

# Mellom vilje og valg – en drøfting av tjenesteyternes handlinger og begrunnelser i fire eksempler på insisterende praksis

Sølvi Linde og Thomas Owren

Akseptert fagfellevurdert fagartikkel, publisert i Tidsskrift for Omsorgsforskning 01/2017

## Sammendrag

Sentrale formål for helse- og omsorgstjenester er å ivareta tjenestemottakeres helse og verdighet, og bidra til likeverd og en tilværelse i fellesskap med andre. Frivillighetsprinsippet står sterkt, og tjenestetilbudet skal så langt som mulig utformes og gjennomføres i samarbeid med tjenestemottaker. Men noen ganger kommer disse hensynene i konflikt. Det gjenspeiles for eksempel i helse- og omsorgstjenestelovens kapittel 9, som kan hjemle tvang overfor personer med utviklingshemming for å avverge vesentlig skade. Men også i situasjoner som ikke gir hjemmel for tvang kan det stå hensyn på spill som setter tjenesteytere i krevende dilemmaer. I noen tilfeller har tjenestemottakere med kognitiv svikt ikke nok innsikt i konsekvensene av det de tar til uttrykk for til at de kan sies å gjøre informerte valg. I artikkelen drøfter vi fire konkrete eksempler fra tjenester til personer med utviklingshemming der tjenesteytere velger å ta i bruk ”insisterende praksiser” – det vil si at de griper inn i tjenestemottakers selvbestemmelse på måter som ikke vil regnes som tvang. Drøftingen viser at det å skille mellom viljesuttrykk og informerte valg kan bli vesentlig hvis tjenesteytere skal avstå fra urettmessig påvirkning, men samtidig oppfylle tjenestemottakeres rett til forsvarlige tjenester. Det peker også på at det kan være behov for å betone dette skillet sterkere i lovregulering av inngrep i utviklingshemmedes selvbestemmelse. Dilemmaene vi skisserer opptrer også i tjenesteyting til andre pasienter og brukere med svekket kognitiv funksjon, som personer med demens og noen personer med alvorlig psykisk lidelse og/eller rusvansker. På grunnlag av drøftingen av fire eksempler på insisterende praksis, skisserer vi noen generelle kompetansebehov som kan følge av behovet for å skille mellom viljesuttrykk og informerte valg hos tjenestemottakere.

**Nøkkelord:** utviklingshemming, helse- og omsorgstjenester, informert valg, uformell tvang, insisterende praksis.

## Innledning

Denne artikkelen tar for seg helse- og omsorgstjenester til tjenestemottakere med utviklingshemming, en kognitiv funksjonsnedsettelse. Fokuset er på situasjoner som har to kjennetegn: Tjenesteyterne står i et dilemma der viktige hensyn som de er pålagt å ivareta kommer i konflikt, og de håndterer situasjonen med midler som griper inn i tjenestemottakers selvbestemmelse, men likevel ikke vil regnes som tvang. Slike former for tjenesteutøvelse går under en rekke ulike betegnelser, som ”uformell tvang” (Øye, 2015), ”hverdagstvang” (Handegård & Gjertsen, 2008) og ”gråsonetvang” (Bjøntegaard, 2015). I artikkelen bruker vi begrepet ”insisterende praksiser” – praksiser som kjennetegnes av at tjenesteytere handler mot tjenestemottakers uttrykte vilje, og ikke lar seg styre eller begrense av dennes viljesuttrykk før de står på grensen til tvang (Owren & Linde, 2011).

