

Arbeid med nytt rundskriv  
til kapittel 9 i Helse- og omsorgstjenesteloven

# Krav til kompetanse ved bruk av tvang

**Torill Vebenstad, Fylkesmannen i Hordaland**

**Tekst: Sølvi Linde**

Det er kommet oss for øret at det nye rundskrivet kanskje blir klart i løpet av året. En av dem som deltar i arbeidet er Toril Vebenstad. Hun har hatt permisjon fra Fylkesmannen i et halvt år og jobbet hos Helsedirektoratet. Her ledet hun arbeidet med utredning av forholdet mellom utdanningskravene i kapittel 9 og kompetansesituasjonen i tjenester til personer med utviklingshemning. I tillegg har hun sittet i den eksterne referansegruppen som arbeider med revisjon av rundskrivet om bruk av tvang og makt etter kapittel 9 i helse- og omsorgstjenesteloven.

Helsedirektoratet har fått i oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet å revidere rundskrivet til kapittel 9 i helse- og omsorgstjenesteloven. Juristene Ann Kristin Vassvik og Kjersti Hillestad Hof leder arbeidet. Med seg har de en ekstern referansegruppe som består av personer fra fylkesmennene, Jørn Kroken fra Hedmark og Torill Vebenstad fra Hordaland. Her er to representanter fra kommunene, Asbjørn Strømmen fra Trondheim kommune og Trine Eriksen fra Bærum. I tillegg er Helsetilsynet representert, nå ved Hege Millerud, og spesialisthelsetjenesten er representert ved Terje Gundhus fra Oslo Universitetssykehus. Også Karl Elling Ellingsen fra NAKU og Hedvig Ekberg som representant for NFU er med.

Vebebstad har jobbet med regelverket om bruk av tvang og makt siden det trådte i kraft i 1999. Bakgrunnen for regelverket var et ønske om økt rettssikkerhet for personer med utviklingshemning. I tillegg

**Vebebstad har jobbet med regelverket om bruk av tvang og makt siden det trådte i kraft i 1999.**

til å forebygge og begrense bruk av tvang og makt, har reglene til formål å hindre at personer med utviklingshemning utsetter seg selv eller andre for vesentlig skade. Det er strenge materielle og prosessuelle vilkår for bruk av tvang. Det er krav til forebygging og utprøving av andre løsninger, krav til saksbehandling og overprøving. Det er krav til hvilken



Torill Vebebstad

utdanning folk som er til stede skal ha, hvor mange de skal være og krav til bistand fra spesialisthelsetjenesten.

Rundskrivet fra 2004 har hatt en viktig misjon. Det er en veileder som er blitt brukt, forstått og har gjort at miljøpersonell og ledere fikk et forhold til dette lovverket. Noen utfordringer har det likevel vært, og en av dem er at lovverket i hovedsak brukes av ikke-jurister, noe en kanskje ikke tok helt høyde for den gangen det ble ført i pennen.

**Rundskrivet fra 2004 har hatt en viktig misjon.**

De siste 10 årene har det skjedd viktige lovendringer som har betydning for dette feltet. Vi fikk helse- og omsorgstjenesteloven i 2012. Pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4 A som åpner for bruk av tvang for å hindre vesentlig helseskade er kommet, og vi har fått ny vergemålslov.

**De siste 10 årene har det skjedd viktige lovendringer som har betydning for dette feltet.**

I tillegg har lovverket om bruk av tvang ført til at både kommuner, fylkesmenn og spesialisthelsetjenesten har gjort seg en god del erfaringer. Det har ført til evalueringsrapporter: Nordlandsforskning la fram sin rapport i 2008 og Sintef la fram sin i 2011. Det har skjedd en god del innen forskning, innen fagutvikling og spesielt innen holdningsendring.

**Dette er ikke bare en lov om bruk av tvang, men et lovverk som har satt holdninger på dagsorden**

Vebenstad hevder at: «Dette er ikke bare en lov om bruk av tvang, men et lovverk som har satt holdninger på dagsorden på en helt annen måte enn Ansvarsreformen gjorde. Endringene handlet blant annet om forståelse av utfordrende atferd, oppfølging av psykiske lidelser og sist, men ikke minst, nettopp dette med selvbestemmelse.»

