

Samme bruker – ulike lovbestemmelser – samme rettsikkerhet?

*Om bruk av tvang hjemlet i
sosialtjenestelovens kapittel 4A og
pasientrettighetslovens kapittel 4A*

Anine Terland



Masteroppgave ved det erfaringsbaserte studiet i
helseledelse og helseøkonomi

UNIVERSITETET I OSLO

Det medisinske fakultet

Mai 2010

© Anine Terland, 2010

Samme bruker – ulike lovbestemmelser – samme rettsikkerhet?

Om bruk av tvang hjemlet i sosialtjenestelovens kapittel 4A og
pasientrettighetslovens kapittel 4A

<http://www.duo.uio.no/>

Trykk: Reprosentralen, Universitetet i Oslo

Sammendrag

Nye lovbestemmelser om tvungen helsehjelp ble iverksatt 1.1.2009, hjemlet i pasientrettighetsloven kapittel 4A: ”Helsehjelp til pasienter uten samtykkekompetanse som motsetter seg helsehjelp”. Perioden før dette var preget av utilstrekkelig lovverk og rettsikkerhet overfor personer uten samtykkekompetanse som nektet somatisk helsehjelp, inkludert pleie- og omsorgstjenester. De nye lovbestemmelsene er diagnoseuavhengig og hjemler bruk av tvungen helsehjelp overfor personer med demens, utviklingshemning og fysiske og psykiske forstyrrelser. For utviklingshemmede gjelder også lovbestemmelser om bruk av tvang hjemlet i sosialtjenestelovens kapittel 4A: ”Rettsikkerhet ved bruk av tvang og makt overfor enkelte personer med psykisk utviklingshemning”.

Oppgaven redegjør for de ulike lovbestemmelsene, 4A og 4A, vurderer forskjeller og likheter i lovkravene og rettsikkerhetsmessige forhold. Videre er det foretatt en gjennomgang av kunnskap om bruk av tvang i forbindelse med helsehjelp før lovbestemmelsene ble iverksatt. Datamaterialet består av innrapport tallmateriale fra Helsetilsynet i fylkene, fylkesmennenes helse- og sosialmeldinger fra 2009 og intervjuer med vernepleiere og en jurist.

I sosialtjenestelovens kapittel 4A er blant annet krav om at overordnet faglig ansvarlig skal fatte vedtak om bruk av tvang, at spesialisthelsetjenesten skal delta i vurdering av tvangstiltakene, krav til kompetanse hos tjenesteyterne som skal gjennomføre tiltakene, og at det skal være to tilstede ved gjennomføring. Det er også krav til at andre løsninger enn tvang skal være forsøkt og dokumentert, og vedtak må godkjennes av Fylkesmannen før de iverksettes. Kravene i pasientrettighetslovens kapittel 4A er mindre omfattende, blant annet er vedtakskompetansen lagt til ansvarlig helsepersonell og det er kun krav til etterkontroll av vedtak.

Gjennomgang av undersøkelser om tvangsbruk i forbindelse med helsehjelp før de nye tvangsbestemmelsene viser relativt utstrakt bruk av tvang overfor eldre og demente. Rapporteringer fra Helsetilsynet i fylkene og deres vurderinger av situasjonen viser relativt få vedtak om tvungen helsehjelp i 2009. Før lovbestemmelsene trådte i kraft ble det antatt at de ville berøre ca 6000 personer på landsbasis. Rapporteringer for 2009 viser at Helsetilsynet i fylkene mottok 1687 vedtak, nærmere 70 % av disse varte utover tre måneder. Inntrykket er at

det er en underrapportering på bruk av tvang, det vil si at helsepersonell iverksetter tvungen helsehjelp uten å fatte vedtak, og at det er mangel på kjennskap til de nye lovbestemmelsene. Data fra intervjuene viser mange utfordringer ved implementering av de nye lovbestemmelsene om tvungen helsehjelp. De ulike kravene i lovbestemmelsene gir ulikt grunnlag for å sikre rettsikkerhet overfor tjenestemottakerne.

Data både fra Helsetilsynet i fylkene og informantene viser særlig utfordringer når samtykkekompetanse skal vurderes, i arbeid med tillitskapende tiltak og dokumentasjon, i det å få god nok kunnskap om lovbestemmelsene, i samarbeid mellom ulike typer helsepersonell og tjenesteytere i daglig samhandling med tjenestemottakere og forhold knyttet til styring og ledelse.

Innholdsfortegnelse

1. Innledning.....	6
1.1. Bakgrunn for valg av tema og problemstilling	6
1.2. Nærmere om tema og problemstilling	6
1.3. Oppbygging av oppgaven.....	8
2. Rettsikkerhet, sentrale prinsipper og begreper	8
2.1. Generelle prinsipper for tjenesteutøvelse	10
2.2. Begrepet tvang.....	11
2.3. Tilsyn og kontroll	12
3. Tvang og makt overfor utviklingshemmede hjemlet i sosialtjenesteloven	13
3.1. Hva og hvem omfatter lovbestemmelsene.....	13
3.2. Vedtak om og gjennomføring av tvangstiltak	14
3.3. Erfaringer med lovbestemmelsene	14
4. Nye lovbestemmelser om tvungen helsehjelp.....	16
4.1. Situasjonen før nye lovbestemmelser om tvungen helsehjelp	16
4.2. Hvorfor lovbestemmelser om tvungen helsehjelp?	19
4.3. Lovbestemmelsene om tvungen helsehjelp	20
4.3.1. Helsehjelp.....	21
4.3.2. Tillitskapende tiltak.....	22
4.3.3. Vedtak om og gjennomføring av tvungen helsehjelp.....	23
4.3.4. Manglende samtykkekompetanse	24
5. Metode.....	24
5.1. Valg av metode.....	25
5.2. Fokusgruppe/gruppesamtale.....	26
5.3. Kvalitativt intervju	27
5.4. Analyse av materialet	28
6. Empiri.....	29
6.1. Rapportering på bruk av tvang	29
6.2. Vedtak om tvungen helsehjelp	32
6.3. Gjennomføring av vedtak om tvungen helsehjelp.....	35
6.4. Vurdering av samtykkekompetanse	39
6.5. Dokumentasjon og tillitskapende tiltak	41
6.6. Styrings- og ledelsesmessige utfordringer (IK).....	43
7. Avsluttende refleksjoner	46
7.1. Utfordringer ved implementering.....	46
7.2. Rettsikkerhet ved bruk av tvang	49

1. Innledning

1.1. Bakgrunn for valg av tema og problemstilling

Gjennom arbeid med tvang og makt overfor utviklingshemmede¹, både i praksis som vernepleier, som leder og senere med tilsyn og veiledning i grupper har jeg vært opptatt av nødvendig og forsvarlig bruk av tvang overfor utviklingshemmede. I tjenesteutøvelse overfor personer med ervervet hjerneskade og demente har jeg blitt oppmerksom på at en som tjenesteyter står overfor like utfordrende og vanskelige situasjoner hvor bruk av tvang kan være nødvendig for å sikre forsvarlig hjelp. Men dette har vært et ”lovtomt” rom inntil nye lovbestemmelser om tvungen helsehjelp² hjemlet i pasientrettighetslovens kapittel 4A ble iverksatt 1.1.2009. De nye lovbestemmelsene hjemler bruk av tvungen helsehjelp også overfor utviklingshemmede som motsetter seg nødvendig helsehjelp.

Fra 1999 ble lovbestemmelser som regulerte bruk av tvang overfor utviklingshemmede hjemlet i lov om sosiale tjenester. Problemstillinger knyttet til bruk av tvang, og ikke minst håndtering av situasjoner for å unngå bruk av tvang, har vært og er pågående diskusjoner i vernepleieres yrkesutøvelse, etiske retningslinjer og faglige tilnæringsmåte. Vernepleiere er en helsepersonellgruppe som har et bevisst og reflektert forhold til nødvendig og forsvarlig bruk av tvang, og ikke minst i å tilrettelegge for å unngå bruk av tvang. I tjenesteutøvelse overfor utviklingshemmede er det over lang tid utviklet etisk og faglig kompetanse og bevissthet rundt hva som er nødvendig og forsvarlig tvangsbruk.

Fordi lovbestemmelsene om tvungen helsehjelp er nye har det vært mulig å rette oppmerksomhet mot tema mens tjenesteytere fortsatt er i en opplærings- og implementeringsfase.

1.2. Nærmere om tema og problemstilling

I januar 1999 ble det første gang iverksatt midlertidige lovbestemmelser hjemlet i sosialtjenestelovens kapittel 6A, som hjemlet bruk av tvang og makt overfor utviklingshemmede. 1. januar 2004 ble lovbestemmelsene gjort permanente, og hjemlet i

¹ I oppgaven brukes kortformen utviklingshemmede som betegnelse på personer med psykisk utviklingshemning.

² Pasientrettighetsloven kapittel 4A: helsehjelp til pasienter uten samtykkekompetanse som motsetter seg helsehjelp

sosialtjenestelovens kapittel 4A³: ”Rettsikkerhet ved bruk av tvang og makt overfor enkelte personer med psykisk utviklingshemning” kan også ha behov for vedtak om bruk av tvang i gjennomføring av nødvendig og forsvarlig helsehjelp. Eksempler på dette kan være å få gitt nødvendige medisiner, gjennomføre nødvendig undersøkelse og behandling i spesialisthelsetjenesten og gjennomføre nødvendig tannbehandling. Bestemmelsene i sosialtjenestelovens kapittel 4A gir adgang til bruk av tvang i forbindelse med skadeavvergende tiltak i gjentatte nødssituasjoner og tiltak for å dekke tjenestemottakerens⁴ grunnleggende behov for mat, drikke, påkledning, hvile, søvn, hygiene og grunnleggende trygghet. Lovbestemmelsene gjelder ved utøvelse av sosiale tjenester og pleie- og omsorgstjenester etter kommunehelsetjenesteloven til utviklingshemmede.

Mange vernepleiere arbeider i kommunale helse- og sosiale tjenester, gjerne kalt pleie- og omsorgstjenester. I kommunale tjenester er vernepleiere mange steder eneste helsepersonellgruppe i daglig tjenesteutøvelse overfor utviklingshemmede. Det er tankevekkende at begrepet sosial i stadig større grad erstattes av begrepet omsorg når det er snakk om kommunale helse- og sosiale tjenester. I statlig forvaltning er sosialbegrepet borte. Nå er det Helse- og omsorgsdepartementet og Helsedirektoratet der det før var et Sosialdepartement og et Sosial- og helsedirektorat. I dette spenningsfeltet, ofte med ulike faglige tradisjoner, er det vernepleiere i kommunale tjenester utøver tjenester. Det var derfor interessant å se nærmere på de to ulike lovbestemmelsene som hjemler bruk av tvang overfor utviklingshemmede, utfordringer knyttet til implementering og hvordan vernepleiere får oppgaver, har kompetanse og opplever utfordringer når de nye lovbestemmelsene iverksettes.

Forskningsspørsmål som ble utgangspunkt for arbeidet med oppgaven var:

- hva er erfaringer og utfordringer ved å implementere de nye lovbestemmelsene om tvungen helsehjelp?
- hvordan er rettsikkerhet ivaretatt overfor tjenestemottakere hvor bruk av tvang er nødvendig for å sikre forsvarlige helse- og sosiale tjenester?

For å besvare spørsmålene har jeg vurdert lovbestemmelsene hjemlet i de to 4A kapitlene, og rettsikkerhetsmessige aspekter. Av rettsikkerhetsmessige forhold er det særlig vurdering av

³ I 2009 ble ny sosialtjenestelov iverksatt. Den hjemler sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen (Nav). Når jeg bruker betegnelsen sosialtjenesteloven i denne oppgaven mener jeg den opprinnelige fra 1991.

⁴ Tjenestemottaker brukes som begrep for personen som mottar helse- og sosiale tjenester, også når det gjelder de som mottar helsehjelp og det i lovbestemmelsene brukes pasient.

samtykkekompetanse, vedtakskompetanse, hvilke situasjoner som aktualiserer behov for vedtak og arbeid med alternativer til tvang. Videre undersøkte jeg hvordan noen vernepleiere har opplevd implementeringen, og erfaringer Helsetilsynet i fylkene har gjort. Siden bestemmelsene om tvungen helsehjelp nylig var iverksatt, og lovbestemmelser knyttet til bruk av tvang og makt overfor utviklingshemmede har virket i ti år, var det interessant å fokusere på forhold ved iverksetting av nytt regelverk med særlig fokus på utviklingshemmede.

1.3. Oppbygging av oppgaven

I *kapittel 2* beskrives noen sentrale prinsipper og begreper som gjelder begge lovbestemmelsene.

I *kapittel 3 og 4* redegjøres det for de to lovbestemmelsene, 4A og 4A, som hjemler bruk av tvang. Noen forhold som berører rettsikkerhetsmessige aspekter i lovbestemmelsene presenteres og vurderes med hensyn til forskjeller og likheter. Det er dermed ikke en fullstendig redegjørelse for lovbestemmelsene. For å forstå utviklingen av de nye lovbestemmelsene om tvungen helsehjelp beskrives situasjonen før de nye lovbestemmelsene om tvungen helsehjelp trådte i kraft, og hvordan dette ”lovtomme” rommet virket.

I *kapittel 5* redegjøres det for valg av metode, og fremgangsmåte for den empiriske delen av oppgaven. Datamaterialet består av innrapportert tallmateriale fra Fylkesmannsembetene som viser omfang av vedtak på ulike typer tvang og Fylkesmennenes helse- og sosialmeldinger for 2009 presenteres. På bakgrunn av dette har jeg vurdert det de har beskrevet når det gjelder erfaringer med implementering av de nye lovbestemmelsene om tvungen helsehjelp. Videre presenteres empiri fra et gruppeintervju med noen vernepleiere og et intervju med en jurist.

Kapittel 6 og 7 presenterer datamaterialet og empiri fra intervjuene, samt vurderinger og drøftinger av de mest sentrale funnene og rettsikkerhetsmessige forhold. Avslutningsvis vurderer jeg forskningsspørsmålene og reflekterer rundt funn i datamaterialet.

2. Rettsikkerhet, sentrale prinsipper og begreper

Rettsikkerhet kan defineres som den sikkerhet som ligger i at samfunnet er regulert av rettsregler, og at myndighetene håndhever dem. Det skilles gjerne mellom rettsregler som skal sikre mot angrep fra enkeltmennesker og rettsregler som skal hindre overgrep fra statsmakten/myndighetene (Fylkesmannen i Vestfold 2005, s.12). I denne oppgaven er det

sistnevnte som er aktuelt, rettsikkerhet i forvaltningen, både såkalte første instans nivåer som tjenestene selv, og Fylkesmannen og Helsetilsynet i fylket som tilsyns- og klageinstans. Mulighet til å klage på feil og mangler i tjenesteutøvelsen er en viktig del av rettsikkerheten.

Det enkelte individ må sikres vern mot ulovelige inngrep. En opererer gjerne med materielle, prosessuelle og personelle rettsikkerhetsmessige garantier for å oppnå dette. Formål med regulering av rettigheter i lovbestemmelser er blant annet å sikre forsvarlig saksbehandling og ivareta tjenestemottakerens rettsikkerhet. Materiell rettsikkerhet gjelder krav til innhold i avgjørelsene som treffes, og vedtak må ha hjemmel i lovbestemmelser. Når tjenester gis er det en nedre grense for forsvarlighet, som handler om krav til omfang, tilgjengelighet og kvalitet⁵. Prosessuelle rettsikkerhetsgarantier er saksbehandlingskrav, for eksempel hjemlet i forvaltningsloven. Personelle krav er kompetansekrav, for eksempel til hvem som kan fatte vedtak og hvilken kompetanse vedkommende eventuelt skal ha. Det er særlig prosessuelle og personelle rettsikkerhetsmessige forhold som er ulike i lovbestemmelsene, og som blir vurdert og drøftet nærmere i oppgaven.

Rettsikkerhetsmessig er det ulike krav til bruk av tvang i de to aktuelle lovbestemmelsene. I kapittel 4A i sosialtjenesteloven er det blant annet krav til at overordnet faglig ansvarlig skal fatte vedtak om bruk av tvang, at spesialisthelsetjenesten skal delta i vurdering av tvangstiltakene og veiledning til ansatte som skal gjennomføre tvangstiltak. Videre er det krav til kompetanse hos tjenesteyterne som skal gjennomføre tiltakene, og at det skal være to tilstede ved gjennomføring. Det er også krav til at andre løsninger enn tvang skal være forsøkt og dokumenteres, og vedtak må godkjennes av Fylkesmannen før de iverksettes. Kravene i pasientrettighetsloven er mindre omfattende, blant annet er vedtakskompetansen lagt til ansvarlig helsepersonell og det er kun krav til etterkontroll av vedtak. Det er grunnlag for å stille spørsmål ved om rettsikkerheten er like godt ivaretatt (jf kapittel 6 og 7).

