

**Helsehjelp med tvang:  
Ei kvalitativ studie av norske  
vedtaksdokument**

**Solrun Hauglum**

**Masteroppgåve, Masterstudium i rehabilitering, fordjuping eldre**

**Høgskolen i Oslo**

**Haust 2010**

**Solrun Hauglum**

**Helsehjelp med tvang:  
Ei kvalitativ studie av norske  
vedtaksdokument**

**Masteroppgåve**

**Masterstudium i rehabilitering, fordjuping eldre**

**Høgskolen i Oslo, hausten 2010**

**Publisert 2010**

## FORORD

Mi makt som helsepersonell, og korleis denne makta kan brukast til å gripa for mykje inn, men også til å oversjå og forsømme, har oppteke meg lenge. I praksis oppstår det mange vanskelege dilemma rundt helsehjelp med tvang, situasjonar med motstridande omsyn som krev både juridiske, faglege og etiske vurderingar. Og sjølv om ein no har fått lovkapittel som opnar for somatisk helsehjelp med tvang, er det ingen fasit som gir dei rette svara.

Under arbeid med oppgåva har eg komme opp i fleire spanande diskusjonar rundt temaet helsehjelp med tvang. Det er godt å oppleve at temaet engasjerar og at det vert diskutert og reflektert rundt det sjølv om desse diskusjonane viser lite att i det offentlege rom. Nokon av diskusjonane har gjort meg betenkt og endå sikrere på at temaet mitt er viktig og aktuelt.

Eit engasjerande tema var med på å driva arbeidet framover og holda motivasjonen oppe. I tillegg er det også andre som bør ha takk for at det vart ei oppgåve til slutt: rettleiar Jan Grue ved Høgskolen i Oslo for at han losa meg gjennom og bidrog med sine kunnskapar innan språkanalyse, familien min som i lang tid stort sett berre har sett ryggen av ektefelle og mor borte ved skrivebordet, og venner som heile tida har hatt tru på prosjektet mitt og sagt at dei er der når eg får tid til å vera sosial att. Til slutt må eg takka arbeidsgivar, Voss kommune, for å visa interesse for prosjektet og gi meg fri og støtte til studiesamlingar.

## **SAMANDRAG:**

Tema for oppgåva er helsehjelp med tvang. 1. januar 2009 trådte kapittel 4A i Pasientrettslova i kraft og opna for å gi somatisk behandling og helsehjelp til pasientar over 16 år utan samtykkekompetanse som motset seg helsehjelp. I praksis oppstår det vanskelege dilemma av etisk og juridisk karakter ved helsehjelp til desse pasientane. Slike dilemma finst det ingen fasitsvar på. Helsehjelp med tvang fører også med seg problemstillingar rundt tekstleg formidling og tolking av pasient og helsepersonell si framreden, og av legitimeringsstrategiar og argumentasjon. På grunn av konsekvensar for livskvalitet, er meir kunnskap på området av stor betydning.

Problemstillinga for oppgåva er korleis helsehjelp med tvang vert legitimert etter kapittel 4A i Pasientrettslova. For å svara på problemstillinga, er det nytta kvalitativ analyse og språkanalyse. Materialet er 25 tvangsvedtak utlevert frå Helsetilsynet.

Analysen viser store skilnader i korleis den langvarige og hyppige tvangsbruken vert legitimert. Det er betydelege forskjellar i språk og argumentasjon i vedtaka, og dette kan eksemplifiserast med to motsetningar: 1) Det knappe vedtaket med ufullstendige setningar og usynlege aktørar der argumentasjonen er manglande eller består av enkeltord, og 2) det meir innhaldsrike vedtaket som tydeleggjer aktørar og ansvar og let lesar få del i argumentasjon og vurderingar.

Det vert vidare drøfta korleis språkbruk og argumentasjon kan gi konsekvensar ut over det enkelte vedtak ved å påverka holdningar og vera med å utforma vidare praksis.

## **ABSTRACT:**

The topic of this thesis is the use of force in Norwegian health care. The Norwegian Patient Rights Act, Chapter 4A, which came into force on the 1<sup>st</sup> of January 2009, regulates the use of force during medical treatment and other forms of health care for patients over the age of 16 who lack the capacity to give informed consent. Treatment and care for these patients often involve ethical and legal dilemmas to which there are no clear answers. Additionally, they involve complex textual practices, including the interpretation and understanding of patients' and professionals' behavior, legitimating strategies and argumentation. Because of the quality of life issues at stake, more knowledge about the issues is urgently needed.

The primary research question is how the use of force in Norwegian health care is justified in accordance with the Patient Rights Act, Chapter 4A. This question is explored through the qualitative and linguistic analysis of 25 formal decision documents that authorize the use of force (provided by the Norwegian Board of Health Supervision).

The analysis demonstrates that there are great discrepancies as to how the frequent and long-term use of force is justified. There are considerable differences in the language use and argumentation strategies in the documents, tending towards two polar opposites: 1) The short resolution, characterized by incomplete sentences, obscured agency and minimal argumentation, and 2) the longer resolution, which shows the agents, make the responsibility clearer, and lets the reader take part in the argumentation and evaluation.

It is further discussed how language use and argumentation have consequences beyond the decision documents by influencing on attitudes and everyday practice.

## **INNHOOLD:**

<b>FORORD.....</b>	<b>3</b>
<b>SAMANDRAG.....</b>	<b>4</b>
<b>1. INNLEIING.....</b>	<b>8</b>
1.1. Tema og problemformulering.....	8
1.2. Oppgåva si oppbygging.....	9
<b>2. BAKGRUNN OG OMGREPSAVKLARING.....</b>	<b>10</b>
2.1. Bakgrunn for val av tema.....	10
2.2. Rehabilitering.....	11
2.3. Brukarmedverknad, autonomi og samtykkekompetanse.....	12
2.4. Helsehjelp, tvang og kapittel 4A i Pasientrettslova.....	13
<b>3. TEORETISKE PERSPEKTIV.....</b>	<b>14</b>
3.1. Sosial konstruktivisme.....	15
3.2. Diskursanalyse.....	16
3.3. Makt.....	18
3.4. Etikk og menneskesyn.....	19
3.5. Menneskeverd og menneskerettar.....	20
3.6. Språk og kunnskap er makt.....	23
3.7. Vitskapleg og narrativt språk og viten.....	24
<b>4. LITTERATURGJENNOMGANG OG TIDLEGARE FORSKING.....</b>	<b>25</b>
4.1. Bruk av tvang innan norsk eldreomsorg.....	26
4.2. Kapittel 4A i Sosialtenestelova og vegen mot kapittel 4A i Pasientrettslova.....	27
4.3. Tvang i psykiatrien i Noreg.....	28
4.4. Rettslege og etiske problemstillingar ved bruk av tvang.....	29
4.5. Språket i barnevernjournalar.....	31
<b>5. METODE.....</b>	<b>32</b>
5.1. Kvalitativ metode.....	33
5.2. Datainnsamling og utval.....	33
5.3. Analyse.....	34
5.4. Relevans, validitet og refleksivitet.....	37
5.5. Etske vurderingar.....	39
<b>6. ANALYSE.....</b>	<b>39</b>
6.1. Kva kjenneteiknar helsehjelp med tvang i dei 25 vedtaka?.....	40
6.2. Korleis vert helsehjelp med tvang skildra?.....	41

6.3. Korleis trår pasient og pårørende fram i vedtaka?.....	44
6.4. Helsepersonalet som fattar vedtak og utøver tvang – korleis viser dei att?.....	47
6.5. Motstand mot helsehjelp.....	49
6.6. Tillitsskapande tiltak og alternativ til tvang.....	50
6.7. Argumentasjon for tvangsbruk.....	52
6.8. Faguttrykk og form.....	54
6.9. Språk og argumentasjon – to ulike variantar av vedtak.....	55
<b>7. RESULTAT.....</b>	<b>57</b>
<b>8. DRØFTING.....</b>	<b>59</b>
8.1. Metode og overordna teoriar.....	59
8.2. Tvangstiltak og alternativ til tvang.....	61
8.3. I spenningsfeltet mellom etikk og jus.....	63
8.4. Mellom makt og avmakt.....	64
8.5. Form og stil – og vedtaksmalen.....	65
8.6. To motsetningar i argumentasjon og språk.....	67
8.7. Kan språkval gi konsekvensar ut over det enkelte dokument?.....	69
<b>9. AVSLUTNING.....</b>	<b>72</b>
<b>KJELDELISTE.....</b>	<b>74</b>
<b>VEDLEGG NR.1.....</b>	<b>78</b>
<b>VEDLEGG NR.2.....</b>	<b>81</b>

# 1. INNLEIING

## 1.1. Tema og problemformulering

Tema for oppgåva er helsehjelp med tvang. Det er eit tema som plasserar oss midt inn i spenningsfeltet mellom makt og etikk og mellom paternalisme og forsømming. Det er også eit kjenslevart tema som viser til ein uønskt og vanskeleg situasjon både for pasient og helsepersonell. Helsehjelp med tvang vil kunne få store konsekvensar for helse, liv og livskvalitet til pasienten som skal ha helsehjelpa. Det vil også virka inn på pårørande og på helsepersonell som står i valet mellom å yta eller ikkje yta denne typen helsehjelp.

Som me vil sjå vidare i oppgåva, er problemstillingar rundt helsehjelp med tvang verken ukjende eller av nyare dato. Både frå styresmakter og frå fagmiljø har dilemma rundt dette temaet vorte løfta fram gjennom fleire tiår, særleg i samband med helsehjelp til personar med kognitiv svikt. Sitatet under er henta frå ei stortingsmelding som for ti år sidan tok opp problemstillinga innan demensomsorga:

I omsorga for denne gruppa vil helse- og sosialpersonell ofte møte vanskelege etiske dilemma der valet står mellom å unnlate å yte omsorg og tenester til dei som treng det og krenkje deira integritet og rett til å bestemma sjølve. [...] For å gi naudsynt omsorg og hindre alvorleg skade vil tenesteytarane i enkelte situasjonar vere nøydde til å treffe avgjerder og iverksetje tiltak som grip inn i personen sine rettar utan at mottakaren av tenestene samtykker, eventuelt også mot viljen til vedkommande. (St.meld. nr. 28, 1999-2000, 55)

For å gripa inn i nokon sin rett til å bestemma sjølv, treng ein heimel i lov. 1. januar 2001 trådte Pasientrettslova og Helsepersonellova i kraft. Desse lovene samlar pasientane sine rettar og helsepersonell sine plikter. Pasienten sin rett til informasjon og til å samtykka til helsehjelp vert understreka, og det er reglar for representasjon for pasientar som manglar samtykkekompetanse. Men dersom pasienten yter motstand, held ikkje representert samtykke som grunnlag. Det nye kapittel 4A som trådte i kraft 1. januar 2009, har til formål å sikra nødvendig helsehjelp til pasientar som manglar samtykkekompetanse og som motset seg helsehjelp. Ein fekk med dette kapittelet ein ny heimel for helsehjelp med tvang innan norsk helsevesen.

Noreg skil seg frå andre land i Europa når det gjeld lovgivnad rundt tvang, både innanfor helselovene og innanfor sosialtenestelova. Ingen andre land har opna opp for å nytta tvang i samband med alle handlingar som kan definerast som somatisk helsehjelp, alt frå behandling og medisinerer til pleie og omsorgsoppgåver og dagleg stell. Forskarar og



fagfolk, både frå det helsefaglege og juridiske feltet, poengterer akkurat dette og finn det derfor ekstra interessant å følgja med på utviklinga framover. Det er knytt spenning til korleis lovkapittelet vil verta forstått og praktisert, og om det kan gi konsekvensar for praksis.

Intensjonen mi med oppgåva er å bidra til meir kunnskap om fenomenet tvang og korleis helsepersonell legitimerar tvangsbruk etter det nye lovkapittelet. Legitimering vert gjort gjennom dokumentasjon, ved å fatta vedtak som vert sende til Helsetilsynet i fylket. Men kva går denne dokumentasjonen ut på, og korleis argumenterer ein for å nytta tvang? Bruk av tvang har sterk tilknytning til maktbruk, etikk og menneskesyn. Det vert derfor også interessant å sjå korleis desse fenomenene framtrår eller ikkje framtrår gjennom vedtaka.

Problemstillinga mi er:

### **Korleis vert helsehjelp med tvang etter kapittel 4A i Pasientrettslova legitimert?**

For å svara på problemstillinga, vil eg analysere vedtak som vert sendt inn til Helsetilsynet i fylket når helsepersonell yter helsehjelp med tvang. Gjennom ei kvalitativ analyse av 25 skriftlege vedtak, der eg også dreg inn element av språkanalyse, vil eg sjå kva historie desse 25 dokumenta fortel om helsehjelp med tvang. All helsehjelp som vert ytt med tvang etter dette kapittelet, skal vera dokumentert i vedtak. Vedtaka gir meg derfor direkte innblikk i tvang som faktisk vert utøvd etter kapittel 4A, og korleis helsepersonell grunngir og vurderar bruken av tvangstiltak. Ved utfylling av vedtaka, er tvangsbruken reell. Vurderingar i ein slik situasjon kan vera annleis enn når ein reflekterer rundt tvangsbruk på meir hypotetisk og teoretisk grunnlag. Eg vurderer derfor data frå vedtaka som ekstra interessant og relevant.

Til å vera såpass omfattande lovendring, har det vore lite diskusjon og reaksjon frå fagfelt og frå brukarorganisasjonar rundt kapittel 4A i Pasientrettslova. Mitt ønske er også å bidra til meir refleksjon og diskusjon rundt temaet helsehjelp med tvang.

## **1.2. Oppgåva si oppbygging**

Vidare i oppgåva kjem me først innom bakgrunn og avklaring av sentrale omgrep. Her vert kapittel 4A i Pasientrettslova med verkeområde og vilkår nærare presentert. Så følgjer eit kapittel om relevante teoretiske perspektiv der me kjem inn på sosial konstruktivisme, diskursanalyse og teoriar rundt makt, etikk, menneskesyn og menneskerettar. Deretter vert det gjennomgang av litteratur og forskning med fokus på norske forhold. Under metodekapittelet

vert det redegjort for framgangsmåte, datainnsamling og analyse. Så følgjer analyse av vedtaka etterfølgt av oppsummering av dei viktigaste funna. Til slutt i oppgåva vil funna verta diskutert.

## **2. BAKGRUNN OG OMGREPSAVKLARING**

### **2.1. Bakgrunn for val av tema**

Som ergoterapeut er mitt hovudfokus retta mot menneske si mogelegheit til å meistra daglege aktivitetar, og fokus på menneskeleg aktivitet har vore eit kjerneområde i ergoterapi så lenge faget har eksistert (Alve 2007). I min praksis vil derfor brukarmedverknad og pasienten si aktive deltaking stå sentralt. Etter å ha jobba rundt 20 år med rehabilitering av eldre i kommunehelsetenesta, har eg møtt fleire pasientar med svekka evne til brukarmedverknad og samtykkekompetanse. Og eg har erfart at det kan vera ein vanskeleg balansegang mellom maktbruk og for mykje innblanding i pasienten sitt liv på den eine sida og oversjåing som kan enda i forsømming, på den andre sida. Eg har også erfart korleis det er å gjera vedtak om og yta helsehjelp med tvang.

Som nemnt innleiingsvis er mi hensikt å få betre forståing av fenomenet tvang og korleis helsehjelp med tvang vert legitimert etter kapittel 4A i pasientrettslova. Eg ønskjer også meir engasjement og diskusjon rundt temaet, både blant ”folk flest”, og blant pasientar, pårørande og helsepersonell. Særleg etterlyser eg denne typen engasjement og diskusjon innan rehabiliteringsfeltet. Mange viktige prioriteringar og avgjerder som vil påverka resten av livet til pasienten, vert fatta under rehabiliteringsfasa. Likevel ser det ut til at tvang er lite problematisert i samband med rehabilitering. Det dreiar seg også om mange involverte, både pasientar, pårørande og helsepersonell, og temaet vert berre meir aktuelt i tida framover.

Talet eldre er veksande i Noreg, og det inneber at ein får auke i aldersrelaterte sjukdomar. Fleire av desse sjukdomane kan føra med seg kognitiv svikt, noko som kan resultera i redusert evne til samtykkekompetanse. Kognitiv svikt er svikt i typisk menneskelege funksjonar som hukommelse, språk og planleggingsevne. Personar med aldersdemens er døme på ei slik stor og veksande pasientgruppe, men det er også forventat at fleire pasientar forbigåande eller av meir varig karakter vil oppleve kognitiv svikt (Waalder 1999; Engedal & Haugen 2006; Engedal 2008). I følgje Engedal (2008) vil 20-30% av eldre innlagde i somatiske sjukehus ha delirium, ein akutt forvirringstilstand ledsaga av kognitiv svikt. Hjø eldre ortopediske pasientar og pasientar med hjerneslag, kan forekomsten vera opptil 40-50%. Ein del av desse pasientane vil me møta i samband med rehabilitering og

opptrening innan kommune- og spesialisthelsetenesta, og problematikken rundt samtykkekompetanse og helsehjelp med tvang vil såleis verta aktualisert også i samband med rehabilitering.

Østenstad (2009) viser til statistikkar og rapportar frå Helsetilsynet. Samanlikna med innrapporterte tal om tvangstiltak overfor personar med psykisk utviklingshemming etter Sosialtenestelova kapittel 4A, reknar ein med at det vil verta aktuelt med tvangstiltak overfor 6000 personar årleg etter kapittel 4A i Pasientrettslova. Dette er nesten ti gonger så mange som det samanliknbare talet etter Sosialtenestelova.

Når det gjeld tal på innkomne tvangsvedtak etter kapittel 4A i Pasientrettslova, opplyser Helsetilsynet at det er stor variasjon mellom dei ulike fylka. I Hordaland hadde helsetilsynet fått inn 73 vedtak til mai 2009, medan det i Buskerud var komme inn 4 vedtak. Ein reknar med at det er underrapportering av dimensjonar, og at det vert utøva mykje tvang utan vedtak (Storvik 2009).

## **2.2. Rehabilitering**

Mitt utgangspunkt er ei vid forståing av rehabiliteringsgrepet. Rehabilitering er meir enn funksjonstrening, og rehabiliteringsbegrepet vert forstått kontekstuellet og mot meistring. Hammell (2006, 127) seier rehabilitering ikkje dreiar seg om å kurera eller behandla, men om å leva. Normann, Sandvin & Thommesen (2006, 29-33) understrekar at rehabilitering ikkje kan avgrensast til å handla om opptrening av fysisk funksjonssvikt, men også dreiar seg om bistand til å delta i samfunnet. Dei skildrar rehabilitering som ”skreddarsøm” som tek utgangspunkt i heile personen og den situasjonen han eller ho befinn seg i. Rehabilitering er sterkt knytt til behandling og pleie og omsorg. Sjølv om det kan vera gode grunnar til å skilja mellom desse kategoriane, kan skiljet mellom dei vera lettare i teori enn i praksis der handlingane delvis glir over i kvarandre (Normann m.fl. 2006). Rehabilitering kan også vera integrert i akuttbehandling av sjukdom, og forskning viser at dette særleg gir effekt for pasientar med akutt hjerneslag og for eldre sårbare pasientar med akutte indremedisinske sjukdomar eller brotskader (Pettersen & Wyller 2007).

Bautz-Holter, Sveen, Sjøberg & Røe (2007) seier rehabiliteringsverksemda står overfor nye krav og utfordringar. Særleg gjeld dette kravet til autonomi og brukarmedverknad og korleis det skal møtast. Ikkje minst fordi det er stadig sterkare indikasjonar på at det kan vera nødvendig og nyttig å kombinera behandling og rehabiliteringsretta tiltak, og fordi talet som treng rehabilitering er aukande, først og fremst på grunn av det aukande talet eldre.

### 2.3. Brukarmedverknad, autonomi og samtykkekompetanse

Brukarmedverknad er brukaren sin innflytelse på utforming av tenester, og er ein rett som følgjer av Pasientrettslova og Sosialtenestelova. Kommunar og helseføretak er pålagde å sørgja for brukarmedverknad, og brukaren sin innflytelse er ei føresetnad for rehabilitering (St.prp. nr. 1 2007-2008). Brukarmedverknad forutset samtykkekompetanse og prinsippet om informert samtykke. Samtykkekompetanse er den evna pasienten har til å samtykka. Både frå lovverk og (amerikansk) rettspraksis er det særleg tre faktorar som vert avgjerande: evna til å forstå informasjon, evna til å formidla ønskje og meiningar og evna til å forstå konsekvensen av vala sine (Pasientrettslova, Stang 1998, 190). Det er også viktig at ønsket til pasienten er konsistent, at informasjonen er adekvat, og at han er fri frå ytre press (Slettebø 2009, 88-100). Lingås (2005) hevdar at brukarmedverknad er eit ideal som få lukkast med i praksis. For at brukarmedverknad skal verta reell, ligg det store utfordringar for fagfolk til å utvikla kommunikative evner og holdningar til respekt og likeverd.

Ordet autonomi kjem frå gresk og betyr sjølvregulering eller sjølvbestemming. I medisinsk og helsefagleg samanheng snakkar ein stort sett om medbestemmelse. Pasienten har krav på å få respekt for sine val, og dette er først og fremst ein etisk rett, ikkje berre ein juridisk (Slettebø 2009, 88-100) Autonomi i tydinga sjølvbestemmingsrett er også vanleg i juridisk samanheng (Østenstad 2009, 64). Den enkelte sin sjølvbestemmingsrett og fridom til å ta val er svært sentrale verdiar i vårt samfunn. Adgang eller plikt til tvangsbruk må derfor kunne grunngivast og rettferdiggjera, og ein må ha heimel i lov (Syse 2006). Syse (2006, 320) peikar på at det frå eit lovgivarperspektiv ofte kan vera hensiktsmessig å dempa verdikonflikter, medan slike konflikter vil framstå svært klart i den kliniske kvardagen. Østenstad (2009, 69) ser ei verdikonflikt mellom autonomi på den eine sida og velferdspaternalistiske verdiar på den andre.

Vetlesen (2007, 111-119) seier at i vårt samfunn har individet sin streben etter og rett til autonomi status som den ypperste verdi, som eit synspunkt som er så dominerande at det virkar sjølvsgagt. Dette kan stå i kontrast til vår grunnleggjande sårbarheit som menneske, vår gjensidige avhengigheit av kvarandre og det behovet me har for omsorg gjennom livsløpet.

## 2.4. Helsehjelp, tvang og kapittel 4A i Pasientrettslova

Pasientrettslova definerar i § 1-3 helsehjelp som alle handlingar med førebyggjande, diagnostisk, behandlande, helsebevarande, rehabiliterande eller pleie- og omsorgsformål og som er utført av helsepersonell. Helsepersonell vert definert i § 3 i Helsepersonellova som alt personell som utøver helsehjelp, både elevar, studentar og personell med og utan autorisasjon. Det er verdt å merka seg at alle som jobbar innan helsevesenet, uavhengig av bakgrunn og utdanning, vert rekna som helsepersonell. Og alt dei gjer med pasienten, bortsett frå forskning og eksperimentell behandling, vert rekna som helsehjelp. Her er det viktig å få med seg at omgrepet også dekker pleie- og omsorg og dagleg stell.

Utgangspunktet for å gi helsehjelp er samtykke frå pasient. Dersom samtykke ikkje føreligg, kan ikkje helsepersonell gi helsehjelp utan heimel i lov. Kapittel 4A i Pasientrettslova trådte i kraft 01.01.2009, og opnar for å yta helsehjelp med tvang når personar over 16 år utan samtykkekompetanse motset seg helsehjelp. Bruk av tvang etter dette lovkapittelet må skiljast frå tvangstiltak som er heimla i andre kapittel og lovverk. Det gjeld tvang ved øyeblikkeleg hjelp som er heimla i § 7 i Helsepersonellova og opnar for å bruka tvang ved akutte situasjonar som kan setja liv og helse i umiddelbar fare. Tvungen undersøking og behandling av personar med psykiske lidingar er heimla i Psykisk helsevernlov, og tvang i samband med sosiale tenester og tiltak for personar med psykisk utviklingshemming eller rusproblematikk er heimla i Sosialtenestelova.

Tvang kan definerast enkelt og treffande som fråvær av samtykke, slik det vert gjort i Psykisk helsevernlov. Denne definisjonen vert også brukt i juridiske samanhengar (Johnsen & Smebye 2008, 210). Når det er snakk om helsehjelp med tvang etter kapittel 4A i Pasientrettslova, vert det viktig å hugsa at lovkapittelet kom til for å heimla helsehjelp med tvang når pasientar utan samtykkekompetanse *motset seg* helsehjelp. I § 4A-3 vert det understreka at motstanden kan komma til uttrykk både verbalt og fysisk, og at ein i mange tilfelle må tolka reaksjonane til pasienten. Også forventa motstand vil komma inn under kapittel 4A.

Det er strenge vilkår for å yta helsehjelp med tvang etter kapittel 4A i Pasientrettslova. Hovudregelen er at det først skal vera prøvt tillitsskapande tiltak, tilrettelegging og alternativ til tvang. Det er sett som vilkår at helsehjelpa skal vera nødvendig, og at manglande helsehjelp kan gi vesentleg helseskade. Helseskaden skal gjelda pasienten sjølv. Skader på andre eller på omgivelsane vil ikkje komma inn under dette lovkapittelet. Ein skal gjera ei heilskapleg vurdering av situasjonen, og helsehjelp med tvang kan berre giast når dette vert

vurdert som den klart beste løysinga for pasienten. Tvangstiltaket skal også stå i forhold til behovet for helsehjelp, og ein skal velja minst mogleg inngripande tiltak (Ot.prp. nr. 64 2005-2006).

Vedtak om tvang skal fattast av helsepersonell som er ansvarlege for helsehjelpa. Den som fattar vedtaket, må vera fagleg kvalifisert til å vurdere alle konsekvensar av tvangen. Vedtak om alvorlege inngrep skal treffast i samråd med anna kvalifisert helsepersonell. Innlegging i helseinstitusjon, attendeholding og rørslehindrande tiltak vert sett på som inngripande. Inngrep i kroppen, bruk av reseptbelagde medikament og tiltak som utløyser sterk grad av motstand kan også vera alvorlege inngrep. Vedtak skal fattast skriftleg, og det er utarbeidd vedtaksmal som kan nyttast. Vedtaket skal sendast til Helsetilsynet i fylket, og pasient og næraste pårørande skal ha kopi. Vedtaket kan gjelda enkeltstående situasjonar, eller det kan dreia seg om vedtak som gjeld fram i tid, men ikkje lengre enn eit år. Før ein fattar vedtak, skal det innhentast informasjon frå pårørande, og det skal opplysast om kva dei uttalar om pasienten sitt ønskje. Pasient og pårørande kan klaga på vedtaket (Ot.prp. nr. 64 2005-2006).