**I revisjonen ønsker en å tydeliggjøre, utdype og eksemplifisere kravene til forebygging og andre løsninger.**

Den eksterne referansegruppen skal komme med innspill til dem som fører det reviderte rundskrivet i pennen. Hovedtemaene i revisjonen er knyttet til fag, og da spesielt del 3 i det nåværende rundskrivet som omhandler kvalitetskrav i tjenestetilbudet til personer med utviklingshemning. I revisjonen ønsker en å tydeliggjøre, utdype og eksemplifisere kravene til forebygging og andre løsninger. Det er blant annet knyttet til seksualitet som grunnleggende behov, å forebygge og avdekke psykiske helseplager, avdekke eventuelle traumer og hindre retraumatisering, samt hvordan arbeide med kognitive ferdigheter og emosjonsregulering. Rundskrivet vil ha en økt oppmerksomhet på personer med lett utviklingshemning, ulike utfordringer her og forholdet til lovens vilkår. Et av spørsmålene referansegruppen har stilt er om lovverket kan brukes for å hindre personer med utviklingshemning i å begå straffbare handlinger.

Når det gjelder jus er hovedtemaene i revisjonen formålsbestemmelsen, altså det

**Et av spørsmålene referansegruppen har stilt er om lovverket kan brukes for å hindre personer med utviklingshemning i å begå straffbare handlinger.**

å hindre at personer utsetter seg selv eller andre for vesentlig skade, og forebygge og begrense bruken av tvang og makt. Det er knyttet opp til den subjektive delen av definisjonen av tvang, det å motsette seg. Hva er tvang og hva kan vi si er tilrettelegging? Vebenstad sier: «Vi har

**Målet er å få et rundskriv som er klart og tydelig, men det er en vanskelig balansegang å skulle eksemplifisere merknadene til lovbestemmelsen.**

brukt veldig mye tid på å forsøke å konkretisere en nedre grense. Målet er å få et rundskriv som er klart og tydelig, men det er en vanskelig balansegang å skulle eksemplifisere merknadene til lovbestemmelsen. For det blir gjerne slik at en vil ha eksempler knyttet til spesifikke situasjoner, mens rundskrivet jo skal omfatte mange ulike situasjoner.»

Virkeområdet er et annet hovedtema, og et stadig tilbakevendende spørsmål. Lovverkets virkeområdet i dag er knyttet til tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven og spesialisthelsetjenesteloven. Den kan gjelde på dagsenter, dersom en mottar tjenester der, men ikke på skole. Skolen tilhører en annen sektor og her gjelder andre lover. Spørsmålet vi jobber med nå er hva som er praktisk mulig å få til. Klarer vi å få gjort noe med dette? Det forutsetter også et samarbeid med andre direktorater for å se hvordan kan dette kan løses.

Det arbeides med materielle vilkår,

**Hos fylkesmennene får de stadig spørsmål om hvordan ulike utdanninger svarer til kravet om kompetanse i regelverket.**

vesentlig skade og type tiltak. Hva kan være vesentlig skade og hvilke interesser skal beskyttes? Hvordan står det i forhold til selvbestemmelse? De ulike formene for tiltak må utdypes, eksempelvis når det gjelder inngripende varslingssystemer: hva er å regne som inngripende?

Så er det saksbehandlingen. Er kravene til saksbehandlingen, slik de står i dag, slik vi vil ha dem i fortsettelsen? Og kravene til gjennomføring: hva med rett til kvalifisert personell? Utdanningskravet?

Utdanningssystemene våre har endret seg i løpet av årene lovverket har vært gjeldende. Hos fylkesmennene får de stadig spørsmål om hvordan ulike utdanninger svarer til kravet om kompetanse i regelverket. Det nye rundskrivet må nødvendigvis avklare denne type spørsmål. Utredningsarbeidet om kompetansekravet i kapittel 9 som Vebenstad leder er en forutsetning for at rundskrivet skal kunne avklare denne type spørsmål.

### **Utredning om forholdet til kompetansekravet i kapittel 9 og kompetansesituasjonen i tjenestene**

I Helsetilsynets årlige tilsynsmeldinger og de tidligere nevnte utredninger og evalueringer kommer det fram at kommunene har behov for dispensasjoner fra utdanningskravene i opp mot 90 % av vedtakene som overprøves. Dette tallet har

vært stabilt over flere år. På bakgrunn av dette ga Helse- og omsorgsdepartementet Helsedirektoratet i oppdrag å foreta en utredning. Mandatet omfattet å beskrive dagens situasjon og årsakene til denne, foreslå lokale, regionale og nasjonale tiltak

**Hva omfatter den enkelte dispensasjonsavgjørelse? Hvor mange tjenesteytere handler det om?**

for å forebygge bruk av tvang og redusere behovet for dispensasjoner der tvang er nødvendig. Utredningen skulle skje i samarbeid med blant annet Statens Helsetilsyn, Fylkesmennene, KS-kommuner og habiliteringstjenestene for voksne.

