

**Anine Terland**

er vernepleier med hovedfag i helsefag og master i helseledelse og helseøkonomi. Hun har arbeidet som miljøterapeut, hatt ulike lederstillinger i Sogn bydel, Oslo kommune, arbeidet ved avdeling for vernepleierutdanning, høgskolen i Akershus, Statens helsetilsyn og er nå virksomhetsleder i Lørenskog kommune. ate@lorenskog.kommune.no

Krevende tvang

Ikke alle forstår at de trenger helsehjelp.
Når er tvangsbruk nødvendig og forsvarlig?

Utviklingshemmede kan ha behov for tjenester som innebærer bruk av tvang hjemlet i ulike lovbestemmelser. Tjenesteytere, og særlig vernepleiere som helsepersonell, kan oppleve utfordringer når nye bestemmelser skal innarbeides i praksis.

I januar 2009 ble nye lovbestemmelser om tvungen helsehjelp hjemlet i pasientrettighetsloven kapittel 4A: «Helsehjelp til pasienter uten samtykkekompetanse som motsetter seg helsehjelp» iverksatt. Lovbestemmelsene er diagnoseuavhengig og hjemler bruk av tvungen helsehjelp overfor personer med demens, utviklingshemning og fysiske og psykiske forstyrrelser. Helsehjelp kan omfatte alle handlinger som har forebyggende, diagnostisk, behandlende, helsebevarende, rehabiliterende eller pleie- og omsorgsformål, og som blir utført av helsepersonell.

«Kravene i pasientrettighetsloven er mindre omfattende.»

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» 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 som helsepersonellgruppe har basert på dette et bevisst forhold til nødvendig og forsvarlig bruk av tvang, og ikke minst i å tilrettelegge for å unngå bruk av tvang.

Rettsikkerhetsmessig er det ulike krav til bruk av tvang i lovbestemmelsene. I kapittel 4A i sosialtjenesteloven er det 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 stilles det krav til kompetanse hos tjenesteyterne som skal gjennomføre tiltakene, at to tjenesteytere skal være tilstede ved gjennomføring, at andre løsninger enn tvang skal være forsøkt og dokumenteres, og at vedtak må være godkjent av Fylkesmannen før de iverksettes.

Kravene i pasientrettighetsloven er mindre omfattende. Blant annet er vedtakskompetansen lagt til ansvarlig helsepersonell og det er bare krav til etterkontroll av vedtak.

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. Inngripende varslingssystemer skal for eksempel alltid regnes som bruk av tvang. Lovgiver opererer her, i tillegg til motstand, med et objektivt tvangsbegrep, som uansett motstand defineres som tvang.

Det er begrensninger i hva som kan brukes av tvangs-



Hege Wedø

Illustrasjon: Hege Wedø

>>

tiltak, og dermed hva som regnes som faglig og etisk forsvarlig.

Lovgiver har sett at bruk av tvang som ledd i pleie og omsorg kan hjemles i begge disse lovbestemmelsene. Fordi kravene i pasientrettighetslovens kapittel 4A er noe mindre omfattende, er det presisert at for utviklingshemmede skal behov for tvang i pleie og omsorg primært hjemles i sosialtjenestelovens kapittel 4A. I motsatt fall kunne det vært situasjoner hvor kommunene hadde valgt å hjemle tvangsbruk som helsehjelp, i stedet for å følge de mer omfattende kravene til saksbehandling i sosialtjenesteloven.

KONTROLL OG TILSYN

Fylkesmannen og Helsetilsynet i fylket har oppgaver med *kontroll og tilsyn* av hvordan kommunene, spesialisthelsetjenesten og tannhelsetjenesten følger lovbestemmelsene. Kontroll- og tilsynsoppgavene er noe ulike for de to lovbestemmelsene.

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.



«Det er begrensninger i hva som kan brukes av tvangstiltak, og dermed hva som regnes som faglig og etisk forsvarlig.»