Noreg leiar an i Europa når det gjeld lovverk rundt helsehjelp med tvang. Men lovverket reiser fleire vanskelege spørsmål rundt forståing og anvending (Østenstad 2009). Syse (2006) hevdar at det utvilsomt er ei gråsone mellom frivilligheit og tvang, og viser til samtykke som vert gitt fordi pasienten veit at utan samtykket vert tvang aktualisert. ”Det har de siste årene, i motsetning til tidligere, vært lagt større vekt på å tallfeste – og vurdere – den faktiske forekomsten av tvang. Dette er et nødvendig utgangspunkt for å kunne redusere den tvangen som framstår som unødvendig.” (Syse 2006, 341)

### **3. TEORETISKE PERSPEKTIV**

Når eg nyttar kvalitativ analyse og språkanalyse for å studera kva dokument kan fortelja om legitimering av helsehjelp med tvang, vert det naturleg å ha med sosial konstruktivisme og diskursanalyse som ein del av den teoretiske plattformen. Kvifor dette er naturleg, og korleis sambandet vert mellom overordna teoriar og metodeval, kjem me inn på i dette kapitlet.

Temaet helsehjelp med tvang plasserar oss i spenningsfeltet mellom etikk og jus. Lover legg rammer og føringar for kva som er legitimt å gjera, men lovene kan ikkje stå åleine. I balansegangen mellom det som er juridisk rett og det som fagleg og etisk forsvarleg, vert både rettslege og etiske perspektiv viktig for at avgjerdene skal verta best mogleg.

Teoriar om makt, etikk, menneskesyn og menneskeverd kjem inn under dette kapittelet, som også omhandlar forholdet mellom språk, makt og kunnskap, samt mellom narrativ og vitskapleg kunnskap.

### 3.1. Sosial konstruktivisme

Når ein fattar vedtak om og utøver helsehjelp med tvang, ligg det i saka sin natur at det er ulik oppfatning av situasjonen og verkelegheita. Helsepersonell utfører ei handling dei meiner er forsvarleg og nødvendig, til og med så nødvendig at dei fattar skriftleg vedtak og nyttar tvang. Andre vil oppleve same handling som uønskt og unødvendig, og i nokon situasjonar som maktmisbruk og overgrep. Desse ulike opplevingane og versjonane av verkelegheita er eit viktig poeng i sosialkonstruktivistiske teoriar.

Ei sentral tese innan sosialkonstruktivismen er at ein del fenomen og prosessar ikkje eksisterar uavhengig av aktørar og deltakarar, noko som medfører at fleire ulike oppfatningar er med på å konstituera same fenomen eller prosess. Sosialkonstruktivismen er eit breidt perspektiv med mange fasettar. Røtene finn ein innan fenomenologi, og både kritisk teori og hermeneutikk kan assosierast med sosialkonstruktivismen. Ein finn også berøringspunkt med Foucault. Språket har ei framtrødande rolle innan denne retninga (Alvesson & Sköldbërg 2008, 81-85).

Språket är naturligtvis särskilt viktigt i uppbyggandet av "ett socialt kunskapsförråd". En framtrødande roll i detta sociala kunskapsförråd spelar uppbyggandet av rutiner för agerande i olika situationer, något som kommer att fungera som et slags "receptkunnskap" för handlande. (Alvesson & Sköldbërg 2008, 85)

Mennesket er kjenneteikna av si store grad av fleksibilitet, og for å unngå kaos, søker ein stabilitet. Dette skjer gjennom ei "sosial ordning". Sentralt for den sosiale ordninga er institusjonalisering, den prosessen som gjer at me tillegg oss vanar og underordnar oss reglar og sosial kontroll. Desse vanane kan verta innarbeidde og få sitt feste innan institusjonar, til dømes rettsvesen og helsevesen, med den følgje at menneskeskapte institusjonar vert oppfatta som noko eksternt. Det skjer ei objektivisering der mennesket kan sjåast som framandgjort frå si eiga verksemd, og ein kan oppfatta praksis som noko utanfor ein sjølv (Alvesson & Sköldbërg 2008, 85-86).

I sosial konstruktivisme er det lagt avgjerande vekt på språkleg sosial interaksjon som betingelse for kunnskap. Språkleg samhandling konstruerar relasjonar, både mellom

menneska og mellom menneska og verda. Slik vert også vår forståing av oss sjølv og verda etablert. Erkjenning vert ikkje primært ein individuell prosess, men vert skapt i språklege relasjonar i sosiale fellesskap (Alvesson & Sköldberg 2008, 81-105; Thomassen 2006, 180-182). ”Sosiale problemer kan altså sies å være konstruert i den forstand at de aldri kan registreres uavhengig av de praksisene som former dem og de begrepene og teoriene samfunnsfellesskapet bruker for å beskrive dem.” (Thomassen 2006, 181) Thomassen (2006, 182) seier det dreier seg om korleis tilgangen til, struktureringa og fortolkinga av verkelegheita er bestemt av ein dominerande språkpraksis.

Sosial konstruktivisme vert slik ein teori som hevdar at det er ulike versjonar av verkelegheita. Desse versjonane viser seg gjennom språket, og det vil derfor verta naturleg å nytta kvalitativ analyse og språkanalyse som metode. Det kjem me attende til under metodekapittelet.

### **3.2. Diskursanalyse**

Tekstytringar i kontekst vert kalla for diskurs, og studier av tekstar som ytringar i sosial samhandling foregår blant anna innanfor disiplinen diskursanalyse (Svennevig 2009, 170). I følgje Hellspong & Ledin (1997, 49-64) kan diskurs også stå som eit omgrep for dei grunnleggjande tanke- og handlingsmønster som kjenneteiknar ulike verksemder. Språk, tanke og handlingar har nær tilknytning til kvarandre. Ulike aktørar brukar også språket og tekstane ulikt, og sosiale relasjonar vil virka inn på korleis tekstane vert brukt og kva betydning dei får. Maktposisjonar spelar ei stor rolle. Deltakarane kan ha ulike rettigheter, og relasjonen kan vera asymmetrisk. Ein slik asymmetri kan ein sjå mellom til dømes pasient og helsepersonell. ”Makt är förbundet med möjlighet att påverka sin egen situation och andras.” (Hellspong & Ledin 1997, 53)

Diskursanalysen hevdar at utsagn rommar ein del variasjon. ”Samma händelse beskrivs av olika individer på olika sätt men – och detta är poengen – samma individ tenderar också att beskriva händelsen på olika sätt.” (Alvesson & Sköldberg 2008, 464) Dette gjer det svært vanskeleg å enkelt fastslå kva som er ”sant” og ”usant”, men det er heller ikkje meininga med diskursanalysen. ”Istället intresserar man sig för hur utsagor blir sanna, aktörer går tillväga för att uppnå status som trovärdiga.” (Alvesson & Sköldberg 2008, 464) Mennesket konstruerer den sosiale verda gjennom språket. Det gjer ein gjennom dei utsegn ein skaper, gjennom dei val ein gjer av tilgjengelege ord og uttrykk. Den valde konstruksjonen vil gi konsekvensar. Måten me uttrykkjer oss på gjer også noko med



mottakaren, til dømes ved at ein påvirkar forestillingar eller genererer respons. I diskursanalyse interesserar ein seg ofte for føreliggjande dokument eller tekstar. Ved analysen er også nyanser, motseiingar og vagheiter av interesse. Måten utsegn er organisert på, detaljar i utsegna, og det som faktisk er uttalt eller skrive, vert teke på alvor (Alvesson & Sköldberg 2008, 464-469)

I følge Thomassen (2006, 121) framhevar omgrepet diskurs det språklege ved kunnskapsdanning. I ein diskurs inngår alle dei måtar ein vitenskap uttrykkjer seg på, ikkje berre teoretiske påstandar og utsegn, men ei heil rekkje av ulike praksisar som fører til visse ytringar, til dømes observasjonar og eksperiment, statistiske utrekningar med meir.

En diskursiv formasjon er styrt av et *samspill av regler* som over tid gjør det mulig at forskjellige ting kan oppstå, tre frem og stadig endres. Reglene er ”anonyme”, de er ikke uttalte eller bevisste. De er strukturer som former områder av virkeligheten, og bestemmer hva som kan vites, sies og tenkes innenfor et avgrenset ”sosialt, økonomisk, geografisk eller språklig område” på et gitt tidspunkt. (Thomassen 2006, 122)

Thomassen (2006, 120-124) viser til Michel Foucault og meiner hans skildringar av diskursive relasjonar også dreiar seg om maktrelasjonar. Viten og makt er uløyeleg samanvevd, og diskursar konstruerar ikkje berre fenomen, men fungerer disiplinerande, kontrollerande og ekskluderande. Som døme på dette viser ho til diagnostisering innan psykiatrien og korleis eit system av relasjonar gjer det mogeleg å skilja ut og benemna noko som psykopatologi. ”For Foucault er *all* diskurs innvevd i maktrelasjonar og språklige utskillingsmekanismer, som ved hjelp av bestemte kriterier for sannhet og fornuft utelukker store grupper mennesker. Denne makten kan ikke overvinnnes, men må *avsløres*.” (Thomassen 2006, 123)

I følge Thomassen (2006, 123-124) var Foucault sitt ”kritiske prosjektet” å avsløra ulike vitenskaplege diskurar og deiras ”vilje til makt”. Han var oppteken av makta som prosess, korleis makt vart utøvd. Makt er overalt og vert utøvd i komplekse relasjonar som endrar seg heile tida. Slik kan ingen diskurs seiast å vera einseitig undertrykkjande eller frigjerande. Makt må derfor analyserast med utgangspunkt i konkrete spørsmål om kven som uttalar seg ut i frå kva slags posisjoner og innanfor kva slags institusjonell kontekst.

I tillegg til å vera teori om handling og interaksjon, har diskursanalysen også eit metodisk aspekt. Diskursanalyse i denne samanheng vert hovudsakleg å forstå som språkanalyse, noko me kjem attende til under metodekapittelet.

### 3.3. Makt

Når ein utøver helsehjelp med tvang, vil maktbruk verta ein naturleg konsekvens. Og som me såg over, spelar maktposisjonar ei stor rolle innan diskursanalyttiske teoriar. Vidare vil me sjå meir på makt og teoriar rundt makt. Knytt opp til dette vil me også komma inn på korleis språk og kunnskap kan vera makt.

Sosiolog Fredrik Engelstad (2005, 13-30) seier at mange skildringar av makt knyter makt til relasjonen mellom aktørane, og støttar seg her på tradisjonane etter Max Weber. Det sentrale elementet i Weber sin sosiologi er det handlande individet. Dersom ein vil utøva makt, må ein få andre til å akseptera denne makta, ein må gjera den legitim. Etter Weber sin oppfatning ligg den opprinnelege forma for legitimering i opprinnelsesmytar. Mektige personar eller grupper har fått tildelt makt, og i kraft av dette har dei opparbeidd seg rettigheter. I moderne samfunn vert tre former for legitimitetsgrunnlag særleg viktige: maktposisjonar som kan grunnleggjast i reglar og prosedyrar, posisjonar ein får gjennom val av dei som er underlagt styring, og den legitimitet ein kan oppnå i kraft av sin kunnskap.

Engelstad (2005, 17) seier at ideologiske mønster ligg forut for beslutningsprosessane. Ideologi kan "setja dagsorden" fordi bestemte tankegangar har fått hegemoni. Hegemoni vert organisert og forvalta av grupper og organisasjonar, og sett på spissen kan hegemoni vera eit kampmiddel som ei gruppe brukar for å befesta si makt i forhold til ei anna. I følgje Engelstad (2005, 7) har forskning og analyser av makt to oppgåver. Den eine er å gjera makt forståeleg. Då må ein skjerpa sansane for samanhengar så vel som forskjellar mellom ulike former for maktutøvelse. Den andre oppgåva er av normativ art, og dreiar seg om å bidra til forståing av grensa mellom legitim og illegitim makt, mellom det som er akseptabelt og den maktbruk eller maktforskjel som bør minskast eller avskaffast.

Sosiolog Greta M. Skau (2003, 44-48) seier grunnlaget for makt er ulikskap mellom menneske. Makt kan brukast for å hjelpa, og makt kan brukast for å skada, og nokon gonger skadar maktbruken sjølv om meininga var å hjelpa. Skau tek også utgangspunkt i Weber sin definisjon av makt som sjansen til å få gjennomført sin vilje i ein sosial relasjon, også ved motstand, uavhengig av kva denne sjansen er basert på. Makta treng ikkje verta utøvd for å eksistera, men består i sjølve mogelegheita for å få gjennomført sin vilje. Skau (2003, 15-23) hevdar at for å vera ein god hjelper, treng ein ei viss form for makt. Spørsmålet vert derfor ikkje om ein har makt, men på kva måte makta kjem til uttrykk. Mange profesjonsutøvarar opplever det som etisk utfordrande at hjelperollen også medfører makt og kontroll over andre,

men i følge Skau er ikkje nødvendigvis makt uetisk. Makt kan fordelast og utøvast på etisk forsvarleg eller uforsvarleg måte, og sjølve fenomenet makt er uløseleg knytt til etiske spørsmål og dilemma. Spørsmålet om makt og makteslausheit er sentralt innan rehabilitering (Hammell 2006). Rehabiliteringspersonell kan hevda dei gjer ting i beste meining, men det å tru noko, gjer det ikkje nødvendigvis sant. "However, it is important to engage in a sceptical analysis of whether the professions "walk the walk" or whether they just "talk the talk." (Hammell 2006, 150)

Østenstad (2009, 3-4) viser til fleire kjende kjelder som Bernt og Syse frå det juridiske feltet og slår fast at dei vanskeleg problemstillingane rundt makt og etikk også kjem klart fram i juridisk litteratur. Han trur dette kan ha samanheng med usikkerheit knytt til dei underliggjande etiske problemstillingane. "Men dei rettslege spørsmåla er tett vovne saman med etiske problemstillingar. Meir presist handlar det om korleis konflikta mellom individet sin sjølvbestemningsrett og ei meir paternalistisk orientert velferdstenking bør og må handterast." (Østenstad 2009, 27)

### **3.4. Etikk og menneskesyn**

Når det gjeld etiske perspektiv rundt vår makt til å påvirka andre sine liv, kjem me ikkje utanom Løgstrup (1958) si etiske fordring. I følge fordringa har me aldri med andre å gjera utan at me held noko av deira liv i våre hender. I enkelte situasjonar kan det vera snakk om noko lite, som ei forbigåande stemning. "Men det kan også være forfærdende meget, så det simpelthen står til den enkelte, om den andens liv lykkes eller ej." (Løgstrup 1958, 25). Løgstrup viser her til dei situasjonar "hvor alt er på vippen", og utgangen vert bestemt utifrå kva den som sit med makta, gjer eller unnlet å gjera. Løgstrup seier det er det grenser for kor nær me skal trå den andre. Me skal ha respekt for "urørlegheitssona", og ansvaret for den andre kan aldri bestå i å overta hans eige ansvar (Løgstrup 1958, 39). I følge Martinsen (2002) er "urørlegheitssone" eit fenomen som ber oppe heile Løgstrup sitt forfattarskap. Det har med integritet å gjera, og viser til noko som kan verta krenka, dersom det vert rørt ved. Det er vanleg at helsepersonell går inn i "urørlegheitssona", men at det fordrar bestemte moralske eigenskapar og god dømmekraft å gjera det. Helsepersonell må vita kvar denne sona startar og korleis ein skal vera og handla når ein trer inn der. Dette kan ikkje lærast ved reglar, forskrifter eller gjennom etisk teori, ein kan berre læra det gjennom erfaring (Ruyter 2005).

I følge sosionomen Lars Gunnar Lingås (2005) som har utgitt fleire bøker om etikk og yrkesetikk, heng etisk praksis saman med vårt menneskesyn. I etikken er det personlege

ansvaret for eigne handlingar eit nøkkelspørsmål, og avklaring av menneskesynet vert ei heilt sentral etisk fordring. ”Og din personlige etikk som aktør i velferdsstaten farger din yrkesetikk, som igjen farger samfunnets etikk.” (Lingås 2005, 46) Han hevdar vidare at mange grupper av tenestemottakarar ofte kjenner seg handlingslamme og makteslause, og at dette fører til mindre merksemd på deiras situasjon. ”For den enes makt er ofte den andres avmakt. [...] Mange av de som deltar i habiliterings- og rehabiliteringsopplegg, tilhører den tredjedelen som opplever økt avmektighet.” (Lingås 2005, 49) Lingås (2005) ser det som ei utfordring at effektiviteten fortrengr empatisen, dialogen og kommunikasjonen med den andre, og etterlyser ei kritisk holdning til bruk av klassifiseringssystem og sorteringsmekanismer. ”Jo mer strømlinjeformet hverdagen blir, jo større er sjansene for at relasjonen blir preget av en objektgjøring.” (Lingås 2005, 79) I jakta på dei perfekte metodane og teknikkane, må det vera plass til å reflektera over relasjonen sitt innhald. Ein må reflektera over om det ein gjer, er godt eller vondt, elles kjem ein inn på farlege vegar.

I følge Lingås (2005) er ei handling rett ut frå konsekvensetiske prinsipp dersom ho får gode følgjer eller resultat og ein unngår uheldige biverknader. Konsekvensetikk vert kritisert for å vera pragmatisk og relativistisk. Det vert stilt spørsmål til korleis ein kan måla resultata og til kven det er som innehar makta til å bestemma. Lingås (2005) vil likevel leggja stor vekt på konsekvensane i ein etisk refleksjon. Østenstad (2009, 100) seier spørsmålet om tvangsinngrep kan knytast opp mot konsekvensetikk og pliktetikk. Ved konsekvensetikk vert inngrepet legitimert av konsekvensane av ikkje-inngripen, og ved pliktetikk av førestillingar om ei moralsk plikt til å verne visse verdiar uavhengig av konsekvensar. ”Hovudsynspunktet er utan tvil at det er konsekvensetikken som er aktuell som legitimeringsgrunnlag for inngrep, medan pliktetikken kan kome inn og setje skrankar.” (Østenstad 2009, 100) Han understrekar vidare at pliktetikken likevel ikkje kan utelukkast som legitimeringsgrunnlag.

### **3.5. Menneskeverd og menneskerettar**

Eit utgangspunkt for å gi helsehjelp med tvang etter kapittel 4A i Pasientrettslova, er at pasienten manglar samtykkekompetanse, noko som kan følgja med svikt i kognitive funksjonar. Kognitive funksjonar vert ofte forklart som typisk menneskelege funksjonar, både i daglegspråket i praksis og i litteratur. Dei pasientane som får helsehjelp med tvang etter dette lovkapittelet, vil derfor vera ei utsett gruppe når det gjeld menneskeverd og likeverd. Både i praksis og ved analyse av dokument frå praksis vert teoriar om menneskeverd og kjennskap til Menneskerettane viktig å ha med seg.

Når det gjeld begrepet menneskeverd, viser Lingås (2005, 64-84) til FN si erklæring om universelle menneskerettar av 1948 som omtalar alle menneske som unike med ibuande verd. Dette vert også referert til i Grunnlova § 110. Menneskeverd følgjer av sjølv fenomenet å vera menneske, uansett ytre eller indre kjenneteikn. ”Dette understreker at menneskeverdet og menneskerettighetene er uløselig forbundet med hverandre og tilkjennes enkeltmennesket overalt.” (Lingås 2005, 65) Han ser tendensane til avhumanisering, til dømes ved å usynleggjera eller objektgjera menneske, som den største trusselen for menneskeverdet og likeverd mellom menneske. ”Objektgjering av andre menneske har mange aspekter. [...] En type objektgjering er fremmedgjering og tingliggjering.” (Lingås 2005, 69) Ein annan type objektgjering er overdriven kategorisering, at ein set folk i bås på ein slik måte at det overskyggar individualiteten og det unike hjå mennesket. Innan medisinen kan dette skje ved diagnostisering eller ved at menneske vert identifisert med sitt handicap framfor si personlegheit.

Jeg tror menneskeverdet i dag best kan forsvares om vi som tjenesteytere og pårørende blir bevisst på hvordan slike avhumaniseringstendenser som jeg her har nevnt, fjerner våre sperrer mot uetisk handling. Gjensidighetsprinsippet gjelder nemlig ikke mot andre enn dem vi regner som mennesker. Og klarer vi å se den annens ansikt bak kategorier og anonymiserte saker, vil vi alltid ha en kime til medmenneskelighet. (Lingås 2005, 69)

Innan det juridiske feltet, er Gro Hillestad Thune sentral som menneskerettsjurist. Thune har arbeida med menneskerettar i meir enn 20 år og har virka ved Menneskerettigheitskommisjonen i Strasbourg i 15 år. I følgje Thune (2008) kan mange av menneskerettsreglane knytast til helsesektoren. Norske helselover er tilpassa menneskerettsreglane, så i utgangspunktet er det ikkje nokon motsetning mellom dei. Men samstundes er det eit faktum at det vert opna opp for vurderingar basert på personleg skjønn, og skjønn kan utøvast feil. Ho presiserar at Menneskerettane ikkje er til hinder for at myndigheitene grip inn og handlar mot menneske sin vilje når sterke grunnar tilseier det. ”I spesielle situasjonar kan det til og med vere snakk om en handlingsplikt.” (Thune 2008, 17) Etter gjennomlesing av kapittel 4A i Pasientrettslova med ”menneskerettigheitsbriller” ytrar Thune kritiske synspunkt til lovparagrafen (Krüger 2009). Thune ser ein risiko for at tilsette kan forstå mangel på samtykkekompetanse for vidt. Ho meiner pårørande har ei svak stilling i forhold til lovteksten, og ser det som problematisk at vedtaket kan gjelda opp til eit år, og at ein kan berre klaga på vedtaket, ikkje på utføringa. Thune hevdar at inga lov kan løysa konkrete dilemma i kvardagen: ”En lov kan bety ansvarsfraskrivelse, den kan fungere som

sovepute. En lov kan også redusere faglig selvtillit. Jeg tror man har forsøkt å lage en enkel og grei lov for å løse vanskelige og innfløkte problemer.” (Thune sitert i Krüger 2009, 16)

Østenstad (2006 og 2009) ser også slektsskap til Menneskerettane. Han ser motstridane hensyn til sjølvbestemmelse/autonomi og paternalistisk omsorg, og stiller som spørsmål om respekten for menneskeverdet kan brukast for å harmonisera desse to motstridande hensyna. Østenstad (2006, 357) fryktar at ”...eit abstrakt prinsipp om ikkje-intervensjon blir nytta til å legitimere ei fullstendig ansvarsfråskrivning overfor menneske som utan hjelp vil få eit elendig liv.”

Når menneskeverd er noko ibuande, blir den naturlege konsekvensen at korkje gradering eller tap av denne verdien er mogeleg. Problemstillinga er om menneskeverdet blir *respektert*. Såleis er omgrepet, i alle fall først og fremst, relasjonelt. Det stiller krav til korleis individet blir møtt av andre. I denne samanheng er det eit poeng at mangel på respekt like gjerne kan kome til uttrykk gjennom unnlåtelsehandlingar som gjennom aktive handlingar. (Østenstad 2006, 353)

Østenstad (2006) seier at når ein skal respektera sentrale, individuelle behov, betyr det å respektera fleire sider enn sjølvbestemmingsretten. Ved å hevda at sjølvbestemmingsretten alltid skal slå gjennom, fornektar ein det særlege hjelpebehovet pasientgrupper som psykisk utviklingshemma og aldersdemente har.

På same måten som det kan vere i strid med menneskeverdet ikkje å ta omsyn til fysiske funksjonshemmingar – til dømes å krevje at ein person utfører arbeidsoppgåver han eller ho ikkje har fysiske føresetnader for å klare – vil det å vise respekt krevje at vi også tek omsyn til forstandsmessige funksjonshemmingar. (Østenstad 2006, 355)

Gjennom den presenterte teorien har me sett at alle former for handling og handlingsunnlating har sitt utgangspunkt i makt. Helsepersonell kan ikkje forneakta makta si ved å oversjå, for det finst ikkje etisk ryggdekning i å lata vera å handla. Dersom ein vil visa respekt for pasienten og ivareta rettane pasienten har både som pasient og menneske, må ein også ta omsyn til pasienten si svikt. Helsepersonell må derfor vera merksam på den makta dei har, og at denne makta kan ha mange ansikt. Vidare skal me sjå at også språk og kunnskap også kan vera makt.

### 3.6. Språk og kunnskap er makt

I følge psykolog og samfunnsvitar Rolv Mikkjel Blakar (2006, 11-63) er makt, fordeling av makt og maktkamp sentrale sider ved alle sosiale system. Det er eit tett samspel mellom språk og samfunn. Språk vil spegla samfunnet, og språk kan brukast for å undertrykkja. Den språkbruken avsendaren vel, påverkar mottakaren si oppfatning. Som avsendar utøver ein makt gjennom sin språkbruk ved å skapa og formidla ei bestemt forståing av den aktuelle hendinga. ”Det ligg ei enorm makt i å ha kontroll over språket”, skriv Blakar (2006, 134), og viser til kven sitt perspektiv som vert lagt til grunn. Språklege verkemiddel er viktige i kampen om maktposisjonen. Dette kjem særleg klart fram i terapisisituasjonar, der språklege verkemiddel vert nytta i rein maktkamp mellom terapeut og pasient (Blakar 2006, 46-93). Men i debatten omkring fagspråk, er det unyansert og kategorisk å påstå at fagspråk alltid er undertrykkjande og uttrykk for maktmisbruk. Fagspråk kan også vera frigjerande og letta den faglege kommunikasjonen i fag som medisin og psykologi på tvers av dei vanlege språkbarrierane. Ein treng faguttrykk for det som ikkje finst i daglegspråket, men ein bør unngå ”[...] Erasmus Montanus-bruk av framandord for å slå folk i hovudet.” (Blakar 2006, 219) Det ser han som tydeleg uttrykk for maktmisbruk.

I følge Blakar (2006, 238) er avmaktsproblematikken neglisjert ved analyse av språk: ”[...] når det er nokon som har makt gjennom språket, så må (logisk nødvendig) andre (dei fleste?) vere avmektige.” Av opplevingar som kan liggje til grunn for at språk er avmakt, nemner han opplevinga av ikkje å nå fram, av å ”vere ute av stand til å få kledd tanken i ord”, opplevinga av å misforstå kvarandre, og det å ikkje vita om den språkleg formidla budskapet er i samsvar med ”realiteten” (Blakar, 2006, 240).

Lingås (2005, 81) meiner også at ein treng fagterminologi for å kommunisera med kollegaer. Det vert i fleire samanhengar meir presist enn daglegspråket, men det vert også eit ”stammespråk” som kan uttrykkja makt. Fagspråket gir fagfolk definisjonsmakt, noko som kan føra til stigmatisering og i sin ytterste konsekvens avhumanisering. Monopolet på fagspråk gir yrkesutøvarane eit domene eller territorium der det berre er dei som kan noko. Tenestemottakaren kan verta fråteken initiativ og kontroll over seg sjølv og sitt eige problem. ”Han og hun blir avmektig i dette møtet. I stedet skapes det en avhengighet til spesialistene. [...] Slik blir språket makt, og makt blir vold.” (Lingås 2005, 81) Men den verste kombinasjonen er ikkje makt og kunnskap. Han ser for seg ein større trussel:

Det verste er imidlertid ikke kombinasjonen av kunnskap og makt. Desiderert verst er det når en fagperson agerer ut fra sin formelle makt uten at tilstrekkelig kunnskap ligger under, og uten å ha respekt for annen type kunnskap enn den fagpersonen selv besitter. Verst er altså makt *uten* kunnskap. (Lingås 2005, 99)

Når me ser attende til Helsepersonellova vert alle som utøver helsehjelp, definert som helsepersonell, også dei mange ufaglærde som jobbar innan omsorgssektoren. I kapittel 4A i Pasientrettslova er det heller ikkje stilt krav til kompetanse for å utføra tvangstiltaket, berre for å fatta vedtak. Slik kan Lingås (2005) si frykt verta svært reell. Språk og kunnskap er makt, og i dei situasjonane med tvang som me seinare skal sjå på, kan makta også verta gitt til dei som ikkje har formell kunnskap.

