

Vernepleieren – utfordringer i arbeidet med nødvendig og forsvarlig bruk av tvang – i et 20-årsperspektiv

ANINE TERLAND

Anine Terland er utdannet i 1987 ved Oslo vernepleierhøyskole og jobber i Lørenskog kommune.

Krav til forsvarlig praksis endrer seg over tid. For vernepleiere har de siste 20 årene blant annet vært preget av endringer i faglige, etiske og rettslige krav og rammer for tjenesteutøvelsen. Nye lovbestemmelser, behandlingsmetoder, nytt teknisk utstyr, endringer i verdisyn og yrkesetikk, er noen forhold som endrer krav til forsvarlig praksis på individ- og systemnivå over tid. I artikkelen¹ tar jeg utgangspunkt i vernepleierens tjenesteutøvelse i kommunale helse- og sosiale tjenester, primært overfor utviklingshemmede, i et 20-årsperspektiv.

Endringer i rammer for vernepleiernes tjenesteutøvelse

Vernepleiere håndterer situasjoner hvor det kan være helt nødvendig, legitimt og faglig og etisk forsvarlig å bruke tvang, og hvor arbeid med å finne andre løsninger ikke har vært mulig. Bruk av tvang, uansett hjemmelsgrunnlag, kan være belastende og utfordrende både for tjenestemottaker og tjenesteyter, og utfordrer verdier og respekten for tjenestemottakerens integritet og verdighet.

Faglig og etisk forsvarlig tjenesteutøvelse forutsetter refleksjon og bevissthet for å finne andre løsninger enn bruk av tvang, og om det ikke er mulig, tiltak for å redusere bruk av tvang til et minimum. Arbeid med andre alternativer enn tvang og bruk av tvang i tjenesteutøvelse kan representere utfordringer, men også muligheter for vernepleiernes tjenesteutøvelse. Forsvarlighetsbegrepet endrer seg over tid og fører til endringer i praksis, og lovendringer fører til endringer for vernepleiere som yrkesutøvere og nye rettigheter for tjenestemottakerne.

Lovbestemmelser som regulerer bruk av tvang i tjenesteutøvelse finnes blant annet i lov om sosiale tjenester² kapittel 4A, som hjemler bruk av tvang overfor utviklingshemmede, rusmiddelmissbrukere, nye lovbestemmelser om tvungen helsehjelp³ og lov om psykisk helsevern. Tvangsbegrepet er for eksempel noe videre definert i sosialtjenestelovens kapittel 4A enn i pasientrettighetsloven kapittel 4A. Med tvang i sosialtjenesteloven kapittel 4A regnes 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 objektivt tvangsbegrep, som uansett motstand defineres som tvang. Tvang omfatter i nye lovbestemmelser om tvungen helsehjelp i pasientrettighetslovens kapittel 4A 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.

HVPU⁴-reformen i perioden 1991 til 1996 førte til endrede rammer og forutsetninger for vernepleiernes tjenesteutøvelse – fra tjenesteutøvelse i institusjonsbasert omsorg i fylkeskommunale spesialisthelsetjenester, hjemlet i lov om sykehus, til kommunale

helse- og sosiale tjenester i en åpen og hjemmebasert omsorg. Reformen 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.

Kommunene har gjennom flere tiår fått endret ansvar for helse- og sosiale tjenester til nye brukere. Tradisjonelle institusjonstjenester reduseres, og kommunale tjenester og brukere øker i omfang. Utviklingen fører til at skillet mellom institusjonstjenester og hjemmebaserte tjenester og mellom sosiale tjenester og helsetjenester, ikke lenger er så tydelig. På en annen måte enn i institusjonene, ble vernepleierne stående med et selvstendig ansvar for tjenesteutøvelsen. Horndalen (2006) beskriver vernepleierutdanningen, som i 1991 var rukket å bli ca. 30 år gammel. Utdanningsinnhold og praksis tilpasses endrede rammebetingelser. På en annen måte enn i institusjonene har vernepleierens tjenesteutøvelse i kommunale tjenester forutsatt et mer individuelt og selvstendig ansvar for tjenesteutøvelsen. Lov om helsepersonell fra 1999 og forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten, er to eksempler på endringer i rettslige krav som har betydning for vernepleierens tjenesteutøvelse.

