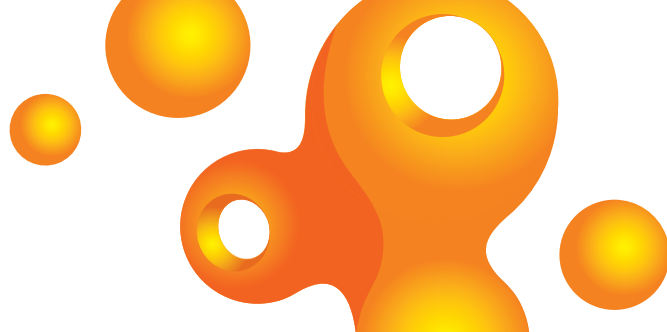


# NAPHA

NASJONALT KOMPETANSESENTER FOR  
PSYKISK HELSEARBEID



## **Rettighetsinngripende tiltak i kommunale botilbud** – en nasjonal kartlegging

Rapport nr. 1/2017

**Utgitt:** 2017

**Utgever:** Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid (NAPHA)

**Forfattere:** Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid (NAPHA)  
og KBT Midt-Norge

**Forside illustrasjonsfoto:** [www.colourbox.com](http://www.colourbox.com)

ISBN: 978-82-7570-494-6

**Design:** Melkeveien Designkontor

# FORORD

Myndighetene har lenge vært bekymret for at det er for mye bruk av tvang og rettighetsinngripende tiltak i de psykiske helsetjenestene i Norge (St.prp. nr. 63 (1997-98); Sosial – og helsedirektoratet 2006b; Helsedirektoratet 2009). I 2012 ble strategien «Bedre kvalitet - økt frivillighet. Nasjonal strategi for økt frivillighet i psykiske helsetjenester (2012-2015)» lansert (Helse- og omsorgsdepartementet, 2012). Den hadde som formål å endre praksis og få til mer bruk av forebyggende tiltak og frivillige løsninger basert på et mer likeverdig samarbeid mellom brukere, pårørende og helsepersonell. Strategien beskrev mange konkrete tiltak for å redusere bruken av tvang og rettighetsinngripende tiltak. Ett av tiltakene var å få en oversikt over eventuell bruk av rettighetsinngripende tiltak overfor personer som bor i kommunale boliger og private institusjoner som kommunene har driftsavtale med. Begrunnelsen for tiltaket var blant annet en bekymring for at det etableres «mini-institusjoner» i kommunene hvor det skjer inn gripen overfor personer med alvorlige psykiske lidelser uten forankring i lovverket.

Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid (NAPHA) gjennomførte i 2015/2016 kartleggingen på oppdrag fra Helsedirektoratet. Resultatene presenteres i denne rapporten. Formålet med kartleggingen var å utforske fenomenet rettighetsinngripende tiltak fra beboernes og de ansattes ståsted, og belyse juridiske og faglige dilemmaer i grensetilfellene mellom faglig forsvarlig praksis, tvang og frivillighet. Kartleggingen ble gjort som en case-studie basert på fokusgruppeintervjuer og individuelle intervju med beboere og ansatte ved botiltak i et utvalg av kommuner. Det vil være naturlig å se foreliggende rapport i sammenheng med en kartlegging som ble gjennomført av Helsedirektoratet i 2015 (Helsedirektoratet, 2015). I denne kartleggingen beskrev fylkesmenn, regionale helseforetak og utvalgte kommuner sine erfaringer med tvangsbruk i de kommunale helse- og

omsorgstjenestene overfor «personer som ikke har diagnosen utviklingshemming og heller ikke er underlagt annet tvangsregelverk».

Foreliggende kartleggingsprosjektet har vært et samarbeidsprosjekt mellom NAPHA og Kompetansesenter for brukererfaring og tjenesteutvikling i Midt-Norge (KBT Midt-Norge). I NAPHA har en prosjektgruppe vært ansvarlig for å gjennomføre prosjektet og skrive rapporten. Faglig rådgiver Møyfrid Kjøsaldal (NAPHA) har vært prosjektleder, og faglig rådgiver Gretha Helen Evensen (NAPHA), faglig rådgiver Turid Møller Olsø (NAPHA), og seniorrådgiver Heidi Westerlund (KBT Midt-Norge) har vært prosjektmedarbeidere. Undertegnede og leder av KBT Midt-Norge, Dagfinn Bjørgen, har også vært en del av prosjektgruppen. Veiledning er gitt av professor og forskningssjef ved NTNU Samfunnsforskning, Berit Berg. Underveis i kartleggingen har prosjektgruppen vært i kontakt med ulike ressurspersoner, ressursmiljø og kommuner for få en økt forståelse av problemstillingen. En spesiell takk til Tone Opdahl Mo, Helse Midt-Norge, Kathrine Egeland, Helsedirektoratet (vedlegg 3), Marius Stovrik, Tvangsforsk og Kim Berge ved Nasjonalt kompetansesenter for utviklingshemming (NAKU).

Vi vil også rette en særlig takk til alle dem som har delt sine erfaringer med oss gjennom intervjuer, til beboere, ansatte og ledere som har satt av tid og vært åpne om sine erfaringer, og til ledere som har tilrettelagt for intervjuer. Selv om samtaler om et vanskelig tema sikkert har vært krevende for mange, har vi uten unntak blitt godt tatt i mot alle steder vi har vært. Vi håper rapporten kan bidra til større innsikt og gi innspill i diskusjonene om rettighetsinngripende tiltak i kommunale rus- og psykisk helsetjenester og i de øvrige psykiske helsetjenestene fremover.

*Med vennlig hilsen*

*Trond Hatling, leder NAPHA*

# Innhold

<b>Sammendrag</b> .....	<b>6</b>
<b>Kapittel 1 Innledning</b> .....	<b>14</b>
1.1 Rapportens oppbygning .....	15
<b>Kapittel 2 Bakgrunn</b> .....	<b>16</b>
2.1 Overføring av ansvar og oppgaver fra spesialisthelsetjenesten til kommunale tjenester .....	16
2.2 Bolig .....	16
2.3 Helsepolitiske føringer om økt frivillighet og mindre tvang .....	17
2.4 Rettslig grunnlag .....	17
2.5 Tidligere forskning om tvang og rettighetsinngripende tiltak i lokalbaserte tjenester .....	18
2.5.1 Uformell tvangsbruk i lokalbaserte tjenester .....	18
2.5.2 Brukeres erfaringer med uformell tvang i hjemmet .....	19
2.6 Alternativer til tvang .....	19
<b>Kapittel 3 Metode</b> .....	<b>22</b>
3.1 Botiltak .....	22
3.2 Deltakerne .....	22
3.3 Intervjuene .....	23
3.3.1 Pilotintervju .....	23
3.3.2 Intervjuer med brukere og ansatte .....	23
3.4 Analyse .....	23
3.5 Ivaretagelse av brukerperspektivet .....	23
3.6 Metodiske betraktninger .....	24
3.7 Etikk .....	24
<b>Kapittel 4 Tiltak som griper inn i beboernes rett til å bestemme over eget liv</b> .....	<b>25</b>
4.1 Hvordan reguleres tiltak overfor beboerne? .....	25
4.1.1 Samarbeidsavtaler og husleieavtaler .....	25
4.1.2 Husregler .....	26
4.2 Tiltak i hjemmet .....	27
4.3 Dilemmaer og avveininger ved tiltak i hjemmet .....	27
4.4 Holde orden hjemme .....	28
4.4.1 Begrunnelse for tiltak for å holde orden i hjemmet .....	29
4.5 Hygiene, påkledning og atferd .....	29
4.5.1 Begrunnelse for tiltak knyttet til hygiene, påkledning og atferd .....	30
4.6 Mat og drikke .....	31
4.6.1 Begrunnelse for tiltak knyttet til mat og drikke .....	33
4.7 Røyking .....	33
4.7.1 Begrunnelser for tiltak knyttet til røyking .....	34
4.8 Bruk av rusmidler .....	35
4.8.1 Begrunnelser for tiltak knyttet til bruk av rusmidler .....	36
4.9 Besøk og overnatting .....	36
4.9.1 Begrunnelse for tiltak knyttet til besøk og overnatting .....	37

4.10	Medisinbruk	37
4.10.1	Begrunnelser for tiltak knyttet til medisinbruk	38
4.11	Kontroll og oppbevaring av gjenstander	38
4.11.1	Begrunnelser for tiltak knyttet til kontroll og oppbevaring av gjenstander	39
4.12	Inngrep i sosialt liv	39
4.12.1	Begrunnelser for tiltak knyttet til inngrep i sosialt liv	41
4.13	Tiltak for å styre økonomi	41
4.13.1	Begrunnelser for tiltak knyttet til økonomi	42
<b>Kapittel 5 Oppsummering, diskusjon og anbefalinger</b>		<b>43</b>
5.1	Innledning	43
5.2	Fenomenet rettighetsinngripende tiltak	43
5.2.1	Begrunnelser for inngripende praksis	44
5.2.2	Variasjon mellom ulike brukergrupper	44
5.2.3	Noen innspill til en forståelse av rettighetsinngripende tiltak	45
5.2.3.1	Tiltak som går ut over det en leietaker i en ordinær bolig ville akseptert.	45
5.2.3.2	Tiltak hvor beboer ikke har gitt et informert samtykke.	45
5.2.3.3	Tiltak hvor beboeren ikke bør gis anledning til å samtykke.	46
5.2.3.4	At det ikke finnes lovverk som regulerer tiltakene.	46
5.2.3.5	At personell i det kommunale tjenesteapparatet kan iverksette sanksjoner ved brudd på regler.	46
5.2.3.6	Når det går fra å være oppmuntring/motivasjon til tilnærmet formelle tvangsinngrep.	46
5.3	Rettsikkerhet: Dokumentasjon, kontroll, tilsyn og klageadgang	46
5.3.1	Usikker kompetanse om lovverket og dets anvendelse	46
5.3.2	Lovverket og lokale kulturer	47
5.3.3	Samarbeidsavtaler og samtykke	47
5.3.4	Oppsummering	48
5.4	Brukermedvirkning, faglige dilemma og behandlingskultur	48
5.4.1	Involvering av brukerne	49
5.5	Kommunale «mini-institusjoner» og samarbeid med spesialisthelsetjenesten	50
5.5.1	Samhandlingen med spesialisthelsetjenesten preget av maktulikhet	51
5.6	Behov for kompetanseheving, forskning og kunnskapsutvikling	51
5.7	Metodiske begrensninger	53
5.8	Avslutning og anbefalinger	53
<b>Litteratur</b>		<b>55</b>
<b>Vedlegg</b>		<b>59</b>

# SAMMENDRAG

Denne rapporten er en kartlegging av eventuell bruk av rettighetsinngripende tiltak overfor personer som bor i kommunale og egne boliger og private institusjoner som kommunene har driftsavtale med. Kartleggingen har sin bakgrunn i strategien «Bedre kvalitet - økt frivillighet. Nasjonal strategi for økt frivillighet i psykiske helsetjenester (2012-2015)» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2012). I strategien beskrives 14 konkrete tiltak for å redusere bruken av tvang i de psykiske helsetjenestene, hvor tiltak 4 er å gjennomføre en slik kartlegging i kommunene. Begrunnelsen for tiltaket var en bekymring for at det etableres «mini-institusjoner» (se side 14) i kommunene, og hvor det i disse benyttes ureglementerte kontrolltiltak uten forankring i lovverket overfor personer med alvorlige psykiske lidelser.

## Tema og problemstillinger

Kartleggingens formål var å undersøke hvordan fagpersoner og beboere beskriver fenomenet rettighetsinngripende tiltak, hvordan tiltakene begrunnes, hvordan de påvirker hverdagslivet til beboerne samt å undersøke hvilken praksis som beskrives i håndteringen av dilemmaer mellom frivillighet, tvang og faglig forsvarlighet.

## Gjennomføring av undersøkelsen

Kartleggingen ble gjennomført som en case-studie i ulike typer boliger og botiltak. Det ble gjennomført fokusgruppe-intervjuer og noen individuelle intervjuer med beboere og ansatte. Beboerne hadde ulike diagnoser, men alle var personer som hadde omfattende hjelpebehov og problemer med å fungere i hverdagen. 18 beboere (13 menn og 5 kvinner) deltok i intervjuer. De ansatte som deltok hadde ulik utdanning og ulike roller. De fleste hadde sykepleier-, vernepleier-, hjelpepleier- eller sjonutdanning, med eller uten videreutdanning, men også barnevernspedagoger, førskolelærere, aktivitetører og miljøarbeidere deltok. I alt intervjuet vi 41 fagpersoner (9 menn og 32 kvinner).

Først ble det gjennomført pilot-fokusgruppe-

intervjuer med faglige ressurspersoner, personer med brukererfaring og pårørende, hvor hensikten var å få et overordnet inntrykk av fenomenet rettighetsinngripende tiltak. Deltakere til pilotfokusgruppene ble rekruttert gjennom NAPHA og KBTs kontaktnett. Deretter ble det rekruttert deltakere fra 11 kommuner med ulik størrelse og stor geografisk spredning. Til sammen ble det gjennomført 19 intervjuer.

## Metodiske betraktninger

For å kunne gi et mest mulig helhetlig bilde av fenomenet rettighetsinngripende tiltak var det ønskelig at brukerperspektivet og fagperspektivet var likeverdig gjennom hele arbeidet med rapporten. NAPHA og KBT samarbeidet om kartleggingen både i planlegging, gjennomføring, analyser og i skriving. I intervjuene deltok både en fra NAPHA og en fra KBT. Men siden utgangspunktet for kartleggingen var dilemma som oppstår i utøvelsen av praksis og begrunnelser for å iverksette eventuelle rettighetsinngripende tiltak, er det de ansattes perspektiv som dominerer i presentasjonen av funnene. En svakhet ved kartleggingen er at vi ikke lyktes med å rekruttere beboere som hadde de største hjelpebehovene, og som var utsatt for de mest inngripende tiltakene.

## Tiltak som griper inn i beboernes rett til å bestemme over eget liv

### Hvordan reguleres tiltak overfor beboerne?

Ved så godt som alle de kartlagte boligene ble det inngått avtaler for å regulere samarbeidet mellom hver enkelt beboer og de ansatte. Noen ganger ble avtalene kalt samarbeidsavtaler, andre ganger individuelle avtaler. Samarbeidsavtalene var en utbredt praksis og ble sett på som en løsning for å manøvrere i et landskap som ble opplevd som juridisk uklart.

Prosessene rundt inngåelse av samarbeidsavtaler og husleieavtaler foregikk på forskjellige måter. Noen steder deltok beboerne aktivt i utarbeidelsen, andre steder var de mindre involvert. Noen steder

var ansatte opptatt av å formidle tydelig hva som kunne skje dersom samarbeidsavtalen ikke ble fulgt opp av beboeren. I utformingen av samarbeidsavtaler ble det beskrevet tilfeller der beboerne klart og tydelig hadde samtykket til at de ansatte kunne gripe inn i enkelte situasjoner. Men det ble også beskrevet situasjoner hvor det var mer uklart om beboerne hadde samtykket. Ved noen av boligene var inngåelse av samarbeidsavtaler en forutsetning for å få tildelt bolig. Gjennom samarbeidsavtalen måtte beboeren for eksempel samtykke i oppfølging av økonomi, praktisk bistand, medisiner og rusfrihet.

Vi fant også at samarbeidsavtaler var knyttet til husleieavtalen. Ettersom husleieavtalen hadde oppsigelsestid innebar det også oppsigelsestid på samarbeidsavtalen. En slik ordning innebærer at beboeren i oppsigelsestiden må avfinne seg med tiltak han/hun ikke samtykker i.

Mens samarbeidsavtalene regulerte samarbeidet mellom hver enkelt beboer og de ansatte, ble husregler ofte benyttet for å regulere samarbeidet mellom alle beboere i et botiltak og de ansatte. Reglene gjaldt først og fremst fellesareal og det arealet som var utenfor beboernes egne boliger. Noen av husreglene regulerte også forhold som overnattingsbesøk og besøk i egen boenhet.

Selv om avtaler skulle bidra til å tydeliggjøre, så vi mange eksempler på at de ansatte var usikre på lovligheten knyttet til det å gripe inn. Dette gjaldt situasjoner hvor beboerne var tydelig uenig i tiltakene som var avtaleregulert.

### **Dilemmaer og gråsoner**

I kartlegging fikk vi beskrevet kommunale praksiser som illustrerer dilemmaer og gråsoner mellom rettighetsinngripende tiltak, frivillighet og faglig forsvarlighet. De ulike formene for tiltak varierte fra lite/usikker inngripen til mer åpenbar inngripen. Situasjoner hvor man motiverte eller forsøkte å avlede ble for eksempel sjelden oppfattet som inngripende. Det ble også beskrevet tiltak hvor de ansatte var mer

usikker på om de var inngripende. Andre ganger var tiltakene tydelig inngripende i beboernes livsutfoldelse. Tiltakene var inngripende på ulike livsområder og påvirket hverdagen på ulikt vis.

### **Tiltak i hjemmet**

De tjenestene vi har sett på blir gitt i eller i tilknytning til hjemmet, hvor de ansatte kommer nært på beboernes private liv. Forhold som ansattes tilgang til leiligheten, måten tilgangen ble håndtert på, hvordan hjemmet skulle se ut med tanke på renslighet og ryddighet, samt hvilke gjenstander en kunne ha der, var blant det som hadde betydning. De ansatte beskrev flere av tiltakene som en balansegang mellom beboers rett til selvbestemmelse og rett til privatliv på den ene siden, og plikten til å yte helsehjelp på den andre. Det var usikkerhet om hvilke juridiske forhold som var relevante i de ulike situasjonene og hvilke faglige perspektiver som lå til grunn for de avgjørelsene som ble tatt.

### **Holde orden hjemme**

Mange steder ble det utøvd påtrykk for å få beboere til å holde orden i egen leilighet, det vil si å vaske og rydde regelmessig. Som regel gjaldt dette vasking mer enn rydding. Beboere hadde eksempelvis erfaringer med at dersom det ikke ble gjort husvask den dagen som sto i husreglene, fikk det konsekvenser i form av at en ble nektet å motta besøk. Begrunnelsen for påtrykket fra de ansattes side, var bekymringen for en utvikling som over tid kunne gjøre det helseskadelig å bo i leilighetene, og for at det ble uverdige boforhold.

### **Hygiene og påkledning**

Tiltak når det gjaldt hvordan beboerne ivaretok utseende og hygiene, hvordan de kledde seg og fremsto i det offentlige rom ble også eksemplifisert. I de fleste tilfellene veiledet eller motiverte de ansatte beboerne til å skifte klær, dusje eller lignende, dersom de mente at det var behov for det. Hvis beboerne ikke fulgte veiledningen, førte det som

regel ikke til ytterligere tiltak. Beboerne opplevde ikke dette som rettighetsinngripende. Men det ble også beskrevet situasjoner hvor for eksempel de ansatte av frykt for at beboer skulle få frostskafer på grunn av mangelfull påkledning ringte politiet i etterkant av at beboer hadde dratt ut. Det ble også beskrevet bekymring fordi vedkommende hadde drukket alkohol slik at det var fare for at han ville sovne ute i kulda. Ubegrunnede pålagte tider en beboer skulle dusje ble av de ansatte beskrevet som rettighetsinngripende.

De ansatte bekymringer for at beboere kunne omkomme, bekymringer for tannhelse, at beboerne skulle opplevede negative reaksjoner på sosialt ikke-akseptabel atferd eller hensynet til medbeboere ble oppgitt som andre begrunnelser for inngripen.

### **Mat og drikke**

Kartleggingen ble gjennomført i ulike former for boliger. Noen var institusjonslignende botiltak, hvor beboerne betalte for opphold og mat. Ved noen av disse stedene ble maten i hovedsak servert som fellesmåltider. Her hadde beboerne få muligheter til å bestemme hva de skulle ha til middag og hvor mye de ville spise. Også andre steder hadde beboerne egne boenheter, men ikke eget kjøkken. Disse var avhengig av hjelp fra personalet til å hente mat, frukt og drikke på et felleskjøkken som gjerne var avstengt på kvelds- og nattetid. De ansatte opplevde at manglende kjøkken hindret beboerne i prosessen med å bli selvstendige, og de opplevde det som uverdigg for beboerne.

I vårt materiale ble det både beskrevet tiltak for å begrense matinntak og sukkerholdig drikke, og kontrolltiltak for å undersøke om folk fikk i seg nok næring. «Trusler» om å havne på sykehjem hvis avtaler rundt måltid ikke ble fulgt, utporsjonering av mat og å låse seg inn i beboerens leilighet for å undersøke vedkommendes ernæringsmessige tilstand, ble nevnt som eksempel. Det ble også beskrevet særlige begrensninger av matinntak overfor beboere som hadde mer alvorlige fysiske helseplager, for eksempel diabetes. Dette var personer som ikke greide å regulere sitt matinntak, og hvor det var opplevd fare for umiddelbare helsemessige konsekvenser. I et annet tilfelle vurderte de ansatte

at det ville være for inngripende i beboers selvstendigjøring dersom man grep inn i kostholdsvaner, medisiner og livsstil, selv om beboeren hadde somatisk sykdom som krevde regulering av ernæring.

De mest inngripende tiltakene, som for eksempel utporsjonering av mat, ble utelukkende benyttet overfor personer som hadde store problemer med å greie hverdagslige gjøremål. Dette var personer som bodde i institusjonslignende botiltak, og hvor det var utfordrende å få til en god kommunikasjon rundt livsstilsproblemene. De ansatte kunne oppleve slike situasjoner som inngripende og konfliktfylte. De viste både til uenigheter ansatte imellom og mellom ansatte og beboere om hvilke tiltak som kunne iverksettes for å hindre overspising. I all hovedsak ble tiltakene begrunnet med fare for overspising, underernæring eller et helseskadelig kosthold.

### **Røyking**

I noen sammenhenger ble det inngått frivillige avtaler om røykerestriksjoner. Det vil si at beboerne skrev under avtaler om at de ansatte kunne oppbevare røyken deres, og at de fikk utdelt for eksempel en eller to røyk i timen. Selve prosessen med å inngå frivillige røykerestriksjonsavtaler ble også problematisert. Mange av de ansatte opplevde at de la vel sterke føringer på prosessen. Det gjaldt spesielt i tilfeller hvor de ansatte hadde en god relasjon til beboeren.

Røykerestriksjoner ble ofte begrunnet med helsemessige forhold, for eksempel at beboerne hadde sykdommer som ville forverres med for mye røyking. I noen få tilfeller var også røykerestriksjonene begrunnet med at dette var et viktig tiltak for at man skulle unngå aggresjonsutbrudd og utagering som en følge av at beboeren var tom for røyk. Andre ganger fremsto årsakene til røykebegrensningen mer uklare.

### **Bruk av rusmidler**

Det ble benyttet ulike typer reguleringer i botiltakene for å unngå at beboerne ruset seg for mye. I hovedsak ble regulering av rusbruk benyttet i samlokaliserte boliger, og var ofte nedfelt i husreglene. Det kunne være regler om at man måtte gå



direkte til sin leilighet dersom en var beruset, eller man måtte søke på forhånd for å få drikke alkohol. I disse boligene kunne reguleringene bestå i vilkår om rusfrihet for å få tildelt bolig, trusler om utkastelse ved bruk eller salg av rusmidler, forbud mot å nyte alkohol i leiligheten, begrensning av besøk og overnatting, gjennomgang av eiendeler, og bruk av ulike rustester ved mistanke om bruk av rusmidler. Ett sted var det kun lov å drikke i helgene. Fravær av rusproblemer kunne være et vilkår for å få tildelt bolig, og bruk av rusmidler kunne få konsekvenser i form av utkastelse. Mange beboere opplevde at det var mye generelle regler rundt rusbruk, men de ga også uttrykk for at det var bra med restriksjoner og kontroll, da det hindret rus og bråk og gjorde at de følte seg trygge. I enkeltstående boliger ble regulering av rusbruk ikke praktisert.

Stort sett var reguleringer av rusbruk begrunnet ut fra hensynet til medboere. Tiltakene ble oppfattet som viktig av de ansatte for å unngå uro og deling av rusmidler mellom beboerne. Reguleringene kunne også være begrunnet i mulige uheldige konsekvenser for beboernes psykiske og fysiske helse, å unngå innleggelse i spesialisthelsetjenesten og forhindre at beboerne skulle bli ute av stand til å gjennomføre daglige aktiviteter. Videre ble reguleringer begrunnet ut fra fare for at beboer selv kunne skade seg eller komme i farlige situasjoner - for eksempel sovne ute i kulda, bli skadet av andre, falle på sjøen og i verste fall dø.

### **Besøk og overnatting**

Regulering av besøk og muligheter for å ha overnattingsgjester varierte. Noen steder var det ikke lov med overnatting. Andre steder var det lov, men med visse reguleringer. Ett sted hadde de en generell husregel om at det ikke var lov å besøke naboer etter et visst tidspunkt. Det varierte om det var de ansatte eller beboerne som bestemte hvem som skulle få tilgang til bygget. Noen få steder var det montert overvåkningskamera eller det var adgangs-kontroll i form av personal ved fellesinngangen til boligkomplekset. Begrunnelsen var behov for å ha kontroll over hvem som kom og gikk. Beboerne ga uttrykk for at de opplevde dette som en trygghet fordi de slapp å bli plaget av folk i rusmiljøet.

Et sted var det en husregel om at beboeren måtte oppgi navnet på overnattingsbesøket dagen i forveien. Det gjorde det vanskelig med mer spontane overnattingsbesøk.

Tiltakene var begrunnet i at det var viktig å unngå innførsel av rusmidler via besøkende, men også å unngå voldsepisoder fra besøkende som var ruspåvirket.

### **Medisinbruk**

I noen av intervjuene blir de kommunalt ansattes rolle i gjennomføringen av tvangsmedisinering etter psykisk helsevernloven beskrevet. Gjennomgående hadde de ansatte en klar forståelse av at de ikke hadde lov til å gi medisin dersom beboeren ikke samtykket. Det var også en gjennomgående høy grad av forståelse for at de ikke hadde et formelt ansvar i gjennomføringen av tvungen behandling. Mange ansatte beskrev imidlertid at de hadde rutiner for å gi beskjed til behandlende lege eller andre samarbeidspartnere hvis medisinen ikke ble tatt, om man oppfattet tegn på symptomforverring eller hvis en opplevde at beboer ikke greide å ivareta seg selv. I noen sammenhenger opplevde informantene at samarbeidspartnere i spesialisthelsetjenesten ikke bisto tilstrekkelig i situasjonen.

Vi ble også fortalt om tilfeller hvor de ansatte bisto med å låse seg inn til beboeren når prosedyrene rundt spesialisthelsetjenestens administrering av tvangsmedisinering skulle gjennomføres. Det ble imidlertid understreket at dette var tilfeller hvor det forelå avtaler og samtykke fra beboeren det gjaldt.

Noen ansatte opplevde spesielt overtalelser knyttet til antipsykotisk medisin som et etisk dilemma. De syntes det var vanskelig å skulle overtale noen til å ta medisin i tilfeller hvor de selv ikke var helt overbevist om at effekten overgikk de bivirkningene brukerne opplevde og ga uttrykk for.

Det ble også vist til avtaler med spesialisthelsetjenesten om ansvarsdeling rundt vedtak etter psykisk helsevernloven som de kommunalt ansatte var fornøyd med. I disse fremgikk det at de ikke hadde noe ansvar for å bistå i forbindelse med medisinering.

Det ble også beskrevet et dilemma hvor en beboer ikke hadde tvangsvedtak på medisiner, men

hvor vedkommende trodde det selv, uten at dette ble korrigert hver gang temaet kom opp. Dette var et tiltak som hadde blitt gjennomført på samme måte i spesialisthelsetjenesten.

Tiltak som ble iverksatt for å regulere medisinbruk var i første rekke begrunnet med ønske om å sikre at brukeren tok de medisinene som var forskrevet, og begrunnet i bekymringen for konsekvensene for brukeren hvis vedkommende ikke tok medisin.

### **Kontroll og oppbevaring av gjenstander**

Noen steder ble det praktisert kontrollrutiner etter at beboerne hadde vært ute. De ansatte kontrollerte om beboerne hadde farlige gjenstander i poser, vesker eller sekker, for eksempel våpen eller kniver. Kontrollrutinene kunne være nedfelt i individuelle samarbeidsavtaler og husregler, og av og til som et vilkår for å få flytte inn i boligen.

Et sted ble radioen til en beboer inndratt hver kveld begrunnet med at beboeren ble urolig av for mye stimuli. Dette fremsto ikke som en avtale som var gjort med beboeren, men noe de ansatte hadde tatt initiativet til og der beboer ikke protesterte. Andre eksempler som ble beskrevet var at en beboers dyne rutinemessig ble inndratt om morgenen og at vedkommende fikk denne utlevert igjen på kvelden. En beboer fikk inndratt høyttaleren hvis han spilte så høy musikk at de andre beboerne ble forstyrret, og han ikke skrudde ned lyden etter anmodning fra de ansatte.

De fleste tiltak hvor beboere ble fratatt gjenstander ble begrunnet i at de kunne være til fare for eller medføre ubehag for dem selv eller andre. Rutinemessig kontrolltiltak, inndragning og oppbevaring av gjenstander var i overveiende grad tiltak som enten direkte eller litt moderert var overført direkte fra spesialisthelsetjenesten til en kommunal praksis.

### **Inngrep i sosialt liv**

Av og til kunne det iverksettes tiltak som hadde store konsekvenser for beboernes sosiale liv.

En beboer hadde avtale om fotfølging. Dette var beskrevet som en frivillig avtale inngått med beboeren selv, etter veiledning fra spesialisthelsetjeneste

og politi. De ansatte sa at de motiverte beboeren til å følge avtalen ved å tilby deltakelse på turer og aktiviteter. Å ha muligheten til å være sammen med andre forutsatte i denne sammenhengen et nært samarbeid med personalet. Beboeren kunne oppheve avtalen, men konsekvensen var da at vedkommende måtte tilbake til spesialisthelsetjenesten.

Noen beboere måtte gi beskjed når de gikk ut, hvor de skulle og når de kom tilbake, og utgang skulle helst være planlagt på forhånd. Begrensning av muligheten til å gå ut var i hovedsak nedfelt i avtaler med beboerne. Avtalene kunne regulere hvor mye man kunne gå ut. På et sted ble det presentert flere «nivåer» for hvor mye man kunne gå ut, og en utvidelse/innskrenkning av muligheten til utgang ble sett i sammenheng med resultat av rustester eller at man ikke var tilbake til medisintidspunkt. Dette systemet ble beskrevet som en viktig forutsetning for at beboeren skulle greie å bo i et kommunalt botiltak. En beboer hadde daglige episoder med selvskading. I de tilfeller dette skjedde i fellesarealer måtte personalet fysisk leie vedkommende til leiligheten, og noen ganger fysisk hindre at beboeren returnerte til fellesarealer. I selvskadingssituasjonene kunne de også holde beboeren for å hindre alvorlige skader.