### **3.7. Vitskapleg og narrativt språk og viten**

Over har me sett at det ligg makt i å uttrykkja seg, i å ha kontroll over språket. Ein har også makt til å velja korleis og på kva måte ein vil uttrykkja seg. I denne siste delen av teorikapittelet kjem me innom Thomassen (2006) si skildring av vitskapleg og narrativ uttrykksform og viten.

Thomassen (2006, 125-128) samanliknar det vitskaplege språket med narrativ eller forteljingar. Det vitskaplege språket er kjenneteikna av at noko vert hevda å vera sant, og ein reindyrkar skildrande utsegn om ”ting slik de er”. Utsegna vert akseptert eller avvist ut frå sannheitskriteriet åleine på grunnlag av argumentasjon og bevisprosedyrar. Dette skiljer vitskapen frå andre ”språkspel” i samfunnet. Dei fleste av desse andre ”språkspela” er forteljingar eller narrativ. Thomassen viser her til Wittgenstein sine teoriar om språkspel, der språklege uttrykk, ord og setningar får ulik mening etter brukssamanheng eller handlingskontekst. Og som ved andre spel vert det viktig å kjenna reglane. I narrativ finn ein fleire språkspel som flettast saman. Forteljingar er nær knytte til sedvanane i ein kultur. Slik vert kulturen sine sosiale band danna gjennom forteljingar, medan vitskapen sine utsagn står i ein reint ytre relasjon til samfunnet for øvrig. ”Fortellingen inkluderer både etiske, estetiske og fornuftsmessige kompetansekriterier – vitenskapen, derimot, hviler på sannhetskriteriet alene.” (Thomassen 2006, 126)

I følgje Thomassen (2006, 41-70) er kontekstuell kunnskap av avgjerande betydning innan helse- og sosialfaga, både for å forstå og kunne forholde seg til klientane sine problem, og også i forhold til vitskapleg kunnskap. Ho løftar fram forteljinga – narrative forklaringar – som forklaringsmodell.



Et kjennetegn ved en fortelling er at den forbinder begivenheter i *et sammenhengende hendelseforløp*. Vi gir historien en *struktur*, og det er denne strukturen som avgrenser fortellingens handling eller tema. Som allerede Aristoteles påpekte, så har en fortelling alltid ”en begynnelse, en midte og en slutt” – hvis ikke ville det ikke være en fortelling. Uten en sammenhengende struktur ville historien overhodet ikke kunne få mening for oss. (Thomassen 2006, 61)

#### 4. LITTERATURGJENNOMGANG OG TIDLEGARE FORSKING

Sidan kapittel 4A i Pasientrettslova trådte i kraft nokså nyleg, er det ikkje mykje forskning direkte knytt til dette lovkapittelet. Så langt eg har klart å undersøkje gjennom litteratursøk og direkte kontakt med kompetansesenter og fag- og forskingsmiljø, er det ingen som har forska på vedtak etter kapittel 4A i Pasientrettslova. Noreg leiar an innan lovgivnad rundt tvang i Europa, både innanfor helselovene og innanfor sosialtenestelova, og det er ikkje lett å finna samanliknbare land å henta aktuell forskning frå. Dette kjem fram i litteraturen og gjennom samtalar og diskusjonar eg har hatt med tilsette ved Kompetansesenter, spesialisthelseteneste og Helsetilsyn. Både forskarar og fagfolk frå det helsefaglege og juridiske feltet understrekar akkurat dette som eit poeng, og finn det derfor ekstra interessant å følgja med på utviklinga innan tvangsbruk i norsk helsevesen. Eg har derfor valt å presentera forskning gjort på bruk av tvang i norsk helsevesen. Nokon stader vert det vist til studier frå utlandet, men fokuset er på norske forhold.

Først vil Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse si forskning rundt tvangsbruk i norsk eldreomsorg verta presentert. Me ser attende på vegen mot det aktuelle lovkapittelet – bakgrunnen for at me i Noreg har fått ei lov som gir heimel for å yta helsehjelp med tvang innanfor eit så vidtspennande område som ”all helsehjelp” – og me kjem innom erfaring og forskning rundt dei beslekta lovkapitla i Sosialtenestelova og Psykisk helsevernlov. Doktoravhandlinga til Bjørn Henning Østenstad frå 2009 med tittel ”Heimelsspørsmål i behandling og omsorg overfor psykisk utviklingshemma og aldersdemente” vurderar rettslege og etiske problemstillingar ved bruk av tvang og inngrep utan gyldig samtykke, og vert aktuell for mi problemstilling. Til slutt kjem me innom Eivind Engebretsen (2007) si forskning på retorikken i journalar frå barnevernet. Denne vert aktuell i forhold til språkanalyse og språket si betydning i journalar og offentlege dokument. Journalar frå barnevernet er også interessante på grunn av at dei vert skrivne av ein saksbehandlar og dannar grunnlaget for vedtak innan barnevernet. Her er eit klart slektskap til vedtak etter kapittel 4A i

Pasientrettslova, både når det gjeld språklege verkemiddel og hensikta med og konsekvensen av den språklege framstillinga.

#### 4.1. Bruk av tvang innan norsk eldreomsorg

Mykje av forskinga rundt tvangsbruk i eldreomsorga i Noreg har tilknytning til Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse (tidlegare Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens). Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens fekk i 1999 i oppdrag å kartleggja bruken av tvang i eldreomsorga. Det vart gjennomført tre studier, to om forholda på institusjon og ei i heimebaserte tenester. Undersøkinga i heimetenestene vart utført i 23 kommunar fordelt over alle helseregionane. Nesten halvparten av dei 160 pleiarane opplyste at dei hadde brukt tvang dei siste to vekene. 40 % hadde registrert tvangstiltaka. Det mest vanlege tvangstiltaket var bruk av sengehest, dusjing og bading med tvang, fysisk halding ved stell og tilsetting av medisin i mat og drikke. 7,5 % hadde bunde pasienten fast i stol når vedkommande var åleine heime, og fem av pleiarane opplyste at dei låste brukar inne i eigen heim (Gjone 2000). Dei to studiene frå kommunale institusjonar og bustadar for eldre viste omfattande bruk av tvangstiltak (Engedal, Kirkevold, Eek & Nygård 2001 og 2002). I løpet av registreringsperioden på ei veke vart 69 % av brukarane utsette for tvangstiltak, det vil sei nær 2300 pasientar. Dei hyppigaste tvangstiltaka var tilsetting av medisin i mat og drikke, bruk av sengehest, fasthalding av pasient under stell, fiksering av bebuar i stol med sele eller belte og fysisk attendehalding. Dei aller fleste tvangstiltaka vart utført rutinemessig, og det mangla rutinar og prosedyrar for skriftleg dokumentasjon av tvangsbruk. Svara på spørsmål om personalet såg alternativ til tvangsbruk, var i følgje Engedal m.fl. (2002) nedslåande. Dei fleste såg ikkje at endring var mogeleg eller at tvangstiltaka kunne unngåast.

Østenstad (2009) viser til forskingsprosjekta til Engedal m.fl. i si doktoravhandling, og dreg særleg fram at ein må "[...] kunne snakke om at i alle fall 5000 personar – stort sett demente – kanskje så mykje som 10 000, kvar dag blir haldne på avdelingar utan sjanse til å få gå ut *dersom dei skulle uttrykkje eit ønskje om dette.*" (Østenstad 2009, 36). Han slår fast at ein i primærhelsetenesta står overfor eit rettstryggleiksproblem som i volum er fullt på høgde med det ein kjenner frå psykiatrien.

Engedal m.fl. (2001 og 2002) opplyser at resultata frå den norske undersøkinga stemmer godt overeins med resultata i andre skandinaviske land. Det ser ut til å vera ein nedgang i bruk av fysisk tvang frå 1970- talet. I amerikanske studier er den synkende tendensen eintydig, og den mest nærliggjande forklaringa ser ut til å vera retningslinjer for

bruk av tvang som vart iverksett av USA si regjering i 1990. Kirkevold (2005) opplyser at ein i Noreg ikkje har liknande studier som strekker seg fleire år attende, men han viser til ein amerikansk geriatar (Vladeck 2003) som beskriv utviklinga på sjukeheimar over 25 år. Hans funn tyder på at bebuarane på sjukeheimar i USA i dag er mindre utsette for tvang og i større grad får kvalifisert og medisinsk hjelp enn for 25 år sidan.

#### **4.2. Kapittel 4A i Sosialtenestelova og vegen mot kapittel 4A i Pasientrettslova**

Innan Helsevernet for psykisk utviklingshemma – HVPU – skaut debatten om rettstryggleik fart frå midten av 1970-talet i samband med opprulling av uverdige tilhøve innan denne omsorga og kritikk retta mot bruk av tvang i samband med saker som fekk omtale i media. På oppdrag frå departementet undersøkte Syse den faktiske tvangsbruken innan HVPU. Konklusjonen vart at det føregjekk utstrakt bruk av tvang, og at dette var tvang som ikkje hadde heimel i lov. Arbeidet danna grunnlaget for lovparagrafen i Sosialtenestelova som trådte i kraft 01.01.1999 (Østenstad 2009, 30-35).

Rettstryggleiken for personar med demens kom på bana seinare. I samband med Psykiatrilovutvalet i 1988 vart denne problemstillinga løfta fram. Men då ny lov om psykisk helsevern vart vedteken, kom det ingen tvangshemlar som omtala aldersdemente. Tvangsproblematikken rundt inngrep overfor personar utan samtykkekompetanse vart heller ikkje fanga godt nok opp av heimlane i Pasientrettslova som trådte i kraft 01.01.2001 (Østenstad 2009, 36). Østenstad (2009) hevdar at ein i Noreg har vore meir ivrig på å drive fram ei lovregulering av tvang mot utviklingshemma og demente enn i Danmark og Sverige. Grunnen kan vera at ein i Noreg tek lettare på bruk av tvang enn andre. ”Men det kan også vere anleis – at norske styremakter har teke problematikken meir på alvor. Det kjem til ei viss grad an på augo som ser.” (Østenstad 2009,40).

Erfaringar med kapittel 4A i Sosialtenestelova som heimlar tvangsbruk overfor personar med psykisk utviklingshemming, viser at lovreguleringa har gitt ein faktisk reduksjon i bruken av tvang (Engedal m.fl. 2002, Kirkevold 2005). Østenstad (2009, 49-52 og 177) tykkjer det er vanskeleg å lesa ut nokon sikker nedgang i tvangsbruken frå 1999. Tala varierar ein del, og på grunn av manglande dokumentasjon og oversikt, vil det vera mørketal. Dette viser også tilsynsrapportar frå Helsetilsynet som melder om manglande oversikt og innrapportering. Evalueringsrapportar og erfaringar frå praksisfeltet melder om positiv effekt av lovparagrafen, både i form av nedgang i makt- og tvangsbruk og gryande interesse for problematikken i fagfeltet. Det er mykje som tydar på at Sosialtenestelova sitt kapittel 4A har

vore vellukka når det gjeld å redusera trongen for bruk av tvang, men for å få empirisk godt nok grunnlag, anbefalar Østenstad (2009) at det vert gjort meir systematiske studiar av korleis tvangsbruken er før og etter at ein har sett i verk prosess etter kapittel 4A i enkeltsaker.

Engedal m.fl. (2002, 80) etterlyser eit regelverk "[...] som er entydig og klart, og som personalet kan forholde seg til på en ukomplisert og praktisk måte." Dei anbefalar også at tenesteytarane får opplæring i regelverk rundt tvang, at det vert dokumentert skriftleg, og at vedtak om tvangstiltak brukt som rutine må avgrensast i tid og regelmessig evaluerast. Dei viser til at fleire internasjonale undersøkingar konkluderar med at vellukka undervisningsprogram har ført til reduksjon i bruk av tvang. Undersøkingane som vart gjort i regi av Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens, danna faktagrunnlag for Høyringsnotat om tvang mot demente frå 2002. Notatet som inneheldt utkast til ei lovregulering, vart sterkt kritisert. Kritikken gjaldt særleg at det berre omfatta pleie- og omsorgstiltak og ikkje medisinsk behandling. Oppfølginga vart lagt på is, men ein arbeidde vidare med Høyringsnotat om pasientrettslova kapittel 4A (Østenstad 2009).

### **4.3. Tvang i psykiatrien i Noreg**

Thune (2008, 25-29) refererar til tal frå Statistisk sentralbyrå frå 2005 som viser at ca. 10.000 menneske kvart år vert tvangsinnlagt etter Psykisk helsevernlov i Noreg. Ho hevdar det er eit mørketal her i og med at fleire opplever seg som tvangsinnlagt på grunn av ulike former for uformell maktbruk, til dømes truslar om tvang. Det er også avdekka store ulikskapar mellom fagmiljø og mellom regionar. Nokon stader legg inn pasientar med tvang opp til 12 gonger så ofte som andre stader. Tvangsbruken har også vore aukande dei siste åra til tross for at myndigheitene sitt mål er mindre bruk av tvang og makt.

I boka "Overgrep" presenterar Thune (2008) nærare 70 historiar der pasientar og pårørande skildrar negative erfaringar med norsk psykiatri. Her er også med historiar fortalt av helsepersonell. Thune viser korleis desse historiane bryt med Menneskerettane og/eller etisk og fagleg forsvarlegheit. Thune (2008) understrekar fleire gonger at boka ikkje er eit innlegg mot *all* bruk av tvang i norsk psykiatri, men ho ønskjer å synleggjera ein del av den maktbruk som skjer i norsk helsevesen utan god nok grunn. Ho meiner Psykisk helsevernlov gir vide fullmakter til helsepersonell. Tvang kan nyttast når ein meiner det er til pasienten sitt beste, og brot på menneskerettane vert ikkje registrert. Thune (2008, 173) minner også om helsearbeidarar sin rett og plikt til å varsle om kritikkverdige forhold, og at dette er viktig sidan pasienten sjølv ikkje alltid vil vera i stand til å gjera det. Ho meiner at historiane i boka

viser at problema i psykiatrien stikk djupt, at det er behov for drastiske grep, og at det må ”[...] settes en effektiv stopper for den lettvinde holdningen til bruk av fysisk makt og tvang mot syke mennesker og det menneskesynet som har fått lov til å utvikle seg mange steder og i manges hoder.” (Thune 2008, 181) Ein lurar seg sjølv ved å tru at løysinga er fleire reglar og departementale rundskriv og handlingsplanar. Ein må heller tenkja praktisk og konkret. Og så må ein bruka erfaringane til noko positivt slik at ein beheld håpet.

Tilbake til håpet. Jeg tror det finnes hos menneskene. Først og fremst hos de mange helsearbeidere som har valgt dette yrket fordi de er interessert i mennesker og ønsker å hjelpe flest mulig til et bedre liv. De som har sin yrkesstolthet knyttet nettopp til troen på at faget må utøves med en medmenneskelig dimensjon. De som skjønner at det å være profesjonell ikke først og fremst handler om å følge regler, fatte de riktige formelle vedtak og beskytte sin rolle som rette vedkommende til å vite best hva pasientene trenger. (Thune 2008, 179)

#### **4.4. Rettslege og etiske problemstillingar ved bruk av tvang**

Sjølv om Østenstad (2009) sitt doktorgradsarbeid tek utgangspunkt i forvaltningsrettsleg heimelsperspektiv, er det verdimesseige fokuset sterkt. Han skisserar ein avvegingsmodell der menneskeverdet står i sentrum, noko både argumentasjon og utval av problemstillingar ber preg av. Han set fokus på vetorett / nektingsrett for pasienten, og på eit krav om antatt samtykke formulert som eit krav om årsakssamanheng mellom fråvær av innsikt og risiko for skade (Østenstad 2009, 92-118 og 694-721). Dette spring direkte ut av den verdimesseige basisen, og er ei problemstilling han tykkjer har fått lite fokus i Noreg (Østenstad 2009, 773).

Når det gjeld omgrepet samtykkekompetanse, som er brukt konsekvent gjennom heile lovkapittelet, meiner Østenstad (2009, 721) det er meir nærliggjande å snakka om nektingskompetanse. Han føresler å skifta ut samtykkekompetanse med avgjerdskompetanse (beslutningskompetanse på bokmål) sidan dette omgrepet rommar både samtykke- og nektingskompetanse. Østenstad (2009, 774) problematiserar også rettstryggleiken for tause (ikkje-protesterande) pasientar utan samtykkekompetanse, og viser til domar som gir implikasjonar i retning av trong for særleg rettstryggleik for desse gruppene. Han ser også svakheiter ved representasjonssystemet, spesielt for pasientar som ikkje har nære pårørande, men også knytt opp til inhabilitet hjå pårøranderepresentanten, særleg ved spørsmål om innlegging og attendeholding med tvang (Østenstad, 2009, 557-560). Bruken av psykofarmaka utanfor den organiserte psykiatrien er etter hans meining i mange tilfelle både

etisk og fagleg svært problematisk. Han meiner det ikkje er teke grep for å ta kontroll med ”[...] denne uhaldbare situasjonen som i dag nok representerar det største rettstryggleiksproblemet i omsorg og behandling overfor utviklingshemma og demente.” (Østenstad 2009, 776)

I følge Østenstad (2009, 776) illustrerar Pasientrettslova kapittel 4A at det ikkje er nokon lett veg fram mot ei meir heildekkande og samla rettsleg regulering der ein unngår særregulering for spesielle diagnosegrupper. Regelsettet dekker alle typar helsehjelp, både medisinsk behandling og pleie- og omsorgstiltak, men Østenstad (2009) antydar fleire stader at det kan sjå ut som om lovgjevar først og fremst har hatt medisinsk undersøking og behandling i tankane ved utforminga. Dette kjem til dømes til syne gjennom at ein ikkje har inkludert problematikken knytt til repeterande nødsituasjonar, dels gjennom formuleringa rundt krav om utprøving av alternativ til tvang, og dels gjennom den personelle vedtakskompetansen (Østenstad 2009, 229-234, 372-375, 438-445 og 503-505).

I følge Østenstad (2009, 38) var det langt sterkare debatt rundt tvangsparagrafen i Sosialtenestelova enn det har vore rundt den besleкта paragrafen i Pasientrettslova. Den kritikken ein har sett, har stort sett vore basert på frykt for at regelsettet skal legitimera bruk av tvang som kunne ha vore unngått dersom ressursituasjonen i omsorga hadde vore betre. Østenstad (2009, 280-290 og 779) meiner me treng strafferetten som eit ris bak spegelen for å effektivisere det helse- og sosialrettslege heimelskravet. Han slår fast at problemstillingane rundt bruk av tvang og inngrep utan gyldig samtykke er rekna som vanskelege i juridisk teori. Om utfordringane framover uttalar han følgjande: ”Utfordringa ligg i å gje dei forstandsmessige funksjonshemma del i grunnleggjande rettstryggleiksgarantiar i samband med nødvendige inngrep, samstundes som rettsnormene blir utforma slik at dei kan bidra til å redusere trongen for bruk av tvang reint faktisk.” (Østenstad 2009, 777). Mykje tyder på at Sosialtenestelova sitt kapittel 4A har vore vellukka i så måte, men han meiner føresetnadane er mindre gode for tilsvarande kapittel i Pasientrettslova. Dette på grunn av dei særlege utfordringane tvang under yting av pleie- og omsorgstenester reiser, særleg knytt til ressursknappleik. I følge Østenstad (2009, 777-778) er det ikkje teke tilstrekkeleg høgde for denne problematikken i kapittel 4A i Pasientrettslova. Han føresler å setja ned eit offentleg utval til å utgreie spørsmålet om ei samordna lovgjeving når det gjeld tvang og inngrep utan gyldig samtykke i behandling og omsorg overfor personar utan samtykkekompetanse.

#### 4.5. Språket i barnevernjournalar

Eivind Engebretsen (2007) tok si doktorgrad på retorikken i barnevernjournalar. Eit viktig poeng hjå Engebretsen er det store spriket mellom korleis klientane vert skildra i journalane og korleis dei opplever seg sjølv. ””Feil” ord og formuleringer kan føre til at klientene blir fremmedgjort i forhold til den skriftlige fremstillingen, selv om det er *deres* liv den handler om” (Engebretsen 2007, 10)

Han hevdar at bevissteita om retoriske mekanismer er nyttig for å hindra at språk og retorikk får større innverknad på saksutfall enn ein ønskjer det skal ha. ”Slik blir det ikke bare saksbehandleren som styrer journalteksten, men journalteksten som styrer saksbehandlerens vurderinger og beslutninger. Journalteksten og dens språk får en aktiv rolle i beslutningsprosessen.” (Engebretsen 2007, 15) Når avgjerder i saker kan få store konsekvensar for dei involverte, er det viktig at alle partar vert høyrde, og at dei får framføra sine sterkaste argument. Dette er djupt nedfelt i juridisk tenking og sedvane frå langt attende i tid. ”Mye av kompleksiteten ved journalgenren ligger nettopp i denne konflikten mellom den Ene ”objektive” sannhet og de Andres subjektive sannheter.” (Engebretsen 2007, 16) Engebretsen (2007, 30) viser at det kan oppstå ei kløft mellom saksbehandleren som fysisk person utanfor teksten og skrivaren – den rolla vedkommande inntek i teksten.

Engebretsen (2007, 31) viser til Lothe og skisserar to ulike former for skrivarsynsvinkel ved historieforteljning eller narratologi: personal og aural synsvinkel. Den personale synsvinkelen er kjenneteikna ved å vera tett knytt til ein av hovudpersonane, forteljaren deltek sjølv i handlinga, og historia er ofte fortalt i ”jeg-person”. Aural synsvinkel er kjenneteikna ved at synsvinkelen er lausriven frå hovudpersonane, forteljaren står utanfor handlinga, og historia vert ofte fortalt i tredjeperson. I journalane finn han døme på begge desse forteljingsmåtane. Som døme på aural synsvinkel brukar han journalnotat der ein skriv at det er dialog mellom partane og så får ein skrivar si tolking av denne dialogen. Eit døme på ein personal skrivar er der ein får presentert dialogen, kva begge partar seier, ikkje berre skrivar si tolking. Skrivar skjuler ikkje sin eigen tilstadesværelse, og både spørsmåla og klienten sine svar vert presenterte. Klient og saksbehandler framstår som meir jamnbyrdige. Eit journalnotat som virkar personalt, kan likevel vera auralt ved at skrivaren har styrt heile prosessen forut for det som vert nedteikna. Det er den profesjonelle som definerar spelereglane og rammene for klient og pårørande sitt ytrings- og handlingsrom.

Analysene antyder at journalteksten sin autoritet og troverdighet er betingta av skrivar sin kontakt og nærheit med klienten. Forankringa i eit fagleg og teoretisk fellesskap kan også bidra til å gi skrivaren større troverd i lesaren sine auger (Engebretsen 2007, 41-45). Engebretsen (2007, 52-59) viser korleis forteljingar kan vera ein egna teksttype for å formidla eit aktørperspektiv på klientane. Ei forteljing representerar eit hendelseforløp, ikkje ein øyeblikkssituasjon. ”Gjennom bruk av fortelling får skriverne frem *dynamikken* mellom jenta og omverden. I den innlagte fortellingen er jenta aktør, hun er protagonisten, det er hennes handlingar det fokuseres på.” (Engebretsen 2007, 53)

Same journalnotat kan ha ulike framstillingsformer. I journalnotatet det er referert til over, vert det også presentert samtalar i referatstil og faglege vurderingar i tillegg til forteljinga. Den faglege vurderinga skiljer seg radikalt frå forteljinga. Forteljinga sette jenta sine handlingar i fokus og framstilte henne som aktør, medan ho framstår som svært passiv, som eit kasus eller objekt, i den faglege vurderinga. Særleg bruken av fagterminologi gir skrivaren eit retorisk overtak (Engebretsen 2007, 52-54). Bruk av faguttrykk, det at skrivaren beherskar fagvokabularet, gjer han ikkje berre meir troverdig i lesaren sine auger, men bidreg også til å tilfredstilla overordna eller fagleg sakkyndige som skal evaluera arbeidet.

Engebretsen (2007, 109-114) fokuserar også på kontraktspråket i journalane. Han stiller spørsmål til om kontrakten er i samsvar med den type relasjon barnevernet ønskjer å skapa med barn og foreldre, og om kontrakten sitt rasjonelle språk er betegnande for den situasjonen partane befinn seg i. ”På den måten frarøver kontraktspråket individene retten til en livshistorie, retten til å forandre seg, til å tvile og være uenig med seg selv. Kontrakten forutsetter følelsemessige stabile individer med entydige meninger og intensjoner.” (Engebretsen 2007, 112) Han hevdar vidare at kontraktspråket utelukkar alt individuelt mangfold, all spontanitet, all uforutsigbarheit og alle kjensler. Engebretsen (2007, 120) ønskjer større bevistheit rundt narrative og retoriske mekanismer når ein skriv journal. Særleg trur han at slik bevistheit er viktig ved lesing av journalnotata. Ved kritisk lesing vil ein kunne avsløra ei alternativ sannheit, ei anna framstilling av hendingane, enn den som eksplisitt kjem til uttrykk.

## **5. METODE**

Under methodedelen vil eg gjera greie for framgangsmåten min for å finna svar på forskingsspørsmålet mitt: korleis helsehjelp med tvang vert legitimert. Svaret vil eg finna gjennom å analysera skriftlege vedtak. Eg er ute etter meningsinnhald, den historia desse 25



vedtaka kan fortelja om legitimering av helsehjelp med tvang etter kapittel 4A i Pasientrettslova. Me finn oss då innanfor ei kvalitativ tilnærming. Den kvalitative metoden vert presentert nedanfor. Vidare vil me komma inn på datainnsamling og utval og dei verktøy som er nytta for å analysere vedtaka. Vurderingar rundt relevans og validitet vert presentert, og til slutt etiske vurderingar rundt prosjektet.

### **5.1. Kvalitativ metode.**

I følge Malterud (2003, 31-42) er kvalitative metodar forskingsstrategiar som eignar seg for beskrivelse og analyse av karaktertrekk, eigenskapar eller kvalitetar ved dei fenomen ein skal studera. Målet er forståing snarare enn forklaring. Innan det medisinske fagfeltet har kvalitative metodar sin spesielle styrke innan menneskeleg samhandling og oppleving.

Kvalitative metodar byggjer på fenomenologi og hermeneutikk. Fenomenologi kan forklarast som teoriar om menneskeleg erfaring, og hermeneutikk tyder fortolking. Målet er å utforska meiningsinnholdet i sosiale fenomen slik det vert opplevd av dei involverte sjølv innan deira naturlege samanheng (Malterud 2003). Hermeneutikken, eller tolkingslæra, voks fram under antikken, men har vorte fornya og vidareutvikla i moderne tid. Hermeneutikken ser ikkje på kommunikasjonen mellom tekst og lesar som mekanisk transport av ferdig innhald. Det krevst tolking, og tolkinga er ei sjølvstendig og situasjonsavhengig handling. ”I sitt förhållande till texten är läsaren alltså inte bara en mottagare utan också en medskapare.” (Hellspong & Ledin 1997, 221).