Etter skepsis til at vernepleiernes erfaring og kompetanse ville egne seg i overgangen til kommunale tjenester, er vernepleiere nå en ettertraktet yrkesgruppe i ulike tjenester overfor ulike brukergrupper. En overvekt av vernepleiere svarer i en undersøkelse at de har arbeid rettet mot utviklingshemmede og/eller mennesker med autisme (Pedersen, 2006). Foruten arbeid i direkte tjenesteutøvelse, kan vernepleiere jobbe mer indirekte med tjenesteutøvelse overfor utviklingshemmede i spesialisthelsetjenesten med habiliteringstjenester, hos fylkesmennene med tilsyn og kontroll, som ledere og i administrative stillinger. På ulike nivåer og i ulike funksjoner er det nødvendig å forholde seg til utfordringer ved bruk av nødvendig og forsvarlig tvang for å sikre forsvarlige tjenester.

Grovt sett kan de siste 20 årene deles i tre ulike perioder når det gjelder utfordringer vernepleiere står overfor når tvang er nødvendig for å gi forsvarlige tjenester. Den første er perioden fra 1991 til lovbestemmelser om bruk av tvang ble iverksatt 1.1.1999. Den andre er perioden fra 1999 til 2009. Siste periode markeres med iverksettning av nye lovbestemmelser knyttet til tvungen helsehjelp 1.1.2009.

Situasjonen før lovbestemmelser om bruk av tvang (1991–99)

I HVPU-institusjonene gjaldt en «tvangsmiddelforskrift». Kramås m.fl. (1999) beskriver at denne ikke hjemlet bruk av tvang utover rene nødssituasjoner, og ga heller ikke anledning til å bruke tvang utover det som fulgte av regler om nødssituasjoner i straffeloven. Reglene i straffeloven gav ikke grunnlag for bruk av tvang for å redusere risiko for at faresituasjoner oppstod. Det var også uklart hvilket grunnlag reglene gav for å bruke planlagt tvang for å hindre at nødssituasjoner oppstod. Omsorgsplikt var diskutert som rettslig grunnlag for bruk av tvang. Ifølge Kramås m.fl. (1999) var det et spørsmål hvor langt omsorgsplikten strakk seg når tjenestemottakeren motsatte seg hjelpen eller ikke kunne samtykke. Bruk av tvang i atferdsregulerende tiltak eller behandlingstiltak var det ikke lovhjemmel for. Denne usikkerheten var et problem rettsikkerhetsmessig, både for tjenestemottakeren og for tjenesteyteren. Vernepleiernes og andre tjenesteyteres arbeid var preget av manglende formelle rammer når det var nødvendig å bruke tvang.

For vernepleiernes tjenesteutøvelse innebar det utfordringer ved at en var i situasjoner som måtte håndteres uten tilstrekkelige rettsregler og vern. Etter hvert førte det til økende bevissthet om rettsikkerhetsmessige problemer. Situasjonen med dette lovtomme rommet kan sammenliknes med situasjonen knyttet til bruk av tvang ved helsehjelp før de nye lovbestemmelsene om tvungen helsehjelp trådte i kraft i 2009.

I 1999 ble midlertidige lovbestemmelser som regulerer bruk av tvang, iverksatt. Blant annet var Røkke-utvalgets innstilling, NOU 1991:20 *Rettsikkerhet for mennesker med psykisk utviklingshemming* et viktig premiss for lovreglene som omsider ble vedtatt i 1998. Stortinget vedtok også at det skulle utarbeides en stortingsmelding med forskrifter til loven. Den skulle legges frem for Stortinget før iverksetting, noe som for øvrig var en spesiell fremgangsmåte. Lovbestemmelsene var detaljerte og konkrete i kravene, og preget av oppmerksomhet mot rettsikkerhet og manglende hjemmelsgrunnlag for bruk av tvang.

Regulering av nødvendig tvang for å sikre forsvarlige tjenester (1999–2009)

Midlertidige lovbestemmelser ble hjemlet i sosialtjenestelovens kapittel 6A. Fra 2004 ble lovbestemmelsene gjort permanente, og hjemlet i sosialtjenestelovens kapittel 4A, *Rettsikkerhet ved bruk av tvang og makt overfor enkelte personer med psykisk utviklingshemning*. Rettsikkerhet når tvang må brukes, sikres gjennom relativt omfattende krav i lovbestemmelsene. Det stilles klare vilkår hvis tvang skal brukes. Bestemmelsene i sosialtjenestelovens kapittel 4A gir adgang til bruk av tvang i forbindelse med skadeavvergende tiltak i gjentatte nødssituasjoner, og tiltak for å dekke tjenestemottakerens 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. Men fortsatt var det utfordringer knyttet til utviklingshemmede som motsatte seg helsehjelp. Bestemmelsene gjaldt ikke i situasjoner hvor utviklingshemmede trengte somatisk helsehjelp som for eksempel medisiner, tannbehandling, undersøkelser i spesialisthelsetjenesten og hos fastlege.