Vedtak som varer over tre måneder skal Helsetilsynet i fylket kontrollere.³⁾ 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 forhåndsgodkjenning. Slik er det ikke for bruk av tvang etter kapittel 4A i sosialtjenesteloven. Her må bruk av tvang forhåndsgodkjennes av Fylkesmannen før tvangstiltak iverksettes. Det betyr at kommunens vedtak

ikke er gyldig og kan iverksettes før Fylkesmannen har fattet vedtak om godkjenning. Fylkesmannen skal også kontrollere at kommunene oppfyller krav til kompetanse hos tjenesteyterne når tvangstiltak gjennomføres.

I tillegg til disse oppgavene etter sosialtjenestelovens kapittel 4A har Fylkesmannen et særlig tilsyn med bruk av tvang og makt overfor utviklingshemmede. Når det er fattet vedtak om bruk av tvang etter sosialtjenestelovens kapittel 4A skal Fylkesmannen, i tillegg til systemrettet tilsyn, også føre såkalt stedlig tilsyn for å kontrollere at tvangstiltak gjennomføres i samsvar med vedtak.²⁾

NOEN ERFARINGER

Før lovbestemmelsene om tvungen helsehjelp trådte i kraft, ble det antatt at de ville berøre ca 6 000 personer på landsbasis (Ot.prp nr. 64 (2005-2006), s. 80). Første året, i 2009, mottok Helsetilsynet i fylkene 1 687 vedtak. 10 prosent av disse ble endret eller opphevet. Antall vedtak som har hatt varighet utover tre måneder er 1 050, det vil si ca. 66 prosent av vedtakene (Statens helsetilsyn 2010). I hovedsak er dette vedtak som omfatter pleie- og omsorgstjenester. Antall vedtak som blir fattet vil sannsynligvis øke etter hvert som bestemmelsene blir kjent og innarbeidet i praksis.

I 2009 var det på landsbasis rapportert inn 886 vedtak om planlagt bruk av tvang overfor utviklingshemmede etter sosialtjenestelovens kapittel 4A-5³⁾ (Statens helsetilsyn 2010). 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 1 089 utviklingshemmede.

Undersøkelser gjennomført av Nasjonalt kompetansesenter for aldring og demens (2002) og Statens helsetilsyn (2002) dokumenterte bruk av tvang i gjennomføring av helsehjelp til eldre og demente før nytt kapittel 4A i pasientrettighetsloven ble iverksatt.

Når det gjelder helsehjelp til andre enn demente, for eksempel personer med psykisk utviklingshemning i somatisk spesialisthelsetjenester og hos fastleger, fantes det lite kunnskap om omfang av tvungen helsehjelp. I følge høringsnotat⁴⁾ var det, med unntak av undersøkelser i forhold til demente, lite empiriske data og undersøkelser om tiltak uten samtykke og bruk av tvang i helsetjenesten.

Enkelte publikasjoner omhandler utviklingshemning

og tannhelsetjenesteproblematikk. Departementet innhentet informasjon fra fagfolk i kommune- og spesialisthelsetjenester og den fylkeskommunale tannhelsetjenesten om faktiske situasjoner og dilemmaer helsepersonell møter.

Tilbakemeldingene fra *spesialisthelsetjenesten* var at de sjelden opplever pasienter som viser motstand til helsehjelp, 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. Ofte vil det være kortere opphold og hyppigere tilfeller av øyeblikkelig hjelp.

Tilbakemeldingene fra *tannhelsetjenestene* tydet på at helsepersonell der 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.

FÅ VEDTAK

Fylkesmennene gir hvert år ut en helse- og sosialmelding. I flere av disse fra 2009 er det egne artikler om erfaringer med iverksetting av pasientrettighetslovens kapittel 4A. Vurderingene er relativt samstemte, og flere reflekterer rundt lavt antall vedtak om tvungen helsehjelp som er oversendt Helsetilsynet i fylkene.