”Kravene på området skal bidra til å sikre at brukerne til enhver tid får forsvarlige tjenester, så rettsikkerheten ivaretas. Brudd på lovkrav betyr at rettsikkerhet ikke ivaretas, og kan føre til mange brukere ikke får tjenester de har krav på” (Statens helsetilsyn 2007, s. 18)

⁵ Fusa-dommen (RT 1990-894) omhandlet det at når en tjenestemottaker har krav på en ytelse kan ikke kommunen gå en slik minstegrense.

2.1. Generelle prinsipper for tjenesteutøvelse

Kommunene har gjennom flere ti år fått endret ansvar for helse- og sosiale tjenester til nye brukere. Tradisjonelle institusjonstjenester reduseres og kommunale tjenester og brukere øker i omfang. Reformen for mennesker med psykisk utviklingshemning, HVPU⁶-reformen, i perioden 1991 til 1996 er et eksempel på avvikling av institusjonsomsorg og overføring av ansvar til kommunene. Utviklingshemmede som tidligere bodde i fylkeskommunale institusjoner (HVPU) flyttet i egen bolig. I dag bor de fleste voksne utviklingshemmede i kommunale leiligheter på eget hjemsted, med oppfølging og hjelp fra kommunene. Utviklingen fører til at et tidligere mer tradisjonelt skille mellom institusjonstjenester og hjemmebaserte tjenester, og mellom sosiale tjenester og helsetjenester ikke er så tydelig.

Hovedregel for all tjenesteutøvelse, om det er helsehjelp eller sosiale tjenester, gitt i institusjon eller hjemme, er at forsvarlige tjenester skal være basert på frivillighet, medvirking og samtykke. Vurdering av samtykkekompetanse er dermed viktig for forsvarlig tjenesteutøvelse. Helsehjelp kan bare gis med pasientens samtykke, med mindre det foreligger lovhjemmel eller annet gyldig rettsgrunnlag for å gi tjenester uten samtykke.

Pasientrettighetslovens kapittel 4A og sosialtjenestelovens kapittel 4A er to eksempler på unntak fra hovedregelen.

Det kan være mange måter å sørge for andre løsninger enn å bruke tvang. Hvordan tjenestetilbud og helsehjelp blir tilrettelagt kan være av stor betydning for å legge til rette for minst mulig tvangsbruk. Tjenestetilbudet kan være medvirkende årsak til motstand mot helsehjelp og atferdsproblemer generelt, men også føre til at behov for tvangstiltak reduseres eller unngås. For eksempel kan det å ta seg god tid til å opparbeide tillitt og trygghet hos en tjenestemottaker føre til at en kan unngå motstand fra tjenestemottakeren. Tjenestene må tilrettelegges på en slik måte at respekt for den enkeltes integritet og selvbestemmelsesrett ivaretas.

Faglig og etisk forsvarlig tjenesteutøvelse forutsetter refleksjon og bevissthet rundt både det å finne andre løsninger enn bruk av tvang, og om det ikke er mulig, å redusere bruk av tvang til et minimum. Tjenesteutøvelse hvor det er nødvendig med bruk av tvang kan være belastende og utfordrende både for tjenestemottaker og tjenesteyter. Ekstra sårbar kan samhandlingen bli når tjenestemottakeren ikke kan formidle egne erfaringer og eventuelt klage på forhold de er

⁶ HVPU står for helsevernet for psykisk utviklingshemmede

misfornøyd med. Tvang kan ofte forhindres ved å tilrettelegge tjenester og fange opp tidlige tegn hos tjenestemottakeren på forhold, som hvis de ikke stoppes, kan resultere i tvangstiltak. I slike situasjoner kan god kjennskap til tjenestemottaker være avgjørende for å skape tillit og forhindre bruk av tvang.

Formål med lovregulering av både bruk av tvang og makt overfor utviklingshemmede ved utøvelse av sosiale tjenester, og tvungen helsehjelp er å sikre forsvarlige tjenester, å forebygge og begrense bruk av tvang og bedre rettsikkerhet når det er helt nødvendig og forsvarlig å bruke tvang. Formålet er dermed to-delt; å hindre vesentlig skade og helseskade og å forebygge og begrense bruk av tvang.

2.2. Begrepet tvang

Begrepet tvang omfatter tiltak som blir brukt for å overvinne eller omgå motstand. Tiltak for å overvinne motstand er for eksempel å holde armer og ben for å få satt en sprøyte. Tiltak for å unngå motstand kan være mer diffuse, og ikke nødvendigvis oppfattes som typiske tvangstiltak fordi motstand ikke blir uttrykt. Ett eksempel kan være å røre legemiddel ut i syltetøy fordi personellet vet at tjenestemottakeren vil motsette seg å ta pillen. Ett annet eksempel å gi narkose, som pasienten ikke motsetter seg, for å gjennomføre nødvendig tannbehandling.

Tvangsbegrepet er noe videre definert i sosialtjenestelovens kapittel 4A enn i pasientrettighetsloven kapittel 4A. Med tvang og makt menes i førstnevnte tiltak som tjenestemottakeren motsetter seg, eller tiltak som er så inngripende at de uansett motstand må regnes som bruk av tvang. Bruk av inngripende varslingssystemer skal for eksempel alltid regnes som bruk av tvang. Lovgiver opererer her, i tillegg til motstand, med et objektive tvangsbegrep, som uansett motstand defineres som tvang. Det er begrensninger i hva som kan brukes av tvangstiltak, og dermed hva som regnes som faglig og etisk forsvarlig (jf kapittel 3 og 4).

Lovgiver har sett at bruk av tvang som ledd i pleie og omsorg kan hjemles i begge disse lovbestemmelsene. Kravene i pasientrettighetslovens kapittel 4A er noe mindre omfattende, og det er derfor presisert at for utviklingshemmede skal behov for tvang i pleie og omsorg primært hjemles i sosialtjenestelovens kapittel 4A, det vil si gå foran pasientrettighetslovens kapittel 4A. I motsatt fall kunne en tenkt seg situasjoner hvor kommunene hadde valgt å

hjemle tvangsbruk som helsehjelp i stedet for å følge de mer omfattende kravene til saksbehandling i sosialtjenesteloven.

2.3. Tilsyn og kontroll

Fylkesmannen og Helsetilsynet i aktuelt fylke har oppgaver med kontroll og tilsyn av virksomhetene som er ansvarlig, det vil si kommunenes, spesialisthelsetjenestenes og tannhelsetjenestenes etterlevelse av lovbestemmelsene. Kontroll og tilsynsoppgavene er noe ulike for de to lovbestemmelsene, men vil fungere som en rettsikkerhetsgaranti for som er berørt.

Helsetilsynet i fylkene har tilsyn og kontroll av vedtak om tvungen helsehjelp, også overfor utviklingshemmede. De skal ha kopi av alle vedtak om tvungen helsehjelp. Vedtak som varer over tre måneder skal Helsetilsynet i fylket kontrollere⁷. Det innebærer en etterkontroll, og skiller seg fra kontroll med vedtak om tvang hjemlet i sosialtjenesteloven. Helsepersonell kan dermed fatte vedtak og iverksette tvungen helsehjelp uten forhåndgodkjenning. Dette gjelder ikke for bruk av tvang etter kapittel 4A i sosialtjenesteloven. Her må bruk av tvang forhåndsgodkjennes av Fylkesmannen før tvangstiltak iverksettes. I praksis innebærer det at kommunens vedtak ikke er gyldig og kan iverksettes før Fylkesmannen har fattet vedtak om godkjenning, eventuelt ikke godkjent det. Fylkesmannen skal også kontrollere at kommunene etterlever krav til kompetanse hos tjenesteyterne når tvangstiltak gjennomføres.

I tillegg til disse oppgavene etter sosialtjenestelovens kapittel 4A er Fylkesmannen pålagt et særskilt tilsyn med bruk av tvang og makt overfor utviklingshemmede. Der det er fattet vedtak om bruk av tvang skal Fylkesmannen, i tillegg til systemrettet tilsyn, også føre såkalt stedlig tilsyn for å kontrollere at tvangstiltak gjennomføres i samsvar med vedtak⁸.

Fylkesmennene er klageorgan for saker etter begge lovbestemmelsene. I tillegg har Fylkesmannen andre oppgaver i forbindelse med iverksetting av de nye lovbestemmelsene, som råd, veiledning og opplæring overfor tjenestene.

⁷ Statens helsetilsyn har i utarbeidede retningslinjer for Helsetilsynet i fylkenes behandling lagt opp til en noe strengere kontroll enn krav i lovbestemmelsene om tvungen helsehjelp. Jf Rundskriv IK-3/2008.

⁸ Lov om sosiale tjenester § 2-6

3. Tvang og makt overfor utviklingshemmede hjemlet i sosialtjenesteloven

Sosialtjenesteloven kapittel 4A åpner for at tvang og makt kan brukes ved planlagte skadeavvergende tiltak i gjentatte nødssituasjoner, og ved tiltak for å dekke grunnleggende behov for mat og drikke, påkledning, hvile, søvn, hygiene og personlig trygghet, herunder opplærings- og treningstiltak. Nedenfor beskrives krav til planlagt bruk av tvang. Det innebærer at beslutning om bruk av tvang etter § 4A-5 tredje ledd bokstav a: skadeavvergende tiltak i nødssituasjoner ikke beskrives nærmere, da dette ikke er aktuelt for sammenlikning med bestemmelsene om tvungen helsehjelp.

Formålet med bestemmelsene var, og er, fortsatt å hindre at personer med psykisk utviklingshemning utsetter seg selv eller andre for vesentlig skade, samt å forebygge og begrense bruk av tvang og makt. Formålet med de nye lovbestemmelsene om tvungen helsehjelp er avgrenset til å hindre vesentlig helseskade på personen selv, og kan ikke brukes for å forhindre skade på andre personer. Ellers er formålet med å forebygge og begrense bruk av tvang likelydende.

3.1. Hva og hvem omfatter lovbestemmelsene

Lovbestemmelsene gjelder bruk av tvang og makt som ledd i tjenester etter sosialtjenestelovens § 4-2 bokstavene a til d overfor utviklingshemmede. Vilkår for å få slike tjenester er hjemlet i § 4-3 og gjelder personer som *”ikke kan dra omsorg for seg selv eller som er helt avhengig av praktisk og personlig hjelp for å greie dagliglivets gjøremål”*. De sosiale tjenestene som er hjemlet i § 4-2 omfatter praktisk bistand, opplæring og brukerstyrt personlig assistanse, avlastningstiltak for personer og familier som har særlig tyngende omsorgsansvar, støttekontakt, plass i institusjon eller bolig med heldøgns omsorgstjenester og lønn til personer som har et særlig tyngende omsorgsarbeid.

Det er særlig aktuelt å bruke tvangstiltak hjemlet i kapittel 4A i forbindelse med praktisk bistand og opplæring, det vil si ulike typer av hjemmetjenester. Lovbestemmelsene gjelder for personer som har fått diagnosen psykisk utviklingshemning. Vanligvis vil det være utredning i spesialisthelsetjenesten som fører frem til diagnose, fordi primærhelsetjenesten ofte ikke har nødvendig kompetanse til å gjennomføre forsvarlig diagnostisk utredning.

3.2. Vedtak om og gjennomføring av tvangstiltak

Aktuelle tvangstiltak og metoder som blir brukt skal beskrives i et vedtak kommunen utformer. Det skal være oppnevnt en overordnet faglig ansvarlig for tiltak hjemlet i kapittel 4A i kommunen, og det er denne personen som formelt fatter og undertegner et slikt vedtak. Spesialisthelsetjenesten skal bistå kommunene i dette arbeidet. Kravene skiller seg fra saksbehandlingskravene om tvungen helsehjelp (jf kapittel 4.3.3.), og i kapittel 6 og 7 skisseres noen av utfordringene dette fører til.

Det er relativt omfattende saksbehandlingsregler for å utforme og få godkjent vedtak før iverksetting. Tjenestemottaker skal være psykisk utviklingshemmet, hjelpeverge skal oppnevnes, andre løsninger enn tvang skal være forsøkt, og eventuelt begrunnet godt om det ikke er gjort og spesialisthelsetjenesten skal involveres i prosessen. Videre er det formelle kompetansekrav for ansatte som skal gjennomføre tvangstiltakene, og det skal, med mindre det er til ulempe for tjenestemottaker, være to tjenesteytere tilstede ved gjennomføring.

Saksbehandlingsreglene knyttet til kapittel 4A skal blant annet sikre at eventuelt behov for tvangsbruk blir vurdert av flere personer og instanser så nødvendig tvangsbruk reduseres til et minimum og unngås der det er mulig. Ansatte som skal gjennomføre tvangstiltakene skal ha formell kompetanse og kunnskap om tiltakene, og være to tilstede hvis det ikke er til ulempe for tjenestemottaker. Kommunene må legge ned mye arbeid i forbindelse med saksbehandling, og ikke minst i oppfølging og evaluering av tvangstiltakene.

3.3. Erfaringer med lovbestemmelsene

Fylkesmennene mottar årlig meldinger om beslutninger om tvang i nødssituasjoner, og overprøver vedtak om planlagte skadeavvergende tiltak i gjentatte nødssituasjoner eller vedtak om tiltak for å dekke tjenestemottakerens grunnleggende behov. For 2009 var tallene henholdsvis 20 313 beslutninger og 886 godkjente vedtak (Statens helsetilsyn, 2009).

Statens helsetilsyn gjennomførte i 2005 og 2006 landsomfattende tilsyn med bruk av tvang overfor utviklingshemmede⁹. Erfaringer fra tilsynene viste underrapportering av tvangsbruk overfor utviklingshemmede. I mange av de undersøkte kommunene ble det brukt tvang uten at det var fattet vedtak. Kommunene har store utfordringer når det gjelder å unngå bruk av tvang der det er mulig og sikre forsvarlig håndtering når tvang og makt må brukes. Videre påpekes

⁹ Rapport fra Helsetilsynet 2/2006 og 5/2007

det brudd på kravene til saksbehandling og mangler ved å sikre at ansatte har tilstrekkelige kunnskaper og ferdigheter. Helsetilsynet fastslår at:

”Når kommunene mangler oversikt over og kontroll med bruk av tvang og makt, kan det være i strid med lovbestemmelsene. Videre kan det føre til inngrep mot den enkeltes integritet og at rettsikkerhet ikke ivaretas” (Statens helsetilsyn, 2007, s.19).

Samtidig viste tilsynet i 2005, som særlig undersøkte gjennomføring av godkjente vedtak, at det ofte skjer positiv endring over tid for tjenestemottakerne ved at tvangsbruk reduseres. Reduksjon av tvangsbruk over tid kan innebære at det i første vedtak brukes inngripende tvang, mens det ved fornyelse av vedtakene er behov for stadig mindre inngripende tvang fordi det jobbes målrettet med tiltak som innebærer mindre inngripende tvang og andre løsninger enn tvang. Dermed skjer en positiv utvikling over tid for den enkelte tjenestemottaker, uten at det gir utslag i tallene som rapporteres fra fylkene. I disse skilles det ikke mellom inngripende og mindre inngripende tvangsbruk.

Nordlandsforskning (Handegård og Gjertsen, 2008) gjennomførte en evaluering av tvangsbestemmelsene knyttet til utviklingshemmede i 2007. Oppsummeringen fikk tittelen *”Kapittel 4A – en faglig revolusjon? Evaluering av sosialtjenestelovens kapittel 4A”*. Den konkluderte blant annet med at informantene stort sett var enige om at lovbestemmelsene har vært positive for utviklingshemmede, ved at de har bidratt til at tvangsbruk overfor utviklingshemmede har gått betydelig ned de siste årene. Videre at lovreglene har ført til økt fokus på forebygging og begrenning av bruk av tvang og makt. Tjenesteyterne tenker mer på alternativer til tvang og mindre inngripende tvang, og de reflekterer mer over hva de gjør. Men den trekker også frem utfordringer som viser tendenser til ressursforskyvning fra generelle tjenester til utviklingshemmede til tjenestemottakere med utfordrende atferd, og at det fører til ”A” og ”B” lag.

Kommunene gir i samme evaluering tilbakemeldinger om at mye arbeid nedlegges i å forebygge og begrense bruk av tvang. Blant annet tilrettelegges slik at tjenestemottakerne får meningsfulle aktiviteter, variasjon og forutsigbarhet. Tjenesteyterne får veiledning og opplæring, og tjenestene tilrettelegger organisatorisk for forsvarlighet i tjenestene og klar ledelsesforankring.