Tekst er velegna som kvalitativt materiale, og forskaren sitt perspektiv og posisjon får stor betydning for kva slags kunnskap som vert henta fram. ”Forskeren skal lese sitt materiale og se etter mønster, og de mønstrene vi finner, er avhengig av hvilke mønstre vi har evne til å lese og gjenkjenne.” (Malterud 2003, 43-54).

### **5.2. Datainnsamling og utval**

Eg kontakta eit av dei Helsetilsyna som hadde fått inn flest tvangsvedtak. Det aktuelle fylket inneheld både små kommunar og storby. Etter først å ha kontakta Helsetilsynet pr. telefon og brev, fekk eg løyve til å analysere innkomne vedtak. Eg var også i kontakt med REK (regional etisk komité), først muntleg og så skriftleg, med informasjon om prosjektet. Attendemeldinga var at sidan vedtaka vart utleverte ferdig anonymiserte, var det ikkje naudsynt med søknad eller godkjenning frå REK.

Ved første kontakt med Helsetilsynet hadde dei fått inn over 100 tvangsvedtak, så eg ville ha tilgang til mange nok vedtak. Etter samråd med rettleiar starta eg med 25 vedtak med mogelegheit for å utvida til fleire dersom materialet skulle verta knapt. Noko utviding vart ikkje aktuelt då dei 25 første vedtaka viste seg å innehalda nok datagrunnlag for analyse. Juristen hjå Helsetilsynet plukka ut vedtak tilfeldig og sytte for at dei vart anonymiserte. Namn og fødselsdato til pasient var teke bort, men fødselsår stod att for å få oversikt over alderen til pasientane. Namn på alle involverte personar og institusjon / arbeidsplass / stad var også teke bort. Eg hadde inga påverknad på utvalet. Eg fekk vedtaka utlevert i to omgangar. Første sending inneheldt vedtak frå første halvår av 2009, og andre sending var vedtak frå hausten 2009 til februar 2010. Hovudtyngda av vedtaka er såleis fatta første året lovkapittelet trådde i kraft.

Vedtaka som vert analyserte, er dokument på 1-6 sider, nokon av dei med vedlegg i tillegg, til dømes journalnotat eller vurderingar frå spesialisthelsetenesta. Talet på vedlegg varierar frå 1-10. Det er utforma vedtaksmal (vedlegg nr. 1) som kan nyttast, og flesteparten av vedtaka i mitt utval har nytta denne malen eller eige oppsett med dei same overskriftene og inndelingane som i vedtaksmalen. Nokon av vedtaka er forma som eit notat med tekst utan oppdeling med kolonner.

### **5.3. Analyse**

Eg nyttar kvalitative metodar for å studera kva vedtak, skrivne dokument, kan fortelja om korleis helsepersonell argumenterar for å legitimera helsehjelp med tvang. Eg har studert dokumenta kvar for seg for å sjå etter særtrekk og språk og korleis argumentasjonsrekkja, eller historia dei fortel, høyrer saman frå start til slutt. Men for å få oversikt over materialet, vart det naudsynt med tverrgående analyse. Ved denne analysen såg eg etter korleis same fenomen oppstod i fleire dokument, eller korleis dei skilde seg frå kvarandre. For å systematisera og organisera materialet, har eg nytta oppsett i matrise. Dokumentanalyse og matrisa vert nærare omtala under. Deretter følgjer ein presentasjon av språkanalyse, med særleg vekt på dei språklege fenomen eg ser etter i teksten.

Dokumentanalyse kan nyttast når ein ønskjer å studera skriftleg dokumentasjon. Vendingar, omgrep og normativt lada uttrykk kan sei noko om korleis pasientar vert oppfatta av helsepersonell eller dei som har skriva dokumentet. Dokumentanalyse er som regel retrospektiv. Ein nyttar materiale som er produsert for anna formål enn forskning. Slike data

kan vera ufullstendige og skrive på eit spesielt fagspråk. Det er derfor viktig at forskaren kjenner konteksten godt nok til å kunne vurdera kva det betyr, kva det kan sei noko om, og kor vidt det er brukbart for formålet (Malterud 2003, 70).

I følge Malterud (2003, 105) kan det vera nyttig å organisera kvalitativt materiale i ei matrise. Som nemnt over, har eg valt å nytta matrise for å få oversikt over og systematisera mitt materiale, dei 25 vedtaka. Eg har nytta fleire matriser: matrise for narrativ eller ”forteljinga” om aktørane, for vilkår og jus og for opplysingar om tvangstiltaket. Desse matrisene var nyttige å bruka under analyse og vidare arbeid med drøfting. Eg las matrisene både horisontalt og vertikalt. Slik kunne eg følgja det enkelte dokumentet, eller eg kunne sjå kor vidt same fenomen dukka opp i fleire dokument. Desse matrisene er ikkje lagt ved. Dels fordi det ville ha vorte mange vedlegg, og dels fordi eg kjenner meg usikker på det etiske rundt å oppgi så mykje opplysingar om kvart enkelt vedtak. Eg likar ikkje tanken på at enkelte kan kjenna att vedtaket eller pasienten ved å studera matrisene. Eg har derfor valt å berre leggja ved ”oppsummeringsmatrisa” der eg har samla opplysningane frå dei andre matrisene for å få oversikt over heile materialet (vedlegg nr. 2).

I analysedelen vil eg visa til den vedlagde matrisa. Eg vil også komma inn på kor vidt fenomen opptrer ofte eller sjeldan i utvalet, og nokon gonger vert det oppgitt tal. Dette fordi det kan vera eit poeng for forståinga. Det systematiske oppsettet med matrise og eventuelle henvisingar til tal og mengde er gjort for å presentera utvalet mest mogeleg rettferdig og gjennomsiiktig, og minna meg sjølv og lesar på om det er tale om noko karakteristisk og gjennomgåande i utvalet, eller om det til dømes berre er snakk om eit enkeltstående tilfelle. Dette vert særleg viktig sidan det ikkje finst kvantitativ forskning på denne typen tvangsvedtak, og eg derfor ikkje kan visa til forskingsresultat eller statistikkar. Eg har kun mitt utval på 25 vedtak å forholde meg til, og det er ikkje anna materiale å sjå dei opp imot.

Ved språkanalyza støttar eg meg til den skandinaviske tradisjonen der Svennevig og Hellspong & Ledin er framtreidande.

I følge Svennevig (2009) vert meininga i alle ytringar skapt gjennom eit samspel mellom ytring og kontekst. Skriftleg kommunikasjon skiljer seg frå den munlege ved at det ikkje er dialogisk samhandling mellom partane. Den fysiske kanalen skrifta vert formidla gjennom, får også betydning. Skriftspråk er gjerne brukt i institusjonelle situasjonar og til å formidla faglege emne. ”Alle uttrykksmåtar viser et perspektiv på verden og bidrar til en bestemt forståelse av den. Valget av et ord er aldri naturgitt.” (Svennevig 2009, 176). Det finst ikkje noko nøytralt perspektiv eller nokon ”korrekt beskrivelse”. Verda ser ulik ut frå ulike ståstader, og dette viser att i formuleringane ein nyttar. Val av ord og uttrykksmåtar

bidreg til å skapa ulike verkelegheitsbilete og har dermed politiske og ideologiske konsekvensar. Vår subjektive bakgrunn er ein vesentleg del av vår forståing av verkelegheita, og er med å forma vårt perspektiv. Utifrå hermeneutikken viser perspektivbegrepet til at me forstår verda ut frå subjektive forutsetningar. Reint objektive skildringar vert derfor ikkje moegelege. Perspektivet vårt kjem fram i de språkval me gjer (Svennevig 2009, 192).

I følge Svennevig (2009) er språk også handling, og språkhandlinga er grunneininga i kommunikasjonen. Ei type språkhandling er den som skapar ei ny verkelegheit, til dømes ei erklæring om at noko no er lov å gjera. ”Slike erklæringer forutsetter gjerne en institusjonell ramme, der visse personer har fått myndighet til å utføre den gitte språkhandlingen. Og det er da en institusjonell virkelighet som blir skapt eller forandret.” (Svennevig 2009, 63) Desse ytringane må vera legitime i forhold til den sosiale verkelegheita, det vil sei krava til kven som kan uttala erklæringa, og kvar og når det skal skje. Ulike kulturar deler inn verkelegheita i kategoriar som speglar kulturen sine interesser og perspektiv (Svennevig 2009, 177). Språket gir oss dette settet med kategoriar, men fordi språklege kategoriar er kulturelt betinga, vil det kunne verta ueinigheit om kva slags verkelegheitsbilete som er gyldig. Språkbruk vil slik kunne byggja opp under fordommar og diskriminering, og ein vil kunne få diskriminerande eller undertrykkjande kategorisering.

Ved språkanalyza vil eg særleg ha fokus på språklege verkemiddel som bidreg til å posisjonera aktørane i forhold til kvarandre og i forhold til tvangsbruken. Då vert grammatiske trekk som aktiv/passiv, semantiske aspekt som agensroller og bruk av faguttrykk, samt argumentasjonsstrukturar særleg viktige.

Grammatiske konstruksjonar og setningsoppbygging kan skapa ulike inntrykk av prosessar og deltakarar. Prosessar kan vera tilstandar, hendingar og handlingar. Tilstandane er mest statiske, og inneber å tilskriva nokon ein eksistens eller eigenskap, at nokon *er* noko. Ei hending er noko som *skjer*, men til forskjjel frå handlinga, har ikkje hendinga levande utøvar eller årsak. Ved ei handling kan det vera interessant kor vidt utøvar eller årsak er presentert i setninga. Ved å utelata utøvar forsvinn agens, og ansvarsforhold vert tildekkka. Formell og teknisk stil har tendens til å usynleggjera avsendar og dei konkrete aktørane. Formell stil signaliserar avstand, medan uformell stil er meir prega av individualitet og nærleik (Svennevig, 2009, 190-192 og 258-268). Verb i passiv form tenderar til å gjera ein tekst upersonleg, som om ting skjer utan at menneske er med (Hellspong & Ledin 1997, 70).

Argumentasjon vert brukt for å overbevise adressaten. All argumentasjon inneheld formulering av standpunkt og argument som byggjer opp under standpunkt eller som svekkar det. Standpunkt og argumentasjon kan vera eksplisitt eller implisitt formulert. ”Man kan

argumentere ved å vise til forhold rundt saken selv (logos), ved å styrke sin egen troverdighet eller autoritet (etos), eller ved å appellere til adressatens følelser (patos).” (Svennevig 2009, 202) Logosargumentasjon vert vanlegvis rekna som meir relevant enn patos- og etosargumentasjon. Irrelevant argumentasjon kan vera å spela på motparten sine kjensler eller å unnvika bevisbyrda ved å berre slå fast noko som eit standpunkt utan å grunngi det (Svennevig 2009, 208-212). I følgje Hellspong & Ledin (1997, 167-169) er argumentasjon eit samspel mellom språkhandlingar, og psykologiske faktorar kan vera like viktige som logiske. For at eit argument skal gjera inntrykk, må det opplevast som truverdig og haldbart.

Ord, formuleringar og grammatiske konstruksjonar kan uttrykkja holdningar til det ein omtalar. Bruk av adjektiv og adverb er typiske døme på dette, men også substantiv og verb kan brukast (Svennevig 2009, 187). Slike lada ord vert brukte for å påverka andre sine holdningar og handlingar, men dei er også viktige for å visa til det verdifellesskap som finst mellom deltakarane. ”Ibland är det nog deras viktigaste uppgift: att bekräfta en samhörighet.” (Hellspong & Ledin 1997, 170)

Sjanger og stil er kjenneteikn som knyter språkbruken til konteksten på ein bestemt måte. Det kan finnast koblingar mellom sjanger og stil. Skriftlege kontraktar høyrer primært heime i ein institusjonell samanheng og med ein formell stil. Sjanger er eit resultat av dei ulike kommunikative praksisane som finst i ein kultur til ei gitt tid, og vil vera i stadig endring. Innanfor ein og same sjanger kan ein finna stilvariasjon. Den mellommenneskelege relasjonen mellom deltakarane, dei fysiske omgivelsane og emnet virkar særleg inn på stilen. Kjenneteikn for teknisk stil er at ein finn relativt få prosessar uttrykt som handlingar med konkrete levande aktørar. Ein finn heller agenslause konstruksjonar (Svennevig 2009, 258-271). Formell stil vil vera forbunden med normer for språkbruk i ulike institusjonelle samanhengar. På same måte som den tekniske stilen, vil også formell stil ha ein tendens til å usynleggjera dei konkrete aktørane. Affektive ord og uttrykk høyrer ikkje heime i den formelle stilen.

#### **5.4. Relevans, validitet og refleksivitet**

Relevans handlar om kva kunnskapen kan brukast til (Malterud 2003, 22). Som nemnt tidlegare, er lovkapittelet nytt, og det er lite (eller inga) forskning knytt til vedtak og legitimering av helsehjelp med tvang etter dette lovkapittelet. Eg håpar derfor at mitt arbeid kan bidra til relevant kunnskap. Det er heller ikkje så vanleg at me helsepersonell studerar språket me nyttar i journalar eller andre dokument. Så eg har også eit håp om at eg ved å nytta

språkanalyse kan bidra til større interesse og diskusjon rundt språkbruk, og kva språkbruk kan ha å sei for budskapet som vert formidla og for korleis aktørane trår fram i dokumentet.

Validitet handlar om gyldigheit, kva ein eigentleg har funne ut noko om (Malterud 2003, 22). Eg har eit avgrensa utval vedtak, 25 frå eit og same fylke. Det eg kan uttala meg om, er det eg ser i akkurat desse vedtaka. Eg kan ikkje sei nokon ting om kor vidt dette er gjeldande i Noreg generelt eller samanlikna med andre fylke. Eg kan heller ikkje sei noko om kor vidt dette utgjer det gjennomsnittlege eller det spesielle i det aktuelle fylket. Til det må ein nytta kvantitative metodar og ha eit større og meir representativt utval enn det eg har. Men 25 vedtak er heller ikkje eit spesielt lite utval, det er fleire enn det som totalt har komme inn i enkelte fylke. Så grunnlaget bør vera stort nok for eventuelle interessante funn eller mønster i funn.

Ein må ha i minne at vedtaka er fatta same år som lovkapittelet trådde i kraft. Helsepersonell er derfor ikkje van til å fatta denne typen vedtak, og ein har lita erfaring med bruk av den aktuelle vedtaksmalen. Det er også eit poeng at eg berre har analysert vedtaka med eventuelle vedlegg. Eg har ikkje hatt tilgang til journalar eller nytta intervju for å få meir informasjon eller forklaring. Mitt materiale er vedtaka åleine. Eg kan derfor ikkje sei noko om kva helsepersonell generelt meiner om helsehjelp med tvang, berre korleis dei argumenterar for at det er naudsynt i desse 25 tilfella. Eg kan heller ikkje sei noko om pasient og pårørande sine opplevingar og meiningar. Stemmene og vurderingane som trår fram, er helsepersonell sine, og det er helsepersonell som fører pennen og bestemmer ordval. Det språket eg analyserar, er berre helsepersonell sitt språk. Her vert det også eit poeng at eg sjølv er helsepersonell, og at dette kan påverka meg ved analyse og tolking og ved dei val eg gjer.

Refleksivitet handlar om korleis forskingsprosessen pregar funn og konklusjonar, og om korleis forforståelse, kunnskap og nærheit til stoffet kan påvirka forskaren (Malterud 2003, 22-28). Som tidlegare nemnt, har eg lang erfaring frå praksis, både med rehabilitering og med problemstillingar rundt samtykkekompetanse og brukarmedverknad. Eg har også erfaring med bruk av tvang, og har sjølv fatta vedtak etter kapittel 4A i Pasientrettslova. Eg kjenner konteksten, fagspråket og dokumentet. Det kan gi meg fordelar å ha kjennskap og nærheit, men det skapar også begrensingar ved at eg ser ting på min måte, gjennom mine ”briller”. Dette vil prega dei val eg gjer og mi analyse og tolking.

## 5.5. Etiske vurderingar

Skjema vart utlevert anonymiserte frå Helsetilsynet. Eg hadde ikkje mogelegheit for å knyta dei verken til pasientar, helsepersonell eller arbeidsstad. Eg oppbevarte dei forsvarleg og ga ikkje andre tilgang til dei, med unnatak av rettleiar som såg nokon av vedtaka.

Eg var i kontakt med REK, sende framstillingsmelding og fekk attende svar om at når skjema er levert anonymiserte til forskar, trengst ikkje søknad til REK.

Tvang er eit lada ord som vekker kjensler. Helsehjelp med tvang er kanskje endå verre, sidan helsehjelp skal vera ønskt og etterspurt, ikkje tvinga på pasienten. Når ein yter helsehjelp med tvang, er både pasient og helsepersonell i ein ekstra sårbar og utsett situasjon. Pasientar har ikkje ønske om denne typen helsehjelp, og helsepersonell ønskjer vanlegvis heller ikkje å yta helsehjelp på slikt grunnlag. Eg vil derfor behandla data med respekt og leggja vekt på etikk både ved analyse og ved vidareformidling av data og resultat.

Prosjektet mitt er ikkje på oppdrag frå nokon. Eg utfører eit sjølvstendig forskingsarbeid og kjenner ikkje noko press i forhold til ønske om resultat i ei bestemt retning. Men eg håpar det kan vera knytt forventningar og interesse til kva som kjem ut av prosjektet, og at resultata kan vera eit bidrag til auka interesse og engasjement for temaet. Kanskje kan arbeidet mitt vera nyttig for helsepersonell, juristar og andre som direkte eller indirekte jobbar med helsehjelp med tvang. Og kanskje vil det tydeleggjera problemstillingar som kan utforskast vidare.

## 6. ANALYSE

I analysen av vedtaka ser eg etter korleis helsehjelp med tvang vert legitimert i høve verkeområde og vilkår i kapittel 4A i Pasientrettslova. Som me såg i metodedelen, er dette ei kvalitativ analyse av eit forholdsvis stort tal skjema, og eg har nytta matriser for å få oversikt. I analysedelen vil eg først presentera det biletet som teikna seg av vedtaka gjennom oppsett i matriser. Så kjem me innom skildringa av helsehjelp med tvang og korleis pasient, pårørande og helsepersonell trår fram i vedtaka. Me ser på korleis motstand mot helsehjelp, tillitsskapande tiltak og alternativ til tvang vert gjort greie for, korleis det vert argumentert for tvangsbruk og til slutt kjem me innom form og bruk av faguttrykk. I tillegg vil eg ha fokus på dei språklege fenomen som vart nemnt under førre kapittel, slik som grammatiske trekk som aktiv/passiv, agensrollen og argumentasjonsstrukturar.

Ved presentasjon av sitat vert det nytta nummer som refererer til tvangsvedtak. Dette for å ha oversikt og for å kunne følgja med på kva vedtak sitata kjem frå. Nummereringa er gjort frå 1 til 25 i tilfeldig rekkjefølgje.

### **6.1. Kva kjenneteiknar helsehjelp med tvang i desse 25 vedtaka?**

Oppsummeringsmatrisa er lagt ved som vedlegg nr. 2. Som me ser av matrisa, utpeikar enkelte fenomen seg som meir hyppig forekommande enn andre. Den pasienten som opptrer oftast i vedtaka, er ei dame over 70 år som bur på sjukeheim og har diagnosa aldersdemens. Attendeholding/bevegelsehindrande tiltak og tvang i samband med medisiner og personleg stell og hygiene førekjem hyppig i dette materialet. Pasienten vert halden att/innelåst på rom eller avdeling, og det vert brukt sengegrind og belte for å holda ho/han i seng eller stol. Det er ingen døme på bruk av varslingshjelpemiddel slik som døralarm og alarmmadrass eller -matte. Det kjem heller ikkje fram om dette har vore diskutert eller prøvt før ein nyttar låste dører og belte/sengehest. Tre av vedtaka dreiar seg om tvangsinnlegging, to på sjukeheim og eit i sjukehus. Tvang i samband med personleg stell og hygiene dreiar seg også om fasthalding for å få vaska, kledd på eller pussa tennene til pasient. Det er eit døme på innsetting av kateter med tvang, noko som vert definert som inngrep i kroppen. Korleis tvangen vert skildra kjem me attende til i del 6.2.

Om lag halvparten av vedtaka heimlar ein type tvangstiltak, medan sju av dei heimlar tre eller fleire typar tvangstiltak. Slike ”kombinererte” vedtak gjeld gjerne attendeholding eller innelåsing saman med medisiner og stell med tvang. Når det gjeld omfang, vert det aktuelt å sjå på varigheit av vedtak og hyppigheit av tvangsbruk. Begge delar er spurt etter i vedtaksmalen. Ut frå datoane på varigheit, ser det ut til å vera to eingongsvedtak, men det eine har truleg skrivefeil på sluttdato (same som for startdato), og er meint å vara eit år. Resten av vedtaket ber tydeleg preg av ikkje å vera eingongsvedtak, mellom anna med å opplysa at tiltaket skal utførast dagleg. Fem av vedtaka har usikker virketid, men innhaldet ber preg av at dette ikkje er eingongsvedtak, mellom anna ved at det vert oppgitt kor ofte ein trur det vil verta naudsynt med tvang. Det er derfor mest sannsynleg eit eingongsvedtak blant desse 25. Nesten halvparten av vedtaka gjeld eit år fram i tid, noko som er maksimal grense for varigheit. Eit vedtak oppgir at det er ”varig” virkeperiode. Som me ser av matrisa, er tvangstiltaka hyppig forekommande. Det vert angitt at det skjer dagleg, fleire gonger for dagen eller ”kontinuerleg”, eller som følgjande to sitat fortel: ”Kvar dag ved kvart stell og forflytting.” (Nr. 11) ”Dagleg, i alle gjeremål.” (Nr. 15) Nokon oppgir at tvang vert nytta kvar



veke, og andre at det skjer kvar gong det er trong for det eller når pasienten vil gjera aktivitet/handling som utløyser tvangstiltak, til dømes når han prøver å gå ut. Ut frå varigheit og hyppigheit heimlar desse 25 vedtaka ei stor mengd tvangstiltak.

For å yta helsehjelp med tvang etter kapittel 4A i Pasientrettslova må pasienten vera over 16 år, utan samtykkekompetanse og motsetja seg helsehjelp. Av matrisa ser me at alle pasientane i dette materialet er over 16 år. Som me vil sjå under del 6.5, kjem det også fram at alle motset seg helsehjelp. To av vedtaka manglar vurdering av samtykkekompetanse og fyller slik ikkje kravet på dette punktet. Nokon opplyser at samtykkekompetanse er vurdert utan å presisera av kven, medan andre har med vedlegg frå lækjar eller spesialisthelseteneste som dokumentasjon. Eit vedtak opplyser at ein ikkje har lukkast i samarbeidet med fastlækjar, og at denne ikkje har vurdert pasienten sin samtykkekompetanse. Her har avdelingsleiar og sjukepleiar fatta avgjerd om manglande samtykkekompetanse. Vedtak nr.1 som gjeld tvangsinnlegging på sjukeheim av ei dame tidleg i 40-åra, er det vedtaket som har mest grundig vurdering av samtykkekompetanse. Dette er eit alvorleg tvangstiltak, og det vert også opplyst at pasienten har klaga på vedtaket. Bortsett frå dette vedtaket er det inga samanheng mellom kor inngripande tvangen er og dokumentasjon rundt manglande samtykkekompetanse.

Ingen pårørande er usamde i tvangstiltaket. Lege og/eller sjukepleiar er ofte involverte i vurderingar og vedtak, men ikkje andre tverrfaglege yrkesgrupper. Korleis pårørande og helsepersonell framtrår i vedtaka vil me sjå under del 6.3 og 6.4. Dersom helsehjelpa ikkje vert ytt, er det størst fare for at pasienten skal gå seg bort, verta utsett for fall, brot eller skade i trafikken eller få infeksjonar, sår eller skade av organ. Helsehjelpa vert vurdert som nødvendig for å hindra ulukker og gjera det tryggare for pasienten, eller på grunn av mindre fare for helseplager. Som grunngivnad for at gjennomføringa av tvangstiltak står i forhold til trong for helsehjelp, er det vanlegaste argumentet at helsehjelpa er nødvendig. Elles vert det argumentert med at ein først prøver frivillig, og at tvang vert brukt sjeldent. Tvangstiltaket tryggjar pasienten og er mindre ubehageleg enn konsekvensane. Argumentasjonen kjem me nærare inn på i del 6.7.

## **6.2. Korleis vert helsehjelp med tvang skildra?**

Hvordan vi bruker tvang? Vi er 2 pleiere som går inn til henne. Bruker tid og er vennlige når vi snakker til henne. Forklarer hva som skal skje. Hun oppfatter da den ene som ”fiende” og den andre som ”reddende engel”. Dette skifter hvem som er hva. Den ”snille” beroliger og holder rundt henne men den andre får stelt henne mens hun

sparker og slår / kliper. Vi sier da at hun ikke må slå / sparke for det gjør vondt for oss. Hun søker mye trøst hos ”den snille”. Etterpå er hun fornøyd og kan le og kose med oss. Hun sover ofte om natten i de klærne hun har gått med om dagen pga at det er vanskelig å få skiftet på henne. Vi vil understreke at det KUN er personale med lang erfaring som steller henne. (Nr. 23)

I sitatet over vert tvangen skildra. Det opnar med at pleiarane slår fast at dei brukar tvang og skal forklara korleis. Det er ingen god situasjon som vert skildra, verken for pasienten eller pleiarane. Pleiarane er i fleirtal og brukar makt for å holda og stella pasienten med tvang. Men sitatet viser også at det er personale med ei viss innsikt og kunnskap som uttalar seg. Dei held ikkje berre fast, men ”beroliger og holder rundt”, brukar tid, er vennlege, snakkar til pasienten og forklarar henne kva som skal skje. Dei trøystar pasienten, og det vert poengtert at pasienten er fornøyd etterpå, og at ho kun vert stelt av personell med erfaring. Dei får også fram at dei skånar pasienten for denne typen stell ved å lata henne sova i kleda. Dei skildrar ein situasjon der dei brukar makt og utøver helsehjelp med tvang, men i sitatet ser me også omtanke for pasienten, og me får inntrykk av at dette er eit miljø med ei fast personellgruppe med kompetanse og erfaring. I vedtak nr. 24 ser me noko av det same. Her kjem det fram at det er laga pleieplan, og også her vert det poengtert at pasienten vert glad for at personalet kjem til unnsetning:

Ho finn seg som oftast i at me festa eit belte over armlenene på stolen hennar. Nokre gonger kan ho reagera med sinne når me arbeider med dette, då kjeftar ho og slår oss. Som oftast er det greitt når me går vekk frå henne, så ho får sitja litt i fred. Når ho har sete ei stund, kan ho begynne å hoppa rundt i stova med stolen. Då har me sagt i pleieplanen, at me skal løysa henne og fylgja henne til ein annan stol, toalettet etc., då vert ho alltid glad for hjelp. (Nr.24)

Dei to vedtaka over viser tvangstiltak som er typiske i mitt materiale. Som me ser av matrisa, er stell med tvang og fasthalding og bevegelsehindrande tiltak som belte i stol hyppig forekommande. Men det som skiljer vedtaka over frå mange av dei andre i utvalet, er måten tvangen vert skildra på. Det er tydeleg at tvangen vert skildra av dei som utfører tvangstiltaket. Det er heller ikkje tvil om kven som gjer kva. Her er tydelege aktørar. Det er ”vi”, pleiarane saman med pasient. Ei slik tydeleggjering, er også med på å ansvarleggjera pleiarane.