Enkelte steder var botiltakene lokalisert langt fra sentrum og beboere opplevde dette i seg selv som begrensende for deres muligheter til å treffe andre.

Slik vi fikk det beskrevet, kan det av og til være en hårfin grense mellom motivering og tvang, spesielt når gjelder beboere som er vant til å bli bestemt over, og som i liten grad evner å protestere. De inngripende tiltakene ble i all hovedsak begrunnet med at beboeren kunne utgjøre en fare for andre eller at vedkommende selv kunne bli utnyttet, skadet ved uaktsomhet, forkomme eller dø. Av og til ble tiltakene også begrunnet med fare for at vedkommendes psykiske helsetilstand kunne bli forverret, og at innleggelse i spesialisthelsetjenesten ellers kunne bli nødvendig. Andre steder var tiltaket en videreføring av noe som fungerte da beboer var innlagt i spesialisthelsetjenesten, og som spesialisthelsetjenesten anbefalte ble videreført.

Det ble problematisert hvorvidt svært tett oppfølging med mye kontroll falt innenfor helse- og

omsorgstjenesteloven betingelser. Noen ansatte hevdet at hovedvekten av det de gjorde ikke var helsetjenester, men heller hadde til hensikt å passe på at beboeren ikke utgjorde noen fare for andre. I slike tilfeller ble lite tid brukt til å hjelpe beboerne til med å mestre daglige gjøremål eller annen helsehjelp.

### **Tiltak for å styre økonomi**

Tiltak for å regulere beboernes økonomi ble hyppig beskrevet av både beboere og ansatte. Begge grupper beskrev eksempler hvor ansatte hadde kontroll over beboernes økonomi, uten at det var helt klart om beboerne hadde samtykket i dette. Det kunne være avtaler om lømme penger der beboerne hver uke fikk en sum penger, eller at ansatte oppbevarte beboerens kredittkort.

I noen tilfeller ønsket beboere ikke å ha ansvaret for privatøkonomien sin selv. De så behovet for at andre kontrollerte pengebruken deres, og var glad for at de fikk hjelp til dette. I andre tilfeller hvor beboere hadde hjelpeverge opplevde de ikke å ha overlatt ansvaret for økonomien til noen andre, og det var ukjent for dem hvordan det hadde gått til. Der både ansatte og beboere var enige om kontrollordninger rundt beboernes økonomi, ble det vist til gode eksempler hvor de sammen satte opp budsjett og beboerne fikk utdelt en pengesum hver uke etter eget ønske.

Begrunnelsene for å iverksette tiltak hvor de ansatte overtok kontrollen over beboerens økonomi, var først og fremst å begrense pengebruken, og unngå økonomisk utføre.

### **Oppsummering og anbefalinger**

De ulike formene for tiltak varierte fra lite/usikker inngripen til mer åpenbar inngripen, og kan deles i tre kategorier:

- Tiltak i form av motivasjon eller forsøk på å avlede, noe som sjelden ble oppfattet som inngripende. Situasjonene ble forstått som god praksis fordi de kunne hindre/forebygge bruk av mer åpenbart inngripende tiltak.

- Tiltak som var mer usikkert inngripende. Dette var tiltak som lignet på det forskningslitteraturen beskriver som ulike former for påvirkning. I vår kartlegging ble de beskrevet med ord som overtalelse, styring, manipulering, lirking, luring og press.
- Tiltak som tydelig var inngripende i beboernes livsutfoldelse. Felles for mange av disse tiltakene var at det gjerne var tiltak i form av videreførte ordninger fra spesialisthelsetjenesten, eller at de var igangsatt etter veiledning fra spesialisthelsetjenesten.

På forskjellige måter, og i ulik grad, grep alle disse tre tiltakskategoriene inn i beboernes livsutfoldelse og deres muligheter til å leve selvstendige og meningsfulle liv. Tiltakene kunne for eksempel påvirke mulighetene til å bestemme over eget hjem, hvor mye man kan spise, drikke, røyke, hvor mye penger man kan bruke, i hvor stor grad man vil holde orden i leiligheten og ivareta egen hygiene, om man vil ta medisin eller hvor mye medisin man vil ta. Noen av tiltakene grep også inn i grunnleggende menneskerettigheter som for eksempel retten til å ha et privatliv og til å ha et sosialt liv.

Våre funn styrker og blir styrket av Helsedirektoratets kartlegging (Helsedirektoratet, 2015). Vi vurderer at enkelte av tiltakene beskrevet i denne rapporten i stor grad reduserer beboeres rettigheter. De mest inngripende tiltakene ble beskrevet overfor beboere som hadde de mest omfattende problemene: Alvorlige psykiske lidelser i kombinasjon med rusmiddelbruk, kognitive funksjonsnedsettelse, kommunikasjonsproblemer, atferdsproblemer, selvskadingsproblemer, utviklingsforstyrrelser samt de som ble vurdert til å være en sikkerhetsrisiko. Dette var problemer av et omfang som av og til kunne sette beboerne selv og andre i fare. Begrunnelsene for tiltakene kan grovt sett kategoriseres under de tre tilleggs-kriteriene for tvunget psykisk helsevern som man hadde forut for lovrevisjonen av 1999: De er viktig i behandlingsøyemed, for å unngå fare for beboer eller omgivelser og for å unngå at beboer lider overlast.

Som en start på en prosess for å presisere hva rettighetsinngripende tiltak i bolig er, og med utgangspunkt i eksemplene gjengitt i denne rapporten, omfatter fenomenet sett fra vårt ståsted følgende seks elementer (uten at dette er en uttømmende opplisting):

- Tiltak som går ut over det en leietaker i en ordinær bolig ville akseptert
- Tiltak hvor beboer ikke har gitt et informert samtykke
- Tiltak hvor beboeren ikke bør gis anledning til å samtykke på grunn av at det er så inngripende
- At det ikke finnes lovverk som regulerer tiltakene
- At personell i det kommunale tjenesteapparatet kan iverksette sanksjoner ved brudd på regler
- Når det går fra å være oppmuntring/motivasjon til tilnærmet formelle tvangsinngrep

Dette er et lite lovregulert område, og selv om tiltakene ofte er regulert gjennom samtykke er det stor usikkerhet blant ansatte om lovligheten. Beboerne har ikke tilstrekkelig kunnskap om sine rettigheter, og stiller i liten grad spørsmål om eksisterende praksis. Etter vår oppfatning er det betydelige svakheter når det gjelder lovforståelse, dokumentasjon, tilsyns- og kontrollsystemer og klageadgang.

Fra de kommunalt ansatte ble det i noen sammenhenger beskrevet en systematisk maktforskjell i samarbeidet med spesialisthelsetjenesten der deres kultur og faglige tilnærming ofte veide tyngst. De opplevde at de i noen tilfeller fremsto som maktesløse, uten opplevd faglig tyngde på sitt felt og i sine vurderinger, særlig når disse vurderingene sto i motsetning til spesialisthelsetjenestens vurderinger.

Våre funn indikerer at etablering av botilbud for flere av disse målgruppene i felles bygg kan være uheldig. Boformen kan legge føringer for mer institusjonslignende praksiser. På den annen side finner vi i vårt materiale både eksempel på at arbeidsformene i slike bygg ikke framsto som institusjonslignende, og eksempler på institusjonslignende praksiser i bygg som ikke lignet institusjoner.

Rapporten viser til en rekke eksempler på variasjon i faglig skjønn, kultur og kompetanse. Rettighetsinngripende tiltak er et felt der utvikling av faglig skjønn er essensielt og det er få klare svar. Dette

tilsier at det er behov for et bredt sett av tilnærminger for å redusere bruken av rettighetsinngripende tiltak.

### Våre anbefalinger:

- Det bør lanseres et kompetanseløft for fagpersoner og ledere i både kommune- og spesialisthelsetjeneste, og det bør gjennomføres i fellesskap (jf. Helse- og omsorgsdepartementet 2012, kapittel 4.2.6). Kompetanseløftet bør spesifikt rette seg mot tjenestene til personer som er særlig sårbare for å bli utsatt for rettighetsinngripende tiltak. Ansatte i forsterkede botiltak bør prioriteres. Kompetanseløftet bør ha som mål å skape mer samarbeid og likeverdighet i tjenestene.
- Det bør satses videre på brukerorienterte tjenestemodeller som ACT/FACT, Housing First og brukerstyrte senger i spesialisthelsetjenesten. Særlig bør disse modellene innrettes for å ivareta personer man antar kan utgjøre en sikkerhetsrisiko, og som dermed vil være særlig utsatt for rettighetsinngripende tiltak i kommunene. Ved å tilsette flere erfaringskonsulenter i tjenestene kan oppmerksomheten på beboernes opplevelse økes, samtidig som deres stemme styrkes.
- Det bør etableres et større mangfold av individuelt tilpassede, differensierte boliger, herunder tilrettelagte boliger med ulik grad av personalstøtte. Det er spesielt behov for å utvikle egnede boformer for rusavhengige.
- Vårt materiale indikerer at noen såkalte kommunale «mini-institusjoner» har særlige utfordringer med rettighetsinngripende tiltak. Samtidig er det sannsynligvis sterke økonomiske føringer for opprettelse av slike. Det er viktig å få solid nok kunnskap til å gi klare faglige føringer, særlig om disse går på tvers av økonomiske drivkrefter.
- Det bør også vurderes om det, både av hensyn til den det gjelder og samfunnet for øvrig, er økonomisk, faglig og juridisk mulig å etablere et botilbud til alle personer i kommunen.

- Det bør initieres forskning om rettighetsinngripende tiltak i kommunene, inkludert det som skjer i samarbeidet mellom kommune- og spesialisthelsetjeneste. Vi trenger forskning på hva som driver og evt. begrenser tjenestenes bruk av rettighetsinngripende tiltak (jf. Six Core Strategies (Lebel et al., 2014)). Det er også behov for forskning som studerer effekten av rettighetsinngripende tiltak.
- En bør vurdere om dagens tilsynsordninger er tilstrekkelige.

# 1 Innledning

Siden Opptrappingsplanen for psykisk helse (1999-2008) (St.prp. nr. 63 (1997-98)) har det vært en tverrpolitisk målsetting om økt frivillighet i psykisk helsevern. Denne målsettingen er også fulgt opp gjennom to spesifikke myndighetsinitiativ. I 2006 publiserte Sosial- og helsedirektoratet en tiltaksplan for redusert og kvalitetssikret bruk av tvang (Sosial- og helsedirektoratet, 2006). I 2012 lanserte så regjeringen Stoltenberg II «Bedre kvalitet - økt frivillighet. Nasjonal strategi for økt frivillighet i psykiske helsetjenester (2012-2015)». Denne hadde som formål å fremme bruk av forebyggende tiltak og frivillige løsninger basert på et mer likeverdig samarbeid mellom brukere, pårørende og helsepersonell (Helse- og omsorgsdepartementet, 2012). I strategien beskrives 14 konkrete tiltak for å redusere bruken av tvang i de psykiske helsetjenestene, hvor tiltak 4 er: *Det gjennomføres en kartlegging for å avdekke bruken av eventuelle rettighetsinngripende tiltak i kommunale omsorgsboliger og private institusjoner som kommunene har driftsavtale med* (Helse- og omsorgsdepartementet, 2012, s. 49). Begrunnelsen for tiltaket var en bekymring uttrykt i Bernt-utvalgets rapport (Helsedirektoratet, 2009) for at det etableres «mini-institusjoner» i kommunene hvor det benyttes ureglementerte kontrolltiltak overfor personer med alvorlige psykiske lidelser, uten forankring i lovverket. Verken Helsedirektoratet (2009) eller Helse- og omsorgsdepartementet (2012) definerer «mini-institusjoner» nærmere. I vår kartlegging legger vi til grunn tre ulike forståelser av hva «mini-institusjoner» er, og disse kan være overlappende:

1. Institusjon som fenomen, at tradisjoner og kulturer som kommer fra de psykiatriske institusjonene blir overført til kommunal praksis.
2. Boliger der en følger institusjonsforskrifter (Se 2.2. og 3.1).
3. Boligene ligner bygningsmessig på institusjoner, de kan for eksempel være nedlagte sykehjem.

Man har i dag lite kunnskap om praksisen rundt juridiske og faglige dilemmaer i gråsonene mellom frivillighet, tvang og faglig forsvarlighet. I 2015 fikk NAPHA i oppdrag å gjennomføre denne kartleggingen. Kartleggingen ble gjennomført i 2015/2016 i samarbeid med KBT Midt-Norge.

En kartlegging gjennomført av Helsedirektoratet kan tyde på at det benyttes en del tvangstiltak i de kommunale rus- og psykiske helsetjenestene i dag (Helsedirektoratet, 2015). I kartleggingen ble fylkesmenn, regionale helseforetak, utvalgte kommuner og relevante brukerorganisasjoner<sup>1</sup> bedt om å gi informasjon om tvangsbruk overfor personer som ikke har diagnosen utviklingshemming og heller ikke er underlagt annet tvangsregelverk. De tiltakene som nevnes spesielt av informantene er:

- regulering av fri bevegelse
- begrensninger av nett-tilgang/mobilbruk
- begrenset tilgang på mat, alkohol og tobakk
- regulering av økonomi
- vasking og rydding i bolig
- brannforebyggende tiltak
- fotfølging
- 1:1 eller 2:1 bemanning som gir begrensninger i autonomi
- inngåtte avtaler som hvis de ikke følges medfører mindre goder
- bosetting langt fra andre, med begrensede kommunikasjonsmuligheter

Helsedirektoratets kartlegging viste at det ble utført mye tvang til tross for manglende lovhjemler, at mange ikke fikk den hjelpen de hadde krav på på grunn av manglende lovhjemler, og at det er behov for å sette søkelys på juridiske problemstillinger rundt bruk av tvang i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Både blant barn og voksne ble det identifisert spesielt sårbare brukergrupper som har behov for at det blir en avklaring rundt dette, og det fremkom at pårørende overtok omsorgsrollen til de som ikke fikk hjelpen de hadde krav på.

<sup>1</sup> Ingen av brukerorganisasjonene som ble forespurt svarte.

Mange etterlyste et diagnoseøytralt regelverk for å kunne gi nødvendige tjenester til innbyggere som er spesielt sårbare og som har omfattende hjelpebehov.

Kommunene har også etterlyst tvangshjemler i gitte situasjoner i andre sammenhenger. I Riksrevisjonens vurdering av ressursutnyttelse og kvalitet i helsetjenesten etter innføring av samhandlingsreformen (Riksrevisjonen, 2016), gir kommunene uttrykk for at de opplever en maktesløshet. Dette fordi de ikke har de juridiske virkemidlene og det hjemmelsgrunnlaget de trenger for å gi faglig forsvarlig hjelp til de som ikke har diagnose psykisk utviklingshemming, men som de likevel vurderer har behov for tvangstiltak som en del av den kommunale oppfølgingen. Det meldes blant annet om utfordringer knyttet til juridiske dilemmaer når det gjelder personer som har mottatt behandling under tvang i spesialisthelsetjenesten og som kommunene mener fremdeles bør behandles med tvang også i kommunehelsetjenesten. Mangel på nødvendig lovverk gjør at kommuneansatte for ofte må ty til nødverge, noe mange opplever som uforsvarlig.

Foreliggende kartleggingsformål har vært å kartlegge hvordan fagpersoner og beboere beskriver fenomenet rettighetsinngripende tiltak, og hvilken praksis som beskrives i dilemmaene mellom frivillighet, tvang og faglig forsvarlighet. Problemstillingene som er undersøkt er:

1. Hvordan beskrives innholdet i rettighetsinngripende tiltak overfor mennesker med psykiske lidelser og ruslidelser som har behov for omfattende hjelp i kommunale botilbud og private institusjoner som kommunen har driftsavtale med? Hvordan skiller beboernes beskrivelser seg fra de ansattes?
2. Hva ligger til grunn for å iverksette rettighetsinngripende tiltak?
3. Hvordan påvirker rettighetsinngripende tiltak hverdagen til de det gjelder?
4. Hvilke dilemmaer (eksempelvis juridiske og faglige) kan oppstå ved bruk av rettighetsinngripende tiltak?

I tillegg til å besvare disse problemstillingene, har vi i rapporten også valgt å illustrere noen eksempler på det som fremsto som alternativ praksis for å unngå bruk av rettighetsinngripende tiltak.

Når det gjelder tvangsbruk i det psykiske helsevernet er dette definert gjennom Psykisk helsevernloven med forskriftsverk, diverse rundskriv og en rekke dommer i rettsapparatet. Det finnes ingen autorativ definisjon av hva man skal forstå med rettighetsinngripende tiltak i ulike boliger i kommunen. Vi spurte derfor de ansatte om hva de la i begrepet, og ba om eksempler på situasjoner og dilemmaer. Beboerne ble spurt om de kunne gi eksempler på situasjoner der de hadde følt at deres selvbestemmelse hadde blitt begrenset.

I rapporten vil vi veksle mellom å bruke begrepene tvang og rettighetsinngripende tiltak. Begrepet rettighetsinngripende tiltak vil fortrinnsvis benyttes når resultatene skal beskrives og diskuteres. I øvrige kapitler brukes begrepet tvang der det er mest hensiktsmessig, for eksempel i gjengivelse av annet fagstoff der tvangsbegrepet har vært benyttet.

## 1.1 Rapportens oppbygning

Rapporten er inndelt i fem kapitler. Kapittel 1 er innledning med presentasjon av problemstillinger. I kapittel 2 presenteres helsepolitiske føringer og forskning av betydning for hvordan fenomenet rettighetsinngripende tiltak kan forstås. I kapittel 3 beskrives kartleggingens metode. I kapittel 4 presenteres rettighetsinngripende tiltak innen ulike deler av hverdagslivet, slik beboere og ansatte beskrev det. I kapitlet redegjør vi også for tiltakenes begrunnelse, brukernes opplevelser samt i en del tilfeller også alternative tilnærminger til samme situasjon. I kapitlet belyses også faglige, etiske og juridiske dilemma ansatte opplever at de står i når slike situasjoner skal håndteres. I kapittel 5 oppsummeres og drøftes funnene mer overordnet, og det gis anbefalinger med bakgrunn i funnene i kartleggingen.

Intervjuguide, samtykkeskjema og et notat om adgangen til å anvende tvangstiltak er vedlagt.

## 2 Bakgrunn

### 2.1 Overføring av ansvar og oppgaver fra spesialisthelsetjenesten til kommunale tjenester

Opptrappingsplanen for psykisk helse (St.prp. nr. 63 (1997-1998)), Samhandlingsreformen (St.meld. nr. 47 (2008-2009)) og Primærhelsemeldingen (Meld.St. 26 (2014-2015)) har alle hatt som mål å overføre helsetjenester fra spesialisthelsetjenesten til kommunene. I dag tilbyr mange kommuner psykisk helse- og rustjenester til personer som tidligere fikk hjelp gjennom lengre opphold på sykehus. En sentral målsetting med denne deinstitusjonaliseringen av de psykiske helsetjenestene er at mennesker med psykiske lidelser skal oppleve mer tilhørighet, og at frivillighet og mindre sosial kontroll skal prege tjenestene (Meld.St. 25 (1996-97)).

Det er underveis vist til manglende ressurser og systemer for å ivareta personer som har alvorlige psykiske lidelser. De siste års rapporter om status for kommunalt psykisk helse- og rusarbeid viser blant annet til mangel på botilbud, ulik forståelse av lovverk, uklare roller og ansvarsfordeling mellom kommuner og spesialisthelsetjenesten, og mangel på ressurser og kompetanse til å følge den økte etterspørselen (Ose & Kaspersen, 2015, 2016). Samtidig har Riksrevisjonen (2016) kritisert arbeidet med å sikre helhetlige og koordinerte hjelpetilbud, og Helsetilsynet (2016) påpekt at mangel på tilpassede boliger og tjenester i boliger er ett av tre risikoområder for svikt i tjenestetilbudet for personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse. Flere andre rapporter har også vist til mangel på egnede botilbud (Steihaug & Loeb, 2007) og samhandlingsutfordringer når det gjelder personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse (RoP-lidelser) og voldsproblemer (Pettersen & Rudningen, 2014).

Spennet er stort når det gjelder hvordan de enkelte kommuner har utviklet sitt tilbud til personer med omfattende og sammensatte tjenestebehov. Et dilemma mange kommuner opplever nå er en forventning om å styrke den forebyggende innsatsen uten økt ressurstilgang, samtidig som de må sikre

god oppfølging av de menneskene som har behov for mer omfattende hjelp. SINTEF påpeker at det gjennom det økte fokuset på forebygging er en fare for at tjenestene «vannes ut» på en måte som gjør at de med alvorlige psykiske helseproblemer ikke blir prioritert (Ose & Kaspersen, 2015).

### 2.2 Bolig

I dag tilbyr de fleste kommuner et bredt spekter av boliger, fra egen eid eller leid bolig i ordinære bomiljø til bemannede og samlokaliserte boliger eller bofellesskap, eksempelvis kommunale omsorgsboliger, heldøgns helse- og omsorgsinstitusjoner eller sykehjem<sup>2</sup> (Helsedirektoratet, 2014). Vanskeligstilt på boligmarkedet i dag er personer som ikke har mulighet til å skaffe seg og/eller opprettholde et tilfredsstillende boforhold på egen hånd. Det handler om personer uten egen bolig (bostedsløse), personer som står i fare for å miste boligen sin eller personer som bor i uegnet bolig eller bomiljø (Departementene, 2014). Behovene til disse personene kan være høyst ulike, men for de aller fleste handler det om tilgang til ordinær bolig i et vanlig boområde. Noen av brukerne vil trenge bolig med særskilt tilrettelegging knyttet til beliggenhet og/eller tilgang til personalbase i nærheten. En tilrettelagt bolig kan være utformet som en selvstendig bolig i den ordinære boligmassen, inngå i samlokaliserte boliger eller som del av et bofellesskap. Beregninger gjort i 2011 anslo at man trengte ca. 2 500 egnede boliger for personer med alvorlige rus- og/eller psykiske lidelser (NOU 2011:15). Etablering av tilrettelagte boliger må følges opp med et tilstrekkelig tjenestetilbud. I mange tilfeller kreves en innsats fra både kommune- og spesialisthelsetjeneste. I 2015 var 41 % av årsverkene i kommunalt psykisk helse- og rusarbeid fast tilknyttet personell i kommunale boliger. Det vil si at en betydelig andel

<sup>2</sup> Se her Syse (2002) for en vurdering av hva som kan forstås om institusjon, men også Forskrift om kommunal helse- og omsorgsinstitusjon (FOR-2011-12-16-1254) og Forskrift om egenandel for kommunale helse- og omsorgstjenester (FOR-2011-12-16-1349) med utdypning fra Helse- og omsorgsdepartementet i 2016 (ref. 16/1250- KTA KJSA).



av kommunenes ressurser brukes i botilbud for personer med alvorlige psykiske lidelser. Samtidig er dette en gruppe som i mindre grad nå enn tidligere har et tilbud i spesialisthelsetjenesten (Ose & Kaspersen, 2015).

Kommunenes bruk av private tjenesteytere kan muligens sees i sammenheng med dette utfordringsbildet, men det er vanskelig å fastslå om det har vært en økning eller reduksjon de siste årene. I 2015 kjøpte 40 % av kommunene tjenester hos private aktører. Kommunene oppgir at de fortrinnsvis kjøper private tjenester for enkeltbrukere med komplekse og sammensatte tjenestebehov, og det er de største kommunene som kjøper mest private tjenester. Eksempler på tjenester som kjøpes er heldøgns omsorgstilbud ved private rusinstitusjoner, individuelle helsetjenester og heldøgns omsorgstjenester til spesielt ressurskrevende pasienter (Ose & Kaspersen, 2015).

### **2.3 Helsepolitiske føringer om økt frivillighet og mindre tvang**

Et av de viktigste underliggende prinsippene for de lokale psykiske helsetjenestene er at de skal være frivillige og understøtte den enkeltes autonomi. Bruk av tvang skal reduseres til et minimum og være forankret i lovverk og menneskerettigheter (Helse- og omsorgsdepartementet, 2012). Sentrale målsettinger for både opptrappingsplanen for psykisk helse og samhandlingsreformen var etablering av lettere tilgjengelige tjenester som er lokalt forankret og hvor brukernes behov skal være i sentrum. Mange brukere og pårørende forteller fortsatt om at de ikke blir hørt og respektert av psykisk helsevern, noe som også kan medføre at de reserverer seg fra å ta kontakt når de har behov for det (Helse- og omsorgsdepartementet, 2012).

De regionale helseforetakene ble i 2010 pålagt å sørge for at helseforetakene etablerte lokale tvangsreducerende tiltaksplaner sammen med kommunene i sitt opptaksområde, og å følge opp disse (Helse- og omsorgsdepartementet, 2010). Det er så vidt vi vet ikke gjort noen systematisk oppsummering av hvorvidt dette ble gjennomført (Helsedirektoratet, 2016, er det mest omfattende), men vårt inntrykk er at dette i liten grad skjedde; i den grad

det overhodet ble utviklet lokale planer ble disse i all hovedsak utformet av det enkelte helseforetak.

I strategiplanen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2012) påpekes betydningen av å utvikle personalets kompetanse for å redusere tvang, herunder at de regionale og lokale planene skal inneholde tiltak knyttet til kompetanseheving og undervisning. I pkt. 5.6 i dette dokumentet skisseres et bredt sett av områder kompetansehevingen bør dekke. Det påpekes også at både spesialisthelsetjenesten og kommunene har behov for slik kompetanseheving, men at kompetansebehovet vil være forskjellig blant annet grunnet ulikt regelverk.

### **2.4 Rettslig grunnlag**

Vi går i denne rapporten ikke inn på det rettslige grunnlaget – eller mangel på sådant – med betydning for bruken av eventuelle rettighetsinngripende tiltak i kommunene. Vi forutsetter at dette vil være en sentral del av det pågående lovutvalgets arbeid (se s. 46). Både lover som regulerer brukers rettigheter, som regulerer hva helsepersonell kan gjøre i en persons bolig (inkludert om det er en institusjon eller ikke), som regulerer hva de kan gjøre overfor spesielle pasientgrupper, som regulerer hvilke plikter helsepersonell har mv. tilsier at dette er et komplekst juridisk felt. En juridisk avklaring har derfor stor betydning for kommunene i deres daglige praksis. Vedlagt ligger en kort oversikt over en del av det rettslige grunnlaget som er relevant for tematikken i rapporten (vedlegg 3).

Selv om det i praksis kan være vanskelig å skille tvang fra frivillighet, er dette i juridisk forstand gjensidig utelukkende forhold, dvs. at tvangsbruk avgrenses mot frivillige handlinger eller tiltak. Noen tvangsbestemmelser i lovverket åpner for en viss, men begrenset, tvangsbruk. Eksempelvis hjemlene om nødvendig omsorgsplikt som gjerne beskrives som nødverge, nødrett og ubedt hjelp (Syse, 2002).

Kontrollkomisjonene har et særskilt ansvar som pasientenes klageorgan i det psykiske helsevernet, og de foretar også egne kontroller av virksomhetene. Det siste årets medieoppslag har påvist betydelig svikt i kontrollkomisjonenes håndheving av dette ansvaret. Et mindre spesifikt kommunalt tilsynsansvar ligger til Helsetilsynet/

Fylkesmannen gjennom landsomfattende tilsyn på avgrensede områder. Eksempelvis skal man i 2017/2018 ha et landsomfattende tilsyn i kommunale helse- og omsorgstjenester, kommunale sosialtjenester og spesialisthelsetjenester til personer med samtidig psykisk lidelse og rusmiddelavhengighet. Tilsvarende kan en undersøke enkeltsaker om svikt i tjenestene (hendelsesbasert tilsyn). Hvorvidt disse tilsynsordningene er tilstrekkelige til å avdekke bruk av rettighetsinngripende tiltak i kommunale botilbud vet vi ikke, men Helsedirektoratets undersøkelse (Helsedirektoratet, 2015) påviser i hvert fall at Fylkesmannen er kjent med at det foregår.

## **2.5 Tidligere forskning om tvang og rettighetsinngripende tiltak i lokalbaserte tjenester**

Tvangsbruk i de psykiske helsetjenestene har historisk vært lite gjenstand for systematisk forskning. I de siste 10-15 år har man sett en viss økning i forskningsaktiviteten, både internasjonalt og nasjonalt (Husum & Norvoll, 2014), hvor økningen hovedsakelig har vært innenfor de psykiatriske institusjonene. Det har også vært en forsiktig økning i forskningsaktiviteten om tvang i lokalbaserte tjenester (Molodynski, Rugkåsa & Burns, 2016), særlig når det gjelder effekter av ordningen tvunget psykisk helsevern uten døgnopphold (TUD) (ibid.) og effekter av ACT-team (Assertive Community Treatment-team) (Mueser, Bond, Drake & Resnick, 1998; Burns & Firn, 2002; Wright, Catty, Watt & Burns, 2004; Ruud, Landheim et al., 2014).

### **2.5.1 Uformell tvangsbruk i lokalbaserte tjenester**

Den svært begrensede forskningen fra lokalbaserte tjenester beskriver så langt en mindre formalisert og mer skjult inngripen sammenlignet med det som skjer i institusjon. I de lokalbaserte tjenestene inntar maktbruken nye og mer personlige deler av folk sitt hverdagsliv og stiller oss overfor nye etiske utfordringer (Sjøstrøm, 2016). Den skjulte og ikke lovhjemlede formen for tvang betegnes i forskningslitteraturen gjerne som «uformell tvangsbruk». Dette er tvangsbruk som omfatter ulike former for press, og som anvendes i

behandlingshverdagen av ansatte, pårørende, og/eller velferds- og kriminalomsorgen for å forhindre forverring i helsetilstanden og/eller sikre oppfølging av behandling for de som mottar tjenester (Yeeles, 2016). Anvendelsen av tvang eller ulike typer press er gjerne beskrevet langs et kontinuum fra oppmuntring på den ene siden til bruk av formelle tvangsinngrep (for eksempel anvendelse av tvunget psykisk helsevern uten døgnopphold) på den andre (Syse, 1999). I mange tilfeller blir begrepet «leverage» eller påvirkning brukt for å beskrive det som ligger mellom disse ytterpunktene, uten at dette nødvendigvis i alle sammenhenger blir betraktet som tvang (Monahan et al., 2005; Szmukler & Appelbaum, 2008; Neale & Rosenheck, 2000). Påvirkning er ulike måter å utøve press mot personer som ikke ønsker å ta imot behandling. Ulike former for påvirkning kan være bruk av betingelser, bruk av velferdsgoder som belønning, påvirkning fra personer som har makt til å sette i verk de tiltakene som er skissert (Canvin, Rugkåsa, Sinclair & Burns, 2013) eller å sette vilkår i husleieavtaler (Monahan, Bonnie, Appelbaum, Hyde, Steadman & Swartz, 2001). Mangel på samtykke til behandling kan medføre utkastelse fra bolig, mangel på økonomisk støtte, mindre gunstige soningsalternativer (Monahan et al., 2005) og «trusler» om sykehusinnleggelse (Gault, 2009).