Nordlandsforskning konkluderer med at evalueringen har vist at lovbestemmelsene har bidratt til mye positivt med hensyn til å bedre rettsikkerheten til utviklingshemmede. De går så langt som å konkludere med at de har bidratt til en gryende faglig revolusjon.

Det gjenstår å se om de nye lovbestemmelsene om tvungen helsehjelp vil ha samme positive effekt som Nordlandsforskning trekker frem når det gjelder bruk av tvang overfor utviklingshemmede. Forutsetninger er sannsynligvis at virksomhetene lykkes i å få oppmerksomhet rettet mot alternativer til tvang, og øke tjenesteyternes bevissthet og arbeid med alternativer. Det vil kreve både kompetanse og refleksjon hos tjenesteyterne. Sannsynligvis vil det en del steder også bety økt ressursinnsats, og oppmerksomhet rettet mot å tilrettelegge rammebetingelser, tjenestetilbud og fysisk utforming av omgivelsene. Underrapportering vil sannsynligvis være et problem også i forhold til de nye lovbestemmelsene.

4. Nye lovbestemmelser om tvungen helsehjelp

4.1. Situasjonen før nye lovbestemmelser om tvungen helsehjelp

I dette kapitlet beskrives kort situasjon og kunnskapsgrunnlaget om problemstillinger og omfang av tvangsbruk i forbindelse med tvungen helsehjelp før de nye tvangsbestemmelsene ble iverksatt. I følge Engedal m.fl. (2002) var det relativt lite kunnskap på området, og det som er gjort av undersøkelser er særlig knyttet til eldre og demente.

Statens helsetilsyn gjennomførte i 2001 landsomfattende tilsyn med kommunale helsetjenester til aldersdemente. Ett av områdene tilsynet undersøkte var rettighetsbegrensninger og bruk av tvang, og om kommunene sikrer kontroll med eventuell bruk av tvang. Helsetilsynet beskriver daværende rettslige hjemmelsgrunnlag for tvang på følgende måte:

”Bruk av tvang og rettighetsbegrensninger krever hjemmel i lov. Adgang til bruk av tvang og rettighetsbegrensninger bygger etter dagens regelverk på alminnelige regler i helsepersonelloven § 7 og straffeloven §§ 47 og 48 om handlinger i nødssituasjoner. Bestemmelsene tar utgangspunkt i å håndtere akutte og enkeltstående hendelser. Sykehjemsforskriften § 3-3 gir hjemmel for å benytte ”beskyttelsestiltak” for å beskytte beboere mot å skade seg selv eller andre beboere. Forskriften bygger imidlertid ikke på noen egen lovhjemmel og gir derfor ikke rettslig grunnlag for noe mer omfattende bruk av tvang.

Det foreligger ikke regelverk om dette som er tilpasset de dilemmaer pleie- og omsorgstjenester til aldersdemente innebærer” (Statens helsetilsyn, 2002, s. 12).

I rapporten beskriver Helsetilsynet at tvangsbruk overfor aldersdemente er utilstrekkelig rettslig regulert, og at fare for ukultur og overgrep er stor. I rapporten heter det blant annet at:

”I påvente av nytt regelverk må kommunene likevel forholde seg på en forsvarlig måte til de etiske og faglige dilemmaene de står overfor”.

Når det gjelder bruk av tvang rettet tilsynet oppmerksomhet mot om grensen mellom frivillighet og tvang i tjenesteutøvelsen var klar for tjenesteyterne, og om ansvaret for å vurdere bruk av tvang var lagt til personer med formell fagkompetanse. Tilsynet undersøkte også om eventuell bruk av tvang ble dokumentert slik at ledelsen kunne ha oversikt over eventuell tvangsbruk. Undersøkelsen Helsetilsynet gjennomførte dreide seg i stor grad om ”rammene”, det vil si i hvilken grad virksomhetene hadde styring og kontroll med eventuell bruk av tvang, og ikke i hvor stor utstrekning tvang var i bruk.

Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens la i 2002 frem en rapport vedrørende kartlegging av bruk av tvang og andre rettsavgrensende tiltak i tjenestene til personer med demens. Tittelen var *”Makt og avmakt. Rettighetsbegrensninger og bruk av tvangstiltak i institusjoner og boliger for eldre”*. Kartleggingen viste blant annet at både institusjoner og hjemmetjenester i relativt stor grad brukte tiltak som innebar tvang og krevde rettslig grunnlag. For pasienter med alvorlig grad av aldersdemens ble tvang brukt overfor 55 % av gruppen som ble undersøkt. Det ble påvist en klar sammenheng mellom iverksetting av slike tiltak og funksjonsevne hos brukerne. Tiltakene ble brukt oftest overfor brukere med alvorlig grad av demens, med avvikende atferd og funksjonssvikt. Kartleggingen viste også at generelle tiltak som låste dører og bruk av elektronisk varsling på dører var i bruk daglig eller av og til ved nesten halvparten av institusjonene (sykehjemmene). I undersøkelsen ble tvangstiltak kategorisert i fire typer tiltak; fysisk tvangsbruk, elektronisk overvåking, tvangsbruk ved gjennomføring av medisinsk undersøkelse eller behandling og ved gjennomføring av ADL (Activities of Daily Living). Tiltakene som oftest ble brukt var sengehest og medisiner i mat og drikke. Det var særlig sykepleierne som forordnet tvangstiltakene og begrunnelsene var blant annet å hindre fall og utføre et minimum av pleie.

Undersøkelsen viste at de fleste tvangstiltak som ble utført var rutinemessige tiltak som ikke ble utført for å redde liv og forhindre alvorlig helseskade. Og slik sett uhjemlet eller ulovelig tvangsbruk. Engedal m.fl. sier følgende:

”I denne undersøkelsen kan vi ikke definere noen av de tiltakene som vi har rapportert om som tiltak brukt i nødstilfelle. Muligens kan mange av tiltakene defineres som beskyttelsestiltak, men reglene om forskjellen mellom beskyttelsestiltak og tvangstiltak er så uklare at vi i denne undersøkelsen, i samsvar med regelverk i USA, velger å kalle alle beskyttelsestiltak for tvangstiltak” (Engedal m.fl (2002), s. 85).

Med bakgrunn i undersøkelsen anbefalte Engedal m.fl. at det måtte utarbeides et regelverk for å regulere bruk av tvangstiltak. Videre anbefalte de at en prosedyre ved iverksettelse av tvangstiltak må være entydig, og beslutning om og registrering av tvang skriftlig. Eventuell beslutning om rutinemessig bruk av tvangstiltak må avgrenses i tid og sikres regelmessige revurderinger.

En annen undersøkelse om tablettknusing i sykehjem bekrefter funn i overnevnte undersøkelse og viser også at bruk av tvang er utbredt (Wannebo 2009). Den henviser til internasjonal forskning som viser at knusing av tabletter er ganske vanlig ved mange sykehjem. En engelsk studie fra 2002 viste at ved over 80 % av sykehjemmene som deltok i studien, ble det daglig knust tabletter eller åpnet kapsler. Dette henger sammen med at det kan være problemer med å få gitt tablettene til pasienten, på grunn av svelgproblemer og/eller fordi pasienten ikke vil ta tablettene. Det er ikke funnet norske studier med tablettknusing, men Kirkevold og Engedal har påvist omfattende praksis med å skjule medisin i sykehjemspasienters mat (Wannebo 2009). Felles for undersøkelsene er at helsepersonell rapporterte at de ofte er i tvil om vilkårene for tvang er oppfylte.

Undersøkelsene som er beskrevet dokumenterer bruk av tvang ved gjennomføring av pleie- og omsorgstjenester før nytt kapittel 4A i pasientrettighetsloven ble iverksatt. Dette samsvarer med vurderinger fylkesmannsembetene gjør om underrapportering som mulig årsak til lite vedtak som er oversendt i 2009 (jf kapittel 6.1).

Når det gjelder helsehjelp til andre enn demente, for eksempel personer med psykisk utviklingshemning, i somatisk spesialisthelsetjenester og hos fastleger fins det lite kunnskap

om omfang av tvungen helsehjelp. I følge høringsnotat¹⁰ er det, med unntak av undersøkelser i forhold til demente, lite empiriske data og undersøkelser om tiltak uten samtykke og bruk av tvang i helsetjenesten. Det finnes enkelte publikasjoner som omhandler utviklingshemning og tannhelsetjenesteproblematikk. Departementet innhentet informasjon fra fagfolk i kommune- og spesialisthelsetjenester og den fylkeskommunale tannhelsetjenesten om faktiske situasjoner og dilemma helsepersonell møter.

Tilbakemeldingene fra *spesialisthelsetjenesten* var at de sjelden opplever pasienter som viser motstand til helsehjelpen, og at det muligens kan skyldes at en sykehusinnleggelse i seg selv, organisering av avdelingene og systemet i et sykehus passiviserer eventuell motstand og gjør pasientene samarbeidsvillige. Det vil ofte dreie seg om kortere opphold og hyppigere tilfeller av øyeblikkelig hjelp.

Tilbakemeldingene fra *tannhelsetjenestene* tydet på at helsepersonell ofte er i vanskelige situasjoner hvor personer, særlig utviklingshemmede, nekter hjelp som blir vurdert som nødvendig. Mange av problemstillingene som ble formidlet handlet om behov for å forebygge helseskade.

4.2. Hvorfor lovbestemmelser om tvungen helsehjelp?

Gjennomgangen over viser relativt omfattende bruk av tvang uten hjemmel i regelverk. Situasjonen har vært problematisk rettsikkerhetsmessig for tjenestemottakerne, med vanskelige dilemma for involverte tjenesteytere. Sosialdepartementet sendte i mai 2002 ut et høringsnotat om lov om rettigheter for og begrensning og kontroll med bruk av tvang mv. overfor personer med demens. Høringsnotatet var blant annet utarbeidet med bakgrunn i lovbestemmelsene som hjemlet bruk av tvang overfor utviklingshemmede. Reglene ble foreslått i egen lov som skulle omfatte pleie- og omsorgstjenester, men ikke bruk av tvang for å gjennomføre medisinsk undersøkelse og behandling. Høringssvarene var sprikende, men det var relativt bred enighet om at det var behov for et regelverk, inkludert regler for tvang i medisinsk behandling og undersøkelse. Helsedepartementet begynte etter dette arbeidet med et utkast til regelverk om helsehjelp til pasienter uten samtykkekompetanse som motsetter seg helsehjelpen. Sosial- og Helsedepartementet skulle samarbeide med sikte på sammenheng i regelverkene. Samordning var viktig da de pasientene reglene skulle gjelde for, eksempelvis

¹⁰ Helse- og omsorgsdepartementet. Høringsnotat. Endringer i lov 2.juli 1999 nr. 63 om pasientrettigheter – helsehjelp til pasienter uten samtykkekompetanse.

demente, ofte har behov både for pleie og omsorg og annen helsehjelp, og motsetter seg hjelp uavhengig av hva slags type hjelp som er aktuelt. På bakgrunn av dette ble det lagt frem forslag som omfattet alle typer helsehjelp. Lovforslaget bygde på høringsnotat om endringer i lov 2. Juli 1999 nr. 63 om pasientrettigheter, som ble sendt på høring 11. mars 2005.

Felles for begge lovbestemmelsene, 4A og 4A, er at formålet er å redusere og begrense bruk av tvang, og bedre rettsikkerhet for tjenestemottakere når tvang er nødvendig og forsvarlig. Medicoppslag i forbindelse med iverksetting av pasientrettighetslovens kapittel 4A tyder på at noen opplever at det nå kommer til å bli brukt mer tvang, og gjerne i form av ”overgrep” og unødvendig tvang. Det kan være vanskelig å få frem at lovbestemmelsene hjemler rettigheter for tjenestemottakere for om mulig å unngå og redusere bruk av tvang når helsehjelp og sosiale tjenester gis.

Som tidligere beskrevet er lovbestemmelsene i sosialtjenestelovens kapittel 4A mer detaljerte enn reglene i de nye lovbestemmelsene. Departementet begrunner i Ot.prp.nr. 64 (2005-2006) det med at bakgrunnen for daværende kapittel 6A var en lang forhistorie knyttet til tidligere institusjoner for utviklingshemmede, og overgrep mot enkeltpersoner. I forbindelse med HVPU-reformen på begynnelsen av 1990 tallet fikk rettsvernet for utviklingshemmede stor oppmerksomhet. De detaljerte reglene i sosialtjenestelovens kapittel 4A er forskjellig både i innhold og systematikk fra disse nye lovbestemmelsene, og må sees på bakgrunn av denne forhistorien. De nye lovbestemmelsene hjemler helsehjelp til pasienter uavhengig av diagnose, noe som fører til at en unngår det detaljerte systemet sosialtjenestelovens kapittel 4A bygger på.

”Forenkla kan ein seie at ein har fjerna seg meir frå den forvaltningsmessige tradisjonen til sosialretten, og ved å velje helselovgivninga har ein og inkludert helserettsystemet med tilhøyrande forsvarlegheitstandard, plikter for helsepersonell, pasientrettar og eigne tilsynsreglar” (Ot.prp.nr.64 (2005-2006), s. 26).

4.3. Lovbestemmelsene om tvungen helsehjelp

1.1.2009 ble altså nytt kapittel 4A i pasientrettighetsloven: ”Helsehjelp til pasienter uten samtykkekompetanse” iverksatt. Lovhjemlingen innebærer styrking av rettsikkerhet for aktuelle tjenestemottakere uten samtykkekompetanse som motsetter seg helsehjelp.

Bestemmelsene gjelder somatisk helsehjelp til personer med demens, utviklingshemning og

fysiske og psykiske forstyrrelser. Tvungen helsehjelp gjelder dermed uansett hvilken diagnose tjenestemottakeren har, og også om tjenestemottakeren ikke har noen diagnose. Lovgiver har regnet med at lovbestemmelsene særlig vil være aktuelle for tjenestemottakere med demens, utviklingshemning og ulike former for hjerneskade som kan svekke samtykkekompetansen. Lovbestemmelsene kan gjelde for tjenestemottakere med psykisk lidelse hvis de har behov for somatisk helsehjelp for andre problemer enn psykiske lidelser, for eksempel behov for tannbehandling.

Nedenfor gjennomgås kort hovedtrekkene i lovbestemmelsene om tvungen helsehjelp i pasientrettighetslovens kapittel 4A. Tvungen helsehjelp innebærer som tidligere nevnt at den enkeltes medbestemmelsesrett settes til side, noe som stiller særlig store krav til at helsepersonell vurderer om tiltakene er faglig og etisk forsvarlige.

4.3.1. Helsehjelp

Helsehjelp defineres i pasientrettighetsloven til å omfatte alle handlinger som har forebyggende, diagnostisk, behandlende, helsebevarende, rehabiliterende eller pleie- og omsorgsformål utført av helsepersonell. Dette er en vid definisjon. I mange situasjoner i kommunale tjenester vil det være vanskelig å trekke klare grenser mot tjenester hjemlet i sosialtjenesteloven. Sosialtjenestelovens kapittel 4-2 a-d hjemler ulike tjenester, og det er særlig § 4-2 a: praktisk bistand og opplæring som kan likne mye på helsehjelp.

Forebyggende helsehjelp kan være tiltak for å hindre at sykdom, skade, lidelse eller funksjonshemning oppstår. Tannbehandling og forebygge liggesår ved å snu en pasient jevnlig er eksempler.

Diagnostisering kan innebære undersøkelse for å finne ut hva pasienten lider av, hvilken sykdom pasienten har. Dette kan være helt avgjørende for å gi nødvendig behandling/helsehjelp.

Behandlende og helsebevarende formål omfatter handlinger som ikke har som mål å helbrede, men å holde pasienten "så frisk som mulig" og hindre at tilstanden forverrer seg, eller å lindre tilstander eller smerter, for eksempel terminalpleie.

Rehabiliterende eller habiliterende formål, det vil si at tapte funksjoner etter sykdom eller skade blir gjenopprettet og manglende funksjoner blir bygget opp.

Med *pleie- og omsorgsformål* menes ”helsehjelp som skal sikre et best mulig liv på tross av sykdom, funksjonssvikt eller alderdom”. Et eksempel kan være personlig hygiene, med hjelp til å holde seg ren for å forhindre infeksjon i sår.

