanningskravene benyttet tiltak med bruk av tvang og makt, og noen ganger til og med uten at det er sikret tilstrekkelig opplæring av tjenesteyterne. Det er neppe tilfeldig at det er i disse tvilssakene at FM finner grunnlag for stedlig tilsyn. I et fjerde vedtak er tjenestemottakeren og tiltaket kjent fra tidligere stedlig tilsyn, og det får betydning for vurderingen. I ytterligere én sak var det nylig foretatt en systemrevisjon i aktuelle kommune med generelle funn på dette saksområdet som understøttet manglende rutiner i kommunen.

Tilsvarende vurderinger kunne foretas der FM ved tidligere vedtak knyttet til samme bruker hadde anført ønske om bedret rapportering, større vekt på forebyggende tiltak mv., men der kommunen i samband med nytt vedtak ikke forholdt seg til FMs tidligere bemerkninger eller ikke vedla ønsket rapportering.

Dette har ført til at kommunen ved FMs avgjørelse om ikke-godkjenning og tilbakesending får innskjerpet sine plikter til å ta påpekte utfordringer på alvor. FM ber da regelmessig om å få tilsendt dokumentasjon for at påpekte mangler er rettet i samband med ny vedtaksfattede på kommunens side. Resultatet blir da et bedre begrunnet reformulert vedtak om de aktuelle tiltakene eller en modifisert utgave av slike tiltak av i tråd med FMs bemerkninger og anbefalinger i avgjørelsen om tilbakesending.

Vilkåret om utviklingshemming

Det er tydelig at dette vilkåret har vært vurdert. Men hos enkelte brukere der tidligere vedtak blir videreført og godkjent, går dette ikke eksplisitt fram av vedtaket. Men ut fra saksframstillingen virker det ikke som om noen av de undersøkte vedtakene gjelder brukere uten utviklingshemming. For én bruker der dette ikke var dokumentert, eller syntes ikke å være tilfelle, ble saken som nevnt avvist fra videre behandling.

Vilkåret om medvirkning fra bruker, verge og pårørende

I hol. § 9-3 framgår krav om at bruker, pårørende og verge har rett til å medvirke ved utforming av denne type tiltak. I flere av vedtakene framgår at bruker aksepterer vilkårene; av enkelte vedtak at pårørende og verge aksepterer de angitte tiltakene. Bruker, pårørende og verge har rett til å motta kommunens vedtak og uttale seg før FM godkjenner de ulike tiltakene. I svært begrenset utstrekning foreligger slike uttalelser. De har også mottatt FMs avgjørelse uten at det framgår om det foreligger klage på dette.

Type tiltak

Tiltakene etter hol. § 9-5 (3) bokstav b gjelder stort sett ulike fysiske inngrep og tiltak for å beskytte enten bruker selv eller ansatte og eventuelt andre personer. I enkelte situasjoner framgår det at bruker også kan ødelegge verdifulle gjenstander, eventuelt skade seg eller andre ved å knuse større gjenstander, benytte skarpe redskaper mv. Videre omfatter de aktuelle tiltakene føring eller leing av bruker for kontroll ved utagering, om nedlegging av samme grunn, og om å tviholde et barn som absolutt ønsker seg inn i T-banetunneler. Også stansing av alvorlig selvskading i form av forsøk på å skalle hode i vegg, gulv og lignende overflater, utfordrende atferd som biting, slag mot seg selv eller personalet fører til ulike kontrolltiltak. Enkelte tiltak innebærer bruk av mekaniske hjelpemidler for stans av utagerende atferd eller til hjelp ved forflytning.

Tiltakene etter hol. § 9-5 (3) bokstav c gjelder alarmbruk som varsler når bruker forlater et rom eller beveger seg inn i et annet rom mv., ulike begrensninger av et ellers uregulert matinntak uten grenser, avstengning av vann for en bruker som ellers dusjer hele natten, stell og vask nedentil (tydelig kvinnelig bruker) og andre hygieniske tiltak. Hos en bruker er et aktuelt tiltak stell av hender for å motvirke kontrakturer i hender etter hjerneskade

Spesialisthelsetjenestens involvering

Det er et lovkrav i hol. § 9-9 at spesialisthelsetjenesten skal delta i utforming av kommunens vedtak og bidra til at eventuelle tiltak framstår som faglig og etisk forsvarlige. Spesialisthelsetjenesten kan – og bør – også uttale seg før FM overprøver kommunens vedtak. Ved flere vedtak har FM avventet spesialisthelsetjenestens uttalelse før saken ferdigbehandles.

Spesialisthelsetjenesten har avgitt uttalelse i de langt fleste av de åtte sakene som FM har prøvd fullt ut. Noen ganger er det klart at de har vært inne mer eller mindre kontinuerlig på grunn av brukers utfordrende atferd. Andre ganger er det mer tvilsomt i hvilken utstrekning spesialisthelsetjenesten har vært konsultert og deltatt aktivt i forebyggingsvurdering eller utforming av aktuelle tiltak. I én av sakene understrekes at tiltakene er for inngripende sett i relasjon til de mange tjenesteutøverne manglende kompetanse.

Flere av tilbakesendingen har skjedd i saker der det er uklart om spesialisthelsetjenesten vurderer de aktuelle tiltakene som faglig og etisk forsvarlige. Dette har som resultat et stedlig tilsyn eller at saksforholdet tilbakesendes kommunen, og enkelte ganger med pålegg om å etablere bedre kontakt med spesialisthelsetjenesten før nytt vedtak fattes.

Kravet til forebygging

Kravet til mulig forebygging framgår av hol. § 9-4, og i flere av de vedtatte tiltakene synes dette aspektet dårlig opplyst fra kommunens side, noe FM understreker i sin avgjørelse. Også i saker som vurderes som tvilsomme i relasjon til kravet om etisk og faglig forsvarlighet, etterspørres en bedre vurdering av mulige forebyggende tiltak for å begrense bruken av tvang og makt. I disse vedtakene vises det også til formålsbestemmelsen i hol. § 9-1.

5.1.3 Oppsummerende vurderinger

Målsettingen med reglene i hol. kap. 9 er dels å hindre bruk av tvang og makt overfor tjenestemottakere, dels at slik bruk skal skje innenfor etiske og faglig forsvarlige rammer. Det er derfor gitt regler med et sett av vilkår som kommunen må sikre er oppfylt før vedtak fattes. Reglene er «åpne» ved at ulike tiltak skal kunne tilpasses den enkelte bruker, og det blir derfor de generelle reglene som skal avgrense bruk av urettmessig tvang.

Det er utarbeidet detaljerte og omfattende maler for kommunens vedtaksfatting. På den måten sikres at kommunen vurderer hvert enkelt vilkår. Enkelte slike kommunale vedtak var vedlagt FMs godkjenningsvedtak, men i de fleste tilfeller var vedlagt bare FMs eget vedtak, men i dette ble det ofte referert til hva som kom fram av det kommunale vedtaket.

Av de 15 avgjørelsene som ender med tilbakesending og ikke-godkjent har sju skjedd fordi FM har funnet at enten personen eller det aktuelle tiltaket faller utenfor regelverket. Disse er knapt begrunnet, og noe annet er ikke å vente. Disse er derfor vanskelige å vurdere hva gjelder saksbehandling og begrunnelse idet skalaen fra 1 til 10 ikke synes relevant (i tabellen nedenfor er disse derfor samlet i rubrikken IR (= ikke relevant)).

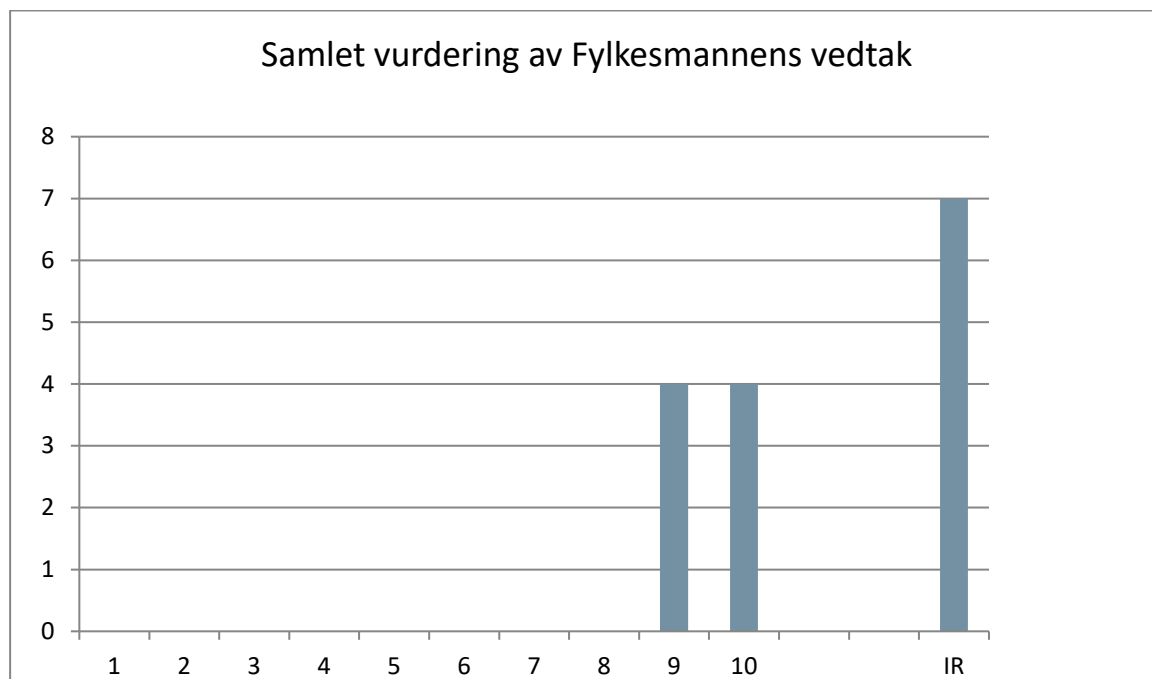
Det gjenstår derfor åtte avgjørelser der FM har nektet godkjenning av tiltak etter vedtakets innhold. Da er det enten tiltakene som vurderes for inngripende, eller det er kommunens aktuelle begrunnelse som vurderes som mangelfull. Uansett blir da tiltakene ansett som ikke forsvarlige, eller for disproportionale. Både forsvarlighet og forholdsmessighet er krav som stilles etter de aktuelle bestemmelsene for godkjenning av vedtak. Stedlig tilsyn i flere saker har avdekket at kommunen ikke etterlever vedtak slik disse tidligere er vedtatt, og får derved ikke-godkjent i denne runden for å skjerpe etterlevelsen av regelverket ved økt krav om dokumentasjon mv. For et flertall gjelder FMs godkjenning mer enn ett tiltak og for enkelte opp til fem ulike tiltak. Ved ett tilfelle godkjenner FM ett av tre tiltak (bruk av alarm), mens restriksjon av klær og ulike fysiske avvergetiltak bes vurdert på nytt med bedret begrunnelse eller en annen tilnærming.

Den samlede kvaliteten på de enkelte vedtakene er forsøksvis vurdert fra 1 til 10, der 10 betyr et svært godt begrunnet godkjenningsvedtak, mens det motsatte karakteriserer et vedtak som vurderes til 1 og framstår høyst mangelfullt utformet og begrunnet. Det er vanskelig på grunn av det lave antallet fra aktuelle FM og høy kvalitet på vedtakene å se forskjeller mellom ulike FM.

Alle de åtte vedtakene om avslag eller ikke-godkjenning er grundige, tar opp lovgrunnlag, understreker forebyggingsaspekter og gir konkrete råd til kommunen, eller oppstiller vilkår som må oppfylles i samband med nytt vedtak. De er derfor alle gitt en vurdering til 9 eller 10. De framstår alle som tilnærmet eksemplariske der FM nøye går gjennom lovgrunnlaget og foretar vurderinger av det enkelte tiltaket opp mot lovens ulike vilkår.

Som påpekt ender vurderingen ut med at det ikke foreligger tilstrekkelig opplysninger til å kunne vurdere alle vilkår som oppfylt, eller at FM finner at vedtaket ikke gir tilstrekkelig informasjon til å kunne vurdere om de aktuelle tiltakene finnes faglig og etisk forsvarlige. Det som i de fleste tilfellene skjer etter et slikt vedtak, er at kommunen tar FMs ankepunkter i betraktning før et eventuelt nytt vedtak blir fattet.

Figur 9: Samlet vurdering av fylkesmannens vedtak



5.2 Fylkesmannens overprøving etter hol § 9-8, og der Fylkesmannen godkjenner kommunens vedtak

5.2.1 Lovgrunnlag og utvalg

I helse- og omsorgstjenesteloven (hol.) § 9-5 er det oppstilt vilkår for at kapittelets tvangsbestemmelser skal kunne anvendes. Kapittelets overskrift er «Rettsikkerhet ved bruk av tvang og makt overfor enkelte personer med psykisk utviklingshemning». Blant annet kan det i medhold av § 9-5 (3) fattes vedtak om å anvende tvang og makt etter bokstav b som «planlagte skadeavvergende tiltak i gjentatte nødssituasjoner» og etter bokstav c som «tiltak for å dekke brukerens eller pasientens grunnleggende behov for mat og drikke, påkledning, hvile, søvn, hygiene og personlig trygghet, herunder opplærings- og treningstiltak».

Felles for vedtakstypene etter § 9-5 (3) bokstav b og c er at de ikke kan iverksettes før de er overprøvd og eventuelt godkjent av FM. Dette framgår av § 9-8 (1) der det samtidig vises til kravene til kommunens saksbehandling i § 9-7. Ytterligere vilkår er opplistet i hol. §§ 9-3 til § 9-6. Videre begrenses tvangsbruk av formålsbestemmelsen i hol. § 9-1 (1) som åpner for bruk av tvang for å «hindre at personer med psykisk utviklingshemning utsetter seg selv eller andre for vesentlig skade og forebygge og begrense bruk av tvang og makt». Videre skal tjenestetilbudet etter hol. § 9-1 (2) «tilrettelegges med respekt for den enkeltes fysiske og psykiske integritet, og så langt som mulig i overensstemmelse med brukerens eller pasientens selvbestemmelsesrett».

Etter hol. § 9-8 (1) andre punktum skal FM prøve alle sider av saken. Videre skal vergen, som skal oppnevnes for slike saker om ikke verge allerede er oppnevnt, og pårørende i vedtaket gis opplysning om klageadgangen etter § 9-11 (2).

Statens helsetilsyn har etter anmodning fra Oxford Research foretatt et tilfeldig utvalg på 15 saker der FM har godkjent et kommunalt tvangsvedtak med ett eller flere tiltak som faller inn under § 9-5 (3) bokstav b og/eller c. I Helsetilsynets fagsystem («NESTOR») finnes to varianter av FM's utfall for *godkjent*; «godkjent – med endring» og «godkjent – uten endring». Utvalget er trukket blant saker «godkjent – uten endring», slik at saker «godkjent – med endring» er utelatt fra utvalget. Av totalt 1376 godkjente vedtak i 2016, ble 146 godkjent med endring. Utvalget er derfor trukket blant de 1230 godkjente vedtakene der FM ikke endret det kommunale vedtaket. Utvalget utgjør dermed 1,2 % av disse vedtakene.

I tillegg er det foretatt et utvalg – også 15 saker – der FM *ikke* har godkjent kommunens vedtak.

5.2.2 Resultater og diskusjon

Begrunnelse for tiltak

Av sakene gjelder fem vedtak om ulike tiltak etter § 9-5 (3) bokstav b og ti vedtak om ulike tiltak etter § 9-5 (3) bokstav c.

Av tiltakene etter bokstav b kan nevnes tiltak som låst terrassedør samt passeringsalarm på døren til vedkommendes leilighet, føring med én/to tjenesteytere samt holding/støttegrep når helt nødvendig pga. utagerende atferd; holding, løfting og leiing i farlige situasjoner i trafikken, holding og leiing ved fare for spising av ting som kan påføre bruker helseskade; alarm på dør mellom soverom og stue, låst dør til badet om natten, bruk av hoftebelte og vest i rullestol for å sikre mot skader; bruk av barnesikring på bildør og fastmontert pleksiglass mellom fram- og baksete.

Alle de nevnte tiltakene er vurdert som nødvendige og forholdsmessige som planlagte skadeavvergende tiltak i gjentatte nødssituasjoner. De er i tillegg vurdert som faglig og etisk forsvarlige.

Av særlig inngripende og uvanlige tiltak kan her nevnes bruk av hel nattdrakt med glidelås bak på siden som bruker ikke får av seg på egen hånd. Denne benyttes fra stell om kvelden, gjennom natta og fram til bruker står opp om morgenen for å hindre bruker i å påføre seg vesentlig skade. Denne brukeren har tidligere spist ulike gjenstander som tøyestykker, papir, plast og papp. Sommeren 2012 ble det ved operativt inngrep, etter alvorlige plager, fjernet seks engangshansker fra mage/tarm. Konsekvenser av brukers atferd er forstopping og kan i verste fall føre til kvelning.

Av tiltakene etter bokstav c er det ofte mer enkle – og mindre inngripende – forholdsregler som fysisk holding når bruker(e) motsetter seg tannpuss, noe som ikke alltid er tilfellet; begrensninger av mattilførsel (gjelder ved syndromer som Prader-Willy der matinntaket ellers ville skjedd helt ukontrollert); det er også tatt i bruk ulike varslingssystemer i form av alarm på dør mellom soverom og stue og andre tilsvarende alarmsystemer tilpasset utfordringene til den konkrete brukeren, ofte er brukeren lært til selv å kunne utløse varslingsalarmer. Slike alarmer kan overflødiggjøre stadige besøk av nattevakt.

Om lag en tredel av de aktuelle brukerne har vedtak om ett godkjent tiltak, en tredel om to tiltak og en tredel om tre eller flere tiltak. Alle tiltakene omfattes av kapittelets definisjon av bruk av tvang og makt, se hol. § 9-2 (2).

Et klart flertall av de aktuelle tiltakene er videreføring av tidligere godkjente tiltak. Slike vedtak kan høyst gis en varighet på 12 måneder, se § 9-7 (2). Alle de aktuelle vedtakene er gitt denne varigheten. Fordi et flertall gjelder videreføring/modifiseringer av tidligere vedtak, er bruker er ofte kjent av FM. Det framgår imidlertid ikke av noen av vedtakene at FM har foretatt stedlig tilsyn som ledd i sin saksbehandling og vurdering. Slikt tilsyn tilligger FM etter hol. § 12-3 (2), og det er foretatt slikt tilsyn i enkelte andre sakstyper etter hol. kap. 9 som inngår i denne evalueringen.

Vilkåret om utviklingshemming

Det er tydelig at dette vilkåret har vært vurdert. Men hos enkelte brukere der tidligere vedtak blir videreført og godkjent, går dette ikke eksplisitt fram av vedtaket. Men ut fra saksframstillingen virker det ikke som om noen av de undersøkte vedtakene gjelder brukere uten utviklingshemming.

Vilkåret om medvirkning fra bruker, verge og pårørende

I hol. § 9-3 framgår krav om at bruker, pårørende og verge har rett til å medvirke ved utforming av denne type tiltak. I flere av vedtakene framgår at bruker aksepterer vilkårene; av enkelte vedtak at pårørende og verge aksepterer de angitte tiltakene. Bruker, pårørende og verge har rett til å motta kommunens vedtak og uttale seg før FM godkjenner de ulike tiltakene. I svært begrenset utstrekning foreligger slike uttalelser.

Spesialisthelsetjenestens involvering

Det er et lovkrav at spesialisthelsetjenesten skal delta i utforming av kommunens vedtak og bidra til at eventuelle tiltak framstår som faglig og etisk forsvarlige. Spesialisthelsetjenesten kan – og bør – også uttale seg før FM overprøver kommunens vedtak. Ved flere vedtak har FM avventet spesialisthelsetjenestens uttalelse før saken ferdigbehandles.

Derfor har spesialisthelsetjenesten avgitt uttalelse i de langt fleste av sakene, og ofte med understrekning av at det er forsøkt mindre inngripende tiltak uten at dette har ført fram, og at de aktuelle tiltakene derfor ligger innenfor de begrensningene som framgår av § 9-5 (1) – kravet om mulige mindre inngripende tiltak og frivillighet og av § 9-5 (2) – kravet om faglig og etisk forsvarlighet, herunder inngrepets forholdsmessighet.

Jo mer inngripende tiltakene framstår, jo sterkere har spesialisthelsetjenesten i regelen vært inne i bildet. Dette er et sentralt punkt når inngrep framstår som «påfallende» sett med øyne utenfra, som for eksempel den nattkjolen som er beskrevet over. Dette kravet om forholdsmessighet er viktig ut fra spørsmålet om inngrepet framstår som legitimt, og krever en noe fleksibel list ved vurderingen av etisk forsvarlighet.

Ved slike inngripende tiltak lener FM seg ofte tungt på spesialisthelsetjenestens vurderinger, selv om den endelige vurderingen foretas av FM på et selvstendig grunnlag.

Kravet til forebygging

Kravet til mulig forebygging som er regelfestet i hol. § 9-4 er stort sett nevnt i FMs godkjenningsvedtak, men dette gjelder særlig der selve inngrepene framstår som ualminnelige eller iøynefallende. Da er det stort sett utprøvd ulike alternative tilnærminger for å imøtekomme kapittelets formål om i størst mulig utstrekning å gjennomføre en omsorg med respekt for brukers integritet og så langt som mulig i overensstemmelse med vedkommendes selvbestemmelsesrett.

5.2.3 Oppsummerende vurderinger

Målsettingen med reglene i hol. kap. 9 er dels å hindre bruk av tvang og makt overfor tjenestemottakere, dels at slik bruk skal skje innenfor etiske og faglig forsvarlige rammer. Det er derfor gitt regler med et sett av vilkår som kommunen må sikre er oppfylt før vedtak fattes. Reglene er «åpne» ved at ulike tiltak skal kunne tilpasses den enkelte bruker, og det blir derfor de generelle reglene som skal avgrense bruk av urettmessig tvang.

Det er utarbeidet detaljerte og omfattende maler for kommunens vedtaksfetting. På den måten sikres at kommunen vurderer hvert enkelt vilkår. Enkelte slike kommunale vedtak var vedlagt FMs godkjenningsvedtak, men i de fleste tilfeller var vedlagt bare FMs eget vedtak, men i dette ble det ofte referert til hva som kom fram av det kommunale vedtaket.

For et flertall av brukerne gjelder FMs godkjenning i det enkelte vedtaket mer enn ett tiltak og for enkelte opp til fem ulike tiltak.

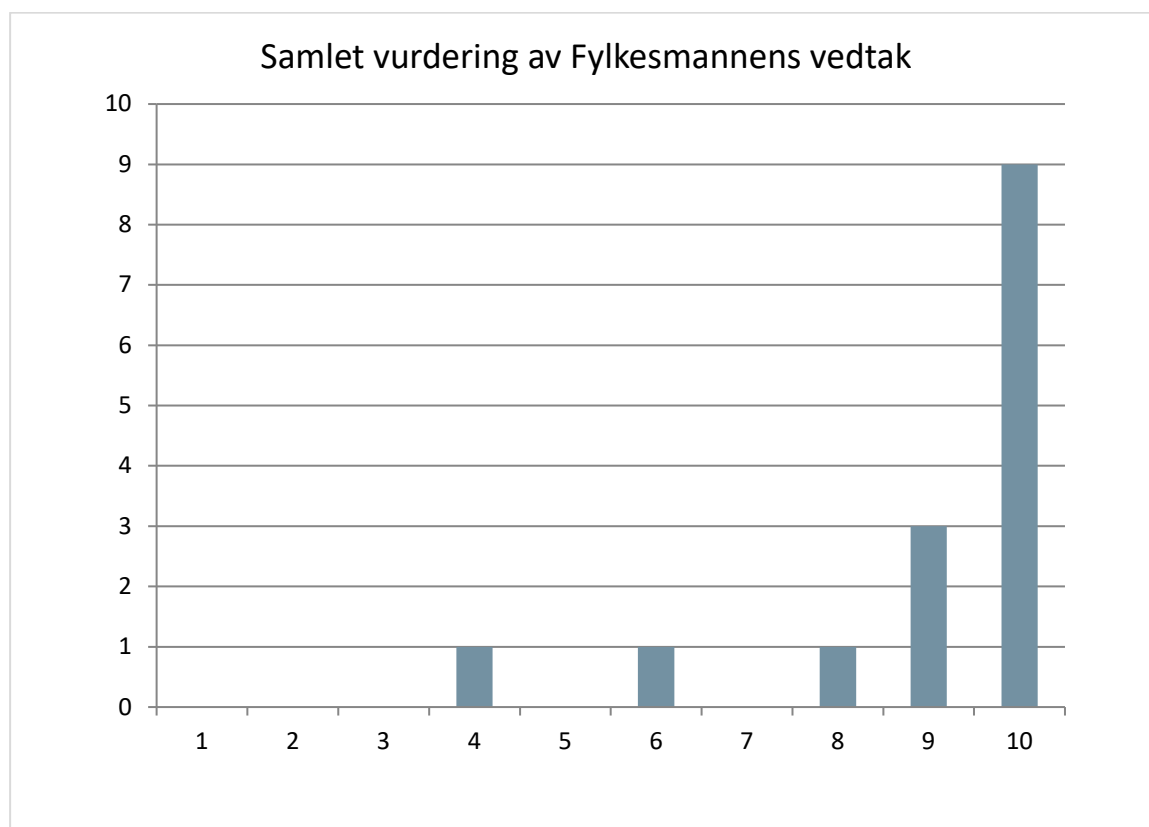
Av de 15 vedtakene framstår ni som tilnærmet eksemplariske der FM nøye går gjennom lovgrunnlaget og foretar vurderinger av det enkelte tiltaket opp mot lovens ulike vilkår. Dette gjelder blant annet vedtak med noen av de mest inngripende tiltakene. Her uttaler en FM blant annet følgende: «Tiltakene som dette vedtaket gjelder er alle hver for seg inngripende og det totale omfanget av tvang er stort. Positive konsekvenser som god psykisk og fysisk helse hos tjenestemottaker, vil likevel, etter Fylkesmannens vurdering, overstige de negative følgende av tvangsbruken. Fylkesmannen vurderer at tiltakene er nødvendige for å hindre vesentlig skade på tjenestemottaker. Det fremgår av kommunens vedtak at tjenestemottaker er fornøyd når en dør blir låst eller en gjenstand blir fjernet, slik at han kan gå videre i sin handlingsrekke.» Og i samband med nattdrakten som ikke kan fjernes, uttaler en annen FM: «Når det gjeld kravet om at «andre løsninger» er prøvd, skriv kommunen at dei har prøvd med vaken nattevakt som hadde jamleg tilsyn med tenestemottakar utan at det fungerte tilfredstillande. Vidare er det prøvd med lang nattkjole utanpå nattbukse. Dette fungerte heller ikkje då ho drog opp kjolen og fekk tak i bleia. Fylkesmannen forstår kommunen og spesialisthelsetenesta slik at ein i dag ikkje kjenner andre løysingar som mogeleggjjer tenesteyting utan bruk av tvang.» – Og vidare: «Å hindre tenestemottakar fri tilgang til store deler av eigen kropp er inngripende, men både frå kommunen og spesialisthelsetenesta vurderast det som meir inngripende med nattevakt som er til stades på soverommet til tenestemottakar heile tida. Vidare viser tenestemottakar at ho likar desse nattdraktene, då ho

sjølv hentar drakta i løpet av ettermiddagen. Ho protesterer ikkje når den blir tatt på, visar heller glede. Og når ho får val mellom todelt nattdrakt og heil vel ho alltid den heile nattdrakta.»

De vedtakene som ikke framstår like eksemplariske, er snauere i form og ikke minst vurderingsmessig innhold i relasjon til regelverket. Det går for eksempel ikke alltid fram at bruker har en sikker diagnostisert utviklingshemning, eller at mindre inngripende tiltak har vært prøvd ut, eller at det er foretatt selvstendige vurderinger hos FM av hvorvidt de godkjente tiltakene er faglig og etisk forsvarlige.

Den samlede kvaliteten på de enkelte vedtakene er forsøksvis vurdert fra 1 til 10, der 10 betyr et svært godt begrunnet godkjenningsvedtak, mens det motsatte karakteriserer et vedtak som vurderes til 1 og framstår høyst mangelfullt utformet og begrunnet. Det er skilnader mellom de ulike FM idet de store (Hordaland og Oslo og Akershus) samlet har fattet svært gode vedtak, i likhet med FM Tromsø, mens de som er vurdert lavere, er fattet av øvrige FM.

Figur 10: Samlet vurdering av fylkesmannens vedtak



5.3 Fylkesnemndas behandling av klagesaker etter helse- og omsorgstjenesteloven (hol.) kap. 9

5.3.1 Lovgrunnlag og utvalg

Fra Fylkesnemndene for barnevern og sosiale saker (FN) er innhentet samtlige klagesaker som ble behandlet av fylkesnemndene i årene 2015 og 2016. Til sammen utgjør dette 12 saker. To av sakene synes å kunne gjelde samme person.

Ved behandling av klagesaker etter helse- og omsorgstjenesteloven (hol.) kap. 9, skal FN prøve alle sider av saken, se hol. § 9-11 (2) i.f. Selv om dette reelt sett gjelder forvaltningsklager, skal avgjørelsen begrunnes som ved dommer, og ikke i tråd med reglene i fvl. § 25, se barnevernloven § 7-19 (3) som er gjort gjeldende for klagesaksbehandlingen, jf. hol. § 9-11 (3). Av tvisteloven § 19-6 (4) framgår at begrunnelsen skal omfatte a) framstilling av saken, b) partenes påstander med påstandsgrunnlag, og rettens vurdering.

I alle sakene gjøres det utførlig greie for partenes anførsler, for hvilket faktum som legges til grunn, samt at det foretas en gjennomgang av relevant regelverk, dvs. vilkårene for lovlige tvangsvedtak, med tilhørende subsumsjon. Endelig er det i sakene gjort rede for fylkesnemndas (FNs) skjønnsutøvelse. Alle private parter har vært bistått av advokat, og forut for nemndsbehandlingen har Fylkesmannen (FM) forberedt saken i tråd med kravene i fvl. § 33, se hol. § 9-11 (4) med en skriftlig redegjørelse vedlagt uttalelser og forklaringer som FMs vedtak bygger på. Saksforhold og det rettslige grunnlaget er derfor godt opplyst forut for og gjennom fylkesnemndas egen behandling. Av denne grunn er ikke den på forhånd utarbeidete malen anvendt idet en sammenfatning av klagesakene basert direkte på de 12 aktuelle FN-avgjørelsene kan gi en bedre oversikt over disse klagesakene.

5.3.2 Prosessuelle avgjørelser

Av de 12 sakene gjelder fire klager over at Fylkesmannen (FM) av prosessuelle grunner har avvist å behandle klager over godkjenning av kommuners tvangsvedtak. I sak 16/011 (Oppland og Hedmark) klaget mor på at FM avviste klagen over tvangsvedtak som gjaldt en voksen datter. Datterens verge var enig i FMs avvisningsvedtak. FN kom til at mor var klageberettiget som «nærmeste pårørende», og at klagen derfor måtte realitetsbehandles i FN. Tilsvarende resultat ble det i sak 16/010 (Oppland og Hedmark), behandlet en måned senere. Igjen var det foreldre (mor og far) som ikke fikk realitetsbehandlet en klagesak over et tvangsvedtak. Også her kom FN, trass i verges og FMs anførsler, til at mor og far var klageberettigede som «nærmeste pårørende». I sak 15/230 (Oppland og Hedmark) ble en tidligere samboer ikke vurdert klageberettiget som «nærmeste pårørende», og klagen ble derfor avvist til behandling av FN. Dette gjelder samme bruker som sak 16/010. Den siste avvisningsvurderingen skjedde i sak 2016/820 (Buskerud og Vestfold). Her var det spørsmål om vergens beslutning om å flytte bruker vekk fra mor og til en leilighet kommunen stilte til disposisjon fordi de anså at brukers tidligere bosituasjon ikke var til beste for henne. FM gjennomførte hjemmebesøk, og spørsmålet var i det hele tatt om selve flyttingen kunne anses som et påklagbart tvangsvedtak. Fylkesnemnda i Buskerud og Vestfold kom til at den ikke hadde kompetanse til å behandle spørsmålet om flytting, men at fylkesmannens avvisning av å behandle klagen over flyttingen kunne bringes inn for Helsedirektoratet.

I alle nevnte saker ble de rettslige spørsmålene behandlet av fylkesnemndsleder alene, og bevisvurderingen knyttet seg mest til relasjonære forhold mellom klager og aktuell bruker for å vurdere om vedkommende var klageberettiget eller ikke.

5.3.3 Materielle avgjørelser

De åtte øvrige sakene ble behandlet av full FN (tre medlemmer) som tok stilling til spørsmål; dvs. om FMs godkjenning av tvangsvedtak skulle godkjennes, endres eller oppheves. I FN var det i seks av sakene psykologspesialist som fagkyndig, i to av sakene vernepleier. Alle klagen kom fra private parter. Kommunen kan bringe inn en eventuell ikke-godkjenning fra FM til klagesaksbehandling, men ingen slike saker ble behandlet i 2015 og 2016.

I alle åtte saker var klagen rettet mot FMs godkjenning. I sju av sakene fikk FM medhold ved at klagen ikke førte fram. Dette gjaldt sakene 15/194 (Buskerud og Vestfold), 16/1975 (Buskerud og Vestfold), 16/3322 (Møre og Romsdal), 15/504 (Oslo og Akershus), 15/211 (Rogaland), 16/3370 (Oppland og Hedmark) og 16/2648 (Oslo og Akershus). I alle sakene var FNs slutning enstemmig, så nær som i sistnevnte der legmedlemmet mente klagerne (verge på vegne av bruker) skulle gis medhold i oppheving av tvangsvedtakene. I sak 15/165 (Trøndelag) fikk klagerne (bruker, far og mor) delvis medhold ved at tre av sju tvangstiltak ble tidsbegrenset til fem måneder med sterk oppfordring om at kommunen skulle arbeide målbevisst, i samarbeid med FM, for at disse tiltakene om mulig kunne avvikles.

Klagerne var (i samme rekkefølge som i avsnittet over): Brukers verge, brukers mor, brukers mor og far, bruker sjøl (+ verge), brukers mor, brukers verge, brukers mor og far, brukers mor og far.

Det er inngripende vedtak som stort sett ble påklaget. Dette gjelder: Skjerming på ulike måter, tilbakeføring til leilighet med tvang, nedlegging ved angrep på ansatt, låsing av diverse dører, nøyaktig diett, strippe leilighet for alle gjenstander som kan anvendes som våpen (15/194); Bruk av grind seng, epilepsimatte, overvåkningskamera og mikrofon på natt, regulering bruk av MP3-spiller og prosedyre for når A legger seg ned på offentlige steder (16/1975); Skjerming i bil, bilbelte som tjenestemottaker selv ikke kan ta av, bruk av barnesikring i bil, kortvarig låsing av verandadør og ytterdør på dag, låsing av ytterdør og verandadør på natt, låsing av kjøkkendør på natt, utporsjonering av tilgjengelige matvarer, innlåsing av husholdningsartikler, låsing av port på uteområde (16/3322); Skadeavvergende tiltak i gjentatte nødssituasjoner, begrenset tilgang på snus, ingen tilgang på egen mobiltelefon, begrenset tilgang på datamaskin (15/504); «Hvis B er verbalt eller fysisk utagerende, og åpenbart ikke klarer å kontrollere seg selv, skal hun holdes tilbake i egen leilighet. Ved behov skal hun holdes fysisk tilbake av tjenesteyterne. Hun får ikke forlate leiligheten før hun har tatt til seg tilstrekkelig næring og fått rett insulin dose. For å hindre at hun utsetter andre for trusler, sjikanering, voldsutøvelse og liknende eller setter seg selv i nedverdiggende situasjoner, skal tjenesteyter alltid følge med henne når hun forlater leiligheten. Dette skal skje ved å observere litt på avstand, og/eller være tettere på dersom situasjonen krever det» (15/211); «Vedtaket gjelder blant annet fjerning av skarpe gjenstander, kniver, verktøy og glass, samt rutiner for å ta fra henne slike gjenstander. Det omhandlet også rutiner ved fysiske angrep på personale hjemme i As leilighet i fellesarealer og på andre arenaer der A oppholdt seg. Det ble også angitt rutiner for håndtering av utagering under bilkjøring. I den faglige vurderingen for tiltaket framgår det bl.a. at A siden mars/april gjentatte ganger hadde truet med å ta sitt eget liv. Hun hadde også sagt at hun ønsket å knivstikke personalet, og hadde gjentatte ganger kastet ting rundt seg og knust

mye glass. Personalet hadde funnet glasskår både mellom sofaputer og i putevaret i As seng. I beskrivelsen av As generelle situasjon og fungering framgår det bl.a. at hun hadde skadet seg selv ved å rispe seg. Hun hadde også gått til fysiske angrep på personalet både i leiligheten og i fellesarealer. Hun hadde aktivt sperret for personalet for å hindre dem i å forlate leiligheten, og hadde fysisk hindret personale i å tilkalle hjelp via alarmknapp. Under bilkjøring hadde A ved flere anledninger forsøkt å åpne bildøren under kjøring, og hadde tatt tak i rattet og armen til bilfører.» (16/3370); Prosedyre ved fysisk utagering og truende atferd, låsing av ytterdører og verandadør, låsing av en skuff og et skap på kjøkkenet, håndtering av legemidler (16/2648); Låsing av vaskerom, fysisk inngripen ved å hjelpe ham ut av tvangshandlinger relatert til kumlokk i trafikkert vei og pinking/plukking, fotfølging, låsesylinder på vinduer, låsing av verandadør, låsing av baderomsdør og innlåsing av matvarer i matbod (15/165).

Opprettholdelsen av disse inngripende og integritetskrenkende tiltakene kan bare forstås på bakgrunn av de aktuelle brukeres selvskadende og/eller utagerende og farlige atferd. Alle hadde tilleggsdiagnoser til sin utviklingshemming, som Prader-Willis syndrom og dyssosial personlighetsforstyrrelse (15/194); Cornelia de Langes syndrom og andre diagnoser samt dyp utviklingshemming (16/1975); alvorlig utviklingshemming, infantil autisme, uspesifisert angstlidelse og generalisert epilepsi (16/3322), lett utviklingshemming med betydelig atferdsproblem, dyssosial personlighetsforstyrrelse, generalisert epilepsi eller epileptisk syndrom (15/504), uspesifisert psykisk utviklingshemming, betydelige atferdsproblemer, barneautisme og generalisert angstlidelse (15/211), lett utviklingshemming med betydelig atferdsproblem (16/3370), lett psykisk utviklingshemming samt en sammensatt og kompleks utviklingsforstyrrelse med nevrokognitiv svikt og et ellers komplisert sykdomsbilde (16/2648), autisme og alvorlig psykisk utviklingshemming (15/165).

I samme rekkefølge kan nevnes at forhandlingsmøtene ble holdt i henholdsvis 3, 2, 2, 1, 1, 1, 1 og 2 dager. Det er redegjort for partens påstander, og alle nemndvedtakene følger som nevnt reglene for begrunnelser som gjelder for dommer. Det redegjøres nøye for de ulike vilkårene for bruk av tvang og makt og vurderes grundig for hvert enkelt vedtak om dette bør videreføres ut fra den konkrete situasjonsbeskrivelse som legges til grunn.

5.3.4 Oppsummerende vurderinger

Klagesaksbehandling ved Fylkesnemnda sikrer en god opplysning av saksforhold, det er direkte partsforklaringer for FN ved siden av FM tilrettelegging av klagesaksbehandlingen gjennom skriftlig redegjørelse med underliggende dokumentasjon.

Private parter har rett til advokatbistand ved behandlingen i fylkesnemnda, og slik bistand er benyttet i alle de 12 sakene. Dette sikrer ytterligere opplysningen av sakens juridiske og faktiske sider.

I alle de åtte klagesakene av materiell karakter er klagesaksbehandlingen gjennomført i tråd med de lovoppstilte kravene for dette i hol. § 9-11. De ulike vilkårene for mulig bruk av tvang og makt i det enkelte saksforholdet er vurdert oppfylt, samtidig som FN legger vekt på at den samlede vurderingen av at tvangsbruken framstår som faglig og etisk forsvarlig, jf. § 9-5 (2), en vurdering som skal foretas selv om de øvrige lovoppstilte vilkårene finnes oppfylt.

Det er FMs godkjenning av særlig inngripende tiltak som påklages og behandles av FN. Selv om det er få slike klager, er dette en rettssikkerhetsmessig «ventil» med en muntlig, kontradiktorisk prosess. I alle avgjørelsene gjøres oppmerksom på at saksforhold og vedtak kan bringes inn for tingretten. I hvilken utstrekning dette har skjedd, vites ikke.

Samtidig skal understrekes at FN i nær sagt alle sakene vurderer situasjonen slik at de godkjente tvangstiltakene kan videreføres ved at FMs vedtak opprettholdes. Her utgjør (15/165) et unntak ved at FM gis en viss kritikk for ikke å ha fulgt saken bedre opp idet tilsynsbesøk fra FM har vist at kommunen ikke forholder seg til egne vedtak og må sikre et bedre individuelt tilpasset tilbud for å redusere behovet for tvangstiltak. Imidlertid konkluderer også FN i den saken at det «imidlertid lite tvilsomt at tiltakene er nødvendige for å hindre eller begrense vesentlig skade. Etter fylkesnemndas syn vil det dermed være uforsvarlig å oppheve vedtaket delvis for disse tiltakene. For disse tvangstiltakene stadfester fylkesnemnda vedtaket i en periode på fem måneder, slik at kommunen v/tjenesteyter i samarbeid med de pårørende får tid til å gjøre nødvendige forebyggende/alternative tiltak.»

Samlet sett gir klagesakene en indikasjon også på at FM gjør en grundig vurdering av så vel regelverket som den faktiske situasjonen som den aktuelle brukeren befinner seg i, når kommunene fatter vedtak om inngripende tiltak.

Det er gjennom saksbehandlingen forut for møtet i FN og gjennom forhandlingsmøte nedlagt store ressurser for å opplyse akkurat disse åtte klagesakene. Samtidig krever så inngripende tiltak som disse sakene omhandler, at det finnes rettssikkerhetsgarantier som misnøyde brukere, pårørende og verger kan anvende når de oppfatter at tvangstiltak benyttes ut over et nødvendig nivå eller mer inngripende enn situasjonen tilsier og lovverket åpner for.

De fire sakene som angår prosessuelle spørsmål har en annen karakter, og her er det mest de rettslige rammene for rett til klagesaksbehandling som vurderes, og dette er rent rettslige spørsmål, og som da er behandlet av fylkesnemndsleder alene. Regelverket er her stort sett tolket slik at det er gitt klagerett for private parter, også der FM har kommet til at så ikke er tilfelle. Dette vil føre til at noen flere saker blir klagesaksbehandlet enn en mer restriktiv tolkning av kretsen av klageberettigede.

5.4 Fylkesnemndas behandling av saker etter hol § 10-2

5.4.1 Lovgrunnlag og utvalg

Helse- og omsorgstjenesteloven § 10-2 regulerer adgangen til å beslutte tvangsinnleggelse og tilbakeholdelse av rusmisbrukere i institusjon for en periode i opptil 3 måneder dersom «*noen utsetter sin fysiske eller psykiske helse for fare ved omfattende og vedvarende misbruk, og dersom hjelpetiltak ikke er tilstrekkelig*». For at

tvangsvedtak skal kunne treffes, forutsettes videre at formålet med innleggelse er «undersøkelse og tilrettelegging av behandling», og videre at tvangsvedtaket også må synes å være nødvendig og forholdsmessig⁴. Etter bestemmelsens andre ledd er det fylkesnemndene som skal treffe disse vedtakene. Fylkesnemndene behandler disse sakene etter de samme prinsippene som gjelder for behandling av barnevernssaker. Dette fremgår av hol. § 10-5 som viser til barnevernloven (bvl.) kapittel 7. Den ordinære saksbehandlingen er at sakene behandles i møte med parter og deres advokater til stede. Her avgir partene muntlig forklaring, i tillegg til eventuelle vitner. Fylkesnemndas normale sammensetning er 3 medlemmer, leder som er jurist, et fagkyndig og et lege medlem. Unntaksvis behandles sakene i såkalt «utvidet nemd». Da består nemda av lederen, to sakkyndige og to lege medlemmer.

Dersom partene samtykker og fylkesnemnda finner det ubetenkelig kan sakene behandles såkalt «forenklet» uten forhandlingsmøte (bvl. § 7-14 annet ledd bokstav a) og av nemndsleder alene (bvl. § 7-5 annet ledd). I disse tilfeller skjer saksbehandlingen da utelukkende på bakgrunn av skriftlig dokumentasjon.

I saker om tvangsinnleggelse av rusmiddelmissbrukere for fylkesnemnda, vil vedkommende alltid være representert ved advokat (bvl. § 7-8).

Oxford Research innkalte etter tilfeldig uttrekning ti vedtak etter hol. § 10-2.

Fire av de ti sakene ble behandlet såkalt «forenklet», det vil si ved utelukkende skriftlig behandling og uten at det ble avholdt forhandlingsmøte.

Etter hol. § 10-2 tredje ledd kan det, før sak sendes fylkesnemnda, treffes såkalte «akuttvedtak» dersom brukerens interesser vil kunne bli «vesentlig skadelidende» om ikke innleggelse iverksettes straks. Av de ti sakene i utvalget var det truffet akuttvedtak i hele åtte av sakene. Bare to saker ble prøvd etter det som skal være ordinær saksgang. Den meget omfattende bruken av akuttvedtak synes å være i tråd med generell praksis på området, til tross for at forarbeidene uttrykker at adgangen til å treffe akuttvedtak er ment som en snever unntaksregel⁵. Siden akuttvedtak også skal godkjennes av fylkesnemndene etter bvl. § 7-22, betyr det at når disse sakene kommer til ordinær behandling i nemnda, så har akuttvedtaket allerede vært gjennom en «legalitetskontroll» og fått en foreløpig godkjenning i nemnda.

Av de ti sakene som er gjennomgått, fikk kommunen medhold i kravet om tvangsinnleggelse i ni av disse. I én sak fikk kommunen ikke medhold på det grunnlag at fylkesnemnda ikke fant det godtgjort at frivillig hjelpetiltak var utilstrekkelig. Det var en ganske jevn kjønnsfordeling (seks menn, fire kvinner) i materialet, selv om det er flere menn enn kvinner som er rusavhengige. Yngste pasient som ble tvangsinnlagt var 19 år.

⁴ Se nærmere om bestemmelsen hos Karl Harald Søvig i Alice Kjellehold Helse og omsorgstjenesteloven med kommentarer (2016) side 183–188), og Helsedirektoratets Veileder om tvangstiltak overfor personer med rusmiddelproblemer (Veileder IS-2355).

⁵ NOU 1985:18 side 299.

5.4.2 Resultater og diskusjon

Innledning

Fylkesnemndenes vedtak har alle en felles form. I bvl. § 7-19 tredje ledd – som også gjelder de tvangsaker vi her behandler – heter det: «*Vedtaket skal begrunnes som dommer. Tvisteloven § 19-6 gjelder tilsvarende så langt den passer*». Av tvisteloven (tvL) § 19-6 (4) fremgår det at dommer skal begrunnes, og at begrunnelsen skal omfatte «a) framstilling av saken, b) partenes påstander med påstandsgrunnlag, og c) rettens vurdering». Slik er også alle fylkesnemndsvedtakene bygd opp.

Vedtakens totale lengde varierer mellom tre og åtte sider, med et gjennomsnitt på ca. 5,5 side. Gjennomsnittlig utgjør sakens bakgrunn ca. to sider, partenes anførsler ca. 1,5 side (kommunens ca. én side og privat parts ca. ½ side), og fylkesnemndas vurderinger ca. to sider. Gjennomgående er det en klar sammenheng mellom vedtakenes lengde og «kvalitet».

Når det gjelder *tidsforbruket* fra begjæringen kom inn til fylkesnemnda og til saken ble behandlet, viser gjennomgangen følgende:

- For de fire sakene som ble forenklet behandlet gikk det henholdsvis 15, 16, 19 og 19 dager fra begjæring innkom nemnda og til vedtak forelå.
- For fem av sakene (én mangler data) som ble nemndsbehandlet gikk det fra 18 til 28 dager fra begjæring kom inn til nemnda, og til det ble avholdt nemndsmøte. I bvl. § 7-14 første ledd heter det at «*Forhandlingsmøte skal holdes snarest, og hvis mulig innen fire uker etter at fylkesnemnda mottok saken*». Nemndsmøte ble i alle sakene holdt innenfor denne tidsrammen.
- Tiden fra nemndsmøte til avgjørelsen forelå varierer for de seks sakene som ble behandlet i nemndsmøte for fem av sakene fra null til syv dager, og 16 dager for én av sakene. Dette må også sies å være gode resultater.

Nærmere om «Sakens bakgrunn» – faktumfremstillingen

Når det gjelder fylkesnemndas redegjørelse for sakens bakgrunn, er det i hovedsak en «historisk gjennomgang», hvor både rushistorie og kontakt med hjelpeapparatet mv. fremkommer. Fremstillingene er med noen unntak informative og oversiktlige.

Det er imidlertid en til dels betydelig forskjell i hvorvidt fylkesnemndene angir kilder for de opplysningene som fremgår av vedtaket. I liten grad henvises direkte til dokumenter eller konkrete navngitte vitner. Det opplyses normalt i vedtaket antall vitner som er ført, men ikke hvem dette er. Det synes tilfeldig om vitnene nevnes i løpet av saksfremstillingen eller under fylkesnemndas drøftelse.

Det samme gjelder for dokumenter. Det er ikke i noen av vedtakene gitt en oversikt over hvilke dokumenter som er fremlagt. I ett vedtak er det vist til at det foreligger begjæring, samt to prosesskriv med til sammen ti vedlegg. Det er imidlertid ingen opplysninger om hvilke vedlegg dette er.

For alle vedtakene er det uklart hva presentasjonen av sakens bakgrunn egentlig bygger på. Det antas – dog uten at dette fremkommer i vedtakene – at informasjonen trolig er hentet fra kommunens saksfremstilling.

Viktigere er imidlertid at det – bortsett fra to vedtak – ikke redegjøres for hvilken betydning denne delen av vedtaket skal tillegges. Er det som her skrives noe partene er enige om? Er dette noe fylkesnemnda legger til grunn som faktum, eller er dette en del av det kommunen anfører som historien? Under den senere drøftelsen fylkesnemnda foretar, er det også i liten grad koplinger mellom det som skrives om sakens bakgrunn og de etterfølgende drøftingene. I alle fall sies det ikke noe om dette.

I to av vedtakene redegjøres det imidlertid for hvordan det som skrives i avsnittet *sakens bakgrunn* skal vurderes bevismessig. I det ene vedtaket heter det:

«Advokat XX har [i] begjæringen beskrevet sakens bakgrunn. Den private part har ikke kommet med innvendinger mot denne saksfremstillingen. Nemnda gjengir derfor denne som sakens bakgrunn».

I et annet vedtak sies følgende i innledningen under «Sakens bakgrunn»:

«I beskrivelsen av de faktiske omstendigheter under denne hovedoverskriften og frem til «Partenes anførsler», samt under hovedoverskriften «Fylkesnemndas vurdering og avgjørelse», har nemnda lagt til grunn at det faktum som er beskrevet, er bevist med alminnelig sannsynlighetsovervekt hvis annet ikke er forutsatt».

Nærmere om partenes anførsler

Kommunens anførsler er i hovedsak godt gjengitt. Normalt inneholder gjengivelsen av kommunenes anførsler også kommentarer til de lovbestemte vilkår for tvangsinnleggelse.

Når det gjelder gjengivelsen av anførslene fra private parter, er dette mer varierende. Det er her et klart skille mellom de saker hvor privat part aksepterer tvangsinnleggelse, og nedlegger samme påstand som kommunen. I disse tilfeller er normalt privat parts anførsler kort gjengitt. Det savnes i en del av disse sakene en bedre presisering når det gjelder om privat part bare «aksepterer» tvangsinnleggelsen, eller om det også er enighet om de faktiske forhold. Det vil si om privat part er enig i om vilkårene faktisk er oppfylt. Fylkesnemnda har som forvaltningsorgan et selvstendig ansvar for sakens opplysning (jf. fvl § 17), og har også et selvstendig ansvar for å påse at vilkårene i loven er oppfylt, og da uavhengig av privat parts syn. Det er derfor av betydning at det gjøres klart hva offentlig og privat part faktisk er enige om.

I saker der privat part er uenig med kommunen og motsetter seg tvangsinnleggelse, viser de fremlagte saker at det også her kunne vært noe bedre klarlegging av hva og hvilke vilkår privat part er enig eller uenig i. Dette kan selvsagt være begrunnet i at privat parts advokat ikke har formulert seg klarere. I så fall påhviler det fylkesnemnda et selvstendig ansvar for å avklare tvistepunktene.

Nærmere om fylkesnemndas rettsanvendelse

Som nevnt ovenfor fremgår det av bvl. § 7-19 tredje ledd at for fylkesnemndas avgjørelser gjelder tvl. § 19-6 så langt den passer. I tvl. § 19-6 (5) fremgår at etter at en redegjørelse for sakens tvist og partenes anførsler, skal det gjøres rede for den «*rettsanvendelse avgjørelsen er bygd på*».

Når det gjelder vedtakenes redegjørelse for den jussen som skal anvendes har alle vedtakene – med ett eneste unntak – følgende standardinnledning til avsnittet om fylkesnemndas merknader:

«Det gjelder et overordnet prinsipp om frivillighet som utgangspunkt for behandling av rusmisbrukere. Helse- og omsorgstjenesteloven § 10-2 gir hjemmel for å holde rusmisbruker tilbake ved tvang for å undersøke og tilrettelegge behandling i en periode på inntil tre måneder. Bestemmelsen oppstiller fem kumulative vilkår for sitt vedtak:

- Det må foreligge et omfattende og vedvarende misbruk
- Rusmisbruket må sette den fysiske eller psykiske helse i fare, frivillige hjelpetiltak kan ikke være tilstrekkelig
- Formålet med tvangsplasseringen må være undersøkelse og tilrettelegging av behandling
- Tvangsplassering må være nødvendig og forholdsmessig»

I ni av ti vedtak er denne standardformuleringen inntatt. I åtte av de ti vedtakene er dette det eneste som nevnes når det gjelder rettsanvendelsen. Det er altså bare i to av sakene at det redegjøres for ytterligere rettsspørsmål.

I ett av vedtakene påpekes det at det når det gjelder at skadevilkåret vises både til fysisk og psykisk helse, så kommenteres dette med at «*Det er nok med enten-eller her, jf. ordlyden i § 10-2.*»

I et annet vedtak – det eneste som ikke har med den ovennevnte standardformulering – redegjøres det for tolkning av begrepet «rusmiddelavhengighet» ved henvising til Prop. 91 L (2010–2011), og vedrørende kravet til «omfattende og vedvarende misbruk» vises det til NOU 1985: 18, samt Ot.prp. nr. 29 (1990–91).

Utover forannevnte er det ingen ytterligere kommentarer til rettsanvendelsen når det gjelder inngrepskriteriene.

I fem av de ni vedtakene hvor det ble besluttet tvangsplassering, er det tatt inn følgende setning i vedtaket vedrørende når tre måneders fristen begynner å løpe. I alle disse vedtakene står det: «I henhold til lovens forarbeider og rettspraksis starter fristen på tre måneder å løpe fra det tidspunkt misbrukeren holdes tilbake på institusjon». Ordlyden er helt lik, men ingen av vedtakene viser til hvilke forarbeider eller hvilken rettspraksis som støtter dette.

I hovedsak bærer fremstillingen av de rettslige spørsmål som sakene reiser av å være «standardisert». I svært liten grad inneholder vedtakene annet enn standardformuleringer. Det er i og for seg positivt at fylkesnemndene har en felles rettsforståelse. Mangelen på individuelle kommentarer etterlater imidlertid et inntrykk av et visst rutinepreg, mer enn at fremstillingen av den jussen som skal anvendes er relatert til den enkelte saks faktum.

Nærmere om bevisvurderingen

Som nevnt ovenfor fremgår det av bvl. § 7-19 tredje ledd at for fylkesnemndas avgjørelser gjelder tvl. § 19-6 så langt den passer. Etter tvisteloven er det da et krav om at avgjørelsen skal gjøre rede for «den bevisvurdering (...) avgjørelsen er bygd på».

Når det gjelder bevisvurderingen gjengir alle vedtakene – med ett unntak – følgende: «Det er kommuner som har bevisbyrden for at vilkårene er oppfylt. Det er tilstrekkelig med sannsynlighetsovervekt for at vilkårene er oppfylt, jf. Karl Harald Søvig *Tvang overfor rusmiddelavhengige* s. 235-236». I ett av vedtakene er imidlertid ikke kildehenvisning tatt med. Utover dette redegjøres ikke i noen av vedtakene for ytterligere vedrørende bevisvurderingen.

De fleste vedtak redegjør greit for hvilket faktum som legges til grunn, og gjennomgående kommenteres i vedtakene alle de fem grunnvilkårene som det er redegjort for overfor. Herunder gjengis – om enn med begrenset drøftelse – at tvangsvedtakene også vurderes å være forholdsmessige og nødvendige.

Imidlertid er det lite «egentlig» bevisvurdering. Det er relativt sparsomt med henvisning til kilder (vitner eller dokumenter). Det vi si at noen egentlig bevisvurdering i liten grad kommer frem. I de sakene hvor det er enighet mellom partene og sakene behandles forenklet, er dette kanskje ikke så spesielt. Fylkesnemnda har likevel også i disse sakene et selvstendig ansvar for å forvise seg om at vilkårene er oppfylt. Det er imidlertid i disse sakene også relativt sparsomt med den konkrete påvisning at de enkelte deler av faktum kan legges til grunn fordi klienten har bekreftet faktum. I en sak vises det for øvrig også til at et omfattende og vedvarende misbruk er «ubestridt», uten at dette kan utledes av det som fremkommer i privat parts gjengitte anførsler. Det fremgår av anførslene at det foreligger et «misbruk», men det fremgår ikke av anførslene slik de er gjengitt at det er enighet om at det er «omfattende og vedvarende».

Når forannevnte er påpekt, må det likevel sies at i de ni sakene hvor det ble besluttet tvangsinnleggelse – hvorav fire ble behandlet forenklet – fremstår likevel vedtakene samlet sett som forsvarlige. Ingen av sakene etterlater tvil om at saken ikke er tilstrekkelig opplyst og at bevisene er tilstrekkelige. Det er et gjennomgående trekk at fylkesnemndene kommenterer og konkluderer for hvert av de fem hovedkriterier loven stiller opp. Når det gjelder selve bevisvurderingen, er imidlertid selve formuleringene ofte mer konstaterende enn drøftende i sin form. De fleste av sakene synes imidlertid så «opplagte», at dette kan være forklaringen på at selve bevisvurderingen ikke fremkommer tydeligere. Det er imidlertid betydelige variasjoner. I den saken som vurderes kvalitativt med lavest score, er faktum nærmest bare konstatert uten noen drøftelse, mens det i den saken som gis høyest score, drøftes de momenter saken frembringer før det konkluderes. Dette selv om også den saken fremsto som rimelig klar når det gjelder om lovens vilkår var oppfylt.

Det er som nevnt er imidlertid det gjennomgående trekk at avgjørelsene samlet sett fremstår som forsvarlige. De fleste av avgjørelsene scorer derfor i en kvalitativ vurdering relativt høyt (7 til 9) på en skala fra 1–10, se nedenfor.

Oxfords Researchs undersøkelse er en vurdering av fylkesnemndenes saksbehandling i samband med ulike vedtakstyper. Dette er ingen materiell kontroll av vedtakene som er fattet. Med dette forbeholdet bemerkes likevel at gjennomgangen ikke har avdekket avgjørelser som fremstår som tvilsomme når det gjelder selve resultatet. Gjennomgangen har heller ikke avdekket at det har vært lagt til grunn en uriktig rettsforståelse, eller at det har vært saksbehandlingsmessige brister i noen av sakene.

5.4.3 Oppsummerende vurderinger

De ti sakene vurderes å være forsvarlig avgjort, og er i hovedsak fremstilt på en tilfredsstillende måte. Ett av vedtakene scorer imidlertid lavt samlet sett (4 på en skala 1:10; jf. nedenfor). Dette skyldes svakheter i fremstillingen av både faktum, jussen, og vurderingene. Avgjørelsen gir samlet sett likevel ikke grunnlag for på stille spørsmål ved vedtakets konklusjon.

Klientene er i disse sakene alltid representert ved advokat. Dette er en svært viktig rettssikkerhetsgaranti.

Videre er – såfremt ikke klienten godtar tvangsplassering og samtykker til forenklet behandling – retten til selv å bli hørt i møtet med fylkesnemnda sikret gjennom muntlig forhandling. Dette sikrer kontradiksjon direkte overfor fylkesnemnda.

Fylkesnemndenes sammensetning sikrer videre både juridisk kompetanse ved fylkesnemndsleder og rusfaglig kompetanse gjennom det sakkyndige medlem.

Hvorvidt vedtakene materielt sett er riktige, er ikke et sentralt spørsmål i denne undersøkelsen, men de fleste vedtakene framstår like fullt å være i tråd med regelverket.

Når det gjelder redegjørelsen for «*Sakens bakgrunn*», bør det – i alle fall i den grad deler av dette legges til grunn som faktum – avklares om dette er en del av det faktum som avgjørelsen bygger på, eller om det kun utgjør «bakgrunnshistorien».

Kommunens *anførsler* er i hovedsak godt referert. I noen grad kunne vedtakenes referater av private parts anførsler i større grad presisere hvilke vilkår som bestrides oppfylt, eventuelt ved forenklet behandling om det også er enighet om faktum eller bare enig i «resultatet».

Når det gjelder *rettsanvendelsen*, er «standardteksten» som viser til de fem kriteriene og beviskravet i utgangspunktet helt i orden. Det fremstår imidlertid noe spesielt at det så godt som aldri vises til ytterligere tolkningsspørsmål eller ytterligere rettskilder. Rettsanvendelsen kan derfor synes å fremstå som noe summarisk. Dette underbygges av sitatet ovenfor når det gjelder fristberegning, hvor det vises til forarbeider og rettspraksis uten at det klargjøres hvilken rettspraksis eller hvilke forarbeider som er kilden. Det er bra at fylkesnemndene arbeider frem en felles rettsforståelse. Men er det en fare

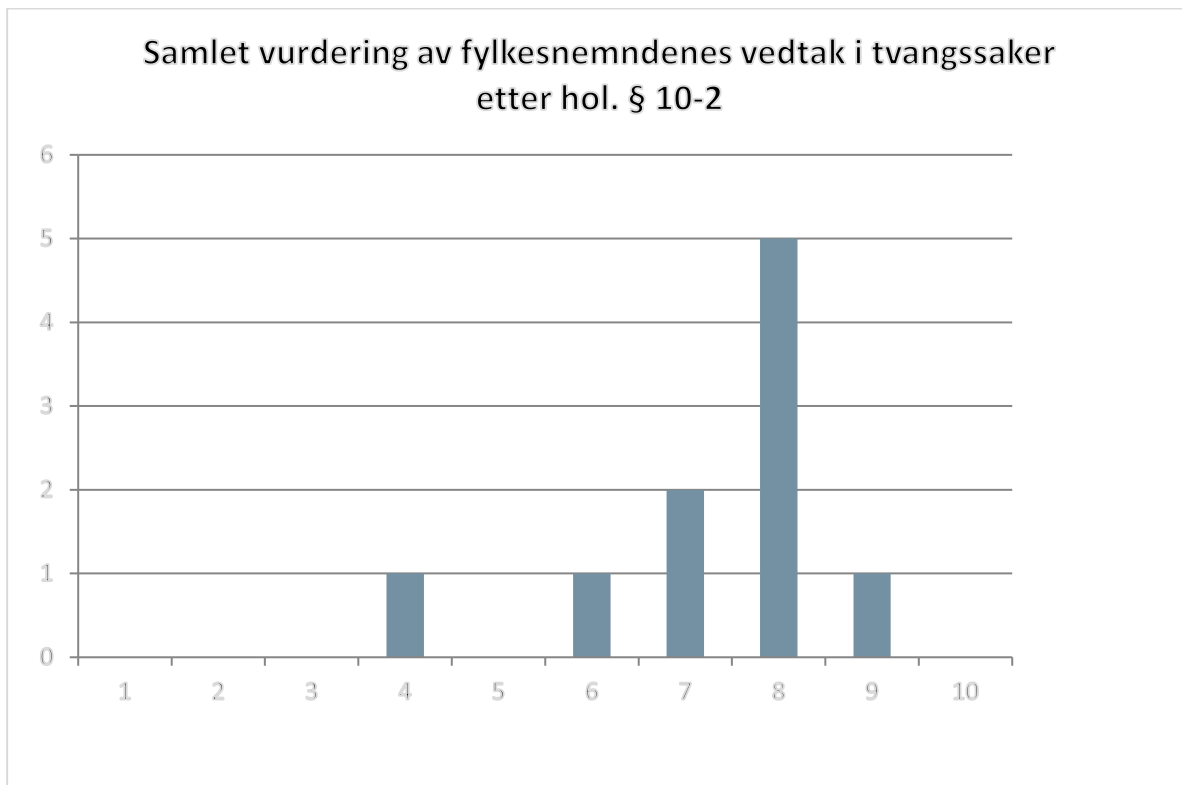
for at en slik «standardformulering» ikke bare blir en felles rettsforståelse, men en automatikk på grensen mot at det ikke blir en rettsforståelse.

Når det gjelder bevisvurderingen, savnes i noe større grad at det vises til hvilket kildemateriale bevisvurderingen bygger på. I noen grad fremstår bevisvurderinger som «konstateringer» enn «bevisvurderinger». Det er meget godt mulig at bevisføringen i forhandlingsmøte har vist at det ikke foreligger tvil i saken. Dette kommer imidlertid ikke alltid til syne i vedtaket, og er vanskelig etterprøvbart når det ikke fremkommer hvilke vitner og/eller hvilke dokumenter faktisk knytter seg til.

Samtlige ni vedtak som besluttet innleggelse i institusjon, besluttet også at det skulle være adgang til urinprøvekontroll under institusjonsoppholdet. Samtlige vedtak er fra før 1. november 2016. Før dette tidspunkt skulle fylkesnemnda fatte vedtak om urinprøvetaking. Denne kompetansen er nå flyttet til den enkelte institusjon, se forskrift 26. august 2016 nr. 1003 om rettigheter og bruk av tvang under opphold i institusjon for behandling, omsorg og rehabilitering av personer med rusmiddelproblemer. Det skal kort bemerkes at også når det gjaldt disse var begrunnelsen identisk med preg av «standardvedtak»: Urinprøvetaking «er et forholdsmessig og nødvendig tiltak». Ingen av vedtakene har selvstendige kommentarer eller vurderinger under dette spørsmålet.