Det er begrenset med forskning som kan utdype maktforholdet mellom ansatte og brukere i ulike former for lokalbaserte psykiske helsetjenester (Yeeles, 2016; Øye & Norvoll, 2013). Noen få studier har vist at de ansatte kan utøve subtile former for press eller påvirkning gjennom for eksempel overtalelser, tilbud om mat eller røyk, bruk av ros eller trusler om å avslutte behandlingssamarbeid (Angell, Mahoney & Martinez, 2006; Szmukler & Appelbaum, 2008). I lokale psykiske helsetjenester, som «Community Mental Health-teams», har man sett at de ansatte legger vekt på å forhandle og ha dialog med brukerne for å opprettholde tillitsfulle relasjoner. De ser det samtidig som nødvendig å utøve profesjonell autoritet gjennom tvunget psykisk helsevern eller mer utstrakt kontroll av medisiner når brukerne ikke greier å ta vare på seg selv (Angell, Mahoney & Martinez, 2006; Rugkåsa,

Canvin, Sinclair, Sulman & Burns, 2014). I ACT-team som ikke har et forankret recoveryperspektiv er det beskrevet at de ansatte har mer formanende holdninger overfor brukerne. Dette kunne være at de tok beslutninger på vegne av brukerne i stedet for sammen med dem og hadde større fokus på at brukerne «må gjøre seg fortjent» til å ha kontroll over medisinene sine selv (Salyers, Stull, Rollins & Hopper, 2011). De ansatte i tjenestene etterlyser mer kunnskap om hva man har lov til og ikke når det gjelder påvirkning og press i situasjoner hvor man skal yte omsorg hjemme for mennesker som ikke ønsker å ta i mot hjelp (Rugkåsa, Canvin, Sinclair, Sulman & Burns, 2014). De kan ha mange roller, og deres praksis kan bidra til både å *myndiggjøre* og *umyndiggjøre* brukere (Moser, 2007; Angell & Mahoney, 2007). En norsk undersøkelse viser at ansatte ved distriktspsykiatriske senter kan oppleve barrierer som gjør det vanskelig å praktisere reell brukermedvirkning. For eksempel gjelder dette i situasjoner hvor personen etter personalets oppfatning mangler sykdomsinnsikt, har kommunikasjonsproblemer, eller der det er store samarbeidsutfordringer. I disse situasjonene tolket de ansatte brukermedvirkning som at man midlertidig, med respekt og verdighet, overtok personens ansvar for seg selv. De gjennomførte tiltak som ivaretok personens interesse gjennom god informasjon, motivasjon og som ikke satte personene i vanskelige valgsituasjoner (Solbjør, Rise, Westerlund & Steinsbekk, 2013). Situasjonene beskrevet her er ikke særskilte for spesialisthelsetjenesten, og disse funnene kan derfor også være relevante for barrierer opplevd av ansatte i kommunale tjenester.

### 2.5.2 Brukeres erfaringer med uformell tvang i hjemmet

Det er lite forskningsbasert kunnskap om hvordan de som mottar tjenester hjemme opplever bruken av press og påvirkning i tjenestene. En oppsummering av noen få studier fra lokalbaserte tjenester viser at særlig fire forhold går igjen i brukernes beskrivelser av både formell og uformell tvangsbruk: i) de opplever av og til at behandlingen i seg selv er tvang (for eksempel at ACT-teamet kommer hjem til dem uten at de ønsker det), ii) de opplever at

forpliktelser knyttet til behandlingen er tvang (for eksempel at de har ikke noe valg fordi man ellers vil bli innlagt på sykehus), iii) de opplever trusler som tvang (for eksempel trusler om at fortsatt selvskading vil medføre at man ikke får ha kontakt med sine barn), og iv) de opplever noen ganger press og påtrykk som en trygghet (for eksempel at pågåenhet fra ACT-teamet gir trygghet gjennom å gjøre hjelpen veldig lett tilgjengelig) (Canvin, 2016). En norsk studie fra ACT-team viste at gruppen som er under tvungent psykisk helsevern ikke skilte seg fra gruppen som ikke var det når det gjaldt tilfredshet med oppfølgingen fra ACT-team, behandlingen og relasjonen til de ansatte. Det konkluderes i denne studien med at dette kan skyldes en kvalitativ bedre oppfølging og behandling innen ACT-tilbudet og innenfor tvungent vern sammenlignet med pasientenes tidligere behandlingserfaring (Lofthus et al., 2016).

### 2.6 Alternativer til tvang

Det er behov for mer forskning av god kvalitet, og fagutviklingsprosjekter som vektlegger en mer helhetlig tilnærming på tvers av tjenestenivåer, om hvordan man skal redusere bruken av tvang (Hatling, 2013). Noen oppsummerende studier konkluderer med at det er potensial for å redusere bruken av tvangsmidler betraktelig (Gaskin, Elsom & Happell, 2007; Scanlan, 2010; Stewart, Merwe, Bowers, Simpson & Jones, 2010). Så langt er denne forskningen avgrenset til institusjonstjenestene.

Hatling (2013) har oppsummert litteraturen om tvangsforebyggende tiltak innenfor institusjon og beskrevet både *primærforebyggende tiltak* (utviklingsarbeid med bred organisatorisk tilnærming, kontinuerlig vurdering av pågående prosedyrer, identifisering av individuelle risikofaktorer og konfliktforebyggende miljø), *sekundærforebyggende tiltak* (metoder for deeskalering, øvelser for personalet i holdningsarbeid og hvordan man bør opptre), og *tertiærforebyggende tiltak* (ettersamtaler, hindre uheldige konsekvenser for de involverte i ettertid). I 2014 utga Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse to publikasjoner som oppsummerte at gode tiltak for å redusere bruk av tvang er bruk av verktøy for systematisk risikovurdering,

kriseplan, obligatorisk evaluering etter episoder med tvangsbruk, økt brukerinvolvering, god fysisk plass på avdelingen/lavere pasienttetthet og god relasjon og kontinuitet i relasjonen mellom pasient og helsepersonell (Bjørge, Storvold, Norvoll & Husum, 2014; Husum & Norvoll, 2014).

Fra spesialisthelsetjenesten er det også studier som har vist at brukermedvirkning reduserer tvang. En norsk-dansk samarbeidsstudie viste for eksempel sterke sammenhenger mellom brukermedvirkning i sykehusavdeling og lavere forekomst av bruk av mekaniske tvangsmidler (Bak, Zoffmann, Sestoft, Almvik & Brandt-Christensen, 2014). Her var det deltakelse på behandlingsmøter, muligheten for å påvirke avdelingens husorden og muligheten for å påvirke hva som ble skrevet i journal, brukt som mål på brukermedvirkning. En økt faglig og holdningsmessig satsing der man involverer brukerne mer, vil kunne bidra til å redusere behovet for tvang i tjenestene. Erfaringer fra psykisk utviklingshemningsfeltet viser at man kan redusere tvang og makt ved blant annet endring av kommunikasjon og samspill mellom brukeren og personalet, ved bevisstgjøring av etiske verdier og ved samordning og samarbeid i tjenestene (Berge & Ellingsen, 2010).

Flere norske studier har vist tvangsreduserende effekter av spesifikke tjenestemodeller. Evaluering av ACT-team i Norge (Ruud, Landheim et al., 2014) viser mer enn en halvering av oppholdsdøgn på tvang. Undersøkelser av innføring av brukerstyrt plasser ved DPS viser tilsvarende funn (Heskestad & Tytlandsvik, 2008).

En evidensbasert modell som mange land har implementert for å redusere tvang er «The Six Core Strategies»-modellen (6CSmodel ©) (Lebel, Duxbury, Putkonen, Sprague, Rae & Sharpe, 2014). Selv om modellen bygger på erfaringer fra institusjonsintern tvangsreduksjon er elementene så generelle at den framstår som relevant også for kommunale tjenester. Modellen legger til grunn seks kjernestrategier (Huckshorn, 2004):

#### **KJERNESTRATEGI 1: LEDERSKAP OG ORGANISASJONSUTVIKLING**

Definer og artikuler et tydelig verdigrunnlag for tjenesten og forankre en plan for hvordan man kan redusere bruk av tvang. Utvikle et prosjekt hvor øverste ledelse gir retning, legger til rette for aktiv deltakelse (også av ledelse på alle nivå) og evaluerer kontinuerlig underveis.

#### **KJERNESTRATEGI 2: BRUK AV DATA FOR Å INFORMERE PRAKSIS**

Anvend data om bruk av tvang i en empirisk ikke-straffende form. Det inkluderer å analysere tjenestens bruk av tvang per avdeling/enhet, skift, dag og bemanning, videre å identifisere tjenestens baseline, sette forbedringsmål og komparativt monitorere bruk over tid i ulike deler av tjenesten og på tvers av flere tjenester.

#### **KJERNESTRATEGI 3: UTVIKLING AV PERSONALET**

Skap et behandlingsmiljø som er mindre konfliktfylt, ved at behandlingsprinsipper, prosedyrer og praksis er fundamentert på i) en gjennomtenkt forståelse av de nevrologiske, biologiske, psykologiske og sosiale effekter av de traumene og overgrepene mange brukere har opplevd og de erfaringer mange ansatte har og ii) recovery-orientert behandling (personsentrert hjelp, egne valg, respekt, verdighet, likeverdighet, medbestemmelse og inkludering). Opplæring av de ansatte og en ressursorientert tilnærming er sentralt for å lykkes med dette.

#### **KJERNESTRATEGI 4: BRUK AV VERKTØY**

Implementer verktøy for å utrede og identifisere risikofaktorer for vold, historie med bruk av tvang, utredning av traumehistorie, og utredning av risiko for vold og skade og kriseplaner med deeskaleringsteknikker. Endre i bygningsmessige omgivelser og andre meningsfulle kliniske intervensjoner for å bistå personer i følelsesmessig selvregulering.

#### KJERNESTRATEGI 5: LIKEMANNSARBEID

For å fremme inkludering, bruk medarbeidere med brukererfaring som er i en bedringsprosess i ulike roller i organisasjonen.

#### KJERNESTRATEGI 6: DEBRIFING

Bruk systematiske debriefingsteknikker og bruk kunnskap herfra til å bidra til å bedre behandlingsprinsipper, prosedyrer og praksis slik at man unngår å gjøre de samme feilene i fremtiden. For å lykkes med dette er det nødvendig at behandlere, ledelse og erfarne medarbeidere deltar.

# 3 Metode

Fenomenet rettighetsinngripende tiltak er uklart, og det er lite kunnskap om innhold, omfang og praktisering. Kartleggingen ble derfor gjennomført som en case-studie med et eksplorerende studiedesign. Det ble gjennomført fokusgruppe-intervjuer, i tillegg til individuelle intervjuer, hvor vi fikk høre om ansattes og beboeres erfaringer, holdninger og tanker om rettighetsinngripende tiltak.

## 3.1 Botiltak

Ifølge strategiplanen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2012, s. 49) skulle denne kartleggingen kun omfatte *kommunale omsorgsboliger og private institusjoner som kommunene har driftsavtale med* (tiltak 4). Svært mange boliger for målgruppen er ordinære boliger (eide eller leide), med potensielt rettighetsinngripende tiltak også her. Vi avklarte derfor med Helse- og omsorgsdepartementet, etter innspill fra Helsedirektoratet, at vi kunne bruke en bred forståelse av boliger i kartleggingen. I forståelse med oppdragsgiver ble det videre sett på som viktig å få inkludert ulike typer boliger, som ivaretok variasjon med hensyn til størrelse på boliger og botiltak, geografisk beliggenhet, kommunestørrelse og som ga tjenester til mennesker med ulike hjelpebehov. Begrunnelsen for variasjonen var en antagelse om at vi ville identifisere ulike lokale praksis og ulike forståelse av gråsoner og lovhjemler i de ulike botiltakene. Det var i tillegg til kommunale botiltak også sentralt å få belyst private botiltak som har driftsavtale med kommuner, fordi noen i målgruppen for kartleggingen har et botilbud her. Med noen unntak ble botiltakene rekruttert gjennom de psykiske helsetjenestene. I rapporten har vi brukt benevnelsen botiltak for alle de ulike boformene.

En stor del av botiltakene som ble beskrevet i denne kartleggingen var enten egne private eller kommunalt eide leiligheter eller enkeltstående leiligheter knyttet til en personalbase som lå i samme bygning eller et stykke unna. Andre botiltak hadde mer institusjonspreg<sup>3</sup>, eller kunne fremstå som

såkalt forsterkede boliger. Her kunne beboerne bo på hvert sitt rom uten kjøkken i et stort bygg med fellesstue i nedlagte institusjoner, i lavterskel hospitslignende botiltak med adgangskontroll, i botiltak som drev etter sykehjemsforskriften<sup>4</sup>, eller i botiltak som samarbeidet tett med spesialisthelsetjenesten. Et botiltak vi besøkte var også godkjent for å gi døgntilbud i psykisk helsevern for voksne (se s. 34). Noen bodde også i boliger som var etablert som enetiltak, der noen ansatte i medlever-turnus jobbet lange vakter med en eller noen få beboere med svært omfattende hjelpebehov. I noen tilfeller var også samfunnsikkerheten medbestemmende for type bolig, tjenesteutøvelse og behov for inngripen.

## 3.2 Deltakerne

Deltakere i kartleggingen var beboere og ansatte i de aktuelle botiltakene. Beboerne var i hovedsak personer med omfattende og sammensatte hjelpebehov. De faller inn under målgruppen som Helsedirektoratet har definert som mennesker med alvorlige psykiske lidelser alene eller i kombinasjon med rusmiddelmissbruk, kognitiv svikt, psykisk utviklingshemming og/eller betydelig funksjonsnedsettelse, og som er i behov av særlig tilrettelagte og langvarige tilbud (Helsedirektoratet, 2008). Ved prosjektets begynnelse ønsket vi hovedsakelig å inkludere personer med alvorlige psykiske lidelser, og med eventuelle tilleggslidelser. I praksis viste det seg vanskelig å bruke diagnoser som et absolutt kriterium for inkludering. I botiltakene bor personer med ulike problemer. Hva som var hoveddiagnose og tilleggsdiagnose(r) var mange ganger vanskelig å få tak i, og noen ganger heller ikke klart for de ansatte. Felles for beboerne som inngår i kartleggingen er at de i ulike grad har problemer med å fungere i hverdagen. Problemene kunne være knyttet til psykiske problemer, rusproblemer, kognitiv funksjonsnedsettelse, utviklingsforstyrrelser og/eller utviklingshemming. Beboerne ble

<sup>3</sup> Se her også note i kapittel 2 – om institusjonsbegreps kompleksitet.

<sup>4</sup> Forskrift for sykehjem og boform for heldøgns omsorg og pleie, FOR-1988-11-14-932.

rekruttert gjennom ledere i botiltaket. I alt intervjuet vi 18 beboere (13 menn og 5 kvinner).

De ansatte som deltok hadde ulike utdanning og ulike roller. De fleste hadde sykepleier-, vernepleier-, hjelpepleier- eller sosionomutdanning, med eller uten videreutdanning. I tillegg er barneverns- pedagoger, førskolelærere, aktivitører og miljøarbeidere representert. I alt intervjuet vi 41 fagpersoner (9 menn og 32 kvinner).

Deltakere til fokusgruppene ble rekruttert gjennom NAPHAs og KBT Midt-Norges kontaktnett. Til sammen har vi god oversikt over kommuner som er opptatt av temaet som skal undersøkes. NAPHA har også tidligere vært i kontakt med fagpersoner i mange kommuner som er opptatt av hvordan de innenfor dagens regelverk kan ivareta personer med alvorlige psykiske lidelser, omfattende rusmisbruk eller utagerende atferd som har behov for særlig tilrettelagte botilbud.

Deltakerne er rekruttert fra 11 kommuner med ulike størrelse og stor geografisk spredning, og det ble gjennomført 19 intervjuer. Vi intervjuet ikke beboere og ansatte fra samme kommune, for å unngå eventuell utrygghet om at informasjon ble spredt mellom gruppeintervjuene. Med ett unntak deltok ikke ansatte fra flere kommuner i samme fokusgruppe (intra-kommunalt design). Dette var begrunnet i at vi potensielt kunne avdekke sensitiv praksis på et område som er lite lovregulert, og dermed stor grad av usikkerhet mht. hjemling av egen praksis.

### 3.3 Intervjuene

#### 3.3.1 Pilotintervju

Fokusgruppene ble gjennomført i to steg. Første steg var innledende pilot-fokusgrupper for å få et overordnet og klarere inntrykk av fenomenet rettighetsinngripende tiltak, og for å få innspill til intervjuguide (se vedlegg 1). Tre pilotintervjuer ble gjennomført: et med faglige ressurspersoner fra ulike deler av landet, et med personer som hadde brukererfaring og et med pårørende. Andre steg var intervjuene med brukerne og de ansatte.

#### 3.3.2 Intervjuer med brukere og ansatte

Alle deltakere fikk en invitasjon med informasjon om intervjuet innarbeidet i et samtykkeskjema (se

vedlegg 2).

Det ble med basis i erfaringene fra pilot-intervjuene utarbeidet intervjuguider for brukere og fagpersoner, men en fleksibel intervjustruktur tillot også deltakerne å diskutere det de var mest opptatt av underveis. Det ble i disse fokusgruppene lagt til rette for at den enkelte kunne formidle sin opplevelse, samtidig som gruppen fikk anledning til å diskutere. Gruppedynamikken bidro således til å skape fortellinger (Malterud, 2012).

Vi gikk i intervjuene åpent ut, uten noen definisjon på hva rettighetsinngripende tiltak var. I stedet skisserte vi eksempler på dilemmaer, hentet fra drøftingene i pilotintervjuene. I de fleste fokusgrupper deltok en prosjektmedarbeider fra NAPHA og en prosjektmedarbeider fra KBT Midt-Norge. Et slikt «tandemintervju» innebærer at to som har ulike kulturbakgrunn og roller i et felt gjør intervjuer sammen, for å sikre at informasjonen som kommer ut av intervjuet blir forståelig for begge grupper (beboere og ansatte). De kan også stille hverandre kontrollspørsmål og kvalitets-sikre ut fra hvert sitt ståsted (Habberstad, 2009).

### 3.4 Analyse

Intervjuene ble tatt opp på bånd, transkribert og deretter analysert ved hjelp av temabasert analyse (Malterud, 2012). Analyseprosessen besto av flere trinn hvor alle i prosjektgruppa først leste gjennom alle intervjuene for å sikre intersubjektivitet. De som hadde intervjuet utarbeidet et skriftlig resymé fra hvert intervju med vektlegging av de temaene som var mest aktuelle. Deretter hadde prosjektgruppa jevnlig møter hvor man drøftet og ble enige om noen overordnede temaområder som utgjorde kjernen i det informantene beskrev som rettighetsinngripende tiltak («åpen koding»). Vi leste så intervjuene på nytt, og fordelte ansvaret for å skrive de ulike underkapitlene ut fra disse områdene. Underveis i analyseprosessen kom flere viktige tema opp som også ble inkludert.

### 3.5 Ivaretagelse av brukerperspektivet

For å kunne gi et mest mulig helhetlig bilde av fenomenet rettighetsinngripende tiltak var det viktig at brukerperspektivet og fagperspektivet var

likeverdig gjennom hele arbeidet med rapporten, både i planleggingen, gjennomføring av intervjuer, i analyser og i skriving.

Brukere og fagpersoner kan ha ulike oppfatninger av hva god tjenestekvalitet er. Ansattes vurdering av kvalitet stemmer ikke alltid med brukernes opplevelse av det samme. Det er derfor viktig at personer med brukererfaring er intervjuere, for å få frem disse ulikhetene i ståsted (Steinsbekk, Westerlund, Bjørgen & Rise, 2013). I vårt tilfelle representerte intervjueren fra NAPHA fagpersonens ståsted, mens intervjueren fra KBT Midt-Norge representerte beboerens ståsted.

### 3.6 Metodiske betraktninger

Utgangspunktet for kartleggingen er blant annet dilemma som oppstår i utøvelsen av praksis og begrunnelser for å iverksette eventuelle rettighetsinngripende tiltak. Siden dette er spørsmål som i hovedsak er rettet til ansatte, er det deres perspektiv som dominerer i kartleggingen. De ansatte står i dilemmaene, mens beboerne opplever konsekvensene av om tiltak blir utført eller ikke, og deres opplevelse av hvordan dette påvirker livet er viktige synspunkt, men vi har dessverre ikke fått like mye av deres perspektiv.

Vi lyktes ikke med å rekruttere de beboerne som hadde de største hjelpebehovene, og som var utsatt for de mest inngripende tiltakene. Vi burde satt av mer tid til rekruttering, og ser i ettertid at det å behandle ansatte og beboere likt når det gjelder tidsbruk til rekruttering ikke bidro til at gruppene fikk det samme utgangspunktet til å drøfte problemstillingene våre. De ansatte ble gjennom vår rekrutteringsprosedyre mer forberedt enn de beboerne var. Beboerne trengte mer tid i selve intervjuet for å tenke seg frem til opplevelser av når deres selvbestemmelse ble satt til side. Vi kan heller ikke utelukke at det i noen tilfeller kan ha oppstått en lojalitetskonflikt ved at det var de ansatte som rekrutterte beboerne, og at de samme ansatte gjerne var beboernes tillitspersoner.

### 3.7 Etikk

Kartleggingsprosjektet ble lagt frem for godkjenning i Regional komite for medisinsk og helsefaglig forskning (REK). REK vurderte ikke prosjektet til å

være framleggingspliktig. En melding om behandling av personopplysninger ble sendt inn til Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste (NSD), der den ble vurdert og godkjent. Dette ble også gjort for pilotintervjuene.

Kartlegging av rettighetsinngripende tiltak kan opptattes som et sensitivt tema (Hem, Heggen & Ruyter, 2007; Oeye, Bjelland & Skorpen, 2007). Men selv om det er et tema det kan være krevende å snakke om både for beboere, ansatte og for ledelsen i kommunene, var så å si alle fagpersonene vi tok kontakt med i forbindelse med denne kartleggingen positive til at det ble satt fokus på fenomenet og ønsket å bidra. Mange hadde flere eksempler på dilemmaer allerede på telefonen og nesten alle sa at dette var et tema som ble drøftet jevnlig. Når det gjaldt beboerne virket det som om det for noen var vanskelig å vite helt hva vi spurte om, og for noen virket det eksempelvis som om de ikke hadde tenkt så mye på dette med brukermedvirkning (jf. 3.6). Vårt klare inntrykk er dog at de også syntes det var positivt å snakke om temaet.

Siden prosjektet omhandlet et sensitivt tema som tvang og rettighetsinngripende tiltak, var det nødvendig å gjøre kontinuerlige etiske overveielser og reflektere over hvilke konsekvenser dette kunne få for de involverte (Oeye, Bjelland & Skorpen, 2007). I tillegg til at beboerne måtte være vurdert til å være samtykkekompetente av de ansatte som rekrutterte dem, var vi også oppmerksomme på dette, og vurderte om kravet om frivillig deltakelse ble overholdt slik at man ikke påførte noen skade hverken fysisk eller emosjonelt (Ruyter, 2003). Et annet aspekt vi måtte være særlig oppmerksomme på, var faren for at kartleggingen skulle bli preget av at mange av prosjektmedarbeiderne tidligere hadde jobbet med tvangsfeltet på ulike vis: noen i forbindelse med klinisk praksis, noen som forskere og noen som deltakere i ulike råd og utvalg. Dette forsøkte vi å veie opp for ved å legge til rette for drøftinger internt i gruppa, der bruker-, fag-, ansatt- og forskerperspektivet var representert.



# 4 Tiltak som griper inn i beboernes rett til å bestemme over eget liv

I dette kapittelet beskriver vi fenomenet potensielt rettighetsinngripende tiltak slik det ble formidlet av beboere og ansatte. Vi viser på hvilke livsområder tiltakene settes inn og hva slags tiltak det er snakk om, hvordan de påvirker hverdagen til de det gjelder, og hvordan de begrunnes. Vi løfter også frem hvilke avveininger som gjøres og hvilke dilemmaer som særlig personalet opplever.

Både ansatte og beboere beskrev ulike typer tiltak og handlinger som grep inn i beboernes livsutfoldelse og hverdagsliv. På bakgrunn av at det er de ansatte som iverksetter tiltak og gjør vurderingene knyttet til dem, kommer de ansattes stemme tydeligst frem i fremstillingen. Beboernes oppfatninger forteller først og fremst hvordan de opplever konsekvensene av de ansattes valg.

## 4.1 Hvordan reguleres tiltak overfor beboerne?

Ved så godt som alle de kartlagte boligene ble det inngått avtaler for å regulere samarbeidet mellom hver enkelt beboer og de ansatte. Noen ganger ble avtalene kalt samarbeidsavtaler, andre ganger individuelle avtaler. Dette var avtaler som kom i stand enten ved innflytning i boligen eller i forkant av denne. I de fleste tilfeller var det et formelt dokument som beboeren skrev under på, men det kunne også være avtaler som i mindre grad var formalisert. Innholdet i samarbeidsavtalene var forskjellige og tilpasset den enkelte beboer. For eksempel kunne avtalene regulere de ansattes mulighet til å ta seg inn i beboernes leilighet, beskrive rutiner for bistand til personlig hygiene eller økonomi, eller avtale restriksjoner knyttet til røyking eller rusmidler.

Samarbeidsavtalene var en utbredt praksis og ble sett på som en løsning for å manøvrere i et landskap som ble opplevd som juridisk uklart. De

ansatte kunne være klar over hvilke begrensninger for inngripende praksis som lå i det lovverket som eksisterer i dag, og brukte avtaler med beboernes samtykke slik at de på lovlig vis kunne gi helsehjelp ved å gripe inn på ulike måter. Av og til bar avtalene tydelig preg av at det var bekymring for beboernes helse som lå til grunn for tiltakene, og tiltakene som var beskrevet sto i forhold til det. Andre ganger fremsto sammenhengen mellom begrunnelser og tiltak mer utydelig. I noen tilfeller kunne tiltakene være de samme som hadde vært gjennomført da beboerne var innlagt i institusjon, og da var begrunnelsen at tiltakene måtte være de samme for å unngå at beboeren ble reinnlagt.

### 4.1.1 Samarbeidsavtaler og husleieavtaler

Prosessene rundt inngåelse av samarbeidsavtaler og husleieavtaler foregikk på forskjellige måter. Noen steder deltok beboerne aktivt i utarbeidelsen, andre steder var de mindre involvert. Noen steder var ansatte opptatt av å formidle tydelig hva som kunne skje dersom samarbeidsavtalen ikke ble fulgt opp av beboeren. For eksempel ble det uttalt direkte at dersom en ikke ville skrive under samarbeidsavtalen måtte en kanskje finne seg et annet sted å bo. Dette ble gjort til tross for at de ansatte visste at dette ikke kunne være grunn for oppsigelse av husleiekontrakt. Andre steder var de mer opptatt av å formidle at dersom beboeren ikke ville ha den hjelpen som var bestemt, var det aktuelle boligtiltaket kanskje ikke riktig for vedkommende.

I utformingen av samarbeidsavtaler ble det beskrevet tilfeller der beboerne klart og tydelig hadde samtykket til at de ansatte kunne gripe inn i enkelte situasjoner. Men det ble også beskrevet situasjoner hvor det var mer uklart om beboerne hadde samtykket. For en del beboere var avtalene

noe de hadde et lite bevisst forhold til. De kunne være usikre på hva de hadde skrevet under på, og om de hadde skrevet under på noe. Det var uklart for oss om de ikke husket, eller om det var noe ved prosessen som forårsaket denne usikkerheten. Personalet kunne også være usikre på i hvilken grad beboeren var klar over hva de hadde samtykket i og hva konsekvensene ville være.

Som nevnt var noen av samtykkene formalisert og skrevet under på mens beboeren var innlagt i institusjon, og det fremsto som usikkert for oss om beboeren opplevde det som et reelt alternativ ikke å samtykke.

Ved noen av boligene var inngåelse av samarbeidsavtaler en forutsetning for å få tildelt bolig. Gjennom samarbeidsavtalen måtte beboeren for eksempel samtykke i oppfølging av økonomi, praktisk bistand, medisiner og rusfrihet. På denne måten måtte beboeren finne seg i å få oppfølging på en rekke områder hvis vedkommende ville beholde boligen. Noen beboere beskrev at de godtok vilkårene fordi de ikke ville få tilbud om noen annen bolig. Andre ganger uttrykte beboeren at det å takke ja til bolig var en måte å overleve på. Hensynet til familien var ytterligere en begrunnelse til å si ja til boligen med de vilkår som gjaldt. Dette gjaldt spesielt beboere med omfattende rusproblemer, hvor alternativet slik beboeren oppfattet det var å være bostedsløs.

*«Jeg tenkte at det er eneste mulighet jeg har til å få noe, så jeg hadde ikke noe valg egentlig. Jeg tenkte at jeg må bare ta det.»*

I slike tilfeller ble begrepet livstidskontrakt beskrevet som et ønske fra beboerne for å oppleve en trygg og varig bosituasjonen. Det å være på tvungent vern uten døgnopphold ble også i noen sammenhenger oppfattet som en beskyttelse mot utkastelse.

Vi fant tilfeller der samarbeidsavtaler var knyttet til husleieavtalen, og der husleieavtalen hadde oppsigelsestid innebar det også oppsigelsestid på samarbeidsavtalen. En slik ordning innebærer at beboeren i oppsigelsestiden må avfinne seg med tiltak han/hun ikke samtykker i.

Et av de vanligste vilkårene i de samarbeidsavtalene som var knyttet til husleieavtale, var at

de ansatte skulle ha mulighet til å låse seg inn i beboernes leilighet eller sette i verk tiltak hvis de var bekymret for beboerne. Ett sted var det nedfelt i husleieavtalen at de ansatte kunne kontakte beboeren eller pårørende på sms, eventuelt at de kunne låse seg inn for å undersøke om beboeren var der hvis vedkommende ikke var blitt observert på 24 timer. De beboere som trengte ekstra tilsyn skrev i tillegg under på en egen avtale, der de ansatte kunne låse seg inn ved mistanke om at beboerne var dårlige. Tiltaket var begrunnet ut i fra ansvaret de ansatte hadde for å utøve faglig forsvarlig hjelp, og at beboerne hadde fått tildelt en bolig for personer med behov for tilsyn. Andre steder ble det beskrevet at det var vanskelig å få gitt beboerne forsvarlig helsehjelp fordi det ikke kunne stilles noen krav eller vilkår i husleiekontrakten. Her opplevde de ansatte at det var en forventning fra omverdenen om at kommunen skulle ta vare på beboerne, men at de ansatte ikke hadde de virkemidlene som skulle til dersom beboerne selv ikke ønsket hjelp. I noen tilfeller hadde man bygget opp et kostnadskrevende tilbud rundt beboere som flyttet etter kort tid, der de ansatte opplevde at årsaken til fraflyttingen var nettopp det at en ikke hadde lyktes med å ordne en samarbeidsavtale. Dette var der en tolket husleieloven som ufravikelig, det vil si at en ikke knyttet vilkår til denne. Av og til kom også de samme beboerne tilbake igjen og en måtte starte på nytt. Kommunene opplevde at de sto i en umulig situasjon der de skulle gi hjelp til noen som ikke ønsket dette. Det ble beskrevet som uklart om det å gi et botilbud knyttet til visse vilkår for beboerne var lovlig, og kommunene forholdt seg ulikt til dette spørsmålet.