Det er klare forutsetninger for å gjennomføre tvungen helsehjelp til en tjenestemottaker uten samtykkekompetanse som motsetter seg helsehjelpen. Er slike forutsetninger eller vilkår tilstede, og hjelpen blir gitt av helsepersonell, vil mange situasjoner kunne defineres som helsehjelp. Forutsetninger er imidlertid at:

- a) unnlattelse av å gi helsehjelp kan føre til vesentlig helseskade (for pasienten)
- b) helsehjelpen ansees nødvendig
- c) tiltakene står i forhold til behovet for helsehjelp

Selv om de to første vilkårene er oppfylt, at det å ikke gi helsehjelp kan føre til vesentlig helseskade, og hjelpen vurderes som nødvendig, må en vurdere om det å bruke tvang i en slik situasjon er formålstjenelig og den beste løsning for tjenestemottakeren. Blant annet må en vurdere grad av motstand, og om det er mulighet til at tjenestemottakeren snart kan gi eventuelt samtykke. Vilårene skiller seg noe fra sosialtjenestelovens kapittel 4A hvor tvang kan brukes også for å unngå vesentlig skade på andre og gjenstander (jf kapittel 3.1).

4.3.2. Tillitskapende tiltak

Tillitskapende tiltak betyr forsøk på å gjennomføre helsehjelp uten motstand fra tjenestemottakeren, det vil si unngå tvang der det er mulig ved å forsøke andre løsninger enn bruk av tvang. Begrepet forutsetter at det skal legges vekt på å bygge opp tillitt for å få tjenestemottakeren til å oppgi motstand. Eksempler er at en bruker tid på å forklare og veilede en person som skal gjennom en medisinsk undersøkelse der det forventes motstand, å gi en person tid til å bli trygg i situasjonen, eksempelvis ved et sårstell, i en tannlegestol etc. Tillitskapende tiltak kan forutsette både økonomiske og personellmessige ressurser.

Kjennskap til tjenestemottakeren kan være avgjørende for å gi helsehjelp uten å bruke tvang, fordi tjenestemottakeren ofte vil være mer komfortabel med, og ha større tillitt, til kjente personer. Tillitskapende tiltak skal være forsøkt før tvungen helsehjelp blir gitt, om det ikke er

”åpenbart formålsløst” å prøve andre løsninger enn tvang. I sosialtjenestelovens kapittel 4A brukes begrepet ”andre løsninger” (jf kapittel 3.3), og det er noe strengere krav til å prøve ut andre løsninger og eventuelt begrunne hvorfor det ikke er gjort.

4.3.3. Vedtak om og gjennomføring av tvungen helsehjelp

Helsepersonell¹¹ som er ansvarlig for helsehjelpen skal treffe et eventuelt vedtak om tvungen helsehjelp. I merknadene til lovbestemmelsene heter det at oftest vil det være lege eller tannlege, ettersom helsehjelpen gjerne omfatter medisinske eller odontologiske vurderinger. Men det kan også være annet helsepersonell, og sykepleier og hjelpepleier nevnes i merknadene i forbindelse med for eksempel pleie- og omsorgstjenester.

Helsepersonelloven § 4 pålegger helsepersonell plikt til å utføre arbeidet i samsvar med kravet om å gi faglig forsvarlig og omsorgsfull helsehjelp. Hva som er forsvarlig avhenger av kvalifikasjonene til helsepersonellet, type helsehjelp og situasjonen forøvrig.

Forsvarlighetskravet innebærer at helsepersonellet som fattet vedtak må være i stand til å vurdere alle konsekvenser av tvangstiltaket, og innhente bistand der det er nødvendig.

Unntaksvis vil vernepleiere ha kompetanse til å fatte vedtak.

Vedtaket kan fattes for inntil ett år av gangen. Omfatter helsehjelpen alvorlig inngrep overfor tjenestemottakeren, skal helsepersonellet rådføre seg med ett annet kvalifisert helsepersonell før tvungen helsehjelp blir iverksatt.

Tvangstiltak som blir betegnet som alvorlige inngrep er: innleggelse i eller tilbakeholdelse i helseinstitusjon¹² som sykehus og sykehjem, bevegelseshindrende tiltak som ulike typer belter og sengehest, bruk av reseptbelagte legemidler og narkose, inngrep i kroppen (operasjon) og bruk av varslingsystem som ulike alarmsystemer og elektronisk utstyr, for eksempel passerings- og sengealarm. Tilbakeholdelse i institusjon kan innebære en rekke tiltak for å hindre en tjenestemottaker i å forlate institusjonen, for eksempel låse utgangsdør, bruk av kodelås.

¹¹ Pasientrettighetsloven § 1-3 bokstav e, jf. helsepersonelloven § 3

¹² Helseinstitusjon omfatter også boformer for helsedøgns omsorg og pleie hjemlet i helselovgivning. Bo- og tjenestetilbud hjemlet i sosialtjenesteloven, eksempelvis aldershjem og avlastningsboliger (§ 4-2d) faller utenfor.

4.3.4. Manglende samtykkekompetanse

Med samtykkekompetanse menes tjenestemottakerens kompetanse til å ta avgjørelse i spørsmål om helsehjelp.

”Samtykkekompetanse er en av tre sentrale forutsetninger som må være oppfylt for at en persons handling kan sies å være autonom – i tillegg til tilstrekkelig informasjon og frivillighet. Det betyr at hvis pasienten mangler samtykkekompetanse, så mangler en viktig forutsetning for å kunne velge selv, eller for å kunne gi et gyldig samtykke” (Rundskriv IS-10/2008, s. 12).

Helsepersonell som skal fatte vedtak om og gi tvungen helsehjelp til tjenestemottakere uten samtykkekompetanse, må dokumentere at de har vurdert samtykkekompetansen. Dette kan være vanskelig, særlig når tjenestemottakeren i noen situasjoner kan ha samtykkekompetanse og i andre ikke. Rundskriv IS-10/2008 beskriver at å vurdere samtykkekompetanse ikke er noen enkel oppgave, og alltid vil inkludere skjønnsmessige og moralske overveielser.

Vurdering av samtykkekompetanse fokuserer i hovedsak på fire områder:

- evnen til å uttrykke et valg
- evnen til å forstå informasjon som er relevant for beslutningen om helsehjelp
- evnen til å anerkjenne denne informasjonen i sin egen situasjon, spesielt i forhold til ens egen lidelse og de mulige konsekvensene av de ulike behandlingsalternativene
- evnen til å resonnerer med relevant informasjon i en avveining av de ulike behandlingsalternativene

Vurderinger av samtykkekompetanse kan være vanskelig (jf kapittel 6.4). Tjenestemottaker kan mangle samtykkekompetanse på noen områder, men samtidig ha forutsetninger for å forstå og gjøre valg på andre områder. For eksempel kan det å forstå konsekvenser av å motsette seg helsehjelp forutsette evne til å vurdere informasjon og resonnerer om konsekvenser, mens tjenestemottakeren godt kan ha forutsetninger for å velge mellom ulike typer pålegg.

5. Metode

Utgangspunkt for problemstilling og forskningsspørsmålene var å belyse et lite beskrevet fenomen. Jeg ville vurdere hvordan ulike kilder beskrev erfaringer med iverksetting og implementering av nye lovbestemmelser. Det var dermed naturlig å velge en kvalitativ

tilnæringsform, med intervju og dokumentstudie som metode for datainnsamling. Tekstmateriale fra fylkesmennenes Helse- og sosialmeldinger for 2009 er brukt, samt innrapportert tallmateriale knyttet til bruk av tvang overfor utviklingshemmede og tvungen helsehjelp for å belyse omfang av tvangsbruk¹³. Videre har jeg gjennomført to intervju, ett med en gruppe av vernepleiere og ett med en jurist. Videre har deltagelse på et par samlinger med saksbehandlere fra Helsetilsynet i fylkene hvor ulike problemstillinger i tilknytning til iverksetting av disse nye lovbestemmelsene har vært diskutert bidratt til refleksjoner.

Helsedirektoratet har opprettet en egen temaside for pasientrettighetslovens kapittel 4A. Her har de blant annet publisert brev med fortolkninger av problemstillinger knyttet til praktisering av lovbestemmelsene. Problemstillingene er i stor grad meldt inn fra fylkesmennene og Helsetilsynet i fylkene. Der fortolkninger kan belyse problemstillingene trekkes det inn i presentasjon av data. Det er ikke opprettet en tilsvarende temaside for arbeid i tilknytning til sosialtjenestelovens kapittel 4A.

Data fra intervjuene består av et fokusgruppeintervju med tre vernepleiere og et intervju med en jurist. Informantene hadde på ulike måter erfaring fra iverksetting og implementering av de nye lovbestemmelsene, men med ulik innfallsvinkel. Vernepleierne fra arbeid i kommunale hjemmetjenester til utviklingshemmede, og juristen i statlig forvaltning fra Helsetilsynet i fylkenes arbeid med kontroll og tilsynsvirksomhet.

5.1. Valg av metode

Hensikten med den empiriske delen av undersøkelsen i oppgaven har vært få frem erfaringer og vurderinger fra noen personer som har erfart praksis knyttet til iverksetting av nye lovbestemmelser. Kvalitativ metode var en egnet fremgangsmåte for slik datainnsamling. Kvalitative datainnsamlingsmetoder er intervju, observasjon og dokumentstudier. Verken kvalitative eller kvantitative metoder gir en objektiv beskrivelse av virkeligheten, ved begge får en inn data som omfatter fortolkninger av virkeligheten. Alle metoder ender opp med informasjon som undersøkelsen må analysere og fortolke (Jakobsen 2000).

¹³ Tallmaterialet er hentet fra Helsetilsynets Tilsynsmelding for 2009 (www.helsetilsynet.no)

Oppgaven er, som beskrevet over, basert på ulike former for datainnsamling. I gjennomgang av Helse- og sosialmeldinger fra fylkesmennene er tekstutdrag fra disse dokumentene brukt som informasjonskilde. Jacobsen (2000) behandler dokumentundersøkelser som kvalitativ metode, og sier blant annet at dokumentundersøkelser egner seg når en ønsker å få tak i hvordan andre har fortolket en situasjon eller hendelse. Aktuell tekst fra fylkesmennenes erfaringer med arbeid knyttet til pasientrettighetslovens kapittel 4A ble gjennomgått og vurdert (kapittel 5.4). De to intervjuene beskrives nærmere i kapitlene nedenfor. Intervjuene ble tatt opp og transformert i etterkant til skrift og tekstmateriale.

5.2. Fokusgruppe/gruppesamtale

Jeg ønsket å prøve ut fokusgruppeintervju som metode, og la derfor opp til å gjennomføre et gruppeintervju med 5 vernepleiere. Når flere personer samles til samtale, fører det til en annen dynamikk enn et intervju med en informant. Deltakerne vil gjensidig påvirke hverandre og dermed utvikling i samtalen.

Fokusgruppe er en form for avgrensede og temabaserte gruppeintervjuer med en mindre gruppe informanter som samtaler fritt om ett oppgitt tema/spørsmål (Wibeck, 2000). Ordet fokus henspiller på at samtalen i gruppen skal være konsentrert rundt ett tema.

Gruppesamtalen ledes av en person, gjerne forskeren. I følge Wibeck kan metoden være hensiktsmessig når en er ute etter å undersøke hva mennesker mener og sier om ett oppgitt emne. Fokusgrupper skiller seg særlig fra individuelle intervjuer gjennom at en rekke gruppedynamiske faktorer påvirker samhandlingen i gruppen, og ikke minst vil en samtale mellom flere personer utvikle seg på en annen måte.

Fokusgruppe kan være en fordel hvis en vil nedtone intervjuerens rolle. Interessen vil være knyttet til hvordan medlemmene i gruppen sammen tenker om tema. I en fokusgruppe vil gruppedynamikk kunne gi en synergieffekt. Det vil kunne produsere innsikt hos hver enkelt deltaker, som kan stimulere til ideer, tanker, assosiasjoner og det å huske erfaringer en har hatt innenfor tema. Gruppen kan hjelpe hverandre til å tolke erfaringer og sette dem i perspektiv. Slik kan fokusgruppe blir en "produksjonsmetode" for data, ikke primært en innsamlingsmetode. Målet er ikke knyttet til å bli enige, men å reflektere rundt erfaringer og perspektiver i tilknytning til tema; å få med så mye som mulig om forskjellige erfaringer hos deltakerne. Det at medlemmene i gruppen påvirker hverandre kan også slå ut negativt. En kan være svært dominerende og argumentere godt, slik at de andre blir overbevist og ikke motsier

personen. For at fokusgruppen skal fungere så godt som mulig bør en være bevisst sammensetning av personer.

Det er ulike oppfatninger om hva som er hensiktsmessig antall personer i en fokusgruppe. Men mye taler for at gruppen ikke skal være for stor. Er det for mange kan det bli kamp for å få slippe til med innlegg, og det kan føre til at noen av deltakerne blir relativt passive. Wibeck nevner noen eksempler i sin bok; Wesslen (1996) nevner fire til seksten personer, Morgan (1996) seks til ti personer. Dunbar (1997) at den øvre grensen for hvor mange mennesker som kan være deltakende i en samtale er fire personer. Wibeck selv mener at minimum er fire, med en øvre grense på seks (Wibeck, 2000). Med for mange minsker den enkeltes innflytelse på samtalen, og det kan dermed gå utover engasjementet. Det er lettere å få og gi tilbakemelding i en mindre gruppe.

Ut fra egne erfaringer fra samtale i grupper ønsket jeg ikke så mange deltakere. I tillegg regnet jeg med at det kunne være vanskelig å få tak i vernepleiere som jobbet med tema i praksis. Gjennom kontakter fant jeg frem til en kommune hvor 5 vernepleiere ønsket å være med. Det var en fordel at de jobbet i nærheten av hverandre, da det gjorde det enklere å få til et møte der de jobbet. Vernepleierne jobbet på ulike tjenestesteder i kommunen. Det var imidlertid bare tre som møtte opp til fokusgruppen.

Ifølge Wibeck kan det være et poeng at en ikke formidler for klart hva som er formålet med samtalen. Risikoen med klare og avgrensede problemstillinger og spørsmål kan være at samtalen blir for styrt. Slik kan en miste aspekter som deltakerne ellers ville tatt opp, og eventuelt fordypninger og innfallsvinkler forskeren ikke hadde tenkt på. Jeg la opp til en relativt lite styrt prosess, men hadde på forhånd formildet problemstillingene jeg ønsket å få belyst. Målet var å få til en fri samtale rundt problemstillingene i gruppen, noe som kunne føre til at andre forhold enn det som var planlagt ble belyst. Jeg la opp til en mellomting mellom ustrukturert og strukturert fokusgruppeintervju, ved å ha noen tema som var ønsket belyst. Det gav mulighet til å introdusere nye tema hvis de snakket seg ferdig om et tema. Slik var det mulig å styre tiden, så alle tema ble belyst.

5.3. Kvalitativt intervju

Kvalitativt intervju er en metode for datainnsamling som innebærer at personene selv kommer til orde og formidler sine opplevelser av tema som ønskes belyst. Jackobsen (2000) betegner

dette som individuelt, åpent intervju som kjennetegnes av at den som undersøker, og respondenten eller informanten, den som gir fra seg informasjon, prater sammen. Et slikt intervju kan egne seg når:

”.... relativt få enheter skal undersøkes, vi er interessert i hva det enkelte individ sier og vi er interessert i hvordan den enkelte fortolker og legger mening i et spesielt fenomen” (Jacobsen (2000), s. 130).

Kvale (1997) beskriver intervjuet som et ”inter view”, en utveksling av synspunkter mellom to personer som samtaler om et tema av felles interesse og karakteriseres blant annet av åpenhet. Vanligvis foregår dette intervjuet ansikt til ansikt.

Et intervju kan ha ulike former for struktur eller åpenhet, alt fra å være helt strukturert med faste spørsmål i en rekkefølge med faste svaralternativer, til en helt åpen samtale uten intervjuguide. Jeg valgte en relativt åpen samtale, med noen spørsmål/problemstillinger ønsket belyst. Disse ble oversendt før samtalen. Under samtalen ble forhold informanten kom inn på, og som belyste problemstillingene, fulgt opp med spørsmål. På denne måten var det mulig å få belyst problemstillinger jeg visste relativt lite om. Intervjuet bar preg av en samtale og hadde en relativt åpen og ustrukturert form.

Videre ble det gjennomført et intervju/samtale med en jurist, som har jobbet med saksbehandlere hos Helsetilsynet i fylkene med opplæring, rådgivning og saksbehandling i tilknytning til de nye lovbestemmelsene.

5.4. Analyse av materialet

Analyse og tolkning av data vil ofte gå over i hverandre. Opptakene av intervjuene ble transkribert fra lyd til skrift. Selve prosessen var tidkrevende. En times intervju blir lett opp mot ti sider med tekst. Å skrive ut fokusgruppeintervjuet var mer krevende enn intervjuet med den ene personen. Dette fordi det oftere var flere som snakket i munnen på hverandre under fokusgruppen, og dermed vanskeligere å oppfatte hva som ble sagt.