I tabellen nedenfor foreligger den samlede vurderingen av de ti vedtakene ved at følgende spørsmål er besvart etter analysen: «*Synes saksbehandling, vurderinger og konklusjon overbevisende ut fra et krav til forsvarlig saksbehandling? – Svaret på denne bedømmingen, i Oxfords evaluering, skal gis på en skala fra 1 til 10, der 1 er svært dårlig og 10 svært bra*».

Figur 11: Samlet vurdering av fylkesnemndenes vedtak i tvangssaker etter hol. § 10-2



Det er påfallende at der fylkesnemnda fattet det kvalitativt dårligst vurderte tvangsvedtaket, gjaldt dette den yngste pasienten i materialet (19 år).

5.5 Fylkesnemndas behandling av saker etter hol § 10-3

5.5.1 Lovgrunnlag og utvalg

Helse- og omsorgstjenesteloven (hol.) § 10-3 regulerer adgangen til å beslutte tvangsinnleggelse og tilbakeholdelse av gravide rusmisbrukere i institusjon i den gjenværende delen av svangerskapet dersom «misbruket er av en slik art at det er overveiende sannsynlig at barnet vil bli født med skade, og dersom hjelpetiltak ikke er tilstrekkelig». Selv om det ikke fremgår direkte av lovteksten er det alminnelig oppfatning i juridisk teori at fylkesnemndas adgang til å treffe tvangsvedtak – formulert i lovteksten som en «kan» kompetanse – også innebærer et krav om at tvangsvedtaket også må være rimelig og forholdsmessig.⁶

⁶ Se nærmere om bestemmelsen hos Karl Harald Søvig i Alice Kjellelvold: *Helse og omsorgstjenesteloven med kommentarer* (2016) side 193–200, og Helsedirektoratets *Veileder om tvangstiltak overfor personer med rusmiddelproblemer* (Veileder IS-2355).

Det er fylkesnemndene som skal treffe disse vedtakene. Fylkesnemndene behandler disse sakene etter de samme prinsippene som gjelder for behandling av barnevernssaker. Dette fremgår av hol. § 10-5 som viser til barnevernloven (bvl.) kapittel 7. Den ordinære saksbehandlingen er at sakene behandles i møte med parter og deres advokater til stede. Her avgir partene muntlig forklaring i tillegg til eventuelle vitner. Fylkesnemndas normale sammensetning er tre medlemmer, leder, som er jurist, et fagkyndig og et lege- medlem. Helt unntaksvis behandles sakene i såkalt «utvidet nemnd». Da består nemnda av lederen, to sakkyndige og to legemedlemmer.

Dersom partene samtykker og fylkesnemnda finner at hensynet til en betryggende saksbehandling ikke er til hinder for det, kan sakene behandles såkalt «forenklet» uten forhandlingsmøte (bvl. § 7-14 (2) bokstav a) og av nemndsleder alene (bvl. § 7-5 (2)). I disse tilfellene skjer saksbehandlingen da utelukkende på bakgrunn av skriftlig dokumentasjon.

I saker om tvangsinnleggelse av rusmiddelmissbrukere for fylkesnemnda, vil vedkommende alltid være representert ved advokat (bvl. § 7-8).

Oxford Research innkalte etter tilfeldig uttrekning ni vedtak etter hol. § 10-3.

Seks av de ni sakene ble behandlet såkalt «forenklet», det vil si ved utelukkende skriftlig behandling og uten at det ble avholdt forhandlingsmøte. I alle disse sakene som ble behandlet forenklet, nedla privat part sammenfallende påstand med kommunen, det vil si forslag om tvangsinnleggelse.

Det vil si at bare tre av de ni sakene var gjenstand for ordinær nemndsbehandling. Det synes å være i samsvar med tidligere undersøkelser. I evalueringsstudien *Tvang overfor rusmiddelavhengige* fra 2010 ble det gitt samtykke til tvangsinnleggelse i 67 % av sakene.⁷ Utvalget i denne undersøkelsen synes altså å være representativt når det gjelder dette forholdet.

Etter hol. § 10-3 (5) kan det før saken sendes fylkesnemnda treffes såkalt «akuttvedtak» dersom «de interesser bestemmelsen skal ivareta kan bli vesentlig skadelidende dersom vedtaket ikke treffes og gjennomføres straks». Av de ni sakene i utvalget var det truffet akuttvedtak i åtte av sakene. I den niende saken var vedkommende også innlagt i institusjon da saken ble behandlet. Vedkommende var innlagt i psykisk helsevern etter phvl. § 3-3. Ingen av sakene ble altså prøvd etter det som er ment å være ordinær saksgang. Den meget omfattende bruken av akuttvedtak synes å være i tråd med generell praksis på området, til tross for at forarbeidene uttrykker at adgangen til å treffe akuttvedtak er ment som en snever unntaksregel.⁸ Siden akuttvedtak også skal godkjennes av fylkesnemndene etter bvl. § 7-22, betyr det at når disse sakene kommer til ordinær behandling i nemnda, har akuttvedtaket allerede vært gjennom en «legalitetskontroll» og fått en foreløpig godkjenning i nemnda.

⁷ Uni Rokkansenteret Rapport 2- 2010 *Tvang overfor rusmiddelavhengige* side 106.

⁸ Se Karl Harald Søvig op.cit. side 191 og NOU 1985: 18 side 299.

5.5.2 Resultater og diskusjon

Innledning

Fylkesnemndenes vedtak har alle en felles form. I bvl. § 7-19 (3) heter det: «Vedtak skal begrunnes som dommer. Tvisteloven § 19-6 gjelder tilsvarende så langt den passer». Av tvisteloven (tvL) § 19-6 (4) fremgår det at dommer skal begrunnes, og at begrunnelsen skal omfatte «a) framstilling av saken, b) partenes påstander med påstandsgrunnlag, og c) rettens vurdering». Slik er alle fylkesnemndsvedtakene bygd opp.

Vedtakens totale lengde varierer mellom tre og syv sider. Gjennomsnittlig utgjør sakens bakgrunn ca. to sider, partenes anførsler ca. 1,5 sider (kommunens ca. én side og privat parts ca. ½ side), og fylkesnemndas vurderinger ca. to sider. De tre sakene som ble behandlet i nemndsmøte, har en lengre vurderingsdel enn vedtak som ble fattet etter «forenklet» behandling. Stort sett er det sammenheng mellom vedtakenes lengde og «kvalitet».

Når det gjelder *tidsforbruket* fra begjæringen kom inn til fylkesnemnda og til saken ble behandlet, viser at for de seks sakene som ble forenklet behandlet, gikk det henholdsvis 15, 15, 18 og 28 dager fra begjæring innkom nemnda og til vedtak forelå. For to av sakene mangler opplysninger om når sakene kom inn til fylkesnemnda.

For de tre sakene som ble nemndsbehandlet gikk det henholdsvis 15, 22 og 35 dager fra begjæring kom inn til nemnda, og til det ble avholdt nemndsmøte. Videre gikk det henholdsvis 2, 8 og 12 dager fra nemndsmøte til avgjørelsen forelå. Samlet saksbehandlingstid i de tre sakene var henholdsvis 11, 34 og 43 dager. Etter bvl. § 7-14 (1) første ledd skal forhandlingsmøte «holdes snarest, og hvis mulig innen fire uker etter at fylkesnemnda mottok saken». De tre sakene viser stor spredning. Årsaken er vanskelig å lese ut av vedtakene, annet enn at den saken som tok lengst tid hadde hele ti vitner. Dette kan muligens indikere at den relativt lange tiden skyldes prosessforhold.

Om fylkesnemndas vurdering av om saken skal behandles «forenklet»

Hovedregelen er at tvangssaker skal behandles i nemndsmøte. Dette er også den mest betryggende behandlingsformen som best ivaretar grunnleggende rettssikkerhetsgarantier. Vilkåret for at saken skal kunne behandles uten forhandlingsmøte (bvl. § 7-14 (2) bokstav a) og av nemndsleder alene (bvl. § 7-5 (2)) er derfor ikke bare at «hensynet til betryggende saksbehandling ikke er til hinder for dette». Denne vurderingen har fylkesnemnda et selvstendig ansvar for.

I de seks sakene som ble behandlet forenklet, viser fire av vedtakene utelukkende til det foreliggende samtykke fra kvinnen, uten ytterligere kommentarer. Ett vedtak viser til at hensynet til en betryggende saksbehandling er oppfylt «idet partene samtykker til det». Denne formuleringen tyder på at nemndsleder ikke ser at samtykke og betryggende saksbehandling er kumulative vilkår.

I kun én sak er det gitt en selvstendig vurdering av saksbehandlingsvilkåret. Utover å påpeke at samtykke foreligger, vises det til at det er lagt vekt på «at A er representert av en erfaren advokat, og at

hun har samtykket i kommunens forslag til vedtak. Det er videre kun to måneder frem til fødselstermin».

Nærmere om «Sakens bakgrunn» – faktumfremstillingen

Når det gjelder fylkesnemndas redegjørelse for sakens bakgrunn, er det i hovedsak en «historisk gjennomgang», hvor både rushistorie og kontakt med hjelpeapparatet mv. fremkommer. Fremstillingene er med noen unntak informative og oversiktlige.

Det er betydelig forskjell i hvilken utstrekning fylkesnemndene angir kilder for de opplysningene som fremgår av vedtaket. I liten grad henvises direkte til dokumenter eller konkrete navngitte vitner. Det opplyses normalt i vedtaket antall vitner som er ført, men ikke hvem dette er. Det synes tilfeldig om vitnene nevnes i løpet av saksfremstillingen eller under fylkesnemndas drøftelse.

Det samme gjelder for dokumenter. Kun i én sak er det redegjort for hvilke dokumenter som er fremlagt.

Gjennomgående er det uklart hva presentasjonen av sakens bakgrunn egentlig bygger på, bortsett fra i et par tilfeller. I ett tilfelle innledes dette avsnittet med at «Sakens bakgrunn fremgår i hovedsak av kommunens begjæring, som inntas i det følgende:», og deretter gjengis i kursiv hele kommunens saksfremstilling over 4,5 sider. I den andre saken har sakens bakgrunn følgende overskrift «II Sakens bakgrunn slik kommunen har fremstilt den». Det antas – dog uten at dette fremkommer i vedtakene – at også de andre vedtakenes presentasjoner av sakens bakgrunn i hovedsak bygger på kommunens saksfremstilling, evt. i kombinasjon med de dokumenter kommunen har fremlagt.

Viktigere er imidlertid at det ikke redegjøres for hvilken betydning denne delen av vedtaket skal tillegges. Er det som her skrives noe partene er enige om? Er dette noe fylkesnemnda legger til grunn som faktum, eller er dette en del av det kommunen anfører som historien? Under den senere drøftelsen fylkesnemnda foretar, er det i liten grad koplinger mellom det som skrives om sakens bakgrunn og de etterfølgende drøftingene. I alle fall sies det ikke noe om dette.

Nærmere om partenes anførsler

Kommunens anførsler er i hovedsak godt gjengitt. Normalt inneholder gjengivelsen av kommunenes anførsler også kommentarer til de lovbestemte vilkår for tvangsinnleggelse.

Når det gjelder gjengivelsen av anførslene fra privat part, er dette mer varierende. Det er her et klart skille mellom sakene hvor privat part aksepterer tvangsinnleggelse, og nedlegger samme påstand som kommunen. I disse tilfeller er normalt privat parts anførsler kort gjengitt. Det savnes likevel i en del av disse sakene en bedre presisering når det gjelder om privat part bare «aksepterer» tvangsinnleggelsen, eller om det også er enighet om de faktiske forhold. Det vil si om privat part er enig i om vilkårene faktisk er oppfylt. Fylkesnemnda har som forvaltningsorgan et selvstendig ansvar for sakens opplysning (jf. fvl. § 17), og har også et selvstendig ansvar for å påse at vilkårene i loven er oppfylt, og da

uavhengig av privat parts syn. Det er derfor av betydning at det gjøres klart hva offentlig og privat part faktisk er enige om.

I saker der privat part er uenig med kommunen og motsetter seg tvangsinnleggelse, viser de fremlagte saker at det også her kunne vært noe bedre klarlegging av hva og hvilke vilkår privat part er enig eller uenig i. Dette kan selvsagt være begrunnet i at privat parts advokat ikke har formulert seg klarere. I så fall påhviler det fylkesnemnda et selvstendig ansvar for å avklare tvistepunktene. I én av sakene er privat parts anførsler vedrørende faktum klart formulert. Der skrives det under privat parts anførsler at «Det faktum som er presentert av kommunen er dekkende».

Nærmere om fylkesnemndas rettsanvendelse

I tvl. § 19-6 (5) fremgår at etter at en redegjørelse for sakens tvist og partenes anførsler, skal det gjøres rede for den «rettsanvendelse avgjørelsen er bygd på».

Når det gjelder vedtakenes redegjørelse for den jussen som skal anvendes, har seks av vedtakene følgende standardinnledning til avsnittet om fylkesnemndas merknader:

«I henhold til helse- og omsorgstjenesteloven § 10-3 kan fylkesnemnda treffe vedtak om at en gravid rusmiddelavhengig uten eget samtykke kan tas inn på institusjon og holdes tilbake der i resten av svangerskapet. Det grunnleggende vilkåret er at rusmiddelmisbruket er av en slik art at det er overveiende sannsynlig at barnet vil bli født med skade. Formålet med inntaket i institusjon skal være å hindre eller begrense sannsynligheten for at barnet påføres skade, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 10-3 andre ledd. Under oppholdet skal det legges vekt på at kvinnen tilbys tilfredsstillende hjelp for sitt rusmisbruk og hjelp til å bli i stand til å ta vare på barnet etter fødselen.

Det er også et vilkår for tvangsinnleggelse at frivillige tiltak ikke anses å være tilstrekkelige til å oppnå rusfrihet i svangerskapet, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 10-3 første ledd.»

I ett av de øvrige vedtakene er selve lovteksten tatt inn i sitat. I disse syv vedtakene, er seks med standardformuleringen og det ene med sitert lovtekst, det eneste som nevnes om nemndas rettsanvendelse.

I de to siste vedtakene gis kun en henvisning til hol. § 10-3. I det ene kommenteres imidlertid at hol. § 10-3 kun kan anvendes overfor «rusmiddelavhengige», og at dette begrepet forutsetter at bruken av rusmidler «har et visst omfang og varighet, og at det foreligger en trang etter rusmidler og vanskeligheter med å unnlate å ruse seg» uten noen kildeangivelse. I det andre vedtaket er det eneste som er tatt med i vedtaket en ren gjengivelse av lovteksten. Det er altså bare i en av sakene at det redegjøres for rettsspørsmål ut over det å gi en fremstilling av lovteksten.

Det er i og for seg positivt at fylkesnemndene har en felles rettsforståelse. Mangelen på individuelle kommentarer etterlater et inntrykk av et visst rutinepreg, mer enn at fremstillingen av den jussen som skal anvendes er relatert til den enkelte saks faktum.

Påtakelig er det imidlertid at ingen av vedtakene kommenterer under gjengivelse av det språklige innhold i hol. § 10-3 har med «kan» vurderingens krav om at vedtaket også må være «rimelig og forholdsmessig». I seks av de ni vedtakene har like fullt med en formulering om at fylkesnemnda finner at vedtaket er «nødvendig og forholdsmessig». Det synes altså som om det da legges til grunn et forholdsmessighetskrav, selv om det ikke er tatt med i gjennomgangen av vilkårene for tvangsplassering.

Nærmere om bevisvurderingen

De fleste vedtak redegjør greit for hvilket faktum som legges til grunn, og gjennomgående kommenteres i vedtakene grunnvilkårene om rusmiddelavhengighet, skadekravet og kravet om hjelpetiltak kan være tilstrekkelig.

Når det gjelder skadekravet, behandles dette gjennomgående godt. I flere av sakene er det vist konkret til hvilke skadevirkninger de enkelte rusmidler har, og også i stor grad med konkret henvisning til aktuell litteratur eller andre kilder.

Imidlertid er det lite «egentlig» bevisvurdering. Det er relativt sparsomt med henvisning til kilder (vitner eller dokumenter). I de sakene hvor det er enighet mellom partene og sakene behandles forenklet, er dette kanskje ikke så spesielt. Fylkesnemnda har likevel også i disse sakene et selvstendig ansvar for å forvise seg om at vilkårene er oppfylt.

Samlet sett fremstår like fullt alle vedtakene som forsvarlige. Ingen av sakene etterlater tvil om at saken ikke er tilstrekkelig opplyst og at bevisene er tilstrekkelige. Det er et gjennomgående trekk at fylkesnemndene kommenterer og konkluderer for lovens hovedkriterier. Når det gjelder selve bevisvurderingen, er nok likevel formuleringene ofte mer konstaterende enn drøftende i sin form. De fleste av sakene synes imidlertid så «opplagte» at dette kan være forklaringen på at selve bevisvurderingen ikke fremkommer tydeligere. Det er imidlertid betydelige variasjoner. De fleste av avgjørelsene scorer derfor i en kvalitativ vurdering relativt høyt (7 til 9) på en skala fra 1–10, se nedenfor.

Oxford Researchs undersøkelse er en vurdering av fylkesnemndenes saksbehandling i samband med ulike vedtakstyper. Dette er ingen materiell kontroll av vedtakene som er fattet. Med dette forbeholdet bemerkes likevel at gjennomgangen ikke har avdekket avgjørelser som fremstår som tvilsomme når det gjelder selve resultatet. Gjennomgangen har heller ikke avdekket at det har vært lagt til grunn en uriktig rettsforståelse, eller at det har vært saksbehandlingsmessige brister i noen av sakene.

Nærmere om «kan»-vurderingen

Når det gjelder «kan»-skjønn – kravet om at vedtaket også må være «rimelig og forholdsmessig» – er dette ikke tatt med under den rettslige presentasjonen av vilkårene i noen av sakene. Som nevnt er det i seks av de ni vedtakene tatt inn en formulering om at vedtaket anses «nødvendig og forholdsmessig». I ett av disse vedtakene er det i tillegg vist til at vedtaket er «rimelig». Noen egentlige drøftelser av vilkåret foreligger imidlertid ikke i noen av sakene. Det er derfor vanskelig å vurdere hva som egentlig ligger bak fylkesnemndenes formulering «nødvendig og forholdsmessig». I teorien (se note 1) er «kan»

vilkåret formulert som et krav om at vedtaket må være «rimelig og forholdsmessig», mens fylkesnemndsvedtakene formulerer skjønnsstemaet til «nødvendig og forholdsmessig». Ingen av nemdsvedtakene viser til hva som er kilde for deres formulering.

Nemndenes forholdsmessighetsvurderinger er i hovedsak vurdert opp mot om frivillige hjelpetiltak er tilstrekkelige, og ikke opp mot en vurdering av om den belastning et tvangsopphold er kan sies å være forholdsmessig og rimelig. Som eksempel vises til at det i é av sakene anføres på vegne av privat part at «Det er ekstra tungt å være på institusjon når hun ikke snakker norsk. Hun er mest alene på rommet sitt». Denne anførselen peker mer mot en rimelighets- og en forholdsmessighetsvurdering, enn mot en «nødvendighetsvurdering».

Når fylkesnemndene verken redegjør for den rettslige forståelsen av begrepene, og også i begrenset grad drøfter vilkåret, er det vanskelig å se hva fylkesnemndene egentlig forstår og vurderer dette vilkåret. I hovedsak fremstår dette i vedtakene mer som en «pliktmessig konstatering» enn av en skjønnsmessig helhetsvurdering.

5.5.3 Oppsummerende vurderinger

At seks av ni saker ble behandlet «forenklet» og den gravide kvinnen på vedtakstidspunktet allerede var tvangsinnlagt i institusjon, er i overensstemmelse med tidligere undersøkelser knyttet til tvangsvedtak av gravide rusmisbrukere. I evalueringsstudiet *Tvang overfor rusmiddelavhengige* fra 2010 var avgjørelsen i 98 % av sakene etter hol. § 10-3 forskuttet gjennom midlertidig vedtak før den ordinære saken ble fremmet.⁹ Utvalget i denne undersøkelsen synes altså å være representativ når det gjelder dette forholdet.

Av de ni sakene som er gjennomgått, fikk kommunen medhold i kravet om tvangsinnleggelse i alle sakene. Alle sakene vurderes å være forsvarlig avgjort og i hovedsak fremstilt på en tilfredsstillende måte.

Klientene er i disse sakene alltid representert ved advokat. Dette er en svært viktig rettssikkerhetsgaranti.

Videre har både kommunen og den gravide kvinnen – dersom det ikke samtykkes til forenklet behandling – rett til selv å få tale sin sak i forhandlingsmøte i fylkesnemnda. Dette ivaretar retten til muntlig forhandling og sikrer kontradiksjon.

Fylkesnemndenes sammensetning sikrer ved nemndsbehandling både juridisk kompetanse ved fylkesnemndsleder og rusfaglig kompetanse gjennom det sakkyndige medlem.

Hvorvidt vedtakene materielt sett er riktige, er ikke et sentralt spørsmål i denne undersøkelsen, men de fleste vedtakene fremstår like fullt å være i tråd med regelverket.

⁹ Uni Rokkansenteret Rapport 2- 2010 *Tvang overfor rusmiddelavhengige* side 100.

Når det gjelder redegjørelsen for «*Sakens bakgrunn*», burde det – i alle fall i den grad deler av dette legges til grunn som faktum – vært avklart bedre om dette er en del av det faktum som avgjørelsen bygger på, eller om det kun utgjør «bakgrunnshistorien».

Kommunens *anførsler* er i hovedsak godt referert. For den private parts *anførsler* kunne det i større grad vært presisert om det er enighet om faktum, og eventuelt hvilke av vilkårene som bestrides oppfylt. Dette bør også klargjøres selv om privat part nedlegger felles påstand med kommunen. Det bør da presiseres om enigheten også omfatter faktum, kommunens vurderinger eller om det bare er enighet om «resultatet». Dette er viktig siden fylkesnemnda har et selvstendig ansvar for å påse at lovens vilkår er oppfylt også om partene er enige i «resultatet».

Når det gjelder fylkesnemndenes redegjørelse for *jussen*, fremstår den «standardteksten» flere av fylkesnemndene anvender for å gjengi lovens vilkår, som relativt «overfladisk». Det tydeliggjøres ikke hvilke vilkår som må være oppfylt. Her mangler også – i den grad fylkesnemndene mener at det også er et krav om en skjønnsmessig helhetsvurdering (et rimelighets- og et forholdsmessighetskrav) – en henvisning til dette. Dersom fylkesnemndene eventuelt mener at dette kravet er «nødvendig- og forholdsmessighetskrav», bør det uansett forklares eller presiseres hva dette i så fall går ut på, og hva det skal måles opp mot.

Det fremstår noe spesielt at det så godt som aldri vises til ytterligere tolkningsspørsmål eller ytterligere rettskilder. Ingen av sakene viste til andre rettskilder enn selve bestemmelsen i hol. § 10-3. Rettsanvendelsen kan derfor synes å fremstå som noe summarisk. Når det så gjelder «standardformuleringen» som flertallet av nemndene brukte, kan en si at det er bra at fylkesnemndene arbeider frem en felles rettsforståelse, men det er en fare for at en slik «standardformulering» ikke bare blir en felles rettsforståelse. Disse ni sakene etterlater i større grad inntrykk av at det skjer en nokså «tilfeldig» standardisering, mer enn at den rettsforståelse det gir uttrykk for er et resultat av en løpende søking etter presisering og avklaring.

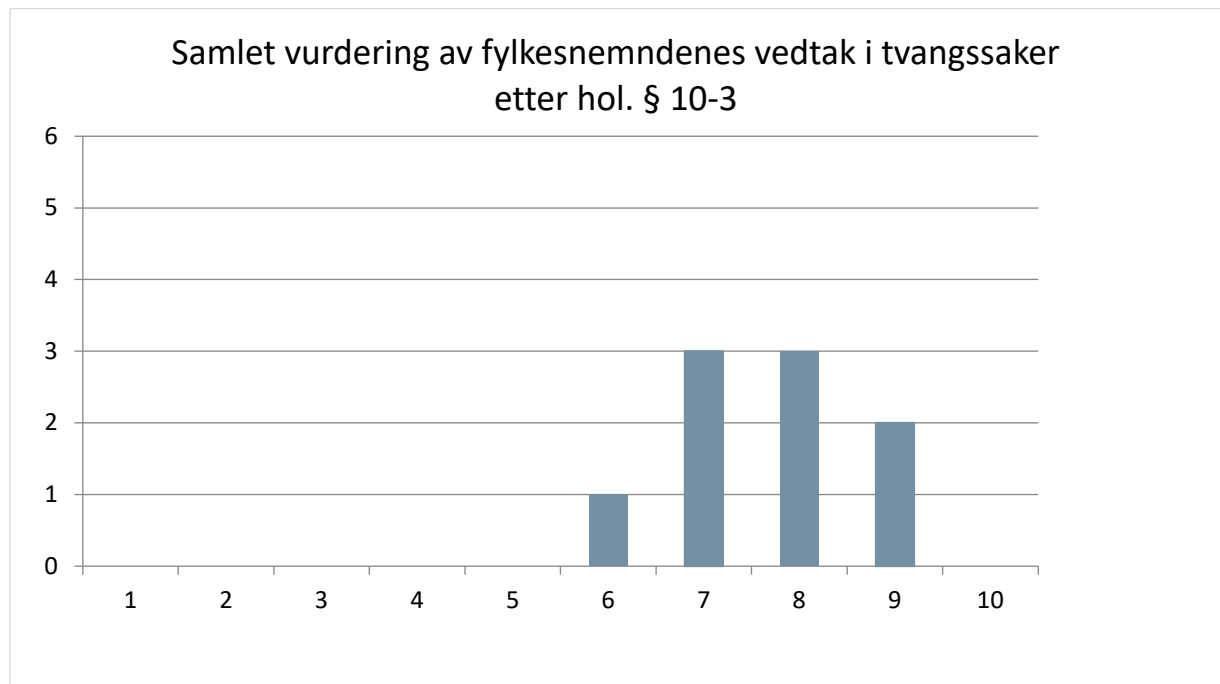
Når det gjelder bevisvurderingen, fremstår denne ofte mer som «konstateringen» enn «bevisvurderingen». Det er meget godt mulig at bevisføringen i forhandlingsmøte har vist at det ikke foreligger tvil i saken. Dette kommer imidlertid ikke alltid til syne i vedtaket, og det er vanskelig etterprøvbart når det ikke fremkommer hvilke vitner og/eller hvilke dokumenter faktum knytter seg til.

Samtlige ni vedtak som besluttet innleggelse i institusjon, besluttet også at det skulle være adgang til urinprøvekontroll under institusjonsoppholdet. Samtlige vedtak er fra før 1. november 2016. Før dette tidspunkt skulle fylkesnemnda fatte vedtak om urinprøvetaking. Denne kompetansen er nå flyttet til den enkelte institusjon, se forskrift 26. august 2016 nr. 1003 om rettigheter og bruk av tvang under opphold i institusjon for behandling, omsorg og rehabilitering av personer med rusmiddelproblemer. Det skal kort bemerkes at også når det gjaldt disse var begrunnelsen identisk med preg av «standardvedtak»: Urinprøvetaking «*er et forholdsmessig og nødvendig tiltak*». Ingen av vedtakene har selvstendige kommentarer eller vurderinger under dette spørsmålet.

I tabellen nedenfor foreligger den samlede vurderingen av de ni vedtakene ved at følgende spørsmål er besvart etter analysen: «*Synes saksbehandling, vurderinger og konklusjon overbevisende ut fra et krav til forsvarlig*

saksbehandling? – Svaret på denne bedømmingen, i Oxfords evaluering, skal gis på en skala fra 1 til 10, der 1 er svært dårlig og 10 svært bra».

Figur 12: Samlet vurdering av fylkesnemndenes vedtak i tvangssaker etter hol. § 10-3



5.6 Fylkesnemndas behandling av saker etter hol § 10-2 fjerde ledd

5.6.1 Lovgrunnlag og utvalg

Helse- og omsorgstjenesteloven (hol.) § 10-2 (4) regulerer adgangen til å treffe midlertidig vedtak – ofte benevnt «hastevedtak» eller «akuttvedtak» – overfor rusmiddelmisbrukere. Grunnvilkårene i hol. § 10-2 (1) om at tvangsinnleggelse bare kan besluttes dersom «noen utsetter sin fysiske eller psykiske helse for fare ved omfattende og vedvarende misbruk, og dersom hjelpetiltak ikke er tilstrekkelig» og at innleggelsens formål, «undersøkelse og tilrettelegging av behandling», må være oppfylt også i akutttilfellene. Det samme gjelder vilkåret om at tvangsvedtaket må være nødvendig og forholdsmessig¹⁰. I tillegg til at disse grunnvilkårene må være oppfylt, er det etter bestemmelsens (4) et vilkår for akuttvedtak at «de interesser bestemmelsen skal ivareta kan bli vesentlig skadelidende dersom vedtak ikke treffes og gjennomføres straks».

¹⁰ Se nærmere om bestemmelsen hos Karl Harald Søvig i Alice Kjellebold Helse og omsorgstjenesteloven med kommentarer (2016) side 191–192.

Bestemmelsen inneholder to vurderingselementer. For det første om det foreligger fare for «vesentlig» skade. Det vil si at terskelen ligger høyere enn det som gjelder for ordinære § 10-2 vedtak. For det andre kreves en «akuttsituasjon». Det må handles med en gang for å hindre den forannevnte skaden. Mens det er fylkesnemnda som treffer ordinære vedtak etter hol. § 10-2, er vedtaksmyndigheten ved akuttvedtak lagt til kommunen. Normalt er dette delegert til leder av den kommunale rusomsorgen. Av hol. § 10-2 (4) følger det at barnevernloven (bvl.) §§ 7-22 og 7-23 kommer til anvendelse i disse sakene.

Av bvl. § 4-22 fremgår at akuttvedtak skal sendes fylkesnemnda «umiddelbart etter iverksettingen», og at fylkesnemndslederen «snarest, og om mulig innen 48 timer» skal godkjenne vedtaket. Denne godkjenningen skal skje med *«utgangspunkt i akuttvedtaket»*, og er i realiteten *«en legalitetskontroll av det akuttvedtak som er fattet. Dette innebærer at nemndsleder skal foreta en prøving av om beskrivelsen av den faktiske situasjonen og begrunnelsen for vedtaket, synes å være i samsvar med lovens krav.»* (Ot.prp. nr. 76, 2005–2006 side 133).

Etter hol. § 7-23 kan den private part påklage akuttvedtaket til fylkesnemnda. Det følger av bestemmelsens andre ledd at det da skal *«holdes et kort møte hvor partene gis mulighet til å redegjøre for sitt syn»*. Dersom nemndsleder tillater det, kan det i tillegg til akuttvedtaket, klagen og partenes forklaringer, påberopes vitner eller fremlegges andre dokumenter. Klagen behandles av nemndsleder alene. Det vil si at det ikke innkalles hverken fagkyndige eller lege medlemmer. Når det i lovteksten står at det innkalles til et «kort» møte, så er det en realitet. Det er sjelden det avsettes mer tid enn tre timer til et slikt klagemøte.

Vedtak i klagesaken skal foreligge innen én uke etter at fylkesnemnda mottok saken; jf. bvl. § 4-23 (3).

I alle saker om tvangsinnleggelse av rusmiddelmissbrukere for fylkesnemnda, vil vedkommende være representert ved advokat (bvl. § 7-8). Dette gjelder også i klagesaker over akuttvedtak.

Av lovens forarbeider fremgår det at akuttvedtak etter hol. § 10-2 (4) var ment som en snever unntaksregel¹¹. I praksis viser det seg at nesten 60 % av de saker om tvangsinnleggelse fylkesnemndene behandler etter de ordinære regler, foreligger et akuttvedtak før den ordinære saken behandles¹².

Oxford Research innkalte etter tilfeldig uttrekning syv vedtak etter hol. § 10-2 (4). Kommunen fikk medhold i kravet om tvangsinnleggelse i samtlige av sakene. Sakene gjaldt tre kvinner og fire menn. Den yngste i utvalget var 22 år og eldste 68 år.

¹¹ NOU 1985: 18 side. 299.

¹² Uni Rokkansenteret *Tvang overfor rusmiddelavhengige*, Rapport 2 – 2010 side 100.

5.6.2 Resultater og diskusjon

Innledning

Fylkesnemndenes vedtak har alle en felles form. I bvl. § 7-19 (3) – som også gjelder de tvangssaker vi her behandler – heter det: «*Vedtak skal begrunnes som dommer. Tvisteloven § 19-6 gjelder tilsvarende så langt den passer*». Av tvisteloven (tvl.) § 19-6 (4) fremgår det at dommer skal begrunnes, og at begrunnelsen skal omfatte «*a) framstilling av saken, b) partenes påstander med påstandsgrunnlag, og c) rettens vurdering*». Slik er også alle de fylkesnemndsvedtakene i utvalget bygd opp.

Forarbeidene kommenterer forholdet mellom fylkesnemndenes prøving av akuttvedtak og ordinære tvangsvedtak, og påpeker om dette at «Ved prøving av akuttvedtak er avgjørelsesgrunnlaget således mer begrenset enn ved behandling av saker i ordinært forhandlingsmøte», og «Det legges til grunn at det i disse sakene vil være tilstrekkelig med en kort begrunnelse tilpasset sakens tema knyttet til akuttsituasjonen, jf. § 7-19 tredje ledd. (Ot.prp. nr. 76, 2005–2006, side 134; understreket her).

Vedtakens totale lengde varierer mellom fire og åtte sider, med et gjennomsnitt på ca. fem sider. Gjennomsnittlig utgjør sakens bakgrunn ca. 1,5 sider, partenes anførsler ca. én side, og fylkesnemndas vurderinger ca. to sider. Selv om forarbeidene indikerer kortere vedtak i klagesaker over akuttvedtak, er vedtakenes omfang relativt lik gjennomsnittet av de ordinære § 10-2-sakene. Bortsett fra ett vedtak som var på åtte sider, var alle de øvrige vedtakene på mellom 4,5 og 5 sider. Det er derfor ikke grunnlag for å si noe om sammenhengen mellom vedtakenes lengde og kvalitet.

Når det gjelder *tidsforbruket* fra begjæringen kom inn til fylkesnemnda og til vedtak forelå ble det brukt fem dager i to av sakene, seks dager i fire av sakene, og syv dager i en av sakene. Alle sakene ble med andre ord avgjort innen fristen på en uke; jf. bvl. § 4-23 (3).

Nærmere om «Sakens bakgrunn» – faktumfremstillingen

Akuttsakene skiller seg fra de ordinære vedtak når det gjelder fremstillingen av sakens bakgrunn. I hele fire av syv saker utgjør fylkesnemndas beskrivelse av sakens bakgrunn ene og alene fullstendig sitat av hele kommunens akuttvedtak, og ingen kommentarer ut over dette. I en femte sak er også akuttvedtaket fullstendig gjengitt, men her har fylkesnemnda i tillegg skrevet sin egen saksfremstilling. I én av sakene er akuttvedtaket ikke gjengitt ordrett, men punktvis etter følgende innledning: «*Basert på den fremstillingen som er gitt av faktum i vedtaket – som klager i liten grad har hatt innsigelser mot – og partenes forklaring under møtet, legger nemnda følgende saksforhold til grunn*».

Gjennomgående er altså sakens bakgrunn basert på akuttvedtaket. Kun i én sak har fylkesnemnda gitt en egen selvstendig beskrivelse av bakgrunnen for saken uten henvisning til akuttvedtaket.

I to av sakene er også privat parts klage gjengitt i fulltekst som en del av sakens bakgrunn.

Kun i ett tilfelle fremgår at fylkesnemnda legger til grunn det faktum som beskrives under sakens bakgrunn. Ellers fremstår det som skrives under sakens bakgrunn utelukkende som beskrivende, uten at det tas standpunkt til om dette anses bevist eller ikke.

Nærmere om partenes anførsler

Kommunens anførsler er i hovedsak godt gjengitt. Normalt inneholder gjengivelsen av kommunenes anførsler også kort henvisning til aktuell lovbestemmelse.

Når det gjelder gjengivelsen av anførslene fra private parter, er disse også i hovedsak greit gjengitt, om enn noe mer varierende. Det savnes i noen vedtak en noe klarere presisering av hvilke vilkår som ikke anses oppfylt, samt klarere angivelse av hvilke momenter som anføres i de tilfeller det hevdes at tvang vil være uforholdsmessig eller urimelig.

Nærmere om fylkesnemndas rettsanvendelse

Som nevnt ovenfor fremgår det av bvl. § 7-19 (3) at for fylkesnemndas avgjørelser gjelder tvl. § 19-6 så langt den passer. I tvl. § 19-6 (5) fremgår at etter at en redegjørelse for sakens tvist og partenes anførsler, skal det gjøres rede for den «*rettsanvendelse avgjørelsen er bygd på*».

Alle vedtakene viser til hol. § 10-2 første og fjerde ledd, og alle gjentar hovedinnholdet i lovteksten med egne ord på en grei måte. I fire av vedtakene er dette det eneste som sies om jussen.

Gjengivelsen av innholdet i lovteksten bærer lite preg av standardisering. Dette fremstår som noe påfallende siden fylkesnemndenes gjengivelse av rettsforståelsen i de ordinære tvangssakene etter hol. § 10-2 er svært standardisert. Der hadde alle – med unntak av én sak – en egen standardformulering av vilkårene i hol. § 10-2 (1). Bare i en av akuttsakene er denne standardformuleringen tatt med, til tross for at dette er de samme grunnvilkår som skal vurderes i akuttsakene.

Bare ett av vedtakene viser til at det i tillegg til de vilkår som nevnes i loven, så kreves «skjønnsmessig helhetsvurdering av om tvang er rimelig, nødvendig og forholdsmessig. Sentralt i denne vurderingen er skadens alvorlighet og sannsynligheten for at den vil inntre».

I svært liten grad kommenteres eller presiseres hva som ligger i det særlige vilkår i akuttsakene om «vesentlig skadelidende»; jf. hol. § 10-2 (4). Kun i to av sakene kommenteres dette. I en av sakene sies det at «Dersom vilkårene for plassering anses oppfylt, må nemnda videre ta stilling til om klager skal forbli plassert gjennom en opprettholdelse av vedtaket, eller om en eventuell plassering kan avventes frem til nemnda har behandlet saken på ordinært vis – med full nemnd og full bevisførsel».

Kun én av sakene har en mer grundig gjennomgang og presisering av nemndas rettsforståelse. Der forklares bl.a. at rusmisbrukskriteriet «*bare kan anvendes overfor de sterkest belastede rusmisbrukerne*», at «*kortvarig og sporadisk rusmisbruk ikke rammes av bestemmelsen*», og at anvendelse av tvang forutsetter at «man har grunn til å tro at tiltaket vil være innledning til mer langvarig behandling». Videre presiseres tema for akuttvurderingen. I samme sak er det også vist og sitert fra «sosiallovutvalget», dog uten kildehenvisning (NOU 1985: 18 side 232).

Den samlede vurderingen er at vedtakene i liten grad forklarer eller presiserer hva som ligger i det sentrale kravet i hol. § 10-2 (4) om at «de interesser bestemmelsen skal ivareta kan bli vesentlig skadelidende dersom vedtaket ikke treffes og gjennomføres straks».

Nærmere om bevisvurderingen

Som nevnt ovenfor fremgår det av bvl. § 7-19 (3) at for fylkesnemndas avgjørelser gjelder tvl. § 19-6 så langt den passer. Etter tvisteloven er det da et krav om at avgjørelsen skal gjøre rede for «den bevisvurdering (...) avgjørelsen er bygd på».

Ingen av vedtakene, med ett unntak, sier noe om hvilket beviskrav som gjelder. I én av sakene er følgende sitat inntatt: «Det er kommuner som har bevisbyrden for at vilkårene er oppfylt. Det er tilstrekkelig med sannsynlighetsovervekt for at vilkårene er oppfylt, jf. Karl Harald Søvig *Tvang overfor rusmiddelavhengige* s. 235-236».

Det er påfallende at bare ett av vedtakene har dette med i akuttvedtakene, siden alle vedtak – med ett unntak – som gjelder ordinære tvangsvedtak etter hol. § 10-2 gjengir denne bevisregelen.

Samlet sett fremstår bevisvurderingene som forsvarlige ut fra faktum som legges til grunn. Imidlertid fremgår få egentlige vurderinger. Mye av begrunnelsen fremstår mer som konstateringer enn egentlige bevisvurderinger. I enkelte av vedtakene er det også svært sparsomt med henvisning til hvilke bevis faktum bygger på (vitner eller dokumenter).

Når forannevnte er påpekt, etterlater ingen av sakene tvil om at den er tilstrekkelig opplyst, og at bevisene er tilstrekkelige. Det er et gjennomgående trekk at fylkesnemndene kommenterer og konkluderer for de kriteriene loven stiller opp. Når det gjelder selve bevisvurderingen, er imidlertid selve formuleringene ofte mer konstaterende enn drøftende.

Samlet sett er det gjennomgående trekk at avgjørelsene fremstår som forsvarlige. De fleste av avgjørelsene scorer derfor i en kvalitativ vurdering relativt høyt (7 til 9) på en skala fra 1–10, se nedenfor.

Oxford Researchs undersøkelse er en vurdering av fylkesnemndenes saksbehandling i samband med ulike vedtakstyper. Dette er ingen materiell kontroll av vedtakene som er fattet. Med dette forbeholdet bemerkes likevel at gjennomgangen ikke har avdekket avgjørelser som fremstår som tvilsomme når det gjelder selve resultatet. Gjennomgangen har heller ikke avdekket at det har vært lagt til grunn en uriktig rettsforståelse, eller at det har vært saksbehandlingsmessige brister i noen av sakene.

5.6.3 Oppsummerende vurderinger

De syv sakene vurderes å være forsvarlig avgjort, og er i hovedsak fremstilt på en tilfredsstillende måte.

Klientene er i disse sakene alltid representert ved advokat. Dette er en viktig rettssikkerhetsgaranti. Videre avholdes det alltid et kort forhandlingsmøte slik at privat part får forklare seg direkte for fylkesnemndas leder.

Hvorvidt vedtakene materielt sett er riktige, er ikke et sentralt spørsmål i denne undersøkelsen, men vedtakene framstår å være i tråd med regelverket.

Når det gjelder redegjørelsen for «Sakens bakgrunn» gis dette i hovedsak ved en gjengivelse av akuttvedtakene. Hensett til at klagesaker over akuttvedtak etter forarbeidene er ment å være «mer begrenset enn ved behandling av saker i ordinært forhandlingsmøte» (Ot.prp. nr. 76, 2005-2006 side 134) framstår en slik redegjørelse som forsvarlig. I et par av sakene i utvalget er også klagen gjengitt under sakens bakgrunn. Dette vurderes som en styrke med hensyn til å gi et godt bilde av sakens bakgrunn.

Kommunens anførsler er i hovedsak godt referert. Det samme også når det gjelder private parters anførsler, selv om det her nok i større grad kan presiseres hvilke vilkår som bestrides oppfylt, og avklare hva som eventuelt i en helhetsvurdering anføres å gjøre en eventuell tvangsinnleggelse urimelig eller uforholdsmessig.

Når det gjelder rettsanvendelsen, er det gjennomgående relativt tynt, utover at hovedinnholdet i hol. § 10-2 første og fjerde ledd gjengis. I liten grad er det redegjort for grunnvilkårene i første ledd, og i enda mindre grad hva som egentlig ligger i og hvordan akuttvurderingen i tredje ledd er å forstå. Sistnevnte er i de fleste vedtak nær sagt fraværende.

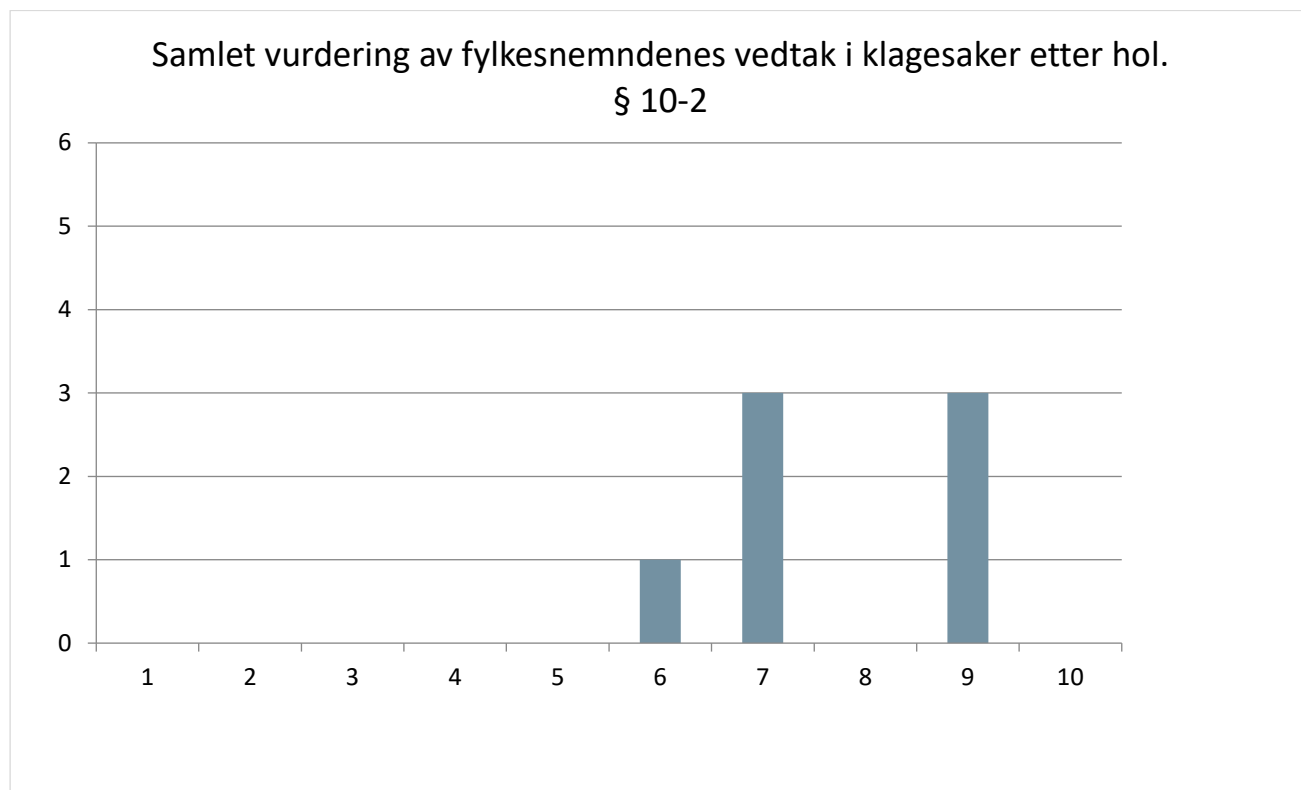
Selv om fremstillingen av rettsforståelsen kan synes noe sparsom, blir likevel samtlige vilkår vurdert. F.eks. var det bare i én av sakene at det i gjennomgangen av jussen ble vist til at det i tillegg til de vilkår som nevnes i loven, så kreves «skjønsmessig helhetsvurdering av om tvang er rimelig, nødvendig og forholdsmessig.» Selv om de andre vedtakene ikke nevner dette, så inneholder likevel seks av vedtakene en henvisning til at et tvangsvedtak nå er forholdsmessig og nødvendig. Det synes altså som om det ikke er noen – iallfall nødvendig – sammenheng mellom presentasjonen av jussen og hvilke vurderinger som faktisk gjøres.

Når det gjelder bevisvurderingen, savnes i noe større grad at det vises til hvilket kildemateriale bevisvurderingen bygger på. I noen grad fremstår bevisvurderinger som «konstateringer» mer enn «bevisvurderinger». Det er godt mulig at bevisføringen i møtet har vist at det ikke foreligger tvil i saken. Dette kommer imidlertid ikke alltid til syne i vedtaket, og er vanskelig etterprøvbart når det ikke fremkommer hvilke vitner og/eller hvilke dokumenter faktum knytter seg til.

Når det gjelder fylkesnemndas samlede vurderinger, er grunnvilkårene i hol. § 10-2 (1) viet vel så mye plass som selve akuttvurderingen. Akuttvedtakene er også i omfang relativt lik de ordinære tvangsvedtakene etter hol. § 10-2 (1). Forarbeidenes anvisning på at «disse sakene vil være tilstrekkelig med en kort begrunnelse tilpasset sakens tema knyttet til akuttsituasjonen» (Ot.prp. nr. 76, 2005-2006, side 134) gjenspeiles i liten grad i vedtakene.

I tabellen nedenfor foreligger den samlede vurderingen av de syv vedtakene ved at følgende spørsmål er besvart etter analysen: «Synes saksbehandling, vurderinger og konklusjon overbevisende ut fra et krav til forsvarlig saksbehandling? – Svaret på denne bedømmingen, i Oxfords evaluering, skal gis på en skala fra 1 til 10, der 1 er svært dårlig og 10 svært bra».

Figur 13: Samlet vurdering av fylkesnemndenes vedtak i tvangssaker etter hol. § 10-2, fjerde ledd



5.7 Fylkesnemndas behandling av saker etter hol § 10-3 femte ledd

5.7.1 Lovgrunnlag og utvalg

Helse- og omsorgstjenesteloven (hol.) § 10-3 (5) regulerer adgangen til å treffe midlertidig vedtak (ofte benevnt «hastevedtak» eller «akuttvedtak») overfor rusmiddelmisbrukere. Grunnvilkårene i hol. § 10-3 (1) regulerer adgangen til å beslutte tvangsinnleggelse og tilbakeholdelse av gravide rusmiddelavhengige i institusjon dersom «misbruket er av en slik art at det er overveiende sannsynlig at barnet vil bli født med skade, og dersom hjelpetiltak ikke er tilstrekkelig». Selv om det ikke fremgår direkte av lovteksten, er det alminnelig oppfatning i juridisk teori at fylkesnemndas adgang til å treffe tvangsvedtak – formulert i lovteksten som en «kan» kompetanse – samtidig innebærer et krav om at tvangsvedtaket må være rimelig og forholdsmessig.¹³ Dette gjelder også ved vurderingen av akuttvedtak¹⁴, selv

¹³ Se nærmere om bestemmelsen hos Karl Harald Søvig i Alice Kjelle vold Helse og omsorgstjenesteloven med kommentarer (2016) side 193–200), og Helsedirektoratets Veileder om tvangstiltak overfor personer med rusmiddelproblemer (Veileder IS-2355).

¹⁴ Se nærmere om bestemmelsen hos Karl Harald Søvig i Alice Kjelle vold *Helse og omsorgstjenesteloven med kommentarer* (2016) side 191-192.

om vilkåret i § 10-3 (5) er oppfylt, dvs. at «de interesser bestemmelsen skal ivareta kan bli vesentlig skadelidende dersom vedtak ikke treffes og gjennomføres straks».

Bestemmelsen inneholder to vurderingselementer. For det første om det foreligger fare for «vesentlig» skade. Det vil si at terskelen ligger høyere enn det som gjelder for ordinære § 10-3 vedtak. For det andre kreves en «akuttsituasjon». Det må handles med en gang for å hindre den forannevnte skade. Mens det er fylkesnemnda som treffer ordinære vedtak etter hol. § 10-3, er vedtaksmyndigheten ved akuttvedtak lagt til kommunen. Normalt er dette delegert til leder av den kommunale rusomsorgen. Av hol § 10-3 (5) følger det at barnevernloven (bvl.) §§ 7-22 og 7-23 kommer til anvendelse i disse sakene.

Av bvl. § 4-22 fremgår at akuttvedtak skal sendes fylkesnemnda «umiddelbart etter iverksettingen», og at fylkesnemndslederen «snarest, og om mulig innen 48 timer» skal godkjenne vedtaket. Denne godkjenningen skal skje med «utgangspunkt i akuttvedtaket», og er i realiteten «en legalitetskontroll av det akuttvedtak som er fattet. Dette innebærer at nemndsleder skal foreta en prøving av om beskrivelsen av den faktiske situasjonen og begrunnelsen for vedtaket, synes å være i samsvar med lovens krav.» (Ot.prp. nr. 76, 2005–2006, side 133).

Etter hol. § 7-23 kan den private part påklage akuttvedtaket til fylkesnemnda. Det følger av bestemmelsens andre ledd at det da skal «holdes et kort møte hvor partene gis mulighet til å redegjøre for sitt syn». Dersom nemndsleder tillater det, kan det i tillegg til akuttvedtaket, klagen og partenes forklaringer, påberopes vitner eller fremlegges andre dokumenter. Klagen behandles av nemndsleder alene. Når det i lovteksten står at det innkalles til et «kort» møte, så er det en realitet. Det er sjelden det avsettes mer tid enn tre timer til et slikt klagemøte.

Vedtak i klagesaken skal foreligge innen én uke etter at fylkesnemnda mottok saken; jf. bvl. § 4-23 (3).

I alle saker om tvangsinnleggelse av gravide rusmiddelmissbrukere for fylkesnemnda, vil vedkommende være representert ved advokat (bvl. § 7-8). Dette gjelder også i klagesaker over akuttvedtak.

I evalueringsstudiet *Tvang overfor rusmiddelavhengige* fra 2010 var i tvangssaker overfor gravide «avgjørelsen i 98 % av tilfellene forskuttet gjennom midlertidig vedtak før den ordinære saken ble fremmet»¹⁵.

Oxford Research innkalte etter tilfeldig uttrekning seks vedtak etter hol. § 10-2. Kommunen fikk medhold i kravet om tvangsinnleggelse i fem av sakene. Der kvinnen fikk medhold, fant Fylkesnemnda at misbruksvilkåret ikke var oppfylt.

Yngste kvinne i utvalget var 20 år og eldste 38 år.

¹⁵ Uni Rokkansenteret Rapport 2- 2010 *Tvang overfor rusmiddelavhengige* side 106.

5.7.2 Resultater og diskusjon

Innledning

Fylkesnemndenes vedtak har alle en felles form. I bvl. § 7-19 (3) – som også gjelder de tvangssaker vi her behandler – heter det: «Vedtak skal begrunnes som dommer. Tvisteloven § 19-6 gjelder tilsvarende så langt den passer». Av tvisteloven (tvL) § 19-6 (4) fremgår det at dommer skal begrunnes, og at begrunnelsen skal omfatte «a) framstilling av saken, b) partenes påstander med påstandsgrunnlag, og c) rettens vurdering». Slik er også alle de fylkesnemndsvedtakene i utvalget bygd opp.

Forarbeidene kommenterer forholdet mellom fylkesnemndenes prøving av akuttvedtak og ordinære tvangsvedtak, og påpeker om dette at «Ved prøving av akuttvedtak er avgjørelsesgrunnlaget således mer begrenset enn ved behandling av saker i ordinært forhandlingsmøte», og «Det legges til grunn at det i disse sakene vil være tilstrekkelig med en kort begrunnelse tilpasset sakens tema knyttet til akuttsituasjonen, jf. § 7-19 tredje ledd. (Ot.prp. nr. 76, 2005–2006, side 134; understreket her).

Vedtakens lengde er i fem av de seks sakene på fem til seks sider, mens ett av vedtakene er på tre sider. Selv om forarbeidene indikerer kortere vedtak i klagesaker over akuttvedtak, er vedtakenes omfang relativt lik gjennomsnittet av de ordinære § 10-3 sakene.

Når det gjelder tidsforbruket gikk det tre dager fra begjæringen kom inn til fylkesnemnda til vedtak forelå i én av sakene, fem dager i to av sakene, seks dager i to av sakene, og syv dager i én av sakene. Alle sakene ble med andre ord avgjort innen fristen på en uke, jf. bvl. § 4-23 (3).

Nærmere om «Sakens bakgrunn» – faktumfremstillingen

Akuttsakene skiller seg fra de ordinære vedtak når det gjelder fremstillingen av sakens bakgrunn. Kun i én av sakene har fylkesnemnda beskrevet sakens bakgrunn med egne ord. I de fem andre sakene består avsnittet om sakens bakgrunn utelukkende av sitat av kommunens akuttvedtak og/eller privat parts klage, og ingen kommentarer ut over dette. Tre av vedtakene gjengir både akuttvedtaket og klagen, mens ett av vedtakene kun siterer akuttvedtaket. Ett vedtak mangler helt dette avsnittet.

Nærmere om partenes anførsler

Både kommunens og privat parts anførsler er i hovedsak greit gjengitt i fire av de seks vedtakene.

I ett av vedtakene er det imidlertid ingen gjengivelse av partenes anførsler. Der mangler helt et eget avsnitt med partenes anførsler eller påstandsgrunnlag. Akuttvedtaket og klagen er sitert. Deretter gjengis kun partenes påstander, før det går rett over til «Fylkesnemndas merknader.»

I det siste vedtaket er privat parts anførsler gjengitt under tittelen «*As faktiske påstandsgrunnlag og rettslige anførsler i utdrag*». Der siteres så privat parts klage over en side, mens kommunens påstandsgrunnlag kun gjengis over 2 ½ linje, uten at det fremkommer hva som er kommunens anførsler i saken.

Nærmere om fylkesnemndas rettsanvendelse

Som nevnt ovenfor fremgår det av bvl. § 7-19 (3) at for fylkesnemndas avgjørelser gjelder tvl. § 19-6 så langt den passer. I tvl. § 19-6 (5) fremgår at etter at en redegjørelse for sakens tvist og partenes anførsler, skal det gjøres rede for den «*rettsanvendelse avgjørelsen er bygd på*».

Tre av vedtakene som viser til hol. § 10-3 første og femte ledd, og gjentar hovedinnholdet i lovteksten med egne ord på en grei måte. I én av disse sakene er det også et par tolkningsmessige presiseringer. Det vises for det første til at akuttvurderingen i femte ledd knytter seg til en vurdering av om «fosterets behov for beskyttelse tilsier at det ikke er tid til å avvente vanlig saksbehandling.» For det andre kommenteres om begrepet «rusmiddelavhengig» at «fylkesnemnda forstår ikke dette som en henvisning til rusavhengighet i medisinsk forstand. I lys av lovens formål må vilkåret om rusmiddelavhengighet vurderes med utgangspunkt i hvorvidt den gravide på egen hånd kan forventes å kontrollere bruken av rusmidler på en måte som ivaretar hensynet til fosteret.» Utover lovens formål, angis ingen rettskilder som grunnlag for disse tolkningene.

Av de tre øvrige sakenes behandling av rettsanvendelsen kan nevnes at en avgjørelse helt mangler utsagn om rettsanvendelsen, bortsett fra at det innledningsvis er vist til at det ble truffet et midlertidig vedtak etter «Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester § 10-3». Hol. § 10-3 (5) er overhodet ikke nevnt. I en annen sak er det i innledningen skrevet at saken gjelder klage over vedtak etter hol. § 10-2 (4), og det vises til samme bestemmelse i «Fylkesnemndas vurderinger». Deretter sier nemnda at de finner vilkårene i hol § 10-3 (5), jf. første ledd oppfylt. Drøftelsen viser også klart at saken vurderes etter § 10-3. Den tredje saken behandler en rekke rettslige spørsmål. Av fylkesnemndas tre siders vurderinger, utgjør hele 1 ½ side avsnittet «Noen rettslige utgangspunkter». Her berøres en rekke spørsmål, (at nemnda er ubundet av partenes påstander, hva nemnda kan bygge på av bevis, beviskrav, at rettskilder etter gammel lovs § 6-2a er relevant med videre). Det som skrives «overøses» med rettskilder (Høyesterettsavgjørelser, proposisjoner, innstillinger, Karl Harald Søvig's bøker fra 2007 og 2016 osv.). Drøftelsene gir imidlertid lite til avklaring. Redegjørelsen etterlater mer usikkerhet enn avklaring. Dette er for øvrig den avgjørelsen der klager vant fram fordi nemndsleder ikke fant «en overvekt av sannsynlighet for at A er avhengig av rusmidler.» Og videre: «Det er utelukkende beviskravet som gjør at en finner at vilkåret ikke er oppfylt.»

Gjengivelsen av innholdet i lovteksten bærer lite preg av standardisering. Dette er noe overraskende ettersom fylkesnemndenes gjengivelse av rettsforståelsen i de ordinære tvangssakene etter hol. § 10-3 er svært standardisert.

Samlet sett fremstår de rettslige vurderingene lite samsvarende, og det helt sentrale momentet i akutt-sakene om hva som er «vesentlig skadelidende» (jf. hol. § 10-3 (5)) berøres eller avklares i liten grad. I begrenset utstrekning forklares eller presiseres hva som ligger i det sentrale kravet i hol. § 10-3 (5) om at «de interesser bestemmelsen skal ivareta kan bli vesentlig skadelidende dersom vedtaket ikke treffes og gjennomføres straks».

Nærmere om bevisvurderingen

Ingen av vedtakene drøfter egentlig beviskravene, med ett unntak der nemndsleder anfører at «I en situasjon hvor det er begrunnet mistanke om at en gravid kvinne ruser seg, påhviler det imidlertid den gravide selv et ansvar for å avkrefte mistanken gjennom å avgi urinprøver.» Noen kilder eller ytterligere begrunnelse for denne bevisregelen anføres imidlertid ikke.

Samlet sett fremstår bevisvurderingene i hovedsak som forsvarlige hensett til det faktum som presenteres. I en sak synes likevel det faktumgrunnlag som presenteres med hensyn til omfanget av rusbruk noe «tynt» sett opp mot misbrukskriteriet. Det er likevel ikke holdepunkter for noen sikker konklusjon om dette. Bortsett fra forannevnte sak som etterlater noe tvil, fremstår vedtakene samlet sett som forsvarlige, og etterlater ikke tvil om at sakene er tilstrekkelig opplyst og at bevisene tilstrekkelige. Det er et gjennomgående trekk at fylkesnemndene kommenterer og konkluderer for de av kriteriene loven stiller opp. Samlet sett er imidlertid vedtakene etter hol. § 10-3 (5) av mer vekslende kvalitet – og med flere lave vurderinger – enn hva som gjelder vedtak etter hol. § 10-2 (1), § 10-2 (4) og § 10-3 (1), se nedenfor.

Oxford Researchs undersøkelse er en vurdering av klageorganers saksbehandling i ulike vedtakstyper. Dette er ingen materiell kontroll av vedtakene som er fattet. Med dette forbeholdet bemerkes likevel at gjennomgangen – bortsett fra i en sak – ikke har avdekket avgjørelser som fremstår som tvilsomme når det gjelder selve resultatet.

5.7.3 Oppsummerende vurderinger

De seks sakene synes å være forsvarlig avgjort, men selve vedtakenes utforming og begrunnelse varierer relativt mye.

Klientene er i disse sakene alltid representert ved advokat. Dette er en viktig rettssikkerhetsgaranti.

Videre avholdes det alltid et kort forhandlingsmøte slik at privat part får forklare seg direkte for fylkesnemndas leder.

Når det gjelder redegjørelsen for «*Sakens bakgrunn*» gjøres dette i de fleste sakene ved en gjengivelse av akuttvedtakene, eventuelt i kombinasjon med gjengivelse av klagen. Hensett til at klagesaker over akuttvedtak etter forarbeidene er ment å være «*mer begrenset enn ved behandling av saker i ordinært forhandlingsmøte*» (Ot.prp. nr. 76, 2005–2006 side 134) framstår en slik redegjørelse som forsvarlig. Det vurderes som en styrke med hensyn til å gi et godt bilde av sakens bakgrunn og faktum, at ikke bare akuttvedtaket, men også klagen gjengis.

Kommunens *anførsler* er i hovedsak godt referert. For private parters anførsler kunne det i større grad vært presisert om hvilke vilkår det foreligger uenighet.

I enkelte av avgjørelsene er det heller ikke godt samsvar mellom privat parts anførsler, og fylkesnemndas drøftelser. Flere av private parters anførsler blir oversett – eller i alle fall ikke drøftet – av fylkesnemnda.

Redegjørelsen for rettsanvendelsen er gjennomgående relativt svak utover en gjengivelse av hovedinnholdet i hol. § 10-3 første og femte ledd. I liten grad er det redegjort for grunnvilkårene i første ledd, og i enda mindre grad hvordan akuttkravet i femte ledd er å forstå. Sistnevnte er i de fleste vedtak nær sagt fraværende. Det er heller ikke i noen av vedtakene nevnt at det må foretas en helhetsvurdering av om tvangsvedtaket vil være urimelig og uforholdsmessig.

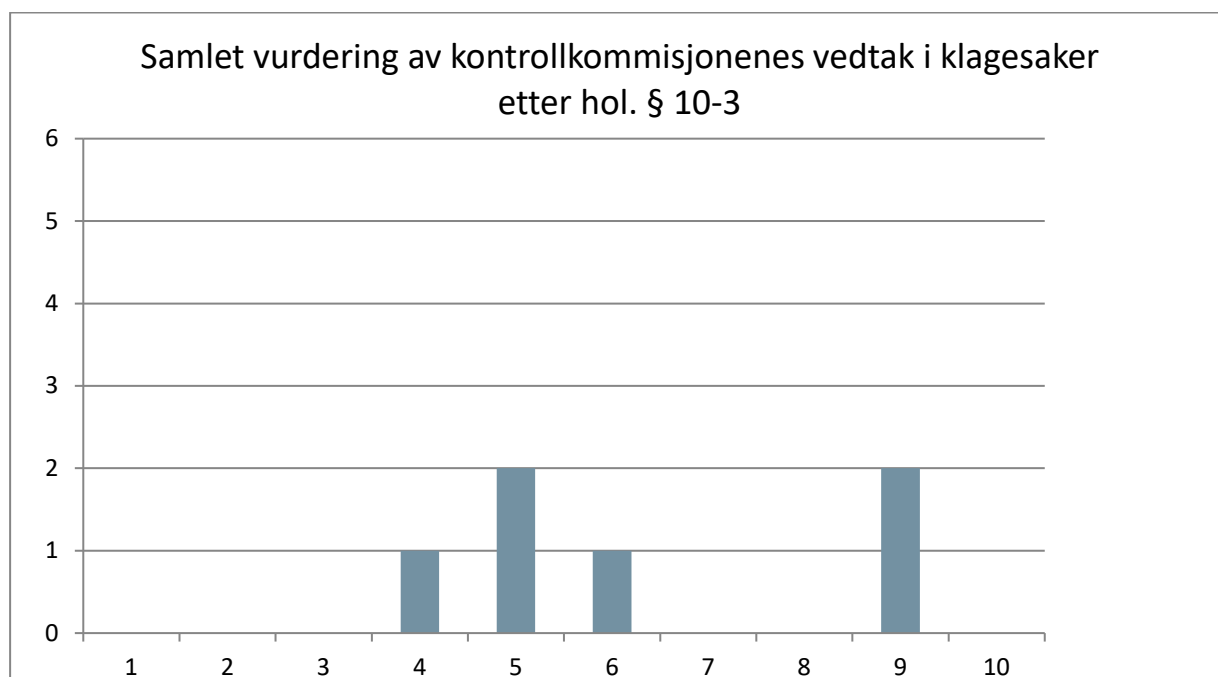
Selv om fremstillingen av rettsforståelsen kan synes noe sparsom i disse sakene, blir likevel samtlige grunnvilkår vurdert i de fem sakene hvor klager ikke fikk medhold. Og selv om ingen nevner at vilkåret om en skjønnsmessig helhetsvurdering, så vises det i to av vedtakene til en forholdsmessighetsvurdering. Det synes altså som om det ikke er noen – iallfall nødvendig – sammenheng mellom presentasjonen av jussen og hvilke vurderinger som faktisk gjøres.