Lovbestemmelsene omfatter krav til forsvarlighet i tjenestene

både på individ- og systemnivå. Det er krav til kommunene om å forebygge og legge til rette for minst mulig bruk av tvang. Å sikre at tjenesteyterne har nok kunnskap og ferdigheter, er en forutsetning for å tilfredsstille kravene. Tvangstiltak og metoder som blir brukt, skal beskrives i et vedtak. Overordnet faglig ansvarlig for slike tiltak i kommunen/bydelen skal være avklart, og vedkommende skal blant annet undertegne vedtak og ha kopi av meldte beslutninger om bruk av tvang i nødssituasjon. Spesialisthelsetjenesten skal bistå kommunene i arbeidet. Kommunene må legge ned mye arbeid i saksbehandlingen, og i oppfølging og evaluering av tvangstiltakene.

Krav til saksbehandling skal sikre forsvarlige faglige og etiske vurderinger. Eventuelt behov for å bruke tvang blir vurdert av flere personer og instanser, så nødvendig planlagt tvangsbruk blir redusert til et minimum og unngått der det er mulig. Spesialisthelsetjenesten skal være involvert i beslutningsprosessen og Fylkesmannen skal både godkjenne vedtak før det kan iverksettes, og føre tilsyn og kontroll med gjennomføringen.

I motsetning til øvrige sosiale tjenester, er det formelle kompetansekrav for ansatte som skal gjennomføre tvangstiltakene, og det skal, om det ikke er til ulempe for tjenestemottaker, være to tjenesteytere til stede ved gjennomføring. Vernepleiere er en aktuell yrkesgruppe for å dekke utdanningskravene. Fylkesmannen kan gi dispensasjon fra kompetansekravene. Rapportering viser utbredt dispensasjonspraksis. I 2009 var antall godkjente vedtak 886 og antall dispensasjoner fra utdanningskravene 872 (Statens helsetilsyn, 2009). Tallene sier imidlertid lite om situasjonen rundt slike dispensasjoner, for eksempel om det er de fleste av tjenesteyterne som gjennomfører tvangstiltak som ikke tilfredsstiller utdanningskravene, eller om det gjelder noen få helge-/ferievikarer.

Kravene kan skape gode forutsetninger for målrettet arbeid med forsvarlig tjenesteutøvelse, både for å forebygge og tilrettelegge for andre løsninger enn bruk av tvang og når det er helt nødvendig å bruke tvang. 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. Lovbestemmelsene omfatter detaljerte krav og er spesielle i utformingen, nettopp på grunn av de detaljerte kravene. Kravene skiller seg fra saksbehandlingskravene om tvungen helsehjelp. En kan stille spørsmål ved om kravene på noen av områdene er for omfattende, og modne for en gjennomgang. Blant annet ble krav til internkontroll for sosiale tjenester gjort gjeldende fra 2003.

Noen erfaringer med lovbestemmelsene i sosialtjenestelovens kapittel 4A

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 meldte beslutninger og 886 godkjente vedtak (Statens helsetilsyn, 2009).

Statens helsetilsyn gjennomførte i 2005 og 2006 landsomfattende tilsyn med bruk av tvang overfor utviklingshemmede (Helsetilsynet, 2006, 2007). 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 og vernepleiere som én av flere yrkesgrupper har dermed store utfordringer når det gjelder å unngå bruk av tvang der det er mulig, og sikre forsvarlig håndtering når tvang og makt må brukes. I tilsynet blir det påpekt brudd på krav til saksbehandling og mangler ved å sikre at ansatte har tilstrekkelige kunnskaper og ferdigheter.

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 relativt omfattende og 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 skiller det ikke mellom inngripende og mindre inngripende tvangsbruk (Helse-tilsynet, 2006).

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 oppmerksomhet 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 mange dispensasjoner og tendenser til ressursforskyvning fra generelle tjenester til utviklingshemmede til tjenestemottakere med utfordrende atferd, slik at det fører til «A»- og «B»-lag.