I artikkelen gjør vi rede for noen trekk ved utviklingshemming og overordnede føringer for helse- og omsorgstjenester. I lys av det gjør vi en nærmere analyse og drøfting av fire eksempler på dilemmaer og insisterende praksis: en tjenestemottaker vegrer seg mot å skifte bleier som åpenbart må skiftes, en annen kler seg til bryllup i plagg som hun ikke forstår er upassende før hun står i situasjonen, en tredje anser dusjing som unødvendig, en fjerde liker å klemme andre, også personer han ikke kjenner, i offentlige rom. Eksemplene er hentet fra en studie av insisterende praksiser i kommunale tjenester til utviklingshemmede i fire norske fylker i perioden 2014–16. Hovedmålet var å få økt kunnskap om når tjenesteytere utøver insisterende praksiser, hvordan de gjør det og deres begrunnelser. De 140 informantene var alle ansatt i tjenester til utviklingshemmede, flesteparten i bofellesskap, resten på dagsentre. Datamaterialet ble produsert gjennom 36 kvalitative gruppebaserte forskningsintervjuer og tekster som informantene skrev underveis. Det ga grunnlag for å identifisere 48 eksempler på insisterende praksis. Funnene fra studien skal avrapporteres i andre sammenhenger. Her tar vi for oss fire av eksemplene, som dermed representerer reelle situasjoner og problemstillinger som noen tjenesteytere må forholde seg til.

Utviklingshemming rammer helt sentrale kognitive funksjoner (Wigaard & Larsen, 2014 s. 26) og innebærer en svekkelse av ”hukommelse, språk, informasjonsbearbeidelse, problemløsning, og ervervelse av kunnskap og erfaring” (Helsedirektoratet, 2015 s. 37). Innenfor gruppen er det store forskjeller i graden av kognitiv funksjonsnedsettelse og hvordan det påvirker deres muligheter til å oppfatte og vurdere ulike omstendigheter. I hvilken grad de har fått rom og støtte til å lære å bestemme selv er også vesentlig. Berge og Ellingsen (2015, s. 12) påpeker at også selvbestemmelse må læres og krever erfaringer med både å feile og

lykkes. Historisk sett har utviklingshemmete vært lite involvert i beslutninger som berører dem, og noen har nærmest vært avskåret fra å lære gjennom egne erfaringer. Men opplevelsen av å ha kontroll og styring i eget liv er viktig for menneskeverd, utvikling og identitet. Utgangspunktet for tjenester må være at personer med utviklingshemming så langt som mulig skal ha de samme valgmuligheter som andre (Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet, 2013 s. 28). Samtidig krever det å overskue konsekvenser ikke bare erfaringer, men også evne til å resonnerer, tenke abstrakt og veie fordeler og ulemper (Ellingsen, 2007 s. 35). Utviklingshemming medfører en svekkelse av denne evnen. Å gjøre et overveid valg krever en viss evne til kritisk refleksjon (Christensen & Nilssen, 2006 s. 50). En kan ikke "ideologisere seg bort fra at mange utviklingshemmede har begrenset evne til å ta omsorg for seg selv, og ivareta egne interesser", skriver Søderstrøm og Tøssebro (2011 s. 43), og et "standpunkt om at selvbestemmelsesretten alltid skal slå gjennom, kan oppfattes som en fornektelse av det særlige omsorgsbehovet mange personer med utviklingshemming har" (NOU 2016: 17 s. 38).

Et vesentlig spørsmål i situasjoner der alvorlige hensyn står på spill, blir dermed i hvilken grad tjenestemottakers viljesuttrykk – det vil si ord, tegn eller handlinger som tjenesteyterne tolker som at personen vil eller ikke vil noe – uttrykker et overveid valg. Hvilke forutsetninger har personen for å vurdere omstendighetene og det som står på spill? I hvilken grad kan det oppfattes at han eller hun gjør et *informert valg*? I det ligger å 1) forstå informasjon som er relevant for valget, 2) knytte informasjonen til egen situasjon, 3) forstå konsekvensene av ulike alternativer, og 4) veie alternativene opp mot hverandre (Helsedirektoratet, 2015 s. 30). Å gi beslutningsstøtte innebærer dermed å hjelpe en person til å, så langt som mulig, utføre hver av disse kognitive prosessene.