Når det gjelder bevisvurderingen, savnes i noe større grad at det vises til hvilket kildemateriale bevisvurderingen bygger på. I noen grad fremstår bevisvurderinger som «konstateringer» mer enn «bevisvurderinger».

Når det gjelder fylkesnemndas samlede vurderinger, er grunnvilkårene i hol. § 10-3 (1) viet vel så mye plass som selve akuttvurderingen. Akuttvedtakene er også i omfang relativt like de ordinære tvangsvedtakene etter hol. § 10-3 (1).

I tabellen nedenfor foreligger den samlede vurderingen av de ti vedtakene ved at følgende spørsmål er besvart etter analysen: «Synes saksbehandling, vurderinger og konklusjon overbevisende ut fra et krav til forsvarlig saksbehandling? – Svaret på denne bedømmingen, i Oxfords evaluering, skal gis på en skala fra 1 til 10, der 1 er svært dårlig og 10 svært bra».

Figur 14: Samlet vurdering av fylkesnemndenes vedtak i tvangssaker etter hol. § 10-2, fjerde ledd



Når det gjelder fordelingen er det altså et mindretall der kvaliteten vurderes som høy. Flertallet ligger i midtsjikt av grunner nevnt over. Det vedtaket som er vurdert til lavest score er preget av en overfladisk tilnærming til de rettslige spørsmål selv om kvinnen fikk medhold og selv om det refereres til ulike rettskilder.

6. Resultater fra spørreundersøkelsen - Fylkesmannen

I dette kapitlet presenterer vi sentrale funn fra spørreundersøkelsen til ansatte hos fylkesmennene. Vi starter med å gi en oppsummering av funnene i punkt 6.1.. Deretter gir vi en presentasjon med figurer for utvalgte resultater (6.2.). Figurene er kort kommentert.

6.1 Oppsummering

Det er 63 som har svart. De ansatte fra fylkesmennene som har besvart undersøkelsen har en ulik utdanningsbakgrunn. 40 % er jurister, 16 % er utdannet som leger og 16 % har utdanning som sykepleier. Videre er det 10 % som har utdanning som vernepleier og 12 % som har annen utdanning.

Når det gjelder mottak vedtak etter pbrl § 4A-5, jfr. pbrl § 4A-8 første ledd, finner vi at det store flertallet (87 %) alltid gjennomgår alle vedtak etter pbrl ved mottak. Når det gjelder om kontrollen ved mottak er en full vurdering eller en formalkontroll, er bildet blandet. 63 % svarer at kontrollen er en full vurdering av om vilkårene er oppfylt. 23 % svarer at kontrollen er en formalkontroll som kan sammenliknes med phvl § 3-8 første ledd.

Det er varierende oppfatninger eller praksis om fylkesmannen stiller krav om skriftlig klage etter phvl. 47% oppgir at fylkesmannen aldri stiller krav om skriftlig klage, 7 % sier at fylkesmannen sjelden stiller krav og 20% oppgir at fylkesmannen ofte stiller krav om skriftlig klage. Det er et enda mer blandet bilde når det gjelder om fylkesmannen stiller krav om skriftlig klage etter pbrl kapittel 4A. 13 % oppgir at fylkesmannen av og til stiller krav, 13% oppgir at fylkesmannen ofte stiller krav om skriftlig klage etter pbrl kapittel 4A og 33% oppgir at fylkesmannen alltid stiller krav om skriftlig klage etter pbrl kapittel 4A. Men her svarer en stor andel vet ikke/ikke relevant (37 %) Noe av det samme bildet ser vi når det gjelder krav om skriftlig klage etter hol kapittel 9. 3% sier at fylkesmannen sjelden stiller krav, 7% oppgir at fylkesmannen av og til stiller krav, 13% oppgir at fylkesmannen ofte stiller krav og 30% oppgir at fylkesmannen alltid stiller krav om skriftlig klage etter hol kap. 9. Også her er andelen som svarer vet ikke/ikke relevant høy (37 %).

Vi finner at det er varierende om pasienten blir kontaktet av fylkesmannen dersom nærmeste pårørende klager etter pbrl §4A-7. 3% sier at fylkesmannen aldri kontakter pasienten dersom nærmeste pårørende klager, 10% oppgir at fylkesmannen sjelden kontakter pasienten, 13% oppgir av og til, 10% sier at fylkesmannen ofte tar kontakt med pasienten, 13% sier fylkesmannen alltid tar kontakt og 50% av respondentene oppgir vet ikke/ikke relevant om pasienten blir kontaktet av fylkesmannen dersom nærmeste pårørende klager etter pbrl §4A-7. Her er det verd å merke den høye andelen som oppgir vet ikke/ikke relevant.

Det varierer også hvorvidt pasienten blir kontaktet av fylkesmannen dersom *nærmeste pårørende* klager etter pbrl §4A-7. 3% sier at fylkesmannen aldri kontakter pasienten dersom nærmeste pårørende klager, 10% oppgir at fylkesmannen sjelden kontakter pasienten, 13% oppgir av og til, 10% sier at fyl-

kesmannen ofte tar kontakt med pasienten, 13% sier fylkesmannen alltid tar kontakt og 50% av respondentene oppgir vet ikke/ikke relevant om pasienten blir kontaktet av fylkesmannen dersom nærmeste pårørende klager etter pbrl §4A-7.

Det er også varierende om nærmeste pårørende blir kontaktet av fylkesmannen hvis det er *pasienten* som klager etter pbrl §4A-7. 7% av de ansatte hos fylkesmennene som har svart på spørsmålet oppgir aldri, 7% oppgir sjelden, 10% oppgir av og til, 13% oppgir ofte, 13% oppgir alltid og hele 50% av respondentene oppgir vet ikke/ ikke relevant i forhold til om nærmeste pårørende blir kontaktet av fylkesmannen hvis pasienten klager etter pbrl § 4A-7.

Det ser ut som det er forholds sjelden at pasienten blir kontaktet av fylkesmannen i forbindelse med sak om *overprøving* etter pbrl §4A-8 første ledd. Det er også variasjon i svarene fra de ansatte hos fylkesmennene siden noen oppgir at de kontakter pasientene ofte eller alltid i slike tilfeller. 56% av de 30 respondentene oppgir samlet sett at pasienten aldri eller sjelden blir kontaktet av fylkesmannen i forbindelse med sak om overprøving etter pbrl §4A-8 første ledd, 7% oppgir at pasient av og til blir kontaktet, mens samlet sett så oppgir 16% av respondentene at pasienten ofte eller alltid blir kontaktet i forbindelse med sak om overprøving etter pbrl §4A-8 første ledd.

Det er videre varierende om *nærmeste pårørende* blir kontaktet av fylkesmannen i forbindelse med sak om overprøving etter pbrl §4A-8 første ledd. Av de 30 respondentene oppgir 23% aldri, 17% sjelden, 17% av og til, 7% ofte og 20 % alltid på spørsmålet om nærmeste pårørende blir kontaktet av fylkesmannen i forbindelse med sak om overprøving etter pbrl §4A-8 første ledd.

Også om de ansatte hos fylkesmannen opplever *interessesmotsetninger* varierer erfaringene. De fleste svarer at de sjelden (47 %) eller av og til (40 %) oppfatter interessesmotsetninger mellom pasient og nærmeste pårørende som problematisk med tanke på ivaretagelse av pasientens rettssikkerhet.

Hele 77% av respondentene har oppgitt vet ikke/ ikke relevant til spørsmål om barnet blir kontaktet av fylkesmannen i behandling av saker etter pbrl kapittel 4A som gjelder barn mellom 16 og 18 år. 13% oppgir aldri, 7% oppgir sjelden og 3% oppgir ofte at barnet blir kontaktet i saker etter pbrl kapittel 4A som gjelder barn mellom 16 og 18 år. Det samme gjelder i stor grad for spørsmålet om barnets foreldre eller andre med foreldreansvaret blir kontaktet i saker etter pbrl kapittel 4A som gjelder barn mellom 16 og 18 år. Det en stor del av de 30 respondentene som oppgir vet ikke/ ikke relevant på spørsmål 10% oppgir aldri, 3 % sjelden, 3 prosent ofte og 3% alltid.

Vi finner at *personlig kontakt* ofte gjøres for å sikre opplysning av saken i saker etter phvl § 4-4. Av de 30 respondentene har 3% oppgitt aldri, 17% ofte og hele 80% har oppgitt at det alltid blir tatt personlig kontakt for å sikre opplysning av saken i saker etter phvl § 4-4. Vi finner videre at samtale med helsepersonell ofte eller alltid brukes i saker etter phvl § 4-4 for å sikre opplysning i saken. 3% oppgir aldri, 3% oppgir av og til, 27% oppgir ofte og 67% av de 30 respondentene oppgir at samtale med helsepersonell gjøres for å sikre opplysning i saken.

Spørreundersøkelsen indikerer at *sakkyndige* meget sjelden eller i liten utstrekning blir brukt og engasjert for å opplyse saken i saker etter phvl § 4-4. 50% av respondentene oppgi rat at sakkyndig aldri

blir engasjert for å opplyse saken etter phvl § 4-4, 40% svarer sjelden og 10% oppgir vet ikke/ ikke relevant.

Når det gjelder hvor ofte hvor ofte blir pasient/bruker, verge og pårørende blir *forhåndsvarslet* ved klage I saker etter hol kap. 9, finner vi at et stort flertall av de 30 respondentene oppgir vet ikke/ ikke relevant til spørsmålet. om hvor ofte. 3% oppgir at pasient/bruker, verge og pårørende ofte blir forhåndsvarslet ved klage ofte 20% oppgir at pasient/bruker, verge og pårørende alltid blir forhåndsvarslet ved klage.

Vi finner at fylkesmannen ofte eller alltid gir pasient/bruker, verge og pårørende *informasjon om klageadgangen* etter § 9-11 andre ledd. 3% oppgir ofte og hele 87% oppgir alltid på hvorvidt slik informasjon gis.

Det er noe ulike oppfatninger om at kravet om en *rask avgjørelse* kan stå i strid med kravet til forsvarlig saksbehandling i saker som gjelder kontroll- og overprøving av tvangsvedtak. Ved spørsmål om hvorvidt en opplever at kravet om en rask avgjørelse kan stå i strid med kravet til forsvarlig saksbehandling i saker som gjelder kontroll- og overprøving av tvangsvedtak har 10% oppgitt aldri, 37% sjelden, 30% av og til og 12% ofte.

Når det gjelder *arbeidsbelastning* er hovedbildet at denne oppleves enten som for stor eller passe. På spørsmål om opplevelse av embetes arbeidsbelastning i saker etter phvl har 38% av de 29 respondentene oppgitt for stor, 48% har oppgitt passe, 3% for liten og 10% vet ikke/ ikke relevant. På spørsmål om opplevelse av arbeidsbelastning i saker etter pbrl kapittel 4A har 41% oppgitt for stor arbeidsbelastning, 48% passe og 11% vet ikke/ikke relevant. Arbeidsbelastningen synes å bli opplevd å være størst for saksområdet phvl og kap. 4A, sammenliknet med hol kap 9. På spørsmål om opplevelse av arbeidsbelastning i saker etter phvl har 38% av de 29 respondentene oppgitt for stor, 48% har oppgitt passe, 3% for liten og 10% vet ikke/ ikke relevant. Når det gjelder saker etter pbrl kapittel 4A har 41% oppgitt for stor arbeidsbelastning, 48% passe og 11% vet ikke/ikke relevant.

Respondentene i spørreundersøkelsen har kommet med flere vurderinger når det gjelder sterke og svake sider ved dagens ordning for kontroll- og klagesaksbehandling hos fylkesmannen.

Blant de momenter som fremheves som sterke sider ved dagens system er blant annet rask saksbehandling, nærhet til de som fatter vedtaket og tverrfaglighet. Disse argumentene er nokså gjennomgående og det synes som de respondentene som har svart på sterke sider i stor grad fremhever det samme. I det følgende lar vi noen av de som har svart få sin stemme direkte representert i rapporten:

§ 4-4 saker: Sterke sider: rask saksbehandling, nærhet til de som fatter vedtaket, tverrfaglighet jurist/ lege.

En sterk side er at fylkesmennene er et faglig sterkt organ som har ansatt de profesjonene som trengs for å behandle saker etter alle disse tvangsregelverkene (jurister, leger, sykepleiere, vernepleiere mv

Jeg føler at Fylkesmannen som rettsikkerhetsorgan fungerer bra for overprøving og kontroll på området. Fylkesmannen burde nok vært mer aktivt ute hos kommunene, både med tilsyn og undervisning for å på denne måten sikre pasientenes rettsikkerhet enda bedre.

Omtalen gjelder klagesaksbehandling psykisk helsevernlov § 4-4.fordeler: Pasienten får rask saksbehandling, kompetansen hos saksbehandlerne er høy, på tross av at vi ikke har psykiater.

Jeg oppfatter oss som en helt uavhengig (av sykehuset) klageinstans Fylkesmannen har god oversikt over tvangssakene i kommunene. Fylkesmannen er en uavhengig instans.

Når det gjelder svake sider og utfordringer ved dagens ordning for kontroll- og klagesaksbehandling hos fylkesmannen, er det flere innspill. En utfordring som nevnes er at fylkesmannen er for avhengig av den skriftlige beskrivelsen fra førsteinstansen. Videre mener flere at det er viktig å arbeide for faglig oppdatering. Kompetanse nevnes altså også som en utfordring. Det kan også være et misforhold mellom saksmengde og ressurser. Videre fremheves for ulik praksis mellom de ulike embetene. Regelverket som gjelder tvang oppfattes også delvis som vanskelig tilgjengelig.

Et hovedproblem er at man i stor grad er avhengig av at førstelinje rapporterer om tvang - kontrollfunksjonene begynner etter at vi har fått beskjed om utøvelse av tvang. Dette fordrer at førstelinje vet hva som er tvang og hvordan de skal rapportere om det, og faktisk gjør dette. Vi kan gå nøye gjennom 100 meldinger om tvang fra ett sykehjem, men hva med det sykehjemmet som ikke rapporterer om tvang? Videre er systemet lagt opp slik at mye foregår via post, og vi må stole på at førstelinje sier det som er sant, og ikke underslår opplysninger. Noen alvorlige saker har vist at dette ikke alltid er tilfellet. Likevel har ikke FM ressurser til å reise ut og undersøke tilfeller der det ikke er rapportert om tvangsbruk i den utstrekningen vi burde ha gjort det. Det er også et nærmest utømmelig behov for opplæring i førstelinja. Det er et problem at longiver ikke blir enig med seg selv om hvorvidt man ønsker tvangsbruk eller ikke.

Kontrollfunksjonen blir et utslag av dette, noe som gjør at man til tider reparerer ting som ikke er i ustand, mens man ikke fanger opp det virkelige problemet. Årets endring av phvl medfører mange nye aktører og fire ganger så mye arbeid for dem som allerede arbeidet med området dette vil ha konsekvenser for resultatet for en forsvinnende liten gruppe. Altså: man endrer saksbehandlingsreglene, istedenfor å endre gruppen som omfattes av regelverket. Det er vel og bra med kontrollfunksjoner, men det er langt viktigere - og vanskeligere - å drøfte de materielle reglene. I vårt embete besitter vi mye kompetanse, ved medarbeidere med ulike utdannelse og yrkesbakgrunn og til dels lang erfaring. Vi spiller godt på hverandre, er nysgjerrige og har stadige faglige/etiske/juridiske diskusjoner. Dette er en styrke. Samtidig skal vi inn i en sammenslåingsprosess, som sammen med stadige nedskjæringer gjør framtida uvisst. Det kan bli vanskeligere å få tid til dette og FM kan bli en mindre attraktiv arbeidsplass, som gjør det vanskeligere å rekruttere og beholde kompetanse. I noen andre embeter, som Oslo/Akershus, er dette allerede et problem, og representerer en svakhet. Ressurser er allerede i dag på grensa, særlig for hol. En svakhet er videre, som nevnt, uklart "bestilling" - uklart ansvar og oppgaver. Hol: Klagesaker går til nemnd, noe som kanskje er unødvendig komplisert. Det er altfor få klager på området.

På sitt beste er fylkesmannsembetene uavhengige organer som gir god garanti for rettssikkerheten til svakt stilte mennesker. Imidlertid framstår det for meg som at praksisen varierer i overkant mye mellom embeter. Jeg opplever det ikke som en utfordring at leger uten psykiatrierfaring behandler saker etter pbl § 4-4, så lenge vi har godt regelverk og veiledere. Jeg opplever at vedtakene for det meste har solide medisinskfaglige begrunnelser, men at det svikter i rettsanvendelsen og saksbehandling fra sykehusene sin side i en hel del saker. Jeg er av den oppfatning at dette er noe fylkesmannsembetene er rustet til å vurdere. Behandlingen av klager på slike vedtak har også en slags områdeovervåkende funksjon, som kan være av nytte for øvrige oppdrag som er lagt til fylkesmennene

Det er ikke satt av nok ressurser til å få overprøvd vedtakene materielt initielt. Det skal gjøres når det er gått tre måneder fra vedtaket er fattet. Er rettssikkerheten godt nok ivarettatt da?

Svake sider: Fylkesmannens rolle ved gjennomgang/ overprøving av vedtak etter pbrl. kap. 4A oppleves overfladisk og formell - spesielt med tanke på at man utelukkende baserer seg på skriftlig dokumentasjon og kontrollen med vedtak er etterfølgende. Vanskelig å kontrollere hvorvidt det som står i vedtakene om eksempelvis tillitsskapende tiltak eller tilsvarende gjennomføres i praksis, ettersom slike opplysninger sjelden fremgår av journal. For øvrig oppfattes regelverket av undertegnende å ha lav status i praksis - jeg har blant annet opplevd at helsepersonell per telefon spør om hva de burde skrive i vedtak for å ha "ryggen fri". Det kan derfor synes som at anvenderne av regelverket anser at de må fatte vedtak for å unngå avvik ved eventuelt tilsyn, således synes brukerperspektivet å være fraværende

Et hovedproblem er at man i stor grad er avhengig av at førstelinje rapporterer om tvang - kontrollfunksjonene begynner etter at vi har fått beskjed om utøvelse av tvang. Dette fordrer at førstelinje vet hva som er tvang og hvordan de skal rapportere om det.

Vedr. klage, så ligger det jo i vedtakets natur at pasienten motsetter seg helsehjelpen, og således vel ville ha klaget dersom de hadde kunnet. Problematisk at Fylkesmannen både er saksbehandler av vedtakene, og klagebehandler (der vi selv har gjennomgått vedtakene).

Etterkontrollen. Og at vedtaket er gyldig fra det fattes og det tar noe tid før vi får vedtakene. Fare for at det i den perioden foregår ulovlig tvang.

Dette er jo prinsipielt viktig. Men vi er jo avhengig av de beskrivelsene vi får inn skriftlig.

Det må sikres at personell hos Fylkesmannen holder seg faglig oppdatert - her må det systematisk legges til rette for og stimuleres til det.

En svak side er at det ikke finnes rettspraksis for pbl § 4-4. Det er også en stor svakhet at vårt overordnede faginstans, Helsedirektoratet, på vegne av Regjeringsadvokaten prosederer for opprettholdelse av tvang i pbl § 3-3 i saker for domstolene.

De ulike tvangsreglene bør forenkles og "strømlinjeformes". Er for ulike i dag.

Det er dette med tid. Vi skulle hatt mer tid til å reise ut å treffe pasientene. Og mer tid til å gi veiledning (reise ut å ha foredrag om regelverket).

Fylkesmannen burde nok vært mer aktivt ute hos kommunene, både med tilsyn og undervisning for å på denne måten sikre pasientenes rettssikkerhet enda bedre enn i dag.

Misforhold mellom ressurser og saksmengde.

ressurskrevende både saksbehandling og tilsyn, i mange tilfeller store avstander.

Tilstrekkelig kompetanse, men altfor lang saksbehandlingstid generelt for alle type saker ett hol.

Stor saksinngang gir utfordring på saksbehandlingstiden

Ordningen i seg selv fungerer, igjen for lite ressurser

Pbvl. §4-4: Se punkt 20. Ordningen med fri advokathjelp som trådte i kraft 1. juli 2017 har skapt nye utfordringer.....Vår saksbehandlingstid for den nevnte ordningen ble innført var vanligvis 2 - 4 dager. Etter at ordningen ble innført er saksbehandlingstiden økt til 7 - 14 dager i saker der advokat er engasjert. Vår erfaring er at ikke alle advokater som påtar seg disse sakene er tilstrekkelig tilgjengelige, og de har ikke alltid anledning til å stille opp på møter på relativt kort varsel. På sitt beste er fylkesmannsembetene uavhengige organer som gir god garanti for rettssikkerheten til svakt stilte mennesker. Imidlertid framstår det for meg som at praksisen varierer i overkant mye mellom embeter

Vi må nødvendigvis belage oss mye på journalopplysningene i journalen. 2. komplisert å gjøre gode samtykkekompetansevurderinger. 3. ikke alle advokater snakker fysisk med pasienten, har kanskje bare kontakt per telefon 4.

Svake sider: Fylkesmannens rolle ved gjennomgang/ overprøving av vedtak etter pbrl. kap. 4A oppleves overfladisk og formell - spesielt med tanke på at man utelukkende baserer seg på skriftlig dokumentasjon og kontrollen med vedtak er etterfølgende.

Vedtaket etter hol. kap. 9 kan ha en varighet på maks 12 måneder. Om pasient/ bruker påklager Fylkesmannens vedtak, vil saken kunne ta så lang tid i rettssystemet at pasient/ bruker ikke får prøvd saken sin i retten. Tvangstiltak skal også i teorien opphøre til rettens avgjørelse, noe som i de fleste tilfeller vil kunne være uforsvarlig.

Manglende mulighet til sanksjonering og hull i lovverket slik at lovverket blir brukt på forhold (forebygge kriminalitet) som lovverket neppe var tenkt for. Vi iverksetter svært inngripende tiltak på administrativt grunnlag

De som har svart på spørreundersøkelsen har også kommet med flere forslag til forbedringer. Forbedringsforslagene gjelder blant annet regelverksendringer, kompetanseutvikling og mer ressurser. En

del av forbedringsforslagene dreier seg om administrativ effektivisering, for eksempel digitalisering av innsendelse og saksbehandling. Krav om tydeligere veiledninger og sterke krav til juridiske og medisinske kompetanse løftes også frem. Det er også forslag om at fylkesmannen bør følge opp kommunene tettere, mer stedlig tilsyn, samt mulighet for sanksjonering.

*De ulike tvangsregelverkene bør ses i sammenheng på en bedre måte enn i dag. Det blir for segre-
gert slik det er i dag.*

*Klarere forventninger i form av enkle, oversiktlige og mer enhetlige lover for førsteinstansene vil
også gjøre kontrolloppgavene bedre. Bedre opplæring i førsteinstansene. Mer ressurser til tidlig
kontakt mellom første- og anneninstans.*

Mer entydige lovkrav, spesielt ift gjennomføring av stedlig tilsyn - hol kap. 9

*Mer krav til at selve tvangsvedtaket skal beskrives. Krav om tiltaksplaner og prosedyrer. Krav
om rutiner i virksomheten for når og hvordan de skal evaluere vedtaket etter tre måneder.*

Mer likhet i regler

*Det bør snarest komme en ny versjon av vår veileder for behandling av klagesaker på vedtak
etter phvl § 4-4, som tar opp i seg de endringene som har kommet i regelverket. Jeg tenker da
særlig på vilkåret om samtykkekompetanse, og unntaket fra dette (fare).*

*Det hadde vært adskillig mindre krevende om vedtakene ble sendt inn elektronisk. Per dato
bruker vi uforholdsmessig lang tid på kvalitetssikring av vedtakene, og innhenting av manglende
informasjon. Også rettssikkerhetsmessig vil det være viktig.*

*Felles internundervisning, gjennomgang av kasuistikker, hospitering hos andre embeter og i kli-
nikker*

*For det første mener jeg at vi burde få kontrollmyndighet med alle vedtak om undersøkelse og
behandling uten eget samtykke. I dag blir ca. 50 % av disse vedtakene påklaget (i alle fall i
vårt fylke), men det er ingen grunn til at en klage må være forutsetning for kontroll.*

Ja, større mulighet for å følge opp kommunene tettere samt mulighet for sanksjonering.

Mer ressurser

*Optimalt så synes jeg det på et slikt rettssikkerhetsområde burde vært stilt strengere krav til ju-
ridiske og medisinske kompetanse.*

*Pbvl kap 4A. Elektronisk utfylling av skjema, og en direkte gjennomgang av vedtakene etter
mottak hvor vedtaket overprøves (oppheves/endres) ved behov. Ingen stadfesting fra Fylkesman-
nen etter tre måneder, det skaper forvirring i fht hvem som "ier vedtak*

Større grad av erfaringsutveksling og samordning av Fylkesmannsembetenes praksis.

Større kompetanse i embetet, ansatt psykiater.

Tilføre nok ressurser og at vi får tydeligere krav til hva som kreves av oss i vår saksbehandling, f. eks hvor langt vi skal gå i å opplyse en sak. Skal pårørende og klager få uttale seg? alltid? på hvilken måte? muntlig? skriftlig? skal vi avlegge klager

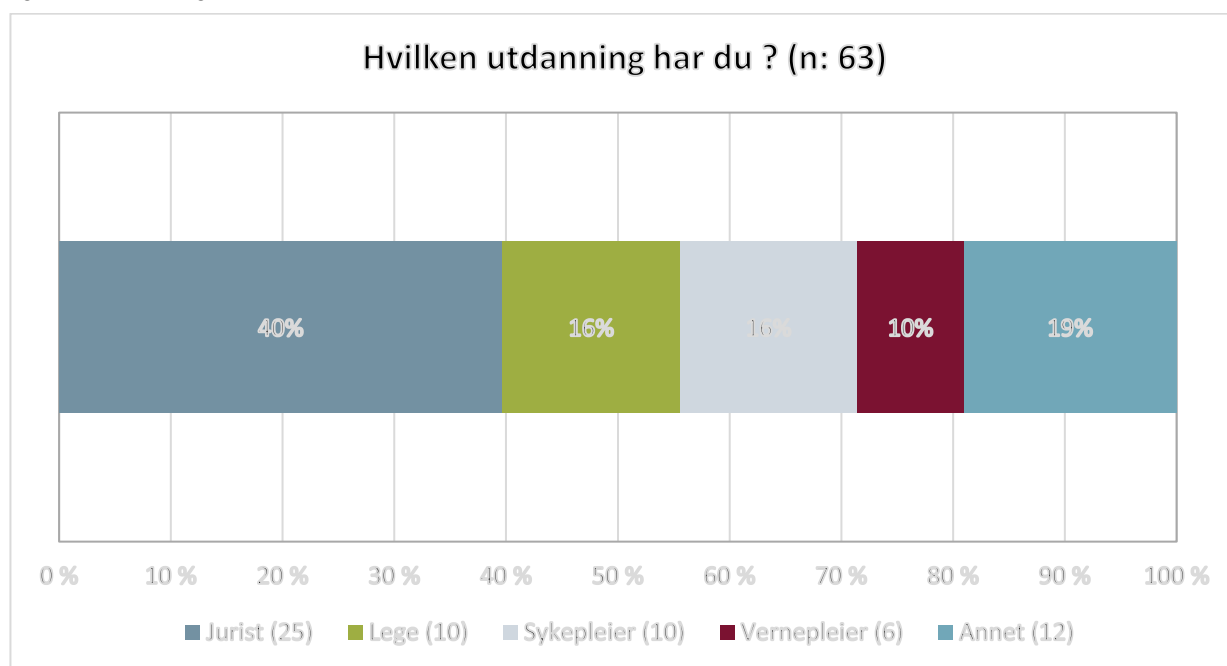
Ved økte ressurser, det er behov for økt kontroll på dette området, jf H.tilsynets rapport om lovbrudd i tjenestene til personer med utviklingshemming.

Vi har nylig gjennomført en ROS analyse på vår saksbehandling av § 4-4 saker. Dersom vi følger tiltakene i denne analysen og evaluerer vår egen virksomhet på feltet regelmessig, gir det en viss garanti for tilstrekkelig god kvalitet i saksbehandlingen.

Økte ressurser. Gode veiledninger og avklaringer fra overordnet nivå. Jevnlige nasjonale samlinger hvor vanskelige saker drøftes og konkluderes.

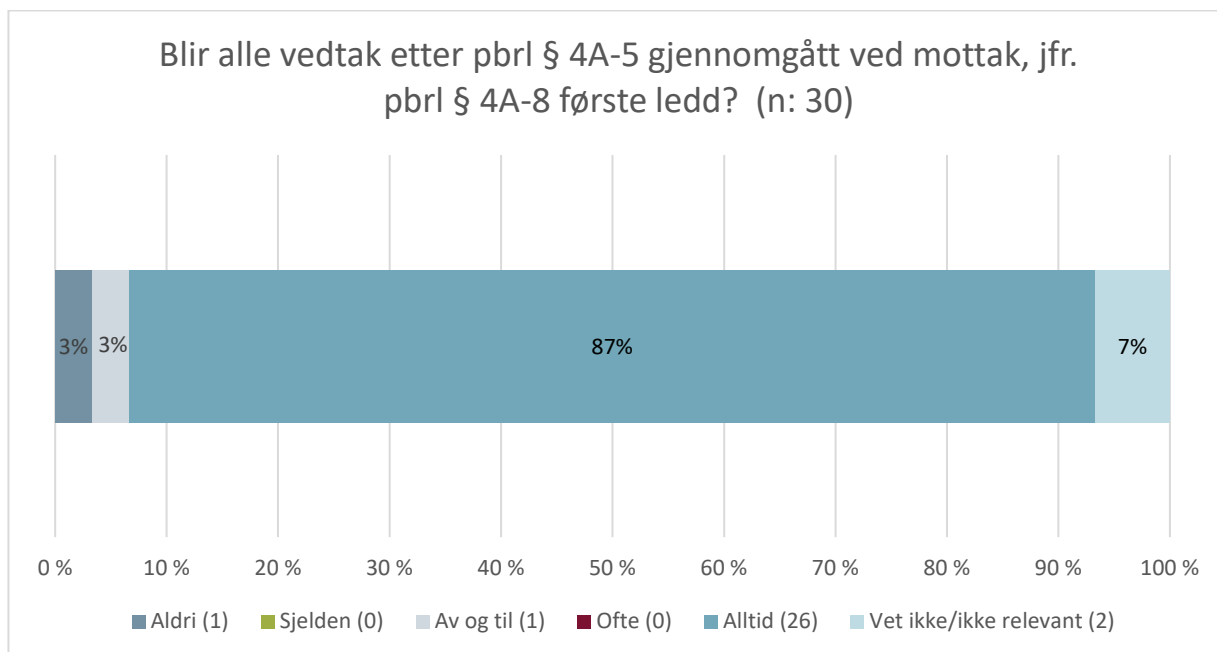
6.2 Resultater

Figur 15: Utdanning



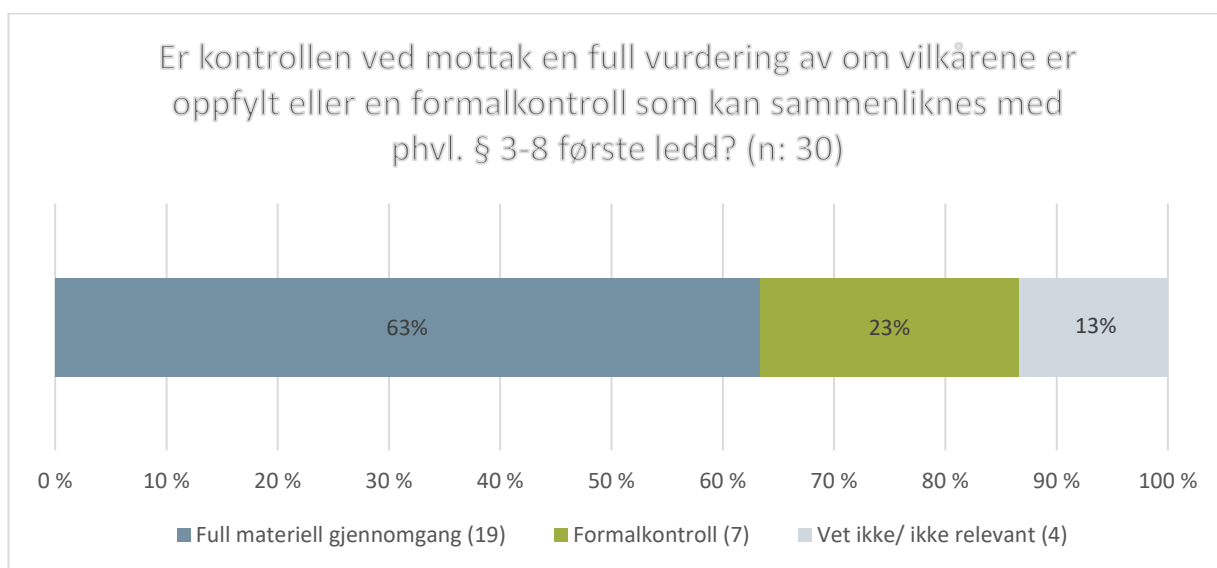
Av de 63 som har svart, ser vi at de har en ulik utdanningsbakgrunn. 40 % er jurister, 16 % er utdannet som leger og 16 % har utdanning som sykepleier. Videre er det 10 % som har utdanning som vernepleier og 12 % som har annen utdanning

Figur 16: Blir alle vedtak etter pbrl § 4A-5 gjennomgått ved mottak, jfr. pbrl § 4A-8 første ledd?



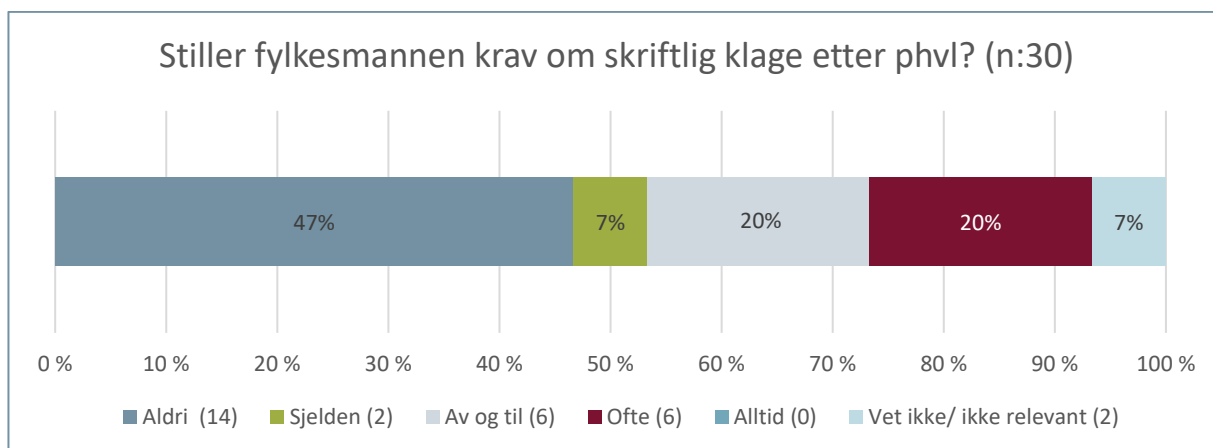
Figuren viser at det store flertallet (87 %) alltid gjennomgår alle vedtak etter pbrl ved mottak. Det er en respondent som har svart av og til og en (3 %) har svart aldri.

Figur 17 Er kontrollen ved mottak en full vurdering av om vilkårene er oppfylt eller en formalkontroll som kan sammenliknes med phvl. § 3-8 første ledd?



Når det gjelder om kontrollen ved mottak er en full vurdering eller en formalkontroll, er bildet blandet. 63 % svarer at kontrollen er en full vurdering av om vilkårene er oppfylt. 23 % svarer at kontrollen er en formalkontroll som kan sammenliknes med phvl § 3-8 første ledd.

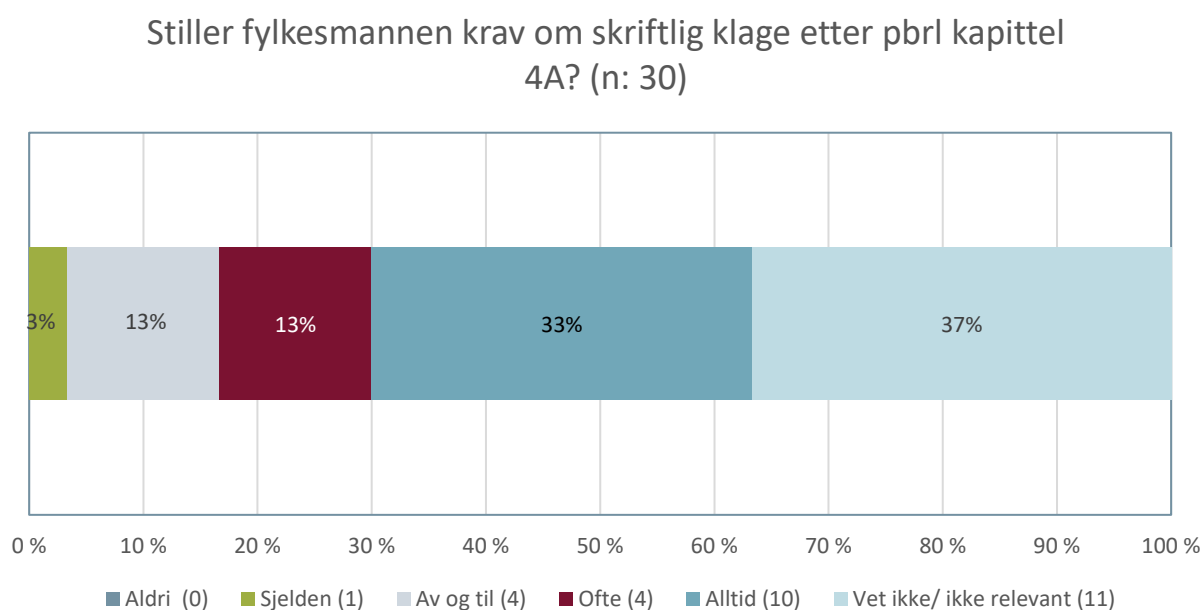
Figur 18 Stiller fylkesmannen krav om skriftlig klage etter phvl?



Kilde: Oxford Research AS

Figuren illustrerer at det er ganske blandende oppfatninger blant de 30 respondentene om hvorvidt fylkesmannen stiller krav om skriftlig klage etter phvl. Hele 47% oppgir at fylkesmannen aldri stiller krav om skriftlig klage, 7 % sier at fylkesmannen sjelden stiller krav og 20% oppgir at fylkesmannen ofte stiller krav om skriftlig klage.

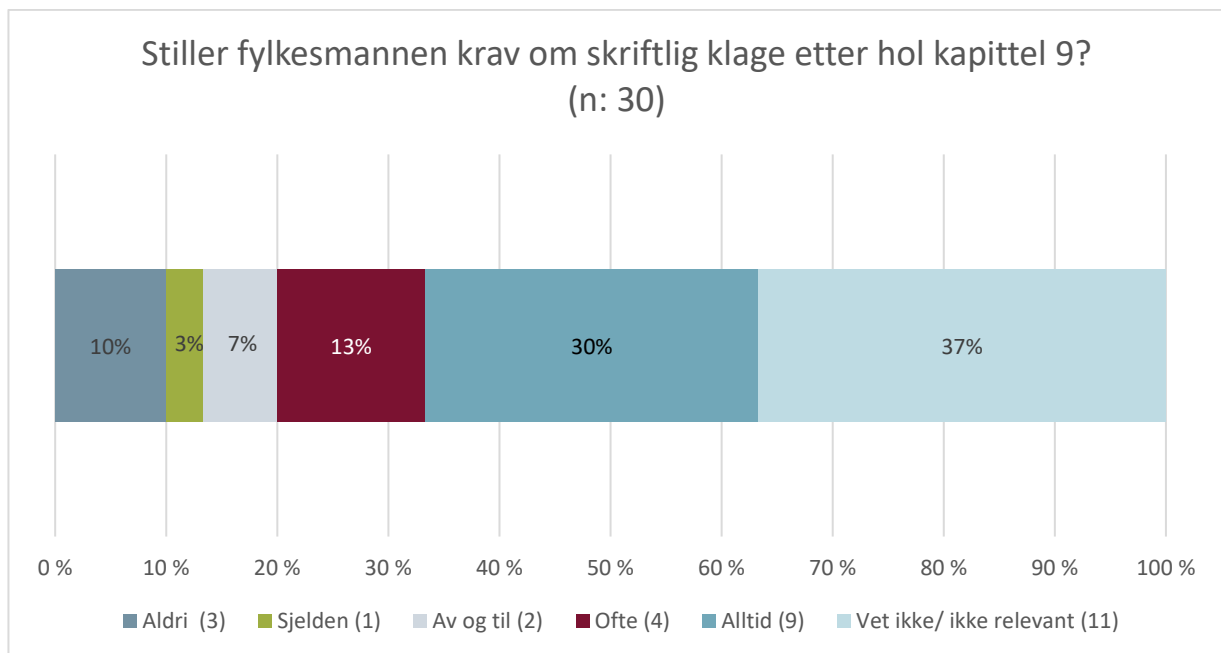
Figur 19: Stiller fylkesmannen krav om skriftlig klage etter pbrl kapittel 4A?



Kilde: Oxford Research AS

3% oppgir at fylkesmannen sjelden stiller krav om skriftlig klage etter pbrl kapittel 4A, 13 % oppgir at fylkesmannen av og til stiller krav, 13% oppgir at fylkesmannen ofte stiller krav om skriftlig klage etter pbrl kapittel 4A og 33% oppgir at fylkesmannen alltid stiller krav om skriftlig klage etter pbrl kapittel 4A.

Figur 20 Stiller fylkesmannen krav om skriftlig klage etter hol kapittel 9?

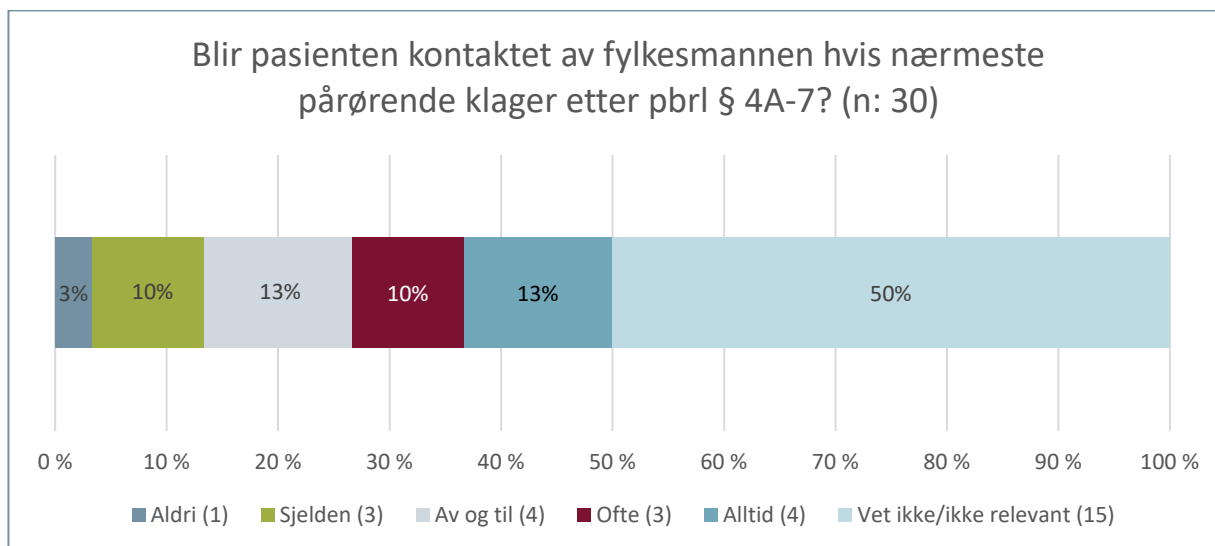


Kilde: Oxford Research AS

Respondentene oppgir nokså blandende svar, 10% oppgir at fylkesmannen aldri stiller krav om skriftlig klage etter hol kapittel 9, 3% sier at fylkesmannen sjelden stiller krav, 7% oppgir at fylkesmannen av og til stiller krav, 13% oppgir at fylkesmannen ofte stiller krav og 30% oppgir at fylkesmannen alltid stiller krav om skriftlig klage etter hol kap 9.

6.3 Informasjon og kontakt

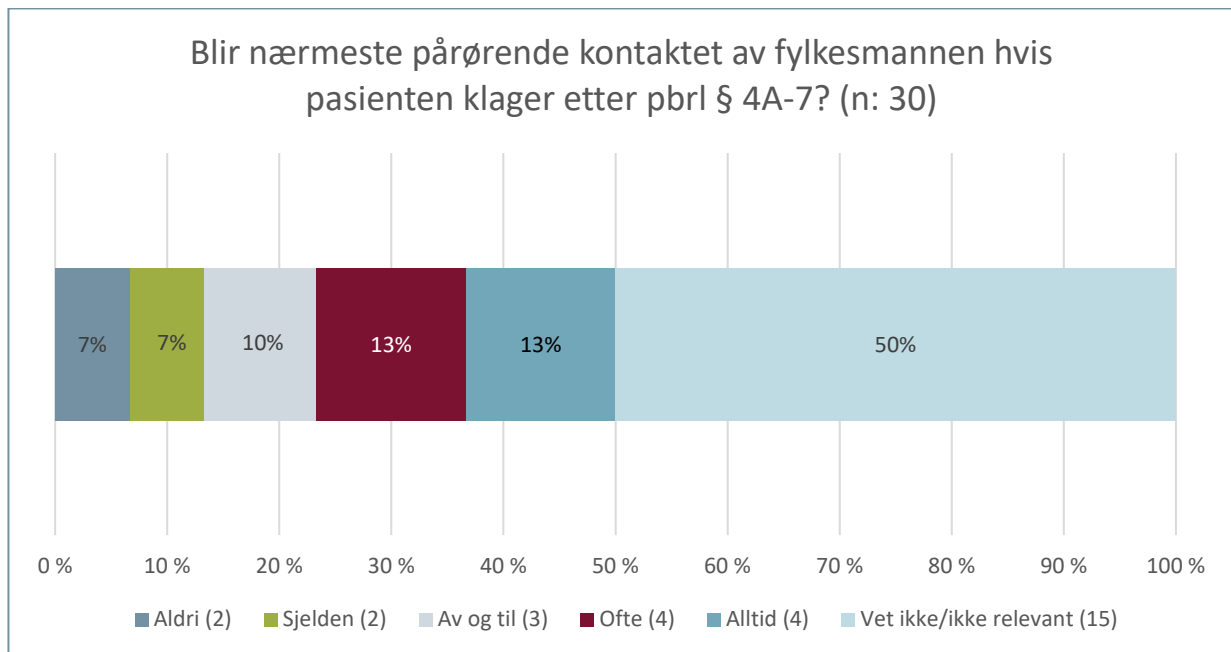
Figur 21: Blir pasienten kontaktet av fylkesmannen hvis nærmeste pårørende klager etter pbrl § 4A-7?



Kilde: Oxford Research AS

Figuren viser en jevn spredning knyttet til hvorvidt pasienten blir kontaktet av fylkesmannen dersom nærmeste pårørende klager etter pbrl §4A-7. 3% sier at fylkesmannen aldri kontakter pasienten dersom nærmeste pårørende klager, 10% oppgir at fylkesmannen sjelden kontakter pasienten, 13% oppgir av og til, 10% sier at fylkesmannen ofte tar kontakt med pasienten, 13% sier fylkesmannen alltid tar kontakt og 50% av respondentene oppgir vet ikke/ikke relevant om pasienten blir kontaktet av fylkesmannen dersom nærmeste pårørende klager etter pbrl §4A-7.

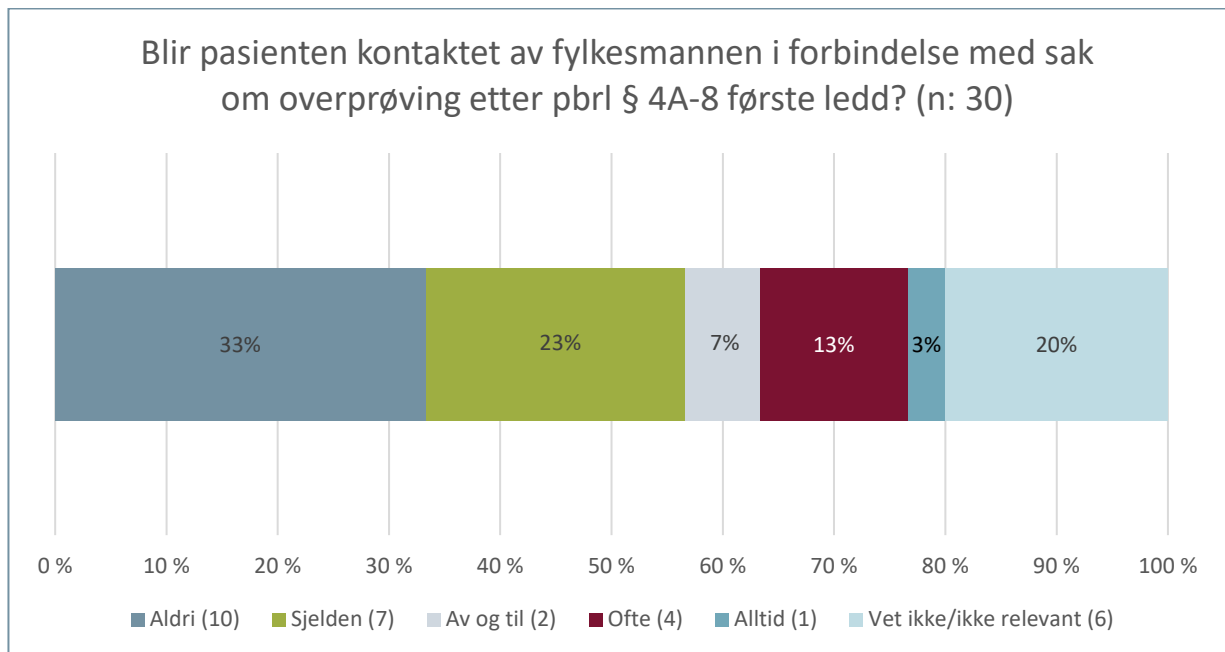
Figur 22: Blir nærmeste pårørende kontaktet av fylkesmannen hvis pasienten klager etter pbrl § 4A-7?



Kilde: Oxford Research AS

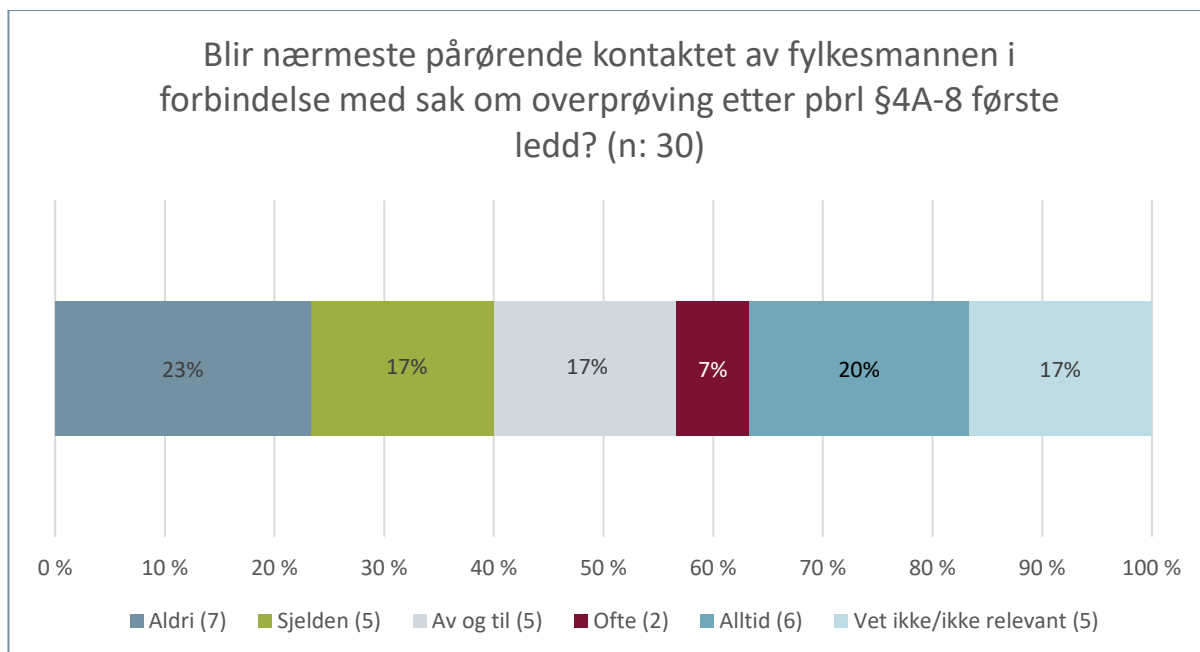
Av de 30 respondentene er svarene blandet om nærmeste pårørende blir kontaktet av fylkesmannen hvis pasienten klager etter pbrl §4A-7. 7% oppgir aldri, 7% oppgir sjelden, 10% oppgir av og til, 13% oppgir ofte, 13% oppgir alltid og hele 50% av respondentene oppgir vet ikke/ ikke relevant i forhold til om nærmeste pårørende blir kontaktet av fylkesmannen hvis pasienten klager etter pbrl § 4A-7.

Figur 23: Blir pasienten kontaktet av fylkesmannen i forbindelse med sak om overprøving etter pbrl § 4A-8 første ledd?



56% av de 30 respondentene oppgir samlet sett at pasienten aldri eller sjelden blir kontaktet av fylkesmannen i forbindelse med sak om overprøving etter pbrl §4A-8 første ledd, 7% oppgir at pasient av og til blir kontaktet, mens samlet sett så oppgir 16% av respondentene at pasienten ofte eller alltid blir kontaktet i forbindelse med sak om overprøving etter pbrl §4A-8 første ledd.

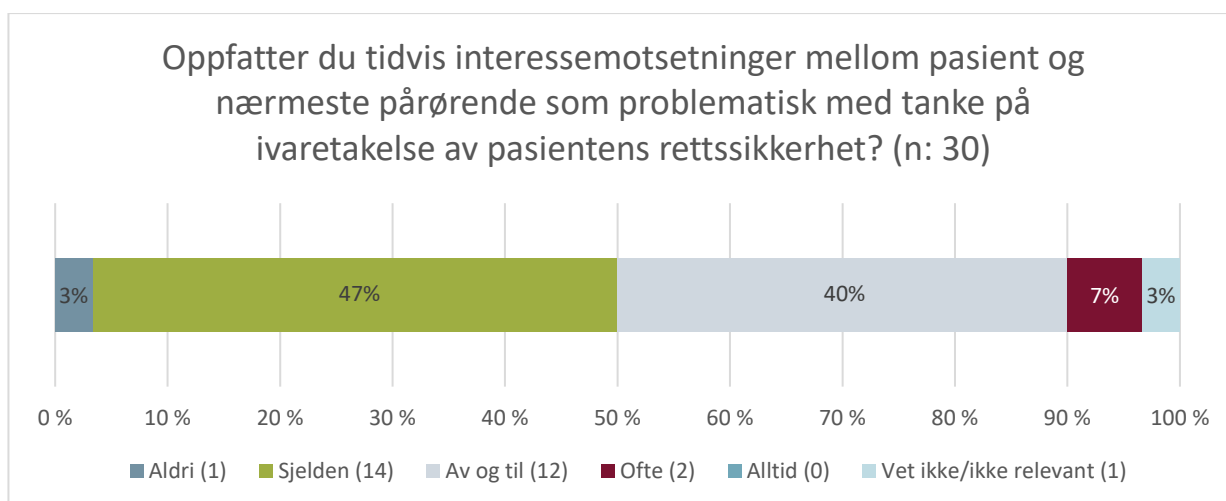
Figur 24: Blir nærmeste pårørende kontaktet av fylkesmannen i forbindelse med sak om overprøving etter pbrl §4A-8 første ledd?



Kilde: Oxford Research AS

Figuren viser en jevn fordeling om nærmeste pårørende blir kontaktet av fylkesmannen i forbindelse med sak om overprøving etter pbrl §4A-8 første ledd. Av de 30 respondentene oppgir 23% aldri, 17% sjelden, 17% av og til, 7% ofte og 20% alltid til om nærmeste pårørende blir kontaktet av fylkesmannen i forbindelse med sak om overprøving etter pbrl §4A-8 første ledd.

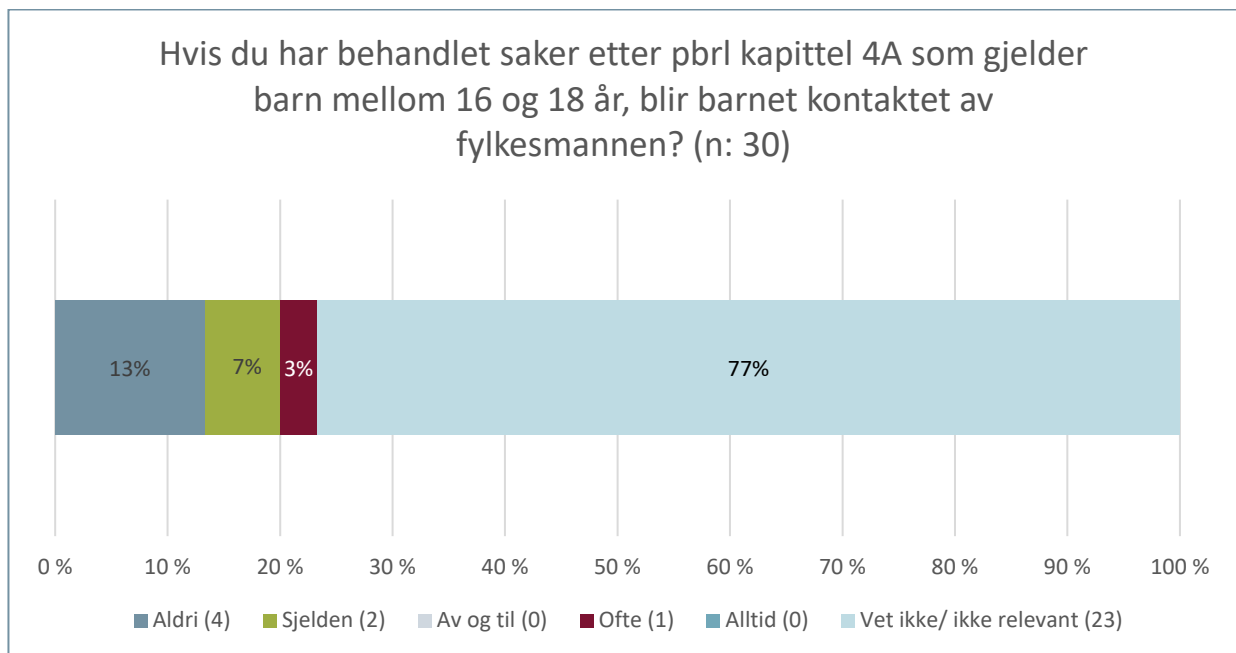
Figur 25: Oppfatter du tidvis interesseløst mellom pasient og nærmeste pårørende som problematisk med tanke på ivaretagelse av pasientens rettssikkerhet?



Kilde: Oxford Research AS

Figuren illustrerer en samling av respondentenes svar mot sjelden og av og til på spørsmålet om du tidvis oppfatter interessekonflikter mellom pasient og nærmeste pårørende som problematisk med tanke på ivaretagelse av pasientens rettssikkerhet. Av de 30 respondentene oppgir 3% aldri, 47% sjelden, 40% av og til og 7% ofte på spørsmålet.

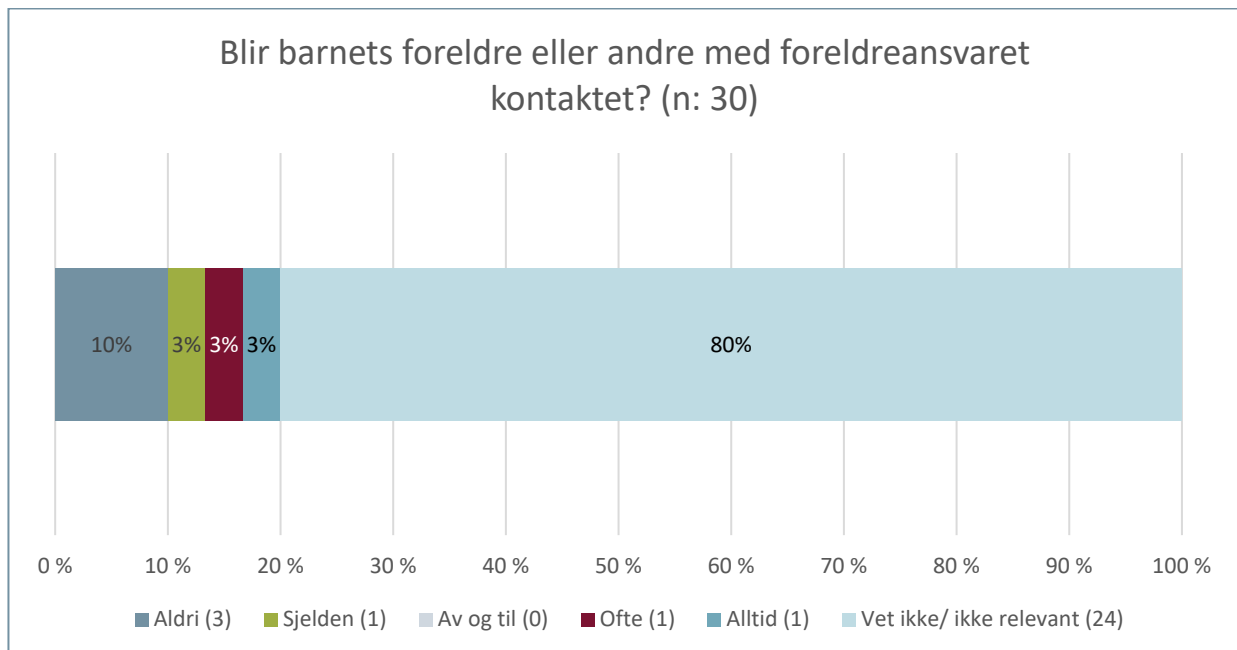
Figur 26: Hvis du har behandlet saker etter pbrl kapittel 4A som gjelder barn mellom 16 og 18 år, blir barnet kontaktet av fylkesmannen?



Kilde: Oxford Research AS

Hele 77% av respondentene har oppgitt vet ikke/ ikke relevant til spørsmål om barnet blir kontaktet av fylkesmannen i behandling av saker etter pbrl kapittel 4A som gjelder barn mellom 16 og 18 år. 13% oppgir aldri, 7% oppgir sjelden og 3% oppgir ofte at barnet blir kontaktet i saker etter pbrl kapittel 4A som gjelder barn mellom 16 og 18 år.

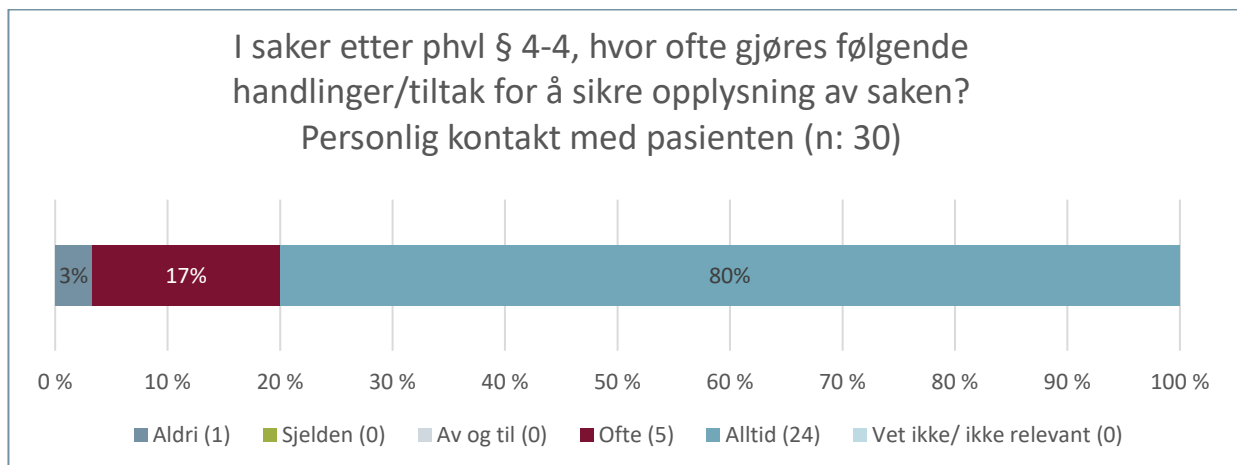
Figur 27: Blir barnets foreldre eller andre med foreldreansvaret kontaktet?



Kilde: Oxford Research AS

I likhet med forrige figur er det en stor del av de 30 respondentene som oppgir vet ikke/ ikke relevant på spørsmål om barnets foreldre eller andre med foreldreansvaret blir kontaktet i saker etter pbrl kapittel 4A som gjelder barn mellom 16 og 18 år. 10% oppgir aldri, 3 % sjelden, 3 prosent ofte og 3% alltid.

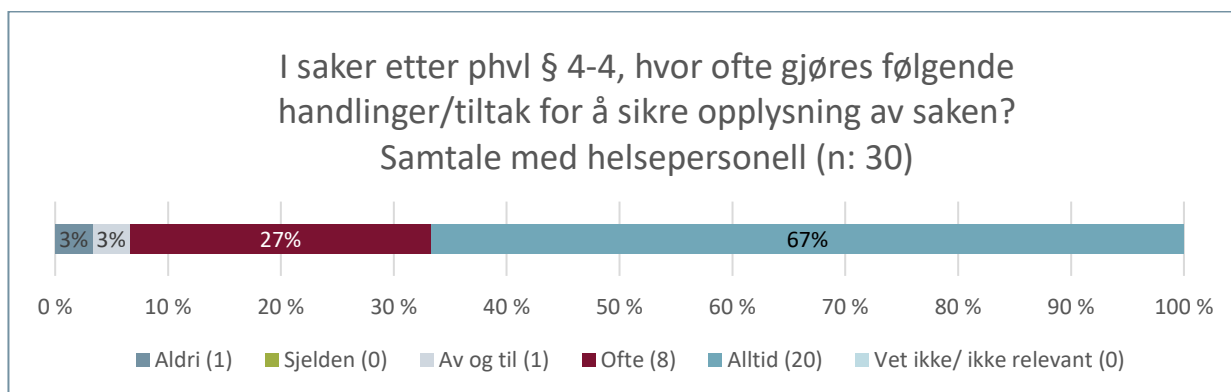
Figur 28: I saker etter phvl § 4-4, hvor ofte gjøres følgende handlinger/tiltak for å sikre opplysning av saken? Personlig kontakt med pasienten.