De ansatte beskrev noen dilemmaer der beboerne aktivt motsatte seg hjelp i situasjoner som i utgangspunktet var regulert gjennom ulike typer avtaler. Når man sto oppe i de aktuelle situasjonene hvor beboerne var tydelig uenige i tiltakene som var avtaleregulert, var de ansatte usikre på lovligheten knyttet til det å gripe inn.

#### **4.1.2 Husregler**

Mens samarbeidsavtalene regulerte samarbeidet mellom hver enkelt beboer og de ansatte, ble

husregler ofte benyttet for å regulere samarbeidet mellom alle beboere i et botiltak og mellom beboerne som gruppe og de ansatte. Husregler var som oftest mer generelle regler som alle som bodde et sted måtte følge, men ved enetiltak kunne også husregler som var formalisert og signert gjelde den ene personen som bodde der.

Alle de samlokaliserte botiltakene som ble kartlagt hadde husregler som regulerte hva som var lov og hva som ikke var lov for beboerne. Reglene gjaldt først og fremst fellesareal og det arealet som var utenfor beboernes egne boliger. Der boligene var veldig små eller manglet egne kjøkken, ble felles kjøkken og fellesstuer en viktig del av boligen. Her ble husreglene således mer inngripende for beboernes livsutfoldelse i egen bolig. Noen av husreglene regulerte også forhold som overnattingsbesøk og besøk i egen boenhet. Ut over dette inneholdt husreglene gjerne noen begrensninger som følger naturlig av å bo i et boligkompleks der man bor tett på hverandre. Dette kunne for eksempel være at det skulle være ro etter klokken 23. Det virket som det var en allmenn forståelse for at de måtte være slik når flere mennesker bodde under samme tak.

En del beboere var opptatt av hvordan reglene kom i stand, om de fikk være med på å bestemme hvilke regler som skulle gjelde, og prosessen når reglene skulle endres. Det var ulike rutiner for utarbeiding av husregler. Noen steder ble husregler tatt opp på beboermøter der alle fikk drøftet dem, andre steder ble de bestemt av personalet. Andre steder igjen virket det som reglene var noe en i fellesskap snakket om, uten at det ble nedskrevet eller problematisert ytterligere. Noen steder opplevde beboerne at de ble lyttet til når de sa ifra om husregler de ikke likte, andre steder opplevde de å få til svar at det «bare var sånn»; det sto i husreglene, og da var det ikke mer å si. Stort sett hadde beboerne liten innflytelse når reglene skulle lages. Men for beboerne var husregler et tema de var opptatt av. De reagerte på at regler endret seg plutselig, uten at de ble informert om det, og de opplevde det urettferdig når enkeltpersoners atferd gjorde at det ble strammet inn på husreglene. Noen ansatte fortalte også om husregler som ble laget i etterkant av spesielle uheldige episoder.

## 4.2 Tiltak i hjemmet

De tjenestene vi har sett på blir gitt i, eller i tilknytning til, hjemmet, hvor de ansatte kommer nært på beboernes private liv. Undersøkelsen viste at flere forhold hadde betydning for beboernes opplevelse av privatliv, og var avgjørende for i hvor stor grad beboerne opplevde at de bestemte over sitt eget hjem. Forhold som ansattes tilgang til leiligheten, måten tilgangen ble håndtert på, hvordan hjemmet burde se ut og hvilke gjenstander en kunne ha der, var blant det som hadde betydning.

De ansattes tilgang til beboernes leilighet var et tema som kom opp mange steder. En beboer fortalte at personalet som regel låste seg inn uten å ringe på. Kun i noen tilfeller banket de på i forkant av at de låste seg inn. Vedkommende hadde sagt ifra flere ganger at hun ikke ønsket at de låste seg inn uten å ringe på, men ble ikke hørt. Innlåsing ble begrunnet med at de ansatte hadde ansvar for å forebygge brann, og at de måtte se til at vedkommende hadde det bra. Beboeren ønsket selv besøk, også oftere enn hun fikk, men hun ønsket at de skulle ringe på når de kom på besøk.

Andre steder ga de ansatte uttrykk for at de var bevisste sin væremåte overfor beboerne i deres egne hjem, nettopp for å unngå å gripe mer inn i deres privatliv enn de vurderte som nødvendig. De nevnte konkrete eksempler som å opptre respektfullt i leiligheten, ikke flytte på ting, ikke ta på ting, ikke kaste ting uten å spørre og ikke trå over terskelen til soverommet.

## 4.3 Dilemmaer og avveininger ved tiltak i hjemmet

De ansatte beskrev flere av tiltakene som en balansegang mellom beboers rett til selvbestemmelse og rett til privatliv på den ene siden, og plikten til å yte helsehjelp på den andre. Det ble beskrevet som situasjoner hvor det i liten grad var entydige svar på hva man burde gjøre. Det var usikkerhet om hvilke juridiske forhold som var av betydning i de ulike situasjonene og hvilke faglige perspektiver som burde ligge til grunn for de avgjørelsene som ble tatt. *«Men det å trampe inn ... Når du skal la personen få sin selvbestemmelsesrett og samtidig yte den helsehjelpen han skal ha, og når de to ikke*

*samsvarer helt - hvilket hensyn veier tyngst da?»*

Mange ansatte reflekterte over hva beslutningene de tok innebar av faglig ansvar. De opplevde at de kontinuerlig måtte balansere sine vurderinger av hva som var faglig forsvarlig, opp mot hva beboere var villige til å ta imot av hjelp. En ansatt beskrev blant annet et dilemma hun opplevde da en beboer ble økende mistenksom og isolert. Hun opplevde at hun til dels presset seg på selv om beboeren kun åpnet døra på gløtt og tydelig ikke ønsket besøk. Hun vurderte det som faglig forsvarlig fordi hun anså det som nødvendig å få vurdert hans helsetilstand. Hun utførte også tiltak som ikke var nedfelt i avtaler, men som hun så som en nødvendig og naturlig del av jobben. Blant annet meldte hun bekymring til fastlege, og overtalte beboeren til å bli med til legevakten for vurdering. I etterkant ga beboeren uttrykk for at hun hadde stor påvirkningskraft.

*«Han kommenterer av og til at jeg har en voldsom makt i forhold til at jeg nærmest kan diktere at han må innlegges.»* Det fremsto som om den ansatte både vurderte det som riktig å gripe inn, samtidig som det var en betydelig relasjonell og emosjonell kostnad ved å stå i dette. Det som kunne gjøre slike situasjoner ekstra utfordrende var at det kunne være vanskelig å få spesialisthelsetjenesten til å gjøre en vurdering av om innleggelse var riktig tiltak. I slike tilfeller kunne de kommunalt ansatte føle seg alene om ansvaret. I den nevnte situasjonen ble det sendt ut innkalling på sms om poliklinisk time, noe som beboeren ikke ønsket, og avsto. Den aktuelle ansatte savnet en kontaktperson i DPS eller et ambulansakutt-team som kunne handle raskere og kunne oppsøke beboeren hjemme. Da kunne man tidligere snudd en negativ sykdomsutvikling og unngått en innleggelse med mye dramatik og stor belastning for beboeren.

Denne situasjonen viser også at ikke å gripe inn kan føre til at man ikke gir forsvarlig helsehjelp. Det var et åpent spørsmål om man i gitte situasjoner unngikk å handle fordi det ble lagt for stor vekt på beboernes rett til selvbestemmelse. Noen beboere ga for eksempel uttrykk for at de noen ganger ønsket kontakt selv om de ikke greide å uttrykke dette verbalt. De hadde vanskelig for å gi uttrykk for at de ønsket hjelp. En fortalte at de ansatte ikke

alltid burde gi opp å få kontakt, til tross for at man uttrykker at man vil være i fred: *«Jeg kunne kanskje ønsket at man la merke til om det stemmer at den personen har det så bra som han sier, og heller fokusere på det, i stedet for å være så streng på de reglene for eksempel.»* En annen beboer fortalte at han ikke fikk hjelp siden han ikke ba om det. Gjennom en ansatt ble det gitt et eksempel på en overprøvende måte å håndtere beboeravvisning på, med positivt utfall; beboeren svarte alltid at hun hadde det veldig bra når den ansatte kom på døren. Hun uttrykte verbalt at hun ikke ville at den ansatte skulle komme inn, men den ansatte oppfattet etter hvert at kroppsspråket signaliserte noe annet. Hun satte seg derfor likevel ned hos beboeren en dag og foreslo en prat. I ettertid har beboeren sagt at hun ønsket at noen skulle gjøre dette.

#### **4.4 Holde orden hjemme**

Mange steder ble det utøvd noe påtrykk for å få beboere til å holde orden i egen leilighet, dvs. å vaske og rydde regelmessig. Som regel gjaldt dette vasking mer enn rydding. De ansatte forsøkte å motivere og veilede, og noen ganger beskrev de det som «litt press». *«De kan jo si at «jeg nekter å rydde» og så kan du på en måte ikke gjøre noe mer, men vi prøver jo å overtale da. Jeg vil kanskje ikke kalle det tvang altså, men press. Litt press kanskje.»*

Ansatte diskuterte på hvilken måte man kunne komme i posisjon til å hjelpe personer som gjentatte ganger sto i fare for å måtte totalrenovere leilighetene sine, men som ikke ønsket hjelp. Ett sted hadde de begynt med møter hvor boligkontor, ansatte, pårørende og beboer var til stede. I utgangspunktet var møtene ment som et press for å få beboeren til å skjønne alvoret, og at han måtte slippe de ansatte inn. Men i møtene var det minst like mye fokus på å rose alt beboeren hadde gjort. Dette gjorde at beboeren selv tok mer aktivt del i møtene etter hvert og han forklarte blant annet hvorfor situasjonen hadde blitt sånn tidligere. I følge de ansatte syntes beboeren at møtene var gode og at tiltaket ikke ble oppfattet som tvang eller unødig påtrykk. Han ble etter ansattes oppfatning derimot mer motivert til å gjennomføre husarbeid, og til å ta imot hjelp.

Flere beboere beskrev at de ikke syntes de ansatte la seg for mye opp i om de hadde orden i leiligheten. En beboer syntes at de ansatte kontrollerte for lite hvordan folk hadde det i leilighetene sine, og opplevde det som negativt at det ikke ble ordnet opp. En annen beskrev at personalet kun grep inn i ekstreme tilfeller. En beboer eksemplifiserte en inngripen fra personalet som hun synes var positiv. Hun ønsket å kaste mye av det hun eide fordi det var kaos, mens den ansatte heller hjalp henne å rydde. Et annet sted hadde de ansatte latt være å gripe inn i en lignende situasjon fordi de ikke vil gå inn med for mye makt. Andre ganger hadde beboere erfaringer med at dersom det ikke ble gjort husvask den dagen som sto i husreglene, fikk det konsekvenser i form av besøksnekt.

#### 4.4.1 Begrunnelse for tiltak for å holde orden i hjemmet

Begrunnelsen for påtrykket fra de ansattes side, var bekymringen for en utvikling som over tid kunne gjøre det helseskadelig å bo i leilighetene, og for at det ble uverdige boforhold. Det ble blant annet presentert tilfeller hvor det ble behov for å totalrenovere leiligheter. De ansatte opplevde at det av og til kunne gå for langt uten at man grep inn, at det var vanskelig å gripe inn i tide før situasjonen ble ille nok. De beskrev at de «lirket og lurte», og at de truet med oppsigelse av husleieavtalen for å få det til.

Men det ble også vist til en situasjon hvor en beboer tidligere hadde mistet sin leilighet på grunn av forsøpling. Her hadde man startet på nytt med at beboer og ansatte sammen laget lister over hva som måtte gjøres når, og at dette fungerte bra. De ansatte beskrev det slik: «*Selv om han synes det er veldig strevsomt å gjøre alt dette husarbeidet, så er han veldig glad i listene. Han har slitt med å klare å finne ut av det selv, og han er redd for å havne i en situasjon der det skal bli så ille at han blir kastet ut, for det var en traumatisk opplevelse for ham. Så det har jo på en måte ført til at han trives godt i boligen sin, med listene sine.*»

#### 4.5 Hygiene, påkledning og atferd

Et annet område der vi kom inn på potensielt rettighetsinngripende tiltak var knyttet til hvordan

beboerne ivaretok utseende og hygiene, og hvordan de kledde seg og fremsto i det offentlige rom. Beboerne vi snakket med fortalte ikke om tiltak som de opplevde som rettighetsinngripende på dette området. Ansatte reflekterte rundt de faglige og etiske dilemmaene som lå innenfor flere områder: påkledning, hygiene og dusjing, klesbytte, tannstell, utseende generelt samt atferd som kunne vekke oppsikt. I de fleste tilfellene ble tiltakene kjennetegnet av at de ansatte forsøkte å veilede eller motivere beboerne til å skifte klær, dusje eller lignende, dersom de mente at det var behov for det. Hvis beboerne ikke fulgte veiledningen, fulgte ikke de ansatte opp ytterligere. En ansatt uttrykte seg slik: «*Personlig hygiene, der blander jeg meg ikke inn. Bortsett fra at jeg ville kanskje sagt ifra hvis jeg kjente lukt eller noe, da kan jeg gjerne stille noen spørsmål i forhold til klesvask og litt dusjing og sånne ting, da.*»

Hvordan en slik forhandling kunne ende, illustreres av en beboer som fortalte at han ikke alltid var så opplagt til å dusje. Her hadde de kommet frem til en avtale om dusjing to ganger i uka for mange år siden, og den avtalen har hengt på døra hans siden.

I: Ja, ble dere enige om to ganger i uken da, eller?

M: Eeh ja, vi ble enige.

I: Synes du det var greit?

M: Jojo.

En beboer sa at det eneste de ansatte var strenge med, i tillegg til rus, var at en tok på seg rene og pene klær når en gikk ut. «*Det er bedre personlig hygiene på oss som bor her, enn hva det er på beboere som ikke har et sånt tilbud, som bor ute i vanlige nabolag. Det er bedre det.*» Han sa videre at personalet jobbet med dette på en fin og respektfull måte. «*Du går ikke ut så damer blir å se at du har middagsrester på t-skjorta.*»

Noen ganger førte redsel for at en beboer skulle få frostskafer til at de ringte politiet i etterkant av at beboer hadde dratt ut, dersom de ikke klarte å få på ham tilstrekkelig med klær før han dro. Dette i sammenheng også med at han hadde drukket og det var fare for at han ville sovne ute i kulda.

Andre steder sto dusjing på ukeplanen. Vi ble fortalt om et tilfelle der en beboer ikke dusjet på

tre-fire måneder, noe som resulterte i dusjing med makt og at vedkommende deretter ble sendt til akuttavdeling i psykisk helsevern. Da hadde det vært en periode der alle de andre beboerne hadde gått ut når han kom i fellesarealet. Han fikk beskjed om at han ikke kunne komme inn i fellesarealet før han hadde dusjet, og til slutt var det så ille at de måtte bringe medisinen inn på rommet hans.

Et sted der de ansatte opplevde at de på området hygiene og påkledning utførte rettighetsinngripende tiltak mot en beboer, var den eneste begrunnelsen at spesialisthelsetjenesten kom med sterke føringer. De kommunalt ansatte var uenige med spesialisthelsetjenesten. Uenigheten gikk på når på døgnet en beboer skulle dusje. Beboeren dusjet uten problem hver dag, men det var ønskelig for ham å skifte tidspunkt. Dette var tatt opp i ansvarsgruppemøte med spesialisthelsetjenesten flere ganger. De ansatte i kommunen støttet beboeren i hans ønske, men fikk ikke gehør. Begrunnelsen for at de ansatte fortsatte med å gjøre noe som beboeren tydelig ikke ønsket, men likevel gikk med på, var at de opplevde at spesialisthelsetjenesten visste best: *«Det som er, de har diskutert dette på et høyere nivå, med flere spesialister, skal vi si det sann? Så da tenker vi at vi får jo bare høre på, sant?»* Her opplevde de også et dilemma ved at beboeren det gjaldt var føyeelig: *«Han er en fantastisk snill person som er opptatt av å være hyggelig, og da er han veldig lett å bestemme over. Og så skal det mye til før han setter ned foten.»*

En ansatt fortalte at hun jobbet med en beboer som kunne gå ut naken. En gang hadde hun møtt beboeren naken på trappa, og snakket med henne om at dette ikke var bra, med tanke på naboene som kunne se henne. Beboeren ble sint og slo etter henne, men den ansatte fikk likevel ledet henne inn i gangen. Beboeren hadde lenge i ettertid snakket om at den ansatte hadde bestemt over henne, men den ansatte opplevde likevel at dette var det riktige å gjøre.

Den samme ansatte oppsummerte hvordan hun opplevde muligheten for inngripen: *«Rent kommunikativt så må vi gripe inn, og da er det veldig grensegang om dette blir å bestemme over, eller om det blir å gi dem reelle valg.»* Hun beskrev en annen situasjon der hun var sammen med en beboer som

ville gå ut med et kort skjørt uten undertøy under, som hun avverget på følgende måte:

*«Jeg gikk inn sammen med vedkommende i leiligheten, og så snakket vi litt og tok oss en kopp te og det ble en lang prat, og så skulle vedkommende ut for å handle. Så begynte jeg å snakke om alt det fine hun hadde i skapet; hun hadde så mye fint tøy, hun var en veldig estetisk dame. Og da inviterte hun meg inn på soverommet; «kan ikke du se om jeg kan ha en fin overdel?» spurte hun. Så det var det som skjedde. Og hun gikk inn på badet og skiftet og fikk på seg et lengre skjørt og en fin overdel og var veldig fornøyd. ... Ja, så det endte jo godt, men jeg visste at hvis hun hadde reist til byen i det korte skjørtet uten undertøy, så hadde det ikke vært en god situasjon for henne, det hadde faktisk vært vondt for henne i ettertid. Og det er det du må avverge der og da, på en ok måte.»*

Tannhygiene var noe mange ansatte uttrykte bekymring for, og som de opplevde som vanskelig å gjøre noe med. Jevnlig tannpuss kunne stå på ukeplanen, men beboeren bare strøk det ut. Det ble fortalt om et tilfelle der de presset en beboer til å gå til tannlegen, hvor beboers redsel eskalerte utover dagen slik at det endte med at han slo ned en ansatt fra et eksternt team. De ansatte sa at de lærte av denne situasjonen at de skulle respektere hans motstand, selv om konsekvensen da ville være at tennene ville forgå.

En beboer hadde i maniske faser en sosialt ikke-akseptabel atferd, hvor den ansatte fikk oppringninger fra naboer og andre deler av tjenesten. Han fortalte at beboeren ikke satte pris på oppfølgingen når han var oppstemt. *«Det også er et dilemma, hvor mye skal jeg pushe når han er høyt oppe? Han har jo rett han til å blamere seg, han har rett til å bruke opp sine penger, men det er på en måte litt forebyggende å holde han litt i ørene.»* I følge den ansatte ble denne beboeren deprimeret i minst 14 dager etter en slik hendelse.

#### **4.5.1 Begrunnelse for tiltak knyttet til hygiene, påkledning og atferd**

Begrunnelsen for motiveringen eller ønske om inngripen fra de ansattes side var følgende: Når det gjaldt påkledning var de bekymret for at beboer kunne fryse eller omkomme. Videre ville de

forhindre at beboerne ble lei seg i etterkant av at de hadde opplevd at folk hadde stirret på dem eller snudd seg etter dem.

De ville også forhindre at beboere blamerte seg ved å gå skittent eller for utfordrende kledd, slik at de ble stigmatisert i lokalmiljøet og dermed ytterligere isolerte. *«Samtidig er det de som søker tjenester hos oss som har lite nettverk og som ønsker hjelp til å få et større nettverk, og da tenker jeg at det er litt viktig å sette fokus på sånne ting.»* De ville også forhindre at beboerne ble i dårlig psykisk form i etterkant av at de hadde blamert seg.

De ansatte var også bekymret for at beboerne med sin påkledding kunne bli utnyttet seksuelt. De hadde videre opplevd at beboeres pårørende hadde blitt lei seg av å se beboere kledd på en måte som vakte oppsikt. Slike konsekvenser synes de ansatte det var trist, men de sa samtidig at det var vanskelig å gjøre noe med dersom beboeren ikke tok deres innspill til følge.

Når det gjaldt hygiene kom ikke begrunnelsen klart frem alle steder, trolig fordi det var underforstått. Der det ble snakk om det, ble det i samlokaliserte boliger begrunnet med hensynet til de andre, for eksempel i spisesituasjon eller fellesareal. Der det var nedfelt i husreglene, fikk ikke beboerne være i fellesarealet eller lage seg mat dersom de ikke var ren i klærne og i seg selv; her ble dette brukt som et argument for at beboeren skulle stelle seg.

#### 4.6 Mat og drikke

Kartleggingen ble som beskrevet i kapittel 3.1 gjennomført i svært ulike boliger. Noen bodde i institusjonslignende botiltak, hvor de betalte for opphold og mat. Ved noen av disse stedene ble maten i hovedsak servert som fellesmåltider. Her hadde beboerne få muligheter til å bestemme selv hva de skulle ha til middag og hvor mye de ville spise. Andre steder der beboerne heller ikke hadde kjøkken, var de avhengige av hjelp fra personalet til å hente mat, frukt og drikke på et felleskjøkken som gjerne var avstengt på kvelds- og nattestid. Alternativt var det mulig å smøre matpakke ved kveldsmåltidet. Mangel på eget kjøkken gjorde at det blant annet ble diskusjoner mellom ansatte om hvordan de skulle forholde seg til henvendelser fra

beboerne om mat utenom måltidene. Noen tenkte at det var en selvfølge at folk skulle få mat når de ba om det, mens andre forholdt seg mer strengt til reglene om faste tidspunkt for måltider. De ansatte opplevde at manglende kjøkken hindret beboerne i prosessen med å bli selvstendige, og de opplevde det som uverdigg for beboerne. Ved andre institusjonslignende steder ble det handlet inn felles mat for alle, som ble tilberedt sammen, og beboerne kunne skrive middagsønsker på en liste. De hadde også mulighet til å klage på maten gjennom beboermøter, og det var mulighet til å ordne mat og spise for seg selv hvis man ønsket det. Noen steder satt beboerne opp matbudsjett sammen med de ansatte og de ordnet alt med handling og matlaging selv, eventuelt skrev de handlelister til personalet som handlet for dem.

I de fleste av disse tilfellene beskrev de ansatte hvordan de forsøkte å oppmuntre beboerne til et godt kosthold. De beskrev mange tilfeller der de hadde lyktes med målrettet motivasjonsarbeid og et særlig fokus på livsstil og kosthold. Blant annet ble det vist til et eksempel med en beboer med utviklingshemming, hvor et langsiktig motivasjons- og endringsarbeid for å unngå overspising hadde gitt positive resultater. I et tidligere tiltak hadde denne personen hatt hengelås på kjøleskapet på grunn av overspising.

*«Vi står daglig overfor det dilemmaet, så vi må bruke litt «gulrotter» da. Hun er veldig glad i å dra på tur og gå på kafé, og da er vi ofte rollemodeller. Vi kjøper et godt smørbrød i stedet for å kjøpe en kake, og så ser vi at hun gjør det samme. Vi har også gått inn på en avtale der hun bare drikker brus i helgene. Vi har begynt med en ting i gangen, istedenfor alt på en gang. Og det har egentlig gått ganske bra.»*

I noen tilfeller var ansatte bekymret for om beboere fikk i seg tilstrekkelig næring. Dette gjaldt personer som tidvis fungerte dårlig på grunn av sin psykiske lidelse, og som fortrinnsvis oppholdt seg i sin egen leilighet. Dette uten at det forelå frivillig inngåtte avtaler som ga de ansatte anledning til å gå inn og undersøke hvordan beboerne hadde det. De gjorde ulike vurderinger rundt dette. Når kunne de gå inn og hvilke vurderinger burde ligge til grunn? Noen ansatte stilte blant annet spørsmål om hvor

mye man kan tillate beboerne å forfalle, for eksempel når de er bekymret for om beboerne får i seg nok mat og drikke, og brukte begrepet «offentlig omsorgssvikt» for å beskrive situasjonen. Følgende sitat belyser dette:

*«Er det rett at brukeren skal være i leiligheten sin uten at han noen gang er ute av den? Det blir så fullt i leiligheten, slik at du må være forsiktig så ikke noe raser ned. Det er brannfarlig, vi vet ikke om beboeren får i seg nok mat, det er mange ting vi har lyst å hjelpe beboeren med, men vi får ikke hjulpet til med noen ting. Vi prøver med forskjellige innfallsmetoder og spør oss selv; er det mulig å gjøre noe på tvang? Nei, det er faktisk ikke det.»*

Her hadde de ansatte en opplevelse av at de ikke nådde frem med frivillige tiltak, og at beboeren hadde behov for mer hjelp enn de kunne nå fram med.

I kartleggingen ble det beskrevet tiltak for å begrense matinntak og sukkerholdig drikke, men også kontrolltiltak for å undersøke om folk fikk i seg nok næring. «Trusler» om å havne på sykehjem hvis avtaler rundt måltid ikke ble fulgt, utporsjonering av mat og å låse seg inn i beboerens leilighet for å undersøke vedkommendes ernæringsmessige tilstand, ble nevnt som eksempel. De ansatte opplevde at personer utskrevet fra institusjon manglet erfaring når det gjaldt kosthold, og så dette som et dilemma fordi de så hvor raskt beboerne gikk opp i vekt etter at de hadde flyttet i egen bolig.

*«Og veldig usunt kosthold. Veldig lite variert kosthold. Vi prøver å argumentere for at det skal være litt variasjon, vi prøver å motivere til det, men vi kan ikke presse dem til å spise det vi synes er fornuftig å spise. Det gjør vi ikke, så vi ser at vekta går opp når de kommer fra en institusjon.»*

Begrensninger når det gjaldt brusdriking var også en type tiltak som ble iverksatt. En beboer hadde mulighet til kun å drikke en begrenset mengde brus hver uke. Ansattgruppen i bofellesskapet hadde innimellom refleksjoner om dette var riktig eller hensiktsmessig å gjøre, og hvor spesifikk begrensningen eventuelt burde være. Beboerens kommunikasjonsproblemer og lave fungering gjorde vurderingene ekstra vanskelige.

Det ble også beskrevet særlige begrensninger

av matinntak til beboere som hadde mer alvorlige fysiske helseplager, for eksempel diabetes. Dette var personer som ikke greide å regulere sitt matinntak, og hvor dette kan få umiddelbare helsemessige konsekvenser. Her var det store variasjoner med hensyn til hvordan og hvorvidt de ansatte grep inn:

*«Hos oss er det noen som har diabetes og kostholdsregler. De vil gjerne ha mye mat og drikke, så det er klart vi har noen begrensninger, og regler av alle slag.»*

I et annet tilfelle vurderte de ansatte at det ville være altfor inngripende når det gjaldt beboers selvstendigjøring å gripe inn i kostholdsvaner, medisiner og livsstil. Dette til tross for at beboeren hadde høyt blodsukker. De ansatte låste seg ikke inn i leiligheten, låste ikke inn pengene hennes eller hindret henne å kjøpe sukkerholdige matvarer. De snakket heller med henne om kosthold og motiverte som best de kunne. De ansatte opplevde her at de ikke hadde greid å hindre henne i å spise (da måtte de ha fotfulgt henne). De vurderte også at det hadde med selvstendigjøring å gjøre; beboeren ville miste mye av funksjonsevnen om de tok fra henne dette ansvaret. De opplevde for eksempel at ved at beboeren måtte på legevakten og være der over natten, lærte hun at det ikke bare var for de ansatte å sette insulin på henne. I etterkant av denne hendelsen ble inntaket hennes av sukker litt mindre. De ansatte opplevde et stort ansvar når beboer nektet å være med på legevakten, og hadde stadige diskusjoner om hvor mye grensesetting en skulle gjøre. «Noen ganger får man dårlig samvittighet også, man tenker jo at helse skal komme først, da.»

Det ble også vist til eksempler hvor det hadde lyktes å finne kompromisser som fungerte.

*«Så vi kom frem til et kompromiss som jeg tenker var greit for meg: Det var at vi kunne dele opp porsjonene, slik at vi kunne ha en servering nummer to, men at den ikke var så stor som nummer en. På den måten kunne jeg se at beboeren ble fornøyd uten at hun overspiste.»*

De mest inngripende tiltakene, som for eksempel utporsjonering av mat, ble utelukkende benyttet overfor personer som hadde store problemer med å greie hverdagslige gjøremål. Dette var personer som bodde i institusjonslignende botiltak, og hvor det var utfordrende å få til en god kommunikasjon



rundt livsstilsproblemerne. I slike tilfeller oppfattet ansatte at livsstilsproblemerne førte til forverring av den psykiske helsa; beboeren ble så overvektig at han ikke fikk til å bevege seg og bli med på aktiviteter, som igjen resulterte i økt isolasjon og dårlig selvbilde i en negativ loop.

De ansatte kunne oppleve slike situasjoner som inngripende og konfliktfylte. De viste både til uenigheter ansatte imellom og mellom ansatte og beboere om hvilke tiltak som kunne iverksettes for å hindre overspising.

#### 4.6.1 Begrunnelse for tiltak knyttet til mat og drikke

I all hovedsak ble tiltakene begrunnet med fare for overspising, underernæring eller et helseskadelig kosthold. Mange av de ansatte var bekymret for at spesielt beboere som tidligere hadde vært lenge på institusjon og ikke hadde erfaring med å ta ansvar for eget kosthold, hadde et for dårlig kosthold.

Inngripen i brusdriking ble begrunnet med at beboeren hadde behov for stor grad av forutsigbarhet, hadde mangelfull evne til å regulere sitt brusinntak, og at det var en videreføring av en ordning fra spesialisthelsetjenesten.

#### 4.7 Røyking

I noen sammenhenger ble det inngått frivillige avtaler om røykerestriksjoner. Det vil si at beboerne skrev under avtaler om at de ansatte kunne oppbevare røyken deres, og at de fikk utdelt for eksempel en eller to røyk i timen. Flere av beboerne som deltok i kartleggingen oppga at de røykte daglig og at det kunne være restriksjoner knyttet til hvor mye og hvor ofte man kunne røyke i løpet av døgnet.

