

# **Kapittel 4A - en faglig revolusjon?**

## **Evaluering av sosialtjenestelovens kapittel 4A**

**Rettsikkerhet ved bruk av tvang og makt overfor enkelte personer med psykisk utviklingshemning**

av

**Tina Luther Handegård  
Hege Gjertsen**

**NF-rapport nr. 1/2008**

**ISBN-nr.: 978-82-7321-568-0**

**ISSN-nr.: 0805-4460**

8049 BODØ

Tlf.: 75 51 76 00 Telefaks: 75 51 72 34

**REFERANSESIDE** - Rapporten kan også bestilles via [nf@nforsk.no](mailto:nf@nforsk.no)

<b>Tittel</b> Kapittel 4A - en faglig revolusjon?  Evaluering av sosialtjenestelovens kapittel 4A	<b>Offentlig tilgjengelig:</b> Ja	<b>NF-rapport nr.:</b> 1/2008
	<b>ISBN nr.</b> 978-82-7321-568-0	<b>ISSN</b> 0805-4460
	<b>Ant. sider og bilag:</b> 230	<b>Dato:</b> Februar 2008
<b>Forfattere</b> Tina Luther Handegård Hege Gjertsen	<b>Prosjektansvarlig (sign):</b> Tina Luther Handegård	
	<b>Forskningsleder:</b> Tina Luther Handegård	
<b>Prosjekt</b> Evaluering av sosialtjenestelovens kapittel 4A	<b>Oppdragsgiver</b> Sosial- og helsedirektoratet	
	<b>Oppdragsgivers referanse</b> Ingerd Kvalvaag Flæte	
<b>Sammendrag</b> Sosialtjenestelovens kapittel 4A trådte i kraft 01.01.2004, og avløste de midlertidige bestemmelsene i kapittel 6A med tilhørende forskrift som hadde virket fra 01.01.1999 til og med 31.12.2003. Formålet med sosialtjenestelovens kapittel 4A er å hindre at personer med psykisk utviklingshemning utsetter seg selv eller andre for vesentlig skade. Bestemmelsene skal bidra til å regulere maktbruk som er nødvendig og at dette skjer gjennom fastsatte prosedyrer, herunder lovlige fattede vedtak. Formålet med evalueringen har vært å studere hvorvidt bestemmelsene i kapittel 4A forebygger og begrenser bruk av tvang og makt overfor personer med psykisk utviklingshemning. Følgende fire områder som sentrale i evalueringen: 1. Kompetanse - kommunalt nivå. Kompetansekravet til personalet – tilgangen til kvalifisert personale og behovet for dispensasjoner. 2. Kompetanse – spesialisthelse-tjenestenivå. 3. Forebygger og legger kommunene til rette for minst mulig bruk av tvang overfor utviklingshemmede? 4. Forebygging på spesialisthelse-tjenestenivå. Disse fire tema-områder belyses ut i fra ulike nivåer i forvaltningen, og ved hjelp av ulike metodiske innfallsvinkler.	<b>Emneord</b> Tvang Makt Personer med psykisk utviklingshemning Utfordrende adferd Forebygging Kompetanse  <b>Keywords</b> Force Power Intellectually disabled Behavioural problems Prevention Competence	
	<b>Andre rapporter innenfor samme forskningsprosjekt/program ved Nordlandsforskning</b>	<b>Salgspris</b> <b>NOK 250,-</b>

Nordlandsforskning utgir tre skriftserier, rapporter, arbeidsnotat og artikler/foredrag. Rapporter er hovedrapport for et avsluttet prosjekt, eller et avgrenset tema. Arbeidsnotat kan være foreløpige resultater fra prosjekter, statusrapporter og mindre utredninger og notat. Artikkel/foredragsserien kan inneholde foredrag, seminarpaper, artikler og innlegg som ikke er underlagt copyright rettigheter.

## FORORD

Sosial- og helsedirektoratet har gitt Nordlandsforskning i oppdrag å evaluere sosialtjenesteloven kapittel 4A om rettssikkerhet ved bruk av tvang og makt overfor enkelte personer med psykisk utviklingshemning. Evalueringsarbeidet har pågått i perioden januar 2007 til januar 2008.

Sosialtjenestelovens kapittel 4A trådte i kraft 01.01.2004, og avløste de midlertidige bestemmelsene i kapittel 6A med tilhørende forskrift som hadde virket fra 01.01.1999 til og med 31.12.2003. Formålet med sosialtjenestelovens kapittel 4A er å hindre at personer med psykisk utviklingshemning utsetter seg selv eller andre for vesentlig skade. Bestemmelsene skal bidra til å regulere maktbruk som er nødvendig og at dette skjer gjennom fastsatte prosedyrer, herunder lovlige fattede vedtak.

Formålet med oppdraget har vært å studere hvorvidt bestemmelsene i kapittel 4A forebygger og begrenser bruk av tvang og makt overfor personer med psykisk utviklingshemning. Følgende fire områder har stått sentralt i evalueringen: 1. kompetanse – kommunalt nivå. Kompetansekravet til personalet – tilgangen til kvalifisert personale og behovet for dispensasjoner. 2. Kompetanse – spesialisthelsetjenestenivå. 3. Forebygger og legger kommunene til rette for minst mulig bruk av tvang overfor utviklingshemmede? 4. Forebygging på spesialisthelsetjenestenivå.

Takk til Seniorrådgiver Ingjerd Kvalvaag Flæte i Sosial- og helsedirektoratet som har vært vår kontaktperson under evalueringsarbeidet. Takk også til alle de ansatte i kommuner, spesialisthelsetjenester og hos fylkesmennene var villige til å delta som informanter, og som brukte tid med oss i en hektisk hverdag.

Vi vil også rette en takk til alle på Nordlandsforskning som har bidratt til evalueringen. Trond Bliksvær har stått for reanalyse og bearbeiding av de kvantitative data fra kartleggingen av voksenhabiliteringstjenesten fra 2005. Merethe Sollund har bidratt under datainnsamlingen, både ved å delta i intervjuer og utskrivning av intervjuer. I tillegg har Mårten Søder vært en viktig diskusjonspartner underveis i evalueringsprosessen og i slutføringen av oppdraget.

Bodø, februar 2008.

# INNHold

<b>FORORD</b> .....	<b>1</b>
<b>SAMMENDRAG</b> .....	<b>5</b>
<b>SUMMARY</b> .....	<b>14</b>
<b>1. INNLEDNING</b> .....	<b>19</b>
1.1 EVALUERINGEN – OPPLEGG OG INNHold .....	19
1.2 METODISK FREMGANGSMÅTE.....	23
1.2.1 <i>Delstudie A - Fylkesmannen</i> .....	23
1.2.2 <i>Delstudie B - Habiliteringstjenesten</i> .....	23
1.2.3 <i>Delstudie C – De regionale helseforetakene</i> .....	24
1.2.4 <i>Delstudie D - Kommunene</i> .....	24
1.2.5 <i>Delstudie E – Reanalyse kartlegging av habiliteringstjenesten</i> .....	25
1.2.6 <i>Å analysere erfaringsberetninger</i> .....	28
1.3 RAPPORTENS OPPBYGGING .....	29
<b>2. NÆRMERE OM SOSIALTJENESTELOVENS KAPITTEL 4A</b> .....	<b>31</b>
2.1 TIDEN FØR KAPITTEL 6A OG 4A .....	31
2.2 FRA KAPITTEL 6A TIL KAPITTEL 4A .....	33
2.3 NÆRMERE OM KAPITTEL 4A .....	34
<b>3. KOMMUNENES ROLLE I FORHOLD TIL KAPITTEL 4A</b> .....	<b>38</b>
3.1 KOMMUNENES OPPGAVER I FORHOLD TIL KAPITTEL 4A .....	38
3.2 KOMMUNENES ERFARING MED KAPITTEL 4A .....	39
3.3 FOREBYGGING OG BEGRENSNING AV TVANG OG MAKT .....	42
3.4 HVORDAN TILRETTELEGGES KOMMUNENE FOR Å BEDRE KOMPETANSEN? .....	46
3.5 HVORDAN ETTERLEVER KOMMUNENE LOVENS KRAV? .....	51
3.6 KOMMUNENES FORHOLD TIL SPESIALISTHELSETJENESTEN.....	52
3.7 KOMMUNENES FORHOLD TIL FYLKESMANNEN .....	68
3.8 UTFORDRINGER KNYTTET TIL KOMMUNENS ROLLE I FORHOLD TIL LOVEN .....	70
3.9 OPPSUMMERING.....	73
<b>4. HABILITERINGSTJENESTENS ROLLE I FORHOLD TIL KAPITTEL 4A</b> .....	<b>75</b>
4.1 HABILITERINGSTJENESTENS OPPGAVER I FORHOLD TIL KAPITTEL 4A .....	75
4.2 HVA FANT VI I KARTLEGGINGEN FRA 2005?.....	76
4.3 HABILITERINGSTJENESTENS KOMPETANSE OG RESSURSER .....	85
4.4 FOREBYGGING OG BEGRENSNING AV TVANG .....	88
4.5 HVORDAN BISTÅR HABILITERINGSTJENESTEN VED UTFORMING AV VEDTAK? ..	90
4.6 HABILITERINGSTJENESTENS UTTALELSESRETT .....	93
4.7 HABILITERINGSTJENESTEN BISTAND VED GJENNOMFØRING AV VEDTAK.....	94
4.8 EVALUERING AV VEDTAK .....	97
4.9 HABILITERINGSTJENESTENS KVALITETSSIKRING.....	98

4.10	AVSLUTTES BISTAND FRA HABILITERINGSTJENESTENS SIDE .....	99
4.11	HABILITERINGSTJENESTENS "DOBBELT-ROLLE" .....	101
4.12	OPPSUMMERING .....	102
<b>5.</b>	<b>FYLKESMANNENS ROLLE I FORHOLD TIL KAPITTEL 4A .....</b>	<b>105</b>
5.1	FYLKESMANNENS OPPGAVER KNYTTET TIL KAPITTEL 4A.....	105
5.2	VEDTAK OG ENKELTMELDINGER .....	106
5.2.1	<i>Oversikt over antall vedtak og enkeltmeldinger i 2006.....</i>	<i>106</i>
5.2.2	<i>Økning eller nedgang i antall vedtak.....</i>	<i>109</i>
5.2.3	<i>Fylkesmannens vurdering av tidsrammen for vedtakene.....</i>	<i>110</i>
5.2.4	<i>Fylkesmannens begrunnelser for ikke å stadfeste vedtak .....</i>	<i>112</i>
5.2.5	<i>Økning eller nedgang i antall skadeavvergende meldinger.....</i>	<i>113</i>
5.2.6	<i>Mange enkeltmeldinger på kort tid – hva gjør fylkesmannen? .....</i>	<i>115</i>
5.3	NÅR KOMMUNENE IKKE "FÅR DET TIL" – HVA GJØR FYLKESMANNEN? .....	116
5.4	DISPENSASJON FRA KOMPETANSEKRAVET .....	116
5.4.1	<i>Hvorfor søker kommunene om dispensasjon?.....</i>	<i>117</i>
5.4.2	<i>Fylkesmannens vurderinger av dispensasjonssøknader .....</i>	<i>120</i>
5.4.3	<i>Fylkesmannens vilkår for dispensasjoner .....</i>	<i>121</i>
5.4.4	<i>Habiliteringstjenestens uttalelse om dispensasjoner.....</i>	<i>123</i>
5.4.5	<i>Finnes det noe alternativ til dispensasjon? .....</i>	<i>124</i>
5.5	KOMPETANSEKRAVET .....	126
5.5.1	<i>Synspunkter på kompetansekravet.....</i>	<i>127</i>
5.5.2	<i>Inndeling i kompetansekravet etter b- og c-tiltak.....</i>	<i>129</i>
5.6	EVALUERING OG STEDLIGE TILSYN .....	132
5.7	FOREBYGGE OG BEGRENSE BRUK AV TVANG: KOMPETANSEHEVING .....	136
5.8	OPPSUMMERING .....	141
<b>6.</b>	<b>DE REGIONALE HELSEFORETAKENES ANSVAR I FORHOLD TIL KAPITTEL 4A.....</b>	<b>142</b>
6.1	LOVGRUNNLAGET .....	142
6.2	HABILITERING OG REHABILITERING I SPESIALISTHELSETJENESTEN.....	144
6.3	ORGANISERING OG STRATEGI KNYTTET TIL KAPITTEL 4A.....	145
6.3.1	<i>Region Helse Sør-Øst RHF.....</i>	<i>145</i>
6.3.2	<i>Region Helse Vest RHF.....</i>	<i>146</i>
6.3.3	<i>Region Helse Midt-Norge RHF .....</i>	<i>148</i>
6.3.4	<i>Region Helse Nord RHF .....</i>	<i>150</i>
6.4	OPPSUMMERING.....	152
<b>7.</b>	<b>OM FORSTÅElsen AV TVANG OG MAKT .....</b>	<b>154</b>
7.1	BEGREPENE TVANG OG MAKT .....	154
7.2	KOMMUNENES VURDERING AV TVANGSBEGREPET.....	156
7.3	FYLKESMANNENS VURDERING AV TVANGSBEGREPET .....	159
7.4	HABILITERINGSTJENESTENS VURDERING AV TVANGSBEGREPET .....	161
7.5	OPPSUMMERING .....	164

<b>8. UTFORDRINGER MED PRAKTISERINGEN AV KAPITTEL 4A .....</b>	<b>166</b>
8.1 BEHOV FOR ØKT KOMPETANSE.....	166
8.2 DISPENSASJON FRA KOMPETANSEKRAVET – KAN DET UNNGÅS?.....	169
8.3 SAKSBEHANDLINGSARBEID, FORANKRING OG INTERNKONTROLL I KOMMUNENE .....	171
8.4 ORGANISERING OG INNHOLD I TJENESTENE .....	173
8.5 SAMHANDLINGEN MELLOM FYLKESMANNEN OG HABILITERINGSTJENESTEN... ..	175
8.6 PRIVATE VIRKSOMHETER .....	179
8.7 KAPITTEL 4A OG STRAFFBARE HANDLINGER .....	181
8.8 FYLKESMANNEN MANGLER SANKSJONSMULIGHETER .....	182
8.9 ARENAPROBLEMATIKKEN.....	183
8.10 HJELPEVERGEORDNINGEN .....	184
8.11 FORHOLDET MELLOM PERSONAL OG PÅRØRENDE .....	186
8.12 OPPSUMMERING .....	188
<b>9. OPPSUMMERING OG AVSLUTTENDE DISKUSJON .....</b>	<b>189</b>
9.1 POSITIVE EFFEKTER AV LOVEN .....	189
<i>Økt fokus på forebygging og begrensning av bruk av tvang og makt.....</i>	<i>190</i>
<i>Økt bevisstgjøring om tvangsbegrepet.....</i>	<i>190</i>
<i>Bedre rettssikkerhet.....</i>	<i>190</i>
9.2 UHELDIGE SIDER VED LOVEN OG PRAKTISERINGEN AV DEN .....	191
<i>Økt fokus på diagnose .....</i>	<i>191</i>
<i>Ressursforskyving.....</i>	<i>191</i>
<i>Kan selvråderetten gå for langt? .....</i>	<i>192</i>
9.3 AVSLUTTENDE DISKUSJON – KAPITTEL 4A EN FAGLIG REVOLUSJON? .....	193
<b>REFERANSER .....</b>	<b>197</b>
<b>VEDLEGG 1 – NÆRMERE OM RESPONDENTENE I VOKSENHABILITERINGS-TJENESTEN.....</b>	<b>202</b>
<b>VEDLEGG 2 – NÆRMERE OM RESPONDENTENE FRA KOMMUNENE ...</b>	<b>205</b>
<b>VEDLEGG 3 SPØRRESKJEMA TIL KOMMUNENE .....</b>	<b>208</b>
<b>VEDLEGG 4 SPØRRESKJEMA TIL VOKSENHABILITERINGSTJENESTEN .....</b>	<b>218</b>
<b>VEDLEGG 5 – INTERVJUGUIDER.....</b>	<b>227</b>

## SAMMENDRAG

I denne rapporten presenteres resultatene fra evalueringen av kapittel 4A i Lov om sosiale tjenester. Evalueringen er gjennomført på oppdrag fra Sosial- og helsedirektoratet. Datainnsamlingen ble gjennomført våren og høsten 2007. Formålet med evalueringen er å få svar på hvorvidt bestemmelsene i kapittel 4A forebygger og begrenser bruk av tvang og makt overfor personer med psykisk utviklingshemning.

Følgende områder står sentralt i evalueringen:

1. Kompetanse - kommunalt nivå. Kompetansekravet til personalet – tilgangen til kvalifisert personale og behovet for dispensasjoner.
2. Kompetanse – spesialisthelsetjenestenivå.
3. Forebygger og legger kommunene til rette for minst mulig bruk av tvang overfor utviklingshemmede?
4. Forebygging på spesialisthelsetjenestenivå.

Disse fire temaområdene belyses ut i fra ulike nivåer i forvaltningen, og ved hjelp av ulike metodiske innfallsvinkler. Evalueringen er designet rundt fem delstudier: En kartleggingsstudie med utgangspunkt i fylkesmannens erfaringer og synspunkter på kompetanse, forebygging og bruk av tvang og makt. En kartleggingsstudie med utgangspunkt i spesialisthelsetjenestens erfaringer og synspunkter på kompetanse, forebygging og bruk av tvang og makt. En kartleggingsstudie av hvordan de fire regionale helseforetak legger til rette i forhold til å ivareta sine plikter på aktuelle områder. En kvalitativ intervjustudie i et utvalg kommuner som belyser hvordan kommunene jobber med hensyn til kompetanse, forebygging og bruk av tvang og makt. Bearbeiding og analyse av eksisterende data fra kartleggingen av voksenhabiliteringstjenesten som vi gjorde på oppdrag fra Sosial- og helsedirektoratet i 2005.

### ***Kommunenes rolle i forhold til kapittel 4A***

Kommunenes erfaring med kapittel 4A er svært variabelt. Denne variasjonen viser seg blant annet i forhold til hvor gode rutiner de har i forhold til loven og hvordan loven er blitt implementert i kommunene. Enkelte av våre kommuner har nylig tatt fatt på dette arbeidet som en følge av at de er blitt fulgt tett opp av fylkesmannen etter de avvik som ble avdekket ved landsomfattende tilsyn i 2006. Andre av våre kommuner har hatt vedtak siden slutten av 1999, og har gode rutiner og systemer for hvordan loven skal følges opp. De kommuner som har best erfaring med implementeringen av lovverket, merker også at det har skjedd mye positivt i kjølvannet av dette lovverket, blant annet at det er en helt annen holdning i og til tjenestene som ytes, menneskesynet er endret, og informantene mener at det jobbes faglig godt i mange miljøer. Kommunene

poengterer at de legger ned mye arbeid i å forebygge og begrense bruk av tvang og makt. Dette gjøres blant annet ved at man tilrettelegger slik at alle skal ha meningsfulle aktiviteter på dagtid, det tilrettelegges for allsidig og forutsigbart miljø rundt den enkelte tjenestemottaker, tilrettelegging for at personalet får veiledning og kurs slik at bevissthetsnivået øker osv. Det legges også organisatorisk til rette i forhold til at en ikke bør ha for mange beslutningsnivåer og at en forankrer tjenestetilbudet på topp i kommuneorganisasjonen.

Mangel på kompetanse er stor i de fleste kommuner. Dette gjelder ikke bare de kommuner som vi har intervjuet, det påpekes også fra fylkesmannens og habiliteringstjenestenes side at dette er et stort problem i de fleste av landets kommuner. Selv de kommuner som jobber godt i forhold til loven, sliter med å skaffe seg tilstrekkelig personell med kompetanse. Saksbehandlingsreglene oppleves dessuten som for krevende og kompliserte, noe som også bidrar til at loven er vanskelig å følge opp. Flere mener dette fører til underrapportering av tvang. Uforholdsmessig mye av tiden til vernepleiere går med til dokumentasjonsarbeid og saksbehandling i forbindelse med utarbeiding av vedtak, noe som kan gå på bekostning av den tiden vernepleiere kunne brukt til faglig arbeid i boligene. Enkelte mener også at dette er noe av årsaken til at vernepleiere søker seg bort fra boligene.

De kommuner som sliter og som selv mener at det ikke jobbes godt nok med forebygging av tvang og makt, trekker blant annet frem at det skorter på systemnivå. Rammebetingelsene er for dårlige, tjenester til personer med psykisk utviklingshemning prioriteres ikke, denne gruppen settes opp mot andre grupper, det gjøres ikke nok i forhold til å ta vare på personalet, det er for mange små deltidsstillinger og for mange ufaglærte. Dessuten er bemanningen for liten i forhold til de utfordringer en står overfor og en oppnår ikke forståelse for at dette må prioriteres i kommunen. Manglende styring og internkontroll i flere kommuner er dessuten en stor utfordring i forbindelse med det forebyggende arbeidet. Dette fungerer dårlig i flere av de kommuner vi har studert. En annen problemstilling som går igjen hos våre informanter fra kommunene er knyttet til deres frustrasjon i forhold til de områder som kapittel 4A ikke hjemler. Dette gjelder først og fremst i forhold til medikamentbruk og bruk av tvang i forbindelse med helseundersøkelser.

Kommunenes vurdering av sitt forhold til habiliteringstjenesten er todelt. Halvparten av våre kommuner vurderer samarbeidet som veldig bra, mens den andre halvparten ikke synes dette samarbeidet er tilfredsstillende fordi de ikke opplever at habiliteringstjenesten har den kompetansen som de har behov for og at de har for lite kapasitet til å bistå kommunene. Det stilles også spørsmål ved habiliteringstjenestens rolle i forhold til kapittel 4A. Her er det enkelte som mener habiliteringstjenesten blir mer opptatt av å kontrollere kommunene enn å veilede dem.



Kommunenes vurdering av sitt forhold til fylkesmannen er positivt for et flertall av våre kommuner. De har god erfaring med å være i dialog med fylkesmannen og opplever fylkesmannen som en viktig støttespiller. Kapasiteten til fylkesmannen oppleves også som god av de fleste informantene fra kommunene, det er et fåtall som mener at saksbehandlingstiden er for lang. Det er imidlertid enkelte kommuner som stiller spørsmål ved fylkesmannens kompetanse og som mener den juridiske kompetansen går på bekostning av den faglige kompetanse knyttet til det å jobbe med personer med psykisk utviklingshemning. Dette kan i noen tilfeller bidra til konflikt mellom juss og miljøterapi, og til kulturkollisjoner mellom de som står ute i praksisfeltet og de som sitter å gjør juridiske vurderinger hos fylkesmannen.

#### ***Habiliteringstjenestens rolle i forhold til kapittel 4A***

Habiliteringstjenesten vurderer egen kompetanse som tilstrekkelig i forhold til den rolle de har knyttet til kapittel 4A. Det er bare et fåtall informanter fra habiliteringstjenesten som mener at de ikke har tilstrekkelig kompetanse. Derimot er informantene fra kommunene mindre tilfredse med habiliteringstjenestens kompetanse.

Mangel på ressurser oppleves av de fleste av våre informanter fra habiliteringstjenesten som et stort problem. Dette merkes godt også i de kommuner som er med i denne evalueringen. Her trekkes spesielt frem at det tar for lang tid fra henvisning blir sendt til de får bistand. Manglende ressurser påvirker også i hvor stor grad habiliteringstjenesten kan gå inn å bistå kommunene på det forebyggende plan. Habiliteringstjenesten har en viktig rolle med hensyn til å bidra til å forebygge og begrense tvang og makt, det er også her mye av ressursene benyttes. Ved over halvparten av tjenestestedene er det slik at habiliteringstjenesten gjennom sin bistand ofte ender opp med alternativer til tvang eller mindre inngripende tiltak. Ressursmangelen hos habiliteringstjenesten er dessuten blitt satt under større press den siste tiden. Dette skyldes at kommunenes behov for bistand har økt som en følge av at opplærings- og kursvirksomheten i forhold til kapittel 4A har avtatt betraktelig i en del regioner.

Det varierer hvordan habiliteringstjenesten bistår kommunene ved utforming og ved gjennomføring av vedtak. De fleste habiliteringstjenester har en aktiv bistandsrolle, både når vedtak skal utformes og under gjennomføringsperioden. Dette er imidlertid avhengig av at habiliteringstjenesten får de opplysninger de trenger for å kunne bistå. Et godt samarbeidsklima mellom habiliteringstjenesten og kommunen er avgjørende her. Faglig uenighet kan virke negativt inn på samarbeidet, samt uklart skille mellom habiliteringstjenestens og kommunenes rolle i forhold til kapittel 4A. Enkelte kommuner føler seg av og til overkjørt av habiliteringstjenesten, spesielt gjelder dette større kommuner som har god kompetanse på feltet.

Habiliteringstjenesten skal gis anledning til å uttale seg om kommunale vedtak som innebærer bruk av tvang før de stadfestes av fylkesmannen. De fleste habiliteringstjenester oppgir at de alltid skriver slike uttalelser til fylkesmannen. Det varierer imidlertid hvordan dette arbeidet gjøres. Noen har en standardisert mal som de utarbeider uttalelsen i forhold til, andre har ikke standardisert dette arbeidet. Noen bruker mye tid og ressurser og skriver grundige sakkyndige uttalelser, mens andre legger lite arbeid i dette og betrakter det som en formalitet. Flere av informantene fra fylkesmannen påpeker i denne forbindelse at de ofte må vente på uttalelser fordi habiliteringstjenesten har for lite kapasitet. Flere steder er det derfor slik at fristen for uttalelse må utsettes.

Det er sjelden at habiliteringstjenesten trekker seg ut av saker som de bistår i på kommunalt nivå. De som avslutter sitt bistandsforhold gjør dette i saker som de tolker som lite kompliserte, for eksempel saker som omhandler alarmer, eller at de avslutter fordi de mener at kommunen håndterer vedtakene på en god måte. Andre grunner til at 4A-saker avsluttes fra habiliteringstjenestens side er at det har vært jobbet godt faglig slik at tvangsbruken blir unødvendig og at man har funnet andre alternative løsninger på det som tidligere måtte løses med tvang.

Når det gjelder evaluering av vedtak etter kapittel 4A er omtrent halvparten av våre informanter fra habiliteringstjenesten aktive, både i forhold til den fortløpende evalueringen underveis i perioden og i sluttevalueringen av vedtaket. I de fleste tilfeller er evalueringsopplegget beskrevet i egne samarbeidsavtaler mellom habiliteringstjenesten og kommunen, gjerne med konkrete datoer for når evalueringsmøter skal finne sted og hvilke dokumentasjon som skal foreligge til disse møtene. De som har en passiv rolle i evalueringen av vedtak har ikke faste rutiner for hvordan dette skal håndteres.

#### ***Fylkesmannens rolle i forhold til kapittel 4A***

Fylkesmannen har flere oppgaver i forhold til kapittel 4A. For det første skal de overprøve vedtak om bruk av tvang. Fylkesmannen kan sette vilkår for godkjenningen og kan også gi dispensasjon fra kompetansekravet. For det andre skal fylkesmannen føre stedlig tilsyn der det er fattet vedtak om tiltak etter kapittel 4A. Det kan også foretas stedlig tilsyn i forbindelse med meldinger om bruk av tvang i nødsituasjoner. Fylkesmannen skal også gjennomføre landsomfattende tilsyn med tjenestene til personer med psykisk utviklingshemning når Helsetilsynet ber om det.

Fylkesmannen gir ofte dispensasjon fra kompetansekravet. Hovedårsaken til at kommunene søker om dispensasjon er at de ikke klarer å rekruttere folk med treårig høgskoleutdanning. Andre grunner kan være at det på grunn av dårlig kommuneøkonomi ikke blir lyst ut stillinger eller at kommunen ikke er flink nok til

å utnytte de fagfolkene de allerede har. Fylkesmannen har stor forståelse for at det er vanskelig for kommunene å tilfredsstille kompetansekravet, og ser sjelden noe alternativ til å gi dispensasjon. Samtidig setter fylkesmannen vanligvis en del vilkår for dispensasjonene, blant annet vektlegges realkompetanse sterkt, samt hvilke opplærings- og rekrutteringsplaner kommunen har.

Informantene fra fylkesmannen, spesialisthelsetjenesten og kommunene er enige i at det er bra at kompetansekravet er der, siden det kan legge press på kommunene i forhold til rekruttering av fagfolk og opplæring av personalet i boligen. Det signaliserer også at det kreves kompetanse for å jobbe med personer med psykisk utviklingshemning. Informantene er delte i synet på inndelingen av kompetansekravet etter b- og c-tiltak. Omtrent halvparten mener at dette skillet ikke er hensiktsmessig.

De fleste informantene fra fylkesmannen er fornøyd med tilsynsordningen slik den er i dag. Det pekes på at fylkesmannen flere steder har behov for mer ressurser til å gjøre de tilsyn de mener er nødvendig, samt kunne gi kommunene mer veiledning. Fylkesmannen bidrar til å forebygge og begrense bruk av tvang og makt overfor personer med psykisk utviklingshemning gjennom kompetanseheving. De tilbyr blant annet kurs og veiledning overfor kommunene. Samtidig understrekes behovet for kompetanseheving internt hos mange fylkesmenn. Det er behov for økt bemanning i mange fylkesmanns-embeter, og enkelte steder er det også behov for mer kompetanse.

#### ***De regionale helseforetakenes ansvar i forhold til kapittel 4A***

Det er til dels store forskjeller når det gjelder hvilken kompetanse habiliteringstjenestene besitter. Mens enkelte habiliteringstjenester har mange yrkesgrupper representert og i stor grad er "sjølhjulpne", må andre i større grad "låne" tjenester fra andre habiliteringstjenester innad i det regionale helseforetaket. Habiliteringstjenesten er ikke blitt tilført ekstra ressurser etter at loven ble innført, til tross for at den har medført mye ekstra arbeid. Det pekes på at disse sakene ofte er komplekse, langvarige og svært ressurskrevende.

Flere av de regionale helseforetakene har i handlingsplaner og lignende slått fast at de vil prioritere rehabilitering og habilitering i tiden fremover, og at både bemanningen og kompetansen må styrkes ved mange habiliteringstjenester. Det er flere steder mangel på særlig lege og/eller psykolog. Dette skyldes delvis at det ikke er økonomiske ressurser til å lyse ut stillinger eller at en ikke får søkere til utlyste stillinger. Det varierer likevel noe i hvilken grad de regionale helseforetakene har noen bevist strategi (i form av blant annet konkrete handlingsplaner) i forhold til sin plikt til å sørge for at spesialisthelsetjenesten har den kompetansen og bemanningen som er nødvendig for å kunne yte forsvarlig bistand til kommunene med veiledning knyttet til å unngå bruk av

tvang og makt, og ved tiltak etter reglene i kapittel 4A. Det er på dette området også forskjeller mellom helseforetakene. Mens enkelte helseforetak har laget planer for rekruttering av spesiell fagkompetanse og planer for hvordan en kan beholde den kompetansen en allerede besitter, har andre ikke gjort det.

### ***Om forståelsen av tvang og makt***

Det er gode grunner for å ikke gi en definitiv og presis definisjon av tvang, slik en har gjort i dette lovverket. Det er heller ikke mulig å gi nøyaktige definisjoner av hva som er tvang i enhver situasjon – her må derimot det enkelte fagmiljø gjennom en helhetsvurdering komme fram til hva som anses som tvang, og deretter få dette overprøvd av fylkesmannen. En slik helhetsvurdering krever at en er i stand til å reflektere og bruke faglig skjønn, og at en kjenner omsorgsmottaker og de konkrete forholdene og historien rundt han eller henne. Det er derfor naturlig at fagmiljøene opplever ambivalens og usikkerhet når de skal vurdere hva som er tvang og når vilkårene for tvang etter kapittel 4A er oppfylt. Det hadde vært mer betenkelig om personalet ikke syntes dette var utfordrende. Jevnlige diskusjoner av situasjoner en kommer opp i, etiske og faglige refleksjoner, samt kurs og veiledning anses av våre informanter fra kommunene som viktige i den forbindelse. På den måten tar en også inn over seg at det ikke finnes klare fasitsvar på hva som er tvang eller ikke.

Informantene fra fylkesmannen og habiliteringstjenesten mener at kommunenes forståelse av tvangsbegrepet er svært variabelt. De er ikke i tvil om at det har skjedd en bevisstgjøring i mange miljøer rundt om i kommunene som har bidratt til holdningsendringer og mindre inngripende tvangstiltak, men det pekes også på at det er for mange miljøer/kommuner som ikke er bevisst den tvangen de bruker, og som heller ikke har hjemmel for tvangsbruken. Det hevdes blant annet at det bestemmes for mye i hverdagen til den enkelte tjenestemottaker og at det er for mange unødvendige begrensingsregimer.

Det er overraskende mange av våre informanter fra fylkesmannen som gir uttrykk for at de i liten grad føler ambivalens og usikkerhet i forhold til tvangsbegrepet og lovens definisjon av tvang. Dette er også noe flere av våre informanter fra habiliteringstjenesten stiller seg undrende til, blant annet fordi det er så mange ulike hensyn som må tas med i vurderingen av hva som er tvang. Enkelte informanter problematiserer at dette er komplisert fordi en må ta juridiske, etiske og faglige hensyn, og at dette er hensyn som kan komme i konflikt med hverandre. I enkelte tilfeller er det også uenighet mellom fylkesmannen og habiliteringstjenesten i forhold til hvordan tvangsbegrepet tolkes. Her opplever vi at enkelte informanter fra habiliteringstjenesten – og i noen tilfeller også informanter fra kommunene – stiller spørsmål ved fylkesmannens kompetanse og at en føler at de juridiske hensyn som fylkesmannen legger til grunn overkjører de faglige og etiske hensyn.

### **Utfordringer med praktiseringen av kapittel 4A**

I denne evalueringsrapporten har vi trukket frem sentrale utfordringer knyttet til kapittel 4A som er kommet frem gjennom de ulike delstudiene i evalueringen, og som vi anser som sentrale og viktige å se nærmere på. Disse utfordringene er knyttet til:

- Å få på plass den kompetansen som er nødvendig for at kommunene skal kunne yte forsvarlige tjenester til personer med psykisk utviklingshemning, og for at fylkesmannen, habiliteringstjenesten og kommunene skal kunne etterleve de kravene som kapittel 4A stiller. Dette dreier seg både om formell fagkompetanse, opplæring og veiledning av personalet i boligene, og saksbehandlingskompetanse. Det er en stor utfordring å få ned antall dispensasjoner fra kompetansekravet.
- Å få på plass gode rutiner i kommunene når det gjelder saksbehandling og internkontroll i forhold til kapittel 4A. Samtidig er det viktig at arbeidet med loven forankres på alle nivå i kommunen.
- Hvordan tjenestetilbudet til personer med psykisk utviklingshemning organiseres og ikke minst hvilket innhold disse tjenestene rommer.
- Forholdet mellom fylkesmannen og habiliteringstjenesten. Selv om dette forholdet generelt er godt i dag, kan det være problematisk dersom forholdet mellom fylkesmannen og habiliteringstjenesten blir *for* tett i og med at disse instansene har ulike roller og oppgaver i forhold til loven.
- Fremvekst av private virksomheter som yter tjenester til personer med psykisk utviklingshemning. Det er i dag uklart hvordan fylkesmannen skal føre tilsyn med disse.
- Bruk av 4A i forhold til personer med psykisk utviklingshemning som begår eller som en frykter kan begå straffbare handlinger. Med andre ord - kan og bør en bruke 4A som særreaksjon i forhold til straffbare handlinger?
- Fylkesmannen mangler sanksjonsmuligheter overfor kommunene.
- Arenaproblematikken. Det er i dag flere områder hvor loven ikke gjelder, deriblant under medisinsk behandling, på skole eller på arbeidsplasser, noe som kan oppleves problematisk.
- Hjelpevergeordningen. Det er i dag et problem at det mange steder tar lang tid å få oppnevnt hjelpeverge, samt at hjelpevergene ikke får tilstrekkelig oppfølging og opplæring.
- Forholdet mellom pårørende og personalet. Opplevs problematisk av flere informanter fra kommunene, blant annet i forhold til når det er nødvendig å bruke tvang.

### **Positive og uheldige sider ved kapittel 4A**

Det er stor enighet blant informantene om at kapittel 4A har vært svært positiv for personer med psykisk utviklingshemning. Loven har ifølge informantene bidratt til at bruken av tvang og makt overfor denne gruppen har gått betydelig

ned de siste årene. Informantene mener at loven har ført til *økt fokus på forebygging og begrensning av bruk av tvang og makt*. De tror personalet tenker mer alternativt og reflekterer mer over hva de gjør, hvorfor de gjør det og hva konsekvensene av det de gjør kan bli. Mange steder klarer personalet å finne frem til alternative tiltak istedenfor bruk av tvang, eller mindre inngripende tvangstiltak. Informantene mener personalet i boligene er *blitt mer bevisst på og reflekterer mer over hva tvang og makt er*, samt at det har skjedd en økt refleksjon rundt hva slags tjenestetilbud personer med psykisk utviklingshemning skal få. Informantene tror at *tjenestetilbudet til personer med psykisk utviklingshemning mange steder er blitt bedre* som en følge av loven, både kvalitetsmessig og når det gjelder omfang. Informantene mener også at personer med psykisk utviklingshemning som en følge av loven har fått en bedre *rettssikkerhet* og bedre mulighet til å bestemme over sitt eget liv.

Samtidig som det er stor enighet blant våre informanter om at de positive sidene ved loven veier tyngre enn eventuelle uheldige sider, trekker de også frem enkelte mulige uheldige sider ved loven. Informantene mener at siden kapittel 4A kun gjelder for personer som har diagnosen psykisk utviklingshemmet, har loven medført et *økt fokus på diagnose*, noe som kan oppleves stigmatiserende. Det pekes også på at det er betenkelig med en særlovgivning som tillater bruk av tvang og makt overfor en enkelt gruppe. På den andre siden mener flere at personer med psykisk utviklingshemning har bedre rettssikkerhet enn andre grupper som kan ha liknende atferdsproblematikk men som ikke omfattes av loven. Informantene peker også på at det som en følge av kapittel 4A, flere steder har skjedd en *ressursforskyvning* til de personene som har skadeavvergende atferd, fra det generelle tjenestetilbudet til personer med psykisk utviklingshemning, og at en får et a- og b-lag blant tjenestemottakere med psykisk utviklingshemning. Samtidig poengteres det at personalet kan nyttiggjøre seg en del av de erfaringene de får gjennom 4A-sakene for å forebygge og tilrettelegge generelt, og på den måten kan tjenestetilbudet til personer med psykisk utviklingshemning generelt forbedres. Informantene mener videre at selvråderetten til personer med psykisk utviklingshemning gir en del brukere muligheter til å ta valg som ikke alltid oppleves som optimale av omgivelsen. Dersom personalet er usikre på hva som er tvang og makt kan det resultere i at enkelte blir handlingslammet, og på den måten *kan sjølråderetten gå for langt*. Informantene understrekes at tjenesteyterne har en plikt til å gripe inn dersom det er nødvendig. Samtidig er det altså viktig å legge forholdene til rette slik at tjenestemottakerne så langt som mulig kan foreta valg ut fra egne forutsetninger.

Denne evalueringen viser at kapittel 4A har bidratt til at det har skjedd mye positivt med hensyn til å bedre rettssikkerheten til personer med psykisk utviklingshemning – til tross for de utfordringer som bidrar til at mye gjenstår før formålet med dette lovverket er oppnådd. Vår konklusjon er at kapittel 4A har

bidratt til en gryende faglig revolusjon, men skal en komme videre og sikre at lovens formål innfris må en sette større fokus på lovens målgruppe, både politisk og faglig – i ord og i handling.

## SUMMARY

This research report presents results of an evaluation of chapter 4A in the Social Services Act, commissioned by the Directorate of Health and Social Affairs. The main object has been to examine the extent to which the provisions in chapter 4A prevent and delimit the use of force and power against intellectually disabled.

The following issues are discussed:

1. Competence – on local authority level. Personnel competence demand, access to qualified personnel and the use of exemptions.
2. Competence – on specialist health service level.
3. Do local authorities try to prevent use of force towards intellectually disabled?
4. Prevention on specialist health service level.

The evaluation has combined several methods, and has been divided into five sub studies:

- a) A study based on the county governor's experiences and views on competence, prevention and use of force.
- b) A study based on the specialist health service's experiences and views on competence, prevention and use of force.
- c) A study of how the four regional Health Authorities take care of their obligations in accordance with chapter 4A.
- d) A qualitative study in some selected municipalities that focus on how the local authorities work regarding competence, prevention and use of force.
- e) An analysis of existing data from a survey of habilitation services for adults completed in 2005.

### ***The municipalities` role according to chapter 4A***

There are large variations in how the local authorities experience the law. For instance, their routines related to the law and how the law has been implemented differs between municipalities. Informants from municipalities with good experiences emphasise the law's contribution to a lot of good things, including change in attitudes in many group homes and actions taken to prevent and delimit the use of force against intellectually disabled.

Lack of competence is a considerable challenge in most municipalities. It is hard to recruit enough personnel with professional education. Moreover, the form of procedure is often hard and complicated, which make it difficult to



practise the law. Several municipality informants believe this has led to an under-reporting of the use of force.

The informants emphasise that several municipalities do not work hard enough to prevent the use of force and power. The reasons are various; for instance, services for intellectually disabled are not given priority to. This group have to compete against other groups, the personnel are not good enough taken care of and too many staff members are without formal education. Moreover, the manning is often too small compared to the challenges faced by local authorities, and this work lack priority. Lack of management and internal control systems in several municipalities is also a great challenger when it comes to the prevention work.

How local authorities experience their relation to the habilitation service varies. Among half of the studied municipalities assess the collaboration as very good, while the other half do not consider the collaboration is satisfactory. The reason is the fact that they do not feel that the habilitation service has the competence needed, and that they do not have enough capacity to assist the local authorities in question.

Most municipalities in our study consider their relation to the county governor as good. They consider the county governor as an important support. Most informants from the municipalities do also experience that the county governor has good capacity. Only a few municipality informants argue that the casework take too much time.

#### ***The habilitation service's role according to chapter 4A***

The informants from the habilitation service consider their own competence as satisfactory when it comes to their own role according to the law. Municipalities on the other hand, are less satisfied with the habilitation service's competence. Most of the informants experience lack of resources as a considerable problem. Limited resources also affect the habilitation service's capacity to assist the municipalities to prevent and delimit the use of force.

How the habilitation service assists the local authorities with formulation and accomplishing the resolution varies. Most habilitation services take an active assistance role, both when it comes to formulation of resolutions and throughout the resolution period. However, this depends on the information the habilitation service receive from the municipality at an early stage. In this aspect, the collaboration between the habilitation service and the municipality is crucial. Professional disagreement and unclear definition of roles can affect the collaboration negatively. Some municipalities occasionally experience to be "run over" by the habilitation service, especially larger municipalities with good competence on this field.

The habilitation services do seldom withdraw from assisting the municipalities when it comes to chapter 4-cases. If they do so, it often regards less complicated cases, or if they believe that the municipality can manage the resolution in a good way without help. The reason for withdrawing can also be that it is no longer need for using force, as the habilitation service and the municipality have found alternative solutions.

#### ***The county governor's role according to chapter 4A***

According to chapter 4A, the county governor has several tasks. They shall approve resolution about use of force. The county governor can besides decide conditions for the approval and can also consent exemption from the demand for competence. They often give exemptions for the demand for competence. The main reason for exemptions is the fact that it is very difficult to recruits persons with professional education. Other reasons are a poor financial situation in the municipalities which hinder positions to be announced. The county governor shall further undertake supervision in municipalities with resolutions about use of force according to chapter 4A.

The informants agree that the demand for competence in chapter 4A is favourable, since it applies pressure to the municipalities to recruit personnel with professional education and offer vocational training in the group homes for the staff.

Some county governors need more resources for being able to guide the municipalities better, and conduct supervision where they consider it to be necessary. Some county governors need increased manning, while others also need more competence among their staff. The county governor organizes courses and expert advice to the municipalities.

#### ***Regional Health Authorities responsibility according to chapter 4A***

The competence of the habilitation services differs considerably. While some have several occupational groups represented and are almost self-sufficient, others have to "borrow" services from other habilitation services in the region. The habilitation services have not been given extra resources after the law was implemented, even though the law has caused extra responsibilities. The informants emphasise that 4A-cases often are very complicated, long-lasting and resource-demanding.

The regional Health Authorities agree that both manning and competence must be strengthened at several habilitation services. In particular, there is lack of physicians and psychologists many places. There is still variations in the extend to which the regional Health Authorities have a clear strategy according to their

duty to make sure that the habilitation services have satisfactory competence and manning for assisting the municipalities in 4A-cases. While some have concrete plans for recruitment of special competence staff and for how to retain the competence they already possess, others do not.

### ***The understanding of force and power***

This legislation does not give any clear definition of force, for several reasons. It is not possible to give a precise definition of what force is in every situation. The staff must evaluate the concrete case and consider what force is and what it is not, and then consult the county governor. It is normal that the personnel are unsure about when an act shall be defined as force. In other words, it is actually a healthy sign that the personnel find this challenging.

Informants from the county governor and the habilitation services consider the municipalities' understanding of the concept of force to vary. In many municipalities the personnel have become more conscious about use of force against intellectually disabled, which has resulted in change of attitude and less radical use of force. Still, many group homes the personnel are not well enough aware of their use of force. For instance, in several group homes the personnel decide too much.

### ***Challenges concerning practising of chapter 4A***

In this evaluation we have emphasized several important challenges related to chapter 4A that the five sub studies have uncovered, and which we consider as important and necessary to focus. These challenges are:

- The municipalities must get the necessary competence to supply appropriate services for intellectually disabled people. It is also important that the county governor and the habilitation service get satisfactory competence for obeying their duties according to the law.
- The number of exemptions from the demand for competence should be reduced.
- It is important to establish good routines in the municipalities for executive work and internal control related to chapter 4A. Further, it is necessary that the law is implemented at all levels in local authorities.
- How the services for intellectually disabled are organized and, not least, the contents on the services, is very important.
- A good relationship between the county governor and the habilitation service is important. However, it can be problematic if the cooperation becomes too close, because these authorities have separate tasks and roles according to chapter 4A.
- Development of private establishments which deliver services for intellectually disabled can be problematic. It is not clear how the county governor should or could control these establishments.

- Can the Act be used as a special reaction against intellectually disabled people which do unlawful things?
- The county governor do not have any opportunity to sanction the municipalities.
- The several areas where the Act is not in force, can be problematic.
- The system for provisional guardian does not work optimally.

***Positive and unfortunate effects of the law***

Informants in the evaluation agree that chapter 4A has had many positive effects. They believe that the law has contributed to limiting the use of force against intellectually disabled. Further, they believe the law has caused an increased focus at prevention and a delimitation of use of force and power. Moreover, they consider the law to have resulted in better services for intellectually disabled, and that the legal protection for this group has become stronger.

Nevertheless, the informants points at several challenges related to the law. Among other things, they say that the law may have caused an increased focus at diagnoses, and that intellectually disabled with behavioural problems perhaps “steal” resources from intellectually disabled who do not have this kind of behaviour. The informants also ask if the self-determination in some cases may go too far.

The main conclusion of the evaluation is that chapter 4A has contributed to a lot of positive things when it comes to the legal protection for intellectually disabled, despite the fact that many challenges concerning this law remain to be solved. Our conclusion is that chapter 4A has contributed to a growing professional revolution, but if the purpose of the law shall be attained, intellectually disabled must get considerably more attention, both professionally and politically – in words and by action.

# 1. INNLEDNING

I dette kapitlet skal vi beskrive opplegget og innholdet i evalueringsarbeidet, samt metodisk fremgangsmåte og avgrensning. Til slutt i kapitlet gjør vi rede for hvordan rapporten er bygd opp.

## 1.1 EVALUERINGEN – OPPLÉGG OG INNHOLD

Utgangspunktet for evalueringen er at Sosial- og helsedirektoratet ønsket en erfarings- og forskningsbasert evaluering av sosialtjenestelovens kapittel 4A. Bakgrunnen for dette er at da sosialkomiteen behandlet forslaget til nytt kapittel 4A i sosialtjenesteloven (Innst.O. Nr. 14 (2003-2004)), så de positivt på at den midlertidige loven ble gjort permanent. Det var få endringer fra de midlertidige bestemmelsene, og det var et solid flertall av høringsinstansene som var enige i det nye lovforslaget. Sosialkomiteen mente imidlertid det var grunn til å følge nøye med på utviklingen, og mente derfor det var behov for å evaluere de virkningene loven får (Kravspesifikasjonen for evaluering av sosialtjenestelovens kapittel 4A).

Formålet med evalueringen er å få svar på:

1. Hvorvidt bestemmelsene i sosialtjenestelovens kapittel 4A **forebygger** bruk av tvang og makt overfor personer med psykisk utviklingshemning.
2. Hvorvidt bestemmelsene **begrenser** bruk av tvang og makt overfor den aktuelle gruppen.

Oppdragsgiver fremhevet i sin kravspesifikasjon følgende fire områder som sentrale i evalueringen:

1. Kompetanse - kommunalt nivå. Kompetansekravet til personalet – tilgangen til kvalifisert personale og behovet for dispensasjoner.
2. Kompetanse – spesialisthelsetjenestenivå.
3. Forebygger og legger kommunene til rette for minst mulig bruk av tvang overfor utviklingshemmede?
4. Forebygging på spesialisthelsetjenestenivå.

Disse fire temaområder belyses ut i fra ulike nivåer i forvaltningen, og ved hjelp av ulike metodiske innfallsvinkler. Evalueringen er designet rundt fem delstudier.

**A. En kartleggingsstudie med utgangspunkt i fylkesmannens erfaringer og synspunkter på kompetanse, forebygging og bruk av tvang og makt.**

Formålet med denne delen av evalueringen er å kunne gjøre en bred kartlegging samtidig som mulighetene for å kunne sammenligne ulike embeter/-regioner er tilstede.

I denne delstudien har det vært sentralt å få fylkesmannens synspunkter på blant annet følgende problemstillinger:

- Hvordan kommunene etterlever lovens krav?
- Hva som er årsaken til at kommuner har behov for å søke om dispensasjon?
- Hvilke vilkår fylkesmannen setter for dispensasjon og hvordan vilkårene følges opp?
- Hvordan fylkesmannen vurderer inndelingen av kompetansekravet i forhold til ulike tiltak og om inndelingen gir den best egnede kompetansen i forhold til behov?
- Hvordan en forstår kompetansebegrepet, og hvordan en tolker kommunenes forståelse av kompetanse?
- Hvordan forstås tvangsbegrepet? Opplever man ulike tolkninger i forhold til dette på det kommunale nivå?
- Følger kommunene opp meldinger om skadeavvergende tiltak for å hindre at behov for nye tiltak dukker opp?

**B. En kartleggingsstudie med utgangspunkt i spesialisthelsetjenestens erfaringer og synspunkter på kompetanse, forebygging og bruk av tvang og makt.**

Formålet er også her å kunne gjøre en bred kartlegging samtidig som mulighetene for å kunne sammenligne ulike regioner er tilstede.

Det vil være sentralt å få habiliteringstjenestens synspunkter blant annet på følgende problemstillinger:

- Hva forstår man med kompetanse?
- Hvordan sikres at man har den kompetansen og bemanning som er nødvendig for å bistå/veilede kommunene?
- Hvordan bistår man kommunene i forhold til å legge til rette for å unngå bruk av makt og tvang og for å følge opp de tiltak som er iverksatt?
- Hva er årsaken til at kommunene har behov for å søke om dispensasjon?
- Hvordan habiliteringstjenesten vurderer inndelingen av kompetansekravet i forhold til ulike tiltak og om inndelingen gir den best egnede kompetansen i forhold til behov?

- Hvordan forstås tvangsbegrepet, opplever man ulike tolkninger i forhold til dette på det kommunale nivå?
- Følger kommunene opp meldinger om skadeavvergende tiltak for å hindre at behov for nye tiltak dukker opp?

**C. En kartleggingsstudie av hvordan de fire regionale helseforetak (RHF) legger til rette i forhold til å ivareta sine plikter på aktuelle områder.**

Formålet her er å undersøke og beskrive hvordan de fire regionale helseforetakene ivaretar sitt ansvar når det gjelder generelle helsetjenester til personer med psykisk utviklingshemning, samt hvordan de legger til rette for å kunne gi spesialiserte tjenester til personer med psykisk utviklingshemning.

Det vil være sentralt å få kartlagt følgende forhold:

- Hvilken strategi har RHF i forhold til å følge opp sin generelle plikt til å gi helsetjenester etter spesialisthelsetjenesteloven til personer med psykisk utviklingshemning på det forebyggende plan?
- Hvilken strategi har RHF i forhold til å sørge for at de har den kompetanse og bemanning som er nødvendig for å bistå kommunene med veiledning knyttet til å unngå bruk av tvang og makt og knyttet til å bistå ved gjennomføring av tiltak som er iverksatt?
- Hvorvidt en vurderer regionens kompetanse som tilstrekkelig?

**D. En kvalitativ intervjustudie i et utvalg kommuner som belyser hvordan kommunene jobber med hensyn til kompetanse, forebygging og bruk av tvang og makt.**

Formålet er å undersøke og beskrive hvordan kommunene tilrettelegger og jobber med hensyn til kompetanse, forebygging og bruk av tvang og makt. Vi vil dele denne delstudien i to ulike deler. Først vil vi undersøke og beskrive hvordan kommunene etterlever lovens krav basert på en gjennomgang av eksisterende tallmateriale (se delstudie E). Deretter vil vi i del to gjøre en kvalitativ intervjustudie i et utvalg kommuner hvor det blant annet vil være sentralt å få kommunale aktørers synspunkter på følgende problemstillinger:

- Hvordan kommunen etterlever lovens krav?
- Hvordan forstås kompetansebegrepet?
- Hvorvidt kommunen har søkt om dispensasjon fra enkelte bestemmelser i loven, og hva som eventuelt var årsaken til at man søkte om dispensasjon?
- Hvordan kommunen vurderer inndelingen av kompetansekravet i forhold til ulike tiltak og om inndelingen gir den best egnede kompetansen i forhold til behov?

- Hvordan forstås tvangsbegrepet, opplever man ulike tolkninger i forhold til dette blant tjenesteytere i egen kommune?
- Hvordan følger kommunen opp meldinger om skadeavvergende tiltak for å hindre at behov for nye tiltak dukker opp?
- Hvordan følger kommunen opp opplæringsansvaret i sosialtjenestelovens §2-3?
- Gjennomføres kompetansekartlegginger og utarbeides det opplæringsplaner for tjenesteytere som gjennomfører tiltak etter sosialtjenestelovens kapittel 4A?
- Hvordan forebygger og legger kommunen til rette for å unngå bruk av tvang og makt? Og hvilke hindringer opplever man i forhold til dette?
- Gjøres det vurderinger av om hvordan tjenesteytere vurderer sin egen mulighet til å utføre forsvarlige tjenester, herunder tid til overlapping, dokumentasjon, veiledning av nyansatte osv?
- Tilrettelegges tjenestetilbudet i samarbeid med tjenestemottaker/pårørende?
- Får kommunen den veiledning og bistand de har behov for fra henholdsvis fylkesmannen og spesialisthelsetjenesten?

#### **E. Bearbeiding og analyse av eksisterende data fra kartleggingen av voksenhabiliteringstjenesten som vi gjorde på oppdrag fra SHdir i 2005.**

I 2005 gjorde vi på oppdrag fra Sosial- og helsedirektoratet en kartlegging av habiliteringstjenesten for voksne hvor formålet var å kartlegge hvordan voksenhabiliteringstjenesten fungerer med hensyn til brukergrupper, innhold, kompetanse, kapasitet og samarbeid med andre deler av spesialisthelsetjenesten (Lichtwarck, Handegård og Bliksvær 2005). Vi har her rådata som berører sentrale deler av dette evalueringsoppdraget.

Fra kommuneundersøkelsen har vi blant annet data om følgende: hvor ofte kommunene har kontakt med habiliteringstjenesten, hvor stort behov det er for veiledning knyttet til kapittel 4A i forhold til andre behov for bistand fra habiliteringstjenesten, hvordan kommunene opplever habiliteringstjenestens kompetanse i forhold til kapittel 4A, i hvilken grad kommunene er fornøyd med kvaliteten på den bistand de har fått fra habiliteringstjenesten når det gjelder kapittel 4A og om kommunene mener det er vesentlige mangler/problemer med habiliteringstjenestens tilbud knyttet til utredning/bistand i forbindelse med kapittel 4A

Fra voksenhabiliteringstjenesten har vi data om blant annet: hvordan den enkelte ansatte vurderer sin egen kompetanse i forhold til de oppgaver de står overfor, hvordan de opplever kompetansen knyttet til ulike områder i sin tjeneste totalt sett (her skiller vi blant annet mellom somatisk kompetanse, psykiatrisk kompetanse, kompetanse knyttet til kapittel 4A osv.), hvilke sider



ved tjenestens tilbud mener man bør styrkes (her er utredning/bistand knyttet til kapittel 4A et eget alternativ), hvordan vurderer voksenhabiliteringstjenesten kommunenes faglige kompetanse, samt hvor stor andel arbeidet knyttet til kapittel 4A utgjør av den totale kapasiteten ved arbeidsstedet.

I og med at kartleggingen som ble gjort i 2005 ikke skulle omfatte bearbeiding og analyse, er disse data ikke anvendt på denne måten tidligere.

## **1.2 METODISK FREMGANGSMÅTE**

I evalueringen har vi valgt å kombinere ulike metodiske innfallsvinkler. Vi vil her redegjøre for hvordan vi har gått frem og diskutere ulike metodiske implikasjoner av vårt evalueringsdesign.

### **1.2.1 Delstudie A - Fylkesmannen**

Denne delstudien omhandler fylkesmannens erfaringer og synspunkter på kompetanse, forebygging og bruk av tvang og makt. Vi har hatt telefonintervjuer med representanter fra alle landets fylkesmannsembeter. Til sammen har vi gjennomført 18 telefonintervjuer. Intervjuene ble gjennomført ved hjelp av en standardisert intervjuguide, hvor informantene ble stilt de samme spørsmålene. Informantene fikk i tillegg mulighet til å trekke frem sider ved loven og praktiseringen av den som de syntes var spesielt viktige. Intervjuene hadde en varighet på mellom 45 minutter og 2 timer. Av informantene var 11 kvinner og 7 menn. 6 av disse er jurister, 10 vernepleiere eller sosionomer og 2 hadde annen type bakgrunn. De fleste av informantene har jobbet hos fylkesmannen i flere år, mange helt siden kapittel 6A kom. To av informantene var forholdsvis nytilsatt. Hos de fleste fylkesmennene er det flere enn en som har saksbehandlingsansvaret for 4A-saker, selv om det likevel er enkelte embeter hvor det kun er en ansatt som jobber med disse sakene og da er det kun jurister som har ansvaret.

### **1.2.2 Delstudie B - Habiliteringstjenesten**

Som del av evalueringen av kapittel 4A har vi gjennomført en kartleggingsstudie blant representanter fra landets spesialisthelsetjeneste. Vi har til sammen intervjuet 25 representanter fra i alt 21 tjenestesteder. Noen av informantene representerer både barne- og voksenhabiliteringstjenesten, men tyngdepunktet ligger på voksenhabiliteringstjenesten. Informantene representerer til sammen alle landets helseregioner, og fordeler seg på 17 av landets 18 fylker. Intervjuene ble foretatt på telefon og hadde en varighet på mellom 45 minutter og 1 ½ time. Alle informanter ble stilt de samme spørsmålene ut i fra en standardisert intervjuguide, men fikk i tillegg mulighet til å trekke frem sider ved loven og dette feltet som de mente var viktige. Når det gjelder utvalg av tjenestesteder og informanter har vi intervjuet alle som svarte på vår

henvendelse. Vi sendte ut en forespørsel om intervju til alle landets voksenhabiliteringstjenester etter en adresseliste vi fikk hos en av representantene fra voksenhabiliteringstjenesten. Av tids- og ressursmessige hensyn har vi måtte avgrense utvalget til rene voksenhabiliteringstjenester eller de som har kombinert barne- og voksenhabiliteringstjenester. Det er dessuten voksenhabiliteringstjenesten som er mest i befatning med kapittel 4A. I 2006 var det på landsbasis 554 personer som hadde vedtak om bruk av tvang og makt etter § 4A-5 tredje ledd bokstavene b og c, av disse var det 517 vedtak som gjaldt voksne og 37 vedtak som gjaldt barn (Helsetilsynet 2006). Blant våre 25 informanter er det 12 vernepleier med diverse tilleggsutdanning (6 kvinner og 6 menn), 4 spesialpedagoger (1 kvinne og 3 menn), 1 pedagog (mann) og 8 spesialistpsykologer /psykologer (alle menn). Av de 25 informantene er 7 kvinner og 18 menn. 21 av våre informanter har hatt dette lovverket som arbeidsområde helt siden kapittel 6A ble iverksatt. De fire resterende har fra 1 ½ til 6 års erfaring med lovverket.

### **1.2.3 Delstudie C – De regionale helseforetakene**

Denne delstudien omhandler de regionale helseforetakenes ansvar i forhold til sosialtjenestelovens kapittel 4A. Nærmere bestemt hvilken strategi de regionale helseforetakene har i forhold til å gi helsetjenester til personer med psykisk utviklingshemning på det forebyggende plan, samt hvilken strategi de regionale helseforetakene har i forhold til å sørge for at spesialisthelsetjenesten har den kompetanse og bemanning som er nødvendig for å kunne bistå kommunene. Delstudien bygger på en gjennomgang av relevante dokumenter knyttet til de regionale helseforetakene, og muntlige eller skriftlige svar på våre spørsmål fra representanter fra de regionale helseforetakene. Disse informantene har også fått lese igjennom og kvalitetssikre informasjonen.

### **1.2.4 Delstudie D - Kommunene**

Vi har gjennomført intervjuer med sentrale aktører fra ni utvalgte kommuner. Kommunene varierer i størrelse når det gjelder innbyggertall, og tilhører også ulike fylker. Felles for kommunene som inngår i evalueringen, er at alle har erfaring med kapittel 4A, enten ved at de har vedtak eller holder på å utarbeide vedtak. I hver av disse kommunene har vi intervjuet mellom 2-7 personer, i form av gruppeintervju<sup>1</sup>. Til sammen har vi intervjuet 28 kommunalt ansatte. Dette har blant annet vært ledelse og vedtaksansvarlig fra kommunen, fagledere og ansatte fra en eller flere boliger i kommunen. I de fleste tilfeller har intervjuene foregått ved at vi har besøkt den aktuelle kommunen. Stort sett alle intervjuene varte fra 1 ½ til 3 timer, og var strukturert rundt en standardisert intervjuguide, men det ble også gitt rom for at kommunene fritt kunne formidle hva de syntes var viktig å få frem i evalueringen. For å velge ut kommuner henvendte vi oss til et tilfeldig utvalg fylkesmenn. Vi ba så disse plukke ut 4-5 kommuner i sine

---

<sup>1</sup> Bortsett fra to kommuner hvor vi har hatt enkelt intervjuer pr. telefon og en kommune hvor vi har hatt gruppeintervju pr. telefon.

respektive fylker. Vi endte opp med en liste på ca 20 kommuner. Dette var både kommuner som jobbet "godt" i forhold til lovverket og kommuner som av ulike grunner "slet" med å implementere loven eller med å få den forankret i kommunen. Når det gjelder hvordan kommunene som er med i dette data-materialet organiserer tjenestene til personer med psykisk utviklingshemning varierer det noe. De fleste kommunene organiserer tjenestene i form av bofellesskap hvor mellom 2-10 personer med psykisk utviklingshemning bor i egne leiligheter. Ofte er det et fellesrom i tilknytning til disse. I enkelte kommuner er også tjenestene til personer med psykisk utviklingshemning kombinert med psykiatri, eventuelt at personer med psykisk utviklingshemning bor sammen med eldre. Det mest vanlige i litt større kommuner er å ha en egen tjeneste for personer med psykisk utviklingshemning, men den kan også være organisert sammen med den øvrige tjenesten innenfor pleie og omsorg. Det er ulik praksis når det gjelder hvorvidt fagleder for boligene har ansvar for flere boliger eller ikke.

### **1.2.5 Delstudie E – Reanalyse kartlegging av habiliteringstjenesten**

Denne delstudien bygger på en reanalyse av kartleggingen av voksenaliteringstjenesten fra 2005. Vi har bearbeidet og gjort nye analyser av to kvantitative spørreskjemaundersøkelser som vi gjennomførte i 2005 på oppdrag fra Sosial- og helsedirektoratet. Disse to spørreskjemaundersøkelsene var gjort i forbindelse med kartleggingen av voksenaliteringstjenesten, men flere av spørsmålene i undersøkelsene omhandlet ulike sider ved sosialtjenestelovens kapittel 4A. Det er disse spørsmålene som har vært gjenstand for en ny analyse i forhold til dette evalueringssopdraget.

Den ene spørreundersøkelsen ble sendt ut til alle landets kommuner. Formålet var å kartlegge kommunenes bruk av, behov for og vurderinger av voksenaliteringstjenesten. Etter en purrerunde endte vi ut med en svarprosent på 56,7 prosent.

Vi skal her stoppe opp litt ved svarprosenten og gjøre en enkel frafallsanalyse. De to neste tabellene viser bruttoutvalget (alle landets kommuner), frafallet (kommuner som ikke returnerte spørreskjema) og nettoutvalget (kommuner som returnerte spørreskjema) etter henholdsvis kommunestørrelse og fylke.

Vi ser i tabell 1 at nettoutvalget er representativt for landets kommuner som helhet, når det gjelder kommunestørrelse. Utvalget har imidlertid en noe høyere andel av store kommuner enn landets kommuner som helhet. Vi har mottatt noen tilbakemeldinger som tyder på at enkelte mindre kommuner kan ha latt være å svare fordi de har svært få eller ingen klienter. Det er grunn til å tro at dette sjeldnere er tilfellet i store enn i mindre og små kommuner, og at det kan forklare den noe lavere andelen mindre og små kommuner i vårt utvalg. To av informantene våre skrev dette:

*”Har ikke hatt kontakt med habiliteringstjenesten de siste år. I en liten kommune som vår, har en ikke denne type brukere til en hver tid. Fagpersonalet kjenner til habiliteringstjenesten, men har ikke sett behov for å benytte seg av deres tilbud.”*

*”Voksenhabiliteringstjenesten har vi ikke benyttet til mer enn en person i 2004. Vi er en liten kommune med få personer med medfødte eller tidlig ervervede funksjonsnedsettelse. Samtidig ville vi muligens kunne ha benyttet tjenesten mer til ikke klientrettede tiltak dersom vi hadde mer informasjon og kjennskap til tjenestens arbeidsområder.”*

**Tabell 1 Frafallsanalyse etter kommunestørrelse. Prosent.**

	<b>Bruttoutvalg (alle kommunene)</b>	<b>Frafall</b>	<b>Nettoutvalg (kommunene som svarte)</b>
under 2500	31	31	30
2500-6999	37	39	35
7000 el fl	32	30	35
Sum	100	100	100
(N)	(434)	(208)	(226)

Fordelingen etter fylke viser at alle fylkene og alle landsdeler er rimelig godt representert i utvalget, men at frafallet er noe større i enkelte enn i andre fylker (se tab. 2). Fraffallet er størst i Hordaland, Rogaland, Nordland og Finnmark, mens det er minst i Hedmark, Oppland, Trøndelagsfylkene og Troms.

**Tabell 2 Frafallsanalyse etter fylke. Prosent.**

	<b>Bruttoutvalg (alle kommunene)</b>	<b>Frafall</b>	<b>Nettutvalg (kommunene som svarte)</b>
Østfold	4	4	4
Akershus	5	4	6
Hedmark	5	2	8
Oppland	6	5	7
Buskerud	5	6	4
Vestfold	3	3	4
Telemark	4	4	4
Aust-Agder	3	4	3
Vest-Agder	3	3	4
Rogaland	6	9	4
Hordaland	8	10	6
Sogn og Fjordane	6	6	6
Møre og Romsdal	9	8	9
Sør-Trøndelag	6	4	8
Nord-Trøndelag	6	5	6
Nordland	10	12	9
Troms	6	4	7
Finnmark	4	5	4
Sum	100	100	100
(N)	(433)*	(208)	(225)

\*Oslo er holdt utenfor tabellen. Her fikk vi svar fra 7 av 15 bydeler.

Den andre spørreundersøkelsen ble rettet mot alle ansatte i voksenhabiliteringstjenesten som har klientrettet arbeid. Formålet var å klargjøre hvordan tjenesten fungerer med hensyn til brukergrupper, innhold, kompetanse, kapasitet og samarbeid med andre deler av spesialisthelsetjenesten.

Hensikten var videre å få frem hvordan ansatte med ulike fagbakgrunn vurderer sin rolle og sine oppgaver i voksenhabiliteringstjenesten. Spørreskjemaet var inndelt i ulike tema. Disse var kompetanse og kompetanseoppbygging, dernest arbeidsoppgaver og arbeidssituasjon, vurderinger av den voksenhabiliteringstjeneste man er ansatt i, forholdet mellom voksenhabiliteringstjenesten og andre spesialisthelsetjenester, vurderinger knyttet til førstelinjen/kommunen, samt vurderinger av overordnede forhold og rammer for voksenhabiliteringstjenesten. Etter en purrerunde satt vi igjen med en svarprosent på hele 91,7 prosent.

### 1.2.6 Å analysere erfaringsberetninger

Når man analyserer folks beretninger om sine erfaringer, kalles det på fagspråket "narrativ analyse". Narrativ betyr ganske enkelt fortelling. Slike analyser kan gjøres på mange ulike måter, både avhengig av hva man ønsker å kunne si noe om, og ikke minst, av hva man tror er mulig å si noe om via erfaringsberetninger. Evalueringer av den typen vi har gjort her, baserer seg på en forståelse av at språket peker på noe utover seg selv. Vi går altså ut fra at språket faktisk *omhandler* noe, og at vi derfor, ut fra det som berettes, ikke bare kan si noe om fortellingene i seg selv, men også noe om de hendelser det berettes om (Eide 2005).

Vi har imidlertid ikke direkte tilgang på de hendelser det berettes om. Generelt, uansett hvem som beretter om sine erfaringer, så må den som beretter gjøre et utvalg. Noe forteller man om, noe forteller man ikke om. Hva man husker eller velger å fortelle, avhenger blant annet av hvordan man forstår og opplever den situasjonen man forteller i, så vel som hvem man forteller til. Det vi påpeker her dreier seg ikke om "sant" kontra "usant". Det dreier seg om noe så enkelt som at det man forteller til kjæresten, ikke det samme som det man forteller til læreren eller til mamma; det man forteller til psykologen, er ikke det samme som det man forteller til arbeidsgiveren osv. Beretningene framkommer i dialog som forskeren inngår i. Hva stiller vi spørsmål om, hva stiller vi ikke spørsmål om? Hvordan følger vi opp det som berettes? Hvordan møter vi det som berettes med ord og kroppsspråk? Informantene er også klar over at det som fortelles skal brukes til noe: vi skal skrive en rapport som kommer til å bli lest av mennesker verken informantene eller vi er sikre på hvem er. Det vi forstår med "situasjonen det fortelles i" omhandler derfor også forhold utenfor den konkrete settingen selve intervjuet foregår i: "det usynlige publikum" (for eksempel potensielle lesere) og implikasjoner ingen kan ha oversikt over der og da. Ikke alt vil eller kan fortelles. For eksempel; hvordan setter man ord på kompliserte emosjoner og hendelsesforløp? (Eide, Gjertsen, Handegård og Olsen 2005).

Aspekter ved de hendelser det berettes om kan både under- og overkommuniseres. "Impression management" er også en faktor av betydning. Mennesker generelt kan ha behov for å formidle et bestemt bilde av seg selv, og av og til kan det som fortelles være styrt av at informanten har et ønske om å gjøre andre fornøyd, eller at svarene kan preges av hva som oppleves som riktig, politisk korrekt eller ikke. Dette er det trolig ekstra viktig å være oppmerksomme på der vi har gjort intervjuer med flere samtidig, som for eksempel i gruppeintervju med kommuner. Stort sett har vi i disse situasjoner opplevd god dialog mellom aktørene fra kommunen, men det har vært situasjoner hvor vi har observert at enkelte har korrigert uttalelser fra kolleger og inntatt en mer dominerende rolle under gruppeintervjuet. Når man snakker med flere informanter samtidig, som når vi har hatt gruppeintervjuer i

kommunene, har dette både fordeler og ulemper. Ulempen er blant annet at partene utgjør hverandres publikum, noe som kan medføre at ikke alle snakker like fritt (jfr eksemplet ovenfor). Det kan imidlertid også virke motsatt; ved at man er flere i intervjusituasjonen kan det skape trygghet og bidra til å få fram diskusjoner og meningsbrytninger, partene kan minne hverandre på ting de ellers ville glemt, og derved få fram aspekter og detaljer ved de erfaringer man har gjort seg som ellers ikke ville kommet fram.