Kilde: Oxford Research AS

Figuren viser hvor ofte personlig kontakt med pasienten brukes for å sikre opplysning av saken i saker etter phvl § 4-4. Av de 30 respondentene har 3% oppgitt aldri, 17% ofte og hele 80% har oppgitt alltid.

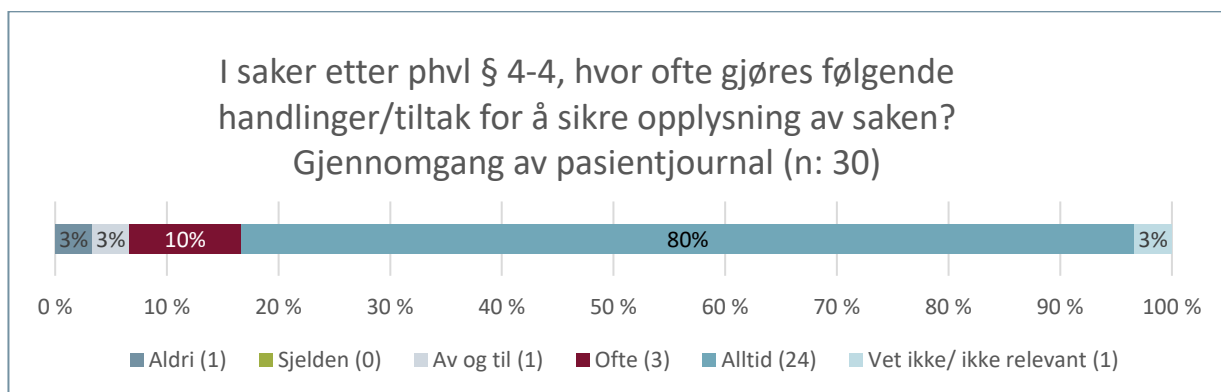
Figur 29: I saker etter phvl § 4-4, hvor ofte gjøres følgende handlinger/tiltak for å sikre opplysning av saken? Samtale med helsepersonell.



Kilde: Oxford Research AS

Figuren viser hvor ofte samtale med helsepersonell brukes i saker etter phvl § 4-4 for å sikre opplysning i saken. 3% oppgir aldri, 3% oppgir av og til, 27% oppgir ofte og 67% av de 30 respondentene oppgir at samtale med helsepersonell gjøres for å sikre opplysning i saken.

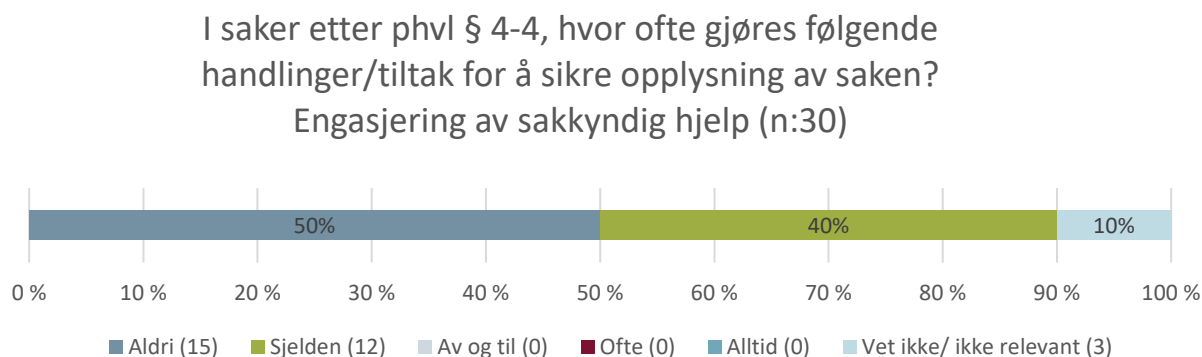
Figur 30: I saker etter phvl § 4-4, hvor ofte gjøres følgende handlinger/tiltak for å sikre opplysning av saken? Gjennomgang av pasientjournal



Kilde: Oxford Research AS

Figuren viser hvor ofte gjennomgang av pasientjournal gjøres for å sikre opplysning i saken i saker etter phvl § 4-4. Av de 30 respondentene har 3% oppgitt aldri, 3% av og til, 10 % ofte, hele 80% alltid og 3% vet ikke/ikke relevant.

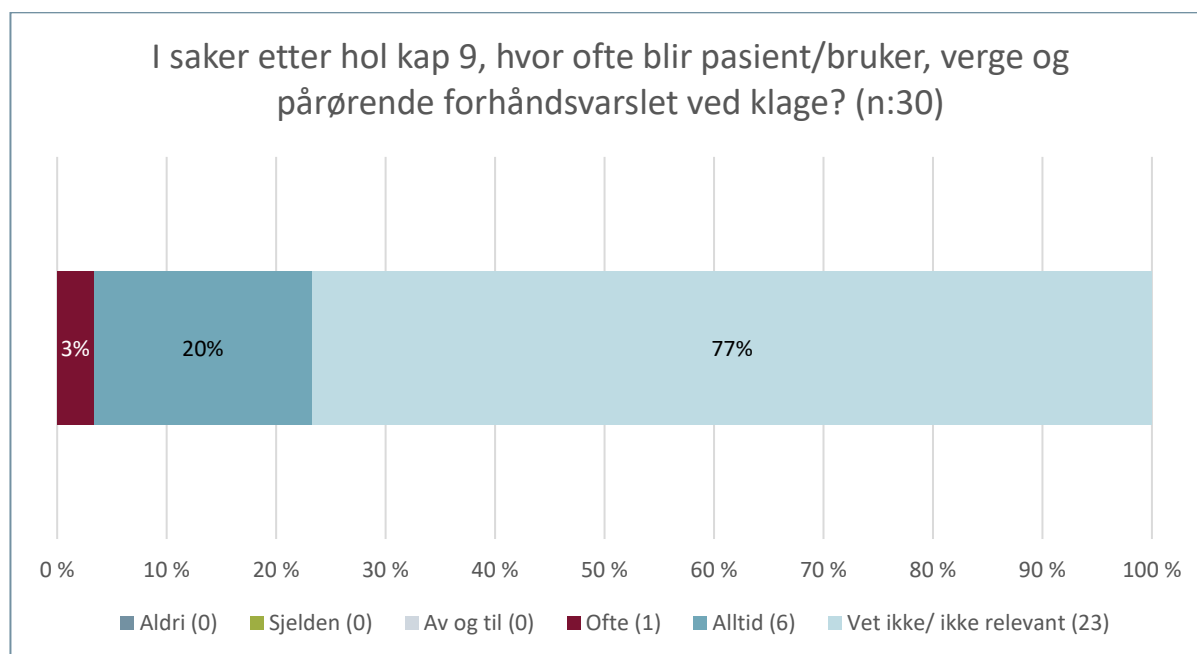
Figur 31: I saker etter phvl § 4-4, hvor ofte gjøres følgende handlinger/tiltak for å sikre opplysning av saken? Engasjering av sakkyndig hjelp



Kilde: Oxford Research AS

Figuren over viser hvor ofte engasjering av sakkyndig hjelp gjøres for å sikre opplysning i saken i saker etter phvl § 4-4. 50% oppgir aldri, 40% sjelden og 10% oppgir vet ikke/ ikke relevant.

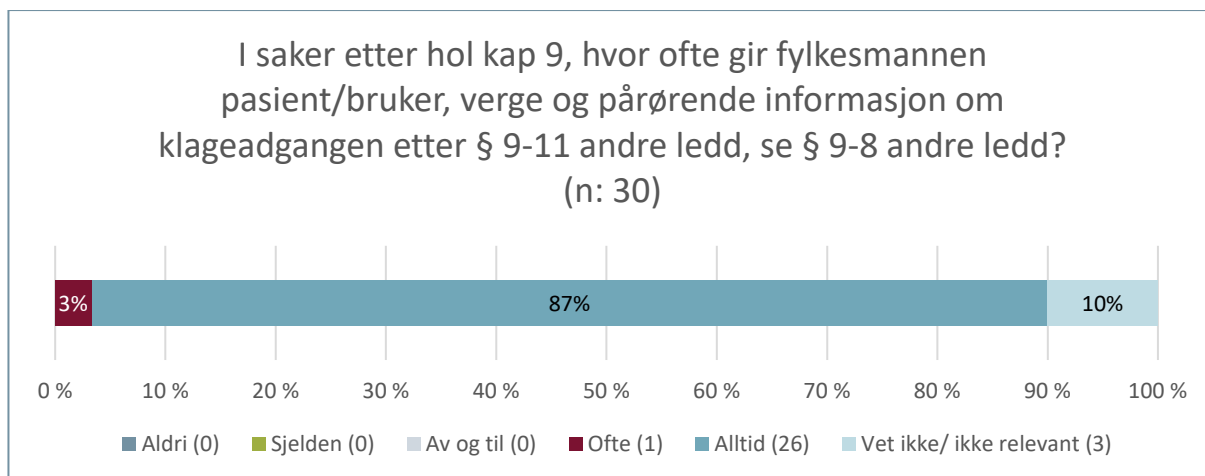
Figur 32: I saker etter hol kap 9, hvor ofte blir pasient/bruker, verge og pårørende forhåndsvarslet ved klage?



Kilde: Oxford Research AS

Figuren viser at et stort flertall av de 30 respondentene oppgir vet ikke/ ikke relevant til spørsmål om hvor ofte pasient/bruker, verge og pårørende forhåndsvarslet ved klage. 3% oppgir ofte og 20% oppgir alltid.

Figur 33: I saker etter hol kap 9, hvor ofte gir fylkesmannen pasient/bruker, verge og pårørende informasjon om klageadgangen etter § 9-11 andre ledd, se § 9-8 andre ledd?

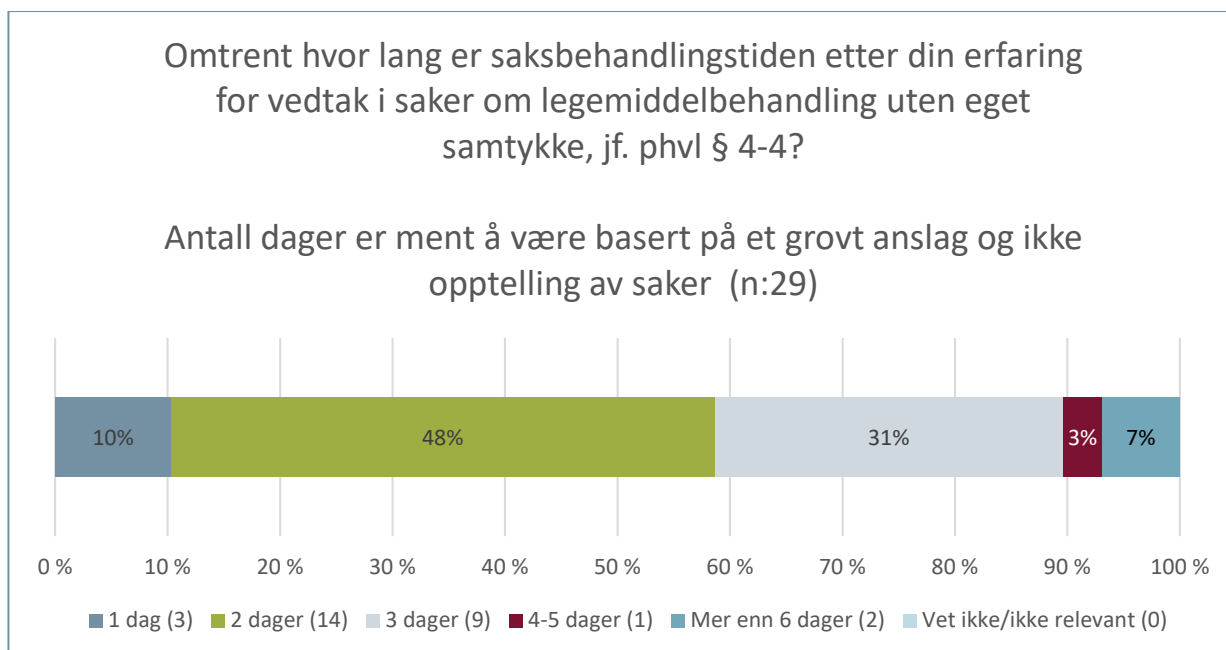


Kilde: Oxford Research AS

Fra figuren ser vi at et stort flertall av de 30 respondentene oppgir at fylkesmannen ofte eller alltid gir pasient/bruker, verge og pårørende informasjon om klageadgangen etter § 9-11 andre ledd. 3% oppgir ofte og hele 87% oppgir alltid på hvorvidt informasjon gis.

6.3.1 Saksbehandlingstid og arbeidsbelastning

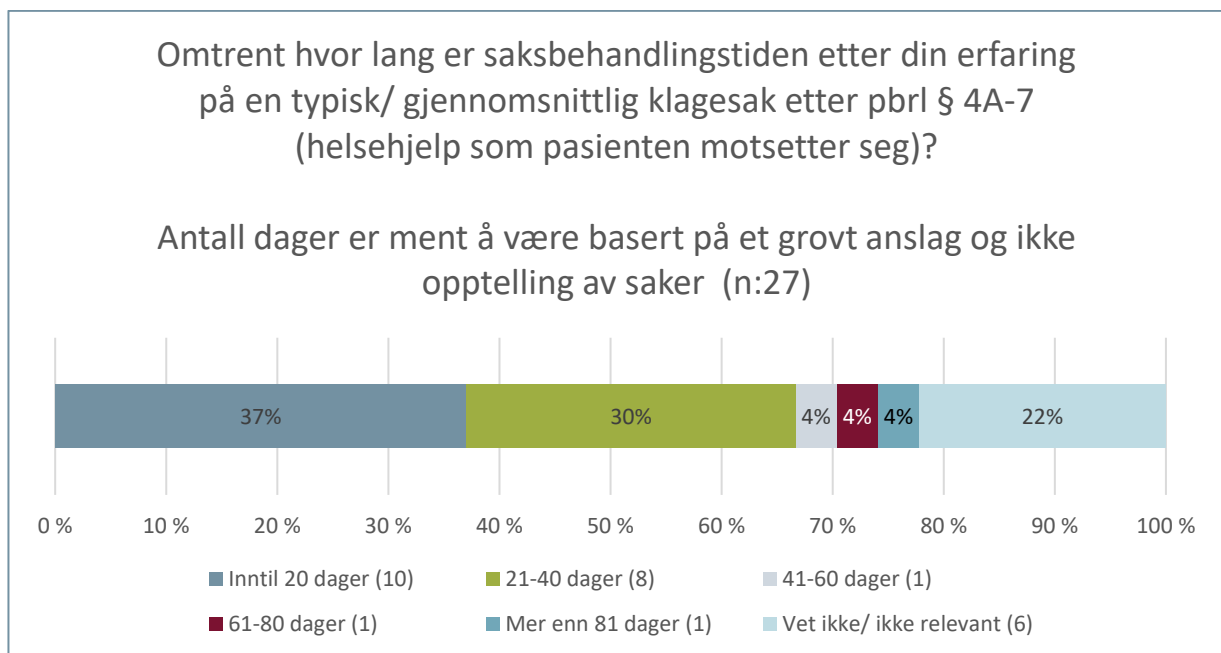
Figur 34: Omtrent hvor lang er saksbehandlingstiden etter din erfaring for vedtak i saker om legemiddelbehandling uten eget samtykke, jf. phvl § 4-4?



Kilde: Oxford Research AS

Figuren viser hvor lang saksbehandlingstiden er oppfattet å være i saker om legemiddelbehandling uten eget samtykke, jf. Phvl § 4-4. Hovedvekten av respondentene legger seg rundt 2 dager. 10% oppgir 1 dag, 48% oppgir 2 dager, 31% oppgir 3 dager, 3% oppgir 4-5 dager og 7% oppgir mer enn 6 dager.

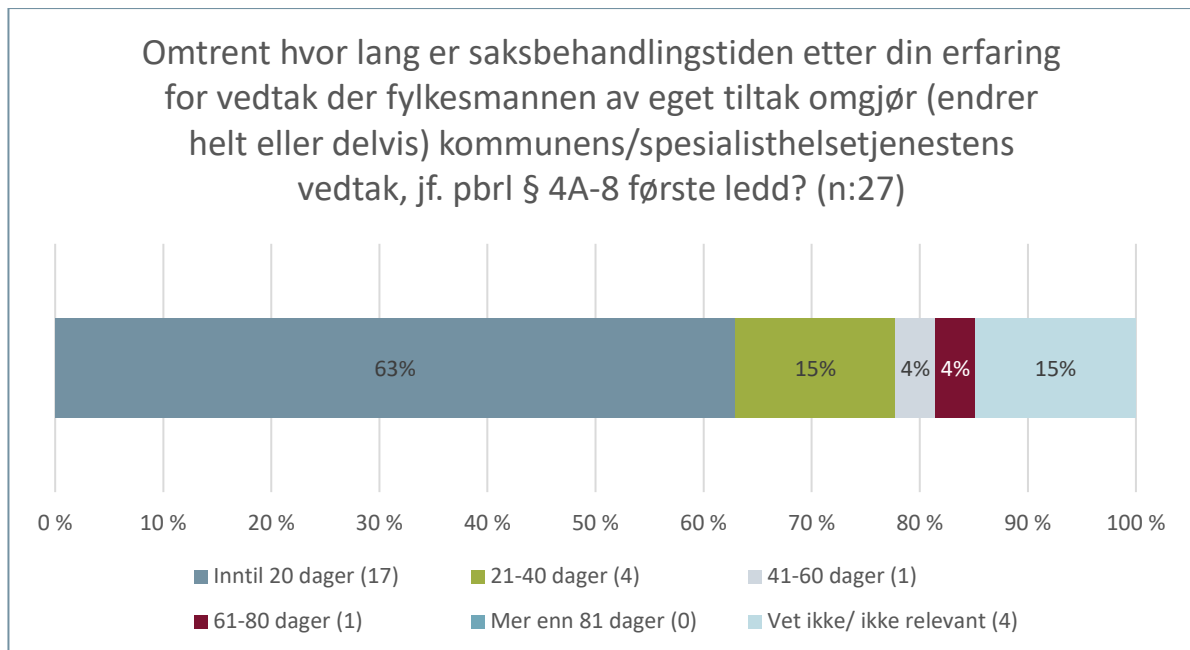
Figur 35: Omtrent hvor lang er saksbehandlingstiden etter din erfaring på en typisk/ gjennomsnittlig klagesak etter pbrl § 4A-7 (helsehjelp som pasienten motsetter seg)?



Kilde: Oxford Research AS

Figuren illustrerer de 27 respondentenes erfaring med lengde på typisk/ gjennomsnittlig klagesak etter pbrl § 4A-7. 37% oppgir inntil 20 dager, 30% oppgir 21-40 dager, 4% 41-60 dager, 4% 61-80 dager, 4% mer enn 81 dager og 22% har oppgitt vet ikke/ ikke relevant.

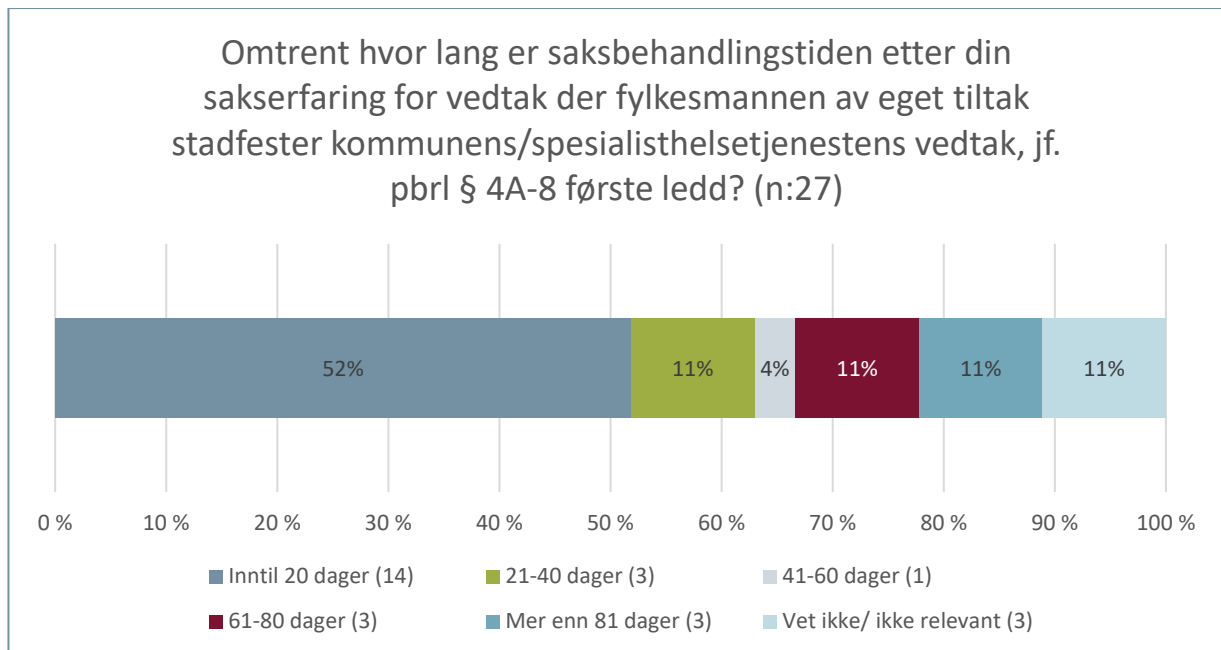
Figur 36: Omtrent hvor lang er saksbehandlingstiden etter din erfaring for vedtak der fylkesmannen av eget tiltak omgjør (endrer helt eller delvis) kommunens/spesialisthelsetjenestens vedtak, jf. pbrl § 4A-8 første ledd?



Kilde: Oxford Research AS

Figuren viser de 27 respondentenes erfaring med saksbehandlingstid for vedtak der fylkesmannen av eget tiltak omgjør kommunens/ spesialisthelsetjenestens vedtak, jfr. prbrl. § 4A-8 første ledd. Størsteparten av respondentene, hele 63% oppgir inntil 20 dager, 15% oppgir 21- 40 dager, 4% oppgir 41-60 dager og 4% oppgir 61-80 dager.

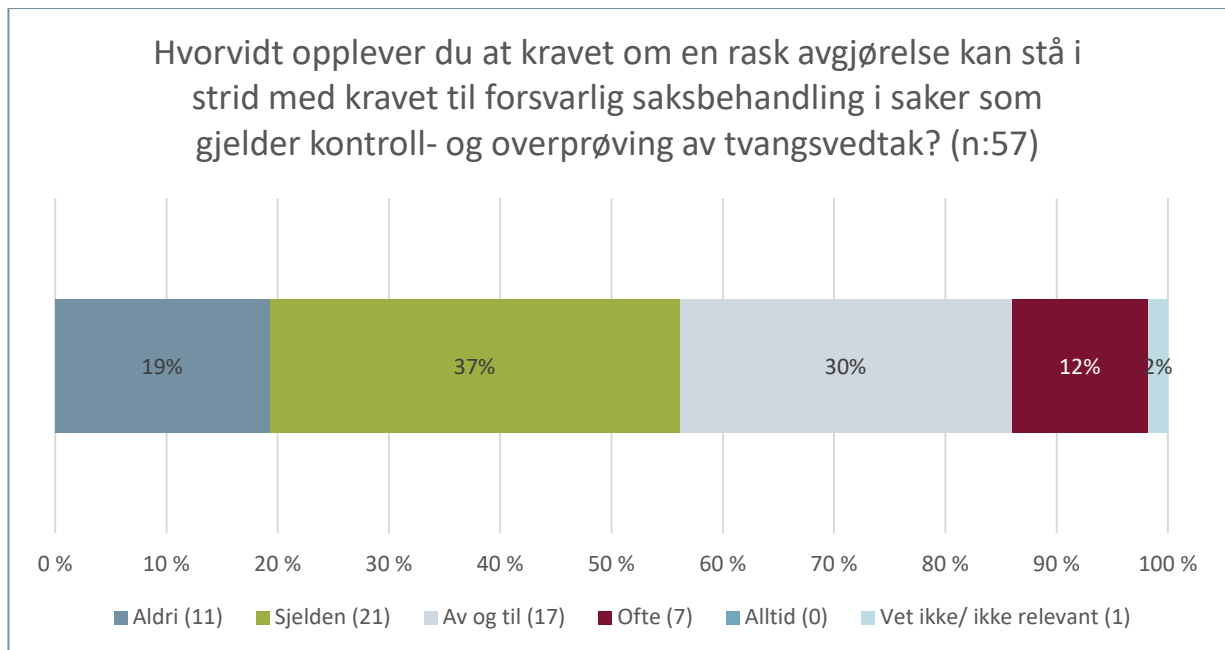
Figur 37: Omtrent hvor lang er saksbehandlingstiden etter din sakserfaring for vedtak der fylkesmannen av eget tiltak stadfester kommunens/spesialisthelsetjenestens vedtak, jf. pbrl § 4A-8 første ledd?



Kilde: Oxford Research AS

Fra figuren ser vi at over halvparten av respondentene oppgir inntil 20 dager på erfaring med saksbehandlingstid for vedtak der fylkesmannen av eget tiltak stadfester kommunens/ spesialisthelsetjenestens vedtak, jf. Pbrl § 4A-8 første ledd. Resten av de 27 respondentene har en jevn fordeling, 11% oppgir 21-40 dager, 4% oppgir 41-60 dager, 11% oppgir 61-80 dager, 11% oppgir mer enn 81 dager og 11% oppgir vet ikke/ ikke relevant.

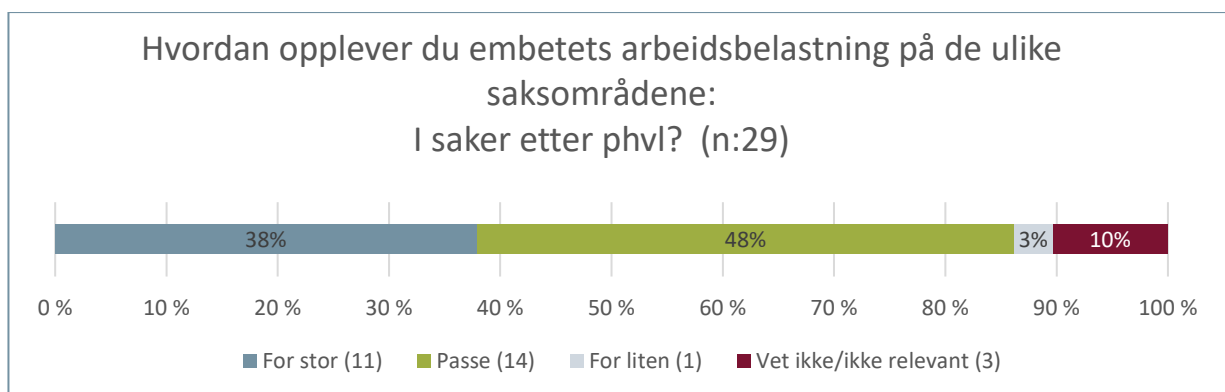
Figur 38: Hvorvidt opplever du at kravet om en rask avgjørelse kan stå i strid med kravet til forsvarlig saksbehandling i saker som gjelder kontroll- og overprøving av tvangsvedtak?



Kilde: Oxford Research AS

Ved spørsmål om hvorvidt en opplever at kravet om en rask avgjørelse kan stå i strid med kravet til forsvarlig saksbehandling i saker som gjelder kontroll- og overprøving av tvangsvedtak har 10% oppgitt aldri, 37% sjelden, 30% av og til og 12% ofte.

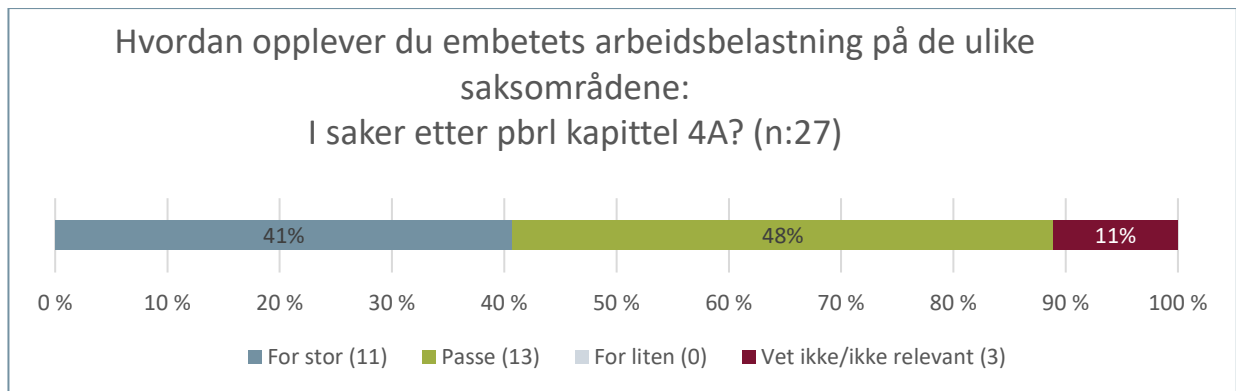
Figur 39: Hvordan opplever du embetets arbeidsbelastning på de ulike saksområdene: I saker etter phvl?



Kilde: Oxford Research AS

På spørsmål om opplevelse av arbeidsbelastning i saker etter phvl har 38% av de 29 respondentene oppgitt for stor, 48% har oppgitt passe, 3% for liten og 10% vet ikke/ ikke relevant.

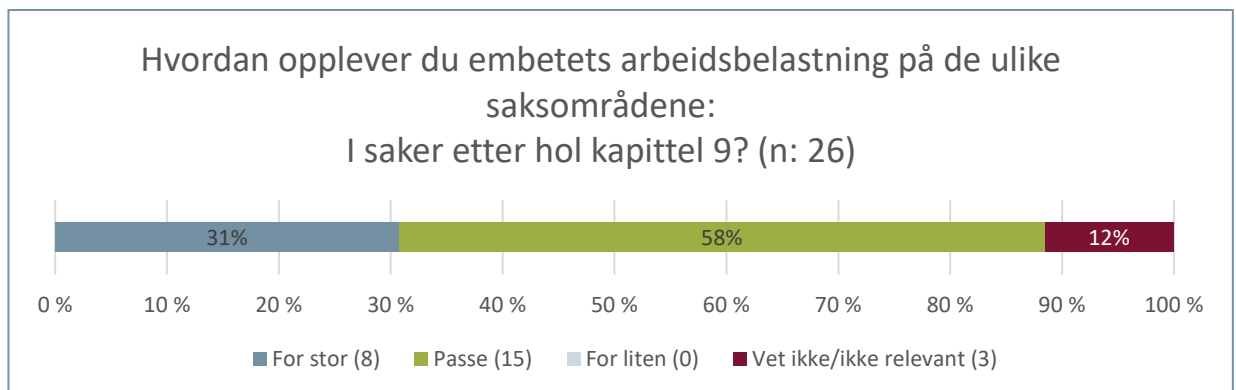
Figur 40: Hvordan opplever du embetets arbeidsbelastning på de ulike saksområdene: I saker etter pbrl kapittel 4A?



Kilde: Oxford Research AS

På spørsmål om opplevelse av arbeidsbelastning i saker etter pbrl kapittel 4A har 41% oppgitt for stor arbeidsbelastning, 48% passe og 11% vet ikke/ikke relevant.

Figur 41: Hvordan opplever du embetets arbeidsbelastning på de ulike saksområdene: I saker etter hol kapittel 9?



Kilde: Oxford Research AS

På spørsmål om opplevelse av arbeidsbelastning i saker etter hol kapittel 9 har 31% oppgitt for stor arbeidsbelastning, 58% oppgitt passe og 12% vet ikke/ikke relevant.

7. Resultater fra spørreundersøkelsene - Fylkesnemndledere

I dette kapitlet presenterer vi sentrale funn fra spørreundersøkelsen til fylkesnemndlederne. Vi starter med å gi en oppsummering av funnene i punkt 7.1. Deretter gir vi en presentasjon med figurer for utvalgte resultater (7.2.). Figurene er kort kommentert.

7.1 Oppsummering

Fylkesnemndlederne har en variert yrkesbakgrunn. De fleste har yrkesbakgrunn fra det offentlige. Av de 50 respondentene ser vi at 26% har oppgitt at de har arbeidet som dommer/ dommerfullmektig, 10% har oppgitt at de har yrkesbakgrunn som advokat og 48% har oppgitt at de har jobbet i statsforvaltningen

Nesten alle har erfaring med saker etter hol §10-2 og § 10-3. Det er imidlertid relativt få som har erfaring med saker etter hol § 9-11. Det er 26 % som har behandlet saker etter helse- og omsorgstjenesteloven (hol) § 9-11 andre ledd (fylkesnemndenes vedtak i klagesaker på fylkesmennenes vedtak etter § 9-5 tredje ledd bokstav b og c. Av de som har erfaring med saker etter hol § 9-11, er det kun en respondent som svarer at en sak etter helse- og omsorgstjenesteloven (hol) § 9-11 andre ledd har omhandlet personer under 18 år. Det er tre respondenter eller 6 % som rapporterer at noen av sakene etter hol § 10-2 har gjeldt barn under 18 år. Det er en respondent eller 2 % som rapporterer at noen av sakene etter hol § 10-3 har dreid seg om barn under 18 år.

Det er fire respondenter eller 17 % som rapporterer at plassering i det psykiske helsevernet har blitt gjennomført. Her har flere svart vet ikke/ikke relevant (42 %).

7.1.1 Saksbehandling

Vi ser at det er noe ulike oppfatninger eller praksis når det gjelder i hvilken grad barn som saken gjelder, blir *hørt direkte* av fylkesnemnda. 6 % svarer at dette gjelder i ingen grad, 45 % i liten grad og 34 % av fylkesnemndlederne svarer i noen grad. Det er kun 13 % av fylkesnemndlederne som svarer at barn som saken gjelder i stor grad, blir hørt direkte av fylkesnemnda

Når det gjelder *bevisføring* og tvil om faktum, viser spørreundersøkelsen overordnet at fylkesnemndlederne i stor grad mener det er tilstrekkelig bevisføring. Det er små forskjeller mellom de ulike sakstypene. Vi ser at fylkesnemndlederne i stor grad (46 %) eller svært stor grad (46 %) mener at det er tilstrekkelig bevisføring i de saker de har behandlet etter helse- og omsorgstjenesteloven (hol) § 9-11 andre ledd (tvang utviklingshemmete). Når det gjelder hol § 10-2, finner vi at fylkesnemndlederne i stor grad (45 %) eller svært stor grad (51 %) mener at det er tilstrekkelig bevisføring i de saker de har behandlet etter hol § 10-2. Vi ser det samme bildet for de saker de har behandlet etter hol § 10-3. Vi ser at fylkesnemndlederne i stor grad (48 %) eller svært stor grad (48 %) mener at det er tilstrekkelig bevisføring i saker etter hol § 10-2.

Når det gjelder *tvil om faktum*, er det overordnede funnet at det i størst grad er tvil om faktum for saker etter hol § 9-11. Det er videre for denne sakstypen at fylkesnemndlederne har noe ulike oppfatninger.

Vi finner at det er variasjon når det gjelder svarene om fra fylkesnemndlederne om det har vært enighet mellom den *offentlige og den private parten* om hvilket faktum som skal legges til grunn for avgjørelsen/som er mest sannsynlig i saker etter hol §9-11. Det er verd å merke seg at det kun er 13 fylkesnemndledere som har svart på spørsmålet, siden få har erfaring med saker etter hol §9-11. Det er 3 som mener det i ingen grad har vært enighet. 2 svarer i liten grad enighet og 3 fylkesnemndledere svarer at det i noen grad har vært enighet mellom den offentlige og den private parten om hvilket faktum som skal legges til grunn for avgjørelsen/som er mest sannsynlig i saker etter hol §9-11. Det er videre 3 fylkesnemndledere som svarer i stor grad og 1 som svarer i svært stor grad. Vi finner at de fleste mener det i stor grad (52 %) eller noen grad (36 %) har vært enighet mellom den offentlige og den private parten om hvilket faktum som skal legges til grunn for avgjørelsen/som er mest sannsynlig i saker etter hol § 10-3. Det er altså mer enighet i om faktum i saker etter hol § 10-3 enn hol § 9-11.

Vi finner at de fleste mener det i stor grad (23 %) eller svært stor grad noen grad (62 %) har vært enighet mellom vært enighet blant *medlemmene av fylkesnemnda* om hvilket faktum som skal legges til grunn for avgjørelsen/som er mest sannsynlig i saker etter hol § 9-11. Vi finner også at de fleste mener det i stor grad (26 %) eller svært stor grad noen grad (72 %) har vært enighet mellom vært enighet blant medlemmene av fylkesnemnda om hvilket faktum som skal legges til grunn for avgjørelsen/som er mest sannsynlig i saker etter hol § 10-2. Det samme bildet gjelder også for saker etter hol § 10-3.

Når det gjelder *tvil om de enkelte krav* etter hol § 10-2, finner vi at det i liten grad er tvil om rusmiddelkravet, skadekravet og årsakskravet. Det er i noe større grad tvil om hjelpemiddelkravet, prognosevurderingen og om «kan skjønnet». Men også for disse kravene mener omtrent halvparten av de fylkesnemndlederne som har svart at det i liten grad har vært tvil:

- Vi finner at de fleste (62 %) mener det i liten grad har vært tvil om rusmiddelkravet etter hol § 10-2 er oppfylt.
- Vi finner at de fleste (68 %) mener det i liten grad har vært tvil om skadekravet etter hol § 10-2 er oppfylt.
- Vi finner at de fleste (68 %) mener det i liten grad har vært tvil om årsakskravet etter hol § 10-2 er oppfylt.
- Vi finner at de fleste (51 %) mener det i liten grad har vært tvil om hjelpemiddelkravet etter hol § 10-2 er oppfylt. 38 % mener imidlertid at det i noen grad har vært tvil.
- Det er 49 % som mener at det i liten grad har vært tvil om prognosevurderingen etter hol § 10-2 er oppfylt. 43 % svarer at det i noen grad har vært tvil om prognosevurderingen etter hol § 10-2 er oppfylt.
- Det er 49 % som mener at det i liten grad har vært tvil om «Kan skjønnet» etter hol § 10-2 er oppfylt. 47 % svarer at det i noen grad har vært tvil om «Kan skjønnet» etter hol § 10-2 er oppfylt.

Det er i stor grad de samme funnene for hol § 10-3. Når det gjelder *tvil om de enkelte krav* etter hol § 10-2, finner vi at det i liten grad er tvil om rusmiddelkravet, skadekravet og årsakskravet. Det er i noe større grad tvil om hjelpemiddelkravet, prognosevurderingen og om «kan skjønnet». Men også for disse kravene mener omtrent halvparten av de fylkesnemndlederne som har svart at det i liten grad har vært tvil:

- Vi finner at de fleste (64 %) mener det i liten grad har vært tvil om rusmiddelkravet etter hol § 10-3 er oppfylt.
- Vi finner at de fleste (60 %) mener det i liten grad har vært tvil om skadekravet etter hol § 10-2 er oppfylt.
- Vi finner at de fleste (64 %) mener det i liten grad har vært tvil om rusmiddelkravet etter hol § 10-3 er oppfylt.
- Vi finner at de fleste (57 %) mener det i liten grad har vært tvil om hjelpetiltakskravet etter hol § 10-3 er oppfylt. Men det er 29 % som svarer i noen grad.
- Vi finner at de fleste (60 %) mener det i liten grad har vært tvil om prognosevurderingen etter hol § 10-3 er oppfylt. Her er det imidlertid 24 % som mener at det i noen grad har vært tvil og 5 % som mener at det har vært stor grad av tvil.
- Vi finner at de fleste (62 %) mener det i liten grad har vært tvil om «Kan skjønnet» etter hol § 10-3 er oppfylt. Her er det imidlertid 24 % som mener at det i noen grad har vært tvil og 2 % (1 respondent) som mener at det har vært stor grad av tvil.

7.1.2 Vurderinger

Rollen oppfattes som klar av fylkesnemndlederne. 78 % svarer rollen i svært stor grad er klar og 22 % svarer at den i stor grad er klar.

Fylkesnemndlederne opplever i stor grad (83 %) eller i svært stor grad (9 %) at kvaliteten til bidraget i saken fra den offentlige parts prosessfullmektig er tilfredsstillende. Fylkesnemndlederne er ikke i like stor grad fornøyd med bidraget fra den private parten. Det er 46 % som i noen grad opplever at kvaliteten til bidraget i saken fra den private parts prosessfullmektig er tilfredsstillende. Det er videre 50 % som i stor grad mener kvaliteten er tilfredsstillende og 4 % som i svært stor grad mener kvaliteten er tilfredsstillende.

De fleste fylkesnemndlederne har svart vet ikke/ikke relevant på (65 %) om spørsmålet om barns prosessfullmektig ivaretar barnets interesser. 30 % av fylkesnemndlederne mener at kvaliteten til bidraget i saken fra den offentlige partsrepresentant er tilfredsstillende. 65 % av Fylkesnemndlederne rapporterer videre at de i stor grad (65 %) eller i svært stor grad (4 %) mener at kvaliteten til bidraget i saken fra den offentlige partsrepresentant er tilfredsstillende.

Fylkesnemndlederne har også fått muligheten til å svare med tekst når det gjelder vurderinger av bidragene fra prosessfullmektigene og partsrepresentanten i saker etter hol kap. 9. Hovedtilbakemeldingen er at de fleste har hatt få saker etter hol kap. 9, slik at erfaringsgrunnlaget er lite. Et interessant synspunkt som fremmes er imidlertid at kunnskapsnivået om saker etter hol kap 9 er dårligere enn saker etter barnevernloven og hol §§ 10-2 og 10-3:

Antallet saker etter kap 9 er lavt. De saker som påklages er ofte svært godt forberedt fra offentlig parts side. I disse sakene har som oftest fylkesmannen gjort et grundig forarbeid ifbm med sitt vedtak og kvaliteten på begjæringen/saksfremlegg er også god.

Det er svært få saker av denne type i fylkesnemnda. Det er flere å siden (over 10) siden jeg hadde en slik sak. Jeg har en erindring om at bidragene fra aktørene har vært tilfredsstillende. Jeg tror det er viktig å ha en engasjert nemndsleder.

Dårlig prosedyrerfaring og liten kunnskap om rettslige prosesser.

Jeg opplever at kunnskapsnivået generelt er dårligere i disse sakene enn etter barnevernloven og hol §§ 10-2 og 10-3, noe også kvaliteten av bidragene bærer noe preg av.

Fylkesnemndlederne ble også spurt om hvordan de vurderer den samlede kvaliteten til bidragene fra prosessfullmektigene og partsrepresentanten i saker etter hol kap. 10. Hovedinntrykket er at fylkesnemndlederne vurderer bidragene som god. Noen rapporterer imidlertid om at noen av aktørene kan ha varierende kvalitet og erfaring:

begjæringene holder som regel høy kvalitet og det er fremlagt relevant og oppdatert dokumentasjon. Ofte kan begjæringene og bidragene fra prosessfullmektigene nok preges av at tidsforløpet fra akuttvedtak er kort og at saken blir berammet innen kort tid.

Bidragene fra prosessfullmektigene og partsrepresentantene er stort sett tilfredsstillende. I 10-2 sakene kan man av og til se at den offentlige representanten kan vise indignasjon og oppgitthet over klientens liv.

Den enkelte kommune har få russaker i året. Både partsrepresentant og prosessfullmektig kan fremstå som noe uerfarne. De fleste kompenserer dette med at de er grundige i saksbehandling og i måten saken blir fremlagt for nemnda.

Den er god. Det kan ha sammenheng med at det er som oftest er de store kommunene som fremmer saker, ikke de små. De større kommunene har derfor mer erfaring med å fremme saker.

Den skriftlige fremstillingen i begjæringen er av for varierende kvalitet, og den bør være utformet av prosessfullmektigen som ser hva som er det viktige i saken og kan fokusere på dette.

Det begrensede volum saker som fremmes viser at kunnskapen hos den offentlige partsrepresentanten er noe mer begrenset enn f.eks barneverntjensten, som i større grad er vant til å forholde seg til nemnds/ rettsprosess.

Jevnt over god kvalitet. En rekke av disse sakene behandles for øvrig forenklet etter samtykke.

Jevnt over god, men det finnes en del unntak, først og fremst knyttet til prosessfullmektiger for privat part.

Offentlig prosessfullmektig er som regel alltid godt forberedt og bidrar til å belyse saken på en god måte. Offentlig partsrepresentanter kan i varierende grad ha tilstrekkelig kunnskap til saken - noe som kan skyldes uerfarenhet og bytte av saksbehandler

Offentlig prosessfullmektig og partsrepresentant er i all hovedsak profesjonelle og erfarne innen rusbehandling. Mange saksbehandlere/partsrepresentanter har litt liten erfaring, men forbereder generelt sakene grundig og godt

Svært god/god. Vi har svært få slike saker, og kommunene har gjennomgående lite erfaring med dem. De kan famle voldsomt til å begynne med, men de legger mye arbeid i saken og setter seg godt inn i beviser og regelverk.

Fylkesnemndlederne har også gjort vurderinger av dagens ordning for kontroll- og klagesaksbehandling vedrørende hol kap. 9 og hol kap. 10. Hovedinntrykket er at ordningene vurderes som god. Noen av innspillene dreier seg om kompetanse. Det kan være en utfordring å få tilstrekkelig kvalifiserte fagkyndige. Samtidig peker flere på at saksbehandlingsmåten og kompetansen i fylkesnemnda er en sterk side med dagens klageordning. Det som kan være en utfordring er begrenset erfaring eller antall saker etter hol kap 9 og hol 10. Videre kan tvangen være en god stund før vedtak blir truffet:

Det å få tak i tilstrekkelig kvalifiserte fagkyndige er viktig og vi kunne hatt flere å velge mellom. I forhold til kap 9 har vi for få saker, til å kunne uttale meg.

Hol § 10-2: Oppholdet varer i maks 3 mnd. Parten er ofte akuttinnlagt når vi behandler saken, slik at det på vedtakstidspunktet gjenstår bare uker av behandlingstiden. I mellomtiden har vi ofte behandlet en klage over akuttvedtaket.

Det foreligger ingen reell ankeprøving av 10-2 sakene. Tingretten har ikke kapasitet til å beramme anken før 3 mnd opphold er ute.

Det viktigste er at det blir en slik rettslig prøving der partene får komme frem med sine synspunkter og bevis

Hol. kap. 10: Sterke sider: Fylkesnemnda har god kompetanse på å behandle saker om tvang mot enkeltmennesker, da nemnda er et spesialorgan som utelukkende behandler denne type saker. Fylkesnemnda har fått økte ressurser, og saksbehandlingstiden er nå god

Jeg vurderer at ordningen i hovedsak fungerer godt hva gjelder rettsikkerhet for privat part. Jeg ser ikke særlige problemer knyttet til selve beslutningen om bruk av tvang her.

Liten praksis og fokus på kap 9 saker i fylkesnemndene. Fare for at man lar sakene passere da man antar at "den offentlige parten vet vel best og har vel rett".

Ordningen oppleves gjennomgående god med tanke på å ivareta den enkeltes rettsikkerhet i forhold til om vilkårene for tvang er oppfylt mv. Det oppleves som en svakhet at nemnda i stor grad må forholde seg til de institusjoner som er utpekt av regionale helseforetak

fremstår for meg som at for få saker etter HOL kapittel 9 blir vurdert av fylkesnemnd og domstol.

sterke side er at rettsikkerheten til partene ivaretas godt. Den svake side etter hol 9 er at det kan ta tid før klagere får behandlet saken fordi den forutgående prosess for fremme av sak for nemnda kan ta tid.

Sterke sider - er behandlingsformen - som sikrer at den det gjelder kommer til ordet - samtidig som vedkommende får presentert i detalj hvordan hjelpeapparatet ser på vedkommendes situasjon.

Sterke: Høy grad av rettsikkerhet. Svake: Vedtakene kommer når tvangen har vart en god stund, omfattende ressursbruk.

Noen av fylkesnemndlederene har også kommet med konkrete endringsforslag. Noen av disse gjengis i det følgende:

Det bør vurderes om saker etter hol. 10-2/10-3 kan behandles av nemndsleder alene uten samtykke fra partene, mange saker er opplagte og det er da dårlig ressursutnyttelse å ha med medlemmer i nemnda.

Endringer som gjør at flere saker etter HOL 9 blir gjenstand for muntlig forhandling i nemnd og domstol, og ikke blir skrivebordsarbeid hos kommune og fylkesmann. Klargjøring av taushetspliktreger for 10-2 sakene.

Ikke annet enn at det bør fokuseres mer på disse sakene i form av opplæring og kurs.

Kan ha bedre fagkyndige

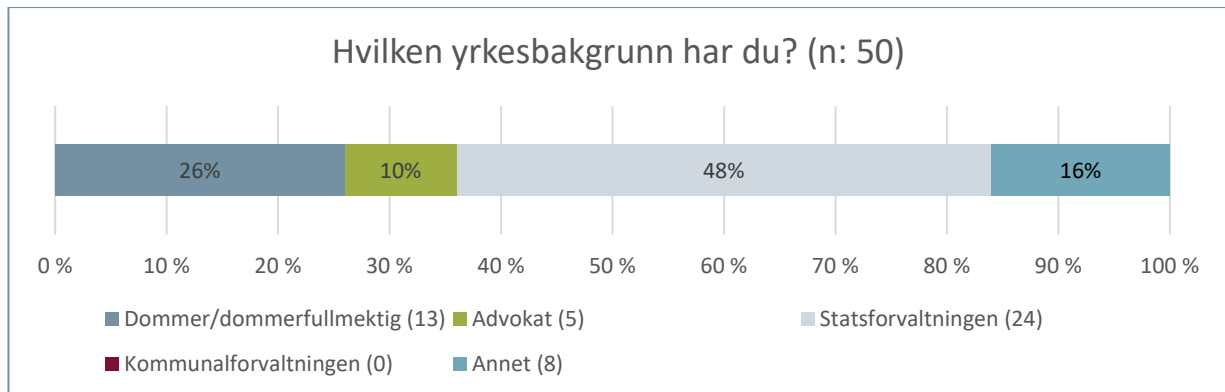
Konkretisere at midlertidige vedtak bare skal fattes i unntakstilfelle

Lovfeste krav til berammelsesstid i fylkesnemnda for § 10-2. Sak opp senest innen 14 dager etter mottak.

Så lenge fylkesnemnda skal avgjøre om det skal benyttes tvang, bør reglene om taushetsplikt endres slik at denne ikke er til hinder for at helsepersonell kan gi forklaring/ opplysning for nemnda dersom de ikke løses fra taushetsplikten.

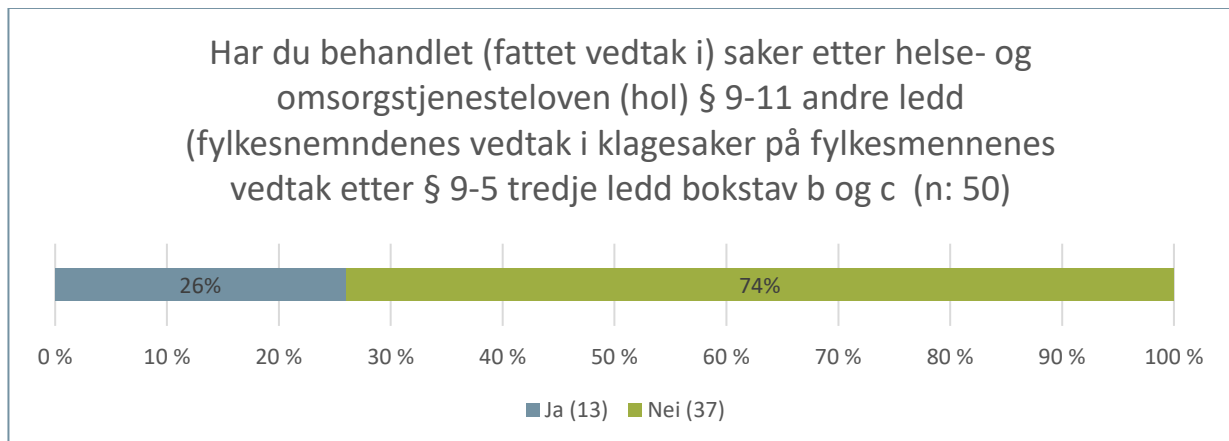
7.2 Resultater

Figur 42: Yrkesbakgrunn



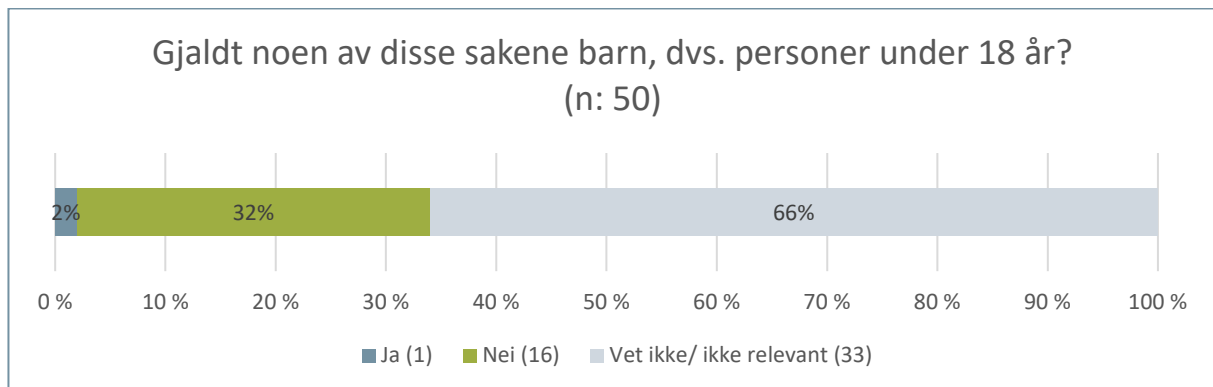
Av de 50 respondentene ser vi at 26% har oppgitt at de har arbeidet som dommer/ dommerfullmektig, 10% har oppgitt at de har yrkesbakgrunn som advokat og 48% har oppgitt at de har jobbet i statsforvaltningen

Figur 43: Har du behandlet (fattet vedtak i) saker etter helse- og omsorgstjenesteloven (hol) § 9-11 andre ledd (fylkesnemndenes vedtak i klagesaker på fylkesmennenes vedtak etter § 9-5 tredje ledd bokstav b og c



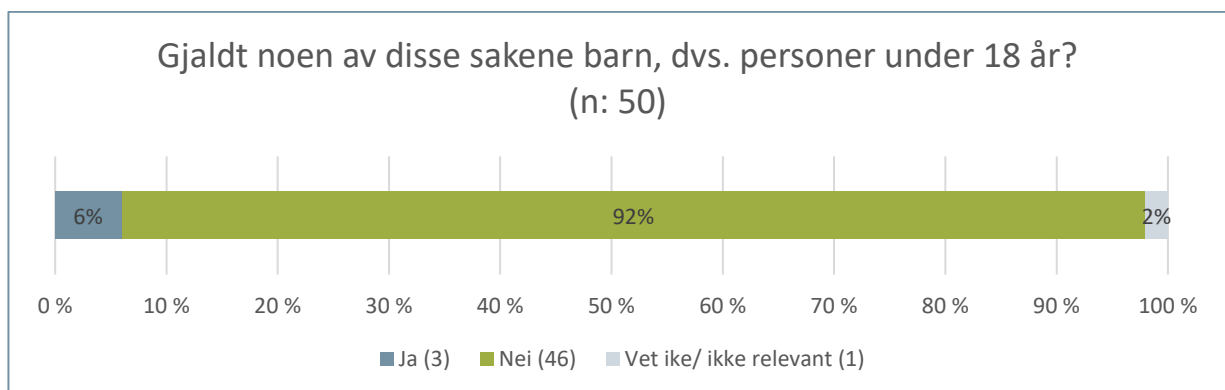
Det er 26 % som har behandlet saker etter helse- og omsorgstjenesteloven (hol) § 9-11 andre ledd (fylkesnemndenes vedtak i klagesaker på fylkesmennenes vedtak etter § 9-5 tredje ledd bokstav b og c

Figur 44: Gjaldt noen av disse sakene barn, dvs. personer under 18 år?



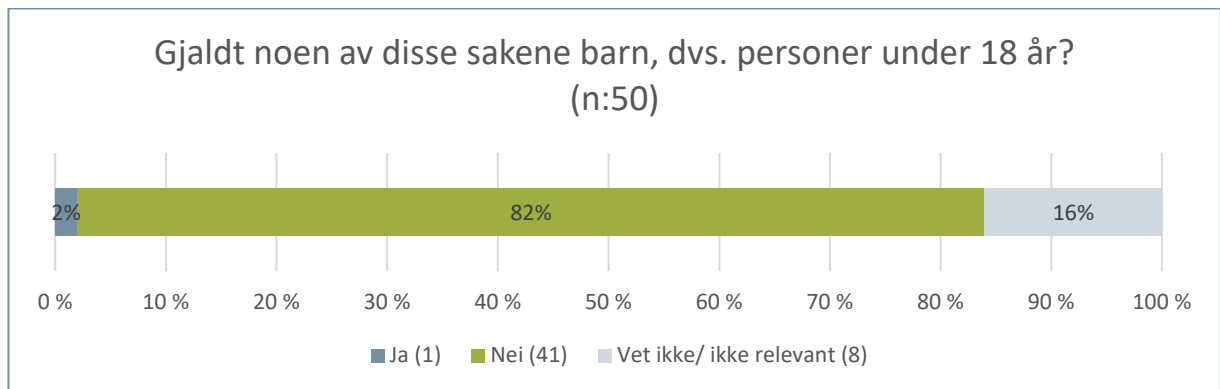
Det er kun en respondent som svarer at en sak etter helse- og omsorgstjenesteloven (hol) § 9-11 andre ledd har omhandlet personer under 18 år.

Figur 45: Gjaldt noen av disse sakene barn, dvs. personer under 18 år? (I saker etter hol §10-2)



Det er tre respondenter eller 6 % som rapporterer at noen av sakene etter hol § 10-2 har gjaldt barn under 18 år.

Figur 46: Gjaldt noen av disse sakene barn, dvs. personer under 18 år? (I saker etter hol §10-3)



Kilde: Oxford Research AS

Det er en respondent eller 2 % som rapporterer at noen av sakene etter hol § 10-3 har gjaldt barn under 18 år.

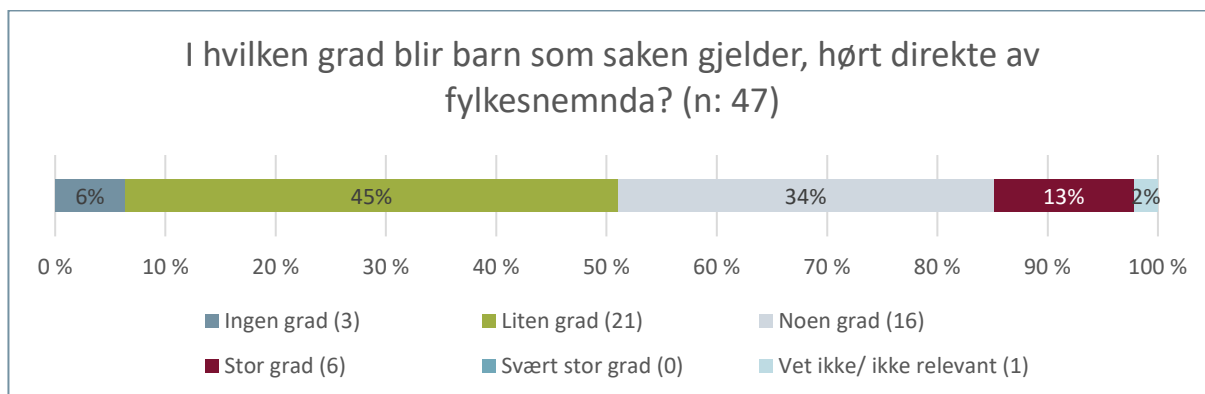
Figur 47: Er plassering i det psykiske helsevernet blitt gjennomført?



Kilde: Oxford Research AS

Det er fire respondenter eller 17 % som rapporterer at plassering i det psykiske helsevernet har blitt gjennomført. Her har flere svart vet ikke/ikke relevant (42 %).

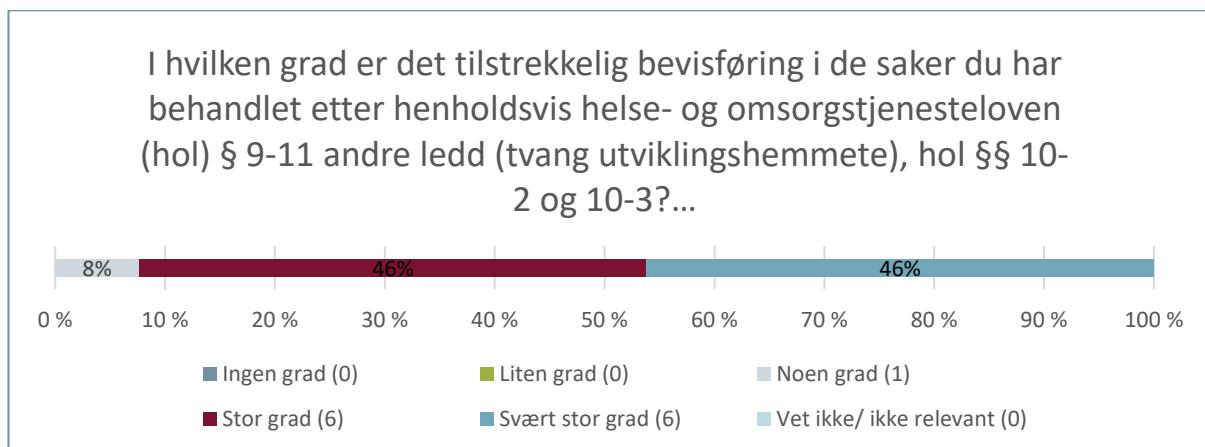
Figur 48: I hvilken grad blir barn som saken gjelder, hørt direkte av fylkesnemnda?



Kilde: Oxford Research AS

Vi ser at det er noe ulike oppfatninger eller praksis når det gjelder i hvilken grad barn som saken gjelder, blir hørt direkte av fylkesnemnda. 6 % svarer at dette gjelder i ingen grad, 45 % i liten grad og 34 % av fylkesnemndlederne svarer i noen grad. Det er kun 13 % av fylkesnemndlederne som svarer at barn som saken gjelder i stor grad, blir hørt direkte av fylkesnemnda.

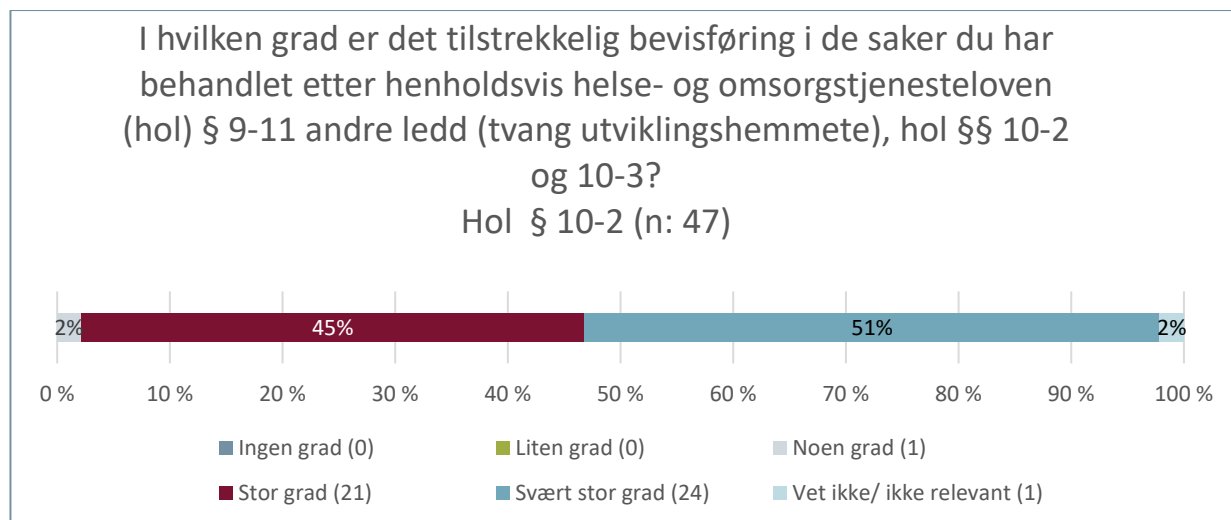
Figur 49: I hvilken grad er det tilstrekkelig bevisføring i de saker du har behandlet etter henholdsvis helse- og omsorgstjenesteloven (hol) § 9-11 andre ledd (tvang utviklingshemmete)



Kilde: Oxford Research AS

Vi ser at fylkesnemndlederne i stor grad (46 %) eller svært stor grad (46 %) mener at det er tilstrekkelig bevisføring i de saker etter helse- og omsorgstjenesteloven (hol) § 9-11 andre ledd (tvang utviklingshemmete).

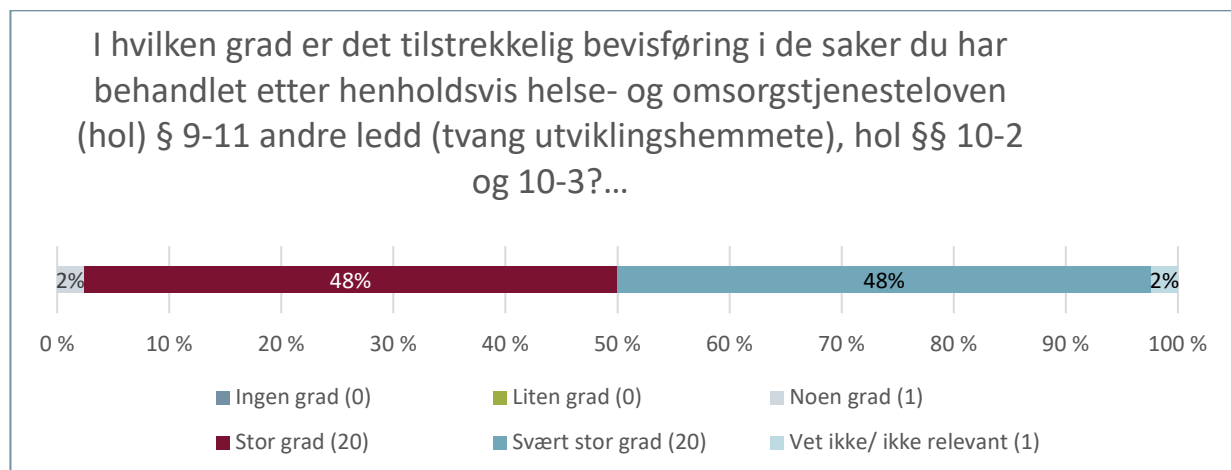
Figur 50: I hvilken grad er det tilstrekkelig bevisføring i de saker du har behandlet etter henholdsvis helse- og omsorgstjenesteloven hol §§ 10-2



Kilde: Oxford Research AS

Vi ser at fylkesnemndlederne i stor grad (45 %) eller svært stor grad (51 %) mener at det er tilstrekkelig bevisføring i de saker de har behandlet etter hol §§ 10-2.