*«Jeg har bare lov til å røyke én i timen. Jeg røyker én i timen, jeg kan ikke røyke mer.»*

Mange av de ansatte bekreftet røykerestriksjonene. De beskrev utfordringer knyttet til beboernes røyking, og at røyking ble forsøkt regulert av ulike årsaker. Mange steder inneholdt husleiekontrakter avtaler om at beboerne ikke skulle røyke inne i leilighetene, noe som ble begrunnet med faren for brann. Andre tiltak var tilsyn gjennom dagen og restriksjoner på antall røyk. De ansatte opplevde regelverket rundt brannsikring som tydelig og avklart

når det gjaldt hva beboerne hadde lov til å gjøre. Ett sted hjalp imidlertid hverken husleiekontrakten, samtaler med brannvesenet eller med lederen ved botiltaket. Beboer røykte fortsatt inne i leiligheten og plasserte strømpes over brannvarslerne. Kommuneadvokat hadde vurdert saken, men det førte ikke til inngripen, og beboer fortsatte å røyke i leiligheten.

De ansatte beskrev noen dilemmaer knyttet til praktisering av avtalene, for eksempel når beboerne etterspurte mer røyk enn avtalen tilsa, eller på andre tidspunkt enn det som var avtalt. Skulle man forholde seg til den frivillig inngåtte avtalen, eller gi etter for beboernes ønske der og da? *«Når man står midt oppi det, så kan det være litt vanskelig, vi vet jo ikke hvor grensa går»*, sa en ansatt. Det var ulike oppfatninger blant de ansatte om i hvor stor grad man burde bruke skjønn og være fleksibel i håndtering av disse avtalene. Beboernes behov for faste rutiner og forutsigbarhet, de ansattes innstilling til om alle bør gjøre ting likt eller om det burde utvises skjønn, og i hvor stor grad beboerne var pågående i sin etterspørsel etter røyk, hadde betydning for de vurderingene som ble gjort. Noen av beboerne som hadde bodd lenge i institusjon var vant til røykerestriksjoner og stilte i liten grad spørsmål rundt dette.

*«Jeg tipper alle disse tiltakene var for at det skulle fungere å ha ham boende her, og jeg tror han var så glad for å bo i egen leilighet at han gjør hva som helst på en måte. Det er i hvert fall mitt inntrykk. Bare det at han takker så mye hvis han får sin egen røyk, og jeg tenker vi kan prøve å ... ja, få han til å innse at han er litt friere enn han tror han er.»*

Selve prosessen med å inngå frivillige røykerestriksjonsavtaler ble også problematisert. Mange av de ansatte opplevde innimellom at de la vel sterke føringer på prosessen. Det gjaldt spesielt i tilfeller hvor de ansatte hadde et godt forhold til beboeren. Så selv om beboerne i utgangspunktet var uenige i røykerestriksjonene, kunne de la seg overbevise om at dette var fornuftig fra ansatte de hadde et spesielt godt forhold til. En ansatt sa det slik:

*«Det er vi som legger føringer. Vi legger mye føringer og så får vi dem stort sett gjennom – hvis du har*

*en god relasjon eller velger en ålreit dag, så skriver dem jo under for de hører på oss, og vi har jo mye makt.»*

I noen sammenhenger mente de ansatte at det var viktig å prøve seg frem, og være villig til å gi beboerne en sjanse. Kanskje kunne det å regulere egen røykeaktivitet være et første steg i retning av en mer selvstendig tilværelse, etter lang tid i institusjon? I ett tilfelle beskrev noen ansatte at de hadde hatt en drøfting om det kunne la seg gjøre å la en beboer få utdelt en del røyk om morgenen og at han selv bestemte når han skulle røyke disse gjennom dagen. Dette hadde gått helt fint. Det viste seg i ettertid at deres antakelse om at denne beboeren ikke evnet å fordele sin røyk gjennom dagen ikke stemte. Et annet sted hadde de fjernet røykebegrensningen, og selv om beboeren nå røykte 30-40 sigaretter i døgnet, vurderte de at det var viktigere at beboeren fikk håndtere røyken selv, enn de helsemessige gevinstene ved et røykereguleringsregime.

#### 4.7.1 Begrunnelser for tiltak knyttet til røyking

Røykerestriksjoner ble ofte begrunnet med helsemessige forhold, for eksempel at beboerne hadde sykdommer som ville forverres med for mye røyking. I noen få tilfeller var også røykerestriksjonene begrunnet med at dette var et viktig tiltak for at man skulle unngå aggresjonsutbrudd og utagering som en følge av at beboeren var tom for røyk. Andre ganger fremsto årsakene til røykebegrensningen mer uklare. For eksempel fortalte ansatte ett sted at det ikke var lov å røyke inne i egen leilighet. I denne sammenhengen ble ikke årsaken til denne inngripen beskrevet, men siden det på samme sted var svært mange regler uten at det forelå åpenbare begrunnelser for dette, kunne det se ut som at dette kun var ett av mange begrensende tiltak.

Ved ett tilfelle fortalte ansatte om røykerestriksjoner som ble videreført fra spesialisthelsetjenesten. Det vil si at de samme røykerestriksjonene som beboerne hadde da de var innlagt på institusjon, ble videreført når beboeren flyttet inn i en kommunal boform som drev etter sykehjemsforskriften. Restriksjonene ble begrunnet med at beboeren spurte svært ofte etter røyk, og røykte svært mye. Det ville være veldig helseskadelig hvis man ikke begrenset

tilgangen til røyk. I mange av de andre botiltakene ble også lignende begrensninger beskrevet. Begrunnelsene for å regulere tilgangen til røyk var en antakelse om at hvis de fikk all røyken på en gang, ville de røyke i ett sett. Flere beskrev detaljerte avtaler om at røyk ble rutinemessig utdelt hver hele og halv time, noe som var mer begrunnet ut i fra praktiske årsaker som de ansattes daglige rutiner, samt for at beboer ikke skulle gå tom.

Begrensning av røyking ble i ett tilfelle knyttet til at personen bodde på et botiltak<sup>5</sup> som også var godkjent til å gi døgntilrettelagt psykisk helsevern for voksne<sup>6</sup>. De ansatte var klar over at det ikke ga grunnlag for å redusere røyking, men røykebegrensningen ble likevel forklart med begrensning i utgang. Med utgang én gang i timen, så begrenset også røykingen seg til én gang i timen.

Noen ansatte opplevde det som rigid at beboerne måtte vente til et bestemt klokkeslett for å røyke. I noen sammenhenger hindret dette for eksempel beboerne å ta seg en røyk etter måltid, noe mange satte pris på. Ved flere tilfeller diskuterte de ansatte om det ville være mulig at beboerne som hadde røykerestriksjoner hadde tilgang til sin egen røyk og hva konsekvensene av dette ville være. En ansatt sa det sånn: *«Man sitter med noen følelser om at det er greit, samtidig som det er lett å sette spørsmålstegn ved det. Hva om man gir ham tre pakker for å se hvordan det går?»*

I ett tilfelle hadde de ansatte inngått avtale med beboeren om tilsyn på grunn av brannfare, selv om beboeren i utgangspunktet ikke ønsket kontakt med de ansatte. Tilsyn ble begrunnet med bekymring for brann fordi det var mye rot i leiligheten og noe av rotet kunne falle over en ovn, samt at glør fra sigarettene kunne falle ned i sofaen og ta fyr.

En del ansatte var skeptiske til å introdusere regelverk som for eksempel kunne regulere beboernes røyking, men de var samtidig fortvilt over at de ikke kunne hjelpe mer der beboerne selv ikke så sine behov.

*«Egentlig ikke, for da hadde det gått utover ham som person. Hvis jeg bare hadde trampet inn - han er*

<sup>5</sup> Et behandlingstilbud eid/drevet av en stiftelse. Tidligere drevet av ideell organisasjon, nå basert på midler overført fra flere kommuner.

<sup>6</sup> Forskrift om private virksomheters adgang til å yte spesialisthelsetjenester mot betaling fra staten (§11). FOR-2017-01-03-6.

*mer enn dobbelt så gammel som meg - og bare sagt at: «nei du skal ikke røyke», så tror jeg det hadde blitt veldig skadelig da for ham. Men, det er det at jeg skulle ønsket at det var noe jeg kunne gjøre, for jeg vet at det ville vært godt for ham. Men det er ikke dermed sagt at han ser det selv.»*

På den andre side ble det av noen ansatte også beskrevet som utfordrende å forholde seg passivt og ikke gripe inn overfor personer som hadde store helseplager på grunn av røyking, og som forverret sin helsetilstand med stor røyking.

#### 4.8 Bruk av rusmidler

Det ble benyttet ulike typer reguleringer i botiltakene for å unngå at beboerne ruset seg for mye. I hovedsak regulerte en rusbruk der mange beboere bodde sammen i samlokaliserte boliger, og var ofte nedfelt i husreglene. Det kunne være regler om at man måtte gå direkte til sin leilighet dersom en var beruset, eller man måtte søke på forhånd for å få drikke alkohol. Det kunne for eksempel være vilkår om rusfrihet for å få tildelt bolig, trusler om utkastelse ved bruk eller salg av rusmidler, forbud mot å nyte alkohol i leiligheten, begrensning av besøk og overnatting, gjennomgang av eiendeler, og bruk av ulike rustester ved mistanke om bruk av rusmidler. Ett sted var det kun lov å drikke i helgene. I noen boliger<sup>7</sup> var reguleringene innarbeidet i individuelle samarbeidsavtaler, hvor det for eksempel var avtalefestet at man bare kunne drikke en begrenset mengde alkohol i løpet av uka. Ett sted var regulering av rusmiddelbruk en del av et omfattende regime i et tiltak etablert rundt en enkelt beboer. Dette kommer vi inn på under kapittel 4.12 Inn- grep i sosialt liv.

I samlokaliserte boliger kunne rusbruk føre til konsekvenser for medbeboerne. De ansatte kunne oppleve det som vanskelig ved disse stedene å forholde seg passivt til at beboerne stadig kunne bli sykere, og også at andre beboere kunne utsettes for ruspåvirkning. Spesielt ett sted brukte de ansatte mye tid og krefter på noen få beboeres rusmiddelbruk. Dette rusmiddelbruket var et stort problem

for naboene. Til stadighet var det en beboer som skapte mye uro i fellesarealet, og de måtte bruke tid på å få ham tilbake i egen leilighet slik at de andre beboerne skulle få ro. Ansatte opplevde det som et dilemma at beboerens rett til å drikke så mye han ønsket gikk ut over de andre beboernes rett til å ha et trygt bomiljø. Den nærmeste naboen til vedkommende hadde vært innlagt på DPS i flere måneder fordi han ikke kunne være i nærheten av vedkommende siden han selv nylig hadde kommet ut av sin rusavhengighet. Personalet ønsket seg ikke flere tvangsmuligheter, men de ønsket seg en annen sammensetning av beboere. De opplevde at det gode miljøarbeidet de tidligere hadde praktisert i boligen ikke lenger var mulig å få til. Her kan det også nevnes at de måtte be en beboer låse døra til sin leilighet i bekymring for at en annen beboer skulle forgripe seg på henne seksuelt. At den førstnevnte beboeren hadde en selvskadingsproblematikk som gjorde at hun kunne la være å låse døra, kompliserte saken ytterligere.

Mange beboere opplevde at det var mye generelle regler rundt rusbruk, men de ga også uttrykk for at det var bra med restriksjoner og kontroll, da det hindret rus og bråk og gjorde at de følte seg trygge. Flere ga uttrykk for at det hadde vært bedre med flere individuelle avtaler når det gjaldt rusbruk, begrunnet i at dette ikke var et problem for alle.

*«Bare fordi det finnes noen personer som ikke takler alkohol, så betyr ikke det at ingen gjør det. Men samtidig så tenker jeg ikke over det, jeg har ikke problemer med den biten. Men jeg kunne godt tenkt meg å nyte en og annen øl, når jeg sitter og slapper av i helgene i leiligheten min.»*

Fravær av rusproblemer kunne være et vilkår for å få tildelt bolig, og bruk av rusmidler kunne få konsekvenser i form av utkastelse. Noen av beboerne opplevde at dette ble praktisert strengt. «Det er så strengt at vi blir kastet ut, vi kan bli kastet ut så syke som vi er. Det synes jeg er vel strengt.» Andre påpekte at det ikke fikk noen konsekvenser dersom en brukte rusmidler, noe som gjorde det vanskelig for dem å regulere inntaket.

I enkeltstående boliger ble regulering av rusbruk ikke praktisert.

De ansatte beskrev som et dilemma om de

<sup>7</sup> Noe av dette er i privat behandlingstilstand, hvor kommunene betaler stykkpris per behandlet pasient. Pris avhenger av alvorlighetsgrad og avtalt behandlingstilstand/ kompetansebehov.

fortsatt skulle holde på det som sto i samarbeidsavtalen om regulering av rusbruk dersom beboeren tydelig ønsket å oppheve avtalen. I slike sammenhenger ble det gjerne brukt både veiledning, motivering, overtalelse, gjentakelse av avtalens utgangspunkt og påpeking av konsekvenser. En av konsekvensene av ikke å følge opp avtalen kunne være at vedkommende med stor sannsynlighet ville bli innlagt i spesialisthelsetjenesten. Dette fordi rusing medførte økt symptomtrykk (forverring i psykisk lidelse på grunn av rus) og/eller atferd som var en sikkerhetsutfordring. Flere steder ble innleggelse i spesialisthelsetjenesten brukt som en trussel for å få vedkommende til å unngå å gjøre noe som han egentlig ville, som for eksempel å gå ut for å ruse seg. Det ble også fortalt om forhandlinger for å få beboeren til å gi fra seg alkohol, og oppfordring til å slutte med rusmidler på grunn av risiko for fysisk sykdom.

Overfor en beboer hvor de var redde for at han ville forgå/skade seg oppsto det stadig situasjoner der de forsøkte å snakke med beboeren for å forhindre at han gikk ut. Dersom han likevel dro ut, opplevde de ansatte det som vanskelig å avgjøre når de skulle ringe politiet, og når de ikke skulle gjøre det.

#### 4.8.1 Begrunnelser for tiltak knyttet til bruk av rusmidler

Stort sett var reguleringer av rusbruk begrunnet ut fra hensynet til medboere. Tiltakene ble oppfattet som viktig av de ansatte for å unngå uro og deling av rusmidler mellom beboerne.

Reguleringene var også begrunnet i mulige uheldige konsekvenser for beboernes psykiske og fysiske helse, å unngå innleggelse i spesialisthelsetjenesten, eller forhindre at beboerne skulle bli ute av stand til å gjennomføre de daglige aktiviteter.

Noen begrunnelser var også knyttet til sikkerhet for ansatte, og faren for at beboer selv kunne skade seg eller komme i farlige situasjoner - for eksempel sovne ute i kulda, skade seg selv eller andre, falle på sjøen og i verste fall dø.

#### 4.9 Besøk og overnatting

Regler for besøk og overnattingsbesøk varierte. Noen steder var det ikke lov med overnatting.

Andre steder var det lov, men med visse reguleringer. For eksempel kunne den besøkende ikke være der mer enn 50 % av tida, personen ville da blitt oppfattet som å ha flyttet permanent inn i boligen. Dette var noe som eventuelt måtte besluttes av boligkontoret. Ett sted hadde de en generell husregel om at det ikke var lov å besøke naboer etter et visst tidspunkt. Beboerne forsto bakgrunnen for regelen som at man ønsket å unngå oppsamling av folk i enkelte leiligheter hvor det ble brukt rus. Men regelen kunne få uønskede konsekvenser for beboerne. En beboer beskrev for eksempel at han hadde sovnet under et besøk (hvor det ikke ble brukt rusmidler), og fikk besøksnekt i 14 dager i den aktuelle etasjen som en straff for overtredelsen. På grunn av at dette var en felles husregel var det ikke rom for å komme med noen forklaring, og det var små muligheter for å påvirke beslutningen. For beboeren var dette en episode som bidro til at han kviet seg for å gå på besøk hos andre, og bidro til at han ble mer isolert i sin leilighet.

Det varierte om det var de ansatte eller beboerne som bestemte hvem som skulle få tilgang til bygget. Noen få steder var det overvåkningskamera eller adgangskontroll ved fellesinngangen til boligkomplekset for å ha kontroll over hvem som kom og gikk. Beboerne ga uttrykk for at de opplevde dette som en trygghet fordi de slapp å bli plaget av folk i rusmiljøet. *«Det er jo en trygghet for alle som bor her, vi alle har altså ei liste der vi kan sette opp folk som vi ikke vil ha inn i gangen i det hele tatt.»*

Et sted hadde en besøkende blitt bortvist på grunn av konkrete trusler mot de ansatte. Et annet sted fortalte en ansatt at en beboer selv hadde bedt om hjelp til å sette grenser for besøk, men at han ble usikker på om han ønsket å slippe dem inn da de sto på døra. Den ansatte valgte å holde fast på avtalen og forklarte avvisningen med at de ikke ønsket rusmidler på huset og at besøket kunne medføre utrygghet blant de andre beboerne på huset. Dette gjorde situasjonen lettere for beboeren, men den ansatte var allikevel usikker på om dette var riktig fordi beboeren hadde behov for mer kontakt med andre mennesker.

Et annet sted var det en husregel om at beboeren måtte oppgi navnet på overnattingsbesøket dagen i

forveien. Det gjorde det vanskelig med mer impulsive overnattingsbesøk for beboerne. Et tredje sted var beboeren vurdert til å være mentalt under seksuell lavalder og man forsøkte å overtale vedkommende til ikke å ha seksuell omgang. Det ville vært uheldig både for beboeren selv, og for seksualpartnern. Her ble de helsemessige potensielle skadene sett som viktigere for vurderingen enn en juridisk avveining om hvorvidt dette var legitimt.

#### 4.9.1 Begrunnelse for tiltak knyttet til besøk og overnatting

For de ansatte var det viktig å unngå innførsel av rusmidler via besøkende, men også å unngå voldsepisoder fra besøkende som var ruspåvirket. Også mange beboere ga uttrykk for at det måtte være en viss regulering, eller så ble det kaos.

#### 4.10 Medisinbruk

Mange ansatte beskrev at de hadde rutiner for å gi beskjed til behandlende lege eller andre samarbeidspartnere hvis medisinen ikke ble tatt, hvis man oppfattet tegn på forverring eller hvis en beboer ikke greide å ivareta seg selv. I noen sammenhenger opplevde de ikke at samarbeidspartnere i spesialisthelsetjenesten bisto tilstrekkelig i situasjonen. *«DPS'en er veldig nøye på at det er frivillig basert, og det er jo vi også. Men noen må gripe fatt når de er dårlige. Så jeg har jo kjørt de til legevakt, etter å ha fortalt de at nå må vi ta en tur til legevakta, for nå er jeg bekymret for deg. Og da har det vel vært en slags frivillig tvang på en måte, da.»*

De ansatte beskrev flere dilemmaer rundt oppfølgingen av medisiner. Det gjaldt blant annet usikkerhet omkring hvilke muligheter de har for å gripe inn i situasjoner hvor beboere slutter med medisiner og ikke greier å ivareta seg selv. Ett eksempel var en beboer som hadde sluttet å ta medisin og som ikke hadde vedtak om tvungent psykisk helsevern:

*«Jeg har jo sett at han har vært dårlig lenge og har meldt bekymring til fastlegen ved flere anledninger. I tillegg ringte mor meg og var bekymret, for han avviste henne hundre prosent. De hadde egentlig et veldig nært og godt forhold. Så det var jo en del ting som var bekymringsverdige. Han ble stadig tynnere og det gikk*

*over litt tid. Jeg følte jo at dette skulle vært tatt tak i før, men det ble litt som de sier, at her i Norge så er det lov å få gå til grunne. Det er en stor belastning å se at de mer eller mindre forgår, og så er det ikke mulig å få gripe inn.»*

I andre situasjoner forsøkte de ansatte gjerne å motivere, overtale og også «true» med ulike konsekvenser hvis beboerne sluttet å ta medisin.

*«For det første så prøver vi å motivere da, jeg føler kanskje at jeg truer når vi da sier at vi ringer legen og sier fra. For det første vil jeg motivere den brukeren til å gjøre det selv, da. Men jeg sier også ifra at det var en av oss som gjorde det. Så man kan se på det som en trussel og si at det får en konsekvens.»*

I noen av intervjuene blir de kommunalt ansattes rolle i gjennomføringen av tvangsmedisinering etter psykisk helsevernloven beskrevet. Gjennomgående hadde de ansatte en klar forståelse av at de ikke hadde lov til å gi medisin dersom beboeren ikke samtykket, og at de ikke hadde et formelt ansvar i gjennomføringen av tvungen behandling. Dette ønsket de heller ikke, fordi det kunne være ødeleggende for forholdet til brukeren. Likevel beskrev mange at de opplevde å ha et ansvar for å prøve å overtale beboerne til å ta medisin, og å ha et ansvar for å informere om konsekvenser av ikke å ta medisin. Dette så de som et dilemma, siden beboerne kunne oppleve informasjon om konsekvenser som en trussel. Vi ble fortalt om tilfeller hvor de ansatte bisto med å låse seg inn til beboeren når prosedyrene rundt spesialisthelsetjenestens administrering av tvangsmedisinering skulle gjennomføres i bolig, men understreket at dette var tilfeller hvor det forelå avtaler og samtykke fra beboeren det gjaldt.

*«De som er på tvungent psykisk helsevern vet jo hva konsekvensen blir da, og der må man hele tiden informere om at «du må ta medisinen din» og det er jo et press det også. Det er måten man gjør det på. Hvis noen sier til meg at, «nei, jeg vil ikke ta medisiner» og jeg prøver å overtale, så blir det uansett et press.»*

Noen ansatte opplevde spesielt overtalelser knyttet til antipsykotisk medisin som et etisk dilemma. De syntes det var vanskelig å skulle overtale noen til å ta medisin i tilfeller hvor de selv ikke var helt overbevist om at effekten medisinen hadde overgikk de bivirkningene brukerne opplevde og ga uttrykk for.

Det ble også vist til avtaler med spesialisthelsetjenesten om ansvarsdeling rundt vedtak etter psykisk helsevernloven som de kommunalt ansatte var fornøyd med. I disse fremgikk at de ikke hadde noe ansvar for å bistå i forbindelse med medisinerings.

*«Sånn at vi har ingenting med den tvungen å gjøre og vi har heller ingenting med medisinen å gjøre. Jeg tror at når medisinansvaret er i andrelinjetjenesten fører det til at vi i hvert fall ikke har den konflikten med vedkommende. Og det er en veldig ok måte å gjøre det på, for da kan vi bygge videre på det frivillige og det som er kjekt.»*

De ansatte beskrev også et dilemma hvor en beboer ikke hadde tvangsvedtak på medisiner, men hvor vedkommende trodde det selv. Bakgrunnen for at han trodde det var muligens knyttet til en tidligere innleggelse i spesialisthelsetjenesten.

*«Jo, jeg synes det er veldig vanskelig. Jeg husker han sa at han ville klage på medisineringsen, og han sendte en klage til Kontrollkommisjonen på at han ble medisinerert. De fant jo ikke noe tvangsvedtak på ham, så de kunne ikke gjøre noe. For det som ligger til grunn, er at for en tid tilbake da han var i DPS-systemet, sa overlegen at dersom han ikke tok medisin, kom de til å ta fra ham sertifikatet.»*

Det fremgikk at beboeren var informert om at han ikke var på tvungent vern, men at det var vanskelig for ham å oppfatte. De ansatte i botiltaket var i tvil om hvorvidt de burde informere beboeren gjentatte ganger om hans status som frivillig pasient, med rett til å motsette seg medikamentell behandling. De opplevde at han hadde fått en grei forklaring, og var redd for å forvirre ham mer. Personalets dilemma ble begrunnet i bekymring for brukeren. Dersom han tok konsekvensen av informasjonen og benyttet sin rett til å nekte medisin, fikk han oppblomstring av symptomer og ble tvangsinnlagt. Løsningen for personalet i boligen var at de la til rette for at han skulle få prate med dem som hadde det medisinfaglige ansvaret. Ut over dette vurderte de det som best for ham helsemessig at tvang eller ikke tvang ikke var et tema i miljøet. De vurderte altså at konsekvensene av ytterligere informasjon ville være til skade for pasienten.

Det ble også beskrevet situasjoner hvor beboer

vegret seg mot å ta medisin, som medførte at den ansatte førte medisinen bestemt mot munnen til beboer. Dette ble begrunnet med at man ville unngå at beboeren ble ytterligere urolig og situasjonen eskalerte. Det var også et tiltak som hadde blitt gjennomført på samme måte i spesialisthelsetjenesten.

#### **4.10.1 Begrunnelser for tiltak knyttet til medisinbruk**

Tiltak som ble iverksatt for å regulere medisinbruk var i første rekke for å sikre at brukeren tok de medisinene som var forskrevet. Dette ble igjen begrunnet i konsekvensene for brukeren ved ikke å ta medisin.

#### **4.11 Kontroll og oppbevaring av gjenstander**

Noen steder ble det praktisert kontrollrutiner etter at beboerne hadde vært ute. De ansatte kontrollerte om beboerne hadde farlige gjenstander i poser, vesker eller sekker, for eksempel våpen eller kniver. Kontrollrutinene kunne være nedfelt i individuelle samarbeidsavtaler og husregler, eller kunne være et vilkår for å få flytte inn i boligen. Beboerne forholdt seg ulikt til dette. En beboer åpnet for eksempel sekken sin automatisk for kontroll etter at han hadde vært ute, fordi han var vant til det fra den tiden han bodde i institusjon der han hadde vedtak på dette. En annen beboer ga uttrykk for at hun var uenig i kontrollen. De ansatte oppfordret da i stedet beboeren selv til å ta ut farlige gjenstander og begrunnet det overfor vedkommende med at de gjorde det for å beskytte henne. Selv om hun stort sett gjorde slik hun ble oppfordret til, ble dette oppfattet som et dilemma. De visste at den dagen hun ikke gjorde det, kunne de ikke gjøre noe.

Enkelte steder benyttet de ansatte veiledning og motivasjon i stedet for inngripende tiltak når det gjaldt gjenstander som kunne bli brukt til selvskading. En beboer ble oppfordret til å levere inn tabletter hun hadde kjøpt i selvskadingsøyemed. Noen ganger lyktes de med dette, andre ganger ikke. De ansatte understreket imidlertid at de ikke kunne bestemme at hun skulle levere inn tablettenes, og begrunnet dette faglig ved at de da ville ta fra henne ansvaret. I et annet tilfelle fikk en beboer ha barberblad i leiligheten. Denne beboeren hadde

lang erfaring med selvskading, og de vurderte at hun hadde ganske god kontroll på det hun gjorde. Dersom de tok fra henne barberbladene fryktet de at det kunne føre til at hun dro ut av leiligheten og skadet seg mer alvorlig uten at de var i nærheten, for eksempel ved å hoppe i sjøen eller ta en overdose tabletter. Denne tilnærmingen ble begrunnet med at beboeren etter mange år i institusjon gradvis skulle overta kontrollen over sitt liv. Målet var å føre ansvaret og bestemmelsen tilbake til brukeren selv: *«Ja, jeg tenker at når vi skal føre tilbake ansvaret til henne etter at hun er blitt vant til at alle andre tar ansvaret, så må det gjøres gradvis. Og det er som fluefisking, du kaster ut, og håper å få napp, og av og til glipper den kroken, og så må du dra inn, også må du kaste ut. Sånn at hvis hun bare får tredd alt ansvaret nedover, da kan det gå rett vest. Hun må få ta ansvaret gradvis. Til syvende og sist så skal hun jo ha ansvaret for eget liv.»*

Et sted ble radioen til en beboer inndratt hver kveld begrunnet med at beboeren ble urolig av for mye stimuli. Dette fremsto ikke som en avtale som var gjort med beboeren, men noe de ansatte hadde tatt initiativet til og der beboer ikke protesterte. Ved tidligere institusjonsopphold hadde vedkommende bare hatt radioen på sitt rom en halvtime pr. dag. I det kommunale botiltaket tok de radioen inn først ved leggetid med begrunnelse at han ellers ville ha den på hele natta. Andre eksempler som ble beskrevet var at en beboers dyne rutinemessig ble inndratt om morgenen begrunnet med opprettholdelse av døgnrytme, samt hygieniske årsaker, slik at han fikk tilbake dynen når kveldsstellet var gjort.

Noen av de ansatte reflekterte over om det kunne være slik at det var lettere å bestemme over mennesker som ikke protesterte, og der det tydelig fremsto at beboeren var preget å ha lange sykehusopphold bak seg og hadde lite kjennskap til egne rettigheter. Selv om det var stor inngripen i hverdagen i det kommunale botiltaket, var inngripen tross alt mindre omfattende enn når vedkommende var innlagt i institusjon. Det er mulig at det dermed gjorde det enklere for de ansatte å utøve tiltakene, på samme måte som det kunne være enklere for beboeren å akseptere dem.

*«Saken er vel den at han egentlig aldri har spurt*

*om dyna, det er en rutine fra sykehuset som vi videreførte, og så er han kanskje vant med det og tenker ikke så mye over det, egentlig, at hvorfor får ikke jeg ha dyna, liksom.»*

Et siste eksempel var en beboer som fikk inndratt høyttaleren hvis han spilte så høy musikk at de andre beboerne ble forstyrret, og han ikke skrudde ned lyden etter anmodning fra de ansatte. Her ble det diskutert hvorvidt terskelen var høyere for å ringe politiet i slike situasjoner enn det ville vært i et annet nabolag. Mange av de ansatte hadde ringt politiet ved flere anledninger, men opplevd at det ikke førte til noe. Å ringe politiet var slik vi forsto det noe man forsøkte å unngå for å skåne beboeren. De sa også at terskelen var høyere for å ringe politiet når beboeren var i et botiltak, enn om han hadde bodd i en egen enkeltstående leilighet.

#### **4.11.1 Begrunnelser for tiltak knyttet til kontroll og oppbevaring av gjenstander**

Som vist over ble de fleste tiltak hvor beboere ble fratatt gjenstander begrunnet i at de kunne være til fare for eller medføre ubehag for dem selv eller andre.

Rutinemessig kontrolltiltak, inndragning og oppbevaring av gjenstander var i overveiende grad tiltak som enten direkte eller litt moderert var overført direkte fra spesialisthelsetjenesten til en kommunal praksis. Det ble beskrevet et forholdsvis sterkt påtrykk fra spesialisthelsetjenesten om å videreføre de tiltakene som var igangsatt mens beboerne bodde i institusjon.

#### **4.12 Inngrep i sosialt liv**

Av og til kunne det iverksettes tiltak ut over besøk og overnatting, jf. kapittel 4.9., tiltak som hadde store konsekvenser for beboernes sosiale liv. Eksempler på slik inngripende praksis var fotfølging, utgang med følge, begrensinger i utgang, regulering av mediebruk og tiltak for å hindre seksuell omgang. Noen beboere måtte gi beskjed når de gikk ut, hvor de skulle og når de kom tilbake, og utgang skulle helst være planlagt på forhånd.