Lov om pasient- og brukerrettigheter angir at helse- og omsorgstjenester så langt som mulig skal utformes i samarbeid med pasient eller bruker, og at det skal legges stor vekt på dennes mening (§ 3-1). Å ta det som utgangspunkt fremstår dermed som en forutsetning for forsvarlige tjenester. Samtidig finnes også andre hensyn som skal veie tungt. For eksempel er tjenesteytere pålagt å sørge for at helseproblemer forebygges og følges opp (Helsedirektoratet, 2015 s. 34–35), og i noen situasjoner kan andre hensyn veie så tungt at forsvarlig tjenesteyting krever at tjenesteyterne griper inn i tjenestemottakers rett til selvbestemmelse. En erkjennelse av det er adgangen lov om kommunale helse- og omsorgstjenester gir for å bruke tvang som siste utvei for å avverge vesentlig skade – som kan være av fysisk, psykisk eller materiell art (Helsedirektoratet, 2015 s. 73–74). Disse hensynene overlapper med

sentrale formål for loven, som det å ivareta tjenestemottakeres helse og verdighet, bidra til likeverd og en tilværelse i fellesskap med andre (§ 1).

Loven definerer tvang som ”tiltak som brukeren eller pasienten motsetter seg, eller tiltak som er så inngripende at de uansett motstand må regnes som bruk av tvang eller makt”, samtidig som ”Alminnelige oppfordringer og ledelse med hånden eller andre fysiske påvirkninger av liknende art” ikke anses som tvang (§ 9-2). Tjenesteytere kan sette grenser, styre handlinger og overvinne motstand – så lenge det gjøres ved hjelp av ”særlig milde verbale eller fysiske påvirkninger” (Helsedirektoratet, 2015 s. 52–53). Det åpnes også for bruk av ”avledende teknikker” som å ”spørre vedkommende *når* han eller hun vil dusje, i stedet for å spørre *om* vedkommende vil dusje” (Helsedirektoratet, 2015 s. 52–53).

Forutsetningen for å bruke slike ”overtalelses- eller manipulasjonsteknikker”, er at det gjelder ”tiltak det må antas at vedkommende ville ha samtykket til dersom han eller hun hadde hatt forutsetninger for å vurdere de relevante omstendighetene” (Helsedirektoratet, 2015 s. 53). At en teknikk som å spørre noen *når* og ikke *om* de vil dusje i det hele tatt virker, må sees i sammenheng med at tjenestemottakerne det er snakk om har nedsatt kognitiv funksjon. I det ligger også at det må forstås som manipulering: å påvirke andre med virkemidler de ikke overskuer (SNL, 2016). Helsetilsynet skriver at manipulering for å oppnå ”ikke-motstand” er å regne som utnyttelse av tjenestemottakernes kognitive funksjonsnedsettelse, men sier samtidig at det kan være faglig forsvarlig. Om påvirkningen er rettmessig eller urettmessig må avgjøres i det enkelte tilfellet (Helsetilsynet, 2011 s. 13).

I tjenesteytingen oppstår dermed en gråsoner der tjenesteytere gis rom til å gripe inn i tjenestemottakers selvbestemmelsesrett med ulike teknikker som ikke vil regnes som tvang, hvis personen ikke overskuer situasjonens relevante omstendigheter, og hensynene som står på spill er av en viss alvorlighetsgrad. Det er det som utspiller seg i denne gråsonen vi rammer inn med vårt begrep *insisterende praksiser* (Owren & Linde, 2011). Vi skal nå ta for oss fire konkrete, reelle situasjoner der tjenesteytere har valgt å ta i bruk insisterende praksiser overfor voksne tjenestemottakere med utviklingshemming. Ingen tjenesteytere er navngitt eller kan identifiseres, og alle tjenestemottakerne er gitt fiktive navn hentet fra Statistisk Sentralbyrås lister over de mest vanlige manns- og kvinnenavnene i 2014.

## Eksempler og drøfting

### Å forstå hva tjenestemottaker forstår

**Trond** er i trettiårene. Han har utviklingshemming i dyp grad, som kan knyttes til en mental alder under tre år og gi alvorlige begrensninger av egenomsorg, kontinens og kommunikasjon (Direktoratet for e-helse, 2016). Noen ganger vegrer Trond seg mot å bli med tjenesteyterne ut på badet for å skifte bleie. Han viser sin motvilje med å vise tegnet for *ferdig*, ikke bli med eller bite seg. Deres strategier er ikke å spørre, bare si ”nå skal du på do”. De prøver gjentatte ganger, går ut litt og kommer tilbake, sier det på forskjellige måter eller bytter personale. Om nødvendig leder to av dem ham ut på badet med håndledning. Slik tjenesteyterne beskriver det for oss, vil det ikke regnes som tvang. Når de begrunner sin insisterende praksis, viser de til at å gå lenge med en bleie med urin eller avføring kan gi sår hud og urinveisinfeksjon. De legger vekt på Tronds omdømme hvis han lukter eller er våt, og at pårørende og verge er opptatt av at han skal være ren og tørr i bleien.