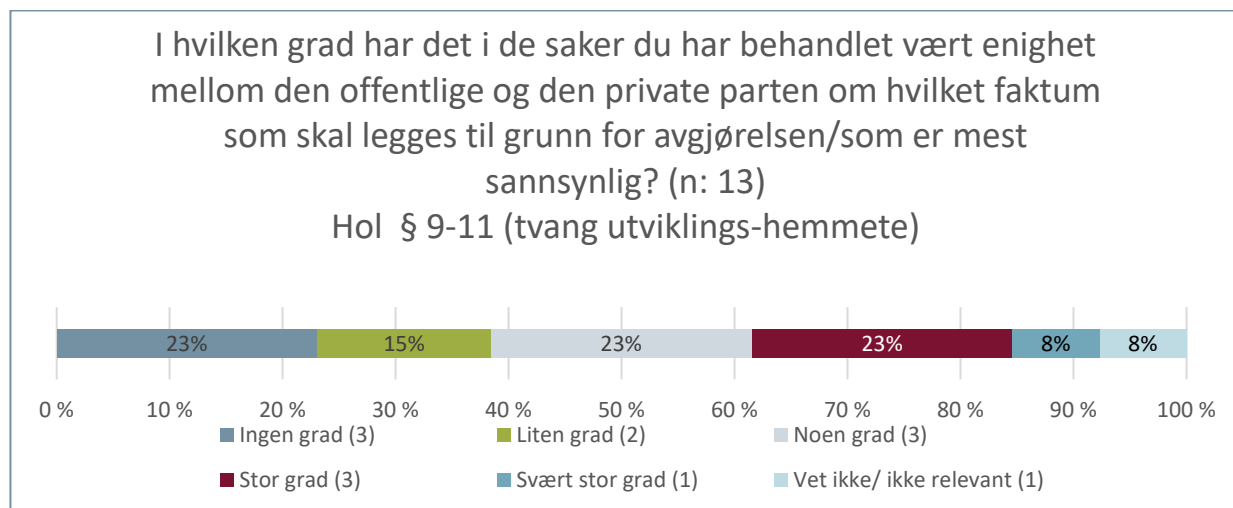
Figur 51: I hvilken grad er det tilstrekkelig bevisføring i de saker du har behandlet etter henholdsvis helse- og omsorgstjenesteloven § 10-3?



Kilde: Oxford Research AS

Vi ser at fylkesnemndlederne i stor grad (48 %) eller svært stor grad (48 %) mener at det er tilstrekkelig bevisføring i de saker de har behandlet etter helse- og omsorgstjenesteloven § 10-3.

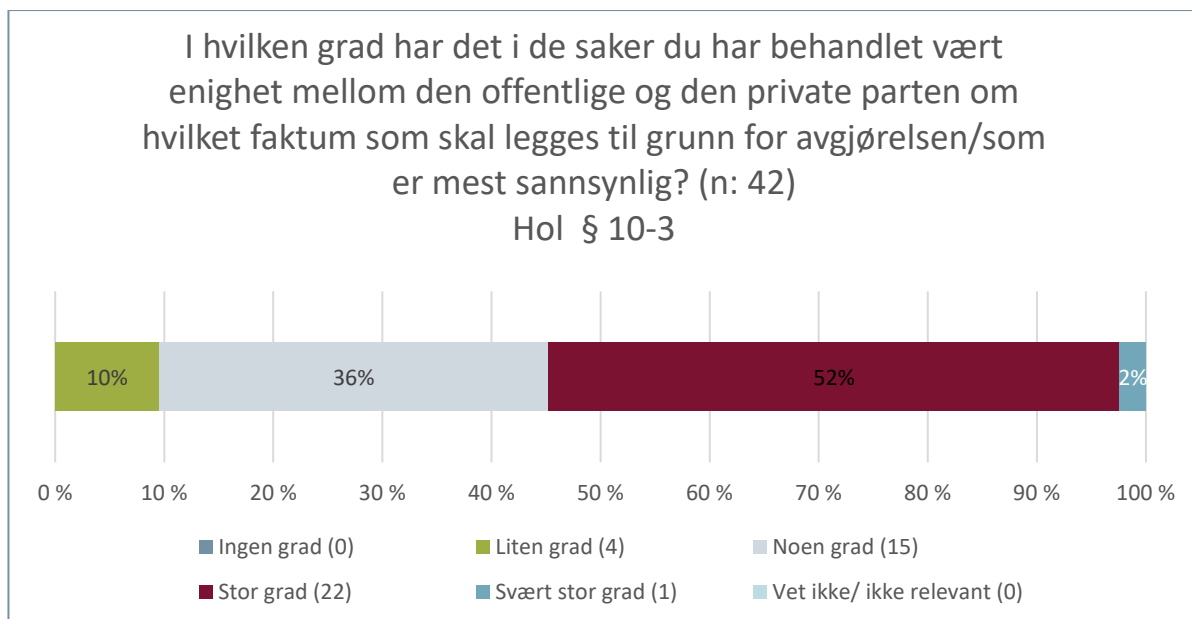
Figur 52: I hvilken grad har det i de saker du har behandlet vært enighet mellom den offentlige og den private parten om hvilket faktum som skal legges til grunn for avgjørelsen/som er mest sannsynlig? Hol §9-11



Kilde: Oxford Research AS

Vi finner at det er variasjon når det gjelder svarene fra fylkesnemndlederne om det har vært enighet mellom den offentlige og den private parten om hvilket faktum som skal legges til grunn for avgjørelsen/som er mest sannsynlig i saker etter hol §9-11. Det er verd å merke seg at det kun er 13 fylkesnemndledere som har svart på spørsmålet, siden få har erfaring med saker etter hol §9-11. Det er 3 som mener det i ingen grad har vært enighet. 2 svarer i liten grad enighet og 3 fylkesnemndledere svarer at det i noen grad har vært enighet mellom den offentlige og den private parten om hvilket faktum som skal legges til grunn for avgjørelsen/som er mest sannsynlig i saker etter hol §9-11. Det er videre 3 fylkesnemndledere som svarer i stor grad og 1 som svarer i svært stor grad.

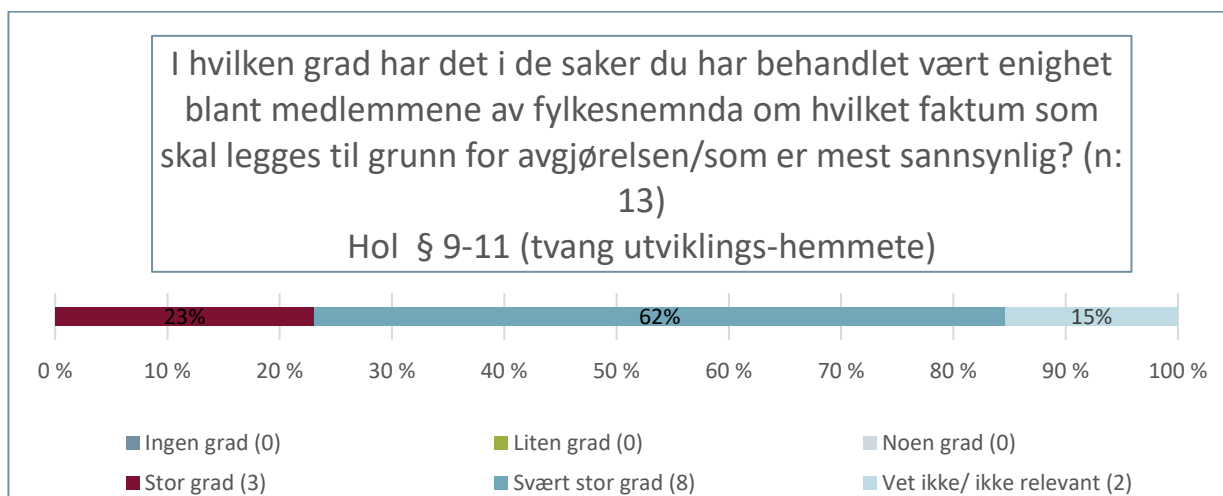
Figur 53: I hvilken grad har det i de saker du har behandlet vært enighet mellom den offentlige og den private parten om hvilket faktum som skal legges til grunn for avgjørelsen/som er mest sannsynlig? Hol § 10-3



Kilde: Oxford Research AS

Vi finner at de fleste mener det i stor grad (52 %) eller noen grad (36 %) har vært enighet mellom den offentlige og den private parten om hvilket faktum som skal legges til grunn for avgjørelsen/som er mest sannsynlig i saker etter hol § 10-3. Det er altså mer enighet i om faktum i saker etter hol § 10-3 enn hol § 9-11.

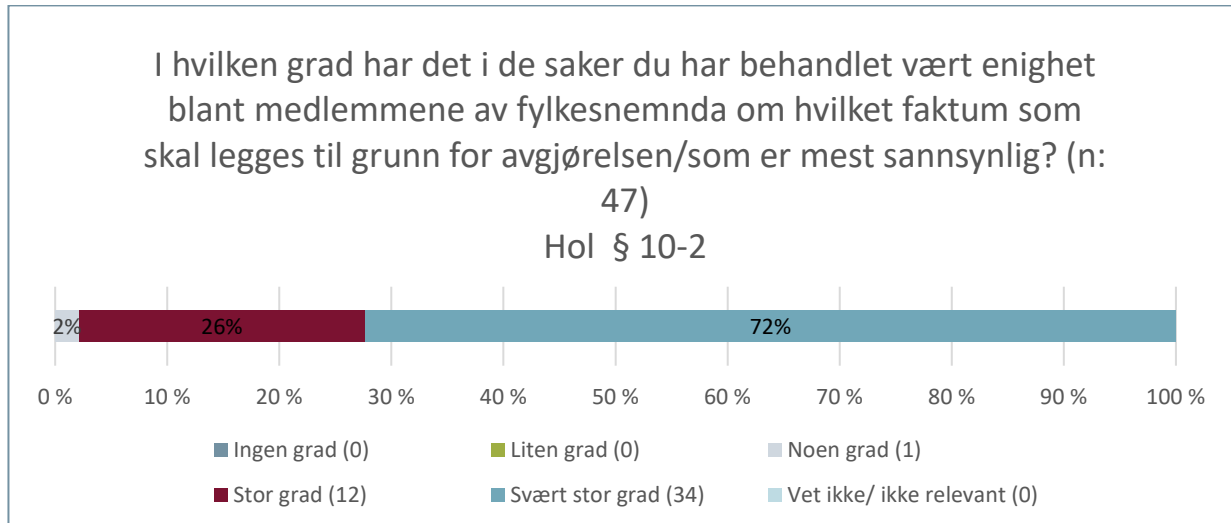
Figur 54: I hvilken grad har det i de saker du har behandlet vært enighet blant medlemmene av fylkesnemnda om hvilket faktum som skal legges til grunn for avgjørelsen/som er mest sannsynlig? (n: 13)
Hol § 9-11 (tvang utviklings-hemmete)



Kilde: Oxford Research AS

Vi finner at de fleste mener det i stor grad (23 %) eller svært stor grad noen grad (62 %) har vært enighet blant medlemmene av fylkesnemnda om hvilket faktum som skal legges til grunn for avgjørelsen/som er mest sannsynlig i saker etter hol § 9-11.

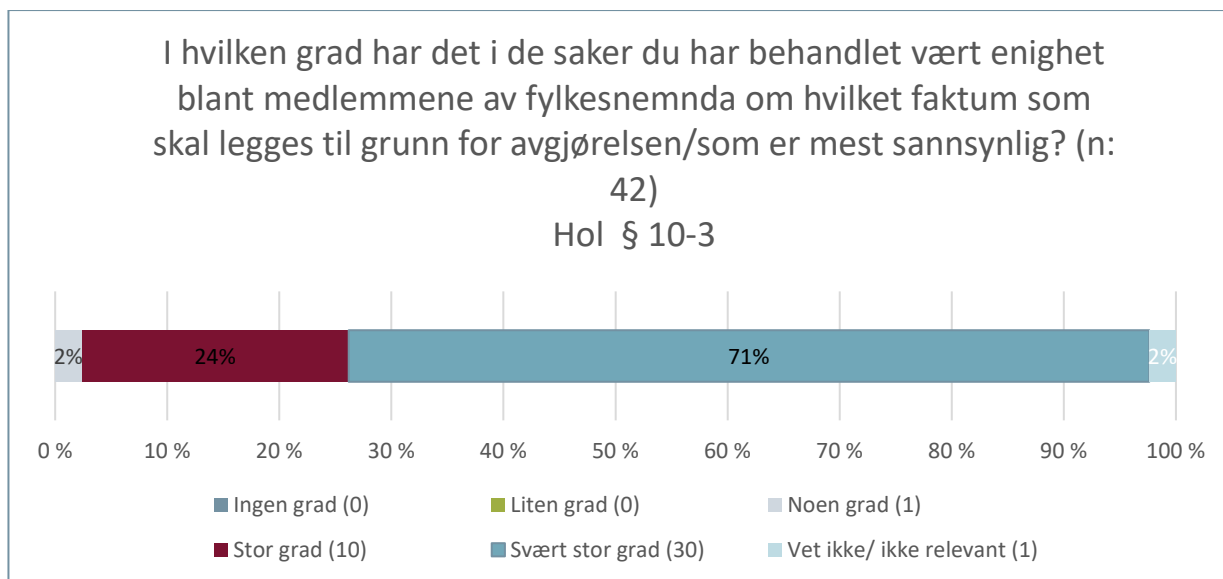
Figur 55: I hvilken grad har det i de saker du har behandlet vært enighet blant medlemmene av fylkesnemnda om hvilket faktum som skal legges til grunn for avgjørelsen/som er mest sannsynlig? Hol §10-2



Kilde: Oxford Research AS

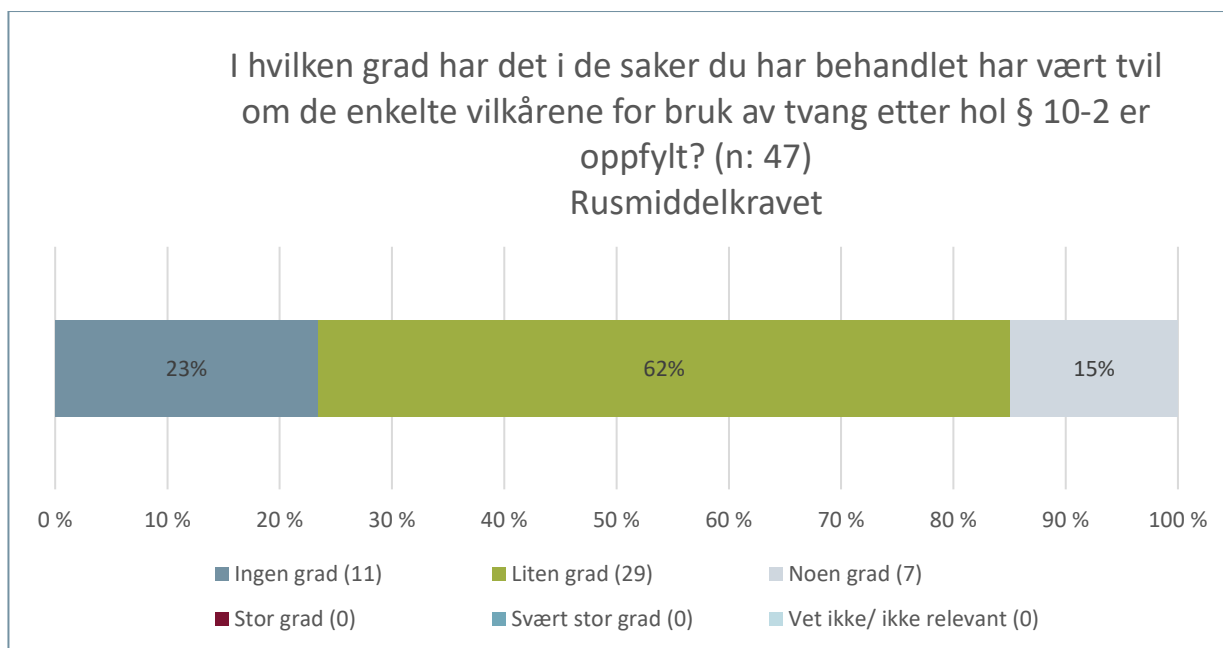
Vi finner at de fleste mener det i stor grad (26 %) eller svært stor grad noen grad (72 %) har vært enighet blant medlemmene av fylkesnemnda om hvilket faktum som skal legges til grunn for avgjørelsen/som er mest sannsynlig i saker etter hol § 10-2.

Figur 56: I hvilken grad har det i de saker du har behandlet vært enighet blant medlemmene av fylkesnemnda om hvilket faktum som skal legges til grunn for avgjørelsen/som er mest sannsynlig? Hol § 10-3



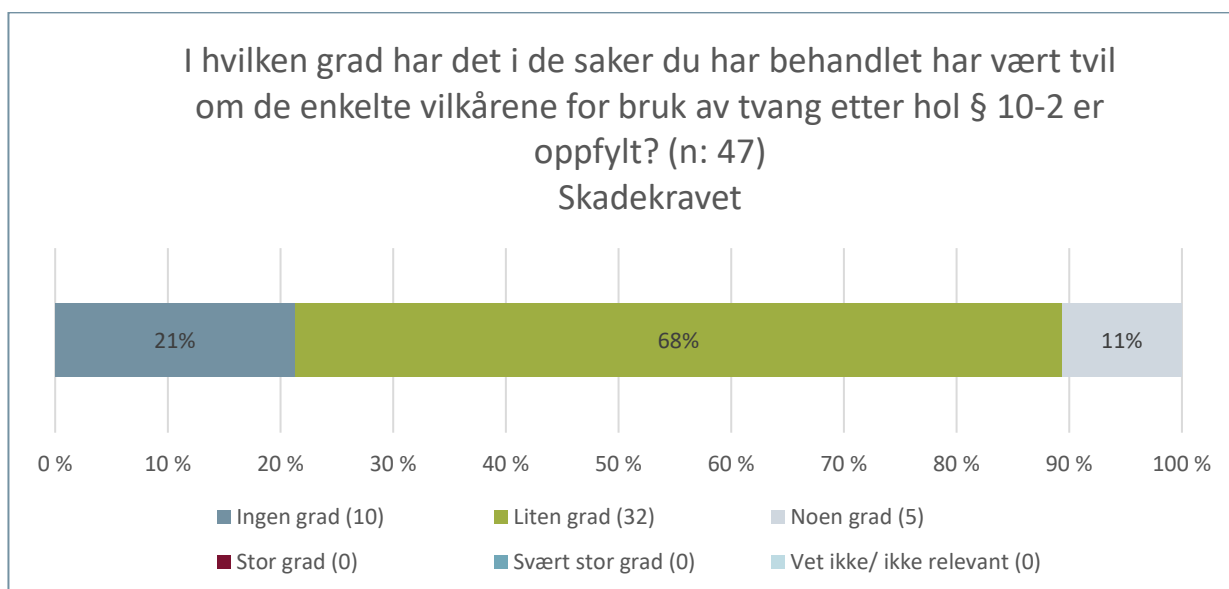
Vi finner at de fleste mener det i stor grad (24 %) eller svært stor grad (71 %) har vært enighet blant medlemmene av fylkesnemnda om hvilket faktum som skal legges til grunn for avgjørelsen/som er mest sannsynlig i saker etter hol § 10-3.

Figur 57: I hvilken grad har det i de saker du har behandlet vært tvil om de enkelte vilkårene for bruk av tvang etter hol § 10-2 er oppfylt? Rusmiddelkravet



Vi finner at de fleste (62 %) mener det i liten grad har vært tvil om rusmiddelkravet etter hol § 10-2 er oppfylt.

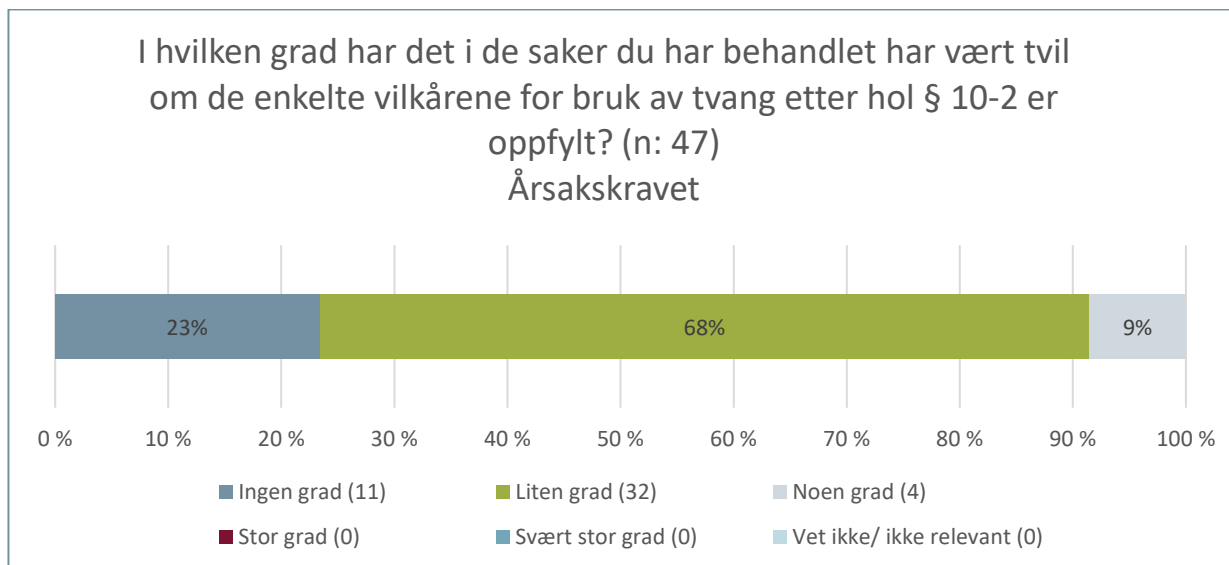
Figur 58: I hvilken grad har det i de saker du har behandlet har vært tvil om de enkelte vilkårene for bruk av tvang etter hol § 10-2 er oppfylt? Skadekravet



Kilde: Oxford Research AS

Vi finner at de fleste (68 %) mener det i liten grad har vært tvil om skadekravet etter hol § 10-2 er oppfylt.

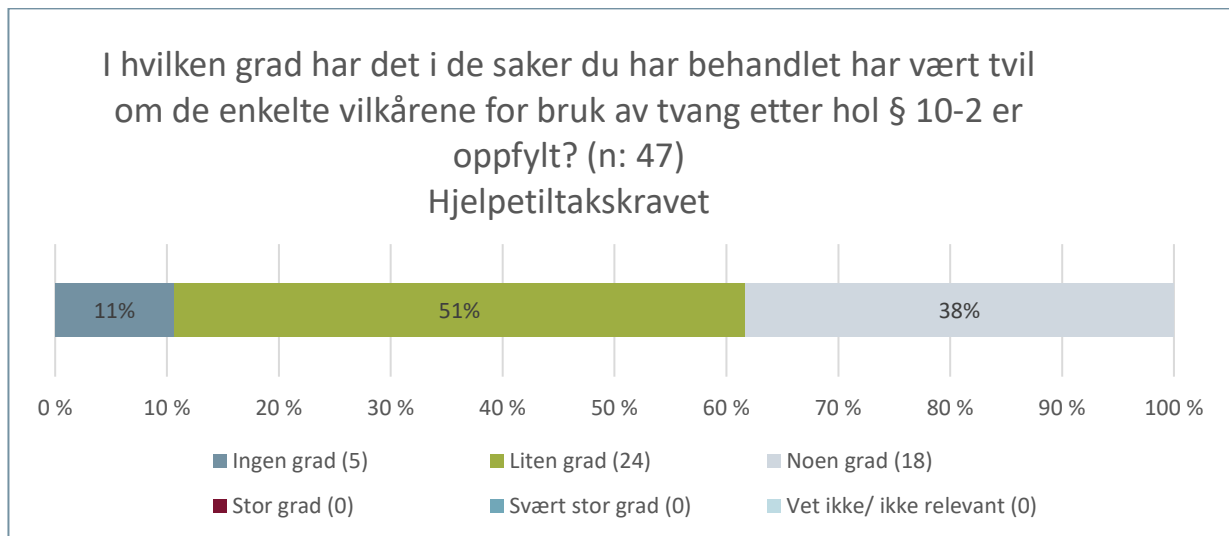
Figur 59: I hvilken grad har det i de saker du har behandlet har vært tvil om de enkelte vilkårene for bruk av tvang etter hol § 10-2 er oppfylt? Årsakskravet



Kilde: Oxford Research AS

Vi finner at de fleste (68 %) mener det i liten grad har vært tvil om årsakskravet etter hol § 10-2 er oppfylt.

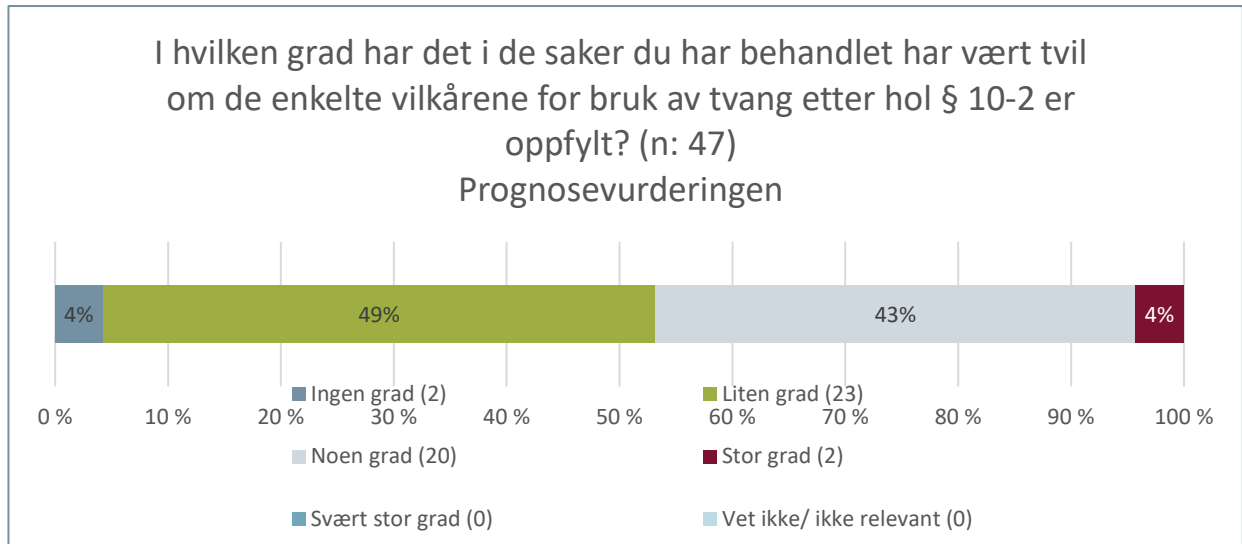
Figur 60: I hvilken grad har det i de saker du har behandlet har vært tvil om de enkelte vilkårene for bruk av tvang etter hol § 10-2 er oppfylt? Hjelpetiltakskravet



Kilde: Oxford Research AS

Vi finner at de fleste (51 %) mener det i liten grad har vært tvil om hjelpemiddelkravet etter hol § 10-2 er oppfylt.

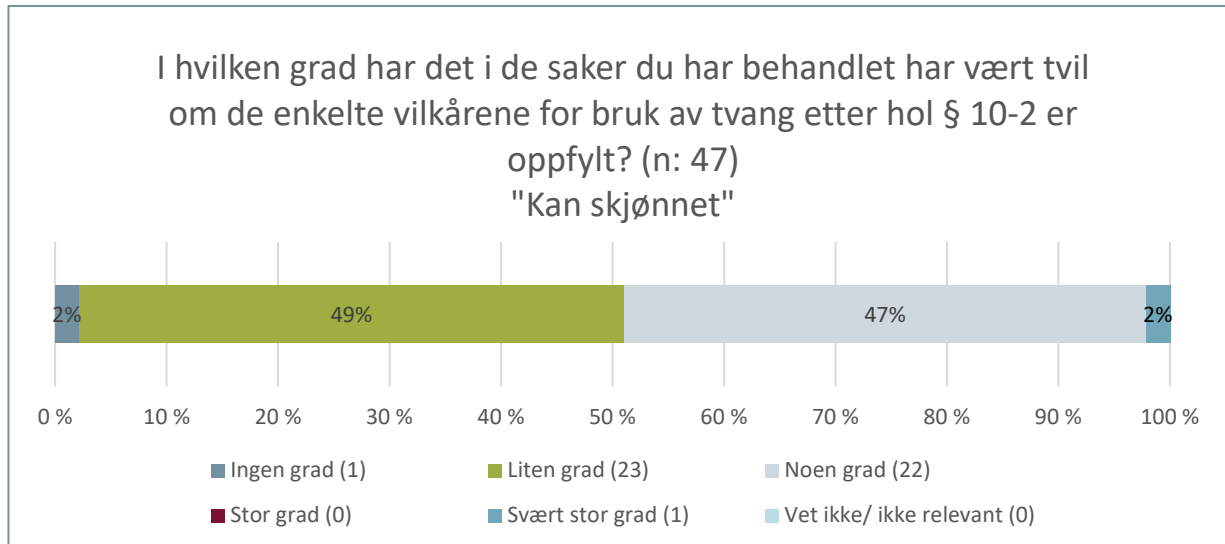
Figur 61: I hvilken grad har det i de saker du har behandlet har vært tvil om de enkelte vilkårene for bruk av tvang etter hol § 10-2 er oppfylt? Prognosevurderingen



Kilde: Oxford Research AS

Det er 49 % som mener at det i liten grad har vært tvil om prognosevurderingen etter hol § 10-2 er oppfylt. 43 % svarer at det i noen grad har vært tvil om prognosevurderingen etter hol § 10-2 er oppfylt.

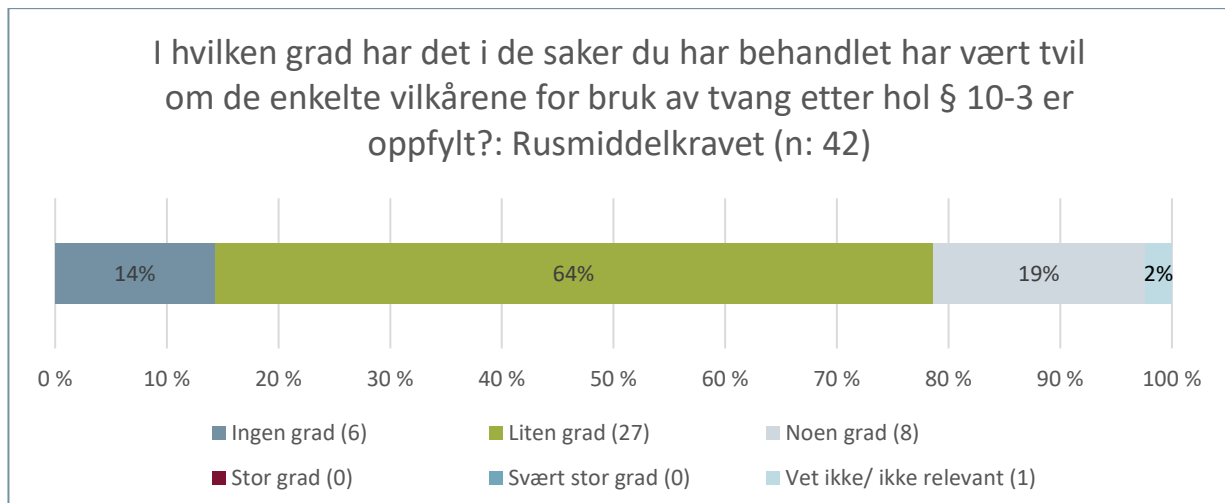
Figur 62: I hvilken grad har det i de saker du har behandlet har vært tvil om de enkelte vilkårene for bruk av tvang etter hol § 10-2 er oppfylt? "Kan skjønnet"



Kilde: Oxford Research AS

Det er 49 % som mener at det i liten grad har vært tvil om «Kan skjønnet» etter hol § 10-2 er oppfylt. 47 % svarer at det i noen grad har vært tvil om «Kan skjønnet» etter hol § 10-2 er oppfylt.

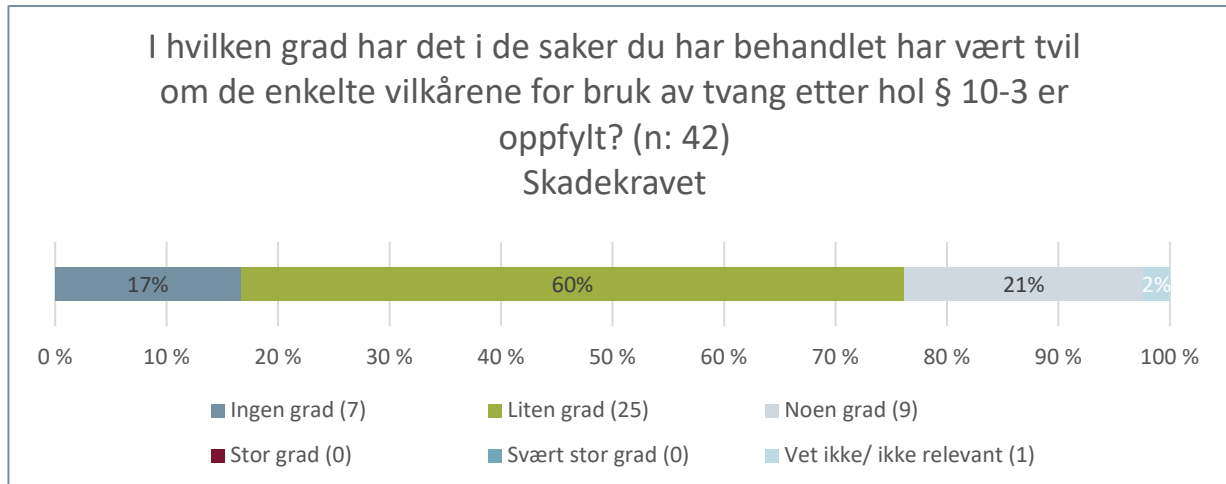
Figur 63: I hvilken grad har det i de saker du har behandlet har vært tvil om de enkelte vilkårene for bruk av tvang etter hol § 10-3 er oppfylt?: Rusmiddelkravet



Kilde: Oxford Research AS

Vi finner at de fleste (64 %) mener det i liten grad har vært tvil om rusmiddelkravet etter hol § 10-3 er oppfylt.

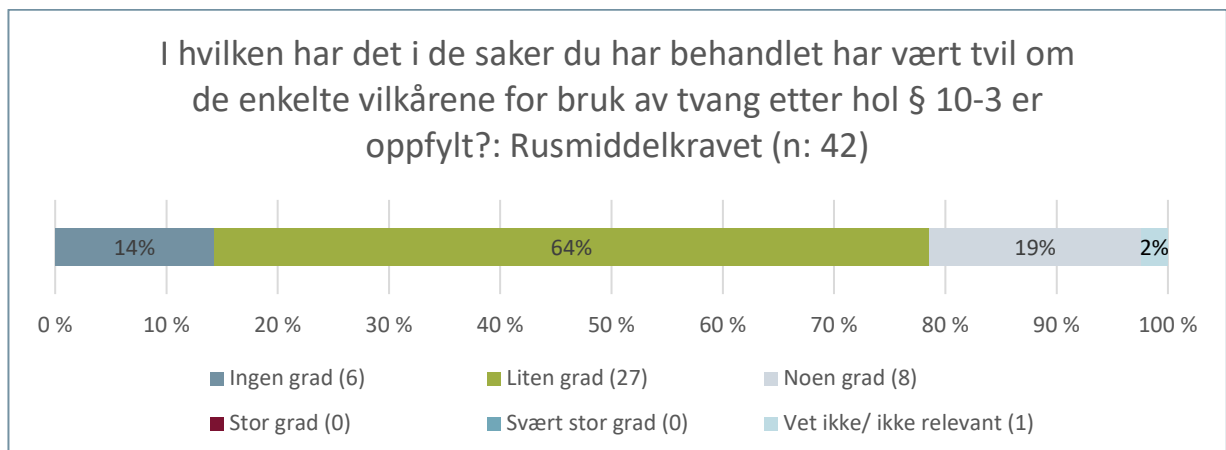
Figur 64: I hvilken grad har det i de saker du har behandlet har vært tvil om de enkelte vilkårene for bruk av tvang etter hol § 10-3 er oppfylt? Skadekravet



Kilde: Oxford Research AS

Vi finner at de fleste (60 %) mener det i liten grad har vært tvil om skadekravet etter hol § 10-2 er oppfylt.

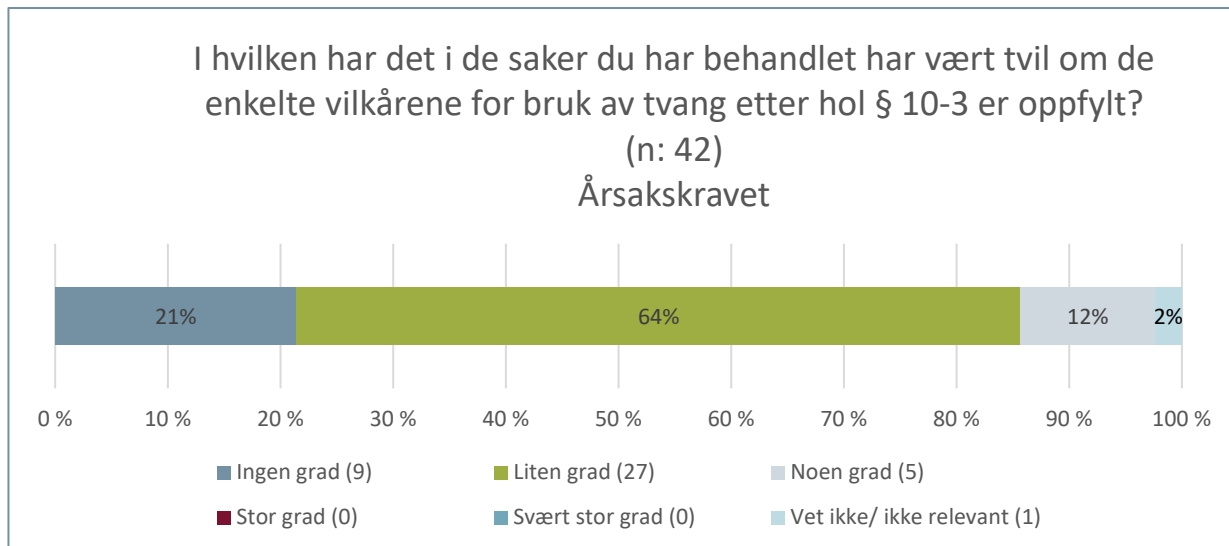
Figur 65: I hvilken har det i de saker du har behandlet har vært tvil om de enkelte vilkårene for bruk av tvang etter hol § 10-3 er oppfylt?: Rusmiddelkravet



Kilde: Oxford Research AS

Vi finner at de fleste (64 %) mener det i liten grad har vært tvil om rusmiddelkravet etter hol § 10-3 er oppfylt.

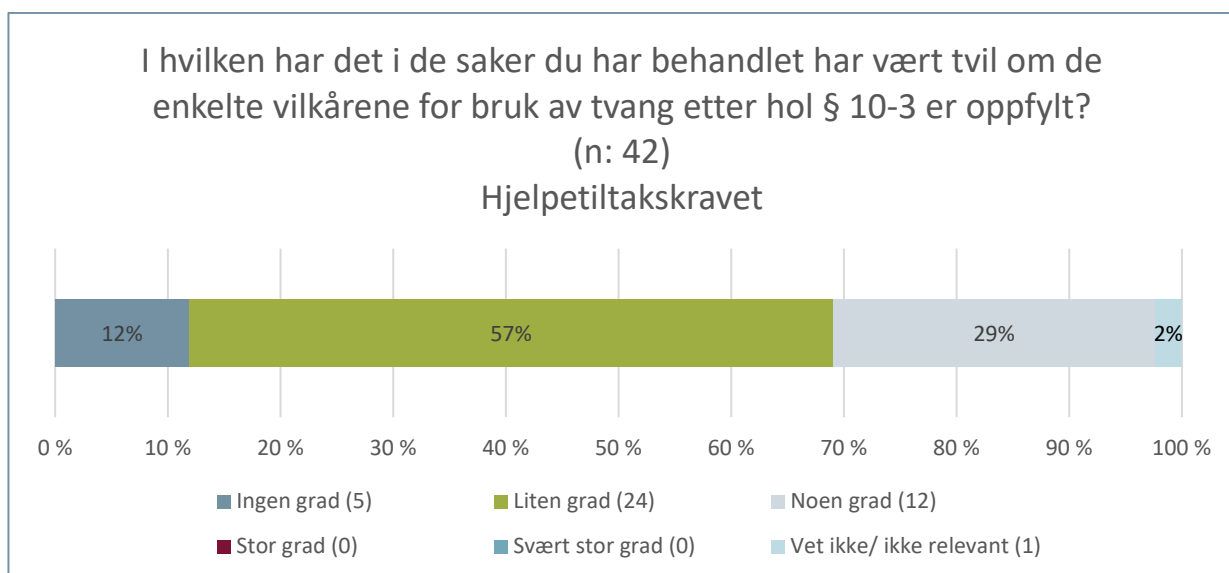
Figur 66: I hvilken grad har det i de saker du har behandlet har vært tvil om de enkelte vilkårene for bruk av tvang etter hol § 10-3 er oppfylt?



Kilde: Oxford Research AS

Vi finner at de fleste (64 %) mener det i liten grad har vært tvil om årsakskravet etter hol § 10-3 er oppfylt.

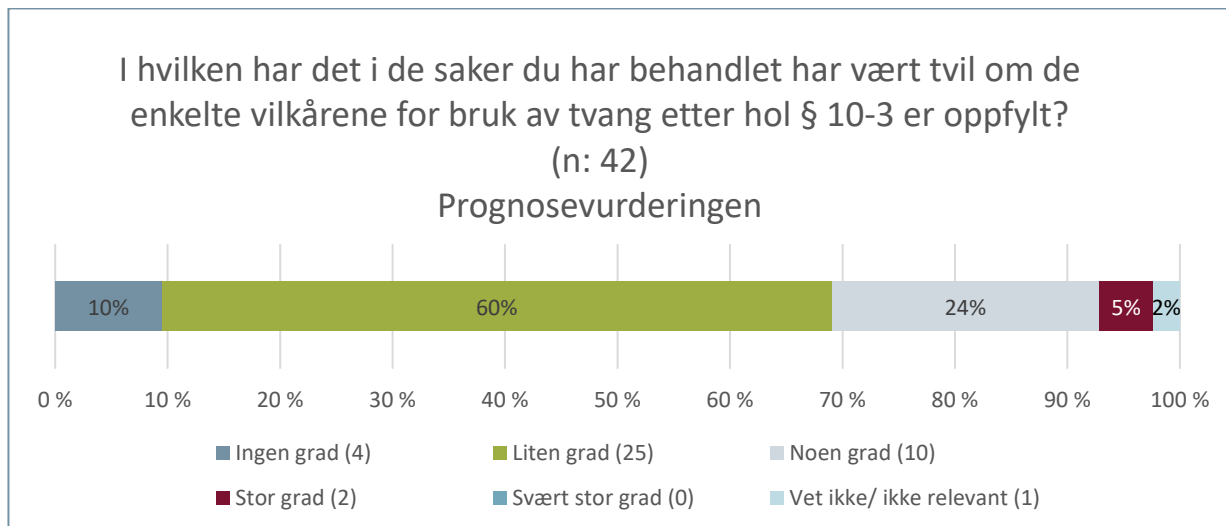
Figur 67: I hvilken grad har det i de saker du har behandlet har vært tvil om de enkelte vilkårene for bruk av tvang etter hol § 10-3 er oppfylt? Hjelpetiltakskravet



Kilde: Oxford Research AS

Vi finner at de fleste (57 %) mener det i liten grad har vært tvil om hjelpetiltakskravet etter hol § 10-3 er oppfylt.

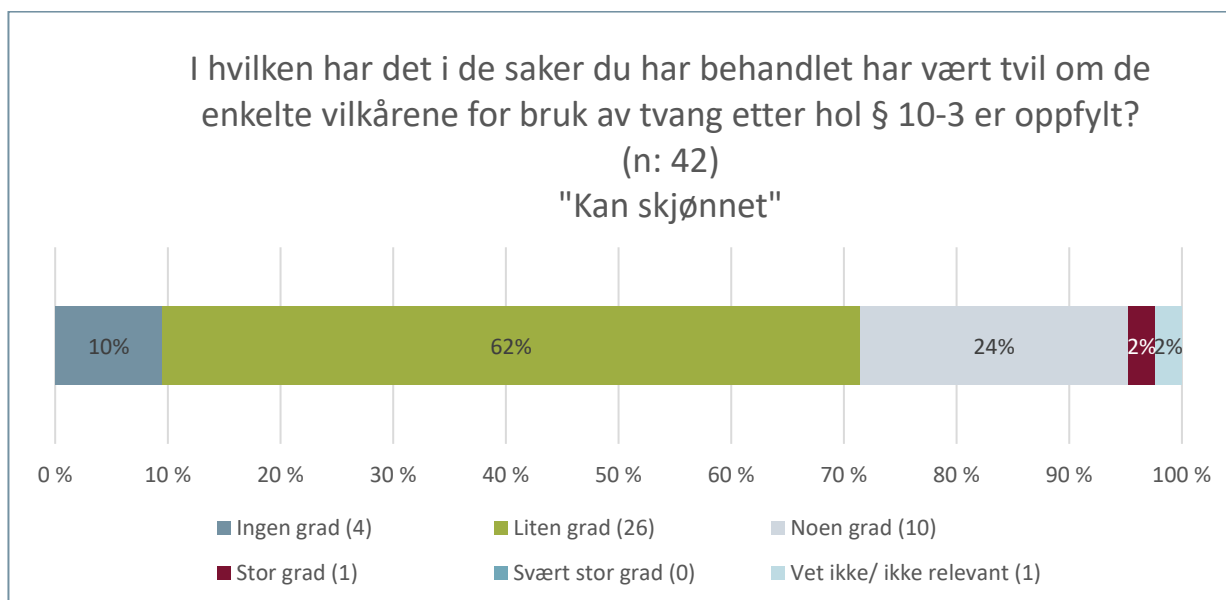
Figur 68: I hvilken har det i de saker du har behandlet har vært tvil om de enkelte vilkårene for bruk av tvang etter hol § 10-3 er oppfylt? Prognosevurderingen



Kilde: Oxford Research AS

Vi finner at de fleste (60 %) mener det i liten grad har vært tvil om prognosevurderingen etter hol § 10-3 er oppfylt. Her er det imidlertid 5 % som mener at det har vært stor grad av tvil.

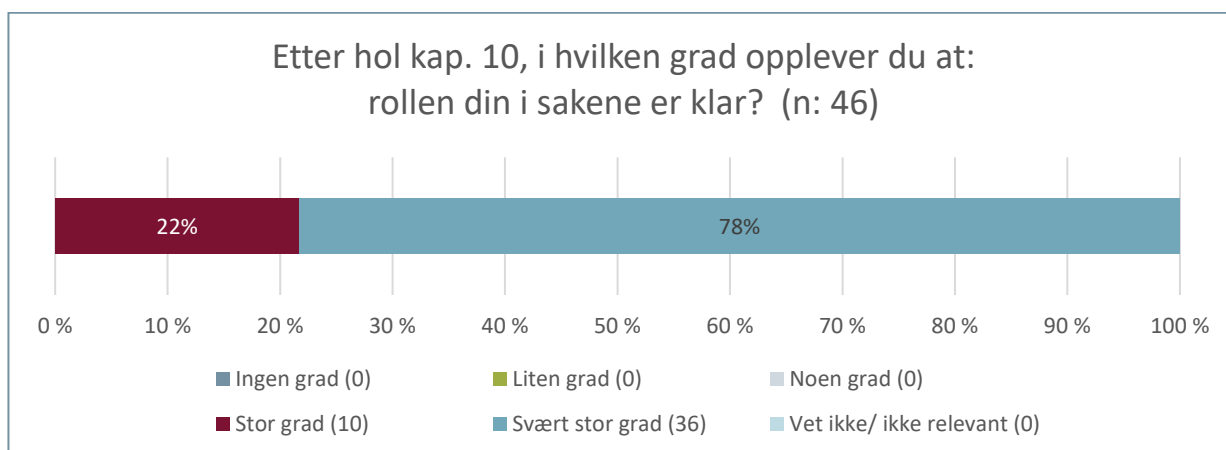
Figur 69: I hvilken har det i de saker du har behandlet har vært tvil om de enkelte vilkårene for bruk av tvang etter hol § 10-3 er oppfylt? «Kan skjønnet»



Kilde: Oxford Research AS

Vi finner at de fleste (62 %) mener det i liten grad har vært tvil om «Kan-skjønn» etter hol § 10-3 er oppfylt. Her er det imidlertid 2 % (1 respondent) som mener at det har vært stor grad av tvil.

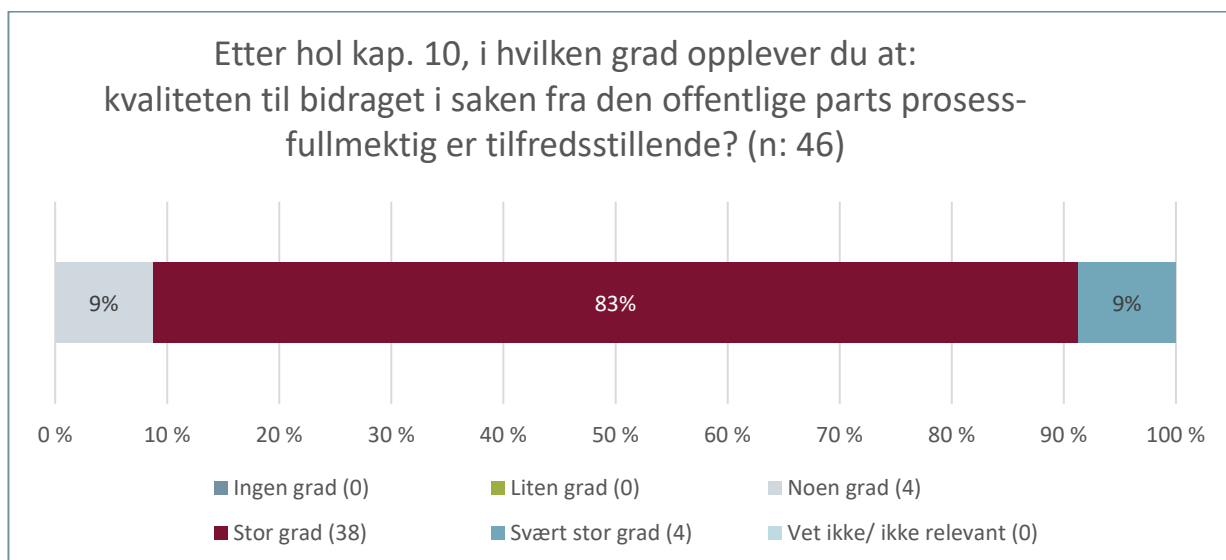
Figur 70: Etter hol kap. 10, i hvilken grad opplever du at: rollen din i sakene er klar?



Kilde: Oxford Research AS

Rollen oppfattes som klar av fylkesnemndlerne. 78 % svarer rollen i svært stor grad er klar og 22 % svarer at den i stor grad er klar.

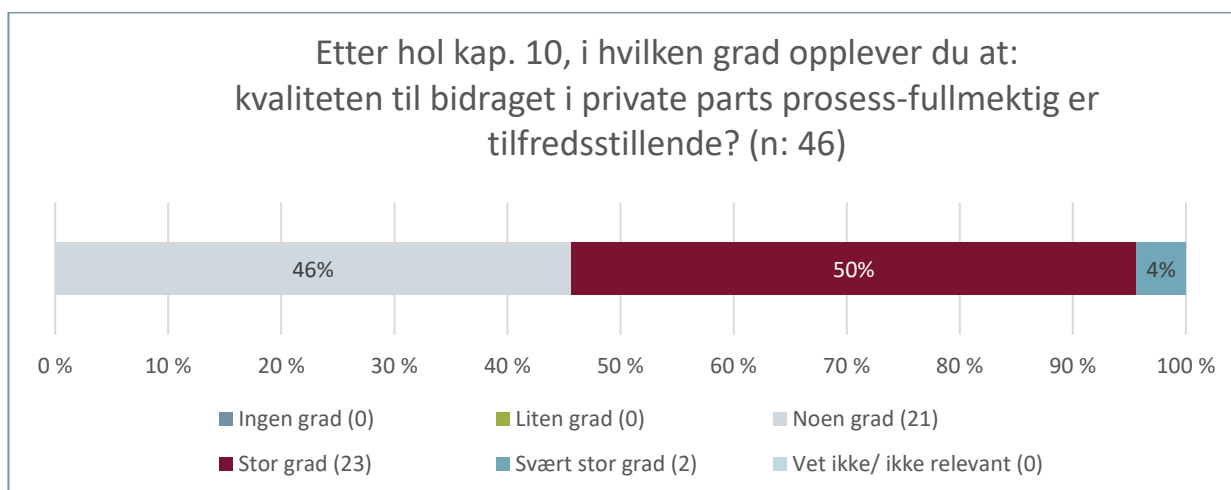
Figur 71: Etter hol kap. 10, i hvilken grad opplever du at: kvaliteten til bidraget i saken fra den offentlige parts prosessfullmektig er tilfredsstillende?



Kilde: Oxford Research AS

Fylkesnemndlederne opplever i stor grad (83 %) eller i svært stor grad (9 %) at kvaliteten til bidraget i saken fra den offentlige parts prosessfullmektig er tilfredsstillende.

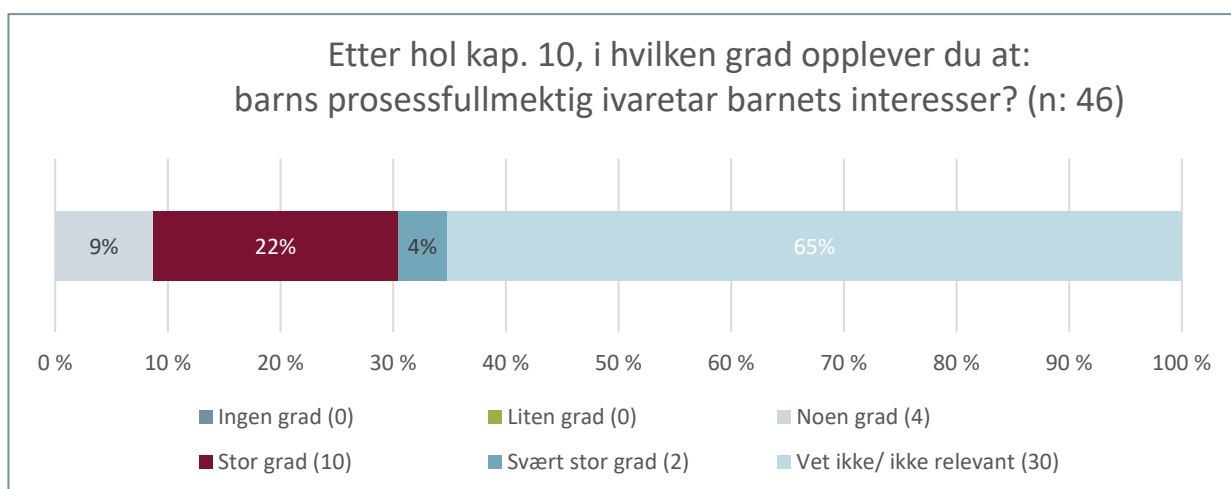
Figur 72: Etter hol kap. 10, i hvilken grad opplever du at: kvaliteten til bidraget i private parts prosess-fullmektig er tilfredsstillende?



Kilde: Oxford Research AS

Fylkesnemndledere er ikke i like stor grad fornøyd med bidraget fra den private parten. Det er 46 % som i noen grad opplever at kvaliteten til bidraget i saken fra den private parts prosessfullmektig er tilfredsstillende. Det er videre 50 % som i stor grad mener kvaliteten er tilfredsstillende og 4 % som i svært stor grad mener kvaliteten er tilfredsstillende.

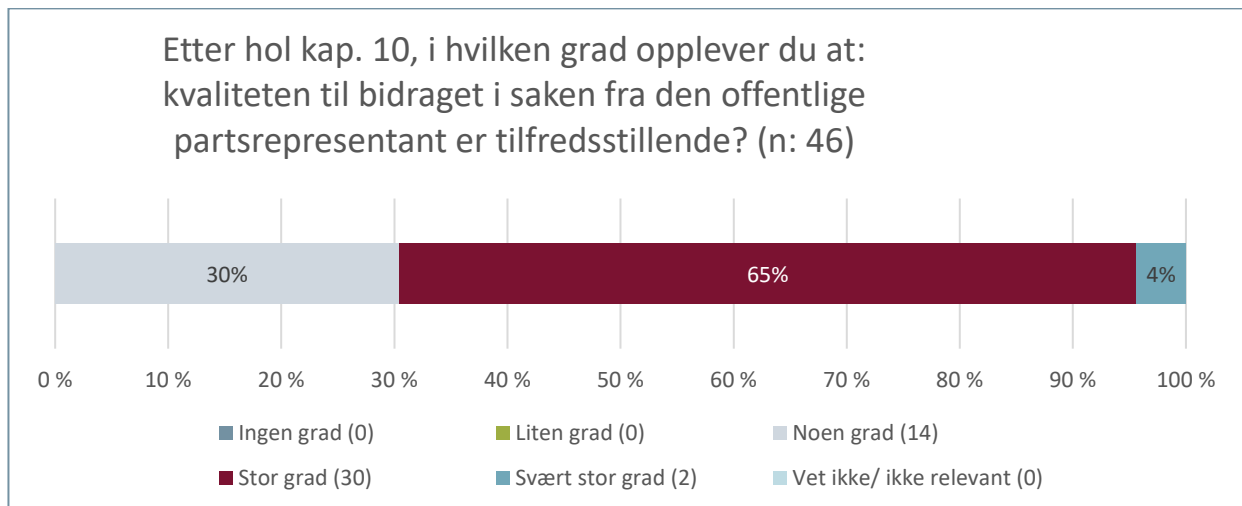
Figur 73: Etter hol kap. 10, i hvilken grad opplever du at: barns prosessfullmektig ivaretar barnets interesser?



Kilde: Oxford Research AS

De fleste fylkesnemndledere har svart vet ikke/ikke relevant på (65 %) om spørsmålet om barns prosessfullmektig ivaretar barnets interesser.

Figur 74: Etter hol kap. 10, i hvilken grad opplever du at: kvaliteten til bidraget i saken fra den offentlige partsrepresentant er tilfredsstillende?



Kilde: Oxford Research AS

30 % av fylkesnemndlederne mener at kvaliteten til bidraget i saken fra den offentlige partsrepresentant er tilfredsstillende. 65 % av Fylkesnemndlederne rapporterer videre at de i stor grad (65 %) eller i svært stor grad (9 %) mener at kvaliteten til bidraget i saken fra den offentlige parts prosessfullmektig er tilfredsstillende.

8. Resultater fra spørreundersøkelsen til Kontrollkommisjonsledere

I dette kapitlet presenterer vi sentrale funn fra spørreundersøkelsen til kontrollkommisjonsledere. Vi starter med å gi en oppsummering av funnene i punkt 8.1. Deretter gir vi en presentasjon med figurer for utvalgte resultater (8.2.). Figurene er kort kommentert.

8.1 Oppsummering

På spørsmålet om yrkesbakgrunn, var det mulig å sette flere kryss. Kontrollkommisjonslederne har en variert yrkesbakgrunn. Vi ser at 86 % har bakgrunn som advokat (31), mens 36 % (13) av de som har svart har erfaring som dommer. 42 % (15) kontrollkommisjonsledere har erfaring fra statsforvaltningen og 19 % (7) fra kommunalforvaltningen.

Hovedbildet når det gjelder ulike typer informasjon til pasienten og andre aktører om kontrollkommisjon og klageretten er at det er noe variasjon på hvilken måte dette gjøres ved de ulike kontrollkommisjonene. Vi finner at 39 % svarer at pasienter *informeres* om kontrollkommisjonen og klageretten ved besøk på institusjonen. 30 % informerer pasienten gjennom informasjonsmateriell på avdelingen, som er laget av kontrollkommisjonen. 30 % har svart at de på annen måte informerer pasientene om kontrollkommisjonen og klageretten. Det er også variasjon når det gjelder om kontrollkommisjonene har *samtale med barn* uten at andre er tilstede. 27 % av kontrollkommisjonslederne svarer ja, mens 24 % svarer nei. Hele 48 % svarer vet ikke/ikke relevant. Når det gjelder om det blir gitt *særskilt alderstilpasset informasjon* til barn innlagt i psykisk helsevern, varierer praksis. 30 % av kontrollkommisjonslederne sier at det gjøres i direkte kontakt med barnet, mens 15 % sier det gjøres ved særskilt informasjonsmateriell. 55 % av kontrollkommisjonslederne oppgir at de gir særskilt alderstilpasset informasjon på annen måte. 36 % av kontrollkommisjonslederne svarer at de informerer de som har foreldreansvaret for et barn, mens 15 % svarer at de ikke gjør det. Hele 48 % av kontrollkommisjonslederne svarer vet ikke/ikke relevant.

Vi finner også variasjon når det gjelder hvordan *klager fremsettes*. 24 % av kontrollkommisjonslederne svarer at klager fremsettes ved besøk på institusjonen. 3 % svarer at klager fremsettes via helsepersonell ved besøk på institusjonen. 9 % av kontrollkommisjonslederne svarer at klager fremsettes via helsepersonell utenom besøk på institusjonen. Hele 64 % av kontrollkommisjonslederne svarer vet ikke/ikke relevant. De fleste kontrollkommisjonene sender ut skriftlig informasjon til klager i forkant. 58 % av kontrollkommisjonslederne svarer at det sendes det ut *skriftlig informasjon til klager i forkant* av klagesaken med opplysninger om møtetidspunkt, hvordan kommisjonen er sammensatt, rett til uttale seg. 42 % av kontrollkommisjonslederne svarer at slik informasjon ikke blir sendt ut i forkant. Vi finner at det er betydelig variasjon når det gjelder om kontrollkommisjonen har en *uformell samtale* med pasienten før saken tas til behandling (dersom klage er muntlig). 6 % av kontrollkommisjonslederne svarer aldri, mens 30 % av kontrollkommisjonslederne sier at dette sjelden. Det er videre 30 % som av og til har slik uformell samtale, mens 24 % av kontrollkommisjonslederne sier de ofte har slik uformell samtale.) 9 % av kontrollkommisjonslederne har alltid slik uformell samtale. Vi finner i hovedsak det samme hovedbildet også når klagen er skriftlig, selv om det er enda flere som aldri eller

sjelden har slik samtale når klagen er skriftlig. Det er betydelig variasjon når det gjelder om kontrollkommisjonen har en uformell samtale med pasienten før saken tas til behandling (dersom klage er skriftlig). 18 % av kontrollkommisjonslederne svarer aldri, mens 39 % av kontrollkommisjonslederne sier at dette sjelden. Det er videre 21 % som av og til har slik uformell samtale, mens 12 % av kontrollkommisjonslederne sier de ofte har slik uformell samtale.) 9 % av kontrollkommisjonslederne har alltid slik uformell samtale.

Når det gjelder spørsmålet om *klagen trekkes etter uformell samtale* med kontrollkommisjonen, er hovedbildet at klagen relativt sjelden trekkes etter slik samtale. 21 % av kontrollkommisjonslederne svarer at klagen aldri trekkes etter slik samtale, mens 52 % svarer at klagen sjelden trekkes etter slik samtale. 18 % sier at klagen av og til trekkes etter slik uformell samtale.

Når det gjelder hva som er de vanligste grunnene at *pasienten trekker klagen* før eller under klagesaks-møtet, når pasienten ikke er utskrevet eller overført til frivillig vern, oppgis mange ulike grunner. Kontrollkommisjonslederen kunne krysse av for flere svar på dette spørsmålet. 61 % av kontrollkommisjonslederne oppgir at pasientene er blitt rådet av sine advokater til å trekke seg. 52 % av kontrollkommisjonslederne har svart at en vanlig grunn er at pasienten har endret oppfatning av det det klages på. 48 % av kontrollkommisjonslederne. 7 % av kontrollkommisjonslederne oppgir at pasienten mener at klagen ikke vil føre frem. 18 % av kontrollkommisjonslederne oppgir som grunn at pasienten ikke ønsker å utsettes for påkjenningen klagesaken kan medføre.

Kun 3 % av kontrollkommisjonslederne oppfatter phvl § 2-1 andre ledd som en *klageordning* der barnet må fremsette en klage. 33 % av kontrollkommisjonslederne oppgir at de oppfatter phvl § 2-1 andre ledd som en ordning som gjelder automatisk prøving hvis barnet ikke er enig. Hele 64 % av kontrollkommisjonslederne svarer vet ikke/ikke relevant. 12 % av kontrollkommisjonslederne svarer at det ved vurderingen etter § 2-1 andre ledd, blir tatt utgangspunkt i samme vilkår som gjelder for tvungent vern, 27 % av kontrollkommisjonslederne har svart at det ikke blir tatt utgangspunkt i samme vilkår som gjelder for tvungent vern. Hele 61 % av kontrollkommisjonslederne har svart vet ikke/ikke relevant.

33 % av kontrollkommisjonslederne *underretter direkte muntlig* når det gjelder vedtak i klagesaker etter phvl § 3-3 (tvungent psykisk helsevern). 15 % underretter direkte ved brev, mens 42 % underretter kommisjonens vedtak ved advokat. 9 % av kontrollkommisjonslederne oppgir at kommisjonens vedtak blir underrettet via institusjonen.

Vi ser at det er varierende praksis når det gjelder hvordan kontrollkomisjonene *underretter* om vedtak etter etter phvl § 2-1 andre ledd og § 2-2 fjerde ledd andre punktum:

- 24 % av kontrollkommisjonslederne svarer at underretningen skjer direkte muntlig
- 12 % av kontrollkommisjonslederne svarer at underretningen skjer direkte ved brev
- 18 % av kontrollkommisjonslederen svarer at underretningen skjer via advokat
- 9 % av kontrollkommisjonslederen oppgir at underretningen skjer via institusjonen
- 36 % kontrollkommisjonslederen svarer at underretningen skjer på annen måte.

Vi ser at det også er varierende praksis når det gjelder hvordan kontrollkommisjonene underretter om vedtak i klagesaker etter phvl § 3-7 (opphør av tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern):

- 24 % av kontrollkommisjonslederene svarer at underretningen skjer direkte muntlig
- 24 % av kontrollkommisjonslederene svarer at underretningen skjer direkte ved brev
- 30 % av kontrollkommisjonslederen svarer at underretningen skjer via advokat
- 15 % av kontrollkommisjonslederen oppgir at underretningen skjer via institusjonen
- 6 % kontrollkommisjonslederen svarer at underretningen skjer på annen måte.