### 1.3 RAPPORTENS OPPBYGGING

I **kapittel 1** beskriver vi opplegget og innholdet i evalueringsprosjektet. Vi redegjør også for metodisk fremgangsmåte og avgrensninger. I **kapittel 2** ser vi så nærmere på innholdet i kapittel 4A i Lov om sosiale tjenester og "forhistorien" til denne loven. Deretter vil vi i **kapittel 3** ta for oss kommunens rolle i forhold til kapittel 4A, sett ut i fra fylkesmannens, spesialisthelsetjenestens og kommunenes egen vurdering. Her vil vi bl.a. se på hvordan kommunene forebygger og legger til rette for å unngå bruk av tvang og makt, og hvordan kommunene legger til rette for å bedre kompetansen i boligene. I dette kapitlet vil vi også presentere en reanalyse av kartleggingen som Nordlandsforskning gjennomførte i forhold til kommunenes bruk av, behov for og vurdering av voksenhabiliteringstjenesten i 2005. **Kapittel 4** omhandler habiliteringstjenestens rolle i forhold til kapittel 4A, sett ut i fra fylkesmannens, kommunenes og habiliteringstjenestens egen vurdering. Her fokuserer vi blant annet på habiliteringstjenestens kompetanse og ressurser, hvordan habiliteringstjenesten bidrar i forhold til å legge til rette for forebygging og begrenning av bruk av tvang og makt og hvordan habiliteringstjenesten bistår kommunene ved utforming av vedtak og ved gjennomføring av vedtak. Også her vil vi presentere en reanalyse av kartleggingen vi har gjort av voksenhabiliteringstjeneste i 2005. I **Kapittel 5** er det fylkesmannens rolle i forhold til kapittel 4A, sett ut i fra spesialisthelsetjenestens, kommunenes og fylkesmannens egen vurdering som presenteres. Her vil vi blant annet diskutere kompetansekravet og tilsynsordningen. I **kapittel 6** går vi så nærmere inn på hvilket ansvar de regionale helseforetakene har i forhold til kapittel 4A. Vi vil se på hvilken strategi de har til å følge opp sin plikt til å gi helsetjenester til personer med psykisk utviklingshemning på det forebyggende planet, samt hvilken strategi de har i forhold til å sørge for at spesialisthelsetjenesten har den kompetanse og bemanning som er nødvendig i forhold til loven. Vi vil også se på hvorvidt de regionale helseforetakene har den kompetanse og bemanning som anses som nødvendig, for at spesialisthelsetjenesten skal kunne bistår kommunene. Videre vil vi i **kapittel 7** se nærmere på tvangsbegrepet og forståelsen av tvang og makt. Her vil vi etter å ha drøftet tvangsbegrepet, se på hvordan kommunene, fylkesmannen og spesialisthelsetjenesten vurderer og forstår tvangsbegrepet. I **kapittel 8** diskuterer vi så sentrale utfordringer knyttet til kapittel 4A som er

kommet frem i de ulike delstudiene som evalueringen bygger på. I **kapittel 9** skal vi først løfte frem det våre informanter har vurdert som det mest positive med kapittel 4A, samt se hva informantene mener er negative implikasjoner ved dette lovverket. Til slutt i kapitlet vil vi løfte blikket å diskutere spørsmålet vi har som tittel på denne evalueringsrapporten; Kapittel 4A – en faglig revolusjon? Her vil vi også peke på ulike aspekter som kan forklare hvorfor vi ikke har sett flere positive konsekvenser av dette lovverket.



## 2. NÆRMERE OM SOSIALTJENESTELOVENS KAPITTEL 4A

I dette kapitlet skal vi gå litt nærmere inn på lovens "forhistorien". Det vil si, vi skal gi en nærmere beskrivelse av den konteksten lovreglene vokste frem i og gjøre en oppsummering av hva som preget debatten i forkant av denne lovreguleringen. Vi skal også komme inne på forløperen til kapittel 4A, nemlig det midlertidige kapittel 6A. Vi vil kort presentere de viktigste endringer som ble gjort fra kapittel 6A til kapittel 4A. Til slutt skal vi se nærmere på innholdet i kapittel 4A.

### 2.1 TIDEN FØR KAPITTEL 6A OG 4A

Både Lossiusutvalgene<sup>2</sup> (NOU 1973:25 og NOU 1985:34) og Røkkeutvalget<sup>3</sup> (NOU 1991:20) pekte på betydelige problemer med og til dels manglende rettsikkerhet ved den omsorgen som ble gitt på institusjonene. Felles for disse utredningene var at man ønsket klarere retningslinjer/regler for tiltak som innebærer makt og tvang. Dette for å unngå den uhjemlede tvangsbruken som fant sted ved institusjonene og som til dels også ble tillagt selve institusjonstilværelsen, blant annet gjennom at adferdsproblemer ble oppfattet som et institusjonsspesifikt problem som ville forsvinne eller avta når institusjonene ble lagt ned (Mørk, Snoek og Syse 1998). Slik gikk det imidlertid ikke. Departementet gjennomførte en undersøkelse i 1993 som viste at det også innen den kommunale omsorgen ble brukt tvang, blant annet for å hindre alvorlig utagerende adferd, i nødvendig omsorgytelse og når det gjaldt trening og opplæring.

I kjølvannet av Røkkeutvalgets innstilling kom Odelstingsproposisjon nr 58 (1994-95) *"Om lov om endringer i sosialtjenesteloven og kommunehelsetjenesteloven" (bruk av tvang og makt m v overfor personer med psykisk utviklingshemning)* i juni 1995. Samtidig reiste Institutt for menneskerettigheter tvil om hvorvidt proposisjonen var forenlig med internasjonale menneskerettighetskonvensjoner. Dette bidro til at sosialkomiteen sendte forlaget tilbake til departementet, og ba om en ny juridisk vurdering i forhold til disse konvensjonene. Odelstingsproposisjon nr. 57 (1995-96) *"Om lov om endringer i sosialtjenesteloven og kommunehelsetjenesteloven (begrensning og kontroll med bruk av tvang og makt overfor enkelte personer med psykisk utviklingshemning)"*, kom som en tilleggsproposisjon hvor de menneskerettslige vurderinger var tatt med. Ut over dette var det også kommet nye formuleringer av lovens innhold. Formuleringen "begrensning og kontroll" av bruk av tvang og

---

<sup>2</sup> Med Lossius-utvalgene henspeiles det til utvalgene som skrev NOU 1973:25 og NOU 1985:34, og som begge ble ledet av Ole Petter Lossius. Utvalgene omtales også som Lossius I og Lossius II-utvalget.

<sup>3</sup> Utvalget som skrev NOU 1991:20 ble ledet av Mona Røkke derav navnet "Røkkeutvalget".

makt, og "enkelte" personer med psykisk utviklingshemning, var nå kommet i tillegg for å tydeliggjøre lovens intensjoner og for å understreke at loven bare ville bli benyttet over for enkelte personer med psykisk utviklingshemning. Også til denne tilleggsproposisjonen kom det prinsipielle innvendinger. Advokat Gro Hillestad Thune, medlem av den Europeiske menneskerettighetskomisjonen, mente for eksempel at det foreliggende lovutkastet både legaliserte og legitimerte en form for uakseptabel mellommenneskelig adferd mot en forsvarsløs gruppe mennesker, og at forslaget generelt sett ga for vide rammer og for dårlig rettsikkerhet (Hillestad Thune 1996).

Sosialkomiteen delte seg i et mindretall og et flertall under behandlingen av proposisjonen. Delingen fulgte ikke de tradisjonelle partilinjer. Arbeiderpartiet sammen med Høyre, Sosialistisk Venstreparti og Kristelig Folkeparti stemte for og utgjorde flertallet. Mindretallet, som mente at loven burde vært formulert som en rettighetslov og ikke som en fullmaktlov, besto av partiene Rød Valgallianse, Senterpartiet og Fremskrittspartiet. Lovforslaget med enkelte tilleggstekster ble vedtatt i Stortinget i juli 1996, og i februar 1997 sendte departementet forslaget til forskrifter ut på høring.

Både i forkant av lovendringen og under arbeidet med forskriftene var det mange som engasjerte seg og som hadde sterke meninger om saken. De som var positive til denne lovreguleringen, trakk frem argumenter som gikk på at rettsikkerheten ville bli bedre både for brukere og tjenesteytere, og at det var viktig å få en lov som ville bidra til å redusere bruk av unødig tvang. Enkelte mente dessuten at det ville bli enklere å trekke grensene for bruk av tvang, fordi det som tidligere ble betegnet som nødvendig tvang nå var blitt lovlig.

Argumentene som motstanderne av loven benyttet, var først og fremst at den ville bidra til krenkelser av menneskeverdet og at den ikke vil bidra til å redusere bruk av tvang, men tvert imot forsterke bruk av tvang overfor en gruppe mennesker som alltid har hatt en svak rettsstatus i vårt land. Rådet for funksjonshemmede var blant annet kritisk til at loven bare ville gjelde en gruppe personer, og mente derfor at loven burde utsettes og vurderes i sammenheng med situasjonen for andre grupper som tidvis har vanskeligheter med å ta ansvar for egen adferd. Enkelte brukte også argumenter som gikk på at en allerede hadde tilstrekkelige reguleringer på dette området gjennom straffelovens nødretts- og nødvergebestemmelser.

Departementets hovedinntrykk var likevel at de fikk bred tilslutning til det foreliggende lovutkastet. Utkastet ble oppfattet som grundig og av faglig god standard. I Stortingsmelding nr. 26 (1997-98) trekkes det blant annet frem at flere høringsinstanser mente rundskrivet kan gi god veiledning for dem som skal fatte vedtak om tvang og gjennomføre tvangstiltak.

I april 1998 la regjeringen frem Stortingsmelding nr. 26 (1997-98) hvor de reviderte forskriftene med kommentarer ble presentert. Forskriftene ble vedtatt av stortinget i juni 1998. Loven trådte som tidligere nevnt i kraft 1.1.1999 som en midlertidig lov gjeldende i tre år, senere forlenget til å gjelde i fem år, jfr. Odelstingsproposisjon nr. 62 (2000-2001), frem til 31.12.2003.

Ved lov av 19.12.2003 om endringer i Lov om sosiale tjenester m.v. og Lov om helsetjenesten i kommunene ble de midlertidige reglene i lovens kapittel 6A erstattet med et nytt kapittel 4A i Lov om sosiale tjenester. Det nye kapitlet har ifølge departementet fått et noe kortere og enklere navn: *"Rettsikkerhet ved bruk av tvang og makt overfor enkelte personer med psykisk utviklingshemning"*, i motsetning til tittelen på kapittel 6A som dekket både formålene og virkeområdet for reglene<sup>4</sup> (Høringsnotat, 2002). Det er dessuten gjort noen endringer når det gjelder begrepsbruken. Blant annet er begrepet "konkret faresituasjon" endret til "nødsituasjon", fordi lovgiverne mener dette oppfattes som et bedre og enklere begrep. Det har også vært vurdert hvorvidt en skulle skifte fra begrepet "psykisk utviklingshemning/psykisk utviklingshemmede" til begrepet "lærehemning/ lærehemmede", ettersom dette er et begrep som brukes stadig oftere i internasjonale sammenhenger. Her ble imidlertid konklusjonen at begrepsbruken burde være i tråd med det internasjonale diagnostiseringssystemet ICD-10, som norsk helsepersonell for øvrig er pålagt å bruke. Her er den norske betegnelsen "psykisk utviklingshemning".

## **2.2 FRA KAPITTEL 6A TIL KAPITTEL 4A**

Når det gjelder innholdet i kapittel 4A så er det i hovedsak en videreføring av de som fulgte med kapittel 6A. Dette innebærer blant annet at tvang fortsatt bare skal brukes for å hindre eller begrense vesentlig skade, og bare når det er faglig og etisk forsvarlig. Dessuten skal andre løsninger være prøvd først. Kapittel 4A benytter samme definisjon av tvang og makt som det midlertidige kapittel 6A, men det presiseres at "bruk av inngripende varslingssystemer med tekniske innretninger skal alltid regnes som bruk av tvang eller makt etter reglene i dette kapitlet" (IS-10/2004). Ordningen med kommunale vedtak, bistand fra habiliteringstjenesten, overprøving fra fylkesmannen og adgang for klage til fylkesnemnda for sosiale saker, er også videreført i kapittel 4A. De mest sentrale endringene handler derimot om at adferdsendrende tiltak ikke er videreført som eget grunnlag for å bruke tvang eller makt. Derimot kan tiltak for å dekke tjenestemottakers grunnleggende behov (som behov for mat, drikke, påkledning, hvile, søvn, hygiene, og personlig trygghet) også omfatte opplærings- og treningsbehov. Dessuten er kapittel 6A's forbud mot mekaniske tvangsmidler modifisert. Slike tiltak kan i dag brukes for å gi nødvendig støtte

---

<sup>4</sup> Kapittel 6A hadde tittelen: Rettigheter for og begrensning og kontroll med bruk av tvang og makt m v overfor enkelte personer med psykisk utviklingshemning.

for fysiske funksjonshemninger, hindre fall og hindre at tjenestemottaker skader seg selv. Videre er retten til medvirkning forsterket ved at det i de nye bestemmelsene er tatt inn en egen paragraf (§4A-3 Om retten til medvirkning og informasjon). Kravet til forebygging er også presisert i en egen paragraf (§4A-4). I forhold til kommunenes saksbehandling (§ 4A-7) er det stort sett en videreføring fra kapittel 6A, bortsett fra at det er tatt inn et nytt punkt om at det skal opplyses om hvilken holdning tjenestemottakeren og dennes representant har til tiltaket, og at det skal opplyses om fylkesmannens overprøvingsmyndighet og tilsynsmyndighet (IS-10/2004). Det er videre gjort en forenkling av rapporteringskravene. Protokollføring og rapportering er erstattet av reglene om dokumentasjonsplikt i helsepersonellovens kapitel 8 og forskrift om pasientjournal (Rundskriv U-14/2003).

### 2.3 NÆRMERE OM KAPITTEL 4A

Kapittel 4A skal ivareta rettsikkerhet ved bruk av tvang og makt overfor enkelte personer med psykisk utviklingshemning. Formålet med lovreglene er ifølge § 4A-1 å hindre at personer med psykisk utviklingshemning utsetter seg selv eller andre for vesentlig skade og forebygge og begrense bruk av makt og tvang. Det heter videre at tjenestetilbudet skal tilrettelegges med respekt for den enkeltes fysiske og psykiske integritet, og så langt som mulig i overensstemmelse med tjenestemottakerens selvbestemmelsesrett. Ingen skal behandles på en nedverdiggende eller krenkende måte (IS-10/2004). Det slås fast allerede i tittelen på loven, at den skal gjelde enkelte personer med psykisk utviklingshemning. Når det gjelder hva psykisk utviklingshemning er, eller betyr, er det vanlig å se det som en samlebetegnelse for en rekke ulike tilstander med høyst ulike årsaker og symptomer. Tradisjonelt har betegnelsen psykisk utviklingshemmet omhandlet personer med en IQ under 70<sup>5</sup>, mens det i dag er mer vanlig å bruke følgende definisjon:

*”En tilstand med signifikant nedsatt intelligens og samtidig forekommende mangler eller svekkelser i adaptiv adferd, personens alder tatt i betraktning. Tilstanden må manifestere seg før 18-års alderen”*  
(Rundskriv 1S-10/2004 s. 29).

Det poengteres imidlertid i lovverket som omhandler bruk av makt og tvang at ICD-10 skal ligge til grunn for diagnostikk av psykisk utviklingshemmede (Rundskriv IS-10/2004). Ifølge Sosial- og helsedirektoratet (2007) var det i 2006 21 244 personer med psykisk utviklingshemning i Norge. Når det i loven står at den bare gjelder for enkelte personer med psykisk utviklingshemning menes det

---

<sup>5</sup> Ofte klassifisert ut i fra følgende intelligenskvotient – IQ: Mild/lett psykisk utviklingshemning IQ: 50-69, moderat psykisk utviklingshemning IQ: 35-49, alvorlig psykisk utviklingshemning IQ: 20-34, dyp psykisk utviklingshemning IQ: <-20 (WHO's ICD10).

at "reglene bare er aktuelle for den gruppen som i tillegg til diagnosen psykisk utviklingshemning har slike adferdsproblemer at det oppstår fare for vesentlig skade enten på dem selv eller omgivelsene" (Rundskriv I-41/98). Ut i fra dette regnet en tidligere med at kapittel 6A ville berøre om lag 600-800 personer med psykisk utviklingshemning (Ot.prp. nr. 57 (1995-96)). Det viste seg imidlertid at i år 2000 ble ca. 1100 personer vurdert omfattet av regelverket (Syse og Røed 2001).

I loven defineres tvang og makt svært vidt, som alle tiltak som tjenestemottaker motsetter seg, samt tiltak som er så inngripende at de uansett motstand må regnes som bruk av tvang eller makt. Bruk av inngripende varslingssystemer med tekniske innretninger, for eksempel epilepsialarmer, skal alltid regnes som bruk av tvang eller makt. Derimot anses ikke alminnelige oppfordringer og ledelse med hånden eller andre fysiske påvirkninger av lignende art som bruk av tvang eller makt (IS-10/2004). En slik vid definisjon av tvang og makt bidrar til at grensene for hva som må regnes som tvang og makt gis et stort tolkningsrom. Dette er noe vi vil problematisere i kapittel 7 i denne rapporten.

Når det gjelder vilkårene for bruk av tvang og makt slår lovreglene fast at andre løsninger enn bruk av tvang og makt skal være prøvd før tvangstiltak iverksettes. Dette kravet kan imidlertid i særlige tilfeller fravikes. Det som imidlertid ikke kan fravikes er kravet om faglig og etisk forsvarlighet. I lovbestemmelsen heter det:

*"I vurderingen skal det legges særlig vekt på hvor inngripende tiltaket er for den enkelte tjenestemottaker. Tiltaket må ikke gå lengre enn det som er nødvendig for formålet, og må stå i forhold til det formålet som skal ivaretas. Tvang og makt kan bare brukes for å hindre eller begrense vesentlig skade" (IS-10/2004).*

Når vilkårene i loven er oppfylt kan det anvendes tvang i følgende tilfeller:

- a) skadeavvergende tiltak i nødsituasjoner
- b) planlagte skadeavvergende tiltak i gjentatte nødsituasjoner, eller
- c) tiltak for å dekke tjenestemottakerens grunnleggende behov for mat og drikke, påkledning, hvile, søvn, hygiene og personlig trygghet, herunder opplærings- og treningstiltak (IS-10/2004).

Skadeavvergende tiltak i nødsituasjoner skal fange opp situasjoner som oppstår plutselig og der beslutning om inngrep gjennom bruk av tvang og makt må fattes umiddelbart på stedet, og tiltaket skal opphøre så snart nødsituasjonen er over. I ettertid skal det sendes melding til fylkesmannen om at slikt tiltak er benyttet.

Planlagt skadeavverging i gjentatte nødsituasjoner retter seg mot avverging av enkeltepisoder på samme måte som under bokstav a, men med den forskjell at her er tiltakene planlagt på forhånd. Denne bestemmelsen er aktuell der det er mulig å utarbeide faste prosedyrer og lik praksis for utfordrende adferd som man med høy sannsynlighet vet vil gjenta seg.

Tiltak for å dekke tjenestemottakerens grunnleggende behov retter seg mot de tilfeller hvor tjenestemottaker er ute av stand til å dra omsorg for seg selv og motsetter seg at tjenesteyterne gir dem nødvendig bistand. Det er gitt særlig grenser for bruk av denne type tiltak, jfr. § 4A-6 tredje ledd:

*”Det er ikke tillatt med opplærings- og treningstiltak etter § 4A-5 tredje ledd bokstav c som påfører tjenestemottakeren smerte eller psykisk eller fysisk skade, herunder all form for fysisk refselse, eller som innebærer betydelig fysiske og psykiske anstrengelser for tjenestemottakeren eller medfører fysisk isolering” (IS-10/2004).*

Et viktig formål med kapittel 4A er å forebygge og begrense bruk av tvang og makt. Dette betyr blant annet at tiltak som innebærer bruk av tvang, skal betraktes som siste utvei, etter at alle alternativer er prøvd. § 4A-4 pålegger kommunen å sørge for at forholdene legges til rette for minst mulig bruk av tvang og makt. Kommunen er også pliktig til å gi nødvendig opplæring, samt å sørge for faglig veiledning og oppfølging i gjennomføring av tiltak.

Før en går i gang med å utarbeide vedtak om tvang, heter det som nevnt ifølge lovreglene at alternative tiltak skal være prøvd først. I praksis kan dette dreie seg om at en definerer tidligere praksiser som alternative tiltak, og at en derfor bare beskriver de metoder som tidligere har vært benyttet. I det prosessen med å utarbeide tvangstiltak er startet er det dessuten slått fast i lovreglene at habiliteringstjenesten skal ha en sentral rolle. Det heter blant annet at habiliteringstjenesten har plikt til å bistå ved utforming og gjennomføring av tiltakene (IS-10/2004). Loven pålegger dessuten habiliteringstjenesten å sørge for at den har den kompetanse og bemanning som skal til for å yte forsvarlig hjelp og bistand til kommunene. Når tiltaket er ferdig utredet og vedtaket om tvang skal utformes skal dette gjøres av den som har det overordnede faglige ansvaret for tjenesten i kommunen.

Når det gjelder utformingen av vedtaket skal dette settes opp skriftlig og inneholde følgende punkter:

- a) Tjenestemottakers navn, samt tid og sted for vedtaket.
- b) Beskrivelse av tjenestemottakers situasjon og en faglig vurdering av denne.

- c) Beskrivelse av de tiltakene som skal settes i verk og den faglige begrunnelsen for disse.
- d) Fastsettelse av tidsramme for tiltakene.
- e) Bekreftelse på at vilkårene i kapitelet er oppfylt, herunder begrunnelse etter 4A-5 første ledd annet punktum.
- f) Opplysning om hvilken holdning tjenestemottakeren og dennes representant har til tiltaket.
- g) Angivelse av faglig ansvarlig for gjennomføring av tiltaket.
- h) Opplysning om fylkesmannens overprøvingsmyndighet og adgang til å uttale seg i saker som skal overprøves etter § 4A-8,
- i) Opplysning om tilsynsmyndighet.

Vedtaket skal, før det kan iverksettes, sendes til fylkesmannen for overprøving/stadfesting, samt at det skal sendes til habiliteringstjenesten, verge eller hjelpeverge og pårørende for eventuell uttalelse. Etter at vedtak er stadfestet av fylkesmannen kan det påklages av tjenestemottakeren, vergen eller hjelpevergen og pårørende til fylkesnemnda for sosiale saker.

Loven stiller dessuten krav om at tjenestemottaker har rett til kvalifisert personale ved gjennomføring av tiltak som innebærer tvang og makt etter § 4A-5 tredje ledd bokstavene b og c. Dette kravet går ut på at det ved gjennomføring av slike tiltak skal være to tjenesteytere tilstede, dersom dette ikke er uheldig for tjenestemottakeren. Det stilles imidlertid ulike kompetansekrav til personalet avhengig av om det er snakk om b-tiltak eller c-tiltak. Når tiltak etter § 4A-5 tredje ledd bokstav b gjennomføres skal den ene av de to tjenesteyterne minst ha bestått utdanning i helse-, sosial- eller pedagogiske fag på høgskolenivå og når tiltak etter § 4A-5 tredje ledd bokstav c gjennomføres, skal den ene av de to tjenesteyterne minst ha bestått avsluttende eksamen i studieretning for helse- og sosialfag i videregående opplæring. Loven åpner imidlertid opp for at det kan gis dispensasjoner fra utdanningskravet (IS-10/2004).

Det er videre fastslått i lovreglene at tiltaket kontinuerlig skal vurderes, og avbrytes straks, dersom det viser seg ikke å ha de forutsatte konsekvensene eller å ha uforutsette, negative virkninger.

For nærmere detaljer om lovreglene se vedlegg.

### **3. KOMMUNENES ROLLE I FORHOLD TIL KAPITTEL 4A**

#### **– sett ut i fra fylkesmannens, habiliteringstjenestenes og kommunenes egen vurdering**

I dette kapitlet vil vi ta for oss hvilken rolle kommunene har i forhold til kapittel 4A i sosialtjenesteloven ut i fra fylkesmannens, spesialisthelsetjenestens og kommunenes egne vurderinger. Deretter vil vi komme nærmere inn på hvilke erfaringer kommunene har med loven, hvordan kommunene forebygger og legger til rette for å unngå bruk av tvang og makt, i hvilken grad og på hvilken måte kommunene legger til rette for å bedre kompetansen i boligene. Vi vil også se på hvordan kommune klarer å etterleve kravene som loven stiller, for så å komme nærmere inn på hvordan kommunene vurderer sitt forhold til spesialisthelsetjenesten og fylkesmannen. Når det gjelder kommunenes vurdering av samarbeidet med spesialisthelsetjenesten vil vi også presentere reanalyser av kartleggingen som vi gjorde i forhold til kommunenes bruk av, behov for og vurdering av voksenhabiliteringstjenesten i 2005 (Lichtwarck m.fl. 2005). Avslutningsvis vil vi trekke frem enkelte utfordringer som kan knyttes til kommunenes rolle i forhold til kapittel 4A.

#### **3.1 KOMMUNENES OPPGAVER I FORHOLD TIL KAPITTEL 4A**

I § 4A-7 står det nærmere beskrevet hvilke oppgaver kommunene har når det gjelder kapittel 4A. Beslutning om bruk av tvang og makt etter § 4A-5 tredje ledd bokstav a skal treffes av den som har det daglige ansvaret for tjenesten, eller dersom det ikke er tid til det, av tjenesteyteren. Beslutningen skal nedtegnes straks etter at tiltaket er gjennomført. Det skal sendes melding om beslutningen til den faglige ansvarlige for tjenesten, fylkesmannen, verge eller hjelpeverge og pårørende. Dette gjelder altså enkeltmeldinger eller såkalte a-meldinger.

Vedtak om bruk av tvang og makt etter § 4A-5 tredje ledd bokstavene b og c skal treffes av den som har det overordnede faglige ansvaret for tjenesten i kommunen. Vedtak kan treffes for inntil 12 måneder om gangen. Spesialisthelsetjenesten skal bistå ved utformingen av tiltakene. Vedtaket skal sendes til fylkesmannen for overprøving. Det skal samtidig sendes til spesialisthelsetjenesten, verge eller hjelpeverge og pårørende som kan uttale seg til fylkesmannen. Vedtaket kan ikke iversettes før det er stadfestet/godkjent av fylkesmannen.

Kommunen har etter sosialtjenestelovens kapittel 4A (§ 4A-4) en plikt til å legge forholdene til rette for minst mulig bruk av tvang og makt. Kommunen må derfor blant annet redusere risikofaktorer for utvikling av utfordrende atferd.



Forebyggingsplikten må også sees i sammenheng med (vilkårene i § 4A-5 første ledd om) at andre løsninger enn tiltak som innebærer tvang og makt skal være prøvd først. I tillegg til å tilrettelegge tjenestetilbudet, plikter kommunen å gi nødvendig opplæring, herunder faglig veiledning og oppfølging i gjennomføring av tiltak etter kapittel 4A, til personalet som skal yte tjenestene til personer med psykisk utviklingshemning.

### **3.2 KOMMUNENES ERFARING MED KAPITTEL 4A**

Det varierer, både ut i fra kommunestørrelse og mellom bydeler/distrikt i større kommuner, hvor langt kommunene er kommet i arbeidet med kapittel 4A. I de ni kommuner som vi har gjort intervjuer, ser vi alt fra kommuner som tar dette arbeidet svært på alvor og får dette arbeidet godt forankret, kommuner som ikke ser ut til å ha forholdt seg til loven og denne tematikk overhodet, samt noen kommuner som prøver og får det til i enkelte av boligene mens det er mange mangler i andre boliger i samme kommune. Variasjonen viser seg blant annet i forhold til hvor gode rutiner de har i forhold til loven og hvordan den er blitt implementert i kommunen. Enkelte kommuner har ennå ikke utarbeidet vedtak eller har nylig tatt fatt på dette arbeidet, til tross for at de har og lenge har hatt problematikk knyttet til tvang og makt, mens andre kommuner tidlig begynte å utarbeide vedtak og sende enkeltmeldinger. Flere av kommunene kom først i gang for alvor med dette arbeidet etter at fylkesmannen hadde vært på landsomfattende tilsyn i mars 2006, altså 8-9 år etter at lovverket kom. Det landsomfattende tilsynet avdekket flere steder avvik i forhold til loven. Disse kommune har i ettertid blitt fulgt tett opp fra fylkesmannens side.

I de fleste kommunene er det faglig leder for boligen som utarbeider vedtakene, mens vedtaksansvarlig i kommunen leser igjennom og godkjenner vedtaket før det sendes til fylkesmannen. Faglig leder søker som regel hjelp hos spesialisthelsetjenesten og vedtaksansvarlig i kommunen. Det varierer noe i hvilken utstrekning vedtaksansvarlig er behjelpelig med dette arbeidet, både på grunn av knapphet på tid, men også i noen tilfeller fordi vedtaksansvarlig ikke har kompetanse og engasjement til å sette seg tilstrekkelig inn i dette arbeidet. Rollen som vedtaksansvarlig, er i en del kommuner tillagt personer og posisjoner som ikke har interesse for dette. I større kommuner derimot er det ofte fagkonsulenter som hjelper til med utformingen av vedtakene. Det poengteres av de kommuner som har god erfaring med implementeringen av lovverket at det er viktig at arbeidet med å utarbeide vedtak forankres i boligene. En av informantene sier i den forbindelse:

*”De som har det daglige ansvaret for brukerne er de som utarbeider vedtakene. Disse jobber i boligene som miljøterapeuter. De har denne oppgaven med å lage saksframlegg og har dermed også interesse av å*

*oppdra de andre i miljøet. På den måten ser vi at arbeidet forankres godt i omsorgsmiljøene, og at vi får en god stamme av kvalifisert personale rundt alle brukerne”.*

Når det gjelder de kommuner som sliter med å implementere lovverket, oppleves for det første saksbehandlingsarbeidet ofte som veldig krevende. Dette gjør at det er problematisk å få personalet i boligen til å gjøre denne jobben. Selv om personalet har relevant kompetanse, er det ofte mangler knyttet til saksbehandlerkompetanse. Flere av informantene tar dette spesielt opp i intervjuer med oss. I den forbindelse peker de på at evnen til å uttrykke seg skriftlig og formelt er mangelvare hos mange. Her kommenteres det også at utdanningene legger for lite vekt på skriftlig framstilling av saker, elementær saksbehandling og saksbehandlingsregler. Dette fører gjerne til mye ekstra arbeid for vedtaksansvarlig, fordi det blir mye pirk for å få vedtakene i den form de skal være før de kan sendes til fylkesmannen. Det er også flere informanter som forteller at de vegrer seg for å ta tak i dette arbeidet, både ut i fra at det tar mye tid og at det blir ansett som krevende og vanskelig. I den forbindelse er det en informant som sier:

*”De er såpass tung de saksbehandlingsreglene at det kan kanskje være sånn at du tenker deg ti ganger om før du velger å fatte et vedtak.”*

For det andre er det flere kommuner som er kommet forholdsvis kort i arbeidet med loven fordi loven ikke blir tatt på alvor av ledelsen i kommunen og av faglederne i boligene. Loven er med andre ord ikke blitt forankret på alle nivå i kommunen. Den er ikke blitt prioritert og satt på dagsorden, og 4A-saker er i mange tilfeller ikke blitt fulgt godt nok opp. En av informantene sier:

*”Den største hindringen er kanskje at det ikke er fokus på dette lovverket lengre – tror det er mange hos oss som ikke er klar over denne loven, selv var jeg litt usikker på om den fortsatt var aktuell”.*

For det tredje er det krevende å jobbe med å endre det kulturelle miljøet i boligene. Enkelte forteller at de ikke ser det som realistisk å følge opp loven. En av informantene sier i den forbindelse:

*”Vi har rutiner for hva vi gjør når brukerne utagerer. Vi har jo hatt denne problematikken lenge og vi vet jo at det som nytter er jo å stoppe utageringen, vi kan ikke endre adferden.... Den må bare stoppes.”*

Fra andre studier vi har gjort har vi sett at lovreglene implementeres og praktiseres svært forskjellig alt etter hvilken kultur en har i boligen. Handegård (2005) analyserer hvilken betydning lovreglene kan få i det daglige omsorgsarbeidet og finner at hvorvidt en tar lovreglene på alvor, hvordan en forholder

seg til lovverket, hvordan vedtakene utformes og ikke minst gjennomføres, varierer mellom boliger som har kulturer som henholdsvis er forankret i en adferdsterapeutisk-, hverdagslivs- eller passivt brukerstyrt profil.

For det fjerde har det flere steder vært stor mangel på kompetanse og/eller tid til å prioritere dette arbeidet. Enkelte kommuner har dessuten ikke hatt så mye problematikk rundt tvang og makt tidligere, og har derfor følt at loven ikke angikk dem i like stor grad, men har fått denne type problematikk etter hvert, og er dermed blitt tvunget til å sette seg nærmere inn i loven.

Kommunenes erfaringer med hensyn til hva de opplever som positivt med loven, er til tross for de variasjoner vi finner når det gjelder erfaringer fra praktiseringen av loven mye mer entydig. Følgende sitater fra informantene fra kommunene illustrerer dette:

*"Det er uten tvil at vi har fått opp fagligheten i forhold til å tenke alternativer til tvang og makt, og at de tiltak som anses nødvendig er blitt mindre inngripende".*

*"Det positive er jo at det kan bidra til en bevisstgjøring og en holdningsendring, men der er vi ikke kommet skikkelig i gang enda".*

*" Mest positivt er kanskje at ettersom årene har gått, og vi har hatt den siste opplæringsbiten, så har vi sett en holdningsendring hos veldig mange i personalgruppen. Folk er blitt veldig mye mer bevisst på, og prøver å definere tvang, og også sånn hverdagstvang, som er sånn "men vi må jo bare...". Når de nå gjør det nå så vet de i alle fall at det er tvang dem driver på med. Når dem vurderer å gjøre det".*

*"Økt bevisstgjøring rundt bruk av tvang og makt, økt rettssikkerhet for denne gruppen og mer faglig fordypning/fagliggjøring".*

*"Kap 6A var den egentlige reformen for psykisk utviklingshemmede og ikke ansvarsreformen. Nå måtte vi tenke annerledes, det måtte vi ikke med ansvarsreformen. Nå bygges det en helt annen holdning i og til tjenestene. Ansvarsreformen bidro ikke til noen holdningsendringer. Loven har gjort mye med den enkeltes menneskesyn – samhandlingen har endret seg voldsomt – gir store positive utslag for kvaliteten på tjenestene. 6A starta mange viktige debatter – endra rolleforståelsen og endra forståelsen av faget. Husker alle store sterke menn som jobba på dette feltet før. Her har det skjedd mye – hvorfor er folk egentlig på denne jobben? Hva er den enkelte sin rolle når de er på jobb i boligen? Mye større bevissthet, du får ikke jobb fordi du er mann i dag (tidligere gjorde du det – da trengte de styrke for å holde en person i 6 timer) mens*

*nyansatte i dag får beskjed om noe helt annet – hvordan skal den ungdommen her få lov til å oppleve seg som en ungdom? Helt annen innfallsvinkel. Et paradigmeskifte i møte med bruker! Utseende på de som jobber i boliger har endret seg voldsomt fra de store menn på 1.90 med brekte neser og boots – i dag møter du gjerne små nette damer som jobber med de samme brukerne. Vi er kommet et godt stykke lengre...”*

*”Tenker at 4A har vært med på å forebygge tvang, og absolutt har vært med å begrense det. Syns at loven har hatt en misjon i forhold til det at det har fremmet selvbestemmelse og brukermedvirkning, at man er blitt mer opptatt av at folk skal ha mulighet til å bestemme selv rett og slett. Det har nok sittet langt inne i forhold til mange tjenesteytere, at det er vanskelig. Man har litt sånn oppdragerrolle og det er vanskelig å få snudd. Tar tid, og er nok fortsatt en del. Men har satt fokus på det og mener at vi er blitt flinkere til å ivareta brukerne i det”*

*”Loven tvinger oss til å tenke systematikk. Det er bra og ikke minst det at den sikrer innsyn”*

*”Vært en helt nødvendig lov – god del solskinnshistorier, med verstinger fra institusjonstiden som nå lever et liv. Samtidig langt igjen i forhold til at noen enheter ikke har tatt inn over seg loven enda. Det må vi ikke glemme”*

Det er ingen av våre informanter som mener det var feil å iverksette denne loven, derimot er det som vi skal se i de neste avsnittene flere som peker på en del problemstillinger som det bør tas tak i og som ikke fungerer i forhold til lovverket. Først skal vi se nærmere på hvordan kommunene forebygger og legger til rette for å unngå bruk av tvang og makt.

### **3.3 FOREBYGGING OG BEGRENSNING AV TVANG OG MAKT**

Hvordan forebygger og legger kommunene til rette for å unngå bruk av tvang og makt?

Ifølge loven kan tvangstiltakene bare gjennomføres når blant annet andre løsninger enn tvang og makt er vurdert og prøvd ut. Det forutsettes at alle tilgjengelige og faglige tilnærminger utnyttes for å unngå bruk av tvang og makt. Kommunene skal blant annet redusere risikofaktorer for utvikling av utfordrende atferd, og styrke forhold som kan motvirke påvirkningen av risikofaktorene. Risikofaktorer kan være knyttet til både omgivelsene og personen. Faktorer knyttet til omgivelsene omfatter blant annet mangelfull dekning av individuelle behov, mangel på stabile relasjoner osv. Faktorer knyttet til personen kan for

eksempel være kommunikasjons- og språkvansker, mens beskyttelsesfaktorer kan være opplæring i kommunikasjon, sosiale ferdigheter, reduksjon og stabilisering av tjenesteytere knyttet til den enkelte tjenestemottaker osv. Det å jobbe forebyggende i forhold til bruk av tvang og makt overfor personer med psykisk utviklingshemning og klare å finne alternative løsninger, innebærer blant annet grundig jobbing med basistjenestene og kvalitetssikring av tjenestetilbudet, vektlegging av utredningsarbeid, diagnostisering, dagtilbud og vurderinger av turnus osv.

Noen av de kommuner vi har intervjuet poengterer at de legger ned mye arbeid i forhold til å forebygge og begrense bruk av tvang og makt, slik de neste informantutsagn viser:

*”Det viktigste vi kan gjøre i forhold til å forebygge og begrense tvangsbruken er å tilrettelegge tjenesten slik at alle får gode og meningsfulle aktiviteter på dagen og et godt liv, og at de får leve i et allsidig og forutsigbart miljø – men det er dyrt, og da må kommunen være villig til å prioritere dette, og det er vår kommune”.*

*”Jobber egentlig veldig mye med forebygging og begrensning. Vi har redusert tvangsbruken. Når vi begynte å skrive vedtak, tok vi bort en del av den tvangen vi brukte. Tror at i alle boliger blir det å prøve å redusere og forebygge, det å komme i forkjøpet hele tiden viktig. Er jo det dette handler om.... Prøver å få personalgruppen til å ha en bevissthet om det... Helt klart at loven har vært med å øke den bevisstheten. Opplever at det jobbes veldig godt med den biten rundt om. I starten var folk mer frustrert, lurte på hvordan det ble hvis de gjorde sånn og slik, hva gjør vi da. Gikk fra frustrasjon til at folk begynte å tenke alternativer og hvordan forebygge. Er vel den endringen som har skjedd som er størst, at folk tenker alternativer og prøver å unngå å bruke tvang. Folk er ganske flink til å finne løsninger. Men er selvfølgelig avhengig av opplæring og at man har fått veiledning, at en er del av et arbeidslag over tid, at man får inn tenkningen”.*

*”Vi ser at det er veldig viktig å jobbe med bevisstgjøring av de ansatte. Da er det viktig å sette fokus på holdninger og refleksjon. Det er også derfor vi har startet en prosess nå med jevnlig seminarer og at vi skal i gang med veiledningsgrupper”.*

*”Jeg tror i alle fall at på den plassen hvor vi har hatt vedtak siden -99 så er vi blitt veldig bevisst. I det huset hvor den personen bor, der har vi jobba mye med det kontinuerlig i løpet årene og dratt inn de fleste i personalgruppen på det”.*

Andre informanter fremhever at måten kommunene har organisert arbeidet på gjennom et klart atskilt bestiller – utfører prinsipp er gunstig for det forebyggende arbeidet. På den måten ligger vedtaket om tjenester hos noen andre enn de som utfører tjenestene, dermed er det andre som vurderer behovet for tjenester, slik at ikke "bukken passer havresekken". Et godt avviksmeldingssystem er også viktig, da det som ikke fungerer skal meldes og følges opp. For å få til dette er man i tillegg avhengig av et godt utdanningsnivå, da god faglighet poengteres som viktig for hvordan man får dette til.

Flere av informantene forteller også at vedtak er blitt avsluttet eller at tvangstiltakene i vedtakene er blitt mindre inngripende. Dette er et resultat av både egen kompetanse blant personalet i boligene, men også ofte med hjelp fra spesialisthelsetjenesten. For å forebygge bruk av tvang har det vært viktig å bevisstgjøre de ansatte, sette fokus på refleksjon og forsøke å skape holdningsendringer. I den sammenheng understrekes det at kurs og veiledning av personalet er viktig.

Flere kommuner opplever imidlertid at dette arbeidet ikke alltid er like enkelt. Rammebetingelser som blant annet liten tid avsatt til veiledning og opplæring, samt utformingen av boligene, kan gjøre det vanskelig å forebygge bruk av tvang og makt. Informanter fra én kommune forteller at de kunne kanskje ha unngått et vedtak dersom brukeren dette gjelder hadde bodd langt fra andre folk. De forteller:

*"For tvangsvedtaket sin del så hadde det kanskje vært det beste at den enkelte beboeren hadde bodd langt ute i skogen, men da snakker vi bare om det å unngå det vedtaket, som handler om noe låsing av noen dører og litt begrensinger i forhold til å delta på fellesrommet der de andre har tilgang. Det hadde vi naturligvis sluppet hvis vedkommende hadde bodd alene. Men det handler jo mer enn bare vedtak. Det handler jo om å ha et liv. For den ene brukeren er det jo en fordel å kunne være sosial, sjøl om du har problematferd."*

Det legges til at dersom kommunen hadde flyttet denne beboeren til en bolig langt unna de andre så ville sannsynligvis også bemanningen ha kommet til å blitt mye mindre stabil. De har valgt å ikke gjøre det, og det fikk de gehør for hos fylkesmannen og spesialisthelsetjenesten, selv om det innebar at de måtte utarbeide et vedtak om bruk av tvang og makt.

En annen utfordring i forbindelse med å forebygge og begrense tvangsbruken er knyttet til å få ned antall brukere som jobber med den enkelte tjenestemottaker. Dersom en får ned antall delstillinger, og flere får større stillinger vil det også kunne medføre økt kompetanse. Enkelte informanter fra kommunene forteller at de har gjort noen grep i forhold til å få ned antall deltidsstillinger.

Dette dreier seg blant annet om at de har endret turnus fra hver fjerde helg til hver tredje helg og at de bygger ut stillinger i stedet for å ansette flere, 90 prosent i stedet for 50 prosent, 80 prosent på dagtilbud og 20 prosent i boligen er eksempler her. Hvis en har problemer med å dekke opp helgene prøver en å se flere av kommunens botilbud under ett. Resonnementet som føres er følgende: Jo mindre stillingsandel i kommunen, jo mindre ansvarsfølelse – en som har større stillingsandel i kommunen vil føle større ansvar. En av kommunene har i den forbindelse gjort undersøkelser som viser at kunnskap om bruk av makt og tvang er omvendt proporsjonal med stillingsbrøken. Det viser seg også her at omfanget av skadeavvergende tiltak (a-meldinger) er omvendt proporsjonal med stillingsbrøken.

Økt bemanning fremheves av noen informanter som forebyggende. I den forbindelse er det enkelte av våre informanter som forteller at de har tvangstiltak som kunne vært unngått hvis en hadde hatt økt bemanning. Andre informanter drar nettopp frem at de ved å ha økt bemanningen har bidratt til å forebygge og begrense tvangsbruken.

I tillegg til å sikre et godt utdanningsnivå hos personalet fremheves det at det er viktig å bidra til ytterligere kompetanseheving og fagutvikling, både for at personalet skal finne det attraktivt å bli og for at en ikke skal stivne i etablerte forståelsesformer. Det er stor variasjon mellom de kommuner vi har intervjuet i forhold til hvordan de forebygger gjennom fagdager, seminarer og kurs. Noen rapporterer om at det ikke skjer noe på dette området, slik følgende informantutsagn viser:

*”Det vanskeligste er nok å klare å tenke ut gode alternativer, som regel har man kjørt seg så fast når man har behov for tiltak at man ikke klarer å se alternativer. Med mer kursing kunne det blitt lettere å få til denne biten. Vi har ikke hatt seminarer eller kurs på flere år. De som fikk kurs i starten er jo ikke i boligene lengre.”*

*”Veiledning, seminar, kurs er viktige aktiviteter for å forebygge og sikre forsvarlige tjenester. Vi har ikke hatt nok fokus på dette – og det kom jo tydelig frem i tilsynet”.*

*”Tidligere hadde jeg ei stilling som faglig veileder knyttet til 6A/4A, men for tre år siden så forsvant denne stillingen. Nå har jeg et større ansvarsområde som innebærer utviklingsarbeid for funksjonshemmede, rus og psykiatri.... Holdt en del kurs før stillingen ble omgjort.... Har beholdt den biten som faglig ansvarlig, men har ikke sjans i havet til å følge opp slik jeg kunne i den forrige stillingen. Driver nesten ikke noe opplæring mer, veldig sjeldent. Stillingen er borte”.*

Andre av våre informanter fra kommunene forteller at de legger stor vekt på å forebygge og begrense tvangsbruken gjennom å bidra til fagutvikling og kompetanseheving hos de ansatte. Enkelte fremhever i den forbindelse at de jevnlig har egne fagdager for personalgrupper fra boligene hvor de tar opp ulike tema knyttet til det forebyggende aspektet og at de ser gode resultater av dette arbeidet, blant annet ved økt refleksjonsevne og bevissthet, men også ved at de jobber godt med å finne alternativer til tvang. Det gis også her eksempler på at de blant annet innkaller personal (spesielt meldinger hvor nytt personal har brukt denne type tiltak) som har måttet bruke skadeavvergende tiltak (a-meldinger) til veiledningssamtaler. Her diskuterer man blant annet hva som har skjedd, foranledningen og hva kunne vært gjort annerledes. Erfaringer enkelte kommuner har når de kurser eller veileder personalet er at noen av de nyansatte tror de kommer inn i en bransje hvor en holder på med barneoppdragelse og at de bruker mye tid å forklare at det faglige arbeidet i boligen ikke handler om barneoppdragelse. Det fremheves i den forbindelse at det er viktig å prøve å påvirke kulturen i omsorgsmiljøene, ved at man har et kjernepersonale i boligene som *”trykker på de rette knappene”*.

Vi har her fokusert på hvordan kommunene legger til rette for kompetanse- og fagutvikling knyttet til å forebygge og begrense bruk av makt og tvang. I de neste avsnittene skal vi også fokusere på temaet kompetanse- og fagutvikling, men da mer generelt i forhold til hvordan kommunene mener at de legger til rette for å bedre kompetansen i boligene.

### **3.4 HVORDAN TILRETTELEGGES KOMMUNENE FOR Å BEDRE KOMPETANSEN?**

I kapittel 4A stilles det utdannings-/kompetansekrav i forhold til personal som skal gjennomføre vedtak som innebærer tvang. Som nevnt har kommunen en plikt til å forsøke å forebygge og begrense bruk av tvang, og forsøke å finne og prøve ut andre løsninger først. Dette krever kompetanse. Nedenfor vil vi derfor si litt om hvordan kommunene jobber for å legge til rette for å bedre kompetansen i boligene, både med tanke på formell kompetanse, men også når det gjelder opplæring og veiledning i boligene i forhold til kapittel 4A og mer generelt i forhold til det å jobbe med personer med psykisk utviklingshemning.

#### ***Kommunenes vurderinger***

Det varierer hvor mye kurs og opplæring personalet i boliger fra ulike kommuner får, men mange kommuner gjennomfører en del kurs og gir en del veiledning i forhold til kapittel 4A for personalet i boligene, jfr. de beskrivelser som er gitt under punktet om forebygging og begrensnig.



Stort sett alle våre ni kommuner mener at kompetansenivået kunne vært bedre, selv om det er store forskjeller mellom de som har god kompetanse og de som sliter mye med å få personal med kompetanse. De som har få ufaglærte sett i forhold til antall stillinger, har imidlertid gjort noen grep som de mener har vært viktige. Blant annet fortelles det om nært samarbeid med utdanningsinstitusjoner som utdanner vernepleiere, motivering av ansatte for å ta formell utdanning, gi studiepermisjoner med lønn osv. I en av kommunene har de nå blant annet lyst ut miljøterapeutstillinger hvor det gis fritak i 25 prosent for å ta masterutdanning.

I noen av de kommuner som sliter med å få personell med kompetanse, forteller informantene at det gjøres svært lite for å bedre dette. En av informantene forteller i den forbindelse:

*”Jeg har jobbet som ufaglært i denne boligen i flere år før jeg starta på utdanningen for to år siden. Jeg jobber fortsatt i boligen i og med at jeg tar en desentralisert utdanning som er samlingsbasert. Jeg har imidlertid fått høre av min sjef at jeg utdanner meg bort fra boligen, noe jeg ikke kan forstå siden det er en sosialfaglig høgskoleutdanning jeg tar. Det betyr jo tvert i mot at jeg kan fylle kompetansekravet i forhold til vedtak vi har. Problemet er vel at kommunen har ikke råd til å omgjøre miljøarbeiderstillinger til miljøterapeutstillinger, derfor vil de ikke at jeg skal utdanne meg....”*

Det er for øvrig flere av informantene som henviser til dårlig kommuneøkonomi når det gjelder årsaker til at kommunen sliter med kompetansen generelt i boligene og i forhold til å oppfylle kompetansekravet. I tillegg er det et problem flere steder at ulike grupper settes opp mot hverandre når det skal gjøres prioriteringer i kommunene.

I tillegg til at mange kommuner sliter med å få kvalifisert personale i de faste stillingene, er det en stor utfordring når det gjelder opplæring i forhold til kapittel 4A til de som går i små stillinger eller helgestillinger. Kommunene har i varierende grad lagt til rette for at de som går i mindre stillinger, skal kunne delta på opplæringer og kurs. Følgende utsagn fra en av informantene viser hvordan noen har prøvd å legge til rette:

*”Vi laget fleksible grupper hvor noen ansatte har gått på kurs om ettermiddagene eller i helgene, slik at de som går på skole på dagtid har fått mulighet til å ta kurset likevel”.*

Disse forsøkene har imidlertid ikke alltid ført til at en har lyktes, men det har bidratt til at noen flere har deltatt på kurs og opplæring. Andre forteller at de har forsøkt å legge til rette for å unngå for mange deltidsstillinger. De forsøker i

stedet å se på organiseringen, slik at flere boliger kan dele på samme personalgruppe. Det skjer også at kommunene pålegger personalet å ta spesielle kurs.

I noen kommuner har en også prøvd å motivere ufaglært personell som har vært ansatt lenge, til å ta videreutdanning, men erfarer at de ikke alltid ønsker dette. I enkelte kommuner legges det press på de ansatte for å få dem til å ta videreutdanning. I en kommune fikk de ufaglærte ansatte beskjed om at de hadde valget mellom å ta videreutdanning eller risikere å måtte skifte tjenestested. I dette tilfelle var kommunen og fylkesmannen med på å finansiere videreutdanningen.

Når det gjelder opplæring av personalet, deriblant nytilsatte, mer generelt i forhold til det å skulle jobbe med personer med psykisk utviklingshemning varierer det i hvor stor grad kommunene gjør dette. Mens noen kommuner har laget opplæringsplaner for tjenesteytere som gjennomfører tiltak etter sosialtjenestelovens kapittel 4A, har andre ikke gjort det. Også større kommuner som har mange vedtak og mange dispensasjonssøknader, kan mangle rekrutteringsplaner og planer for hvordan de skal få ned antall dispensasjoner.

### ***Fylkesmannens vurderinger***

Informantene fra fylkesmannen er langt på vei enige i at det varierer i hvilken grad kommunene både er opptatt av og ser verdien av å få tak i fagutdannet personal og legger til rette for opplæring av personalet i boligene. Informantene synes også det varierer hvor flinke kommunene er til å legge til rette for å bedre kompetansen i boligene. Det understrekes også at det fremdeles er store forskjeller mellom kommunene på dette området, til tross for at noen kommuner er kommet mye lengre enn andre. Informantene fra fylkesmannen poengterer at de synes de "flinke" kommunene er blitt "flinkere" de siste årene, både i forhold til å gi de ansatte opplæring og til å motivere og tilrettelegge for formell utdanning. De har inntrykk av at mange kommuner ønsker å få opp kompetansen og gjør så godt de kan. Samtidig som de tror at viljen er der, og at kommunene er opptatt av det, så strekker hverdagen ofte ikke til. Informantene mener at det er sårbart ute i kommunene i og med at det mange steder mangler fagfolk. Det er heller ikke alle fagledere som er like bekvemme med å skulle ha veilederansvar, og ikke alle mestrer en slik oppgave like godt heller. Enkelte mener at den faglige ansvarliges rolle og funksjoner burde fremheves mer i lovverket. De understreker hvor viktig det er med en person som kan styre dette og som har kompetansen og interesser for å få til et godt faglig miljø i boligene.

I kommuner som sliter mest med å få opp kompetansen skjer det svært lite i forhold til å prøve å gjøre noe med dette. Enkelte fylkesmenn mener også at de

ser en tilbakegang i flere kommuner når det gjelder engasjementet med å skaffe kompetanse. En av informantene uttrykker seg på følgende måte om dette:

*”Enkelte kommuner som tidligere var på gli, ser vi nå slapper litt mer av, med det resultat at det meste rakner... De har mistet piffen og bryr seg ikke lengre om å gjøre noe med dette. På en måte er det forståelig, fordi de opplever et lovverket som stiller noen krav som de aldri vil klare å oppfylle. Dette med kompetanse og utdanningskrav burde vært gjenstand for revidering i loven, tror det kunne vært erstattet med noe annet, for eksempel satse mer på systemer, veiledning osv. Dette ville ha åpnet for noen gode prosesser i mange kommuner”.*

Flere peker på at i hvilke grad kommunene legger til rette for kompetanseøkning blant personalet i boligene dreier seg om holdninger til ledelsen lengre opp i systemet i kommunene, og at det er økonomien som ofte er styrende. Og med dårlig kommuneøkonomi blir ofte dette nedprioritert, som en informant forteller om:

*”Det som forbauser meg av og til, når jeg kommer på tilsyn. Det er at fagpersonene sier at det er nok opplæring og veiledning, og så tenker jeg at med denne problematikken som dere har her, kan jeg ikke fatte og begripe at dere sier at det er nok. Så det er noe med den virkeligheten man står i, i en hverdagen som er veldig stressende, så ser dem det annerledes enn vi som står litt utenfor. Enten det, eller så er de redd for å si noe som i neste omgang kommer deres leder for øre og som er ufordelaktig.”*

Flertallet av informantene fra fylkesmannen synes dessuten at kompetansen om personer med psykisk utviklingshemning generelt sett er for dårlig i kommunene. Blant annet påpekes det at omsorgsarbeidere, hjelpepleier, sosionomer og sykepleiere ofte har lite kunnskap om det å være psykisk utviklingshemmet. Informantene mener at disse utdanningene burde hatt mer om psykisk utviklingshemning i sine fagplaner.

### **Spesialisthelsetjenestens vurderinger**

Informantene fra spesialisthelsetjenesten formidler de samme vurderinger som fylkesmennene gjør når det gjelder kompetansenivået i boligene og hvordan kommunene legger til rette for å bedre kompetansen. De peker også på at det i mange kommuner er liten forståelse for behovet for formell kompetanse, og at en vurderer realkompetanse som minst like bra. Også blant informantene her erfares det at noen kommuner ikke verdsetter personal som tar utdanning for å kvalifisere seg, slik denne informanten forteller:

*”En pussighet er at hvis en person som har jobbet lenge og så utdanner seg til vernepleier, er det ikke sikkert kommunen legger til rette for at den skal få stilling, ved å opprette hjemler for eksempel, det er en merkelig variant. På den ene siden oppfordrer kommunen til utdanning, men de legger ikke til rette for å ivareta sine ansatte etter at de formelt har avsluttet utdanning. Det har jeg opplevd”.*

Flere av de habiliteringstjenester som erfarer at etterspørselen etter kurs om kapittel 4A har gått ned, poengterer også at de mener dette skyldes at kommunene ikke tar kapittel 4A så seriøst lenger. En av informantene uttrykker dette på følgende måte:

*”Inntrykket vårt var at 6A var veldig i vinden når det kom. Det startet egentlig før det, stort fokus på dette fra tidlig på 90-tallet, og fram til 6A hadde virket et år. Var større fokus på de tingene da enn det er i dag. Tror det skyldes at i dag er det mye selvfølgeligheter som ikke var der før, men syns generelt at den faglige interessen har gått litt ned og at kommunene har blitt mer og mer opptatt av at det skal gå rundt i det daglige og ikke så opptatt av fagutvikling, personalopplæring som en kanskje var før. Så det er nok flere grunner til at det er mindre spørsmål om det å holde kurs i for eksempel 4A nå enn det var før. Tror problemet med 4A er at det er veldig opp til hver enkelt kommune selv hvor seriøst de tar det. Er ingen sanksjoner her. Ingen tvil om at gjennomføring av 4A er veldig opp til motivasjon og velvilje i hver enkelt kommune”.*

Et annet problem som flere av informantene peker på, er stor ”turnover” i kommunene. Dette gjelder ikke bare blant personell i boligene, men også i stor grad blant ansatte i ledersjiktet/mellomledersjiktet i kommunene. En av informantene sier i den forbindelse:

*”Det er paradoksalt nok vi som står for kontinuiteten i mange saker. På 15 år har jeg ofte overlevd 7-8 fagkonsulenter. Det er vi som må fortelle om historikken, 5 og 10 år tilbake. Kommunen har ofte ikke peiling. Ofte at papirer blir borte, at de ikke finner brev du har sendt tidligere osv. Er en del rutiner som svikter”.*

Enkelte informanter fra spesialisthelsetjenesten opplever også den kommunale kompetansen, eller rettere sagt mangel på kompetanse, som den største utfordringen med dette lovverket.

### 3.5 HVORDAN ETTERLEVER KOMMUNENE LOVENS KRAV?

Informantene fra fylkesmannen synes det er vanskelig å skulle si noe generelt om hvordan kommunene i deres embete klarer å etterleve kravene som loven stiller. De fleste mener at enkelte kommuner i deres fylke stort sett gjør så godt de kan, mens andre sliter veldig eller ikke har vilje til å oppfylle lovens krav. Følgende informantutsagn fra fylkesmennene viser noe av dette:

*”Det er veldig sprik vil jeg si. Noen etterlever loven bra, noen midt på treet og noen dårlig. Du har hele spektre. Noen som har svarteper og noen ikke. Dette er et veldig sprik. Vi har noen som har flust av virkelig krevende brukere, og personell som bretter opp armene og som virkelig gjør jobben. Og så har vi sånne hvor det har vært veldig slapt opp gjennom årene. Har bare sittet med gamle tjenester, og vedtak etter lov om sosiale tjenester – altså vedtak som ikke har vært fornya etter ti år osv. Det er sånn vi avdekker ved tilsyn. Hvor overordna faglig leder ikke har forstått sin rolle.”*

*”Det vi erfarer, er at kommunen er så mangt, vi opplever at mange av fagfolkene i kommunen tar loven på alvor, men styringen og internkontrollforskriften er mangelfull, og det er det vi veldig ofte gir kommunene avvik på når vi er ute på tilsyn. Det gir seg selvfølgelig utslag i tjenesteytingen også, med at ansatte ikke får den nødvendige opplæringen som de trenger for å gjøre den jobben de blir satt til å gjøre. Og så er det jo slik at all tvangsbruken ikke meldes. Slik at fortsatt mener jeg det er en underrapportering på tvangsbruk, og at det ikke er vedtak på alt det burde vært vedtak på”.*

*”Generelt så synes jeg bildet er altfor varierende. Og det har sammenheng med de erfaringer vi har gjort de siste årene, og for så vidt tidligere også. Relativt fort kom fylkesmennene frem til at det foregikk en underrapportering. Og det er det vel en enighet mellom alle embetene om at det er tilfelle. Bildet for vår del er at vi har en fordeling på en tredjedel på hvert av tilfellene: Vi har 1/3 av kommunene som langt på vei har på en måte implementert dette her og systematisert det, og følger regelverket rimelig bra. Så har du vel 1/3 del eller kanskje litt under det, som fortsatt er litt i gang, de er kommet et stykke på veien og har vedtak, systemer osv., men de har vel ikke fått implementert det godt nok i systemet. Og så har du den siste tredjedelen som igjen må deles i to: Der har du de som jeg tror faktisk ignorerer regelverket, bevisst eller ubevisst, og så har vi en andel kommuner som ikke har problematikken. I de kommunene krever vi likevel at de har et minimum av rutiner sånn at de kan fange opp tilfeller hvis de skulle oppstå da”.*

*”Det er veldig vanskelig å si generelt. Jeg synes faktisk at det svinger litt siden jeg begynte. Fra at det var lite fokus til at man satte inn full oppmerksomhet mot det, i alle fall i de store kommunene, til at det på sett og vis begynner å dabbe litt av. Og kommunene i en periode har hatt dårlig råd. Nå begynner dem å få litt bedre råd igjen. For det er jo oftest rammebetingelsene som er avgjørende for om en må bruke tvang eller ikke. I mange tilfeller har det vært avgjørende for om en klarer å finne gode løsninger eller ikke. Har du stramme rammer, så må du bare ta enkle løsninger. Så jeg tenker at det er kjempeviktig å ha fokus på dette her. Det med inngripende tiltak, hele tiden. Ellers så kommer det til å bli glemt i kommunene”.*

*”Det varierer jo veldig. Det kommer jo an på..... Det er jo flere krav i loven. Det de har problemer med, er kanskje tvangsbegrepet og formell kompetanse”.*

*”Generelt inntrykk – i alle fall bedre og bedre”.*

Det er bare tre av informantene fra fylkesmennene som mer entydig vektlegger at kommunene er blitt flinkere til å etterleve lovens krav, selv om en av dem tilføyer følgende: *”I den grad vi har innsikt, så synes jeg kommunene i vårt fylke er veldig lojale mot loven”.*

Vi har undersøkt hvordan informantene fra spesialisthelsetjenesten vurderer kommunene når det gjelder å etterleve lovens krav. Våre intervjudata fra disse 25 informanter (representerer 21 habiliteringstjenester) viser at de deler fylkesmannens vurderinger av hvorvidt kommunene klarer å etterleve de kravene som loven stiller, og mener at dette varierer veldig. Det poengteres at i hvilken grad kommunene klarer å etterleve de kravene som loven stiller, avhenger av kommuneøkonomi, organisering, forankring, kompetanse og velvilje. Det pekes også her på viktigheten av en offentlig oppmerksomhet rundt dette, at en har en offentlig diskusjon rundt bruk av tvang og makt overfor personer med psykisk utviklingshemning. Flere mener at tvangsbruken går opp når oppmerksomheten blir mindre. Flere mener også at det er nettopp det som har skjedd de siste årene – fokuset har avtatt noe, og sammen med at kommunene har fått dårligere økonomi, og er blitt presset i forhold til å prioritere andre grupper, har det ført til at interessen rundt loven har blitt mindre.

### **3.6 KOMMUNENES FORHOLD TIL SPESIALISTHELSETJENESTEN**

Før vi presenterer kommunenes forhold til spesialisthelsetjenesten skal vi gjøre en reanalyse av spørreundersøkelsen som ble rettet mot kommunene i den kartleggingen som vi gjorde av voksenhabiliteringstjenesten (VHT) i 2005

(Lichtwarck m.fl. 2005). Spørreundersøkelsen ser på kommunenes bruk av, behov for og vurderinger knyttet til voksenhabiliteringstjenesten.

### Den kvantitative kommuneundersøkelsen

En rimelig antagelse er at kommunenes kontakt med spesialisthelsetjenesten, ikke minst når det gjelder "4A-saker" og spørsmål om rettssikkerhet, vil være ulik for små og store kommuner. Dette handler blant annet om at det er færre personer med psykisk utviklingshemning i små kommuner. Enkelte kommuner som ikke svarte på vårt spørreskjema oppgav også grunner som at: *"vi har ikke denne type brukere"* og *"vi har bare vært i kontakt med voksenhabiliteringstjenesten i forbindelse med en av våre brukere, dette skjedde for noen år tilbake i tid"*. Vi skal derfor ta for oss de spørsmålene i kommuneundersøkelsen som omhandler kapittel 4A og presentere fordelinger etter kommunestørrelse, men først skal vi se hvordan kommunene i vårt datamateriale fordeler seg etter størrelse. I tabell 3 nedenfor ser vi at litt over halvparten av kommunene har under 5000 innbyggere, og omtrent en fjerdedel av kommunene har 10 000 innbyggere eller mer.

**Tabell 3 Kommuner etter kommunestørrelse (antall innbyggere 01.01.05). Prosent**

	<b>Antall</b>	<b>Prosent</b>
Under 5000 innbyggere	121	53
5000 – 9 999 innbyggere	48	21
10 000 innbyggere eller mer	60	26
Sum	229	100

På noen av spørsmålene i undersøkelsen skal vi også se på eventuelle forskjeller mellom de kommuner som har hatt kontakt med voksenhabiliteringstjenesten i forbindelse med spørsmål om rettssikkerhet, og kommuner som ikke har hatt slik kontakt. Vi har i denne forbindelse laget en tredelt inndeling basert på spørsmål om omfang av henvisninger etter årsak. Vi får følgende tre grupper av kommuner:

1. Kommuner som ikke har henvist formelt til VHT
2. Kommuner som har henvist, men av "andre grunner" (enn kap. A / rettssikkerhet)
3. Kommuner som har henvist formelt til VHT, med kapittel 4A/rettssikkerhet som oppgitt grunn

Av de kommunene som deltok i undersøkelsen, er det én av tre kommuner som har hatt formelle henvisninger til VHT med veiledning i forhold til kapittel

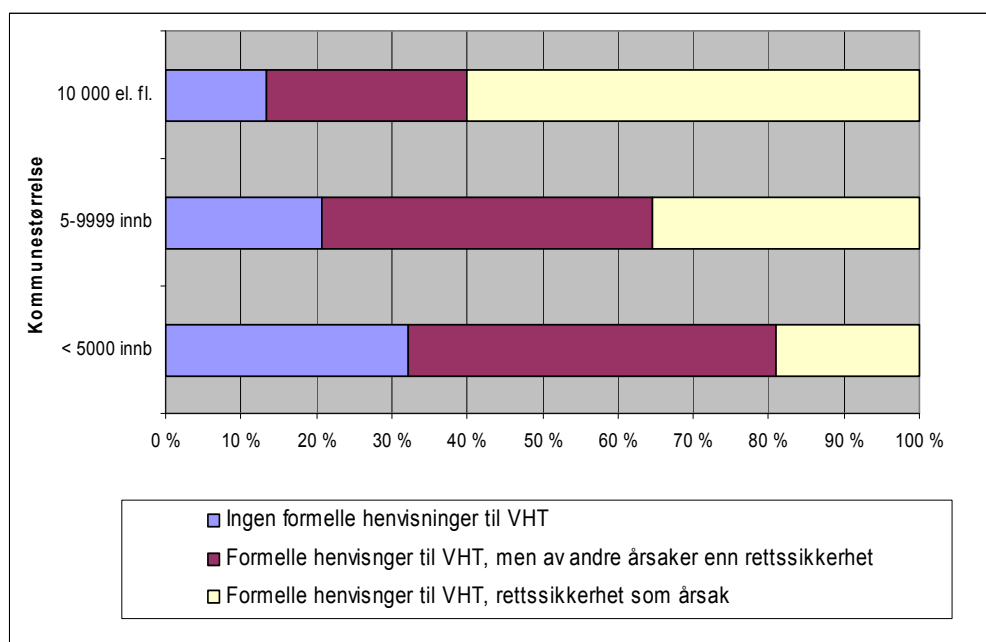
4A/rettssikkerhet som oppgitt årsak (se tab. 4). 43 prosent har henvist av andre grunner, mens 24 prosent av kommunene ikke har oppgitt noen skriftlige henvisninger til VHT.

**Tabell 4 Kommuner etter årsaker til henvisning til VET. Prosent**

Ingen formelle henvisninger til VHT	24
Formelle henvisninger til VHT, men av andre årsaker enn kap 4A/rettssikkerhet	43
Formelle henvisninger til VHT, rettssikkerhet/kap 4A som årsak	33
Sum	100
N	240

I figur 1 nedenfor ser vi at andelen kommuner som har gjort formelle henvisninger til VHT på grunn av veiledning i rettssikkerhet/kapittel 4A, er langt større blant middels store og store kommuner enn i små kommuner. Blant små kommuner er det én av fem kommuner som har gjort en skriftlig henvisning med rettssikkerhet/kapittel 4A som årsak, mot tre av fem i store kommuner.

**Fig. 1 Henvisningsgrunn etter kommunestørrelse**





I neste avsnitt skal vi se nærmere på hva som er årsaken til at kommuner sender henvisning til spesialisthelsetjenesten, og hvilket omfang kapittel 4A saker har sammenlignet med andre henvisningssaker.

### **Formelle henvisninger og årsaker til henvisning: omfang av 4A-saker sammenlignet med andre saker**

Vi skal først se nærmere på omfanget av kapittel 4A-saker sett i forhold til andre typer saker. Til sammen 80 kommuner (33 prosent av hele materialet på 240 kommuner) har oppgitt at de har henvist skriftlig til VHT med "Veiledning til rettssikkerhet (inkl kap 4A)" som årsak.

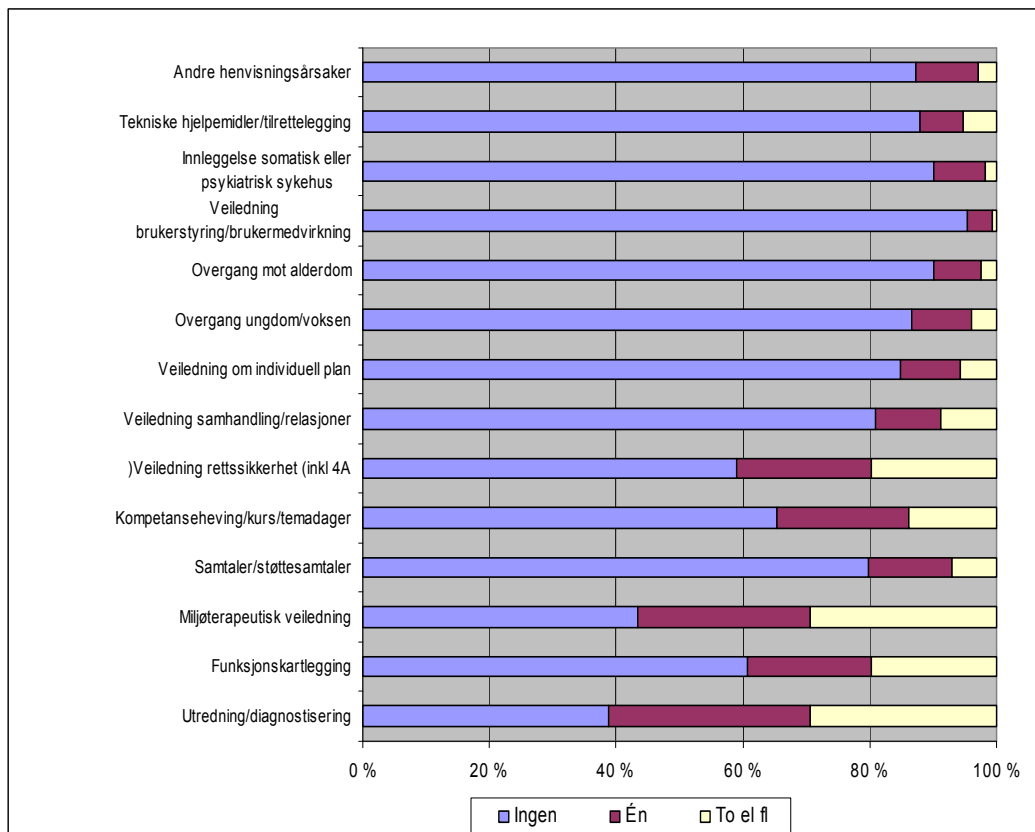
Tabellen nedenfor viser det totale omfanget av formelle henvisninger til VHT i 2004 blant kommunene som deltok i undersøkelsen. Vi ser at kommunene fordeler seg ganske jevnt; én av seks kommuner gjorde ingen skriftlige henvisninger til VHT i 2004, mens hver fjerde kommune hadde minst 5 henvisninger.

**Tabell 5 Antall skriftlige henvisninger til voksenhabiliteringstjenesten. Prosent.**

0 henvisninger	17
1 henvisning	17
2 henvisninger	19
3 henvisninger	10
4 henvisninger	12
5 el fl henvisninger	25
Sum	100
N	210

Et spørsmål er hva som er innholdet i de skriftlige henvisningene. Neste figur er basert på de som har gjort minst én skriftlig henvisning i 2004. Figuren viser at "Veiledning i rettssikkerhet (inkl kap 4A)" er en av de mest utbredte henvisningsårsakene. Årsaken er oppgitt av fire av ti kommuner, og disse kommunene hadde alt i alt 215 slike saker. Tre andre vanlige henvisningsgrunner er "Utredning/diagnostisering", "Miljøterapeutisk veiledning" og "Funksjonskartlegging".

**Fig. 2 Antall henvisninger etter henvisningsårsak. Prosent.  
(Basert på kommuner som har hatt formelle henvisninger i 2004, N=173)**



### Kontakthypighet med VHT

Vi skal nå se nærmere på om kontakthypighet med VHT varierer med henvisningsgrunn. Slik spørsmålene er formulert vil kontakthypighet også omfatte henvendelser som ikke er formalisert som skriftlige henvisninger. Er det slik at kommuner som har gjort formelle henvisninger til VHT i spørsmål om rettssikkerhet, skiller seg ut fra andre kommuner når det gjelder kontakthypighet med VHT?