Det er flere fordeler med å overføre muntlig data til skrift. Blant annet er det lettere å gjennomgå og analysere data. Med en skriftlig fremstilling kan en gjøre notater i margin, starte kategorisering av data og det er lettere å finne tilbake til deler av teksten. Sitater er

brukt i presentasjonen av resultater for å illustrere ulike poenger. Sitatene er omskrevet til et noe mer skriftlig språk. En mer muntlig fremstilling kan få informantenes uttalelser virke litt ”enkle”. Når data skrives ut i tekst vil analyseprosessen primært bli tekstanalyse.

I følge Jackobsen (2000) vil analyse av kvalitative data kjennetegnes ved tre forhold: beskrive, systematisere, kategorisere og sammenbinde (s. 172-173). Den første fasen innebar å transkribere data fra lyd til tekst, og gav en grundig og detaljert fremstilling av det informantene hadde sagt i intervjuene. Den neste fasen, systematisering og kategorisering av data, vil i følge Jackobsen være å systematisere og redusere den uoversiktlige informasjonen som foreligger før selve analyseprosessen starter. Dette må gjøres for i det hele tatt å få oversikt over datamaterialet. Når data er systematisert og kategorisert begynner fortolkning av data, sammenbindingsfasen. I denne fasen er det vektlagt å få frem underliggende forhold og meninger. Fasene følger ikke nødvendigvis etter hverandre, men kan gå over i hverandre. Etter at intervjuene var skrevet ut ble de gjennomlest. Så startet systematisering og kategorisering, med utgangspunkt i temaene/problemstillingene for intervjuene og andre tema og kategorier som fremkom gjennom intervjuene.

6. Empiri

I dette kapittelet blir først data fra tallmaterialet og fylkesmennenes helse- og sosialmeldinger presentert og kommentert (kapittel 6.1). Det danner bakgrunn for presentasjon og vurderinger av data fra intervjuene (kapittel 6.2 – 6.6). Helsetilsynet i fylkene har, i tillegg til oppgaver med tilsyn og kontroll av vedtak, gjennomført opplæring og veiledning mot kommunene, spesialisthelsetjenesten og tannhelsetjenesten og hatt interne utviklingsprosesser knyttet til mottak og overprøving av vedtak om tvungen helsehjelp.

6.1. Rapportering på bruk av tvang

Før lovbestemmelsene om tvungen helsehjelp trådte i kraft ble det antatt at de ville berøre ca 6000 personer på landsbasis (Ot.prp nr. 64 (2005-2006), s. 80). Første året, i 2009, mottok Helsetilsynet i fylkene 1687 vedtak. 10 % av disse ble endret eller opphevet. Antall vedtak som har hatt varighet utover tre måneder er 1050, det vil si ca. 66 % av vedtakene (Statens helsetilsyn 2010). Disse er i hovedsak vedtak som omfatter pleie- og omsorgstjenester. Det kan være grunn til å anta at antall vedtak som fattes vil øke etter hvert som bestemmelsene blir kjent og innarbeidet i praksis. Nedenfor beskrives noen mulige grunner til dette.

I 2009 var det på landsbasis rapportert inn 886 vedtak om planlagt bruk av tvang overfor utviklingshemmede etter sosialtjenestelovens kapittel 4A-5¹⁴ (Statens helsetilsyn 2010). Antall ikke godkjent var 16. Pasientrettighetslovens kapittel 4A regulerer ikke tvungen helsehjelp i nødssituasjon, og det er derfor ikke tall som kan sammenliknes med tall rapportert inn på personer hvor det var brukt tvangstiltak i nødssituasjon. I 2009 gjaldt dette 1089 utviklingshemmede.

Etter gjennomgang av helse- og sosialmeldinger for 2009 fra ulike fylker, presenteres tall og vurderinger fra 4 fylker. De viser refleksjoner rundt det relativt lave antall vedtak som er oversendt fylkene. Vurderingene er relativt samstemte i erfaringene som formidles, og samsvarer med data fra intervjuene.

Fylkesmannen i Sogn og Fjordane beskriver at de har fått vedtak fra 10 av de 26 kommunene i fylket, totalt 32 vedtak. Et av disse er gjort i spesialisthelsetjenesten. De mener antall vedtak er så lavt at det er grunn til å tro at det er underrapportering: *”Det undrer oss at det er så få vedtak. Årsaka kan vere at det sjeldan er nødvendig å nytta tvang i samband med somatisk helsehjelp, eller at det vert nytta tvang utan at det vert gjort vedtak”* (Fylkesmannen i Sogn og Fjordane, 2010).

Fylkesmannen i sogn og Fjordane trekker frem noen særlige utfordringer med de nye reglene:

- Manglende kunnskap om samtykkereglene
- Manglende dokumentasjon når det er vurdert at pasienten mangler samtykkekompetanse
- Manglende kunnskap om saksbehandlingsreglene
- Dokumentasjon av arbeid med tillitskapende tiltak for å unngå bruk av tvang

Fylkesmannen i Hedmark formidler noen av de samme erfaringene:

”Etter ett års erfaring med regelverket har vi erfart at det er stort behov for opplæring. Det relativt lave tallet (for Hedmark 29 vedtak) kan nok skyldes manglende kjennskap til de nye bestemmelsene. Det er derfor grunn til å tro at det brukes tvang overfor pasienter uten at bestemmelsene i pasientrettighetsloven etterleves” (Fylkesmannen i Hedmark, 2010).

¹⁴ tredje ledd bokstav b og c

Fylkesmannen i Østfold mener, at de på bakgrunn av det som kom frem på en erfaringskonferanse i oktober 2009¹⁵ kan si at deres erfaringer er nokså representative for hele landet. Også de har kommuner de ikke har mottatt noen vedtak fra, men ser positivt på at antall vedtak øker for hver måned. En relativt høy andel av vedtakene er fra tannhelsetjenesten, noe de mener kan tyde på at undervisningen har nådd frem der:

”For hele landet kommer det få vedtak fra spesialisthelsetjenesten hvor det antas å være store mørketall. Det kan se ut til at opplæringen ikke har nådd frem like godt i spesialisthelsetjenesten og hos fastleger, sammenliknet med kommunehelsetjenesten for øvrig og tannhelsetjenesten” (Fylkesmannen i Østfold, 2010).

Fylkesmannen i Østfold har med en oversikt over hvordan vedtakene fordeler seg på de ulike kategorier av tvangstiltak. Siden de selv mener at deres erfaringer er relativt representative gjengis oversikten her.

Kategori av tvangstiltak	Antall
Innleggelse i helseinstitusjon	4 (5 %)
Tilbakeholdelse i helseinstitusjon	6 (7 %)
Bevegeshindrende tiltak	12 (14 %)
Bruk av reseptbelagte midler	20 (25 %)
Inngrep i kroppen	26 ¹⁶ (31 %)
Varslingssystemer	2 (2 %)
Annet (herunder pleie- og omsorg)	12 (14 %)
Totalt	82

Fylkesmannen i Østfold mener, som Fylkesmannen i Sogn og Fjordane, at utfordringer for helsepersonell særlig er å sørge for tilstrekkelig dokumentasjon og grundigere vurderinger, og at dette særlig gjelder i forhold til samtykkekompetanse og tillitskapende tiltak.

Fylkesmannen i Hordaland sier i sin melding at det ikke er uvanelig at vedtak mangler god dokumentasjon på tillitskapende tiltak til er prøvd ut. De nevner eksempler som å sette inn

¹⁵ Arrangert av Helsedirektoratet i samarbeid med Statens helsetilsyn

¹⁶ 12 var tannbehandling i narkose

personell med annen eller bedre kompetanse, bedre utredning av behov eller miljørettede tiltak. Fylkesmannen i Hordaland vurderer at slike mangler gjør vedtakene ugyldige. De vurderer videre at det fortsatt er stort behov for opplæring og at det er få vedtak fra fastleger og spesialisthelsetjenestene. Videre formidler de stor forskjell på vedtak fattet av et helsepersonell og de som er gjort av to, eller tverrfaglige som de kaller det. Av vedtakene Fylkesmannen i Hordaland mottok i perioden 6/9 2009 til 5/1 2010 kommer 61 % fra kommunale tjenester, 12 % fra spesialisthelsetjenesten og 27 % fra tannhelsetjenesten.

Dagens medisin hadde 1. oktober 2009 en artikkel med overskriften ”Stor usikkerhet rundt ny tvangslø”. Fylkeslege Henning Aanes i Nordland uttaler at han er bekymret over at bare en håndfull av de 44 kommunene i Nordland, som alle har sykehjem og institusjoner med demente og gir tjenester til utviklingshemmede, har fattet vedtak om tvungen helsehjelp. Han mener det er snakk om en underrapportering av dimensjoner, blant annet på grunn av manglende opplæring og kjennskap til regelverk både blant helsepersonell og ansvarlige i virksomhetene. Øyvind Kirkvold ved Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens sier i samme artikkel at de får mange henvendelser fra helsepersonell som er usikre på den nye loven, og særlig når det gjelder samtykkevurderinger.

Inntrykket så langt er altså at det er en underrapportering på bruk av tvang, det vil si at det forekommer tvangsbruk som helsepersonell ikke fatter vedtak om, og at det er relativt få vedtak fra spesialisthelsetjenesten og fastleger. Videre formidles at det fortsatt gjenstår en del opplæring, og at helsepersonell er usikre, og opplever utfordringer ved iverksetting og implementering av de nye lovbestemmelsene om tvungen helsehjelp.

6.2. Vedtak om tvungen helsehjelp

Ansvarlig helsepersonell for helsehjelpen skal treffe eventuelt vedtak om tvungen helsehjelp. Vernepleiere i kommunale tjenester kan unntaksvis være i situasjoner hvor de selv må fatte vedtak om tvungen helsehjelp (jf kapittel 4.3.3). I hovedsak vil nok vernepleiere bistå annet helsepersonell som fatter vedtak i å gjennomføre vedtak om tvungen helsehjelp.

Mange vernepleiere arbeider innenfor kommunale pleie- og omsorgstjenester. I heftet ”Om vernepleieryrket” (FO, 2008) heter det at vernepleierens faglige tilnærming er målrettet miljøarbeid definert som systematisk tilrettelegging av fysiske, psykiske og sosiale faktorer i miljøet for å oppnå bedret livskvalitet, personlig vekst og utvikling hos den enkelte

tjenestemottaker. Vernepleiere skal kunne identifisere og imøtekomme individuelle behov for omsorg og pleie. Mange kommuner velger å organisere tjenester til utviklingshemmede og funksjonshemmede i egne enheter, og vernepleiere kan en del steder være eneste yrkesgruppe med tre-årig helsefaglig kompetanse som gir tjenester til utviklingshemmede. Om det er aktuelt for vernepleiere å fatte vedtak om tvungen helsehjelp, vil det gjelde helsehjelp vernepleiere har kompetanse til og er ansvarlig for. Det innebærer kompetanse til å vurdere konsekvenser av å ikke gi helsehjelp, og eventuell alvorlig helseskade. Vernepleiere kan være ansvarlig for helsehjelp i forbindelse med for eksempel pleie- og omsorgstjenester. Sårstell og tiltak ved obstipasjon *kan* være slike eksempler.

”En vernepleier kan fatte vedtak når det dreier seg om omsorgstiltak en vernepleier har hovedansvar for og på områder vernepleiere har kompetansen som skal til for å vurdere alvorlig helseskade. Da kan den som er ansvarlig fatte det vedtaket” (juristen).

Vernepleierne var opptatt av både at det ble fattet skriftlige vedtak, at de ofte deltok i gjennomføring av tvungen helsehjelp uten å vite om den ble tilstrekkelig dokumentert og i hvilken grad de som vernepleiere var ansvarlig for å fatte vedtak.

”Vi trodde vi kunne fatte vedtak i forhold til blodsuktermåling og insulin selv, men det kan vi ikke for insulin er et medikament som er foreskrevet av lege, så det er fastlegen som må skrive det vedtaket.

Tvungen helsehjelp omfatter i utgangspunktet alle handlinger som har forebyggende, diagnostisk, behandlende, helsebevarende, rehabiliterende eller pleie- og omsorgsformål, og som utføres av helsepersonell (jf kapittel 4.3). Grensegangen mellom helsehjelp og bistand hjemlet i sosialtjenesteloven kan være vanskelig å trekke.

”Det er jo viktig der en har samme bruker og samme kommune ...()... hva er helsetjeneste og hva er en sosialtjeneste, der er det jo grenser som er vanskelige”.

Eksempler på slike grensesituasjoner kan være konsekvenser av ikke å børste tenner og ikke være tilstrekkelig forsiktig med fystikker og sigarettglo, som kan føre til alvorlige helseskader. Sistnevnte kan for eksempel føre til alvorlige brannsår, det vil si alvorlig helseskade.

I et av fortolkningsbrevene fra Helsedirektoratet er det stilt spørsmål ved grenser for tiltak som kan iverksettes med hjemmel i pasientrettighetsloven kapittel 4A¹⁷. Problemstillingen gjaldt en tjenestemottaker som bodde i eget hjem, og som på grunn av uhygieniske forhold fikk jevnlig sårinfeksjoner. Forbygging og behandling av sår var vanskelig for hjemmesykepleien på grunn av forholdene. Tjenestemottakeren motsatte seg hjelp til rydding og vasking, og kommunelegen fattet vedtak om at hjemmet skulle ryddes og vaskes, og eiendeler fjernes. Videre at tiltaket skulle gjennomføres med jevne mellomrom. Helsetilsynet i Østfold opphevet vedtaket. Direktoratet presiserer i sin vurdering at det må skilles mellom helsehjelpen, som i dette eksempelet er forebygging og behandling av sår, og tvangstiltaket en ønsker å iverksette for å få gitt helsehjelpen, som er å bane seg adgang for å rydde og renovere. De vurderte tiltaket som like integritetskrenkende som de tiltakene som nevnes i lovbestemmelsene som alvorlige inngrep (jf kapittel 4.3.3.), og vurderte at tvangstiltaket ikke kunne hjemles i pasientrettighetslovens kapittel 4A.

Et vedtak om tvungen helsehjelp kan omfatte flere tiltak for å få gjennomført helsehjelpen. Rapportering på antall vedtak for 2009 kan dermed innebære at det kan være et høyere antall tiltak enn vedtak. Rapportering på sosialtjenestelovens kapittel 4A viser at antall registrerte tiltak er: 1293, mens antall vedtak var 886 (Statens helsetilsyn (2010), s. 40). I forhold til type tvangstiltak i tabellen fra Fylkesmannen i Østfold kan for eksempel et vedtak om tvungen behandling i spesialisthelsetjenesten, eksempelvis en operasjon, kunne innebære både tvungen medisinerings og forkant og bevegelseshindrende tiltak som holding når narkose skal gis.

”En må bruke to uttrykk for å forstå dette, det ene er selve vedtaket, altså avgjørelsen om å bruke tvang, og så er det tiltakene som skal til for at de skal få nødvendig helsehjelp”.

Et vedtak om en undersøkelse i spesialisthelsetjenesten eller hos fastlegen kan dermed innebære at tjenestemottakeren må ha beroligende medisinerings før avreise fra hjemmet, hjelp til å gå inn i bilen som skal kjøre vedkommende til legen/sykehuset, holding under selve undersøkelsen etc. Et vedtak om å gjennomføre nødvendig helsehjelp kan dermed inneholde flere enkelttiltak, uten at det må fattes vedtak om hvert enkelt tvangstiltak. Vernepleiere vil som kjente tjenesteytere for tjenestemottakere med behov for tvungen helsehjelp, ofte bistå i å gjennomføre vedtak om tvungen helsehjelp.

¹⁷ Brev fra Helsedirektoratet til Helsetilsynet i Østfold datert 01. 02. 2010.

Vedtakskompetanse for sosialtjenesteloven kapittel 4A er lagt til overordnet faglig ansvarlig, og vedtak må godkjennes av Fylkesmannen før det blir iverksatt (jf kapittel 4.3.3). Disse forskjellene drøftes nærmere i kapittel 7.

6.3. Gjennomføring av vedtak om tvungen helsehjelp

Bruk av tvang etter sosialtjenestelovens kapittel 4A forutsetter omfattende arbeid med å prøve ut og dokumentere at andre løsninger enn tvang er forsøkt. Har en utviklingshemmet også behov for tvungen helsehjelp, vil det ofte foreligge dokumentert kunnskap om tillitskapende tiltak som bør legges til grunn. Vernepleiere, som kjenner tjenestemottaker, kan dermed gi nyttig informasjon til annet helsepersonell som skal vurdere og eventuelt fatte vedtak om tvungen helsehjelp. Vernepleiere som nærpersoner vil også være viktige når tillitskapende tiltak skal iverksettes, fordi de har relasjoner til tjenestemottaker og en tjenestemottakeren har tillitt til.