Underretningen av vedtak etter phvl § 3-8 skjer hovedsakelig direkte ved brev (55 %) eller via institusjonen (27 %). Imidlertid er det 15 % av kontrollkommisjonslederene som svarer at underretningen blir gjort direkte muntlig. 3 % oppgir at underretningen skjer via advokat. Underretning av vedtak etter phvl § 3-8 tredje ledd skjer i stor grad på samme måte som etter phvl § 3-8 andre ledd. Underretningen av vedtak etter phvl § 3-8 tredje ledd skjer hovedsakelig direkte ved brev (67 %) eller via institusjonen (21 %). Imidlertid er det 12 % av kontrollkommisjonslederene som svarer at underretningen blir gjort direkte muntlig.

Den typiske *underretningen* av vedtak i saker etter § 4-8 andre ledd bokstav a) blir gjort enten direkte muntlig (33 %) eller direkte ved brev (42 %). Det er videre 12 % av kontrollkommisjonslederene som oppgir at underretningen skjer via advokat, og videre er det 12 % som svarer at underretningen blir gjort via institusjonen.

Den typiske *underretningen* av vedtak i saker etter § 4-8 andre ledd bokstav c) blir også gjort enten direkte muntlig (30 %) eller direkte ved brev (45 %). Det er videre 9 % av kontrollkommisjonslederene som oppgir at underretningen skjer via advokat, og videre er det 15 % som svarer at underretningen blir gjort via institusjonen.

Hovedfunnet er at de kontrollkommisjonsledere sjelden (48 %) eller aldri (21 %) opplever at kravet om en rask avgjørelse kan stå i strid med kravet til *forsvarlig saksbehandling*. Det er 21 % av kontrollkommisjonslederen som av og til opplever konflikt mellom kravet til rask saksbehandling mot kravet til forsvarlig saksbehandling. 6 % har svart at de ofte opplever slik konflikt.

36 % av kontrollkommisjonslederene sier at barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling oppsøkt med samme frekvens som voksenpsykiatrien. 12 % svarer nei og 52 % av kontrollkommisjonslederene har svart vet ikke/ikke relevant.

Det store flertallet (79 %) av kontrollkommisjonslederene oppfatter det som en oppgave for kommisjonen å arbeide for redusert *bruk av tvang* innen psykisk helsevern. 9 % har svart nei, mens 12 % har svart vet ikke/ikke relevant. Det store flertallet (70 %) av kontrollkommisjonslederene svarer at holdningen deres er uendret det siste året. 21 % svarer at holdningen deres har blitt endret det siste året, når det gjelder om det er en oppgave for kommisjonen å arbeide for redusert bruk av tvang innen psykisk helsevern.

Det store flertallet (76 %) av kontrollkommisjonslederne anser kommisjonen *kompetent* til å legge føringer for institusjonenes videre behandling i klagesak 12 % av kontrollkommisjonslederne anser ikke kommisjonen kompetent. Et flertall (67 %) av kontrollkommisjonslederne anser kommisjonen kompetent til å legge føringer for institusjonenes videre behandling i første tre måneders kontroll. 18 % av kontrollkommisjonslederne anser ikke kommisjonen kompetent. 76 % av kontrollkommisjonslederne anser kommisjonen kompetent til å legge føringer for institusjonenes videre behandling i søknad om årsforlengelse. 12 % av kontrollkommisjonslederne anser ikke kommisjonen kompetent.

Nesten alle kontrollkommisjonslederne (88 %) mener at kommisjonen er kompetent til å sette til side et vedtak etter kapittel 4 som *ugyldig*, dersom dette inneholder slike mangler at det må anses ugyldig.

Kontrollkommisjonslederne oppfatter at *oppgavene og regelverket* i stor grad (55 %) eller i svært stor grad (42 %) er klart nok definert når det gjelder kommisjonens rolle som klageinstans. Kontrollkommisjonslederne oppfatter oppgavene og regelverket i stor grad (45 %) eller i svært stor grad (30 %) er klart nok definert når det gjelder kommisjonens kontroll med tvangsvedtak. 9 % av kontrollkommisjonslederne. Når det gjelder *velferdskontroll og kommisjonens rolle*, er hovedbildet at kontrollkommisjonslederne i mindre grad oppfatter at rollen til kontrollkommisjonen er klart nok definert i regelverket. 70 % av kontrollkommisjonslederne svarer at de i noen grad mener rollen er klart nok definert, mens 18 % svarer at rollen i liten grad er klart nok definert i regelverket. 9 % av kontrollkommisjonslederne mener rollen i stor grad er klart definert i regelverket.

Det er noe ulike oppfatninger blant kontrollkommisjonslederne når det gjelder i hvilken grad ansvarfordelingen mellom kontrollkommisjonene og fylkesmannen er klart nok definert i regelverk. 45 % av kontrollkommisjonslederne mener det i noen grad er klart definert, mens 45 % mener det i stor grad er klart nok definert.

Kontrollkommisjonslederne har varierende syn på i hvilken grad de *administrative rammene* rundt kontrollkommisjonene er tilfredsstillende. Hovedbildet er likevel at relativt mange kontrollkommisjonsledere i ingen (18 %) eller i noen grad (52 %) oppfatter de administrative rammene som tilfredsstillende. Det er samtidig 27 % som oppfatter at de administrative rammene i stor grad er tilfredsstillende. Det store flertallet av kontrollkommisjonslederne (67 %) oppfatter den *faglige støtten* fra Helsedirektoratet som i stor grad tilfredsstillende. Det er samtidig 30 % av kontrollkommisjonslederne som i noen grad oppfatter den faglige støtten som tilfredsstillende og 3 % som i liten grad oppfatter støtten som tilfredsstillende.

Det er noe ulike oppfatninger blant kontrollkommisjonslederne når det gjelder behov for spesialistkompetanse innen psykiatri. Det er også noe ulike oppfatninger blant kontrollkommisjonslederne når det gjelder behov for dommererfaring. 18 % av kontrollkommisjonslederen er helt enig, 12 % er delvis enig og 21 % er verken eller. På den andre siden er 24 % av kontrollkommisjonslederne delvis uenig i behov for dommererfaring og 24 % er helt uenig i behov for dommererfaring.

Det er noe ulike oppfatninger blant kontrollkommisjonslederne når det gjelder behovet for *endringer i regelverket*. 33 % mener det er behov for endringer i psykisk helsevernloven, mens 45 % mener det ikke er behov for endringer. 21 % har svart vet ikke/ikke relevant. Det er også noe ulike oppfatninger blant

kontrollkommisjonslederne når det gjelder behovet for endringer i regelverket. 30 % mener det er behov for nye forskrifter eller endring i gjeldende forskrifter. 39 % mener det ikke er behov for endringer. 30 % har svart vet ikke/ikke relevant.

Det er noe ulike oppfatninger blant kontrollkommisjonslederne når det gjelder *kvaliteten fra advokatene*. 6 % mener at kvaliteten i liten grad er tilfredsstillende og videre mener 42 % at kvaliteten i noen grad er tilfredsstillende. På den andre siden mener hele 48 % at kvaliteten i stor grad er tilfredsstillende og 3 % mener den i svært stor grad er tilfredsstillende. Hele 70 % mener at kvaliteten i bidraget fra den *faglige ansvarlige* i stor grad er tilfredsstillende når det gjelder saksforelegg i klagesaker. Her er det 21 % som i noen grad mener det faglige bidraget fra denne er tilfredsstillende. 48 % % mener at kvaliteten i bidraget fra den faglige ansvarlige i stor grad er tilfredsstillende når det gjelder redegjørelse første tre måneders kontroll. Her er det 36 % som i noen grad mener det faglige bidraget fra denne er tilfredsstillende. 12 % mener at bidraget i liten grad er tilfredsstillende. 58 % mener at kvaliteten i bidraget fra den faglige ansvarlige i stor grad er tilfredsstillende når det gjelder søknad om årsforlengelse. Her er det 36 % som i noen grad mener det faglige bidraget fra denne er tilfredsstillende.

Kontrollkommisjonslederne kunne også svare med tekst på flere spørsmål. I det følgende rapporterer vi noen utvalgte hovedresultater. Ett av spørsmålene kontrollkommisjonslederne kunne svare med tekst var om de i rollen som kontrollkommisjonslederne opplever noen utfordringer når det gjelder uavhengighet og upartiskhet. Hovedfunnet er at det i liten grad rapporteres om slik utfordringer fra kontrollkommisjonslederne. Det som nevnes er at mye kontakt med institusjonene kan skape en viss utfordring:

Institusjonane har stort behov for rettleiing og hjelp til tolking av heimelsgrunnlag for tvang og vender seg til oss for å få råd og svar på tolkingsspørsmål. Dette er ei rolle vi ikkje ønskjer å få, fordi det går utover vår uavhengigheit når vi i etter

Jeg opplever ikke slike utfordringer da jeg mener vi har en klar rollefordeling.

Brukes mye til rådgivning overfor sykehusets ansatte. Viktig arbeid for å sikre riktige avgjørelser og få gjennomført praksisendringer. Eks ny lovgivning. Legene har liten støtte fra egne rekker. Også viktig for å ha en tillitsbasert dialog hvor en får t

Det hender at jeg gir råd på forespørsel, men her prøver jeg å være forsiktig. Jeg gjør dette for å ha kommunikasjon med sykehuset og for at sykehuset skal oppleve at kommisjonen er relevant for dem.

Det må i såfall være at man er avhengig av merkantile funksjoner og av de vedtaksansvarliges bistand med å tilrettelegge saken, hente ut dokumenter og opplysninger fra DIPS. Direkte tilgang til DIPS ville gjøre kommunikasjonen med institusjonen mer defne

Dette er i liten grad eit problem for vår kommisjon.

Jeg opplever at institusjonene forstår kontrollkommisjonens oppgaver og funksjon og er lojale i forhold til dette.

Det er ofte spørsmål som blir tatt opp der en ber om kommisjonens vurdering, eller de er ønskelig å drøfte konkrete problemstillinger med oss. Vi må da være særs flinke til å si ifra at vi ikke kan vurdere, eller drøfte konkrete saker, da er vi ikke habi

Klart skille mellom å forstå loven og retningslinjer som det kan være greit å ha snakket om felles forståelse av og med de faglige ansvarlige og avdelingene, og fatte vedtak i enkelt saker.

Utfordringene kan være at en blir for "godt kjent" med institusjonen/faglige ansvarlige og berunder tvangsblind, men dette opplever jeg at i stor grad er rettet på ved at stillingene nå kun kan innebas i 4 + 4 år og ikke som før hvor noen satt i 10 år..

Kontrollkommisjonslederne kunne også svare med tekst på spørsmålet: I hvilken grad oppfatter du de administrative rammene rundt kontrollkommisjonene som tilfredsstillende? En tydelig tilbakemelding er utfordringer med saksbehandlingssystem og manglende felles administrative verktøy og saksbehandlingssystem. En viktig tilbakemelding er videre manglene på elektronisk saksbehandling eller dokumentbehandling:

Den største utfordringen er å få tak i relevant informasjon og journaler da disse ikke lovlig kan sendes elektronisk, men pr brevpost. Dette skaper endel bry og forsinkelser særlig for de andre medlemmene i KK s mulighet til å forbedrede seg til klagesaker

Det er altfor mye papirdokumenter som må gjennomgås, burde ha vært elektronisk behandling - fullt og helt.

Det savnes et felles saksbehandlingssystem for alle kontrollkommisjoner. Det administrative systemet som vår kontrollkommisjon benytter er fullt ut utviklet på egen hånd, og leder må gjøre alt administrativt arbeid (og dette tar en god del tid).

Jeg bruker mye tid på å følge opp og organisere mitt arbeid som leder i kontrollkommisjonen, mye mer enn jeg først trodde. Jeg oppfatter likevel at dette arbeidet følger med vervet og vanskelig kan overføres til andre da kontrollkommisjonens arbeid skal være uavhengig.

Jeg har et adm system som fungerer, men har etterlyst et saksbehandlingssystem fra Helsedirektoratet.

Kontrollkommisjonene må være en av landets få virksomheter uten eget saksbehandlingssystem. Det er uheldig at saksbehandlingen foregår utfra den enkelte kommisjonsleders valg om bruk av maler, arkiv, liste- og protokollføring og personlige tilpasning...

Mangler grunnleggende strukturer knyttet til maler, felles datasystem, oppslag, konvolutter, ID mm

Oppnevningen av nye medlemmer skjer ikke alltid automatisk og kan virke noe tilfeldig.

Systemer for elektronisk lagring er utilfredsillende. Saksbehandlingsregler - maler burde vært mer detaljerte Administrative forhold for eksempel refusjonordninger for porto, adm. kostnader burde vært gjort enklere- forankret i rutiner vis a vis fylkesmennene

Vi har jo vår egen administrasjon, en advokatsekretær som er dedikert til å følge opp på det administrative så vel med forberedelse til KK møter, reisentlegg/ vederlag etc. Vi kunne ikke ha vært effektive uten henne.

Kontrollkommisjonslederne kunne også svare på om de opplever noe som er problematisk når det gjelder kommisjonens ansvarsområder. En utfordring som blir trukket frem er hvor mye tid som skal legges i arbeidet. En annen utfordring er forventning til tilsyn og tidsbruk. En kontrollkommisjonsleder fremhever at det er vanskelig å tilføre noe reelt innhold til velferdskontrollen og en annen peker på at det er problematisk at det sjelden blir klaget på tvangsvedtak. I det følgende gjengir vi hovedresultatene:

Alltid en utfordring hvor mye tid vi bør legge i arbeidet, Ingen retningslinjer. Bare hvisking i krokene på årsmøtet for kontrollkommisjonene at vi bruker for mye penger og i tillegg til at Fylkesmannen nå krever spesifiserte timelister

Kommisjonen kunne nesten vært en fulltidsstilling - kunsten er å avgrense.

Det er jo aldri enkelt, for det er til dels svært krevende spørsmål. Jussen er nå slik den er, det er vel oftere de faktiske forhold som er den største utfordring (bevisvurdering).

Det er problematisk at det svært sjelden vert klaga på tvangsvedtak, og dermed ikkje handsama av kk. Det er kunne vore klarare definert korleis kk skal vurdere/ handsame tvangsvedtak som det ikkje vert klaga på.

Det er problematisk å få tilstrekkelig tid ved siden av en full dommerjobb til å gjøre alle de omfattende oppgavene som er lagt til kontrollkommisjonen.

Det er vanskelig å tilføre noe reelt innhold i velferdskontrollen.

I kva grad kan vi meine noko om innhaldet i behandlingstilbodet ved institusjonen? F. eks dersom vi ønskjer å stille spørsmål ved institusjonenes bruk av medisiner kontra terapeutiske tilbod, eller ivaretaking av pasientar fysiske helse.

Kommisjonen arbeider i møter og ved månedlige tilsyn, en måte å forbedre arbeide på ville ha vært å ha tid til mer tilsyn.

Skulle gjerne hatt presisert hva som er forventningen til kontrollkommisjonene ved tilsyn av DPSene.

Tilsynskravene på avdeling er noe dårlig definert og krever i vårt tilfelle svært mye jobb. I realiteten er det akuttavdelingen som trenger kontinuerlig løpende tilsyn.

Vi opplever svake begrunnelser fra vedtaksansvarlige som den største utfordringen i forhold til å sikre rett bruk av tvang. Vi opplever ikke sjeldent at de fagansvarlige ikke i tilstrekkelig grad behersker det norske språket, hverken muntlig eller skriftlig.

Kontrollkommisjonslederne har også svart på hva som er de sterke og svake sidene ved dagens ordning for kontroll- og klagesaksbehandling vedrørende psykisk helsevernlov og som kontroll- og overprøvingsorganer. Kontrollkommisjonslederne mener det er flere *sterke sider* ved dagens ordning. Tverrfaglig kompetanse blir trukket frem som en styrke. Kontrollkommisjonenes faglige sammensetning blir vurdert som en styrke. Uavhengighet blir også vurdert som en styrke. Kommisjonene blir vurdert å ha nærhet til institusjonene og pasientene, samtidig som det er uavhengig. Saksbehandlingen blir trukket frem som rask. Flere peker på at kontrollkommisjonene er fleksible organisasjoner som lett kan tilpasse seg endringer.

Når det gjelder *svake sider* ved dagens ordning for kontroll- og klagesaksbehandling og kontrollkommisjonene som kontroll- og overprøvingsorganer, er det først og fremst manglende på felles administrative verktøy og systemer som blir trukket frem. Manglende administrativ standardisering er en klar svakhet. Det er en risiko for at praksis kan bli for avhengig av den enkelte kontrollkommisjonsleder. Stor arbeidsmengde og mye dokumenter som må gjennomgås kan også være en svak side.

At det er et lokalt organ er både en styrke og en svakhet. Styrke ved at vi har god oversikt over så vel sykehus, primærhelsetjeneste, miljø/ nettverk etc til pasient. Det er enkelt for oss å få kontakt og avklart spørsmål i ulike fora raskt, og vi får nok et meget godt samlet inntrykk av samlete rammer rundt pasient. Det er selvfølgelig også en utfordring at vi er lokale, det er små samfunn og kan ikke unngå å møte øvrige aktører i ulike sammenhenger. Det er vel en svakhet at det kan bli unødige forskjeller i de ulike kontrollkommisjoner fordi vi er lokale.

Dagens ordning er en fleksibel og billig ordning. Kommisjonens sammensetning sikrer god representasjon, tverrfaglighet og kompetanse. Kommisjonen er "tett på" institusjonen og pasientene. Ordningen er likevel sårbar fordi det ikke finnes noen klar organisasjonsmessig overbygning tilpasset dette formål. Dette åpner for ulik praksis mht de materielle spørsmål og i forhold til saksbehandling etc, hvilket er meget ubehagelig, og kan føre til at tilliten til ordningen, sett under ett, svekkes. Disse utfordringer antas i noen grad å kunne motvirkes med økt fokus på felles administrative tiltak, herunder veiledere, standardiserte vedtaksmaler, brevmalen m.m. Videre er opplæring/ kompetansutvikling og erfaringsutveksling påkrevd, herunder i form av fellessamlinger m.m. både for kommisjonsledere og øvrige medlemmer/ vara. Videre bør det vurderes å etableres (sentraliserte) kvalitetsikringsystemer som gjør det mulig å gripe inn raskt med rettleiding m.v., dersom dette eventuelt skulle vise seg nødvendig. Utarbeidelse av felles etiske regler for kontrollkommisjonsmedlemmene kan også være et adekvat tiltak.

De sterke sidene er utvilsomt at dette er et lavterskel-tilbud. Positivt er muligheten til å møte en eller flere kommisjonsmedlemmer på forhånd, at personalet er kjent med hvordan kommisjonen fungerer, og at man kan få gjennomført klagesaken i nøytralt rom på institusjonen. Jeg tror mange pasienter ville vegret seg for å klage hvis man møtte et mer formelt regime, slik jeg oppfatter Fylkesnemd og domstol å være. Hyppig møtevirksomhet og gjennomgang av alle innleggelser sikrer også at KK-leder har relativt god oversikt over pasienter med aktuelle problemstillinger for

KK. De svake sider er bla. at man har forskjellig fungerende KK fra institusjon til institusjon, ikke saksbehandlingssystem og liten kjennskap til hvordan andre KK løser saksbehandlingen. Felles fagforum for 5-6 KK, med regelmessige møter mellom KK-ledere og en gang i blant hele kommisjoner ville vært nyttig. KK-konferansen gir god informasjon om nyttige tema, men er mest å regne som undervisning, ikke som faglig forum.

De sterke side er at vi er et tverfaglig kollegium, har høyt engasjement og at vi har kontinuitet i arbeid.

Den sterke siden er at kommisjonen er fri og selvstendig. Den svake siden er at kommisjonene ikke har et administrativt dataverktøy.

Den sterke siden er at vi er i institusjonene, så terskelen for å benytte klageadgangen er lav og det er en hurtig behandling hvor pasienten kan få prøvd klagen i løpet av en uke eller to. I følge rapportering på KK konferanser varierer praksis i de ulike kommisjonene, og det er en ulempe.

Des sterke sidene er at et uavhengig organ etterprøver psykiatriens vurderinger av lovbestemte vilkår og generelt rettssikkerhetskravene ved bruk av tvang

Det er mye dokumenter å gjennomgå. Det kan til tider være krevende å trekke ut alt av relevans. Det er også utfordrende å forberede saker tilfredsstillende når det kun er møter hver 14 dag og man er avhengig av å sende dokumenter PR post

En kunne kanskje hatt en hjemmel for å utsette klagebehandlingen for personer som er svært psykotiske - evt. klarlagt i regelverket at disse pasientene ikke fremstilles for kommisjonen i forbindelse med klage

Fordelen er nærhet til institusjonen, rask saksforberedelse og det at det fattes vedtak med en gang - i forlengelsen av møtet. Kommisjonen er liten og fleksibel og lett å tilpasse endringene som hele tiden skjer.

Kontrollkommisjonenes sammensetning av personer med forskjellig bakgrunn, profesjoner og fagkunnskap er en fordel da man ser sakene fra ulike sider og unngår en rigid saksbehandling. Det er også en fordel at sakene kan behandles raskt og fortløpende uten at det oppstår unødige kø i systemet. Den svake siden er at det til dels er ulik praksis ved de forskjellige kommisjonene som kan være ubelig for rettssikkerheten til pasientene.

Nærhet til pasientane og kjennskap til institusjonane er eit pluss. Rettssikkerheita til pasientane er betre enn om eit organ i den næraste større byen skulle ha behandla sakene. Klagesakene blir behandla på institusjonen.

Positivt er rask behandling og god tilgang til klageinstansen, samt at klageinstansen har god kjennskap til lovverket og institusjonens behandlingstilbud og gjennomføringen av dette. Negativt er at pasienter møter igjen samme kommisjonsmedlemmer ved gjentatte klager / saker over en kort perio-de, og lett kan få opplevelsen av at KK er "for" eller "mot" dem. Det kan også

være vanskelig å komme til bunns i rene bevissspørsmål og hva som har skjedd forut for og under innleggelse.

Sterke: Komplisert saker med mange skjebner og sterke fagmiljøer krever at KK har lang og god erfaring for å gjøre en god jobb. Dette medfører en medholdsprosent på ca 15%.I Danmark hvor alle klager gikk for tingretten som førsteinstans var det en medholdsprosent på 2%.

Den sterke siden er at KK jevnlig er i avdelingene og avdekker for eksempel, at en pasient er skjermet uten vedtak. Nærheten til institusjonen betyr også at pasienten får besøk av KK når de ligger i belter, er skjermet eller har fått inndratt telefon. KK

Det er bra at vi er lokalt plassert og difor lette å få kontakt med. Det er ei styrke at kontrollkommisjonen er breitt samansett. Men dette er også ei utfordring, fordi det krevst intensiv opplæring av medlemmene før kommisjonen kan fungere etter føresetnadene.

Igen er det nærhet og kjennskap til institusjonen. Samtidig som man i kommisjonen må være bevisst den avstand som skal foreligge. F.eks. ikke spise lunsj sammen med personalet.

Juridisk og medisinsk kompetanse er med å avgjør klagen + innslag av alminnelig skjønn

Kontrollkommisjonen ville kunne fungere veldig greit med en styrking av ADM rammer og ressurser. Faren i dag er at det blir opp til hver enkelt leder hva en gjør. 1-2 mer eller mindre fulle stillinger egentlig tilstrekkelig.

Nærhet og lokalkjennskap er eit pluss. Eit minus kan vera at praksisar set seg, og at det kan bli vanskeleg å avsløre skjult trang.

Sterk side er kommisjonens sammensetning. Dette er avhengig av godt internt samarbeid (også sosialt) i kommisjonen. Svak side kan være tidspress, og at det er mange oppgaver ved hvert tilsyn, dvs lange dager.

Sterke: gjenvlig tilsyn , innsikt og erfaring. Det at vi også fatter vedtak gjør at vi blir hørt på og tatt på alvor.

Ulempen er at vi kommer inn i vervene uten erfaring og særlig kunnskap innen psykiatrien. Det tar tid å lære oss opp slik at vi kan fungere godt og ta gode avgjørelser. Jeg tror det er sunt å ha et eksternt organ med fleksibilitet, interesse for fagfeltet og myndighet til å treffe vedtak, som gjennom sitt arbeid kontrollerer institusjonens arbeid fra utsiden.

Kontrollkommisjonslederne har også gitt noen innspill til forbedringer vedrørende dagens ordning.

Den tydeligste tilbakemeldingen er å utforme en felles plattformløsning for administrative systemer med journaler, møtebøker, vedtaksmaler m.m. En slik løsning bør også kunne brukes for statistikk-rapportering til Helsedirektoratet. Videre er det innspill om mer opplæring og fokus på kompetanse:

Databasert plattformløsning for administrative systemer med journaler, møtebøker, vedtaksmaler m.m. Systemet kan og benyttes til å hente statistikkdata direkte for Helsedirektoratet.

Det burde utarbeides et bedre administrativt apparat rundt kontrollkomisjonene, og legges mer arbeid i å klargjøre hvilke enheter innen psykiatrien det skal være krav om KK'er, slik at det ikke er tvil om og i tilfelle hvor grundig KK-arbeidet skal være vis an vis den enkelte institusjon

Det må utvikles et felles system for kontrollkomisjonene som sikrer lik behandling og som i større grad ivaretar rettsikkerheten for pasientene. Det bør være et obligatorisk opplærings-system for kontrollkomisjonens medlemmer.

Fortsett som før. vi har en meget god tilsynsordning. Etter min oppfatning bedre enn i Danmark og i Sverige, som jeg har besøkt.

Gjør ikke lovene mer kompliserte. Er betydelig rom for forenklinger. Er gode rundskriv/ retningslinjer fra helsedir forresten

Jeg mener at ordningen bør fortsette slik den er i dag.

Kommisjonen er avhengig av godt samarbeid med sykehusets administrasjon. Kommisjonen burde kanskje hatt mer administrative resurser innad i sykehuset.

Kurs, opplæring og møter mellom Helsedirektoratet og ledere ved lovendringer, som nå i våres, er en praksis som vil være med å sikre kvaliteten og likebehandling. Kurs og felles opplæring av lederne vil styrke kommisjonene.

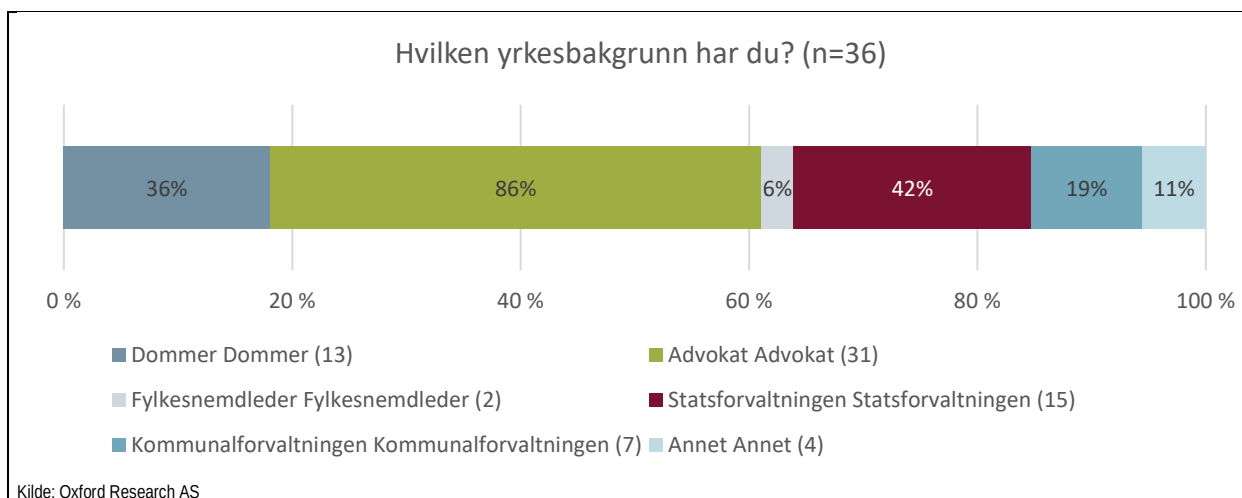
Obligatoriske kurs for nye medlemmer/ OG VARA. Vara bør delta i et minimum møter årlig, ved oppstart som ny vara et minimum antall møter som observatør. Vi har i vårt fylke hatt svært god dialog med fylkeslegen, til god nytte. Vi har også tett dialog den andre kontrollkommisjonen i fylket vårt, og det arrangeres regelmessig møter med den andre kommisjonen og fylkesmannen for å søke å sikre lik praksis hos de to kommisjonene her i hvert fall.

Saksbehandlingssystem og fagforum

Dagens manuelle protokollsystem på sykehuset og at kommisjonen ikke har tilgang i DIPS, vanskeliggjør i særdeleshet en effektiv og god velferdskontroll

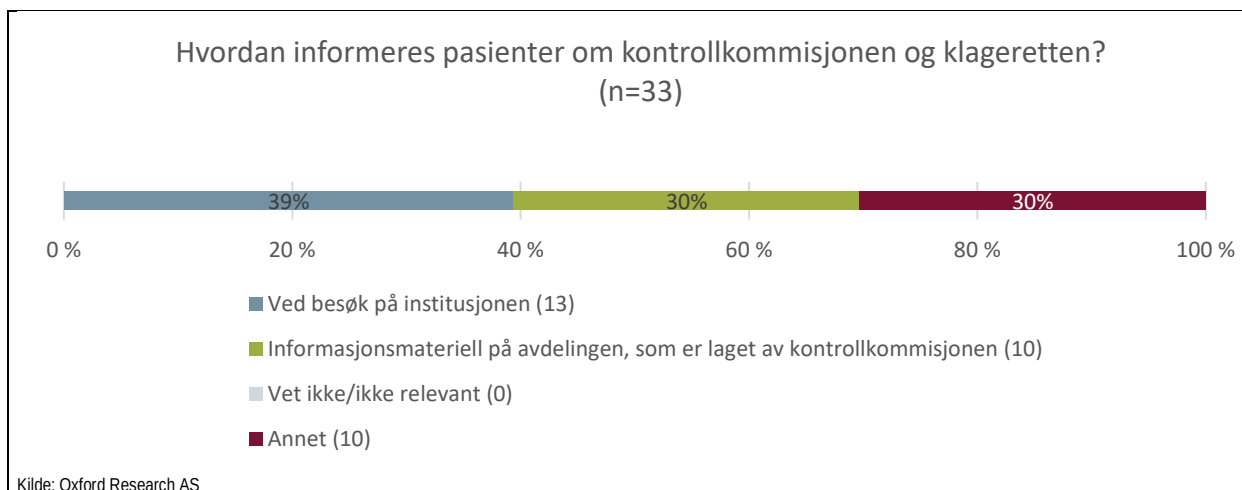
8.2 Resultater

Figur 75: Yrkesbakgrunn



På spørsmålet om yrkesbakgrunn, var det mulig å sette flere kryss. Vi ser at 86 % har bakgrunn som advokat (31), mens 36 % (13) av de som har svart har erfaring som dommer. 42 % (15) kontrollkommisjonsledere har erfaring fra statsforvaltningen og 19 % (7) fra kommunalforvaltningen.

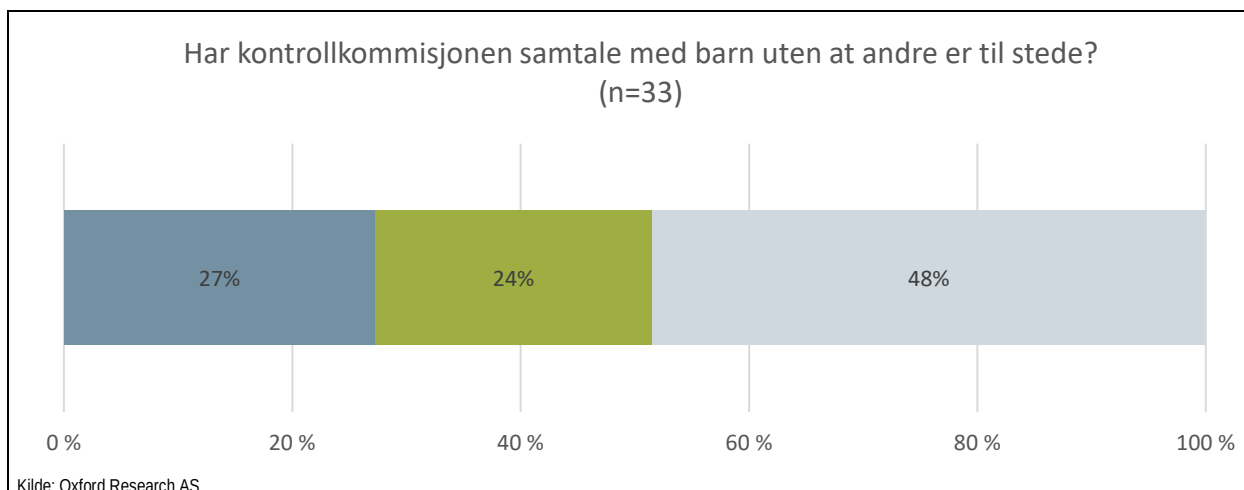
Figur 76: Hvordan informeres pasienter om kontrollkommisjonen og klageretten?



Vi ser at 39 % svarer at pasienter informeres om kontrollkommisjonen og klageretten ved besøk på institusjonen. 30 % informerer pasienten gjennom informasjonsmateriell på avdelingen, som er laget

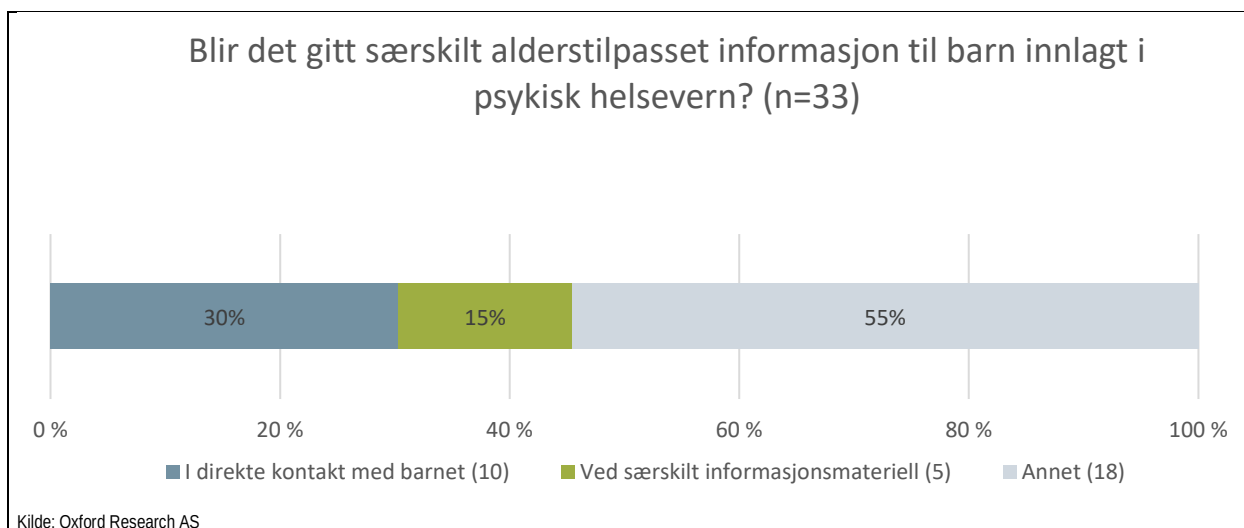
av kontrollkommisjonen. 30 % har svart at de på annen måte informerer pasientene om kontrollkommisjonen og klageretten.

Figur 77: Har kontrollkommisjonen samtale med barn uten at andre er til stede?



Det er variasjon når det gjelder om kontrollkommisjonene har samtale med barn uten at andre er tilstede. 27 % av kontrollkommisjonslederen svarer ja, mens 24 % svarer nei. Hele 48 % svarer vet ikke/ikke relevant.

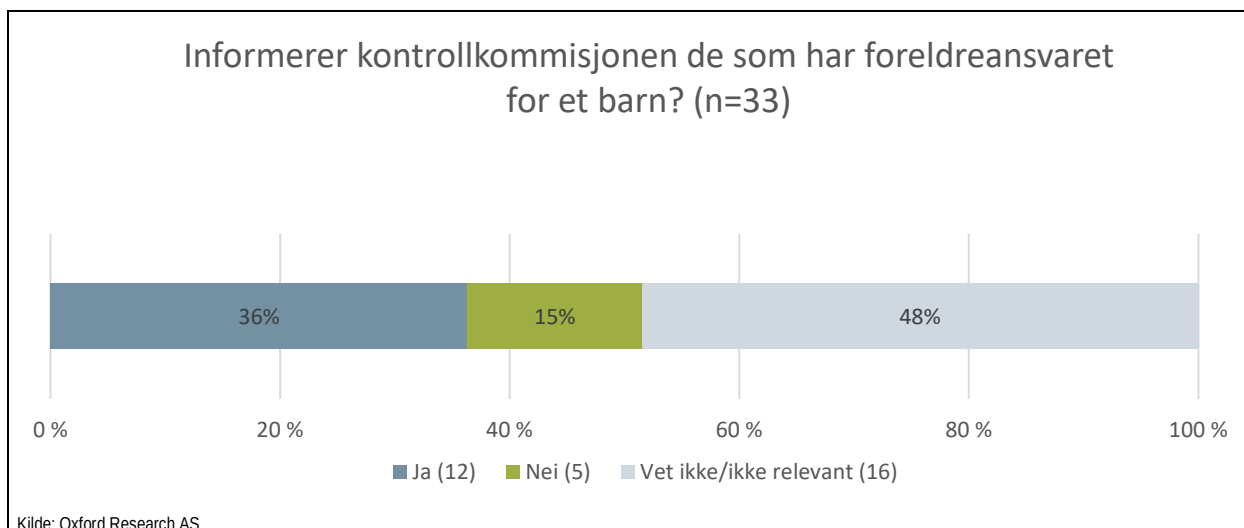
Figur 78: Blir det gitt særskilt alderstilpasset informasjon til barn innlagt i psykisk helsevern?



Når det gjelder om det blir gitt særskilt alderstilpasset informasjon til barn innlagt i psykisk helsevern, varierer praksis. 30 % av kontrollkommisjonslederne sier at det gjøres i direkte kontakt med barnet,

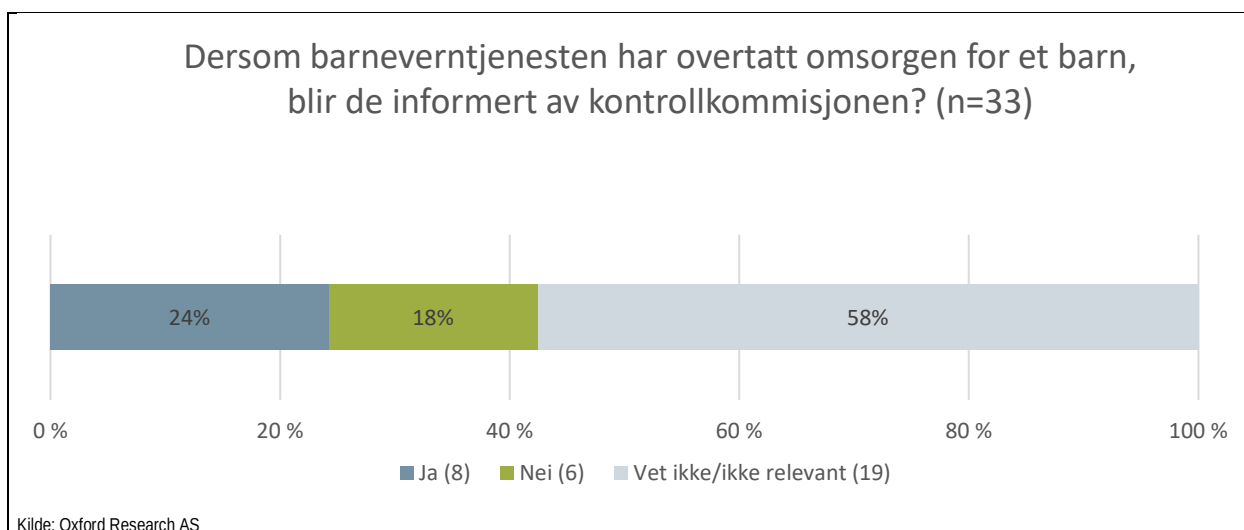
mens 15 % sier det gjøres ved særskilt informasjonsmateriell. 55 % av kontrollkommisjonslederne oppgir at de gir særskilt alderstilpasset informasjon på annen måte.

Figur 79: Informerer kontrollkommisjonen de som har foreldreansvaret for et barn?



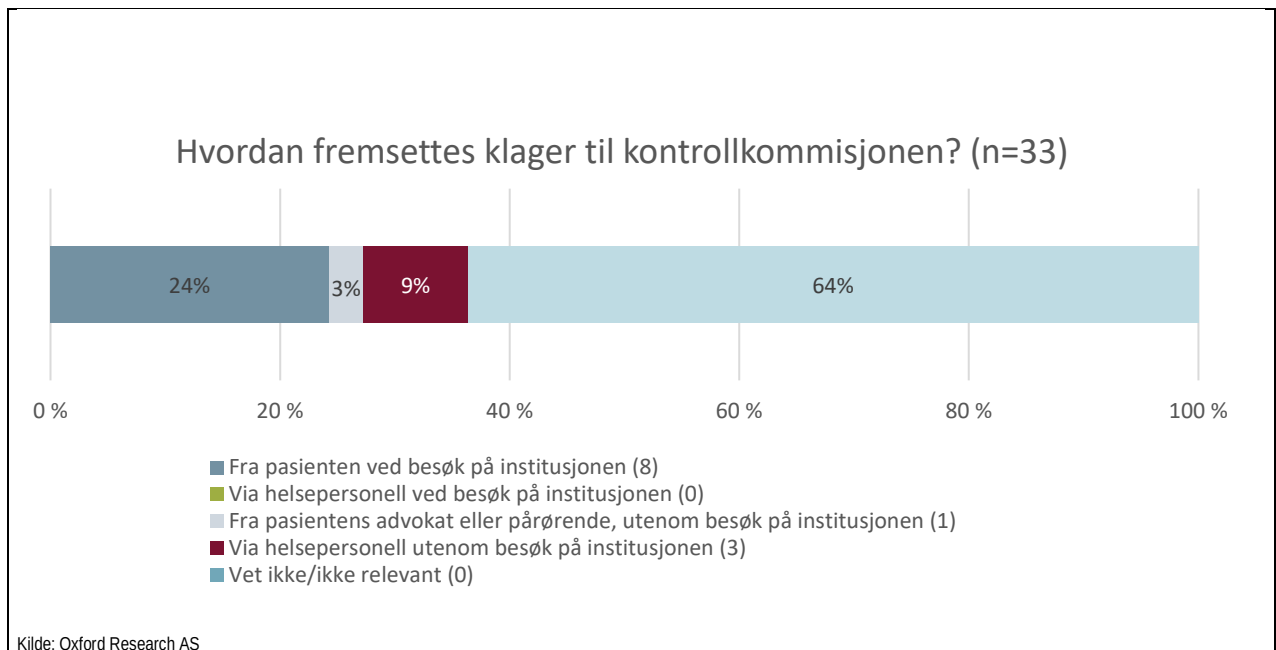
36 % av kontrollkommisjonslederne svarer at de informerer de som har foreldreansvaret for et barn, mens 15 % svarer at de ikke gjør det. Hele 48 % av kontrollkommisjonslederne svarer vet ikke/ikke relevant.

Figur 80: Dersom barneverntjenesten har overtatt omsorgen for et barn, blir de informert av kontrollkommisjonen?



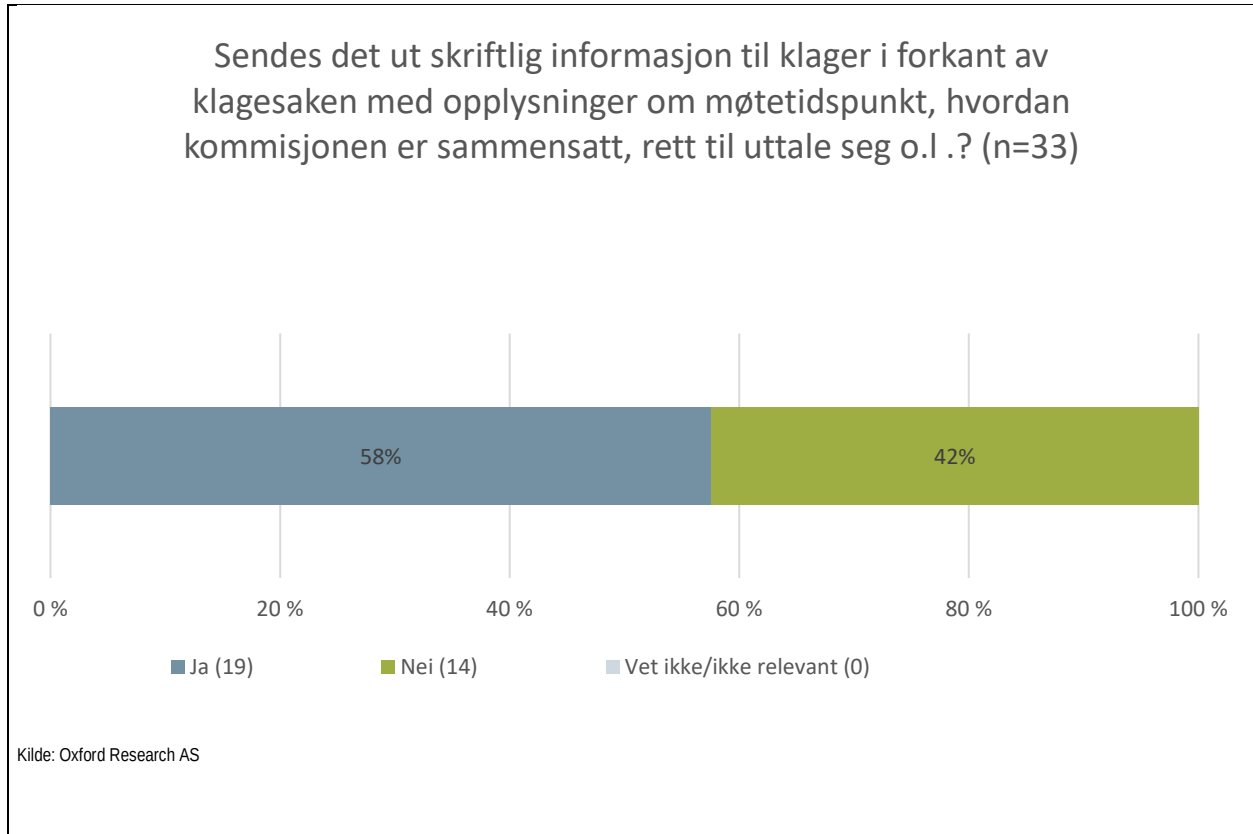
24 % av kontrollkommisjonslederne svarer at de informerer barneverntjenesten dersom de har overtatt omsorgen, mens 18 % svarer at de ikke gjør det. Hele 58 % av kontrollkommisjonslederne svarer vet ikke/ikke relevant.

Figur 81: Hvordan fremsettes klager til kontrollkommisjonen?



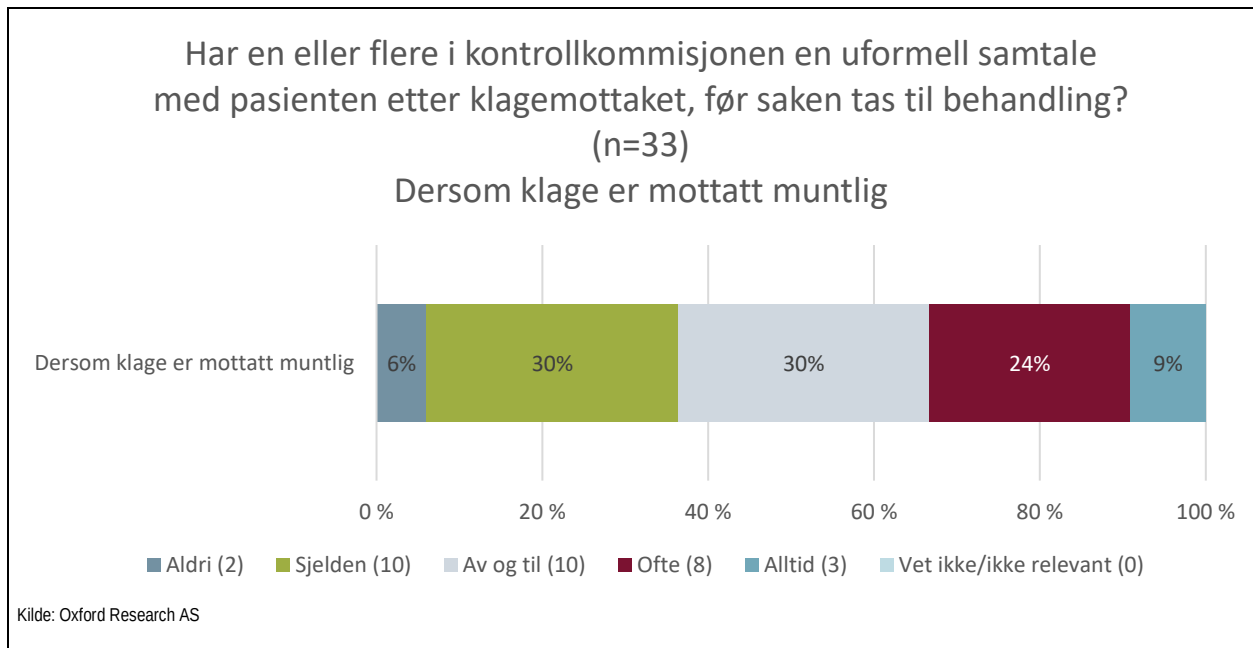
24 % av kontrollkommisjonslederne svarer at klager fremsettes ved besøk på institusjonen. 3 % svarer at klager fremsettes via helsepersonell ved besøk på institusjonen. 9 % av kontrollkommisjonslederne svarer at klager fremsettes via helsepersonell utenom besøk på institusjonen. Hele 64 % av kontrollkommisjonslederne svarer vet ikke/ikke relevant.

Figur 82: Sendes det ut skriftlig informasjon til klager i forkant av klagesaken med opplysninger om møtetidspunkt, hvordan kommisjonen er sammensatt, rett til uttale seg o.l. ?



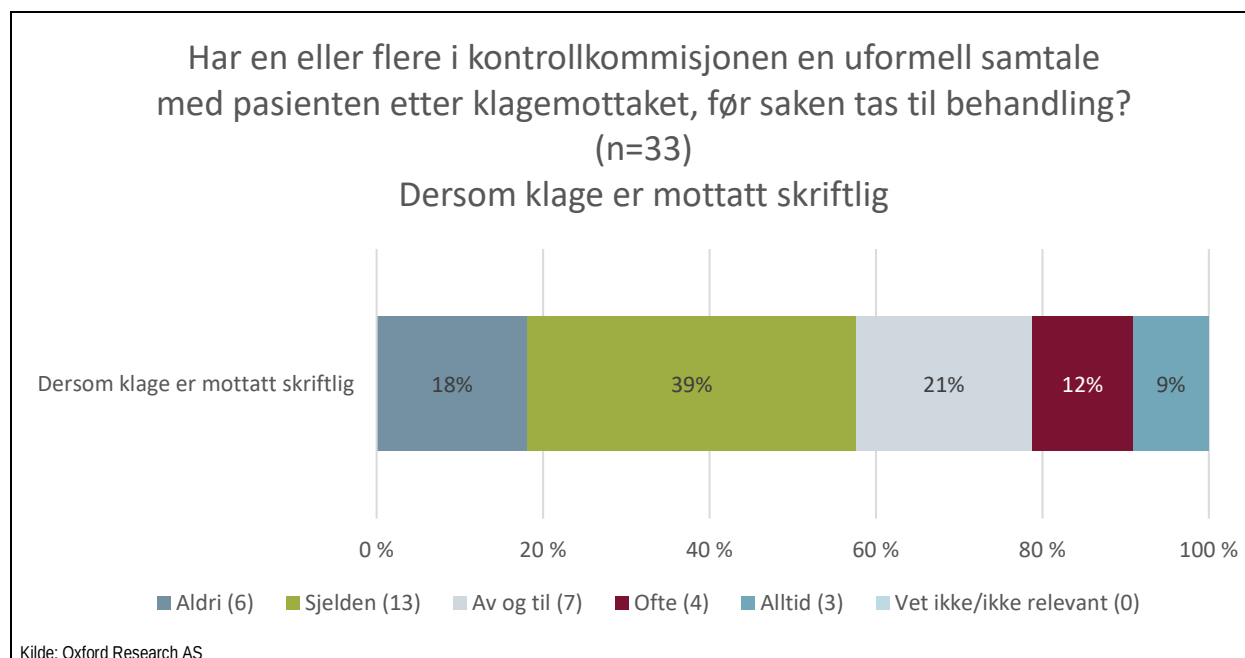
58 % av kontrollkommisjonslederne svarer at det sendes det ut skriftlig informasjon til klager i forkant av klagesaken med opplysninger om møtetidspunkt, hvordan kommisjonen er sammensatt, rett til uttale seg. 42 % av kontrollkommisjonslederne svarer at slik informasjon ikke blir sendt ut i forkant.

Figur 83: Har en eller flere i kontrollkommisjonen en uformell samtale med pasienten etter klagemottaket, før saken tas til behandling? Dersom klage er mottatt muntlig



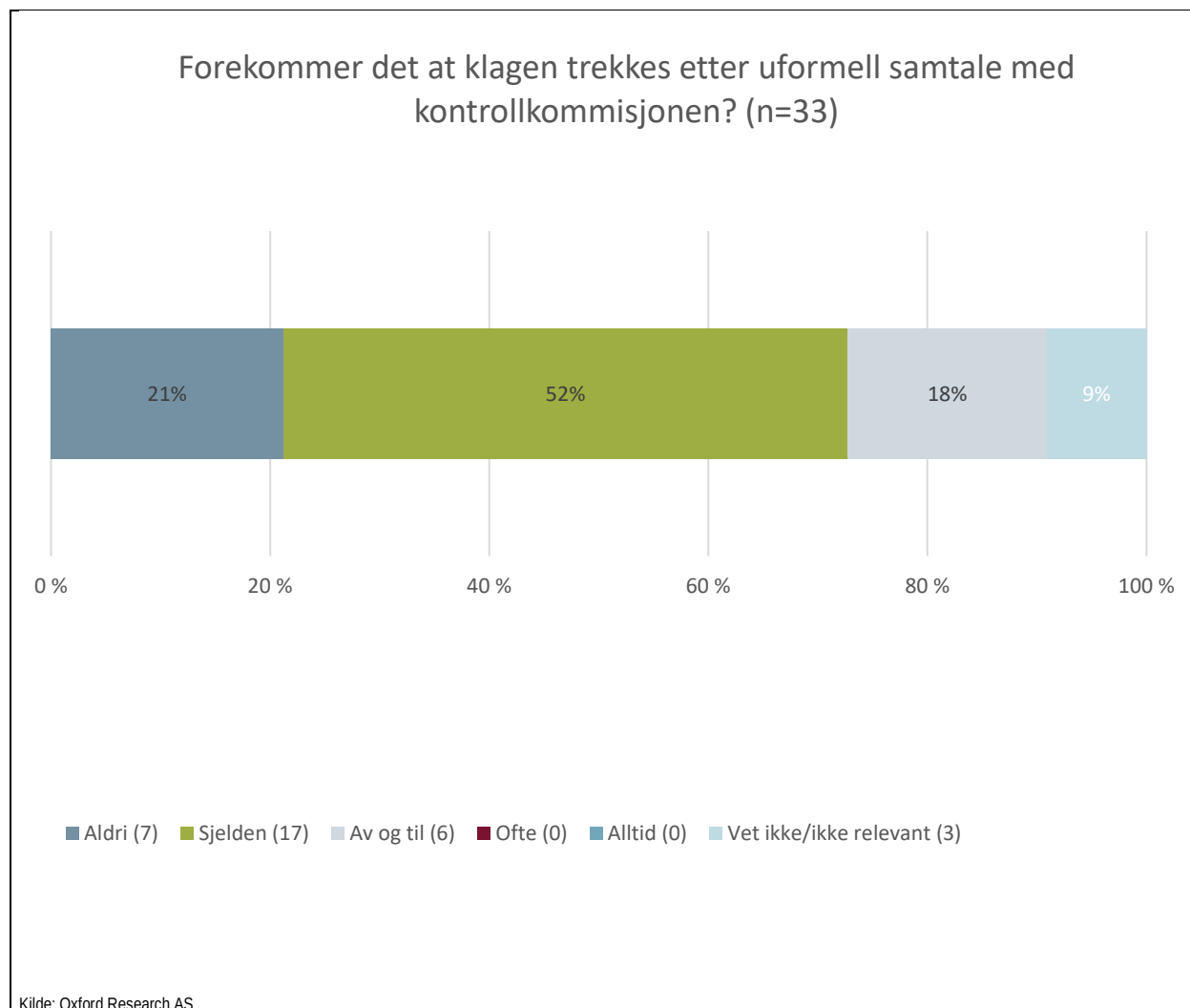
Vi finner at det er betydelig variasjon når det gjelder om kontrollkommisjonen har en uformell samtale med pasienten før saken tas til behandling (dersom klage er muntlig). 6 % av kontrollkommissjonslederne svarer aldri, mens 30 % av kontrollkommissjonslederne sier at dette sjelden. Det er videre 30 % som av og til har slik uformell samtale, mens 24 % av kontrollkommissjonslederne sier de ofte har slik uformell samtale. 9 % av kontrollkommissjonslederne har alltid slik uformell samtale.

Figur 84: Har en eller flere i kontrollkommisjonen en uformell samtale med pasienten etter klagemottaket, før saken tas til behandling? Dersom klage er mottatt skriftlig



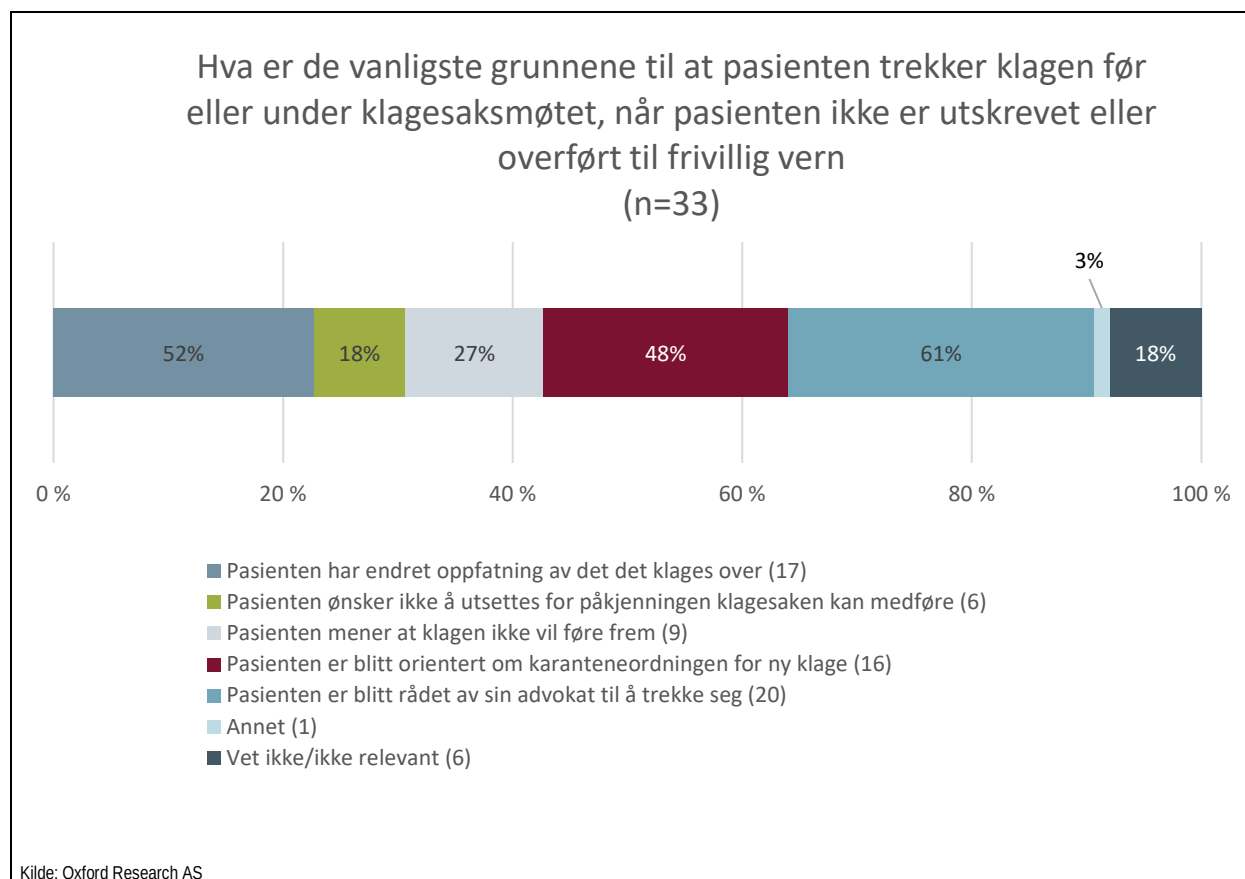
Vi finner i hovedsak det samme hovedbildet også når klagen er skriftlig, selv om det er enda flere som aldri eller sjelden har slik samtale når klagen er skriftlig. Det er betydelig variasjon når det gjelder om kontrollkommisjonen har en uformell samtale med pasienten før saken tas til behandling (dersom klage er skriftlig). 18 % av kontrollkommisjonslederne svarer aldri, mens 39 % av kontrollkommisjonslederne sier at dette sjelden. Det er videre 21 % som av og til har slik uformell samtale, mens 12 % av kontrollkommisjonslederne sier de ofte har slik uformell samtale. 9 % av kontrollkommisjonslederne har alltid slik uformell samtale.

Figur 85: Forekommer det at klagen trekkes etter uformell samtale med kontrollkommisjonen?



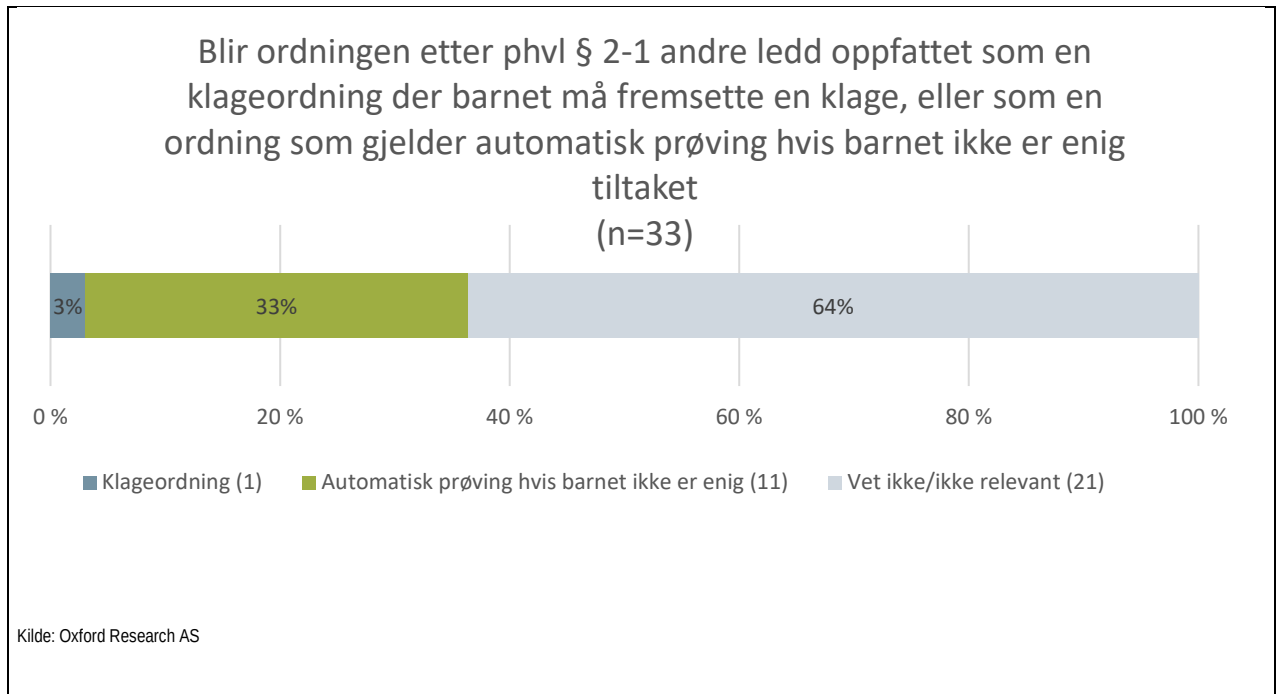
Når det gjelder spørsmålet om klagen trekkes etter uformell samtale med kontrollkommisjonen, er hovedbildet at klagen relativt sjelden trekkes etter slik samtale. 21 % av kontrollkommisjonslederne svarer at klagen aldri trekkes etter slik samtale, mens 52 % svarer at klagen sjelden trekkes etter slik samtale. 18 % sier at klagen av og til trekkes etter slik uformell samtale.

Figur 86: Hva er de vanligste grunnene til at pasienten trekker klagen før eller under klagesaksmøtet, når pasienten ikke er utskrevet eller overført til frivillig vern



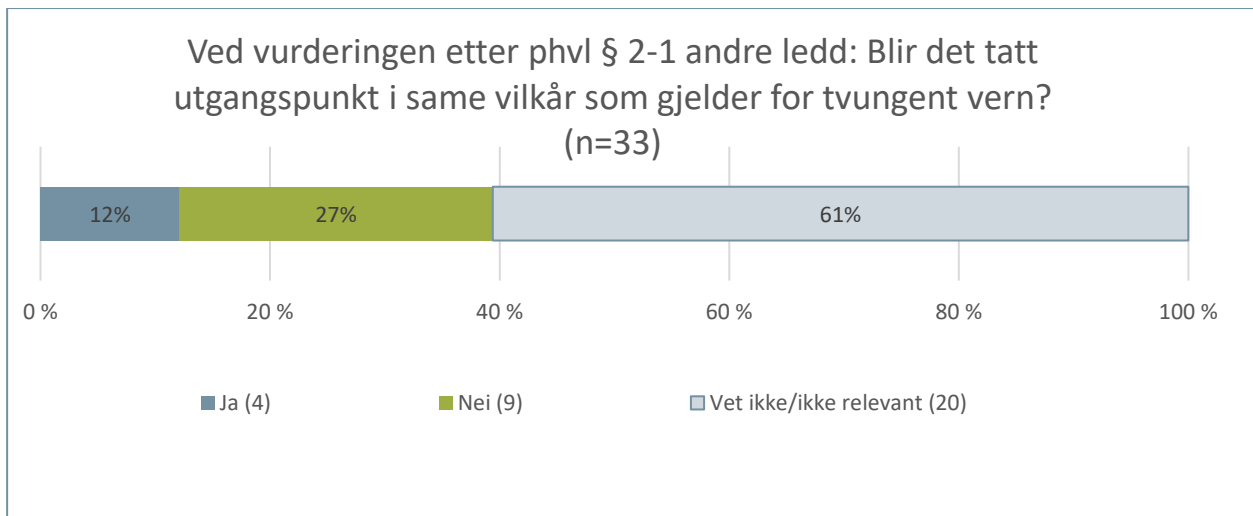
Når det gjelder hva som er de vanligste grunnene til at pasienten trekker klagen før eller under klagesaksmøtet, når pasienten ikke er utskrevet eller overført til frivillig vern, oppgis mange ulike grunner. Kontrollkommisjonslederen kunne krysse av for flere svar på dette spørsmålet. 61 % av kontrollkommisjonslederne oppgir at pasientene er blitt rådet av sine advokater til å trekke seg. 52 % av kontrollkommisjonslederne har svart at en vanlig grunn er at pasienten har endret oppfatning av det det klages på. 48 % av kontrollkommisjonslederne. «7 % av kontrollkommisjonslederne oppgir at pasienten mener at klagen ikke vil føre frem. 18 % av kontrollkommisjonslederne oppgir som grunn at pasienten ikke ønsker å utsettes for påkjenningen klagesaken kan medføre.