Tabell 6 nedenfor viser at kommuner som har henvist formelt til VHT med rettssikkerhet/kapittel 4A som årsak, har en større kontakthypighet med VHT om klientrettede tiltak enn kommuner som har henvist av andre grunner. Seks av ti kommuner som har henvist med rettssikkerhet/kapittel 4A som årsak, har hatt over 10 henvendelser i 2004, mot 45 prosent av kommunene som har henvist av andre grunner. Tabellen viser videre at kommuner som ikke har gjort formelle henvisninger til VHT også har en del kontakt med VHT: Om lag tre av ti

kommuner i denne gruppen har gjort klientrettede henvendelser mer enn ti ganger.

**Tabell 6 Kontakthypighet med VET om klientrettede tiltak etter henvisningsgrunn. Prosent.**

	Ingen formelle henvisninger til VHT	Formelle henvisninger til VHT, men av andre årsaker enn rettssikkerhet/kap 4A	Formelle henvisninger til VHT, rettssikkerhet/kap 4A som årsak
Ingen kontakt/Henvendelser	16	1	0
Mindre enn 5	25	22	10
5-10 ganger	19	30	26
11-20 ganger	14	23	28
21-30 ganger	4	16	11
Mer enn 30	14	8	18
Har ikke oversikt	7	0	6
Missing	2	1	1
Sum	100	100	100
N	57	102	80

*Sammenhengen i tabellen er statistisk signifikant, 5 % nivå, kjikvadrattest*

Ser vi på kompetansehevende tiltak finner vi et tilsvarende mønster som for klientrettede tiltak. Kommuner med rettssikkerhet/kapittel 4A som årsak til formell henvisning til VHT, har oftere hatt et høyt antall henvendelser enn kommuner med andre årsaker til henvisning (se tab. 7). 16 prosent av rettssikkerhets-/4A kommunene har tatt kontakt med VHT mer enn ti ganger, mot sju prosent av kommunene som har henvist av andre grunner, og fem prosent av kommunene som ikke har henvist formelt.

**Tabell 7 Kontakthypighet med VET om kompetansehevende tiltak etter henvisningsgrunn.**

	Ingen formelle henvisninger til VHT	Formelle henvisninger til VHT, men av andre årsaker enn rettssikkerhet/4A	Formelle henvisninger til VHT, rettssikkerhet/4A som årsak
Ingen kontakt/Henvendelser	33	11	9
Mindre enn 5	32	61	44
5-10 ganger	14	18	26
11-20 ganger	2	5	6
21-30 ganger	2	0	5
Mer enn 30	2	2	5
Har ikke oversikt	11	2	4
Missing	5	2	1
Sum	100	100	100
N	57	102	80

*Sammenhengen i tabellen er statistisk signifikant, 5 % nivå, kjiqvadrattest*

### **Kontakthypighet etter kommunestørrelse**

Ikke overraskende er det små kommuner som sjeldnest har kontakt med VHT. Dette gjelder både klientrettede tiltak og kompetansehevende tiltak (se tab. 8 og 9). Fordi det er en positiv sammenheng mellom kommunestørrelse og rettssikkerhet/4A som årsak til formell henvisning, er det grunn til å tro at kommunestørrelse forklarer noe av de forskjellene som ble vist i forrige avsnitt.

**Tabell 8 Kontakthypighet med VET om klientrettede tiltak etter kommunestørrelse**

	< 5000 innb	5-9999 innb	10 000 el. fl.
Ingen kontakt/henvendelser	7	0	0
Mindre enn 5	31	4	5
5-10 ganger	26	29	27
11-20 ganger	22	25	22
21-30 ganger	8	19	10
Mer enn 30	3	17	28
Har ikke oversikt	1	6	7
Missing	0	0	2
Sum	100	100	100
N	121	48	60

*Sammenhengen i tabellen er statistisk signifikant, 5 % nivå, kjikvadrattest*

**Tabell 9 Kontakthypighet med VET om kompetansehevende tiltak etter kommunestørrelse.**

	< 5000 innb	5-9999 innb	10 000 el. fl.
Ingen kontakt/henvendelser	21	8	10
Mindre enn 5	50	58	40
5-10 ganger	21	15	18
11-20 ganger	3	4	8
21-30 ganger	1	4	3
Mer enn 30	0	2	8
Har ikke oversikt	2	6	10
Missing	2	2	2
Sum	100	100	100
N	121	48	60

*Sammenhengen i tabellen er statistisk signifikant, 5 % nivå, kjikvadrattest*

### **Tjenestebehov**

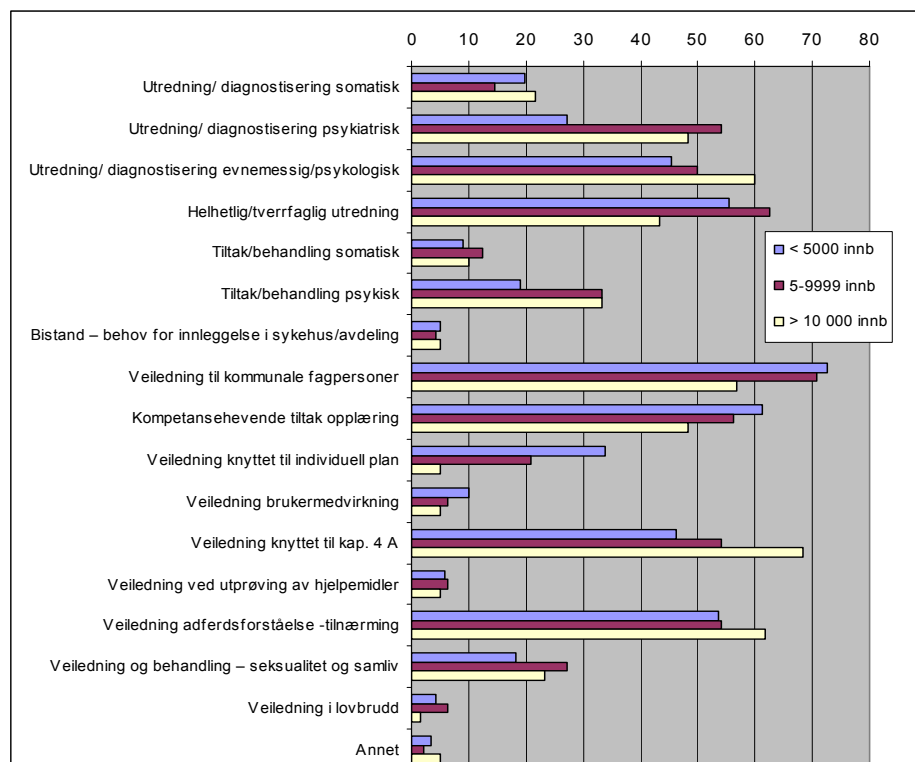
Kommunene ble bedt om å gjøre en prioritering av de tjenestene de mente det er størst behov for når det gjelder personer med medfødte eller tidlig ervervede funksjonsnedsettelse.

Figur 3 nedenfor viser hvor hyppig de ulike svaralternativene er valgt blant kommunene som svarte, etter kommunestørrelse. Figuren viser noen

interessante forskjeller. Store kommuner oppgir oftere enn små kommuner behov for tjenester i samband med psykiatrisk og psykologisk utredning/-diagnostisering og tiltak enn det mellomstore og små kommuner gjør. Vi ser også at store kommuner klart hyppigere enn mellomstore og små kommuner oppgir veiledning knyttet til kapittel 4A som et behov. To av tre store kommuner (68 prosent) mot omkring halvparten (respektive 54 prosent og 46 prosent) i mellomstore og små kommuner oppgir veiledning knyttet til kapittel 4A som et behov. Store kommuner uttrykker relativt ofte også behov for veiledning i adferdsforståelse-tilnærming.

Små kommuner oppgir relativt ofte behov for veiledning til kommunale fagpersoner, kompetansehevende tiltak og opplæring, samt veiledning knyttet til individuell plan.

**Fig. 3 Hvilke tjenester er det behov for når det gjelder personer med medfødte eller tidlig ervervede funksjonsnedsettelse? Kommuner etter kommunestørrelse. Prosent.**



### Kommunenes vurderinger av VHT sin kompetanse

Neste tabell (tab. 10) viser kommunenes vurderinger av voksenhabiliterings-tjenesten sin kompetanse på ulike fagområder. Samlet sett er det kompetanse

knyttet til 4A som kommer best ut (2,3 i snitt). Ikke bare kommer dette kompetanseområdet best ut, det er også det området hvor spredningen er minst, det vil si hvor kommunene er mest enige (standardavviket er lavest). Miljøterapeutisk kompetanse og veiledningskompetanse og tverrfaglig utredningskompetanse kommer også relativt bra ut. Psykiatrisk kompetanse og organisatorisk og planleggingsorientert kompetanse kommer dårligst ut, men vurderes likevel positivt om man betrakter verdien 4 som et midtpunkt på skalaen.

Det er et gjennomgående trekk for de fleste kompetanseområder at små kommuner har en noe mer positiv vurdering enn det store kommuner har.

**Tabell 10 Hvordan opplever kommunen VET sin kompetanse innenfor bestemte fagområder sett i forhold til behovet dere har? Gjennomsnitt\* etter kommunestørrelse**

	< 5000 innb	5-9999 innb	> 10 000 innb	Alle	St.avvik	N
Somatisk kompetanse	2,8	3,0	3,6	3,1	1,38	124
Psykiatrisk kompetanse	3,2	3,4	3,9	3,4	1,56	164
Psykologisk kompetanse	2,7	2,6	3,3	2,8	1,38	172
Sosialfaglig kompetanse	2,6	2,7	3,4	2,8	1,25	145
Pedagogisk kompetanse	2,9	3,1	3,5	3,1	1,41	150
Miljøterapeutisk kompetanse	2,2	2,2	3,0	2,4	1,24	198
Organisatorisk og planleggingsorientert kompetanse	3,1	3,5	3,9	3,4	1,52	124
Tverrfaglig utredningskompetanse	2,5	2,7	3,2	2,7	1,31	157
Kompetanse knyttet til kap 4A	2,2	2,0	2,6	2,3	1,15	184
Veiledningskompetanse	2,3	2,4	3,2	2,6	1,29	191
N	59-101	24-45	35-54	124-191		

\* Sjuddelt skala, fra 1= "svært god" til 7="svært dårlig"

### Kommunenes vurdering av kvalitet på bistand mottatt fra VHT

Vi skal nå se hvor fornøyd kommunene er med kvaliteten på den bistanden de får fra VHT. Tabell 11 viser at også her kommer kapittel 4A høyt opp blant de oppgitte alternativene. Bistand knyttet til kapittel 4A gis best vurdering i både små, mellomstore og store kommuner, og et lavt standardavvik indikerer at kommunene samler seg ganske tett omkring gjennomsnittet. I små kommuner gis også miljøterapeutisk bistand en svært positiv vurdering.

Vi skal imidlertid også her huske på at det er de kommunene som har erfaring med tjenesten som har svart på spørsmålene.

**Tabell 11 I hvilken grad er kommunen fornøyd med kvaliteten på den bistanden dere har fått fra VET? Gjennomsnitt\* etter kommunestørrelse**

	< 5000 innb	5-9999 innb	> 10 000 innb	Alle	St.avvik	N
Somatisk bistand	2,7	2,6	3,4	2,9	1,24	115
Psykiatrisk bistand	3,1	3,5	3,9	3,4	1,60	154
Psykologisk bistand	2,8	2,7	3,3	2,9	1,43	168
Sosialfaglig bistand	2,7	2,9	3,4	2,9	1,25	134
Pedagogisk bistand	2,9	3,3	3,6	3,2	1,33	135
Miljøterapeutisk bistand	2,2	2,3	3,0	2,4	1,14	197
Organisatorisk og planleggingsorientert bistand	2,9	3,2	4,0	3,3	1,40	127
Tverrfaglig utredningsbistand	2,6	2,9	3,4	2,9	1,35	149
Bistand knyttet til kap 4A	2,2	2,1	2,8	2,3	1,11	167
Bistand knyttet til brukermedvirkning	2,5	3,0	3,9	3,0	1,43	112
Bistand knyttet til individuell plan	2,8	3,0	3,7	3,1	1,46	124
Veiledningskompetanse	2,4	2,5	3,3	2,7	1,27	174
N	59-101	24-45	35-54	124-191		

\* Sjudelt skala, fra 1= "svært fornøyd" til 7="svært misfornøyd"



### **Kommunenes oppfatninger om mangler ved VHT sitt tjenestetilbud**

På spørsmål om kommunene har erfart vesentlige mangler/problemer ved VHT på ulike områder, er det mulig å peke på flere interessante observasjoner. Vi ser i tabell 12 nedenfor at det er klare forskjeller etter kommunestørrelse, og at – med noen få unntak – oppfatter bykommuner mangler i klart større grad enn det småkommuner gjør. Det viktigste unntaket er hyppighet av kontakt med voksenhabiliteringstjenesten, hvor småkommuner relativt hyppig gir uttrykk for mangler/problemer.

Vi ser videre i tabellen at "Utredning/bistand knyttet til makt og tvang jfr kap 4A" er det området som kommer best ut av alle. Her er det bare ni prosent av de som svarte på spørsmålet, som rapporterer om vesentlige mangler/problemer, og andelen er lavest i småkommuner og høyest i bykommuner. Også bistand i forbindelse med individuell plan og type utdanning hos de som bistår fra voksenhabiliteringstjenesten kommer bra ut. Kommunene oppfatter størst mangler ved mulighet for innleggelse.

**Tabell 12 Er det vesentlige mangler/problemer ved VET knyttet til...?  
Prosent. Etter kommunestørrelse**

	< 5000 innb	5-9999 innb	> 10 000 innb	Alle
Diagnostisk utredning	14	21	24	18
*Poliklinisk behandling	13	20	47	25
*Ambulant behandlingstilbud	10	24	49	24
*Veiledning og annen kompetanseoppbygging	9	22	31	18
*Faglig kompetanse hos voksenhabiliteringstjenesten	11	20	41	21
*Type utd. hos de som bistår fra voksenhabtj.	7	20	25	15
Hyppigheten av kontakt med voksenhabtj.	22	10	22	19
*Omfange av tilbudet fra voksenhabtj.	9	20	42	21
*Mulighet for innleggelse i døgnenhet ved kriser	46	59	93	65
*Mulighet for innleggelse i døgnenhet for korttidsbeh.	42	70	90	63
*Mulighet for innleggelse ved lengre tids behandling	49	54	87	62
*Samarbeidet mellom voksenhabtj. og somatisk spesialisthelsetjeneste	19	19	42	25
*Samarbeid mellom voksenhabiliteringstjenesten og psykiatri	34	40	61	44
*Utredning/bistand knyttet til makt og tvang jfr kap 4A	4	13	15	9
Bistand i forbindelse med utarbeidelse av individuell plan	11	9	19	12
*Mobile innsatsmidler	11	22	47	23
N	57-91	23-41	30-52	114-183

\* = statistisk signifikante forskjeller på 5 % nivå.

Som en foreløpig oppsummering kan vi slå fast at andelen kommuner som har gjort formelle henvisninger til VHT på grunn av veiledning i rettssikkerhet/-kapittel 4A er langt større blant middels store og store kommuner enn i små kommuner. Blant små kommuner er det én av fem kommuner som har gjort en skriftlig henvisning med rettssikkerhet som årsak, mot tre av fem i store

kommuner. Ikke overraskende er det små kommuner som sjeldnest har kontakt med VHT. Dette gjelder både klientrettede tiltak og kompetansehevende tiltak. "Veiledning i rettssikkerhet (inkl kap 4A)" er en av de mest utbredte henvisningsårsakene til VHT i kommunen. Årsaken er oppgitt av fire av ti kommuner som deltok i undersøkelsen. Kommuner som har henvist formelt til VHT med rettssikkerhet som årsak, har en relativt stor kontakthypighet med VHT sammenlignet med kommuner som har henvist av andre grunner. Vi finner at store kommuner klart hyppigere enn mellomstore og små oppgir veiledning knyttet til kapittel 4A som et behov. To av tre store kommuner (68 prosent) mot omkring halvparten (respektive 54 prosent og 46 prosent) i mellomstore og små kommuner oppgir veiledning knyttet til kapittel 4A som et behov. Materialet viser at i kommunenes vurderinger av voksenhabiliteringstjenesten sin kompetanse på ulike fagområder, er det kompetanse knyttet til 4A som kommer best ut. Ikke bare kommer dette kompetanseområdet best ut, det er også det området hvor spredningen er minst, det vil si hvor kommunene er mest enige. Bistand knyttet til kapittel 4A er det området av mottatt bistand fra VHT som gis best vurdering i både små, mellomstore og store kommuner. Et lavt standardavvik indikerer at kommunene er ganske enige om dette. På spørsmål om kommunene har erfart vesentlige mangler/problemer ved VHT på ulike områder oppfatter bykommuner mangler i klart større grad enn det småkommuner gjør. Det viktigste unntaket er hyppighet av kontakt med voksenhabiliteringstjenesten, hvor småkommuner like ofte som større kommuner gir uttrykk for mangler/problemer. "Utredning/bistand knyttet til makt og tvang jfr kap 4A" er det området som kommer best ut av alle.

Vi skal i fortsettelsen bruke resultatene fra kommuneundersøkelsen som et bakteppe når vi i neste avsnitt presenterer og diskuterer hvordan kommunene vurderer sitt forhold til spesialisthelsetjenesten.

### **Kommunenes vurdering av sitt forhold til spesialisthelsetjenesten**

Våre kommuner er todelt i sitt syn på spesialisthelsetjenesten. Halvparten av kommunene vurderer samarbeidet med spesialisthelsetjenesten som veldig bra. Her vektlegges det blant annet at de kjenner hverandre godt, at de har god dialog og kan ringe når de måtte ha behov for hjelp, noe de også i stor utstrekning gjør. Det fremheves videre at de har klare forventninger til hverandre og gjerne har konkrete samarbeidsavtaler hvor det kommer frem hvor ofte kommunene skal få veiledning fra habiliteringstjenesten i hver vedtaksperiode, i tillegg til at de kan få veiledning ved behov, i mer akutte situasjoner. Disse kommunene opplever at habiliteringstjenesten utviser stor fleksibilitet. Videre gis det eksempler på at samarbeidet med habiliteringstjenesten ikke bare dreier seg om møter og at veiledning gis i form av møter. En av informantene forteller i den forbindelse:

*"Habiliteringstjenesten utreder sammen med oss. De kan være i boligen for eksempel i ei hel uke og observere og samhandle med bruker og*

*personal. På den måten får de dannet seg et godt bilde av utfordringer vi står overfor og hvordan praksisen er i boligen. Dette opplever vi som veldig verdifullt”.*

Det nære samarbeidet og det at habiliteringstjenesten setter seg godt inn i de ulike problemstillinger gjør også at man i en del tilfeller finner alternativer til tvang og at prosessen avsluttes med at det ikke er behov for vedtak, eller at en kommer fram til mindre inngripende vedtak enn først tenkt.

Disse kommunene opplever også at habiliteringstjenesten har god tid til dem og at de har den kompetansen de har behov for. I de tilfeller det har vært mangel på kompetanse har habiliteringstjenesten rådført seg med andre spesialister eller kjøpt inn tjenester fra andre.

Flere av informantene påpeker også viktigheten av å melde inn behov til habiliteringstjenesten. Følgende informantutsagn fra kommunene illustrerer dette:

*”Samarbeidet avhenger jo av at vi melder inn våre behov, at vi er bevisst på at vi trenger veiledning og kan formidle hva utfordringene handler om. Når vi gjør det så får vi alltid hjelp, men det er kanskje ikke alltid at vi i kommunen er like flink til å melde inn behov”.*

*”Det avhenger veldig av oss, men de er behjelpelig når vi ber om det”.*

*”Vi hadde kanskje fått mer oppfølging i form av kurs hvis vi hadde vært flinkere til å melde inn behov, men vi er nok ikke flinke nok til det.”*

Med andre ord, halvparten av de kommuner vi har intervjuet, synes i stor grad at de har et godt forhold til habiliteringstjenesten, og at habiliteringstjenesten er tilgjengelig dersom de tar kontakt og lur på noe.

De kommuner som er mer negative i sine vurderinger av habiliteringstjenesten, fremhever blant annet at habiliteringstjenesten ikke har den kompetansen de har behov for, at de er mer opptatt av å kontrollere kommunene enn å veilede, og at de har alt for lite kapasitet. Følgende informantutsagn fra kommunene illustrerer hvordan de opplever mangel på kapasitet i habiliteringstjenesten:

*”Vi opplever ofte at habiliteringstjenesten ikke har mer kompetanse enn det vi selv har i kommunen – det er pinlig. Når for eksempel de som kommer å skal veilede oss ikke har analysekompetanse så er det helt utrolig. Da kaster de bort tida vår”.*

*"Mangel på kompetanse hos habiliteringstjenesten opplever vi spesielt når det er snakk om adferdsvansker. Der har vi opplevd at vi har bedre kompetanse selv".*

*"Vi sa i fra om at vi ikke synes de hadde tilstrekkelig kompetanse, men det var de uenige i... så en stund så tenkte vi at vi får bare se bort i fra dem og hente den kompetansen vi trenger andre steder. Vi kjøpte inn kompetanse og fikk etter hvert habiliteringstjenesten med på et spleiselag".*

*"En av årsakene til at ting stoppa opp og vi ikke kom videre med de utfordringer vi sto overfor var at habiliteringstjenesten ikke hadde tilstrekkelig kompetanse. De kom inn og så på turnuser, praktisk organisering, tjenesteytingen i boligen. Vi fikk de ikke til å gå inn å observere samhandlingen mellom personale og brukeren slik at de kunne hjelpet til med å analysere hva som skjer i samhandlingen".*

Habiliteringstjenestens rolle er blant annet å bistå kommunene ved utforming av vedtak etter kapittel 4A. Enkelte kommuner opplever derimot at de er mer opptatt av å kontrollere kommunene og at de i for stor grad blir fylkesmannens forlengede arm ut i kommunene. Det kommenteres fra flere av informantene også fra habiliteringstjenesten at det er viktig at ikke samarbeidet mellom habiliteringstjenesten og fylkesmannen blir for tett. En av informantene sier i den forbindelse at det er negativt når det blir et kompisforhold mellom fylkesmannen og habiliteringstjenesten. Det tette forholdet kan føre til at fylkesmannen i sin overprøving av vedtakene stoler litt for mye på habiliteringstjenesten. Dette er for øvrig et tema som blir løftet frem flere steder i denne rapporten, blant annet i kapittel 8.

Kapasitetsproblemer hos habiliteringstjenesten oppleves på flere måter av de kommuner som har negative innvendinger til samarbeidet med habiliteringstjenesten. Følgende informantutsagn illustrerer dette:

*"Vi opplever at de har for lite tid når de kommer og at de bruker tiden feil. Det blir for mye å sitte rundt et bord å diskutere, men det kommer ikke så mye ut av det. De er veldig opptatt av rammene.... det har de spesialisert seg på. Det hadde vært behov for mer tid når de kom, slik at de også kunne bruke litt tid på deltakende observasjon".*

*"Mange vedtak stoppes eller forsinkes på grunn av kapasitetsproblemer hos habiliteringstjenesten... spesielt lang ventetid på diagnostisering".*

*”De er jo travle... vanskelig hvis et tidspunkt ikke passer for oss. Litt stram tidsregi. Er vel kanskje det at de har veldig mye. Vi kuttet dem ut og brukte en annen veileder.”*

Tidligere i dette kapitlet presenterte vi hvordan over halvparten (229) av landets kommuner ser på bruk av, behov for og vurderinger av voksenhabiliterings-tjenesten. Resultatene fra denne undersøkelsen viser at VHT's kompetanse knyttet til kapittel 4A er det som kommer best ut, likevel er det andre områder som også kan berøres i kategorier/tema som kan trekkes frem som sentrale i forhold til disse spørsmål. Vi så at bykommuner i langt større grad enn småkommuner opplever vesentlige mangler/problemer med VHT på ulike områder. Det viktigste unntaket er hyppighet av kontakt med VHT hvor småkommuner like ofte gir uttrykk for mangler/problemer. 15 prosent av kommunene over 10 000 innbyggere opplever mangler knyttet til utredning/-bistand i forhold til makt og tvang, 24 prosent i forhold til diagnostisk utredning, 31 prosent i forhold til veiledning og annen kompetanseoppbygging, 41 prosent i forhold til faglig kompetanse hos VHT, 61 prosent i forhold til samarbeid mellom VHT og psykiatri og 47 prosent av kommunene med over 10 000 opplever at det er vesentlige mangler knyttet til mobile innsatsmidler.

I neste avsnitt skal vi se nærmere på hvordan kommunene vurderer sitt forhold til fylkesmannen.

### **3.7 KOMMUNENES FORHOLD TIL FYLKESMANNEN**

Flertallet av de vi intervjuet mente de hadde et rimelig godt samarbeid med fylkesmannen. Dette bygger blant annet på at det vises til at de har god erfaring med å være i dialog med fylkesmannen i forhold til utarbeidelse av vedtak og saksbehandlingsprosedyrene. De opplever at de har en åpen linje til fylkesmannen og kan ringe når det er noe de lurer på. I flere tilfeller forteller informantene også at de opplever fylkesmannen som en viktig støtte og at kontakten med fylkesmannen har bidratt til at det har skjedd mye positivt som har bidratt til en kvalitetsforbedring i kommunen. Enkelte steder har kontakten med fylkesmannen vært det som har vært avgjørende for at man har begynt å ta kapittel 4A på alvor i kommunen. Dette gjelder spesielt i kommuner hvor personale i boligene sliter med å få egen kommune til å prioritere dette arbeidet. I den forbindelse sier en av informantene:

*”Det oppleves godt at fylkesmannen ser oss og hva vi sliter med, spesielt når du føler at du ikke når opp i egen kommune”.*

Kommunene opplever også tilsynene som nyttige, da de får en grundig gjennomgang av vedtakene og evaluert hva som har skjedd siden sist.

De fleste er også fornøyd med kapasiteten til fylkesmannen. Det er imidlertid noen som bemerker at saksbehandlingstiden er for lang og at de ser en tendens til lengre og lengre saksbehandlingstid. Dette oppleves som en uheldig utvikling som kan bidra til å forverre rettsikkerheten til personer med psykisk utviklingshemning.

Når det gjelder hvor aktiv fylkesmannen er i forhold til å arrangere kurs, seminarer og andre opplæringstiltak er bildet litt mer variert. Mens enkelte mener at de får tilstrekkelig med opplæring i form av kurs er andre mindre fornøyd med dette tilbudet, slik følgende informantutsagn viser:

*"Vi har meldt inn behov for kurs, spesielt når det gjelder saksbehandlingsreglene, til fylkesmannen. Han sa det var et lurt innspill, og siden har vi ikke hørt noe".*

*"Det er mange år siden vi har hatt kurs i regi av fylkesmannen. Dette har medført at vi har måttet lage noen kurspakker selv – skulle ønske at fylkesmannen kunne kjørt kurs, men det prioriteres vel ikke lengre..."*

Enkelte informanter trekker også frem at stor "turn over" blant personalet bidrar til at det kontinuerlig er behov for kursing i forhold til loven og praktiseringen av den og at dette må tas på alvor hvis en skal forebygge og begrense tvangsbruken.

En innvendig som flere av våre informanter tar opp i intervjuene, er knyttet til fylkesmannens kompetanse og forhold til habiliteringstjenesten. Her trekkes det blant annet fram at:

*"Fylkesmannen er først og fremst opptatt av å "ta oss" – de er litt arrogante. Det å "ta oss" blir viktigere enn å veilede oss. Det er viktigere å finne et avvik enn å fortelle hva vi gjør bra. Dette preger samhandlingen. De er veldig byråkratiske. (...) De burde hatt kompetanse og erfaring fra feltet. Det blir litt kulturkollisjoner".*

*"Du skal ha tungen rett i munnen når du ringer og spør fylkesmannen om noe. Vi opplever vel kanskje at fylkesmannen i utgangspunktet er negativt innstilt til kommunene. Vi føler at de mistror at kommunene tar ansvaret sitt i forhold til brukerne. Det hender jo at det blir sagt ting ganske direkte. I enkelte tilfeller, i hvert fall ett tilfelle, så har jeg fått beskjed om at "det er ikke bare å lure seg unna å skrive vedtak", og liksom fått ganske klar tilbakemelding når jeg spurte om råd i forhold til enkelte ting."*

I tillegg til at fylkesmannen av enkelte oppleves som kontrollerende og mistenksom i forholdet til kommunene, er det også tatt opp som et problem som nevnt tidligere, at det blir for tett samarbeid mellom fylkesmannen og habiliteringstjenesten.

*”Fylkesmannen lar oss slippe alt for lett når det gjelder alternative tiltak. Vi vet at det sikkert finnes flere alternativer, men fylkesmannen rådfører seg for mye med habiliteringstjenesten og stoler for mye på habiliteringstjenesten. Da blir habiliteringstjenesten både bukken og havresekken – ikke sikkert at det habiliteringstjenesten sier alltid er så lurt, fordi de har ikke tilstrekkelig kompetanse. Dette er særlig et problem når fylkesmannen bare har juridisk kompetanse. Der det er vernepleiere kan de kanskje stille mer spørsmål med det habiliteringstjenesten gjør og gir av råd”.*

Det fremheves også at det skulle ha vært et nærmere samarbeid mellom juss og miljøterapi. I noen tilfeller så opplever en at det kan være stor avstand mellom det som vurderes som juridisk fornuftig og det som vurderes som miljøterapeutisk fornuftig. En av informantene uttrykker dette på følgende måte: *”juss er juss og ikke miljøterapi”*. Denne informanten poengterer også at det hadde vært fornuftig å løftet noe av ansvaret i forhold til å jobbe med å finne gode alternativer til tvang og makt til universitetene. Slik det er i dag, er det ikke tilstrekkelig fagkompetanse i mange habiliteringstjenester til å finne alternative løsninger.

### **3.8 UTFORDRINGER KNYTTET TIL KOMMUNENS ROLLE I FORHOLD TIL LOVEN**

Informantene fra kommunene ble bedt om å konkretisere hva de mente var de **største** utfordringene knyttet til deres rolle i forhold til loven. De tema som går igjen hos våre informanter er forhold knyttet til saksbehandlingsreglene, kommuneøkonomi, manglende styring og internkontroll, generelle rammebetingelser, holdningsendrende arbeid og ikke minst kompetanse.

En viktig utfordring dreier seg om **saksbehandlingsreglene** knyttet til kapittel 4A. Mange kommuner opplever selve saksbehandlingen som svært ressurskrevende, omfattende og komplisert, og dermed blir loven vanskelig å praktisere. Det kan føre til at de kvier seg for å utarbeide vedtak og skrive enkeltmeldinger som igjen kan føre til underrapportering med tanke på enkeltmeldinger og at en venter i det lengste med å ta fatt på utarbeidelse av vedtak. En annen konsekvens av at saksbehandlingsreglene oppfattes som utfordrende, er at mange vernepleiere bruker det meste av tiden sin på dokumentasjonsarbeid og formaliteter, og blir dermed ikke satt til det faglige



arbeidet i boligene. Dette er som en av informantene sier: *”en forferdelig utvikling”*. Det poengteres også at påfallende mange vernepleiere søker seg over på andre felt etter hvert. En av informantene uttrykker sin bekymring på denne måten:

*”Hvis dette er for å komme seg bort fra saksbehandling og formaliseringer så er det veldig betenkelig”*.

For å gjøre dette arbeidet i kommunene lettere er det flere informanter som mener det er viktig å få på plass gode rutiner, opplæring og at dette arbeidet forankres på systemnivå i kommunene. Det må settes av mer tid og ressurser i kommunene til dette arbeidet.

Flere peker på at **dårlig kommuneøkonomi** er en stor utfordring i forhold til å klare å følge opp pålegg fra statlig hold. I den forbindelse er det også flere som poenterer at det ikke er fokus på personer med psykisk utviklingshemning som gruppe lengre og at det ofte oppleves at ulike sårbare grupper blir satt opp mot hverandre når kommunene skal gjøre sine prioriteringer. Gode **rammebetingelser** ses på som alfa og omega for å kunne forebygge og legge til rette for minst mulig bruk av tvang og makt. En utfordring i flere av kommunene er derimot at det å drive et godt faglig arbeid begrenses av for dårlige rammebetingelser.

Det er også som påpekt ved flere anledninger, knyttet store utfordringer til den faglige **kompetansen** i kommunene. En utfordring er å få ansatt personer med relevant kompetanse, men det ligger også en stor utfordring i å beholde den faglige kompetansen, både i boligene og på ledernivå, ikke minst på mellomledernivå i kommunene. Stor ”turnover” ser ut til å være et problem på alle nivåer i kommunene. Behovet for økt kompetanse i kommunene knytter seg ikke bare til kapittel 4A, men også mer generelt i forhold til kompetanse om personer med psykisk utviklingshemning.

**Manglende styring og internkontroll** i kommunene er også en stor utfordring i forhold til å forebygge unødvendig bruk av tvang og makt. Etter sosialtjenestelovens § 2-1 annet ledd skal kommunen føre internkontroll for å sikre at virksomheten og tjenester etter blant annet kapittel 4A er i samsvar med krav fastsatt i eller i medhold av lov eller forskrift. Dette er en pålagt oppgave som fremdeles fungerer for dårlig i flere av de kommuner vi har studert.

Til tross for at det har skjedd mye bra når det gjelder bevisstgjøring av ansatte som yter tjenester til personer med psykisk utviklingshemning påpekes det at det fortsatt er en stor utfordring å sette av tid og ressurser til å drive **holdningsarbeid** knyttet til forståelsen av tvang og makt, samt å bevisstgjøre ansatte på ulike nivåer i kommunen til å ta dette arbeidet alvorlig. Dette gjelder

også mer generelt i forhold til de tjenester som gis til personer med psykisk utviklingshemning.

Enkelte kommuner opplever dessuten stor frustrasjon i forhold til **områder som kapittel 4A ikke hjemler**. En av informantene sier i den forbindelse: *"dette gjelder ikke minst medikamentbruk og bruk av tvang i forbindelse med helseundersøkelser"*.

Personer med psykisk utviklingshemning som begår kriminelle handlinger og lovbrudd, oppleves også som en stor utfordring. Følgende informantutsagn illustrerer noe av denne problematikken:

*"Det er et stort problem med psykisk utviklingshemmede som gjør kriminelle handlinger. Har vært borti rettssaker, hvor den som har gjort noe galt ikke har fått en dom fordi vi jobber så godt med gruppa psykisk utviklingshemmede, men da pålegger rettsvesenet oss noe vi ikke har makt til å følge opp – kan for eksempel gjelde seksuelle overgrep og brannstifting. Her forventes det mer av oss en vi kan gjøre. Kan være godt fungerende psykisk utviklingshemmede som ramler mellom flere stoler her. De ønsker tiltak hos oss som vi egentlig ikke har hjemmel til å iverksette. Vi kan ikke fotfølge godt fungerende personer"*.

*"Det er jo ei problemstilling at vi har personer som er dømt til tvungen omsorg, der sentral fagenhet for tvungen omsorg ønsker at disse personene skal få et 4A vedtak istedenfor fortsatt dom. Der vi mener det blir helt håpløst, dette dreier seg jo ikke om personer som trenger hjelp etter sosialtjenesteloven eller kommunehelsetjenesteloven 24 timer i døgnet..."*.

Slike problemstillinger bør etter det våre informanter formidler tas opp til grundig vurdering og avklaring. Enkelte har også bedt fylkesmannen komme med en avklaring i forhold til denne problematikken.

I og med at mange av kommunene bruker mye tid og ressurser på å følge opp kapittel 4A frykter en i flere kommuner at en får et **a- og b-lag blant tjenestemottakere med psykisk utviklingshemning**. I den forbindelse er det en informant som sier:

*"Alle ressursene i kommunen brukes til de som trenger vedtak etter kapittel 4A. Tilbudet til de som ikke har behov for tvangstiltak eller alternativer til tvangstiltak blir dårlig og salderes bort"*.

Enkelte kommuner opplever ikke bare dette som en frykt, men ser at dette helt konkret er en konsekvens av at de må bruke så mye tid og ressurser på å følge opp lovverket.

### **3.9 OPPSUMMERING**

Kommunenes erfaring med kapittel 4A er svært variabelt. Denne variasjonen viser seg blant annet i forhold til hvor gode rutiner de har i forhold til loven og hvordan loven er blitt implementert på systemnivå i kommunene. Enkelte av våre kommuner har nylig tatt fatt på dette arbeidet som en følge av at de er blitt fulgt tett opp av fylkesmannen etter de avvik som ble avdekket ved landsomfattende tilsyn i 2006. Andre av våre kommuner har hatt vedtak siden slutten av 1999, og har gode rutiner og systemer for hvordan loven skal følges opp. De kommuner som har best erfaring med implementeringen av lovverket merker også at det har skjedd mye positivt i kjølvannet av dette lovverket, som blant annet at det er en helt annen holdning i og til tjenestene som ytes, menneskesynet er endret, og det jobbes faglig godt i mange miljøer.

Alle våre informanter mener det var positivt at denne loven ble iverksatt, derimot pekes det på noen problemstillinger som det bør tas tak i, og som ikke fungerer slik lovverket er i dag. Mangel på kompetanse er stort i de fleste kommuner, dette gjelder ikke bare de kommuner som vi har intervjuet i forbindelse med evalueringen, det påpekes også fra fylkesmannens og habiliteringstjenestenes side at dette er et stor problem i de fleste av landets kommuner. Selv de kommuner som jobber godt i forhold til loven sliter med å skaffe seg tilstrekkelig personell med kompetanse. Saksbehandlingsreglene oppleves dessuten som for krevende og kompliserte noe som også bidrar til at loven er vanskelig å følge opp. Flere mener dette fører til underrapportering av tvang. Uforholdsmessig mye av tiden til vernepleier går med til dokumentasjonsarbeid og saksbehandling i forbindelse med utarbeiding av vedtak, dette går på bekostning av den tiden vernepleiere kunne brukt til det faglige arbeidet i bomiljøet. Enkelte mener også at dette er noe av årsaken til at vernepleiere søker seg bort fra boligene. Dårlig kommuneøkonomi fører dessuten til at rammebetingelsene blir verre flere steder. En annen problemstilling som går igjen hos våre informanter er knyttet til deres frustrasjon i forhold til de områder som kapittel 4A ikke hjemler. Dette gjelder først og fremst i forhold til medikamentbruk og bruk av tvang i forbindelse med helseundersøkelser.

Kommunene poengterer at de legger ned mye arbeid i å forebygge og begrense bruk av tvang og makt. Dette gjøres blant annet ved at man tilrettelegger slik at alle skal ha meningsfulle aktiviteter på dagtid, at det tilrettelegges for allsidig og forutsigbart miljø rundt den enkelte tjenestemottaker, tilrettelegging for at personalet får veiledning og kurs slik at bevissthetsnivået øker osv.

Organisatorisk tilrettelegging i forhold til at en ikke bør ha for mange beslutningsnivåer og at en forankrer tjenestetilbudet på topp i kommuneorganisasjonen. Et annet organisatorisk grep som enkelte har erfart som positivt er at en har et klart atskilt bestiller – utfører prinsipp, på den måten ligger vedtak om tjenester hos noen andre enn de som utfører tjenestene, dermed er det andre som vurderer behovet for tjenester, slik at ikke ”bukken passer havresekken”.

De kommuner som sliter og som selv mener at det ikke jobbes godt nok med forebygging av tvang og makt trekker blant annet frem at det skorter på systemnivå. Rammebetingelsene er for dårlige, tjenester til personer med psykisk utviklingshemmede prioriteres ikke, denne gruppen settes opp mot andre grupper, det gjøres ikke nok i forhold til å ta vare på personalet, det er for mange små deltidstillinger og for mange ufaglærte. Dessuten er bemanningen for liten i forhold til de utfordringer en står ovenfor og en oppnår ikke forståelse for at dette må prioriteres i kommunen. Manglende styring og internkontroll i flere kommuner er dessuten en stor utfordring i forbindelse med det forebyggende arbeidet, dette fungerer dårlig i flere av de kommuner vi har studert.

Kommunenes vurdering av sitt forhold til habiliteringstjenesten er todelt. Halvparten av våre kommuner vurderer samarbeidet som veldig bra, mens den andre halvparten ikke synes dette samarbeidet er tilfredsstillende fordi de ikke opplever at habiliteringstjenesten har den kompetansen som de har behov for og at de har for lite kapasitet til å bistå kommunene. Det stilles også spørsmål ved habiliteringstjenestens rolle i forhold til kapittel 4A, her er det enkelte som mener habiliteringstjenesten blir mer opptatt av å kontrollere kommunene enn å veilede dem.

Kommunenes vurdering av sitt forhold til fylkesmannen er positivt for et flertall av våre kommuner. Kommunene har god erfaring med å være i dialog med fylkesmannen og opplever fylkesmannen som en viktig støttespiller. Kapasiteten til fylkesmannen oppleves også som god av de fleste informantene fra kommunene, det er et fåtall som mener at saksbehandlingstiden er for lang. Det er imidlertid enkelte kommuner som stiller spørsmål ved fylkesmannens kompetanse og som mener den juridiske kompetansen går på bekostning av den faglige kompetanse knyttet til det å jobbe med personer med psykisk utviklingshemning. Dette kan i noen tilfeller bidra til konflikt mellom juss og miljøterapi, og til kulturkollisjoner mellom de som står ute i praksisfeltet og de som sitter å gjør juridiske vurderinger hos fylkesmannen.

## **4. HABILITERINGSTJENESTENS ROLLE I FORHOLD TIL KAPITTEL 4A**

### **– sett ut fra fylkesmannens, kommunenes og habiliteringstjenestens egen vurdering**

I dette kapitlet skal vi se nærmere på hva som er habiliteringstjenestens rolle i forhold til kapittel 4A. Deretter skal vi fokusere på hvordan habiliteringstjenesten utøver sin rolle. Vi vil spesielt se på forhold som omhandler kompetanse og kapasitet, hvordan bistand til kommunene ytes, hvordan de bidrar i forhold til å legge til rette for å forebygge og begrense bruk av tvang og makt, hva de opplever som utfordringer knyttet til praktiseringen av lovreglene, samt hvordan de kvalitetssikrer sitt arbeid knyttet til loven. Vi vil også presentere en reanalyse av kartleggingen vi gjorde av voksenalterhabiliteringstjenesten i 2005 (Lichtwarck m.fl. 2005). Dette var som tidligere nevnt, en kartlegging av hvordan habiliteringstjenesten fungerer med hensyn til brukergrupper, innhold, kompetanse, kapasitet og samarbeid med andre. 249 ansatte i voksenalterhabiliteringstjenesten har svart på denne kartleggingen. For en nærmere redegjørelse av datagrunnlaget, se redegjørelse av metodisk fremgangsmåte i kapittel 1.

Det er først og fremst habiliteringstjenestens stemme som vil bli toneangivende i dette kapitlet, både fra de intervjuer vi har gjort med representanter derfra høsten 2007 og den nevnte spørreskjemaundersøkelsen vi gjorde blant ansatte i voksenalterhabiliteringstjenesten. Vi vil også nyansere presentasjonen ved å la kommunenes og fylkesmannens stemme komme frem der vi har supplerende data.

### **4.1 HABILITERINGSTJENESTENS OPPGAVER I FORHOLD TIL KAPITTEL 4A**

Ifølge § 4A-7 skal spesialisthelsetjenesten bistå kommunene ved utforming av vedtak som innebærer tiltak om bruk av tvang. Det er kommunene som har ansvaret for at spesialisthelsetjenesten bringes inn i saken og får de opplysninger den trenger for å kunne bistå på en forsvarlig måte. Når kommunen har fattet vedtak om bruk av tvangstiltak skal dessuten spesialisthelsetjenesten gis mulighet for å uttale seg om innholdet i vedtaket. Spesialisthelsetjenesten har i utgangspunktet frist på en uke til å komme med en eventuell uttalelse. Uttalelsen skal gis til fylkesmannen som har overprøvingsmyndighet.

For at fylkesmannen skal ha nødvendig grunnlag for overprøving skal spesialisthelsetjenestens vurderinger være kjent. Det skal derfor fremgå av kommunens vedtak om vedtaket er i samsvar med de råd spesialisthelsetjenesten har gitt. Spesialisthelsetjenesten står fritt i om de ønsker å avgi uttalelse, men dersom de har innsigelser mot vedtaket eller deler av dette, bør disse fremføres for fylkesmannen slik at overprøvingen kan bygge på så fullstendige opplysninger som mulig. I tillegg kan fylkesmannen i forbindelse med overprøvingen av kommunale vedtak kreve utfyllende opplysninger eller redegjørelser fra spesialisthelsetjenesten, jfr. Forvaltningslovens § 17.

For øvrig stadfester § 4A-13 at reglene i dette kapitlet gjelder for de spesialisthelsetjenester som de regionale helseforetakene skal sørge for, når de deltar i tiltak etter kommunale vedtak etter § 4A-7. De regionale helseforetakene plikter å sørge for at spesialisthelsetjenestene har den kompetanse og bemanningen som er nødvendig for å yte forsvarlig bistand til kommunene ved tiltak etter reglene i dette kapitlet. Regionalt helseforetak er dessuten ansvarlig for at de oppgaver som spesialisthelsetjenestene er pålagt etter kapittel 4A blir utført<sup>6</sup> (IS-10/2004).

I neste avsnitt skal vi se nærmere på resultatene fra kartleggingen av voksenhabiliteringstjenesten i 2005. Det er spesielt resultatene i forhold til voksenhabiliteringstjenestens kompetanse og kapasitet som vil vektlegges.

## **4.2 HVA FANT VI I KARTLEGGINGEN FRA 2005?**

Det første området vi skal fokusere på er de ansattes vurdering av kompetanse på ulike områder ved sitt arbeidssted. Vi skal nærmere bestemt undersøke om det er forskjeller i vurderingen av slik kompetanse etter kjønn, alder og antall år i stillingen.

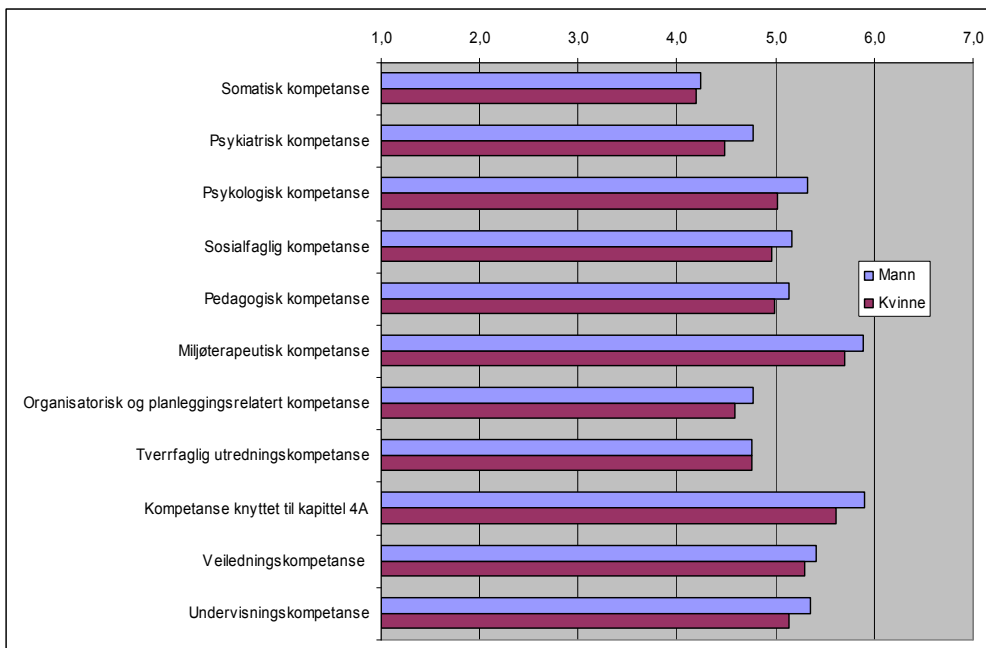
Figur 4 viser at både kvinner og menn er overveiende positive til de fleste områder. Samtidig er det en tendens til at menn i gjennomsnitt er noe mer positive til kompetansen på sitt arbeidssted enn det kvinner er. Dette gjelder ikke minst kompetanse knytte til kapittel 4A (dog ikke statistisk signifikante forskjeller på enkeltvariabler<sup>7</sup>). Dette er for øvrig et av de spørsmålene hvor VHT opplever sin kompetanse best av de oppgitte alternativene. Miljøterapeutisk kompetanse er et annet alternativ som scorer høyt.

---

<sup>6</sup> De regionale helseforetakenes strategier på dette området er eget tema i kapittel 6 i denne evalueringsrapporten.

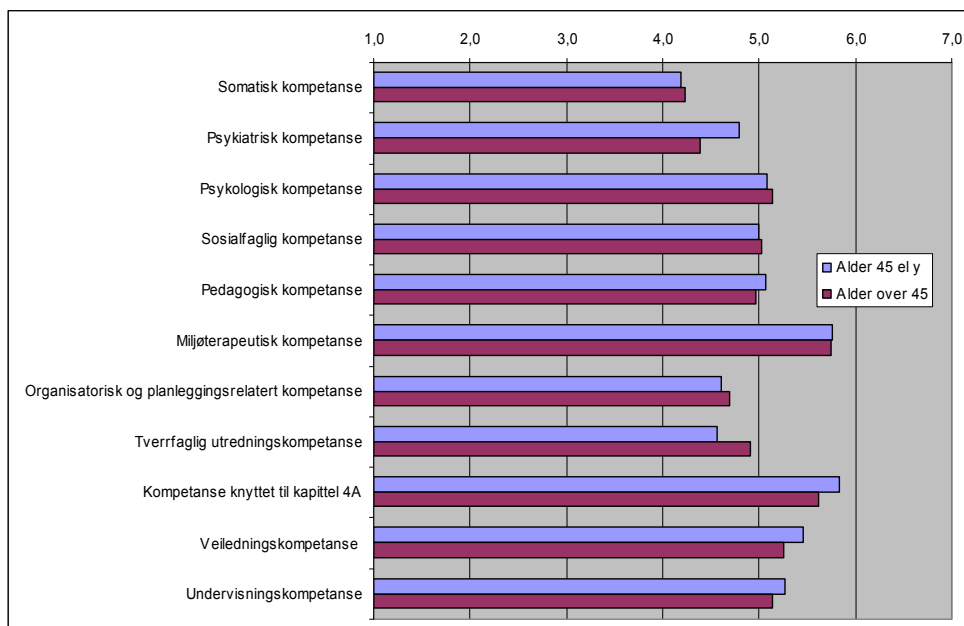
<sup>7</sup> Sjekket ved bruk av 95 prosenters konfidensintervall for gjennomsnitt.

**Fig. 4 Hvordan opplever du kompetansen innenfor ulike områder ved ditt arbeidssted? Etter kjønn. Gjennomsnitt på en skala fra 1 til 7 hvor 1 står for "svært dårlig" og 7 står for "svært god".**



Neste figur viser at den yngste aldersgruppen (45 år eller yngre) opplever sin kompetanse som noe bedre enn den eldre aldersgruppen, når det gjelder kapittel 4A. Den yngste aldersgruppen vurderer også kompetansen som bedre når det gjelder psykiatrisk kompetanse, miljøterapeutisk kompetanse, veiledningskompetanse og undervisningskompetanse. Tverrfaglig kompetanse skiller seg ut i motsatt retning – her er det de over 45 år som opplever kompetansen best.

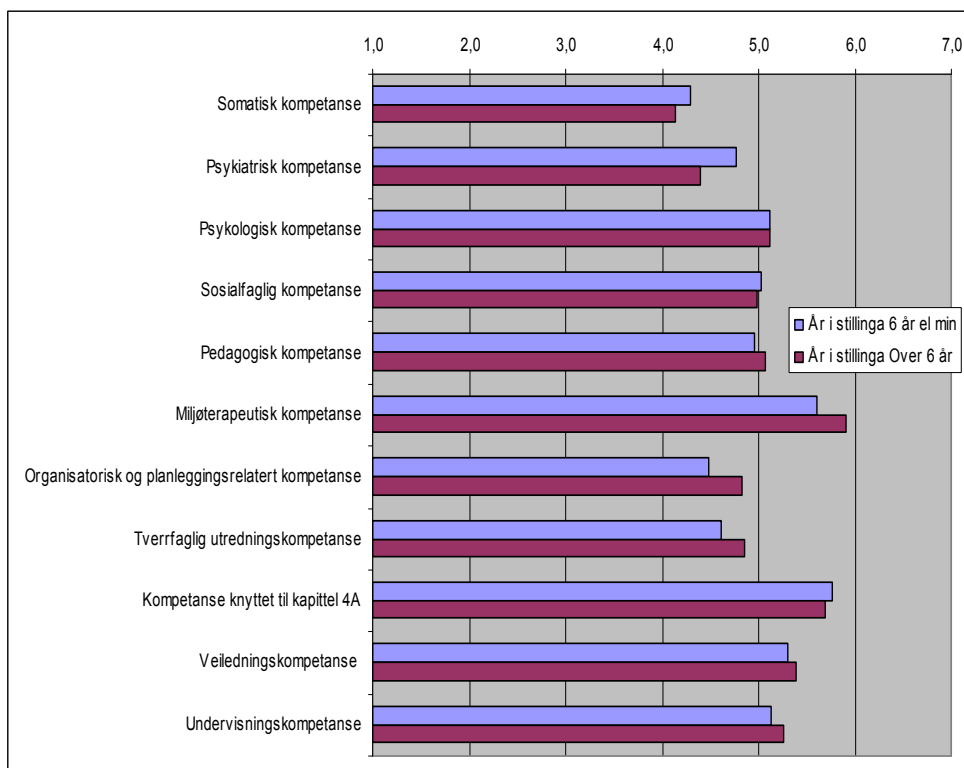
**Fig. 5 Hvordan opplever du kompetansen innenfor ulike områder ved ditt arbeidssted? Etter alder. Gjennomsnitt på en skala fra 1 til 7 hvor 1 står for "svært dårlig" og 7 står for "svært god".**



Ser vi på antall år i stillingen (delt i to grupper, hhv under og over 6 år) er det liten forskjell i vurderingen av kompetanse på arbeidsstedet mellom de to gruppene når det gjelder kapittel 4A (se fig. 6). Fartstid i stillingen slår ut mest for psykiatrisk kompetanse (de under 6 år i stillingen mest positiv), miljøterapeutisk kompetanse, organisatorisk og planleggingsrelatert kompetanse, og tverrfaglig utredningskompetanse. For de tre sistnevnte er det de over 6 år i stillingen som vurderer kompetansen på arbeidsstedet mest positivt.



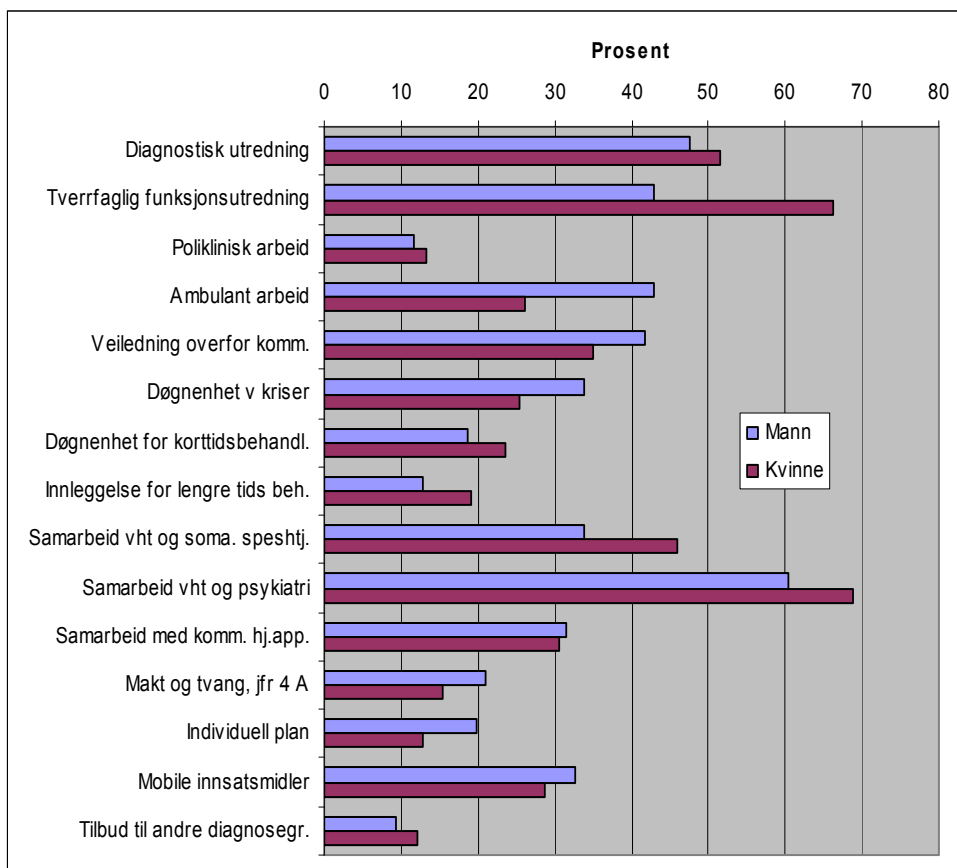
**Fig. 6 Hvordan opplever du kompetansen innenfor ulike områder ved ditt arbeidssted? Etter antall år i stillingen. Gjennomsnitt på en skala fra 1 til 7 hvor 1 står for "svært dårlig" og 7 står for "svært god".**



### Sider ved VHT som bør styrkes

Ser vi på hvilke sider ved VHT sitt tilbud som etter de ansattes oppfatning bør styrkes, kommer utredning/bistand knyttet til makt og tvang et stykke ned på listen, noe som kan tyde på at man er relativt tilfreds med tilbudet på dette området (se fig. 7). Det er bare poliklinisk arbeid, innleggelse for lengre tids behandling og tilbud til andre diagnosegrupper som er lavere prioritert av de oppgitte alternativene. For makt og tvang er det en tendens i utvalget til at menn prioriterer dette tjenesteområdet oftere enn kvinner, men forskjellen er ikke statistisk signifikant. I dette spørsmålet er det heller ikke signifikante forskjeller mellom de to aldersgruppene, eller etter antall år i stillingen.

**Fig. 7 Hvilke sider ved VHTs tilbud mener du bør styrkes? Etter kjønn. Prosent.**

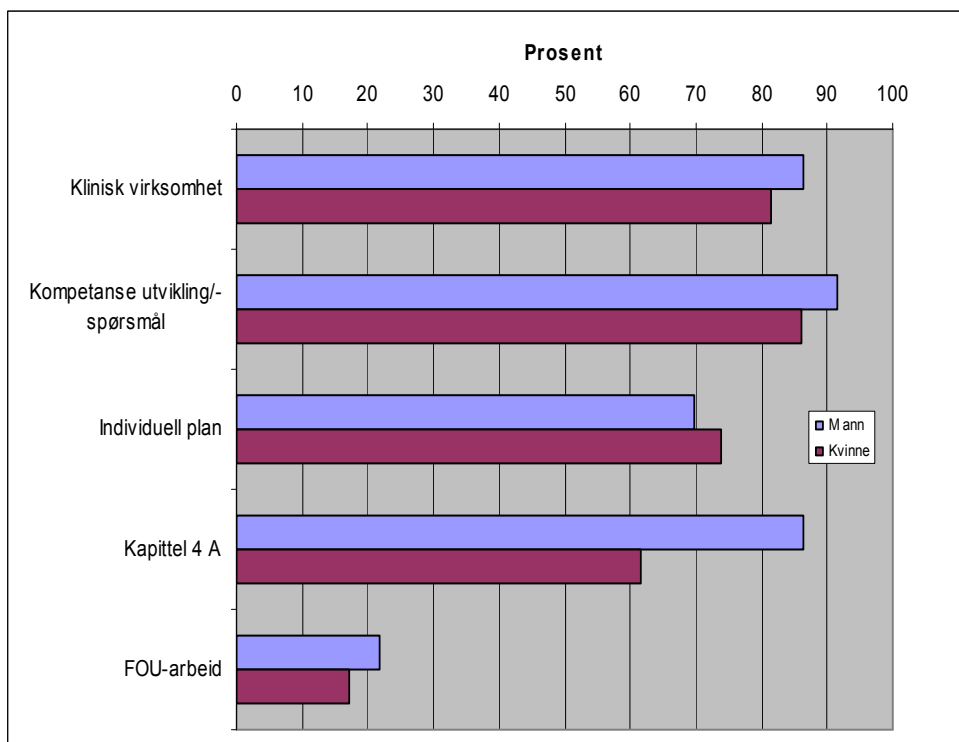


**Samarbeid med kommunene og vurderinger av kommunenes kompetanse**

Figur 8 viser på hvilke områder de ansatte ved VHT har samarbeidet med kommunene. Figuren viser at de ansatte ved VHT har hatt et relativt omfattende samarbeid med kommunene. Godt og vel 80 prosent svarer at de har hatt samarbeid flere ganger om klinisk virksomhet. For kompetanseutvikling/spørsmål er andelen vel så høy, nærmere 90 prosent. For kapittel 4A er det en interessant (og statistisk signifikant) forskjell mellom mannlige og kvinnelige ansatte. Her svarer hele 86 prosent blant menn at de har samarbeidet med kommunene flere ganger, mot 62 prosent blant kvinner.

Materialet sett under ett, viser en tendens til at de mannlige tjenesteyterne i utvalget har hatt et mer utstrakt samarbeid med kommunene enn det kvinnene har. Vi vil komme tilbake til hvordan disse forskjellene mellom kvinner og menn kan tolkes (se side 111).

**Fig. 8 Har du personlig samarbeidet med en eller flere kommuner på følgende områder? Etter kjønn. Prosent som har svart ”Ja, flere ganger”.**

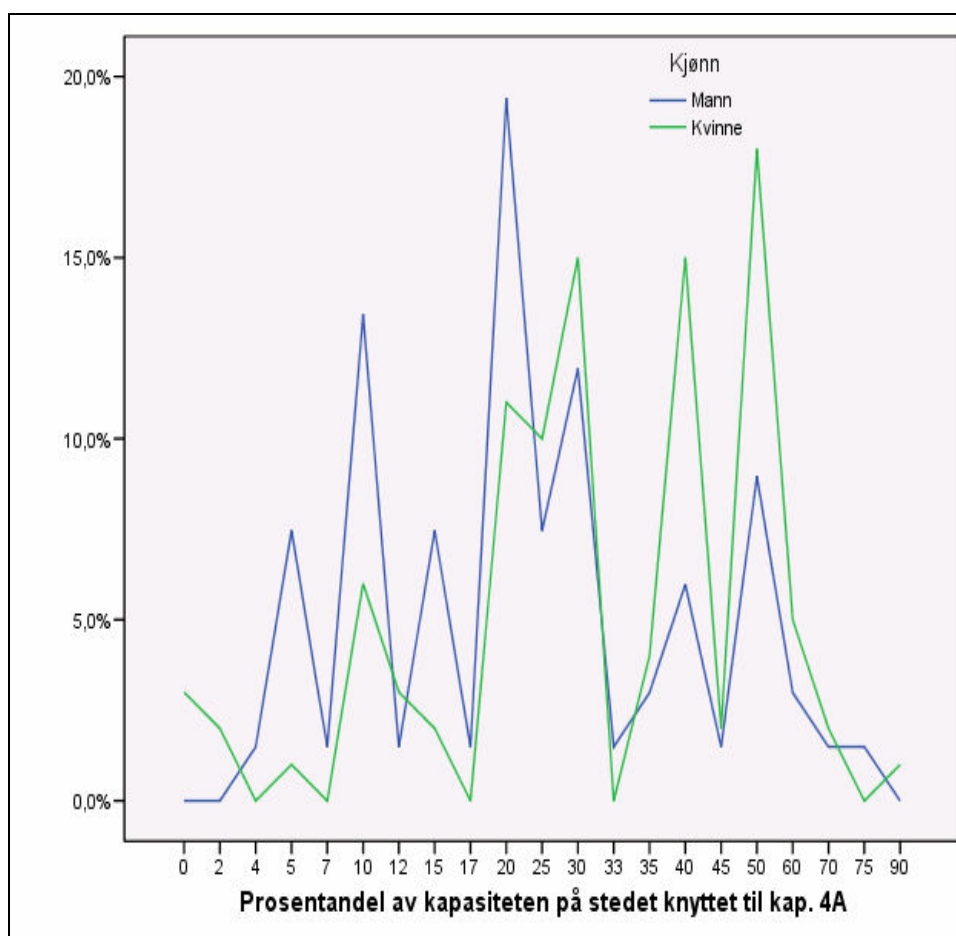


### **Kap 4A-arbeidets omfang**

De ansatte ved VHT-tjenestene ble stilt et spørsmål om hvor stor andel i prosent arbeidet knyttet til kapittel 4A utgjorde av den totale kapasiteten ved arbeidsstedet. Vi skal her huske at hver respondent ikke representerer et unikt arbeidssted, da spørreskjemaet gikk til samtlige ansatte innen VHT.

I figur 9 ser vi at det vanligste er at arbeid knyttet til kapittel 4A utgjør mellom en femtedel og en tredjedel av arbeidskapasiteten, men også 40 og 50 prosent er ganske vanlig. Figuren viser videre at kvinner oftere enn menn oppgir at kapittel 4A utgjør en høy andel av arbeidet.

**Fig. 9 Kan du anslå hvor stor andel i prosent arbeid knyttet til Kapittel 4A i Lov om sosiale tjenester utgjør av den totale kapasiteten ved ditt arbeidssted? Etter kjønn**



Det er imidlertid viktig å være oppmerksom på at også andre svarkategorier kan knyttes opp til kapittel 4A, for eksempel kompetanseutvikling/-spørsmål, klinisk virksomhet og individuell plan.

Halvparten av tjenesteyterne oppgir at arbeid knyttet til kapittel 4A utgjør en fjerdedel eller mindre av arbeidskapasiteten ved arbeidsstedet (se tab. 13). Nærmere en av ti tjenesteytere svarer at slikt arbeid utgjør mer enn halvparten av den totale kapasiteten.

**Tabell 13 Kan du anslå hvor stor andel i prosent arbeid knyttet til Kapittel 4A i Lov om sosiale tjenester utgjør av den totale kapasiteten ved ditt arbeidssted? Prosent**

Kap 4A-arbeid i prosent av den totale kapasiteten:	Svarfordeling		
	Prosent	Kumulativ prosent	N
0	2	2	3
2	1	3	2
4	1	4	1
5	3	7	6
7	1	8	1
10	9	17	16
12	2	19	4
15	4	23	7
17	1	24	1
20	14	38	24
25	9	47	15
30	14	61	24
33	1	61	1
35	3	65	6
40	11	76	19
45	2	77	3
50	15	92	26
60	5	97	8
70	2	99	3
75	1	99	1
90	1	100	1
Total	100		172

Vi skal til slutt se på sammenhengen mellom 4A-arbeidets omfang ved arbeidsstedet (gruppert i tre verdier) og alder til arbeidstakeren. Tabell 14 viser at det er en tendens til at arbeidstakere under 45 år oftere enn eldre arbeidstakere oppgir en høy andel kapittel 4A-arbeid.

**Tabell 14 Kan du anslå hvor stor andel i prosent arbeid knyttet til Kapittel 4A i Lov om sosiale tjenester utgjør av den totale kapasiteten ved ditt arbeidssted? Etter alder. Prosent**

	<b>26-45 år</b>	<b>over 45 år</b>	<b>Totalt</b>
2-20 prosent	37	38	37
21-40 prosent	33	45	39
over 40 prosent	30	18	24
Total	100	100	100
N	87	80	167

Statistisk signifikant på 5 % nivå.

Det er ingen statistisk sammenheng mellom antall år i stillingen og relativt omfang av kapittel 4A-arbeid ved arbeidsstedet.

Oppsummerer vi noen av funnene fra denne kartleggingen ser vi blant annet at det er en tendens til at menn og yngre arbeidstakere i gjennomsnitt er noe mer positive til kompetansen på sitt arbeidssted enn det kvinner er. Dette gjelder ikke minst kompetanse knytte til kapittel 4A. Ser vi så på VHT-ansattes egen vurdering av sider ved VHT sitt tilbud som bør styrkes, kommer utredning/bistand knyttet til makt og tvang god ut, det vil si at ansatte uttrykker relativt høy tilfredshet med tilbudet på dette området. De ansatte ved VHT har dessuten hatt et relativt omfattende samarbeid med kommunene. Godt og vel 80 prosent svarer at de har hatt samarbeid flere ganger om klinisk virksomhet. For kompetanseutvikling/-spørsmål er andelen vel så høy, nærmere 90 prosent. Når det gjelder kapittel 4A er det en interessant forskjell mellom mannlige og kvinnelige ansatte. Her svarer hele 86 prosent blant menn at de har samarbeidet med kommunene flere ganger, mot 62 prosent blant kvinner. Det vanligste er at arbeid knyttet til kapittel 4A utgjør mellom en femtedel og en tredjedel av arbeidskapasiteten, men også 40 og 50 prosent er ganske vanlig. Vi finner videre en tendens til at kvinner oftere enn menn oppgir at kapittel 4A utgjør en høy andel av arbeidet.

Hvordan kan så de observerte kjønnsforskjellene tolkes? Det kan for eksempel gjenspeile at kvinner og menn i materialet har ulike arbeidssteder med ulikt innslag av 4A-arbeid. De kan også gjenspeile at kvinner opplever mer ambivalens i forhold til dette arbeidet og at det derfor oppleves som mer krevende enn hva menn gjør. Handegård (2005) fant i sin doktoravhandling at kvinner opplevde arbeidet knyttet til dette lovverket mer ambivalent nettopp fordi de stadig følte at de kom opp i situasjoner hvor det ikke var gitt hva de skulle gjøre, nesten uansett hvilke vurderinger og valg de tok, var de usikre på om de skulle eller kunne vurdert annerledes. Dette kan også bidra til at de bruker mer tid på arbeidet og at de dermed opplever at kapittel 4A utgjør en høy andel av arbeidet. Handegård fant også at forskjeller mellom menn og kvinner var

knyttet opp til ulike former for rasjonalitet. Den mannlige og mer instrumentelle rasjonaliteten kom til uttrykk gjennom mer generelle regler for problemløsning, noe som også resulterte i mindre rom for usikkerhet, tvetydighet eller tvil. Den ambivalens som tjenesteytere kan oppleve er ikke nødvendigvis et uttrykk for at de gjør en dårlig jobb, er for lite profesjonelle eller mangler innsikt i egne verdier og normer. Det kan tvert i mot nettopp være det at de prøver å gjøre en god jobb, eller at de vil utføre jobben på en profesjonell måte, og samtidig er bevisst på egne verdier og normer, som gjør at det oppstår ambivalens (Sandvin m.fl. 1998).

I de neste avsnittene skal vi se nærmere på hvordan våre informanter fra habiliteringstjenesten praktiserer sin rolle i forhold til de krav som lovreglene i kapittel 4A fremsetter. Denne delen bygger på de kvalitative intervju som vi har gjort med representanter fra habiliteringstjenesten. Som nevnt i kapittel 1 har vi høsten 2007 intervjuet 25 representanter fra habiliteringstjenesten fordelt på 17 fylker.

### **4.3 HABILITERINGSTJENESTENS KOMPETANSE OG RESSURSER**

Når det gjelder habiliteringstjenestens syn på egen kompetanse og ressurser viser det generelle bilde at svært mange er fornøyd med den kompetansen de har, men at mange sliter med at de har for lite ressurser i form av personell som kan gå inn å jobbe i forhold til denne lovpålagte oppgaven. Det poengteres fra flere at denne lovreguleringen krever *”en annen tilstedeværelse og en annen kraft enn det man måtte legge i dette tidlige*”. Det er derfor mange som stiller seg undrende til hvorfor tjenestene ikke har fått en styrking bemanningsmessig som følge av de oppgaver som lovverket har pålagt habiliteringstjenesten.

Det er bare tre av tjenestene som vi har snakket med, som er fornøyde både med den kompetansen de besitter og de ressurser de har til rådighet. Disse miljøene er preget av stabilitet i personalgruppen, høy kompetanse og lang erfaring på feltet.

13 av 21 habiliteringstjenester sier at mangel på ressurser gjør at arbeidet med kapittel 4A går på bekostning av andre arbeidsoppgaver som tjenestene også har. Derimot ser det ut til at habiliteringstjenestens kompetanse anses som tilstrekkelig for det arbeidet som denne tjenesten er pålagt. 17 av informantene mener at de har tilstrekkelig kompetanse på dette feltet, mens 4 forteller at de ikke har tilstrekkelig kompetanse. Sammenlignet med spørreskjemaundersøkelsen fra 2005 er kompetanse knyttet til kapittel 4A det som de ansatte i VHT gir best vurdering. Det at det store flertallet av informantene fra habiliteringstjenesten mener de har tilstrekkelig kompetanse knyttet til det arbeidet de er pålagt er interessant sett i lys av at flere av våre informanter fra

kommunene nettopp poengterer at det er en stor utfordring at habiliterings-tjenestens kompetanse ikke er dekkende for de behov de har for bistand knyttet til kapittel 4A.