Mange av vedtaka skildrar tvangstiltaket meir mangelfullt og med usynlege aktørar. Nokon opplyser at det er gjort vedtak om tvang utan nærare skildring av tiltaket, eller ein brukar eit ord eller ei ufullstendig setning som til dømes: ”Sengehest.” (nr.18) eller ”Låst

ytterdør med kode.” ( Nr. 25). I vedtak nr.18 og 25 er det inga vidare skildring av tvangstiltaket. Andre fortel kva som vert gjort, men ikkje av eller med kven. Setningane er ufullstendige og utan substantiv: ”Knusing av tablettar, skjule dei i td. syltetøy/matvarer. Mixturar gjevast i t.d. drikke. Unnlet å sei at maten inneheld medisiner.” (Nr. 4) ”Er dement, forstår ikke hensikten med bruk av belte på stolen. Klarer ikke å stå på beina, bøyer ser framover i rullestolen → overbalanse → fall og evt. skade. Er uklar. Vil reise seg opp og vil ut av stolen. Forstår ikke konsekvensene av å gå ut av stolen. ” (Nr. 19) I desse sitata er aktørane usynlege. Fokus vert flytta frå tvangshandlinga og pasienten til gjenstanden som vert brukt, til dømes sengehest og belte. Som konsekvens av dette vert ansvarsforhold utydelege, ein kan få inntrykk av at tvangstiltaket nesten skjer av seg sjølv utan levande aktørar. Me ser også tinglegging av pasient, noko me vil komma attende til under del 6.3.

To av vedtaka gjeld tvang til ”alt” stell, omsorg og pleie. Det eine vedtaket fortel ikkje meir enn at det vert nytta tvang overfor ein pasient (diagnose ikkje oppgitt) til ”[...] riktig stell, omsorg og pleie [...]”. (Nr. 20) Det andre gjeld ei eldre dame med alvorleg grad av aldersdemens som motset seg all form for pleie, omsorg og helsehjelp sjølv om ho vert vurdert som fullt ut hjelpetrengande på alle måtar:

For å gjennomføra alt personleg stell og alle daglege gjeremål som er livsnødvendige, gje ho mat, hjelp til defekasjon, sårstell, prøvetaking, hjelp til forflytning med vidare treng ein å vera fleire personar i dei ulike situasjonane, og det er naudsynt med bruk av element av tvang, som holding for å beskytte oss mot slag, spark og anna fysiske utfall. (Nr. 15)

Sjølv om tvangstiltaket har mange fellestrekk med vedtak nr.23, er skildringa ulik. I vedtak nr.23 heldt dei *rundt* pasienten, trøysta og snakka med henne. Dei opplyste også korleis pasienten hadde det etterpå, og at det kun var kjent personell som stelte henne. Dette kjem ikkje fram i vedtak nr. 15. Her er fokuset på at personalet beskyttar seg, og ut frå formuleringa kan ein få inntrykk av at dette er hensikta med tvangen. Fleire av vedtaka skildrar liknande situasjonar der 2-3 pleiarar held og steller ein motvillig pasient med tvang, i mange av tilfella dagleg eller fleire gonger om dagen. Det førekjem også hyppig at personalet vert slått og sparka, og at dei må beskytta seg på ulike måtar, noko sitatet under viser:

2-3 pleiarar med i stellet. 1 informerer først, to må halde henne i armane medan den 3. steller/ skifter innlegg/ kler på. Snakkar minst mulig under stellet, begrenser stellet til absolutt nødvendig. Beroliger etterpå, 1-1 kontakt. Benytter TMV (Terapeutisk mestrings av vold) –tiltak (beskyttelsetiltak). (Nr. 14)

Her vert det også opplyst kva dei gjer for å ta hensyn til pasienten. Fokuset er ikkje åleine på beskyttelsetiltak.

### **6.3. Korleis trår pasient og pårørende fram i vedtaka?**

”Ho har tidlegare i livet vore yrkesaktiv og sosial. Ho har vore samfunnsengasjert og hatt verv i pensjonistforeningen. Dei siste åra har ho blitt gradvis meir pleietrengende. Pas. har gitt uttrykk for at det er vondt å ikkje lenger vera i stand til å ivareta sin eigen livssituasjon.” (Nr. 11)

Vedtaket over gjeld ei heimebuande dame med store hjelpebehov, og det er gjort vedtak om tvang ved det daglege stell kvar dag og ved kvart stell. Det er mykje denne dama ikkje lenger meistrar sjølv, og det vert nemnt i vedtaket, men her er også teke med kva ho klarar, og kva interesser ho har hatt tidlegare i livet. I tillegg kjem det fram kva ho sjølv har uttalt om situasjonen. Denne pasienten står fram som ein person med interesser og egne meiningar. At me får vita så mykje om pasienten som person, er dette vedtaket nokså åleine om. Men her er nokre som viser til persontrekk og observasjonar av kva pasienten likar eller ikkje likar, noko desse sitata syner: ” [...], men X er en veldig bestemt dame som vil bestemme sjølv. Liker generelt dårlig at noen skal bestemme for henne.” (Nr. 2) ”Ho set pris på desse turane og kjem smilande tilbake.” (Nr. 3) ”[...] gjerne med humor da dette fell naturleg for han.” (Nr. 5) ”Pasienten har lika å vere sosial og å bli akseptert av andre. Liker å få merksemd om seg som person.” (Nr. 14) Det vert også referert til pasienten sine vanar frå tidlegare i livet, og ein ser desse i samheng med helsehjelpa som no skal ytast: ”Han har også fått ein verktøykasse som han ryddar i (vaktmester av yrke).” (Nr. 6) ”Ho er ikkje van med badekar frå før, og seier nei til å prøve.” (Nr. 3) Desse vedtaka fortel også noko om forholdet mellom pasient og personell ved at ein får innblikk i samhandling og situasjonar utan tvang. Til dømes vedtak nr.3 som gjeld ei dame med aldersdemens som vert låst inne på avdelinga og dusja med tvang ein gong for veka. Her vert det fortalt at dei går tur med henne dagleg, og av skildringa (sjå sitatet over) ser dette ut til å vera ei god stund både for pasient og personell.

Kontrasten til desse vedtaka vert dei som berre opplyser kva pasienten ikkje klarar og måten ho/han set seg til motverje på: ”Pas. er fysisk sterk, men han har ikke korttid hukommelse, kan være aggressiv periodevis og har store hallusinasjoner. Klarer ikke å stille seg selv. Pas. har ikke samtykkekompetanse å vurdere egen situasjon i stell og med de fleste

områder.” (Nr.12) I vedtak nr. 21 er det berre ei linje med opplysningar om pasient: ”Pasienten spyttar ut tablettene som regel.” I desse to vedtaka vert berre svikta til pasienten presentert. Me får vita det ho/han ikkje kan, og desse pasientane trår ikkje fram som personar med interesser og ytringar.

Personen det dreiar seg om, vert i nokre vedtak omtala med namn, og av det korte feltet som er stroke over, ser ut til å vera anten føre- eller etternamnet som vert brukt utover i vedtaket. I andre vert ”pasient” eller ”beboer” brukt nokså gjennomført, eller berre forkortinga ”pas.” Som me såg under punkt 6.2, er både namn og substantiv utelete i fleire vedtak, og ein ser døme på tingleggjering ved at fokus kjem på gjenstand framfor pasient. I to vedtak er pasienten så usynleg at det ikkje er mogeleg å skjønna om det dreiar seg om mann eller kvinne når namnet er stroke ut i namnefeltet øvst på skjemaet (nr.20 og 21). Språket i desse vedtaka er knapt med ufullstendige setningar og manglande agens. Aktørane er ikkje synlege, bortsett frå nokon få setningar som brukar substantivet ”pasient”. Vedtak nr. 18 og 19 nyttar substantivet ”han” i ei setning. Elles er det berre nytta substantiv for ting som seng og sengehest: ”Prøver å ta vekk sengehesten. Verbalt gir uttrykk for at denne vil han ikke ha.” (Nr.18) I delen om språkanalyse såg me at dette kan føra til tingleggjering eller objektgjerung av pasient, og det vert slik problematisk ikkje berre for forståinga av vedtaket, men også fordi det kan gi konsekvensar for holdningar og bidra til avhumanisering av pasient.

Som me ser av matrisa, manglar to av vedtaka diagnose (nr.17 og 20). Dei har heller inga skildring av helsetilstand. Det eine vedtaket opplyser med tre linjer at det er fatta vedtak om tvang utan nærare forklaring eller grunngiving (nr.20). Det andre vedtaket (nr.17) gjeld innelåsing på sengepost eit halvt år fram i tid, og det vert derfor eit stort poeng om manglande samtykkekompetanse er av forbigåande eller varig karakter. Når verken helsetilstand eller diagnose er oppgitt, kjem ikkje dette fram i vedtaket.

Nokon oppgir at pasienten sjølv seier ho ville ha forhindra åtferda som fører til tvangsvedtak dersom det var mogeleg: ”Pasienten sjølv og pårørande gir uttrykk for at ho ikkje ville oppføre seg på ein slik måte dersom det var mogleg å hindre det.” (Nr. 22) Dette dømet gjeld ein pasient som i periodar vert utagerande, kastar ting rundt i rommet og slår, klorar og bit. Når dette skjer, motset ho seg å verta teken bort frå fellesareal og skjerma på eige rom, men ho uttalar elles at ho ikkje ønskjer å oppføre seg slik dersom ho kunne ha forhindra det. I dette sitatet uttalar både pårørande og pasient seg om situasjonen. Det finst ikkje mange slike døme i utvalet, men det er døme på at ein har innhenta informasjon frå pårørande om korleis pasienten har vore tidlegare i livet: ”Pårørande har i samtaler opplyst at pasienten likar å vere velstelt og å vera med i det sosiale fellesskapet.” (Nr. 5) ”Pårørande har

skrive ned livshistoria og bakgrunnsopplysningar om interesser og historia, dette for å finne meningsfulle samtaleemne. Det er ein god kommunikasjon med familien om pasienten sine ønskjer og behov.” (Nr.11) Andre viser til samarbeid med pårørande og korleis ein organiserar og tilrettelegg helsehjelpa individuelt for pasienten etter dei opplysningar ein har:

Ein har god kontakt med kona og pårørande for å finne metodar å gjennomføre helsehjelpa til det beste for pasienten. Ein organiserer tenesta i eit eige demensarbeidslag, på denne måten får pasienten få og kjende personar å forhalda seg til. Primærsjukepleie er eit viktig tillitsskapande tiltak. Det er ein god stemning i heimen og mellom ekteparet. (Nr. 10)

Nokon pårørande opplyser kva pasienten sjølv har meint og gjort tidlegare i livet og korleis dei trur ho/han ville ha ønskt å ha det no dersom samtykkekompetansen hadde vore intakt. ”Vi har diskutert tiltak som tvang med pårørande; X, og de støtter oss helt i denne avgjørelsen. Pasienten har alltid vært nøye med å stelle seg og hvordan hun ser ut. Hun har tidligere tatt medisiner greitt.” (Nr. 23) ”Alle borna til X ynskjer at ho skal sikrast mot fall. Dersom ho hadde vore samtykkekompetent, ville ho ikkje utsett seg for den risikoen som ho har for brudd m.m.” (Nr. 24)

Her er også vedtak som ikkje nemner pårørande i det heile, og rubrikken i skjemaet om kva pårørande opplyser, står tom. Eller ein fortel med ei kort setning at pårørande er orientert og/eller samde i vedtaket utan å opplysa om dei har meiningar eller ytringar rundt tvangen. Sitata under er typiske sitat i så måte: ”Orientert om vedtak og manglende samtykkekompetanse.” (Nr. 2) ”Pårørande har godtatt dette.” (Nr. 21) Pårørande får her ei passiv rolle der dei vert informert og ”godtek”, og dei trår ikkje fram med meiningar, uttalelsar eller handlingar.

Eit vedtak fortel at næraste pårørande er spurde, men ikkje vil uttala seg. Dette gjeld ei dame som er innelåst på avdelinga og må stellast med tvang. Ho har tre born som ikkje vil uttala seg, men sidan personalet veit at ho alltid har hatt eit godt forhold til broren sin, får han uttala seg då dei næraste pårørande ikkje vil.

Pårørande si rolle varierar, men i dette utvalet på 25 tvangsvedtak er pårørande jamt over lite synlege og lite aktive. Dei er via liten plass i tvangsvedtaket, og ingen av dei vert oppgitt å vera kritiske til tvangen.

#### 6.4. Helsepersonalet som fattar vedtak og utøver tvang – korleis viser dei att?

”Det anses nødvendig å knuse tablettene til pasienten.” (Nr. 21)

Som me såg over, er pasienten usynleg i fleire vedtak, og pårørande er heller ikkje spesielt aktive. Når me går over til å sjå på helsepersonell si rolle og framtrede i vedtaka, oppdagar me at dei i fleire vedtak faktisk er endå meir usynlege. Også når det gjeld ansvar for å fatta vedtak, kan dette vera uklart, noko sitatet over er eit døme på. Det vil vera tydeleg kven som har skrive under vedtaka, men det kjem fleire stader ikkje fram kven som har gjort vurderingane og utfører tvangstiltaket. Vedtak nr. 19, 20 og 21 er døme på slike vedtak. Vedtak nr. 19 nyttar substantivet ”han” om pasienten i ei setning som skildrar tillitsskapande tiltak: ”Samtaler, deltatt i fellessamlinger med han, sittet saman med han i stua og ved måltidene.” Det interessante her er at pasienten vert omtala som ”han”, men personalet er framleis usynleg. Dette gjeld også vedtak nr. 20 som nyttar ”pasient”, men innleiar med: ”Det er i dag fattet vedtak om [...]”. Her vert det nytta passiv grammatisk form, og også her er helsepersonell, dei som fattar vedtaket og utfører tvangen, usynlege. I vedtak nr. 21 ser me same fenomen: ”Pasienten tilbyes alltid tablettene hele først, og motiveres. Knusing av tabletter når pasienten ikke ønsker å svelge dem hele.” Desse to setningane brukar substantivet han om pasienten, men helsepersonalet trår ikkje fram. Dei forblir usynlege. Det gjeld også ved oppfyljing av vilkår og heilheitsvurdering av tvangstiltaket, som er besvart med ordet ”ja” i tillegg til den eine setninga som er brukt som sitat i innleiinga av 6.4. Også denne setninga er utan agens. Dette kan vera med på å tåkeleggja det som skjer. Det vert gjort vurderingar, fatta vedtak og utført tvang utan at den ansvarlege part trår fram og tek ansvar.

Men her er også døme på at helsepersonalet er langt tydelegare framstilt, slik som me såg i del 6.2. i sitata frå vedtak nr. 23 og 24. Også andre vedtak får fram kva type personell som har vore med på vurderinga og utfører tvangsvedtaket. Her er vedtak som tydeleg er skrivne av helsepersonell som er i direkte samhandling med pasient og som utfører tvangstiltaket. Det kan ein sjå av at til dømes ”me” vert nytta som substantiv: ”Me har god samhandling med pårørande om dette temaet. Me vil ivareta pasienten sin integritet i forhold til å få gå på toalettet og ikkje få avføring i bleie.” (Nr. 11) Fleire presiserar at tvangstiltaka vert utført av fast personell som er godt kvalifiserte og har godt forhold til pasient, noko følgjande sitat er døme på: ”Personalet som kjenner henne godt har prøvd å tilnærme seg henne på fleire måter.” (Nr. 2) Det vert vist til korleis ein organiserar tenesta for å sikra at

pasienten får assistanse frå kjende og kvalifiserte pleiarar slik at ein unngår at det vert for mange å forholde seg til:

Personalet på X har latt henne bestemme mye selv med hensyn til døgnrytme og personlige ønsker. Personalet har stor empati for henne og den vanskelige situasjonen det er å være yngre beboer på sykehjem. Hun har fast personale blant de kjente, erfarne pleierne. Hun profiterer på å ha folk rundt seg, og angstnivået synes mindre i forhold til da hun var hjemme i leiligheten sin. (Nr. 1)

Utdraget over er henta frå vedtak nr.1, som på fleire måtar er eit spesielt vedtak. Det gjeld tvangsinnlegging og attendeholding på sjukeheim av ei dame i byrjinga av 40-åra som både verbalt og gjennom handlingar viser at ho vil heim (viser til sitatet som innleiar del 6.5 under). Dette er også det einaste vedtaket som opplyser at pasienten sjølv har levert klage på tvangsvedtaket. Vedtaket er ført i pennen av dei to fagleg ansvarlege for helsehjelpa, tilsynslækjaren og styraren på sjukeheimen. Det er det lengste vedtaket, seks sider pluss vedlegg, og vurderingane er svært grundige med mykje opplysingar og henvisingar til både jus, etikk og fagleg forsvarlegheit. Sjølv om vedtaket ikkje er skrive av dei som er i dagleg kontakt med pasienten, inneheld det skildringar av pasient, avdeling/helsepersonell og utføring av helsehjelp/tvangstiltak, og det vert hevda at pasienten får god omsorg av kompetent personell. Det er ei grundigheit i skildringar, vurderingar og argumentasjon her som me ikkje finn i nokon av dei andre 25 vedtaka. Dette kan truleg sjåast i samanheng med at det dreiar seg om ein spesiell situasjon, og at helsepersonalet veit at pasienten har klagt når dei skriv vedtaket.

At omsorga er god, vert også direkte uttrykt i andre vedtak, medan det i nokon vedtak berre kjem til syne ”mellom linjene” gjennom måten helsehjelp, tilrettelegging og tvangstiltak vert skildra på. Sitatet under er døme på det:

Då ho vart innlagd ved avdelinga X hadde ho opne sår på beina, var ustelt, avvisande og avmagra. Ho har auka vekta si frå 40 kg då ho var på første besøk for to år sidan; til 51 kg i mai 09. X si målsetjing i avdelinga er ”Å ha det så godt som ho kan få det”, og ”Å få så mykje nærleik som ho kan ta imot”. Alle gode stunder vert brukt til turgåing, nærleik, hygge. Stundene er etter kvart blitt færre. (Nr.3)

Her kjem det fram at pasienten får god omsorg. Ho har lagt på seg, det er utarbeidd målsetjing for henne i avdelinga der det er vektlagt at ho skal ha det godt og få nærleik, og ein nyttar dei gode stundene til kjekke aktivitetar. Personalet viser ikkje berre att gjennom



utøving av tvang, men også gjennom den gode omsorga pasienten tydeleg får i andre situasjonar enn når tvang vert brukt.

Det helsepersonell som viser att i tvangsvedtaka, er pleiepersonell, lækjar og leiar/styrar, og det er med eit vedlegg frå tannlækjar. Ingen av desse 25 vedtaka nemner anna helsepersonell, bortsett frå eit som i ei setning viser til at pasienten er drøfta tverrfagleg: ”Hun er også drøftet tverrfaglig, og henvist til X.” (Nr. 23) Dette vedtaket gjeld tvang ved medisinerings og personleg stell dagleg eller fleire gonger i veka. Dei viser også til korleis dei nyttar frisøren for å få stella håret til pasienten utan tvang. Her er også eit vedtak som viser til at det er gjort kartlegging i heimen, og at ein har funne at pasienten har kognitiv svikt (nr. 11). På grunn av utstryking for å anonymisera skjema, kjem det ikkje fram kven som har gjort denne kartlegginga, men det kan her vera tale om tverrfagleg vurdering.

## **6.5. Motstand mot helsehjelp**

”Motstanden mot innleggelse i sykehjem kommer til uttrykk ved at hun har hoppet ut av vinduet ved en anledning i sommer. Vinduet er nå sikret. Hun har også bestilt taxi til hjemmeadressen sin ved noen anledninger.” (Nr. 1)

Det er ikkje tvil om at denne pasienten vil vekk frå sjukeheimen. Dette viser ho tydeleg med sine handlingar. At pasienten yter motstand kjem fram i alle vedtaka, men det varierar frå at det vert slått fast at pasienten motset seg helsehjelp til lengre skildringar av korleis dette skjer. I vedtak nr. 21 er motstanden skildra i ei kort setning: ”Pasienten spyttar ut tablettene som regel.” I vedtak nr. 13, som heimlar låste dørar og medisinerings med tvang, er det også ei dame som vil flytta ut av sjukeheimen, men hennar motstand kjem til uttrykk verbalt: ”Hun gir uttrykk for at hun ikke ønsker å være her, at hun vil hjem. Det er likevel ikke slik at hun må holdes tilbake med makt.” Denne dama bur på dementavdeling med låste dørar, så ho vert for så vidt halden att med makt, men ho gjer ikkje aktive forsøk på å komma seg ut slik som pasienten i vedtak nr.1. Det vert i fleire av vedtaka uttrykt at motstanden er både verbal og fysisk. Dei følgjande to sitata som skildrar pasienten sin motstand ved ”all form for pleie, omsorg og helsehjelp” og attendeholding i sjukehus for avrusing er døme på det: ”Pasienten uttrykkjer motstanden fysisk med slåing, klyping, spark og slag, og verbalt som roping, skriking, grovt språkbruk.” (Nr. 15) ”Pasienten vil forlate avdelinga, uttrykker dette verbalt og kroppslig i dag [...]” (Nr. 8)

I fleire av vedtaka ser me kraftig motstand der ein må vera fleire personar for å holda pasienten fast, og det er mange døme på at motstanden kjem til uttrykk gjennom fysiske handlingar som å kasta ting rundt seg eller slå, klipa og sparka, slik som i desse sitata: "X utviser sinne: ropar, slår, klorar og sparkar når ho vert tilbydd forslag eller hjelp til å få vaske seg [...] Ho "snur" gjerne i løpet av dusjing. Det som begynte med velvilje vert brått forandra til slag, spark, m.m." (Nr. 3) "Pasienten kan til tider slå, sparke og klype. Ein gir då tilbakemelding om at denne handlinga ikkje kan akseptast, det kan då stundom synast at pasienten forstår beskjeden." (Nr. 11) "Ho vert sint, aggressiv, avviser hjelp og angrip den som hjelper både verbalt og fysisk." (Nr. 14) "Slag, kloring eller biting forkjem, samt at ho kan kaste ting etter personalet eller rundt i rommet." (Nr. 22)

Det er også døme på at personalet tolkar motstanden som ei ubevist handling og ikkje uttrykk for motstand mot helsehjelpa, eller som i dette tilfellet mot dei bevegelsehindrande hjelpemidla: "Ein må nytte belte i stol på dag og sengehest på natt for at pasienten ikkje skal reise seg og gjere skade på seg sjølv. Det kan virke som at pasienten ikkje bevisst motset seg helsehjelp men at det meir er utslag av tilfeldighetar og demenssjukdom." (Nr.10)

## **6.6. Tillitsskapande tiltak og alternativ til tvang.**

Har sidan pas. braut lårhalsen stort sett ikkje "sett augene av han". I ein periode på natt då han hadde dårleg nattesøvn, hadde han fast vakt sitjande hos seg. Han er blitt aktivisert med trening/fysisk aktivitet ut frå det han kan greia. Han har også fått ein verktøykasse som han ryddar i (vaktmester av yrke). Høgtlesing og andre sosiale tiltak på avdelinga er han deltakande i. (Nr. 6)

I vedtak nr. 6 fortel dei at det i periodar er to pleiarar på jobb med ansvar for åtte pleietrengande pasientar, og at dei ikkje kan ha aktuelle pasient under oppsyn heile tida for å hindra at han reiser seg og fell. Han er ikkje i stand til å stå eller gå, og dei brukar derfor belte i stol i kortare periodar som dei anslår til 5-10 minutt. Sitatet over viser også at dei har nytta fast vakt som alternativ til sengegrind, og at han er med på aktivitetar, både dei faste på avdelinga og nokon som er spesielt tilrettelagt for han utifrå tidlegare yrke.

Tendensen i desse 25 vedtaka er at tillitsskapande tiltak er prøvt. Nokon skriv berre at dette har vore prøvt utan å gjera meir greie for tiltaket: "Det vert alltid forsøkt tillitsskapande tiltak først, og det vert vurdert om det er naudsynt med tvang med omsyn til helse og verdighet." (Nr.14) Eller ein brukar eit ord, t.d. "kommunikasjon" eller "samtale". Andre har lange og fyldige forklaringar der ulike type tilnærming er nemnt. Ved tvangsinnlegging i sjukeheim, viser ein til at ein først har prøvt helsehjelp i heim og frivillig innlegging. Det vert

opplyst at ein først prøver å yta helsehjelpa frivillig med å tilretteleggja situasjonen, nytta ”gode tidspunkt”, ha god tid, skifta pleiar dersom den første ikkje lukkast. Ein legg også vekt på å bruka kjent personell, kommunisera på ein god måte og at ein utset tiltak til helsehjelpa er ”heilt nødvendig”. ”Det vert dagleg prøvd med ”det gode”: ein god dag, ei god stund, gode tilbod, overtaling. Det vert ikkje påtvinga tiltak som vert oppfatta som unødvendige. Prøvd ymse tilnæringsmetodar.” (Nr. 3) Sitatet frå vedtak nr. 3 er del av ein lengre tekst der dei også omtalar andre tilnæringsmåtar: musikk, pynting og ”godlukt”, turgåing og bading i staden for dusjing. Dei vurderar også om det kan liggja noko til grunn for åtferska som pasienten ikkje klarar å uttrykkja, til dømes tannverk: ”Prøver med skifte av personal, som av og til hjelper, både i dusj-situasjon og ved B-12 injeksjon. X er jamleg til tannpleiar/tannlege, for å forsikre at ho ikkje har tannverk utan å kunne gje uttrykk for det.” (Nr.3) At smerter kan liggja til grunn for motstand, kjem dei også inn på i vedtak nr. 23 der dei opplyser at pasienten gir uttrykk for smerter, og at ho treng smertebehandling. Dei nyttar smertepaster sidan ho ikkje vil ta tablettar, og dei har henvist henne til tannlækjar for vurdering av tennene.