I en vurdering av viljesuttrykk og informert valg blir spørsmålet i hvilken grad Trond forstår situasjonens relevante omstendigheter – slik som konsekvensene av ikke å vaske seg og skifte bleie. Forstår han at skitten bleie medfører et økende ubehag, og at selv om det kan være ubehagelig å vaske seg og skifte bleien, vil det være eneste måten å unngå et enda større ubehag? Forstår han de sosiale konsekvensene av å lukte avføring, og er det noe han i så fall vil godta som en følge av ikke å skifte bleie? Dette er momenter som tjenesteyterne må besvare for å kunne vurdere i hvilken grad de kan forsvare å overse hans viljesuttrykk og handle som de gjør. ”Dersom personen motsetter seg tiltaket og vurderes til å være beslutningskompetent i det spørsmålet saken gjelder, må det legges vesentlig vekt på dette” (Helsedirektoratet, 2015 s. 87). Hvis Trond *forstår* konsekvensene, vil kanskje tjenesteyternes fremste utfordring bli å godta hans valg. Men hvis Trond *ikke* forstår situasjonens relevante omstendigheter, og dermed ikke vet hva han ”velger”, vil det bli feil å se hans viljesuttrykk som uttrykk for et valg. I så fall vil det å ikke gripe inn kunne regnes som uforsvarlig. Trond har mange års livserfaring, men slik han beskrives er vi i tvil om han evner å resonnerer tilstrekkelig rundt ubehag og faren for å miste mulighet til positiv og ønsket fysisk kontakt, til at han kan sies å ta et informert valg i situasjonen. Det åpner for at tjenesteyterne kan overvinne hans motstand, så lenge det gjøres med ”særlig milde verbale eller fysiske påvirkninger”, det vi benevner som insisterende praksiser. Slike praksiser vil ikke være å regne som tvang, men kan heller ikke sies å være i tråd med retten til selvbestemmelse, så

lenge tjenesteytere handler på tvers av personens viljesuttrykk. Samtidig har de, i den grad det har noe for seg, ansvar for å gi ham rom for å lære gjennom erfaringer. Og det vil uansett påhvile dem et ansvar for å bidra til at han så langt som mulig forstår hva som står på spill, og hvorfor de handler som de gjør. Tronds begrensede kommunikasjonsevne gjør en slik oppgave utfordrende, og det kan illustrere at i utøvelsen av helse- og omsorgstjenester til personer med omfattende kommunikasjonsvansker kan utfordringene handle om kommunikasjon så vel som forståelse.