Det er også et flertall av informantene fra habiliteringstjenesten som mener å mangle ressurser, som samtidig sier at de har tilstrekkelig kompetanse i forhold til å følge opp den problematikk som følger med lovverket. En av informantene uttrykker mangel på ressurser på følgende måte:

*”Våre ressurser spises opp av 4A-saker. Dette går på beskostning av den innsats vi kan yte i forhold til andre problemstillinger, både for den enkelte pasientpopulasjon og selvfølgelig i forhold til forskningsbiten. Sånn sett er det jo ressurser som vi gjerne skulle ha økt ganske kraftig egentlig”.*

Det oppleves også slik at ressursmangelen blir verre og verre flere steder fordi det er en økning i antall 4A-saker. En av informantene uttrykker dette på følgende måte:

*”Ressursmangelen har vært der helt siden kapittel 6A kom. Situasjonen har forverret seg de siste årene fordi vi får henvist stadig flere 4A-saker, uten at vi får tilført flere ressurser. Det vi ser nå er jo at folk begynner å bli sykemeldte, kanskje på grunn av høyt arbeidspress. Dette gjør jo bare situasjonen enda verre for de som er igjen her”.*

Habiliteringstjenestens mangel på ressurser poengteres også av flere av våre informanter fra kommunene. Her trekkes spesielt frem at det tar for lang tid fra henvisning blir sendt til de får bistand. En av kommunene forteller i den forbindelse at de har hentet bistand ”utenfra”, fra andre spesialister enn de som er i egen region/fylke.

Fire av tjenestestedene opplyser også at de sliter med å rekruttere spesielt psykologer, men også i enkelte tilfeller leger. En av informantene sier:

*”Det som er problemet her og vel mange andre steder, det er å rekruttere psykologer og der har vi til stadighet vakante stillinger, så der er problemet. Men ikke bare å rekruttere psykologer, men psykologer som er interessert i dette. Det er ikke alltid like lett”.*

En av informantene uttrykker manglende kompetanse på denne måten:

*”Det gjelder type kompetanse først og fremst, for vi har nå ikke psykolog og vi har ikke psykiater, og vi sliter med å få den hjelpen vi trenger fra psykiatrien”.*



Andre informanter forteller at den kompetansen de ikke har hentes inn fra andre deler av helseforetaket, eller utenfra, og at de dermed mener at de i sum har tilstrekkelig kompetanse tilgjengelig. En informant sier:

*"Ja, hvis ikke vi har det, det kan jo skje i enkeltsaker hvor det kan være behov for en eller annen nevrologisk utredning eller hvor en har behov for bistand fra psykiater osv., så vet vi hvor vi kan henvende oss, eller vi kan utløse den type tjeneste. Jeg vil ikke si at det er noe problem. Det har kanskje vært det tidligere. Men der er det mange ting som spiller inn, og organisering er jo en sånn sak. I takt med at vi har endret organisering, så er jo en del tjenester som vi kan få behov for, blitt lettere tilgjengelig".*

Det er flere av informantene som poengterer at organisatoriske endringer (i det regionale helseforetaket) har bidratt til at det er blitt noe enklere å hente inn den kompetansen de har behov for.

I intervjuene vi har gjort med kommunene er det flere som tar opp dette med kompetanse og ressurser i habiliteringstjenesten. En av kommunene uttrykker seg på følgende måte:

*"Habiliteringstjenesten har ikke mer kompetansen enn vi har selv i kommunen. Det er mange av våre tidligere ansatte som nå jobber i habiliteringstjenesten. Trenger vi bistand i forhold til noe som vi ikke har kompetanse på selv, må vi heller gå til førstelinjetjenesten".*

Fem andre kommuner er også kritiske til habiliteringstjenestens kompetanse, og opplever at de ikke har den kompetansen som de trenger bistand i forhold til. En av informantene fra kommunene forteller i den forbindelse:

*"Opplever at de ikke har den kompetansen som vi har behov for, spesielt i forhold til personer med adferdsvansker. Her opplever vi at vi har bedre kompetanse og at det derfor oppleves som en hemsko å samarbeide med habiliteringstjenesten".*

Det er også kommuner som er kritiske til at diagnostisering tar for lang tid. Enkelte forteller at de har ventet opp til ett og ett halvt år fra henvisning på diagnostisering ble sendt til de fikk utredet og satt diagnose, noe som også bidro til at arbeidet med å utarbeide vedtak stoppet opp. En annen av våre informanter fra kommunene sier:

*"I og med at vi opplever at spesielt habiliteringstjenesten blir et forsinkende ledd så diskuterer vi her at dette arbeidet kanskje burde vært*

*organisert annerledes. Vi har noen ganger gått ut og kjøpt ekstern veiledning fra spesialister utenfor habiliteringstjenesten. Dette har vi hatt bedre erfaring med. Etter hvert har vi også fått habiliteringstjenesten med på dette, de er med og spleiser på kostnadene med å hente inn denne eksterne spesialisten”.*

I fem av kommunene mener de også at årsaken til at de ikke er fornøyd med samarbeidet med habiliteringstjenesten handler en del om at habiliteringstjenesten ikke har god nok kapasitet fordi de sliter med for lite ressurser.

Habiliteringstjenestene skal gi spesialiserte tjenester til kommunene i det omfang det aktuelle behovet tilsier det. Kommunene kan ikke pålegges å selv ha kompetanse på spesialistnivå (IS-10/2004). De regionale helseforetakene plikter ifølge § 4A-13 å sørge for at habiliteringstjenestene har den kompetanse og bemanning som er nødvendig for å yte forsvarlig bistand til kommunene.<sup>8</sup>

#### **4.4 FOREBYGGING OG BEGRENSNING AV TVANG**

Habiliteringstjenesten har en viktig rolle i forhold til forebygging og begrensning av makt og tvang. Når habiliteringstjenesten bistår kommunene med å utarbeide vedtak om tvang er det ofte i forhold til å finne alternative tiltak til tvang, eller i forhold til å komme frem til mindre inngripende tvangstiltak. I 13 regioner forteller informanter fra habiliteringstjenesten at de gjennom sin bistand til kommunene ofte ender opp med alternative tiltak til tvang. En av våre informanter fra habiliteringstjenesten viser dette på følgende måte:

*”Svært ofte ender vi opp med å foreslå alternative tiltak. Når vi gjør personutredninger og miljøutredninger så er vi jo inne og gjør observasjoner og har møter med miljøpersonalet, for å se på både kvalitative analyser av samspill, hvordan de er organisert, hvordan beslutningslinjene går og hvordan de tilrettelegger osv. I det materialet vi da får frem så er det kanskje i 70 prosent av tilfellene at vi ender opp med å finne alternative løsninger til tvangstiltak”.*

Flere av våre informanter fra kommunene bekrefter at samarbeidet de har med habiliteringstjenesten har bidratt til at de har funnet andre alternativer til bruk av tvang eller at de i samarbeid har kommet frem til mindre inngripende tiltak enn det som var aktuelt i utgangspunktet.

De fleste av våre informanter fra habiliteringstjenesten forteller at de etterspør dokumentasjon fra kommunene i forhold til om de har prøvd ut alternative tiltak.

---

<sup>8</sup> De regionale helseforetakenes strategier på dette området vil bli behandlet i kapittel 6 i denne evalueringsrapporten.

Det varierer derimot hvor formelt de vil ha denne dokumentasjonen. I mange tilfeller handler det om muntlige beskrivelser av hva som er prøvd av alternative tiltak. De alternative tiltak det vises til er da ofte en beskrivelse av tidligere praksiser som så blir fortolket som alternative tiltak, selv om disse praksiser ikke har hatt status som et alternativt tiltak i den perioden man har hatt denne praksisen. I et retrospektivt lys fortolkes dette som at man har prøvd ut ulike alternative tiltak.

Foruten å komme frem til alternative tiltak er det informanter fra 12 ulike regioner som forteller at de ofte ender opp med mindre inngripende tiltak enn det som først var utgangspunktet. Her er der flere av våre informanter som forteller at det fortsatt er slik at økonomi og historie lager en del begrensninger i de tiltak som miljøene foreslår eller allerede praktiserer. Gjennom bistand fra habiliteringstjenesten lukes gjerne slike typer begrensninger vekk. Det at habiliteringstjenesten kommer inn som en ekstern faglig veileder, kan bidra til at en får et nytt blikk på og stilt spørsmål ved inngrodde rutiner og kulturer som miljøene gjerne har sett seg blinde på. Å stille spørsmål ved ulike rutiner og miljøregler kan ofte være nok til at personalet begynner å reflektere over hvorfor de gjør det de gjør. Ulike begrensningsregimer er noe som ofte går igjen i slike samtaler med informantene. Låste kjøleskapsdører, ytterdører, regulering av penger og restriksjoner i forhold til mobiltelefoner osv. er gjengangere i disse fortellingene.

Det er bare en av informantene fra habiliteringstjenesten som sier det er sjelden at de gjennom veiledning og bistand kommer frem til alternative tiltak til tvang. Dette begrunnes med at kommunene i regionen er blitt flinkere til å utforme vedtak og derfor ikke setter i gang slike prosesser uten at de har prøvd ut alternative tiltak. Her er det derimot viktig å være oppmerksomme på at det kan ligge andre årsaker til grunn, som for eksempel skjult tvangsbruk og underrapportering. Vi sier ikke at dette er tilfelle her, men det er viktig å følge med for å avdekke om så kan være tilfelle.

Det er litt variasjon med hensyn til hva habiliteringstjenesten mener bør være gjenstand for faglig vurdering i forbindelse med utforming av vedtak. Enkelte definerer dette til å være alt fra å vurdere blant annet miljøregler i boligen, det totale bomiljøet, turnus, kjemi mellom enkelte beboere og tjenesteyter, hvorvidt bruker trives med personalet og øvrige beboere.

Det generelle bilde når det gjelder hvordan habiliteringstjenesten bistår kommunene ved utarbeiding av vedtak er at de bistår mer og har tettere oppfølging og veiledning i kommunene ved første gangs vedtak. Selv om det er enkelte informanter som fremhever at mange kommuner har så begrenset saksbehandlerkompetanse at en ved utarbeidelse eller fornying av vedtak har en følelse av at de ikke har lært noe fra forrige runde.

#### 4.5 HVORDAN BISTÅR HABILITERINGSTJENESTEN VED UTFORMING AV VEDTAK?

Det første spørsmålet vi skal vie oppmerksomhet i dette kapitlet er; hvordan bistår habiliteringstjenesten når kommunen ønsker å **utforme** vedtak om tvangstiltak?

Habiliteringstjenesten har som nevnt plikt til å bistå kommunene ved utarbeiding og gjennomføring av vedtak. Kommunene har også plikt til å ta kontakt med habiliteringstjenesten dersom de vurderer tiltak etter § 4A-5 annet ledd, bokstavene b og c (IS-10/2004).

Det er litt variasjon fra tjeneste til tjeneste når det gjelder habiliteringstjenestens eget syn på hvordan de bistår kommunene. Vi kan gruppere denne variasjonen i to ulike "bistandsmodeller", en aktiv og en passiv bistandsmodell.

##### Bistandsmodell 1: Habiliteringstjenesten har en svært aktiv rolle:

Her starter prosessen med at habiliteringstjenesten får en henvisning fra kommunen, gjerne direkte fra boligen. Det første som da skjer er gjerne at henvisningen blir tatt opp og diskutert internt. Deretter reiser de ut og ser hva dette er for noe. I hovedsak gjennomføres intervjuer av henviser og personal i boligen, eventuelt også pårørende, hjelpeverge og andre involverte parter. Så gis en skriftlig tilbakemelding, dvs. det skrives en førsteutredning der habiliteringstjenesten beskriver faktaforhold og gjør visse vurderinger og konkluderer som regel med at de engasjerer seg og hvordan de engasjerer seg i saken. Deretter følger gjerne en observasjonsfase. Da er habiliteringstjenesten i miljøet, snakker med omsorgspersoner, observerer den henviste personen i daglig aktivitet og i enkelte tilfeller samhandler de med personen selv. De kommer så gradvis fram til aktuelle tiltak, som de bistår kommunen med å beskrive. I praksis er det ofte habiliteringstjenesten som utarbeider selve tiltaksbeskrivelsen. Disse beskrivelsene legges ved vedtaket og blir beskrivelsen av selve tvangsbruken. I mange saker bistår de også betydelig i forhold til ren saksbehandling. Det er stort behov for bistand i forhold til saksbehandling og skriving av vedtak. Dette er noe de selv poengterer at de strengt tatt ikke skal gjøre, men dette gjøres fordi et av de store problemene slik de ser det, er unnfalighet og sendrektighet i kommunene. Mange av informantene poengterer at "ting skjer rett og slett ikke, eller i varierende grad". Hovedinntrykket til informantene fra habiliteringstjenesten er at det går veldig tregt, og at kommunene har store problemer med å skrive et slikt vedtak. Derfor tolker de bistandsplikten veldig bredt. De mener selv at de overtar mye av arbeidet som kommunen er tenkt å skulle gjøre selv.

### Bistandsmodell 2: Habiliteringstjenesten har en passiv rolle:

De habiliteringstjenester som fyller denne rollen, har en ganske restriktiv politikk i forhold til hvordan de bistår kommunene. De poengterer at de verken har tid, kapasitet eller tilstrekkelige fagkunnskaper til å veilede og lære opp kommunene i å utforme vedtakene. De mener dette er kommunens "gebet", og at det er fylkesmannen som skal hjelpe kommunene med saksbehandlingen og utformingen av vedtakene. De forstår sin rolle som begrenset til å gi faglige råd og veiledning, og mener at de ikke kan gjøre jobben for kommunene.

Til tross for at det er litt variasjon i forhold til hvordan habiliteringstjenesten bistår ved utforming av vedtak etter kapittel 4A, så viser våre oppsummeringer at 17 av 25 informanter forteller om en relativt aktiv bistandsrolle jfr vår beskrivelse av bistandsmodell 1, mens fire av våre informanter beskriver en passiv bistandsrolle jfr vår beskrivelse av bistandsmodell 2. Det at habiliteringstjenesten har en aktiv bistandsrolle i forhold til utforming av vedtak oppleves også som positivt i flere av de kommuner vi har intervjuet.

Det er imidlertid flere faktorer som spiller inn i forhold til hvorvidt habiliteringstjenesten har en aktiv eller passiv bistandsrolle. For det første er det avgjørende at habiliteringstjenesten får de opplysninger de trenger på et tidlig tidspunkt i prosessen, og at de får de opplysninger de trenger for å kunne bistå. Et godt samarbeidsklima er avgjørende her. Faglig uenighet er et aspekt som kan virke negativt inn på dette samarbeidet. Enkelte av våre informanter fra kommunene sier at de unngår å dra habiliteringstjenesten inn ved utarbeidelse av vedtak, men at de får uttalelse fra habiliteringstjenesten når vedtaket er sendt til fylkesmannen. Dette begrunnes blant annet med at de opplever habiliteringstjenesten som en hemsko i forhold til at de ikke har tilstrekkelig med kompetanse og ressurser. En annen faktor som har betydning, er at det er vanskelig å trekke et klart skille mellom kommunens og habiliteringstjenestens ansvar noe vi ser har betydning både i forhold til samarbeidsklima og hvorvidt man har en aktiv eller passiv bistandsrolle. Enkelte kommuner føler at de av og til kan bli overkjørt av habiliteringstjenesten, spesielt gjelder dette større kommuner som har god kompetanse på feltet. I den forbindelse er det en kommune som trekker frem at habiliteringstjenesten ikke har noe bedre kompetanse enn kommunen har, som denne informantten sier:

*"Det er i stor grad våre egne folk som er gått til habiliteringstjenesten, så de har ikke noe særlig bedre kompetanse enn vi har her".*

Informanter fra to andre kommuner forteller at de irriterer seg over at habiliteringstjenesten inntar en for dominerende rolle, for eksempel ved at de setter opp tidspunkter for veiledning/møter på kort varsel uten at kommunene får anledning til å diskutere veilednings-/møtetidspunktene. Dette fører gjerne til at kommunen ikke klarer å få tidspunktene til å passe for de som burde vært

med på veiledning eller møter. Det er også slik at henvisningene ikke alltid gir klare spesifikasjoner av hva det er kommunen ønsker bistand til, noe som også kan bidra til uklare forventninger og uklare ansvarsforhold. Enkelte løser dette gjennom at de utarbeider samarbeidsavtaler med kommunene om hvilken bistand de skal få, hvor lenge de skal få bistand, hvilken type veiledning som skal gis og en konkretisering av ansvar og oppgavefordeling. En tredje faktor som spiller inn i forhold til hvor aktiv habiliteringstjenestens bistandsrolle er vil være hvordan habiliteringstjenesten selv tolker sin rolle. Det er naturlig at habiliteringstjenestens bistandsrolle varierer ut i fra sakens behov og kompleksitet. Men den variasjon vi ser i dette datamaterialet går langt utover det som kan tilskrives behov og kompleksitet. Med andre ord, det er ikke alltid slik at der habiliteringstjenesten har valgt en passiv bistandsrolle så skyldes dette at kommunen har mindre behov for bistand. Det skyldes tvert imot i en del tilfeller måten habiliteringstjenesten har tolket sin rolle på. Med dette menes blant annet at noen habiliteringstjenester er svært bevisst på at de ikke skal gjøre oppgaver som påligger kommunene eller fylkesmannen.

Kommunenes behov for bistand fra habiliteringstjenesten har ifølge noen av våre informanter både fra habiliteringstjenesten, fylkesmannen og kommunene økt den senere tid. Dette skyldes blant annet at opplærings- og kursvirksomheten i forhold til kapittel 4A har avtatt betraktelig i en del regioner. En av våre informanter fra habiliteringstjenesten sier det slik:

*”Kommunalt ansatte som skal utarbeide vedtak har verken tilstrekkelig kompetanse i forhold til lovens formkrav, de faglige vurderinger som må gjøres eller saksbehandlingsregler og formelt språk”.*

Et flertall kommuner har også i intervju med oss tatt opp at de sliter med saksbehandlerkompetansen. Det kan derfor være vanskelig å finne den rette personen til å utarbeide vedtak i kommunen. Kapittel 4A stiller store krav til skriftlig faglighet, og i mange miljøer har en dyktige miljøarbeidere, men de er nødvendigvis ikke dyktig på å skriftliggjøre det de gjør. Det tas også opp som et problem, at studentene på de ulike utdanningene det rekrutteres fra ikke lærer å uttrykke seg formalistisk og å skrive om det faglige. Dette bidrar til økt behov for bistand både fra habiliteringstjenesten, fylkesmannen og fra vedtaksansvarlig i kommunen. Mye av tiden brukes til pirk fordi vedtaket ikke fyller krav om grunnlagsdokumentasjon, underskrifter osv. Det etterlyses derfor mer saksbehandlerkompetanse på utdanningene. I tillegg er arbeidet med å utarbeide vedtak et lavfrekvent arbeid, det vil si det er sjelden at ansatte gjør dette. Spesielt hvis de har bare en beboer de må lage vedtak på.

Andre årsaker som informanter fra habiliteringstjenesten fremhever i forbindelse med at kursvirksomheten har avtatt de senere år, er at de mener dette skyldes at kommunene ikke tar kapittel 4A så seriøst som tidligere. De viser blant annet

til at kapittel 6A/4A var veldig i vinden da det kom og at det var et betydelig fokus på lovreglene og praktiseringen av den. Interessen er dalende på alle hold hevdes det fra flere av informantene både fra habiliteringstjenesten, fylkesmannen og kommunene. Dette knyttes for øvrig opp til at interessen for personer med psykisk utviklingshemning som gruppe også har avtatt<sup>9</sup>. Et annet problem som trekkes frem, er at det er for mye opp til hver enkelt kommune hvor seriøst de tar dette arbeidet, noe som begrunnes med at fylkesmannen ikke har noen sanksjonsmuligheter.

#### 4.6 HABILITERINGSTJENESTENS UTTALELSESRETT

Ifølge § 4A-7 skal habiliteringstjenesten gis anledning til å uttale seg om kommunale vedtak som innebærer bruk av tvang, før de stadfestes av fylkesmannen. Frist for å avgi uttalelse er en uke fra vedtaket er mottatt. 17 av 21 spesialisthelsetjenester oppgir at de alltid skriver slike uttalelser til fylkesmannen. Det varierer imidlertid hvordan dette arbeidet gjøres. Noen har en standardisert mal som de utarbeider uttalelsen i forhold til, andre har ikke standardisert dette arbeidet. Noen bruker mye tid og ressurser og skriver grundige sakkyndige uttalelser, mens andre legger lite arbeid i dette og betrakter det som en formalitet. Flere av informantene fra fylkesmannen påpeker i forbindelse med habiliteringstjenestenes uttalelsesrett at de ofte må vente på uttalelser fordi habiliteringstjenesten har for lite kapasitet. Flere steder er det derfor slik at fristen for uttalelse må utsettes.

De fleste av våre informanter fra habiliteringstjenesten kjenner godt til vedtakene før de gis mulighet til å uttale seg, fordi de har vært godt inne i prosessen med å utarbeide vedtak. Det er et fåtall av informantene som sier at de av og til ikke kjenner til vedtaket før de får mulighet til å skrive en uttalelse. Enkelte poengterer også at de har en avtale med fylkesmannen om at de skal skrive uttalelse om vedtakene.

Det er imidlertid noen av våre informanter som problematiserer at habiliteringstjenesten gis mulighet for å skrive en uttalelse til fylkesmannen om det kommunale vedtaket. Disse er først og fremst kritiske til at fylkesmannens overprøving dermed ikke blir uavhengig. *"Det å skrive lange uttalelser blir nærmest å leke litt fylkesmann og å assistere fylkesmannens saksbehandling"* er et argument som benyttes. Et vedtak betraktes av enkelte informanter som en sak mellom kommunen og fylkesmannen, mens habiliteringstjenesten skal bistå med konkrete faglige forhold knyttet til å vurdere alternative tiltak, bistå med å finne mindre inngripende tiltak og veilede i prosessen med å utforme tiltaksbeskrivelsene i vedtaket. Viktigheten av å ha et klart skille mellom

---

<sup>9</sup> Dette er et tema som vi vil vie oppmerksomhet i våre avsluttende drøftinger i kapittel 9.

fylkesmannens og habiliteringstjenestens rolle og oppgaver kommer klart frem i disse resonnementer. Derfor er det også enkelte av våre informanter som stiller spørsmål med at det blir et for nært forhold mellom fylkesmannen og habiliteringstjenesten, i den forbindelse er det en informant som sier at:

*”Enkelte steder blir det et kompisforhold mellom habiliteringstjenesten og fylkesmannen. Den tette kontakten kan gjøre at fylkesmannen stoler litt for mye på habiliteringstjenesten sine uttalelser, derfor er det viktig at disse rollene er klart avgrenset og ikke blandes”.*

Flere av informantene fra fylkesmannsembetet bekrefter det tette samarbeidet som er mellom habiliteringstjenesten og fylkesmannen. En av informantene sier det slik:

*”I og med at vi har så pass god kontakt med habiliteringstjenesten så føler jeg vel at vi får signaler hvis vi burde føre tilsyn.... ”*

Andre informanter fra fylkesmannsembetet forteller at de har en avtale med habiliteringstjenesten om at de skal være et ”tilsynsobjekt” for dem, med andre ord at de skal hjelpe til med å føre tilsyn med kommunene. Dette er innvendinger og eksempler på at rolle- og ansvarsfordelingen mellom fylkesmannen og habiliteringstjenesten kan være uklar og en kilde til konflikt. Vi vil komme tilbake til dette i kapittel 8.

#### **4.7 HABILITERINGSTJENESTEN BISTAND VED GJENNOMFØRING AV VEDTAK**

Flere av våre informanter fra habiliteringstjenesten problematiserer at det er få konkrete oppgaver for habiliteringstjenesten som skisseres i lov og rundskriv på området. Dette gjelder blant annet i forhold til at det er høyst uklart hva lovgiver legger i uttrykket ”... skal bistå ved gjennomføringen av tiltak etter §4A-5 tredje ledd bokstavene b og c”, noe som bidrar til at dette tolkes på mange ulike måter. Det er også et gjennomgående trekk i det bilde våre informanter gir at de ulike avdelingene ikke er ressursmessig dimensjonert i forhold til at:

*”det tilligger habiliteringstjenesten å gi spesialiserte tjenester i det omfang det aktuelle behov tilsier. Det kan innebære at personell fra habiliteringstjenesten må være tilstede ved utøvelse av tjenester og utføring av tiltak over et kortere eller lengre tidsrom” (IS-10/2004 s.89).*

Dette blir ansett som et meget ressurskrevende arbeid, likevel poengteres det at en ser nytteverdien av å være til stede ved tjenesteutførelse og utføring av



tiltak. Skal en kunne følge opp dette kreves det mer ressurser til habiliterings-tjenesten.

Når det gjelder omfanget av bistand fra habiliteringstjenesten ved **gjennomføring** av vedtak varierer også dette. Vi kan også her skille mellom de som har en aktiv bistandsrolle og de som har en passiv bistandsrolle.

De som har en aktiv rolle følger gjerne tett opp i vedtaksperioden. Selv om dette også vil avhenge av behovet og alvorlighetsgraden i vedtaket. De som har en aktiv rolle ser ut til å være svært bevisst på å vurdere hvilke behov og hvilken alvorlighetsgrad vedtaket innebærer. Følgende sitater fra informanter fra habiliteringstjenesten illustrerer dette:

*"Vi har vedtak hvor det holder å kanskje se på dette en gang i halvåret, men i andre tilfeller så er vi i miljøet i alle fall hver uke. Går vi noen år tilbake hadde vi klientsaker der vi var bortimot daglig til stede, men den tiden er det stort sett slutt på, ting har roet seg en god del. Men vi følger jo opp etter behov, og spesifiserer i vedtak hvor ofte det skal være kontakt. En del av det er rene møter. Det er gjerne slik at vi kjenner klienten godt gjennom mange år, og skjønner hva personalet snakker om når de beskriver ulike situasjoner. I en del tilfeller er vi fortsatt en del i miljøet, vi betrakter også observasjon i miljøet som veiledning".*

*"I tilfeller der det er snakk om fysisk tvang er det oftere snakk om tett oppfølging og veiledning enn i de tilfeller der det er snakk om innelåsning av personlige eiendeler".*

*"Behovet endrer seg noen ganger. Men så er det jo ofte, det er jo sånn at det er sjelden ting er stabilt over lang tid, så det skjer jo endringer. Da må vi jo gå inn, og observere, være tilstede og kanskje øke veiledningen fra hver fjortende dag til hver uke, å ha mye tettere oppfølging. Så det er veldig avhengig av sakens behov. Vi har ikke noen fast mal, det har vi ikke. Vi går ut ifra behovet".*

*"Ja, det avhenger av tiltakenes karakter, som det jo så fint heter. Det betyr at i enkelte av vedtakene, som kanskje går på for eksempel en tilkallingsalarm, så bistår vi ikke på noen annen måte, enn at vi har sagt til kommunen at de må kontakte oss hvis det skjer ting som de trenger hjelp til. I alvorlige saker, altså vedtak der tiltaket på et vis innebærer direkte bruk av tvang ved å holding eller nedlegging eller hva det skulle være av slike ting, så har vi en åpen linje til kommunen, med beskjed til dem om at vi kan komme på kort varsel. Og vi har veiledningsmøter i alvorlige saker, faste veiledningsmøter gjennom året – i de mest alvorlige sakene".*

De spesialisthelsetjenester som har en passiv bistandsrolle under gjennomføringen av vedtak etter kapittel 4A, begrunner dette på ulike måter. Følgende sitater illustrer dette:

*”Vi bistår svært lite under vedtaksperioden. Det er kommunen som helt og holdent står for gjennomføringen. Vi kan i enkelte tilfeller ha personalveiledning, men vi går ikke inn selv i det praktiske, vi observerer ikke hvordan tiltaket gjennomføres. Det tolker vi ikke som vår oppgave”.*

*”Vi har ikke verken tid, ressurser eller faglig kompetanse til å bistå under vedtaksperioden”.*

*”Vi tolker ikke vår rolle slik at vi skal bistå under gjennomføringen av vedtak. Derimot er vi med å lage uttalelse når vedtakene utarbeides”.*

Oppsummert viser vårt datamateriale at 17 av våre informanter beskriver at de har en aktiv bistandsrolle i vedtaksperioden, mens 8 av våre informanter beskriver en mer passiv bistandsrolle.

Flere av våre informanter fremhever at en hindring som de ofte møter på i forhold til å bistå kommunene under gjennomføringen av vedtak, er at de ikke når godt nok ut til de som går i små stillinger og helgestillinger. Enkelte har prøvd å møte dette med at de tilbyr kommunene ettermiddagsveiledning spesielt i forhold til denne ansattegruppen. De mener at de når ut til noen flere på denne måten, men langt fra alle som kunne hatt behov for veiledning. Dette er også noe som problematiseres av kommunene.

Enkelte kommunene sier at de har gitt beskjed til alle ansatte, uavhengig av hvilken stillingsbrøk de har, at de skal møte opp til veiledning når habiliteringstjenesten kommer, men at de ikke får de som går i mindre stillinger til å møte opp. Begrunnelsene er gjerne at de har andre jobber og forpliktelser som bidrar til å gjøre dette vanskelig.

Informantene fra habiliteringstjenesten trekker også frem at det kan være vanskelig å vite hvordan gjennomføringen av vedtak foregår, til tross for at de er inne og bistår i vedtaksperioden. En av våre informanter forteller at de tar stikkprøver i miljøer hvor de har erfart at ting kan gli litt ut:

*”Når jeg kjører forbi der, så stikker jeg innom. Er slik som politiet når de stresser narkotikamiljøet. De vet ikke helt når jeg dukker opp. Det er for å holde de litt på tå hev. Miljøet har bedret seg voldsomt, men likevel, for at ikke ting skal skli ut i gamle spor.... så kommer jeg uanmeldt innom. Så det med veiledning og oppfølging er en ganske mangesidig sak. Omfatter*

*som sagt alt fra formelle møter til mer type uformell kontakt. Og det å være i miljøet.”*

Denne informanten forteller også at han ofte ringer til boligen og spør hvordan ting fungerer. Spesielt hvis de ikke har hørt noe fra vedkommende miljø på en stund. På denne måten kan de også fange opp problemstillinger som miljøet burde ha kontaktet habiliteringstjenesten om. Vedkommende informant mener at de nok skjemmer kommunene litt bort, men han synes likevel det er viktig at ”ting ikke får skli ut”.

I de tilfeller hvor habiliteringstjenesten av ulike grunner er mer passiv i gjennomføringsfasen av vedtak hender det også at de mister kontakten med miljøet når vedtaksperioden er over. I den forbindelse uttaler en av informantene fra habiliteringstjenesten:

*”Når vedtaksperioden er over, og det ikke kommer noen ny henvendelse om bistand i forbindelse med nytt vedtak (prolongering av vedtak) så opplever vi at tvangspraksiser forsvinner uten at vi helt vet hvorfor og hva som skjer videre i disse miljøer. Vi lurte jo på hva som har skjedd, men vi kan jo bare tenke vårt”.*

I neste avsnitt skal vi se hvordan habiliteringstjenesten bistår når kommunene skal evaluere vedtak etter kapittel 4A.

#### **4.8 EVALUERING AV VEDTAK**

§ 4A-9 stiller krav til gjennomføring og evaluering. Evaluering av et tiltak krever at effekten av tiltaket kan måles. De aktuelle endringene må fanges opp, og data som er samlet inn før tiltaket iverksettes og under gjennomføringen vil danne grunnlaget for evalueringen. Disse bør i tillegg suppleres med kvalitative data fra for eksempel pårørende (IS-10/2004). Vi spurte våre informanter fra habiliteringstjenesten om de var med på evaluering av tvangstiltak underveis i vedtaksperioden og i sluttevaluering av vedtakene. Det vi fant var at 10 av 25 informanter var aktive i evalueringsarbeidet, både i forhold til den fortløpende evalueringen underveis i vedtaksperioden og i sluttevalueringen av vedtaket. I de fleste tilfeller var evalueringsopplegget beskrevet i egne samarbeidsavtaler mellom habiliteringstjenesten og kommunen. Gjerne så konkret at det var beskrevet når evalueringsmøter skulle finne sted, og hvilken dokumentasjon som skulle foreligge til disse møtene. En av informantene sier det slik:

*”Vi har klare mål for hva som skal med i evalueringen, hva som skal dokumenteres osv. Dette er et arbeid som gis høy prioritet fra vår side”.*

I en av habiliteringstjenestene som vi intervjuet, sier de at de ikke har ressurser til å prioritere evalueringsarbeid i alle vedtak som er i regionen. Her har man prioritert å delta på evaluering av de mest kompliserte og inngripende vedtak.

De resterende åtte tjenestestedene har en mer variert praksis i forhold til bistand i evalueringen av vedtak. Enten ved at de ikke har faste rutiner for evalueringer, de venter på utspill fra kommunene som de mener har dette ansvaret, eller velger å minne kommunene om dette ansvaret og prioriterer enkelte vedtak.

#### **4.9 HABILITERINGSTJENESTENS KVALITETSSIKRING**

Når det gjelder hvordan habiliteringstjenesten kvalitetssikrer sitt arbeid, er dette et spørsmål som vi har berørt i alle intervjuene med habiliteringstjenesten. I disse intervjuene ser vi at det varierer hvordan informantene mener at kvalitetssikringen foregår. Dette komme blant annet til syne i hva det er de forteller om kvalitetssikringsarbeidet. En av informantene tar utgangspunkt i følgende:

*”Ja, vi har jo et eget internkontrollsystem. Vi prøver å lage en god del prosedyrer for rutiner i et elektronisk kvalitetssystem, EQS. Der vil jo alt, administrative rutiner som angår andre ting også fremgå. Det er et eget system som vi prøver å bygge opp og følge. I forhold til utredning, kartlegging og analyse så er vi jo i gang med å prøve å kvalitetssikre det ved å komme fram til anbefalte redskaper og verktøy å bruke. Hva du kan bruke til å kartlegge for eksempel forhold ved rammebetingelser, rammevilkår, økonomiske variabler osv, hva er da et godt verktøy? Hvordan kan det benyttes, osv. Dette er både kjent og gjort tilgjengelig for alle. Vi prøver å systematisere dette på flest mulig områder og dermed skolere ansatte i forhold til det med utredning, verifisering og tiltaksgjennomføring”.*

Andre informanter tar et helt annet utgangspunkt når de skal beskrive kvalitetssikringsrutinene, slik som denne informanten gjør:

*”Vi har jo rutiner for det i og med at vi alltid jobber to sammen når vi er ute å gir ambulante tjenester. I tillegg så skriftliggjør vi alt arbeidet. Hvis vi ber en kommune om å gjøre et eller annet tiltak, så er det skriftliggjort. Vi har også nedskrevet punkt for punkt hvordan man skal utføre eventuelle tiltak. Det står også noe om evalueringsfrekvens og om hvilke data vi vil ha inn for å kunne følge med, i forhold til registreringer. Er det selvskading for eksempel, så vil vi ha frekvens nesten fra uke til uke. I tillegg så har vi tverrfaglig møte hver mandag, hvor det er åpent for*

*konsulentene å drøfte med de andre konsulentene hvilke løsninger man har funnet. Vi har jo sett det som nødvendig, og det handler litt om at vi er en liten tjeneste som har et relativt stort område. Vi er få ansatte og bruker mye tid på reising. Det betyr at vi må ha god kvalitet på det vi gjør”.*

Det generelle inntrykket vi sitter med etter å ha spurt informantene om hvilke kvalitetssikringsrutiner de har, er at mange ikke ser ut til å ha et klart og bevisst forhold til hva som er tjenestens kvalitetssikringsrutiner. Enkelte forteller også at de ikke har noen rutiner i forhold til kvalitetssikring, slik disse sitatene viser:

*”Vi har ikke rutiner på det, men vi har jo seksjonsmøter hver mandag. Der tar vi opp problemstillinger vi sliter med. Det har vi jo en plikt på å gjøre. Og trekke inn andre om vi har behov for det. Og overlate saken til andre, om det er behov for det. Men ikke noe sånn rutinemessig... Men det er ting som vi jobber med, altså evalueringsrutiner og brukerundersøkelser og alt dette, det har vi. Vi har et dokument som vi skal i gang med der, ja”.*

*”... nei, kvalitetssikringsrutiner, det vi har er jo inntaksprosedyrer og behandlingsprosedyrer.”*

*” Ja, nei vi har jo rutinebeskrivelsene. Det blir jo kanskje ikke noe mer enn det. Vi har ingen systemisert evaluering av oss fra kommunene for eksempel. Det har vi ikke. Men vi har rutinebeskrivelser på alle de her tingene vi skal gjøre. Det blir jo på en måte å kvalitetssikre det”.*

Det er bare 6 av våre 25 informanter fra habiliteringstjenesten som er klare på at de har et kvalitetssikringssystem og som formidler hvordan dette fungerer.

#### **4.10 AVSLUTTES BISTAND FRA HABILITERINGSTJENESTENS SIDE**

Det generelle inntrykket som våre informanter gir, er at det er sjelden at de avslutter saker som de er inne og bistår i forhold til. Dette begrunnes med at det er sjelden at vedtakene opphører, som regel så fornyes vedtakene i en eller annen form. Følgende sitater fra våre informanter fra habiliteringstjenesten illustrerer dette:

*”Vi blir ofte venner for livet. Er jo forpliktet til å følge dem så lenge vedtaket gjelder. Den jeg har fulgt lengst har jeg fulgt siden 1999. Jeg hadde avsluttet oppfølgingen for lengst hadde det ikke vært for 4A. Slik at når det er 4A er det ofte snakk om å følge opp sakene svært lenge. Er*

*jo noen saker vi kan avslutte, men de fleste fortsetter jo, om enn i mildere form, så er hovedregelen at vedtaket fortsetter.”*

*”Det er svært sjelden at vi avslutter saker som vi er inne i, de aller fleste vil vi nok bestandig bistå i forhold til”.*

*”Det har hendt, men det er ikke mange. Det vi ser, som jeg synes er positivt, det er jo at det er noen vedtak som på en måte har vært veldig inngripende i forhold til vedkommende når dem fatter det første vedtaket, men så fornyer de vedtaket, men det blir mindre inngripende, for å si det slik. En som jeg jobbet med, som dem måtte legge ned og holde nede, som nå etter et år kan bare få beskjed om at han kan stå med ansiktet inn mot veggen når han har utagering. Sånn at det blir jo mye mindre inngripende enn det å legge folk ned i bakken og holde på dem, det er ganske dramatisk”.*

17 av 25 informanter fremhever at det er sjelden de trekker seg ut av saker som de bistår i på kommunalt nivå, men poengterer samtidig at de ofte opplever at vedtakene får en mildere form for tvangsbruk når de blir fornyet. Det kan for eksempel være snakk om at inngripende b-tiltak ikke anses nødvendig lengre og kan erstattes med mindre inngripende c-tiltak.

Det er åtte av informantene fra habiliteringstjenesten som sier at de ofte avslutter 4A-saker. Enkelte sier at de avslutter mindre kompliserte saker, som for eksempel omhandler alarmer, eller at de avslutter fordi de mener at kommunen håndterer vedtakene på en god måte. Andre grunner til at 4A-saker avsluttes fra habiliteringstjenestens side er at det har vært jobbet godt faglig slik at tvangsbruken blir unødvendig og at man har funnet andre alternative løsninger på det som tidligere måtte løses med tvang.

Det er imidlertid en av regionene som problematiserer dette med når kan habiliteringstjenesten avslutte 4A-saker. De refererer blant annet til diskusjoner som de har hatt med fylkesmannen i forhold til bestemmelsene i lovverket. En tolkning som har vært oppe til diskusjon er at en kan tolke regelverket dit hen at når en har vært inne i saken så skal habiliteringstjenesten fortsette å bistå så lenge det er vedtak, og derav kan ikke saken avsluttes. Mens et annet synspunkt eller tolkning er at habiliteringstjenesten fritt kan foreta faglige vurderinger i forhold til når de anser at bistandsforholdet kan opphøre eller avsluttes. De som argumenterer for denne siste tolkningen mener dette er rimelig ut i fra at dette ansvaret ikke kan vare ”herfra til evigheten”. Denne regionen har bedt fylkesmannen om en avklaring på dette, enn så lenge så har de valgt en praksis som går på at dersom de finner det faglig forsvarlig så avslutter de saken, også der det er pågående vedtak om bruk av tvang.

#### 4.11 HABILITERINGSTJENESTENS ”DOBBELT-ROLLE”

I henhold til Lov om helsepersonell så har habiliteringstjenesten meldepliktig hvis de ser tilfeller i kommunene som de reagerer på. I noen av de første intervjuene vi gjorde med representanter fra fylkesmannen så ble det av flere pekt på at det kunne vært interessant å fått kartlagt hvordan representanter fra habiliteringstjenesten så på den dobbeltrollen som de mente fulgte med det å på den ene siden være en støttespiller for kommunene og på den andre siden kunne melde – eller som enkelte sa: ”sladre” på kommunene i de tilfeller der de så uheldige tilfeller. Vi spurte informantene fra habiliteringstjenesten om de opplevde dette som en dobbeltrolle og hvordan de betraktet dette.

13 av våre informanter fra habiliteringstjenesten opplevde dette som en problematisk dobbeltrolle, mens åtte av våre informanter mente at de ikke så på dette som en dobbeltrolle og at det var uproblematisk. Tre av informantene mente at det av og til kunne oppleves som en problematisk dobbeltrolle, mens vi ikke har svar på dette fra en av våre informanter.

Følgende utsagn fra de som så på dette som en problematisk dobbelt rolle kan illustrere hvorfor de så det slik og hva de gjorde for å løse denne rollen:

*”Ja, det er en vanskelig dobbeltrolle, og vi har hatt noen sånne saker hvor vi har meldt ifra til fylkesmannen. Altså, hvor vi på en måte reagerer så kraftig på det som kommunen gjør eller det som skjer, ja”.*

*”I ett tilfelle var det en klient som var innlagt hos oss, hvor det fulgte med en person som da hadde på en måte kompetansekravene i orden, det skulle ikke gå på det, men som rett og slett hadde en så uheldig og lite verdig samhandling med klienten. Og det er jo fryktelig vanskelig, men det vi gjorde i forhold til det var at det ble rapportert. Vi hadde god rapportering på det, og så meldte vi jo fra oppad i kommunen på det. Men i hvert fall så satte de i verk..., de håndterte det på den måten at personen ikke lengre ble primærkontakt og iverksatte miljøet rundt som sikret klienten fra en del av de tingene som var uheldig. Men det er selvsagt ikke morsomt. Og det er jo ....en dobbeltrolle. Men i de tilfellene der ting er så tydelig, der tenker jeg at da bare må man, så da tenker man ikke på det.... Men samtidig så har vi vel hatt, når du skal ut og veilede, og opplever, for det skjer, at vi ikke har tillit fordi at man kanskje må påpeke et eller annet, eller er enige med personalgruppen. Eller må korrigere de. Det er noen prosesser der, og det blir egentlig en helt umulig rolle. I all veiledning så er jo tillit helt grunnleggende. Men det er jo noe med det å sette ord på det som skjer i hver fall. Og så har vi jo, i og med at vi har flere å spille på, anledning til å bytte saksansvarlig og*

*det kan være helt nødvendig i enkelte saker. Det er ikke ofte det skjer, men hvis det er behov for det så har vi mulighet til det...”*

*”Ja, det er klart. Kan skape problemer i og med at vi er avhengige av at noen må ønske bistand fra oss, vi kan ikke påtvinge noen til å gjøre ting de ikke ønsker.... Det kan være at man har radikalt forskjellige oppfatninger av hvordan man bør håndtere en sak, som kan være knyttet til både tilrettelegging og faglig tilnærming som man har i en kommune, men det er de i kommunen som sitter med det siste ordet der.”*

*”Det der er vanskelig, det dukker jo opp slike ting fra tid til annen. Det er et vanskelig balansepunkt mellom å være en ”varsler” og ha en god relasjon. Ja, det kan være komplisert. Det er ikke så mange slike tilfeller, men vi får gjerne en megler eller koordinatorrolle i slike konflikter, er gjerne i samspillet mellom kommune og pasient eller pårørende”.*

De som ikke anser dette som en problematisk dobbeltrolle begrunner dette blant annet med at de ikke melder fra videre, men tar dette opp direkte med den kommunen det måtte gjelde. Det presiseres også at hvis kommunen ikke ordner opp i de kritikkverdige forhold så gir de klar beskjed om at dette må meldes videre. Flere av informantene fra kommunene er mer bekymret for det de ikke har mulighet til å oppdage, og det som det ikke rapporteres om, her er det noen som påpeker at de ikke er og ikke kan ha en politirole.

#### **4.12 OPPSUMMERING**

Habiliteringstjenesten vurderer egen kompetanse som tilstrekkelig i forhold til den rolle de har knyttet til kapittel 4A. Det er bare fire av våre 25 informanter fra habiliteringstjenesten som mener at de ikke har tilstrekkelig kompetanse. Derimot er kommunene mindre tilfredse med habiliteringstjenestens kompetanse.

Mangel på ressurser oppleves av de fleste av våre informanter fra habiliteringstjenesten som et stort problem. Dette merkes godt også i de kommuner som er med i denne evalueringen. Her trekkes spesielt frem at det tar for lang tid fra henvisning blir sendt til de får bistand. Manglende ressurser påvirker også i hvor stor grad habiliteringstjenesten kan gå inn å bistå kommunene på det forebyggende plan. Habiliteringstjenesten har en viktig rolle med hensyn til å bidra til å forebygge og begrense tvang og makt, det er også her mye av ressursene benyttes. Ved over halvparten av tjenestestedene er det også slik at habiliteringstjenesten gjennom sin bistand ofte ender opp med alternativer til tvang eller mindre inngripende tiltak. Her er der flere av våre informanter som forteller at det fortsatt er slik at økonomi og historie lager en del begrensninger i



de tiltak som miljøene foreslår eller allerede praktiserer. Gjennom bistand fra habiliteringstjenesten lukes gjerne slike typer begrensninger vekk. Det at habiliteringstjenesten kommer inn som en ekstern faglig veileder, kan bidra til at en får et nytt blikk på og stilt spørsmål ved inngrodde rutiner og kulturer som miljøene gjerne har sett seg blinde på. Å stille spørsmål ved ulike rutiner og miljøregler kan ofte være nok til at personalet begynner å reflektere over hvorfor de gjør det de gjør. Ulike begrensningsregimer er noe som ofte går igjen i intervjuene med habiliteringstjenesten.

Det varierer hvordan habiliteringstjenesten bistår kommunene ved utforming og ved gjennomføring av vedtak. Ved 17 av 25 tjenestesteder har man en aktiv bistandsrolle, både når vedtak skal utformes og under gjennomføringsperioden. Dette er imidlertid avhengig av at habiliteringstjenesten får de opplysninger de trenger for å kunne bistå. Et godt samarbeidsklima mellom habiliteringstjenesten og kommunen er avgjørende her. Faglig uenighet kan virke negativt inn på samarbeidet, samt uklart skille mellom habiliteringstjenestens og kommunenes rolle i forhold til kapittel 4A. Enkelte kommuner føler seg av og til overkjørt av habiliteringstjenesten, spesielt gjelder dette større kommuner som har god kompetanse på feltet.

Ressursmangelen hos habiliteringstjenesten er dessuten blitt satt under større press den siste tiden. Dette skyldes at kommunenes behov for bistand har økt som en følge av at opplærings- og kursvirksomheten i forhold til kapittel 4A har avtatt betraktelig i en del regioner.

Ifølge § 4A-7 skal habiliteringstjenesten gis anledning til å uttale seg om kommunale vedtak som innebærer bruk av tvang før de stadfestes av fylkesmannen. 17 av 21 spesialisthelsetjenester oppgir at de alltid skriver slike uttalelser til fylkesmannen. Det varierer imidlertid hvordan dette arbeidet gjøres. Noen har en standardisert mal som de utarbeider uttalelsen i forhold til, andre har ikke standardisert dette arbeidet. Noen bruker mye tid og ressurser og skriver grundige sakkyndige uttalelser, mens andre legger lite arbeid i dette og betrakter det som en formalitet. Flere av informantene fra fylkesmannen påpeker i forbindelse med habiliteringstjenestenes uttalelsesrett at de ofte må vente på uttalelser fordi habiliteringstjenesten har for lite kapasitet. Flere steder er det derfor slik at fristen for uttalelse må utsettes.

17 av 25 informanter fremhever at det er sjelden de trekker seg ut av saker som de bistår i på kommunalt nivå, mens det er åtte av informantene fra habiliteringstjenesten som sier at de ofte avslutter 4A-saker. Enkelte sier at de avslutter mindre kompliserte saker, som for eksempel omhandler alarmer, eller at de avslutter fordi de mener at kommunen håndterer vedtakene på en god måte. Andre grunner til at 4A-saker avsluttes fra habiliteringstjenestens side er at det har vært jobbet godt faglig slik at tvangsbruken blir unødvendig og at man

har funnet andre alternative løsninger på det som tidligere måtte løses med tvang. Det er imidlertid en av regionene som problematiserer dette med når habiliteringstjenesten kan avslutte 4A-saker. De refererer blant annet til diskusjoner som de har hatt med fylkesmannen i forhold til bestemmelsene i lovverket. En tolkning som har vært oppe til diskusjon, er at en kan tolke regelverket dit hen at når en har vært inne i saken så skal habiliteringstjenesten fortsette å bistå så lenge det er vedtak, og derav kan ikke saken avsluttes. Mens et annet synspunkt eller tolkning er at habiliteringstjenesten fritt kan foreta faglige vurderinger i forhold til når de anser at bistandsforholdet kan opphøre eller avsluttes. De som argumenterer for denne siste tolkningen mener dette er rimelig ut i fra at dette ansvaret kan ikke vare "herfra til evigheten".

Når det gjelder evaluering av vedtak etter kapittel 4A er omtrent halvparten av våre informanter aktive, både i forhold til den fortløpende evalueringen underveis i perioden og i sluttevalueringen av vedtaket. I de fleste tilfeller er evalueringssopplegget beskrevet i egne samarbeidsavtaler mellom habiliteringstjenesten og kommunen, gjerne med konkrete datoer for når evalueringsmøter skal finne sted og hvilke dokumentasjon som skal foreligge til disse møtene. Bare ett av tjenestestedene sier at de ikke har ressurser til å prioritere evalueringarbeidet i alle vedtak, men at man velger ut de som er mest komplisert og inngripende. Ellers har de resterende tjenestesteder en mer variert praksis når det gjelder bistand under evaluering av vedtak. Enten ved at de ikke har faste rutiner, eller de venter på utspill fra kommunen, minner kommunen om dette og prioriterer enkelte vedtak.

## **5. FYLKESMANNENS ROLLE I FORHOLD TIL KAPITTEL 4A**

### **– sett ut i fra spesialisthelsetjenestens, kommunenes og fylkesmannens egen vurdering**

I dette kapitlet ønsker vi å se nærmere på hvilken rolle fylkesmannen har i forhold til kapittel 4A i sosialtjenesteloven, sett ut i fra spesialisthelsetjenestens, kommunenes og fylkesmannens egen vurdering. Sentrale tema som vi ønsker å drøfte nærmere er blant annet fylkesmannens rolle i forhold til det å stadfeste vedtak og godkjenne dispensasjoner fra kompetansekravet, fylkesmannens erfaringer og synspunkter når det gjelder kompetansekravet, samt hvordan tilsynsordningen fungerer. Vi vil også diskutere hvordan fylkesmannen kan bidra til kompetanseheving i forhold til loven ute i kommunene. Aller først vil vi imidlertid si litt generelt om hvilken rolle fylkesmannen har når det gjelder kapittel 4A.

### **5.1 FYLKESMANNENS OPPGAVER KNYTTET TIL KAPITTEL 4A**

Fylkesmannen har klart definerte oppgaver i forhold til kapittel 4A. I sosialtjenesteloven § 2-6 står det at fylkesmannen plikter å føre tilsyn med kommunens virksomhet etter kapittel 4A og skal påse at virksomheten drives i samsvar med loven. I § 4A-8 står det at fylkesmannen skal overprøve vedtak etter § 4A-5 tredje ledd bokstavene b og c, jfr. § 4A-7 fjerde ledd. Fylkesmannen skal også gi verge eller hjelpeverge og pårørende opplysninger om klageadgang etter § 4A-11 annet ledd (IS-10/2004).

Alle vedtak om anvendelse av tvang med hjemmel i § 4A-5 tredje ledd bokstavene b og c skal altså overprøves av fylkesmannen. Fylkesmannen skal prøve alle sidene ved vedtaket. Fylkesmannens overprøving av vedtak om bruk av tvang og makt kan skje på forskjellig grunnlag. Det kan være begått feil i saksbehandlingen, det kan være lagt til grunn uriktige faktiske forhold eller det kan være lagt til grunn uriktig lovforståelse. Det skal også fremgå av kommunens vedtak om utformingen av vedtaket er i samsvar med de råd spesialisthelsetjenesten har gitt.

Kommunens vedtak kan ikke iverksettes før fylkesmannen har ferdigbehandlet saken og stadfestet vedtaket. Fylkesmannen har adgang til både å sende saken i retur til kommunen og til selv å foreta endringer, dvs. omgjøre vedtaket. Fylkesmannen kan også sette vilkår for godkjennelsen, men behøver ikke å gjøre det. Som vi vil komme tilbake til, er det vanlig at fylkesmannen setter vilkår dersom det gis dispensasjon fra kompetansekravet. Videre kan

fylkesmannen sette kortere tidsrom for tiltaket enn det kommunen har fattet vedtak om.

Der det er fattet vedtak om tiltak etter kapittel 4A i Lov om sosiale tjenester og fylkesmannen har godkjent disse, skal det føres stedlig tilsyn.<sup>10</sup> Stedlig tilsyn er knyttet til enkeltbrukere. Det er de tiltak et vedtak om bruk av tvang og makt omfatter som skal kontrolleres av fylkesmannen ved stedlig tilsyn. Den enkelte fylkesmann må ut fra alvorlighetsgraden i det enkelte tiltak, vurdere i hvert enkelt tilfelle hvor ofte det er nødvendig å føre stedlige tilsyn.

Fylkesmannen skal ha melding om bruk av tvang og makt i skadeavvergende tiltak i nødsituasjoner, jfr. § 4A-7 første ledd. Dersom fylkesmannen finner det nødvendig, kan det foretas stedlige tilsyn i forbindelse med meldinger om bruk av tvang i nødsituasjoner.

I tillegg skal fylkesmannen gjennomføre landsomfattende tilsyn (i form av systemrevisjon) med tjenestene til personer med psykisk utviklingshemning når Helsetilsynet ber om det.<sup>11</sup> Når Helsetilsynet velger ut kommuner til systemrevisjonene legges det særlig vekt på hvor risikoen for svikt er størst, og hvor en eventuell svikt vil få størst konsekvenser.

## **5.2 VEDTAK OG ENKELTMELDINGER**

### **5.2.1 Oversikt over antall vedtak og enkeltmeldinger i 2006**

Nedenfor gis en oversikt over antall vedtak fordelt etter fylke for 2006.

---

<sup>10</sup> Ved stedlig tilsyn gjøres informasjonsinnhenting vanligvis gjennom samtaler med bruker selv eller dennes pårørende/hjelpeverge, gjennom observasjon på stedet tjenesten utføres, ved gjennomgang av ulike typer dokumentasjon og gjennom intervju med aktuelle ansatte. Fylkesmannen kan også vurdere om det er behov for å innhente informasjon fra spesialisthelsetjenesten.

<sup>11</sup> Systemrevisjon gjennomføres ved granskning av dokumenter, intervjuer og verifikasjoner. Verifikasjoner innebærer å sjekke om rutiner, prosedyrer og instruksjoner blir fulgt opp i praksis, og om disse tilfredsstillende myndighetskravene (Lov om sosiale tjenester kapittel 4A – del 5.5.1). Når det utarbeides tilsynsrapporter vil denne omhandle avvik og merknader som er avdekket under revisjon. Det er blitt gjennomført landsomfattende tilsyn i 2003 og 2004, og i 2005 og 2006.

**Tabell 15 Antall godkjente/ikke godkjente vedtak, antall personer med vedtak og antall dispensasjoner fra utdanningskravet. 2006**

Fylke	Godkjente vedtak			Ikke godkjente Vedtak	Antall personer med vedtak	Dispensasjon fra utdanningskrav (antall vedtak)
	Tiltak etter bokstav b	Tiltak etter bokstav c	Sum			
Østfold	7	15	22	3	15	12
Oslo og Akershus	45	28	73	4	53	46
Hedmark	19	9	28	0	28	24
Oppland	34	20	54	1	45	45
Buskerud	23	24	47	3	23	17
Vestfold	12	12	24	0	17	10
Telemark	0	15	15	3	8	13
Aust-Agder	7	2	9	1	8	0
Vest-Agder	10	41	51	0	32	7
Rogaland	33	58	91	2	57	59
Hordaland	45	115	160	1	81	76
Sogn og Fjordane	6	12	18	4	12	8
Møre og Romsdal	12	59	71	2	33	30
Sør-Trøndelag	16	21	37	1	29	12
Nord-Trøndelag	47	17	64	0	42	68
Nordland	29	72	101	0	41	38
Troms	13	11	24	1	23	13
Finnmark	3	6	9	6	7	8
<i>Sum landet</i>	<i>361</i>	<i>537</i>	<i>898</i>	<i>32</i>	<i>554</i>	<i>486</i>

Kilde: Helsetilsynet 2006

I 2006 var det nesten 900 vedtak som ble godkjent.<sup>12</sup> Disse fordelte seg på litt over 550 personer. Det vil altså si at mange av disse personene har flere vedtak. Mens enkelte fylker har mange vedtak, har andre få. I Hordaland ble det godkjent 160 vedtak i 2006, mot bare 9 i Aust-Agder og Finnmark. Tabellen

<sup>12</sup> Noen av disse var nye vedtak, mens de fleste var vedtak som ble fornyet. I 2005 var det 841 vedtak som ble godkjent (Helsetilsynet 2005), altså litt færre enn i 2006. Men siden vi ikke vet hvor mange av disse som ble avsluttet i 2005, kan vi ikke si noe eksakt om hvor mange nye vedtak som ble godkjent i 2006. Informantene fra fylkesmannen forteller imidlertid at det er sjelden vedtak ikke blir forlenget, og at 4A-saker avsluttes.

viser også at bare 32 vedtak ikke ble godkjent. Det ble gitt nesten 500 dispensasjoner fra kompetansekravet.

Når et vedtak går ut (vanligvis etter ett år) må det fornyes. Mange kommuner er (for) sene med å ta fatt på dette arbeidet. I en søknad om fornyelse, må det blant annet komme frem hva kommunen har gjort i løpet av vedtaksperioden. Og dersom det har vært gitt dispensasjon fra kompetansekravet, må det vises at kommunen har tatt tak i de vilkår som fylkesmannen eventuelt har satt. Dersom kommunen ikke rekker å få fornyet vedtaket før vedtaksperioden går ut, må de sende enkeltmeldinger i mellomtiden. Det er sjelden vedtak ikke fornyes, men tiltakene i vedtakene kan bli mindre inngripende og/eller færre. Nedenfor gis en oversikt over antall enkeltmeldinger fordelt etter fylke for 2006.

**Tabell 16 Antall meldinger om skadeavvergende tiltak i nødsituasjoner (a-meldinger). 2006**

Fylke	Antall a-meldinger	Antall personer		
		Barn	Voksne	Sum
Østfold	1 000	3	83	86
Oslo og Akershus	3 956	43	191	234
Hedmark	245	0	48	48
Oppland	466	0	42	42
Buskerud	958	5	42	47
Vestfold	435	4	35	39
Telemark	184	4	43	47
Aust-Agder	195	3	19	22
Vest-Agder	747	3	59	62
Rogaland	2 372	19	83	102
Hordaland	10 598	17	141	158
Sogn og Fjordane	607	2	35	37
Møre og Romsdal	1 417	3	39	42
Sør-Trøndelag	1 582	6	47	53
Nord-Trøndelag	99	0	8	8
Nordland	174	1	23	24
Troms	1 478	3	32	35
Finnmark	926	1	8	9
<i>Sum landet</i>	<i>27 439</i>	<i>117</i>	<i>978</i>	<i>1 095</i>

Kilde: Helsetilsynet 2006

Tabell 16 ovenfor viser at det i 2006 ble sendt inn over 27 000 enkeltmeldinger om bruk av tvang og makt i akutte nødsituasjoner. Disse omfattet nesten 1100 personer, av dem 117 barn.

### 5.2.2 Økning eller nedgang i antall vedtak

Når det gjelder spørsmålet om hvorvidt antall vedtak som sendes til fylkesmannen for godkjenning, har økt, holdt seg stabilt eller blitt redusert i løpet av de siste årene, er ikke bildet entydig. Som vi ser i tabell 17 nedenfor har det i åtte fylkesmannsembeter har vært en økning i antall vedtak, og seks steder har det vært en nedgang. I fire embeter har antall vedtak vært forholdsvis stabilt de siste årene. Vi ser altså at i godt over halvparten av fylkesmannsembetene har antall vedtak enten holdt seg stabilt eller økt. Dersom vi ser på landet som helhet, har antall vedtak økt de siste årene. I 2004 var det 655 vedtak som ble stadfestet av fylkesmannen, i 2005 var det 841 vedtak og i 2006 var det 898 vedtak.

**Tabell 17 Antall godkjente vedtak, etter fylke. 2004, 2005 og 2006.**

<b>Fylke</b>	<b>2004</b>	<b>2005</b>	<b>2006</b>
Østfold	12	20	22
Oslo og Akershus	37	59	73
Hedmark	43	37	28
Oppland	40	61	54
Buskerud	23	19	47
Vestfold	15	18	24
Telemark	13	30	15
Aust-Agder	8	7	9
Vest-Agder	30	32	51
Rogaland	53	53	91
Hordaland	81	127	160
Sogn og Fjordane	16	20	18
Møre og Romsdal	114	118	71
Sør-trøndelag	30	41	37
Nord-trøndelag	21	48	64
Nordland	87	103	101
Troms	22	33	24
Finnmark	10	15	9
<b>Sum</b>	<b>655</b>	<b>841</b>	<b>898</b>

Kilde: Helsetilsynet (Tilsynsmeldinger 2004, 2005 og 2006)

Når det gjelder de embetene hvor det har vært en *økning*, pekes det på flere mulige årsaker til det. Flere mener kommunene er blitt flinkere til saksbehandling og i større grad nå utarbeider vedtak, blant annet på grunn av at fylkesmannen og spesialisthelsetjenesten har vært ute i kommunene i forbindelse med tilsyn, kurs eller veiledning. Med andre ord – mer bruk av tvang og makt som tidligere ikke var dokumentert, blir det nå utformet vedtak for som

en konsekvens av at kommunene er blitt mer kjent med lovverket. En informant sier:

*”Dels så tror jeg det tok litt tid før man ble fortrolig med det nye lovverket. Dels tror jeg at det har vært en del underrapportering. Det at de har skjerpet seg henger helt klart sammen men våre revisjonstilsyn. Der vi har vært på tilsyn kommer det flere saker etterpå. Det hjelper når fylkesmannen viser seg.”*

Enkelte peker også på at når kapittel 4A trådte i kraft i 2004 og tiltak av teknisk art, blant annet alarmer, skulle inn i vedtaksform, førte det til en økning i antall vedtak samlet sett.

Når det gjelder de fylkesmannsembetene hvor det har vært en *nedgang* i antall vedtak de siste årene mener enkelte at årsaken til det blant annet kan være at personalet i boligene er blitt flinkere til å forebygge utagerende atferd og finne alternative løsninger enn bruk av tvangstiltak. Dette mener en skyldes at det er blitt en større bevissthet rundt bruk av makt og tvang og at det jobbes mer bevist for å unngå bruk av tvang. En informant mener likevel at en nedgang i antall vedtak muligens også kan skyldes at enkelte steder er blitt ”sløvere” og lar være å utarbeide vedtak der det skulle ha vært gjort. Som vi vil komme tilbake til senere i rapporten, er det flere av informantene fra både fylkesmannen, spesialisthelsetjenesten og kommunene som uttrykker frykt for at fokuset på denne loven og personer med psykisk utviklingshemning er i ferd med å avta.

Som evalueringen viser, har det i de fleste fylkene (12 av 18) enten vært en økning i antall vedtak de siste årene, eller antallet har holdt seg noenlunde stabilt. Så kan vi naturligvis spørre om vi ikke burde ha sett en større økning, ettersom det nå er gått nesten ti år siden loven kom og kommunene burde ha fått godt kjennskap til loven og lært saksbehandlingsreglene. Samtidig kan altså, som enkelte informanter fra fylkesmannen gir uttrykk for, det at antall vedtak ikke har økt mer enn det har gjort ses som et uttrykk for at kommunene er blitt flinkere til å forebygge og begrense bruk av tvang og makt. Dette er ikke mulig å gi noe entydig svar på. Gjennom vår studie ser vi tendenser til begge deler – enkelte kommuner er blitt flinkere til å jobbe forebyggende og klarer å finne alternative løsninger, mens i andre har en nok ikke vært flinke nok til å ta fatt på utarbeidelse av vedtak selv om behovet for vedtak har vært tilstede.

### **5.2.3 Fylkesmannens vurdering av tidsrammen for vedtakene**

I sosialtjenesteloven § 4A-7 står det at vedtak kan treffes for inntil 12 måneder om gangen. I stort sett alle fylkesmannsembetene gis vedtakene vanligvis en tidsramme på 12 måneder. En av informantene sier:



*”En av hovedgrunnene er at når de (kommunene) først fatter vedtak så er det de personene der de ser at de ikke kommer noen vei med, der en ikke finner noen annen løsning. Så dette er personer som sannsynligvis vil ha behov for tiltak i mange år fremover.”*

Det pekes også på at kommunene ofte legger ned mye arbeid i utarbeidelsen av et vedtak, og at det derfor stort sett er bra kvalitet på de vedtakene som sendes til fylkesmannen, med andre ord – fylkesmannen ser ofte ingen grunn til å ikke sette en tidsramme på 12 måneder.

Selv om det i de aller fleste vedtakene settes en tidsramme på 12 måneder kan fylkesmannen unntaksvis sette kortere varighet på vedtakene, noe også over halvparten av informantene fra fylkesmannen sier at de innimellom gjør. Grunner til at fylkesmannen i enkelte tilfeller setter kortere varighet kan være at de vil gi kommunene tid til å prøve ut mer alternative tiltak, som disse informantene sier:

*” Det kan være tilfeller der dem må prøve ut mer alternative tiltak. Da har vi tenkt slik at det er bedre at dem får et midlertidig eller tidsavgrenset vedtak på det dem faktisk gjør, mens de prøver ut alternative tiltak.”*

*”Det hender at hvis det skjer veldig store ting i saken eller vi er usikre, og spesialisthelsetjenesten er inne og jobber konkret, og de føler at de må ha et vedtak på plass mens de jobber, så kan vi sette for kortere tid.”*

Fylkesmannen kan altså se at kommunen har behov for et vedtak, samtidig som det er vesentlige mangler ved saksbehandlingen eller ved vedtaket, og de kan derfor velge i enkelte tilfeller å godkjenne vedtaket for en kortere periode, og gi kommunen noen måneder, for eksempel tre eller seks, for å rette på forholdene. Fylkesmannen kan også sette kortere varighet for vedtak for at de skal få mulighet til å komme oftere på tilsyn og for å ha mer kontroll med tiltak som ligger i vedtaket. I disse tilfellene kan fylkesmannen sette en varighet på noen måneder på vedtaket, mens tidsrammen vanligvis er på 12 måneder. Enkelte informanter fra fylkesmannen sier også at de oftere brukte å sette kortere tid på vedtakene den første tiden etter at loven kom, som denne informanten sier:

*”I den tiden da vi skulle forsøke å få kommunene til å jobbe litt systematisk med dette, og henge litt i nakken på dem, da hadde vi kortere tid i enkelte tilfeller – et halvt år eller tre måneder.”*

Evalueringen viser altså at fylkesmannen i de aller fleste tilfeller setter en tidsramme på 12 måneder for de vedtakene som de godkjenner, men at unntak forekommer.

#### 5.2.4 Fylkesmannens begrunnelser for *ikke* å stadfeste vedtak

I 13 av fylkene var det vedtak som ikke ble godkjent av fylkesmannen i 2006 (Helsetilsynet 2006). Med unntak av Finnmark, der seks vedtak ikke ble godkjent, var antall vedtak som ikke ble godkjent mellom ett og fire. I de fleste embetene er det altså hvert år enkelte vedtak som fylkesmannen ikke kan stadfeste. Samtidig har det skjedd en nedgang i antall vedtak som ikke blir stadfestet, fra 2004 til 2005/2006. Mens det var 49 vedtak som ikke ble godkjent av fylkesmannen i 2004 var dette antallet gått ned til 31 i 2005 og 32 i 2006 (Helsetilsynet 2004, 2005 og 2006).

Årsakene til at fylkesmannen ikke godkjenner vedtak kan være flere. I mange tilfeller skyldes det at vedtaket er dårlig dokumentert, som en informant peker på:

*”En har bygd på veldig mye gammelt av både rammebetingelser og boform. Det kan være dette med at det vises til ”gammel sannhet” for å si det slik.”*

Tiltakene i vedtaket kan også være for dårlig beskrevet, eller at fylkesmannen kan blant annet mene at det i vedtaket ikke kommer godt nok frem hva som har vært prøvd av andre løsninger, og at det bør utredes nærmere om utprøving av alternative tiltak. En informant fra fylkesmannen sier:

*”Det er ofte dette at andre alternativer ikke er prøvd godt nok ut. Når de ikke i vedtaket viser hva de har prøvd, og vi ser kanskje åpenbare ting de burde ha prøvd.”*

Det pekes også på at saksbehandlingen kan være ufullstendig og uoversiktlig, eller at fylkesmannen ser at det har skjedd lite i løpet av den forrige vedtaksperioden. I enkelte tilfeller er heller ikke vilkårene i kapittel 4A oppfylt. Det kan blant annet skyldes at personen som det søkes om vedtak for, ikke har diagnosen psykisk utviklingshemmet.

At vedtak ikke blir godkjent kan også skyldes at fylkesmannen mener at det er unødvendig tvang som blir iverksatt, eller at tiltaket er for inngripende. En annen årsak kan være at kommunen ikke har kontaktet spesialisthelsetjenesten, noe som resulterer i mangler ved vedtaket. Deler av utredningen gjenstår da ofte. Vilråene for faglig forsvarlighet kan i noen tilfeller heller ikke være oppfylt.

I de tilfeller der vedtakene ikke blir stadfestet av fylkesmannen, vil de i mange tilfeller bli stadfestet etter at kommunen har tatt høyde for tilbakemeldingene de får fra fylkesmannen. Dette kan blant annet dreie seg om, som nevnt ovenfor, at tiltakene må utredes nærmere eller at boligen må få mer bemanning.

Generelt er det slik at stadfesting av vedtak fra kommunene er mer regel enn unntak. Her er det likevel viktig å få frem at informanter blant annet peker på at *"det ofte er slik at det kan gå litt fram og tilbake før vedtaket blir stadfestet."* Det er med andre ord ofte en dialog mellom fylkesmannen og kommunene underveis før vedtaket blir stadfestet. I mange tilfeller lar altså ikke fylkesmannen være å godkjenne vedtak selv om de for eksempel har klare saksbehandlingsfeil. I disse tilfeller ber ofte fylkesmannen isteden om mer opplysninger, og beholder saken til den kan stadfestes. Samtidig skjer det likevel innimellom at fylkesmannen velger å ikke godkjenne vedtak. Det er som vi har pekt på, flere årsaker til det, deriblant mangler ved saksbehandlingen, for lite dokumenterte utredninger eller for inngripende tiltak.

### **5.2.5 Økning eller nedgang i antall skadeavvergende meldinger**

På samme måte som for vedtak, varierer det hvorvidt det har vært en økning i antall enkeltmeldinger ved bruk av skadeavvergende tiltak i nødsituasjoner eller ikke. I ti fylker har det vært en økning og i åtte fylker en nedgang (se tab. 18)<sup>13</sup>. Her må det legges til at det varierer hvor stor økningen/nedgangen har vært. Det er også verdt å merke seg at det er store forskjeller mellom fylkene når det gjelder hvor mange enkeltmeldinger som blir sendt til fylkesmannen. Mens det for eksempel ble sendt inn 10 598 meldinger fra Hordaland i 2006, ble det samme år bare sendt inn 99 meldinger fra Nord-trøndelag.<sup>14</sup> For landet som helhet har det vært en gradvis økning i antall enkeltmeldinger de siste årene. I 2004 ble det sendt inn 22700 enkeltmeldinger, i 2005 24337 meldinger og i 2006 27439 meldinger (Helsetilsynet 2004, 2005 og 2006). Dersom vi ser på antall personer som det er sendt inn melding for, har det skjedd en økning fra 494 personer i 2004 til 1095 personer i 2006 (Ibid.).

---

<sup>13</sup> Dette tallet vil variere litt etter hvorvidt vi kun ser etter økning/nedgang fra 2005 til 2006, eller om vi tar utgangspunkt i 2004-tallene.

<sup>14</sup> Fra Helsetilsynets side (2006) understrekes det at variasjonene i antall enkeltmeldinger mellom fylkene henger sammen med hvor gode rutiner kommunene har for å rapportere til fylkesmennene om beslutninger ved bruk av skadeavvergende tvangstiltak i enkeltsituasjoner.