Alternativ til tvang er også nemnt i vedtaka, men i mindre grad enn tillitsskapande tiltak. I vedtak nr.6 såg me at dei hadde nytta fast vakt om natta i staden for sengegrind, og i nr.23 at dei nytta smertepaster i staden for tablettar. I andre vedtak er det døme på at ein nyttar fysisk aktivitet, trim og turgåing med pasientar som ”vandrar” og er innelåste, og at ein tilbyr andre aktivitetar som erstatning for ”uønskte” aktivitetar. Men vedtak nr. 6 er nokså åleine om å vurdere alternativet til tvangstiltaket slik som me ser i dette sitatet:

[...] Me vil sjå det som eit ”alvorleg inngrep” dersom pasienten vert sint eller gjev sterkt uttrykk for at dette vil han ikkje. Graden av motstand er viktig å observera, og kanskje kan han ikkje bruka belte i stol. Då må me vurdere andre løysingar. Alternativet til belte i stol vil vera kontinuerleg ”fotfølging”, men dette kan også opplevast som krenkande for pasienten. (Nr. 6)

Ein stad har dei funne ut at pasienten som må vaskast med tvang, vaskar håret frivillig hjå frisør, og at ho til og med nyt å få gjort dette: ”Har ofte fått vasket og stelt håret hos frisør, og det ser vi at hun nyter når hun først kommer der (i 2. etg. her på huset).” (Nr.23) Og det vert presisert i vedtak nr.1 at ein har prøvt å tilretteleggja i heimen for dama som hoppa ut av vindauget for å komma vekk frå sjukeheimen:

Hjemmesykepleien og fastlegen har virkelig prøvd å hjelpe henne, og tilrettelegge slik at hun kan bo hjemme. Dette har ikke fungert, da hun har motsatt seg hjelp, sagt opp

fastlegen sin, nektet hjemmesykepleien adgang, og har ofte vært så forvirret at hun har utsatt seg for direkte fare. (Nr.1)

Det som manglar i samband med tilrettelegging og alternativ til tvang, er opplysning om kor lenge ein har prøvt å gi helsehjelp utan tvang. Dette finst det heller ingen rubrikk for i den ferdige vedtaksmalen, og det står ingen ting i lovteksten om kor lenge ein skal prøva frivillig før ein går over til helsehjelp med tvang. Dette kunne vore relevant opplysning, særleg når det dreiar seg om omfattande tvangstiltak som gjeld langt fram i tid.

### 6.7. Argumentasjon for tvangsbruk

Begrunnelse: Sterk nødvendig iverksetting av tiltak for å gi pasienten den nødvendig hjelpen for hennes underliggende sykdom, også kan utføre den nødvendig kontroll helseundersøkelse som pasienten har rett til. Helhetsvurdering: Det er sterk nødvendig for pasientens helse at pasienten får helsehjelp uten hennes samtykke. (Nr. 7)

Det ingen tvil om at dette tiltaket vart sett på som nødvendig av den som skreiv vedtaket. Ordet ”nødvendig” vert brukt fire gonger på fire korte linjer, to gonger med tilføyinga ”sterk”. Gjenteke bruk av enkeltord som understrekar argumenta ser me i fleire vedtak, til dømes ved bruk av ”alltid” og ”aldri”. Fleire poengterar at dei *alltid* er to pleiarar i stellet og at dei *alltid* tek seg god tid: ”Det vert alltid forsøkt tillitsskapande tiltak først.” (Nr. 14) Eller det kan vera ei presisering av at det *aldri* vert nytta tvang før ein har prøvt å gi helsehjelp frivillig. Som argumentasjon kan dette virka mot si hensikt dersom bruken vert overdriven. Sitatet under kan stå som eit døme på det motsette:

Me har fått rullator til henne, men denne skubbar ho konsekvent frå seg. Ho klarar i dei fleste tilfeller, heller ikkje å be om hjelp til å gå dit ho vil. Ho finn seg som oftast at me festa eit belte over armlenene på stolen hennar. Nokre gonger kan ho reagera med sinne når me arbeider med dette, då kjeftar ho og slår oss. Som oftast er det greit når me går vekk frå henne, så ho får sitja litt i fred. Når ho har sete ei stund, kan ho begynne å hoppa rundt i stova med stolen. Då har me sagt i pleieplanen, at me skal løysa henne og fylgja henne til ein annan stol, toalettet etc., då vert ho alltid glad for hjelp. (Nr. 24)

Vedtak nr.24 brukar alltid ein gong, og det er i siste setninga i sitatet over. Ordet aldri vert ikkje brukt. Vedtaket er på vel tre sider og inneheld ein del tekst, men språket framstår som meir nyansert enn i dei to førre sitata, og argumentasjonen kviler ikkje på enkeltord, men på ei argumentasjonsrekkje som viser til fakta i saka. Diagnose, helsetilstand og manglande samtykkekompetanse vert brukt som argument, ein viser til konsekvensane av

manglande helsehjelp og argumenterer i tråd med vilkåra for å fatta tvangsvedtak etter det aktuelle lovkapittelet. Slik får lesar innsyn i saksopplysningar og argument og kan gjera seg opp ei meining om vedtaket. Dette er døme på logosargumentasjon som ein forventar å finna i vedtaksdokument. I vedtak nr.24 vert det konkludert på denne måten: ”Me vil på grunnlag av dette, bruka eit belte over armlenene på stolen slik at ikkje X reiser seg og går, utan at me ser det, og kan hjelpa henne. Gevinsten av dette tiltaket, vil verta at X i større grad unngår fall og skader.” (Nr. 24) Denne konklusjonen følgjer etter relevante opplysningar som gjer at lesar kan forstå kvifor konklusjonen vert slik.

Einkelte vedtak inneheld ingen argumentasjon, men opplyser kun at det er fatta tvangsvedtak overfor ein namngitt pasient. Andre svarar berre med ordet ”ja” under vilkåra. Noko som kan sjåast på som informasjon til lesar om at den som underskriv, vurderar vilkåra som oppfylte, men argumentasjonen manglar. Dersom argumentasjonen kviler åleine på vurderingane til helsepersonalet utan at andre opplysningar føreligg, vert dette etosargumentasjon der truverdigeita og autoriteten til den som fattar vedtaket, vert avgjerande. Det er inga argumenttrekkje, berre ei fastslåing av at nokon (i sitatet over lækjar) meiner det er nødvendig med tvang. Vedtak nr.20 er det som klarast baserar seg på etosargumentasjon: ”Det er i dag fattet et vedtak etter lov om pasientrettigheter §4A-5 angående bruk av den tvang som er nødvendig for å gi pasienten riktig stell, omsorg og pleie da pasienten ofte motsetter seg dette.” Vedtaket er underskrive tilsynslækjar, og i tillegg til fire påfølgjande linjer som opplyser om klageretten, utgjer dei tre linjene over heile vedtak nr. 20. Her er inga skildring av pasient eller helsetilstand, heller ingen argumentasjon for kvifor tvang er naudsynt. Alt kviler på tilsynslækjaren si vurdering. Dette vert problematisk på grunn av manglande dokumentasjon og manglande samanheng. Lesar, i denne samanheng også Helsetilsynet, vil ikkje ha nok opplysningar til å danna seg ei oppfatning av kor vidt det er naudsynt med tvang. Ein får heller ikkje innsyn i argument og vurderingar helsepersonell har gjort rundt vedtaket, og veit ikkje om det ligg slike vurderingar til grunn.

Nokon vedtak går litt langt i sine forklaringar, og vert nokså detaljerte. Her kan ein komma over grensa mot patosargumentasjon ved å gå langt i skildringane av kva som *kan* oppstå. Vedtak nr.9 er det tydelegaste dømet på det:

[...] Videre kan tennene løsne pga periodontitt, eller må trekkes pga tannråde. Dette vil gi dårligere tyggefunksjon for pasienten, og dermed dårligere ernæring. Da pasienten er dement, vil det bli vanskelig å få tilpasset en tannprotese. Dårlig tannstell kan også gi infeksjon i tannkjøttet, som i verste fall kan gå over i blodbanen og gi sepsis og død.

Beboer er også opptatt av utseendet sitt. Selvbildet kan bli redusert, og hun kan bli sterkt plaget av depresjon. (Nr.9)

Vedtaket heimlar tannstell og tannpuss med tvang, og det er med vedlegg frå tannlege der viktigheita av å få pussa tennene vert understreka. Sitatet over er del av ei lengre argumentasjonsrekke som ramsar opp alle tenkelege uheldige konsekvensar av manglande tannstell. Så langt treng ein ikkje gå i sin argumentasjon for at lesar skal skjønna poenget. Sitatet under skildrar med få ord kvifor dei meiner helsehjelpa er nødvendig: ”Dersom pasienten prøver å reisa seg i eit ”ubevokta” øyeblikk kan han falla og skada seg. Dette vil evt. medføra unødig sjukehusopphald og meir smerter og ubehag for pasienten.” (Nr. 6) Tidlegare i vedtak nr.6 er det opplyst at pasienten har hatt fleire fall tidlegare med skader av ulik art. Nokon vidare oppramsing av alle skader som kan følgja av eit fall er ikkje med, og det trengst heller ikkje. Ein treng ikkje vera fagperson for å skjønna kva skader som kan oppstå av fall, heller ikkje for å skjønna at stundom oppstår dei, andre gonger ikkje.

To av vedtaka argumenterar med å unngå skade på andre, medpasientar eller helsepersonell. Som me hugsar frå del 2.3 heimlar Pasientrettslova kapittel 4A helsehjelp med tvang kun når det er fare for helseskade på pasienten sjølv, ikkje andre eller omgivelsane. Slike argument vil derfor ikkje fylla vilkåra for å yta helsehjelp med tvang etter dette lovkapittelet.

## **6.8. Faguttrykk og form**

”Har kjent hjertesvikt, står på store doser diuretika. Har vedvarende lungeødem og trenger beh med diuretika. [...] Lab pr har vist stigende kreatin og karbamid verdier.” (Nr. 2)

Pasient, næraste pårørande og helsetilsynet i fylket skal ha kopi av tvangsvedtak. Pasient og pårørande har moglegheit for å klaga på vedtaket, og helsetilsynet (oftast jurist) skal vurderer kor vidt tvangen kan heimlast i den aktuelle lovparagrafen. Vedtaka bør derfor innehalda eit språk som er forståeleg for folk utan helsefagleg bakgrunn. Som me har sett av sitata tidlegare i oppgåva, er det døme på faguttrykk, men ikkje i den grad at innhaldet vert vanskeleg å forstå. Dei setningane som inneheld mest faguttrykk i alle 25 vedtaka, finn me i sitatet over og i dette sitatet frå vedtak nr.23: ”MMS score var 9 / 30 i 2007. Har afasi både ekspressiv og impressiv. Det er derfor ikke mulig å gjennomføre ny MMS nå.” (Nr.23) Det vert vist til skalaer og testar ein må rekna med er ukjende for personar utanom helsevesenet

og også utanom det aktuelle fagfeltet, til dømes Berger 5 og GSC 11. Men ein treng ikkje kjenna desse testane for å få ei forståing av situasjonen. I dei vedtaka som viser til slike testar, vert det gjort som ei tilleggsopplysing. Pasienten sin helsetilstand vert gjort greie for med vanleg språk, og det vert argumentert utan å visa til nemnte skalaer og testar. Det er langt mindre bruk av faguttrykk enn det ein kunne forventast å finna. I dei tilfella ein kan oppleve vedtaka som vanskelege å forstå, skuldast det andre fenomen me har vore innom tidlegare og skal sjå på under: knappheit i språk, ufullstendige setningar, manglande agens og vanskeleg forståeleg skrift, skrivefeil og rotete oppsett.

Det er tidlegare referert til vedtak som er på alt frå tre linjer til 5-6 maskinskrivne sider. Dei fleste har valt å nytta den ferdig oppsette vedtaksmalen, eller dei har laga sitt eige oppsett med dei same overskriftene som vedlagde skjema (vedlegg nr.1) Sjølv om dei nyttar same oppsett, framstår likevel vedtaka som veldig ulike. Her er ryddige, maskinskrivne vedtak med heile setningar som er lette å lesa, og der ein kan sjå samanheng frå eit punkt til eit anna. Vedtaket dannar ei samanhengande og forståeleg historie sjølv om ein nyttar skjema med rubrikkar. Andre ber preg av hastverksarbeid, skrivne med vanskeleg forståeleg handskrift og stikkordprega språk med lite heile setningar. Her er også ein god del døme på feilskrivning, overstrykingar og piler og strekar for å visa kvar setningane skal stå. Det vert truleg gjort fordi ein har printa ut den ferdige vedtaksmalen utan å laga kolonnene større, og då er det svært liten plass til å fylla ut for hånd. Under skal me sjå vidare på korleis vedtaka delar seg i to ulike variantar når det gjeld språk og argumentasjon.

## **6.9. Språk og argumentasjon – to ulike variantar av vedtak**

Me har sett at det er store variasjonar i språkbruk og argumentasjon i vedtaka. Det peikar seg ut to ulike variantar: den knappe måten med korte ord og ufullstendige setningar der ein svarar med ja framfor å argumentera, og der språket ber preg av passive setningar og usynlege aktørar. Og den andre formen som har meir slektskap med ein forteljande stil og gir oss innblikk i situasjonar med synlege aktørar. Vedtak nr. 18, 19, 20 og 21 kan stå døme på den første typen vedtak og vedtak nr. 11, 23 og 24 som døme på den andre.

Vedtak nr. 18 og 19 er på to sider, og vedtaksmalen er brukt. Det er skriva med hånd, og utfyllinga ber preg av hastverksarbeid med skriving utanfor rubrikkane, ufullstendige setningar og bruk av piler og strekar for å visa kvar i oppsettet setningane skal stå. Det eine vedtaket har varigheit eit år og det andre er sluttdato oppgitt som ”Sanns.vis varig” (Nr. 18). Dette er såleis ikkje eingongsvedtak som er skrivne i ein hastverkssituasjon. Vedtak nr. 20 er

på tre linjer utan opplysningar om pasient og utan argumentasjon (viser til side 53 der vedtaket er sitert). Vedtak nr. 21 er eit av dei som brukar eige oppsett med same overskrifter som i vedtaksmalen. Det einaste me får vita om pasienten utanom diagnosa er at han eller ho som regel sputtar ut tablettane, og her er ingen argument for kvifor tvang er naudsynt. Ein svarar berre ”Ja” i kolonnene for oppfylling av vilkår. Språket i desse fire vedtaka er knapt med ufullstendige setningar og manglande agens. Som me såg under del 6.3 og 6.4 er aktørane ikkje synlege, bortsett frå nokon få setningar, og helsepersonalet er endå meir usynleg enn pasienten.

Vedtaka over peika seg ut i vedtaksbunken ved å vera nokså knappe, særleg nr. 20 som er på få linjer. Vedtak nr. 20 og 21 fyller heilt klart ikkje kravet om grunngiving for vilkår. Vedtak nr. 11, 23 og 24 er ikkje slike vedtak. Dei representerar på mange måtar dei ”typiske” vedtaka blant desse 25, og eg la ikkje spesielt merke til dei før eg såg at eg stadig trekte dei fram som døme utover i analysa. Desse tre vedtaka dreiar seg om eldre damer med aldersdemens, ei heimebuande og to på sjukeheim. Tvangstiltaka er stell og medisinerer med tvang og bruk av belte i stol. Alle tre gjeld dagleg bruk av tvang. Vedtaka er ikkje spesielt lange. Med sine tre sider ligg dei på snittet når det gjeld lengde. To av vedtaka har med vedlegg, men dei følgde ikkje vedtaka, så eg har berre lese sjølve vedtaksmalen. Vedtaka framstår likevel som innholdsrike og lukkast i å setja lesar inn i situasjonen. Språket er nyansert med aktiv setningsoppbygging og tydeleg agens. Dei handlande partar framstår tydeleg, både kven dei er og kva dei gjer. Vedtaka ber preg av å vera skrivne av personar som jobbar med pasienten, og det vert brukt personlege pronomen. Dei distanserer seg ikkje frå tvangen som vert utført. Det er ”me” som gjer det, og det skjer på ”vår” avdeling. Desse vedtaka vert også dregne fram i analysa som døme på vedtak som let pasienten framstå som ein person med fleire sider enn svikt og sjukdom, dei refererar til samarbeid med pårørande og kva dei uttalar, og dei to vedtaka som viser til at tverrfaglege yrkesgrupper eller samarbeid, er mellom desse tre.

Vedtaka 11, 23 og 24 ber også meir preg av å vera samanhengande tekstar og historieforteljing (sitat på side 41, 42, 44, 47 og 52). Sjølv om tekstane ikkje er lange, og dei er oppdelte i ulike kolonner i skjemaet, har dei samanhengande struktur og kan lesast som ei samanhengande historie som gir mening på ein annan måte enn oppramsing og enkeltord som me har sett døme på i andre vedtak.



## 7. RESULTAT

Problemstillinga mi er korleis helsehjelp med tvang vert legitimert etter kapittel 4A i Pasientrettslova. Innleiingsvis såg me at tvangstiltak vert legitimert med å fatta skriftleg vedtak som vert sendt til pasient, næraste pårørande og Helsetilsynet i fylket. Gjennom kvalitativ analyse med innslag av språkanalyse har eg studert 25 vedtaksdokument for å sjå kva historie dei fortel om helsehjelp med tvang. Under resultatdelen vil eg samanfatta og oppsummera dei viktigaste funna frå analysen. Funna vil vidare verta drøfta under diskusjonskapittelet.

Som vist i matrisa (vedlegg nr.2), var det i utvalet ei overvekt av eldre pasientar, dei fleste kvinner, med diagnosa aldersdemens. Dei fleste budde på sjukeheim, og det var fatta vedtak om tvang i samband med personleg hygiene, medisiner, bevegelsehindrande tiltak og attendehalding i form av låste dørar, belte i stol og sengegrind. I dei fleste vedtaka kom det fram at pasienten var vurdert som ikkje samtykkekompetent, og at det var lite sannsynleg at ho/han fekk att samtykkekompetansen. Fleire vedtak heimla meir enn eit tvangstiltak, og det var snakk om nokså hyppig og langvarig bruk av tvang, i mange av vedtaka fleire gonger om dagen i eit år fram i tid. To av vedtaka heimlar ”alt stell”. I 16 av vedtaka vert det opplyst at tvangstiltak skjer kontinuerleg, fleire gonger for dagen eller dagleg. Sjølv om utvalet berre er på 25 vedtak, heimlar dei ei stor mengd av tvang. Dei 25 aktuelle pasientane vert utsette for hyppige tvangstiltak lenge fram i tid.

Det kan også vera interessant å sjå på kva eg ikkje fann. Kva var ikkje i denne vedtaksbunken? Som me såg i analysedelen, var det få eingongsvedtak, truleg berre eit. Det var ikkje vedtak frå korttidsavdelingar eller rehabilitering, og det var ingen vedtak på personar med psykisk utviklingshemming. Her var heller ingen vedtak som opplyste at pårørande var usamde eller kritiske til tvangstiltaket. Eit av vedtaka opplyste at pasienten sjølv hadde levert klage.

Analysen viste at nesten alle i utvalet har valt å nytta skjema, anten den ferdige vedtaksmalen eller skjema med dei same overskriftene. Men det er store variasjonar i utfyllinga av skjemaet. Her er døme på veldig knapt språk med bruk av ufullstendige setningar utan agens, medan andre nyttar meir forteljande stil med heile setningar og tydlege aktørar. Argumentasjonen varierar også frå å vera manglande eller veldig knapp til lengre argumentasjonsrekkjer som munnar ut i konklusjon utifrå fakta i saka. I den grad det er argumentasjon, har denne mest likheitstrekk med logosargumentasjon som viser til fakta som angår saka. Men her er også døme på etosargumentasjon som åleine kviler på autoriteten,

kunnskapen og vurderingsevna til den som har signert vedtaket. Ein kan også sjå døme på patosargumentasjon som spelar på kjenslene til lesaren, mest tydeleg kjem dette til uttrykk gjennom detaljerte skildringar av alt det vonde som *kan* oppstå dersom helsehjelp ikkje vert gitt.

Manglande agens gjer aktørane usynlege. Fleire av vedtaka nyttar nesten ikkje substantiv eller namn for personar, og i to vedtak er pasienten så usynleg at ein ikkje veit om det dreiar seg om mann eller kvinne. Pårørande er lite aktive, og helsepersonell er den minst framtrедande aktøren av alle, trass i at både vedtak og utøving av tvang forutset temmeleg aktiv deltaking frå helsepersonell si side.

Historiane som vert fortalt i vedtaka, er også veldig ulike. I nokon av vedtaka er historien manglande. Ein slår fast at det er fatta vedtak eller fyller ut skjemaet med enkeltord og knappe setningar som ikkje gir nokon samanheng eller meiningar for lesar. I andre er det nok opplysningar til at ein kan få ei samanheng og forstå situasjonen betre. Nokon historiar gir oss også innblikk i andre sider ved pasienten enn berre svikta, og pasienten trår fram som ein person. Og nokon vedtak skildrar situasjonen rundt helsehjelp og tvangstiltak slik at ein også ser samhandling mellom pasient og helsepersonell og helsehjelp som ikkje ber preg av tvang. I nokon vedtak kjem dette til uttrykk mellom linjene, medan det i andre vedtak vert uttalt direkte i ord.

Det er gjennomgåande i vedtaka at pasienten viser tydeleg motstand mot helsehjelp, ofte både gjennom ord og handling, og ofte på ein måte som gjer at personalet må beskytta seg og vera fleire for å holda fast pasienten. I skildringane av desse situasjonane, ser ein ulikt fokus: nokon fokuserar på pasienten som får helsehjelp og ”held rundt” og trøystar medan andre ”held fast” for å beskytta seg sjølve og fortel lite om korleis pasienten har det i situasjonen.

Me ser at nokon søker å forstå bakgrunnen for motstanden, til dømes ved å sjekka om det kan dreia seg om smerter. Dei poengterar at det ikkje vert brukt tvang ofte og omtalar korleis ein tilrettelegg for å unngå tvangsbruk. Andre slår fast i vedtaket at det skal nyttast tvang i alt stell, og ein ser lite spor av forsøk på å finna ut kva motstanden skuldast eller undring rundt korleis tilrettelegging kunne førebyggt og gjort tvangstiltak overflødig eller mindre hyppig. Tillitsskapande tiltak eller alternativ til tvang er heller ikkje gjort godt greie for i fleire av denne siste typen vedtak.

Det er lite bruk av vanskelege faguttrykk i vedtaka, og det er ikkje fagterminologi som eventuelt gjer vedtaka vanskeleg å forstå. Det er heller knappheita i språket, dei ufullstendige setningane, eller bruk av enkeltord som ”ja” der ein skulle forventast argumentasjon. Dette kan

medføra at vedtaka inneheld for lite informasjon og grunnlag for lesar til å forstå situasjonen og ta stilling til om tvang er naudsynt eller kunne ha vore unngått.

## **8. DRØFTING**

### **8.1. Metode og overordna teoriar**

Eg ville finna ut kva tvangsvedtak kan fortelja om helsehjelp med tvang, og korleis denne tvangen vert legitimert etter kapittel 4A i Pasientrettslova. Då vart kvalitative metodar eit naturleg val. Mitt materiale er forholdsvis lite, 25 vedtak. Det er stort nok til den typen analyse eg har valt, men gir ikkje grunnlag for å generalisera. Sjølv om hensikta ikkje er å generalisera, teikna det seg nokre mønster i utvalet mitt. Det kunne ha vore spanande å samanlikna med anna material eller statistikkar for å sjå kor vidt dette mønsteret er spesielt eller også viser seg andre stader. Det hadde også vore spanande å sjå om det er forskjellar mellom landsdelar, særleg sidan det er så stor forskjell i tal på innkomne vedtak, men til det treng ein større og meir representativt utval og kvantitative metodar. Eg har funne den historia desse 25 vedtaka fortel om legitimering av helsehjelp med tvang etter kapittel 4A i Pasientrettslova, og håpar at det kan inspirera andre til å forska vidare på tvang og tvangstiltak, både med kvalitative og kvantitative metodar.

Når det gjeld metode, har eg tidlegare kommentert at me ser gjennom helsepersonell sine auger. Vedtaka er skrivne av helsepersonell og vert analysert av helsepersonell. Eg har også sjølv fatta vedtak om og vore med og utøva helsehjelp med tvang, og dette gjer det klart lettare å setja seg inn i helsepersonell sin situasjon enn i pasienten sin. Dette har prega mine val ved analysa og gitt konsekvensar for kva eg har sett og kva eg eventuelt har oversett. Eg vurderar det derfor som ein fordel at eg ikkje har hatt påverknad på utvalet, og at eg ikkje forskar på eigen praksis.

I denne samanheng har eg opplevd det som ein fordel å nytta språkanalyse. Det fekk meg til å oppdaga ting i vedtaka eg elles kunne ha vore blind for, og det fekk meg til å skjønna kvifor eg opplevde nokon vedtak som meir innhaldsrike og meningsfulle enn andre sjølv om dei ikkje var lengre eller såg ut til å innehalda meir. Men eg er svært audmjuk ved bruk av denne metoden og fullstendig klar over at eg har avgrensa moglegheiter når det gjeld å nytta språkanalyse. Ein språkvitar ville hatt heilt andre forutsetningar, men samstundes kan det vera verdifullt at også helsepersonell vågar å nytta ukjende verktøy ved forskning på kjent praksis.

Det ligg i omgrepet ”helsehjelp med tvang” at dette er eit område der aktørane har svært ulik oppfatning av verkelegheita, elles hadde det ikkje vorte aktuelt med tvang. Same situasjon vert opplevd svært ulik av dei aktuelle partane, og vil også verta skildra ulikt, både muntleg og skriftleg. Utanforståande som vert vitne til situasjonen eller les skildringar av han, vil ha sine egne tolkingar av det som skjer. Mange har også oppfatningar og meiningar om helsehjelp med tvang utan å ha noko erfaring med det. Målet med kunnskap om fenomenet er ikkje at alle skal verta samde og få same oppfatning. Det er ikkje mogeleg og heller ikkje ønskjeleg. Ein treng diskusjonar, den kritiske røysta og dei kritiske spørsmåla, for å unngå den unødvendige maktbruken. Teoriar frå sosial konstruktivisme og diskursanalyse danner derfor eit godt grunnlag for analyse og forståing av dette fenomenet. Sosial konstruktivisme sitt fokus på institusjonalisering, korleis ein underordnar seg reglar og får innarbeida vanar, og den avgjerande vekt som vert lagt på språket si rolle, har vore relevant som grunnlag ved analyse av vedtaka og søken etter den historia dei fortel.

Diskursanalysen sitt fokus på språk og maktposisjonar er også relevant ved analyse av den typen dokument som tvangsvedtak er. Dette aspektet kan også vera verdt å tenkja gjennom i praksis. Det ligg eit ekstra stort ansvar på helsepersonell som fattar denne typen tvangsvedtak, nettopp fordi at all makt ligg hjå dei få personane som utformar vedtaka. Det er deira skildring, den historia dei vel å fortelja, som vil følgja saka vidare, og i dei aller fleste tilfelle er dette dei einaste opplysningar Helsetilsyn og andre mottakarar/lesarar får. Svært få av pasientane vil vera i stand til å levera skriftleg klage, mange av dei har ikkje lenger språket i si makt. Og som me såg i analysen, kom ikkje pasientane sine meiningar og ytringar spesielt godt fram. Det var berre eit fåtal av vedtaka som tok dette med. Pårørande var heller ikkje spesielt synlege, og ingen av dei var skeptiske til vedtaka. Dersom me tek fram att teoriar frå diskursanalysen, ser me at det kviler endå eit anna stort ansvar på helsepersonell som skriv vedtak. Dersom språk, tanke og samhandling er nær knytt til kvarandre, vil måten me uttrykkjer oss på gi konsekvensar også for vidare kunnskapsdanning og praksis. Slik vert ikkje språket viktig berre for å argumentera og belysa det enkelte vedtaket, det vil også få ideologiske og politiske konsekvensar.