Figur 87: Blir ordningen etter phvl § 2-1 andre ledd oppfattet som en klage ordning der barnet må fremsette en klage, eller som en ordning som gjelder automatisk prøving hvis barnet ikke er enig i tiltaket?



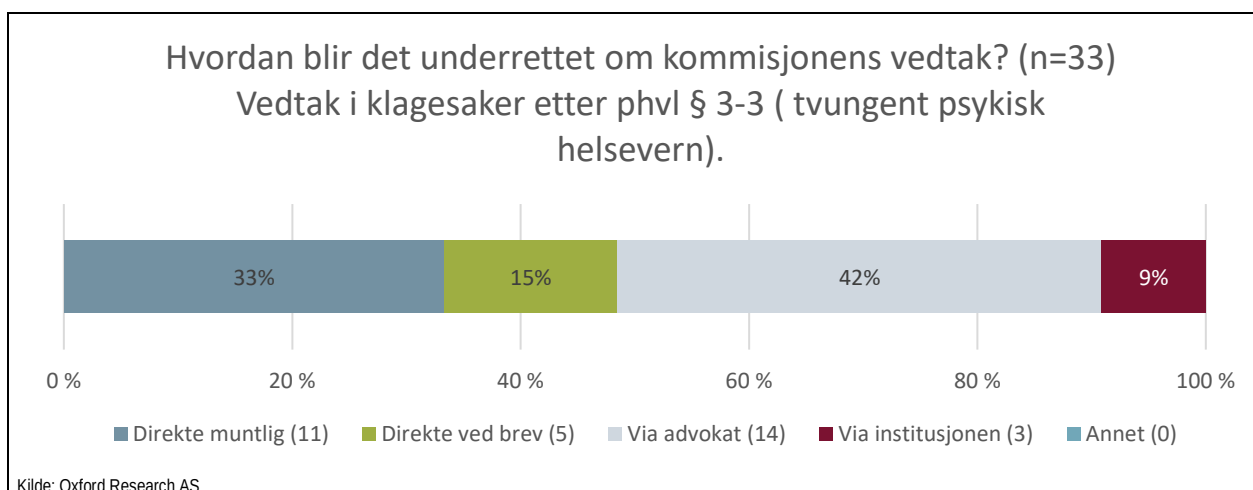
Figuren over viser at kun 3 % av kontrollkommisjonslederne oppfatter phvl § 2-1 andre ledd som en klageordning der barnet må fremsette en klage. 33 % av kontrollkommisjonslederne oppgir at de oppfatter phvl § 2-1 andre ledd som en ordning som gjelder automatisk prøving hvis barnet ikke er enig. Hele 64 % av kontrollkommisjonslederne svarer vet ikke/ikke relevant.

Figur 88: Hvordan blir det underrettet om kommisjonens vedtak? Vedtak i klagesaker etter phvl § 3-3 (tvungent psykisk helsevern).



12 % av kontrollkommisjonslederene svarer at det ved vurderingen etter § 2-1 andre ledd, blir tatt utgangspunkt i samme vilkår som gjelder for tvungent vern, 27 % av kontrollkommisjonslederene har svart at det ikke blir tatt utgangspunkt i samme vilkår som gjelder for tvungent vern. Hele 61 % av kontrollkommisjonslederene har svart vet ikke/ikke relevant.

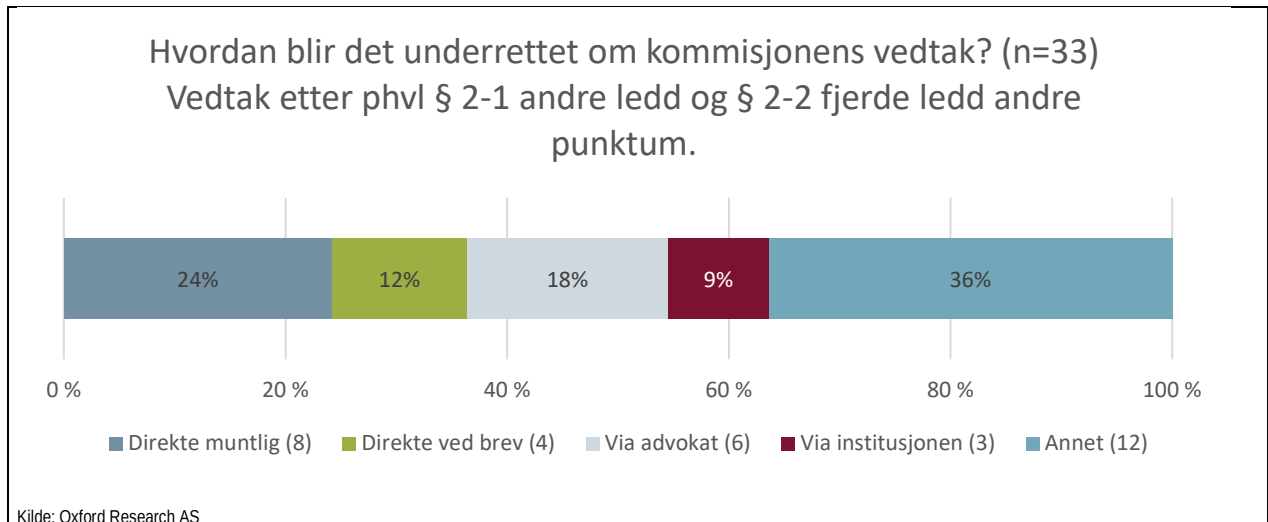
Figur 89: Hvordan blir det underrettet om kommisjonens vedtak? Vedtak i klagesaker etter phvl § 3-3 (tvungent psykisk helsevern).



33 % av kontrollkommisjonslederene underretter direkte muntlig når det gjelder vedtak i klagesaker etter phvl § 3-3 (tvungent psykisk helsevern). 15 % underretter direkte ved brev, mens 42 % underretter via advokat.

kommisjonens vedtak ved advokat. 9 % av kontrollkommisjonslederne oppgir at kommisjonens vedtak blir underrettet via institusjonen.

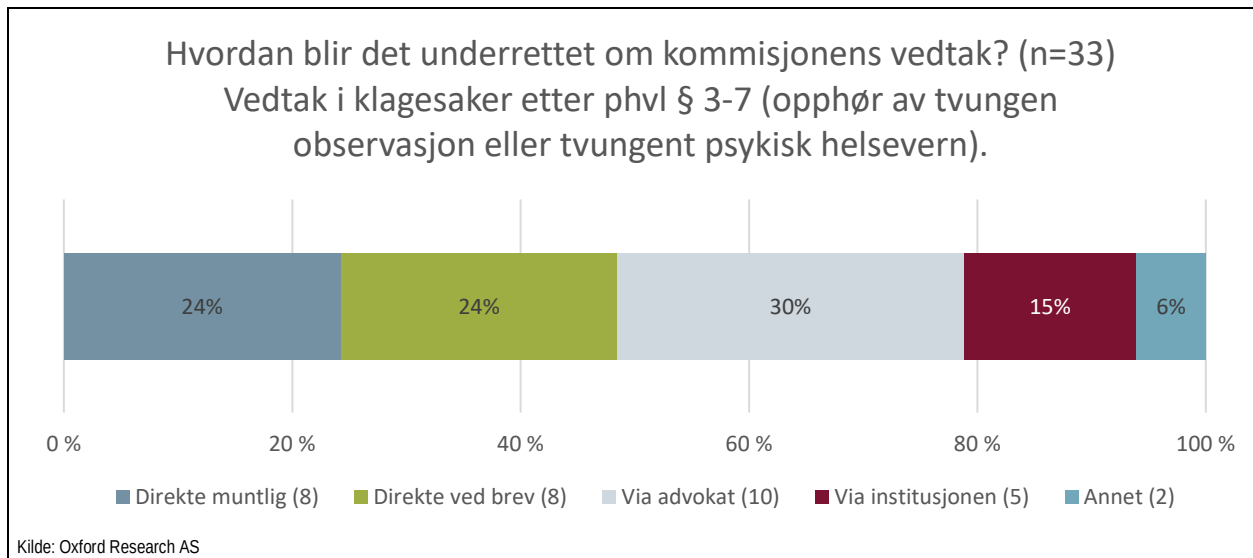
Figur 90: Hvordan blir det underrettet om kommisjonens vedtak? Vedtak etter phvl § 2-1 andre ledd og § 2-2 fjerde ledd andre punktum.



Vi ser at det er varierende praksis når det gjelder hvordan kontrollkomisjonene underretter om vedtak etter phvl § 2-1 andre ledd og § 2-2 fjerde ledd andre punktum:

- 24 % av kontrollkommisjonslederne svarer at underretningen skjer direkte muntlig
- 12 % av kontrollkommisjonslederne svarer at underretningen skjer direkte ved brev
- 18 % av kontrollkommisjonslederen svarer at underretningen skjer via advokat
- 9 % av kontrollkommisjonslederen oppgir at underretningen skjer via institusjonen
- 36 % kontrollkommisjonslederen svarer at underretningen skjer på annen måte.

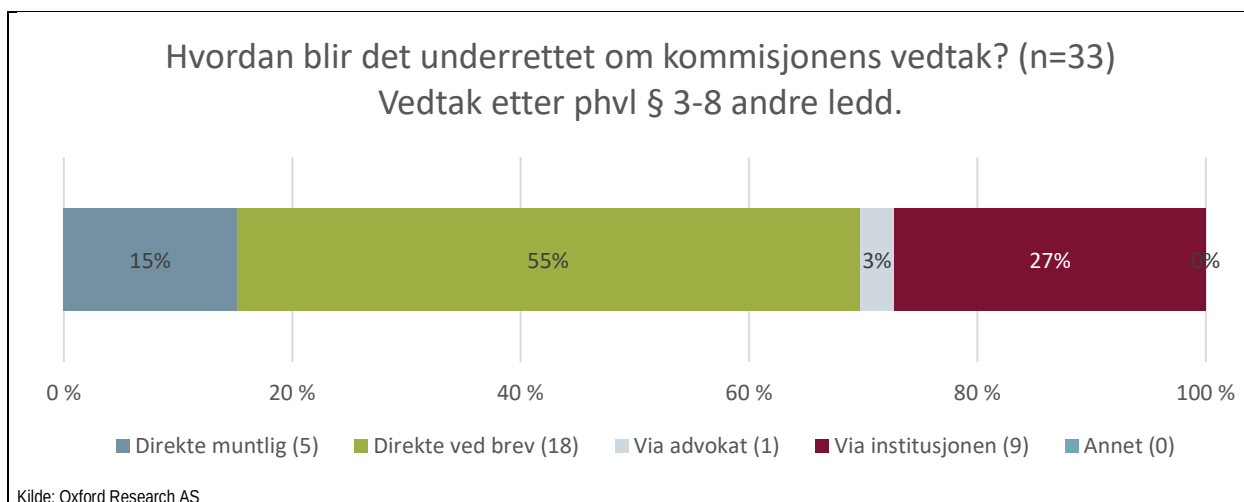
Figur 91: Hvordan blir det underrettet om kommisjonens vedtak? Vedtak i klagesaker etter phvl § 3-7 (opphør av tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern).



Vi ser at det også er varierende praksis når det gjelder hvordan kontrollkommisjonene underretter om vedtak etter Vedtak i klagesaker etter phvl § 3-7 (opphør av tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern):

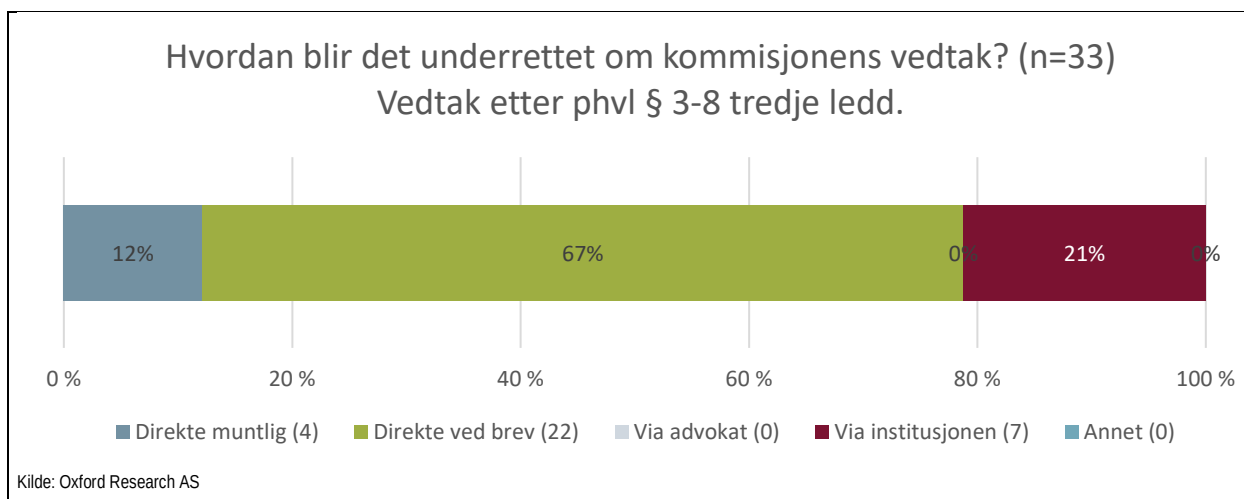
- 24 % av kontrollkommisjonslederene svarer at underretningen skjer direkte muntlig
- 24 % av kontrollkommisjonslederene svarer at underretningen skjer direkte ved brev
- 30 % av kontrollkommisjonslederen svarer at underretningen skjer via advokat
- 15 % av kontrollkommisjonslederen oppgir at underretningen skjer via institusjonen
- 6 % kontrollkommisjonslederen svarer at underretningen skjer på annen måte.

Figur 92: Hvordan blir det underrettet om kommisjonens vedtak? Vedtak etter phvl § 3-8 andre ledd.



Underretningen av vedtak etter phvl § 3-8 skjer hovedsakelig direkte ved brev (55 %) eller via institusjonen (27 %). Imidlertid er det 15 % av kontrollkommisjonslederene som svarer at underretningen blir gjort direkte muntlig. 3 % oppgir at underretningen skjer via advokat.

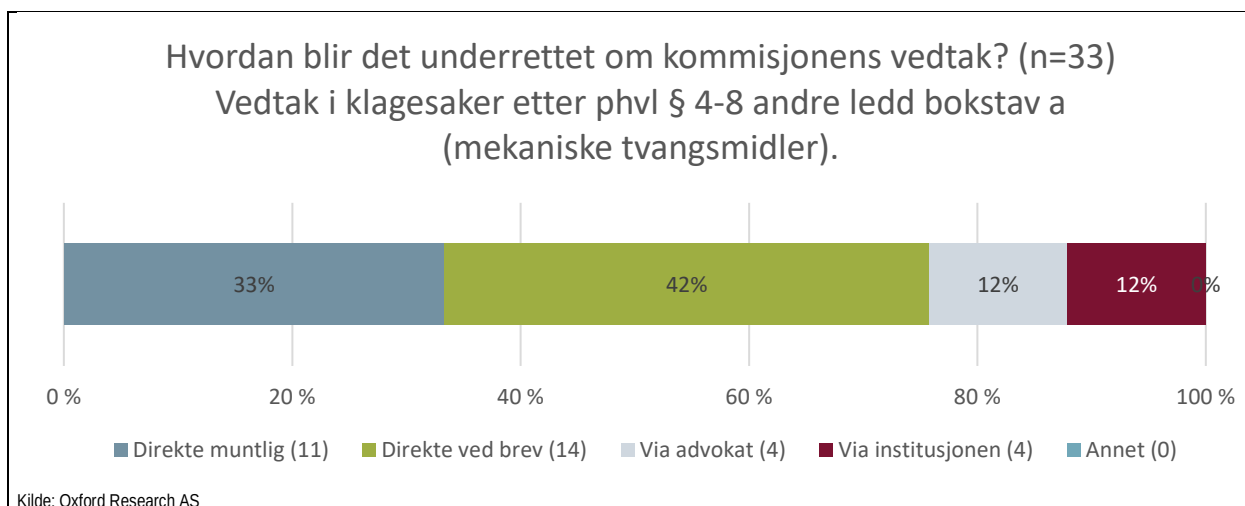
Figur 93: Hvordan blir det underrettet om kommisjonens vedtak? Vedtak etter phvl § 3-8 tredje ledd



Underretning av vedtak etter phvl § 3-8 tredje ledd skjer i stor grad på samme måte som etter phvl § 3-8 andre ledd. Underretningen av vedtak etter phvl § 3-8 tredje ledd skjer hovedsakelig direkte ved

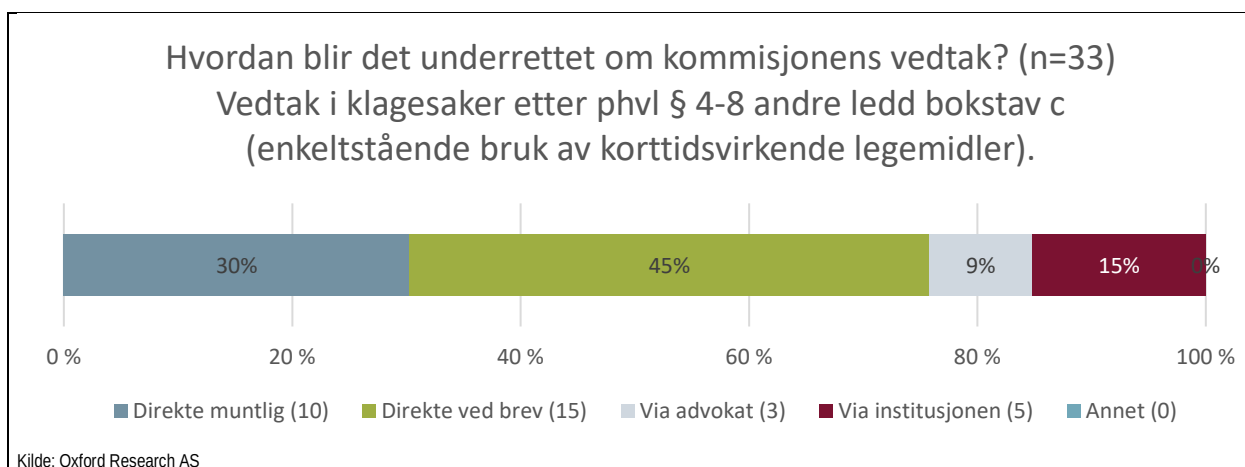
brev (67 %) eller via institusjonen (21 %). Imidlertid er det 12 % av kontrollkommisjonslederne som svarer at underretningen blir gjort direkte muntlig.

Figur 94: Hvordan blir det underrettet om kommisjonens vedtak? Vedtak i klagesaker etter phvl § 4-8 andre ledd bokstav a (mekaniske tvangsmidler).



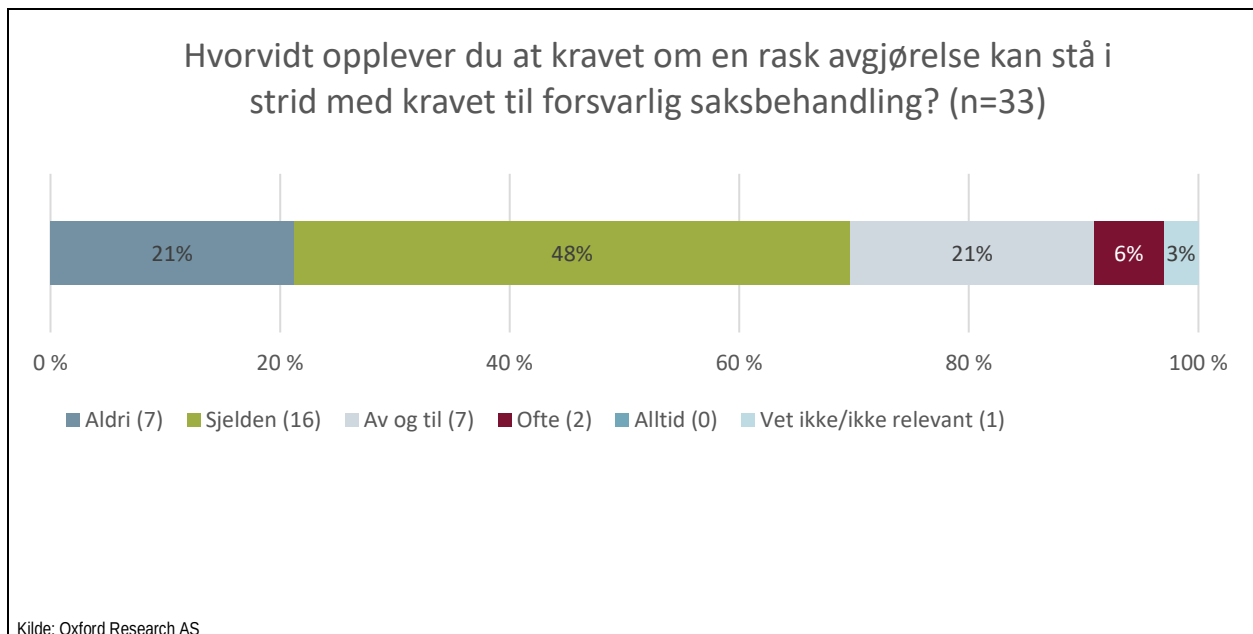
Den typiske underretningen av vedtak i saker etter § 4-8 andre ledd bokstav a) blir gjort enten direkte muntlig (33 %) eller direkte ved brev (42 %). Det er videre 12 % av kontrollkommisjonslederne som oppgir at underretningen skjer via advokat, og videre er det 12 % som svarer at underretningen blir gjort via institusjonen.

Figur 95: Hvordan blir det underrettet om kommisjonens vedtak? Vedtak i klagesaker etter phvl § 4-8 andre ledd bokstav c (enkelstående bruk av korttidsvirkende legemidler).



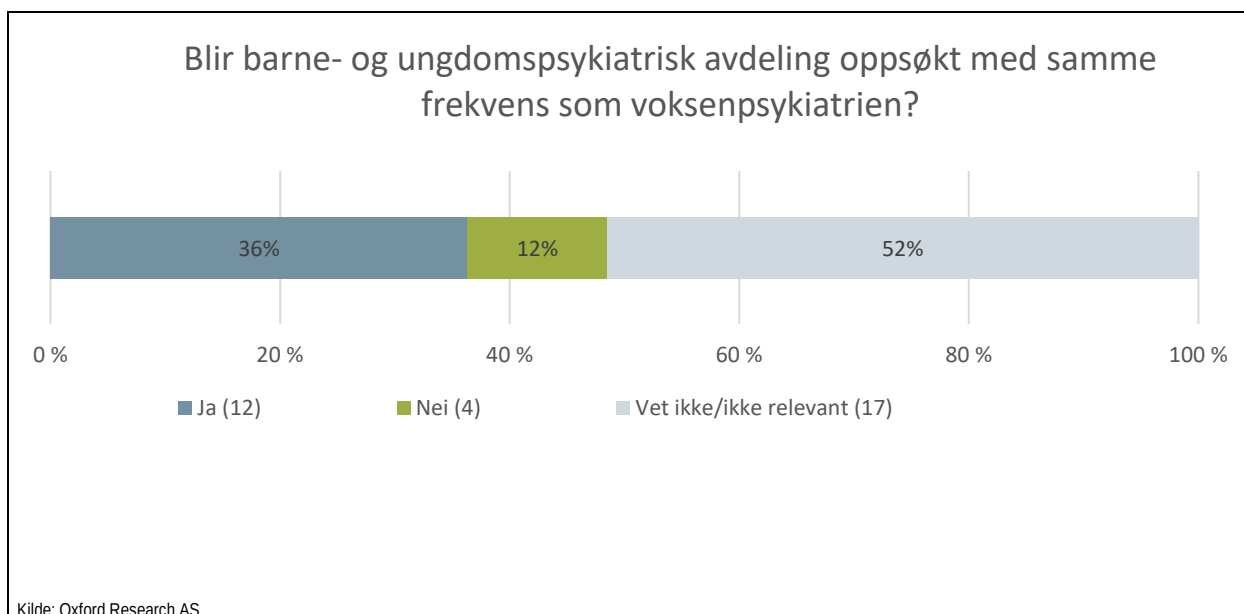
Den typiske underretningen av vedtak i saker etter § 4-8 andre ledd bokstav c) blir også gjort enten direkte muntlig (30 %) eller direkte ved brev (45 %). Det er videre 9% av kontrollkommisjonslederne som oppgir at underretningen skjer via advokat, og videre er det 15 % som svarer at underretningen blir gjort via institusjonen.

Figur 96: Hvorvidt opplever du at kravet om en rask avgjørelse kan stå i strid med kravet til forsvarlig saksbehandling?



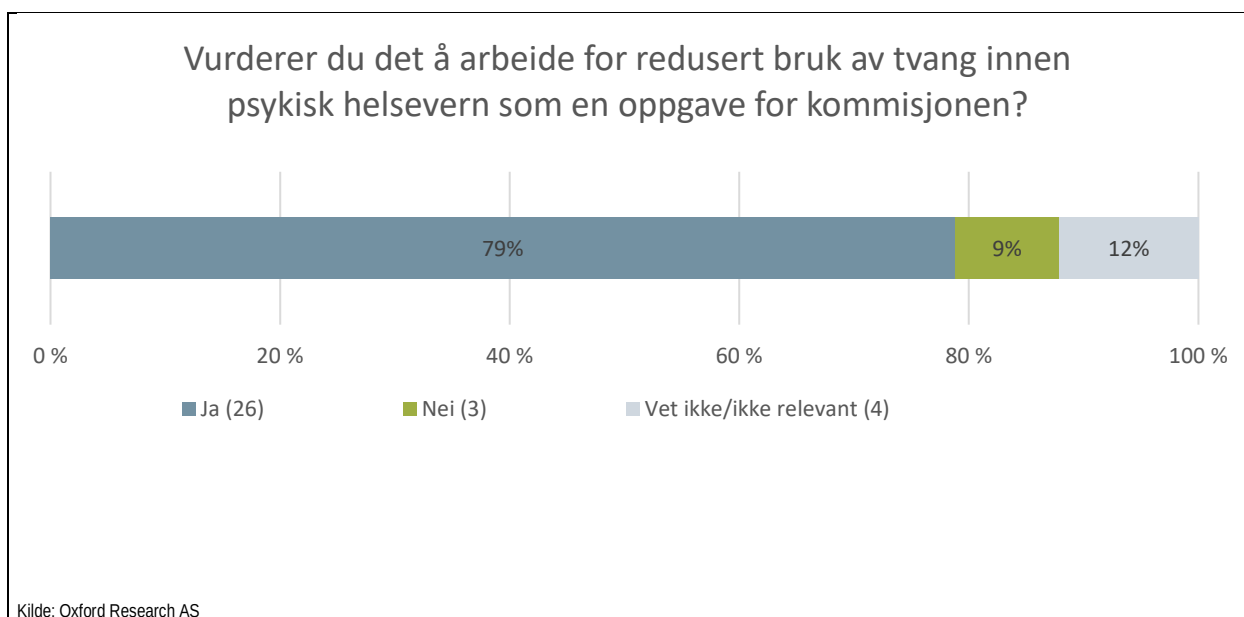
Hovedfunnet er at de kontrollkommisjonsledere sjelden (48 %) eller aldri (21 %) opplever at kravet om en rask avgjørelse kan stå i strid med kravet til forsvarlig saksbehandling. Det er 21 % av kontrollkommisjonslederen som av og til opplever konflikt mellom kravet til rask saksbehandling mot kravet til forsvarlig saksbehandling. 6 % har svart at de ofte opplever slik konflikt.

Figur 97: Blir barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling oppsøkt med samme frekvens som voksenpsykiatrien?



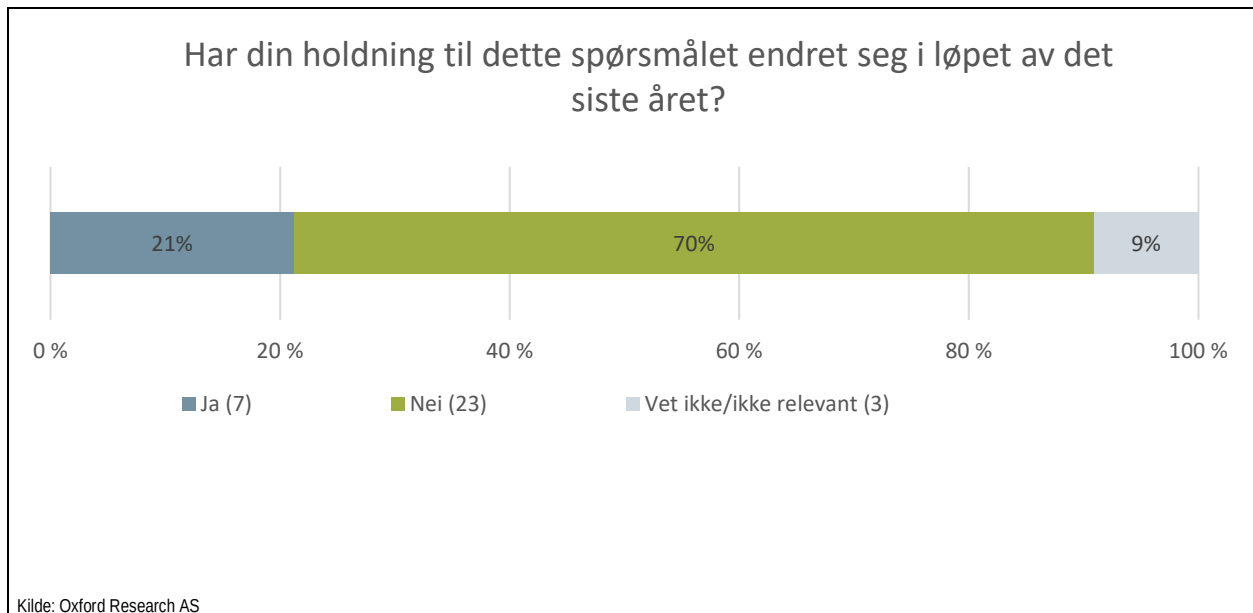
36 % av kontrollkommisjonslederne sier at barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling oppsøkt med samme frekvens som voksenpsykiatrien. 12 % svarer nei og 52 % av kontrollkommisjonslederne har svart vet ikke/ikke relevant.

Figur 98: Vurderer du det å arbeide for redusert bruk av tvang innen psykisk helsevern som en oppgave for kommisjonen?



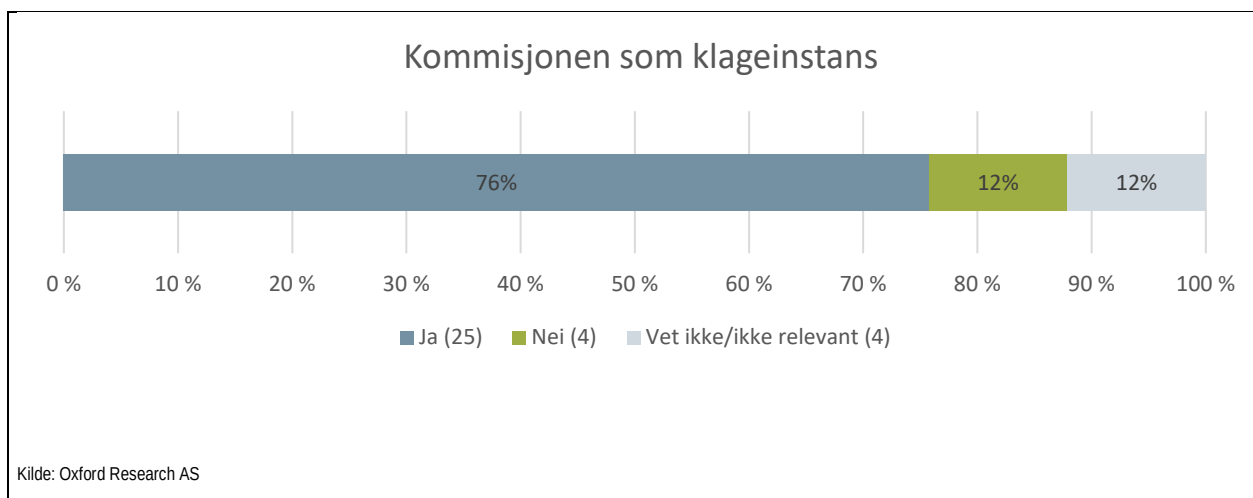
Det store flertallet (79 %) av kontrollkommisjonslederne oppfatter det som en oppgave for kommisjonen å arbeide for redusert bruk av tvang innen psykisk helsevern. 9 % har svart nei, mens 12 % har svart vet ikke/ikke relevant.

Figur 99: Har din holdning til dette spørsmålet endret seg i løpet av det siste året? (redusert bruk av tvang)



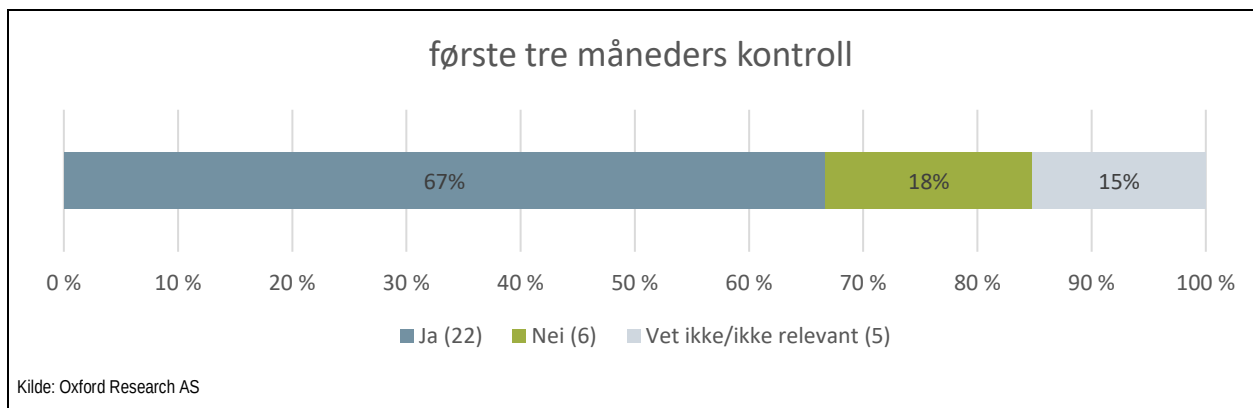
Det store flertallet (70 %) av kontrollkommisjonslederne svarer at holdningen deres er uendret det siste året. 21 % svarer at holdningen deres har blitt endret det siste året, når det gjelder om det er en oppgave for kommisjonen å arbeide for redusert bruk av tvang innen psykisk helsevern.

Figur 100: Anser du kommisjonen kompetent til å legge føringer for institusjonenes videre behandling i klagesak?



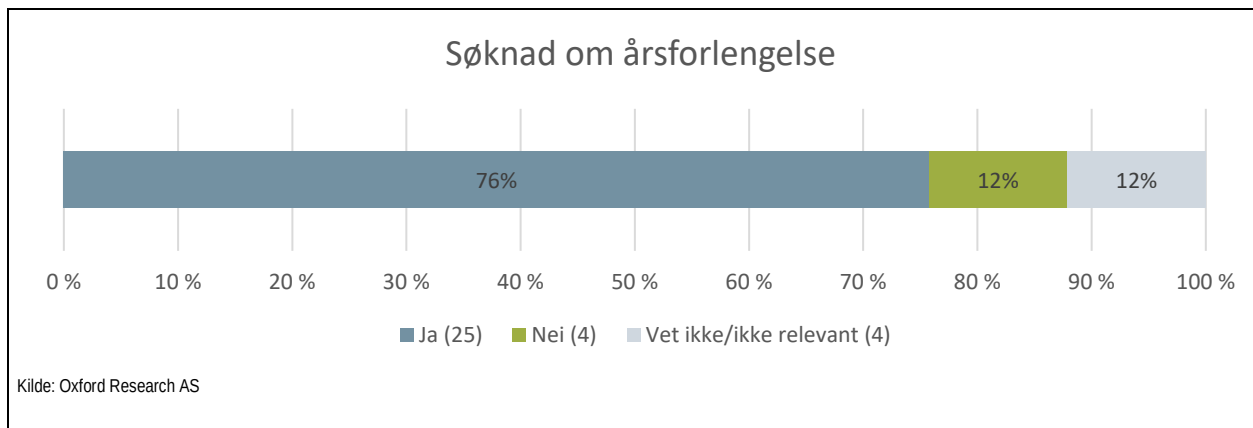
Det store flertallet (76 %) av kontrollkommisjonslederne anser kommisjonen kompetent til å legge føringer for institusjonenes videre behandling i klagesak 12 % av kontrollkommisjonslederne anser ikke kommisjonen kompetent.

Figur 101: Anser du kommisjonen kompetent til å legge føringer for institusjonenes videre behandling i første tre måneders kontroll?



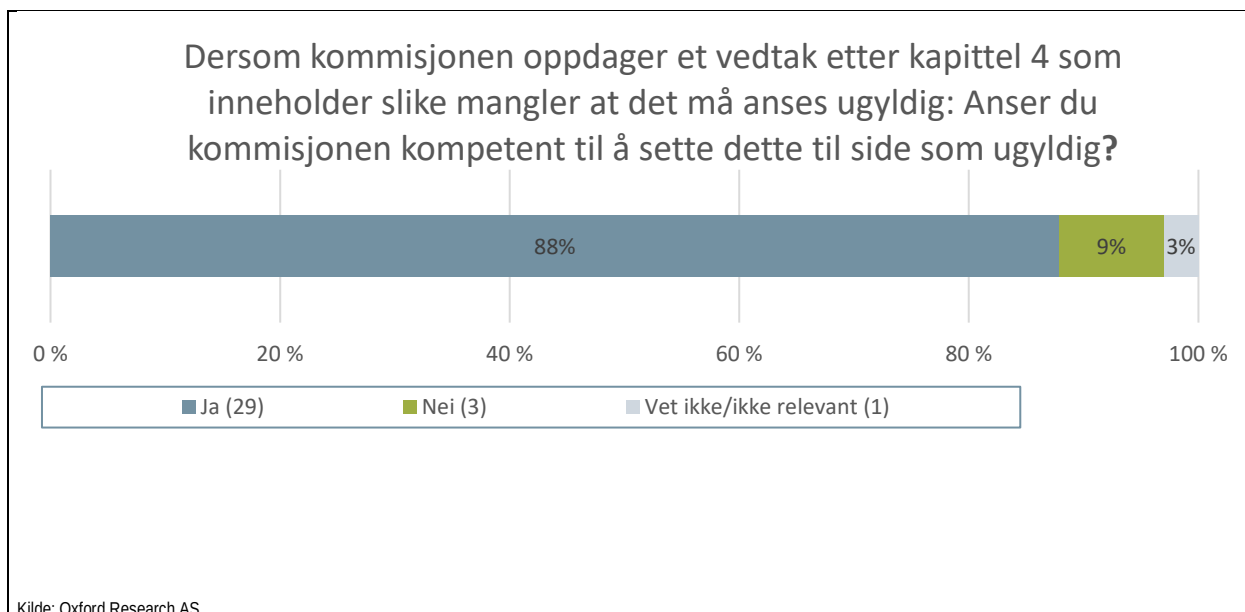
Det store flertallet (67 %) av kontrollkommisjonslederne anser kommisjonen kompetent til å legge føringer for institusjonenes videre behandling i første tre måneders kontroll. 18 % av kontrollkommisjonslederne anser ikke kommisjonen kompetent.

Figur 102: Anser du kommisjonen kompetent til å legge føringer for institusjonenes videre behandling i søknad om årsforlengelse?



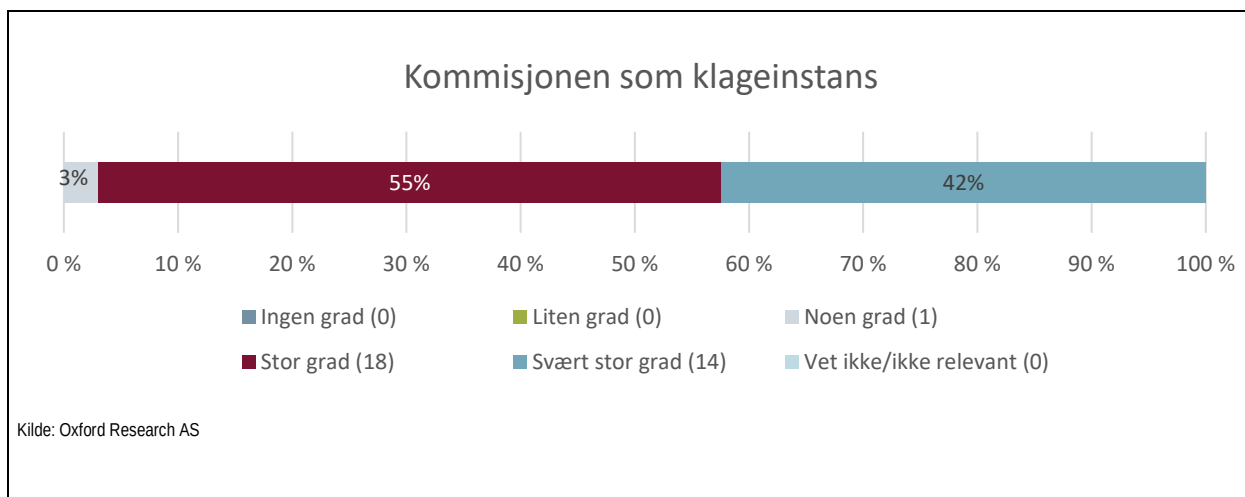
76 % av kontrollkommisjonslederne anser kommisjonen kompetent til å legge føringer for institusjonenes videre behandling i søknad om årsforlengelse. 12 % av kontrollkommisjonslederne anser ikke kommisjonen kompetent.

Figur 103: Dersom kommisjonen oppdager et vedtak etter kapittel 4 som inneholder slike mangler at det må anses ugyldig: Anser du kommisjonen kompetent til å sette dette til side som ugyldig?



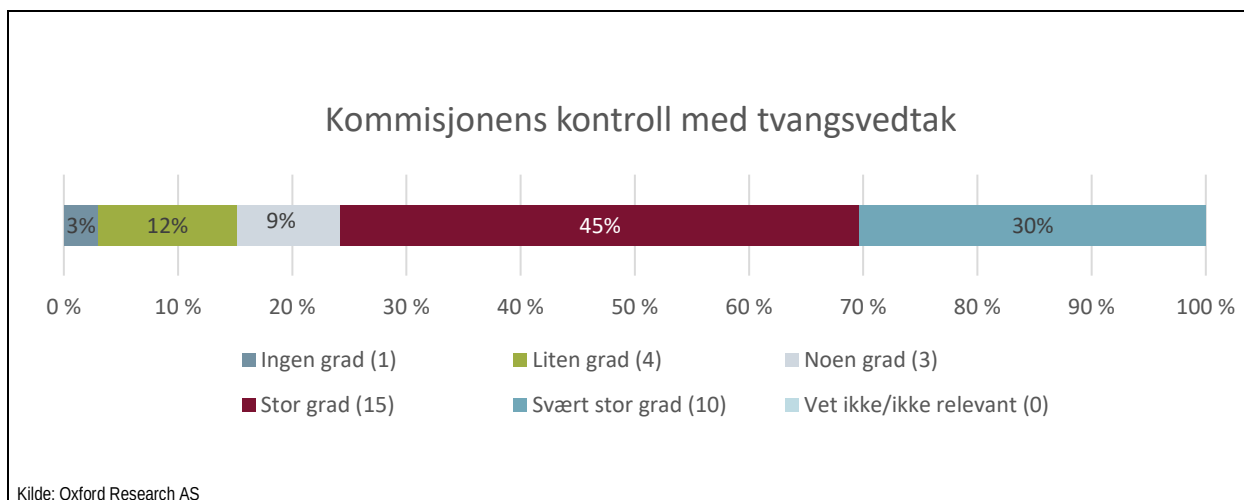
Nesten alle kontrollkommisjonslederne (88 %) mener at kommisjonen er kompetent til å sette til side et vedtak etter kapittel 4 som ugyldig, dersom dette inneholder slike mangler at det må anses ugyldig.

Figur 104: I hvilken grad opplever du at oppgavene og ansvaret til kontrollkommisjonen er klart nok definert i regelverket når det gjelder kommisjonen som klageinstans?



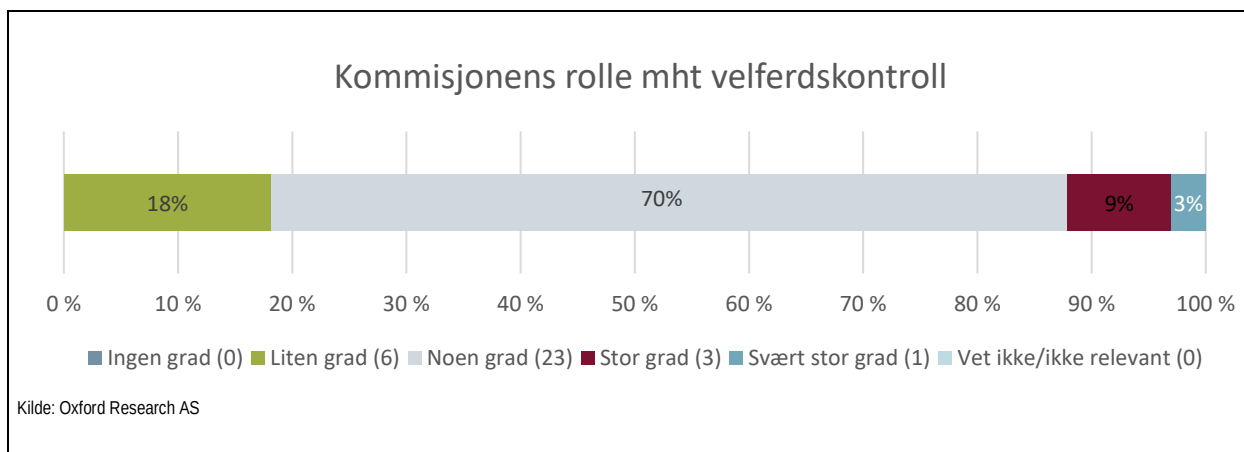
Kontrollkommisjonslederne oppfatter oppgavene og regelverket i stor grad (55 %) eller i svært stor grad (42 %) er klart nok definert når det gjelder kommisjonens rolle som klageinstans.

Figur 105: I hvilken grad opplever du at oppgavene og ansvaret til kontrollkommisjonen er klart nok definert i regelverket når det gjelder kommisjonens kontroll med tvangsvedtak?



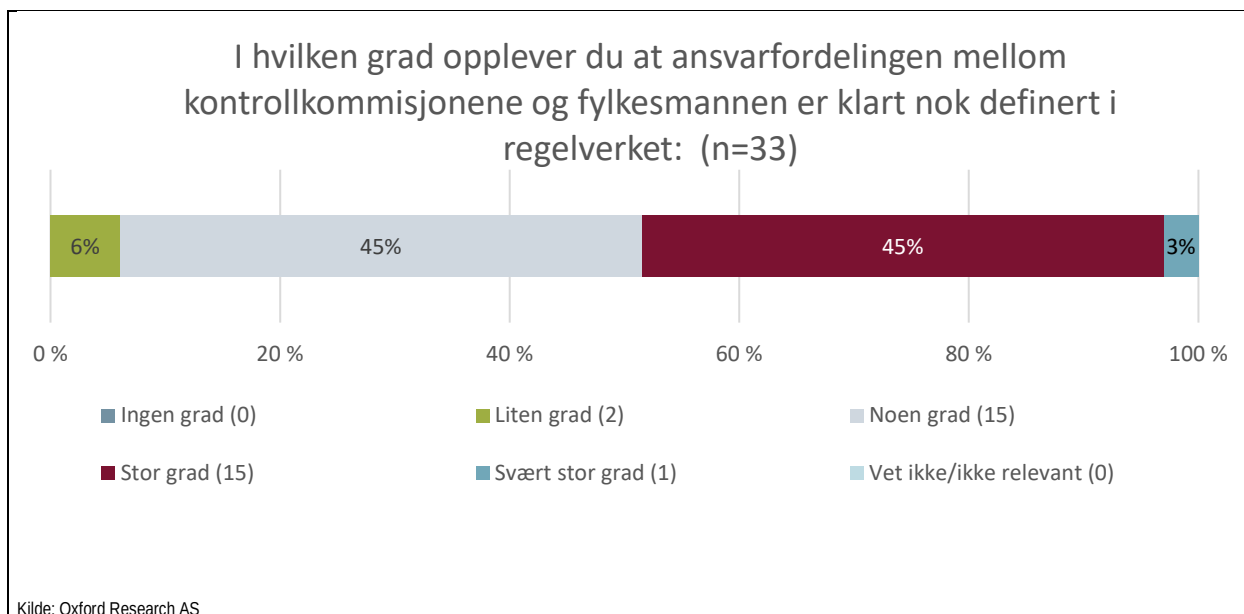
Kontrollkommisjonslederne oppfatter oppgavene og regelverket i stor grad (45 %) eller i svært stor grad (30 %) er klart nok definert når det gjelder kommisjonens kontroll med tvangsvedtak. 9 % av kontrollkommisjonslederne

Figur 106: I hvilken grad opplever du at oppgavene og ansvaret til kontrollkommisjonen er klart nok definert i regelverket når det gjelder kommisjonens rolle mht velferdskontroll?



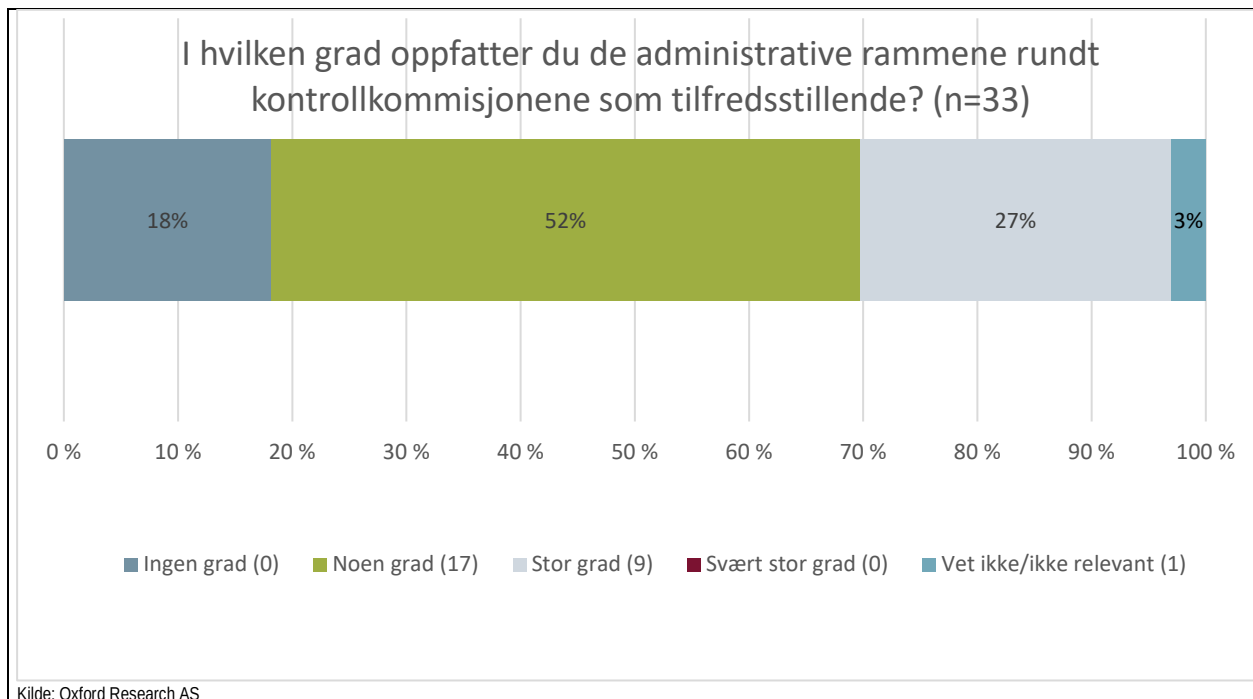
Når det gjelder velferdskontroll og kommisjonens rolle, er hovedbildet at kontrollkommisjonslederne i mindre grad oppfatter at rollen til kontrollkommisjonen er klart nok definert i regelverket. 70 % av kontrollkommisjonslederne svarer at de i noen grad mener rollen er klart nok definert, mens 18 % svarer at rollen i liten grad er klart nok definert i regelverket. 9 % av kontrollkommisjonslederne mener rollen i stor grad er klart definert i regelverket.

Figur 107: I hvilken grad opplever du at ansvarfordelingen mellom kontrollkommisjonene og fylkesmannen er klart nok definert i regelverket?



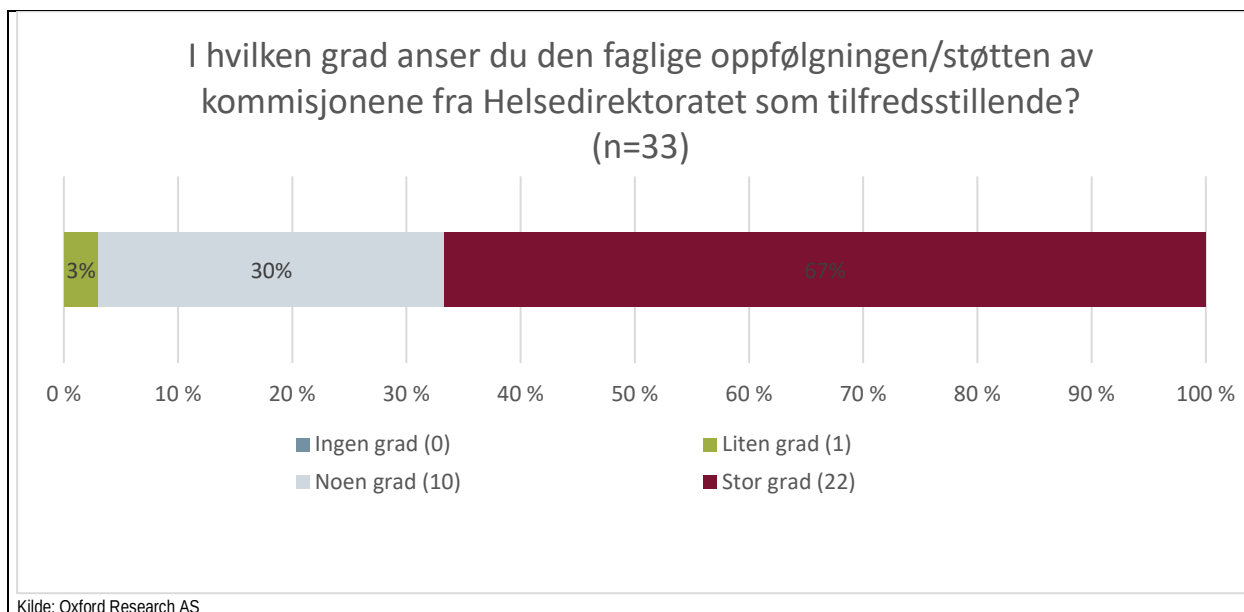
Det er noe ulike oppfatninger blant kontrollkommisjonslederne når det gjelder i hvilken grad ansvarfordelingen mellom kontrollkommisjonene og fylkesmannen er klart nok definert i regelverk. 45 % av kontrollkommisjonslederne mener det i noen grad er klart definert, mens 45 % mener det i stor grad er klart nok definert.

Figur 108: I hvilken grad oppfatter du de administrative rammene rundt kontrollkommisjonene som tilfredsstillende?



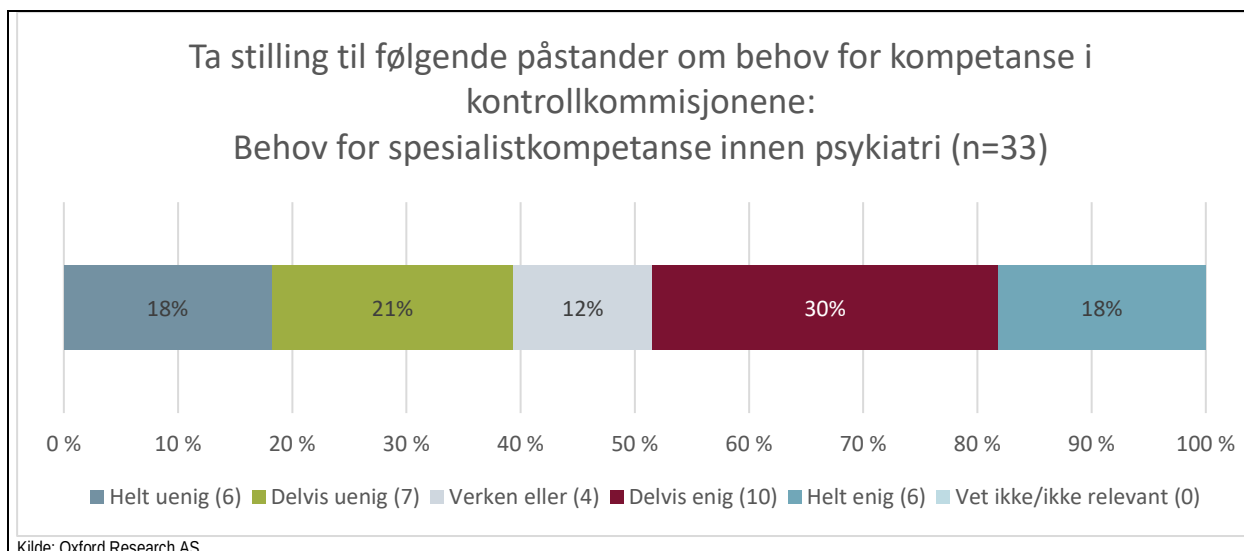
Kontrollkommisjonslederne har varierende syn på i hvilken grad de administrative rammene rundt kontrollkommisjonene er tilfredsstillende. Hovedbildet er likevel at relativt mange kontrollkommisjonsledere i ingen (18 %) eller noen grad (52 %) oppfatter de administrative rammene som tilfredsstillende. Det er samtidig 27 % som oppfatter at de administrative rammene i stor grad er tilfredsstillende.

Figur 109: I hvilken grad anser du den faglige oppfølgingen/støtten av kommisjonene fra Helsedirektoratet som tilfredsstillende?



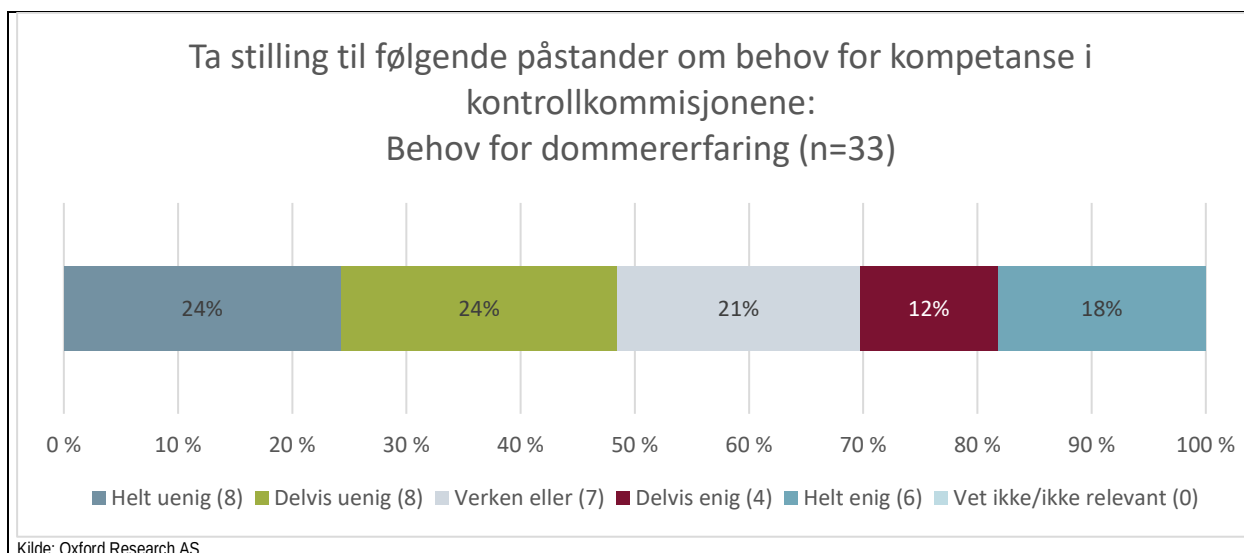
Det store flertallet av kontrollkommisjonslederne (67 %) oppfatter den faglige støtten fra Helsedirektoratet som i stor grad tilfredsstillende. Det er samtidig 30 % av kontrollkommisjonslederne som i noen grad oppfatter den faglige støtten som tilfredsstillende og 3 % som i liten grad oppfatter støtten som tilfredsstillende.

Figur 110: Ta stilling til følgende påstander om behov for kompetanse i kontrollkommisjonene: Behov for spesialistkompetanse innen psykiatri?



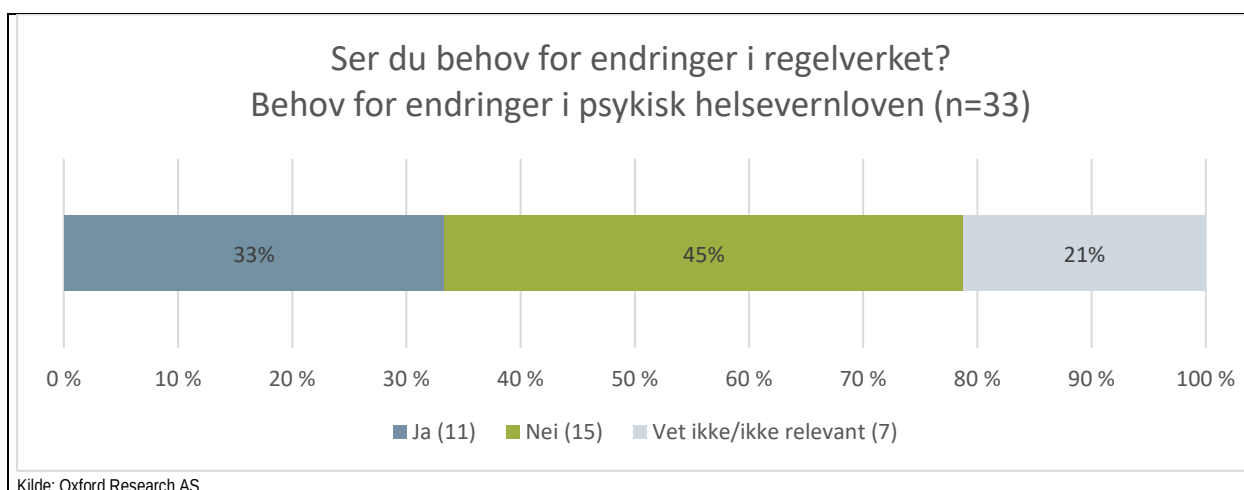
Det er noe ulike oppfatninger blant kontrollkommisjonslederne når det gjelder behov for spesialistkompetanse innen psykiatri.

Figur 111: Ta stilling til følgende påstander om behov for kompetanse i kontrollkommisjonene: Behov for dommererfaring?



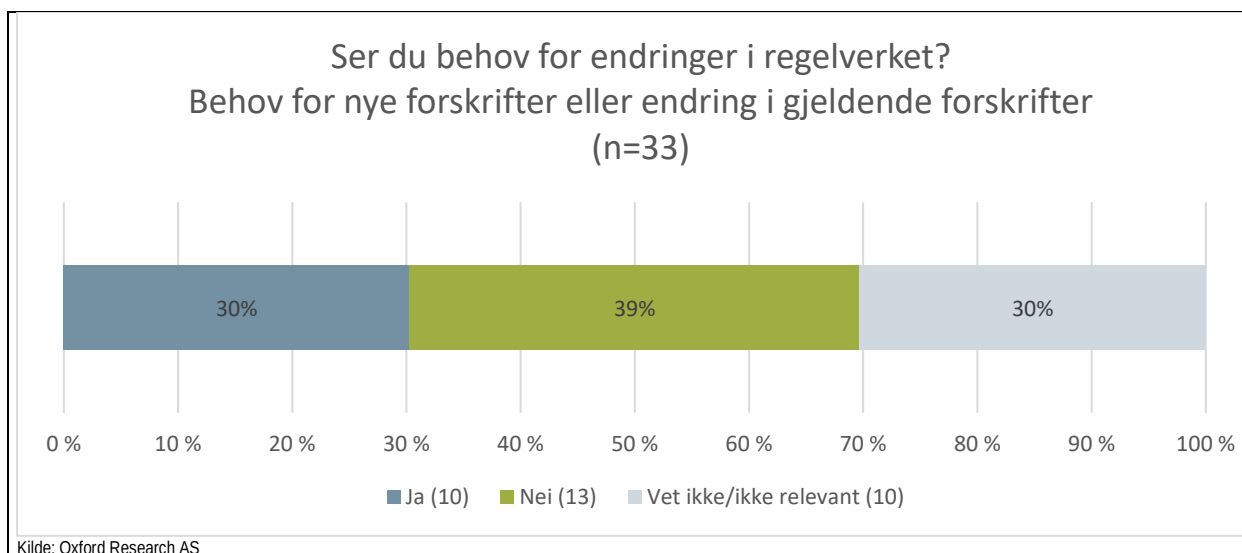
Det er også noe ulike oppfatninger blant kontrollkommisjonslederne når det gjelder behov for dommererfaring. 18 % av kontrollkommisjonslederen er helt enig, 12 % er delvis enig og 21 % er verken eller. På den andre siden er 24 5 av kontrollkommisjonslederne delvis uenig i behov for dommererfaring og 24 % er helt uenig i behov for dommererfaring.

Figur 112: Ser du behov for endringer i regelverket? Behov for endringer i psykisk helsevernlov?