**Tabell 18 Antall a-meldinger, etter fylke. 2004, 2005 og 2006.**

<b>Fylke</b>	<b>2004</b>	<b>2005</b>	<b>2006</b>
Østfold	633	728	1 000
Oslo og Akershus	3 311	4 072	3 956
Hedmark	390	280	245
Oppland	286	430	466
Buskerud	332	383	958
Vestfold	434	451	435
Telemark	1 585	712	184
Aust-Agder	192	574	195
Vest-Agder	344	490	747
Rogaland	2 233	2 176	2 372
Hordaland	5 796	6 933	10 598
Sogn og Fjordane	355	808	607
Møre og Romsdal	431	944	1 417
Sør-trønderslag	5 591	3 180	1 582
Nord-trønderslag	177	199	99
Nordland	185	123	174
Troms	195	1 554	1 478
Finnmark	230	300	926
<b>Sum</b>	<b>22 700</b>	<b>24 337</b>	<b>27 439</b>

Kilde: Helsetilsynet (Tilsynsmeldinger 2004, 2005 og 2006)

Når det gjelder årsaker til *økningen* i enkelte fylkesmannsembeter, forklares det først og fremst med at kommunene er blitt flinkere til å sende enkeltmeldinger etter at fylkesmannen har vært på tilsyn. Følgende utsagn illustrerer hva flere mener:

*”Vi opplever at i de kommunene hvor vi har hatt tilsyn, der får vi plutselig mange meldinger etterpå. For da begynner de å bli oppmerksomme på hva de gjør.”*

Når det gjelder årsaker til *nedgangen* som har funnet sted i enkelte embeter, er ikke forklaringen like entydig. På den ene siden forklares nedgangen med utgangspunkt i at disse kommunene er blitt flinkere; personalet i boligene er flere steder blitt flinkere til ”å møte atferd i boligene”, som en informant sier. Disse informantene mener altså at det har skjedd en fagliggjøring i miljøene mange steder som gjør at personalet greier å forebygge utagerende atferd i større grad og på en annen måte enn de greide tidligere, og dermed er det mindre behov for å bruke skadeavvergende tiltak i nødsituasjoner. Det pekes også på at kommunene jevnt over er blitt flinkere til å fatte vedtak, og at det fattes vedtak på flere av brukerne som det tidligere ble sendt melding på. På

den andre siden forklares nedgangen i antall enkeltmeldinger med utgangspunkt i at kommunene ikke er flinke nok; Enkelte informanter synes at mange kommuner er blitt noe "sløvere" de siste årene og i for stor grad lar være å sende enkeltmeldinger. De er heller ikke flinke nok til å forstå at de må sende enkeltmeldinger på brukere de anvender tvangstiltak på, hvor det ikke er vedtak.

På sammen måte som for vedtakene, er det vanskelig å tolke hva en nedgang eller økning i entall enkeltmeldinger er et uttrykk for. Evalueringen viser at utviklingen med tanke på enkeltmeldinger varierer veldig. I noen kommuner har det vært en nedgang og i andre en økning. Så kan vi spørre – kan det at antall enkeltmeldinger har gått ned ses på som et uttrykk for at kommunene er blitt flinkere til å finne alternative løsninger og/eller utarbeide vedtak, eller er kommunene blitt mindre flinke til å sende inn meldinger. Fylkesmannen er delt i synet på dette, og mener at dette varierer fra kommune til kommune.

### **5.2.6 Mange enkeltmeldinger på kort tid – hva gjør fylkesmannen?**

Alle fylkesmannsembetene reagerer dersom de over en kort tidsperiode får inn mange meldinger om akutt skadeavvergende tiltak i nødsituasjoner på en person. Det som er vanligst, er at fylkesmannen tar kontakt med kommunen det gjelder, vanligvis ved å sende et brev, og blant annet ber om å få vite litt mer om situasjonen, om brukeren osv. Fylkesmannen kan i slike tilfeller også be kommunen ta kontakt med habiliteringstjenesten og i samarbeid med dem forsøke å finne alternativer for å løse situasjonen, samt vurdere om det bør utarbeides vedtak. Enkelte informanter mener at mange kommuner ikke er så flinke til selv å starte prosessen med å utarbeide vedtak, og at det ofte er fylkesmannen eller spesialisthelsetjenesten som må ta initiativet.

Noen fylkesmenn tar direkte kontakt med spesialisthelsetjenesten og forhører seg om de er inni saken, i tillegg til at de kontakter kommunen. I enkelte tilfeller fører også fylkesmannen, dersom de ser behov for det, stedlige tilsyn på bakgrunn av mange enkeltmeldinger, særlig dersom det dreier seg om forholdsvis inngripende tiltak.

Hvis kommunen har et vedtak med daglig tvang, og vedtaket går ut, så må de melde inn tvangen alle ganger tvang blir brukt i denne perioden. Her er det også slik at i de tilfeller en kommune har et pågående vedtak med for eksempel dispensasjon fra kompetansekravet, og sykefravær gjør at andre må gå inn å gjennomføre tvangstiltak, så skal de sende inn enkeltmeldinger for de som det ikke er søkt om dispensasjon for. Enkelte informanter sier at dersom meldingene er mellom to vedtaksperioder, altså mens kommunen venter på å få fornyet et vedtak, er fylkesmannen i dialog med kommunen, og da er det på en måte greit med de enkeltmeldingene som kommer.

### **5.3 NÅR KOMMUNENE IKKE "FÅR DET TIL" – HVA GJØR FYLKESMANNEN?**

Det varierer noe hva fylkesmannen gjør dersom de får inntrykk av at kommuner sliter og ikke får til praktiseringen av loven. Flere informanter sier at dersom de får inntrykk av at enkelte kommuner ikke får dette til, så bruker de å ta kontakt med kommunen og si ifra om hva de eventuelt ikke er fornøyd med. Andre ting fylkesmannen kan gjøre er å tilby kurs eller veiledning. Der fylkesmannen har vedtak går de i mange tilfeller inn med ekstra veiledning dersom kommunen sliter. Flere sier at dersom kommuner ber fylkesmannen om hjelp så får de det, for eksempel ved kurs eller de drar ut og har veiledning i kommunene. En av informantene poengterer viktigheten av veiledning:

*"Det er alfa og omega for å få dem ansvarliggjort i hva tvangsbegrepet inneholder."*

Det varierer imidlertid i hvilken grad kommunene tar kontakt med fylkesmannen og ber om hjelp. Noen kommuner har hyppig kontakt med fylkesmannen, mens andre sjelden eller nesten aldri tar kontakt.

Dersom kommunen sliter med praktiseringen og forståelsen av kapittel 4A i sosialtjenesteloven kan fylkesmannen også ha møter med ledelsen i kommunen. Det anses som viktig fra fylkesmannens side at loven er forankret oppover i systemet i kommunene, og at det organisatoriske er på plass. Dersom fylkesmannen mener det kan være svikt på dette området, er det noe de vil forsøke å gripe tak i og jobbe med.

Det understrekes også fra fylkesmannens side at dersom fylkesmannen får mistanke om at alt ikke er som det skal, for eksempel etter å ha mottatt tips fra spesialisthelsetjenesten, så kan de dra ut og gjøre et tilsyn, som en sier: *"Vi har hjemmel for å reise ut og sjekke, så det gjør vi."* Det er samtidig enkelte som peker på at de ikke har tid til denne type arbeid. Det kommer også frem at fylkesmannen kan velge ut kommuner som de vet sliter når det skal gjennomføres systemrevisjon (landsomfattende tilsyn). Fylkesmannen kan også koble inn spesialisthelsetjenesten og be dem hjelpe til med å finne løsninger.

### **5.4 DISPENSASJON FRA KOMPETANSEKRAVET**

I sosialtjenesteloven § 4A-9 står det at *"fylkesmannen kan i særlige tilfeller gi dispensasjon fra utdanningskravet"* (IS-10/2004). Det kreves ikke tilrådning fra spesialisthelsetjenesten i forbindelse med dispensasjonssøknadene, selv om

mange fylkesmenn ønsker dette og har en slik praksis. Det avgjørende ifølge loven skal være at fylkesmannen finner dispensasjonen forsvarlig.<sup>15</sup>

I neste alle vedtakene som ble stadfestet i 2006, er det gitt dispensasjon fra kompetansekravet (se tab. 15). I mange fylkesmannsembeter er da også dispensasjon fra kompetansekravet mer regelen enn unntaket, og der det er vanlig at det i de aller fleste vedtak gis dispensasjon. Det settes vanligvis ikke kortere varighet for vedtak der det gis dispensasjon, men det kan skje i enkelte tilfeller.

I halvparten av fylkene har antall dispensasjoner holdt seg noenlunde stabilt de siste årene, i fem fylker har antall dispensasjoner økt og i fire fylker har det vært en nedgang (Helsetilsynet 2004, 2005 og 2006). For hele landet har antall dispensasjoner økt fra 319 i 2004 til 486 i 2006 (Ibid.).

Enkelte informanter fra fylkesmannen mener at antall dispensasjoner burde gå ned etter hvert som kommunene får på plass den kompetansen som loven krever, samtidig som stadig utskifting av personalet og utarbeiding av nye vedtak kan medføre nye behov for å søke om dispensasjon fra kompetansekravet.

#### **5.4.1 Hvorfor søker kommunene om dispensasjon?**

Fra fylkesmannens side pekes det på flere årsaker til at kommunene søker om dispensasjon fra kompetansekravet. Det som de aller fleste legger størst vekt på, er at mange kommuner ikke har (nok) personell med formell kompetanse. Over halvparten av informantene fra fylkesmannen mener at kommunene sliter med å få tak i fagfolk. Spesielt gjelder dette små kommuner, men kan også gjelde større byer og mer sentrale strøk. Kommunene lyser ut stillinger men får altså ikke tak i folk med fagutdanning. En av informantene fra fylkesmannen sier:

*”Jeg har nok inntrykk av at kompetansen innenfor dette feltet er lav. Og det hører vi og fra kommunene, at de har prøvd, men sliter med å få inn vernepleiere, fordi fagmiljøene i omsorgen er så pass lav at det er lite inspirerende for fagfolk. Det synes jo vi er kjempeproblematisk.”*

Denne informanten peker blant annet på at nyutdannede vernepleiere ikke ønsker å jobbe innefor dette feltet, men søker seg til blant annet psykiatrien isteden. Enkelte tror heller ikke det er utdannet nok folk innenfor dette feltet per i dag, som denne informanten sier:

---

<sup>15</sup> Senere i dette kapitlet diskuterer vi nærmere hvordan spesialisthelsetjenesten opplever det å skulle uttale seg i forbindelse med dispensasjonssøker.

*”Og da hjelper det ikke hvor mye du roper etter det, for når det ikke er nok folk så er det ikke det.”*

Andre forhold som trekkes frem fra fylkesmannens side, er at ledelsen i enkelte kommuner er for dårlig. De er for eksempel sene med å lyse ut stillinger etter at ansatte slutter.

Noen mener også at man mange steder ikke er flinke nok til å omrokkere på de ansatte i kommunen. Spesielt i større kommuner kan det være vanskelig å se kommunen som helhet. En informant fra fylkesmannen sier:

*”De kan ha fagfolk i deler av kommunen, men dem er så lukket i forhold til organiseringen at det går ikke an å få flyttet over noen.”*

Samtidig er det flere som poengterer at det ikke alltid er like lett å skulle forvente at kommunene klarer å omrokkere på sine ansatte, som en av informantene problematiserer:

*”Det som vi ser i forhold til kompetansekravet er at det er noen småkommuner, og da er det snakk om kommuner under 1000 innbyggere, som har personer der det brukes tvang og makt, og som det er vanskelig for oss å forholde oss til, ut ifra en sånn ideell verden. For det er klart, at dersom du har en bemanning i forhold til en utagerende, og det er de personene i kommunen som en kommer til å finne som kan jobbe med denne personen, så er det vanskelig å begynne å sette veldig mange krav om at en må omorganisere, for det finnes ikke andre å sette til det. En må bare være kjempelykkelige for de som jobber der. Så det er stor forskjell på kommunene sånn sett.”*

Det påpekes også at det er en stor utfordring å øke statusen til det å jobbe med personer med psykisk utviklingshemning og å gi de ansatte følelsen av at de gjør en god og viktig jobb. Stor turnover og mange små deltidsstillinger, uten mulighet for større stillingsandel og fagutvikling gjør denne utfordringen spesielt stor.

Noen av kommunene har ennå ikke søkt om dispensasjon fra kompetansekravet, noe som først og fremst skyldes at de er kommet sent i gang med å utarbeide vedtak. Andre kommuner har mange dispensasjoner. Fra kommunenes side legges det vekt på at personene som det søkes om dispensasjon for, har lang erfaring, samt hvilken veiledning og oppfølging de vil få.

Informantene fra kommunene opplever at de ofte ikke ser noen annen utvei enn å søke om dispensasjon. Mange synes heller ikke det nødvendigvis gjør så mye at de må det – det viktigste er at personene det søkes om dispensasjon for har



lang erfaring og kjennskap til brukeren. Det understrekes at de kan være like flinke som de med formell utdanning, og at for enkelte brukere er det mest viktig at personalet har erfaring og er stabil. Som informantene fra kommunene forteller, varierer det også noe hvor seriøst kommunene tar kompetansekravet, og hvordan kravet til kompetanse tolkes. En informant uttrykker dette:

*”Det sies jo ikke nødvendigvis at en person med treårig høgskoleutdanning skal være tilstede. Da er det kanskje nok at de er i sonen, selv om de ikke er fysisk tilstede. (...) Vi tolker ikke dette så bokstavlig.”*

Kommunen som denne informanten kommer fra, har få dispensasjoner fra kompetansekravet. Informanten innrømmer at det kanskje burde vært flere dispensasjoner, og legger til at *”det kommer an på hvordan vi tolker det”*. Dette viser at en ikke kan ta for gitt at kommunene tolker kompetansekravet likt, og at få dispensasjonssøknader nødvendigvis innebærer at kommunene oppfyller kompetansekravet. Det kan også tenkes at hvordan kompetansekravet tolkes og forstås vil virke inn på hvordan kommunene jobber i forhold til å oppfylle kravet om kompetanse.

Informantene fra spesialisthelsetjenesten mener at grunnen til at kommunene søker om dispensasjon først og fremst skyldes rekrutteringsproblemer, at de ikke får tak i fagutdannet folk. De har inntrykk av at mange kommuner sliter med det, og da særlig mindre kommuner. Dispensasjonssøknadene skyldes også ifølge informantene fra spesialisthelsetjenesten, at det kan være vanskelig og ressurskrevende for kommunen å få utdannet personalet sitt.

Enkelte mener også at noen kommuner ikke prioriterer denne type saker fordi det koster, samt at det er krevende å legge til rette for samarbeid, kursing osv. Det skjer da også at kommunene ikke lyser ut stillinger, lager rekrutteringsplaner eller gjør nok for å få tak i folk med treårig høgskoleutdanning.

Ifølge informantene fra spesialisthelsetjenesten søker også en del kommuner om dispensasjon fra kravet om at det skal være to ansatte til stede ved gjennomføringen av tvangstiltaket, ut fra en begrunnelse om at det er uheldig for brukeren, som dette sitatet illustrerer:

*”Vi har en del steder der de har fått dispensasjon for at det ikke alltid behøver å være to tilstede. Og det har vi gått med på, når vi har innsett at det er altfor inngrepene med to personer.”*

Evalueringen viser at informantene fra fylkesmannen, spesialisthelsetjenesten og kommunene er enige i at hovedårsaken til at kommunene søker om dispensasjon fra kompetansekravet er at de ikke klarer å få ansatt nok folk med treårig høgskoleutdanning. Andre grunner til at kommunene søker om

dispensasjon som trekkes frem, kan være at de ikke er flinke nok til om "flytte på folk" og utnytte de fagfolkene de allerede har i kommunen eller at kapittel 4A ikke blir prioritert av ledelsen i kommunen, blant annet av økonomiske grunner, og dermed blir det ikke laget rekrutteringsplaner eller lyst ut fagstillinger.

#### **5.4.2 Fylkesmannens vurderinger av dispensasjonssøknader**

Det er flere forhold fylkesmannen legger vekt på når søknader om dispensasjon fra kompetansekravet vurderes. Det blir blant annet lagt vekt på følgende:

- Hvor omfattende eller inngripende tvangstiltaket er.
- Om personen "passer i lag med" brukeren.
- Hvor lenge personen har jobbet med den enkelte brukeren.
- Hvor lenge personen har jobbet i boligen.
- Hvor lenge personen har jobbet med personer med psykisk utviklingshemning.
- Hvorvidt det er andre i gruppen som jobber med brukeren, som er utdannet for eksempel vernepleier.
- Hvorvidt personen er i en utdanningssituasjon.
- Hvor mye kurs, veiledning o.l. kommunen gir (opplæringstiltak).
- Hvordan turnusen er satt sammen og antall delstillinger i boligen.
- Hvorvidt det er konflikter mellom pårørende eller hjelpeverge og kommunen.

I de alle fleste fylkesmannsembetene vurderes og legges det altså stor vekt på tjenesteytneres realkompetanse i dispensasjonssaker, som en informant sier:

*"Vi ber kommunen si noe om det; hvilken realkompetanse folk har, hvor lenge de har jobbet med vedkommende osv. Det er mange ting vi ber de om å kommentere i tillegg til navn og stillingsstørrelse."*

En annen informant understreker hvor viktig nettopp erfaring er:

*"Det er på en måte kvalifikasjoner, kompetanse dette dreier seg om. Og hvordan skal man sikre det? Sikrer man det best gjennom formal kompetanse, eller sikrer man det best gjennom solid erfaring, livserfaring og stabilitet? Personlig så vektlegger jeg det veldig sterkt, at man har trygge rammer, stabilitet og erfaring, før formalkompetanse. Derfor er jeg ikke så veldig streng på det."*

Denne informanten forteller at han og hans kollegaer som jobber med 4A-saker hos fylkesmannen, føler seg komfortable med at så lenge kommunen kan vise til at de har opplæringstiltak, at de fokuserer på opplæring og at personalet har erfaring, så har de ingen betenkeligheter med å gi mange dispensasjoner.

Enkelte påpeker også at selv om en person har treårig høgskoleutdanning, så er det ikke sikkert at han eller hun er "egnet" til å jobbe med personer med psykisk utviklingshemning, som en informant peker på:

*"Da må man, istedenfor å rendyrke formalia, så får en ta i betraktning egnethet og realkompetanse. Personkjemi er også viktig. Det er jo mye mer verdifullt enn å se på hvor mange år han har på skolen."*

Samtidig er det også enkelte informanter som mener at selv om en ansatt har jobbet lenge i en bolig, og kanskje overfor den konkrete brukeren, så er ikke det noen garanti for at han eller hun er velegnet, som denne informanten sier:

*"De kan jo ha gått seg inn i spor som ikke burde være der som det kan være vanskelig for oss å sette fingeren på."*

Selv om fylkesmannen ofte legger stor vekt på tjenesteyterens realkompetanse, poengteres viktigheten av fagkompetanse. En informant forteller:

*"Men vi mener uansett om man har mange som har jobbet med dem i mange år, og har god empati og alt det der, så må dem ha fagkompetanse, i alle fall i en viss grad. Det må være noen vernepleiere eller lignende til stede som på en måte kan kvalitetssikre det de gjør og veilede."*

Fylkesmannen har stor forståelse for at det er vanskelig for kommunene å tilfredsstille kompetansekravet. Likevel mener over halvparten av informantene fra fylkesmannen at kommunene gjør for lite for å styrke kompetansen, og at det med mangel på kompetanse utgjør en av de største utfordringene knyttet til kapittel 4A. Ingen av informantene fra fylkesmannen har noen tro på at en vil klare å redusere behovet for dispensasjoner fra kompetansekravet noe vesentlig med det første.

#### **5.4.3 Fylkesmannens vilkår for dispensasjoner**

I de aller fleste fylkesmannsembetene settes det vilkår når det gis dispensasjon fra utdanningskravet. Det som ofte går igjen av vilkår for dispensasjon er følgende:

- Kommunen må redusere og minske personalet totalt sett. Videre må de redusere antall personer som jobber med vedkommende, særlig dersom det er et stort antall personer en søker om dispensasjon for fra kompetansekravet og at personalgruppen er stor.
- Kommunen må forsøke å flytte fagfolk fra andre steder i kommunen og til boligen.

- Kommunen må synliggjøre at turnusen sikrer best fordeling av kvalifisert personal.
- Kommunen må gi opplæring og kompetanse til de ansatte og forsøke å sikre tjenesteyterne kompetanse, blant annet ved å legge forholdene til rette for at personalet kan ta etterutdanning. Kommunen må lage og gjøre rede for opplæringsplaner innen en bestemt dato eller i løpet av vedtaksperioden, hvor det kommer tydelig frem hva kommunen vil gjøre for å øke kompetansen.
- Spesialisthelsetjenesten må forplikte seg til å gi opplæring eller veiledning.
- Kommunen må være aktiv når det gjelder rekruttering av fagfolk, og kunne vise hvilke rekrutteringstiltak som er iverksatt eller vil bli iverksatt.
- Kommunen må se om det finnes andre måter å organisere tjenestene på.
- Personalet det søkes om dispensasjon til må jobbe mer enn 20 % stilling. Det gis vanligvis ikke dispensasjon for vikarer.
- Det må registreres hvor ofte det er ufaglærte på vakt.
- En må vurdere hvorvidt for eksempel tvangstiltak på tannpuss like gjerne kan skje på morgenen som på kvelden.

Enkelte påpeker at det ikke er helt uproblematisk å skulle sette vilkår for dispensasjonene, som en informant sier:

*"Vi setter vilkår, men ikke alltid sånne strenge vilkår, for det vil kanskje bety at folk slutter. Vi kommer jo i et kjempedillemma der vi og."*

Informantene fra fylkesmannen synes det er viktig å være klar over at mange kommuner sliter veldig med å få tak i nok folk med treårig høgskoleutdanning og at det kanskje ikke er realistisk å tenke seg at de skulle kunne klare å komme helt i mål, i alle fall ikke med det første. En av informantene sier:

*"Er det en kommune som har veldig vanskeligheter med å få det til, så prøver vi jo å sette vilkår som dem kan innfri. Vi sier jo ikke til en liten kommune som sliter med å få fagfolk, at de innen ett år må få tak i fire nye med høgskoleutdanning. Det er jo så urealistisk. Vi prøver jo å hjelpe kommunene som sliter."*

Vilkårene som settes i forbindelse med dispensasjonssøknadene, følges opp på de stedlige tilsynene og i forbindelse med overprøving av vedtaket når det skal fornyes. Flere peker på at mange kommuner i (for) liten grad tar tak i vilkårene, enten det gjelder å gjøre nok for å få tak i folk med utdanning, gi opplæring osv. Enkelte mener også at kommunene ikke er flinke nok til å bruke rekrutterings- og opplæringsplaner.

Noen av informantene fra fylkesmannen påpeker også at dersom de ser at det fra en vedtaksperiode til en annen ikke skjer noe i forhold til de vilkår som er satt, så setter ofte fylkesmannen enda strengere vilkår for dispensasjonen, og da ofte med klare tidsfrister. Flere opplever det imidlertid noe problematisk at fylkesmannen ikke har noen sanksjonsmuligheter, som en informant sier:

*"Dette synes vi er veldig problematisk. Det er veldig vanskelig fra vår side å gjøre mer enn å påpeke vilkår og lovkrav. Vi prøver så godt vi kan å påpeke problemet."*

Dersom tiltaket er lite inngripende er det flere som mener at det ikke er så viktig å være så nøye med kompetansekravet, som en informant sier:

*"Man kan ikke kreve utdannelse for et lite inngripende alarmvedtak. I slike tilfeller er det ikke noe problem. Da er vi liberale uten problem."*

Enkelte informanter forteller at de i liten grad setter som vilkår for dispensasjoner, at kommunen skal drive med opplæring av personalet, som denne informanten sier:

*"Vi burde kanskje gjort det i større grad. Det har vi også diskutert på møtene i regiongruppen. At det kanskje ville vært gunstigere å gjøre. Så langt har vi ikke gjort det."*

Evalueringen viser altså at fylkesmannen vanligvis setter vilkår når det gis dispensasjon fra kompetansekravet, samtidig som fylkesmannen ikke ønsker å være for streng.

#### **5.4.4 Habiliteringstjenestens uttalelse om dispensasjoner**

De fleste spesialisthelsetjenestene uttaler seg når det gjelder søknader om dispensasjon fra kompetansekravet, enten for alle dispensasjonssøknadene fra kommunene eller når det gjelder enkelte søknader, til tross for at de ikke er lovpålagt å gjøre det. Mange av spesialisthelsetjenestene synes imidlertid ofte det er vanskelig å skulle uttale seg om dispensasjonssøknadene siden de ikke alltid har godt nok kjennskap til personalet det søkes om dispensasjon for. Flere av informantene fra spesialisthelsetjenesten sier at de blir nødt til å stole på de vurderinger og beskrivelser som kommunene gjør av personene det søkes om dispensasjon for. Der spesialisthelsetjenesten uttaler seg om dispensasjonssøknadene legger de for øvrig stor vekt på om personalet har vært stabilt, om de kjenner brukeren godt og hvor god kjennskap de har til personer med psykisk utviklingshemning generelt. Det legges også vekt på om det er en faglig leder for boligen som er godt skolert på kapittel 4A og at den faglige håndteringen av loven er forsvarlig. Det skjer også at de krever at kommunen

forsøker å begrense antall personer som jobber rundt brukeren og som det søkes om dispensasjon for.

Spesialisthelsetjenesten legger også vekt på hvor inngripende vedtaket er, og hvorvidt tiltakene er etiske og faglige forsvarlige. Videre legges det vekt på hvilke planer kommunen har med tanke på opplæring og veiledning av personalet som det søkes om dispensasjon for, med andre ord hvilken opplæringsaktivitet som er knyttet til boligen, samt interne kvalitetssikringsrutiner. Der skal det komme frem i søknaden at spesialisthelsetjenesten er inni bildet og vil bistå kommunen i gjennomføringen av tiltaket og eventuelt gi opplæring og veiledning til personalet.

Enkelte spesialisthelsetjenester uttaler seg kun i forhold til personer som de vet hvem er og som deltar på veiledningsmøtene. En informant sier:

*”Når det her ble lagt om etter 4A, så har vi vært forholdsvis klar i forhold til fylkesmannen om at vi ikke har kapasitet til å ta på oss noen rolle for å være undersøkende instans for fylkesmannen for å se om kvaliteten på det som kommunene sier de har når de søker dispensasjon, er god nok. Vi tolker reglene slik at det er fylkesmannen som skal gi dispensasjon og dermed er det fylkesmannens klare plikt til å gjøre de undersøkelsene de må gjøre for å finne ut om grunner for å gi dispensasjon er der.”*

Det er altså slik at de fleste spesialisthelsetjenestene uttaler seg i forbindelse med dispensasjonssøknader fordi fylkesmannen ønsker at de gjør det, selv om dette ikke er noe de er lovpålagt å gjøre. Flere opplever også, som nevnt ovenfor, at det er vanskelig å skulle uttale seg om disse søknadene siden de ofte ikke har kjennskap til personene som det søkes om dispensasjon for.

#### **5.4.5 Finnes det noe alternativ til dispensasjon?**

Alle informantene fra fylkesmannen er av den oppfatning at det i de fleste tilfeller ikke finnes noe reelt alternativ enn å gi dispensasjon fra kompetansekravet. Flere peker på at dersom kommunene ikke får innvilget dispensasjon vil situasjonene bare bli verre. Det understrekes også at der det er vedtak, kan fylkesmannen komme på tilsyn. De får dermed en bedre mulighet til å følge opp tiltakene, og ha mer kontakt med boligen enn dersom vedtaket ikke blir godkjent/stadfestet.

Fra fylkesmannens side uttrykkes det stor forståelse for at det ofte er svært vanskelig for kommunene å få tak i fagutdannet personell, og at kommunene har det personellet de har, noe som gjør det vanskelig å ikke skulle gi dispensasjon, som denne informanten sier:

*"De samme folkene hadde jo jobbet der likevel. Så kommunen har på en måte ikke noe valg, og vi har heller ikke noe særlig valg til å si at de ikke får det, for det er den arbeidskraften de har tilgjengelig."*

Det pekes på at det ofte er småkommuner som sliter mest med å få tak i folk med formell kompetanse, selv om dette også er tilfelle i større bykommuner, og siden fylkesmannen sjelden ser noe godt alternativ oppleves det ofte vanskelig å skulle la være å gi dispensasjon. Samtidig poengteres det som vi vil drøfte nærmere i kapittel 8, at det er problematisk at fylkesmannen ikke har noen sanksjonsmuligheter overfor kommunene. En av informantene sier:

*"Problemet er jo at det ikke er noen maktmidler eller reaksjonsformer vi kan bruke hvis de ikke oppfyller kravene vi setter. Problemet er at hvis vi ikke godkjenner vedtaket så blir det da tvang i akutte nødsituasjoner."*

Som denne informanten peker på, vil tvangstiltaket sannsynligvis bli gjennomført uansett, selv om kommunen ikke har fått godkjent dispensasjonssøknaden. Kommunen vil da enten sende enkeltmeldinger når de bruker tvangstiltakene eller la være, og dermed gjennomføre ulovlig bruk av tvang.

Flere forteller, som nevnt i avsnittet om hvilke vilkår fylkesmannen setter for dispensasjonene, at de ber kommunen se om de har fagpersonell andre steder i kommunen som de kan omrokkere på, slik at de oppfyller kompetansekravet. Men som mange påpeker, er ikke dette alltid like lett. En av informantene understreker dette på følgende måte:

*"I noen kommuner sier de at hvis vi sier at de må omrokkere og flytte på folk, da sier de at dette har de prøvd og da truer de med å slutte. Så hva skal en stille opp med da? Fylkesmannen har jo ikke noen styringsnett inn mot personalpolitikk og sånt."*

Samtidig kommer det også frem at i større kommuner, så kan det være at kommunene ikke har vært flinke nok til å sjekke om det virkelig er nødvendig å søke om dispensasjon. En av informantene forteller:

*"Og så søker de absolutt på alle som er ufaglærte bare for å sikre seg, istedenfor å se om det er noe de kan omorganisere med turnusen slik at de slipper å utarbeide så mange vedtak."*

Oljeturnus er blant annet noe som har vært prøvd med hell enkelte steder, andre har satset på utdanningsstipend med bindingstid til enkelte av de ufaglærte, og har hatt suksess med det. Et viktig spørsmål videre vil være å diskutere ulike muligheter for å høyne kompetansen i kommunene og dermed også få bukt med det store antallet dispensasjoner.

Informantene fra spesialisthelsetjenesten deler langt på vei fylkesmannens vurderinger når det gjelder dispensasjonssøknadene, og mener at det sjelden finnes noe alternativt til å gi dispensasjon fra utdanningskravet der kommunene har behov for det, nettopp fordi det er så vanskelig for kommunene å få tak i folk med treårig høgskoleutdanning. De tror at dersom kommunene ikke får innvilget søknadene om dispensasjon, vil tvangstiltakene ofte bli gjennomført likevel, men da vil de være ulovlige, eventuelt vil kommunene måtte sende inn svært mange enkeltmeldinger. En informant sier:

*"I de sakene som vi er inne i, så synes jeg det mange ganger er vanskelig, for vi kjenner jo brukerne godt, og vet at her må det foreligge et vedtak, for hvis ikke så løper det helt løpsk,"*

Det understrekes samtidig fra spesialisthelsetjenestens side, at en må legge press på kommunene om å forsøke å rekruttere fagutdannet personell.

## **5.5 KOMPETANSEKRAVET**

I § 4A-5 står det at tjenestemottakeren har rett til kvalifisert personale ved gjennomføring av planlagte skadeavvergende tiltak i gjentatte nødsituasjoner (b-tiltak) og ved tiltak for å dekke tjenestemottakerens grunnleggende behov for mat og drikke, påkledning, hvile, søvn, hygiene og personlig trygghet, herunder opplærings- og treningstiltak (c-tiltak). Ved gjennomføringen av disse tiltakene skal det være to tjenesteytere til steder dersom det ikke er til ugunst for tjenestemottakeren. En begrunnelse for kravet om at to tjenesteytere skal være til stede ved gjennomføring av tvangstiltak, er at de skal kunne korrigere og utøve kontroll overfor hverandre. Kompetansekravet avhenger altså av hvilke type tiltak som skal gjennomføres, og gjelder kun i forhold til den ene av de to tjenesteyterne som skal gjennomføre tiltaket.

Det stilles imidlertid noe ulike krav til kompetanse for b- og c-tiltak. I § 4A-9 står det at når tiltak etter § 4A-5 tredje ledd bokstav b gjennomføres, skal den ene av de to tjenesteyterne minst ha bestått utdanning i helse-, sosial- og pedagogiske fag på høgskolenivå. Når tiltak etter § 4A-5 tredje ledd bokstav c gjennomføres, skal den ene av de to tjenesteyterne minst ha bestått avsluttende eksamen i studieretning for helse- og sosialfag i videregående opplæring (IS-10/2004). Det stilles med andre ord lavere kvalifikasjonskrav til c-tiltak enn til b-tiltak.

Bakgrunnen for at det i denne loven stilles krav til kompetanse er at en ønsker å sikre at tjenesteyterne har kompetanse på et nivå som gjør at de på en forsvarlig måte kan formidle hva tjenestemottakerens atferd og utfordringer



består i, omfanget og hyppighet til spesialisthelsetjenesten. Tjenesteyterne må videre forstå grunnlaget for de tiltakene som spesialisthelsetjenesten foreslår og kunne delta i diskusjoner med spesialisthelsetjenesten om hva som er faglig og etisk forsvarlig i forhold til den aktuelle tjenestemottakeren. Dette krever kunnskap fra ulike fagområder som etikk, psykologi, medisin og samfunnsfag, og denne kunnskapen må kunne omsettes i praksis og anvendes. I tillegg må tjenesteutøveren ha kunnskap om personer med psykisk utviklingshemning og erfaringer med hvilke utfordringer denne konkrete funksjonshemningen får for tjenesteutøvelsen. Den måten som best sikrer at tjenesteyterne har denne kompetansen, er å kreve at tjenesteyterne har formell utdanning hvor disse grunnleggende kunnskapene inngår. Det er derfor tatt inn krav til utdanning for de tjenesteyterne som skal delta i gjennomføringen av tvangstiltak etter kapittel 4A.

### **5.5.1 Synspunkter på kompetansekravet**

Når det gjelder kompetansekravet er de fleste informantene fra fylkesmannen fornøyde med det slik det er i dag, mens enkelte ønsker endringer eller større differensiering, og nyansering av kravene. Det er stor enighet om at kompetansekravet er viktig, og at det er bra at det stilles krav om formell utdanning, selv om dette er vanskelig å følge opp i praksis, som en informant sier:

*”Jeg synes jo kompetansekravet er med på å løfte hele tjenesten til utviklingshemmede, ved å stille minimumskrav til tjenestene.”*

Informantene mener at kompetansekravet signaliserer at det kreves kompetanse for å jobbe med personer med psykisk utviklingshemning. Dette kravet kan også bidra til å presse kommunene til å jobbe mer for å få tak i utdannet folk og til å bidra til kompetanseheving av personalet i boligene. Samtidig understreker flere av informantene fra fylkesmannen at kompetansekravet er nokså urealistisk, som denne informanten gir uttrykk for:

*”Det kan være noe å strekke seg etter, vil jeg si. For det er veldig bra at man har satt et kompetansekrav i forhold til å arbeide med så pass ressurssvake mennesker. Det er noe med det at du bør ha en slags kompetanse i bunn, slik at en setter det opp som en målsetting – det synes jeg er greit. Det kan aldri, tror jeg, bli noe annet enn noe å strekke seg etter.”*

Det er også stor enighet blant informantene fra fylkesmannsembetene om at det ennå er store sprik mellom idealer og realiteter når det gjelder kravet til kompetanse i boligene der det foreligger vedtak om bruk av tvang og makt. Som de fleste understreker, er det i de fleste kommuner svært vanskelig å få tak i nok utdannet personale. I denne sammenheng trekkes det også frem at

dersom en har et fagmiljø så vil det tiltrekke seg nye fagutdannede personer, med andre ord gjøre det lettere å rekruttere nye fagfolk. Så selv om de fleste informantene fra fylkesmannen innser at det for mange kommuner er vanskelig å få tak i fagutdannet personell, understreker de altså viktigheten av formell kompetanse, og poengterer at det kan bidra til å få ned tvangsbruken i boligene, som en informant påpeker:

*”Jeg synes vel at det (kompetansekravet) er veldig bra. Vi ser vel det at når kommunene får tak i folk med kompetanse og helst flere enn bare en, da går det an å få til andre måter å jobbe på. Da går det an å jobbe faglig. Vi ser jo at det er en stor fordel, at det jobbes mer systematisk med å redusere tvangsbruk, når en får inn fagfolk.”*

Samtidig som det fra fylkesmannens side, legges stor vekt på formell utdanning, er det også mange som understreker viktigheten av realkompetanse. En informant sier:

*”Jeg tenker at dette er viktig, at det ligger et krav om formell kompetanse. Men jeg synes det er vel så viktig at det i tillegg ligger krav om at man skal ha individuell opplæring og veiledning i forhold til den enkelte. For hver situasjon er så forskjellig. Men jeg mener absolutt at det må være krav til kompetanse.”*

Mange understreker, som denne informanten, viktigheten av opplæring, veiledning og mulighet for videreutdanning blant personalet. Dette er ifølge flere vel så viktig som formell utdanning, som en informant sier:

*”Min personlige mening er at dette er litt overdrevet. En burde se mer på realkompetanse og andre ting. Det er ikke det samme som at jeg undervurderer det å ha fagkompetanse, men det blir gjort til en slik hovedsak.”*

Informantene fra spesialisthelsetjenesten mener også at kompetansekravet i kapittel 4A er fornuftig, samtidig som de ser at det er vanskelig for kommunene å innfri dette kravet, som en informant sier:

*”Prinsipielt sett synes vi det er bra at det stilles strenge kompetansekrav. Problemet er at kompetansenivået ute i kommunene er så lavt at det er vanskelig å følge regelverket.”*

Enkelte informanter fra spesialisthelsetjenesten mener at kompetansekravet ikke har noen praktisk betydning i dag, siden fylkesmannen ikke har noen sanksjonsmuligheter. Dette er som nevnt tidligere, noe vi vil drøfte nærmere i kapittel 8.

Det varierer i hvor stor grad informantene fra kommunene har reflektert over kravet til kompetanse, og det varierer hvor viktig kravet til formell kompetanse blir sett på. De fleste informantene fra kommunene er imidlertid enige om at det er viktig med formell utdanning, samtidig som det mange steder legges stor vekt på realkompetanse, som en av informantene sier:

*”De uten utdanning er jo ofte personale som har jobbet i årevis. De er jo ikke dårligere skikket til å utføre de tiltakene.”*

Fra kommunenes side anses det å ha et stabilt personale som viktig. Det pekes på at det er særlig viktig med høgskoleutdanning i forhold til å tenke alternativt og forebyggende. Det pekes også på at tjenesteytere med treårig høgskole har andre holdninger og større kunnskap og forståelse, enn de som ikke har det. Flere mener at en kombinasjon av formell kompetanse og relevant realkompetanse ville vært det ideelle. Informantene fra kommunene er altså todelt i synet på kompetansekravet. På den ene siden synes de at ufaglærte med lang erfaring, og stor realkompetanse, kan gjøre en god jobb, samtidig som de på den andre siden ser verdien av formell utdanning, som en informant peker på:

*”Fordi at vi har to ansatte i ganske store stillinger som ikke har utdanning og de gjør en god jobb ut fra de forutsetningene de har, men jeg ser at de mangler noen evner til å reflektere som andre med høyere utdanning har. For å si det sånn, jeg er vel forholdsvis enig i at kravet kan være der.”*

Evalueringen viser altså at informantene fra fylkesmannen, spesialisthelse-tjenesten og kommunene er enige i kompetansekravet i kapittel 4A er bra. Det legger blant annet press på kommunene i forhold til rekruttering av fagfolk og opplæring av personalet, samt gir signaler om at det å jobbe med personer med psykisk utviklingshemning krever kompetanse. Samtidig er det også stor enighet blant informantene om at det nok er lite sannsynlig at en vil klare å innfri kompetansekravet med det første.

### **5.5.2 Inndeling i kompetansekravet etter b- og c-tiltak**

Det varierer noe hva informantene fra fylkesmannen mener om inndelingen av kompetansekravet etter b- og c-tiltak. Omtrent halvparten (10) av informantene gir uttrykk for at de ikke alltid synes denne inndelingen er like hensiktsmessig, som disse informantene uttrykker:

*”Det er ikke samsvar mellom alarmer etter bokstav b. Også det om at man skal være to tilstede, det er jo som regel ikke relevant i de sakene*

*der. Også når det gjelder tekniske hjelpemidler, inngripende varslingsystemer og slikt, er det ikke samsvar.”*

*”Det er jo slik at en del av for eksempel c-tiltakene, som går mer på omsorg i det daglige, det er jo ofte at det og kan kreve en del kompetanse. Så det er ikke sikkert at man behøver å ha noe særlig mer kompetanse på de b-tiltakene. Men der er det jo tatt et skille, og da har de vel tenkt at dette med å ta imot utagering og stoppe utagering i nødsituasjoner er mer krevende. Men jeg vil faktisk si at ofte kan det være krevende å drive å jobbe på c-tiltak også.”*

Denne informanten peker på at det noen ganger kan være like utfordrende å skulle gjennomføre tiltak for å dekke tjenestemottakerens grunnleggende behov, som for å skulle gjennomføre planlagte skadeavvergende tiltak i nødsituasjoner. Flere av informantene fra fylkesmannen er enige i dette og synes at inndelingen etter b- og c-tiltak er noe kunstig. Enkelte mener at det er noen c-tiltak hvor det ikke alltid er forsvarlig at det kun er krav om videregående skole, som en av informantene sier:

*”Nå var det jo en liten brist ved overgangen til 4A. I og med at de atferdsendrende tiltakene omfattes i c-tiltak, som har det laveste kompetansekravet. Og det er jo en brist, ulogisk.”*

Når det gjelder kompetansekravet mener for øvrig flere at det enkelte ganger kan være ugunstig for brukeren at det er to tjenesteytere tilstede, og at det å skulle være to tilstede ved alarmer og låste dører kan bli litt voldsomt. Informantene trekker også frem at inndelingen etter b- og c-tiltak kan virke forvirrende ute i kommunene.

Seks av informantene fra fylkesmannen mener at inndelingen etter b- og c-tiltak er grei, som en informant sier:

*”Det er kanskje en del tiltak der man ikke trenger faglig kompetanse på, for eksempel låsing av skap. Men så leser jeg litt i rundskrivet, og ser at de må være faglig forsvarlig og skal vurderes både i forkant og etterkant. Så jeg har ingen spesielle formening om at det bør være andre kompetansekrav. Nei, jeg synes kanskje det er greit at det står der.”*

Over halvparten av informantene (11) fra spesialisthelsetjenesten mener at kompetansekravet kunne vært utformet litt mer fleksibelt med tanke på de kravene som stilles til b- og c-tiltak, og at skillet som er i dag er noe kunstig. Det kommer blant annet frem at de ikke nødvendigvis mener at kompetansekravet er fornuftig når det gjelder vedtak som handler om bruk av tekniske innretninger. En informant sier:

*"Det er svært kunstig. Jeg kan ikke se noen faglig begrunnelse. Synes det er et fullstendig kunstig skille."*

Enkelte mener at det burde vært motsatt, i alle fall ikke mindre krav til c-tiltak. Mener det er ulogisk at det kreves mindre kompetanse når det gjelder opplæring og treningstiltak, som en sier:

*"Dette (c-tiltak) er jo en vedtakskategori hvor det innebærer at man faktisk skal få en endring. Her gis det jo adgang til å drive trening eller opplæring med bruk av tvang og makt for å dekke tjenestemottakerens grunnleggende behov. Så jeg synes jo når det gjelder c-tiltak så bør det være like høy kompetansekrav der som når det gjelder skadeavverging i gjentatte nødsituasjoner."*

Syv av informantene fra spesialisthelsetjenesten mener at inndelingen etter b- og c-tiltak fungerer bra slik den er i dag, og mener at det er bra at kompetansekravet er differensiert. At det kreves høyere kompetanse jo mer inngripende tiltaket er.

Det pekes også på at enkelte kommuner fatter c-vedtak, sjøl om det egentlig er snakk om b-vedtak, på grunn av mangel på høgskoleutdannet personale, og for å unngå å måtte søke om dispensasjon. Disse informantene sier:

*"Plutselig så har alle de her sakene skiftet karakter fra å være systematisk skadeavverging til å være tiltak for å ivareta grunnleggende behov. Og det er jo litt merkelig. Tilsynelatende merkelig, men det er ikke så merkelig, for det handler om kommunens tilgang til fagfolk."*

*"I og med at det er forskjell på kompetansekravet på to forskjellige vedtak, så gjør det noe med hvordan tiltakene og vedtakene blir definert, i utgangspunktet. (...) Det defineres sånn at det passer etter tilgangen på folk."*

De mener med andre ord at i og med at det er forskjell på kompetansekravene på to forskjellige vedtak, så gjør det noe med hvordan tiltakene og vedtakene blir definert i utgangspunktet.

De fleste informantene fra kommunene er enige i at det ikke bør stilles ulikt krav til kompetanse til b- og c-tiltak. De mener det kan være like krevende å dekke brukernes grunnleggende behov som å drive systematisk skadeavverging. De synes også det er underlig at det kreves treårig høgskoleutdanning når det gjelder alarmer.

Et annet moment som trekkes frem fra informantene fra kommunene, som også informantene fra spesialisthelsetjenesten pekte på, er at kommuner kan vegre seg for å foreslå b-tiltak siden de vet at der kreves det treårig høgskole hos den ene tjenesteutøveren, noe som kan koste kommunen mye, og kan være vanskelig å få til. En informant sier:

*”Det blir kanskje litt en bøyg som gjør at du dreier det litt mot å tenke c-vedtak. Det sitter veldig langt inne å vurdere det som et krav som trenger høgskoleutdanning, for å si det sånn.”*

Evalueringen viser altså at informantene fra fylkesmannen, spesialisthelsetjenesten og kommunene er delte i synet på inndelingen i kompetansekravet etter b- og c-tiltak. Omtrent halvparten av informantene mener at dette skillet ikke er hensiktsmessig. Det er særlig to ting informantene reagerer på. For det første mener mange at det er feil at det stilles lavere krav til kompetanse når det gjelder c-tiltak. De mener det bør være like høyt krav til kompetanse her som når det gjelder planlagt skadeavverging. Vedtak som rommer c-tiltak kan være omfattende og komplekse, og kan også oppleves som veldig inngripende for brukeren. Det understrekes at det er ikke nødvendigvis mindre krevende å for eksempel skulle tvinge en person til tannpuss enn det er å stoppe en person i å angripe andre. Å skulle drive trening eller opplæring med bruk av tvang og makt for å dekke brukernes grunnleggende behov krever da også ofte en del kompetanse. Det pekes på at dette dreier seg om å få til en atferdsendring. For det andre er det flere som mener at kompetansekravet ikke alltid er like hensiktsmessig når det gjelder bruk av tekniske innretninger, blant annet alarmer der formålet er beskyttelse for å hindre skade, som i loven hører inn under systematisk skadeavverging (b-tiltak). Det er ikke alltid det er nødvendig med to tjenesteytere tilstede, eller at den ene har høgskoleutdanning, for å betjene disse tiltakene. Det kan blant annet oppleves som feil bruk av ressursene, ikke minst med tanke på at tiltak for å dekke tjenestemottakerens grunnleggende behov ikke krever tilsvarende kompetanse.

## **5.6 EVALUERING OG STEDLIGE TILSYN**

I Sosialtjenestelovens første ledd § 2-6 står det at *”Fylkesmannen plikter å føre tilsyn med kommunens virksomhet etter kapitlene 4, 4A, 6 og 7 og skal påse at virksomheten drives i samsvar med loven og forskriften til loven. Ved tiltak etter § 4A-5 tredje ledd bokstavene b og c skal det også føres stedlig tilsyn.”* (IS-10/2004). Loven stiller imidlertid ikke noe krav til hvor ofte fylkesmannen skal gjøre tilsyn der det er vedtak. Det kreves med andre ord ikke at fylkesmannen skal føre tilsyn i hver vedtaksperiode. Det er opp til fylkesmannen på bakgrunn av alvorlighetsgraden i hvert tvangstiltak og en vurdering av risikoen, å avgjøre hvor ofte det er nødvendig å gjennomføre stedlige tilsyn. Fylkesmannen kan

også foreta stedlig tilsyn i forbindelse med meldinger om skadeavvergende tiltak i nødsituasjoner.

Når det gjelder evaluering av tvangstiltakene er tilsynsordningen sentral. Undersøkelsen viser imidlertid at det varierer noe i hvilken grad fylkesmannsembetene gjør stedlige tilsyn der det er vedtak. I de aller fleste embetene gjennomføres det ikke stedlig tilsyn i alle boliger/kommuner som har vedtak hvert år. En av informantene sier:

*"Vi prøver å komme igjen med tilsyn på alle vedtakene i løpet av en treårsperiode. Og på nye vedtak tar vi tilsyn umiddelbart, og ofte før vi har overprøvd vedtaket, for å få litt mer innblikk i saken før vi overprøver den."*

Som denne informanter forteller om, blir ofte nye vedtak prioritert. I de fleste fylkesmannsembetene gjennomføres det tilsyn i løpet av kort til, og i alle fall i løpet av vedtaksperioden, på nye vedtak, som denne informanten sier:

*"Da tar vi tilsyn ganske raskt i vedtaksperioden. Men hvis det er gamle vedtak, altså tiltak som har gått i mange år, så er det jo ikke slik at vi må føre tilsyn hvert år."*

Siden fylkesmannen sjelden har ressurser til å gjennomføre tilsyn på alle vedtakene i løpet av hver vedtaksperiode, må de derfor vurdere hvilke vedtak som det er viktigst å dra på tilsyn til. Som nevnt ovenfor, blir ofte nye vedtak prioritert. En slik vurdering kan også dreie seg blant annet om hvor inngripende tiltakene er, og hvorvidt det er de samme personene som jobber med brukerne, som en sier: *"Vi vurderer det, og drar dit hvor det er størst risiko for svikt."* Vedtak der det er tiltak i forhold til alarmer o.l. nedprioriteres ofte. Vedtak som har forholdsvis inngripende tiltak, prioriteres fremfor mindre inngripende tiltak, som denne informanten peker på:

*"Stort sett så er vi på tilsyn en gang i året i hver bolig der det er vedtak, men hvis det bare er negleklipp eller sånn, så kan det gå et par år. Og der vi vet at det er en kommune der de er bevisst på hva tvang og makt er, og der vi vet at det ikke har vært noen spesiell utskifting av folk, og sånne ting, der slipper vi ned skuldrene litt. Men så er det andre kommuner hvor vi sliter veldig. Der er vi hvert halvår eller oftere og tar et tilsyn, for nettopp å se hvordan de har fulgt opp det vi fant og skrev i den siste tilsynsrapporten. Sjøl om vi setter en frist på når de skal ha retta opp det vi har påpekt, så ser vi jo det når vi kommer ut igjen, at det kanskje er mer på papiret det er rettet opp enn i virkeligheten."*

Vedtak med inngripende tiltak følges altså tettere og evalueres mer løpende. Enkelte fylkesmenn gjør tilsyn i andre halvdel av vedtaksperioden, før det skal fornyes. Fylkesmannen tar vanligvis en gjennomgang av vedtaket når de får det til overprøving, og hvis det er snakk om nye personer vurderes også ofte vedtaket underveis.

Systemrevisjon som tilsynsmetode, tar utgangspunkt i at helse- og sosialtjenestene har plikt til å styre sin virksomhet (ha internkontroll) slik at brukerne får de tjenestene som er fastsatt i lov og forskrift (Helsetilsynet 2007). Fylkesmannen skal her undersøke om kommunene etterlever kravene som helse- og sosiallovgivningen stiller, og om de som er ansvarlige for tjenestene styrer slik at blant annet kravet om at tjenestene som gis, skal være forsvarlige, etterleves hele tiden.

I § 4A-9 fjerde ledd, understrekes det at tvangstiltaket også skal vurderes kontinuerlig, og skal avbrytes straks dersom vilkårene for vedtaket ikke lenger er til stede (for eksempel i forhold til personalets kompetanse) eller det viser seg ikke å ha de forutsatte konsekvenser eller å ha uforutsette, negative virkninger.

Informantene fra fylkesmannen peker på at det gjennom loven åpnes opp for at fylkesmannen kan gjennomføre de tilsyn som anses som nødvendige. Det ligger med andre ord en hjemmel i loven for at fylkesmannen kan dra på tilsyn når de vil. Det er stor enighet blant informantene om at det er viktig å føre tilsyn, som en av dem sier:

*”At dem vet at vi kommer og sjekker om de bruker tvang, om de bruker det slik de skal og har de fagfolkene de skal, osv.”*

De fleste informanter mener at tilsynsordningen fungerer tilfredsstillende slik den er i dag. Informantene mener altså at det er bra at de har mulighet til å gjøre de tilsyn de ønsker, og flere mener da også at de har ressurser til å gjøre det. Samtidig mener cirka halvparten av informantene at deres embete ikke har ressurser nok til å gjennomføre de tilsyn de skulle ønske å gjennomføre, som denne informanten peker på: *”Vi hadde ønsket og tatt flere stedlig tilsyn, men vi rekker ikke mer.”* Det kommer også frem at i enkelte embeter har de pålagte oppgavene i form av landsomfattende tilsyn resultert i færre stedlige tilsyn der det er vedtak.

*”Det kan jo diskuteres hele tiden. Tilsyn hvert tredje år er vel ikke spesielt tilfredsstillende, men det er jo ikke alle vedtakene som har de samme behovene for tilsyn. Det er jo klart at når vi skal drive med landsomfattende tilsyn i tillegg, så slåss vi om ressursene. Og vi kunne kanskje ha tenkt oss å følge bedre opp meldinger om skadeavvergende tiltak, at vi førte mer tilsyn med det, men det kommer i siste rekke.”*



Mens denne informanten i likhet med de fleste andre informantene fra fylkesmannen, sier at de prioriterer å gjøre tilsyn der det er vedtak og ikke på bakgrunn av enkeltmeldinger, er det enkelte som prioriterer annerledes. En informant sier:

*"Nei, vi får absolutt ikke gjort de tilsynene vi hadde ønsket. Vi fører tilsyn etter behov, og i fjor var vi ikke ute på noen vedtak, bare enkeltmeldinger."*

I loven står det at dersom fylkesmannen finner det nødvendig, kan det foretas stedlig tilsyn i forbindelse med meldinger om bruk av tvang i nødsituasjoner.

Samtidig som flere peker på at de ikke har mulighet til å gjøre alle de tilsynene de synes er nødvendige, er det også flere som mener at det ikke er alle vedtakene som er like inngripende og dermed like nødvendige å føre tilsyn med i hver vedtaksperiode. En informant sier:

*"Men så kan det jo være enkelte saker, av de som går og går, der en har samme type vedtak år etter år, kan det jo og være at en gang i året er mye, når situasjonen kanskje er den samme."*

Det poengteres likevel fra flere at det er viktig å dra på tilsyn på *alle* vedtak, også de som virker "greie", om ikke hvert år, så i alle fall hvert andre eller tredje år, som en informant sier:

*"Men samtidig opplever vi jo det at der vi drar ut og tror at alt er greit, at vi blir overrasket."*

Flere mener derfor at det er viktig å rullere på hvilke vedtak det gjennomføres tilsyn på, når en ikke har ressurser til å føre tilsyn i alle vedtak hver vedtaksperiode. Samtidig poengteres det altså at det er saker der det bør gjennomføres tilsyn oftere.

Når det gjelder tilsynsordningen trekker enkelte informanter fra fylkesmannen frem kontakten med spesialisthelsetjenesten som viktig, som en informant forteller:

*"I og med at vi har så pass god kontakt med spesialisthelsetjenesten, så føler jeg vel at vi får signaler hvis vi burde føre tilsyn. Og når vi er ute i hvert nye vedtak, så møter vi de pårørende i alle fall en gang."*

En av informantene sier at et av kravene i kapittel 6A var at kommunen skulle sende en evalueringsrapport når vedtaksperioden var over.<sup>16</sup> Denne informanten skulle ønske det lå et krav om dette i 4A, nettopp fordi det kunne ha lagt press på kommunen om å evaluere:

*”Slik at en på en måte tvinger dem til å gjøre litt mer av det, og til å gå systematisk igjennom. At det ikke bare var å sende det samme vedtaket som forrige gang til overprøving.”*

Selv om kapittel 4A ikke har videreført denne ordningen, har loven en tilsvarende ordning, jfr. kapittel 4A-10 om plikt til å føre journal. Etter bestemmelsene i 6A skulle all bruk av tvangstiltak etter vedtak registreres skriftlig i en protokoll. Denne registreringen skulle dokumentere omstendighetene rundt bruk av tvang, og være en del av grunnlaget for å kontrollere om tiltaket var gjennomført innenfor de grenser som loven, forskriftene og vedtaket setter. Protokollen var ment brukt aktivt i evalueringen og ved fylkesmannens tilsyn. I sosialtjenestelovens kapittel 4A står det at: *”Formålet med journalføring og de formål som lå bak bestemmelsen om protokollføring i den opphevede forskriften til kap. 6A, er etter dette i hovedsak sammenfallende.”* (IS-10/2004). Enkelte informanter forteller også at fylkesmannen i enkelte tilfeller ber kommunene om å sende dem en evaluering, for eksempel hver tredje eller sjette måned.

Mens de fleste informantene fra fylkesmannsembetene altså er tilfredse med tilsynsordningen slik den er i dag, med unntak av at mange gjerne skulle ha hatt flere ressurser til å gjøre flere tilsyn, er det enkelte som synes det burde vært et krav om hvor ofte en skulle føre tilsyn, *”slik at en ble sikker på at det ble gjort”*. Det understrekes at ved dårlig bemanning osv. hos fylkesmannen kan de stedlige tilsynene lett bli nedprioritert når det ikke står i lovverket.

## **5.7 FOREBYGGE OG BEGRENSE BRUK AV TVANG: KOMPETANSEHEVING**

Kapittel 4A i sosialtjenesteloven skal bidra til å regulere bruk av tvang og makt overfor personer med psykisk utviklingshemning som en anser som nødvendig. Fylkesmannens primære oppgave i forhold til loven er å overprøve vedtak om anvendelse av tvang med hjemmel i § 4A-5 ledd bokstavene b og c. Et annet og like viktig formål med kapittel 4A i tillegg til å regulere bruken av tvang og makt, er samtidig å *forebygge* og *begrense* bruk av tvang og makt overfor personer med psykisk utviklingshemning. Nedenfor vil vi se nærmere på hvordan

---

<sup>16</sup> Jfr. Kap. 6A-10 annet ledd i Lov om sosiale tjenester, rundskriv I-41-98.

fylkesmannen kan bidra til dette gjennom kompetanseheving. Avsnittet er basert på intervju med informanter fra fylkesmannen.

Kompetanseheving er sentralt i forhold til å forebygge bruk av makt og tvang overfor personer med psykisk utviklingshemning. Når det gjelder kompetanseheving er det foruten kommunen selv flere som kan bidra. De første årene etter at kapittel 6A i sosialtjenesteloven kom hadde fylkesmannen en utstrakt kursvirksomhet ute i kommunene. Informantene er langt på vei enige i at denne kursvirksomheten mange steder har ført til en større bevissthet rundt loven og hva som ligger i tvangsbegrepet. Kursvirksomheten har imidlertid avtatt noe de siste årene, men fortsatt er det flere fylkesmenn som enten allerede er i gang med, eller har planer om, å gjennomføre nye kurs i kommunene om kapittel 4A. Ofte skjer dette i nært samarbeid med spesialisthelsetjenesten i regionen. I mange fylkesmannsembeter arrangeres det også årlige samlinger med kommunene hvor ulike tema knyttet til kapittel 4A tas opp. Det varierer altså noe i hvilken utstrekning fylkesmannen tilbyr kurs, men vi ser likevel at det i de fleste embetene enten har blitt eller fortsatt blir gjennomført kurs knyttet til kapittel 4A.

Det varierer også noe i hvilken utstrekning fylkesmannen gir veiledning og opplæring i kommunene. Det skyldes blant annet at det varierer hvor mye ressurser fylkesmannen har, det er forskjeller når det gjelder faglig bakgrunn på de personene hos fylkesmannen som har kapittel 4A som ansvarsområde, samt at i hvilken grad fylkesmannen gir veiledning også til dels kan påvirkes av i hvilken utstrekning spesialisthelsetjenesten gir veiledning og opplæring i kommunene. En av informantene sier:

*”Jeg ser jo det at det kunne vært lurt å hatt noe mer veiledning med de faglige lederne og de i boligene. Det har jo litt med prioriteringer og ressurser å gjøre”*

Som sagt ovenfor, samarbeider fylkesmannen ofte med spesialisthelsetjenesten om kurs. Mens de fleste kursene er rettet mot faglige ledere og ansatte i boliger/bofellesskap, har det også i enkelte embeter vært arrangert kurs og veiledning for ledere i kommunen. En av informantene understreker viktigheten av nettopp dette:

*”I fjor og i år så har vi fokusert på lederne som målgruppe for veiledningen. Vi tenker på at signalene må komme ovenfra, slik at overordnede faglig ansvarlig er bevisste på en del ting.”*

Den veiledningen og opplæringen som fylkesmannen gir i forbindelse med tilsyn er også viktig i forhold til kompetanseheving, som en av informantene peker på:

*”Det vi ofte gjør, er at vi sier til kommunen at vi skal gjennomføre tilsyn og resten av dagen kan dere få hvis dere har problemstillinger dere ønsker vi skal kurse ansatte i. Da kommer det ofte opp ting, det er mange problemstillinger som følger av 4A som de er usikre på.”*

Flere embeter forteller at personalet i boliger er veldig aktive med å spørre og diskutere ulike problemstillinger når de er på stedlig tilsyn. Her må det likevel understrekes som nevnt tidligere, at det varierer mye i hvilken grad fylkesmannen har ressurser til og/eller prioriterer å gjennomføre stedlige tilsyn.

Fylkesmannen kan også tilby ekstra veiledning dersom kommuner sliter med praktiseringen og forståelsen av kapittel 4A. En av informantene sier:

*”Vi prioriterer det ganske høyt hvis kommunen ringer og ber oss komme. Vi tenker slik at dersom de selv definerer det slik at de har et problem, da må det være veldig viktig. Vi har vel en grunntanke om at hvis kommuner ber om hjelp til å forstå bedre hva 4A er for noe, da prioriterer vi det kjempehøyt.”*

Fylkesmannen kan i slike tilfeller også ha møter med ledelsen i kommunen. Dersom fylkesmannen ser at kommuner sliter kan de også ta kontakt med og koble inn spesialisthelsetjenesten og be dem om hjelp.<sup>17</sup>

Når det gjelder innholdet i veiledningen og kursene knyttet til kapittel 4A som fylkesmannen tilbyr kommunene, enten alene eller sammen med spesialisthelsetjenesten, så står både innholdet i kapittel 4A og selve saksbehandlingen knyttet til det å utarbeide vedtak sentralt. Et tema som er svært sentralt i veiledningen er tvangsbegrepet. Fylkesmannen opplever at mange ute i kommunene ennå sliter med å forstå hva som ligger i dette begrepet – hva som skal defineres som tvang og makt, og hvordan en skal praktisere dette. Flere understreker behovet for kontinuerlig diskusjon rundt tvangsbegrepet, som disse informantene forteller:

*”Det er mye gjennomtrekk av personale og mange småstillinger. Det er mye folk i dette systemet, så derfor er det stadig behov for en gjennomgang av hva som er tvang og makt.”*

*”Det er jo en del turnover og slikt, så det er ikke bare å dra til kommunene og holde et foredrag, så er alt bra. Akkurat det med tvangsbegrepet er noe som må gå inn i kulturen deres, og må fokuseres på hele tiden. Det holder ikke med ett kurs. Det ligger så dypt i folk. Det*

---

<sup>17</sup> Vi diskuterer tidligere i dette kapitlet hva fylkesmannen gjør dersom de får inntrykk av at en kommune sliter og ikke får til praktiseringen av kapittel 4A.

*er det vi har jobbet mest målrettet i forhold til – opplæring i forhold til tvangsbegrepet, og har hatt mest fokus på.”*

Enkelte peker også på at de ikke synes ledelsen i kommunene tar dette på alvor, som en informant uttrykker:

*”Så vi bruker ganske mye tid på å diskutere hva som er tvang. Men det er en evig diskusjon altså. Og ikke bare diskusjon, men en evig runde. Det er noe med at ledelsen i kommunen ikke tar sånn tak i det overfor sitt personale, sånn at de får lov til å ha den oppfatningen de har. (...) Men vi bruker jo rundskrivet på tilsynene, og forståelsen av begrepene. Men det er klart at det brukes ikke sånn som det kunne vært brukt. Så det er jo en evig terping fra vår side, når vi har møter med dem.”*

Et annet tema som går igjen når fylkesmannen er på stedlig tilsyn er hvilke opplæringsplaner kommunen har. En av informantene sier:

*”Det er alltid et tema som vi har i møter med dem. Jeg synes det er en høy grad av bevissthet på at dette er en måte å få opp kompetansen i kommunen.”*

Fylkesmannen gir også en del opplæring og veiledning ut til kommunene når det gjelder saksbehandling i forhold til loven. I enkelte embeter inviteres også kommunene til fylkesmannen, som holder kurs om saksbehandling. Mange kommuner sliter ennå med det å skulle utarbeide vedtak. Særlig gjelder dette kommuner som i lite utstrekning har gjort dette før. En av informantene sier:

*”Det vi som fylkesmann gjør, det er det at vi er veldig på tilbudssiden til de kommunene som på en måte er i startgropen på det å gi veiledning på saksbehandling. De får komme hit til oss, og så setter vi av et par timer hvor vi veileder dem på det.”*

Det pekes også på at det på grunn av stor utskifting av folk i kommunene vil det hele tiden være behov for opplæring i hvordan vedtakene skal utarbeides, som en informant sier:

*”Når det gjelder det med saksbehandling, så er det jo hele tiden utskifting i kommunene og behov for opplæring av nye folk, saksbehandlingskurs og sånt. Så vi er på tilbudssiden der og.”*

I tillegg til kurs og veiledning ute i kommunene er også fylkesmannen tilgjengelig på telefon dersom noen ønsker hjelp. Flere forteller at det hender rett som det er at ansatte i kommunene ringer og blant annet lurere på om det de gjør er tvang eller ikke. En informant sier:

*”Kommunene tar kontakt med oss om de lurer på ting. Siden jeg nå har vært her i mange år, så er det klart at folk kjenner meg. Så de ringer og spør. For vi har prøvd å ha en åpen linje. Vi vil at kommunene skal ringe og spørre oss.”*

Det varierer imidlertid hvor ofte kommunene tar kontakt, som en informant sier:

*”Noen kommuner er åpne og går ut og ber om hjelp, mens andre er mer lukket og skal klare seg sjøl.”*

Når det gjelder forebygging og begrensnings av bruk av tvang og makt kan altså fylkesmannen spille en viktig rolle gjennom å bidra til kompetanseheving i kommunene. Samtidig påpekes det nettopp fra fylkesmannens side at de opplever at veiledningskapasiteten er for dårlig. De ser behovet for og ønsker selv å gi mer veiledning til kommunene knyttet til kapittel 4A.

Fylkesmannen besitter for øvrig en del kompetansemidler gjennom Kompetanseløftet 2015 (St.meld. nr. 25).<sup>18</sup> Dette er midler som er finansiert av sosial- og helsedirektoratet og som fylkesmannen rår over for å stimulere først og fremst kommunene til å få tak i kvalifisert personell, blant annet gjennom videreutdanning. Hovedformålet med Kompetanseløftet 2015 er å sikre tiltrekkelig og stabilt personell, samt øke andelen personell med høyere utdanning i den kommunale omsorgssektoren. Fylkesmannen kan ved hjelp av disse kompetansemidlene bidra til kompetanseøkning i kommunene gjennom å prioritere søknader som er knyttet til opplæringstiltak overfor ansatte som jobber med personer med psykisk utviklingshemning. To av informantene fra fylkesmannsembetene poengterer dette:

*”I og med at jeg har jobbet med rekrutteringsplanen, så har vi jo vært veldig obs på søknader kommunene har sendt om generell opplæring. Og der har vi prioritert hvis det har vært konkrete opplæringstiltak overfor de som jobber med psykisk utviklingshemmede. Det er det vi har kunnet gjort.”*

*”Vi har jo etter hvert begynt å koble dispensasjonssøknadene opp mot kompetansemidlene som fylkesmannen formidler. Og vi har gjort kommunene oppmerksomme på det, at vi i større grad vil se det i sammenheng.”*

---

<sup>18</sup> Kompetanseløftet 2015 er en del av Omsorgsplanen 2015 (St.meld. nr. 25) og erstattet Rekrutteringsplanen for helse- og omsorgspersonell som ble avsluttet i 2006 (SHdir 2004). En nærmere beskrivelse av Kompetanseløftet 2015 gis i kap. 3.2.2 i St.meld. nr. 25.

Fylkesmannen bidrar altså til å forebygge bruk av tvang og makt overfor personer med psykisk utviklingshemning gjennom kompetanseheving. Fylkesmannen tilbyr kurs og veiledning knyttet til 4A overfor kommunene. Veiledningen gis først og fremst i forbindelse med tilsynsbesøkene. Nesten halvparten av informantene fra fylkesmannen mener at de ikke har tilstrekkelig ressurser til å hjelpe kommunene nok når det gjelder kompetanse knyttet til denne loven. Behovet for kompetanseheving understrekes.

## **5.8 OPPSUMMERING**

Fylkesmannen har flere oppgaver i forhold til kapittel 4A i sosialtjenesteloven. For det første skal de overprøve vedtak om anvendelse av tvang. Fylkesmannen kan sette vilkår for godkjenningen og kan også gi dispensasjon for kompetansekravet. For det andre skal fylkesmannen føre stedlig tilsyn der det er fattet vedtak om tiltak etter kapittel 4A. Det kan også foretas stedlig tilsyn i forbindelse med meldinger om bruk av tvang i nødsituasjoner. Fylkesmannen skal også gjennomføre landsomfattende tilsyn med tjenestene til personer med psykisk utviklingshemning når Helsetilsynet ber om det. Fylkesmannen gir ofte dispensasjon fra kompetansekravet. Hovedårsaken til at kommunene søker om dispensasjon er at de ikke klarer å rekruttere folk med treårig høgskoleutdanning. Andre grunner kan være at det på grunn av dårlig kommuneøkonomi ikke blir lyst ut stillinger eller at kommunen ikke er flink nok til å utnytte de fagfolkene de allerede har. Fylkesmannen har stor forståelse for at det er vanskelig for kommunene å tilfredsstille kompetansekravet, og ser sjelden noe alternativt enn å gi dispensasjon. Samtidig setter fylkesmannen vanligvis en del vilkår, blant annet vektlegges realkompetanse sterkt, samt hvilke opplærings- og rekrutteringsplaner kommunen har. Informantene fra fylkesmannen, spesialisthelsetjenesten og kommunene er enige i at det er bra at kompetansekravet er der, siden det kan legge press på kommunene i forhold til rekruttering av fagfolk og opplæring av personalet i boligen. Det signaliserer også at det kreves kompetanse i jobbe med personer med psykisk utviklingshemning. Informantene er delte i synet på inndelingen av kompetansekravet etter b- og c-tiltak. Omtrent halvparten mener at dette skillet ikke er hensiktsmessig. De fleste informantene fra fylkesmannen er fornøyd med tilsynsordningen slik den er i dag. Det pekes på at fylkesmannen flere steder har behov for mer ressurser til å gjøre de tilsyn de mener er nødvendig, samt kunne gi kommunene mer veiledning. Fylkesmannen bidrar til å forebygge og begrense bruk av tvang og makt overfor personer med psykisk utviklingshemning gjennom kompetanseheving. De tilbyr blant annet kurs og veiledning overfor kommunene. Samtidig understrekes behovet for kompetanseheving hos mange fylkesmenn. Det er behov for økt bemanning i mange fylkesmannsembeter, og enkelte steder er det også behov for mer kompetanse.

## **6. DE REGIONALE HELSEFORETAKENES ANSVAR I FORHOLD TIL KAPITTEL 4A**

I dette kapitlet skal vi se nærmere på de regionale helseforetakenes ansvar i forhold til sosialtjenestelovens kapittel 4A. For det første vil vi se på hvilken strategi de regionale helseforetakene har til å følge opp sin plikt til å gi helsetjenester til personer med psykisk utviklingshemning på det forebyggende plan. For det andre vil vi se på hvilken strategi de regionale helseforetakene har i forhold til å sørge for at spesialisthelsetjenesten har den kompetanse og bemanning som er nødvendig i forhold til loven. Både for å bistå kommunene med veiledning knyttet til å unngå bruk av tvang og makt overfor personer med psykisk utviklingshemning, og knyttet til å bistå ved gjennomføring av tiltak som er iverksatt. Her vil vi også se nærmere på hvorvidt de regionale helseforetakene har den kompetansen og bemanningen som anses som nødvendig i forhold til det ansvaret de har knyttet til kapittel 4A i Lov om sosiale tjenester. Dersom kompetansen og bemanningen ikke vurderes som tilstrekkelig, vil vi forsøke å si noe om hva som eventuelt gjøres for å få tak i tilfredsstillende kompetanse og bemanning.

Som bakgrunn for redegjørelsen og drøftingen i dette kapitlet har vi gått igjennom relevante dokumenter, både nasjonale og dokumenter knyttet til de regionale helseforetakene. Vi har vært i kontakt med de regionale helseforetakene for å få supplerende opplysninger. I de fleste regioner var det vanskelig å finne frem til en person som har ansvar i forhold til kapittel 4A, og som kunne gi oss relevant informasjon. Etter flere e-poster og telefoner fikk vi imidlertid svar på våre spørsmål. Noen svarte muntlig, andre skriftlig.<sup>19</sup> I alle fire regioner har informantene fått lese igjennom og kvalitetssikre informasjonen.