Teoriar rundt makt, etikk, menneskesyn og språk kjem me nærare inn på i dei følgjande delane.

## 8.2. Tvangstiltak og alternativ til tvang

Typen tvang i mitt materiale ser ut til å samsvara nokså godt med Engedal m.fl. (2001 og 2002) sine resultat frå dei store landsomfattande undersøkingane. Det er også denne gang den eldre pasienten med aldersdemens som er mest utsett for tvang, og også i mitt materiale manglar tvangsvedtaka frå korttid og rehabilitering. Pasienten vert tvangsmedisinert, stelt med tvang og halden att med låste dørar, belte i stol og sengegrind. Dette vil truleg ikkje overraska dei som er kjent med praksis og forskingsresultat, men hyppigheita og omfanget av tvangsbruken vil kunne overraska. Sjølv om eg har lang erfaring frå fagfeltet, vart eg overraska over kor mykje tvang vedtaka heimla, både når det gjaldt hyppigheit av tvangsbruk og varigheit fram i tid. At det berre var eit sikkert eingongsvedtak, var også overraskande. Dette kan vera tilfeldig og spesielt for mitt utval, men dersom det ikkje er det, kan ei mogeleg forklaring kanskje vera at ein ikkje fattar vedtak før det er snakk om omfattande tvangsbruk. Det kan opplevast som lettare å nytta tvang utan vedtak dersom det skjer ein gong inn i mellom. Kanskje er det ein tendens til at ein ikkje går til det skritt å dokumentera tvangen før det dreiar seg om meir omfattande tvangsbruk. Då vil enkeltsituasjonar ein nyttar tvang i, utgjera ein del av det mørketalet Østenstad (2009) og Storvik (2009) viste til.

Det vert presisert i lovteksten at motstand kan verta uttrykt på fleire måtar, og at det er tvang sjølv om motstanden ikkje kjem så tydeleg til uttrykk. Me såg i analysen at det var hyppig forekommande at pasienten viste motstand på ein måte som resulterte i at helsepersonalet måtte beskytta seg. Denne motstanden kjem veldig tydeleg til uttrykk. Helsepersonell kan ikkje unngå å forholde seg til og iverksetja tiltak i forhold til motstand som ytrar seg på dette viset. Det er ikkje uventa at størstedelen av vedtaka dreiar seg om tvang ved motstand som vert så tydeleg uttrykt. Men ein kan spørja seg om korleis det vert reagert når pasienten uttrykkjer sin motstand på andre måtar, verbalt eller gjennom mindre tydeleg kroppsspråk. Mitt utval er for lite til å sei noko om dette, men det kunne ha vore interessant å sjå på det i samband med statistikk eller kvantitativ forskning. Finst det vedtak ved denne typen motstand? Dersom dei ikkje finst, vil også desse vera ein del av mørketalet.

Me har tidlegare sett at vedtaka skildrar mange vonde situasjonar som ber preg av kamp mellom pasient og helsepersonell. Ein pasient vert stelt av pleiarar som er i fleirtal og som held ho/han fast medan dei nyttar teknikkar for å beskytta seg sjølv. Dette er vel ikkje det me vanlegvis forbind med god helsehjelp. Men me ser også god omsorg i vedtaka. Det vert referert til tilrettelegging, pleieplanar og etiske og faglege vurderingar. Og me ser ein del av dette ”mellom linjene”, i historia som vert fortalt, til dømes ved at pasienten har lagt på seg og

fått betre helse. Nokon vedtak synleggjer også samhandling mellom pasient og helsepersonell som ikkje ber preg av tvang. Det vert fortalt korleis ein nyttar gode stunder til aktivitetar pasienten set pris på, og det vert understreka at pasienten viser teikn på å ha det godt, til dømes ved å smila.

Me må også innsjå at ”god helsehjelp” i dette tilfellet kan vera tvang. Ein kan spørja seg om kva som hadde skjedd med desse pasientane dersom dei ikkje hadde fått helsehjelpa. Østenstad (2006) fryktar at mange pasientar vil få ”eit elendig liv” utan helsehjelp med tvang. Me såg innleiingsvis at eit stort tal pasientar har kognitiv svikt og vanskar med samtykkekompetanse, og at dei vert fleire i åra framover. Det er inga målsetning å unngå all bruk av tvang. Det ville ført til alvorlege konsekvensar for mange pasientar. Men det er eit stort poeng å få redusert tvangsbruk til eit minimum og få luka vekk unødige tvang og maktbruk. Thomassen (2006) viste til at makt i denne samanheng ikkje kan overvinnast, men må *avslørast*, og Syse (2006) ba oss talfesta og vurderer forekomsten av tvang. Då må helsepersonell vera beviste og dokumentera når dei nyttar tvang og makt, for ein kan ikkje talfesta og vurderer noko ein ikkje er bevist. Å fatta vedtak kan vera ein del av ei slik bevisgjering, særleg dersom ein nyttar høvet til å reflektera over situasjonen og høyra alle sine stemmer og evaluerar tiltak som varer fram i tid. Synleggjering, til dømes ved å fatta vedtak, er ei viktig føresetnad for endring. Me kan ikkje endra noko me ikkje kjenner til.

Tendensen i mitt utval var at tillitsskapande tiltak og alternativ til tvang var prøvt, men det varierte korleis det vart redegjort for. Me såg også døme på at alternativet vart vurdert som like ille som tvangsvedtaket (”fotfølging” som alternativ til belte i stol). Frå praksis veit me at det er mange faktorar som verkar inn på om ein må nytta tvang for å få gitt helsehjelp. Det kan vera alt frå dagsform, både for pasient og personell, til kjemien og samhandlinga mellom dei ulike aktørane. September 2010 kom det ei masteroppgåve som viste korleis nokon pleiarar nytta tvang, medan andre pleiarar i same personellgruppe ikkje nytta tvang overfor akkurat dei same pasientane (Munch 2010). Dette funnet vart overraskande, for tvang var ikkje teamet for oppgåva, og det var heller ikkje fatta vedtak om tvang på den sjukeheimsavdelinga undersøkinga vart utført. Munch (2010) forklarar dette med ulike tilnæringsmåtar: ”Forskjeller på samarbeid og motstand ser i større grad ut til å ha sammenheng med måten det utføres på, hvordan informantene kommuniserer og i hvilken grad de tar hensyn til pasientenes innspill [...]” (Munch 2010, 55) Munch sine funn tyder på at det vert brukt unødige tvang, og at ein kan unngå tvang ved å tilpassa og endra kommunikasjon og samhandling. Nokon av vedtaka viser til akkurat dette. Dei byter personell eller venta litt og gjer nye forsøk, og dei nyttar gode stunder når pasienten er motivert for å

unngå bruk av tvang. Me såg også døme på at nokon søkte å finna ut av eventuelle årsaker til motstanden og setja inn tiltak i forhold til det, til dømes undersøking og behandling av smerter som pasienten sjølv ikkje klarar å uttrykkja.

### 8.3. I spenningsfeltet mellom etikk og jus

Også tidlegare i oppgåva er det vist til spenningsfeltet mellom etikk og jus. Ein får kanskje inntrykk av at etikken og jusen kan verta sett på som motsetningar, men slik treng det ikkje vera. Både etikk og jus baserar seg på verdiar og normer som skal ivareta den svake part. I denne samanheng kan det vera viktig å hugsa at lovverket ikkje kan stå åleine ved avgjerder om tvangsbruk. Lovverket fortel kva som er *lov* å gjera, ikkje kva som er *rett* i dei ulike situasjonane. Det at noko er lov å gjera, er heller ikkje det same som at det *skal* gjerast. Til vurderingane treng ein også etikk, yrkesetikk og faglege vurderingar. Dette kan gjera vurderingane vanskelegare, for det kan vera motstridande omsyn, men ein kan ikkje hoppa bukk over desse vurderingane.

Engelstad (2005) viste til grupper som har makt gjennom stilling og kunnskap. Helsepersonell er ei gruppe som i kraft av si stilling er gitt eit ansvar for å forvalta samfunnet sine ressursar på forsvarleg vis. Helsepersonellova § 4 understrekar at helsepersonell er forplikta å utøva arbeidet sitt i samsvar med krav til fagleg forsvarlegheit og omsorgsfull hjelp. Ved vurderingar rundt helsehjelp med tvang er det ingen fasit, det er ingen laboratorieprøve som kan gi svar på om tvang er rett. Då står ein att med skjønn. Akkurat det vert understreka i lovverket: vedtaka må fattast individuelt for kvar pasient og ein må bruka skjønn. Som fleire av teoretikarane påpeika (Skau 2003; Lingås 2005; Østenstad 2009; Thune 2008), kan skjønn brukast feil. Denne typen skjønn forutset ikkje berre fagleg kunnskap. Ein må i tillegg ha innsikt i lovverk og foreta etiske vurderingar. Ein må også ha godt kjennskap til den aktuelle pasienten og situasjonen som utløyser tvangsbruk. Dette skjønnet må ein sjå spor av i vedtaka. Det held ikkje å slå fast at det er fatta tvangsvedtak slik me har sett nokon døme på i analysen, det fyller ikkje kravet til argumentasjon og dokumentasjon som lovkapittelet stiller. Vurderingane rundt må komma fram, og den historia som vert presentert må også visa kva som er gjort av tillitsskapande tiltak for å unngå tvangsbruk.

Når me utfører helsehjelp med tvang, går me ikkje berre inn i den urørlegheitssona som Løgstrup (1958) omtala. Me regelrett *trampar* inn, og som me har sett i vedtaka, ofte fleire på ein gong. Når fleire helsepersonell held fast ein pasient og vaskar intime område med makt, kan me ikkje komma vekk i frå at dette vil opplevast som veldig krenkande av

pasienten. Korleis kan ein gjera ei slik handling på ein etisk og fagleg forsvarleg måte? Er det i det heile mogeleg? Me har sett i skildringane at nokon ”held rundt” og har sitt fokus på pasienten, og at dei også opplyser om korleis pasienten har det etterpå. Andre ”held fast” og har fokus på å beskytta seg sjølve. Ein kan undra seg over om dette vert opplevd ulikt i praksis, og om det er slik at pasienten som vert ”holden rundt” har det betre enn han som vert ”holden fast”. Kanskje er det slik. I følgje språketeori avslørar me oss gjennom språket me brukar. Me må ta eit val når me uttrykkjer oss, og dette valet skjer ikkje heilt tilfeldig. Svennevig (2009) seier at reint objektive skildringar ikkje er mogeleg, og at perspektivet vårt kjem fram gjennom språkval. Slik kan språkvalet fortelja noko om vårt fokus, det me ser som sentralt i situasjonen. Men det aller viktigaste vert truleg den påverknad språk og skildringar kan ha på haldningar og praksis fram i tid. Det vil me sjå meir på i del 8.6 og 8.7 der me kjem attende til argumentasjon og språk og språket sine konsekvensar ut over dokumentet det står i.

#### **8.4. Mellom makt og avmakt**

Engelstad (2005) skilde mellom legitim og illegitim makt, mellom den makt ein må akseptera og den som må avskaffast. Gjennom teoriar om makt har me sett at helsepersonell har makt på fleire måtar: gjennom utdanning og den stilling eller rolle ein har fått tildelt, gjennom kunnskap og ved at ein står fleire i lag. I denne samanheng kjem også makta klart til uttrykk gjennom lovkapittelet. Helsepersonell har fått lov til å nytta tvang innan det store omfattande området som ”somatisk helsehjelp” omfattar, herunder også all omsorg og pleie. Sjølve dokumentet eller vedtaksmalen står som eit døme og symbol på helsepersonell si makt. Engedal m.fl. (2002) viste at tvangsbruk ofre ikkje vart dokumentert, og maktbruken slik vart usynleg. Vedtaka er i seg sjølv med på å synleggjera makt, og på dette viset kan lovkapittelet verta eit steg i rett retning.

Helsepersonell har gjennom si stilling makt og myndigheit til å vurdera, bestemma og fatta vedtak om at pasienten manglar samtykkekompetanse og treng helsehjelp med tvang. Dei har også makt til å vurdera at helsehjelp ikkje er naudsynt. Dei kan velja å lata att augo, snu ryggen til og falla for det Vetlesen (2007, 119) kallar ”forsømmelsens fristelse”. Også Østenstad (2006 og 2009) ser denne færen og er bekymra for at nokon menneske vil få ”eit elendig liv” dersom ein valde å oversjå framfor å gripa inn. Thune (2008) understrekar at tvang kan vera naudsynt, at det er tale om ei handlingsplikt, og at det ikkje er noko mål å unngå all tvangsbruk. Dette aspektet er viktig å ha med seg. Det er lett å sjå på vedtaka og visa til den makt dei uttrykkjer, men i denne samanheng vert også dei manglande vedtaka



uttrykk for makt. Det er ikkje sikkert at det er dei pasientane som viser att i vedtaka, som vert utsette for mest maktbruk. Ein kan også nytta makt utan å fatta vedtak. Slik kan også manglande vedtak, til dømes frå korttid- og rehabiliteringsfeltet stå som døme på helsepersonell si makt.

I følge Skau (2003) er grunnlaget for makt ulikskap mellom menneske. Det er sjeldan det er så stor ulikskap i makt som i dei situasjonane me såg sitert i analysen. Helsepersonell brukte i mange situasjonar fysisk makt for å holda pasienten medan dei utførte stell. Når personar med svikt i ”typisk menneskeleg funksjonar” vert haldne fast og stelt av fleire personar som gjennom si stilling har lov til å gjera dette, kjem ein ikkje vekk får at makta er skeivt fordelt.

Men det er også eit anna aspekt ved denne makta som kan vera verdt å ta med seg. Når eg som helsepersonell med lang fartstid innan eldreomsorga, les skildringane av situasjonar som nesten ber preg av kamp mellom personell og pasient, ser eg ikkje berre makta personalet brukar og den vonde situasjonen pasienten er i. Eg kan også kjenna att korleis det er å stå i desse situasjonane som helsepersonell. Og då er det ikkje noko god kjensle av å vera den mektigaste det er snakk om. Stundom kan ein kjenna seg svært liten og sårbar sjølv om ein utan tvil er den som har makta. Avstanden mellom makt og avmakt treng ikkje vera stor, og den mektige kan i enkelte situasjonar også kjenna avmakt.

I vedtaka er det helsepersonell som uttrykkjer seg, det er deiras historie me får. Dei kan velja korleis dei vil ordleggja seg, kva dei vil fortelja, og kva dei eventuelt vil utelata. Dei har, i motsetnad til pasienten, også ordet og språket i si makt. Argumentasjon og språkbruk vert drøfta vidare nedanfor, men først skal me inno m vedtaksmalen og form og stil på vedtaka.

## **8.5. Form og stil – og vedtaksmalen**

Som me har sett, har nesten alle valt å nytta den ferdig utarbeidde vedtaksmalen eller skjema med liknande oppsett, men det er store variasjonar i korleis vedtaka er fylt ut.

Vedtaket står åleine og talar for seg sjølv. Forhåpentlegvis er det kommunikasjon i for- og etterkant med pasient og næraste pårørande, og det er moglegheit for dialog og rettleiing av helsetilsynet. Men vedtaka inneheld elles saman med eventuelle vedlegg all informasjon ein har tilgang til om den aktuelle saka. Dei må derfor innehalda nok opplysningar til å vurdera om tvangen kan heimlast i lov, og dei bør vera lette å forstå. Likevel ber ein del skjema preg av hastverkarbeid med feilskrivingar, overstrykingar og vanskeleg forståeleg

handskrift. Når nesten ingen av vedtaka er eingongsvedtak, og dei fleste er drøfta mellom fleire fagpersonar før dei vert skrivne, er dette noko uventa. Det er også tale om skriftleg materiell som dreiar seg om noko så inngripande som helsehjelp med tvang og som skal lesast av juristen til Helsetilsynet. Ein kunne derfor forventa at sjølve vedtaket var jobba meir med og framstod meir feilfritt og formelt. Noko av forklaringa kan truleg vera at det stort sett er nytta vedtaksmal, og at eit skjema med kolonner kanskje innbyr meir til utfylling med handskrift enn det eit notat stila i brevform gjer. Dersom ein printar ut den ferdige malen utan å gjera kolonnene større, vil det verta liten plass til å fylla ut, og oppsettet vil fort få eit rotete preg.

Vedtaka kan vel i utgangspunktet seiast å vera ei blanding av formell og uformell stil. Det er formelt å fatta vedtak om helsehjelp med tvang. Det skal fattast skriftleg og sendast både til Helsetilsyn, pasient og pårørande. Tvangen skal heimlast i lov, og ein må forholde seg til lovtekst, som er kjent for å vera i formelt språk. Samstundes er det skildringar av vonde og vanskelege situasjonar der aktørane, både pasient og helsepersonell, er sårbare og i ein uønskt situasjon. Denne typen tiltak og situasjonar kan vera vanskelege å skriva om, og det kan truleg verta freistande å nytta stikkord og avkorta setningar for å gjera seg raskt ferdig med vedtaket. Helsepersonell er heller ikkje van til å fatta slike vedtak. Vedtaka er i hovudsak fatta det første virkeåret til lovparagrafen. Det vil derfor vera liten erfaring med kva som er ”passeleg formell” stil i vedtak av denne typen. Når ein er i ferd med å skapa nye rutinar og ny praksis, vert det av stor betydning at det ikkje dannar seg uvanar og uheldige løysingar. Dette understrekar viktigheita av refleksjonar, attendemeldingar og meir kunnskap og forskning.

Det høyrer ikkje inn under mitt problemstilling å vurdera vedtaksmalen, men det kunne ha vore eit interessant prosjekt. Det er ikkje berre i mitt material at malen vert nytta. Helsetilsynet i det aktuelle fylket opplyser at vedtaksmalen er nytta til dei fleste innkomne vedtaka. Når mange vel å nytta den ferdige malen, vert utforminga viktig, og det er svært relevant å sjå på korleis rubrikkane og oppsett i skjema kan påverka språk, stil og dei opplysningar som kjem eller ikkje kjem fram. Det vert også viktig å sjå kva som eventuelt manglar i den ferdig utforma malen. Som nemnt er ikkje dette mitt hovudfokus, men i følgje Svennevig (2009) får den fysiske kanalen skrifta vert formidla gjennom, stor betydning. Eg vil derfor peika på eit par manglar eg såg ved malen i arbeidet med analysen. Kanskje kan det vera med å inspirera andre til å jobba vidare med vedtaksmalen.

I arbeid med analysen sakna eg opplysningar om kor lenge ein har prøvt å gi helsehjelp utan tvang og korleis pasienten reagerar på tvangstiltaket. Det vert spurt etter

korleis pasienten set seg til motstand ved utøving av helsehjelp, men ikkje etter reaksjonane på tvangstiltaket. Som me såg i analysen, vel likevel nokon å omtala dette, og det kan vera relevante opplysningar for å vurdere kor inngripande tvangstiltaket er og for å vurdere tvang opp mot konsekvensane av manglande helsehjelp. Me kan til dømes sjå attende på sitatet på side 52 frå vedtak nr. 24 om pasienten som sat i stol med hoftebelte. Her vert det fortalt korleis pasienten reagerar på at beltet vert festa. Det vert opplyst at ho som oftast taklar dette greitt, men etter ei stund kan ho byrja å hoppa rundt i stova med stolen, og då står det i pleieplanen at ho skal løysast og følgjast vekk frå stolen. Pasienten i vedtak nr. 19 får også belte i stolen fordi han prøver å reisa seg opp, men her vert berre motstand og tvangstiltak omtala, ikkje korleis pasienten reagerar på at beltet vert festa. Forskjelen her er så vesentleg at det ikkje burde ha vore opp til den som fattar vedtak, å vurdere om desse opplysningane er relevante.

Det andre eg sakna med skjemaet, er at det ikkje vert spurt etter diagnose, berre etter helsetilstand. Manglande samtykkekompetanse treng ikkje vera knytt opp mot spesifikke diagnoser, men samstundes kan det vera viktig å vita om det dreiar seg om ei varig og progredierande diagnose slik som til dømes aldersdemens eller om det er snakk om ein forbigåande følgjetilstand som gjer det sannsynleg at pasienten kan få samtykkekompetansen attende. Jamfør vedtak nr. 17 som gjeld innelåsing av pasient på ei avdeling eit halvt år fram i tid. Dette er eit alvorleg tvangstiltak, og det vil vera eit stort poeng kor vidt pasienten er diagnostisert, og om ein veit kva som ligg til grunn, også med tanke på eventuell behandling. Det kjem ikkje fram av vedtaket, her ser ein berre at pasienten vert innelåst. Når ein går til det store steg det er å iverksetja tvangstiltak, bør årsaka til manglande samtykkekompetanse både vera utreda og gjort greie for i vedtaket.

## **8.6. To motsetningar i argumentasjon og språk**

Vedtaksmalen har eigne rubrikkar med oppsett etter vilkåra i lovteksten der det er forventat at argumentasjon skal komma. Hensikta med vedtaket er å argumentera for kvifor helsehjelp med tvang er naudsynt i det einskilde tilfellet. Me kan slik lesa vedtaket som ein i all hovudsak argumenterande tekst. Tekstane i mine vedtak skilde seg når det gjaldt argumentasjon. Nokon mangla argument eller baserte seg på etosliknande argumentasjon der alt kvilte på autoriteten og vurderingsevna til den som fatta vedtaket. Andre nytta logosargumentasjon som ein forventar å finna i formelle dokument, men det varierte veldig kor omfattande denne argumentasjonen var, og kor mykje opplysningar som vart presentert.

Det var også nokon få døme på at ein gjekk så langt i skildringar av all elendigheit som kunne oppstå, at ein tippa over til meir patosliknande argumentasjon som spelar på kjenslene til mottakar.

Som me var inne på i analysedelen, kan skilnaden mellom språk og argumentasjon visast gjennom to ulike motsetningar. Dette er eit interessant funn. Det vert mogeleg å samanlikna to ulike variantar, og ein kan oppdaga ting ein truleg ikkje hadde sett dersom alle vedtaka i utvalet var skrivne på same måte.

Her er døme på knappe vedtak nesten utan argumentasjon og heile setningar. I desse vedtaka viser aktørane lite att, i nokon vedtak er dei så å sei usynlege, og dei einaste substantiva som vert nytta, er substantiv for gjenstandar. Nokon av desse vedtaka nyttar *alltid* og *aldri* fleire gonger, og lesar kan få inntrykk av at situasjonen er fastlåst, at det ikkje er alternativ til tvangsbruk. Andre vedtak argumenterer ved å visa til saksopplysningar som også vert gjort kjent for lesar. Dei presenterar aktørane, og lesar får innblikk i samhandling som ikkje er prega av tvang. Både pasient og personell får meir menneskelege eigenskapar. I desse vedtaka er det nytta heile setningar med substantiv, og teksten har meir likheit med små historiar, det som Thomassen (2006) kalla for narrativt språk. Skildringane er meir nyanserte og meir opne for endring og alternativ. I språkbruken ser me dette ved at dei nesten ikkje nyttar ord som *alltid* og *aldri* men har eit meir nyansert ordforråd og skildrar situasjonar som *kan* oppstå, men ikkje *treng* oppstå. Svennevig (2009) viser til korleis ein prosess kan skildrast på ulike måtar, som tilstand, hending og handling. Tilstandane er dei mest statiske, ein tilskriv nokon ein eigenskap ved å skildra korleis nokon *er*. Ei hending har ikkje levande utøvar eller årsak, medan ei handling har det. Det kan vera veldig uheldig å oppfatta og skildra situasjonar med tvangsbruk som tilstandar som ikkje kan endrast. Då kan ein på førehand ha teke stilling til at tvang må brukast og vera lite open for alternativ. Dersom me ønskjer å redusera tvangsbruk, kan derfor desse nyansane i språk verta viktige. Me skal sjølv sagt ha i minne at det er ein ny praksis me studerar, og at helsepersonell ikkje har lang erfaring med denne typen dokumentasjon. Nokon vil sikkert også oppfatta dette som ”flisespikkeri” og meina at det ikkje er orda i vedtaka som er viktige. Men når me ser attende på den teoretiske plattformen for oppgåva, vert nettopp ordval og uttrykksmåte av stor betydning. Me må ha med oss at det i følgje sosialkonstruktivistiske teoriar er mange oppfatningar av same situasjon, og at aktørane påverkar situasjonar og prosessar. Situasjonane vert slik ikkje statiske tilstandar som ikkje kan endrast. Det opnar seg mogelegheiter for påverknad og endring, og då bør også desse mogelegheitene visa att i språket.

Gjennom diskursanalysen såg me at språket, måten me uttrykkjer oss på, er med å konstruera verda rundt oss. Med bruk av språk påverkar me, og språkvalet vårt får dermed konsekvensar ut over det dokumentet det står i. Det vart av fleire understreka at språk er makt, og at språk kan brukast for å undertrykkja (Thomassen 2006; Skau 2003; Blakar 2006; Lingås 2005; Svennevig 2009). Men dette er vårt val. Me kan også bruka språket til det motsette, til å få fram nyansar og opna for mogelegheiter og løysingar. Blakar (2006) hevda at avmaktsproblematikken var neglisjert ved analyse av språk. Pasientane i mitt utval høyrer til dei som er avmektige i denne samanheng, dei som Blakar (2006, 240) skildra som ”ute av stand til å få kledd tanken i ord”. Dei aller fleste av desse pasientane kan ikkje formulera og senda inn klage dersom dei er usamde i vedtaket, og som me såg, var heller ikkje pårørande spesielt skeptiske til tvangstiltaka. Derfor kviler det eit stort ansvar på det helsepersonell som formulerar vedtaka.

Me har no sett at språket kan gi andre konsekvensar enn det me kanskje er merksame på. Under vil det verta drøfta vidare korleis språk kan gi konsekvensar ut over det dokument det står i gjennom påverknad av menneskesyn og utydeleggjering av ansvar.

### **8.7. Kan språkval gi konsekvensar ut over det enkelte dokument?**

I teoridelen var det fokus på etikk, menneskesyn og menneskeverd, og under avklaring av omgrep såg me at autonomi er sett på som ein sterk verdi i vårt samfunn. Det å vera autonom og ta eigne val vert ofte nemnt som kjenneteikn på å vera menneske. Når ein brukar si makt som helsepersonell og yter helsehjelp med tvang etter kapittel 4A i pasientrettslova, vil det skje i relasjon med pasientar som har store vanskar med autonomi, samtykkekompetanse og brukarmedverknad. Desse pasientane er alt i utgangspunktet i faresona for å verta sett på som mindreverdige, og dei vil kunne vera enklare å objektivisera enn andre meir autonome pasientar som er i stand til å kommunisera sin vilje og meining gjennom velartikulerte setningar. Pasientane i mitt utval har ikkje språket i si makt, og dei kan heller ikkje vera sikre på at pårørande stiller opp for dei. Derfor vert det ekstra viktig at helsepersonell reflekterar rundt menneskeverd, og at dei klarar å sjå pasienten som ein fullverdig person.