Vernepleierne som ble intervjuet beskrev noen situasjoner de hadde erfart at utviklingshemmede motsatte seg nødvendig helsehjelp, hvor de mente det kunne være aktuelt å fatte vedtak om tvungen helsehjelp i. Eksempler på slike situasjoner var: sårstell, undersøkelse og behandling i spesialisthelsetjenesten og hos fastlege, tannbehandling, medisinerings som for eksempel insulin, tiltak ved obstipasjon og det å gi beroligende medisinerings før avgang til og oppmøte for undersøkelse og behandling. I noen situasjoner er det mulig å forutse motstand, i andre kan motstand komme overraskende.

”Det er greit å stikke han i fingeren (blodsuktermåling), men da vi skulle ta blod på teststrimmelen så vegret han seg, og da måtte vi inn med tvang”.

Vernepleiere vil nok primært være medhjelpere for å gjennomføre ulike typer helsehjelp, ikke minst i situasjoner som handler om å forsøke tillitskapende tiltak for å unngå tvang. I løpet av første året med nytt regelverk har vernepleierne som ble intervjuet flere ganger tatt opp med annet helsepersonell problemstillinger de har opplevd når tvungen helsehjelp var nødvendig. De har hatt kontakt med saksbehandlere hos Helsetilsynet i fylket og habiliteringstjenesten for drøfting og veiledning. Problemstillingene var blant annet når vedtak om tvungen helsehjelp skal fattes, og hvordan bruk av tvang skal dokumenteres når annet helsepersonell enn vernepleier fattet og/eller burde ha fattet vedtak. Vernepleierne opplevde det problematisk å

delta i å gjennomføre tvangstiltak, hvor de i etterkant var usikre på om ansvarlig helsepersonell dokumenterte ved å fatte vedtak. Dette er et uttrykk for bevissthet om forhold til problemstillinger ved bruk av tvang, og bekrefter for så vidt også inntrykk av underrapportering som fylkesmennene formidler.

”Jeg har hatt en bruker som har vært til ørespesialist, og han ble medisinert med Stesolid før han dro, etter avtale med legen fordi det ikke gikk forrige gang. Men om legen har fattet vedtak, det vet jeg ikke. ”

En av vernepleierne beskrev en situasjon hun opplevde som særlig vanskelig. Vernepleieren hadde vært i kontakt med Helsetilsynet i fylket og fått beskjed om at når det forventes motstand, som i eksempelet nedenfor, skal det fattes vedtak i forkant. Når en forventer motstand mot undersøkelsen, vil en da ha sikret hjemmel i forkant for å gjennomføre undersøkelsen med nødvendig tvang. De hadde en time hos spesialist for undersøkelse av en tjenestemottaker med utviklingshemning og demens. Vernepleieren tok kontakt med spesialisthelsetjenesten i forkant, for å forberede på forventet motstand til undersøkelse og eventuell behandling. Det skulle være med ansatte som kjente tjenestemottakeren, og som kunne bistå. Hun bad spesialisthelsetjenesten fatte vedtak i forkant, men opplevde å bli møtt med spørsmål om ikke dette var et vedtak fastlegen måtte fatte:

”Jeg prøvde å si at fastlegen kan jo ikke stå for en undersøkelse som en annen lege gjør, det er jo ingen lege som vil stå ansvarlig for en undersøkelse som han ikke gjennomfører selv. I hvert fall hvis du ikke er tilstede og observerer eller noe sånt, så det er den legen på sykehuset som må stå for det. Men jeg skjønner problematikken, for de hadde jo ikke møtt han, så de vet jo ikke hvem de skal fatte et vedtak for, og så skal det fattes i forkant av behandling... ().... så du skal ha hjemmel for å bruke tvang når situasjonen kommer... så det er jo veldig vanskelig da, for de kan jo ikke vite alle disse punktene de skal fylle ut da.. i et sånt vedtak”.

Vernepleieren visste ikke om sykehuset hadde fattet vedtak. Det var ansatte fra kommunen som kjente brukeren og var med han, som gjennomførte tvangen. Vernepleiere og andre tjenesteytere kan i slike situasjoner oppleve at det er vanskelig å bistå i å gjennomføre tvang, uten å vite at dette blir forsvarlig dokumentert og håndtert ved at vedtak fattes i for- eller etterkant. Vernepleieren fortalte at de sannsynligvis måtte tilbake flere ganger. Da kan de risikere at det ikke er samme lege som forrige gang som vil stå for gjennomføring av

undersøkelsen og eventuell behandling i spesialisthelsetjenesten. Det beste for alle parter ville sannsynligvis vært om det var fattet et vedtak som kunne dekke flere slike besøk.

Helsedirektoratet har i et av sine fortolkningsbrev vurdert en problemstilling knyttet til hvem som har vedtakskompetanse når det skal gjennomføres ulike former for helsehjelp for flere lidelser under en og samme narkose¹⁸. I brevet vurderer de blant annet at en løsning der fastlegen fatter vedtak, mens spesialister i spesialisthelsetjenesten er ansvarlig for og gjennomfører helsehjelpen og tvangstiltakene, ikke er i tråd med lovens ordlyd eller forarbeidene.

Fastlegen er imidlertid sentral i å vurdere og gjennomføre mange typer helsehjelp overfor utviklingshemmede. Godt samarbeid med tjenestemottakerens fastlege er viktig, særlig når det gjelder å vurdere mulige konsekvenser av å ikke gi helsehjelp. Å bytte fastlege er mulig om en ikke er fornøyd, noe er ikke kan gjøre på samme måte med helsepersonell i spesialisthelsetjenesten. Vernepleierne formidlet flere gode erfaringer fra samarbeid med fastlege.

”Sånn som vedtaket fastlegen er i ferd med å fatte for bruker, det går på konsultasjoner hos han. I det han går ut av døra her og skal komme seg inn i bilen, altså hele den lille reisen, det blir det nå fattet ett vedtak på, så uansett hva slags type konsultasjon vi kommer for å gjøre hos fastlegen, så er det vedtak på det nå”.

Når fastlegen skal fatte vedtak om tvungen helsehjelp er det behov for å gi informasjon i vedtaket om en del forhold fastlegen neppe vil kjenne så godt. Fastlegen vil da være avhengig av å få denne informasjonen fra personer som kjenner tjenestemottakeren bedre, for eksempel vernepleiere.

”Han (fastlegen) venter på det vedtaket jeg må gjøre på sårstell, for å se hva jeg skriver. Sårstellet er det vi som har ansvar for. Han (fastlegen) vil bruke mitt som grunnlag for det han skriver, for som han sier, han kan ikke vite hva vi gjør av tillitskapende tiltak da... ()...

¹⁸ Svarbrev til Fylkesmannen i Sør- Trøndelag datert 05. 03. 2010. www.helsedirektoratet.no

han kommer jo ikke hit og observerer oss i en sånn type situasjon, så den informasjonen han trenger for å fatte sitt vedtak går på informasjon fra oss... ()... så han må jo stole blindt på det da”.

I noen situasjoner kan det være aktuelt for flere helsepersonell å bidra til å gjennomføre tvungen helsehjelp. Et eksempel kan være en tjenesteyter som motsetter seg tannbehandling, og hvor det blir vurdert at slik helsehjelp er nødvendig. En tannlege må vurdere om tannbehandling er nødvendig for å forhindre alvorlig helseskade. En anestesilege må sette narkose, og vernepleiere og/eller annet helse-/miljøpersonell må bistå kanskje allerede fra tjenesteyteren drar hjemmefra, for eksempel med beroligende medisiner. Når det gjelder hvem som skal fatte vedtak om tvungen helsehjelp sier juristen følgende:

”Vedtaket hviler først og fremst på vurderingen av om dette er helt nødvendig for å forhindre alvorlig helseskade, og det er det tannlegen som må vurdere, anestesilegen vet jo ikke noe særlig om det, men han må handle faglig forsvarlig; undersøke og spørre. Anestesilegen skal gjennomføre et tiltak og vil ha kravet om faglig forsvarlighet knyttet til hjelpen han gir”

Kravet til å handle faglig forsvarlig vil gjelde for vernepleiere som bistår med å gjennomføre ulike tiltak som del av å iverksette vedtak om tvungen helsehjelp. De må vurdere egne handlinger opp mot hva som er etisk og faglig forsvarlig overfor tjenestemottakeren de samhandler med. Krav til helsepersonell om å gi forsvarlig og omsorgsfull hjelp er hjemlet i helsepersonelloven § 4. Helsepersonell kan ved alvorlige brudd på forsvarlighetskravet få advarsel eller blir fratatt autorisasjon. Slike reaksjoner gjelder ikke for andre enn helsepersonell, for eksempel ansatte uten helsefaglig kompetanse.

Denne første perioden med nye lovbestemmelser har naturlig nok ført til ulike prosesser for ansatte som behandler sakene i Helsetilsynet i fylkene. Blant annet så en ganske tidlig at det kom inn vedtak som omfattet flere ulike former for helsehjelp. Dette har vært diskutert i ulike fora, og som juristen uttrykker det:

”Når det begynte å komme inn vedtak så vi at de hadde skrevet flere tiltak som jeg vil si var to vedtak. ...(). En trenger helsehjelp med tvang som omfatter medisiner, innelåsing og dette er jo selvstendige vurderinger som må gjøres, ...(). for å se om det fører til helseskade. Og da begynte vi å se at her...(). Hva er egentlig flere tiltak under samme vedtak?

Slike situasjoner er relativt lite konkretisert i Rundskrivet (Rundskriv IK-3/2008), og det har vært behov for å gå opp praksis på området. Det vil ha betydning for praksis at Helsetilsynet i fylkene forholder seg relativt likt til dette. Helsetilsynet i fylket kan bruke sin kompetanse til å endre, oppheve og/eller sende vedtak tilbake for ny behandling

6.4. Vurdering av samtykkekompetanse

Samtykkekompetanse (jf kapittel 4.3.4), det vil tjenestemottakerens evne til å ta avgjørelse i spørsmål om helsehjelp, skal vurderes og dokumenteres. Det er et vilkår for bruk av tvungen helsehjelp at tjenestemottakeren mangler samtykkekompetanse, og motsetter seg helsehjelp. I pasientrettighetsloven § 4-6 om antatt samtykke heter det at helsepersonell kan treffe beslutning om å iverksette tiltak som en mener er i pasientens interesse, og som det er sannsynlig at pasienten ville samtykket til når pasienten ikke selv er i stand til å samtykke. Bestemmelsen regulerer undersøkelses- og behandlingssituasjoner der pasienten enten samarbeider eller forholder seg passiv. Vurdering av samtykkekompetanse er dermed ikke nytt for helsepersonell. Juristen uttrykker det på denne måten:

”Antageligvis har helsepersonell vurdert samtykkekompetanse uten at en har tenkt bevisst på det, fordi pasienten ikke har motsatt seg det, du har alle de gamle, de demente som ikke motsetter seg”.

Det nye i lovbestemmelsen er imidlertid at helsepersonell må dokumentere i vedtaket at de har vurdert samtykkekompetansen i situasjoner hvor tjenestemottakeren har motsatt seg helsehjelp. Vurdering av samtykkekompetanse forutsetter skjønnsmessige og verdimeslige vurderinger. En av vernepleierne sier:

”Det er masse etiske dilemmaer ...()... og vi må veie for og imot”.

Bevissthet og refleksjon rundt slike problemstillinger blir viktige. I verste fall kan beslutninger om manglende samtykkekompetanse handle om en type paternalistisk holdning hvor helsepersonell tenker at de vet hva som er best for tjenestemottakeren, og at eventuelt motstand mot dette handler om at en ikke skjønner sitt eget beste, og mangler samtykkekompetanse.

For noen tjenestemottakere kan samtykkekompetanse variere fra dag til dag, og til ulike tider av døgnet, avhengig av dagsform og hvor sliten en er. Slike situasjoner vil være ekstra utfordrende for tjenesteytere å vurdere. Det kan også være behov for vurderinger av tidligere erfaringer og forutsetninger for å forstå hva ulike situasjoner kan innebære. En tjenestemottaker med utviklingshemning vil gjennom livet kanskje ha fått mange negative erfaringer fra for eksempel tannbehandling som fører til frykt og motstand i liknende situasjoner. En tjenestemottaker som mister samtykkekompetanse senere i livet, kan ha gjennomført en rekke situasjoner med helsehjelp uten problem tidligere. Kunnskap om slike forhold kan være avgjørende for vurdering av samtykkekompetanse og arbeid med tillitskapende tiltak. I flere av helse- og sosialmeldingene beskriver Helsetilsynet i fylkene utfordringer knyttet til vurdering av samtykkekompetanse.

I sosialtjenestelovens kapittel 4A er ikke samtykkevurdering like sentral, da vilkår for bruk av tvang ikke er knyttet til manglende samtykkekompetanse, men til at tjenestemottakeren har diagnosen psykisk utviklingshemning. Å ha en utviklingshemning innebærer ikke automatisk manglende samtykkekompetanse, men kan innebære at samtykkekompetansen bortfaller helt eller delvis. Men vurderingene er blant annet kvalitetssikret ved at flere er involvert i beslutninger om å bruke tvang. Det er også en forskjell i definisjonen av tvang. Tvangsbegrepet i sosialtjenesteloven omfatter ikke bare forhold tjenestemottakeren viser motstand mot, men også tiltak som er så inngripende at de uansett motstand fra tjenestemottaker må regnes som bruk av tvang.

Vurdering av samtykkekompetanse kan være vanskelig, særlig hvis tjenestemottakeren i noen situasjoner har samtykkekompetanse og i andre ikke. En av vernepleierne beskriver en tjenestemottaker med diabetes hvor problemstillingen aktualiseres. Det er viktig å legge til rette for jevnt matinntak med ”riktig innhold”, men tjenesteyterne opplever stadig at vedkommende ikke ønsker hjelp, og ikke vil slippe hjelpere inn i leiligheten. Tjenestemottaker kan få for lavt blodsukker, med fare for å gå i koma, med vesentlig helseskade som konsekvens. I slike situasjoner med lavt blodsukker kan samtykkekompetansen bli redusert.

Selv om vernepleiere ikke fatter vedtak om tvungen helsehjelp vil de i mange situasjoner gi avgjørende informasjon til annet helsepersonell som skal fatte slike vedtak. Vernepleiere kan,

ved at de kjenner tjenestemottakeren godt, gi informasjon av betydning for vurderingene av samtykkekompetanse.

6.5. Dokumentasjon og tillitskapende tiltak

Krav til dokumentasjon ved vedtak om tvungen helsehjelp følger av journalføringsplikten. Helsepersonell må registrere nødvendig og relevante opplysninger. Det skal være en fortløpende dokumentasjon, hvor hvert tiltak, hver gjennomføring og hvilke tillitskapende tiltak som har vært forsøkt dokumenteres (Rundskriv IS-10/2008). Dokumentasjonskravene i sosialtjenestelovens kapittel 4A er noe mer omfattende, og juristen har noen tanker om dette:

”Det virker som lovgiver i denne loven har lagt mer vekt på at helsepersonell har et godt faglig skjøn, og en etikk som gjør at det ikke er behov for å dokumentere fullt så mye som sosialtjenesteloven har lagt inn, for der er dokumentasjonskravene omfattende”

Vernepleierne forteller om problemstillinger knyttet til dokumentasjon og journalføring av tvungen helsehjelp. I noen situasjoner har de vært usikre på om tvang de har vært med på å utføre faktisk ble dokumentert ved at ansvarlig helsepersonell for gjennomføring av tvungen helsehjelp fatter vedtak. De forteller også at de opplever utfordringer knyttet til å håndtere de ulike *kravene* i lovbestemmelsene, blant annet at krav til dokumentasjon og registrering av tvungen helsehjelp er svakere. Vernepleiere som er vant til å forholde seg til de relativt omfattende dokumentasjonskravene i sosialtjenestelovens kapittel 4A opplever utfordringer ved det de opplever som mindre omfattende dokumentasjonskrav. Eksempelet nedenfor gjelder bruk av tvang i nødssituasjon, det vil si enkelthendelser.

”Vi hadde besøk til fastlegen, og ble sendt rett akuttmottaket for behandling av et sår. I løpet av de timene vi var på sykehuset hadde vi 9 enkeltmeldinger”

Når vernepleieren senere tar kontakt med Helsetilsynet i fylket får hun beskjed om det ikke var nødvendig å dokumentere tvungen helsehjelp i nødssituasjon med enkeltmeldinger som ble sendt til Helsetilsynet i fylket.