### **6.1 LOVGRUNNLAGET**

Tjenester til personer med psykisk utviklingshemning reguleres av de alminnelige bestemmelsene i blant annet Lov om sosiale tjenester, Lov om helsetjenesten i kommunene og Lov om spesialisthelsetjenester. Nedenfor vil vi kort redegjøre for hvilket ansvar de regionale helseforetakene har overfor personer med psykisk utviklingshemning, både når det gjelder et mer generelt ansvar med tanke på generelle helsetjenester overfor denne gruppen og når det gjelder det spesifikke ansvaret de regionale helseforetakene har til å bistå kommunene i forhold til kapittel 4A.

---

<sup>19</sup> I to av regionene pekte de ut en representant fra habiliteringstjenestenvoksenhabiliteringen til å svare på vegne av det regionale helseforetaket, blant annet på bakgrunn av e-post og telefonkontakt med avdelings og seksjonsledelse i helseforetakene..



### *De regionale helseforetakenes generelle ansvar overfor personer med psykisk utviklingshemning med tanke på generelle helsetjenester*

Lov om spesialisthelsetjenesten kapittel 2 beskriver de plikter det regionale helseforetaket har i forhold til å dimensjonere og yte helsetjenester i sitt geografiske område. Loven påpeker at de tjenester som faktisk tilbys skal være faglig forsvarlige og at de som yter tjenestene har plikt til å påse dette. Loven hjemler flere forskrifter som skal sikre at behov for helsetjenester dekkes og at tjenestene koordineres slik at man oppnår en maksimal utnyttelse av tilgjengelige ressurser. De regionale helseforetakene har altså en generell plikt til å gi helsetjenester etter spesialisthelsetjenesteloven til personer med psykisk utviklingshemning på det forebyggende plan. I Lov om spesialisthelsetjenesten står det under § 2-1a at de regionale helseforetakene skal sørge for at personer med fast bopel eller oppholdssted innen helseregionen tilbys spesialisthelsetjeneste. Dette understreks også i Forskrift om habilitering og rehabilitering (2001) hvor det i § 12 står at *"Det regionale helseforetaket skal sørge for at personer med fast bopel eller oppholdssted i helseregionen tilbys og ytes nødvendig habilitering og rehabilitering i spesialisthelsetjenesten i og utenfor institusjon"*. Tjenester utenfor institusjon kan skje ved hjelp av ambulering tjenester. Videre presiseres det i § 13 at habilitering og rehabilitering i spesialisthelsetjenesten skal inngå i tilbudet av helsetjenester som det regionale helseforetaket skal sørge for. I § 16 står det blant annet at det regionale helseforetaket skal sørge for råd og veiledning til kommunen om opplegg for enkeltbrukere, samt gi generelle råd og veiledning til ansatte i kommunen. Forskriften har som mål å sikre at personer med behov for habilitering og rehabilitering tilbys og ytes tjenester som kan bidra til å stimulere egen læring, motivasjon, økt funksjons- og mestringsevne, likeverdighet og deltakelse (Nasjonal helseplan 2007-2010). I oppdragsdokumentene til de regionale helseforetakene (2007) står det i avsnitt 3.5.4 at *"Det er et mål at alle brukere som har behov for rehabiliterings-/habiliteringstiltak på spesialisert nivå, skal få relevante tiltak i tilstrekkelig omfang"*. Det understrekes at dette gjelder alle aldersgrupper og diagnosegrupper.

### *De regionale helseforetakenes spesifikke ansvar med tanke på kapittel 4A i Lov om sosial tjenester*

De regionale helseforetakene har etter sosialtjenesteloven § 4A-13 tredje ledd en plikt til å sørge for at spesialisthelsetjenesten har den kompetansen og bemanningen som er nødvendig for å bistå kommunene med veiledning knyttet til å unngå bruk av tvang og makt overfor personer med psykisk utviklingshemning, og knyttet til å bistå ved gjennomføring av tiltak som er iverksatt. Dette ansvaret er vanligvis tillagt habiliteringstjenestene i regionen. I merknadene til loven står det blant annet at *"Det er regionale helseforetak som er ansvarlig for at kompetansen legges på riktig nivå i tjenesten"* (IS-10/2004). I Forskrift om habilitering og rehabilitering står det i § 13 første ledd at: *"Det regionale helseforetaket skal sørge for at re-/habiliteringstjenester inngår i*

*tilbudet av spesialisthelsetjenester. Med sørge for menes at helseforetak kan stå for utøvelsen av tjenesten eller inngå avtale med andre tjenesteytere, som for eksempel opptreningsinstitusjoner eller private sykehus.” Det er altså de regionale helseforetakene som skal sørge for at tjenesten har nødvendig kompetanse og bemanning. Helseforetakene kan levere tjenesten selv, eller de kan sørge for at andre leverer.*

## **6.2 HABILITERING OG REHABILITERING I SPESIALISTHELSE-TJENESTEN**

Før vi går videre vil vi si litt generelt om hvordan habiliteringstjenesten i dag er organisert inn under spesialisthelsetjenesten. Den offentlige spesialisthelsetjenesten har frem til nylig vært organisert som 32 helseforetak i fem helseregioner. Vi har nå fire regionale helseforetak i og med at Helse Sør og Helse Øst er slått sammen.

Habilitering og rehabilitering i spesialisthelsetjenesten utgjør de tjenester som det regionale helseforetaket plikter å sørge for å tilby befolkningen. Re-/habilitering i spesialisthelsetjenesten er en samlebetegnelse på den type re-/habiliteringstjenester som krever en slik grad av spesialisering at det ikke er hensiktsmessig å legge dem inn under det kommunale ansvaret (Forskrift om habilitering og rehabilitering 2001). Dette kan være tilfeller der bistanden må knyttes nært opp til spesialisert medisinsk behandling eller der kravet til kompetanse overstiger nivået som kan forventes fra kommunen. Habilitering er da også et tverrfaglig fagfelt.

Habiliteringstjenesten slik den er organisert i dag oppsto etter at ansvarsreformen for personer med psykisk utviklingshemning ble iverksatt fra januar 1991. Habiliteringstjenestene har altså vært en del av spesialisthelsetjenesten siden 1991. Før det hadde fylkeskommunene ansvar for å gi personer med store funksjonsnedsettelse kombinerte bo- og opplæringstilbud og nødvendige helsetjenester. I de første årene etter at habiliteringstjenesten ble en del av spesialisthelsetjenesten utgjorde personer med psykisk utviklingshemning nær alle henvisninger og fremdeles er dette den største gruppen. Samtidig ytes det i dag også tjenester til personer med cerebral parese, ryggmargsbrokk og andre funksjonshemninger som ikke er medfødt. Habiliteringstjenesten står i en nær samhandling med kommunehelsetjenesten, ofte med tverrfaglig kompetanse over lang tid gjennom store deler av livsløpet til brukerne.

Voksenhabiliteringstjenestens målgruppe er definert som personer over 18 år med medfødt eller tidlig ervervet funksjonshemning/langvarig sykdom, og som har behov for langvarige og tverrfaglige habiliteringstjenester på spesialistnivå.

Voksenhabiliteringstjenesten kan også yte deltjenester til andre diagnosegrupper som har behov for spesialisert habilitering. Barnehabiliteringstjenestens målgruppe er definert som barn og ungdom fra 0-18 år med medfødte og tidlig ervervede funksjonshemninger/langvarig sykdom.

Frem til 2002 var habiliteringstjenestene fylkeskommunale. Da sykehusreformen med etablering av helseforetak ble gjennomført i 2002, ble voksenhabiliteringstjenestene organisert inn i foretakene. Tjenesten ble i mange helseforetak en del av rehabiliteringsklinikkene eller andre somatiske klinikker, mens den andre steder ble organisert sammen med psykiatrien. En rapport fra Nordlandsforskning viser at voksenhabiliteringstjenestene er svært ulikt organisert (Lichtwarck, Handegård og Bliksvær 2005). Organiseringen av tjenestetilbudet kan derfor være svært forskjellig både mellom helseforetakene innad i de regionale helseforetakene og mellom de regionale helseforetakene.

### **6.3 ORGANISERING OG STRATEGI KNYTTET TIL KAPITTEL 4A**

Nedenfor vil vi se nærmere på hvordan de regionale helseforetakene organiserer habiliteringstjenesten overfor barn og voksne, samt hvilken kompetanse de i grove trekk besitter. Vi har valgt å legge mest vekt på voksenhabiliteringstjenesten. En nærmere beskrivelse av hvilken kompetanse habiliteringstjenestene besitter gis i arbeidsnotatet "Gjennomgang av habiliteringstjenesten for voksne" (Lichtwarck, Handegård og Bliksvær 2005). Der har vi også sett nærmere på hvordan habiliteringstjenestene opplever den kompetansen de besitter innenfor ulike områder, deriblant knyttet til kapittel 4A. Dette er også noe vi diskuterer i kapittel 4. Vi vil nedenfor drøfte hvordan kompetansen vurderes av de regionale helseforetakene og hva som eventuelt gjøres for å bedre situasjonen der tilgangen på kompetanse og/eller bemanning ikke anses for å være tilfredsstillende. Vi vil også se på hvordan de regionale helseforetakene forholder seg til sitt ansvar i forhold til kapittel 4A med tanke på at habiliteringstjenestene skal ha tilstrekkelig kompetanse og bemanning for å kunne bistå kommunene med veiledning i forhold til bruk av tvang og makt overfor personer med psykisk utviklingshemning, samt kunne bistå ved utforming av vedtak og gjennomføring av tiltak som er iverksatt.

#### **6.3.1 Region Helse Sør-Øst RHF**

Helse Sør-Øst er den statlige helseforetaksgruppen som har ansvar for spesialisthelsetjenesten i de ti fylkene Østfold, Akershus, Oslo, Hedmark, Oppland, Buskerud, Vestfold, Telemark, Aust-Agder og Vest-Agder. Helse Sør-Øst RHF har 15 underliggende helseforetak.<sup>20</sup> Helse Sør-Øst er absolutt det

---

<sup>20</sup> Dette er Akershus universitetssykehus HF, Aker universitetssykehus HF, Blefjell sykehus HF, Psykiatrien i Vestfold HF, Ringerike sykehus HF, Rikshospitalet HF, Sunnås sykehus HF, Sykehuset Asker og Bærum HF,

største regionale helseforetaket. Mens de andre regionale helseforetakene bare omfatter mellom fire og seks helseforetak, er det altså 15 helseforetak som ligger inn under Helse Sør-Øst. Habiliteringstjenesten i Helse Sør-Øst er organisert inn under helseforetakene. Det er habiliteringstjeneste i hvert fylke i regionen. I de fleste helseforetakene er habiliteringstjenesten for barn og voksne atskilt, men enkelte steder er det kombinert barne- og voksenhabilitering. Habiliteringstjenesten i Helse Sør-Øst yter de fleste steder tverrfaglige og ambulante tjenester. De gjør utredninger, diagnostisering, behandling, rådgiving og veiledning.

Det varierer noe hvilke yrkesgrupper som er representert ved de ulike habiliteringstjenestene i Helse Sør-Øst, og hvilken kompetanse de besitter. Helse Sør-Øst RHF ble etablert fra 1. juni 2007 etter sammenslåing av Helse Øst RHF og Helse Sør RHF. Det er ikke enda etablert et felles plandokument for habilitering og rehabilitering i regionen. Helse Sør-Øst forutsetter gjennom driftavtaler og øvrige føringer at de underliggende helseforetakene bemanner sine tjenester på en slik måte at lovkrav oppfylles når det gjelder kompetanse. Hvert av disse helseforetakene er ifølge vår informant selvstendige virksomheter som har ansvar for å forsikre seg at de ulike lovene som de er underlagt, overholdes. Helseforetakene plikter å ha et internkontrollsystem som skal sikre at lovkravene oppfylles når det gjelder kompetanse. Informanten fra Helse Sør-Øst kan derved ikke gi noe svar på i hvilken grad kompetansen hos habiliteringstjenestene i dette regionale helseforetaket anses som tilstrekkelig, hvilken kompetanse som eventuelt savnes og hva som eventuelt gjøres for å få tak i denne kompetansen. Informanten kan heller ikke si noe om det er forskjeller mellom fylkene/helseforetakene med tanke på kompetanse.

Helse Sør-Øst har som strategi at de underliggende helseforetakene som hører inn under Helse Sør-Øst, selv har det selvstendige ansvaret for å sikre at lovkrav oppfylles og derved at de har den kompetansen og bemanningen som er nødvendig for å kunne bistå kommunene i forhold til kapittel 4A. Vår informant presiserer at dette er innenfor de enkelte helseforetakenes ansvar å sørge for. Det varierer noe i hvilken grad de underliggende helseforetakene har strategier på dette området, ut fra hva som er mulig å finne av offentlige dokumenter o.l. Informanten fra Helse Sør-Øst sier at det er de enkelte helseforetakene som skal ha oversikt over hvilken kompetanse som er nødvendig i denne sammenheng, og hvordan lovkrav og krav til faglig forsvarlighet overholdes.

### **6.3.2 Region Helse Vest RHF**

Helseregion Vest består av Rogaland, Hordaland og Sogn og Fjordane. Helse Vest RHF omfatter fire helseforetak. Disse er Helse Førde, Helse Stavanger,

---

Sykehuset Buskerud HF, Sykehuset i Vestfold HF, Sykehuset Innlandet HF, Sykehuset Telemark HF, Sykehuset Østfold HF, Sørlandet sykehus HF og Ullevål universitetssykehus HF.

Helse Bergen og Helse Fonna. Habiliteringstjenestene er organisert inn under de fire helseforetakene i Helse Vest. Barne- og voksenhabiliteringen er atskilt alle steder. Tjenestene er i all hovedsak ambulante eller poliklinisk konsultasjoner og rådgivnings- og veiledningsoppdrag (Helse Vest 2006). I alle helseforetakene er barnehabiliteringstjenesten organisert som en del av den somatiske virksomheten. Voksenhabiliteringstjenestene er organisert i somatiske klinikker i tre av foretakene. I Helse Førde er virksomheten organisert som en del av psykiatrisk klinikk (Lichtwarck, Handegård og Bliksvær 2005).

I styringsdokumentene for Helse Vest RHF (2006) slås det fast at et av områdene som skal prioriteres i helseforetaket i 2007 er habilitering og rehabilitering. Det er et mål at kapasiteten i re-/habiliteringstjenestene skal oppdimensjoneres i tråd med den regionale planen for feltet. I en rapport hvor habiliteringstjenestene i Helse Vest gjennomgås, presiseres det at den spesialiserte habiliteringstjenesten skal bistå kommunene når deres egen kompetanse ikke strekker til (Helse Vest 2006). Videre står det at habilitering grenser opp til flere fagområder i spesialisthelsetjenesten. Habilitering i spesialisthelsetjenesten kjennetegnes også av en tverrfaglig tilnærming med basis i medisinskfaglig spesialistkompetanse. Det påpekes videre at tjenestene har et stort samhandlingspotensiale med primærhelsetjeneste og andre kommunale etater.

I rapporten knyttet til habiliteringstjenestene fra Helse Vest (2006) understrekes det at spesialisthelsetjenestene gjennom kapittel 4A i Lov om sosiale tjenester, er pålagt å vurdere og følge opp kommunale vedtak om bruk av tvang og makt, for å sikre at rettssikkerheten er ivaretatt og at alternative tiltak blir vurdert. Her står det også at det tradisjonelt er habiliteringstjenestene som ivaretar denne oppgaven på vegne av helseforetaket. Det poengteres også i denne rapporten at underrapportering av kommunale vedtak om bruk av tvang og makt overfor personer med psykisk utviklingshemning som er avdekket ved tilsyn i kommunene, vil bety en økt etterspørsel etter vurderinger og oppfølging av rettssikkerhet ved slike vedtak. Dette vil igjen medføre økt personellbehov, samt at det bør avklares nærmere hvilken kompetanse som er påkrevd for å opptre som "sakkyndig" i slike saker.

Når det gjelder kompetanse kommer det i rapporten som gjennomgår habiliteringstjenestene i Helse Vest (2006) frem at barnehabiliteringstjenestene i regionen preges av mange psykolog-, fysioterapeut-, ergoterapeut- og pedagogårsverk og få legerressurser. Alle foretakene har imidlertid egne legerressurser avsatt til habiliteringstjenesten. Helse Stavanger skiller seg ut med langt flere legerressurser enn de andre foretakene. Videre er det i alle foretakene et bredt spekter av fagprofesjoner. Mange har spesialkompetanse innen sitt fagfelt knyttet til barn, og flere har tilleggskompetanse.

Alle barnehabiliteringstjenestene i helseforetakene i Helse Vest angir at de har vedtatt en faglig profil for virksomheten (Helse Vest RHF 2006). Helse Førde og Helse Bergen angir å ha en planlagt profil på kompetansesammensetningen og beskrivelse på hvordan de skal vedlikeholde og utvikle dagens kompetanse. De to andre foretakene har ikke det og personellsammensetningen er mer et resultat av det som har vært mulig å rekruttere enn av planlagt arbeid (ibid.).

Spekteret av fagprofesjoner som arbeider i voksenhabiliteringstjenesten er langt på vei likt med barnehabiliteringstjenesten, men andelen av de ulike profesjonene er noe forskjellig (Helse Vest RHF 2006). Innen voksenhabiliteringstjenesten i regionen er det svært få lege-, fysioterapeut- og ergoterapeutressurser, og den største gruppen av ansatte er vernepleiere (deretter kommer psykologer og pedagoger). Helse Fonna og Helse Stavanger har noe smalere spekter av fagprofesjoner enn de øvrige foretakene og noe lavere bemanning i relasjon til folketallet i sitt bostedsområde. Regionen har svært begrensede legeressurser i tjenesten.

Alle enhetene innenfor voksenhabiliteringstjenesten i Helse Vest angir at de har vedtatt en faglig profil for virksomheten. Det er kun Helse Førde som angir å ha en utarbeidet plan for kompetansesammensetningen, og har planer for hvordan den eksisterende kompetansen skal vedlikeholdes og utvikles. De andre foretakene har ikke dokumentert slike planer eller planleggingsprosesser.

Generelt for habiliteringstjenestene i Helse Vest RHF slås det fast at det er en betydelig underkapasitet i tjenestene, og at det er behov for å oppbemanne habiliteringstjenestene noe i alle helseforetakene. Det er beregnet at det er behov for ca 60 nye stillinger i habiliteringstjenestene (Helse Vest RHF 2006). Videre understrekes viktigheten av at det beskrives nærmere hvilke planer og tiltak som skal sikre nødvendig fagkompetanse innenfor helseforetakene i regionen. Hvert foretak må utarbeide plan for vedlikehold og fornying av eksisterende kompetanse. Det bør også blant annet utarbeides en strategi for rekruttering av leger til dette fagfeltet.

### **6.3.3 Region Helse Midt-Norge RHF**

Helseregion Midt-Norge består av Møre og Romsdal, Sør-Trøndelag og Nord-Trøndelag. Habiliteringstjenesten for barn og voksne i Helse Midt-Norge er organisert med utgangspunkt i de fire helseforetakene; Helse Sunnmøre HF, Helse Nordmøre og Romsdal HF, Helse Nord-Trøndelag HF og St.Olavs Hospital HF.<sup>21</sup> Med unntak av Helse Sunnmøre HF, er voksenhabiliteringstjenesten organisatorisk tilknyttet psykiatrien. Dette er da også en organisatorisk og faglig tilknytning som Helse Midt-Norge ønsker å videreføre og videreutvikle. Voksenhabiliteringen i region Helse Midt-Norge yter i dag spesialiserte tjenester

---

<sup>21</sup> I tillegg eier Helse Midt-Norge Rusbehandling Midt-Norge HF og Sykehusapotekene i Midt-Norge HF.

til over 1000 personer. Samtidig antas det at det er svært sannsynlig at behovet for denne type tjenester er betydelig større.

I planen Habilitering av barn, unge og voksne i Helse Midt-Norge (Helse Midt-Norge RHF 2004) slås det i avsnitt 2.1.1 fast at habiliteringstjenestene må styrkes for å kunne ivareta på en forsvarlig måte de spesielle oppgaver og utfordringer som er knyttet til begrensning av bruk av makt og tvang i tilbud for personer med psykisk utviklingshemning. Videre pekes det på at bruk av tvang og makt til nå har vært mest synlig og fremtredende i voksegruppen. Det er flest brukere i aldersgruppen 0-11/12 år i barnehabiliteringstjenesten, slik at en kan anta at en kan få en økning i antall ungdom hvor habiliteringstjenesten må bistå kommunene i arbeidet med å finne alternativ til bruk av tvang og makt overfor ungdom med psykisk utviklingshemning i årene fremover. Det understrekes at sosialtjenesteloven kapittel 4 utgjør en betydelig del av den kliniske virksomheten til voksenhabiliteringstjenestene, og følges opp av alle enhetene. I planen poengteres det også at habiliteringstjenestene bør kunne gå inn med mobile innsatsmidler for å kunne bistå kommunene tettere over en kort periode ved kriser rundt enkeltbrukere i kommunene. Dette gjelder spesielt for kapittel 4A i sosialtjenesteloven.

Videre pekes det i planen Habilitering av barn, unge og voksne i Helse Midt-Norge (2004) på at når det gjelder prioriteringer for satsing i voksenhabiliteringstjenesten må en blant annet styrke kompetansenivået, samt at det er behov for å ansette flere fagfolk i tjenestene, og her må en prioritere leger og psykologer. I avsnitt 2.3 pekes det på at målgruppen for voksenhabiliteringen defineres som voksne med medfødte eller tidlig ervervede funksjonshemninger. Samtidig har mange av de som blir henvist, tilleggsvansker i form av utfordrende atferd og/eller psykiske lidelser, noe som er en ekstra utfordring. I planen Habilitering for barn, unge og voksne i Helse Midt-Norge (2004) understrekes det at alle habiliteringsenhetene har for lite tilgang til legeressurser og psykologressurser, og at det derfor bør skje en betydelig økning i antall fagstillinger. I avsnitt 2.3.3 står det at det *"totalt bør opprettes 72 nye fagstillinger innenfor voksenhabiliteringstjenestene."* Dette understrekes også i Handlingsprogrammet for fysikalsk medisin og rehabilitering og habilitering i Helse Midt-Norge (2004), hvor det står at *"En av de viktigste utfordringene for habiliteringstjenestene i HMN er mangel på fagfolk og et klart misforhold mellom tjenestenes kapasitet og befolkningens behov for tjenester."* Dette gjelder habiliteringstjenestene både for barn, unge og voksne. Voksenhabiliteringstjenestene karakteriseres som sagt, av mangel på lege- og psykologtjenester, og utilstrekkelig tverrfaglighet. Kapasitetsproblemet er særlig stort i Helse Sunnmøre. I følge vår informant har Trondheimsregionen hatt lettere tilgang på leger og psykologer. Fagpersoner er mer stabile i større byer, og de får bredere erfaring med vanskelige saker blant annet fordi de har flere av dem.

### 6.3.4 Region Helse Nord RHF

Helseregion Nord består av Nordland, Troms og Finnmark. Habiliteringstjenesten for barn og voksne i regionen er organisert med utgangspunkt i de fire helseforetakene; Helse Finnmark HF, Universitetssykehuset i Tromsø (UNN) HF, Nordlandssykehuset HF og Helgelandssykehuset HF.<sup>22</sup> I Helse Finnmark HF, UNN og Nordlandssykehuset HF er det egne habiliteringstjenester for barn og voksne. Habiliteringsteamet ved Nordlandssykehuset Lofoten, Nordlandssykehuset Vesterålen og ved de distriktpspsykiatriske sentrene i Mo i Rana, Mosjøen og Sandnessjøen (som hører inn under habiliteringstjenestene i Helgelandssykehuset) har alle tilbud til både barn og voksne. Alle habiliteringstjenestene i Helse Nord yter tverrfaglig bistand, og de fleste gir også ambulante tjenester.

Det regionale helseforetaket Helse Nord har i 2004 vedtatt en *Handlingsplan for rehabilitering og habilitering 2004-2010* (2004). I denne handlingsplanen anslås det at ca. 600 personer årlig mottar habiliteringstilbud fra spesialisthelse-tjenesten i Helse Nord. Samtidig understrekes det at det utvilsomt er et langt større antall personer med behov. Et av tiltakene som ble prioritert i handlingsplanen, var en egen *delplan for habiliteringstjenesten for voksne*. Noe av begrunnelsen for behovet for en egen plan for habiliteringstjenesten for voksne var at det har vært vanskelig å rekruttere dyktige fagfolk, samt at Helse Nord ønsket dokumentasjon for om lovkrav til tjenesten er oppfylt. I 2007 leverte Helse Nord en koordinert plan for habiliteringstjenesten for barn og voksne. Det påpekes her at antall leger og psykologer synes å være svært lav i forhold til behovet. Det anbefales også at det satses særskilt på rekruttering og stabilisering av spesialister til habiliteringstjenesten. Mangelen på spesiell kompetanse, deriblant leger og psykologer, skyldes først og fremst mangel på økonomi til å lyse ut slike stillinger, selv om det også kan være et problem å få søkere til stillinger som lyses ut, og da kanskje særlig i Finnmark.

I den koordinerte planen for habiliteringstjenester for barn og voksne (Helse Nord 2007) pekes det på flere utfordringer som habiliteringstjenestene i regionen står overfor. En av den største utfordringen omfatter nettopp kompetanse. Det trekkes frem at en må:

- sikre tilstrekkelig adgang til utredningskompetanse (nevropsykolog)
- sikre tilgang og tilstrekkelig bemanning på breddespesialistkompetanse i alle helseforetak
- sikre tilstrekkelig tilgang på spesialistkompetanse

---

<sup>22</sup> Helse Nord eier i tillegg Sykehusapotek Nord HF.



- sikre at den eksisterende og kommende spesialistkompetanse på det enkelte tjenestestedet opprettholdes, og videre at det utarbeides en fornuftig funksjonsfordeling på regionale oppgaver innad i helseregionen

En annen utfordring er knyttet til tilgangen på leger. Dersom habiliterings-tjenestene i regionen har egne hjemler for leger er dette ofte små stillingsprosenter, som ofte besettes av leger "lånt" fra andre avdelinger. Flere steder er det også stor utskifting av leger ved habiliteringstjenestene.

Ut fra den koordinerte planen for habilitering for barn og voksne (Helse Nord 2007) og det informantene fra Helse Nord forteller, synes habiliteringstjenestene i regionen å være sterkt underdimensjonert. Habiliteringstjenestene er ikke blitt tilført noen ekstra ressurser etter at 6A og senere 4A kom, til tross for at denne loven har pålagt habiliteringstjenestene mye ekstraarbeid. De fleste habiliteringstjenestene har besatt de stillingene de har midler til, og har ikke økonomiske ressurser til å lyse ut flere. Bemanningen er generelt sett ikke god nok i habiliteringstjenestene i Helse Nord.

De ulike habiliteringstjenestene i regionen har i dag noe ulik kompetanse. De har fordelt seg på ulike fagområder og utviklet ulik spesialkompetanse. Dette handler også om hvordan habiliteringstjenestene er organisert. I dag er noen habiliteringstjenester organisert inn under psykiatrien, mens andre er organisert innenfor somatiske avdelinger. Siden den enkelte habiliteringstjenesten ofte ikke har den kompetansen de til enhver tid kan ha behov for i forhold til blant annet diagnostisering og utredninger knyttet til 4A-saker, forteller informantene fra Helse Nord at tjenestene "låner" kompetanse fra hverandre. Dette gjør at habiliteringstjenestene får tilgang på den kompetansen de trenger i forhold til 4A. Samtidig kan dette naturligvis også ha uheldige konsekvenser, blant annet ved at andre oppgaver eller brukere kan bli nedprioritert. Det er derfor som vår informant presiserer, ønskelig at de ulike habiliteringstjenestene blir mest mulig "sjølhjulpne", og at dagens "låneordning" må ses på som en overgangsordning. I handlingsplanene påpekes det også at det bør satses sterkt på rekruttering av spesialister til habiliteringstjenestene. Konsekvensene av mangel på ressurser hos habiliteringstjenestene kan være at andre saker blir nedprioritert i og med at 4A-sakene ofte blir prioritert først.

Informantene fra Helse Nord mener likevel at selv om de ulike habiliteringstjenestene mangler en del kompetanse, er kompetansen når det gjelder kapittel 4A forsvarlig i de ulike tjenestene, fordi habiliteringstjenestene i regionen har tatt loven på alvor, og siden tjenestene kan låne kompetanse av hverandre innad i regionen. På den andre siden mener altså vår informant at habiliteringstjenesten kunne hatt et bredere nivå når det gjelder kompetanse, noe som også kommer frem i handlingsplanene.

Når det gjelder konkrete tilrådninger i koordinert plan for Habiliteringstjenesten for barn og voksne (Helse Nord 2007) under lovpålagte oppgaver, sosialtjenestelovens kapittel 4A, anbefales det at en i regi av lederforumet for barne- og voksen habiliteringstjenesten tar ansvar for å fastlegge konsensus i forhold til veileder, prosedyre og praksis på dette lovområdet, slik at bruk av tvang og makt utøves i forhold til samme retningslinjer for alle personer som er omfattet av loven, i hele regionen. Det anbefales også at det avholdes en samling i regionen for å skape et diskusjons- og samarbeidsforum med sikte på å etablere konsensus og eventuelt typer av nettverk. Alle habiliteringstjenester samt fylkesmennene inviteres til å delta. Det utarbeides forslag til veileder som sendes ut til høring. Det anbefales at dette arbeidet ferdigstilles og forelegges Fagrådet innen 2008. Ansvaret for dette arbeidet tillegges Habiliteringstjenesten for voksne i Helse Finnmark HF.

#### **6.4 OPPSUMMERING**

De regionale helseforetakene organiserer habiliteringstjenesten noe forskjellig. Mens habiliteringstjenesten mange steder er organisert inn under somatiske avdelinger, er den enkelte steder en del av psykiatrien. Det er i dag mest vanlig at barne- og voksenhabiliteringen er hver for seg. Størrelsen på de ulike habiliteringstjenestene (bemanningen) varierer, og blant annet derfor er det også til dels store forskjeller når det gjelder hvilken kompetanse habiliteringstjenestene besitter. Mens enkelte habiliteringstjenester har mange yrkesgrupper representert og i stor grad er "sjølhjelpne", må andre i større grad "låne" tjenester fra andre habiliteringstjenester innad i det regionale helseforetaket. Det understrekes fra de regionale helseforetakenes side at plikten som de regionale helseforetakene har til å sørge for at spesialisthelsetjenestene har den kompetansen og bemanningen som er nødvendig for å yte forsvarlig bistand til kommunene ved vedtak etter reglene i kapittel 4A, er oppgaver som er blitt pålagt tjenestene uten at bemanningen er blitt styrket. Det pekes videre på at disse sakene ofte er komplekse, langvarige og svært ressurskrevende.

De regionale helseforetakene er klar over det ansvar de har når det gjelder å skulle yte generelle helsetjenester til personer med psykisk utviklingshemning. Flere av de regionale helseforetakene har i handlingsplaner og lignende slått fast at de vil prioritere rehabilitering og habilitering i tiden fremover, og hvor det kommer frem at både bemanningen og kompetansen må styrkes ved mange habiliteringstjenester. Det er flere steder mangel på særlig lege og/eller psykolog. Dette skyldes delvis at det ikke er økonomiske ressurser til å lyse ut stillinger eller at en ikke får søkere til utlyste stillinger.

Det varierer likevel noe i hvilken grad de regionale helseforetakene har noen bevist strategi (i form av blant annet konkrete handlingsplaner) i forhold til sin

plikt til å sørge for at spesialisthelsetjenesten har den kompetansen og bemanningen som er nødvendig for å kunne yte forsvarlig bistand til kommunene med veiledning knyttet til å unngå bruk av tvang og makt overfor personer med psykisk utviklingshemning, og ved tiltak etter reglene i sosialtjenestelovens kapittel 4A. Det er på dette området også forskjeller mellom helseforetakene som omfattes av de regionale helseforetakene. Mens enkelte helseforetak blant annet har laget planer for rekruttering av spesiell fagkompetanse og planer for hvordan en kan beholde den kompetansen en allerede besitter, har andre ikke gjort det.

## 7. OM FORSTÅELEN AV TVANG OG MAKT

I dette kapitlet skal vi se nærmere på lovens definisjon av begrepene tvang og makt. Vi skal også diskutere det faktum at det ikke skilles mellom tvang og makt, samt vise hvordan våre informanter fra kommunene, habiliterings-tjenesten og fylkesmannen opplever lovens definisjon av tvang og makt.

### 7.1 BEGREPENE TVANG OG MAKT

Kapittel 4A § 4A-2 (IS-10/2004) definerer tvang og makt på følgende måte:

*”Som bruk av tvang og makt etter reglene i dette kapitlet regnes tiltak som tjenestemottakeren motsetter seg eller tiltak som er så inngripende at de uansett motstand må regnes som bruk av tvang eller makt. Bruk av inngripende varslingssystemer med tekniske innretninger skal alltid regnes som bruk av tvang eller makt etter reglene i dette kapitlet. Alminnelige oppfordringer og ledelse med hånden eller andre fysiske påvirkninger av liknende art anses ikke som bruk av tvang eller makt”.*

I merknadene til loven står det at tvang og makt i kapittel 4A er juridiske begreper, derav følger at det bare er de tiltak som kan tolkes inn i denne definisjonen som anses som tvang og makt. En slik tolkning må bygge på en helhetsvurdering. Definisjonen av tvang og makt gir uttrykk for de mest sentrale punktene i en slik vurdering, men de anses ikke som uttømmende. Andre momenter kan også være relevante i denne helhetsvurderingen (IS-10/2004). Loven setter også en absolutt grense for bruk av tvang og makt, idet den presiserer at nedverdiggende eller krenkende behandling er forbudt (§4A-1 tredje ledd).

Formålet med å definere begreper er blant annet at en presiserer og ”låser” ordenes meningsinnhold. Enkelte ganger kan det være mest hensiktsmessig å ikke gi klare og presise definisjoner av begreper, fordi det er snakk om begreper som ikke lar seg definere klart og entydig. Hammersly og Atkinson (1987) skiller mellom definitive og sensitiverende begreper. De mener at *”sensitiverende begreper gir brukeren en generell følelse av referanse og veiledning i tilnærmingen til empiriske tilfeller”* (s.173). Begreper som viser til mangfold og kompleksitet kan miste noe av sin forklaringskraft hvis de avgrenses for snevert. Definitive begreper står som en motsats til sensitiverende begreper. Definitive begreper gir klare definisjoner og avgrensninger av hva en skal se, mens sensitiverende begreper bare antyder synsretninger. Begrepene tvang og makt kan slik de er definert i kapittel 4A betraktes som et sensitiverende begrep, da

det i hvert enkelt tilfelle må bygge på en helhetsvurdering og at definisjonen bare gir uttrykk for de mest sentrale kriterier en slik vurdering bør bygge på. Når loven setter en absolutt grense for bruk av tvang og makt, er også dette noe som i hvert enkelt tilfelle må vurderes. Slik sett gir definisjonen referanse og veiledning til de empiriske tilfeller en står overfor. Bo Rothstein (2002) viser til at tiltak som er dynamisk intervensjonistiske, slik tvangstiltak ofte vil være - og som krever høy grad av presisjon nødvendigvis må ha en upresis utforming - slik lovens definisjon av tvang og makt er. Dette henger sammen med at det ikke er mulig å gi nøyaktige definisjoner av hva som er tvang og makt i enhver situasjon. Rothstein beskriver videre dette som et paradoks, da det blant annet er en følge av lovgivningens logikk (ibid.). Karl Elling Ellingsen (2006) diskuterer Rothsteins resonnement knyttet til at intervensjonistiske tiltak må utformes upressist, og fremhever at:

*”Der hvor samfunnet ser behov for å regulere et område for å sikre at innbyggernes rettssikkerhet ivaretas, kan man komme i en vanskelig situasjon dersom dette samtidig er områder hvor det kreves dynamisk intervensjon slik tilfellet nettopp er når det gjelder å gripe inn overfor utviklingshemmede som skader seg selv eller andre. Man kan ønske å sikre personens rettssikkerhet gjennom lovgivning, samtidig som man ønsker fleksibilitet fordi situasjonene som oppstår rundt en og samme person, må løses ulikt fra gang til gang.” (Ellingsen 2006:90)*

Det kan med andre ord være gode grunner for å ikke gi for definitive definisjoner av ett begrep, til tross for at det har en rekke implikasjoner for de som skal håndtere dette lovverket. Derimot er vi mer usikre på om det at det ikke skilles mellom tvang og makt er hensiktsmessig. Vår påstand er følgende: tvang og makt er ikke to sider av samme sak. Det er ikke maktutøvelsen i seg selv som er problematisk i relasjonen mellom tjenesteyter og tjenestemottaker. Omsorgsarbeid forutsetter maktutøvelse. Det er en naturlig del av omsorgen. Tjenesteyterens posisjon som ansatt, innebærer at ansvaret og makten overfor virksomheten delegeres til dem. Tjenesteyter og tjenestemottaker har per definisjon ulik status i en omsorgsarbeidsrelasjon. Det er ikke maktutøvelsen i seg selv som skal reguleres gjennom kapittel 4A. Derimot er det de ekstreme utfallene av maktutøvelsen som kommer til uttrykk gjennom tvang som skal reguleres. Et sentralt spørsmål er om kapittel 4A og dens manglende distinksjon mellom makt og tvang, har bidratt til at både makt og tvang assosieres med noe negativt og noe som bør reguleres, unngås eller begrenses. Når begge begreper brukes sammen i lovens definisjon og en ikke skiller mellom dem, blir det lett slik at begge får en negativ klang fordi formålet med loven er å unngå bruk av makt og tvang – eller bidra til minst mulig makt og tvang. Det kan være uheldig å betrakte maktbegrepet på denne måten, nettopp fordi makt er en viktig forutsetning for omsorgsarbeidet.

Vi har her sett at lovreglene ikke trekker en absolutt grense mellom den tvang som etter loven kan godtas i omsorg og behandling, og uakseptabel tvangsbruk. Derimot er lovreglene ment å skulle gi grunnlag for å trekke slike grenser. Det er ikke mulig å gi nøyaktige anvisninger på den faregraden som gir grunnlag for inngrep. Her må faglig skjønn og kjennskap til personen og de konkrete forholdene være avgjørende, og her ligger det naturligvis et stort tolkningsrom. Handegård (1999) har problematisert lovens definisjon av tvang og makt, og viser hvor problematisk det kan være å nedfelle diffuse regler og definisjoner i praktisk handling. Dette er også noe våre informanter problematiserer. I de neste avsnitt skal vi se nærmere på hvordan våre informanter fra kommunene, habiliteringstjenesten og fylkesmannen opplever lovens definisjon av tvang og makt.

## **7.2 KOMMUNENES VURDERING AV TVANGSBEGREPET**

Informantene fra kommunene mener at tvangsbegrepet gir rom for tolkninger. Det er ikke alltid like enkelt å avgjøre hva som er bruk av tvang og hva som ikke er det, med andre ord – hvor grensene skal trekkes. Dette vurderes ulikt blant personalet. Mens enkelte gjør ting slik de har brukt å gjøre dem uten å reflektere over det, er andre blitt mer reflekterte og diskuterer hvordan tvangsbegrepet kan forstås. Flertallet av våre informanter er derimot enige i at det ikke er så stor usikkerhet rundt hvordan en skal tolke tvangsbegrepet i dag som da loven kom i 1999. Dette er noe de begrunner på flere måter. Følgende informantutsagn kan illustrere dette:

*”Vi har jevnlig diskusjoner rundt hva som ligger i tvangsbegrepet. Det må holdes varmt hele tiden. Jeg føler at vi har fått et godt grep rundt dette nå...”*

*”Vi har vel en ide om at vi forstår dette nå, at vi skjønner hva som er tvang og hva som ikke er tvang, vi er ikke handlingslammet lengre...”*

*”Deltakelse på kurs og jevnlig diskusjoner har bidratt til at vi har fått en bedre forståelse av hva som er tvang – vi er blitt mye mer bevisst”.*

*”Personalet er blitt flinke til å gå inn på fellesrommet å diskutere ulike situasjoner som de har vært oppe i, om de har handlet ”riktig” i forhold til hva som er tvang eller ikke”.*

*”Det er gjerne habiliteringstjenesten som avgjør om noe er tvang eller ikke. Vi søker etter andre løsninger i samarbeid. De prøver å finne det som er minst mulig inngripende”.*

*"Vi har sett en holdningsendring hos veldig mange i personalgruppen. De er blitt mer bevisste og prøver å definere ulike situasjoner ut i fra hva som er tvang, hvilken type tvang dette er osv. På den måten har vi også fått bukt med mye av den unødvendige hverdagstvangen som var der tidligere."*

Selv om forståelsen av tvangsbegrepet er blitt bedre, er det flere av disse informantene som mener at de fortsatt har store utfordringer. Noen peker på at kjernepersonale har fått en bedre forståelse og er bedre rustet til å tolke tvangsbegrepet, men at stort sett alle miljøer sliter med å bevisstgjøre de som går i mindre stillinger. Det hevdes blant annet at *"de spør sjelden om noe er tvang og er lite bevisstgjorte"*.

Samtidig som at flere av informantene forteller at de er mindre usikre på hva som er tvang og makt, så er det viktig å ta høyde for at det ofte ikke finnes fasit svar på slike spørsmål. Det er dermed grunn til å reagere når personalet sier at de *"ikke er usikre lengre"*, eller at de *"synes dette er enkelt"*. Når noen sier at *"det fortsatt er mange som er usikre på hva som er tvang og hva som ikke er tvang"* er dette positivt hvis det fører til at en reflekterer over dette og diskuterer det i miljøet. I og med at det ikke er mulig å gi nøyaktige definisjoner av hva som er tvang og makt i enhver situasjon, men at dette må bygge på en helhetsvurdering, så er det naturlig at personalet opplever ambivalens og usikkerhet. Denne ambivalensen er koblet til maktaspektet. Hvor mye kan og bør en ta over for personer med psykisk utviklingshemning? Hvilke "normale" livsmønster skal en opprettholde som absolutte og hvilke kan en forholde seg mer fleksibelt til? Hvor mye hensyn skal en ta til omsorgsmottakers egne ønsker? Uansett hva en gjør – hvilken løsning en velger – er en usikker på hvorvidt en handler riktig, og man innser at man kunne gjort ting annerledes. Alternativet til å føle ambivalens er verre, da slutter man å reflektere rundt egen praksis. En av informantene uttrykker dette på følgende måte:

*"Det ofte er de som har reflektert mest over tvangsbegrepet og har mest erfaring, som kan være mest usikker i ulike situasjoner, hvorvidt noe er bruk av tvang eller ikke"*.

Den ambivalens som personalet opplever, er nødvendigvis ikke ett uttrykk for at de gjør en dårlig jobb, er for lite profesjonelle eller mangler innsikt i egne verdier og normer. Det kan nettopp være det at de prøver å gjøre en god jobb, eller at de vil utføre jobben på en profesjonell måte, og samtidig er bevisst på egne verdier og normer, som gjør at det oppstår ambivalens (Sandvin m. fl. 1998). I det neste informantutsagnet skal vi se en illustrasjon på hva som kan skje når personalet ikke føler ambivalens og ikke reflekterer over sin egen praksis:

*”Her opplever vi at det er stor avstand fra de som har utarbeidet og som forvalter loven og til vi som står i praksis. Det er store rom for tolkninger. Når er det snakk om tvang, manipulering, oppdragelse, sosialisering osv.? Hvor går grensene? Det er vanskelig å vurdere, og vurderes nok litt ulikt blant de ansatte i boligen. De gjør gjerne ting slik de alltid har gjort det, uten å reflektere over hvorfor det er slik. Det kan være at det er regler/rutiner som er innført for lenge siden, og som ingen har stilt spørsmål med. For eksempel at en beboer ikke får tilgang til avisen hvis han ikke går på Asvo (arbeid). Driftslederen spurte personalet hvor denne regelen kom fra, men det var det ingen som visste – det hadde alltid vært slik. Ingen hadde tenkt over denne praksisen. Dette var for å motivere vedkommende til å gå på asvo. Hvis han ikke gikk dit hver dag, fikk han ikke lese avisen. Dette var en ganske sterk straff i og med at vedkommende var veldig opptatt av å lese avisen. Lignende problematikk hadde de i forhold til mobiltelefonbruk hos en annen beboer. De ville nekte vedkommende å ha mobiltelefonen tilgjengelig på natten fordi han ringte til venner og bekjente og forstyrret natteroen”.*

Enkelte av våre informanter fra kommunene sier at det er store forskjeller mellom de ulike boligene i kommunen i forhold til hvordan en forstår tvangsbegrepet og hvordan en reflekterer rundt dette. En av disse uttrykker dette på følgende måte:

*”Ja, i de boligene som allerede har vært igjennom dette nå, som har løpende vedtak om tvang – der er de blitt mer bevisste og jobber godt faglig med å reflektere over egen praksis. Verre er det nok i de boliger som ikke har den samme type problematikk. Der det ikke er vedtak.... Der er bevissthetsnivået labert i forhold til tvang og makt. De er ikke blitt utfordret på samme måte som der de har vedtak”.*

Denne informanten mener helt klart at det er dette lovverket som har gjort at evnene til å reflektere over egen praksis er blitt bedre og dermed også har gjort tjenestetilbudet bedre for enkelte personer med psykisk utviklingshemning. Han er derimot bekymret over de miljøer som ikke får den samme oppfølgingen fordi det ikke er aktuelt å utarbeide vedtak, men hvor kulturen og rutineene i miljøet bidrar til uheldige praksiser som ikke verken oppdages av andre eller oppleves av personalet.

Flere av våre informanter forteller om utfordringer de møter når de prøver å trekke grenser for tvang og definere hvorvidt et tiltak krever vedtak etter kapittel 4A eller ikke. En av disse utfordringer er at pårørende krever at de skal ha rutiner og regler som går lengre enn loven tillater, som denne informanten sier:



*”Vi sliter med pårørende som skulle ønske vi kunne gå lengre enn det loven sier. Det er uforståelig for pårørende. De vil at vi skal ta tak i sønnen eller datteren, men ifølge loven kan vi ikke det. Vi må forklare pårørende at vi ikke skal være politi eller bøddel overfor sønnen.”*

I noen tilfeller har man hatt klare avtaler mellom foreldre og personal rundt hva som skal gjøres i ulike situasjoner for å beskytte sønnen eller datteren. Det kan for eksempel dreie seg om at foreldrene har sagt at dører skal være låst, eller at det er spesielle matvarer som vedkommende ikke skal få tilgang til osv., men hvor personalet har måttet fortelle foreldrene at det kan de ikke gjøre, og at det ikke kan begrunnes med eksempelvis noe som har vesentlig skade. Andre utfordringer som nevnes er både knyttet til foreldre og barnehabiliterings-tjenesten. Det dreier seg blant annet om at enkelte erfarer at barnehabiliteringstjenesten ikke skjønner hva som er tvang og makt, og at det er en tendens til at det meste defineres inn mot grensesetting og oppdragelse. Enkelte opplever også at de utfordres av foreldrene i forhold til å reflektere rundt hva som er ”normalt” for et barn på eksempelvis ti år, når foreldrene forlanger at barnet skal ligge i sprinkelseng når det er i barneboligen på avlastning. Dette er en praksis de har hjemme og som de også ønsker i boligen, men hvor personalet mener dette kommer i konflikt med loven og at vilkårene for å utarbeide vedtak ikke er tilstede.

### **7.3 FYLKESMANNENS VURDERING AV TVANGSBEGREPET**

17 av 18 informanter fra fylkesmannsembetene gir uttrykk for at det er variabelt når det gjelder kommunenes forståelse av tvangsbegrepet. Det pekes blant annet på at det bestemmes for mye hva tjenestemottaker skal gjøre og ikke gjøre. Fylkesmannen oppdager stadig nye avvik, særlig der tjenestemottaker ikke motsetter seg ulike tiltak, det er mange som tror at alt er greit så lenge tjenestemottaker ikke protesterer. Informantene fra fylkesmannen mener at det bestemmes for mye, blant annet i forhold til hva tjenestemottaker skal delta på i fritiden, hva han eller hun skal kle på seg og hva vedkommende skal spise av mat. Flere av våre informanter mener at kommunene ofte har en såkalt ”hensiktsmessighetsforståelse” av hva tvang er. Det innebærer at personale argumenterer for at *”vi gjør det fordi vi må det, ikke fordi loven sier at det er sånn vi skal gjøre det”*. Dette er en form for *”målet helliger midlet”* - tenkning. Informantene opplever at personalet blant annet sier at *”vi måtte jo holde han så han ikke løp ut i veien”*, eller *”han kan jo ikke få spise så mye sukker, det er ikke sunt for han”*. Det som er omsorg forstås altså ikke som tvang, som en peker på:

*”Det er det som man kaller den hverdagstvangen. Den oppfatter de nok ikke slik som fylkesmannen.”*

Samtidig pekes det på at holdninger kan være vanskelige å snu:

*"Akkurat det med tvangsbegrepet er noe som må gå inn i kulturen deres, og det må fokuseres på dette hele tiden."*

På den andre siden peker disse 17 informantene på at det skjer mye positivt og at noen kommuner har fått et høyt refleksjonsnivå. I åtte av fylkene fremheves det også at de får mange spørsmål fra kommunene rundt hva som er tvang eller ikke, spesielt problemstillinger knyttet til ulike former for begrensninger, noe fylkesmannen oppfatter positivt fordi det betyr at de er både bevisste, usikre og reflekterer over om hva som er tvang eller ikke. Informantene forteller at de merker hvilke boliger veiledningen er god, og hvor en har en fortløpende diskusjon rundt tvangsbegrepet og blant annet diskuterer ting som skjer i hverdagen opp mot definisjonen av tvang i loven.

En av utfordringene knyttet til å få til en bevisstgjøring rundt tvangsbegrepet skyldes stor turnover eller utskifting av personale. Det kommer også frem at det er et problem med mange små stillinger, som en sier:

*"Det som er mest bekymringsfullt, det er jo ikke de som har 100 prosent stilling, og som jobber hver dag. Det er jo de som jobber i helger, ferier og natt."*

I mange tilfeller er det for dårlig overføring av denne type kunnskap til nyansatte, selv om det også påpekes at dette varierer fra bolig til bolig. Det understrekes at det kreves kontinuerlig opplæring og oppfølging av de ansatte. I den sammenheng poengteres det også at det er viktig at ledelsen i kommunen og i boligen tar dette alvorlig. Flere mener at det ikke skjer i tilstrekkelig grad i dag.

Fylkesmannen har ulike "metoder" for å diskutere og sjekke om personalet har forståelse for hva som ligger i tvangsbegrepet. En av informantene forteller i den forbindelse:

*"Enkelte av de ansatte har jo enklere med å uttrykke seg teoretisk når vi er på tilsyn, men det bryr vi oss ikke så veldig mye om. Vi forsøker å se om de kan omsette det (de sier) i praksis. Vi vil at de skal forklare oss når de bruker tvang og når de ikke gjør det. Den aller mest vanlige feilslutningen er at det som er omsorg ikke er tvang. "Vi måtte jo holde han så han ikke løp ut i veien" osv. Det er det mest vanlige. "Han ville jo ut i veien, så du måtte jo holde han igjen, ellers ville han jo blitt drept." "Men er det ikke tvang da?" Mange tror at tvang er noe som ikke er lov, som er slemt og sånt. Og resten er omsorg da. Og den feilslutningen der*

*fører jo til mange merkelige ting, alt fra tvangsslanking til andre begrensninger. For eksempel hvis mora har sagt at datteren ikke får ha besøk på rommet fordi det er umoralsk, selv om hun er tretti år, så gjør kanskje personalet tvangstiltak for i forhindre seksuell utfoldelse. Det er veldig mange moralske utlegninger... "nei, det er ikke tvang for de må jo..., mamma'n ville ikke det" osv".*

Det er bare en av informantene fra fylkesmannen som er udelt positiv i forhold til kommunenes forståelse og refleksjonsnivå knyttet til tvangsbegrepet. Vedkommende uttrykker seg blant annet på følgende måte:

*"Mitt inntrykk er at det er høy bevissthet, og at de er godt skolert rundt dette med tvangsbegrepet og forståelsen av det. De har jo også husmøter, opplæringskurs... De har en rekke møter hvor de diskuterer dette. Det er i alle fall mitt inntrykk at det er høy bevissthet rundt det".*

Når det så gjelder fylkesmannens egen forståelse av tvangsbegrepet er det overraskende få som synes dette er vanskelig, eller føler seg usikker i forhold til hvordan de skal tolke dette i ulike situasjoner. Informanter fra 12 fylkesmanns-embeter forteller at de forholder seg til lovens definisjon og syns det er uproblematisk. I og med at det ikke alltid vil finnes opplagte og klare fasitsvar i enhver situasjon hvor en vurderer tvang kunne man kanskje forventet at også fylkesmannen noen ganger hadde behov for å gå noen runder og reflektere og diskutere dette med andre.

Blant de seks fylkesmenn som ikke mener at alle saker er uproblematisk å tolke i forhold til lovens definisjon, kommer det blant annet frem at de av og til diskuterer med fylkesmenn i andre fylker, eller at de diskuterer med habiliteringstjenesten. En av informantene uttrykker dette slik:

*"Vi har hatt kjempediskusjoner på tvangsbegrepet, hvor det blir problematisert, og hvor vi ikke alltid er helt enige med habiliteringstjenesten".*

Uenigheten kan gå begge veier. Av og til er det fylkesmannen som mener habiliteringstjenesten tolker dette for strengt og av og til er det motsatt.

#### **7.4 HABILITERINGSTJENESTENS VURDERING AV TVANGSBEGREPET**

Våre 25 informanter fra habiliteringstjenesten er stort sett alle enige i at det har skjedd en bevisstgjøring i forhold til tvangsbegrepet og grenseoppgangene med hensyn til hva som er akseptabelt og hva som ikke er det, hva det må utarbeides vedtak på og hva som ikke trenger vedtak. Når det gjelder for-

ståelsen av tvang var det for noen år tilbake stor handlingslammelse rundt omkring i kommunene. Dette mener de fleste nå har bedret seg. Følgende informantutsagn illustrerer dette:

*"Ja, det har bedret seg. De er blitt tryggere på hvor grensene går, sjøl om en del grenseoppganger kan være vanskelige. I alle fall opplever vi at det har bedret seg".*

*"Bevisstheten er blitt mye bedre, vi ser forskjeller mellom hver gang vi er i noen av boligene".*

*"Bevisstheten er blitt mye bedre, men det gjelder de som har fått erfaring med vedtak og som har jobbet godt med dette. Det er verre med de som ikke har vedtak, der er det lang vei å gå.... Der har det tvert om gått mer i negativ retning".*

*"Jeg har inntrykk av at ved å fokusere på det, så er man i stand til å gjøre noe med disse "aksepterte knepene". Sånn at de fases litt ut hvis tjenesteyterne får anledning til å jobbe med det, og det mener vi at dem har gjort de som har kjørt disse kursene. De har sittet i grupper og snakket om dette her, og da blir det litt tydeligere for folk".*

*"Etter at kapittel 6A kom i -99 så er det klart at det har blitt en mye større bevisstgjøring rundt det. Jeg tror jo, er ganske sikker på at det blir brukt mindre tvang i dag enn det gjorde før, før den loven kom".*

Økende bevisstgjøring i forhold til tvangsbegrepet har ifølge våre informanter ført med seg mange positive endringer. Det legges for eksempel vekt på følgende:

*"Folk er blitt mer nysgjerrige... dette er kommet mer opp på bordet og blitt et tema".*

*"Vi ser jo flere eksempler hvor det virkelig blir fremvist flotte faglige vurderinger og god miljøterapeutisk tilrettelegging".*

*"Jeg tror nok man er nærmere enn felles forståelse nå enn hva man var tidligere..."*

Det poengteres også at selv om bevisstgjøringen er blitt mye bedre flere steder så er det fortsatt mange kommuner og miljøer som henger igjen, som ikke ser ut til å ta loven inn over seg og som har kulturer som bidrar i en negativ retning. Slik disse informantutsagnene viser:

*"...en del tiltak som har vært knyttet til for eksempel gammel institusjonskultur, det finnes en del kulturbærere rundt omkring, enten i form av personer som ennå ikke er gått av med pensjon og som har hatt et langt liv bak seg i institusjonsvirksomhet. Eller noen som kommer fra den type miljøer".*

*"Jeg tror det er avhengig av hva det er slags fagfolk som er tilstede. Det er avhengig av kulturen som er der... hva man stiller spørsmål med og ikke".*

*"Det dukker opp en del rare begrep rundt omkring. I en kommune så har man et eget begrep på det som er tvang men som ikke defineres som tvang og det er bruk av såkalte "aksepterte knep". Det oppfattes som greit, en kultur som aksepterer det. Det har vært praksis og sånn. Men det er åpenbart innafor grensen for hva som er bruk av tvang. Og jeg tror jo at mye rundt omkring er litt sånn. Det er en gammel kultur".*

Det er også flere av informantene som fremhever at dette lovverket er komplisert og at de har stor forståelse for at mange finner det vanskelig å praktisere loven. Det som blant annet gjør det komplisert, er at en må ta juridiske hensyn, etiske hensyn og faglige hensyn. Dette er hensyn som kan stå i konflikt med hverandre, i tillegg til at en innenfor disse tre områder også skal operere i fagfelt med blant annet psykiatri, psykologi og pedagogikk. Foruten disse ulike hensyn som skal tas, fremheves det fra enkelte informanter at det burde fulgt mer konkrete retningslinjer med dette lovverket, for eksempel i forhold til hvor stor motvilje det skal være snakk om, hvor store begrensninger, hvor store fysiske inngrep skal du gjøre før det er snakk om tvang osv. Flere av informantene fra habiliteringstjenesten mener at det hadde vært mulig for myndighetene å laget noen mer konkrete retningslinjer. Slik det er nå er det den enkelte tjeneste som må gjøre dette og da blir det veldig variabelt.

Hvordan tvangsbegrepet skal forstås er også gjenstand for mange diskusjoner internt hos habiliteringstjenesten. Flertallet av informantene forteller at de har "hatt inngående drøftinger internt" i forhold til hvordan de skal forstå dette. Det legges vekt på at en forsøker å legge seg tett opp til "hvor vi oppfatter hvor 4A vil hen", men at dette er vanskelig og at en ikke kan være sikker på at det er i samsvar med det lovgiver mener. Andre poengterer at dette er noe de alltid vil måtte komme til å diskutere og at en ikke kan ha som mål at slike forhold kan bli avklart en gang for alle i og med at alle situasjoner er ulike og må forstås på ulike måter. Der habiliteringstjenesten er usikker i forståelsen av hva som er tvang eller ikke er det noen av informantene som forteller at de konfererer med fylkesmannen for å få en avklaring, slik en sier det "det er veldig greit å ha fylkesmannen å drøfte med når vi er usikre".

Enkelte habiliteringstjenester opplever at de er uenig med fylkesmannen i forhold til hvordan tvangsbegrepet tolkes, og stiller i den forbindelse spørsmål ved om fylkesmannen noen steder er for liberale i sin tolkning. En informant uttrykker dette slik:

*”Jeg syns noen fylkesmenn er veldig liberale i tolkningen av 4A og hva som tillates. Har til og med vært borti en sak i et annet fylke der jeg har det standpunktet at dette er klart ulovlig, og at en må finne andre måter å gjøre det på, hvor et tiltak er klart i strid med 4A, men der fylkesmannen vil stadfeste det ut fra hensyn jeg syns er irrelevante. Går på hva foreldre ønsker, en veldig inngripende type tvang, personen har vært utsatt for det i mange år og er blitt vant med det. Det syns jeg er totalt irrelevant argument når det gjelder å stadfeste tvang i dag. På det fylkesmannskontoret går de etter mitt syn ut over 4A”.*

Det pekes også på eksempler hvor en mener habiliteringstjenesten kan være like lite bevisst på bruken av 4A og hva som bør tillates og ikke, som fylkesmannen kan være. Dette handler spesielt om hvordan en forstår tvangsbegrepet og hva en bistår med i forhold til alternative løsninger.

Hvorvidt fylkesmannen er for liberal eller konservativ i sin tolkning av tvangsbegrepet, berøres også av andre informanter fra habiliteringstjenesten, men da i forhold til at fylkesmannen er veldig firkanta og rigid, eksempelvis ved at de er veldig pirkete på ting en ikke kan se er i konflikt med kapittel 4A. Så en ting er hvordan kommunene forstår dette, men det hevdes også som vi har sett noen eksempler på her, at både fylkesmannen og habiliteringstjenesten trenger litt oppdatering og gjennomgang på hva som er tillatt og ikke ut fra 4A.

## **7.5 OPPSUMMERING**

Det er gode grunner for å ikke gi en definitiv og presis definisjon av tvang, slik en har gjort i dette lovverket. Det er heller ikke mulig å gi nøyaktige definisjoner av hva som er tvang i enhver situasjon – her må derimot det enkelte fagmiljø gjennom en helhetsvurdering komme fram til hva som anses som tvang og deretter få dette overprøvd av fylkesmannen. En slik helhetsvurdering krever at en er i stand til å reflektere og bruke faglig skjønn, og at en kjenner omsorgsmottaker og de konkrete forholdene og historien rundt han eller henne. Det er derfor naturlig at fagmiljøene opplever ambivalens og usikkerhet når de skal vurdere hva som er tvang og når vilkårene for tvang etter kapittel 4A er oppfylt. Det hadde vært mer betenkelig om en ikke syntes dette var utfordrende. Jevnlige diskusjoner av forhold en kommer opp i, etiske og faglige refleksjoner, kurs og veiledning anses av våre informanter fra kommunene som viktige i den

forbindelse. På den måten tar en også inn over seg at det ikke finnes klare fasitsvar.

Informantene fra fylkesmannen og habiliteringstjenesten mener at kommunenes forståelse av tvangsbegrepet er svært variabelt. De er ikke i tvil om at det har skjedd en voldsom bevisstgjøring i mange miljøer rundt om i kommunene, som har bidratt til holdningsendringer og mindre inngripende tvangstiltak. Men informantene fra fylkesmannen og habiliteringstjenesten peker også på at det er for mange miljøer/kommuner som ikke er bevisst den tvangen de bruker og som heller ikke har hjemmel for tvangsbruken. Det hevdes blant annet at det bestemmes for mye i hverdagen til den enkelte tjenestemottaker og at det er for mange unødvendige begrensingsregimer.

Det er overraskende mange av våre informanter fra fylkesmannen som gir uttrykk for at de i liten grad føler ambivalens og usikkerhet i forhold til tvangsbegrepet og lovens definisjon av tvang. Dette er også noe flere av våre informanter fra habiliteringstjenesten stiller seg undrende til, blant annet fordi det er så mange ulike hensyn som må tas i vurderingen av hva som er tvang. Vi har i dette kapittel sett at enkelte har problematisert at dette er komplisert fordi en må ta juridiske hensyn, etiske hensyn og faglige hensyn og at dette er hensyn som kan komme i konflikt med hverandre. I enkelte tilfeller er det også uenighet mellom fylkesmannen og habiliteringstjenesten i forhold til hvordan tvangsbegrepet tolkes. Her opplever vi at enkelte informanter fra habiliteringstjenesten – og i noen tilfeller også informanter fra kommunene – stiller spørsmål med fylkesmannens kompetanse og at en føler at de juridiske hensyn som fylkesmannen legger til grunn overkjører de faglige og etiske hensyn.

## **8. UTFORDRINGER MED PRAKTISERINGEN AV KAPITTEL 4A**

I dette kapitlet vil vi trekke fram og diskutere sentrale utfordringer knyttet til kapittel 4A som er kommet frem gjennom de ulike delstudiene i evalueringen. Det er en stor utfordring å få på plass den kompetansen som er nødvendig for at kommunene skal kunne yte forsvarlige tjenester til personer med psykisk utviklingshemning, og for at fylkesmannen, habiliteringstjenesten og kommunene skal kunne etterleve de kravene som kapittel 4A stiller. Dette dreier seg både om å få på plass formell kompetanse, men også om opplæring og veiledning av personalet i boligene. Videre er det en utfordring å få ned antall dispensasjoner fra kompetansekravet. Det er også en utfordring å få på plass gode rutiner i kommunene når det gjelder saksbehandling og internkontroll i forhold til kapittel 4A. Samtidig er det viktig at arbeidet med loven forankres på alle nivå i kommunen. Videre er det en stor utfordring i forhold til loven hvordan tjenestetilbudet til personer med psykisk utviklingshemning organiseres og ikke minst hvilket innhold disse tjenestene rommer. Andre utfordringer som vi diskuterer, er knyttet til forholdet mellom fylkesmannen og habiliteringstjenesten, fremvekst av private virksomheter, bruk av 4A i forhold til personer med psykisk utviklingshemning som begår eller kan begå straffbare handlinger, og det at fylkesmannen mangler sanksjonsmuligheter overfor kommunene. Vi drøfter også utfordringer knyttet til arenaproblematikken, hjelpevergeordningen og forholdet mellom pårørende og personalet.

### **8.1 BEHOV FOR ØKT KOMPETANSE**

I kapittel 4A stilles det krav om kompetanse til de som yter tjenester til personer med psykisk utviklingshemning hvor det anvendes tvang og makt. Når vi snakker om kompetanse er det imidlertid viktig å være bevisst på *hvilken* type kompetanse vi snakker om. I denne sammenhengen kan vi skille mellom fagkompetanse, realkompetanse og saksbehandlerkompetanse. Kompetansekravet i kapittel 4A henspiller på formell fagkompetanse. Det er stor enighet fra fylkesmannens, habiliteringstjenestens og kommunenes side om at det er riktig å stille krav til kompetanse. Samtidig er de fleste også enige om at det i realiteten er vanskelig å tilfredsstille dette kravet mange steder, både fordi kommunene ofte ikke klarer å rekruttere folk med treårig høgskoleutdanning, til tross for aktive forsøk på dette, men også på grunn av blant annet dårlig kommuneøkonomi som gjør det vanskelig å opprette nok fagstillinger. I tillegg til kravet til kompetanse blant personalet som yter tjenestene til personer med psykisk utviklingshemning, pålegger også loven fylkesmannen og habiliterings-



tjenesten oppgaver som krever kompetanse. Dersom kommunene, fylkesmannen og habiliteringstjenestene skal kunne gjøre de oppgavene som de er pålagt i forhold til kapittel 4A, er det naturligvis viktig at de har den kompetansen som er nødvendig, og at bemanningen er tilstrekkelig. Dette er dessverre ikke tilfelle i dag. Evalueringen viser at det er et stort behov for økt kompetanse, særlig i kommunene, men også i habiliteringstjenesten og til dels også hos fylkesmannen.

Når det gjelder *kommunene* så er det i dag et stort behov for økt kompetanse, både konkret i forhold til kapittel 4A, blant annet når det gjelder forståelsen av hva som er tvang og makt og det å klare å se alternative løsninger, men også når det gjelder forståelsen av personer med psykisk utviklingshemning mer generelt og det å skulle yte forsvarlige tjenester til denne gruppen. Her er det snakk om kompetanse både blant personalet som yter tjenestene, og blant faglig ledelse i boligene.

For det første er det i dag mange steder et stort behov for mer fagkompetanse i boligene, og da hovedsakelig med tanke på folk med treårig høgskoleutdanning. Her må kommunene se på hvordan de på best mulig måte kan klare å rekruttere folk med utdanning, samtidig som det forutsettes at det faktisk lyses ut stillinger. I denne sammenhengen er det også relevant å se nærmere på fylkesmannens sanksjonsmuligheter. På et mer overordnet plan kan vi stille spørsmål ved hvordan vi kan gjøre det å arbeide i boliger for personer med psykisk utviklingshemning mer attraktivt for blant annet vernepleiere. For å bedre fagkompetansen i boligene kan kommunen også legge til rette for videreutdanning på ulike nivå. Dersom det er snakk om kompliserte 4A-saker med mye utagerende atferd kan mangel på personell med fagkompetanse gjøre det vanskelig. Personalet i boligene har heller ikke alltid tilstrekkelig fagkompetanse til å blant annet forstå og håndtere det habiliteringstjenesten foreslår, noe som også gjør det vanskelig for habiliteringstjenesten å gjøre sin jobb. Mangel på fagkompetanse kan med andre ord gjøre det vanskelig å klare å forebygge og begrense bruk av tvang og makt overfor personer med psykisk utviklingshemning. Resultatet av at kommunene ikke klarer å etterleve kravet i kapittel 4A i forhold til formell kompetanse, blir ofte søknader om dispensasjoner.

For det andre er det et kontinuerlig behov for opplæring og veiledning av personalet i boligene både i forhold til kapittel 4A – å klare å se alternative løsninger og jobbe i forhold til det å skulle forebygge og begrense bruk av tvang og makt, samt hele tiden være bevisst på hva som er tvang og makt, men også når det gjelder generell opplæring i forhold til det å jobbe med personer med psykisk utviklingshemning. Det er fremdeles i mange kommuner i dag en utilstrekkelig eller manglende opplæring av de ansatte i boligene, med tanke på å etablere og vedlikeholde grunnleggende kompetanse hos de som yter

tjenestene. Kommunene er heller ikke flinke nok når det gjelder opplæring av nytilsatte og personell i små stillinger – både i forhold til 4A og mer generelt. Det oppleves også ofte vanskelig å få de som går i de minste stillingene og/eller helgestillingene til å delta på møter hvor veiledning gis og hvor det er rom for å reflektere over blant annet tvangsbegrepet. Andre grunner til at opplæring og veiledning ikke alltid er tilfredsstillende kan være at dette arbeidet ikke blir prioritert og tatt på alvor av ledelsen i kommunen og/eller i boligene. Det er her også viktig å sikre personalet både veiledning og tid til etiske refleksjoner.

For det tredje viser evalueringen at det er behov for mer kompetanse i kommunene i forhold til saksbehandlingsarbeidet knyttet til loven. Her kan vi på den ene siden se på hvordan kommunene kan bedre kompetansen på dette feltet. Bør fylkesmannen holde flere kurs? Hvordan kan kommunene innarbeide gode rutiner når det gjelder saksbehandling knyttet til loven? Samtidig kan vi på den andre siden spørre om det er mulig å gjøre disse reglene enklere, både med tanke på at mange opplever dem som vanskelige og kan være det som gjør at mange "kvier" seg for å ta fatt på å utarbeide vedtak eller skrive enkeltmeldinger, og at saksbehandlingsarbeidet "stjeler" mye tid fra vernepleierne som de kunne ha brukt i boligene.

Det varierer noe hvorvidt *fylkesmannen* opplever å ha tilfredsstillende bemanning og kompetanse i forhold til de oppgaver de er pålagt gjennom kapittel 4A. Fylkesmannen opplever i mange embeter å ha for dårlig veiledningskapasitet. Det understrekes at det er en stor utfordring å klare å følge kommunene skikkelig opp og få dratt ut og gjort de tilsynene fylkesmannen mener de bør, samt det å kunne være en pådriver i kommunene i forhold til loven. De landsomfattende tilsynene som fylkesmannen blir pålagt å gjennomføre, krever mye arbeid både planleggingsmessig og gjennomføringsmessig, og kan føre til at fylkesmannen får gjort færre stedlige tilsyn i boliger hvor det er vedtak. Det understrekes at "det hjelper når fylkesmannen viser seg" – på flere plan. Personalet i boligene blir mer bevisstgjort sin rolle, samt at påpekninger fra fylkesmannen kan legge press på kommunen om å bevilge mer penger til tjenestene som ytes til personer med psykisk utviklingshemning. I tillegg har fylkesmannen en viktig rolle i forhold til å gi veiledning i forhold til forståelsen av loven og selve saksbehandlingsarbeidet.

Det er i flere fylker behov for mer kompetanse hos *habiliteringstjenestene*. Mens enkelte spesialisthelsetjenester mener de har den bemanning og kompetanse som er nødvendig i forhold til kapittel 4A, mener andre at de ikke har det. Mange spesialisthelsetjenester sliter i dag med å få tak i spesiell kompetanse. Det gjelder først og fremst leger, psykologer og psykiatere. Dette skyldes hovedsakelig at de ikke får søkere når stillingene lyses ut eller at det ikke er ressurser til å opprette og lyse ut stillinger. Mangel på kompetanse og/eller nok bemanning kan både gå ut over den oppgaven spesialisthelsetjenesten har i

forhold til kapittel 4A, men også i forhold til andre oppgaver som de er pålagte. Enkelte spesialisthelsetjenester mener at dersom de hadde hatt mer ressurser kunne de vært mer til stede i boligene og prøvd ut flere ting i de vanskeligste sakene. Samtidig prioriterer habiliteringstjenesten ofte 4A-saker, noe som kan gå ut over andre oppgaver dersom ressursene er begrensede. For enkelte spesialisthelsetjenester har forholdene blitt verre etter hvert som kommunene er blitt flinkere til å sende henvisninger i forhold til 4A-problematikk. Spesialisthelsetjenesten ble ikke tilført ekstra ressurser etter at loven ble innført, til tross for at den har medført mye ekstraarbeid. Oppgavene i forhold til loven kom på toppen av de oppgavene spesialisthelsetjenesten allerede hadde og utgjør i dag en betydelig arbeidsmengde. Det varierer i hvilken utstrekning de enkelte helseforetakene har laget planer for rekruttering av spesiell fagkompetanse og/eller planer for hvordan spesialisthelsetjenesten kan beholde den kompetansen de allerede har. Som drøftet i kapittel 6, varierer det også noe i hvilken grad de regionale helseforetakene har noen strategi i forhold til sin plikt til å sørge for at spesialisthelsetjenesten har den kompetansen og bemanning som er nødvendig for at spesialisthelsetjenesten skal kunne bistå kommunene i forbindelse med 4A.