Lingås (2005) såg tendensane til avhumanisering, til dømes ved usynleggjering og objektgjerding av menneske, som den største trusselen for menneskeverd og likeverd. Gjennom språkanalysen såg me desse tendensane i fleire av vedtaka. Nokon pasientar var så usynlege at dei ikkje var omtala verken med namn eller substantiv. Det treng ikkje liggja noko dårleg

menneskesyn til grunn for det. Nyutdanna helsearbeidarar eg har snakka med, har kommentert at det er på denne måten dei lærer å skriva journalnotat, med bruk av passive setningar og manglande agens. Som me har sett, er denne skriftleggjinga typisk for formelle dokument. Men me har også sett at det vert det ropt eit kraftig varsku mot denne tendensen frå fleire hald. Språkanalyttisk teori (Svennevig 2009; Hellspøng & Ledin 1997) hevdar at manglande substantiv og agens bidreg til objektivisering og tingleggjing av personar. Engebretsen (2007) frykta at språket i journalteksten kan verta styrande for saksbehandlaren, og at det er viktig å framstilla klienten som aktør i teksten. Også fleire andre teoretikarar, både frå det helse-/sosialfaglege feltet og frå jusen, ser faren for objektivisering og avhumanisering som høgst reell (Skau 2003; Lingås 2005; Thune 2008; Østenstad 2009).

Sjølv om denne språkstilen og skrivestilen ikkje treng vera teikn på noko dårleg menneskesyn, kan det kan kanskje på sikt gi konsekvensar for menneskesynet vårt. Korleis kan me i tilfelle unngå dette? Engebretsen (2007) viser til forteljarstilen og den personale synsvinkelen som døme på korleis ein kan formidla eit aktørperspektiv på klientane og oppnå eit meir jamnbyrdig forhold mellom klient og fagperson, og frå språketeori har me sett at bruk av substantiv, heile setningar og ein forteljande stil bidreg til å setja aktørane i fokus. Det motsette av objektivisering vert å behandla pasienten som subjekt, som ein person som er og gjer. Ein oppfattar pasienten som eit menneske med tankar og meiningar, eit menneske ein er i relasjon med. Denne oppfatninga må så bringast vidare ut, til pasienten sjølv og til andre, også til dei som les tvangsvedtaka. Det vert derfor ekstra viktig å framstilla pasientane i vedtaka som synlege subjekt med menneskelege eigenskapar, ressursar og interesser. Nokon vedtak lukkast i dette. Pasienten trådde fram som ein person med eigne interesser og i nokon tilfelle eigne ytringar. Lingås (2005) ba oss sjå den andre sitt ansikt bak dei anonymiserte sakene. Det vert lettare å sjå dette ansiktet når ein veit meir om personen, når det teiknar seg eit meir nyansert bilete enn berre oppramsing av svikt og manglar.

Det kan vera freistande å objektivisera, for det kan gjera maktbruken enklare, men som me har sett, bør me ikkje falla for denne freistnaden. Ein annan freistnad me har sett i vedtaka, er ansvarsfråskrivning og tåkelegging. Dette oppstår ved at helsepersonalet er usynleg. I analysen såg me at helsepersonalet faktisk var den mest usynlege aktøren av alle, og at det i mange vedtak ikkje viste kven som hadde gjort vurderingar og utførte tvangstiltaka.

Svennevig (2009) seier at det er mest vanleg å uttrykkja agens, den ytre utøvaren eller årsaka, i subjektet i setninga. Men ein kan også framstilla handlingar på måtar som ikkje uttrykkjer agens. Ein kan allmenngjera den truande handlinga og dermed fjerna den frå aktørane. Dersom ei truande handling kan bli framstilt som ein del av eit allment mønster, er

det lettare å fråskriva seg ansvaret for den. ”Når man utelater agens, kan det godt være fordi den handlende ikkje er interessant i sammenhengen, men i noen tilfeller kan det også være fordi forfatteren vil tildekke ansvarsforhold eller liknende.” (Svennevig 2009, 191) . I mange maktunge tekstar er agens skjult. Dette bidreg til mystifisering og tåkelegging, og er eit språkleg symptom på at ansvaret ikkje vert tydeleg. Dette treng ikkje vera hensikta med språkvalet i vedtaka, truleg ligg det ikkje noko bevist hensikt bak. Men konsekvensen kan likevel verta den typen tåkelegging og ansvarsfråskrivning som me bør søkja å unngå.

Eg har i praksis sett ulike måtar å takla ”vanskelege” pasientar og vanskelege situasjonar på, og dette viser også att i vedtaka. Det ser ut til at me avslørar noko av dette gjennom språket me brukar. Me kan velja nærheit til pasient og situasjon. På den måten trår ikkje berre pasienten fram som ein tydeleg person, det vil også den profesjonelle gjera. Det kan vera vanskeleg, for me vert kanskje meir sårbare. Ansvaret vert også tydelegare på det viset. Stundom vel me kanskje avstand for å skåna oss sjølve eller fordi det er det me forbind med å vera profesjonell. Dette vil kunne visa seg gjennom språket vårt slik det vil gjera i praksis. Helsepersonell har ein del å vinna på å verta meir beviste sine val, også når det gjeld språk. Språket fortel ikkje berre noko om eiga forståing og oppleving, det er også med på å forma praksis og framtida. Dette vert politiske og ideologiske val, og slike val er viktige. Ikkje berre for oss sjølve og den eine pasienten det gjeld, men med tanke på framtida og det menneskesyn og den praksis som får utvikla seg. Slik får vala konsekvensar for andre enn dei som står i situasjonen, for nye generasjonar helsepersonell og for langt fleire pasientar enn den ein som (forhåpentlegvis) viser att i vedtaket.

Thune (sitert i Krüger 2009) var redd for at lovkapittelet kunne resultera i ansvarsfråskrivning, og at konsekvensen kunne verta redusert fagleg sjølvtilitt. Østenstad (2006 og 2009) var også oppteken av etikk og det faglege skjøn. Det er interessant å sjå korleis betydninga av fagleg og etisk vurdering vert understreka frå juridisk hold. Frå dei som har erfaring med lovverk, vert det ropt ein varsku mot å tru at lova kan løysa problemstillingane ein møter på i praksis, medan det frå fagfeltet vert etterlyst eit regelverk som er eintydig og klart og som helsepersonell kan forholde seg til på ein ukomplisert måte (Engedal m.fl. 2002). Det er lett å skjønna at fagfolk som står i desse vanskelege avgjerdene og situasjonane, etterlyser retningslinjer og lovverk som kan forenkla situasjonen, men spørsmålet er om dette er råd. Det er også eit stort spørsmål om det er ønskjeleg. Lingås (2005) viser til at di meir straumlinjeforma kvardagen er, di lettare kan relasjonane verta prega av objektgjerding. Det er viktig å stoppa opp og reflektera, elles kan ein komma inn på farlege vegar.

Kanskje det er viktig ikkje å forenkla vurderingar og avgjerder som kan gi slike konsekvensar som dei rundt helsehjelp med tvang. Helsepersonell bør oppleva det som vanskeleg å ta frå ein pasient medbestemming, krenka autonomi og trampa inn i urørlegheitssona. Den dagen ein oppfattar dette som enkelt og greitt, bør det truleg ringja ei varselbjølle. Dette betyr ikkje at ein skal unngå desse situasjonane og lata vera å forholde seg til det som er vanskeleg. Men det betyr, slik som det har vorte peika på frå fleire hald, at det vert stilt ekstra krav til helsepersonell i desse situasjonane, og at ein må ta mange omsyn og dra inn både jus, etikk og fagleg skjønn.

## 9. AVSLUTNING

Tvangsvedtaka fortel dei vanskelege historiene, dei me ikkje har lyst til å høyra om eller forholde oss til. Dei fortel om ei verkelegheit me skulle ønskja ikkje fantes. Men like fullt må me forholde oss til det. Ein stor del av oss vil oppleva å komma i situasjonar der me sjølve eller våre nære kan få trong for helsehjelp med tvang. Det finst mange pasientar med diagnoser som kan medføra kognitiv svikt og redusert evne til samtykkekompetanse, dei har mange pårørande, og det er mange helsepersonell involvert i omsorga og behandlinga rundt dei. Det vert derfor av avgjerande betydning at det er vilje og mot til å sjå vanskelege situasjonar og dilemma, til å våga å ta diskusjonane, fatta vedtak når det er naudsynt, og å stå i situasjonane. Det er sterke meiningar om temaet helsehjelp med tvang, og det vekker sterke kjensler. Ein bør derfor ha i minne at pasientar utan samtykkekompetanse har rett til naudsynt helsehjelp på lik linje med alle andre. For mykje og for lite tvang vert i denne samanheng like ille.

Under analysen såg eg historier eg ikkje kunne gå inn i. Problemformuleringa og lengda på oppgåva ga visse avgrensingar. Ei av desse historiene er kva helsepersonell vert utsette for på jobb. Mange av vedtaka skildra situasjonar der helsepersonell vart skjella ut, sparka, slått og klipne. Dette er også ei side av helsehjelp med tvang som me skulle hatt meir kunnskap om. Men det høyrer ikkje inn under mi problemstilling.

Gjennom prosjektet mitt har eg sett på kva helsepersonell uttrykkjer at dei gjer fortalt gjennom deira ord. Eg har ikkje sett på kva dei faktisk gjer i praksis. Det kunne ha vore interessant å sjå om det er samsvar mellom det dei uttrykkjer i vedtaka og dei reelle situasjonane rundt på arbeidsplassane. Det kunne også ha vore interessant å sjå om det er samsvar mellom praksis og språkval. Er det slik at usynlege aktørar i vedtaka viser seg att som ansvarsfråskrivning, avstand og objektgjering av pasient på dei aktuelle arbeidsplassane?



Eller er dette berre ein måte helsepersonell har lært å uttrykkja seg på når dei skriv journal og offentlege dokument? Dette er spanande tema for nye prosjekt. Me treng mykje meir kunnskap om temaet helsehjelp med tvang, og me treng både kvalitativ og kvantitativ forskning. Meir kunnskap og refleksjonar rundt teamet vil kunne bidra til mindre tvangsbruk og meir fokus på alternativ til tvang.

I vedtaksbunken min dukka det opp to motsetningar, to svært ulike måtar å argumentera og uttrykkja seg på. Dette viser at me har eit val, eit val som me bør vera bevist, når det gjeld ord og uttrykk. Me har også sett at dette valet kan gi konsekvensar langt ut over det aktuelle dokumentet. Det kan gi konsekvensar for aktørane i vedtaka, den enkelte helsearbeidar og den enkelte pasient, men det kan også gi vidare konsekvensar av ideologisk og politisk art. Dette tyder på at skriftleggjering og språk burde hatt meir fokus innan helsevesenet, både under utdanninga og i praksis.

Tidlegare i oppgåva viste eg til engasjerande diskusjonar rundt temaet helsehjelp med tvang. Me treng desse diskusjonane og me treng dei kritiske stemmene. Det verste er ikkje kritikk, klage, usemje eller oppheta diskusjonar. Det verste er likegyldigheit. Eg håpar derfor at den som les denne oppgåva, ikkje er likegyldig til innhaldet. Eg håpar at prosjektet mitt kan bidra til refleksjon og diskusjonar, og at fleire kan fatta interesse for å forska på dette spanande og viktige temaet.

Og til slutt håpar eg at det aldri vert presentert nokon ”fasit” som gjer at ein kan hoppa over skjønn og dei viktige refleksjonane ein treng i samband med tvangstiltak. Eg håpar at helsepersonell alltid skal tykkja det er vanskeleg å yta helsehjelp med tvang.

## KJELDELISTE:

- Alve, Grete. 2007. En klientsentrert terapeutrolle. I: Horghagen, Sissel, Unni Sveen, Jan Holm, Cathrine Hagby, Bente Hammervold, Solvår Reinsberg & Else Merete Thyness. (red). *Beste praksis i ergoterapi*. Trondheim: Tapir Akademisk Forlag.
- Alvesson, Mats & Kaj Sköldbberg. 2008. *Tolkning och reflektion: vetenskapsfilosofi och kvalitativ metod* (2.utg.). Lund: Studentlitteratur.
- Bautz-Holter, Erik, Unni Sveen, Helene Søberg & Cecilie Røe. 2007. Utfordringer og trender. *Tidsskrift for Den norske legeforening* nr. 3/2007; 127: 304-306.
- Blakar, Rolv Mikkel. 2006. *Språk er makt*. (7.utg.). Oslo: Pax forlag.
- Engebreetsen, Eivind. 2007. *Hva sa klienten? Retorikken i barnevernets journaler*. Oslo: Cappelens Forlag.
- Engedal, Knut & Per Kristian Haugen. 2006. *Lærebok om demens. Fakta og utfordringer* (4.utg.). Tønsberg: Forlaget Aldring og helse.
- Engedal, Knut. 2008. *Lærebok: Alderspsykiatri i praksis* (2.utg.). Tønsberg: Forlaget Aldring og helse.
- Engedal, Knut, Øyvind Kirkevold, Arnfinn Eek & Aase-Marit Nygård. 2001. *Skal, skal ikke: Rettighetsbegrensninger og bruk av tvangstiltak i behandling og omsorg av personer med demens*. Sem: Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens.
- Engedal, Knut, Øyvind Kirkevold, Arnfinn Eek & Aase-Marit Nygård. 2002. *Makt og avmakt: Rettighetsbegrensninger og bruk av tvangstiltak i institusjoner og boliger for eldre*. Sem: Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens.
- Engelstad, Fredrik. 2005. *Hva er makt*. Oslo: Universitetsforlaget.

- Gjone, Ragna. 2000. Bruk av tvang overfor personer med demens i hjemmebaserte tjenester. *Demens* nr. 3/2000; 4: 8-10.
- Hammell, Karen Whalley. 2006. *Perspectives on Disability & Rehabilitation: contesting assumptions; challenging practice*. Toronto: Churchill Livingstone.
- Hellspång, Lennart & Per Ledin. 1997. *Vägar genom texten: handbok i brukstextanalys*. Lund: Studentlitteratur.
- Helsepersonellova. Lov av 1999-07-02 nr. 64. *Lov om helsepersonell*. Sosial- og Helsedepartementet.
- Johnsen, Lasse & Kari Lislerud Smebye. 2008. Bruk av tvang i demensomsorgen. I: Rokstad, Anne Marie Morg & Kari Lislerud Smebye (red.). *Personer med demens: Møte og samhandling*. Oslo: Akribe.
- Kirkevold, Øyvind. 2005. Bruk av tvang i norske sykehjem. *Demens* nr. 4/2005; 9: 20-21.
- Krüger, Ragnhild M. Eidem. 2009. Tanker om tvang. *Demens* nr. 3/2009; 13: 16 -17.
- Lingås, Lars Gunnar. 2005. *Ansvar for likeverd: Etikk i tverrfaglig arbeid med habilitering og rehabilitering*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Løgstrup, Knud E. 1958. *Den etiske fordring*. København: Gyldendal.
- Malterud, Kirsti. 2003. *Kvalitative metoder i medisinsk forskning (2.utg.)*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Martinsen, Kari. 2002. Samtalen, kommunikasjon og sakligheten i omsorgsyrkene. *Omsorg nr. 1*: 14-29.
- Munch, Marianne. 2010. *Motstand og samarbeid i morgenstell av personer med demens i Sykehjem*. Molde: Høgskolen i Molde, Helse- og sosialfag, masteroppgave.

- Normann, Trine, Johans Tveit Sandvin & Hanne Thommesen. 2006. *Om rehabilitering: Mot en helhetlig og felles forståelse?* (4. oppl.) Oslo: Kommuneforlaget.
- Ot.prp. nr. 64, 2005-2006. *Om lov om endringar i pasientrettslova og biobanklova (helsehjelp og forskning – personar utan samtykkekompetanse)*. Oslo: Helse- og Omsorgsdepartementet.
- Pasientrettslova. Lov av 1999-07-02 nr. 63. *Lov om pasientrettigheter*. Sosial- og Helsedepartementet.
- Pettersen, Renate & Torgeir Bruun Wyller. 2007. Rehabilitering integrert i akuttbehandling av sykdom. *Tidsskrift for Den norske legeförening* nr. 5/2007; 127: 600-603.
- Ruyter, Knut W. 2005. Dyder er ikke tilleggsgoder – en utfordring for profesjonsutdanningene. I: Christoffersen, Svein Aage (red.). *Profesjonsetikk*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Slettebø, Åshild. 2009. *Sykepleie og etikk* (5.utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Skau, Greta M. 2003. *Mellom makt og hjelp: Om det flertydige forholdet mellom klient og hjelper* (3.utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Stang, Ingun. 1998. *Makt og bemyndigelse: Om å ta pasient- og brukervedvirkning på alvor*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Stortingsmelding nr. 28, 1999-2000. *Innhald og kvalitet i omsorgstenestene. Omsorg 2000*. Sosial- og helsedepartementet.
- Storvik, Anne Grete. 2009. *Usikkerhet rundt ny tvangslov*. Lokalisert 13.10.2009 på verdensveven: [www.dagensmedisin.no/nyheter/2009/10/01/stor-usikkerhet-rundt-ny-t/index.xml](http://www.dagensmedisin.no/nyheter/2009/10/01/stor-usikkerhet-rundt-ny-t/index.xml)
- St.prp. nr. 1, 2007-2008. *Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering 2008-2011*. Helse- og omsorgsdepartementet.

- Svennevig, Jan. 2009. *Språklig samhandling: Innføring i kommunikasjonsteori og diskursanalyse* (2.utg.). Fagernes: Cappelen Damm.
- Syse, Aslak. 2006. Det menneskerettslige vernet mot frihetsberøvelse og tvang i behandlingsøyemed innenfor psykiatrien. *Nordisk Tidsskrift for Menneskerettigheter* nr. 4/2006: 318-342.
- Thomassen, Magdalene. 2006. *Vitenskap, kunnskap og praksis*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Thune, Gro Hillestad. 2008. *Overgrep: Søkelys på psykiatrien*. Oslo: Abstrakt forlag.
- Vetlesen, Arne Johan. 2007. *Hva er etikk?* Oslo: Universitetsforlaget.
- Waalder, Hans Thomas. 1999. Sykdomsutvikling for eldre frem til år 2030. I: Statens Helsetilsyn, Utredningsserie 6-99. *Scenario 2030*. Oslo: Statens helsetilsyn.
- Østenstad, Bjørn Henning. 2009. *Heimelsspørsmål i behandling og omsorg overfor psykisk utviklingshemma og aldersdemente. Rettslege og etiske problemstillinger ved bruk av tvang og inngrep utan gyldig samtykke*. Bergen: Universitetet i Bergen, Det juridiske fakultetet.
- Østenstad, Bjørn Henning. 2006. Grunnverdier og grunnomgrep i debatten om bruk av tvang mot utviklingshemma og demente. *Nordisk Tidsskrift for Menneskerettigheter* nr. 4/2006: 343-361.

Virksomhet (navn og adresse)

Unntatt offentlighet, jf. offl. § 13, 1. ledd, jf. fvl. § 13

## VEDTAK OM HELSEHJELP TIL PASIENT UTEN SAMTYKKEKOMPETANSE SOM MOTSETTER SEG HELSEHJELPEN Pasientrettighetsloven § 4 A-5

*NB! Les veiledningen bakerst i skjemaet før utfylling. Skjemaet skal fylles ut elektronisk – rubrikkene ekspanderer etter behov.*

### 1. HVEM TILTAKET GJELDER

etternavn, fornavn	fødselsdato
bostedsadresse	telefon

### 2. AVGJØRELSE OM AT PASIENTEN MANGLER SAMTYKKEKOMPETANSE

Jf. § 4 A-2 første ledd, jf. § 4-3 fjerde ledd

begrunnelse	
avgjørelse fattet av	dato

### 3. NÅR OG HVORDAN PASIENTEN MOTSETTER SEG HELSEHJELP

Jf. 4 A-2 første ledd

--

### 4. BESKRIVELSE AV PASIENTENS NÅVÆRENDE HELSETILSTAND

--

### 5. VILKÅR

Jf. § 4 A-3 annet ledd bokstav a

Unnlatelse av å gi helsehjelp kan føre til vesentlig helseskade	Begrunnelse:
---	--------------

Jf. § 4 A-3 annet ledd, bokstav b

Helsehjelpen anses nødvendig	Begrunnelse:
------------------------------	--------------

Jf. § 4 A-3 annet ledd, bokstav c

Gjennomføringstiltaket står i forhold til helsehjelpen	Begrunnelse:
--	--------------

Jf. § 4 A-3 tredje ledd

Helhetsvurdering:
-------------------

## 6. BESKRIVELSE AV TILLITSKAPENDE TILTAK SOM HAR VÆRT FORSØKT FOR Å GJENNOMFØRE HELSEHJELPEN UTEN TVANG

Jf. § 4 A-3 første ledd

--

## 7. BEGRUNNELSE FOR HVORFOR TILLITSKAPENDE TILTAK EVENTUELT IKKE HAR VÆRT FORSØKT

Jf. § 4 A-3 første ledd

--

## 8. BESKRIVELSE AV TVANGSTILTAKET SOM SKAL BENYTTES

Jf. § 4 A-4

	Kryss av	Frekvens	Nærmere beskrivelse av tiltaket
a. Innleggelse i helseinstitusjon			
b. Tilbakeholdelse i helseinstitusjon			
c. Bevegeshindrende tiltak			
d. Bruk av reseptbelagte legemidler			
e. Inngrep i kroppen			
f. Varslingssystemer			
g. Annet			

## 9. VED ALVORLIG INNGREP: VURDERING FRA ANNET KVALIFISERT HELSEPERSONELL

Jf. § 4 A-5 annet ledd

navn	stilling/yrke
vurdering	

## 10. TIDSRAMME FOR TILTAKET

Jf. § 4 A-5 første ledd, siste setning

Startdato for tiltak:		Sluttdato for tiltak:	
-----------------------	--	-----------------------	--

## 11. HVA HAR PASIENTENS NÆRMESTE PÅRØRENDE OPPLYST OM HVA PASIENTEN VILLE HA ØNSKET?

Jf. § 4 A-5 fjerde ledd

--

## 12. ANSVARLIG FOR HELSEHJELPEN

Jf. § 4 A-5 første ledd

navn	stilling/yrke	telefon	adresse

## 13. UNDERRETNING OM VEDTAK SENDES TIL:

Jf. § 4 A-6

Pasienten		
Pasientens nærmeste pårørende		
Overordnet faglig ansvarlig		
	navn	adresse

**14. KOPI AV VEDTAKET SENDES TIL:**

Jf. § 4 A-6

Helsetilsynet i fylket

**Vedtaket er fattet:****Sted/dato:****Ansvarlig for helsehjelpen:****VEDLEGG**

<b>Nr.:</b>	<b>Innhold:</b>	<b>Fra:</b>	<b>Dato:</b>
1	For eksempel: Journal		
2			
3			
....			

Dette vedtaket kan påklages av pasienten eller pasientens nærmeste pårørende. Klagefristen er 3 uker fra vedkommende fikk eller burde ha fått kjennskap til vedtaket. Klagen rettes til helsetilsynet i fylket, men sendes til virksomheten som har fattet vedtaket (kommunen, helseforetaket etc.). Part i saken har adgang til å gjøre seg kjent med sakens dokumenter, for så vidt ikke annet følger av lov.

Dersom vedtaket endres til gunst for parten, skal vedkommende tilkjennes dekning for vesentlige sakskostnader som har vært nødvendige for å endre vedtaket, med mindre endringen skyldes partens eget forhold eller forhold utenfor partens og forvaltningens kontroll, eller andre særlige forhold taler mot det.



**MATRISSE TVANGSVEDTAK. TOTALT 25 STK.**

Vedlegg nr. 2

	Kjønn		Alder	Diagnose	Samtykkekompetanse		Pårørende			Arena		
<b>Pasienten, pårørende og arena</b>	17 kvinner	6 menn	16-30 år: 0 30-50 år: 2 50-70 år: 0 70-80 år: 7 80-90 år: 10 Over 90 år: 6	Demens: 19 Psykiske l./sympt: 3 Rus: 1 Komb.m.somatikk.: 3 Psyk.utv.hemma: 0 Ikkje oppgitt: 2	Avgjerd fatta: 23	Ikkje fatta: 2	Samd: 21	Usamd: 0	Ikkje oppl. eller uklart: 4	Heim: 2	Sjukeheim/ helseinst.: 22	Sj.hus: 1

	Tal tvangstiltak pr. skjema	Innlegging og attendehalding i helseinst.	Bevegelsehindrande tiltak og varslingsystem	Medikament	Inngrep i kroppen	Andre typar tvangstiltak
<b>Type tvang</b>	1 type: 13 2 typar: 5 3 el fleire typar: 7 "Alt stell": 2	Innlegging: 3 Attendehalding: 8	Bev.hindrande: 11 Skjerming på rom: 2 Varslingsystem: 0	7	Kateter: 1	Pers. hygiene: 5 Munn-/tannstell: 1 Toalettfunksjon: 2 (+1, kateter) Forflytn.: 1 "Alt" stell: 2

	Varigheit av vedtak					Hyppigheit						
<b>Omfang</b>	Eingongs- vedtak: 1 eller 2	3 mnd. eller mindre: 2	3-6 mnd: 3	1 år: 12	"Varig": 1	Usikkert/ ikkje oppgitt:5	Kontinu- erleg: 3	Fleire gonger pr. dag: 2	Dagleg: 11	Ved trong/ forsøk på akt.: 2	Kvar veke: 2	Usikkert/ ikkje oppgitt: 5

	Tal helsepersonell med i vurderinga				Type helsepersonell								
<b>Helsepersonell</b>	1: truleg 9	2: 14	3 eller fleire: 1	Usikkert, men meir enn ein: 1	Lege: 15	Tannlege: 1	Leiar: 3	Fagl.ansv: 6	Avd.leiar: 9	Sjukepl.: 3	Fysio,ergo, sosinom m.m.: 0	Usikkert: 3	

	Livsnødvendig/ vesentleg helseskade	Infeksjonar / sår	Skade av organ	Fall/ brot	Kroppslig skade	Gå seg bort / fare i trafikken	Påfører andre skade	Tenner/ ernæring	Sjølvbilete/ sosialt	Psyk. Angst/ uro
Unnlatelse kan gi vesentleg helseskade?	Livsnødvendig: 2 Ves.helseskade: 2	5	4	6	4	5	2	2	2	2
	Ikkje opplyst: 3									

	Lengre levetid	Mindre helseplager	Hindra ulukke/ tryggare for pas.	Hindra skade på andre	Lettare å hjelpa	Sosialt/ psykisk	Kunne bu heime	Ikkje opplyst
Helsehjelp ansett nødvendig?	1	8	12	2	3	4	1	5

	Ansett nødvendig	Enkelt og rimeleg	Tvang mindre ubehageleg enn kons	Tryggare	Ikkje opplyst	Pas. er fornøyd etterpå	Tvang sjeldent, prøver frivillig
Gjennomføring av tvang i f.t. helsehjelp	9	1	3	3	3	1	6

	Etikk	Kort tid/ sjeldent	Gløymer	Nødvendig	Vil ikkje få att samtykkekomp.	Alvorlege konsekv.	Fagleg vurdering	Vert vurdert kvar gong / nyttar tillitsskapande tiltak	Verdigheit	Ikkje opplyst
Heilheitsvurdering	1	2	2	8	6	7	1	3	1	4