\*

**Heidi** er voksen, har utviklingshemming i lettere grad og er verbalt sterk – men ønsker å kle seg på måter som tjenesteyterne vurderer som upassende. For eksempel ytrer hun et sterkt ønske om å bruke slitt, nuppete og svært synlig ullundertøy i bryllupet til nære pårørende. Tjenesteyterne forklarer etter beste evne hvorfor det er upassende, og de finner frem alternativer selv om hun protesterer. Til oss beskriver de en rekke erfaringer der hun får negative kommentarer fra andre i slike situasjoner og blir lei seg. De legger vekt på å avverge at Heidi opplever sosial fornedring og dårlig mestringsfølelse. De erfarer at når hun er i situasjonen, ser hun kontrasten mellom egen og andres påkledning, men ikke før. Å overskue konsekvenser krever en viss evne til abstrakt tenkning, i dette tilfelle å se for seg hvordan noe vil bli i en situasjon. Slik tjenesteyterne beskriver Heidi, virker det som at hun evner å forstå konsekvensene – men først når hun står i situasjonen. Selv om de forsøker å beskrive konsekvensene, klarer hun ikke å se det for seg i tilstrekkelig grad til å kunne vurdere det. Det som står på spill, vil ikke hjemle tvang; å gå i klær som andre finner upassende, regnes ikke som vesentlig skade (Helsedirektoratet, 2015 s. 75). Personer med utviklingshemming skal uhindret kunne ”velge en avvikende livsførsel, eller ta valg som ikke er i samsvar med idealer dersom de ønsker det” (Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet, 2013 s. 10). Problemet er at Heidi ikke ønsker det. Hun tror at hun ønsker det – inntil det hun trodde hun ønsket, blir tilgjengelig for hennes vurdering. Slik vi forstår situasjonen, gjenspeiler dermed hennes viljesuttrykk ikke et informert valg. Det betyr også at tilstrekkelig bistand i det daglige kan kreve at tjenesteyterne i noen situasjoner tar i bruk insisterende praksiser, fordi det gjelder tiltak som det må antas at hun hadde samtykket til dersom hun hadde hatt forutsetninger for å vurdere de relevante omstendighetene. Tjenesteyterne må fortløpende vurdere om det som står på spill, er så alvorlig at de kan forsvare slike inngrep i hennes rett til selvbestemmelse. De har ansvar for å tilrettelegge for at hun kan oppnå sine reelle ønsker, og at hun får

mulighet til å gjøre seg erfaringer, også gjennom uheldige valg. Spørsmålet blir i hvilken grad hun har mulighet til å lære av slike erfaringer, og hvor mye de koster. Faren er at Heidi gang på gang utsettes for situasjoner der hun blir ulykkelig, fordi hun ikke har kognitiv kompetanse til å kunne forutse og vurdere hvordan noe vil bli.

\*

**Jan** er middelaldrende og har utviklingshemming i moderat grad. Han ser ikke selv behovet for å dusje, og han vegrer seg alltid når tjenesteyterne foreslår det. Deres strategi er å legge opp til at han skal dusje én gang i uken, på hans faste handledag. De stiller det å dusje som betingelse for at han skal få kjøre til butikken i en av de ansattes privatbil i stedet for at de går. De vektlegger hensynene til hygiene, verdighet og faren for stigmatisering. De beskriver Jan som ”veldig skitten” etter en uke uten å dusje, og mener det er ”stigmatiserende for ham, hvis han som også er utviklingshemmet kommer skitten og fæl i håret og klærne og lukter og er på butikken blant mange andre mennesker, og alle ser at han er veldig skitten”. I eksempelet overvinner de hans motstand ved å stille noe han ikke vil som betingelse for noe han gjerne vil. Om det var hans egne eiendeler eller en tjeneste han hadde rett på som ble brukt som belønning, ville det vært ulovlig bruk av tvang (Helsedirektoratet, 2015 s. 27). Men her er det snakk om å kjøre i tjenesteyters private bil, et gode de har legitim kontroll over. Jan kan velge å la være å dusje og fortsatt komme i butikken ved å gå en for ham overkommelig strekning. Han vil i så fall fremstå som ”veldig skitten” overfor andre i lokalsamfunnet. En utfordring knyttet til selvbestemmelse for mennesker med kognitive funksjonsnedsettelse er at høy grad av autonomi kan føre til stigmatisering på grunn av hygieniske forhold (Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet, 2013 s. 14). Samtidig skal terskelen for å gripe inn med tvang i slike situasjoner være høy, fordi enhver har rett til å være seg selv (Helsedirektoratet, 2015 s. 27). I dette tilfellet anvendes ikke tvang, men tjenesteyterne griper likevel inn i Jans rett til å bestemme selv. Tjenestene skal så langt som mulig gjennomføres i samarbeid med ham, men spørsmålet er: Hvor langt er det? Slik situasjonen beskrives for oss, er det liten tvil om at Jan forstår hva det innebærer å dusje – når kampen først er ”vunnet”, dusjer han selvstendig. Men vi vet ikke i hvilken grad han forstår hvordan andre i butikken eller andre offentlige rom kan oppfatte ham hvis han er ”skitten og fæl i håret og klærne og lukter”, eller om dette betyr noe for ham. Moderat grad av utviklingshemming kan knyttes til en mental alder fra seks til under ni år, noe som tilsier at han har større mulighet enn Trond til både å forstå og vurdere. § 12 i FNs konvensjon om rettighetene til personer med funksjonsnedsettelse bekrefter at de har og