Begrensning av muligheten til å gå ut var i hovedsak nedfelt i avtaler med beboerne. Avtalene kunne regulere hvor mye man kunne gå ut. I ett

eksempel ble det presentert flere «nivåer» for hvor mye man kunne gå ut, og en utvidelse/innskrenkning av muligheten til utgang ble sett i sammenheng med resultat av rustester eller at man ikke var tilbake til medisintidspunkt. Dette systemet ble beskrevet som en viktig forutsetning for at beboeren skulle greie å bo i et kommunalt botiltak. Ansatte reflekterte mye over om det var bedre for vedkommende å bo i egen bolig med så mange restriksjoner fremfor å være innlagt i institusjon. Fordi beboeren hadde mange negative erfaringer med dramatiske innleggelses og opphold ved institusjoner mente de at dette var den beste løsningen. De ansatte opplevde som et stort dilemma at tiltakene var forankret i en samarbeidsavtale som beboeren egentlig ikke var enig i, men som han hadde skrevet under på for å få bo der. Avtalen skapte mange vanskelige situasjoner både for beboeren og for de ansatte. Beboeren hadde skrevet under på avtalen sammen med vergen i spesialisthelsetjenesten, men når den aktuelle situasjonen oppsto, fremsto beboeren som han ikke husket dette.

*«Nei, han hadde jo fått for seg at dette skulle være en ny start og var veldig misfornøyd. Og han sa «dette her er ikke (sykehusavdeling), jeg trodde jeg skulle ha det mye friere. Han var jo veldig misfornøyd med det.»*

En annen beboer beskrev det samme fenomenet ved å si: *«For ikke å være på psykisk helsevern, så må jeg samarbeide med personalet og ikke være utagerende.»* Han satte ord på noe av det som er beskrevet i eksempelet over, men i tillegg ga beboeren uttrykk for at alternativet til å bo der han bodde nå, var verre enn å samarbeide.

Enkelte steder var botiltakene lokalisert langt fra sentrum og beboere opplevde dette som begrensende for deres muligheter til å treffe andre. Tre av stedene vi besøkte hadde en beliggenhet som i seg selv reduserte mulighetene til sosialt liv. Beboerne var avhengig av å bli kjørt med privat bil for å komme til offentlig transportmiddel. Et av stedene intervjuet vi personalet, uten at de pekte på fenomenet som rettighetsinngripende. På de andre to stedene der vi snakket med beboere kom beliggenheten til botilbudene opp som en underforstått problemstilling ved at personalet regulerte skyss. Men også konsekvensene av ikke å rekke offentlig

transport (eksempelvis pga. forsovelse): da rakk en ikke avtalefestet trening, med påfølgende tap av rett til sosial kontakt, blant annet besøk. Dette ble forklart med at når vedkommende ikke rakk trening var personen «syk» og trengte derfor hvile, ikke besøk.

En beboer hadde en avtale om fotfølging. Dette var beskrevet som en frivillig avtale inngått med beboeren selv, etter veiledning fra spesialisthelsetjeneste og politi. De ansatte sa at de motiverte beboeren til å følge avtalen ved å tilby deltakelse på turer og aktiviteter. Å ha muligheten til å være sammen med andre forutsatte i denne sammenhengen et nært samarbeid med personalet. På den andre siden kan det tenkes at beboeren opplevde det som en trussel eller et fravær av et gode, dersom vedkommende ikke fulgte avtalene. Beboeren kunne oppheve avtalen, men konsekvensen var da at vedkommende måtte tilbake til spesialisthelsetjenesten igjen. På spørsmål om hva som lå i avtalen når vedkommende ble tildelt boligen, svarte den ansatte at det var husregler, der beboeren delvis hadde vært med på å lage disse. En konsekvens av fotfølging var at beboeren aldri var alene og heller ikke kunne ha et seksualliv. Men for denne personen kunne de ansatte også uttrykke bekymring for om vedkommende evnet å skille mellom samtykke og manglende samtykke fra en eventuell seksualpartner, og hvor fotfølgingen dermed også fremsto som et tiltak for å regulere vedkommendes seksualliv.

En beboer hadde daglige episoder med selvskading. I de tilfeller dette skjedde i fellesarealer måtte personalet fysisk leie vedkommende til leiligheten, og noen ganger fysisk hindre at beboeren returnerte til fellesarealer. I selvskadings situasjonene kunne de også holde beboeren for å hindre at han skadet seg.

Et sted lå det et informasjonsskriv hos politiet med bilde, begrunnet i en fare for at vedkommende kunne utøve seksuell vold. Et annet sted forelå det en avtale om å kontakte politiet dersom beboer var ute mer enn 1,5 time på egenhånd.

Vi fikk også beskrevet situasjoner der de ansatte opplevde at beboerne trengte mer aktivitet og sosialt liv, men at det enten ikke var tid nok til å aktivisere dem, eller at beboerne vegret seg. De beskrev situasjoner hvor beboere isolerte seg mer og mer,



og hvor det var vanskelig å gripe inn for å forhindre det. Flere steder ble balansen mellom motivering og selvbestemmelse drøftet: «Noen ganger så dytter vi nok. Vi har ei som ikke vil på noen aktiviteter, og da pusher vi litt ekstra. Hun er litt irritert fordi vi maser, men hver gang hun har klart å gjennomføre, så er hun så blid som en sol når hun kommer tilbake. Da er dagen reddet omtrent, for da har hun opplevd mestrings.»

Dette er et eksempel på en situasjon der det faglige skjønnnet er avgjørende for om tiltaket blir opplevd som motivering eller utilbørlig press. Slik vi fikk det beskrevet, kan det av og til være en hårfin grense mellom motivering og tvang, spesielt når gjelder beboere som er vant til å bli bestemt over, og som i liten grad evner å protestere. En beboer formidlet for eksempel at det *ikke* burde være slik at de ansatte presset personer som slet sosialt, til å gå ut mer, fordi det måtte en gjøre ut fra hva en følte for selv.

#### 4.12.1 Begrunnelser for tiltak knyttet til inngrep i sosialt liv

De inngripende tiltakene ble i all hovedsak begrunnet med at beboeren kunne utgjøre en fare for andre eller at vedkommende selv kunne bli utnyttet, skadet ved uaktsomhet, forkomme eller dø. Tiltakene ble også begrunnet med fare for at vedkommendes psykiske helsetilstand kunne bli forverret, og at innleggelse i spesialisthelsetjenesten ellers kunne bli nødvendig. Denne begrunnelsen for inngrep kunne for eksempel gjelde i situasjoner hvor skadelig bruk av rusmidler kunne få store konsekvenser for egen helse om dette ikke ble forhindret.

Enkelte ganger var tiltaket en videreføring av noe som fungerte da beboer var innlagt i spesialisthelsetjenesten, og som spesialisthelsetjenesten anbefalte ble videreført. Det kunne foreligge avtaler med beboerne om tilsvarende restriksjoner som i sykehus, men etterhvert som de ansatte ble kjent med beboeren kunne man trappe med bruken av inngripen.

En ytterligere begrunnelse for inngrep var knyttet til fravær fra avtalt aktivitet. For eksempel kunne fravær fra kurs, arbeid eller trening tolkes som at vedkommende var fysisk syk. Han eller henne kunne dermed ikke gå ut den dagen, selv

om fraværet kunne ha andre årsaker. En beboer fikk ikke ta imot besøk med samme begrunnelse; fravær fra kurs ble tolket som at han var syk. Disse situasjonene kunne være nedfelt i samarbeidsavtaler hvor vilkåret om trening var presisert, men hvor konsekvensene ikke var avtalefestet. En beboer hadde tatt opp med primærkontakt at hun noen ganger ikke orket å trene, uten at det hjalp; hun fikk ikke ha besøk den dagen.

Et sted resulterte utagerende atferd i at vedkommende ikke fikk kjøre bil med personalet på 14 dager. Årsaken til dette var delvis knyttet til sikkerheten for beboeren og ansatte, men også at det var et atferdsregulerende tiltak.

Det ble problematisert hvorvidt svært tett oppfølging med mye kontroll falt innenfor helse- og omsorgstjenesteloven betingelser. Noen ansatte kunne oppleve at hovedvekten av det de gjorde hos noen beboere ikke var helsetjenester, men heller hadde til hensikt å passe på at beboeren ikke utgjorde noen fare for andre. De sa at lite tid ble brukt til å hjelpe beboerne med å mestre daglige gjøremål eller annen helsehjelp.

#### 4.13 Tiltak for å styre økonomi

Tiltak for å regulere beboernes økonomi ble hyppig beskrevet av både beboere og ansatte. Begge grupper beskrev ordninger hvor ansatte hadde kontroll over beboernes økonomi, uten at beboerne hadde samtykket i dette. Det kunne være avtaler om lompenge der beboerne hver uke fikk en sum penger, eller at ansatte oppbevarte beboerens kredittkort. Ved oppbevaring av kredittkort fikk beboerne tilgang til kortet kun etter avtale med de ansatte, eller de ansatte ble med på handletur og begrenset innkjøp. Mange steder fremsto det uklart om tiltakene var en del av en hjelpevergeordning, hvor det offentlige hadde myndighet til å forvalte den enkeltes økonomi, eller om det var lokale ordninger som de ansatte hadde initiert selv. Noen beboere som hadde hjelpeverge opplevde for eksempel ikke selv at de hadde overlatt ansvaret for økonomien til noen andre, og det var ukjent for dem hvordan det hadde gått til. En beboer beskrev også at han måtte gå gjennom de ansatte for å få tilgang til sin hjelpeverge; hjelpevergen hørte kun på de ansatte.

En situasjon som illustrerer hvordan de ansatte grep inn og regulerte pengebruk, var en handlesituasjon med en beboer som ofte handlet for mye når han var på butikken. Dette gjorde at han fort gikk tom for penger, og de ansatte var derfor med når han handlet. Dette ble beskrevet som et vanskelig dilemma for de ansatte. De hadde en tydelig opplevelse av at det de gjorde i handlesituasjonen var inngripende i personens rett til selv å bestemme hvor mye og hva han skulle handle. Samtidig vurderte de at personen på egen hånd ikke greide å forvalte økonomien sin.

*«Dette er jo en av situasjonene hvor vi faktisk enten manipulerer, utøver utilbørlig press eller hvor vi prøver å styre. Han hadde antakelig kommet ut med to handlekurver i stedet for en, så hva gjør du? Det blir feil uansett, men du får iallfall handlet.»*

Vi fikk også beskrevet forholdsvis mange eksempler fra beboere som av ulike årsaker (for eksempel rusmisbruk) ikke ønsket å ha ansvaret for privatøkonomien sin selv. De så behovet for at noen andre kontrollerte pengebruken deres og var glad for at de fikk hjelp til dette. Mange var for eksempel fornøyd med hjelpevergeordningen og ordningen «økonomi til forvaltning» administrert ved NAV, og mente ordningene bidro til orden, trygghet og forutsigbarhet.

*«Da har vi penger hver dag, og det er deilig. Vi sparer de dagene vi ikke bruker penger, og ellers så har vi penger hver dag, så det er ganske trygt.»*

Andre inngikk avtaler med de ansatte hvor de hadde kontrollen over deres privatøkonomi, slik at de slapp å gå tom for penger til mat, røyk og andre ting de trenger. *«Jeg styrer ikke pengene selv, for da vil de bli brukt opp med en gang.»*

Der både ansatte og beboere var enige om kontrollordninger rundt beboernes økonomi, ble det vist til gode eksempler hvor de sammen satte opp budsjett og beboerne fikk utdelt en pengesum hver uke etter eget ønske. På denne måten fikk beboerne mer oversikt og brukte ikke opp alle pengene på en gang. Dette gjaldt spesielt for beboere med rusproblemer, som var fornøyd fordi ordningen gjorde at de kunne spare og kjøpe seg ting som de tidligere ikke hadde hatt mulighet til, fordi pengene da hadde gått til rusmidler. En gikk så langt som å beskrive denne ordningen som det som holdt liv i ham.

*«Jeg synes det er bra. Det må være sånn, vi ruser oss i hjel hvis vi får frie tøyler.»*

#### 4.13.1 Begrunnelser for tiltak

##### knyttet til økonomi

Begrunnelsene for å iverksette tiltak hvor de ansatte overtok kontrollen over beboerens økonomi, var først og fremst å begrense pengebruken. Dette forhindret at uforholdsmessig mye penger ble brukt til ting beboerne umiddelbart hadde lyst på, til fordel for ting de trengte, som mat, klær og lignende.

De ansatte viste blant annet til eksempler hvor beboere hadde brukt svært mye penger over kort tid, i perioder hvor de ikke hadde hatt avtaler om reguleringer av privat økonomi. Disse dilemmaene ble spesielt tydelig overfor personer som i enkelte perioder var aktive med pengebruken på grunn av

- psykisk lidelse (for eksempel knyttet til maniske episoder)
- lite erfaring med å forvalte egne penger på grunn av langvarige opphold på institusjon
- rusproblematikk, hvor pengene primært ble brukt på rusmidler
- at beboerne, etter de ansattes mening, ikke var i stand til å gjøre økonomiske vurderinger på egne vegne (på tross av at de var vurdert som samtykkekompetente)

Noen av de ansatte ga uttrykk for at de følte ubehag ved å være så strenge: *«Nå har han jo bedre økonomi, så da trenger vi ikke være så strenge, heldigvis. Nå er det sånn at han kan løse litt mer. Jeg synes vi var veldig pirkete en stund, der vi måtte velge den billigste utgaven og ikke noe ekstra, ikke sant. Ikke noe å kose seg med, når det egentlig er hans penger.»*

# 5 Oppsummering, diskusjon og anbefalinger

## 5.1 Innledning

Med utgangspunkt i empirien presentert i kapittel 4 drøfter vi først i dette kapitlet fenomenet rettighetsinngripende tiltak. Deretter presenterer og drøfter vi en del problemstillinger knyttet til rettsikkerhet, dvs. dokumentasjon, kontroll, tilsyn og klageadgang. I den neste delen løfter vi fram ulike forhold som berører spenningsfeltet brukermedvirkning, faglige dilemma og behandlingsskultur. Kommunale «mini-institusjoner» og samarbeid med spesialisthelsetjenesten er tema for den påfølgende delen. I det neste delkapitlet drøfter vi behovet for kompetanseheving, forskning og kunnskapsutvikling. Deretter følger noen metodiske betraktninger, før kapitlet avsluttes med våre anbefalinger for hvordan rettighetsinngripende tiltak i kommunene bør følges opp, basert på rapportens funn.

## 5.2 Fenomenet rettighetsinngripende tiltak

Vår forforståelse av fenomenet rettighetsinngripende tiltak da vi startet dette kartleggingsarbeidet var tvangstiltakene hjemlet i psykisk helsevernloven, og slik de praktiseres i det psykiske helsevernet. Forskningslitteraturens påpekning av formell, lovbestemt tvang som en svært grov indikator på tvangsbruk (jf. kapittel 2.5) åpnet samtidig opp for et langt bredere perspektiv også på bruk av eventuelle rettighetsinngripende tiltak i kommunene. Som vist i kapittel 4 varierte de ulike formene for tiltak fra lite/usikker inngripen til mer åpenbar inngripen. For å tydeliggjøre har vi valgt å dele de ansattes beskrivelser inn i tre tiltakskategorier:

Situasjoner hvor man motiverte eller forsøkte å avlede ble sjelden oppfattet som inngripende. Slike situasjoner ble ofte forstått som god praksis fordi de kunne hindre/forebygge bruk av mer åpenbart inngripende tiltak. Bredt sammensatte bolig møter beskrevet i kapittel 4.4 og betydningen av rene

klær beskrevet i kapittel 4.5 er eksempler på slike situasjoner.

Andre ganger var tiltakene tydelig inngripende i beboernes livsutfoldelse. Felles for disse tiltakene var at det gjerne var tiltak i form av videreførte ordninger fra spesialisthelsetjenesten, eller at de var igangsatt etter veiledning fra spesialisthelsetjenesten. I spesialisthelsetjenesten var tiltakene hjemlet i psykisk helsevernloven. Tilsvarende lovhjemler mangler som kjent i kommunen (Syse, 2002). Eksempler på slike tiltak var fotfølging (jf. kapittel 4.12), meldeordninger, kontroll av vesker (jf. kapittel 4.11), regulering av utgang (jf. kapittel 4.12) og fysisk håndledning for å gi medisiner (jf. kapittel 4.10). I mangel av lovhjemler ble denne typen tiltak gjerne forsøkt regulert gjennom samarbeidsavtaler med beboerne (jf. kapittel 4.1.1), gjerne i samarbeid med beboers verger, eller de ble drøftet med Fylkesmannen. Vi fant også brukeropplevelser på at husordensreglene var begrensende på beboers livsutfoldelse. Beboere trakk for eksempel fram besøksforbud som straff for brudd på husordensregler som opplevd rettighetsinngripende (jf. kapittel 4.9).

Det ble også beskrevet tiltak hvor de ansatte var mer usikker på om de var inngripende. Dette var tiltak som lignet på det forskningslitteraturen har beskrevet som ulike former for påvirkning (jf. kapittel 2). Disse tiltakene ble blant annet beskrevet med ord som overtalelse, styring, manipulering, linking, luring og press. Et eksempel på dette kan være der en bevisst utnytter relasjonen en beboer har til en ansatt, for å få gjennomført et tiltak. Vi fant også at ansatte bevisst unndro å gi informasjon om rettigheter vedrørende husleiekontrakt, til tross for at beboeren var engstelige foran kontraktfornyning.

På forskjellige måter, og i ulik grad, grep alle disse tre tiltakskategoriene inn i beboernes livsutfoldelse og deres muligheter til å leve selvstendige og meningsfulle liv. Tiltakene kunne for eksempel

påvirke mulighetene til å bestemme over eget hjem, hvor mye man kan spise, drikke, røyke, hvor mye penger man kan bruke, i hvor stor grad man vil holde orden i leiligheten og ivareta egen hygiene, om man vil ta medisin eller hvor mye medisin man vil ta. Noen av tiltakene grep også inn i grunnleggende menneskerettigheter som for eksempel retten til å ha et privatliv og til å ha et sosialt liv. Samlet sett lignet tiltakene beskrevet over mye på de tiltakene som også ble beskrevet i Helsedirektoratets kartlegging (2015), og slik internasjonal forskning også har beskrevet tematikken langs et kontinuum fra oppmuntring til formelle tvangsinngrep (jf. kapittel 2.5).

Beboerne vi snakket med var hovedsakelig opptatt av hvilke konsekvenser generelle regler i botiltaket kunne få for den enkeltes hverdag. Regler i form av husordensregler kunne oppfattes som rigide. I mange sammenhenger manglet det også muligheter for å medvirke i utformingen av disse. Mange beboere avfant seg med strenge regler for å kunne bo et sted de ønsket. Dette gjaldt særlig for beboere som hadde omfattende rusproblemer og erfaringer med mange år med bostedsløshet, der alternativet var å bo på gata. Personer som hadde bodd lenge i institusjon fant seg også i strenge reguleringer for å unngå ny innleggelse i spesialisthelsetjenesten. Vårt inntrykk er at mange beboere, uavhengig av bakgrunn, hadde lite kunnskap om hvilke rettigheter de hadde som brukere av kommunale psykiske helsetjenester, inkludert sine rettigheter som leietakere. Og som vi vil komme tilbake til; de var heller ikke alltid klar over hvilke avtaler de hadde.

### 5.2.1 Begrunnelser for inngripende praksis

Ulike begrunnelser ble gitt for inngripende praksis, og begrunnelsene hadde store likhetstrekk med beskrivelsene i Helsedirektoratets kartlegging i 2015. Begrunnelsene som gikk igjen hyppigst var behovet for å gi tjenester til mennesker som ikke ønsket eller var i stand til å ta i mot hjelp, og da med formål å hindre dem i å skade seg selv og for å hindre negative helsemessige konsekvenser (av røyking/feilernæring mv.). Konkrete eksempler på begrunnelser for inngripen var å forhindre uverdige

boforhold som kunne føre til total renovering (opprettholde tilfredsstillende hygiene), hindre ukritisk matinntak, begrense atferd som kunne føre til sosialt stigma eller skade på seg selv, forhindre seksuelle handlinger som ble vurdert som skadelige for beboer eller den andre, forhindre at rusmiddelbruk førte til innleggelse i spesialisthelsetjenesten, ivareta økonomien til beboer slik at viktige regninger som husleie ble betalt, hindre sosial isolasjon og hindre skade på innbo.

For de av beboerne som ble oppfattet som en fare for andre, var samfunnsvernet også en viktig begrunnelse for å innføre store begrensninger på ulike områder av dagliglivet. Med denne begrunnelsen ble det for eksempel beskrevet at en beboer hadde fotfølging hele døgnet, i tillegg at bagasjen hans ble kontrollert etter at de hadde vært ute.

Vi fant kun én begrunnelse som gikk på personalets arbeidsforhold, og det omhandlet begrensning av en beboers røyking av hensyn til personalets helse.

Grovt sett kan vi dermed si at begrunnelsene for inngripende praksis i kommunene i stor grad ligner på de to tilleggskriteriene for tvungent psykisk helsevern i psykisk helsevernloven: behandlingskriteriet og farekriteriet. I tillegg finner vi en gruppe begrunnelser som faller inn under det gamle overlaskriteriet.

### 5.2.2 Variasjon mellom ulike brukergrupper

De mest inngripende tiltakene ble beskrevet overfor beboere som hadde de mest omfattende problemene: alvorlige psykiske lidelser i kombinasjon med rusmiddelbruk, kognitive funksjonsnedsettelse, kommunikasjonsproblemer, atferdsproblemer, selvskadingsproblemer, utviklingsforstyrrelser samt de som ble vurdert til å være en sikkerhetsrisiko. Dette var problemer av et omfang som av og til kunne sette beboerne selv, og andre i fare. Noen hadde utfordringer med å fungere i hverdagen som kunne sidestilles med å ha en utviklingshemming, og noen få hadde diagnose som utviklingshemmet. Disse beboerne har i liten grad en egen stemme i denne rapporten (jf. kapittel 3.5), og mange av eksemplene på de mest inngripende tiltakene er derfor fra de ansatte. Ut fra ansattes beskrivelser framstår dette

som en gruppe mennesker som er svært sårbare, og som i liten grad greier å fremme egne behov eller protestere når de opplever inngripen. Mange har levd store deler av sitt liv i institusjoner, og er gjennom dette vant til å tilpasse seg at omgivelsene i stor grad bestemmer hva de skal gjøre.

Overfor beboere med alvorlige rusproblemer som den tilsynelatende hovedlidelse ga man også eksempler på utstrakt bruk av inngripende tiltak. Dette kunne være adgangskontroll, besøkskontroll og testing på bruk av rusmidler. I disse botiltakene hadde beboere og de ansatte en mer samstemt oppfatning om behovet for kontrolltiltak. Beboere fortalte at reglene og kontrollene bidro til å kontrollere deres rusbruk, gjorde boligen tryggere og de slapp å bekymre seg for at uvedkommende skulle komme inn.

Variasjonen beskrevet over illustrerer forskjellene i begrunnelser for inngripende tiltak mellom ulike brukergrupper. Det underbygger dermed utfordringene med å etablere boløsninger som samlokaliserer for mange ulike brukergrupper. Mens eksempelvis adgangskontroll kan være et beboerønsket og hensiktsmessig tiltak i botiltak for beboere med rusproblemer, vil dette sannsynligvis være hverken ønsket eller hensiktsmessig i botiltak hvor beboerne i hovedsak har en alvorlig psykisk lidelse. Dette kompliseres ytterligere ved at noen grupper (særlig beboere med en psykisk utviklingshemming) er underlagt et lovverk som tillater bruk av tvang også i kommunale boliger.

### 5.2.3 Noen innspill til en forståelse av rettighetsinngripende tiltak

Det har ikke vært en del av denne kartleggingen å gi entydige svar på når enkelt-tiltak eller praksiser som utøves kan sies å være rettighetsinngripende tiltak, eller for den saks skyld bruk av uhjemlet tvang. Slik fenomenet rettighetsinngripende tiltak fremstår for oss omfatter det et bredt sett av tiltak med ulik grad av inngripen. Samtidig skjer tiltakene i ulike kontekster og overfor ulike beboergrupper. Det innebærer at det vil være utfordrende å gi en entydig beskrivelse av fenomenet. De siste tjue års utvikling av psykisk helsevernlovgivingen viser også tydelig at begrepet tvang er omdiskutert på

samfunnsnivå. Eksempelvis innebar lovrevisjonen av 1999 at det ikke lenger var lovlig å tvangsinnlegge noen med en alvorlig psykisk lidelse utelukkende for å unngå at de led overlast. Tilsvarende inkluderte lovrevisjonen av 2006 at holding ble definert som et tvangsmiddel på linje med mekaniske tvangsmidler. Som vi har vist flere steder i denne rapporten finner vi i vårt materiale eksempler på tiltak som begrunnes ut fra et tilnærmet overlastkriterium, og tiltak som ligner mye på holding (jf. kapittel 4.12).

I sin rapport fra 2015 gjør ikke Helsedirektoratet noe forsøk på å definere hva de forstår som rettighetsinngripende tiltak. Som en start på en prosess for å presisere hva rettighetsinngripende tiltak i bolig er, og med utgangspunkt i eksemplene gjengitt i denne rapporten, omfatter fenomenet sett fra vårt ståsted følgende seks elementer (uten at dette er en uttømmende opplisting):

#### 5.2.3.1 Tiltak som går ut over det en leietaker i en ordinær bolig ville akseptert

I de fleste boformer med mer enn én boenhet er det et sett av husregler, eksempelvis regler om ro etter kl. 23.00, forbud mot hund og katt eller plikt til å utføre gangvask. Selv om en jevnlig leser om uenighet og krangler om slike regler, også begrunnet i at det er å innskrenke enkeltindividets rett til å spille høy musikk eller ha husdyr, vil det etter vår mening være urimelig å definere dette som rettighetsinngripende tiltak overfor vår målgruppe.

Det er derfor først når tiltakene går ut over det en leietaker i en ordinær bolig ville akseptert, eller som ville blitt iverksatt overfor en leietaker i en ordinær bolig, at det etter vår vurdering vil være rettighetsinngripende tiltak.

#### 5.2.3.2 Tiltak hvor beboer ikke har gitt et informert samtykke

Av ulike grunner kan en beboer være interessert i at det iverksettes tiltak som begrenser vedkommendes handlinger, og dermed samtykke til det. Det er først når en beboer ikke samtykker at tiltaket vil være rettighetsinngripende. To forhold blir i tillegg viktige her for å vurdere om det er gitt et informert samtykke: om beboer er blitt tilstrekkelig informert

om tiltaket og dets konsekvenser, samt informert om mulighet til og konsekvenser av å motsette seg tiltaket. Hvis disse to forhold ikke er innfridd er tiltaket også potensielt rettighetsinngripende.

### *5.2.3.3 Tiltak hvor beboeren ikke bør gis anledning til å samtykke*

Tiltakene vil i enkelte tilfeller være så inngripende at vi tenker det ikke bør være mulighet til å inngå samtykke. Et eksempel på dette vil være fotfølging hele døgnet.

### *5.2.3.4 At det ikke finnes lovverk som regulerer tiltakene*

Helsedirektoratets kartlegging fra 2015 avgrenset seg fra «personer som har diagnosen utviklingshemming og heller ikke er underlagt annet lovverk». Vår kartlegging har også inkludert noen personer med en utviklingshemming som også har en alvorlig psykisk lidelse og/eller et alvorlig rusproblem. Overfor disse vil kapittel 9 i Helse- og omsorgstjenesteloven kunne legitimere tiltak som det for personer uten utviklingshemming ikke finnes lovmessig grunnlag for å iverksette – dvs. legalitetsprinsippet (jf. Grunnlovens § 113).

### *5.2.3.5 At personell i det kommunale tjenesteapparatet kan iverksette sanksjoner ved brudd på regler*

I et ordinært borettslag vil brudd på husregler mv. bli påtalt av et styre eller lignende, og i siste instans avgjort rettslig. For beboerne som inngår i denne kartleggingen vil som regel sanksjonene bli iverksatt av ansatte i det kommunale tjenesteapparatet.

### *5.2.3.6 Når det går fra å være oppmuntring/motivasjon til tilnærmet formelle tvangsinngrep*

Som vist i kapittel 2 kan ulike typer tiltak strekke seg fra oppmuntring på den ene siden og mer inngripende tiltak på den andre. Det er i den «venstre» del av dette kontinuumet mye av fagpersoners faglig forsvarlige praksis er begrunnet. Å bruke dette som et element kompliseres særlig av at dette er helt avhengig av hvem man spør, det er både variasjon mellom pasienter og fagpersoner og innad i begge gruppene, jf. forskningslitteraturen om opplevd

tvang. Vi vil derfor anbefale at dette punktet ikke inngår i en forsøksvis definisjon av rettighetsinngripende tiltak. Det bør samtidig inngå som en del av det videre arbeidet med å avklare begrepet.

## **5.3 Rettssikkerhet: Dokumentasjon, kontroll, tilsyn og klageadgang.**

Som vist i kapittel 2 er bruk av rettighetsinngripende tiltak i de kommunale helse- og omsorgstjenestene lite regulert for «vår» brukergruppe (men jf. vedlegg 3). I Helsedirektoratets kartlegging (Helsedirektoratet, 2015) konkluderes det med at enkelte brukergrupper ikke kan motta nødvendig helse- og omsorgstjenester uten at regelverket brytes, og at tjenesteytere stilles overfor uløselige juridiske dilemmaer. De påpeker at det brukes til dels omfattende tvang uten at det finnes juridiske virkemidler som i tilstrekkelig grad ivaretar brukeres rettssikkerhet, og hvor bruken av tvang i slike situasjoner er faglig og etisk uforsvarlig. Det etterlyses her et nytt diagnoseuavhengig lovverk som kan regulere bruken av inngripende tiltak hvor fungering, atferd, hjelpebehov, sykdomsinnsikt og evne til samtykke heller bør ligge til grunn.

I vår kartlegging ble behovet for nytt lovverk i mindre grad gjenstand for diskusjon. Samtidig opplevde noen ansatte at beboere med like store hjelpebehov ble forskjellsbehandlet. Forskjelligheten ble forklart med at inngripen bare kunne hjemles i lovverk dersom personen var utviklingshemmet. Slike eksempler understøtter behovet for en vurdering av et diagnoseuavhengig lovverk (jf. mandatet til lovutvalget som utreder behov for endringer i tvangslovgivningen i helse- og omsorgssektoren).

### **5.3.1 Usikker kompetanse om lovverket og dets anvendelse**

I kapittel 3 er det beskrevet eksempler på situasjoner som skjer i gråsonene mellom frivillighet, tvang og faglig forsvarlig praksis. I hvilken grad og i hvilke situasjoner tiltakene ble oppfattet som så inngripende at de var lovstridige, fremsto mange ganger som uklart for de ansatte; dersom beboeren har samtykket én gang, var dette da gyldig for alltid? Vi fant også manglende kunnskap om eksisterende lovverk. For eksempel kunne de ansatte handle

med utgangspunkt i det de oppfattet som riktig, etisk og faglig forsvarlig, men de var ikke klar over hvorvidt lovverket underbygget de vurderinger som ble gjort. Videre var det lite kunnskap om/uklarhet om gjeldende lovverk om samtykke. Noen ganger fremsto det også som vanskelig for ansatte å vurdere ut fra lovverket når lovverket trådte i kraft; når var det en stor nok bekymring til å gripe inn begrunnet i det som ble benevnt som «øyeblikkelig hjelp-hjemmelen» (Helsepersonelloven § 7). Det å se at en person ble gradvis dårligere uten å kunne gripe inn før det var akutt nok til å gjøre det legalt, var også en utfordring for de ansatte. Den skjønnsmessige vurderingen kunne være vanskelig å gjøre, og mange sto alene om den.