For å foreta en reell analyse og foreslå

**Et annet spørsmål er, hvilken realkompetanse har de som det søkes om dispensasjon for?**

tiltak for å redusere behovet for dispensasjoner var det nødvendig med kunnskap om hvilke faktiske forhold som ligger bak tallet på 90 %. Hva omfatter den enkelte dispensasjonsavgjørelse? Hvor mange tjenesteytere handler det om? Det er forskjell på om en søker om dispensasjon for alle som står i tjenesten, eller om en bare søker dispensasjon for noen få. Et annet spørsmål er, hvilken realkompetanse

har de som det søkes om dispensasjon for? Og i neste omgang, hva slags type tiltak søkes det dispensasjon i forhold til? For gruppen som skulle utrede spørsmålene var det viktig å se på utvikling og tendenser over tid.

I løpet av prosessen er det avholdt egne møter med Helsetilsynet som har bidratt med informasjon og erfaring fra tilsyn og med statistikker fra Fylkesmennenes rapporteringer.

Det er gjennomført intervjuer med saksbehandlere hos Fylkesmennene fordi det er Fylkesmannen som overprøver

**For gruppen som skulle utrede spørsmålene var det viktig å se på utvikling og tendenser over tid.**

kommunen sine vedtak, behandler dispensasjonssøknadene og fører stedlig tilsyn. Det innebærer at fylkesmennene sitter på omfattende informasjon, både om kompetansesituasjonen i kommunene og om arbeidet som kommunene gjør for å fylle utdanningskravene. Også ansatte i habiliteringstjenestene har vært informanter. De bistår kommunene med å finne andre løsninger, under gjennomføring og med evaluering av tiltak. De sitter derfor på ytterligere informasjon om hva kommunene gjør, også i de sakene det har endt opp uten bruk av tvang fordi en fant andre løsninger. Det er foretatt en gjennomgang av tidligere evalueringsrapporter der data over tvangsbruken som er innrapportert til

**I rapporteringssystemet til helsetilsynet etterspørres det kun om det er gitt dispensasjon eller ikke i den enkelte sak og i det enkelte vedtaket.**

Helsetilsynet fra Fylkesmannen er analysert. Og de har gjennomgått erfaringer ulike kommuner har gjort seg gjennom prosjekter, for eksempel med særlig ressurskrevende brukere.

Hva ligger så bak den høye andelen med dispensasjoner? I rapporteringssystemet til helsetilsynet etterspørres det kun om det er gitt dispensasjon eller ikke i den enkelte sak og i det enkelte vedtaket. Om det søkes for en person eller femten personer etterspørres ikke. Heller ikke hvor mange som får dispensasjon. For noen år viser denne rapporteringen en høyere andel dispensasjoner enn vedtak. Forklaringen er at i løpet av en vedtaksperiode kan det skje forandringer i tjenesten. Tjenesteytere kan slutte, det er ferieavvikling og det kommer nye tjenesteytere som ikke fyller kompetansekravene. Det kan gjøre at kommunen må sende en ny dispensasjonssøknad innen samme vedtaksperiode. Det medfører at dette tallet for hvor mange ganger det er gitt dispensasjon øker. Det har også skjedd endringer i hva som skal rapporteres, slik at tidligere rapporteringer ikke gir et riktig og tilstrekkelig bilde av den faktiske situasjonen. Alt i alt har dette materialet vært vanskelig å tolke.

Hva framkommer så i intervjuene med saksbehandlerne hos fylkesmennene,

habiliteringstjenesten og KS-kommuner om personalsituasjonen ute i tjenestene i dag? Samlet kan en si at kompetanse-situasjonen er blitt bedre i mange kommuner, men kommunene har vansker med å rekruttere personer med formell kompetanse, spesielt med høyskole-utdanning. Tiltakene kommunene har iverksatt i rekrutteringsøyemed er blant annet å lyse ut stillinger jevnlig, heve lønnen og omgjøre ledige stillinger til miljøterapeutstillinger. Kommuner har gitt deltidsansatte høyere stillingsandeler, endret turnus, tatt i bruk alternative turnusordninger og prosjektorganisering. De forsøker å redusere antall ansatte, rullere på ansatte, eller omdisponere ansatte.