skal ha rettslig handleevne på alle livets områder. Hvis det er slik at Jan forstår hvordan andre kan oppfatte og vurdere ham, men oppriktig ikke bryr seg om det, vil tjenesteyternes utfordring bli å akseptere at dette er hans eget valg, og la være å gripe inn i hans selvbestemmelse med noen midler. Det vil følge av å skulle sikre hans rettslig handleevne på lik linje med andre. At de møter sterke forventninger fra omgivelsene om at de skal presse ham til å fremstå mer i tråd med alminnelige normer, endrer ikke det. Å oppfylle hans rettigheter vil dermed kreve at de avstår fra å gripe inn – selv om de kan det.

\*

Eksemplene med Trond, Heidi og Jan illustrerer at når tjenesteytere skal vurdere om det er grunnlag for å gripe inn i tjenestemottakeres selvbestemmelse, uavhengig av om det skjer med bruk av tvang eller insisterende praksiser, blir det vesentlig å forstå hva personen selv forstår. I slike vurderinger kan det være nyttig og nødvendig å trekke inn nærpå personer som pårørende eller verge. Vi skal nå se på et eksempel der personens forståelse blir mindre relevant.

### **Når det er mindre relevant hva tjenestemottaker forstår**

**Fredrik** ønsker ofte å klemme andre personer, også fremmede, for eksempel når han handler med tjenesteyterne på kjøpesenteret. Han uttrykker dette ved å løpe mot dem mens han smiler og ler. Klemmene kan være voldsomme og harde, og noen kan synes det er ubehagelig eller bli reddet. For å avverge dette tar Fredriks tjenesteytere i bruk tre strategier: Når de er ute, legger de opp til å holde ham i hånden, fordi han liker det og ikke så lett går fra dem. De prater ivrig med ham når de går forbi personer de tror han kan fatte interesse for, for å avlede ham. Og de unngår å gå på kjøpesenteret på dager og tider med mange mennesker. I sin begrunnelse vektlegger de andres rett til ikke å bli klemt av fremmede menn, samt Fredriks sosiale aksept og verdighet. En kognitiv svikt kan medføre vansker med å forestille seg andre personers tanker og følelser (Melinder, Berg-Rolness, & Sinkerdud, 2011). Fredrik kan ha vansker med å ta andres perspektiv og forstå hvordan de kan oppleve det han gjør. Det han gjør, vil være å regne som krenkelse av andres personlige integritet, en plagsom og påtrengende atferd rettet mot andre personer. Som hovedregel vil det regnes som vesentlig skade (Helsedirektoratet, 2015 s. 76). Det kan dermed hjemle bruk av tvang, og i denne situasjonen blir det mindre relevant hva Fredrik selv forstår. Dersom det er mulig, vil det være