## **8.2 DISPENSASJON FRA KOMPETANSEKRAVET – KAN DET UNNGÅS?**

En utfordring som er nært knyttet opp til mangelen på formell fagkompetanse i kommunene dreier seg om dispensasjonssøknadene. Hvordan kan vi få ned antall dispensasjoner fra kompetansekravet, og er det realistisk?

Det oppleves frustrerende for fylkesmannen å skulle pålegge kommunene å tilfredsstille kompetansekravet når de i mange tilfeller vet at dette er svært vanskelig. I kapittel 4A gis det imidlertid mulighet for at kommunene kan søke om dispensasjon fra kompetansekravet dersom de ikke klarer å innfri dette kravet. Og i de aller fleste kommunene hvor det er vedtak er det søkt om dispensasjon. Antall dispensasjoner har ikke gått noe merkbart ned de siste årene, men har langt på vei holdt seg stabilt. I kapittel 5 har vi diskutert ulike sider ved dispensasjonssøknadene nærmere.

Det er flere årsaker til at kommunene søker om dispensasjon fra kompetansekravet. Først og fremst skyldes dette mangel på høgskoleutdannet personale. Mange kommuner sliter med å få tak i personale med treårig høgskoleutdanning, særlig gjelder dette vernepleiere. Årsakene til at kommunene sliter med å rekruttere fagfolk er sannsynligvis flere. Det er vanskelig å få søkere til stillinger som lyses ut, noe som både kan skyldes at det ikke utdannes nok personer med denne type utdanning, men det kan også skyldes at det å jobbe med personer med psykisk utviklingshemning ikke har høy nok status, og at vernepleiere helst jobber med andre tjenestemottakere. Mange nyutdannede

vernepleiere ønsker ikke å jobbe med denne type problematikk og velger istedet å jobbe innenfor blant annet rus og psykiatri. Ansettelsesvilkår og lønnsforhold spiller naturligvis også inn, i tillegg til fagmiljø i kommunen. Det er lettere å få tak i fagfolk der hvor en allerede har et fagmiljø. I enkelte kommuner kan mangelen på personale med treårig høgskoleutdanning skyldes at det er vanskelig å få gjort om for eksempel miljøarbeiderstillinger til miljøterapeutstillinger blant annet fordi fagforeningene motsetter seg dette, eller fordi kommunene vil holde lønnskostnadene nede. Det er særlig i mindre kommuner at det kan være vanskelig å få byttet ut personalet. Dårlig kommuneøkonomi kan naturligvis også bidra til at det ikke lyses ut stillinger i det hele tatt. Søknader om dispensasjon kan også skyldes at kommunen ikke bruker de fagfolkene de har på rett sted. I disse tilfellene kan fylkesmannen be kommunene omrokkere på personalet.

Fylkesmannen godkjenner de fleste søknadene om dispensasjon. De opplever ofte at det ikke finnes noe reelt alternativ enn å gi dispensasjon. Fylkesmannen setter likevel vanligvis en del vilkår dersom de innvilger dispensasjonssøknader. Det kreves blant annet at kommunene har laget tilfredsstillende opplæringsplaner, rekrutteringsplaner, kvalitetssikringsrutiner og at faglig leder for boligen har tilstrekkelig faglig kompetanse. Det kreves også ofte at kommunen må redusere antall personell som jobber med brukeren. Samtidig kan det oppleves problematisk at fylkesmannen ikke har noen sanksjonsmuligheter overfor kommunene, noe vi vil komme tilbake til senere i dette kapitlet. Flere fylkesmenn gir heller ikke dispensasjon for personell som går i små stillinger eller vikarer. Realkompetansen vektlegges sterkt. I enkelte tilfeller kan det oppleves problematisk dersom en må skifte ut det erfarne personalet som har et godt forhold til brukeren, med en nytilsatt med treårig høgskoleutdanning, noe som ikke nødvendigvis er til det beste for brukeren. Hvorvidt dispensasjonssøknadene innvilges eller ikke, og hvilke vilkår som settes, avhenger også av hvor inngripende tiltakene er. Dersom de er lite inngripende mener de fleste fylkesmennene at det er uproblematisk å skulle innvilge dispensasjoner. Samtidig er det altså en felles erkjennelse av at det sjelden finnes noe reelt alternativ enn å gi dispensasjon. Tiltakene vil likevel bli gjennomført, men da uten at fylkesmannen og habiliteringstjenesten vet om det og kan gi veiledning og føre tilsyn. Det oppleves altså som en fordel å godkjenne disse vedtakene og innvilge dispensasjonssøknadene, nettopp for å få mulighet til å følge tiltakene.

Det er altså en stor utfordring å klare å få ned antallet dispensasjoner fra kompetansekravet i kapittel 4A. Samtidig er det en felles erkjennelse blant informantene fra fylkesmannen, habiliteringstjenesten og kommunene av at det er urealistisk å tro at en i løpet av kort tid vil kunne klare å bli helt kvitt dispensasjonssøknadene. Hvorvidt en bør endre på kravene til kompetanse eller gjøre mer for at kommunene skal klare å innfri dem, er noe som bør

diskuteres nærmere. Det kan også tenkes at det at informantene fra de ulike instansene mener at kompetansekravet er forholdsvis urealistisk å innfri, kan få konsekvenser, blant annet ved at fylkesmannen for lett gir dispensasjon eller at kommunene ikke gjør nok for å få tak i folk med treårig høgskoleutdanning.

### **8.3 SAKSBEHANDLINGSARBEID, FORANKRING OG INTERNKONTROLL I KOMMUNENE**

Selve saksbehandlingsarbeidet knyttet til kapittel 4A oppleves i mange kommuner å være utfordrende. Saksbehandlingsreglene knyttet til loven er omfattende. Ifølge informantene i vår studie sliter mange kommuner med å utarbeide vedtak og sende enkeltmeldinger, og synes dette både er vanskelig og ressurskrevende. Manglende forståelse for saksbehandlingsarbeidet, ofte i kombinasjon med liten tid til denne type arbeid, kan føre til at det kan ta lang tid å få utarbeidet vedtak, og at mange kvier seg for å ta fatt på en utarbeidelse eller sende enkeltmeldinger. Stadige omorganiseringer i kommunene kan også bidra til å gjøre dette arbeidet vanskeligere. Det er også en utfordring å få etablert gode rutiner knyttet til bruk av meldinger når det anvendes skadeavvergende tiltak i nødsituasjoner. Som påpekt tidligere, er det er i dag mange steder fortsatt behov for mer kursing og opplæring i forhold til saksbehandlingen ute i kommunene.

En annen utfordring knyttet til kapittel 4A er å få denne loven forankret på alle nivåer i kommunene. Mange av informantene i vår studie mener at en viktig forutsetning for at loven skal fungere er at ledelsen i kommunen og i boligene tar loven på alvor, og at ansvaret til hver og en fordeles og klargjøres. Her er det også viktig at lederne for boligene og kommunene er skolert i loven og saksbehandlingsreglene. De landsomfattende tilsynene har blant annet avdekket svikt i ledelsesfunksjoner, noe også vår evaluering viser. Mye avhenger med andre ord av hvor seriøst kommunen tar denne loven. Det er også viktig med motivasjon og velvilje i kommunen, ikke minst, som vi vil komme tilbake til, siden fylkesmannen ikke har noen sanksjonsmuligheter. To viktige stikkord her er ressurser og holdninger.

I enkelte kommuner er faglig ansvarlig for boligene mye fraværende, noe som blant annet kan skyldes at samme person er leder for flere boliger. Flere av informantene fra kommunene mener at det sannsynligvis vil være en fordel om en person kun er fagleder for en bolig, og gjerne jobber med brukerne også. I mange kommuner er det dessuten forholdsvis hyppig skifte av fagledere, noe som naturligvis er uheldig i forhold til kapittel 4A. En annen utfordring er å få til samarbeid og erfaringsutveksling mellom faglige ledere i ulike boliger innad i kommunen. Hvorvidt dette lar seg gjøre henger blant annet sammen med

hvordan tjenestene til personer med psykisk utviklingshemning er organisert i kommunen.

Videre er det en stor utfordring at tiltakene ofte er dyre for kommunene, noe som kan bidra til at de i enkelte tilfeller vil forsøke å skjule at det foregår bruk av tvang i en bolig og lar være å sende inn enkeltmeldinger eller utarbeide vedtak. En informant fra en kommune forteller:

*”Jeg ser ikke bort fra at folk som har satt seg inn i dette regelverket kan prøve å styre dette med meldinger. For det skal gå til den overordnede ansvarlige som gjerne er en leder som også sitter med økonomiansvar. Og så kan en kanskje plukke ut noen enkeltmeldinger som en sender, men dette er bare hypoteser.”*

Vi har imidlertid eksempler fra våre informanter som viser at dette ikke bare er hypoteser, men som faktisk har opplevd at meldinger er blitt ”gjemt” i en skuff i kommuneadministrasjonen. Som flere av våre informanter peker på, er det heller ikke alltid de kommunale budsjettene er i overensstemmelse med viljen til å prioritere tjenester overfor personer med psykisk utviklingshemning. På den andre siden kan fagledere i boligene bruke loven som brekkstang overfor kommunen for å få ressurser, som en informant fra en kommune forteller:

*”Jeg må jo være ærlig å si at 4A er jo en kjempebrekkstang i forhold til ressurser, når politikerne begynner å bli bevisst på det. Vi bruker loven for alt den er verdt. (...) Så hvis vi får beskjed fra fylkesmannen om at vi må gjøre det eller det, så er det veldig enkelt å få til.”*

Det varierer mye i hvilken grad tjenester overfor personer med psykisk utviklingshemning prioriteres i kommunene, både økonomisk og med tanke på fagutvikling. Enkelte steder er loven blitt fulgt veldig seriøst opp, mens andre kommuner mer eller mindre bevisst ser ut til å ha trenert loven for å spare penger. Det er imidlertid viktig å poengtere at det må bevilges tilstrekkelig ressurser til denne tjenesten slik at det blant annet kan lyses ut fagstillinger og en kan få til fagutvikling blant personale. Samtidig er det ikke til å se bort fra at dette er vanskelig i kommuner med dårlig økonomi. Med andre ord – kommunenes motivasjon, kompetanse, innstilling og ressursbruk er viktige faktorer for hvorvidt kommunene klarer å etterleve de kravene som denne loven stiller med tanke på å jobbe i forhold til å forebygge og begrense bruken av tvang og makt, klare å finne alternative løsninger og utarbeide vedtak der det anses som nødvendig. Ellingsen (2006) peker også på at det å holde ved like en levende og kritisk refleksjon over egen praksis, som også handler om opplæring og veiledning, krever i ulik grad at det settes av tid, og dermed handler det også om organisering og økonomi.

En annen utfordring er at mange kommuner fremdeles mangler internkontroll for å forebygge unødvendig bruk av tvang og makt overfor personer med psykisk utviklingshemning, noe også de landsomfattende tilsynene har vist. Etter sosialtjenestelovens § 2.1 annet ledd skal kommunen føre internkontroll for å sikre at virksomheten og tjenester etter blant annet kapittel 4A er i samsvar med krav fastsatt i eller i medhold av lov eller forskrift. Kommunen må ifølge loven kunne gjøre rede for hvordan den oppfyller denne plikten. Denne evalueringen viser at dette mange steder fungerer (for) dårlig. Det bør drøftes hvorvidt kommunene i større grad bør pålegges egenkontroll og revisjon av det faglige innholdet i tjenestene overfor personer med psykisk utviklingshemning.

Evalueringen viser altså at det er en stor utfordring knyttet til saksbehandlingsarbeid, forankring av arbeidet i ledelsen og internkontroll i kommunene. Dette er også forhold Helsetilsynets rapporter peker på (SHdir 2007).

#### **8.4 ORGANISERING OG INNHOLD I TJENESTENE**

Hvordan tjenestene til personer med psykisk utviklingshemning er organisert, hvilket innhold tjenestene rommer og hvordan boligene blant annet er utformet, har mye å si for behovet for å bruke tvang og makt overfor denne gruppen. Med andre ord, rammebetingelsene er svært viktige. Flere av informantene i vår studie mener nettopp at en av hovedutfordringene med kapittel 4A er å få til en dypere forståelse for betydningen av å tilrettelegge for et godt sosialt miljø, og ta livsbetingelsene til personer med psykisk utviklingshemning på alvor. Et viktig mål i lovverket er da nettopp at tvang og makt ikke må bli et virkemiddel til å kompensere for mangelfulle tjenester.

For å sikre stabilitet og forutsigbarhet i tjenesten er det viktig med en stabil personalgruppe og minst mulig småstillinger. Dette er også viktig i forhold til kapittel 4A. Dessverre er dette vanskelig å få til mange steder, hvor nettopp stor turnover, et stort antall tjenesteytere og mange småstillinger ofte med ufaglærte preger tjenestene overfor personer med psykisk utviklingshemning. I de boligene der en har stor gjennomtrekk av personale kan kompetansen lett forsvinne. Opplæring har med andre ord begrenset effekt når det er hyppig utskifting av folk. En utfordring her er å klare å "holde på" ansatte, få ned antall tjenesteytere som jobber rundt brukerne, og sette sammen en turnus som sikrer best mulig fordeling av kvalifisert personale. Dette avhenger blant annet mye av hvordan tjenesten er organisert i kommunen og hvilken opplæring som gis. Samtidig kan andre lover gjøre dette arbeidet vanskelig. Kapittel 4A kan for eksempel komme i konflikt med blant annet arbeidsmiljøloven og tariffavtaler, noe som blant annet kan gjøre det vanskelig for personalet å for eksempel gå doble vakter dersom det anses som til det beste for brukerne og personalet selv

er villig til det. Mens noen kommuner i dag er flinke til å lage tilpassende turnuser, og lager opplæringsplaner, er dette vanskeligere å få til andre steder.

Mange personer med psykisk utviklingshemning mangler i dag tilbud om deltakelse på aktiviteter. Flere steder har dagtilbudet til personer med psykisk utviklingshemning blitt forverret de siste årene. Dette har stor betydning for livskvaliteten. I neste omgang kan dette også påvirke grad og omfang av utagerende atferd. Det er derfor en stor utfordring å få på plass tilbud om aktiviteter overfor denne gruppen, både når det gjelder dagtilbud og fritidsaktiviteter. Dette er svært viktig med tanke på å skulle forebygge bruk av tvang og makt.

Tidligere studier understreker nettopp hvor stor betydning arbeid, dagsenter- og aktivitetstilbud har for personer med psykisk utviklingshemning (Thorsen 2007, Olsen 2006, Hegdal 2005, Thorsen 2005). Ansvarsreformen medførte en rekke forandringer i omsorgen for personer med psykisk utviklingshemning. Med nedtrapping av institusjonsomsorgen og utflytting fra institusjonene til beboernes hjemkommuner var det særlig boforholdene som ble sentralt (Thorsen 2007). Ansvaret for tjenestene ble desentralisert og kommunene fikk ansvaret for å etablere og tilrettelegge skoletilbud, aktivisering på dagtid og arbeidsmuligheter for personer med psykisk utviklingshemning. Studier viser at tilbudene i lokalmiljøene på langt nær er godt nok utbygget (Tøssebro og Lundebj 2002, Brevik 2006). Utviklingen av tilbudene til personer med psykisk utviklingshemning etter ansvarsreformen har i stor grad vært preget av utflating etter en midlertidig aktivitetsøkning (Tøssebro og Lundebj 2006). Det er i dag i mange kommuner et stort sprik mellom politiske målsettinger om normalisering og integrering av personer med psykisk utviklingshemning i lokalsamfunnet og realitetene. Dagaktivitetstilbud for personer med psykisk utviklingshemning er i dag ikke lovfestet. Flere av informantene i vår studie mener at et slikt tilbud burde vært lovfestet.

Også den fysisk/praktiske utforming av boligene kan være en viktig rammebetingelse i forhold til å skulle forebygge og begrense bruken av tvang og makt overfor personer med psykisk utviklingshemning. I enkelte boliger kan beboerne være til fare for hverandre, og der boligens utforming gjør det vanskelig å unngå bruk av tvang og makt. Det ligger altså en utfordring i boligens utforming og beliggenhet med tanke på å få ned bruken av tvang og makt. I enkelte tilfeller kan med andre ord forhold ved brukers boposisjon være en viktig faktor i problematikken, slik at kommunene kan være nødt til å vurdere andre boalternativer for brukerne.

Hvordan tjenestene overfor personer med psykisk utviklingshemning er organisert og hvilket innhold disse tjenestene rommer, har som diskutert



ovenfor, mye å si i forhold til hvorvidt en klarer å forebygge og begrense bruk av tvang og makt overfor denne gruppen. Her ligger det flere store utfordringer.

## **8.5 SAMHANDLINGEN MELLOM FYLKESMANNEN OG HABILITERINGSTJENESTEN**

Fylkesmannen og habiliteringstjenesten har ulike roller i forhold til kapittel 4A. Samtidig er det viktig at samarbeidet mellom de ulike instansene er godt. Vi vil nå se nærmere på eventuelle utfordringer knyttet til dette samarbeidet.

Informantene fra fylkesmannsembetene og habiliteringstjenestene forteller at de har forholdsvis hyppig kontakt med hverandre, hvor de drøfter alt fra konkrete saker til mer overordnede spørsmål knyttet til kapittel 4A. I de fleste embetene er det faste og formelle samarbeidsmøter mellom fylkesmannen og habiliteringstjenesten hvor ulike problemstillinger blir tatt opp og drøftet, i tillegg til eventuelle konkrete saker. Hyppigheten på disse møtene varierer noe, alt fra hver tredje uke til to ganger i året. De fleste understreker hvor viktig disse møtene er, samtidig som enkelte informanter fra habiliteringstjenesten sier at de hadde mer nytte av denne type møter de første årene etter at loven kom. I tillegg til de faste møtene mellom fylkesmannen og habiliteringstjenesten er det vanlig med andre møter knyttet til enkeltsaker. Det er også vanlig praksis at instansene kan ringe hverandre når de ønsker å diskutere forhold knyttet til 4A-saker. Og i enkelte embeter er det vanlig at fylkesmannen kontakter habiliteringstjenesten både før og etter tilsynsbesøk i kommunene.

Habiliteringstjenesten opplever stort sett samhandlingen med fylkesmannen som positiv. Og motsatt, fylkesmannen opplever langt på vei samhandlingen med habiliteringstjenesten som god. Fra begge sider blir samhandlingen med den andre instansen sett på som viktig. Forholdet mellom fylkesmannen og habiliteringstjenesten er kanskje særlig viktig der det er få eller kanskje bare en person i de ulike instansene som jobber med 4A-problematikken, som en informant fra habiliteringstjenesten sier:

*”Det er også noe med at når man jobber i et lite team som jeg gjør, og du sitter i stor grad alene med denne type problemstillinger, så er det viktig å være i et nettverk.”*

Informanten sikter her til et nettverk hvor også fylkesmannen og andre spesialisthelsetjenester deltar.

Ofte er det de samme personene som jobber med 4A-saker hos fylkesmannen og habiliteringstjenesten over tid, slik at disse blir kjent og får tillit til hverandre, som en informant fra habiliteringstjenesten sier:

*”Nå har det vært samme person der hele tiden, og det har veldig mye å si det. Vi er blitt ganske godt kjent. Det gjør det jo enklere.”*

Det oppleves samtidig problematisk og frustrerende fra habiliteringstjenestens side med stadig skifte av personer som har ansvar for 4A-sakene hos fylkesmannen i enkelte embeter.

Fylkesmannen og habiliteringstjenesten skal som sagt, i utgangspunktet inneha ulike roller, og skal utfylle hverandre. Habiliteringstjenesten er faginstansen som blant annet skal veilede kommunene og komme med uttalelser før fylkesmannen eventuelt godkjenner/stadfester et vedtak. Habiliteringstjenesten kan også tipse fylkesmannen om hvor det kan være lurt å dra på tilsyn. De har også meldeplikt dersom de ser ting som ikke er slik de skal i kommunen når det gjelder unødvendig bruk av tvang og makt overfor personer med psykisk utviklingshemning, og der dette ikke blir tatt tak i fra kommunens side.<sup>23</sup> Fylkesmannen på sin side skal overprøve vedtakene som kommunen fatter, og kan også ta kontakt med habiliteringstjenesten dersom de for eksempel mottar mange enkeltmeldinger, og spørre om de er inne i den aktuelle saken.

Fylkesmannen og habiliteringstjenesten er vanligvis enige med hverandre når det gjelder 4A-saker angående hvorvidt et vedtak bør stadfestes eller ikke. Representantene fra disse instansene kan likevel være uenige i enkelte saker. Samtidig understrekes det av de fleste at det er rom for å være uenige, som en informant sier: *”Vi kan ha ulike vurderinger, men vi har en hyggelig tone så vi finner ut av det.”* Det er likevel en felles forståelse av at det er fylkesmannen som tar den endelige avgjørelsen i 4A-sakene, som en informant sier: *”Det er de som bestemmer hva man går for og hva man ikke går for.”*

Samtidig som de fleste informantene understreker at forholdet mellom fylkesmannen og habiliteringstjenesten er godt, og viktig, og at det er rom for å diskutere og være uenig, er forholdet mellom disse instansene likevel ikke nødvendigvis alltid problemfritt. Og det er heller ikke et ubetinget gode dersom forholdet mellom fylkesmannen og habiliteringstjenesten blir *for* godt.

Flere informanter fra habiliteringstjenestene er skeptiske til at forholdet blir *for* tett mellom fylkesmannen og habiliteringstjenesten, og her er argumentene flere, blant annet at fylkesmannen mange steder ser ut til å stole blindt på habiliteringstjenesten, ved at anbefalinger fra habiliteringstjenesten nesten alltid blir godkjent av fylkesmannen uten videre diskusjon. Enkelte informanter mener å ha sett vedtak som er ”ille” og som er blitt godkjent i andre fylker. Med andre ord - noen fylkesmenn oppleves å være *for* liberale i sin tolkning av kapittel 4A og hva som kan tillates av bruk av tvang og makt overfor personer med psykisk

---

<sup>23</sup> Dette drøftes nærmere i kapittel 3.

utviklingshemning. Viktigheten av at fylkesmannens rolle er uavhengig poengteres da også av flere. En informant fra habiliteringstjenesten sier:

*"Fylkesmannen stoler blindt på oss. Anbefaler vi noe, så godkjenner fylkesmannen det rett og slett. Noen steder blir det nesten kompisforhold mellom habiliteringstjenesten og fylkesmannen. Den tette kontakten kan gjøre at fylkesmannen stoler litt for mye på habiliteringstjenesten sin uttalelse."*

En annen informant som deler denne oppfatningen sier:

*"Vi oppfatter at vi blir en slags faglig rådgiver for fylkesmannen. (...) Det er sjelden at det er motstrid mellom våre uttalelser i en sak og fylkesmannens overprøving, for å si det slik."*

Disse informantene er opptatt av at fylkesmannen skal være mest mulig uavhengig i sin etterprøving, og at habiliteringstjenesten i minst mulig grad skal blande seg opp i å vurdere selve vedtaket. En informant sier:

*"Vår jobb er å bistå kommunene mer spesifikt på det som vi skal bistå de på. Vi skal ikke leke saksbehandlere. Fylkesmannens oppgave er å etterprøve."*

En annen informant fra habiliteringstjenesten gir uttrykk for det samme:

*"Vi vurderer det slik at vi har to ulike roller, og skal ikke samordne oss alt for tett, for da blir rolleutvisningen for stor her. Så vi vil helst ikke være en kontorinstans som fylkesmannen. Vi vil være en faginstans, og så får fylkesmannen være kontorinstans. Vi prøver å være litt tydelig på hvilken rolle vi har. At vi ikke har alt for nært samarbeid."*

Informantene fra habiliteringstjenestene mener altså at det er viktig å være tydelig på hvilken rolle fylkesmannen og habiliteringstjenesten skal ha. Samtidig kommer det frem at dette ikke alltid er like enkelt, som en informant sier:

*"Det er også noe med at vi har ulike bedt på en måte. Det er noe med at vi må være litt forsiktig med å ikke trække inn i hverandres bedt, også i forhold til veiledningstjenesten og tilsynsorgan. For når er du veileder og når har du et tilsyn? Det er ikke så enkelt å holde tungen rett i munnen der."*

Enkelte mener også at tiltak foreslått av habiliteringstjenesten lettere blir godkjent av fylkesmannen uten diskusjon der hvor det kun er jurister som jobber med 4A-saker. Det pekes også på at fylkesmannen ikke alltid har den faglige

kompetansen som er nødvendig når det gjelder håndteringen av denne loven. I enkelte embeter er det kun jurister som jobber med 4A-sakene, mens det i andre kanskje bare er personer med sosialfaglig bakgrunn som jobber med denne problematikken. I enkelte embeter er det både jurister og for eksempel vernepleiere som jobber med 4A-saker og det oppleves fordelaktig fra habiliteringstjenestens side. Informantene fra habiliteringstjenesten forteller altså at det kan oppleves problematisk at det i enkelte embeter kun er jurister som har ansvar for 4A-sakene. Spesielt understrekes viktigheten av at fylkesmannen har personer med sosialfaglig bakgrunn som jobber med 4A, som en informant sier:

*”Og det vi etterlyser er faktisk at de har en stilling hos fylkesmannen med fagbakgrunn, som kunne gjort mer og dra dette her høyere opp. En jurist og en fagperson, gjerne en vernepleier. Dette er det en del fylkesmenn som har, og vi vet at de har bedre erfaring og bedre samarbeid, og større innsikt rundt dette her.”*

Fra habiliteringstjenestens side trekker også enkelte frem at de gjerne skulle ha hatt noen å drøfte sakene med hos fylkesmannen, som en av dem sier:

*”For det er klart at når man bare har en jurist, og den skifter ofte, da sitter vi med for mye... Vi skulle gjerne hatt en ”second opinion” på en del vanskelige vurderinger.”*

Samtidig opplever også enkelte fylkesmenn at habiliteringstjenesten ikke alltid har den kompetansen som de mener er nødvendig i forhold til loven. Det skjer også at fylkesmannen og habiliteringstjenesten kan være uenige om hvilken kompetanse som er nødvendig i enkeltsaker. I enkelte tilfeller kan fylkesmannen mene at det bør innhentes ekstern kompetanse, mens habiliteringstjenesten ikke mener det. Dette gjelder spesielt i forhold til alvorlige og inngripende tiltak.

Det er også enkelte informanter fra habiliteringstjenestene som har en formening om at de på faglige ting kan bli overstyrt av en fylkesmann som kanskje kun besitter juridisk kompetanse, og ikke nødvendigvis fagkompetanse. Dette oppleves problematisk og uheldig. Enkelte mener da også at en bør se nærmere på rollefordelingen mellom fylkesmannen og habiliteringstjenesten i 4A-saker, for eksempel ved å la habiliteringstjenesten avgjøre mindre alvorlige saker med lite inngripende tiltak, slik at en kan gjøre loven mindre byråkratisk og lovverket mer smidig. En informant sier i denne sammenhengen:

*”Det kan hende at en skulle se på muligheten for å gi habiliteringstjenestene, adgang til å beslutte sammen med det aktuelle tjenestetilbudet i kommunen om å sette i verk mer avgrensede ting uten at det*

*måtte godkjennes av fylkesmannen. Ja, for det blir noen ganger et litt tungt byråkrati for å komme fram til relativt små ting. Og dessuten er det nok kanskje en følelse hos enkelte i habiliteringstjenesten at en på faglige ting blir overstyrt av en fylkesmann som har juridisk kompetanse, og ikke nødvendigvis fagkompetanse. Og det oppleves nok ikke helt greit.”*

De fleste informantene fra fylkesmannen og habiliteringstjenesten synes altså at forholdet mellom disse to instansene fungerer godt når det gjelder håndteringen av kapittel 4A. De understreker også viktigheten av et godt samarbeid. Samtidig kan det være uheldig dersom forholdet mellom fylkesmannen og habiliteringstjenesten blir for tett, og fylkesmannen i for stor grad ”stoler blindt” på uttalelsene fra habiliteringstjenesten. Det kan også oppleves utfordrende for fylkesmannen og habiliteringstjenesten dersom de føler at den andre instansen ikke har den kompetansen som er nødvendig i forhold til kapittel 4A.

## **8.6 PRIVATE VIRKSOMHETER**

I løpet av de siste årene har stadig flere private virksomheter kommet på banen når det gjelder å tilby tjenester til personer med psykisk utviklingshemning. Flere kommuner kjøper i dag tjenester hos disse. Det er også brukere som har vedtak om bruk av tvang og makt, som får tjenester fra private virksomheter. En kan forøvrig anta at 4A-problematikken er like aktuell i private som kommunale virksomheter. Dette oppleves problematisk fra fylkesmannens side, siden de opplever at det er uklart hvorvidt fylkesmannen har hjemmel til å føre tilsyn med slike private virksomheter. Som en følge av dette, har fylkesmennene som har private bofelleskap i sine embeter, ulik praksis på hvordan de eventuelt fører tilsyn med disse. I enkelte fylkesmannsembeter har fylkesmannen ført tilsyn også med private boliger, som denne informanten forteller:

*”Det er en privat drevet bolig. Det er fire beboere i den boligen, og det er vel en to-tre som har vedtak om bruk av tvang og makt. Vi følger dem gjennom tilsyn ja.”*

I andre fylkesmannsembeter oppleves det vanskelig å skulle føre tilsyn med private bofelleskap, som en informant forteller om:

*”Vi har jo en rekke private virksomheter som overhode ikke fanges opp av dette tilsynssystemet. Vi har overhode ikke tilsyn, i det hele tatt, med de private. Det er på en måte en kjempestrid om det er tillatt å føre tilsyn med det. Og vi har veldig stor grunn til å tro, eller for å si det sånn – vi vet at det foregår omfattende tvang og makt overfor psykisk utviklingshemmede i private virksomheter, men vi har ikke hjemmel til å føre tilsyn*

*med dem. Det synes jeg er forferdelig feil. (...) Men det er ingen som tørr å ta tak i det, for det er så komplisert.”*

Her har fylkesmannen ansett det som kommunens ansvar å føre tilsyn med de private virksomhetene, med andre ord – fylkesmannen fører tilsyn via kommunen, samtidig som de altså ikke tror en slik ordning fungerer optimalt. Den samme informantene sier videre:

*”Så er det jo det systemet at det er kommunene som skal føre tilsynet. Det er jo helt feil, for i og med at det er fylkesmannen som skal føre tilsyn med de kommunale – og så skal kommunene føre tilsyn med de private... Og det gjør dem jo aldri, ikke sant? Det blir litt feil, for de har jo ikke kompetanse til det. Da kunne heller vi ha utvidet vår tilsynsmulighet.”*

Fra fylkesmannens side frykter en blant annet at det foregår mye skjult tvang og makt i disse private boligene som en ikke får kjennskap til.

Habiliteringstjenesten i flere fylker gir i dag veiledning til fagpersoner som jobber i private bofelleskap, og hvor det er utarbeidet vedtak. Det uttrykkes blant annet bekymring for at kompetansen som skal ligge i kommunen/bydelen, kan bli utvannet dersom private virksomheter overtar ansvaret for personer med psykisk utviklingshemning.

Det bør også ses nærmere på hvordan kapittel 4A skal fungere i forhold til ordningen med brukerstyrt personlig assistent (BPA) og assistansegarantister, som en av informantene fra fylkesmannen peker på:

*”I en kommune har man vedtak og der BPA er ordningen. Og det er klart, der er det vel litt diskusjon rundt hvor mye innsyn kommunen da skal ha, og må ha i den sammenhengen. Så vi må jo gå inn og føre tilsyn med kommunen, som skal innhente informasjon, men det er ikke så lett å få til.”*

Ettersom det ser ut til å ha vært en vekst i det private tjenestetilbudet overfor personer med psykisk utviklingshemning i enkelte fylker, og det er uklart hvordan fylkesmannen skal føre tilsyn med disse, bør dette altså avklares nærmere. Som påpekt ovenfor, bør det også avklares nærmere hvordan loven skal praktiseres i forhold til BPA og assistansegarantistordningen.

## 8.7 KAPITTEL 4A OG STRAFFBARE HANDLINGER

Evalueringen viser at en bør avklare nærmere hvordan kapittel 4A kan og bør brukes i forhold til personer med psykisk utviklingshemning som begår straffbare handlinger, eller som en frykter vil gjøre det. I enkelte kommuner har det vært et ønske om at en skal kunne bruke kapittel 4A til å forfølge eller hindre bevegelsene til personer med psykisk utviklingshemning som kan bevege seg utendørs, dersom disse personene kan ha tendens til for eksempel atferd som dreier seg om vesentlig skade (f.eks. brannstifting eller seksuelle overgrep). Det har også vært et ønske om å bruke 4A der en ikke opplever at andre lovverk er bra nok på andre områder, for eksempel dersom en person med psykisk utviklingshemning blir dømt i en straffesak, og der en vil bruke 4A for å blant annet holde personen tilbake i boligen. Her oppfattes lovverket uklart av våre informanter. Kan tiltak etter kapittel 4A brukes i stedet for straff (og da bl.a. tvungen omsorg), eller bør personer som har begått straffbare handlinger, dømmes etter straffeloven? Det har vært tilfeller der både politi og øvrige innbyggerne i enkelte kommuner har ment at kommunen må kunne bruke kapittel 4A i denne sammenheng. Rettsvesenet kan også ønske tiltak fra kommunen som de egentlig ikke har hjemmel til å iverksette. Det er ulik oppfatning av dette hos fylkesmennene og ute i kommunene. Noen er mer liberal til å bruke loven som samfunnsbeskyttende tiltak enn andre. En informant fra fylkesmannen sier:

*”Det er vel en bevegelse hos noen fylkesmenn til å bruke 4A-tiltak som samfunnsbeskyttende tiltak. (...) Spørsmålet er om 4A skal få lov til å bli et slags særreaksjonssystem for denne diagnosegruppen. (...) Det har en rettssikkerhetsmessig side. Det er dessverre mange utviklingshemmede som kan begå denne type handlinger, men skal man kunne iverksette ekstraordinære tiltak i forhold til disse på grunn av at de tilhører denne diagnosegruppen? Der mener jeg hjemmelen i dag i beste fall er uklar.”*

Å skulle bruke kapittel 4A som særreaksjon i forhold til straffbare handlinger, er problematisk av flere grunner. For det første kan ikke personalet ifølge loven følge godt fungerende personer med psykisk utviklingshemning. Å forebygge kriminalitet ligger også utenfor sosialtjenestelovens virkeområde. Det oppleves også problematisk at det er opp til kommunen å skulle følge opp folk som har begått en alvorlig straffbar handling og der det er gjentakelsesfare. En kan heller ikke fatte 4A vedtak på alle personer med psykisk utviklingshemning som en antar kanskje kan begå en eller annen kriminell handling i fremtiden. Det er naturligvis heller ikke alltid man vet hvem som er potensielle lovbrøyttere i utgangspunktet. Det kan også her være snakk om personer med psykisk

utviklingshemning som ikke trenger hjelp etter sosialtjenesteloven eller kommunehelsetjenesteloven.

Personer med psykisk utviklingshemning kan naturligvis som andre også begå straffbare handlinger. Men skal 4A bli et slags særreaksjonssystem for denne diagnosegruppen i forhold til straffbare handlinger? Med andre ord – skal en kunne iverksette ekstraordinære tiltak overfor personer med psykisk utviklingshemning fordi de tilhører denne diagnosegruppen? Et annet moment er at dersom en person med psykisk utviklingshemning kan være til fare for andre, og det blir kommunens ansvar å "passe på", legger dette et voldsomt press på de ansatte/kommunen. Jurist Bjørn Østenstad stiller nettopp spørsmål ved hvilke konsekvenser det kan få for tjenesteyterrollen, når fokus dreies bort fra det å ivareta tjenestemottakers interesser, og mot ivaretagelsen av typiske samfunnsmessige kontrolloppgaver (Owren 2006). Han er bekymret over det sterke innslaget av såkalte "politimessige oppgaver" kapittel 4A synes å hjemle.

I og med at forståelsen og praktiseringen av forholdet mellom kapittel 4A og straffeloven og rettsvesenets ansvar og oppgaver i dag er såpass uklart bør det avklares nærmere.

## 8.8 FYLKESMANNEN MANGLER SANKSJONSMULIGHETER

Fylkesmannen mangler i dag sanksjonsmuligheter overfor kommunene, for eksempel muligheten til å bøtelegge kommuner som gjennomfører tvangstiltak uten å tilfredsstille kompetansekravet og der det ikke er gitt dispensasjon. Flere av informantene i denne evalueringen uttrykker et ønske om sterkere sanksjonsmuligheter, som disse informantene fra fylkesmannen og habiliterings-tjenesten sier:

*"Når vi har å gjøre med to kommuner som ikke vil følge regelverket, så skulle jeg egentlig ønske vi kunne hatt en sanksjonsmulighet. Dette her at vi kan komme med pålegg, det betyr ingen ting for disse kommunene, for de vet godt at dette ikke er annet enn ordene vi bruker."*

*"Det blir mye tomme trusler fra fylkesmannen, oppfordringer som kommunene er ganske sendrektige med å følge opp."*

Flere uttrykker altså et ønske om at fylkesmannen får sterkere sanksjonsmuligheter overfor kommunene. Informantene fra fylkesmannen opplever at enkelte kommuner ikke tar det fylkesmannen sier seriøst, for eksempel de vilkår som settes for dispensasjonene, nettopp fordi de vet at fylkesmannen ikke har noen sanksjonsmuligheter. Et av forslagene som flere av våre informanter har trukket frem i den forbindelse er at fylkesmannen burde hatt mulighet for å gi



bøter til kommuner som ikke følger opp loven og de pålegg som fylkesmannen gir i forhold til denne.

## 8.9 ARENAPROBLEMATIKKEN

Sosialtjenesteloven kapittel 4A gjelder kun i forbindelse med tjenestemottak med hjemmel i Lov om sosiale tjenester og Lov om helsetjenester. Foruten sosiale tjenester gjelder altså kapittel 4A også under utførelsen av pleie- og omsorg i hjemmesykepleie eller under opphold i sykehjem og boform med heldøgns omsorg og pleie. Det er derfor i all hovedsak bare aktuelt å bruke tiltak etter kapittel 4A i forbindelse med praktisk bistand og opplæring, avlastning og opphold i bolig med heldøgns omsorgstjenester. Kapittel 4A kan også anvendes på dagsenter/ aktivitetssenter dersom det er fattet vedtak om at praktisk bistand etter §4-2 bokstav a, skal gis der.

Bruk av tvang for å gjennomføre medisinske undersøkelser og behandling, verken når det gjelder somatiske eller psykiske lidelser, omfattes ikke av loven. Det kan oppleves problematisk at blant annet medisinsk behandling ikke er tatt inn i loven. Når personer med psykisk utviklingshemning skal ta blodprøver eller andre nødvendige medisinske undersøkelser (også hos tannlege) kan det være behov for blant annet holding. Flere av informantene i evalueringen mener dette burde vært omfattet av loven.

Bestemmelsene i kapittel 4A gir heller ikke hjemmel for tvangsmedisinering. Reglene i loven gir videre ikke hjemmel for bruk av tvang i skoleverket, i barnehager, på arbeidsplasser, eller hjemme (gjelder først og fremst barn som er på avlastning). En informant fra fylkesmannen sier i denne sammenhengen:

*"Hvis det er et barn som bor halve tiden hjemme og halve i avlastning, eller bor hjemme og er til helgeavlastning, og som går på skole, så er det kun lovhjemmel for å bruke tvang de helgene barnet er til avlastning. I hjemmet har du ikke lovhjemmel for det og heller ikke på skolen. Det innebærer jo at barnet kan være i forskjellige settinger hvor det er forskjellige regler og normer som gjelder, og det er jo ikke bra. (...) Det er et problem at loven ikke dekker alle arenaer."*

To informanter fra habiliteringstjenesten uttrykker noe av det samme:

*"En problemstilling som dukker opp med jevne mellomrom, det er jo arenaspørsmålet. (...) Det er jo slik at det er noe arenaer som ikke er hjemlet i Lov om sosiale tjenester. Der kan det jo bli en del slike problemstillinger – altså hvor loven gjelder. Og da er det viktig å påpeke*

*at det innebærer selvfølgelig ikke at man da har adgang til å bruke tvang og makt.”*

*”At medisinsk behandling ikke er tatt inn i loven. Det synes jeg er en svakhet, for vi vet at mange av disse svakeste som skal ta en blodprøve eller en annen nødvendig medisinsk undersøkelse for å se om det feiler dem noe, så må du holde dem, og det mener jeg burde vært tatt inn under loven.”*

Det oppleves altså problematisk at det er arenaer hvor det ikke er hjemmel for bruk av tvang og makt, med andre ord hvor loven ikke gjelder.

## **8.10 HJELPEVERGEORDNINGEN**

Det påpekes i kapittel 4A at dersom det ikke allerede er oppnevnt verge eller hjelpeverge, skal hjelpeverge oppnevnes der kommunen anser det som nødvendig å fatte vedtak om bruk av tvang og makt. Kommunen har altså ikke anledning til å fatte vedtak etter sosialtjenesteloven kapittel 4A uten at hjelpeverge, eventuelt verge er oppnevnt. Det understrekes at det er viktig at oppnevningen av hjelpeverge må ordnes tidlig i prosessen.

Ifølge § 4A-3 skal tjenestetilbudet overfor personer med psykisk utviklingshemning så langt som mulig tilrettelegges og gjennomføre i samarbeid med tjenestemottakeren. I loven står det at *”tjenestemottakeren, pårørende og verge eller hjelpeverge skal høres før det treffes vedtak om bruk av tvang og makt etter reglene i dette kapitlet og gis informasjon om adgangen til å uttale seg i saker som skal overprøves, klageadgang og adgangen til å bringe vedtaket inn for tilsynsmyndighet og tingretten.”*(IS-10/2004). Hjelpeverge og pårørende er ikke tillagt noen formell beslutningsrett ved bruk av tvang og makt etter kapittel 4A, men skal være tjenestemottakerens talsmann under saksforberedelsene og det skal legges vekt på hva de mener.<sup>24</sup> De har som sagt, krav på å bli gjort kjent med kommunens beskrivelser og vurderinger og skal høres før vedtak fattes. De vil da også ofte ha inngående kjennskap til tjenestemottakeren og kan gi viktige bidrag for å belyse bakgrunnen for den aktuelle atferden og bidra med tidligere erfaringer med forskjellige tiltak. Flere av informantene i vår studie understreket verdien av å få informasjon fra hjelpeverge og pårørende, som denne informanten fra fylkesmannen sier:

*”Vi opplever at vi får veldig mye informasjon fra hjelpeverge og pårørende. Det er ikke så mange av de det gjelder som kan uttrykke seg selv. Det er veldig nyttig informasjon som kommer derfra.”*

---

<sup>24</sup> I loven står det at en skal tilstrebe enighet med verge/hjelpeverge og pårørende om de tiltakene som skal tas i bruk (IS-10/2004).

Men samtidig som flere av informantene peker på hvor viktig det er for fylkesmannen å snakke med hjelpeverge og pårørende, er det også flere som mener at hjelpevergeordningen ikke alltid fungerer like bra. To informanter fra fylkesmannen forteller:

*"Overformynderiet<sup>25</sup> fungerer ikke i det hele tatt. De oppnevningene de gjør følges verken av informasjon, opplæring, ikke noe. (...) Overformynderiet er et veldig nedprioritert område, og de som finnes har ikke kompetanse. Er veldig mye rart."*

*"Overformynderiet er en katastrofe. (...) Det er de færreste overformynderne som skjønner hva de holder på med."*

Flere av informantene tviler altså på at hjelpevergene alltid har den kompetansen som er nødvendig. En av informantene sier: *"Dette er vanlige folk uten spesiell kompetanse på et kjempevanskelig lovverk som de skal forvalte."*

En av informantene fra fylkesmannen forteller hvordan en av kommunene i regionen har organisert hjelpevergeordningen, som fungerer bra. I denne kommunen er det en ordning med at en oppnevner hjelpeverger etter kapittel 4A som jobber i andre deler av kommunen, i andre boliger. Dette kan for eksempel være vernepleiere. Informanten forteller:

*"Det har fungert veldig greit. Kommunen har klart å skille på arbeidsgiverrollen og rollen som de har i forhold til hjelpevergerollen. Og da har vi inne folk med kompetanse som kan skjønne at her er det i ferd med å skje noe som ikke er så heldig. (...) Hjelpevergene blir ofte vaktbikkjer her."*

Ved å ha en ordning med å opprette hjelpeverger som for eksempel er vernepleiere, jobber med personer med psykisk utviklingshemning og har kjennskap til loven, sikrer denne kommunen at hjelpevergene har den nødvendige kompetansen i forhold til en slik rolle. Andre ting som informantene forteller om, som har vært positivt i forhold til hjelpevergeordningen, er såkalte overformynderisamlinger hvor det skjer kompetanseutveksling.

Evalueringen viser altså at det i mange kommuner kan ta tid å få oppnevnt hjelpeverge for personer med psykisk utviklingshemning, blant annet fordi dette ikke blir prioritert fra ledelsen eller det kan være vanskelig å rekruttere personer

---

<sup>25</sup> Overformynderiet er et frittstående kommunalt organ med overordnet ansvar for å ivareta de økonomiske og rettslige forhold for den som ikke kan klare det selv på grunn av alder eller sykdom. Overformynderiet skal oppnevne verge/hjelpeverge for personer som på grunn av blant annet psykisk utviklingshemning, ikke kan ivareta sine interesser. Overformynderiet skal også veilede og føre tilsyn med vergene (Jfr. Vergemålsloven § 90a).

som kan ta på seg en slik oppgave. Dette vil ofte kunne forsinke arbeidet med utarbeidelsen av vedtak. Et annet problem er at de som oppnevnes som hjelpeverger, ikke alltid får den oppfølging og opplæring som er nødvendig. Dette blir ikke prioritert i flere kommuner. Her ligger det en stor utfordring som ikke i tilstrekkelig grad er blitt tatt tak i.

## 8.11 FORHOLDET MELLOM PERSONAL OG PÅRØRENDE

Forholdet mellom personalet i boligene og de pårørende er ikke alltid ukomplisert. Som påpekt i avsnittet ovenfor om hjelpevergeordningen, skal pårørende ifølge kapittel 4A bli hørt før kommunen fatter vedtak om bruk av tvang og makt, og kan uttale seg før vedtaket overprøves av fylkesmannen. Pårørende skal også få tilsendt meldinger om bruk av skadeavvergende tiltak i nødsituasjoner.

Informantene forteller at mange pårørende synes det er vanskelig å forholde seg til alle enkeltmeldingene. En del pårørende har reservert seg mot det. Det er imidlertid usikkerhet blant informantene knyttet til om alle pårørende, og da kanskje særlig eldre foreldre, har fått og forstått informasjon om at de kan si ifra om at de ikke vil motta enkeltmeldingene. De behøver med andre ord ikke å være sterkt involvert. Mange pårørende er sannsynligvis ikke klar over dette. Disse informantene fra kommunene sier:

*"I et tilfelle så hadde vi ganske tunge vedtak. Vi var pålagt å sende det til nærmeste pårørende som var en mor på over 80 år, som vi gjerne kunne ha tenkt oss å skjerme for å få alle de opplysningene. Vi ville heller gi henne de positive tilbakemeldingene."*

*"Du har en del foreldre som faktisk synes det er ganske sårende at dem får brev, tykke brev, om hvordan atferden til ungene deres er i boligen. Det er nok noen som gjerne hadde ville vært forskåna fra det."*

*"Moren til den ene brukeren jeg jobber med i dag, hun er død i dag, men de siste par årene hun levde da kuttet vi ut å sende henne vedtakene og da gjorde vi det slik at hjelpevergen stilte spørsmål direkte til mora. Hjelpevergen spurte om hun ville ha vedtakene i posten og det ville hun ikke."*

Enkelte informanter fra kommunene tror ikke de alltid har klart å informere de pårørende om retten de har til å ikke motta enkeltmeldinger og lignende. En informant sier:

*"Vi har vel ikke vært flinke nok til å informere om den muligheten de har til å reservere seg fra det. Det står i alle fall i 4A. Vi har ikke tenkt over det tidligere, den muligheten til å reservere seg."*

Det kan også oppleves vanskelig for personalet å skulle forhold seg til pårørende som kanskje reagerer sterkt på at de utøver tvang og makt overfor deres (voksne) barn. Det kan være tilfeller der personalet må argumentere ganske mye i forhold til atferdsproblematikk rundt beboerne. Det kan medføre at enkelte av personalet "kvier" seg for å skrive enkeltmeldinger når de vet at de pårørende får lese dette. Informantene fra en kommune forteller at personalet fra en bolig har opplevd "å få ganske så mye pepper" fra foreldrene når de har skrevet enkeltmeldinger, at de har kviet seg for å gjøre det. En av disse informantene sier:

*"Hvis du opplever å bli skjelt ut skikkelig på grunn av noe sånn, så kvier du deg litt etterpå. Men vi har hatt en ganske stor runde med folk på at dem faktisk må komme over den kjeften dem fikk og komme videre, og dem er nødt til å skrive meldinger."*

Det kan også være pårørende som ikke kan forstå at det skal være nødvendig med "en sånn papirmølle" når det gjelder noe som for dem er opplagt best for deres barn. Det kan blant annet dreie seg om skjermingstiltak for å unngå skader. Flere pårørende syntes det er unødvendig mye papir og møter for å få ordnet noe som burde vært greit, som denne informanten fra en kommune sier:

*"Lovverket i forhold til foreldre er ganske komplisert altså, fordi du har en del foreldre som ikke forstår at du ikke kan bruke tvang i forhold til konkrete situasjoner, at vi for eksempel ikke kan si til dem at de ikke kan spise godteri og at dem ikke får lov til å drikke cola, at du er nødt til å inngå avtaler og at brukerne kan bryte avtalene, det er vanskelig å forstå. Vi har veldig mye diskusjon med familiene om lett utviklingshemmede som vil gjøre ting, holde på med ting som foreldrene er imot. At vi ikke kan gå inn å tvinge dem til å gjøre det dem vil, det er vanskelig å forstå."*

Evalueringen viser altså at forholdet mellom pårørende og personalet ikke alltid er like enkelt. Det kan på den ene siden oppleves vanskelig for personalet å forholde seg til pårørende som enten reagerer sterkt på bruk av tvangstiltak overfor deres barn, eller mener personalet burde kunne gjennomføre flere tvangstiltak, blant annet med tanke på kontrollering av matinntak osv. På den andre siden kan det oppleves vanskelig for de pårørende å stadig bli informert om bruk av tvang og makt overfor deres barn. Pårørende blir ikke alltid informert om at de kan reserveres seg mot denne informasjonen.

## 8.12 OPPSUMMERING

I denne evalueringsrapporten har vi trukket frem enkelte utfordringer knyttet til kapittel 4A som er kommet frem gjennom de ulike delstudiene i evalueringen, og som vi anser som sentrale og viktige å se nærmere på. Disse utfordringene er blant annet knyttet til å få på plass den kompetansen som er nødvendig for at kommunene skal kunne yte forsvarlige tjenester til personer med psykisk utviklingshemning, og for at fylkesmannen, habiliteringstjenesten og kommunene skal kunne etterleve de kravene som kapittel 4A stiller. Dette dreier seg både om formell fagkompetanse, men også om opplæring og veiledning av personalet i boligene. Det er også en utfordring å få ned antall *dispensasjoner* fra kompetansekravet. Kommunene sliter i dag med å få tak i folk med treårig høgskoleutdanning, både fordi de ikke får søkere til utlyste stillinger eller at det ikke er ressurser til å lys ut fagstillinger. Vider er det en utfordring i forhold til loven å få på plass gode rutiner i kommunene når det gjelder *saksbehandling* og *internkontroll* i forhold til kapittel 4A. Samtidig er det viktig at arbeidet med loven forankres og tas på alvor på alle nivå i kommunen, også hos ledelsen. En annen sentral utfordring er knyttet til hvordan *tjenestetilbudet til personer med psykisk utviklingshemning* organiseres og ikke minst hvilket innhold disse tjenestene rommer. Dette er svært viktig med tanke på å skulle forebygge og begrense bruk av tvang og makt overfor denne gruppen. *Forholdet mellom fylkesmannen og habiliteringstjenesten* er generelt godt i dag, samtidig som det kan være problematisk dersom forholdet blir for tett i og med at disse instansene skal inneha ulike roller og oppgaver i forhold til loven. I løpet av de siste årene har det skjedd en fremvekst av *private virksomheter* som yter tjenester til personer med psykisk utviklingshemning. Det er i dag uklart hvordan fylkesmannen skal føre tilsyn med disse. Videre bør det også drøftes nærmere hvordan kapittel 4A kan og bør brukes i forhold til personer med psykisk utviklingshemning som begår eller som en frykter kan begå straffbare handlinger. Med andre ord - kan og bør en bruke 4A som *særreaksjon i forhold til straffbare handlinger*? Andre utfordringer som trekkes frem i dette kapitlet, er knyttet til at fylkesmannen mangler *sanksjonsmuligheter* overfor kommunene og at det i dag er flere *arenaer hvor loven ikke gjelder*, deriblant under medisinsk behandling, på skole eller på arbeidsplasser, noe som kan være problematisk. *Hjelpevergeordningen* fungerer i dag ikke tilfredsstillende flere steder. Det er i dag et problem at det mange steder tar lang tid å få oppnevnt hjelpeverge, samt at hjelpevergene ikke får tilstrekkelig oppfølging og opplæring. Til sist kan *forholdet mellom pårørende og personalet* oppleves vanskelig. Pårørende kan synes det er tung å få vite om all bruk av tvang som brukes overfor blant annet voksne barn. Personalet på sin side kan oppleve det vanskelig at pårørende har innsyn i blant annet enkeltmeldinger som skrives, og som kan reagere sterkt på det som skjer i boligene, enten ved å mene at det brukes for mange og for inngripende tvangstiltak eller at personalet burde kunne gripe mer inn i tjenestemottakerens liv.

## **9. OPPSUMMERING OG AVSLUTTENDE DISKUSJON**

I dette siste kapitlet skal vi først løfte frem det våre informanter har vurdert som det mest positive med kapittel 4A, samt se hva informantene mener er negative implikasjoner ved dette lovverket. Til slutt i kapitlet vil vi løfte blikket og diskutere spørsmålet vi har som tittel på denne evalueringsrapporten; Kapittel 4A – en faglig revolusjon? Her vil vi også peke på ulike aspekter som kan forklare hvorfor vi ikke har sett flere positive konsekvenser av dette lovverket.

Før vi oppsummerer disse spørsmål med funn fra evalueringen er det viktig å ta i betraktning de begrensninger vi redegjorde for i kapittel 1 i forhold til å analysere andres erfaringsberetninger. I kravspesifikasjonen fra Sosial- og helsedirektoratet ønsker en at evalueringen skal dekke ulike delstudier slik det er redegjort for i innledningen til denne rapporten. Når en skal nå mange informanter på ulike nivåer i forvaltningen (kommuner, spesialisthelsetjeneste, fylkesmenn og regionale helseforetak) innen for en begrenset tids- og økonomisk ramme, setter dette også noen begrensninger for metodevalg. Vi har prioritert å gjøre dybdeintervju med våre informanter. Vi bygger derfor evalueringen på det våre informanter forteller - både fortellingene i seg selv og de hendelser det fortelles om. Vi har derimot ikke direkte tilgang på de hendelser det fortelles om. Hva informantene forteller om avhenger blant annet av hvordan man forstår og opplever situasjonen man forteller om, så vel som hvem man forteller til. Vi har ikke hatt mulighet til å gjøre dybdestudier for eksempel ved observasjoner i omsorgsmiljøene, noe som kunne gitt et mer utfyllende bilde av hvordan lovreglene implementeres og praktiseres, og som kanskje også kunne fått frem andre nyanser og problemstillinger.

### **9.1 POSITIVE EFFEKTER AV LOVEN**

Det er stor enighet blant våre informanter om at kapittel 4A i sosialtjenesteloven har bidratt svært positivt for personer med psykisk utviklingshemning. Loven har ifølge informantene bidratt til at bruken av tvang og makt overfor denne gruppen har gått betydelig ned de siste årene. Det er blitt økt fokus på forebygging og begrensning av bruk av tvang og makt og det har skjedd en bevisstgjøring i forhold til tvangsbegrepet. I tillegg har loven bidratt til at personer med psykisk utviklingshemning generelt har fått styrket sin medbestemmelsesrett, samt at tjenestetilbudet generelt er blitt bedre. I de tilfeller der en har sett en økning i antall vedtak så skyldes dette stort sett endringer som ble gjort fra kapittel 6A til 4A i 2004, når en tok med bruk av inngripende varslingsystemer (alarmer) i definisjonen av hva som er tvang og makt etter kapittel 4A.

### **Økt fokus på forebygging og begrensning av bruk av tvang og makt**

Det står eksplisitt i kapittel 4A at denne loven har til formål å forebygge og begrense bruk av tvang og makt overfor utviklingshemmede. Kommunene har altså etter sosialtjenestelovens kapittel 4A en plikt til å legge forholdene til rette for minst mulig bruk av tvang og makt. Forebyggingsplikten må også sees i sammenheng med vilkårene i loven om at andre løsninger enn tiltak som innebærer tvang og makt, skal være prøvd først. Informantene mener at loven har ført til økt fokus på forebygging og begrensning av bruk av tvang og makt. De tror personalet tenker mer alternativt og reflekterer mer over hva de gjør, hvorfor de gjør det og hva konsekvensene av det de gjør kan bli. Bruken av tvang og makt har som en følge av dette gått ned. For noen er den blitt helt borte og for mange er tvangstiltakene blitt mindre inngripende. Mange steder klarer altså personalet å finne frem til alternative tiltak istedenfor bruk av tvang, eller mindre inngripende tvangstiltak. Etter informantenes mening har det skjedd mye positivt innenfor dette fagfeltet med tanke på faglig utvikling rundt tjenestetilbudet til personer med psykisk utviklingshemning.

### **Økt bevisstgjøring om tvangsbegrepet**

Informantene mener at det har skjedd en bevisstgjøringsprosess blant personalet i boligene rundt bruk av tvang og makt, i løpet av de årene som er gått siden loven ble innført. Personalet og fagleder i boligene er blitt mer bevisst på og reflekterer mer over hva tvang og makt er. Loven har altså ifølge våre informanter mange steder bidratt til faglige diskusjoner rundt temaet tvang og makt. Samtidig har lovverket, som påpekt ovenfor, vært med å skape mye god faglig tilnærming i tjenesten. Det har skjedd en økt refleksjon rundt hva slags tjenestetilbud personer med psykisk utviklingshemning skal få.

### **Bedre rettssikkerhet**

Informantene i vår studie mener at personer med psykisk utviklingshemning har som en følge av loven, fått bedre rettssikkerhet og bedre mulighet til å bestemme over sitt eget liv. Lovens absolutte forbud mot å behandle tjenestemottakere på en nedverdiggende eller krenkende måte, er ment som en understrekning av at terskelen for å benytte tvang og makt er høy. Større fokus på selvbestemmelse har altså ifølge informantene, ført til at brukerne er blitt mer delaktige i sitt eget liv. Dette har etter informantenes oppfatning ført til at mange personer med psykisk utviklingshemning har fått et bedre liv. Informantene mener også at rettssikkerheten er bedre sikret i og med at både kommunen, spesialisthelsetjenesten og fylkesmannen nå skal være involvert dersom det blir brukt tvang og makt – fordi dette sikrer både systematikk og innsyn.



## 9.2 UHELDIGE SIDER VED LOVEN OG PRAKTISERINGEN AV DEN

I tillegg til positive sider ved denne loven, kommer det også frem i evalueringen enkelte mulige negative eller uheldige sider ved loven. Samtidig må det understrekes at det er stor enighet om at de positive sidene ved loven veier atskillig tyngre enn eventuelle uheldige sider. Og flere av de uheldige sidene ved loven kan også snus og ses på som nettopp en fordel, blant annet det økte fokuset på diagnose som loven har resultert i.

### Økt fokus på diagnose

Kapittel 4A i sosialtjenesteloven omfatter kun personer med psykisk utviklingshemning. Det poengteres i lovverket at ICD-10 skal ligge til grunn for diagnostikk av psykisk utviklingshemmede. Diagnostiseringen skal stilles av spesialisthelsetjenesten, eventuelt i samarbeid med primærhelsetjenesten. Siden kapittel 4A kun gjelder for personer som har diagnosen psykisk utviklingshemmet, har loven medført et økt fokus på diagnose, noe som kan oppleves stigmatiserende. Det pekes også på at det er betenkelig med en særlovgivning som tillater bruk av tvang og makt overfor en enkelt gruppe. På den andre siden peker flere på at personer med psykisk utviklingshemning er i en særstilling, som har denne loven. Andre grupper kan ha liknende type atferd/problematikk, deriblant organisk hjerneskadede eller demente, men de har ikke samme rettssikkerhet som personer med psykisk utviklingshemning fordi de *ikke* omfattes av loven.

### Ressursforskyving

Som en følge av kapittel 4A har det flere steder skjedd en ressursforskyvning til de personene som har skadeavvergende atferd fra det generelle tjenestetilbudet til personer med psykisk utviklingshemning. Det går ofte også veldig mye ressurser til enkeltpersoner. Det er uheldig at det går mye ressurser til enkeltpersoner når dette går på bekostning av tjenestetilbudet til personer med psykisk utviklingshemning som ikke omfattes av denne loven. Det poengteres i den forbindelse at en får et a- og b-lag blant tjenestemottakere med psykisk utviklingshemning. I enkelte tilfeller kan også loven føre til mye "styr" for lite inngripende tiltak, som en av informantene sier, kunne ressursene i enkelte tilfeller vært brukt litt annerledes:

*"Det er klart, det er mye arbeid, både for kommunene og fylkesmannen. En kunne gjerne ha brukt resursene på en litt annen måte. Det er f.eks. vedtak vi får inn som f.eks. går på alarm, og der det er lite forbedringspotensial. De vedtakene kunne vært vurdert til å vare lengre enn ett år. Hadde det blitt mindre arbeid i forhold til vedtak, da kunne vi ha frigjort noe av ressursene til kanskje mer tilsyn, og til enda mer problematiske saker."*

Samtidig poengteres det at personalet kan nyttiggjøre seg en del av de erfaringene de får gjennom 4A-sakene for å forebygge og tilrettelegge generelt i enkeltsaker. Og på den måten kan tjenestetilbudet til personer med psykisk utviklingshemning generelt forbedres.

### **Kan selvråderetten gå for langt?**

Selvråderetten til personer med psykisk utviklingshemning gir en del brukere muligheter til å ta valg som ikke alltid oppleves som optimale av omgivelsen. Det kan oppleves vanskelig å være vitne til dette, både for tjenesteyterne og for foreldre/pårørende. En informant fra kommunene sier:

*”Det vi ser er jo en utvikling som går litt andre veien, fordi at man etter 4A på en måte skal la tjenestemottakeren gjøre som han eller hun vil. Det skal man selvfølgelig legge til grunn, men de forstår ikke helt at 4A faktisk i første rekke er et virkemiddel i forbindelse med gjennomføringen av gode pleie- og omsorgstjenester. Sånn at det er en grense for hvilken type atferd som på en måte kan få lov til å utvikle seg uten at man griper inn for mye, om så med nødvendig tvang og makt.”*

Samtidig kan det diskuteres hva som er ”akseptabel” atferd osv. Ofte er dette kulturelt betinget. En annet forhold er at personer som *ikke* har psykisk utviklingshemning får selv velge om de vil drikke litt for mange øl en dag o.l., med andre ord – ha rett til å også å ta såkalte ufornuftige valg. Bør også personer med psykisk utviklingshemning få gjøre det samme? Utviklingshemningen kan for noen gjøre det vanskelig å forta valg eller fullt ut overskue konsekvensene av ulike alternativer. Dersom den utviklingshemmede tar valg som er direkte helsefarlig, for eksempel spiser svært usunt over lang tid, mener flere av våre informanter at en bør gripe inn. Hvis ikke er det snakk om omsorgssvikt. Det kan imidlertid oppleves problematisk for tjenesteutøverne å se hvor denne grensen skal gå. Informantene fra kommunene synes at det var en større andel av personalet som var usikre på hva som er tvang og makt de første årene etter at loven kom, noe som kunne resultere i at enkelte ble mer eller mindre handlingslammet. Dette skjer nok ennå, men ikke så ofte. Det understrekes imidlertid at tjenesteyterne faktisk har en plikt til å gripe inn dersom det er nødvendig, som en sier:

*”Man kan ikke stå og se på at folk går rett ut i elendigheten, fordi at du har et lovverk som sier at du ikke har rett til å gripe inn. Da blir lovverket sin egen fiende.”*

Samtidig er det viktig for tjenesteyterne å legge forholdene til rette slik at tjenestemottakerne så langt som mulig kan foreta valg ut fra egne forutsetninger.

### **9.3 AVSLUTTENDE DISKUSJON – KAPITTEL 4A EN FAGLIG REVOLUSJON?**

Kapittel 4A - en faglig revolusjon? Er tittel på denne evalueringsrapporten. I dette siste kapitlet skal vi vie oppmerksomheten nettopp til dette spørsmålet. Bakgrunnen for de lovreguleringer som tidligere kapittel 6A, og nå kapittel 4A i sosialtjenesteloven representerer var først og fremst at en ville bedre rettsikkerheten til enkelte personer med psykisk utviklingshemning som i perioder har alvorlige adferdsvansker. På denne måten ville en komme til livs den uetiske behandlingen som en opp gjennom historien har sett en rekke eksempler på.

Vilhelm Aubert (1986) hevder at rettsregelproduksjonens omfang etterlater ett inntrykk av at lovgiverne må ha stor tro på lovers effektivitet. Dette gjelder ikke bare i forhold til å bevare, men også i forhold til å bidra til å reformere samfunnsforhold. Aubert fremhever også at lover som etter sin intensjon er klart, til dels radikalt, reformerende, i praksis tjener en symbolsk funksjon. Noe som betyr at lover gir inntrykk av at en reform er gjennomført, nye interesser tilgodesett og svake gruppers stilling forbedret, uten at det i realiteten er skjedd noen endring av betydning (Aubert 1986:97).

Er det slik at kapittel 4A har bidratt til å reformere tjenester som ytes til personer med psykisk utviklingshemning som i perioder har alvorlige adferdsvansker? Er interessene til personer med psykisk utviklingshemning tilgodesett på en bedre måte? Er deres stilling forbedret ved at rettssikkerheten er blitt bedre? Flere av våre informanter, både fra kommunene, spesialisthelsetjenesten og fylkesmannen, har kommentert at de mener kapittel 6A/4A i mye større grad har reformert tjenestetilbudet til personer med psykisk utviklingshemning enn det ansvarsreformen har gjort. Dette begrunnes blant annet med at lovreglene har bidratt til holdningsendring, økt refleksjon, samt at en ser andre og nye alternativer til tvang. Flere kommuner bruker i dag mye ressurser for å legge til rette for alternativer til tvang. Det poengteres fra våre informanter at det satses mer på å forebygge ved at en tilrettelegger dagtilbudet bedre, tilbyr ny bolig, øker bemanningen, samt gir personalet tilbud om utdanning og veiledning. Samtidig påpekes det fra mange hold at det er langt igjen, og at en kanskje aldri vil oppleve at lovens formål fullt ut blir innfridd.

Johans Sandvin stilte i sitt plenumsforedrag på konferansen "Deltakelse og aktivt liv – idealer for fall? (Høringskonferansen til Statens råd for funksjonshemming) i september 2007 spørsmål ved hva det er som skal til for å bedre livssituasjon for personer med psykisk utviklingshemning. Han poengterer at dagens omsorg til personer med psykisk utviklingshemning står i stampe og presenterer ulike forklaringer som han har registrert i forhold til dette. For det første at ambisjonene i reformen var for høye, for det andre at området mistet

all oppmerksomhet etter ansvarsreformen, for det tredje at utviklingshemmedes rettigheter er for svake, for det fjerde at kommunene opplever prioriteringskrise, og for det femte at personer med psykisk utviklingshemning ikke har noen sterke faggrupper til å forsvare seg. Denne evalueringen bekrefter langt på vei flere av de forklaringer som Sandvin har hørt om hvorfor arbeidet med å realisere målsettingene ved ansvarsreformen har gått sent, eller står i stampe, og kan derfor også anvendes for å beskrive de utfordringer som dette lovverket står ovenfor.

### **Ambisjonene for høye**

Flere av våre informanter mener at mange av de krav som stilles i loven bare er noe man kan strekke seg etter, og at de ikke har noen tro på at de vil kunne innfris. Det hevdes at dette er en ambisiøs lov, noe informantene mener har både positive og negative implikasjoner. Det er positivt at en legger lista høyt fordi det setter en viss standard og viser hvor en vil. På den negative siden mener noen av informantene at loven stiller urealistiske krav, og at en fare med å være ambisiøs og legge lista høyt er at en kan miste motet, uansett hvor mye bra en gjør, hvor mye en prøver, så vil en ikke kunne klare å fylle lovens krav. Dette er en opplevelse spesielt mange kommuneansatte har i dag.

### **Tjenestetilbudet til personer med psykisk utviklingshemning har mistet oppmerksomheten etter ansvarsreformen og deres rettigheter er for svake**

En mer overordnet utfordring knyttet til loven, som flere av våre informanter peker på, dreier seg om å klare å hele tiden ha fokus på personer med psykisk utviklingshemning, og skape en forståelse for at denne gruppen nødvendigvis krever mye ressurser, og at det er viktig med fagfolk. Dette betyr mye ikke minst i forhold til hvordan denne tjenesten prioriteres politisk, med andre ord hvilke ressurser som bevilges – som igjen er en svært viktig betingelse for at kommunene skal kunne gi forsvarlige tjenester til personer med psykisk utviklingshemning, samt hvordan både fylkesmannen, habiliteringstjenestene og kommunene skal klare å etterleve de kravene som kapittel 4A stiller.

Flere av informantene mener at fokuset på personer med psykisk utviklingshemning var større de første årene etter at loven kom i 1999 og har avtatt noe de siste årene. Det vil være en utfordring i fremtiden å klare å holde fokuset oppe på denne gruppen blant annet i mediene, i konkurranse med andre grupper i samfunnet med stort omsorgsbehov, ikke minst innenfor psykiatrien og eldreomsorgen. Flere mener at det nasjonalt nå bør settes større søkelys på personer med psykisk utviklingshemning slik at denne gruppen blir mer prioritert, med andre ord - tjenesten bør få et løft fra sentralt hold. Det foreslås også at staten burde dekke noe av kostnadene i forhold til svært ressurskrevende brukere og at det burde følge midler med i forhold til å følge opp lovverket. En av informantene uttrykker dette på følgende måte:

*”Fra sentrale myndigheters hold var dette med utviklingshemning og tjenester og boligtilbud etc. for denne gruppen veldig i vinden årene etter reformen, fra 1990 og tiårsperioden etter, så var dette med utviklingshemning ganske in rett og slett. Politikerne var opptatt av det, og det kom mye fra sentrale myndigheter. Dette har død litt hen. Så det er generelt litt sånn nedgang på det som skjer på feltet.... Har litt å gjøre med manglende signal og fokus fra høyere hold....”*

En ny reform som tar sikte på å styrke rettighetene til personer med psykisk utviklingshemning kan være noe av det som skal til for å få gjenvinne den oppmerksomhet som dette området hadde på 1990-tallet.

### **Kommunene opplever prioriteringskrise**

Flere av vår informanter mener at til tross for at kommuneøkonomien har bedret seg en noe den siste tiden, så har dette i liten grad kommet tjenestemottakere med psykisk utviklingshemning til gode. Det gis tvert imot et bilde av at det skjæres ned mer og mer. Dette kommer blant annet frem ved at informantene fremhever at de får mindre tid og ressurser til fagutvikling, og at en del fagpersoner rundt om i kommunene mister litt motet. De føler blant annet ikke at de får impulser lenger til å drive fagutvikling. Enkelte mener at det nå trengs en ”oppkvikker” på nasjonalt plan. Våre informanter mener at dalende fokus på tjenestemottakere med psykisk utviklingshemning også viser seg i forhold til hvordan kommunene prioriterer. Flere hevder at de taper prioriteringskampen i kommunene, fordi ulike sårbare grupper blir satt opp mot hverandre, og at det i dag er tjenestemottakere innefor området aldring og psykiatri som er i vinden - og ikke denne gruppen.