Som vist over fant vi også at beboere heller ikke hadde tilstrekkelig kunnskap om sine rettigheter. Mange var preget av å leve et langt liv på institusjon og var takknemlig for å få bo i egen bolig, og noen var glade for å slippe å bo på gata. Atter andre hadde vært tjenestemottagere hele livet, og fremsto preget av dette ved at de ikke stilte så mange krav. Disse beboerne stilte derfor i liten grad spørsmål rundt lovligheten av den inngripende praksisen. Å tilrettelegge informasjonen på en slik måte at rettighetene blir reelle for beboerne blir dermed et viktig element.

### 5.3.2 Lovverket og lokale kulturer

I vår kartlegging ble det vist til situasjoner hvor man, tross tilgjengelig lovverk, opplevde etiske dilemmaer og vanskelige vurderingen rundt regulering av matinntak overfor en beboer med utviklingshemming (jf. kapittel 4.6). Det ble også vist til situasjoner hvor man helt hadde gått bort fra inngripende praksis med hjemmel i Helse- og omsorgstjenestelovens kapittel 9, over til å oppnå et samarbeid om matinntak med en beboer med utviklingshemming (jf. kapittel 4.6). Samarbeidet var oppnådd gjennom mer fokus på ansvarstaking og mestring, og som et resultat av dette var det behov for mindre inngripen.

Dette er eksempler på at lovverket bare i begrenset grad er hjelpsomt i aktuelle situasjoner. En eventuell lovrevisjon må derfor følges opp med en lang rekke kompetanse- og praksisendrende tiltak, både rettet mot ansatte og beboere. Slik vi også ser over

kan i verste fall lovregulering bli en sovepute for å legitimere klinisk praksis man egentlig ikke ønsker (jf. også Helsedirektoratets (2015) påpekning av det samme). Internasjonal litteratur om reduksjon av tvang tilsier også at lovverk bare i begrenset grad vil kunne redusere bruken av rettighetsinngripende tiltak – som fenomen (jf. kapittel 2).

### 5.3.3 Samarbeidsavtaler og samtykke

Samarbeidsavtaler mellom beboere og ansatte var en utbredt praksis for å manøvrere i et landskap som ble opplevd som juridisk uavklart. Mange av vilkårene i samarbeidsavtalene kunne være inngripende i beboernes livsutfoldelse og regulerte ganske strengt hva man kunne gjøre og ikke. For eksempel kunne de regulere om beboeren kunne gå ut og hvilke gjenstander de kunne ha inne hos seg selv. Det ble beskrevet ulike prosesser rundt inngåelse av samarbeidsavtaler, hvordan man innhentet samtykke og hva som kunne være konsekvenser ved avtalebrudd: eksempelvis at de ansatte brukte en god relasjon til en ansatt for å få et samtykke, et samtykke som så kunne anvendes av andre ansatte (innkjøps-/røykebegrensninger). Dette var samtidig en praksis som de ansatte opplevde å være i en gråsoner. Hvordan samarbeidsavtalene ble til, og hvor klart beboeren sitt samtykke kunne sies å være, var slik vi så det som ble avgjørende for om et tiltak ble oppfattet som rettighetsinngripende eller ikke av de ansatte.

Der beboerne tydelig hadde samtykket, fremsto situasjonene som uproblematisk for ansatte og beboere. Dette kunne for eksempel gjelde avtaler om hvor mye en beboer kunne røyke, noen former for økonomiske reguleringer, handlebegrensninger, tilsyn og innlåsing i leilighet på grunn av bekymring. Tiltakene var her gjerne et resultat av at beboerne ettertrykkelig hadde ønsket hjelp. I andre tilfeller var det mer uklart om det forelå et informert samtykke, om beboerne hadde forstått innholdet i avtalen, om de var klar over hva de hadde skrevet under på, og om de hadde forstått hva konsekvensen av avtalebrudd kunne være. Avtalen kunne også være skrevet mens vedkommende var innlagt i institusjon, hvor beboerne senere ga uttrykk for at de ikke husket avtalen, at dette ikke var noe de ønsket,

eller at de ikke helt hadde forstått konsekvensene av den. Endelig var det også tiltak som beboeren hadde samtykket i, men som var så altomgripende at det bør diskuteres om tiltaket uansett skulle ha vært hjemlet, som for eksempel fotfølging.

Noen av samarbeidsavtalene var knyttet til husleiekontrakter. I husleiekontraktene måtte beboere samtykke til å motta forskjellig type hjelp for å få boligen, som oppfølging av økonomi, tilsyn av boligen eller medisinerings (jf. kapittel 4.1.1). Det kunne praktiseres oppsigelsestid på disse kontraktene, og det varierte hvor mye rom det var for forhandlinger. De ansatte var usikre på hvor juridisk bindende disse avtalene var, og også om lovligheten i disse. Beboerne oppfattet på sin side at de måtte etterleve avtalene for fortsatt å få bo i boligen.

Også der det forelå et informert samtykke når avtalen ble inngått kunne man av og til komme opp i mer uavklarte situasjoner når tiltakene skulle gjennomføres: når man sto i butikken og beboer og ansatte var uenige om hvor mye som skulle handles, når beboere ikke ønsket å slippe inn de ansatte i leiligheten og de ansatte var usikre på om beboerne fikk i seg nok mat og drikke, eller når beboere var veldig ruspåvirket. De ansatte var da i tvil om de juridisk og etisk kunne forsvare for eksempel handlerestriksjoner eller det å låse seg inn i leiligheten.

Det fremsto i slike situasjoner ikke som om beboernes rettighet til å oppheve et samtykke ble praktisert, selv om det ble drøftet mye om hvorvidt det var etisk og juridisk riktig å ha avtalen når beboeren tydelig ikke ønsket den. De avtalene hvor det forelå et samtykke ble gjerne oppfattet som langsiktige, med små muligheter for beboerne til å endre disse. Enkelte ganger var det uklart for personalet når og med hvilken begrunnelse avtalen kom i stand. At man i enkelte husleiekontrakter praktiserte oppsigelsestid innebar tilsvarende at brukeren i oppsigelsestiden var forpliktet til å motta hjelp han/hun ikke lenger samtykket i.

En person hadde fotfølge av de ansatte hele døgnet. Dette var regulert gjennom en avtale basert på samtykke, i tillegg til at det i samråd med beboer var nedfelt i husordensreglene. Dette er et stort inngrep i en persons frihet, og viser som nettopp nevnt utfordringene med samtykke som legitimeringsform.

### 5.3.4 Oppsummering

Gitt alle de utfordringer vi har beskrevet over kan det etter vår oppfatning stilles store spørsmål ved beboernes rettssikkerhet: de juridiske uklarhetene er åpenbare, praksisen er så ulik når det gjelder bruk av samarbeidsavtaler og det er en reell mangel på tilsyn og klagemuligheter.

De siste par års medieoppslag om bruk av tvang i det psykiske helsevernet viser nødvendigheten av at tvangsadgang følges av inngående lovforståelse, god dokumentasjon, uavhengige tilsyns- og kontrollsystemer og reell klageadgang. Som vårt kvalitative materiale viser er det betydelige svakheter ved alle disse elementene i de kommunale tjenestene. Omfanget kjenner vi ikke, men det er ingen grunn til å anta at de steder vi har vært er atypiske kommuner.

### 5.4 Brukermedvirkning, faglige dilemma og behandlingskultur

Ulik faglig tilnærming preget graden av inngripen. Enkelte steder hadde man for eksempel stor bevissthet rundt beboernes rettigheter til å medvirke til egen behandling, og recoveryperspektivet var tydelig å spore i den praksisen som ble utøvd. Ved disse stedene bidro den faglige tilnærmingen til mer likeverdig samhandling mellom beboere og ansatte. Der man benyttet inngripende tiltak hadde man disse stedene også klarere begrunnelser og tiltakene var mer gjenstand for diskusjon. Her kunne man for eksempel ha jevnlig beboermøter der en kunne ta opp husregler. I tilfeller der beboeren i utgangspunktet ikke ønsket kontakt med personalet hadde man dialog, og forhandlet med beboere om hvor ofte beboeren kunne akseptere at man møttes. En del steder hadde de også løst opp i inngripende tiltak som opprinnelig var videreført i sin helhet fra spesialisthelsetjenesten. Å løse opp ble begrunnet i at beboeren måtte få anledning til å prøve seg frem mot en mer selvstendig tilværelse etter mange år i institusjon.

På den andre side kunne konsekvensen av en lite inngripende praksis være at beboere etter noen ansattes mening gikk for lenge uten å få den hjelpen de trengte. Det ble beskrevet dilemmaer hvor de ansatte ønsket å gripe inn for å hindre negativ sykdomsutvikling, blamering, forfall eller at beboerne



ble utnyttet. Dette kunne gjelde utageringssituasjoner som gjentok seg, som for eksempel at en beboer til faste tidspunkt ble urolig og skadet seg selv.

Det kunne også gjelde situasjoner som utviklet seg over litt tid, hvor personen gradvis ble mer syk, og hvor det etter hvert erfaringsmessig ble behov for å benytte nødrettsbestemmelsen. Det ble også vist til situasjoner hvor muligheten til å benytte seg av nødrettsbestemmelsene heller ikke var tilstede; beboeren sto i fare for å forkomme dersom han gikk ut beruset og uten varme klær. Samtidig kunne iverksetting av kontrolltiltak for å hindre dette etter ansattes oppfatning være i strid med grunnleggende juridiske rettigheter og legalitetsprinsippet.

Vi møtte også faglige tilnærminger som i større grad begrunnet inngripen ut fra en mer paternalistisk omsorgsideologi. Her opplevde de ansatte at de ikke hadde andre valg enn å ivareta personer som var svært syke og som ikke greide å ta vare på seg selv. I et faglig perspektiv var man her mer opptatt av å ivareta beboeren, og kompensere for områder han eller hun ikke greide å ivareta selv. I mange tilfeller protesterte ikke beboerne, enten fordi de var vant til tilsvarende praksis fra langvarige opphold i institusjon, fordi de opplevde de inngripende tiltakene som mindre inngripende sammenlignet med tidligere institusjonsliv eller fordi de var redde for å miste det lille de hadde av sosial tilhørighet. I mange tilfeller var trolig heller ikke beboerne klar over mulighetene og rettighetene hjemlet i eksempelvis pasient- og brukerrettighetsloven.

Et fåtall steder framsto den inngripende praksisen som del av en kultur hvor de inngripende tiltakene ikke alltid hadde klare begrunnelser, og hvor tiltakene i liten grad var gjenstand for diskusjon. Disse botiltakene hadde ofte også liten bevissthet rundt sin egen faglige tilnærming. Her preget vakthold og sikkerhetstiltak, eller paternalistiske holdninger og regler begrunnet i hensyn til beboers helse, det meste av kontakten mellom ansatte og beboere.

#### 5.4.1 Involvering av brukerne

Brukermedvirkning er en rettighet som er hjemlet i flere lovverk (se vedlegg 3) og er et grunnleggende prinsipp i psykisk helsearbeid. For å styrke

brukerinvolveringen i tjenestene er det nødvendig at dette skjer både på individnivå og på systemnivå. I vår kartlegging fant vi eksempler på brukerinvolvering når det gjaldt å planlegge middagsmat og aktiviteter, og ved husmøter der det var en åpen diskusjon rundt husregler og mulighet for innspill fra beboerne. Videre fant vi at noen ansatte snakket med beboerne om hvilke samarbeidsavtaler de skulle ha. Det var også mange eksempler på måten en forholdt seg til beboere på, som impliserte og oppmuntret til brukerinvolvering. Imidlertid fant vi som tidligere beskrevet også mangel på brukermedvirkning ved samarbeidsavtalene, der det rådde usikkerhet om, både fra de ansattes og fra beboernes side, hvordan avtalene var kommet i stand. Noen beboere fremsto usikre på om de hadde en slik avtale, og om de hadde skrevet under på en. Noen ganger var de kommet i stand inne i spesialisthelsetjenesten, og noen rutiner ble bare overført fra spesialisthelsetjenesten til boligen, uten at det ble drøftet med beboer.

Når det gjaldt samarbeidsavtaler og også noen husleieavtaler, var det også etter vår oppfatning et spørsmål om beboerne opplevde at de hadde annet reelt valg enn å skrive under på disse, da det fremsto som en forutsetning for å få flytte inn i en bolig (se 4.1.1). I så fall er det her kun snakk om brukerinvolvering i navnet, og ikke reell brukerinvolvering. Noen beboere beskrev at de i liten grad opplevde at de fikk være med å bestemme og at de ansatte var lite mottagelige for innspill om brukernes opplevelser. Der det var kultur for å samarbeide mer med beboerne var det mindre behov for inngripen.

Det var også et dilemma at ingen regulering av beboernes rusbruk kunne få store konsekvenser for de andre beboerne i samlokaliserte boliger. Dette underbygger behovet for mer individuelt tilpassede botiltak.

I de senere år er det introdusert metoder for systematisk brukerinvolvering også på boligområdet. Housing First er en modell for varig bosetting av bostedsløse med rusmiddelavhengighet og/eller psykiske helseproblemer. Modellen bygger på prinsipper om at tilgang til bolig er en grunnleggende menneskerett og at bruker skal ha reell

medbestemmelse knyttet til valg av bolig og hvilken type oppfølging han/hun skal få (NAPHA, 2010). Modellen bygger delvis på fagideologiske ideer knyttet til skadereduksjon, rehabilitering, sosial inkludering, recovery og brukermedvirkning, og har vist seg svært vellykket for varig bosetting for beboere som tidligere har blitt opplevd som utfordrende for helsetjenestene på grunn av spesielt rusbruk og problematisk atferd. Per i dag er det kun noen få Housing First prosjekter i Norge, men det er ingenting i veien for at mange av grunnprinsippene i modellen kan anvendes i alle typer botiltak. Erfaringer viser at Housing First fungerer på tvers av land og lokale kontekster. Modellen åpner opp for lokale tilpasninger, men den er samtidig tydelig på at de virksomme elementene må ivaretas dersom man skal oppnå resultatene man ønsker.

Etter hvert som føringer for brukermedvirkning i stadig større grad blir implementert i tjenestene, vil gode praksiseksempler på brukerorienterte og brukerstyrte praksiser kunne inspirere og føre til holdningsendringer. Det er behov for å tematisere gråsonene og få frem reelle situasjoner og dilemmaer i kompetanseutviklende tiltak fremover.

### **5.5 Kommunale «mini-institusjoner» og samarbeid med spesialisthelsetjenesten**

I de siste årene har det vært en uttrykt bekymring fra myndighetene at det i en del botiltak benyttes ureglementerte kontrolltiltak som ikke har forankring i lovhjemler (Helse- og omsorgsdepartementet, 2012). I vår kartlegging deltok botiltak som ligner på det Bernt-utvalget kalte «kommunale mini-institusjoner» (Helsedirektoratet, 2009) (se side 14). Helt siden Opptrappingsplanen 1999-2008 har en sentral del av nasjonal helsepolitikk vært å gi kommunene økt ansvar for å etablere egnede bo- og tjenestetilbud for personer som har hatt langvarige opphold i psykisk helsevern (St. meld. nr. 25 (1995-96), St. prp. nr. 63 (1997-98)). De fleste trenger først og fremst en ordinær bolig i et vanlig boområde. Det er få som trenger tilrettelagte boliger. Det skal ikke settes noen krav til evnen til å bo for å kunne få en bolig, men hjelpetilbudene må støtte opp om og sørge for behandling og mestring i boligen. Et viktig element i dette er hvordan boformene

bidrar til å motvirke ensomhet og stimulere til sosial inklusjon. For å løse denne oppgaven har kommunene over årene utviklet et stort mangfold av botiltak (NAPHA, 2010).

Våre funn indikerer at etablering av botilbud for flere av disse målgruppene i felles bygg kan være uheldig. Boformen kan legge føringer for mer institusjonslignende praksiser. På den annen side finner vi i vårt materiale også eksempel på at arbeidsformene i slike bygg ikke framsto som institusjonslignende og eksempler på institusjonslignende praksiser i bygg som ikke lignet institusjoner. I litteraturen beskriver ansatte i kommunene at en utfordring med institusjonslignende boformer er generell institusjonalisering med vekt på regler og regeloppfølging, avmakt fordi andre (personalet) i realiteten bestemmer (røyk, husregler), passivitet fordi så mange forhold ved dagliglivet er tilrettelagt (mat, søvn mv.) (Norvoll, 2002). I vår kartlegging ble det beskrevet manglende fleksibilitet overfor brukergrupper med ulike behov, ulike problematikk og tilnærming (jf. kapittel 5.2.2).

For å få den nødvendige robustheten som trengs i utbyggingen av egnede botiltak kan det være hensiktsmessig for kommunene å benytte de mulighetene som ligger i den pågående opptrappingsplanen for rusfeltet, og de mulighetene som ligger i Husbankens satsing på Bolig for velferd (Departementene, 2014) og Housing First (Snertingdal, 2014). Det vil også bli nødvendig å etablere mer tilpassede botiltak og forsterkede tjenestetilbud for mennesker som utgjør en utfordring for samfunnsvernet, og da i et tett samarbeid med spesialisthelsetjenesten (Pettersen & Rudningen, 2014). Det vil innebære at en del kommuner må bygge opp helt nye boformer.

Det ble også tydelig gjennom vår kartlegging at det finnes en del sårbare personer med omfattende rusproblemer som i dag faller utenfor de hjelpetilbudene som finnes, og som mangler et godt nok faglig tilbud. Dette er personer som har store problemer med å ta hånd om seg selv i hverdagen og som åpenbart også har uoppdagete psykiske og somatiske tilleggsproblemer. Mange lever under uverdige boforhold. Lignende forhold ble også påpekt i Helsedirektoratets kartlegging (Helsedirektoratet, 2015).

### 5.5.1 Samhandlingen med spesialisthelsetjenesten preget av maktulikhhet

De siste 20 årene har helsepolitikken gradvis endret tyngdeforholdet mellom spesialisthelsetjenestene og de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Opptrappingsplanen sørget for en storstilt utbygging av det kommunale tjenesteapparatet, og en langt mer desentralisert utbygging av spesialisthelsetjenesten (Norges forskningsråd, 2009). Samtidig har både lovverk og kultur vært preget av at samhandlingen mellom de to forvaltningsnivåene ikke har vært likeverdig. Den manglende likeverdigheten var et sentralt element i samhandlingsreformen (St.meld. nr. 47 (2008-2009)), uten at man her tok lovmes-sige grep for å endre styrkeforholdet. I primærhel-semeldingen (Meld. St. 26 (2014-2015)) går en et skritt videre. Her heter det at regjeringen vil utrede en endring i helse- og omsorgstjenesteloven, slik at kommunene får en veiledningsplikt overfor spesialisthelsetjenesten som speiler spesialisthelsetjenestens veiledningsplikt overfor kommunene. Fram til en slik lovendring er en realitet underbygger dagens lovverk med andre ord en forståelse i begge sektorer av at spesialisthelsetjenesten besitter den viktigste kompetansen. Dette finner vi også beskrevet i vårt materiale.

Noen kommunalt ansatte opplevde en systematisk maktforskjell i samarbeidet mellom tjenestene, der spesialisthelsetjenestens kultur og faglige tilnærming ofte veide tyngst. Utsagnene gjaldt både generelt og i arbeidet med disse målgruppene spesielt. Ansatte i kommunehelsetjenesten opplevde at de i noen tilfeller fremsto som maktesløse, med manglende opplevd faglig tyngde på sitt felt og i sine vurderinger, når disse vurderingene sto i motsetning til spesialisthelsetjenestens vurderinger.

For eksempel kunne det være en forventning fra spesialisthelsetjenesten om å observere beboere tett i sin bolig for å vurdere effekter av medisiner (jf. kapittel 4.10). De kommunalt ansatte opplevde det som et dilemma hvor de på den ene siden hadde en forventning fra spesialisthelsetjenesten om å observere en beboer tett. På den andre siden kunne de ikke ta seg inn i boligen uten at vedkommende selv slapp dem inn. Som eksempelet illustrerer hadde spesialisthelsetjenesten i følge

kommunehelsetjenesten i noen tilfeller manglende kunnskap om den virkeligheten kommuneansatte var i, hvilke lovverk som gjaldt der og hva overgangen fra institusjon til egen bolig skulle innebære.

De kommunalt ansatte ønsket at spesialisthelsetjenesten var mer tilgjengelige. Eksempler på bedre tilgjengelighet man trakk fram var kontaktperson eller ambulante tjenester som kunne bistå på kort varsel. Videre ønsket de at spesialisthelsetjenesten skulle ta et større medansvar for de beboerne som hadde de aller største hjelpebehovene. I flere av intervjuene kom det frem at beboerne hadde hatt lange opphold i skjermede enheter i spesialisthelsetjenesten, og blitt flyttet direkte ut til kommunale eller private botiltak. Her fant vi eksempler på at spesialisthelsetjenesten ga føringer for oppfølgingen, trolig ut fra kjennskap til beboeren fra innleggelse i avdeling. Dette var føringer spesialisthelsetjenesten vurderte som kontekstuavhengige, dvs. at de var nødvendige selv utenfor institusjon. Derfor måtte de samme tiltakene være tilstede også i boligen for at det skulle fungere. Fra kommunalt ansatte ble det hevdet at med denne pasientgruppen burde det i større grad ha blitt jobbet med å løfte restriksjoner før utskrivning, mens beboer var innlagt i avdeling. Samtidig burde etter deres vurdering en større grad av ansvarliggjøring og mestring ha startet i avdeling, i samarbeid med de kommunale psykiske helse- og rustjenestene.

Vi fant også denne påvirkningen i andre botiltak der spesialisthelsetjenesten var en del av ansvarsgruppen, og som sådan litt mer distansert.

### 5.6 Behov for kompetanseheving, forskning og kunnskapsutvikling

Fremover vil det være behov for at de enkelte tjenestestedene kontinuerlig arbeider med læring og kunnskapsutvikling for å utvikle tjenester som primært finner alternativer til inngripende tiltak (Helse- og omsorgsdepartementet, 2012, pkt. 4.2.6). Dette støttes av en av de viktigste strategiene i «The Six Core Strategi»-modellen for tvangsreduksjon som vi presenterte i kapittel 2: å definere et tydelig verdigrunnlag for tjenesten, og forankre en plan for hvordan man kan redusere bruk av tvang.

Både kommunen og spesialisthelsetjenesten er

pliktig til å drive systematisk arbeid for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet. Systematisk kvalitetsarbeid skal være en del av den ordinære virksomheten i helse- og omsorgstjenestene, og kompetanseutvikling er både et individuelt ansvar og et ansvar som tjenesten har (jf. kapittel 8 i Helsedirektoratet, 2014).

Som vi allerede har beskrevet er potensielt rettighetsinngripende tiltak et felt der utvikling av faglig skjønn er essensielt; det er få klare svar. En vesentlig og nødvendig faktor for å utvikle det faglige skjønnet er å ha rom til drøfting av egen praksis, både innenfor egen enhet, sammen med beboere og sammen med samarbeidspartnere (Liversage, 2017). Hvis man skal lykkes med å få et samlet kompetanseløft på tvers av kommunale tjenester vil det etter vår oppfatning også være behov for kompetansestøtte på nasjonalt nivå. Denne bør bidra til å styrke det lokale arbeidet med kunnskapsutvikling og læring, tilrettelegge for erfaringsutveksling på tvers av enheter og kommuner og bidra til å skape felles læringsarenaer for ulike aktører. Disse aktørene kan være ansatte som jobber i spesialisthelsetjenesten, politi, brukere og pårørende. De nasjonale opplæringsprogrammene for Assertive Community Treatment (ACT-team) og Rask psykisk helsehjelp-team er gode eksempler å vise til (nærmere beskrivelser av disse finnes på Napha.no). Dette er opplæringstiltak som har gitt erfaringsutveksling på tvers av tjenestestedene, har gitt de ulike teamene trygghet i etableringen av nye tjenestetilbud og vist at flere kompetansemiljøer sammen kan bistå i kunnskapsutviklingen lokalt.

Vår kartlegging indikerer at det er ulik forståelse av hvem som innehar den viktigste kompetansen (jf. kapittel 5, pkt. 5.5.1). I et nasjonalt opplæringsprogram vil det derfor være viktig at man adresserer de ulike formene for kompetanse, og gjennom dialog utvikler både spesialisthelsetjenestens og kommunens/de private institusjonenes kompetanse (Helsedirektoratet, 2014). I tråd med den teknologiske utviklingen vil det også være nødvendig å se på behovet for å utvikle ulike læringsprogram som gir føringer for hvordan man kan løse utfordringer og vanskelige situasjoner.

Aktuelle tema kan være:

- Brukerorienterte tjenester
- Brukermedvirkning i praksis
- Menneskerettigheter
- Eksisterende lovverk, retningslinjer og veiledere
- Å yte tjenester i personers boliger
- Alternativer til tvang
- Konfliktdepende praksiser
- Mer spesifikk fagkunnskap om komplekse problemområder

Det finnes i dag ingen faglige retningslinjer eller veiledere som gir spesifikke føringer for hvordan man kan løse utfordringer og vanskelige situasjoner slik de vi har sett i vår kartlegging. ROP-retningslinjen (Helsedirektoratet, 2012a), omtaler i kapittel 8.3.5/8.3.6 kort bolig og boligoppfølging. Bipolarretningslinjen (Helsedirektoratet, 2012b) omtaler dette på en måte som tilsier at Helsedirektoratet mener at denne typen problematikk primært bør håndteres i døgnavdelinger i spesialisthelsetjenesten. Slik NAPHA kjenner feltet er innholdet i disse retningslinjene lite kjent for ansatte i kommunene. Det trengs derfor fortsatt implementeringsarbeid. Veilederen Sammen om mestring trekker frem at kommunen og spesialisthelsetjenesten har ulike virkemidler og kompetanse, og at god dialog vil utvide kompetansen, både i spesialisthelsetjenesten og i kommunen (Helsedirektoratet, 2014).

Vi har i denne kvalitative kartleggingen avdekket tiltak som potensielt kan være rettighetsinngripende. Vi har også identifisert viktige begrunnelser for disse. Framtidig forskning bør studere hvilken utbredelse disse tiltakene har; er dette et stort problem eller avgrenset til noen få enheter? For å etablere mer effektive forebyggings tiltak bør en også se nærmere på sentrale mekanismer i forkant av at slike tiltak iverksettes. Særlig viktig blir det her å studere mer institusjonslignende boformer. Et neste skritt vil være å initiere intervensjonsforskning, dvs. forskning hvor en søker å prøve ut og evaluere metodikk og programmer for reduksjon av tvangs- og rettighetsinngripende tiltak.

## 5.7 Metodiske begrensninger

Den største svakheten ved vår kartlegging er den manglende stemmen til de mest sårbare beboerne. Som beskrevet tidligere (jf. kapittel 5.2.2) ble de mest inngripende tiltakene gjennomført overfor de med de fleste og største psykiske helseutfordringene. At vi kun har beskrevet disse mest inngripende situasjonene med de ansattes stemme er en svakhet ved kartleggingen. Tids- og ressursrammer gjorde det vanskelig å jobbe mer målrettet med rekruttering av beboere som kunne beskrevet disse situasjonene mer inngående fra et brukerperspektiv. Hvis vi legger erfaringer fra annet forsknings- og utviklingsarbeid til grunn tror vi det ville vært mulig å få intervjuet noen av disse hvis vi hadde vært lenger tilstede hvert sted og blitt litt kjent med beboerne på forhånd

I og med at rekruttering av beboere ble gjort gjennom ledere av boenheter eller psykisk helse- og rustjenester kan det også være at de mest kritiske stemmene mangler. Samtidig har vi eksempler på at ledere nettopp forsøkte å rekruttere de svært misfornøyde brukerne som klaget mye.

Vi har heller ikke intervjuet de pårørende, noe som kunne ha gitt tilleggs-, og annen, informasjon.

## 5.8 Avslutning og anbefalinger

I denne rapporten har vi beskrevet kommunale praksiser som illustrerer dilemmaer og gråsoner mellom rettighetsinngripende tiltak, frivillighet og faglig forsvarlighet. Disse beskrivelsene kan forhåpentligvis bidra til å tydeliggjøre de mest uavklarte juridiske og etiske situasjonene. Vårt håp er at de også gir kunnskap om dilemmaene i grenseflatene mellom det kommunale psykisk helse- og rusarbeidet og det psykiske helsevernet. Vi har også beskrevet hvordan måten disse dilemmaene håndteres på kan få store konsekvenser for livet til personer som er avhengig av disse tjenestenes hjelp. Våre funn styrker og blir styrket av Helsedirektoratets kartlegging (Helsedirektoratet, 2015).

Vi vurderer at enkelte av tiltakene beskrevet i denne rapporten i stor grad reduserer beboeres rettigheter. De mest inngripende tiltakene ble beskrevet overfor beboere som hadde de mest omfattende problemene: alvorlige psykiske lidelser

i kombinasjon med rusmiddelbruk, kognitive funksjonsnedsettelse, kommunikasjonsproblemer, atferdsproblemer, selvskadingsproblemer, utviklingsforstyrrelser samt de som ble vurdert til å være en sikkerhetsrisiko. Dette var problemer av et omfang som av og til kunne sette beboerne selv, og andre, i fare.

Begrunnelsene for tiltakene kan grovt sett kategoriseres under de tre tilleggskriteriene for psykisk helsevern man hadde forut for lovrevisjonen av 1999: de er viktig i behandlingsøyemed, for å unngå fare for beboer eller omgivelser og for å unngå at beboer lider overlast. Dette er samtidig et lite lovregulert område, og selv om tiltakene ofte er regulert gjennom samtykke er det stor usikkerhet blant ansatte om lovligheten. Vi har også vist eksempler på variasjon i faglig skjønn, kultur og kompetanse. Rettighetsinngripende tiltak er et felt der utvikling av faglig skjønn er essensielt og der det er få klare svar.