Fylkesmannen i Sogn og Fjordane rapporterer at de har fått vedtak fra 10 av de 26 kommunene i fylket, totalt 32 vedtak. Ett 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 Hedmark formidler tilsvarende erfaringer: «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).

Inntrykket så langt er altså at det forekommer tvangsbruk som helsepersonell ikke fatter vedtak om, og at det er relativt få vedtak fra spesialisthelsetjenesten og



«I mange av de undersøkte kommunene ble det brukt tvang uten at det var fattet vedtak.»

fastleger. Fylkesmennene formidler også at det fortsatt gjenstår en del opplæring, at helsepersonell er usikre, og opplever utfordringer ved iverksetting og implementering av de nye lovbestemmelsene om tvungen helsehjelp.

Underrapportering gjelder også bruk av tvang hjemlet i sosialtjenestelovens kapittel 4A. Statens helsetilsyn gjennomførte i 2005 og 2006 landsomfattende tilsyn med bruk av tvang overfor utviklingshemmede.⁹⁾ Erfaringer fra tilsynene viste underrapportering av tvangsbruk. I mange av de undersøkte kommunene ble det brukt tvang uten at det var fattet vedtak.

VEDTAK OM TVUNGEN HELSEHJELP

Helsehjelp er vidt definert. I kommunale tjenester kan det i noen situasjoner være vanskelig å trekke klare grenser mellom helsehjelp og tjenester hjemlet i sosialtjenesteloven, særlig når tjenestene blir gitt av helsepersonell, for eksempel vernepleiere, og har pleie- og omsorgsformål.

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. Vilkår for å gi tvungen helsehjelp til tjenestemottakere uten samtyk- >>

kekompentanse er at a) unnlattelse av å gi helsehjelp kan føre til vesentlig helseskade for pasienten, b) helsehjelpen ansees nødvendig og c) tiltakene står i forhold til behovet for helsehjelp.

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 blant annet å vurdere samtykkekompetanse og prøve ut tillitsskapende tiltak før tvungen helsehjelp blir iverksatt.

«Helsepersonell er usikre, og opplever utfordringer ved iverksetting og implementering av de nye lovbestemmelsene om tvungen helsehjelp.»



Vedtakskompetansen er lagt organisasjonsmessig lavere for vedtak om tvungen helsehjelp enn vedtak som fattes etter sosialtjenesteloven. I sistnevnte er det forutsatt 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. 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.

Vedtakskompetansen bør etter hans mening legges til et høyere faglig administrativt nivå, fordi en da kan få mer distanse mellom de faktiske problemene i tjenestetøvelsen 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.

Om det er aktuelt for vernepleiere å fatte vedtak om tvungen helsehjelp, vil det gjelde helsehjelp vernepleiere har kompetanse til og er ansvarlig for, eksempelvis pleie- og omsorgstjenester.

Men vernepleiere vil nok oftest bistå annet helsepersonell som fatter vedtak i å gjennomføre 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 tillitsskapende 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 nærpåsoner kan være viktige når samtykkekompetansen skal vurderes og tillitsskapende tiltak iverksettes.

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

Et vedtak om å gjennomføre nødvendig helsehjelp kan inneholde flere enkelttiltak, uten at det må fattes vedtak om hvert enkelt tvangstiltak. For eksempel kan en undersøkelse i spesialisthelsetjenesten eller hos fastlegen innebære at personen må ha beroligende medisinerer før avreise, hjelp til å gå inn i bilen som skal kjøre vedkom-

mende til legen/sykehuset, holding under selve undersøkelsen etc.

GJENNOMFØRING AV VEDTAK

Vernepleierne opplevde det problematisk å delta i å gjennomføre tvangstiltak hvor de i etterkant var usikre på om ansvarlig helsepersonell dokumenterte tvangen ved å fatte vedtak. De bekreftet blant annet inntrykk av underrapportering som fylkesmennene formidler.

Ett eksempel var fra en undersøkelse på sykehus for en person med utviklingshemning. Vernepleieren som var med visste ikke om sykehuset i etterkant hadde fattet vedtak. Hun hadde vært i kontakt med sykehuset før undersøkelsen for å informere om forventet motstand, og at det burde fattes et vedtak i forkant.