### **Ingen sterke faggrupper til å forsvare seg**

Sandvin pekte i sitt innlegg på høringskonferansen på at dette området mangler sterke faglige ambassadører. Han gir all ære til vernepleierne, som over lang tid har vært de som har representert den faglige ryggraden på dette feltet, og som fortsatt langt på vei gjør det, men problemet i dag er at de beveger seg på *bredere* jaktmarker. Han poengterer videre at vernepleierne dessuten alltid har vært ganske fåmælte. De utgjør ikke en gruppe vi ofte ser på barrikadene, verken for høyere lønn eller for høyere prinsipper. Flere av våre informanter fremhever problemet med at vernepleiere ikke vil jobbe i boliger lengre, men gå videre til mer administrative stillinger eller på andre områder som rus og psykiatri. Det hevdes i den forbindelse at det ikke er status å jobbe ”på gulvet i boligene lengre – det var det rett etter ansvarsreformen, men den tiden er over nå”. En av våre informanter mener også at FO (Fellesorganisasjonen) svikter sine egne i dag, nemlig vernepleiere på dette området, og at FO i mye større grad posisjonerer seg inn på andre områder nå enn de tradisjonelt har gjort. I den forbindelse etterlyses det også et større engasjement fra FO og andre sentrale aktører i forhold til å få opp statusen og gjøre det mer attraktivt for

vernepleiere, og andre med 3-årig helse- og sosialfaglig høyskoleutdanning å jobbe på dette området. Negativ omtale i media og liten interesse fra sentralt hold bidrar ikke til at nyutdannede vil inn i dette feltet. Dette er en utvikling som ifølge flere av våre informanter må snus. Flere studier har også vist at vernepleiere ikke velger å jobbe på dette området og at vernepleierstudentene tidlig retter seg inn mot andre arbeidsområder (Pettersen 2005 og Gundersen 2006). Hvilket ansvar tar vernepleierutdanningen i forhold til å motivere studentene til å jobbe med personer med psykisk utviklingshemning er et av spørsmålene som Gundersen og Pettersen (2006) stiller i artikkelen "Hva skal vernepleiere jobbe med?"

### **Til slutt**

Denne evalueringen viser at kapittel 4A har bidratt til at det har skjedd mye positivt med hensyn til å bedre rettsikkerheten til personer med psykisk utviklingshemning, men som en av våre informanter så treffende uttrykker det: *"vi har kommet et stykke på vei, men vi tviler på at vi noen gang kommer frem..."* Vår konklusjon er at kapittel 4A i sosialtjenesteloven har bidratt til en gryende faglig revolusjon, til tross for de utfordringer som er reist i denne evalueringsrapporten. Skal en komme videre og sikre at formålet med kapittel 4A kan innfris må en vise dette gjennom å sette fokus på denne målgruppen både politisk og faglig.

## REFERANSER

Aubert, V. (1986) *Retts sosiologi*. Stavanger. Universitetsforlaget.

Brevik, I. (2006): *Utviklingshemmedes bo- og tjenestesituasjon*. NIBR-notat 2006:116. Oslo: Norsk institutt for by- og regionforskning.

Eide, A.K. (2005): *Uutholdelig letthet*. I: Norsk Antropologisk Tidsskrift, 2005:1.

Eide, Gjertsen, Handegård og Olsen (2007) *Et enkelt valg? En evaluering av prosjektet "Felles ansvar" i Salten*. Nordlandsforskning rapportserie 5/2007. Bodø.

Ellingsen, K.E. (2006): *Lovregulert tvang og reflektiv praksis*. Doktorgradsavhandling. Luleå tekniske Universitet.

Forskrift om habilitering og rehabilitering (ikrafttredelse 1. juli 2001)

Gundersen, A. (2006): *Vernepleierstudenters valg av framtidig arbeidsarena*, Arbeidsnotat, Høgskolen i Telemark, Porsgrunn

Gundersen og Pettersen (2006) *Hva skal vernepleiere jobbe med?* Embla nr. 8/06.

Hammersly, M. og P. Atkinson (1987): *Feltmetodikk*. Grunnlaget for feltarbeid og feltforskning. Gyldendal Norsk Forlag, Oslo.

Handegård, T. (1999): "Grenser for tvang – rom for fortolkning", Nordlandsforsknings arbeidsnotatserie 1007/99, Bodø.

Handegård, T. (2005): *Tvang, makt og ambivalens*. En studie av hvilken betydning lovreglene om bruk av makt og tvang overfor psykisk utviklingshemmede kan få i det daglige omsorgsarbeidet. Dr.gradsavhandling i sosiologi, Universitetet i Tromsø.

Hegdal, U. (2005): *Betydningen av arbeid og arbeidsmiljø*. En studie av et arbeidssenter for mennesker med utviklingshemning. Oslo/Tønsberg: FoA. Forlaget Aldring og Helse.

Helse- og omsorgsdepartementet (2007): Oppdragsdokument 2007 Helse Sør RHF

Helse- og omsorgsdepartementet (2007): Oppdragdokument 2007 Helse Vest RHF

Helse- og omsorgsdepartementet (2007): Oppdragdokument 2007 Helse Øst RHF

Helse- og omsorgsdepartementet (2007): Oppdragdokument 2007 Helse Midt-Norge RHF

Helse- og omsorgsdepartementet (2007): Oppdragdokument 2007 Helse Nord RHF

Helsetilsynet. Tilsynsmeldingene for 2004, 2005 og 2006.

Helsetilsynet (2007): Rettssikkerhet for utviklingshemmede, II. Rapport fra Helsetilsynet 5/2007.

Helse Midt-Norge RHF (2004): Habilitering av barn, unge og voksne i Helse Midt-Norge (Plan – Høringsversjon, vedlegg 2)

Helse Midt-Norge RHF (2004): Handlingsprogram for fysikalsk medisin og rehabilitering og habilitering i Helse Midt-Norge, 2005-2010. Vedtatt 10.12.2004

Helse Nord RHF (2004): Handlingsplan for rehabilitering og habilitering 2004-2010. Vedtatt 17.11.04

Helse Nord RHF (2007): Koordinert plan for Habiliteringstjenesten for barn og voksne – 2010

(Til grunn for den koordinerte planen ligger: Revidert delplan for Habiliteringstjenesten for voksne og Delplan for habiliteringstjenestene for barn)

Helse Vest RHF (2006): Handlingsplan for habiliterings- og rehabiliteringstjenestene i Helse Vest.

Helse Vest RHF (2006): Gjennomgang av habiliteringstjenestene i Helse Vest. Rapport.

Hillestad Thune, G. (1996): *Trenger vi menneskerettigheter i Norge?* Kronikk i Aftenposten 12. juni 1996.

Høringsnotat 2002. *Lov om sosiale tjenester kapittel 4A. Rettssikkerhet ved bruk av tvang overfor enkelte personer med psykisk utviklingshemning.* 4. november 2002. Sosialdepartementet.



Kromås, P., Lingås, L.G. og J. Skjerve (1999): *Tvang, makt og forsvarlighet. Juridiske, etiske og faglige sider ved sosialtjenesteloven kapittel 6A*. Kommuneforlaget.

Lichtwarck, W., Handegård, T. og T. Bliksvær (2005): *Gjennomgang av habiliteringstjenesten for voksne*. NF-arbeidsnotat nr. 1007/2005. Nordlandsforskning.

Lov om behandlingsmåter i forvaltningssaker (Forvaltningsloven): Ikrafttredelse 1. januar 1970.

Lov om helsepersonell m v (helsepersonelloven): Ikrafttredelse 1. januar 2001

Lov om helsetjenesten i kommunene (kommunehelsetjenesteloven):  
Ikrafttredelse 1. januar 1984

Lov om sosiale tjenester (sosialtjenesteloven): Ikrafttredelse 1. januar 1993

Lov om spesialisthelsetjenester m.m.: Ikrafttredelse 1. januar 2001

Lov om vergemål for umyndige (vergemålsloven): Ikrafttredelse 1. juli 1927.

Melgaard, T. (2000): "Utviklingshemming". I Ekenes, J. (red.):  
*Utviklingshemming og psykisk helse*. Universitetsforlaget, Oslo.

Mørch, Snoek og Syse (1998): *Frivillighet og tvang i behandling av barn og ungdom*. Ad Notam Gyldendal 1998.

Nasjonal helseplan (2007-2010). Særtrykk av St.prp. nr.1 (2006-2007) kapittel 6

NOU 1973 nr. 25: *Omsorg for psykisk utviklingshemmede*.

NOU 1985 nr. 34: *Levekår for psykisk utviklingshemmede*.

NOU 1991 nr. 20: *Rettsikkerhet for mennesker med psykisk utviklingshemming*.

Odelstingsproposisjon nr. 58 (1994-95): *Om lov om endringer i sosialtjenesteloven og kommunehelsetjenesteloven* (bruk av tvang og makt m v overfor enkelte personer med psykisk utviklingshemming)

Odelstingsproposisjon nr. 57 (1995-96): *Om lov om endringer i sosialtjenesteloven og kommunehelsetjenesteloven* (begrensning og kontroll med bruk av tvang og makt overfor enkelte personer med psykisk utviklingshemming)

Odelstingsproposisjon nr. 62 (2000-2001): *Om lov om endringer i lov 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester m v* (endring og utvidelse av tilsynet med tjenester i omsorgsboliger og andre hjemmebaserte tjenester og forlengelse av virketiden for kapittel 6A)

Olsen, T. (2006) *En helt vanlig jobb? En studie av utviklingshemmede i arbeidslivet*. Nordlandsforskning, rapport 6/2006. Bodø.

Owren, T. (2006): *To vårdager i Bergen – en konferanse om sosialtjenestelovens kapittel 4A*. SOR rapport nr. 4 - 2006.

Pettersen, M. (2005): *Samfunnsansvar eller personlig prosjekt*. Rapport nr 6/2005 i Høgskolen i Bergens Skriftserie. Bergen.

Rothstein, B. (2002): *Vad bör staten göra? Om välfärdsstatens moraliska och politiska logikk*. Stocholm. SNS-forlag.

Rundskriv IS-10/2004: *Lov om sosiale tjenester kapittel 4A: Rettssikkerhet ved bruk av tvang og makt overfor enkelte personer med psykisk utviklingshemning*.

Rundskriv U-14/2003: *Forskrift om pasientjournal*.

Rundskriv I-41/98: *Lov om sosial tjenester m v. Rettigheter for og begrensninge og kontroll med bruk av tvang og makt m v overfor enkelte personer med psykisk utviklingshemning*.

Sandvin, J., Søder, M., Lichtwarck, W. og T. Magnussen (1998): *Normaliseringsarbeid og ambivalens*. Bofellesskap som omsorgsarena. Universitetsforlaget, Oslo.

Sosial- og helsedirektoratet (2004): *Rapport nr. 1 fra Rekrutteringsplan for helse- og sosialpersonell 2003-2006. Rekruttering for bedre kvalitet*. IS-1172.

Sosial- og helsedirektoratet (2007): *Vi vil, vi vil, men får vi det til? Levekår, tjenestetilbud og rettssikkerhet for personer med utviklingshemning*. IS-1456.

Sosialkomiteens innstilling til Odelstinget: *Innst. O.nr. 14 (2003-2004)*:

Stortingsmelding nr. 25 (2005-2006): *Mestring, muligheter og mening*. Fremtidas omsorgsutfordringer. (Omsorgsplan 2015)

Stortingsmelding nr. 26 (1997-98): *Begrensning og kontroll med bruk av tvang i tjenesteyting*. (Lov om sosiale tjenester m v kapittel 6A. Rettigheter for og begrensninger og kontroll med bruk av tvang og makt m v overfor enkelte personer med psykisk utviklingshemming).

Stortingsmelding nr. 26 (1999-2000): *Om verdier for den norske helsetenesta*

Syse, A. og O.T. Røed (2001): Rådet for vurdering av praksis og rettssikkerhet etter sosialtjenesteloven kapittel 6A – erfaringer etter tre års virksomhet. Skriftlig manus til presentasjon på Rådets erfaringskonferanse, Oslo i november 2001.

Thorsen, K. (2005): Livshistorier, livsløp og aldring. Samtaler med mennesker med utviklingshemning. Oslo/Tønsberg: FoA. Forlaget Aldring og Helse.

Thorsen, K. (2007): "Om betydningen av arbeid, dagsenter- og aktivitetstilbud for mennesker med utviklingshemning." SOR-rapport nr. 1/2007.

Tøssebro, J. og H. Lundeby (2002): Statlig reform og kommunal hverdag: Utviklingshemmedes levekår 10 år etter reformen. Trondheim: NTNU, institutt for sosialt arbeid og helsevitenskap.

## VEDLEGG 1 – Nærmere om respondentene i voksenhabiliteringstjenesten

Gjelder spørreskjemakartleggingen fra 2005.

Spørreskjemaet kartlegger innledningsvis arbeidssted, alder, kjønn, stilling, antall år i stillingen, samt fagbakgrunn og utdanning.

### Antall svar fra fylkene/tjenestestedene

	Antall	Prosent
Akershus	22	9
Aust Agder Arendal	13	5
Buskerud	15	6
Finnmark	5	2
Hedmark	14	6
Hordaland Bergen	20	8
Nord-Trøndelag	8	3
Nordland Habiliteringsteam	4	2
Nordland Hålogaland Stokmarknes	2	1
Nordland Lofoten	2	1
Nordland Mosjøen	2	1
Nordland Psykiatrisk innsatsteam	9	4
Nordland Rana	2	1
Nordland Sandnessjøen	1	0
Nordmøre og Romsdal	14	6
Oppland	7	3
Oslo	18	7
Rogaland Fonna	4	2
Rogaland Lassa	7	3
Sogn og Fjordane Førde	6	2
Sunnmøre Ålesund	5	2
Sør-Trøndelag Trondheim	20	8
Telemark	10	4
Troms	1	0
Troms Hålogaland Harstad	7	3
Vest Agder Kristiansand	9	4
Vestfold	9	4
Østfold	13	5
Total	249	100

Tabellen ovenfor viser antall svar vi har mottatt fra de ulike fylkene/tjenestestedene. I tabellen er det oppgitt faktisk antall og prosent. Prosenten viser til hvor mange prosent av alle som har svart som kommer fra det enkelte fylke. Med andre ord, 9 prosent av alle som har svart kommer fra Akershus.

#### Gjennomsnittsalder til de som har besvart undersøkelsen

	Gjennomsnittsalder	Antall N=249
Helse Nord	44,7 år	35
Helse Midt-Norge	46,9 år	47
Helse Vest	46,7 år	37
Helse Øst	47,2 år	74
Helse Sør	46,6 år	56

Når det gjelder gjennomsnittsalderen til de som har besvart skjemaet er det Helse Øst som har høyest gjennomsnittsalder med 47,2 år, mens Helse Nord har den laveste gjennomsnittsalderen med 44,7 år. Ellers er det små variasjoner mellom de ulike helseregionene.

#### Antall kvinner og menn som har besvart undersøkelsen

	Kvinner	Menn
Helse Nord	71	29
Helse Midt-Norge	61	39
Helse Vest	71	29
Helse Øst	56	44
Helse Sør	71	29
Totalt N=243	157	86

Som vi ser av tabellen ovenfor er det langt flere kvinner enn menn i voksenhabiliteringstjenesten. Helse Nord, Helse Vest og Helse Sør er de som har den største kvinneandelen med 71 prosent, dernest kommer Helse Midt-Norge. Voksenhabiliteringstjenesten i Helse Øst er den regionen med lavest kvinneandel av de fem regionene (56 %).

## Stilling

	Antall	Prosent
Fagkonsulent/konsulent/spesialkonsulent	119	49
Psykolog/psyk.spesialist	31	13
Leder	23	9
Miljøarbeider	1	0
Spesialsykepleier	2	1
Spesialvernepleier	3	1
Pedagog/spesialpedagog	7	3
Vernepleier	20	8
Overlege/Lege	11	5
Hjelpepleier	5	2
Ergoterapeut	3	1
Sosionom	2	1
Fysioterapeut	8	3
Sekretær	3	1
Veileder	7	3
Total	245	100
Ikke besvart spørsmålet	4	
Total	249	

Nesten halvparten av de som har besvart spørreskjemaet (49 %) hører til stillingskategorien fagkonsulenter/konsulenter/spesialkonsulenter. Dernest følger psykologer/psykolog spesialister med 13 prosent av utvalget, ledere 9 prosent av utvalget og vernepleiere med 8 prosent av utvalget.

## Gjennomsnitt antall år i stillingen

	Gjennomsnitt	Antall
Helse Nord	5,8	35
Helse Midt-Norge	9,0	47
Helse Vest	11,7	37
Helse Øst	12,1	74
Helse Sør	7,6	56
Alle	9,6	249

Ansatte ved voksenhabiliteringstjenesten i Helse Øst er blant de som i gjennomsnitt har flest antall år i stillingen med 12,1 år. Færrest antall år i stillingen har ansatte ved voksenhabiliteringstjenesten i Helse Nord med 5,8 år.

## Vedlegg 2 – nærmere om respondentene fra kommunene

Gjelder spørreskjemakartleggingen fra 2005.

Spørreskjemaet kartlegger innledningsvis kommunenavn, kommunenummer, avdeling/etat som har fylt ut skjemaet, stilling og fagbakgrunn til den som har fylt ut skjema og hvorvidt det er samarbeidet med andre avdelinger/etater om utfylling av spørreskjemaet.

Når det gjelder informasjon om hvilken avdeling/etat som har svart på spørreskjemaet, var dette et åpent spørsmål. Listen over ulike avdelinger/etater/enheter er derfor forholdsvis lang (se vedlegg). I fire tilfeller er det rådmannen eller en i rådmannens stab som har besvart skjemaet. Men i de fleste tilfeller er det helse- og sosial, pleie- og omsorg, hjemmetjenesten eller tjenester for funksjonshemmede som har fylt ut skjemaet.

### Hvilken type stilling har respondenten

Stilling	Antall	Prosent
Konsulent	30	13
Sykepleier	7	3
Leder	127	53
Kommunalsjef	1	0
Rådgiver/spesialrådgiver	10	4
Nestleder	5	2
Faglig ansvarlig	4	2
Saksbehandler	3	1
Miljøterapeut	3	1
Fysioterapeut	8	3
Koordinator	14	6
Vernepleier	10	4
Boveileder	3	1
Kommunelege	1	0
Assisterende rådmann	1	0
Faglig veileder	1	0
Uoppgitt	11	5
Total	239	100

Her ser vi at over halvparten av skjemaene er besvart av en leder, og kan ut i fra oversikten over hvilke avdelinger/etater som har svart anta at det først og fremst dreier seg om leder for helse- og sosial, pleie- og omsorg, hjemmetjenesten, tjenester for funksjonshemmede og lignende.

Når det gjelder fagbakgrunnen til de som har svart, er det en overvekt av vernepleiere. Tabellen nedenfor viser fordelingen med hensyn til fagbakgrunn.

#### **Fagbakgrunn til respondentene**

<b>Fagbakgrunn</b>	<b>Antall</b>	<b>Prosent</b>
Sosionom	19	8
Helsesøster	1	0
Vernepleier	104	44
Sykepleier	42	18
Spesialpedagog	5	2
Fysioterapeut	20	8
Førskolelærer	4	2
Hjelpepleier	4	2
Lege	3	1
Pedagogisk	9	4
Barnevernpedagog	2	1
Administrativ	1	0
Helsefag	1	0
Cand mag	2	1
Samf.vit.	1	0
Uoppgitt	21	9
Total	239	100

Som vi ser av tabellen en hele 44 prosent av de som har besvart spørreskjemaet vernepleiere. Dernest kommer sykepleiere med 18 prosent og som nummer tre fysioterapeuter og sosionomer med 8 prosent. Av alle som har besvart spørreskjemaet er det 43 prosent som ikke har samarbeidet med andre avdelinger eller etater om utfyllingen. Mens 30,8 prosent av respondentene har samarbeidet med andre avdelinger/etater, mens 26,2 prosent ikke har oppgitt om de har samarbeidet med andre avdelinger/etater eller ikke.



### Hvilke grupper funksjonshemmede jobber din avd. med. Prosent

	I hovedsak psykisk utviklingshemmede	I hovedsak fysisk funksjonshemmede	I hovedsak andre grupper	Alle grupper funksjonshemmede	Ikke krysset	Total
Helse Øst	51	3	2	41	3	100 (63)
Helse Sør	49	5	2	42	2	100 (41)
Helse Vest	49	9	-	37	6	100 (35)
Helse Midt-Norge	40	2	2	54	2	100 (52)
Helse Nord	32	2	-	66	-	100 (44)
Alle	44	4	1	48	3	100 (235)

Når det gjelder hvilken målgruppe avdelingen til de som har besvart spørreskjemaet jobber med, ser vi av tabellen ovenfor at kommunene i Helse Øst har den største andelen med avdelinger som i hovedsak jobber med psykisk utviklingshemmede (51 %). Mens kommunene i Helse Nord har den største andelen med avdelinger som jobber med alle grupper funksjonshemmede (66 %).

## **Vedlegg 3 spørreskjema til kommunene**

VEDLEGG



**Voksenhabiliteringstjenesten**

**Spørreundersøkelse til det kommunale hjelpeapparat**

**Svarfrist 18. mars 2005**

## **Veiledning**

Nordlandsforskning gjennomfører en kartlegging av kommunenes bruk av, behov for og vurderinger knyttet til voksenhabiliteringstjenesten. Vi viser til informasjonsbrev fra Sosial- og helsedirektoratet, med orientering om bakgrunn for kartleggingen. Spørreskjemaet er sendt til alle landets kommuner.

Alle opplysningene vil bli behandlet konfidensielt, dvs. at verken enkeltkommuner eller -personer senere vil kunne identifiseres i de resultater som kommer ut av prosjektet. Bakgrunnsspørsmålene først i skjemaet (kommunenavn og -nummer osv) trenger vi for å kunne gjøre analyser etter regional tilhørighet, for å ha en oversikt over svarprosenten, og for å vite litt om bakgrunn til de som har fylt ut skjemaet. Disse opplysningene vil ikke bli gjort tilgjengelig for andre, heller ikke for oppdragsgiver. Spørreskjemaet returneres direkte til Nordlandsforskning i vedlagte ferdig frankerte svarkonvolutt.

Opplysningene vil bli behandlet statistisk. Prosjektet avsluttes innen 01.06.2005, og alle dataene vil da bli anonymisert, dvs at all evt. personidentifiserbar informasjon i materialet blir slettet. Det er avgjørende for kvaliteten på kartleggingen at alle kommuner deltar. Deltakelsen er samtidig frivillig, og det er mulig å trekke seg når som helst og be om at informasjonen blir slettet.

Ta gjerne kontakt med Willy Lichtwarck ([willy.lichtwarck@nforsk.no](mailto:willy.lichtwarck@nforsk.no)) tlf. 75517302 eller Tina Luther Handegård ([tina.handegaard@nforsk.no](mailto:tina.handegaard@nforsk.no)) tlf. 75517303, dersom noe skulle være uklart.

**På forhånd takk for hjelpen!**

Med vennlig hilsen

Willy Lichtwarck  
Prosjektleder

*Returadresse: Nordlandsforskning, 8049 Bodø  
Telefon/faks: 75 51 76 00 / 75 51 72 34*

## Bakgrunnsinformasjon

Kommunenavn: \_\_\_\_\_

Kommunenummer: \_\_\_\_\_

Avdeling/etat: \_\_\_\_\_

Stilling: \_\_\_\_\_

Fagbakgrunn: \_\_\_\_\_

Er det samarbeidet med andre avdelinger/etater om utfyllelsen av spørreskjemaet:

### 1. Hvilke grupper funksjonshemmede jobber din avdeling/etat med? (ett kryss)

- 1  I hovedsak psykisk utviklingshemmede  
2  I hovedsak fysisk funksjonshemmede  
3  I hovedsak andre grupper. Hvilke: \_\_\_\_\_  
4  Alle grupper funksjonshemmede

## A. Kontakt med voksenhabiliteringstjenesten og henvisningsprosedyrer

### 2. Hvor god kjennskap har din kommune til voksenhabiliteringstjenestens virksomhet? (ett kryss per linje)

	Svært god	God	Dårlig	Svært dårlig
1 Hvilke målgrupper som prioriteres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Hvilke direkte klientrettede tjenester som ytes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Hvilke øvrige tjenester som ytes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 3. Hvor ofte har din kommune kontakt med voksenhabiliteringstjenesten?

a. Når det gjelder klientrettede tiltak.

Totalt antall henvendelser/kontakt i 2004 (sett ett kryss):

Ingen kontakt/ henvendelser	Mindre enn 5 ganger pr år.	5-10 ganger pr år	11-20 ganger pr år	21-30 ganger pr år	Mer enn 30 ganger pr år	Har ikke oversikt
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

b. Når det gjelder kompetansehevende tiltak.

Totalt antall henvendelser/kontakt i 2004 (sett ett kryss):

Ingen kontakt/ henvendelser	Mindre enn 5 ganger pr år.	5-10 ganger pr år	11-20 ganger pr år	21-30 ganger pr år	Mer enn 30 ganger pr år	Har ikke oversikt
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 4. Omfang av formelle henvisninger etter årsak – i 2004.

a. Hvor mange skriftlige henvisninger til voksenhabiliteringstjenesten ble gjort i 2004?

Totalt antall i kommunen: \_\_\_\_\_

b. Hva gjaldt disse henvisningene?

Oppgi antall henvisninger etter årsak.

	<b>Antall</b>
1 Utredning/diagnostisering	
2 Funksjonskartlegging	
3 Miljøterapeutisk veiledning	
4 Samtaler/støttesamtaler	
5 Kompetanseheving/kurs/temadager	
6 Veiledning rettssikkerhet (inkl. kap. 4A)	
7 Veiledning samhandling/relasjoner	
8 Veiledning om individuell plan	
9 Overgang ungdom/voksen	
10 Overgang mot alderdom	
11 Veiledning brukerstyring/brukermedvirkning	
12 Innleggelse somatisk eller psykiatrisk sykehus	
13 Tekniske hjelpemidler/tilrettelegging	
14 Andre henvisningsårsaker	

c. Hvor stor andel var uformelle henvendelser (telefoner etc.) i 2004

- |                                 |                          |
|---------------------------------|--------------------------|
| 1 Ingen                         | <input type="checkbox"/> |
| 2 Omtrent halvparten (ca. 50 %) | <input type="checkbox"/> |
| 3 Alle                          | <input type="checkbox"/> |

d. Nevn den viktigste årsaken til at kommunen gjør uformelle henvendelser til voksenhabiliteringstjenesten:

5. Hvordan skjer vanligvis henvisningene til voksenhabiliteringstjenesten? (flere kryss mulig)

- |  |                          |
|--|--------------------------|
| 1 Den enkelte etat henviser direkte                  | <input type="checkbox"/> |
| 2 Alle henvisninger går gjennom fastlegen            | <input type="checkbox"/> |
| 3 Fagpersonell i tjenesten kan henvide direkte       | <input type="checkbox"/> |
| 4 Saken må først diskuteres på et tverretattlig møte | <input type="checkbox"/> |
| 5 Klienten selv/pårørende sørger selv for henvisning | <input type="checkbox"/> |
| 6 Annet (notér):                                     | <input type="checkbox"/> |

6. Når kommunen henviser til voksenhabiliteringstjenesten, hvordan forholder voksenhabiliteringstjenesten seg da til deres problemforståelse? (ett kryss)

- |  |                          |
|--|--------------------------|
| 1 Voksenhabiliteringstjenesten aksepterer i hovedsak vår problemforståelse | <input type="checkbox"/> |
| 2 Voksenhabiliteringstjenesten overprøver i hovedsak vår problemforståelse | <input type="checkbox"/> |
| 3 Gjennom dialog kommer vi fram til en felles problemforståelse            | <input type="checkbox"/> |

7. a. Blir alle brukere som kommunen mener har behov for tjenester fra voksenhabiliteringstjenesten henvist? (ett kryss)

- |                                     |
|-------------------------------------|
| 1 <input type="checkbox"/> Ja       |
| 2 <input type="checkbox"/> Nei      |
| 3 <input type="checkbox"/> Vet ikke |

**b. Hvis nei, hvilke grupper henviser dere ikke:**

**c. Hvis nei, får disse grupper et annet tilbud:**

- 1  Ja  
2  Nei  
3  Vet ikke

**8. Dersom ikke alle som har behov blir henvist, hva er årsaken til dette? (flere kryss mulig)**

- 1  For lav kompetanse hos miljøpersonalet (eller andre) fører til at behov ikke fanges opp  
2  Økonomiske vurderinger i kommunen  
3  Faller ikke inn under de gruppene voksenhabiliteringstjenesten prioriterer  
4  Voksenhabiliteringstjenesten har ikke tilstrekkelig kompetanse på området  
5  Opplever at de ikke har kapasitet, derfor unngår vi å henvise  
6  For lang ventetid  
7  Annet: \_\_\_\_\_

**B. Vurderinger av hvilke tjenester kommunen har størst behov for**

**9. Hvilke tjenester mener dere det er størst behov for når det gjelder personer med medfødte eller tidlig ervervede funksjonsnedsettelse?**

(Prioriter de fem viktigste behovene ved å sette 1, 2, 3, 4 og 5 i rutene.)

1	Utredning/diagnostisering: somatisk	<input type="checkbox"/>
2	Utredning/diagnostisering: psykiatrisk	<input type="checkbox"/>
3	Utredning/diagnostisering: evnemessig/psykologisk	<input type="checkbox"/>
4	Helhetlig/tverrfaglig utredning	<input type="checkbox"/>
5	Tiltak/behandling: somatisk	<input type="checkbox"/>
6	Tiltak/behandling: psykiatrisk	<input type="checkbox"/>
7	Bistand – behov for innleggelse i sykehus/avdeling	<input type="checkbox"/>
8	Veiledning til kommunale fagpersoner	<input type="checkbox"/>
9	Kompetansehevende tiltak opplæring	<input type="checkbox"/>
10	Veiledning knyttet til individuell plan	<input type="checkbox"/>
11	Veiledning brukermedvirkning	<input type="checkbox"/>
12	Veiledning knyttet til kap. 4 A	<input type="checkbox"/>
13	Veiledning ved utprøving av hjelpemidler.	<input type="checkbox"/>
14	Veiledning adferdsforståelse - tilnærming	<input type="checkbox"/>
15	Veiledning og behandling – seksualitet og samliv	<input type="checkbox"/>
16	Veiledning lovbrudd	<input type="checkbox"/>
17	Annet (noter:)	<input type="checkbox"/>

### C. Vurderinger av voksenhabiliteringstjenesten sitt tilbud/tiltak

10. Hvordan opplever kommunen voksenhabiliteringstjenesten sin kompetanse innenfor bestemte fagområder sett i forhold til behovet dere har? (ett kryss for hver linje - hvis du ikke har erfaring med et alternativ, la alternativet stå ubesvart)

	Svært god				Svært dårlig		
	1	2	3	4	5	6	7
1 Somatisk kompetanse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Psykiatrisk kompetanse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Psykologisk kompetanse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Sosialfaglig kompetanse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 Pedagogisk kompetanse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 Miljøterapeutisk kompetanse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 Organisasjon og planleggingsrelatert kompetanse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 Tverrfaglig utredningskompetanse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 Kompetanse knyttet til kapittel 4A	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12 Veiledningskompetanse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13 Annet (notér):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11. I hvilken grad er kommunen fornøyd med kvaliteten på den bistanden dere har fått fra voksenhabiliteringstjenesten? (ett kryss for hver linje)

	Svært Fornøyd				Svært misfornøyd		
	1	2	3	4	5	6	7
1 Somatisk bistand	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Psykiatrisk bistand	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Psykologisk bistand	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Sosialfaglig bistand	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 Pedagogisk bistand	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 Miljøterapeutisk bistand	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 Organisasjon og planleggingsrelatert bistand	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 Tverrfaglig utredningsbistand	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 Bistand knyttet til kapittel 4A	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 Bistand knyttet til brukermedvirkning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11 Bistand knyttet til individuell plan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12 Veiledningskompetanse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13 Annet (notér):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

12. Dersom din kommune svarte misfornøyd på et eller flere alternativer i forrige spørsmål (5-7 på skalaen for fornøyd/misfornøyd): hva er kommunens generelle oppfatning om årsaken(e) til at kvaliteten på bistanden er lav? (flere kryss mulig)

- 1  For lav kompetanse
- 2  For ensidig kompetanse
- 3  Feil type kompetanse
- 4  For liten kapasitet
- 5  Gal prioritering
- 6  Gal forståelse av habilitering





**16. Er det vesentlige mangler/problemer ved voksenhabiliteringstjenestens tjenestetilbud knyttet til...**

		Hvis "ja", grader mangelens/problemets alvorlighetsgrad. 1= Litt alvorlig 4= Svært alvorlig					
		Ja	Nei	1	2	3	4
1	Diagnostisk utredning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Poliklinisk behandlingstilbud	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Ambulant behandlingstilbud	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Veiledning og annen kompetanseoppbygging	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Faglig kompetanse hos voksenhabiliteringstjenesten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Type utdanning hos de som bistår fra voksenhabiliteringstjenesten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Hyppigheten av kontakten med voksenhabiliteringstjenesten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Omfanget av tilbudet fra voksenhabiliteringstjenesten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Mulighet for innleggelse i døgnenhet ved kriser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Mulighet for innleggelse i døgnenhet for korttidsbehandling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	Mulighet for innleggelse for lengre tids behandling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	Samarbeid mellom voksenhabiliteringstjeneste og somatisk spesialisthelsetjeneste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	Samarbeid mellom voksenhabiliteringstjeneste og psykiatri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	Utredning/bistand knyttet til makt og tvang, jfr kap 4A	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15	Bistand i forbindelse med utarbeidelse av individuell plan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16	Mobile innsatsmidler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**E. Vurderinger av voksenhabiliteringstjenesten og kompetanseoppbygging**

**17. a. Hvordan vurderer kommunen den måten voksenhabiliteringstjenesten driver kompetanseutvikling på i din kommune? (ett kryss)**

Svært fornøyd Svært misfornøyd

1                      2                      3                      4                      5                      6                      7

-----

b. Hvis dere svarte at dere ikke var fornøyd (alternativene 5, 6 og 7) hva er årsaken til dette? (flere kryss mulig)

- 1  Tilgjengelighet
- 2  Omfang
- 3  Kvalitet
- 4  Annet (noter): \_\_\_\_\_

18. På hvilke måter foretrekker din kommune at kompetanseutvikling blir gitt? (Kryss av for de to viktigste måtene)

- 1  Som veiledning direkte i forhold til klienten
- 2  Konsultasjon i forhold til klient
- 3  Seminarer arr. i kommunen, som tar opp bestemte tema
- 4  Interkommunale konferanser
- 5  Konferanser som omfatter hele fylket
- 6  Regionale eller landsdekkende konferanser
- 7  Mobile innsatsmidler
- 8  Annet: \_\_\_\_\_

#### F. Forholdet mellom voksenhabiliteringstjenesten og andre spesialisthelsetjenester

19. Er kommunen fornøyd med oppgavefordelingen mellom voksenhabiliteringstjenesten og andre spesialisthelsetjenester (f.eks somatiske og psykiatriske sykehusavdelinger og landsdekkende kompetansesentre)? (ett kryss)

- 1  Ja
- 2  Nei

Hvis nei, hvorfor:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

20. Er kommunen fornøyd med voksenhabiliteringstjenestens koordinerende funksjon i forhold til andre spesialisthelsetjenester? (ett kryss)

- 1  Ja
- 2  Nei

Hvis nei, kommenter \_\_\_\_\_

## G. Forhold ved kommunen

21. Etter kommunens vurdering: hvor tilfredsstillende fungerer det kommunale tjenestetilbudet for personer med medfødte eller tidlig ervervede funksjonsnedsettelse? (ett kryss)

Svært tilfredsstillende

1 2 3 4 5 6 7

Svært lite tilfredsstillende

22. Hvordan vurderer kommunen den faglige kompetansen overfor voksne personer med medfødte eller tidlig ervervede funksjonsnedsettelse i egen kommune?

Svært tilfredsstillende

1 2 3 4 5 6 7

Svært lite tilfredsstillende

### Kommentarer for øvrig

*Dersom du har noen utfyllende kommentarer du ønsker å gi, vil vi gjerne at du noterer dem ned her:*

## **Vedlegg 4 Spørreskjema til voksenhabiliteringstjenesten**



**Spørreundersøkelse til ansatte i  
Voksenhabiliteringstjenesten**

**Svarfrist 29. april 2005**

## Veiledning

Nordlandsforskning gjennomfører en kartlegging av voksenhabiliterings-tjenesten i Norge. Formålet er å klargjøre hvordan tjenesten fungerer med hensyn til brukergrupper, innhold, kompetanse, kapasitet og samarbeid med andre deler av spesialisthelsetjenesten. Vi viser til informasjonsbrev fra Sosial- og helsedirektoratet, med orientering om bakgrunn for kartleggingen. Spørreskjemaet er sendt til ansatte i voksenhabiliteringstjenesten (heretter forkortet til VHT).

Alle opplysningene vil bli behandlet konfidensielt, dvs. at ingen personer senere vil kunne identifiseres i de resultater som kommer ut av prosjektet. Bakgrunns-spørsmålene først i skjemaet trenger vi for å kunne gjøre analyser etter regional tilhørighet, for å ha en oversikt over svarprosenten, og for å vite litt om bakgrunn til de som har fylt ut skjemaet. Disse opplysningene vil ikke bli gjort tilgjengelig for andre, heller ikke for oppdragsgiver. Vi ønsker at hver enkelt tjeneste samler alle spørreskjema i egen forsendelse som returneres **direkte til Nordlandsforskning**.

Opplysningene vil bli behandlet statistisk. Prosjektet avsluttes innen 01.06.2005. Alle dataene vil bli anonymisert, dvs at all evt. personidentifiserbar informasjon i materialet blir slettet. Det er avgjørende for kvaliteten på kartleggingen at alle deltar. Deltakelsen er samtidig frivillig, og det er mulig å trekke seg når som helst og be om at informasjonen blir slettet.

Dersom noe skulle være uklart ta gjerne kontakt med Willy Lichtwarck, tlf. 75517302, ([willy.lichtwarck@nforsk.no](mailto:willy.lichtwarck@nforsk.no)) eller Tina Luther Handegård ([tina.handegaard@nforsk.no](mailto:tina.handegaard@nforsk.no)) tlf. 75517303.

**På forhånd takk for hjelpen!**

Med vennlig hilsen

Willy Lichtwarck  
Prosjektleder

*Returadresse: Nordlandsforskning, 8049 Bodø  
Telefon/faks: 75 51 76 00 / 75 51 72 34*

## Bakgrunnsinformasjon

Arbeidssted: \_\_\_\_\_

Alder: \_\_\_\_\_

Kjønn: \_\_\_\_\_

Stilling: \_\_\_\_\_

Antall år i stillingen: \_\_\_\_\_

Fagbakgrunn: \_\_\_\_\_

Utdanning: \_\_\_\_\_

## A. Kompetanse og kompetanseoppbygging

23. Hvordan vurderer du din egen kompetanse i forhold til de oppgaver du møter i ditt daglige arbeide?

Svært lite  
tilfreds-  
stillende

Svært tilfreds-  
stillende

1	2	3	4	5	6	7
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

24. Hvordan opplever du kompetansen innenfor ulike områder ved ditt arbeidssted?

(ett kryss for hver linje)

	Svært dårlig				Svært god		
	1	2	3	4	5	6	7
1 Somatisk kompetanse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Psykiatrisk kompetanse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Psykologisk kompetanse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Sosialfaglig kompetanse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 Pedagogisk kompetanse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 Miljøterapeutisk kompetanse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 Organisatorisk og planleggingsrelatert kompetanse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 Tverrfaglig utredningskompetanse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 Kompetanse knyttet til kapittel 4A	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12 Veiledningskompetanse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13 Undervisningskompetanse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14 Annet (notér):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**25. Hvordan vurderer du den samlede kompetansen ved ditt arbeidssted overfor voksne med ulike typer medfødte eller tidlig ervervede funksjonsnedsettelse?**

	Svært lite tilfredsstillende					Svært tilfredsstillende	
	1	2	3	4	5	6	7
1 Cerebral Parese	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Ryggmargbrokk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Gjennomgripende utviklingsforstyrrelser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Psykisk utviklingshemninger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 Nevromuskulære sykdommer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 Sterkt multifunksjonshemninger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 Annet (notér):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Evt. kommentarer til punktene 1-7 i spørsmål 3:

---



---

**26. Hvordan vurderer du den måten din tjeneste driver intern kompetanseutvikling på? (ett kryss)**

Svært misfornøyd Svært fornøyd

1  2  3  4  5  6  7

Hvis du svarte at du ikke er fornøyd (alternativene 1, 2 og 3), kan du prøve å si noe om hvorfor du ikke er fornøyd: \_\_\_\_\_

**27. På hvilken måte mener du fagutvikling/kompetanseutvikling best kan ivaretas for deg som ansatt i VHT? (ett kryss)**

- 1  Formell videreutdanning/spesialisering  
 2  Interne seminarer som tar opp prioriterte temaer  
 3  Seminar/konferanser for VHT samlet sett  
 4  Annet: \_\_\_\_\_

**28. a. Hvordan opplever du som ansatt at dine muligheter for faglig oppdatering/ kompetanseutvikling blir tilrettelagt?**

- 1  Svært dårlige  
 2  Dårlige  
 3  Gode  
 4  Svært gode

**b. Dersom din tjeneste ble tildelt tre nye stillinger hvilken fagkompetanse mener du da bør prioriteres?**

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_

## B. Arbeidsoppgaver og arbeidssituasjon

**29. Hvordan opplever du forholdet mellom de arbeidsoppgaver du har og den tidsressursen du har til rådighet?**

- 1  Arbeidsoppgavene overskrider stort sett den tidsressursen jeg har til rådighet
- 2  Har akkurat den tiden som trengs
- 3  Jeg opplever at jeg har rikelig med tid

**30. Dersom arbeidsoppgavene overskrider tidsressursen (alternativ 1 på forrige spørsmål); hvilke konsekvenser har dette: (kryss av for inntil tre alternativer)**

- |   |   |                          |
|---|---|--------------------------|
| 1 | Det går på bekostning av administrative oppgaver og dokumentasjon | <input type="checkbox"/> |
| 2 | Det går på bekostning av mitt klientrettede arbeid                | <input type="checkbox"/> |
| 3 | Det går på bekostning av min egen kompetanseutvikling             | <input type="checkbox"/> |
| 4 | Det går på bekostning av egen fritid                              | <input type="checkbox"/> |
| 5 | Annet:  | <input type="checkbox"/> |

**31. I hvilken grad opplever du at du selv har frihet til å foreta prioriteringer av arbeidsoppgaver?**

- |   |   |                          |
|---|---|--------------------------|
| 1 | Jeg opplever at jeg har stor frihet til selv å gjøre prioriteringer         | <input type="checkbox"/> |
| 2 | Jeg opplever at jeg har noe frihet til selv å gjøre prioriteringer          | <input type="checkbox"/> |
| 3 | Jeg opplever at jeg har ganske liten frihet til selv å gjøre prioriteringer | <input type="checkbox"/> |
| 4 | Jeg opplever at jeg har svært liten frihet til selv å gjøre prioriteringer  | <input type="checkbox"/> |

**32. I hvilken grad er du enig i de overordnede faglige prioriteringer som gjøres på ditt arbeidssted?**

- |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |            |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|------------|
| Svært uenig              |                          |                          |                          |                          |                          |                          | Svært enig |
| 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        |            |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |            |

Kommenter: \_\_\_\_\_



### C. Vurderinger av VHT der du er ansatt

33. Hva er ditt inntrykk av ulike sider ved VHTs arbeid ut fra de klientsaker som din tjeneste har vært inne i? (ett kryss for hver linje)

	Svært lite tilfredsstillende				Svært tilfredsstillende		
	1	2	3	4	5	6	7
1 Samarbeidsrutiner mellom VHT og kommunen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Effektivitet i saksbehandlingen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Service fra tjenesten generelt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Samarbeid med andre deler av spesialisthelsetjenesten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 VHTs ventetid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 VHTs total kvalitet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 Annet (notér):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

34. a. Utføres ambulante tjenester ved den VHT du arbeider i?

- 1  Ja  
2  Nei

b. Dersom det utføres ambulante tjenester ved den tjenesten du arbeider i, kan du anslå ca. hvor stor andel i % dette utgjør av den totale kapasitet ved ditt arbeidssted: \_\_\_\_\_ %

c. Hvis du svarte ja på pkt 12a) - hvordan vurderer du ulike sider ved det ambulante tilbudet fra tjenesten? (ett kryss for hver linje)

	Dekker svært dårlig				Dekker svært godt		
	1	2	3	4	5	6	7
1 Opplever knapphet på tid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Får ikke fulgt opp de konkrete oppleggene som igangsettes på en tilfredsstillende måte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Begrenses av de økonomiske ressursene	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Begrenses av arbeidstidsordningene	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 Det ambulante tilbudet gis ikke høy nok prioritet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 Totalt sett – hvor fornøyd er du med det ambulante tilbudet fra VHT du arbeider i	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 Annet (notér):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

35. Hvilke sider ved VHTs tilbud mener du bør styrkes? (Prioriter de fem viktigste ved å sette kryss i tabellen nedenfor)

1	Diagnostisk utredning	<input type="checkbox"/>
2	Tverrfaglig funksjonsutredning	<input type="checkbox"/>
3	Poliklinisk arbeid	<input type="checkbox"/>
4	Ambulant arbeid	<input type="checkbox"/>
5	Veiledning overfor kommunene	<input type="checkbox"/>
6	Mulighet for innleggelse i døgnenhet ved kriser	<input type="checkbox"/>
7	Mulighet for innleggelse i døgnenhet for korttidsbehandling	<input type="checkbox"/>
8	Mulighet for innleggelse for lengre tids behandling	<input type="checkbox"/>
9	Samarbeid mellom voksenhabiliteringstjeneste og somatisk spesialisthelsetjeneste	<input type="checkbox"/>
10	Samarbeid mellom voksenhabiliteringstjeneste og psykiatri	<input type="checkbox"/>
11	Samarbeid med det kommunale hjelpeapparat	<input type="checkbox"/>
11	Utredning/bistand knyttet til makt og tvang, jfr kap 4A	<input type="checkbox"/>
12	Utarbeidelse av individuell plan	<input type="checkbox"/>
13	Mobile innsatsmidler	<input type="checkbox"/>
14	Tilbud til andre diagnosegrupper, hvilke grupper:	<input type="checkbox"/>

36. Etter din generelle vurdering: hvor tilfredsstillende fungerer den tjenesten du er ansatt i for personer med medfødte eller tidlig ervervede funksjonsnedsettelse? (ett kryss)

Svært lite tilfredsstillende								Svært tilfredsstillende
1	2	3	4	5	6	7		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

37. Hvor godt fungerer samarbeidet mellom barnehabiliteringstjenesten (BHT) og VHT (ett kryss pr linje)

	Fungerer svært dårlig				Fungerer svært godt		
	1	2	3	4	5	6	7
1 Det faglige samarbeidet om enkeltsaker/-personer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Når det gjelder en bruker som skal overføres fra BHT til VHT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Det faglige samarbeidet mer generelt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

38. Etter din vurdering, hvor godt ivaretar VHT behovene til eldre mennesker med medfødt eller tidlig ervervet funksjonsnedsettelse?

Svært lite tilfredsstillende								Svært tilfredsstillende
1	2	3	4	5	6	7		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

#### D. Forholdet mellom VHT og andre spesialisthelsetjenester

39. Er du fornøyd med oppgavefordelingen mellom VHT og andre spesialisthelsetjenester når det gjelder:

a. Somatiske tjenester 1  Ja 2  Nei

Hvis nei, hvorfor: \_\_\_\_\_



44. I hvilken grad vil du si at det er samsvar mellom VHTs oppgaver og praksis ved ditt arbeidssted?

- 1  Svært lite samsvar
- 2  Lite samsvar
- 3  Godt samsvar
- 4  Svært godt samsvar

23. Kan du anslå hvor stor andel i prosent arbeid knyttet til Kap. 4A i Lov om sosiale tjenester utgjør av den totale kapasiteten ved ditt arbeidssted: \_\_\_\_\_ %

**Kommentarer for øvrig**

*Dersom du har noen utfyllende kommentarer du ønsker å gi, vil vi gjerne at du noterer dem ned her/på et eget ark:*

## Vedlegg 5 – Intervjuguider

### INTERVJUGUIDE HABILITERINGSTJENESTEN

#### Litt om bakgrunnen til den som intervjues:

- stilling
- kjønn
- utdanning
  
- hvor mange i din tjeneste har kap 4A som arbeidsområde?
- hvor lenge har du hatt kap 4A som arbeidsområde?
- hvordan er din tjeneste organisert? (antall ansatte, utdanning osv.)
- Samarbeid i regionen?
- hvordan bistår dere ved utformingen av tvangstiltak?
- hvordan bistår dere ved gjennomføringen av tvangstiltak? (Skjer det ofte at saker avsluttes?)
- tvangstiltak og alternative løsninger kan ses som to ytterpunkter på en skala, hvordan jobber dere i kommunene, blir det ofte enten tvang eller alternativ, eller ender det som regel med andre mellomløsninger? (mindre inngripende tvangstiltak enn opprinnelig tenkt)
- Har det vært en økning eller nedgang i 4a-saker som dere har vært involvert i de siste år?
- Hvordan jobber dere ifht boliger som har sendt inn meldinger om akutt skadeavverging? Og følger kommunene opp meldinger om akutt skadeavvergende tiltak for å hindre at behov for nye tiltak dukker opp?
- Hva legger dere til grunn når dere anbefaler dispensasjon fra kompetansekravet?
  - Vurderes tjenesteyters realkompetanse i dispensasjonssaker?
  - Hva er årsaken til at kommuner har behov for å søke om dispensasjon?

- Følger dere opp tiltak med dispensasjon? Evt. hvordan?
- Hva er alternativet hvis en ikke gir dispensasjon ifh kompetansekravet?
- Evalueres tvangstiltakene underveis evt. etter at tiltaksperioden er over?
- Hvordan vurderer du kompetansekravet (§4A-9)?
- Hvordan vurderer du inndelingen av kompetansekravet i forhold til ulike tiltak?
- Hvordan tolker du kommunenes forståelse av kompetanse (her kan stikkord være type kompetanse og formål vs realkompetanse)? (Legger kommunene til rette for å bedre kompetansen i boligene)
- Hvordan forstår du tvangsbegrepet, opplever du ulike tolkninger i forhold til dette på det kommunale nivå?
- Hvordan mener du kommunene i din region etterlever lovens krav?
- Hva gjør habiliteringstjenesten når kommunene ikke vil eller ikke får det til – mht praktiseringen av kap 4A?
- Hvordan kvalitetssikrer habiliteringstjenesten sine oppgaver?
- Hvordan fungerer samhandlingen med Fylkesmannen ifht 4A saker? Er dere enig/uenig i vedtak/tiltak?
- Dere har iflg. Lov om helsepersonell meldeplikt i forhold til ting dere ser i kommunene, hvordan forholder dere til dette?
- Hva opplever du er den største utfordringen med praktiseringen av kap. 4A?
- Hvilke positive effekter mener du kap. 4A har hatt?
- Hvilke negative effekter eller uheldige situasjoner mener du kap. 4 A har hatt?
- Noe du ellers synes er viktig å få med i evalueringen?

## INTERVJUGUIDE HELSEFORETAKENE

- Informantens stilling

Hvordan ivaretar helseforetaket sitt ansvar i forhold til kapittel 4A?  
(og hva har helseforetaket gjort siden loven kom?)

- Hvordan vurderer helseforetaket den kompetansen de har, både i forhold til kapittel 4A (kunne bistå kommunene både ved utformingen og gjennomføringen av vedtak) og i forhold til habiliteringstjenester til psykisk utviklingshemmede generelt (som er viktig mtp forebygging av bruk av tvang og makt)?
- Dersom kompetansen ikke anses som tilstrekkelig:
  - Hvilken kompetanse mangles?
  - Hvorfor mangles denne kompetansen?
  - Hva er konsekvensene av at en mangler kompetanse?
  - Hvordan løses evt. problemene (kjøper tjenester fra andre, bruker kompetanse fra andre hab.tj. i helseforetaket osv.)?
- Er det forskjeller mellom regionene i helseforetaket?
- Er bemanningen god nok?
- Har helseforetaket er strategi (handlingsplaner o.l.) i forhold til å sørge for at habiliteringstjenesten har den kompetansen og bemanning som er nødvendig for å komme bistå kommunene i forhold til kap. 4A?
- Har det regionale helseforetaket og habiliteringstjenestene den samme forståelsen av hvilken kompetanse som er nødvendig?

## INTERVJUGUIDE KOMMUNENE – KAP 4A

### Gruppeintervju i kommunene

#### *Bakgrunnsinformasjon*

- Informantenes stilling i kommunen
- Litt info. om kommunen og tilbudet til personer med psykisk utviklingshemning (organisering av boliger/bofellesskap osv.)

#### *Erfaring med kapittel 4A*

- Hvordan etterlever kommunen kravene loven stiller?
- Hvordan følger kommunen opp meldinger om akutt skadeavvergende tiltak for å hindre at behov for nye tiltak dukker opp?
- Har kommunen erfaring med utarbeiding av vedtak? Hvis ja: Hvordan jobber kommunen med å utarbeide vedtak? Hva oppleves evt. vanskelig?
- Hvordan forebygger og legger kommunen til rette for å unngå bruk av tvang og makt? Hvilke hindringer opplever man evt. i forhold til dette arbeidet?
- Gjøres det vurderinger av hvordan tjenesteyterne vurderer sin egen mulighet til å utføre forsvarlige tjenester (herunder tid til overlapping, dokumentasjon, veiledning av nyantatte osv.)
- Tilrettelegges tjenestetilbudet i samarbeid med tjenestemottaker og/eller pårørende/hjelpeverge?
- Hvordan evalueres tvangstiltakene?

#### *Kompetansekravet*

- Hvordan forstås kompetanse-/utdanningskravet?
- Hvordan vurderer dere viktigheten av formal- og realkompetanse?
- Hvordan vurderer dere inndelingen av kompetansekravet i forhold til ulike tiltak og gir inndelingen den best egnede kompetansen i forhold til behov?
- Hvordan følger kommunen opp opplæringsansvaret i sosialtjenesteloven § 2-3? Legger kommunene til rette for å bedre kompetansen i boligene? Evt. hvordan?
- Utarbeides det opplæringsplaner for tjenesteyterne som gjennomfører tiltak etter sosialtjenestelovens kap. 4A?
- Får kommunen den veiledning og bistand dere har behov for fra henholdsvis fylkesmannen og spesialisthelsetjenesten?



### *Dispensasjon fra kompetansekravet*

- Har kommunen søkt om dispensasjon fra kompetansekravet, og hva var evt. årsaken til det?
- Hvis dispensasjoner: Har fylkesmannen satt vilkår for dispensasjonene, og hvordan blir dette fulgt opp i kommunen?
- Hva ville alternativet vært dersom kommunen ikke fikk dispensasjon?

### *Tvangsbegrepet*

- Hvordan forstås tvangsbegrepet?
- Opplever man ulike tolkninger i forhold til begrepet blant tjenesteyterne i kommunen?

### *Samarbeid med andre*

- Hvordan oppleves samarbeidet med spesialisthelsetjenesten?
- Hvordan er forholdet til fylkesmannen?

### *Annet...*

- Hvilke utfordringer står kommunen overfor når det gjelder sosialtjenestelovens kapittel 4A? Hva oppleves vanskeligst?
- Positive effekter av loven?
- Negative eller uheldige effekter av loven?
- Noe annet dere ønsker å ta opp?

## INTERVJUGUIDE FYLKESMANNEN – KAP 4A

### Litt om bakgrunnen til den som intervjues:

- stilling
- kjønn
- utdanning
- hvor mange i embetet har kap 4 A som arbeidsområde?
- hvor lenge har du hatt kap 4 A som arbeidsområde?
  
- Hvor mange godkjente/stadfesta vedtak og hvor mange tiltak hadde dere i 2006? (NB: det kan ligge flere tiltak inn under ett vedtak)
  - Hvor mange personer gjaldt disse vedtakene (skill mellom antall voksne og antall barn)?
  - Og hvordan fordeler vedtakene seg mellom a) tiltak og b) tiltak?
  - Har det vært en økning eller nedgang i antall vedtak de siste år?
  
- Hvor mange meldinger om akutt skadeavverging mottok dere i 2006, hvor mange personer gjaldt disse meldingene?
  - Har det vært en økning eller nedgang i antall meldinger de siste år?
  
- I hvor mange vedtak fra 2006 er det gitt dispensasjon fra kompetansekravet?
  - Settes det kortere varighet i vedtak med disp? (altså: Gis det tidsavgrensning i dispensasjoner?)
  - Vurderes tjenesteyters realkompetanse i dispensasjonssaker?
  - hva er årsaken til at kommuner har behov for å søke om dispensasjon?
  
- Hvor mange vedtak ble ikke stadfestet av FM?
- - Hva er årsaken til at FM ikke stadfester vedtak?
  
- Hvilke varighet (tidsrammer) setter FM for tiltak som stadfestes?

- Hvilke vilkår setter fylkesmannen for dispensasjon og hvordan følges dette opp?
- Hva er alternativet hvis en ikke gir dispensasjon ifh kompetansekravet?
- Evalueres tvangstiltakene underveis evt. etter at tiltaksperioden er over?
- Hvordan vurderer du kompetansekravet (§4A-9)?
- Hvordan tolker du kommunenes forståelse av kompetanse (her kan stikkord være type kompetanse og formål vs realkompetanse)? (Legger kommunene til rette for å bedre kompetansen i boligene)
- Hvordan fylkesmannen vurderer inndelingen av kompetansekravet i forhold til ulike tiltak og om inndelingen gir den best egnede kompetansen i forhold til behov?
- Hvordan forstår du tvangsbegrepet, opplever du ulike tolkninger i forhold til dette på det kommunale nivå?
- Følger kommunene opp meldinger om akutt skadeavvergende tiltak for å hindre at behov for nye tiltak dukker opp?
- Hvordan mener du kommunene i din region etterlever lovens krav?
- Hva gjør FM når kommunene ikke vil eller ikke får det til – mht praktiseringen av kap 4A?
- Hva opplever du er den største utfordringen med praktiseringen av kap. 4A?
- Hvilke positive effekter mener du kap. 4A har hatt?
- Hvilke negative effekter eller uheldige situasjoner mener du kap. 4 A har hatt?
- Hvordan fører dere tilsyn ifht kap 4A?
- Synes du tilsynsordningen er tilfredsstillende?
- Noe du ellers synes er viktig å få med i evalueringen?

## **Vedlegg 6 Sosialtjenestelovens Kap. 4A**

### ***Rettsikkerhet ved bruk av tvang og makt overfor enkelte personer med psykisk utviklingshemning***

**Ved lov av 19. desember 2003 nr.134 ble det gitt følgende nytt kapittel i lov av 13.**

**desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester m.v. Bestemmelsene trådte i kraft 1. januar 2004.**

#### **§ 4A-1 Formål**

Formålet med reglene i dette kapitlet er å hindre at personer med psykisk utviklingshemning utsetter seg selv eller andre for vesentlig skade og forebygge og begrense bruk av tvang og makt. Tjenestetilbudet skal tilrettelegges med respekt for den enkeltes fysiske og psykiske integritet, og så langt som mulig i overensstemmelse med tjenestemottakerens selvbestemmelsesrett. Ingen skal behandles på en nedverdiggende eller krenkende måte.

#### **§ 4A-2 Virkeområde**

Reglene i dette kapitlet gjelder bruk av tvang og makt som ledd i tjenester etter § 4-2 bokstavene a til d til personer med psykisk utviklingshemning.

Som bruk av tvang eller makt etter reglene i dette kapitlet regnes tiltak som tjenestemottakeren motsetter seg eller tiltak som er så inngripende at de uansett motstand må regnes som bruk av tvang eller makt. Bruk av inngripende varslingsystemer med tekniske innretninger skal alltid regnes som bruk av tvang eller makt etter reglene i dette kapitlet. Alminnelige oppfordringer og ledelse med hånden eller andre fysiske påvirkninger av liknende art anses ikke som bruk av tvang eller makt.

#### **§ 4A-3 Rett til medvirkning og informasjon**

Tjenestetilbudet skal så langt som mulig tilrettelegges og gjennomføres i samarbeid med tjenestemottakeren, jf. § 8-4.

Tjenestemottakeren, pårørende og verge eller hjelpeverge skal høres før det treffes vedtak om bruk av tvang og makt etter reglene i dette kapitlet og gis informasjon om adgangen til å uttale seg i saker som skal overprøves, klageadgang og adgangen til å bringe vedtaket inn for tilsynsmyndighet og tingretten. Dersom verge eller hjelpeverge ikke allerede er oppnevnt der kommunen anser det aktuelt å fatte vedtak om bruk av tvang og makt etter reglene i dette kapitlet, skal hjelpeverge oppnevnes.

Kommunen skal begjære oppnevning av hjelpeverge dersom ikke oppnevning er begjært av andre som kan framsette slik begjæring, jf. vergemålsloven § 90 a. Opplysninger om personlige forhold som hjelpevergen mottar, kan bare gis videre dersom det er nødvendig for å utføre hjelpevergeoppdraget.

Som pårørende regnes ektefelle, samboer, myndige barn, foreldre, myndige søsken og besteforeldre.

Det gjelder et prioritetsforhold i den rekkefølgen som er angitt, med mindre særlige grunner foreligger.

#### **§ 4A-4 Krav til forebygging**

Kommunen plikter å sørge for at forholdene legges til rette for minst mulig bruk av tvang og makt. I tillegg til å tilrettelegge tjenestetilbudet i overensstemmelse med reglene i § 4A-1 annet ledd, jf. også § 4A-5 første ledd, plikter kommunen å gi nødvendig opplæring etter § 2-3, herunder faglig veiledning og oppfølging i gjennomføring av tiltak etter dette kapitlet.

#### **§ 4A-5 Vilkår for bruk av tvang og makt**

Andre løsninger enn bruk av tvang eller makt skal være prøvd før tiltak etter dette kapitlet settes i verk. Kravet kan bare fravikes i særlige tilfeller, og det skal i så fall gis en begrunnelse. Tvang og makt kan bare brukes når det er faglig og etisk forsvarlig. I vurderingen skal det legges særlig vekt på hvor inngripende tiltaket er for den enkelte tjenestemottaker. Tiltakene må ikke gå lenger enn det som er nødvendig for formålet, og må stå i forhold til det formålet som skal ivaretas. Tvang og makt kan bare brukes for å hindre eller begrense vesentlig skade.

Det kan anvendes tvang og makt i følgende tilfeller:

- a) skadeavvergende tiltak i nødsituasjoner
- b) planlagte skadeavvergende tiltak i gjentatte nødsituasjoner, eller
- c) tiltak for å dekke tjenestemottakerens grunnleggende behov for mat og drikke, påkledning, hvile, søvn, hygiene og personlig trygghet, herunder opplærings- og treningstiltak.

#### **§ 4A-6 Særlige grenser for bruk av enkelte tiltak**

Mekaniske tvangsmidler som hindrer tjenestemottakerens bevegelsesfrihet, herunder belter, remmer, skadeforebyggende spesialklær og liknende kan bare brukes for å gi nødvendig støtte for fysiske funksjonshemninger, for å hindre fall og for å hindre at tjenestemottakeren skader seg selv. I alle tilfeller må vilkårene i § 4A-5 være oppfylt.

Dersom en nødsituasjon etter § 4A-5 annet ledd bokstavene a og b gjør det nødvendig å skjerme tjenestemottakeren fra andre personer, skal skjermingen

foregå i et ordinært beboelsesrom med ulåst dør. Sikkerhetsmessige hensyn kan unntaksvis tilsi at døren låses. Vedkommende skal i alle tilfeller holdes under oppsyn, og skjermingen skal avbrytes straks situasjonen er brakt under kontroll. Det er ikke tillatt med opplærings- og treningstiltak etter § 4A-5 tredje ledd bokstav c som påfører tjenestemottakeren smerte eller psykisk eller fysisk skade, herunder all form for fysisk refselse, eller som innebærer betydelig fysiske og psykiske anstrengelser for tjenestemottakeren eller medfører fysisk isolering.

#### **§ 4A-7 Kommunens saksbehandling**

Beslutning om bruk av tvang og makt etter § 4A-5 tredje ledd bokstav a treffes av den som har det daglige ansvaret for tjenesten, eller - dersom det ikke er tid til dette - av tjenesteyteren. Beslutningen skal nedtegnes straks etter at tiltaket er gjennomført. Reglene i tredje ledd bokstavene a til e og bokstav i om hva som skal nedtegnes, gjelder tilsvarende. Det skal straks sendes melding om beslutningen til den faglig ansvarlige for tjenesten, Fylkesmannen, verge eller hjelpeverge og pårørende, eller på den måten Fylkesmannen beslutter. Meldingen skal opplyse om adgangen til å klage etter § 4A-11 første ledd.

Vedtak i medhold av § 4A-5 tredje ledd bokstavene b og c treffes av den som har det overordnede faglige ansvaret for tjenesten. Vedtak kan treffes for inntil tolv måneder om gangen. De spesialisthelsetjenestene som de regionale helseforetakene skal sørge for, skal bistå ved utformingen av tiltakene.

Vedtaket skal settes opp skriftlig og inneholde:

- a) tjenestemottakerens navn og tid og sted for vedtaket,
- b) beskrivelse av tjenestemottakerens situasjon og en faglig vurdering av denne,
- c) beskrivelse av de tiltakene som settes i verk og den faglige begrunnelsen disse,
- d) fastsettelse av tidsramme for tiltakene,
- e) bekreftelse på at vilkårene i kapitlet er oppfylt, herunder begrunnelse etter § 4A-4 første ledd annet punktum,
- f) opplysning om at hvilken holdning tjenestemottakeren og dennes representant har til tiltaket,
- g) angivelse av faglig ansvarlig for gjennomføring av tiltaket,
- h) opplysning om Fylkesmannens overprøvingsmyndighet og adgang til å uttale seg i saker som skal overprøves etter § 4A-8, og
- i) opplysning om tilsynsmyndighet.

Vedtaket skal sendes Fylkesmannen til overprøving etter § 4A-8. Vedtaket skal samtidig sendes spesialisthelsetjenestene, verge eller hjelpeverge og pårørende som kan avgi uttalelse til Fylkesmannen.

Frist for å avgi slik uttalelse er en uke fra vedtaket er mottatt. Vedtaket kan ikke iverksettes før det er godkjent av Fylkesmannen. Dersom vedtaket er påklaget etter § 4A-11 annet ledd, kan vedtaket ikke iverksettes før fylkesnemnda for sosiale saker har godkjent vedtaket.

#### **§ 4A-8 Fylkesmannens overprøving**

Fylkesmannen skal overprøve vedtak etter § 4A-5 tredje ledd bokstavene b og c, jf. § 4A-7 fjerde ledd.

Fylkesmannen skal prøve alle sider av saken.

Fylkesmannen skal gi vergen eller hjelpevergen og pårørende opplysning om klageadgangen etter § 4A-11 annet ledd.

#### **§ 4A-9 Krav til gjennomføring og evaluering**

De spesialisthelsetjenestene som de regionale helseforetakene skal sørge for, skal bistå ved gjennomføringen av tiltak etter § 4A-5 tredje ledd bokstavene b og c.

Tjenestemottakeren har rett til kvalifisert personale ved gjennomføringen av tiltak etter § 4A-5 tredje ledd bokstavene b og c. Ved gjennomføringen av disse tiltakene skal det være to tjenesteytere til stede dersom dette ikke er til ugunst for tjenestemottakeren.

Når tiltak etter § 4A-5 tredje ledd bokstav b gjennomføres, skal den ene av de to tjenesteyterne minst ha bestått utdanning i helse-, sosial- eller pedagogiske fag på høgskolenivå. Når tiltak etter § 4A-5 tredje ledd bokstav c gjennomføres, skal den ene av de to tjenesteyterne minst ha bestått avsluttende eksamen i studieretning for helse- og sosialfag i videregående opplæring. Fylkesmannen kan i særlige tilfeller gi dispensasjon fra utdanningskravet.

Tiltaket skal vurderes kontinuerlig, og avbrytes straks, dersom vilkårene for vedtaket ikke lenger er til stede eller det viser seg ikke å ha de forutsatte konsekvenser eller å ha uforutsette, negative virkninger.

#### **§ 4A-10 Plikt til å føre journal**

Reglene i helsepersonelloven kapittel 8 om dokumentasjonsplikt og forskrift om pasientjournal gjelder så langt de passer.

#### **§ 4A-11 Klage**

Beslutning etter § 4A-5 tredje ledd bokstav a kan påklages av tjenestemottakeren, verge eller hjelpeverge og pårørende til Fylkesmannen. Fylkesmannen skal prøve alle sider av saken.

Vedtak etter § 4A-5 tredje ledd bokstavene b og c som er overprøvd av Fylkesmannen etter § 4A-8, kan påklages av tjenestemottakeren, vergen eller hjelpevergen og pårørende til fylkesnemnda for sosiale saker. Klageadgangen gjelder også hvis Fylkesmannen har nektet å godkjenne kommunens vedtak, forutsatt at kommunen fortsatt ønsker å gjennomføre tiltaket. Fylkesnemnda skal prøve alle sider av saken.

Det kan oppnevnes et eget utvalg av sakkyndige for saker som etter reglene i dette kapitlet skal behandles av fylkesnemnda. For øvrig gjelder reglene i denne lovens § 9-2 og §§ 9-5 til 9-9. Kongen kan gi forskrift om at disse reglene skal gjelde helt eller delvis.

Klagesaken skal forberedes av Fylkesmannen etter bestemmelsene i forvaltningsloven § 33 første til fjerde ledd. Fylkesmannen skal redegjøre for de omstendigheter som ligger til grunn for vedtaket. De skriftlige uttalelser og forklaringer som vedtaket bygger på, skal vedlegges. Det skal opplyses om hvilke personer som skal gi forklaring for fylkesnemnda.

Klagefristen er tre uker fra vedtaket eller melding om beslutning er kommet fram til den som har klagerett etter første og annet ledd.

#### **§ 4A-12 Overprøving i tingretten**

Vedtak i klagesak etter § 4A-11 annet ledd kan bringes inn for tingretten, jf. tvistemålsloven § 474. Søksmålsadgangen gjelder ikke hvis fylkesnemnda for sosiale saker har nektet å godkjenne kommunens vedtak.

Saksøker er den som tvangsinngrepet er rettet mot. Vedkommende kan reise sak på egen hånd dersom han har evne til å forstå hva saken gjelder. Søksmål kan også reises av pårørende, verge eller hjelpeverge. Om adgangen for et barn til å reise søksmål gjelder § 8-3 annet ledd. Fristen til å reise søksmål er to måneder fra den dag den som har rett til å reise søksmål, fikk melding om vedtaket.

Tingretten settes med to meddommere oppnevnt av dommeren. Med de særregler som er gitt her, gjelder tvistemålsloven kapittel 33 ved overprøving av disse sakene.

#### **§ 4A-13 Spesialisthelsetjenestene**



Reglene i dette kapitlet gjelder tilsvarende for de spesialisthelsetjenestene som de regionale helseforetakene skal sørge for, når de deltar i tiltak etter kommunale vedtak etter § 4A-7.

Som ledd i spesialisthelsetjenestenes utførelse av oppgaver etter §§ 4A-7 og 4A-9, kan det treffes vedtak om bruk av tvang og makt i medhold av reglene i dette kapitlet. Saksbehandlingsreglene i dette kapitlet gjelder så langt de passer.

Regionalt helseforetak plikter å sørge for at spesialisthelsetjenestene har den kompetansen og bemanningen som er nødvendig for å yte forsvarlig bistand til kommunene ved tiltak etter reglene i dette kapitlet.

#### **§ 4A-14 Forskrift**

Kongen kan gi forskrift til utfylling og gjennomføring av reglene i dette kapitlet.

**Ved lov av 19. desember 2003 nr.134 ble det gitt følgende andre endringer i lov av 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester m.v. Bestemmelsene trådte i kraft 1. januar 2004.**

#### **§ 2-1 Kommunens ansvar for sosialtjenesten.**

Kommunen er ansvarlig for å utføre de oppgaver etter loven som ikke er lagt til et statlig organ. Kommunen skal føre internkontroll for å sikre at virksomhet og tjenester etter kapitlene 4, 4A, 6 og 7 er i samsvar med krav fastsatt i eller i medhold av lov eller forskrift. Kommunen må kunne gjøre rede for hvordan den oppfyller denne plikten.

Kongen kan gi forskrifter med nærmere bestemmelser om pliktens innhold.

#### **§ 2-4 Det regionale helseforetakets ansvar**

Regionalt helseforetak er ansvarlig for at de oppgaver som spesialisthelsetjenestene er pålagt etter kapittel 4A, blir utført.

#### **§ 2-6 Fylkesmannens tilsynsvirksomhet**

Fylkesmannen plikter å føre tilsyn med kommunens virksomhet etter kapitlene 4, 4A, 6 og 7 og skal påse at virksomheten drives i samsvar med loven og forskriftene til loven. Ved tiltak etter § 4A-5 tredje ledd bokstavene b og c skal det også føres stedlig tilsyn.

Kongen kan gi forskrifter med nærmere bestemmelser om tilsynet.

Fylkesmannen kan uten hinder av taushetsplikt kreve innsyn i de opplysninger som er nødvendige for at Fylkesmannen kan utføre sine oppgaver etter første

ledd. I forbindelse med tiltak etter kapittel 4A kan tilsynet gjennomføre tilsynsbesøk uten beboerens samtykke. Fylkesmannen skal føre tilsyn med tiltak der spesialisthelsetjenestene har truffet vedtak etter § 4A-13 annet ledd.

Hvis virksomhet etter kapitlene 4, 4A, 6 eller 7 drives på en måte som kan ha skadelige følger for tjenestemottaker eller på annen måte er uheldig eller uforsvarlig, kan Fylkesmannen gi pålegg om å rette opp forholdet.

**Ved lov av 19. desember 2003 nr.134 ble det gitt følgende endring i lov av 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene**

**§ 6-10 (Rettsikkerhet ved bruk av tvang og makt overfor enkelte personer med psykisk utviklingshemning)**

Når kommunen yter pleie og omsorg i hjemmesykepleie eller under opphold i sykehjem eller boform for heldøgns omsorg og pleie etter § 1-3 første ledd nr. 4, jf. annet ledd nr. 4 og nr. 6 i denne loven, gjelder kapittel 4A i lov 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester m.v. tilsvarende.