Vår vurdering er derfor at det er behov for et bredt sett av tilnærminger for å redusere bruken av rettighetsinngripende tiltak. Her kan en trekke veksler på «The Six Core Strategies» (jf. kapittel 2.5), men tilpasse dem til en norsk, kommunal virkelighet. Liversage (2017) viser gjennom internasjonal litteratur og eksempler fra Danmark hvordan et bredt sett av metoder og tilnærminger kan anvendes for å forebygge vold i boliger overfor «våre» målgrupper. Våre forslag til tilnærminger skisseres under:

- Det bør lanseres et kompetanseløft for fagpersoner og ledere i både kommune- og spesialisthelsetjeneste, og det bør gjennomføres i fellesskap (jf. Helse- og omsorgsdepartementet 2012, kapittel 4.2.6). Kompetanseløftet bør spesifikt rette seg mot tjenestene til personer som er særlig sårbare for å bli utsatt for rettighetsinngripende tiltak. Ansatte i forsterkede botiltak bør prioriteres. Kompetanseløftet bør ha som mål å skape mer samarbeid og likeverdighet i tjenestene. Det vil være viktig å øke kunnskapen på områder som brukerorienterte tjenester, borger- og menneskerettigheter og brukervedvirkning i praksis, alternativer til tvang og konfliktdepende

praksiser, eksisterende lovverk, retningslinjer og veiledere. Kompetanseløftet bør også inkludere mer spesifikk fagkunnskap om de komplekse problemområder denne rapporten omhandler. Kompetanseløftet bør inkludere brukere og brukermiljøer som målgruppe og som bidragsytere. Her viser vi til Brukerorienterte alternativer til tvang som metodikk for å inkludere brukere og ansatte i slik tematikk (Norvoll, Hatling & Hem, 2008). Kompetanseløftet bør understøttes av et e-læringsopplegg slik at det både kan brukes i praksis og i ulike utdanninger.

- Det bør satses videre på brukerorienterte tjenestemodeller som ACT/FACT, Housing First og brukerstyrte senger i spesialisthelsetjenesten. Særlig bør disse modellene innrettes til å ivareta personer man antar kan utgjøre en sikkerhetsrisiko, og som dermed vil være særlig utsatt for rettighetsinngripende tiltak i kommunene. Ved å tilsette flere erfaringskonsulenter i tjenestene kan oppmerksomheten på beboernes opplevelse økes, samtidig som deres stemme styrkes.
- Det bør etableres et større mangfold av individuelt tilpassede, differensierte boliger, herunder tilrettelagte boliger med ulik grad av personaltøtte. Det er spesielt behov for å utvikle egnede boformer for rusavhengige. Vårt materiale indikerer at om personer har en ruslidelse krever det andre faglige tilnærminger/«regimer» enn om de utelukkende har en psykisk lidelse. Satsingen bør knyttes til Opptappingsplanen for rusfeltet og Husbankens satsing på Bolig for velferd.
- Vårt materiale indikerer at noen såkalte kommunale «mini-institusjoner» (se side 14) har særlige utfordringer med rettighetsinngripende tiltak. Samtidig er det sannsynligvis sterke økonomiske føringer for opprettelse av slike. Det er viktig å få solid nok kunnskap til å gi klare faglige føringer, særlig om disse går på tvers av økonomiske drivkrefter. For å etablere et slikt kunnskapsgrunnlag bør denne boligtypen derfor studeres i større dybde og bredde enn det som har vært mulig innen vårt prosjekt. En bør som del av

dette også vurdere behovet for nye boformer for den målgruppen vi har kartlagt, spesielt for de som har behov for svært tett oppfølging av kommune og spesialisthelsetjeneste samtidig, og hvor samfunnsvernet må ivaretas.

- Det bør også vurderes om det, både av hensyn til den det gjelder og samfunnet for øvrig, er økonomisk, faglig og juridisk mulig å etablere et botilbud til alle personer i kommunen.
- Det bør initieres forskning om rettighetsinngripende tiltak i kommunene, inkludert det som skjer i samarbeidet mellom kommune- og spesialisthelsetjeneste. Vi trenger forskning på hva som driver og evt. begrenser tjenestenes bruk av rettighetsinngripende tiltak (jf. Six Core Strategies). Det er også behov for forskning som studerer effekten av rettighetsinngripende tiltak. For å styrke sannsynligheten for at man undersøker problemstillinger brukerne er opptatt av vil det være avgjørende å involvere brukere i alle deler av forskningen (jf. HelseOmsorg21, 2014). I den videre utforskningen av dette temaet blir det også viktig å inkludere de mest sårbare beboerne og de pårørende. Slik vi ser det vil det være mulig å inkludere de beboerne som også har de største hjelpebehovene, dersom terskelen for hvordan samtalen skal foregå bygges ned og det legges til rette for at det blir tilstrekkelig tid til å gjennomføre intervjuene (for eksempel gjennom feltobservasjoner).
- En bør vurdere om dagens tilsynsordninger er tilstrekkelige (jf. kapittel 2.5).

# Litteratur

- Angell, B., Mahoney, C. A., & Martinez, N. I.** (2006). Promoting treatment adherence in assertive community treatment. *Social Service Review*, 80, 485-526.
- Angell, B. & Mahoney, C.** (2007). Reconceptualizing the case management relationship in intensive treatment: A study of staff perceptions and experiences. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 34, (2), 172-188.
- Bak, J., Zoffmann, V., Sestoft, D. M., Almvik, R., & Brandt-Christensen, M.** (2014). *Mechanical Restraint in Psychiatry; Preventive Factors in Theory and Practice. A Danish-Norwegian Association Study*. Perspectives in Psychiatric Care, 50 (3), 155-166.
- Berge, K. & Ellingsen, K. E.** (2010). *Modeller i miljøarbeid*. Trondheim: NAKU.
- Berge, K. & Ellingsen, K. E.** (2015). *Selvbestemmelse og bruk av tvang og makt*. Trondheim: NAKU.
- Bjørgen, D., Storvold, A., Norvoll, R. & Husum, T. L.** (2014). *Alternativer til tvang I. Sett fra et brukerperspektiv*. Ressurshefte. Porsgrunn: Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse.
- Burns, T. & Firn, M.** (2002). *Assertive outreach in mental health: a manual for practitioners*. Oxford: Oxford University Press.
- Canvin, K., Rugkåsa, J., Sinclair, J. & Burns, T.** (2013). Leverage and other informal pressures in community psychiatry in England. *International journal of law and psychiatry*, 36 (2), 100-106.
- Canvin, K.** (2016). Patient experiences and perceptions of coercion: universal meaning, individual experiences? I Molodynski, A., Rugkåsa, J. & Burns, T. (red.), *Coercion in community mental health care. International Perspectives*. New York: Oxford University Press.
- Dale, K. Y., Ødegård, A., Nesje, S. V., Iversen, H. P. & Bjørkly, S.** (2011). Bygge ned og bygge annerledes. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 8 (3), 227-236.
- Departementene** (2014). *Bolig for velferd. Nasjonal strategi for boligsosialt arbeid (2014–2020)*. Oslo: Kommunal- og moderniseringsdepartementet.
- Gaskin, C. J., Elsom, S. J. & Happell, B.** (2007). Interventions for reducing the use of seclusion in psychiatric facilities: review of the literature. *The British Journal of Psychiatry*, 191, 298–303.
- Gault, I.** (2009). Service-user and carer perspectives on compliance and compulsory treatment in community mental health services. *Health and Social Care in the community*, 17 (5), 504-513.
- Habberstad, T.** (2009). ROM-forsk – internasjonal erfaring om medforskning. I M. Borg & K. Kristiansen (red.), *Medforskning – å forske sammen for kunnskap om psykisk helse* (s. 107-121). Oslo: Universitetsforlaget.
- Hatling, T.** (2013). Bruk av tvang i psykiske helsetjenester. I R. Norvoll (red.), *Samfunn og psykisk helse. Samfunnsvitenskapelige perspektiver* (243-284). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Helsedirektoratet.** (2008). *Mennesker med alvorlige psykiske lidelser og behov for særlig tilrettelagte tilbud. Vurdering av omfang og behov, samt forslag til tiltak*. IS-1554/2008. Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet.** (2009). (Bernt-utvalget). *Vurdering av behandlingstilbudet i psykisk helsevernloven. Gjennomgang og forslag til nye tiltak i Tiltaksplan for redusert og kvalitetssikret bruk av tvang i psykisk helsevern*. IS-1370/2009. Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet.** (2012a). *Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse – ROP-lidelser. Sammensatte tjenester – samtidig behandling*. IS-1948/2012. Oslo: Helsedirektoratet.

- Helsedirektoratet.** (2012b). *Nasjonal fagleg retningslinje for utgreiing og behandling av bipolare lidinger*. IS-1925/2012. Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet.** (2014). *Sammen om mestring. Veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne. Et verktøy for kommuner og spesialisthelsetjenesten*. IS-2076/2014. Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet.** (2015). *Kartlegging av tvangsbruk overfor personer som ikke har diagnosen utviklingshemning*. Brev til Helse- og omsorgsdepartementet, referanse 15/6325-65.
- Helsedirektoratet.** (2016). *Bruk av tvang i psykisk helsevern for voksne i 2014*. Rapport IS-2452. Oslo: Helsedirektoratet.
- Helse- og omsorgsdepartementet.** (2010). *Nasjonal strategi for redusert og riktig bruk av tvang i psykiske helsetjenester*. Brev til de regionale helseforetakene, referanse 200903207-SoA/TR.
- Helse- og omsorgsdepartementet.** (2012). *Bedre kvalitet - økt frivillighet. Nasjonal strategi for økt frivillighet i psykiske helsetjenester (2012-2015)*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- HelseOmsorg21.** (2014). *HelseOmsorg21. Et kunnskapssystem for bedre folkehelse. Nasjonal forsknings- og innovasjonsstrategi for helse og omsorg*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Helsepersonelloven.** *Lov av 2. juli 1999 nr. 64 om helsepersonell m.v.* Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>
- Helsetilsynet.** (2016). *Risikovurdering av tjenester til personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse*. Rapport 3/2016. Oslo: Statens helsetilsyn.
- Heskestad, S. & Tytlandsvik, M.** (2008). Brukerstyrte kriseinnleggelser ved alvorlig psykisk lidelse. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 128 (1), 32-35.
- Hem, M. H., Heggen, K. & Ruyter, K.** (2007). Questionable requirement for consent in observational research in psychiatry. *Nursing Ethics*, 14 (1), 41-53.
- Huckshorn, K. A.** (2004). Reducing seclusion restraint in mental health use settings: core strategies for prevention. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 42, 22-33.
- Husum, T. L. & Norvoll, R.** (2014). *Alternativer til tvang II. Sett fra et fag- og forskningsperspektiv*. Porsgrunn: Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse.
- Lebel, J. L., Duxbury, J. A., Putkonen, A., Sprague, T., Rae, C. & Sharpe, J.** (2014). Multinational experiences in reducing and preventing the use of restraint and seclusion. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*. 52 (11), 22-29.
- Liversage, A.** (2017). *Voldsforebyggelse på botilbud og forsorgshjem*. Rapport 17:04. København: SFI – det nationale forskningscenter for velfærd.
- Lofthus, A. M., Westerlund, H., Bjørgen, D., Lindstrøm, J. C., Lauveng, A., Clausen, H., ...**
- Heiervang, K. S.** (2016). Are Users Satisfied with Assertive Community Treatment in Spite of Personal Restrictions? *Community Mental Health Journal*, 52 (8), 891-897.
- Malterud, K.** (2012). Systematic text condensation: A strategy for qualitative analysis. *Scandinavian Journal of Public Health*, 40, 795-805.
- Meld. St. 25** (1996-97). *Åpenhet og helhet – Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene*. Oslo: Sosial- og helsedepartementet.
- Meld. St. 26** (2014-2015). *Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Molodynski, A., Rugkåsa, J. & Burns, T.** (2016). *Coercion in community mental health care. International Perspectives*. New York: Oxford University Press.
- Monahan, J., Bonnie, R. J., Appelbaum, P. S., Hyde, P. S., Steadman, H. J., Swartz, M. S.** (2001). Mandated Community Treatment: Beyond Outpatient Commitment. *Psychiatric Services*, 52 (9), 1198-1205.



- Monahan, J., Redlich, A. D., Swanson J., Robbins, P. C., Appelbaum, P. S., Petrila, J., ... McNeil, D. E.** (2005). Use of Leverage to Improve Adherence to Psychiatric Treatment in the Community. *Psychiatric Services*, 56 (1), 37-44.
- Mueser K.T., Bond G.R., Drake R.E. & Resnick S.G.** (1998). Models of community of care for severe mental illness: a review of research on case management. *Schizophrenia Bulletin*, 24, 37-74.
- Moser, L.** (2007). *Coercion in assertive community treatment: examining client, staff, and program predictors*. (Doktoravhandling). Purdue University, Indiana.
- NAKU** (Nasjonalt kompetansemiljø om utviklingshemming): Forskning om tvang og makt. <http://www.naku.no/kunnskapsbanken/tvang-og-makt-forskning>
- NAPHA** (Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid) (2010). Temaside om bolig. <http://www.napha.no/content/13910/Bolig>
- Treatment Program.** *Psychiatric Services*, 51, 499-505.
- Norges forskningsråd** (2009). *Evaluering av Opptreppingsplanen for psykisk helse (2001-2009). Sluttrapport - syntese og analyse av evalueringens delprosjekter*. Oslo: Norges forskningsråd.
- Norvoll, R.** (2002). Makt og sosial kontroll innenfor psykisk helsevern. I Norvoll, R. (red.), *Samfunn og psykiske lidelser. Samfunnsvitenskapelige perspektiver – en introduksjon*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Norvoll, R., Hatling, T. & Hem, K.-G.** (2008). *Det er nå det begynner! Hovedrapport fra prosjektet «Brukerorienterte alternativer til tvang i sykehus» (BAT)*. SINTEF A8450. Trondheim: SINTEF.
- NOU 2011:15.** *Rom for alle. En sosial boligpolitikk for framtiden*. Oslo: Departementenes servicesenter.
- Ose, S. O. & Kaspersen, S. L.** (2015). *Kommunalt psykisk helse- og rusarbeid 2015: Årsverk, kompetanse og innhold i tjenestene*. Rapport nr. SINTEF A27362. Trondheim: Sintef.
- Ose, S. O. & Kaspersen, S. L.** (2016). *Kommunalt psykisk helse- og rusarbeid 2016: Årsverk, kompetanse og innhold i tjenestene*. Rapport nr. SINTEF A27975. Trondheim: Sintef.
- Oeye, C., Bjelland, A. K. & Skorpen, A.** (2007). Doing Participant Observation in a Psychiatric Hospital—Research Ethics Resumed. *Social Science & Medicine*, 65, 2296-2306.
- Pettersen, K.-S. & Rudningen, G.** (2014). *Samspill eller svarteperspill? En studie av ansvarsfordeling og gråsoner mellom kommuner og spesialisthelsetjenesten for mennesker med RoP-lidelser med voldsproblematikk*. AFI-rapport 10/2014. Oslo: Arbeidsforskningsinstituttet.
- Riksrevisjonen** (2016). *Riksrevisjonens undersøkelse av ressursutnyttelse og kvalitet i helsetjenesten etter innføringen av samhandlingsreformen*. Dokument 3:5 (2015-2016).
- Ruud, T., Landheim, A. et al.** (2014). *Utproving av ACT-team i Norge. Hva viser resultatene?* Sluttrapport. Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse, Sykehuset Innlandet HF.
- Rugkåsa, J., Canvin, K., Sinclair, J., Sulman, A. & Burns, T.** (2014). Trust, Deals, and Authority: Community Mental Health Professionals' Experience of Influencing Reluctant Patients. *Community Mental Health Journal*, 50, 886-895.
- Ruyter, K. W.** (2003). *Forskningsetikk. Beskyttelse av enkeltpersoner og samfunn*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Salyers, M. P., Stull, L. G., Rollins, A. L. & Hopper, K.** (2011). The work of recovery on two assertive community treatment teams. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 38, 169-180.
- Scanlan, J. N.** (2010). Interventions to reduce the use of seclusion and restraint in inpatient psychiatric settings: what we know so far a review of the literature. *International Journal of Social Psychiatry*, 56, 412-423.

- Solbjør, M., Rise, M. B., Westerlund, H. & Steinsbekk, A.** (2013). Patient participation in mental healthcare: when is it difficult? A qualitative study of users and providers in a mental health hospital in Norway. *International Journal of Social Psychiatry*, 59 (2), 107-113.
- Szmukler G. & Appelbaum P. S.** (2008). Treatment pressures, leverage, coercion, and compulsion in mental health care. *Journal of Mental Health*, 17, 233-244.
- Sosial- og helsedirektoratet.** (2006). *Tiltaksplan for redusert og kvalitetssikret bruk av tvang i psykisk helsevern*. IS-1370. Oslo: Sosial – og helsedirektoratet.
- Sjøstrøm, S.** (2016). Coercion contexts - how compliance is achieved in interaction. I Molodynski, A., Rugkåsa, J. & Burns, T. (red), *Coercion in community mental health care. International Perspectives*. New York: Oxford University Press.
- Snertingdal, M. I.** (2014). *Housing First i Norge – en kartlegging*. Fafo-rapport 2014:52. Oslo: Fafo.
- St.meld. nr. 25** (2005-2006). *Mestring, muligheter og mening*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- St.meld. nr. 47** (2008-2009). *Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid*. Oslo: Helse – og omsorgsdepartementet.
- St.prp. nr. 63** (1997-98). *Om opptrappingsplan for psykisk helse 1999-2006. Endringer i statsbudsjettet for 1998*. Oslo: Sosial- og helsedepartementet.
- Steihaug, S. & Loeb, M.** (2007). *De ressurskrevende brukerne innen psykisk helsearbeid – samhandling og organisering*. Sintef-rapport A 1367. Trondheim: SINTEF Helse.
- Steinsbekk, A., Westerlund, H., Bjørgen, B. & Rise, M. B.** (2013). Hvordan beskriver brukere av psykiske helse- og sosialtjenester et godt tjenestetilbud? *Tidsskrift for norsk psykologforening*, 50 (1), 2-5.
- Stewart, D., Merwe, M. V., Bowers, L., Simpson, A. & Jones, J.** (2010). A Review of Interventions to Reduce Mechanical Restraint and Seclusion among Adult Psychiatric Inpatients. *Issues in Mental Health Nursing*, 31, 413-424.
- Syse, A.** (1999). Coercion in psychiatry: an analytical overview. I J. Morrissey & J. Monahan (eds.) *Coercion in mental health services – International perspectives* (s. 81-100). Stamford: JAI Press.
- Syse, A.** (2002). Tvang og tilsyn i private hjem. *Lov og rett*, 41 (02), 82-102.
- Wright, C., Catty, J., Watt, H. & Burns, T.** (2004). A systematic review of home treatment services. Classification and sustainability. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 39, 789-796.
- Yeles, K.** (2016). Informal coercion: current evidence. I Molodynski, A., Rugkåsa, J. & Burns, T. (Red), *Coercion in community mental health care. International Perspectives*. New York: Oxford University Press.
- Øye, C. & Norvoll, R.** (2013). *Psykisk helsearbeid i et makt- og kontrollperspektiv*. I Norvoll, R. (red.) *Samfunn og psykisk helse. Samfunnsvitenskapelige perspektiver*. Oslo: Gyldendal.

# Vedlegg 1

## **Intervjuguide**

Kan dere si litt om dere selv, og bosituasjonen (underforstått bo og tjenester) deres i dag?

## **Dilemmaer i dagliglivet**

Kan dere gi eksempler på situasjoner der dere har følt at deres selvbestemmelse har blitt begrensa?

### *Eksempler*

- Rusbruk
- Hygiene
- Økonomi
- Privatliv
- Sosialt liv/ besøk
- Deltagelse i aktiviteter

### *Dilemmaer? Begrunnelser for at de oppstår?*

Eksempler på situasjoner som kan være juridisk uklare:

- avtaler som beboere inngår ved innflytning i kommunale boliger, der det er reguleringer på for eksempel tilsyn, praktisk bistand og besøk
- uklarhet om hvordan hindre besøk som skaper uro for beboeren selv, andre beboere og ansatte
- uklarhet rundt styring av økonomi når deres helse og boforhold settes i fare, og når beboer nekter forvaltning og vergemål

### *Prosesser rundt husregler og rutiner*

- refleksjoner / debrifing i etterkant av situasjoner som oppstår
- (kultur- hvor bestemmes hva?)

*Kan du si noe om likheter og forskjeller mellom det å være på institusjon og det å få tjenester hjemme?*

## **Brukermedvirkning**

Hvordan blir dine synspunkt og behov ivaretatt i disse situasjonene?

## **Veien videre**

Hvis dere skulle gi råd om hva som skal til for å bedre situasjonen- hva skal til?

## **Intervjuguide**

Kan dere si litt kort om dere selv, og hvor dere jobber?

## **Dilemmaer i dagliglivet**

Kan dere gi eksempler på situasjoner der dere har stått i slike dilemmaer?

### *Eksempler*

- Hygiene / påkledning
- Økonomi
- Privatliv
- Sosialt liv/ besøk
- Deltagelse i aktiviteter
- Rusbruk

### *Dilemmaer? Begrunnelser for at de oppstår?*

Eksempler på situasjoner som kan være juridisk uklare:

- avtaler som beboere inngår ved innflytning i kommunale boliger, der det er reguleringer på for eksempel tilsyn, praktisk bistand og besøk
- uklarhet om hvordan hindre besøk som skaper uro for beboeren selv, andre beboere og ansatte
- uklarhet rundt styring av økonomi når deres helse og boforhold settes i fare, og når beboer nekter forvaltning og vergemål

### *Prosesser rundt husregler og rutiner*

- refleksjoner / debrifing i etterkant av situasjoner som oppstår
- (kultur- hvor bestemmes hva?)

*Kan du si noe om hva som kan være forskjellig i den hjelpa som gis på institusjon og i eget hjem ut i kommunen?*

## **Brukermedvirkning**

Hvordan blir beboerens synspunkt og behov ivaretatt i disse situasjonene?

## **Veien videre**

Hvis dere skulle gi råd om hva som skal til for å bedre situasjonen- hva skal til?

# Vedlegg 2

## **Invitasjon til å delta i prosjektet:**

### **Nasjonal kartlegging av eventuelle rettighetsinngripende tiltak overfor personer med behov for omfattende rus- og psykisk helsetjenester som bor i norske kommuner.**

Dette er et spørsmål til deg om å delta i en kartlegging av eventuell bruk av rettighetsinngripende tiltak overfor personer med alvorlige psykiske lidelser og / eller ruslidelser som mottar psykiske helsetjenester i sin bolig. NAPHA- Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid- gjennomfører på vegne av Helsedirektoratet kartleggingen. KBT- Kompetansesenter for brukererfaring og tjenesteutvikling- er samarbeidspartner.

Vi ønsker i kartleggingen å utvikle ny kunnskap om eventuell bruk av tiltak som kan være rettighetsinngripende, hvordan slike situasjoner oppstår og begrunnes samt hvilke konsekvenser de kan ha. Fagpersoner og brukere fra kommuner av ulik størrelse og fra ulike deler av landet deltar i kartleggingen, samt private institusjoner som tilbyr tjenester til målgruppen.

#### **Hva innebærer deltakelse i kartleggingen?**

Du blir spurt om å delta i et fokusgruppeintervju, der du sammen med 3-7 andre fagpersoner fra psykisk helsearbeid vil snakke om tema som omhandler rettighetsinngripende tiltak. En fra NAPHA og KBT vil stille spørsmål, men primært vil det bli lagt opp til en samtale mellom dere. Fokusgruppeintervjuet vil ta inntil 2 timer og det dere sier vil bli tatt opp på lydbånd og skrevet ned, Se vedlegg for detaljer og ytterligere informasjon.

#### **Hva skjer med informasjonen om deg?**

Alle opplysninger vil bli behandlet konfidensielt, og ingen enkeltpersoner eller steder vil kunne identifiseres i publikasjoner.

Kun prosjektmedarbeidere fra NAPHA og KBT, samt en person som transkriberer, vil ha tilgang til personopplysninger. Opplysningene anonymiseres og datafilene slettes innen 30.11.2016. Personopplysninger og lydopptak vil lagres adskilt fra øvrige data.

#### **Frivillig deltakelse**

Det er frivillig å være med og du har mulighet til å trekke seg når som helst. Det vil heller ikke få noen konsekvenser for deg dersom du ikke ønsker å delta eller trekker deg underveis i prosjektet. Dersom du trekker seg, vil alle innsamlede data om deg bli slettet.

Dersom du har spørsmål til studien, ta kontakt med **Møyfrid Kjøltsdal, tlf 918 46 874, epost moyfrid.kjolsdal@napha.no**

Prosjektet er meldt til Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS

#### **Samtykke til deltakelse i kartleggingen**

Jeg har mottatt informasjon om kartleggingen, og er villig til å delta

---

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

# Vedlegg 3

## **Adgangen til å anvende tvangstiltak**

Retten til fravær av tvang, retten til selvbestemmelse, retten til å være seg selv, retten til privatliv og retten til bevegelsesfrihet er grunnleggende menneskerettigheter som gjelder som norsk lov. Rettighetene gjelder overalt og i alle situasjoner der individet står i fare for å bli krenket. Lovhjemler som gir adgang til å anvende tvang skal utformes og praktiseres på en slik måte at de ikke krenker menneskerettighetene eller øvrige rettigheter som følger av Grunnloven.

Det rettslige utgangspunktet er at alle har rett til å anvende sine grunnleggende rettigheter, og bestemme selv i saker som berører egen situasjon. Som pasient/bruker har man rett til et verdig og forsvarlig tjenestetilbud med aktiv brukermedvirkning. Hvis man motsetter seg hjelp, må tjenesteyter som hovedregel respektere dette. Samtykkeprinsippet følger av pasient- og brukerrettighetsloven § 4-1 første ledd, og gjelder ytelse av alle former for helse- og omsorgstjenester.

Et gyldig samtykke forutsetter at personen har fått tilstrekkelig informasjon om sin helsetilstand og innholdet i hjelpen. Han/hun må ikke befinne seg i en tvangslignende situasjon, og samtykket kan ikke anvendes til å frasi seg ukrenkelige rettigheter. Samtykke/avtale kan ikke anvendes som rettslig grunnlag for å koble urimelige eller ulovlige vilkår til tjenesteytelsen, og skal heller ikke regulere spørsmål som er så inngripende at de må anses for å kreve hjemmel i lov i samsvar med legalitetsprinsippet. Inngrepet kan ikke gå lenger enn det vedkommende konkret har samtykket til. Når et gyldig samtykke trekkes tilbake, gjelder det ikke lenger som gyldig rettsgrunnlag.

Husordensregler må alltid gis innenfor rammene av relevante lover og forskrifter.

Handlinger som utføres på tross av den enkeltes vilje krever gyldig rettsgrunnlag. Tilsvarende gjelder tiltak som er så inngripende at de uansett motstand må regnes som bruk av tvang eller makt. Det foreligger ikke et tvangsregelverk for kommunale helse- og omsorgstjenester som uavhengig av diagnose regulerer når tvangstiltak kan vurderes, besluttes og gjennomføres. De regler som er gitt er enten diagnoseavhengig eller på andre måter avgrenset til å omfatte spesifikke målgrupper og formål.

Helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 9 gir hjemmel for å benytte tvang som ledd i nærmere bestemte tjenester til personer med diagnosen psykisk utviklingshemming, der dette er nødvendig for å hindre eller begrense vesentlig skade på personen selv eller på andre. Regelverket har bestemmelser som ivaretar tjenestemottakernes rettssikkerhet, og som pålegger helse- og omsorgstjenesten en rekke plikter for å redusere omfanget av tvangsbruk til et minimum.

Forskrift om rettigheter og bruk av tvang under opphold i institusjon for behandling, omsorg og rehabilitering av personer med rusmiddelproblemer regulerer bruk av tvang i rusinstitusjoner. Forskriften gir regler om gjennomføringen av oppholdet i rusinstitusjon. Den avklarer når det er adgang til å bruke tvang, og skal forhindre at tvang brukes i større utstrekning enn strengt nødvendig.

Kapittel 4 A i pasient- og brukerrettighetsloven har til formål å sikre nødvendig somatisk helsehjelp til pasienter som mangler samtykkekompetanse og som motsetter seg helsehjelpen. Bestemmelsene skal også forebygge og begrense bruken av tvang. Dette kommer til uttrykk gjennom strenge vilkår for å yte tvungen helsehjelp og gjennom særskilte saksbehandlingsregler. I visse tilfeller foreligger også plikt til inngrep. Dette gjelder plikten etter helsepersonelloven § 7 om at helsepersonell straks skal gi den helsehjelp de evner når det må antas at hjelpen er påtrengende nødvendig.

Tvungent psykisk helsevern kan skje uten døgnopphold i institusjon hvor dette er et bedre alternativ for pasienten, jf. psykisk helsevernloven § 3-5. Tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold kan bare skje under ansvar av en institusjon som er godkjent for den aktuelle behandlingsformen. En pasient som er underlagt tvungent vern uten døgnopphold bor som oftest i egen bolig. Behandling skal i utgangspunktet gis ved institusjonen som er ansvarlig for vernet. Den praktiske gjennomføringen av medikamentell behandling, for eksempel utlevering av medisiner på pasientens bopel, kan imidlertid overlates til helsepersonell utenfor det psykiske helsevernet, for eksempel den kommunale helse- og omsorgstjenesten, jf. psykisk helsevernforskriften § 22 annet ledd. Dette forutsetter at pasienten selv ønsker det og at gjennomføringen skjer under forsvarlig tilsyn og veiledning fra den ansvarlige institusjonen. Den ansvarlige institusjonen må ha løpende oversikt over pasientens situasjon, slik at det fortløpende kan vurderes om vilkårene for tvungent vern er oppfylt, jf. § 3-7, jf. § 3-3.

Felles for tvangslovgivningen er plikten til å sikre at forholdene legges til rette for minst mulig bruk av tvang og makt. Andre løsninger enn bruk av tvang eller makt skal være prøvd før lovhjemlede tvangstiltak tas i bruk. Å videreutvikle metoder som så langt som mulig gjør bruk av tvang overflødig, er en sentral oppgave for tjenester og aktører. Tvang og makt bare brukes når det er faglig og etisk forsvarlig. I den konkrete vurderingen skal det legges særlig vekt på hvor inngripende tiltaket er for den enkelte bruker eller pasient. Tiltakene må ikke gå lenger enn det som er nødvendig for formålet, og må stå i forhold til det formålet som skal ivaretas.

Reduserte evner til å ivareta egne rettigheter innebærer ikke i seg selv at bruk av tvang blir mer legitimt. Begrunnelsen for bruk av tvang overfor en person må være at fri utøvelse av vedkommendes rettigheter kommer i sterk konflikt med andre viktige rettigheter, for eksempel egen helse eller andre personers rett til frihet og selvbestemmelse.

Straffelovens §§ 17 og 18 har bestemmelser om straffrihet i nødretts- og nødvergesituasjoner. Nødverge etter straffeloven § 18 innebærer at en ellers straffbar handling foretas for å avverge eller forsvare seg mot et rettsstridig angrep. Ingen kan straffes for en handling om er foretatt i nødverge. Nødverge kan utøves både mot angrep på person eller på ting. Skal handlingen være straffbefriende, kreves det at handlingen ikke overskrider det som fremstiller seg som nødvendig.