Vernepleiere og andre tjenesteytere kan i slike situasjoner oppleve det som vanskelig å bistå med å gjennomføre tvang uten å vite om dette blir forsvarlig dokumentert og om vedtak er fattet i for- eller etterkant. Vernepleieren fortalte at de sannsynligvis måtte tilbake flere ganger. Da kan de risikere at den ansvarlige legen er en annen enn forrige gang. Det beste for alle parter ville sannsynligvis vært om det var fattet et vedtak som kunne dekke flere slike besøk.

I noen situasjoner kan det være aktuelt for flere ansatte 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. Helsedirektoratet har på en egen nettside for pasientrettighetslovens kapittel 4A lagt ut fortolkningsbrev som avklarer noen slike situasjoner.



«Et vedtak om å gjennomføre nødvendig helsehjelp kan inneholde flere enkelttiltak, uten at det må fattes vedtak om hvert enkelt tvangstiltak.»

Kravet om 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 personen 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.

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 rettssikkerhetsmessige forhold for tjenestemottakere som får tjenester hjemlet i ulike lovbestemmelser.

LEDERANSVAR

Ansvarlig ledelse har et stort ansvar for at de nye bestemmelsene om tvungen helsehjelp er kjent hos tjenesteyterne, og for at de innarbeides i praksis. Det er viktig at tvangen reduseres til et minimum.

Da må virksomheten rette oppmerksomhet mot alternativer til tvang, slik at tjenesteyterne blir opptatt av å finne disse alternativene. Det vil kreve både kompetanse og refleksjon hos tjenesteyterne. Sannsynligvis vil det en del steder også bety økt ressursinnsats, fordi det må skje endringer i rammebetingelser, tjenestetilbud og/eller fysisk utforming av omgivelsene.

Vernepleiere kan ha mye å bidra med for å innarbeide god og forsvarlig praksis i tjenestene. Ofte finnes god kompetanse i kommunens egne tjenester, særlig blant de som har arbeidet etter sosialtjenestelovens kapittel 4A og er vant med å søke alternativer til tvang. ■

>>

NOTER

- 1) 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.
- 2) Lov om sosiale tjenester § 2-6
- 3) tredje ledd bokstav b og c
- 4) Helse- og omsorgsdepartementet. Høringsnotat. Endringer i lov 2.juli 1999 nr. 63 om pasientrettigheter – helsehjelp til pasienter uten samtykkekompetanse.
- 5) Rapport fra Helsetilsynet 2/2006 og 5/2007

LITTERATUR

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)

Fylkesmannen i Hedmark (2010): *Sosial- og helsemelding 2009*

Fylkesmannen i Sogn og Fjordane (2010): *Helse- og sosialmelding 2009*

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

Handegård, T L og Gjertsen, H (2008): *Kapittel 4A – en faglig revolusjon? Evaluering av sosialtjenesteloven kapittel 4A, Nordlandsforskning – rapport nr. 1/2008*

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 (2007): *Rettsikkerhet for utviklingshemmede II. Oppsummering av landsomfattende tilsyn i 2006 med rettsikkerhet knyttet til bruk av tvang og makt overfor personer med psykisk utviklingshemning. Rapport fra Helsetilsynet nr. 5/2007*

Statens helsetilsyn (2010): *Tilsynsmelding 2009.*

Terland, Anine: *Samme bruker – ulike lovbestemmelser – samme rettsikkerhet? Om bruk av tvang hjemlet i sosialtjenestelovens kapittel 4A og pasientrettighetslovens kapittel 4A.* Masteroppgave 2010 ved det erfaringsbaserte studiet i helseledelse og helseøkonomi, Universitet i Oslo, det medisinske fakultet.

Østenstad, Bjørn H (2009): *Heimelspørsmål i behandling og omsorg overfor psykisk utviklingshemmede 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