Når det blir så vanskelig å rekruttere

**kommunene har vansker med å rekruttere personer med formell kompetanse, spesielt med høyskoleutdanning**

kompetent personell har mange kommuner satset på å heve kompetansen til egne ansatte. De har inngått samarbeid med utdanningsinstitusjoner, fått til egne klasser for helsefagarbeidere, eller fått til desentralisert vernepleierutdanning i samarbeid med andre kommuner og utdanningsinstitusjoner. På tross av dette er det ingen kommuner som fyller utdanningskravene i alle saker, men det har ført til positive endringer. Flere C-vedtak er uten søknad om dispensasjoner i dag. Det søkes om dispensasjon

**Det at kommunene har gitt støtte og permisjon slik at egne ansatte blir utdannet til å fylle utdanningskravene har vist seg å ha best effekt.**

for færre tjenesteytere i forhold til B-vedtak, og søknadene omfatter flere som er under utdanning, enten til å bli helsefagarbeidere eller vernepleiere. Det at kommunene har gitt støtte og permisjon slik at egne ansatte blir utdannet til å fylle utdanningskravene har vist seg å ha best effekt.

Dersom en samler utfordringene kan en si følgende: Andelen dispensasjoner er høy,

men tallet er ikke egnet til å trekke slutninger om hvordan kompetanse-situasjonen i tjenestene er. Og når dette tallet brukes bør det brukes med varsomhet. Videre er det uklart hvordan noen helt sentrale deler av lovverket skal forstås. Eksempelvis: Hva er tvang? Hva er tilrettelegging? Hva er å regne som inngripende varslingssystemer? Hvordan praktisere dispensasjonsadgang og bruk av vilkår? Og til slutt, det er et stort behov for personell med høyskoleutdanning. Som Vebenstad sier: «Ting tar tid, skal du utdanne ditt eget personell til å bli vernepleier, vil du måtte søke om dispensasjon for personen i fire år mens utdanningen pågår, men det nytter.» ●●●

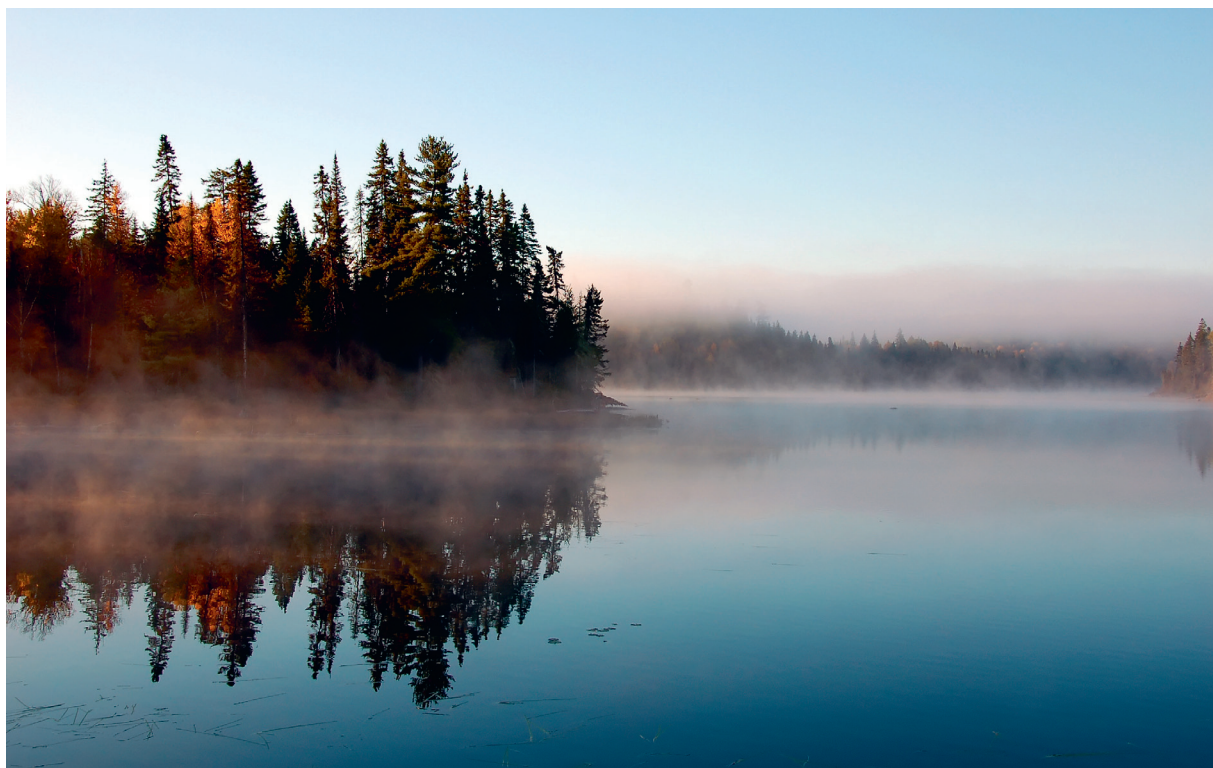


Foto: Scandinavian StockPhoto.