Kommunene gir i samme evaluering tilbakemeldinger om at mye arbeid blir lagt ned 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.

Nye lovbestemmelser om tvungen helsehjelp: 4A og 4A

Nye bestemmelser i kapittel 4A i pasientrettighetsloven: *Helsehjelp til pasienter uten samtykkekompetanse som motsetter seg helsehjelpen*, ble iverksatt fra 1.1.2009. Bestemmelsene er diagnoseuavhengige, og vil dermed gjelde utviklingshemmede som mangler samtykkekompetanse, har behov for somatisk helsehjelp og motsetter seg den.

Helsehjelp defineres vidt, og omfatter alle handlinger med forebyggende, diagnostisk, helsebevarende, rehabiliterende eller pleie- og omsorgsformål som utføres av helsepersonell. Grensene for når tjenester defineres som helsehjelp med pleie- og omsorgsformål etter kommunehelsetjenesteloven, eller som sosiale tjenester hjemlet i § 4-2 a som omfatter praktisk bistand og opplæring, kan være vanskelig å trekke. Et eksempel kan være personlig hygiene, med hjelp til å holde seg ren for å forhindre infeksjon i sår. Lovgiver har sett at bruk av tvang overfor utviklingshemmede som ledd i pleie- og omsorgstjenester kan hjemles i begge lovene. Fordi kravene i pasientrettighetslovens kapittel 4A er mindre omfattende, er det presisert at for utviklingshemmede skal primært reglene i sosialtjenesteloven kapittel 4A gjelde.

Forskjeller i krav til bruk av tvang er delvis begrunnet av Helse- og omsorgsdepartementet i Ot.prp. nr. 64 (2005–2006). Bakgrunnen for daværende kapittel 6A var den lange forhistorien knyttet til tidligere institusjoner for utviklingshemmede, overgrep mot enkeltpersoner og at rettsvernet for utviklingshemmede fikk stor oppmerksomhet. De detaljerte reglene i sosialtjenestelovens kapittel 4A er forskjellig fra lovbestemmelsene om tvungen helsehjelp, og må sees på bakgrunn av denne forhistorien.

Implementering av nye bestemmelser om tvungen helsehjelp har ført til endringer og nye utfordringer for vernepleiere som en yrkesgruppe med sammensatt helse- og sosialfaglig kompetanse. 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 særlige utfordringer. Siden 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 av tvungen helsehjelp. Det kan gi utfordringer i samarbeid mellom tjenesteytere som kjenner tjenstemottakeren godt gjennom daglig tjenesteyting og helsepersonell som skal gjennomføre tvungen helsehjelp i en avgrenset situasjon, eksempelvis tannbehandling. Forsvarlig gjennomføring av tvungen helsehjelp vil forutsette samarbeid med nærpersoner som kjenner brukeren godt. Videre kan vernepleiere, nettopp med bakgrunn i vår helse- og sosialfaglige kompetanse, oppleve utfordringer når lovkrav skaper ulike rettssikkerhetsmessige forhold for tjenstemottakerne som får tjenester hjemlet i ulike lovbestemmelser.

Avsluttende refleksjoner

Vernepleiere i kommunale helse- og sosiale tjenester er mange steder eneste helsepersonellgruppe i daglig tjenesteutøvelse overfor utviklingshemmede. Vernepleiere vil stå overfor særlige utfordringer i et mulig spenningsfelt mellom helsefaglige og sosialfaglige tradisjoner. Fellesorganisasjonen (2008) beskriver at vernepleiefaglig arbeid er faglig bredt sammensatt og at målrettet miljøarbeid står sentralt. Målrettet miljøarbeid vektlegger ulike perspektiver som helsefaglige, pedagogiske, psykologiske og samfunnsfaglige (FO, 2008). Krav i lovbestemmelsene om å sikre forsvarlige tjenester forutsetter målrettet miljøarbeid. En slik målrettet tilnærming til arbeidsprosesser kan brukes både på individ- og systemnivå. Modellen gir et godt grunnlag for målrettet arbeid på systemnivå og samsvarer godt med krav til systematisk arbeid med styrings- og forbedringsarbeid i sosial- og helsetjenesten (forskrift om internkontroll).