”De var ikke interessert i å få enkeltmeldinger som går på pasientrettighetsloven, og det lettet jo meg for mye papirarbeid selyfølgelig, men allikevel... ()...vi har jo faktisk brukt tvang.”

Vedtak om tvungen helsehjelp omfatter både helsehjelp i enkeltsituasjoner, som for eksempel en undersøkelse, ett inngrep som tannbehandling og operasjon og helsehjelp av mer langvarig karakter, som del av pleie- og omsorgstiltak. Med unntak av situasjoner hvor en kan forvente motstand, og slik sett kan fatte vedtak i forkant av tvungen helsehjelp, blir vedtak og beslutninger fattet i etterkant av at tvangsbruk har vært nødvendig. En av vernepleierne beskriver hvordan hun opplever forskjellene:

”Du slipper jo det med enkeltmeldinger, å gå igjennom protokoller, for så eventuelt å fatte vedtak.. du går liksom rett på vedtaket, men det må være veldig bra dokumentert.

Når vi har helt klare tilfeller, som for eksempel sårstell, så er det liten tvil om at det må gjennomføres, og det er ingen tvil om at det er vanskelig å gjennomføre det og vi har prøvd alle mulige tillitskapende tiltak.”

Tillitskapende tiltak skal alltid forsøkes før en bruker tvang. I en del situasjoner vil det føre til at en må ta seg god tid, noe som forutsetter at en faktisk har tid til rådighet. En av vernepleierne beskriver det slik:

”En må ha god tid, og jeg tenker på situasjonen i sykehjem, de demente der, er det tid til å holde på slik vi gjør her, med all den motivasjon og tid vi har i forhold til sykehjem?”

Antall potensielle tjenestemottakere som kan og/eller vil berøres av de to lovverkene er, som beskrevet i kapittel 6.1, ulike. Sosialtjenestelovens kapittel 4A forutsetter at tjenestemottaker har fått diagnosen psykisk utviklingshemning. En regner med at antall personer med psykisk utviklingshemning på landsbasis er ca 21000 personer¹⁹, og kun et lite antall av disse vil ha behov for bruk av tvang. Antall personer med slike vedtak var i 2009 på 788.

Pasientrettighetslovens kapittel 4A er diagnoseuavhengig, og kan i utgangspunktet omfatte alle personer som ikke har samtykkekompetanse. Like omfattende krav til saksbehandling og gjennomføring av tvungen helsehjelp ville fått store ressursmessige konsekvenser for virksomhetene. Og kanskje også forhindret at nødvendig helsehjelp ble gitt umiddelbart når det var nødvendig.

¹⁹ Rapport fra Helsetilsynet nr. 7/2008. helsedirektoratet opererer med at antall personer med psykisk utviklingshemning per 1.januar 2007 er på 21 609. Tallet er basert på innrapporterte tall fra kommunene på hvem som mottok helse- og sosiale tjenester i kommunene.

”... effektivitetshensyn også, at hvis vi skal sørge for at folk får helsehjelp som som regel er til det beste for dem, hvis vi holder på med altfor mange dokumentasjonskrav underveis, så vil vi drukne på en måte...(.. krav til at her skal det være helsepersonell, her skal det være utdannede folk, og det er bygd opp med krav om kompetanse som skal ligge under” (jurist)

I kapittel 7 drøftes mulige problemstillinger ved ressursmessige hensyn og vedtakskompetanse nærmere.

6.6. Styrings- og ledelsesmessige utfordringer (IK)

Forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten gjelder alle virksomheter som omfattes av helselovgivningen, det vil si både kommunale helsetjenester, spesialisthelsetjenester og tannhelsetjenester, samt virksomheter som driver tjenester etter sosialtjenesteloven.

Opprinnelige lovbestemmelser om bruk av tvang overfor utviklingshemmede ble iverksatt før internkontrollforskriften ble gjort gjeldende for sosiale tjenester²⁰. Dette kan være en grunn til at kravene til bruk av tvang etter sosialtjenesteloven er mer omfattende og detaljerte enn krav til bruk av tvungen helsehjelp.

Myndighet til å fatte vedtak om tvungen helsehjelp er lagt til det helsepersonellet som har ansvar for helsehjelpen. Det skal være oppnevnt en med overordnet faglig ansvar for helsehjelpen. I følge Rundskriv IS-10/2008 er det naturlig å følge vanlige ansvarslinjer for tjenesten. Overordnet faglig ansvarlig kan for eksempel være kommunelege eller tilsynslege. Ansvar og kontrollen anbefales løftet til et nivå der vedkommende har påvirkning både på økonomiske og personellmessige ressurser. Overordnet faglig ansvarlig må sikre at det blir lagt til rette for minst mulig bruk av tvang, og at eventuell bruk av tvang sees i sammenheng med samlet tjenestetilbud. Overordnet faglig ansvarlig skal ha kopi av vedtaket. Juristen beskriver utfordringer for virksomhetene og helsepersonellet slik:

”Å klare å være så inneforstått med hvordan disse regelsettene er forskjellige, men også hvordan de overlapper hverandre til beste for brukeren”

I motsetning til sosialtjenestelovens kapittel 4A skal altså overordnet faglig ansvarlig ikke godkjenne vedtak, men ha kopi av vedtakene. Dette kan gi overordnet faglig ansvarlig viktig

²⁰ Forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten trådte i kraft fra 1.1.2003.

informasjon for styring og ledelse av virksomheten, men endrer ikke problemstillinger ved vedtakskompetanse og ressursmessige forhold (jf kapittel 7).

”Jeg tror ganske mange sliter, for eksempel kommuner har nok ikke laget sitt eget styringssystem rundt dette enda. Og da tror jeg det blir så fryktelig vanskelig for de som sitter alene med dette” (jurist)

I forskrift om internkontroll er det en rekke krav for å sikre at tjenestene til enhver tid er forsvarlige. For eksempel er det krav om å sikre tilstrekkelig kunnskap og ferdigheter hos tjenesteyterne. En forutsetning for å sikre alle forhold knyttet til vurdering og gjennomføring av tvungen helsehjelp, og ikke minst bevissthet om hvordan en kan unngå å bruke tvang, er blant annet at tjenesteyterne har fått nødvendig kjennskap til og opplæring i de nye lovbestemmelsene. En av vernepleierne formidler tanker om dette etter gjennomført opplæring i de nye lovbestemmelsene:

”Sykehjemmet har faglige ressurser, og de får nok litt styring på det, og hjelp til igangsetting, mens der det er lite faglige ressurser der tror jeg det går i glemmeboka... de får ikke tid”.

Ledelsen har et ansvar for å sørge for ikke bare tilstrekkelig kompetanse og opplæring, men også å sikre at opplæring om de nye bestemmelser blir innarbeidet i praksis og følges opp.

”Om en skal på legevakten, og det må være ansatte med, så må det være en som kjenner de, det kan ikke være en tilfeldig vikar som ikke aner noe. Så valget av personell vil være veldig viktig for å få til at lovens krav oppfylles. ...()... Har kommunen i sitt internkontrollsystem og styringssystem begynt å ta dette inn over seg?”

I sosialtjenesteloven er det lite formelle kompetansekrav for tjenesteyting. Unntaket er kapittel 4A, hvor det stilles krav til formell kompetanse hos ansatte som skal gjennomføre tvangstiltak (jf kapittel 3.3). I tillegg skal det være to tilstede ved gjennomføring av tvangstiltak om det ikke er til ugunst for tjenestemottakeren. Det er imidlertid gitt mulighet for å søke dispensasjon fra utdanningskravene. Rapportering fra Fylkesmennene viser at det i et stort antall av vedtakene er gitt dispensasjon fra utdanningskravene i 872 av de 886 vedtakene som er fattet i 2009 (Statens helsetilsyn (2010), s. 40).

”Sosialtjenesteloven er mer løs på dette (krav til kompetanse), det er ikke noen krav i forhold til sosialtjenesteloven, altså hva slags type utdanning folk har...()... og derfor blir de kanskje enda strengere på oppfølging, rapportering og internkontrollkrav i etterkant da” (jurist)

Når vedtakskompetansen er lagt til ansvarlig utøvende helsepersonell har det sannsynligvis sammenheng med krav til forsvarlighet. Helsepersonelloven opererer med plikter knyttet til forsvarlig virksomhet både på individ og systemnivå (helsepersonelloven § 4, 16 og 17). Ledelsen skal sørge for rammebetingelser som sikrer at tvungen helsehjelp unngås når det er mulig. Ledelsen må videre sørge for at tjenesteyterne vet hvordan de skal håndtere situasjoner de kommer i, hvor lovbestemmelsene blir aktualisert. Retningslinjer og rutiner som blir utarbeidet for å sikre forsvarlig praksis må gjøres kjent for ansatte og innarbeides i praksis. Feil og mangler må rapporteres, og følges opp for å sikre internt lærings- og forbedringsarbeid. Rapportering i form av at det fattes vedtak om gjennomført tvungen helsehjelp er en forutsetning for både egenkontroll og eksternt tilsyn. Mye kan tyde på at det foreløpig er stor grad av underrapportering, og dermed at det gjennomføres tvungen helsehjelp uten at helsehjelpen gis i samsvar med lovkrav. Dette fører til manglende rettsikkerhet for tjenestemottakerne.

Samarbeid er viktig for å sikre forsvarlig tvungen helsehjelp. Som nevnte tidligere kan det være utfordringer når ulike helsepersonellgrupper skal samhandle om tjenester til samme tjenestemottaker.

”De som kjenner de demente pasientene eller psykisk utviklingshemmede, de er jo helt nødvendig for å få til minst mulig bruk av tvang, og samtykkevurderingene skal være gode nok. ..()... Samhandling mellom fastlege og dette personellet må være godt styrt fra kommunens side” (jurist)

Ledelsen må altså ta et overordnet ansvar for å sikre at forholdene legges til rette for at tjenesteyterne samarbeider på individnivå, når de gir tjenester til samme tjenestemottakere. Nødvendig samarbeid må foregå mellom ulike enheter i samme virksomhet, men også mellom ulike nivåer som kommunale tjenester, tannhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Tvungen helsehjelp i kommunale tjenester forutsetter nok særlig godt samarbeid mellom fastlege – nærpersoner, særlig i samtykkevurderinger og arbeid med tillitskapende tiltak for å unngå bruk av tvungen helsehjelp.

”Fastlegen må samarbeide med annet personell, og få informasjon derfra som han må legge til grunn for sin samtykkevurdering” (jurist)

7. Avsluttende refleksjoner

I dette avsluttende kapittelet oppsummerer og reflekterer jeg rundt de to innledende forskningsspørsmålene, og trekker frem noen funn og forhold presentert i kapittel 6. Dataene som er gjennomgått og samlet inn i intervjuene viser mange utfordringer ved implementering av de nye lovbestemmelsene om tvungen helsehjelp. De ulike kravene i lovbestemmelsene gir ulikt grunnlag for å sikre rettsikkerhet overfor tjenestemottakerne.

7.1. Utfordringer ved implementering

Data både fra Helsetilsynet i fylkene og informantene bekrefter særlig utfordringer når samtykkekompetanse skal vurderes, i arbeid med tillitskapende tiltak og dokumentasjon, å ha god nok kunnskap om lovbestemmelsene, i samarbeid og generelt forhold knyttet til styring og ledelse. Nedenfor reflekteres det særlig over noen faglige og etiske utfordringer.

Å måtte bruke tvang i behandling og omsorg, uansett hjemmelsgrunnlag, innebærer etiske dilemma for tjenesteyterne og utfordrer etiske grunnverdier og respekt for tjenestemottakerens integritet og verdighet. Tvang kan være helt nødvendig for å gi forsvarlige tjenester og nødvendig helsehjelp når tjenestemottakeren ikke forstår konsekvensene av å motsette seg hjelp. Når utviklingshemmede har behov for tjenester regulert i begge lovbestemmelsene er det grunnlag for å si at tjenesteytere, og særlig vernepleiere som helsepersonell, står overfor særlig utfordringer.

Siden begge lovbestemmelsene, 4A og 4A, er aktuelle i tjenesteutøvelse overfor utviklingshemmede, kan det føre til at tjenesteytere og helsepersonell med ulik faglig kompetanse og tilnærming blir involvert i beslutninger og gjennomføring. Det skaper utfordringer i samarbeid mellom tjenesteytere som kjenner tjenestemottakeren godt gjennom daglig tjenesteyting, og helsepersonell som skal gjennomføre tvungen helsehjelp i en avgrenset situasjon, eksempelvis tannbehandling. Forsvarlig gjennomføring av tvungen helsehjelp vil dermed forutsette samarbeid med nærpå personer som kjenner brukeren godt. I arbeid med implementering av de nye lovbestemmelsene oppstår det både tilsiktede forskjeller på grunn av lovbestemmelsenes utforming, men også mer utilsiktede forskjeller

som blant annet synliggjør ulike faglige tradisjoner og tilnæringsmåter i skjæringspunktet mellom helsefag og sosialfaglige tradisjoner.

Forsvarlighet i tjenestene inneholder både faglige, etiske og rettslige krav. Nye rettslige krav i lovbestemmelsene om tungen helsehjelp har for eksempel endret krav til, og muligheter for bruk av tvang i helse- og sosiale tjenester. Kjennskap til nye behandlingsmetoder og utvikling av nytt teknisk utstyr kan endre faglig praksis, og dermed hva som til enhver tid ansees som faglig forsvarlig praksis. Det samme gjelder endringer over tid i verdisyn og yrkesetikk. Ansvarlig ledelse og den enkelte tjenesteyter må holde seg oppdatert om slike endringer.

Forskrift om internkontroll gjelder for både helse og sosiale tjenester og stiller krav til virksomheter om å sikre forsvarlig tjenester, både helsetjenester og sosiale tjenester. Krav til forsvarlighet i helsetjenestene og helsepersonell er også hjemlet i helsepersonelloven hvor særlig § 4, § 16 og § 17 er sentrale. Sosiale tjenester har ikke tilsvarende forsvarlighetskrav som helselovgivningen, og det er ikke lovbestemmelser som regulerer ansattes tjenesteutøvelse på samme måte som helsepersonell. Det er heller ikke tilsvarende rettigheter, som for eksempel retten til nødvendig helsehjelp, for tjenestemottakerne. Men det er krav til forsvarlig innhold i og omfang av sosiale tjenester som regulerer tjenestemottakers rett til nødvendige tjenester, og krav til saksbehandling. Unntak er, som jeg har beskrevet tidligere, klarere krav til forsvarlighet i sosialtjenestelovens kapittel 4A.

Vernepleiere gir tjenester i skjæringspunktet mellom helsefaglige og sosialfaglige tradisjoner, og er en av få helsepersonellgrupper i kommunal virksomhet som gir tjenester hjemlet i både helse- og sosiallovgivningen. Vernepleiere som helsepersonell må ha fokus på det helsefaglige perspektivet i yrkesutøvelsen. Som helsepersonell innebærer det særlige plikter som følger av helsepersonelloven, og et bevisst forhold faglig forsvarlig virksomhet og omsorgsfull hjelp (helsepersonellovens § 4). Vernepleiefaglige arbeid er faglig bredt sammensatt og målrettet miljøarbeid står sentralt. Målrettet miljøarbeid vektlegger ulike perspektiver som helsefaglige, pedagogiske, psykologiske og samfunnsfaglige (FO, 2008), og dette kan skape utfordringer.

Helsepersonell er tradisjonelt mer autonome i sine helsefaglige beslutninger og virksomhet, og det er mindre tradisjoner knyttet til å fatte skriftlige enkeltvedtak på helsetjenester. Ohnstad (2004) vektlegger at ved beslutning om helsetjenester etter

kommunehelsetjenesteloven § 2-1 er det nærliggende å anta at det er vektlagt at tilråding og utførelse ikke er atskilte handlinger, men at det skjer i en prosess hvor det er lite hensiktsmessig å skille mellom faglig vurdering og forvaltningsmessig tildelingsbeslutning/enkelvedtak. Det kan være en av grunnene til at de prosessuelle kravene, det vil si saksbehandlingskravene i pasientrettighetslovens kapittel 4A, er mindre omfattende enn i sosialtjenestelovens kapittel 4A. Krav til faglig forsvarlig tjenesteutøvelse står mer sentralt.