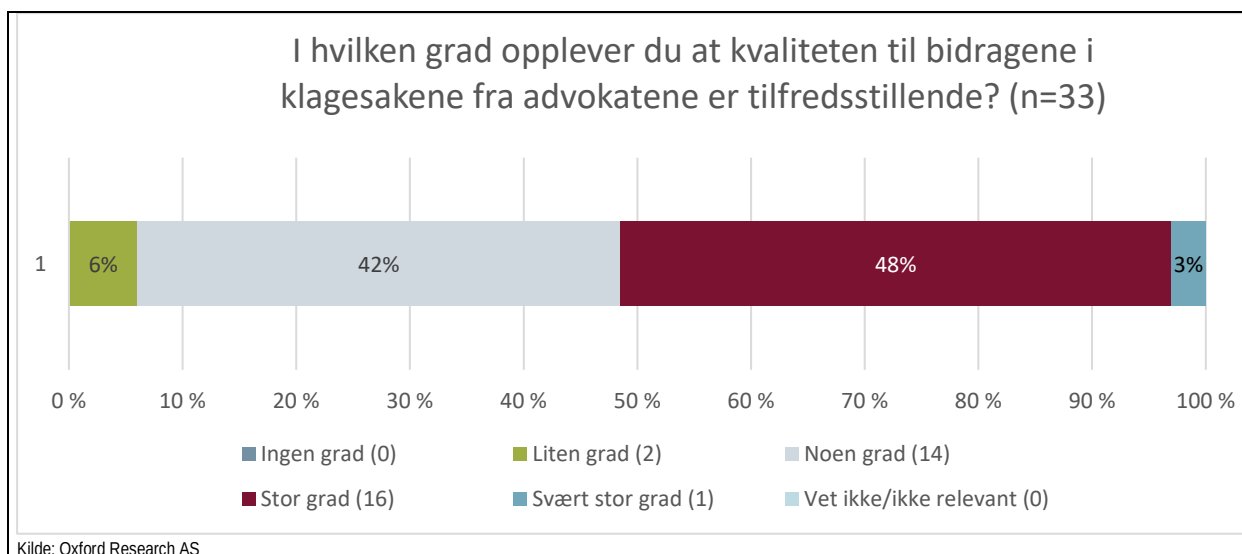
Det er noe ulike oppfatninger blant kontrollkommisjonslederne når det gjelder behovet for endringer i regelverket. 33 % mener det er behov for endringer i psykisk helsevernloven, mens 45 % mener det ikke er behov for endringer. 21 % har svart vet ikke/ikke relevant.

Figur 113: Ser du behov for endringer i regelverket? Behov for nye forskrifter eller endring i gjeldende forskrifter?



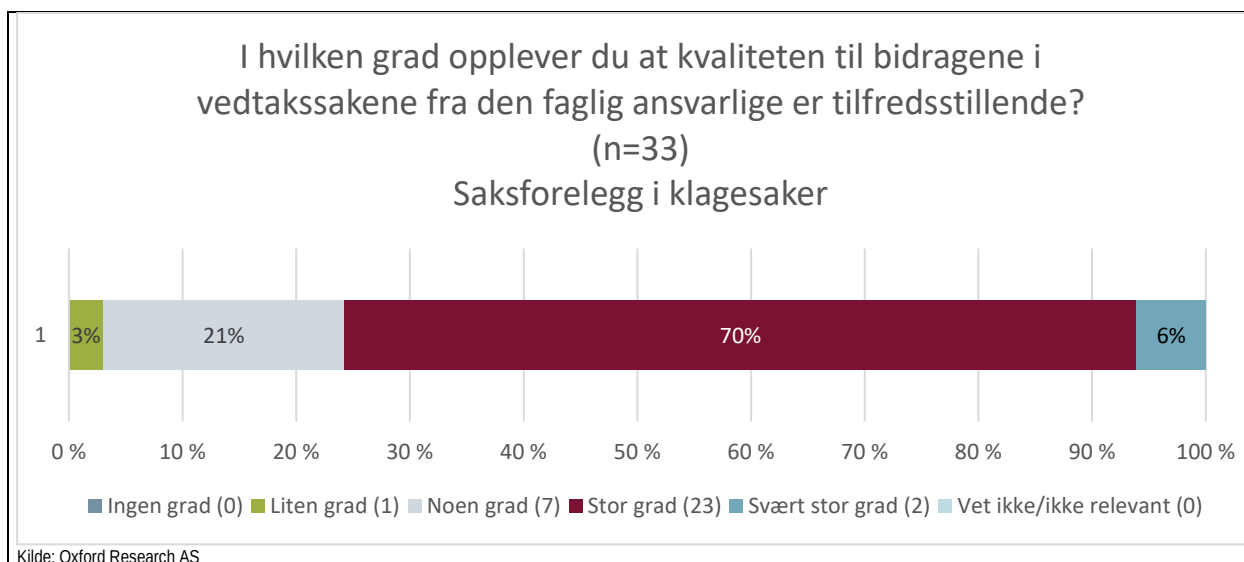
Det er også noe ulike oppfatninger blant kontrollkommisjonslederne når det gjelder behovet for endringer i regelverket. 30 % mener det er behov for nye forskrifter eller endring i gjeldende forskrifter. 39 % mener det ikke er behov for endringer. 30 % har svart vet ikke/ikke relevant.

Figur 114: I hvilken grad opplever du at kvaliteten til bidragene i klagesakene fra advokatene er tilfredsstillende?



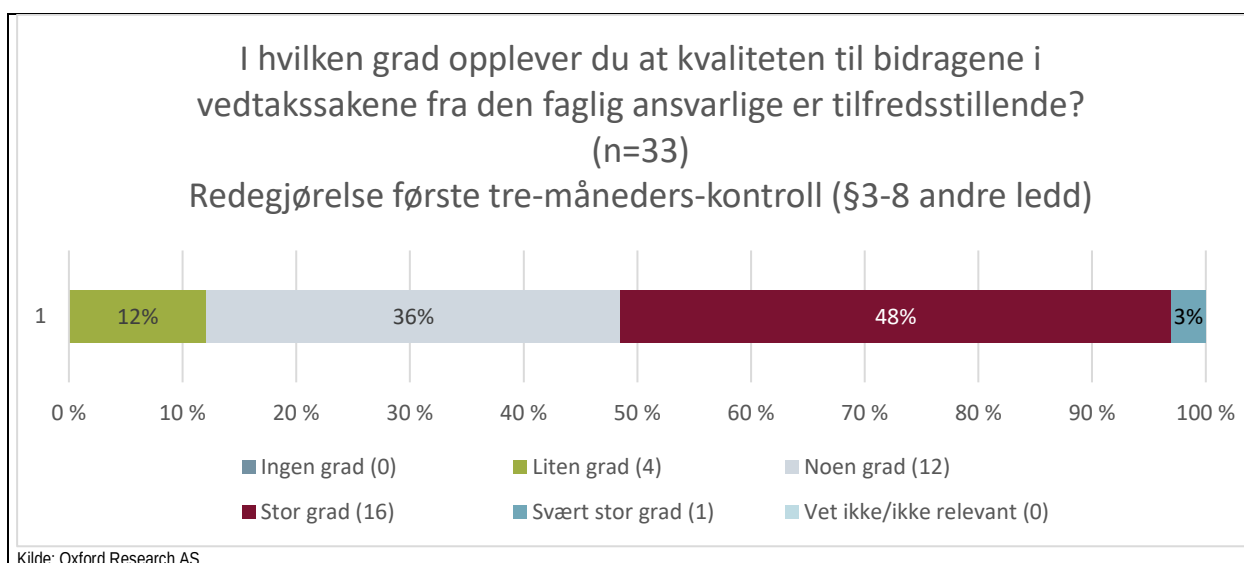
Det er noe ulike oppfatninger blant kontrollkommisjonslederne når det gjelder kvaliteten fra advokatene. 6 % mener at kvaliteten i liten grad er tilfredsstillende og videre mener 42 % at kvaliteten i noen grad er tilfredsstillende. På den andre siden mener hele 48 % at kvaliteten i stor grad er tilfredsstillende og 3 % mener den i svært stor grad er tilfredsstillende.

Figur 115: I hvilken grad opplever du at kvaliteten til bidragene i vedtakssakene fra den faglige ansvarlige er tilfredsstillende. Saksforelegg i klagesaker?



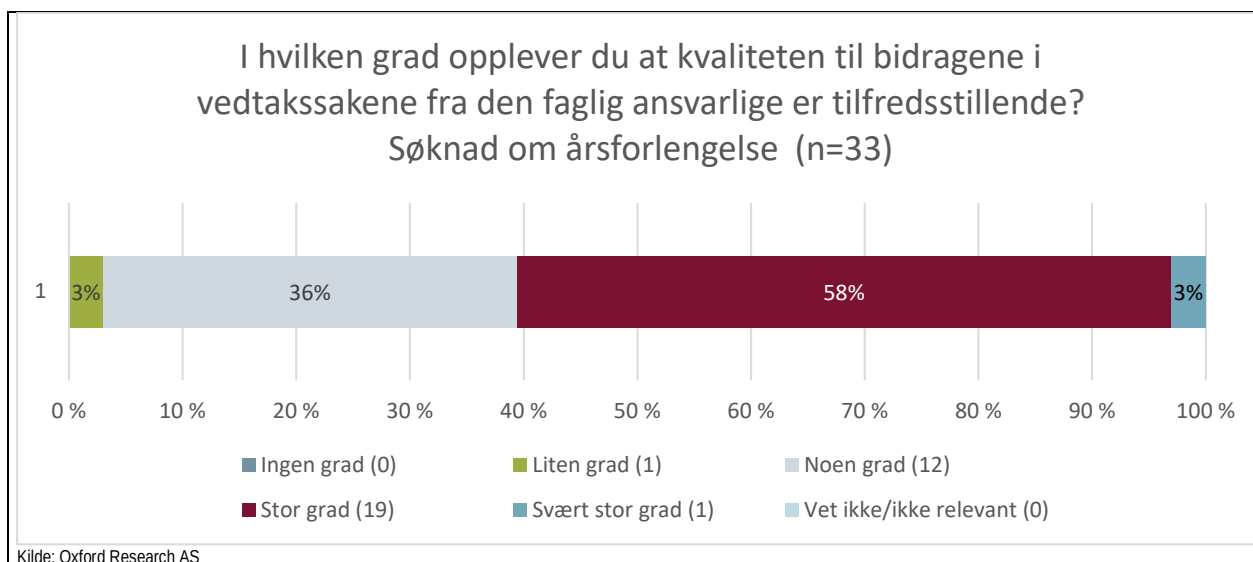
Hele 70 % mener at kvaliteten i bidraget fra den faglige ansvarlige i stor grad er tilfredsstillende når det gjelder saksforelegg i klagesaker. Her er det 21 % som i noen grad mener det faglige bidraget fra denne er tilfredsstillende.

Figur 116: I hvilken grad opplever du at kvaliteten til bidragene i vedtakssakene fra den faglige ansvarlige er tilfredsstillende. Redegjørelse første tre-måneders kontroll (§ 3-8 andre ledd)?



48 % mener at kvaliteten i bidraget fra den faglige ansvarlige i stor grad er tilfredsstillende når det gjelder redegjørelse første tre-måneders kontroll. Her er det 36 % som i noen grad mener det faglige bidraget fra denne er tilfredsstillende. 12 % mener at bidraget i liten grad er tilfredsstillende.

Figur 117: I hvilken grad opplever du at kvaliteten til bidragene i vedtakssakene fra den faglige ansvarlige er tilfredsstillende. Søknad om årsforlengelse?



58 % mener at kvaliteten i bidraget fra den faglige ansvarlige i stor grad er tilfredsstillende når det gjelder søknad om årsforlengelse. Her er det 36 % som i noen grad mener det faglige bidraget fra denne er tilfredsstillende.

Litteraturliste

- Bjerkan, Lippestad og Husum (2011): Gjennomgang av vedtak etter sosialtjenesteloven kapittel 4A – om bruk av tvang og makt overfor personer med psykisk utviklingshemning. SINTEF-rapport.
- Bårdsen, Arnfinn (2016): «Høyesteretts praksis på psykiatrifeltet», *Kritisk Juss* 2016 s. 238-262 (nr. 3/2016).
- Götzsche Peter Christian og Lund, Ketil (2016): «Tvangsmedisinering må forbys», *Kritisk Juss* 2016 s. 118–147 (nr. 2/2016).
- Helsedirektoratet (2005): IS-1338 *Evaluering av kontrollkommisjonene i psykisk helsevern*.
- Helsedirektoratet (2016a): IS-2452 *Kontroll av tvangsbruk i psykisk helsevern i 2015*.
- Helsedirektoratet (2015): IS-2229 *Veileder for fylkesmannens behandling av klagesaker etter psykisk helsevernloven § 4-4*.
- Helsedirektoratet (2016b): IS-2355 *Veileder om tvangstiltak overfor personer med rusmiddelproblemer*
- Nordlandsforskning (2008): "Kapittel 4A – en faglig revolusjon?" Rapport nr 1/2008.
- NOU 1985:18 Lov om sosiale tjenester mv.
- NOU 2017: 8 Særdomstoler på nye områder? — Vurdering av nye domstolsordninger for foreldretvister, barnevernsaker og utlendingssaker.
- NOU 2011: 9 Økt selvbestemmelse og rettssikkerhet. Økt selvbestemmelse og rettssikkerhet — Balansegangen mellom selvbestemmelsesrett og omsorgsansvar i psykisk helsevern.
- Ot.prp.nr.29 (1990-1991) Om lov om sosiale tjenester m.v. (sosialloven).
- Oxford Research AS (2013): "Evaluering av pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4A".
- Oxford Research AS (2015): "Organisering, effektivitet og rettssikkerhet evaluering av fylkesnemndene for barnevern og sosiale saker".
- Patton, M.Q. (2002): *Qualitative research and Evaluation Methods*. Third Edition. Sage Publications, Inc
- Prop. 91 L (2010–2011) Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven).

Sosial- og helsedirektoratet (2005): "Rapport IS-1338. Evaluering av kontrollkommisjonene i psykisk helsevern".

Statens helsetilsyn (2011): "Oppsummeringsrapport – Helsetilsynet i fylkenes saksbehandling ved mottak av kopi av vedtak hjemlet i pasientrettighetsloven kap. 4A – 2009-2010". rapport nr. 3/2011.

Syse, Aslak (2015): *Pasient- og brukerrettighetsloven med kommentarer*, 4. utg. Oslo, Gyldendal.

Syse, Aslak (2016a): *Psykisk helsevernloven med kommentarer*, 3. utg. Oslo, Gyldendal.

Syse, Aslak (2016b): «Tvungent psykisk helsevern – enkelte kommentarer», *Kritisk Juss* 2016 s. 278–300 (nr. 4/2016).

Søvig, Karl Harald (2014): *Tvang overfor rusmiddelavhengige*. Oslo, Gyldendal Norsk forlag.

Søvig, Karl Harald i Alice Kjellebold (2016): "Kapittel 10. Tvangstiltak overfor rusmiddelavhengige". Side 193-200 i *Helse og omsorgstjenesteloven med kommentarer*. Fagbokforlaget.

Uni Rokkansenteret (2010): "Tvang overfor rusmiddelavhengige. Evaluering av lov om sosiale tjenester §§ 6-2, 6-2a og 6-3." Rapport nr. 2/2010.

Østenstad, Bjørn Henning (2011): *Heimelspørsmål i behandling og omsorg overfor psykiske utviklingshemma og aldersdemente: rettslege og etiske problemstillinger ved bruk av tvang og inngrep utan gyldig samtykke*. Bergen. Fagbokforlaget.

Østenstad, Bjørn Henning (2016): "Kontrollkommisjonane - samfunnsoppdrag og rolleforståing". I: Cand.mag., cand.med., cand.jur., cand.alt Festskrift til Aslak Syse. Oslo, Gyldendal Juridisk.

Vedlegg spørreskjemaer

Fylkesmennene

1. Velkommen til spørreundersøkelsen

Oxford Research gjennomfører en spørreundersøkelse på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet/Tvangslovutvalget. Hensikten med spørreundersøkelse å få kunnskap om bl.a. saksbehandling, arbeidsbelastning, roller/ansvar og vurderinger av klage- og kontrollordningene.

Undersøkelsen har bakgrunn i Tvangslovutvalgets mandat og arbeid. Regjeringen satte i juni 2016 ned et offentlig lovutvalg som skal utrede behov for endringer i tvangslovgivningen i helse- og omsorgssektoren (Tvangslovutvalget). Utvalget skal bl.a. foreta en samlet gjennomgang og utrede behov for revisjon og modernisering av regelverket om tvang i helse- og omsorgssektoren. Utvalget skal avgi sin utredning til Helse- og omsorgsdepartementet innen 1. september 2018.

Tvangslovutvalget har tilrådd en evaluering der kvaliteten på vedtak av ulike typer fra forskjellige kontrollinstanser blir gjennomgått og sammenlignet i lys av kravene som går fram av lovverket. Departementet har inngått avtale med Oxford Research om evaluering av tvangsvedtak etter de fire sentrale regelsettene som regulerer bruk av tvang i helse- og omsorgssektoren. Oxford Research vil gå gjennom et utvalg av vedtak for å vurdere kvaliteten på begrunnelsene ut fra lovens krav. Som et supplement til vedtaksgjennomgangen, blir det gjennomført spørreundersøkelser til kontrollkommisjonsledere, fylkesnemndledere og utvalgte saksbehandlere hos fylkesmennene.

Denne spørreundersøkelsen tar om lag femten minutter å gjennomføre.

Du kan navigere mellom sidene i denne spørreundersøkelsen. Vi ber deg bruke knappene «forrige» og «neste» nederst på siden, og ikke knappene i nettleseren.

2. BAKGRUNN

3. Hvor mange års yrkeserfaring har du? (rundt opp til nærmeste hele år)

(Oppgi verdi)

☐ -----

4. Hvilken utdanning har du ?

(Oppgi kun ett svar)

Jurist

☐

Lege

☐

Sykepleier

☐

Vernepleier

☐

Annet

5. SAKSERFARING

6. Har du behandlet (fattet vedtak i) saker etter psykisk helsevernloven (phvl) hos fylkesmannen?

(Oppgi kun ett svar)

Ja

☐

Nei

☐

7. Har du behandlet (fattet vedtak i) pasient- og brukerrettighetsloven (pbrl) kapittel 4A hos fylkesmannen?

(Oppgi kun ett svar)

Ja

☐

Nei

☐

8. Har du behandlet (fattet vedtak i) saker helse- og omsorgstjenesteloven (hol) kapittel 9?

(Oppgi kun ett svar)

Ja

☐

Nei

☐

9. Hvor lang erfaring har du i behandling saker etter phvl?

(Antall år)

(Oppgi verdi)

10. Hvor lang erfaring har du i behandling av saker etter pbrl?

(Antall år)

(Oppgi verdi)

11. Hvor lang erfaring har du i behandling av saker etter hol?

(Antall år)

(Oppgi verdi)

12. SAKSFORBEREDELSE, VEDTAK OG KLAGE

13. Blir alle vedtak etter pbrl § 4A-5 gjennomgått ved mottak, jfr. pbrl § 4A-8 første ledd?

(Oppgi kun ett svar)

Aldri

☐

Sjelden

☐

Av og til

☐

Ofte

☐

Alltid

☐

Vet ikke/ikke
relevant

☐

14. Er kontrollen ved mottak en full vurdering av om vilkårene er oppfylt eller en formalkontroll som kan sammenliknes med phvl. § 3-8 første ledd?

(Oppgi kun ett svar)

Full materiell gjennomgang

☐

Formalkontroll

☐

Vet ikke/ ikke relevant

☐

15. Stiller fylkesmannen krav om skriftlig klage etter phvl?

(Oppgi kun ett svar)

Aldri

☐

Sjelden

☐

Av og til

☐

Ofte

☐

Alltid

☐

Vet ikke/ ikke
relevant

☐

16. Stiller fylkesmannen krav om skriftlig klage etter pbrl kapittel 4A?

(Oppgi kun ett svar)

Aldri	Sjelden	Av og til	Ofte	Alltid	Vet ikke/ ikke relevant
☐	☐	☐	☐	☐	☐

17. Stiller fylkesmannen krav om skriftlig klage etter hol kapittel 9?

(Oppgi kun ett svar)

Aldri	Sjelden	Av og til	Ofte	Alltid	Vet ikke/ ikke relevant
☐	☐	☐	☐	☐	☐

18. Blir pasienten kontaktet av fylkesmannen hvis nærmeste pårørende klager etter pbrl § 4A-7?

(Oppgi kun ett svar)

Aldri	Sjelden	Av og til	Ofte	Alltid	Vet ikke/ikke relevant
☐	☐	☐	☐	☐	☐

19. Blir nærmeste pårørende kontaktet av fylkesmannen hvis pasienten klager etter pbrl § 4A-7?

(Oppgi kun ett svar)

Aldri	Sjelden	Av og til	Ofte	Alltid	Vet ikke/ikke relevant
-------	---------	-----------	------	--------	------------------------

☐☐☐☐☐☐

20. Blir pasienten kontaktet av fylkesmannen i forbindelse med sak om overprøving etter pbrl § 4A-8 første ledd?

(Oppgi kun ett svar)

Aldri

Sjelden

Av og til

Ofte

Alltid

Vet ikke/ikke
relevant

☐☐☐☐☐☐

21. Blir nærmeste pårørende kontaktet av fylkesmannen i forbindelse med sak om overprøving etter pbrl §4A-8 første ledd?

(Oppgi kun ett svar)

Aldri

Sjelden

Av og til

Ofte

Alltid

Vet ikke/ikke
relevant

☐☐☐☐☐☐

22. Oppfatter du tidvis interessen motsetninger mellom pasient og nærmeste pårørende som problematisk med tanke på ivaretagelse av pasientens rettssikkerhet?

(Oppgi kun ett svar)

Aldri

Sjelden

Av og til

Ofte

Alltid

Vet ikke/ikke
relevant

☐☐☐☐☐☐

23. Hvis du har behandlet saker etter pbrl kapittel 4A som gjelder barn mellom 16 og 18 år, blir barnet kontaktet av fylkesmannen?

(Oppgi kun ett svar)

Aldri	Sjelden	Av og til	Ofte	Alltid	Vet ikke/ ikke relevant
☐	☐	☐	☐	☐	☐

24. Blir barnets foreldre eller andre med foreldreansvaret kontaktet?

(Oppgi kun ett svar)

Aldri	Sjelden	Av og til	Ofte	Alltid	Vet ikke/ ikke relevant
☐	☐	☐	☐	☐	☐

25. I saker etter phvl § 4-4, hvor ofte gjøres følgende handlinger/tiltak for å sikre opplysning av saken?

(Oppgi kun ett svar pr. spørsmål)

	Aldri	Sjelden	Av og til	Ofte	Alltid	Vet ikke/ ikke relevant
Personlig kontakt med pasienten	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Samtale med	☐	☐	☐	☐	☐	☐

helseperso
nell

Gjennomga
ng av
pasientjour
nal

☐
☐
☐
☐
☐
☐

Engasjering
av
sakkyndig
hjelp

☐
☐
☐
☐
☐
☐

26. I saker etter hol kap 9, hvor ofte blir pasient/bruker, verge og pårørende forhåndsvarslet ved klage?

(Oppgi kun ett svar)

Aldri

Sjelden

Av og til

Ofte

Alltid

Vet ikke/ ikke
relevant

☐
☐
☐
☐
☐
☐

27. I saker etter hol kap 9, hvor ofte gir fylkesmannen pasient/bruker, verge og pårørende informasjon om klageadgangen etter § 9-11 andre ledd, se § 9-8 andre ledd?

(Oppgi kun ett svar)

Aldri

Sjelden

Av og til

Ofte

Alltid

Vet ikke/ ikke
relevant

☐
☐
☐
☐
☐
☐

28. Saksbehandlingstid og tidsbruk

29. Omtrent hvor lang er saksbehandlingstiden etter din erfaring for vedtak i saker om legemiddelbehandling uten eget samtykke, jf. phvl § 4-4?

Antall dager er ment å være basert på et grovt anslag og ikke opptelling av saker

(Oppgi kun ett svar)

1 dag	2 dager	3 dager	4-5 dager	Mer enn 6 dager	Vet ikke/ikke relevant
☐	☐	☐	☐	☐	☐

30. Omtrent hvor lang er saksbehandlingstiden etter din erfaring på en typisk/ gjennomsnittlig klagesak etter pbrl § 4A-7 (helsehjelp som pasienten motsetter seg)?

Antall dager er ment å være basert på et grovt anslag og ikke opptelling av saker

(Oppgi kun ett svar)

Inntil 20 dager	21-40 dager	41-60 dager	61-80 dager	Mer enn 81 dager	Vet ikke/ ikke relevant
☐	☐	☐	☐	☐	☐

31. Omtrent hvor lang er saksbehandlingstiden etter din erfaring for vedtak der fylkesmannen av eget tiltak omgjør (endrer helt eller delvis) kommunens/spesialisthelsetjenestens vedtak, jf. pbrl § 4A-8 første ledd?

(Oppgi kun ett svar)

Inntil 20 dager	21-40 dager	41-60 dager	61-80 dager	Mer enn 81 dager	Vet ikke/ ikke relevant
☐	☐	☐	☐	☐	☐

32. Omtrent hvor lang er saksbehandlingstiden etter din sakserfaring for vedtak der fylkesmannen av eget tiltak stadfester kommunens/spesialisthelsetjenestens vedtak, jf. pbrl § 4A-8 første ledd?

(Oppgi kun ett svar)

Inntil 20 dager	21-40 dager	41-60 dager	61-80 dager	Mer enn 81 dager	Vet ikke/ ikke relevant
☐	☐	☐	☐	☐	☐

33. Omtrent hvor lang er saksbehandlingstiden etter din erfaring for vedtak der fylkesmannen godkjenner kommunenes vedtak etter hol § 9-8?

Antall dager er ment å være basert på et grovt anslag og ikke opptelling av saker

(Oppgi verdi)

☐ _ _ _ _ _

34. Omtrent hvor lang er saksbehandlingstiden etter din erfaring for vedtak der fylkesmannen ikke godkjenner kommunenes vedtak etter hol § 9-8?

Antall dager er ment å være basert på et grovt anslag og ikke opptelling av saker

(Oppgi verdi)

☐ _ _ _ _ _

35. Hvorvidt opplever du at kravet om en rask avgjørelse kan stå i strid med kravet til forsvarlig saksbehandling i saker som gjelder kontroll- og overprøving av tvangsvedtak?

(Oppgi kun ett svar)

Aldri	Sjelden	Av og til	Ofte	Alltid	Vet ikke/ ikke relevant
☐	☐	☐	☐	☐	☐

36. Etter din erfaring hvor mange timer pr sak/vedtak brukes i gjennomsnitt på saksbehandling?

Antall timer er ment å være basert på et grovt anslag og ikke basert på opptelling av saker.

Oppgi totalt timer pr sak (tall)

Antall timer:

Vedtak som klageinstans i saker om legemiddelbehandling uten eget samtykke, jf. phvl § 4-4.

Vedtak fylkesmannen fatter som overprøvingsinstans etter hol § 9-8

Vedtak fylkesmannen treffer som klage- og overprøvingsinstans etter pbrl § 4A-7

Vedtak der fylkesmannen av eget tiltak stadfester kommunens/spesialisthelsetjenestens vedtak, jf. pbrl § 4A-8 første ledd

Vedtak der fylkesmannen eget tiltak endrer helt eller delvis endrer kommunens/spesialisthelsetjenestens vedtak, jf. pbrl § 4A-8 første ledd

37. Hvordan opplever du embetets arbeidsbelastning på de ulike saksområdene:

(Oppgi kun ett svar pr. spørsmål)

	For stor	Passe	For liten	Vet ikke/ikke relevant
I saker etter phvl?	☐	☐	☐	☐
I saker etter pbrl kapittel 4A?	☐	☐	☐	☐

I saker etter hol
kapittel 9?

☐☐☐☐

38. Hvordan opplever du din arbeidsbelastning på de ulike saksområdene:

(Oppgi kun ett svar pr. spørsmål)

	For stor	Passe	For liten	Vet ikke/ikke relevant
I saker etter phvl?	☐	☐	☐	☐
I saker etter pbrl kapittel 4A?	☐	☐	☐	☐
I saker etter hol kapittel 9?	☐	☐	☐	☐

39. ROLLER, ANSVARSFORSFORDELING OG UAVHENGIGHET

40. Opplever du at regelverket som gjelder tvang for de sakstyper der fylkesmennene er klageinstans/kontrollinstans, er klart? Begrunn svaret (frivillig)

41. I hvilken grad opplever du at oppgavene og ansvaret til fylkesmannen er klart nok definert i regelverket når det gjelder:

(Oppgi kun ett svar pr. spørsmål)

	Ingen grad	Liten grad	Noen grad	Stor grad	Svært stor grad	Vet ikke/ikke relevant
Vedtak fylkesmennene fatter i saker om legemiddelbehandling uten eget samtykke, jf. phvl § 4-4.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Vedtak fylkesmannen fatter som overprøvingsinstans etter hol § 9-8	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Vedtak fylkesmannen treffer som klage- og	☐	☐	☐	☐	☐	☐

overprø-
vingsin-
stans etter
pbrl § 4A-7

Vedtak fyl-
kesmannen
treffer som
klage- og
overprø-
vingsin-
stans etter
pbrl § 4A-8
andre ledd.

☐☐☐☐☐☐

42. I hvilken grad opplever du at ansvarfordelingen mellom kontrollkommisjonene og Fylkesmannen er klart nok definert i regelverket:

(Oppgi kun ett svar)

Ingen grad

Liten grad

Noen grad

Stor grad

Svært stor grad

Vet ikke/ ikke
relevant

☐☐☐☐☐☐

43. Opplever du noen utfordringer når det gjelder uavhengighet og upartiskhet? I så fall hvilke?

Begrunn kort svaret. (Frivillig)

44. VURDERINGER AV ORDNINGENE FOR KONTROLL- OG KLAGESAKSBEHANDLING

45. Ta stilling til følgende påstander (vi ønsker din vurdering):

Fylkesmannen (som institusjon) ivaretar rettssikkerheten i henhold til lovkravene

(Oppgi kun ett svar pr. spørsmål)

	Helt uenig	Delvis uenig	Verken eller	Delvis enig	Helt enig	Vet ikke/ikke relevant
Vedtak som klageinstans i saker om legemiddelbehandling uten eget samtykke,	☐	☐	☐	☐	☐	☐

jf. phvl § 4-4

Vedtak fylkesmannen fatter som overprøvingsinstans etter hol § 9-8

☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Vedtak fylkesmannen treffer som klage- og overprøvingsinstans etter pbrl § 4A-7

☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Vedtak fylkesmannen treffer som klage- og overprøvingsinstans etter pbrl § 4A-8 andre ledd.

☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

46. Ta stilling til følgende påstand (vi ønsker din vurdering):

Fylkesmannen besitter tilstrekkelig kompetanse til å treffe rettsriktige vedtak i sakene

(Oppgi kun ett svar)

Helt uenig	Delvis uenig	Verken eller	Delvis enig	Helt enig	Vet ikke/ikke relevant
------------	--------------	--------------	-------------	-----------	------------------------

☐☐☐☐☐☐

47. Opplever du at det er noe som er problematisk for fylkesmannen i forhold til embetets oppgaver som klage- og kontrollorgan på området for tvangsvedtak?

(Frivillig)

48. Ser du behov for endringer i regelverket (innholdsmessige endringer og forenklinger)?

(Oppgi kun ett svar)

Ja

Nei

Vet ikke/ikke relevant

☐☐☐

49. Beskriv hvilke endringer og behov i regelverket du ser. (materielle/innholdsmessige endringer og forenklinger). Vennligst utdyp hvorfor du mener det.

(Frivillig)

50. Etter din vurdering, hva er de sterke og svake sidene ved dagens ordning for kontroll – og klagesaksbehandling hos fylkesmannen?

Begrunn kort svaret (Frivillig)

51. Har du forslag til hvordan dagens ordninger hos fylkesmannen for kontroll – og klagesaksbehandling av tvangsvedtak kan forbedres?

(Frivillig)

52. Dette er et åpent spørsmål til slutt, her kan du skrive inn kommentarer, innspill og utdypninger.
(Frivillig)

53. Takk for at du svarte på undersøkelsen!

Fylkesnemndene

1. Innledning

Oxford Research gjennomfører en spørreundersøkelse på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet/Tvangslovutvalget. Hensikten med spørreundersøkelse å få kunnskap om bl.a. saksbehandling, arbeidsbelastning, roller/ansvar og vurderinger av klage- og kontrollordningene.

Undersøkelsen har bakgrunn i Tvangslovutvalgets mandat og arbeid. Regjeringen satte i juni 2016 ned et offentlig lovutvalg som skal utrede behov for endringer i tvangslovgivningen i helse- og omsorgssektoren (Tvangslovutvalget). Utvalget skal bl.a. foreta en samlet gjennomgang og utrede behov for revisjon og modernisering av regelverket om tvang i helse- og omsorgssektoren. Utvalget skal avgi sin utredning til Helse- og omsorgsdepartementet innen 1. september 2018.

Tvangslovutvalget har tilrådd en evaluering der kvaliteten på vedtak av ulike typer fra forskjellige kontrollinstanser blir gjennomgått og sammenlignet i lys av kravene som går fram av lovverket. Departementet har inngått avtale med Oxford Research om evaluering av tvangsvedtak etter de fire sentrale regelsettene som regulerer bruk av tvang i helse- og omsorgssektoren. Oxford Research vil gå gjennom et utvalg av vedtak for å vurdere kvaliteten på begrunnelsene ut fra lovens krav. Som et supplement til vedtaksgjennomgangen, blir det gjennomført spørreundersøkelser til kontrollkommisjonsledere, fylkesnemndledere og utvalgte saksbehandlere hos fylkesmennene.

Denne spørreundersøkelsen tar om lag femten minutter å gjennomføre.

Du kan navigere mellom sidene i denne spørreundersøkelsen. Vi ber deg bruke knappene «forrige» og «neste» nederst på siden, og ikke knappene i nettleseren.

2. BAKGRUNN

3. Hvor mange års juridisk yrkeserfaring har du? (rundt opp til nærmeste hele år)

(Oppgi verdi mellom 0 og 50)

☐ _ _ _ _ _

4. Hvilken yrkesbakgrunn har du?

(Oppgi kun ett svar)

- ☐ Dommer/dommerfullmektig
- ☐ Advokat
- ☐ Statsforvaltningen
- ☐ Kommunalforvaltningen
- ☐ Annet

5. SAKSERFARING

6. I hvor mange år har du hatt vervet som fylkesnemndsleder?

(Rund opp til nærmeste hele år)

(Oppgi verdi)

☐ -----

7. Har du behandlet (fattet vedtak i) saker etter helse- og omsorgstjenesteloven (hol) § 9-11 andre ledd (fylkesnemndenes vedtak i klagesaker på fylkesmennenes vedtak etter § 9-5 tredje ledd bokstav b og c

(Oppgi kun ett svar)

☐ Ja

☐ Nei

8. Gjaldt noen av disse sakene barn, dvs. personer under 18 år?

(Oppgi kun ett svar)

☐ Ja

☐ Nei

☐ Vet ikke/ ikke relevant

9. Har du behandlet (fattet vedtak i) saker etter hol § 10-2

(Oppgi kun ett svar)

☐ Ja

☐ Nei

10. Gjaldt noen av disse sakene barn, dvs. personer under 18 år?

(Oppgi kun ett svar)

☐ Ja

☐ Nei

☐ Vet ike/ ikke relevant

11. Har du behandlet (fattet vedtak i) saker etter hol § 10-3?

(Oppgi kun ett svar)

☐ Ja

☐ Nei

12. Gjaldt noen av disse sakene barn, dvs. personer under 18 år?

(Oppgi kun ett svar)

☐ Ja

- ☐ Nei
- ☐ Vet ikke/ ikke relevant

13. Har det ved i saker som du har behandlet etter barnevernloven (bvl), vært reist spørsmål om plassering av barn i institusjon under psykisk helsevern fremfor under barnevernloven?

(Oppgi kun ett svar)

- ☐ Ja
- ☐ Nei

14. Er plassering i det psykiske helsevernet blitt gjennomført?

(Oppgi kun ett svar)

- ☐ Ja
- ☐ Nei
- ☐ Vet ikke/ ikke relevant

15. SAKSBEHANDLING - BEVISFØRING

16. I hvilken grad blir barn som saken gjelder, hørt direkte av fylkesnemnda?

(Oppgi kun ett svar)

Ingen grad

Liten grad

Noen grad

Stor grad

Svært stor grad

Vet ikke/ ikke relevant

☐
☐
☐
☐
☐
☐

17. I hvilken grad er det tilstrekkelig bevisføring i de saker du har behandlet etter henholdsvis helse- og omsorgstjenesteloven (hol) § 9-11 andre ledd (tvang utviklingshemmete), hol §§ 10-2 og 10-3

(Oppgi kun ett svar pr. spørsmål)

Ingen grad

Liten grad

Noen grad

Stor grad

Svært stor grad

Vet ikke/ ikke relevant

Hol § 9-11
(tvang utviklings-
hemmete)

☐
☐
☐
☐
☐
☐

Hol § 10-2

☐
☐
☐
☐
☐
☐

Hol § 10-3

☐
☐
☐
☐
☐
☐

18. I hvilken grad har det i de saker du har behandlet vært enighet mellom den offentlige og den private parten om hvilket faktum som skal legges til grunn for avgjørelsen/som er mest sannsynlig?

(Oppgi kun ett svar pr. spørsmål)

	Ingen grad	Liten grad	Noen grad	Stor grad	Svært stor grad	Vet ikke/ ikke relevant
Hol § 9-11 (tvang utviklings- hemmete)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Hol § 10-2	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Hol § 10-3	☐	☐	☐	☐	☐	☐

19. I hvilken grad har det i de saker du har behandlet vært enighet blant medlemmene av fylkesnemnda om hvilket faktum som skal legges til grunn for avgjørelsen/som er mest sannsynlig?

(Oppgi kun ett svar pr. spørsmål)

	Ingen grad	Liten grad	Noen grad	Stor grad	Svært stor grad	Vet ikke/ ikke relevant
Hol § 9-11 (tvang utviklings- hemmete)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Hol § 10-2	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Hol § 10-3	☐	☐	☐	☐	☐	☐

20. Er det utfordringer med bevisføring og/eller hvilket faktum som skal legges til grunn for avgjørelsen/som er mest sannsynlig?

Fint om det tydeliggjøres hvilke bevis og bevisføring som volder utfordringer (dokumentbevis, vitnebevis)

(Frivillig)

21. Ser du behov for endringer i regelverket? I så hvilke, begrunn kort:

(Frivillig)

22. I hvilken grad har det i de saker du har behandlet har vært tvil om de enkelte vilkårene for bruk av tvang etter hol § 10-2 er oppfylt?

(Oppgi kun ett svar pr. spørsmål)

	Ingen grad	Liten grad	Noen grad	Stor grad	Svært stor grad	Vet ikke/ ikke relevant
Rusmiddelk ravet	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Skadekrav et	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Årsakskrav et	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Hjelpetiltak skravet	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Prognosevu rderingen	☐	☐	☐	☐	☐	☐
"Kan skjønnet"	☐	☐	☐	☐	☐	☐

23. I hvilken har det i de saker du har behandlet har vært tvil om de enkelte vilkårene for bruk av tvang etter hol § 10-3 er oppfylt ?

(Oppgi kun ett svar pr. spørsmål)

	Ingen grad	Liten grad	Noen grad	Stor grad	Svært stor grad	Vet ikke/ ikke relevant
Rusmiddelk ravet	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Evaluering av kvaliteten på tvangsvedtak

Skadekrav et	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Årsakskrav et	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Hjelpetiltak skravet	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Prognosevu rderingen	☐	☐	☐	☐	☐	☐
"Kan skjønnnet"	☐	☐	☐	☐	☐	☐

24. ROLLER, BIDRAG FRA PROSESSFULLMEKTIGE OG PARTSREPRESENTANT

25. Etter hol kap. 9, i hvilken grad opplever du at:

(Oppgi kun ett svar pr. spørsmål)

	Ingen grad	Liten grad	Noen grad	Stor grad	Svært stor grad	Vet ikke/ ikke relevant
rollen din i sakene er klar?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
kvaliteten til bidraget i saken fra	☐	☐	☐	☐	☐	☐

den offentlige parts prosessfullmektig er tilfredsstillende?

kvaliteten til bidraget i private parts prosessfullmektig er tilfredsstillende?

barns prosessfullmektig ivaretar barnets interesser?

kvaliteten til bidraget i saken fra den offentlige partsrepresentant er tilfredsstillende?

☐	☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐	☐	☐

26. Etter hol kap. 10, i hvilken grad opplever du at:

(Oppgi kun ett svar pr. spørsmål)

Ingen grad Liten grad Noen grad Stor grad Svært stor grad Vet ikke/ikke relevant

rollen din i sakene er klar?

☐	☐	☐	☐	☐	☐
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

kvaliteten til bidraget i saken fra den offentlige parts prosessfullmektig er tilfredsstillende?

☐	☐	☐	☐	☐	☐
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

kvaliteten til bidraget i private parts prosessfullmektig er tilfredsstillende?

☐	☐	☐	☐	☐	☐
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

barns prosessfullmektig ivaretar barnets interesser?

☐	☐	☐	☐	☐	☐
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

kvaliteten til bidraget i saken fra den offentlige partsrepresentant er tilfredsstillende?

☐	☐	☐	☐	☐	☐
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

27. Hvordan vurderer du samlet kvaliteten til bidragene fra prosessfullmektigene og partsrepresentanten i saker etter hol kap. 9? begrunn kort

(Frivillig)

28. Hvordan vurderer du samlet kvaliteten til bidragene fra prosessfullmektigene og partsrepresentanten i saker etter hol kap. 10? begrunn kort

(Frivillig)

29. VURDERINGER AV ORDNINGENE FOR KONTROLL- OG KLAGESAKSBEHANLING

30. Etter hol kap. 9 ta stilling til følgende påstander:

(Oppgi kun ett svar pr. spørsmål)

	Helt uenig	Delvis uenig	Verken eller	Delvis enig	Helt enig	Vet ikke/ ikke relevant
Fylkes- nemnda ivaretar rettssikker- heten i henhold til lovkravene	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Fylkes- nemnda besitter til- strekkelig kompe- tanse til å treffe retts- riktige ved- tak i sa- kene	☐	☐	☐	☐	☐	☐

31. Etter hol kap. 10 ta stilling til følgende påstander:

(Oppgi kun ett svar pr. spørsmål)

Helt uenig	Delvis uenig	Verken eller	Delvis enig	Helt enig	Vet ikke/ ikke relevant
------------	--------------	--------------	-------------	-----------	----------------------------

Fylkes-
nemnda
ivaretar
rettssikker-
heten i
henhold til
lovkravene

☐☐☐☐☐☐

Fylkes-
nemnda
besitter til-
strekkelig
kompe-
tanse til å
treffe retts-
riktige ved-
tak i sa-
kene

☐☐☐☐☐☐

32. Etter din vurdering, hva er de sterke og svake sidene ved dagens ordning for kontroll – og klagesaksbehandling vedrørende hol kap 9 og hol kap. 10 (de vedtakstyper fylkesnemnda har ansvar for etter hol)

(frivillig)

33. Har du forslag til hvordan dagens ordninger for kontroll – og klagesaksbehandling vedrørende hol kap 9 og hol kap. 10 kan forbedres?

(Frivillig)

34. Dette er et åpent spørsmål til slutt, her kan du skrive inn kommentarer og utdypninger.

(Frivillig)

35. Takk for at du svarte på undersøkelsen!

Kontrollkommisjonene

1. Velkommen til spørreundersøkelsen

Oxford Research gjennomfører en spørreundersøkelse på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet/Tvangslovutvalget. Hensikten med spørreundersøkelse å få kunnskap om bl.a. saksbehandling, arbeidsbelastning, roller/ansvar og vurderinger av klage- og kontrollordningene.

Undersøkelsen har bakgrunn i Tvangslovutvalgets mandat og arbeid. Regjeringen satte i juni 2016 ned et offentlig lovutvalg som skal utrede behov for endringer i tvangslovgivningen i helse- og omsorgssektoren (Tvangslovutvalget). Utvalget skal bl.a. foreta en samlet gjennomgang og utrede behov for revisjon og modernisering av regelverket om tvang i helse- og omsorgssektoren. Utvalget skal avgi sin utredning til Helse- og omsorgsdepartementet innen 1. september 2018.

Tvangslovutvalget har tilrådd en evaluering der kvaliteten på vedtak av ulike typer fra forskjellige kontrollinstanser blir gjennomgått og sammenlignet i lys av kravene som går fram av lovverket. Departementet har inngått avtale med Oxford Research om evaluering av tvangsvedtak etter de fire sentrale regelsettene som regulerer bruk av tvang i helse- og omsorgssektoren. Oxford Research vil gå gjennom et utvalg av vedtak for å vurdere kvaliteten på begrunnelsene ut fra lovens krav. Som et supplement til vedtaksgjennomgangen, blir det gjennomført spørreundersøkelser til kontrollkommisjonsledere, fylkesnemndledere og utvalgte saksbehandlere hos fylkesmennene.

Denne spørreundersøkelsen tar om lag tretti minutter å gjennomføre.

Du kan navigere mellom sidene i denne spørreundersøkelsen. Vi ber deg bruke knappene «forrige» og «neste» nederst på siden, og ikke knappene i nettleseren.

2. BAKGRUNN

3. Hvor mange års juridisk yrkeserfaring har du? (rund opp til nærmeste hele år)

(Oppgi verdi mellom 0 og 50)

(Oppgi verdi mellom 0 og 50)

☐ _ _ _ _ _

4. Hvilken yrkesbakgrunn har du?

(Oppgi gjerne flere svar)

(Oppgi gjerne flere svar)

Dommer

☐

Advokat

☐

Fylkesnemdleder

☐

Statsforvaltningen

☐

Kommunalforvaltning

☐

Annet

5. Sakserfaring

6. I hvor mange år har du hatt vervet som kontrollkommisjonsleder?

(Rund opp til nærmeste hele år)

(Oppgi verdi mellom 0 og 50)

7. SAKSFORBEREDELSE, VEDTAK OG KLAGE

8. Hvordan informeres pasienter om kontrollkommisjonen og klageretten?

(Hvis Annet vennligst utdyp)

(Oppgi kun ett svar)

Ved besøk på
institusjonen

☐

Informasjonsmateriell på
avdelingen, som er laget
av kontrollkommisjonen

☐

Vet ikke/ikke relevant

☐

Annet

☐

9. Hvordan informeres pasienter om kontrollkommisjonen og klageretten?

(Frivillig)

10. I saker etter psykisk helsevernloven (phvl) § 3-8 andre og tredje ledd (henholdsvis første tre-måneders-kontroll og søknad om årsforlenging), kontaktes pasienten av kontrollkommisjonen med tilbud om å uttale seg?

(Oppgi kun ett svar)

Ja

☐

Nei

☐

Vet ikke/ikke relevant

☐

11. Dersom ikke pasienten kontaktes (jf. phvl § 3-8 andre og tredje ledd), hva er årsaken til dette?

(Oppgi kun ett svar)

Pasienten har fått mulighet til å uttale seg til den vedtaksansvarlige

☐

Kapasitetsproblemer

☐

Annet

☐

Vet ikke/ikke relevant

☐

12. Dersom pasienten kontaktes (jf. phvl § 3-8 andre og tredje ledd), hvordan kontaktes pasienten?

(Hvis Annet vennligst utdyp)

(Oppgi kun ett svar)

Brev

☐

Telefon

☐

Personlig henvendelse i avdeling

☐

Vet ikke/ikke relevant

☐

Annet

13. Har kontrollkommisjonen samtale med barn uten at andre er til stede?

(Oppgi kun ett svar)

Ja

☐

Nei

☐

Vet ikke/ikke relevant

☐

14. Er barn, dvs. personer under 18 år, innlagt i voksenpsykiatrisk avdeling?

(Oppgi kun ett svar)

Ja

☐

Nei

☐

Vet ikke/ikke relevant

☐

15. Blir det gitt særskilt alderstilpasset informasjon til barn innlagt i psykisk helsevern?

(Hvis Annet vennligst utdyp)

(Oppgi kun ett svar)

I direkte kontakt med barnet

Ved særskilt informasjonsmateriell

☐☐

Annet

16. Treffes vedtak i saker etter phvl § 3-8 andre og tredje ledd (henholdsvis første tre-måneders-kontroll og søknad om årsforlenging) av en samlet (fulltallig) kommisjon?

(Oppgi kun ett svar)

Ja

☐

Nei, ikke alltid. Vennligst utdyp med tekst hva som er årsaken.

17. I klagesaker etter phvl kapittel 4: Gis klager mulighet til å uttale seg direkte overfor kommisjonen før saken behandles.

(Oppgi kun ett svar)

Nei

☐

Ja, vennligst utdyp med tekst hvordan

18. Har kontrollkommisjonen som praksis å informere pasientens nærmeste pårørende om klage- og uttalerett til kontrollkommisjonen?

(Oppgi kun ett svar)

Ja

☐

Vet ikke

☐

Nei, vennligst utdyp

19. Har kontrollkommisjonen som praksis å informere pasientens pårørende om klage- og uttalerett til kontrollkommisjonen? Hvis ja, vennligst utdyp:

(Frivillig)

20. Har kontrollkommisjonen som praksis å informere pasientens pårørende om klage- og uttalerett til kontrollkommisjonen? Hvis nei, vennligst utdyp:

(Frivillig)

21. Er det rutine at pasienten får overlevert vedtaket?

(Oppgi kun ett svar)

Ja

☐

Nei

☐

Vet ikke/ikke relevant

☐

22. I så fall: Hvem overleverer vedtaket til pasienten?

(Oppgi kun ett svar)

Kommisjonen selv

☐

Institusjonen

☐

Vet ikke/ikke relevant

☐

23. Informerer kontrollkommisjonen de som har foreldreansvaret for et barn?

(Oppgi kun ett svar)

Ja

☐

Nei

☐

Vet ikke/ikke relevant

☐

24. Dersom barneverntjenesten har overtatt omsorgen for et barn, blir de informert av kontrollkommisjonen?

(Oppgi kun ett svar)

Ja

☐

Nei

☐

Vet ikke/ikke relevant

☐

25. Hvordan fremsettes klager til kontrollkommisjonen?

(Oppgi kun ett svar)

Fra pasienten ved besøk på institusjonen	Via helsepersonell ved besøk på institusjonen	Fra pasientens advokat eller pårørende, utenom besøk på institusjonen	Via helsepersonell utenom besøk på institusjonen	Vet ikke/ikke relevant
☐	☐	☐	☐	☐

Annet (Vennligst utdyp)

26. Krever kontrollkommisjonen at klage framsettes skriftlig?

(Oppgi kun ett svar)

Ja	Nei	Vet ikke/ikke relevant
☐	☐	☐

27. Sendes det ut skriftlig informasjon til klager i forkant av klagesaken med opplysninger om møtetidspunkt, hvordan kommisjonen er sammensatt, rett til uttale seg o.l.?

(Oppgi kun ett svar)

Ja

☐

Nei

☐

Vet ikke/ikke relevant

☐

28. Har en eller flere i kontrollkommisjonen en uformell samtale med pasienten etter klagemottaket, før saken tas til behandling?

(Oppgi kun ett svar pr. spørsmål)

Aldri

Sjelden

Av og til

Ofte

Alltid

Vet ikke/ikke relevant

Dersom klage er mottatt muntlig

☐
☐
☐
☐
☐
☐

Dersom klage er mottatt skriftlig

☐
☐
☐
☐
☐
☐

29. Dersom kontrollkommisjonen har en uformell samtale med pasienten før saken tas til behandling, hvilke temaer snakkes det om?

(Oppgi kun ett svar pr. spørsmål)

Aldri

Sjelden

Av og til

Ofte

Alltid

Vet ikke/ikke relevant

Hvorvidt vilkårene er oppfylt

☐
☐
☐
☐
☐
☐

Annet (vennligst utdyp)

30. Forekommer det at klagen trekkes etter uformell samtale med kontrollkommisjonen?

(Oppgi kun ett svar)

Aldri	Sjelden	Av og til	Ofte	Alltid	Vet ikke/ikke relevant
☐	☐	☐	☐	☐	☐

31. Hva er de vanligste grunnene til at pasienten trekker klagen før eller under klagesaksmøtet, når pasienten ikke er utskrevet eller overført til frivillig vern

(Flervalg)

(Oppgi gjerne flere svar)

Pasienten har endret oppfatning	Pasienten ønsker ikke å utsettes for	Pasienten mener at	Pasienten er blitt orientert	Pasienten er blitt rådet av sin advokat	Annet	Vet ikke/ikke relevant
---------------------------------	--------------------------------------	--------------------	------------------------------	---	-------	------------------------

Evaluering av kvaliteten på tvangsvedtak

av det det
klages over

☐

påkjenningen
klagesaken
kan medføre

☐

klagen ikke
vil føre frem

☐

om karante-
neordningen
for ny klage

☐

til å trekke
seg

☐☐☐

32. Blir ordningen etter phvl § 2-1 andre ledd oppfattet som en klageordning der barnet må framsette en klage, eller som en ordning som gjelder automatisk prøving hvis barnet ikke er enig i tiltaket?

(Oppgi kun ett svar)

Klageordning

☐

Automatisk prøving hvis barnet
ikke er enig

☐

Vet ikke/ikke relevant

☐

33. Ved vurdering etter phvl § 2-1 andre ledd: Blir det tatt utgangspunkt i samme vilkår som gjelder for tvunget vern?

(Oppgi kun ett svar)

Ja

☐

Nei

☐

Vet ikke/ikke relevant

☐

34. Hvordan blir det underrettet om kommisjonens vedtak?

(Oppgi kun ett svar pr. spørsmål)

Evaluering av kvaliteten på tvangsvedtak

	Direkte muntlig	Direkte ved brev	Via advokat	Via institusjonen	Annet
Vedtak i klagesaker etter phvl § 3-3 (tvungent psykisk helsevern).	☐	☐	☐	☐	☐
Vedtak etter phvl § 2-1 andre ledd og § 2-2 fjerde ledd andre punktum.	☐	☐	☐	☐	☐
Vedtak i klagesaker etter phvl § 3-7 (opphør av tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern).	☐	☐	☐	☐	☐
Vedtak etter phvl § 3-8 andre ledd.	☐	☐	☐	☐	☐
Vedtak etter phvl § 3-8 tredje ledd.	☐	☐	☐	☐	☐
Vedtak i klagesaker etter phvl § 4-8 andre ledd bokstav a (mekaniske tvangsmidler).	☐	☐	☐	☐	☐
Vedtak i klagesaker etter	☐	☐	☐	☐	☐

phvl § 4-8
andre ledd
bokstav c
(enkeltstående bruk av
korttidsvirkende
lege-
midler).

35. Hvordan informerer kommisjonen pasienten om ankemuligheten til domstolen (domstolsprøving jfr. phvl § 7-1)?

(Flere svar mulig)

(Oppgi gjerne flere svar)

- ☐ Muntlig i møtet
- ☐ I vedtaket
- ☐ Ved besøk på institusjonen
- ☐ Annet
- ☐ Vet ikke/ikke relevant

36. SAKSBEHANDLINGSTID OG TIDSBRUK

37. Omtrent i hvor stor andel av klagesaker har kommisjonen truffet vedtak senere enn to uker etter at klagen er brakt inn for kommisjonen? Oppgi prosent.

Prosentandelen er ment å være basert på et grovt anslag og ikke opptelling av saker

(Oppgi verdi mellom 0 og 100)

☐

38. Hvilke grunner ble oppgitt i saker som ikke ble behandlet innen to uker?

(frivillig)

39. Hvorvidt opplever du at kravet om en rask avgjørelse kan stå i strid med kravet til forsvarlig saksbehandling?

(Oppgi kun ett svar)

Aldri	Sjelden	Av og til	Ofte	Alltid	Vet ikke/ikke relevant
☐	☐	☐	☐	☐	☐

40. Hvordan opplever du kommisjonens arbeidsbelastning?

(Oppgi kun ett svar)

For stor	Passe	For liten	Vet ikke/ikke relevant
☐	☐	☐	☐

41. Hvordan opplever du din arbeidsbelastning?

(Oppgi kun ett svar)

For stor	Passe	For liten	Vet ikke/ikke relevant
☐	☐	☐	☐

42. Hvor stor stillingsprosent har du ved siden av kommisjonsarbeidet?

(Oppgi verdi mellom 0 og 200)

☐ _ _ _ _ _

43. I gjennomsnitt hvor lang tid bruker du totalt på følgende vedtakstyper, timer pr sak (inkluderer organisering, møte, skriving av vedtak, underretning om utfall)

Oppgi totalt timer pr sak du som kontrollkommisjonsleder bruker(tall)

Antall timer:

Klager i saker om tvungent psykisk helsevern, jf. phvl § 3-3a og § 3-7 siste ledd.

Sak om første tre-måneders-kontroll etter phvl § 3-8 andre ledd.

Sak om årsforlengelse etter phvl § 3-8 tredje ledd

Klager i saker om tvangsmiddelbruk etter phvl § 4- 8 bokstav a (mekaniske tvangsmidler)

Vedtak etter phvl § 2-1 andre ledd

44. ROLLER, ANSVARSFORSFORDELING OG UAVHENGIGHET

45. Har kontrollkommisjonen barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling i sin virkerets?

(Oppgi kun ett svar)

Ja

☐

Nei

☐

Vet ikke/ikke relevant

☐

46. Er barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling organisatorisk plassert sammen med voksenpsykiatrien?

(Oppgi kun ett svar)

Ja

☐

Nei

☐

Vet ikke/ikke relevant

☐

47. Blir barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling oppsøkt med samme frekvens som voksenpsykiatrien?

(Oppgi kun ett svar)

Ja

☐

Nei

☐

Vet ikke/ikke relevant

☐

48. Vurderer du det å avdekke «skjult tvangsbruk» - dvs. tvangsbruk som ikke blir synliggjort for kommisjonen, men som skulle vært det – som en oppgave for kommisjonen?

(Oppgi kun ett svar)

Ja

☐

Nei

☐

Vet ikke/ikke relevant

☐

49. Har din holdning til dette spørsmålet endret seg i løpet av det siste året?

(Oppgi kun ett svar)

Ja

☐

Nei

☐

Vet ikke/ikke relevant

☐

50. Vurderer du det å arbeide for redusert bruk av tvang innen psykisk helsevern som en oppgave for kommisjonen?

(Oppgi kun ett svar)

Ja

☐

Nei

☐

Vet ikke/ikke relevant

☐

51. Har din holdning til dette spørsmålet endret seg i løpet av det siste året?

(Oppgi kun ett svar)

Ja

☐

Nei

☐

Vet ikke/ikke relevant

☐

52. Anser du kommisjonen kompetent til å legge føringer for institusjonens videre behandling med avgjørelser i klagesak, første tre måneders kontroll eller søknad om årsforlengelse?

(Oppgi kun ett svar pr. spørsmål)

	Ja	Nei	Vet ikke/ikke relevant
Kommisjonen som klageinstans	☐	☐	☐
første tre måneders kontroll	☐	☐	☐
Søknad om årsforlengelse	☐	☐	☐

53. Dersom kommisjonen oppdager et vedtak etter kapittel 4 som inneholder slike mangler at det må anses ugyldig: Anser du kommisjonen kompetent til å sette dette til side som ugyldig?

(Oppgi kun ett svar)

Ja	Nei	Vet ikke/ikke relevant
☐	☐	☐

54. Dersom du mener kommisjonen er kompetent til å sette dette til side som ugyldig (forrige spørsmål), gjelder dette også ugyldige § 4-4-vedtak?

(Oppgi kun ett svar)

Ja	Nei	Vet ikke/ikke relevant
☐	☐	☐

55. I hvilken grad opplever du at oppgavene og ansvaret til Kontrollkommisjonen er klart nok definert i regelverket når det gjelder:

(Oppgi kun ett svar pr. spørsmål)

	Ingen grad	Liten grad	Noen grad	Stor grad	Svært stor grad	Vet ikke/ikke relevant
Kommisjonen som klageinstans	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Kommisjonens kontroll med tvangsvedtak	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Kommisjonens rolle mht velferdskontroll	☐	☐	☐	☐	☐	☐

56. Fører kontrollkommisjonen særskilt velferdskontroll der barn er innlagt?

(Oppgi kun ett svar)

Ja	Nei	Vet ikke/ikke relevant
☐	☐	☐

57. I hvilken grad opplever du at ansvarfordelingen mellom kontrollkomisjonene og fylkesmannen er klart nok definert i regelverket:

(Oppgi kun ett svar)

Ingen grad

☐

Liten grad

☐

Noen grad

☐

Stor grad

☐

Svært stor grad

☐

Vet ikke/ikke
relevant

☐

58. I hvilken grad opplever du at kontrollkommisjonen er uavhengig av den institusjonen som kontrollkommisjonen fører kontroll med?

(Oppgi kun ett svar)

Ingen grad

☐

Liten grad

☐

Noen grad

☐

Stor grad

☐

Svært stor grad

☐

Vet ikke/ikke
relevant

☐

59. Opplever du noen utfordringer i rollen som kontrollkommisjonsleder når det gjelder uavhengighet og upartiskhet. I så fall hvilke.

Begrunn kort svaret.

(Frivillig)

60. Oppfatter du den enkelte kontrollkommisjon som et selvstendig forvaltningsorgan etter forvaltningsloven

(Oppgi kun ett svar)

Ja

☐

Nei

☐

Vet ikke/ikke relevant

☐

61. VURDERINGER AV ORDNINGENE FOR KONTROLL- OG KLAGESAKSBEHANLING

62. I saker etter phvl § 3-8 tredje ledd (søknad om årsforlenging); anser kommisjonen seg kompetent til å godkjenne forlengelse for en kortere periode enn ett år?

(Oppgi kun ett svar)

Ja

☐

Nei

☐

Vet ikke/ikke relevant

☐

63. I hvilken grad oppfatter du de administrative rammene rundt kontrollkomisjonene som tilfredsstillende?

(Oppgi kun ett svar)

Ingen grad	Liten grad	Noen grad	Stor grad	Svært stor grad	Vet ikke/ikke relevant
☐	☐	☐	☐	☐	☐

64. I hvilken grad oppfatter du de administrative rammene rundt kontrollkommisjonene som tilfredsstillende - Fritekst(Frivillig)

65. I hvilken grad anser du den faglige oppfølgingen/støtten av kommisjonene fra Helsedirektoratet som tilfredsstillende?

(Oppgi kun ett svar)

Ingen grad	Liten grad	Noen grad	Stor grad	Svært stor grad	Vet ikke/ikke relevant
☐	☐	☐	☐	☐	☐

66. Ta stilling til følgende påstand:

Kontrollkommisjonene (som institusjon) ivaretar rettssikkerheten i henhold til lovkravene

(Oppgi kun ett svar)

Helt uenig

Delvis uenig

Verken eller

Delvis enig

Helt enig

Vet ikke/ikke
relevant

☐☐☐☐☐☐

67. Ta stilling til følgende påstand:

Kontrollkommisjonene besitter tilstrekkelig kompetanse til å treffe rettsriktige vedtak i sakene

(Oppgi kun ett svar)

Helt uenig

Delvis uenig

Verken eller

Delvis enig

Helt enig

Vet ikke/ikke
relevant

☐☐☐☐☐☐

68. Ta stilling til følgende påstander om behov for kompetanse i kontrollkommisjonene:

(Oppgi kun ett svar pr. spørsmål)

Helt uenig

Delvis uenig

Verken eller

Delvis enig

Helt enig

Vet ikke/ikke
relevant

Behov for
spesialist-

☐☐☐☐☐☐

kompe-
tanse innen
psykiatri

Behov for
dommererf-
aring

☐☐☐☐☐☐

69. Er det noe som er problematisk for kommisjonens i forhold til dens ansvarsområder?

(Frivillig)

70. Ser du behov for endringer i regelverket?

(Oppgi kun ett svar pr. spørsmål)

Ja

Nei

Vet ikke/ikke relevant

Behov for endringer i
psykisk
helsevernloven

☐☐☐

Behov for nye
forskrifter eller
endring i gjeldende
forskrifter

☐☐☐

Vennligst utdyp dersom du mener det er behov for endringer i psykisk helsevernloven eller gjeldende forskrifter:

71. I hvilken grad opplever du at kvaliteten til bidragene i klagesakene fra advokatene er tilfredsstillende?

(Oppgi kun ett svar)

Ingen grad

Liten grad

Noen grad

Stor grad

Svært stor grad

Vet ikke/ikke
relevant

☐☐☐☐☐☐

72. I hvilken grad opplever du at kvaliteten til bidragene i vedtakssakene fra den faglig ansvarlige er tilfredsstillende?

(Oppgi kun ett svar pr. spørsmål)

	Ingen grad	Liten grad	Noen grad	Stor grad	Svært stor grad	Vet ikke/ikke relevant
Saksforelegg i klagesaker	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Redegjørelse første tre-måneders-kontroll (§3-8 andre ledd)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Søknad om årsforlengelse	☐	☐	☐	☐	☐	☐

73. Etter din vurdering, hva er de sterke og svake sidene ved dagens ordning for kontroll- og klagesaksbehandling vedrørende psykisk helsevernloven?

(Frivillig)

74. Hva er de sterke og svake sidene ved ordningen med kontrollkommisjonene som kontroll- og overprøvingsorganer? Begrunn kort svaret

(Frivillig)

75. Har du forslag til hvordan dagens ordninger for kontroll- og klagesaksbehandling vedrørende psykisk helsevernloven kan forbedres?

Hvordan kan ordningen med kontrollkommisjonene som kontroll- og overprøvingsorganer forbedres

(Frivillig)

76. Dette er et åpent spørsmål til slutt, her kan du skrive inn kommentarer, innspill og utdypninger

(Frivillig)

77. Takk for at du svarte på undersøkelsen!

**DANMARK**

Oxford Research A/S
Falkoner Allé 20
2000 Frederiksberg
Danmark
Tel: (+45) 3369 1369
office@oxfordresearch.dk

NORGE

Oxford Research AS
Østre Strandgate 1
4610 Kristiansand
Norge
Tel: (+47) 4000 5793
post@oxford.no

SVERIGE

Oxford Research AB
Norrandsgatan 11
103 93 Stockholm
Sverige
Tel: (+46) 08 240 700
office@oxfordresearch.se

FINLAND

Oxford Research Oy
Fredrikinkatu 61a
00100 Helsinki
Finland
www.oxfordresearch.fi
office@oxfordresearch.fi

BRUXELLES

Oxford Research
C/o ENSR
5. Rue Archimède
Box 4, 1000 Brussels
www.oxfordresearch.eu
office@oxfordresearch.eu

LATVIJA

Oxford Research SIA
Vilandes iela 6-1
LV-1010, Rīga, Latvija
Tel.: (+371) 67142503
<http://oxfordresearch.lv>
info@oxfordresearch.lv