Som helsepersonell har vernepleiere særlige plikter som følger av helsepersonelloven, og må ha et bevisst forhold til faglig forsvarlig virksomhet og omsorgsfull hjelp (helsepersonellovens § 4). Vernepleierens erfaringer fra arbeid med sosiale tjenester innebærer blant annet erfaring med og kompetanse i å utarbeide, fatte og iverksette enkeltvedtak hjemlet i lov om sosiale tjenester. Forvaltningsmessige regler for skriftlige vedtak, begrunnelse for omfang og innhold i tjenestene som innvilges, klageordninger m.m., innebærer andre tradisjoner enn helsepersonell som tradisjonelt er mer autonome i sine helsefaglige vurderinger og beslutninger, og med mindre tradisjoner knyttet til å fatte skriftlige vedtak på helsetjenester. De ulike kravene i 4A og 4A synliggjør dette. Det stilles ulike krav i bestemmelsene om arbeid med å finne alternativer til å bruke tvang, hvem som kan fatte vedtak, krav til overprøving av faglig og etisk skjønn, krav til gjennomføring av tvangstiltak og tilsyn og kontroll. Lovbestemmelsene om tvungen helsehjelp 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 tap av autorisasjon.

Vernepleiere har et selvstendig ansvar for å sikre at tjenesteutøvelsen er forsvarlig. Men det er også krav til arbeidsgiver og ledelsen av tjenestene. Forskrift om internkontroll gjelder for både helse- og sosiale tjenester, og stiller krav til virksomheter om å sikre forsvarlige 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. Det er for eksempel ikke lovbestemmelser som regulerer ansattes tjenesteutøvelse på samme måte som for helsepersonell. Tjenestemottakerne har heller ikke tilsvarende rettigheter etter sosialtjenesteloven, som for eksempel retten til nødvendig helsehjelp. Men det er krav til saksbehandling og forsvarlig innhold i og omfanget av sosiale tjenester som regulerer tjenestemottakers rett til nødvendige tjenester. Unntaket er, som jeg har

beskrevet tidligere, klarere krav til forsvarlighet i sosialtjenestelovens kapittel 4A.

Problemstillinger knyttet til bruk av tvang, og ikke minst håndtering av situasjoner for å unngå bruk av tvang, er sentrale utfordringer i vernepleiernes yrkesutøvelse. Dette gjenspeiles i både utdanningsinnhold og praksis over tid, i etiske retningslinjer og vernepleiernes faglige tilnæringsmåte. Vernepleiere må ha et målrettet 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 om hva som er nødvendig og forsvarlig tvangsbruk. I arbeidet med å innarbeide nye lovbestemmelser om tvungen helsehjelp kan vernepleiernes kompetanse brukes aktivt, særlig i kommunenes arbeid med å implementere lovbestemmelsene. Både når det gjelder erfaringer i arbeid med å finne andre løsninger enn å bruke tvang, og i virksomhetenes systematiske lærings- og forbedringsarbeid, kan vernepleiere ha mye å bidra med.

Referanser

- Dagens medisin (2009): Stor usikkerhet rundt ny tvangslov. Dagens medisin 1. oktober 2009
- 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
- Handegård, T L og Gjertsen, H (2008): Kapittel 4A – en faglig revolusjon? Evaluering av sosialtjenesteloven kapittel 4A, Nordlandsforskning – rapport nr. 1/2008
- Molven, Olav (2006). Helse og jus. En innføring for helsepersonell. Oslo, Gyldendal Norsk Forlag A/S
- 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 rettsikkerhet 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.
- Terland, Anine (2010). Samme bruker – ulike lovbestemmelser – samme rettsikkerhet? Om bruk av tvang hjemlet i sosialtjenestelovens kapittel 4A og pasientrettighetslovens kapittel 4A. Masteroppgave ved det erfaringsbaserte studiet i helseledelse og helseøkonomi. Universitetet i Oslo, det medisinske fakultet, 2010.
- Østenstad, Bjørn H (2009): Heimelspørsmål 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

Noter

1 Artikkelen er basert på min masteroppgave: *Samme bruker – ulike lovbestemmelser – samme rettsikkerhet? Om bruk av tvang hjemlet i sosialtjenestelovens kapittel 4A og pasientrettighetslovens kapittel 4A.*

2 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.

3 Pasientrettighetslovens kapittel 4A: Helsehjelp til pasienter som ikke har samtykkekompetanse og motsetter seg helsehjelpen.

4 HVPU står for helsevernet for psykisk utviklingshemmede.

*Du vet du er vernepleier når ...
ingen vet hva du kan, men alle har bruk for deg ...*



«Fioliner» Herleik Kristiansen