En annen grunn er forhistorien for HVPU-reformen, og avviklingen av den fylkeskommunale institusjonsomsorgen. I institusjonsomsorgen for utviklingshemmede ble det avdekt overgrep og uverdige levekår. Overgrep, dårlige levekår og oppmerksomhet mot rettsikkerhet og manglende hjemmelgrunnlag for bruk av tvang overfor utviklingshemmede gav utgangspunkt for et detaljert og konkretisert regelverk knyttet til bruk av tvang overfor utviklingshemmede. Per i dag kan det imidlertid være grunn til å stille spørsmål ved om ikke saksbehandlingsreglene i sosialtjenestelovens kapittel 4A er for omfattende i noen situasjoner, og modne for en gjennomgang. Blant annet ble forskrift om internkontroll gjort gjeldene også for sosiale tjenester fra 1.1.2003.

I 2003 ble det såkalte Bernt-utvalget nedsatt for å utrede og foreslå bedre harmonisering av den kommunale helse- og sosiallovgevingen. De leverte sin utredning i oktober 2004: ”Helhet og plan i sosial- og helsetjenestene. Samordning og samhandling i kommunale sosial- og helsetjenester”. Utvalget anbefalte blant annet at dagens to lover erstattes med en felles harmonisert kommunal sosial- og helsetjenestelov som regulerer kommunenes ansvar, krav til tjenestene, tjenestemottakers rettigheter, beslutningsprosess og klageadgang. Utvalget foreslo ikke harmonisering og endring av lovbestemmelsene som hjemler bruk av tvang overfor utviklingshemmede og rusmiddelmissbrukere. Helse- og omsorgsdepartementet arbeider fortsatt med et felles lovforslag, men det er mye som tyder på at det vil være på plass før samhandlingsreformen iverksettes i 2012. Sannsynligvis vil det være helse- og omsorg som blir felles betegnelse for ny felles lov, blant annet fordi det i 2010 ble iverksatt ny lov om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen. Hva som skjer med de nye lovbestemmelsene om tvungen helsehjelp vil tiden vise, men de hjemler jo også tvungen helsehjelp i spesialisthelsetjenesten og tannhelsetjenesten, og ikke bare kommunale helsetjenester.

7.2. Rettsikkerhet ved bruk av tvang

Prosessuelle og personelle krav til å fatte vedtak om tvungen helsehjelp er altså noe mindre omfattende i lovbestemmelsene som hjemler tvungen helsehjelp. I motsetning til sosialtjenestelovens kapittel 4A er det i pasientrettighetsloven ikke krav til at vedtak skal godkjennes før det iverksettes, at spesialisthelsetjenesten skal bistå, krav til kompetanse hos de som skal gjennomføre tvangstiltakene og at det skal være to tjenesteytere tilstede ved gjennomføring. Vurdering og gjennomføring av tvungen helsehjelp baseres i større grad på at ansvarlig helsepersonell på selvstendig grunnlag tar beslutninger. Først ved tvangstiltak som innebærer et alvorlig inngrep for tjenestemottakeren, skal helsepersonellet sørge for å rådføre seg med et annet helsepersonell. En trenger ikke nødvendigvis å oppnå enighet.

Vedtakskompetansen er lagt organisasjonsmessig lavere for vedtak om tvungen helsehjelp enn vedtak som fattes etter sosialtjenesteloven. I sistnevnte forutsettes det at en overordnet faglig ansvarlig fatter vedtaket. Forskjellene kan særlig gi rettsikkerhetsmessige utfordringer hvis ressursmessige hensyn, som økonomi og personell, påvirker beslutning om bruk av tvang. Dette er sannsynligvis hensyn som særlig er aktuelle når tvungen helsehjelp inngår i pleie- og omsorgstjenester over tid. I rundskrivet til de nye lovbestemmelsene står det at en regner med at det særlig er leger og tannleger som vil fatte vedtak om tvungen helsehjelp, unntaksvis annet helsepersonell som for eksempel sykepleiere og hjelpepleiere.

”Plasseringa av den personelle vedtakskompetansen etter kapittel 4A i pasientrettighetslova, kan oppfattast som (nok) eit teikn på at dette regelverket i liten grad er retta inn mot dei problema som reiser seg ved yting av pleie- og omsorg, men nokså einsidig har fokus på medisinsk undersøkning og behandling” (Østenstad (2009), s. 442-443).

Medisinsk undersøkelse og behandling og pleie- og omsorgstjenester har ofte relativt ulikt preg. Medisinsk undersøkelse og behandling er gjerne kortvarig, gitt i egne institusjoner/sykehus, og ofte gjennomført en gang. Pleie- og omsorgstjenester strekker seg ofte over lengre tid, er av mer omfattende karakter og gitt både i institusjon og hjemmetjenester. Det gir tjenesteyterne et annet grunnlag for å vurdere og prøve ut tillitskapende tiltak før tvungen helsehjelp blir iverksatt.

En av vernepleierne stiller spørsmål ved tid som ressurs i sykehjem (jf kapittel 6.5). Det å jobbe med tillitskapende tiltak og alternativer til tvang kan kreve at tjenesteyterne bruker tid,

og har kompetanse til å vurdere faglig forsvarlige alternative løsninger. Og hva skjer hvis tillitskapende tiltak krever mye mer ressurser enn å bruke tvang? Har ansvarlig helsepersonell da nødvendig distanse til å fatte gode nok beslutninger? Og har ansvarlig helsepersonell nødvendigvis kompetanse til å vurdere virkninger av å bruke tvang?

Østenstad (2009) er kritisk til modellen som er valgt for vedtakskompetanse om tvungen helsehjelp. Han mener blant annet at det, når vedtakskompetansen er lagt såpass lavt, kan føre til risiko for usaklige ressursmessige hensyn i sammenheng med tvangsvedtak (s. 441). Vedtakskompetansen bør legges til et høyere faglig administrativ nivå, fordi en da kan få mer distanse mellom de faktiske problemene i tjenesteutøvelsen og den som skal vurdere saken og eventuelt fatte vedtak. En slik løsning har i følge Østenstad flere fordeler. Større distanse kan bidra til å sikre at alternativer til tvang prøves ut når den som skal treffe vedtaket er i bedre posisjon til å omdisponere ressurser.

Statens helsetilsyn har utarbeidet retningslinjer for Helsetilsynet i fylkets behandling av vedtak og klagesaker etter pasientrettighetslovens kapittel 4A²¹. Retningslinjene legger opp til noe strengere kontroll, og mulighet for utsettende iverksettelse av vedtakene Helsetilsynet i fylkene får før tre måneders fristen. Som beskrevet i kapittel 2.4. skal Helsetilsynet i aktuelt fylke kontrollere vedtak som løper utover tre måneder. I retningslinjene begrunnes dette med at det for tjenestemottakerens rettsikkerhet kan være viktig at tvangstiltakene ikke gjennomføres før det er avgjort om vedtaket skal omgjøres. Det legges vekt på at Helsetilsynet i fylkene særlig prioriterer grundigere undersøkelser ved tvangstiltak som i loven betegnes som alvorlige inngrep. Selv om det er lagt opp til en slik kontroll, kan vedtak være gjennomført før Helsetilsynet i fylket har mottatt de.

”Imidlertid tilsier reelle hensyn og hensyn til sammenheng i regelverket at det også kan gis utsatt iverksettelse i saker som overprøves av eget tiltak. Statens helsetilsyn finner derfor at forvaltningsloven § 42 gir rettslig grunnlag for å beslutte utsettende iverksettelse i overprøvingssaker” (Rundskriv IK-3/2008, s.10)

Når det gjelder godkjenning og kontroll av vedtak hjemlet i sosialtjenestelovens kapittel 4 A skal vedtak fattes på et overordnet nivå i kommunen, og vedtaket kan ikke iverksettes før det er godkjent av Fylkesmannen. Det gir særlige rettsikkerhetsmessige garantier for

²¹ Rundskriv IK-3/2008 fra Statens helsetilsyn

utviklingshemmede når tjenestene hjemles i sosialtjenestelovens kapittel 4A. I tillegg er det krav om ytterligere kvalitetssikring av faglige og etiske vurderinger av tvangstiltakene ved at spesialisthelsetjenesten, stort sett ved habiliteringstjenestene, skal bistå kommunene i vedtaks- og gjennomføringsprosessen. På denne måten sikrer lovgiver aktivt innsyn og involvering i de skjønsmessige vurderingene tjenesteyterne og kommunene gjør, og gir ekstra faglig kvalitetskontroll som ikke på samme måte er sikret i pasientrettighetslovens kapittel 4A.

Lovbestemmelsene baserer seg på at helsepersonell gir faglig forsvarlig helsehjelp i tråd med krav i helsepersonellovens § 4. Bryter helsepersonell slike krav, kan det føre til reaksjoner i form av advarsel og/eller autorisasjonstap. Dette gjelder ikke tjenesteytere i sosiale tjenester uten helsepersonellkompetanse. Samtidig gir helsepersonelloven sanksjonsmuligheter overfor helsepersonell som bryter kravene til faglig forsvarlig praksis (§ 4). Vernepleiere som helsepersonell kan sanksjoneres, men det kan bety noe svakere vern for tjenestemottakere av sosiale tjenester når det ikke er tilsvarende hjemmel for kontroll med yrkesutøvelsen. FO²² arbeider for autorisasjonsordning for barnevernspedagoger og sosionomer. Vernepleiere som helsepersonellgruppe er ofte i en posisjon hvor de må forholde seg til ulike helse- og sosialrettslige lovbestemmelser. Det kan være utfordrende når lovkrav skaper ulike rettsikkerhetsmessige forhold for tjenestemottakere som får tjenester hjemlet i ulike lovbestemmelser.

Rettsikkerhetsmessige forhold er ulikt ivaretatt i de to lovbestemmelsene, og det er mange utfordringer knyttet til implementering av de nye lovbestemmelsene om tvungen helsehjelp. Gjennomgangen viser særlig utfordringer ved kjennskap til lovbestemmelsene, samarbeid, samtykkevurderinger og arbeid og dokumentasjon av tillitskapende tiltak. Ansvarlig ledelse har et stort ansvar for at de nye bestemmelsene er kjent hos tjenesteyterne, og at de innarbeides i praksis. Mye tyder på omfattende underrapportering. Er det grunnlag for å sammenlikne erfaringer fra implementering av sosialtjenestelovens kapittel 4A, vil det på sikt føre til større bevissthet rundt tvungen helsehjelp, og dermed grunnlag for reduksjon i bruk av tvang.

²² Fellesorganisasjonen for barnevernspedagoger, sosionomer og vernepleiere

Litteraturliste

- Bolling G, Pedersen P og Førde R (2009): Etikk i sykehjem og hjemmetjenester. Sykepleien Forskning nr. 3, 2009;4: 186-196
- Dagens medisin (2009): Stor usikkerhet rundt ny tvangslov. Dagens medisin 1. oktober 2009
- Engedal, Knut (2000): Rettighetsbegrensninger og bruk av tvang i norsk eldreomsorg Trinn III. Rapport til Sosial- og helsedepartementet oktober 2000. Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens
- Engedal K, Kirkevold Ø, Eek A og Nygård A M (2001): Skal, skal ikke.... Rettighetsbegrensninger og bruk av tvangstiltak i behandling og omsorg av personer med demens. Nasjonalt kompetansesenter for demens
- Engedal, K m.fl. (2002). Makt og avmakt. Rettighetsbegrensninger og bruk av tvangstiltak i institusjoner og boliger for eldre. Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens.
- FO (2008): Om vernepleieryrket. Seksjonsrådet for vernepleiere i Fellesorganisasjonen (FO)
- Fontene (2009): Tvangslov skal gi mindre tvang. Fontene 1/09
- Fylkesmannen i Hedmark (2010): Sosial- og helsemelding 2009
- Fylkesmannen i Hordaland (2010): Helse- og omsorgsmelding 2009
- Fylkesmannen i Sogn og Fjordane (2010): Helse- og sosialmelding 2009
- Fylkesmannen i Vestfold (2005): Rettsikkerhetsprosjektet. Prosjektrapport, februar 2005
- Fylkesmannen i Østfold (2010): Helse- og sosialmelding 2009
- Fylkesmannen i Telemark (2010): Helse- og omsorgsmelding 2009
- Helsedepartementet. Ot.prp. nr. 64 (2005-2006). Om lov om endringer i pasientrettighetsloven og biobankloven (helsehjelp og forskning – personer uten samtykkekompetanse)
- Helse- og omsorgsdepartementet (2005). Endringer i lov 2. juli 1999 nr. 63 om pasientrettigheter – helsehjelp til pasienter uten samtykkekompetanse. Høringsnotat
- Helsedirektoratet (2008): Lov om pasientrettigheter kapittel 4A. Helsehjelp til pasienter uten samtykkekompetanse som motsetter seg helsehjelpen. Rundskriv IS-10/2008. Oslo
- Holter, H og Kalleberg, R red. (1996). Kvalitative metoder i samfunnsforskning. Oslo, Universitetsforlagets metodebibliotek.
- Handegård, T L og Gjertsen, H (2008): Kapittel 4A – en faglig revolusjon? Evaluering av sosialtjenesteloven kapittel 4A, Nordlandsforskning – rapport nr. 1/2008
- Jacobsen, dag Ingvar (2000): Hvordan gjennomføre undersøkelser? Innføring i samfunnsvitenskaplig metode. Oslo, Høyskoleforlaget
- Kjørstad og Syse, Velferdsrett I. grunnleggende rettighet Rettsikkerhet Tvang 2005 Oslo, Gyldendal akademisk
- Lorentzen, Margrete (1998): Spørsmålet bestemmer metoden. Oslo, Universitetsforlaget

- Kvale, Steinar (1997): Det kvalitative forskningsintervju. Oslo, Ad Notam Gyldendal
- Malterud, Kirsti (1996): Kvalitative metoder i medisinsk forskning. Oslo, Tano Aschehaug
- Molven, Olav (2006). Helse og jus. En innføring for helsepersonell. Oslo, Gyldendal Norsk Forlag A/S
- NOU 2004:18. Helhet og plan i sosial- og helsetjenestene. Samordning og samhandling i kommunale sosial- og helsetjenester
- Ohnstad, Bente (2004): Prosessuell rettsikkerhet, internkontroll og kvalitetssikring i helse- og sosialtjenesten. Kritisk Juss s. 172 – (KRJU – 2004 – 172)
- Sosialdepartementet (1992): Lov om sosiale tjenester mv. Rundskriv I/93
- Sosial- og helsedirektoratet (2004): Lov om sosiale tjenester kapittel 4A – rettsikkerhet ved bruk av tvang og makt overfor enkelte personer med psykisk utviklingshemning. Rundskriv IS-12/2004. Sosial- og helsedirektoratet
- Statens helsetilsyn (2002): Fylkeslegenes tilsyn med helsetjenester til aldersdemente 2001 – oppsummeringsrapport. Rapport fra Helsetilsynet nr. 3/2002
- Statens helsetilsyn (2006): Rettsikkerhet for utviklingshemmede. Oppsummering av landsomfattende tilsyn i 2005 med rettssikkerhet ved bruk av tvang og makt overfor personer med psykisk utviklingshemning. Rapport fra Helsetilsynet nr. 2/2006
- Statens helsetilsyn (2007): Rettsikkerhet for utviklingshemmede II. Oppsummering av landsomfattende tilsyn i 2006 med rettssikkerhet knyttet til bruk av tvang og makt overfor personer med psykisk utviklingshemning. Rapport fra Helsetilsynet nr. 5/2007
- Statens helsetilsyn (2008): Nødvendig tvang? Ein gjennomgang av data hos fylkesmennene om bruk av tvang og makt overfor menneske med psykisk utviklingshemning for perioden 2000-2007. Rapport fra Helsetilsynet nr. 7/2008
- Statens helsetilsyn (2008): Retningslinjer for Helsetilsynet i fylkets behandling av vedtak og klagesaker etter pasientrettighetsloven kapittel 4A. Rundskriv IK-3/2008 fra Statens helsetilsyn
- Statens helsetilsyn (2010): Tilsynsmelding 2009.
- Sykepleien Forskning 02/2009. Forskerintervju med Øyvind Kirkevold
- Terland, Anine (2002). Hvordan beskrive og konkretisere kvalitet i miljøarbeidertjenester? En studie av miljøarbeidertjenester i en konkurranseutsettingssituasjon. Hovedfagsoppgave i helsefag. Universitetet i Oslo, det medisinske fakultet, seksjon for helsefag.
- Wibeck, Victoria (2000). Fokusgrupper. Om fokuserade gruppintervjuer som undersøkingsmetode. Studentlitteratur
- Østenstad, Bjørn H (2009): Heimelsspørsmål i behandling og omsorg overfor psykisk utviklingshemma og aldersdemente. Rettslege og etiske problemstillinger ved bruk av tvang og inngrep utan gyldig samtykke. Avhandling for graden philosophiae doctor (ph.d), Universitetet i Bergen