et mål å tilrettelegge for at han kan forstå mer av andres opplevelse og ta mer hensyn til det, eventuelt lære allmenne regler for oppførsel i offentlig rom. Men der og da har tjenesteyterne ansvar for å sikre andres rett til ikke å bli krenket. De har en plikt til å hindre vesentlig skade, også på andre, jf. § 9-1 Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester, og i denne situasjonen vil skaden opptre umiddelbart. Dermed blir det av særlig interesse på hvilket punkt i forløpet de griper inn i Fredriks selvbestemmelse, og hvordan de gjør det. De er pålagt å lete etter, og ta i bruk, alternativer til tvang. De avleder ham fra å gjøre noe han erfaringsmessig ville gjort gjennom tre strategier som kan forstås som alternativer til tvang. De kunne valgt å vente til han begynte å løpe mot de andre personene før de grep inn. Det ville økt faren for at de måtte ta i bruk tvang – og dess lenger situasjonen hadde fått utviklet seg, jo mer inngripende midler kunne blitt nødvendig for å håndtere situasjonen, og jo mer oppsikt og negativ oppmerksomhet kunne det hele ha vakt. Det ville i så fall vært et eksempel på hvordan autonomi kan føre til stigmatisering på grunn av atferdsmessige forhold (Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet, 2013 s. 14). For Fredrik kunne det ført til at han opplevde tjenesteyternes handlinger som mer inngripende, krenkende og skremmende – ikke minst hvis han ikke forsto *hvorfor* de grep inn. Samtidig, slik han beskrives, overskuer han ikke de midlene som tjenesteyterne bruker for å påvirke ham – som er selve definisjonen på manipulering (SNL, 2016). De fleste ville ha gjennomskuet andres skjulte motiver dersom noen ville holde i hånden, snakket ekstra ivrig på visse punkt underveis og bare ville handle på bestemte tider og steder. Å ta i bruk manipulering er etisk betenkelig – men kanskje likevel mindre betenkelig enn alternativer med mer utstrakt og åpenlys bruk av tvang. Det kunne skape en mer utrygg situasjon for Fredrik, stigmatisere ham sosialt eller i praksis utestengt ham fra å bevege seg i offentlig rom. I vurderingen av denne situasjonen er det også vanskelig å se bort fra at Fredrik selv virker fornøyd.

### **Hvilke behov for kompetanse i tjenestene peker eksemplene på?**

Disse dilemmaene er ikke unike for tjenester til personer med utviklingshemming. Andre pasient- og brukergrupper kan også ha kognitive begrensninger som svekker deres evne til å gjøre informerte valg – knyttet til demens, ervervet hjerneskade eller alvorlig psykisk lidelse og/eller bruk av rusmidler. Det gjenspeiles i andre lovverk som åpner for bruk av tvang, som Lov om pasient- og brukerrettigheter (kapittel 4A) og Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern. Også her er tjenesteytere pålagt å prøve å ivareta vesentlige hensyn med andre og mildere midler før de eventuelt tar i bruk tvang, og den samme gråsonen mellom selvbestemmelse og tvang oppstår. Øye (2015 s. 169) undersøkte bruken av ”uformell tvang”

– ”trusler, avledning, lokking, luring, hvite løgner, utilbørlig overtalelse eller liknende” – i tjenester til personer med demens. Hem, Gjerberg, Pedersen og Førde (2010) utforsket også grenselandet mellom frivillighet og tvang i tjenester til personer med demens, og de beskriver at tjenesteytere brukte begreper som ”den lille tvangen”, ”ikke så mye tvang”, ”litt press” og å få ting til ”uten å bruke den harde”. Også på psykisk helse-feltet finnes eksempler på praksiser i denne gråsonen, som ”mild tilrettevisning, å lede pasienter med mildt påtrykk med hånden, kortvarig bortvisning fra samtalegruppe m.m.” (Helse- og omsorgsdepartementet, 1998 s. 108).

Helsepersonell må ha en generell kompetanse som gjør dem i stand til å utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som situasjonen og arbeidets karakter tilsier, ut fra §4 i Lov om helsepersonell. Men utover det: Hvilke særlige kompetansebehov kan springe ut av behovet for å skille mellom viljesuttrykk og informerte valg? I det følgende vil vi særlig fremheve fire kompetanseelementer:

*1. Tjenesteytere må evne å sette seg inn i pasienters og brukeres kognitive prosesser. I vurderinger av om et gitt viljesuttrykk gjenspeiler en kognitiv prosess som kan kalles et informert valg, kan tjenesteytere et stykke på vei bygge på tidligere utredninger og pårørendes kjennskap. Men de må også selv utvikle en begrunnet formening. I mange tilfeller krever det kjennskap til personen som bare kan utvikles gjennom samhandling, samarbeid og utprøving over tid. Har personen reduserte forutsetninger for å kommunisere, kan det i tillegg kreve en mer systematisk kartlegging og analyse – å registrere og sammenholde observasjoner på en så systematisk måte at tjenesteyterne kan vise til et konkret grunnlag for sine antakelser: Hvilke ord, tegn og handlinger i hvilke situasjoner må forstås som at personen utfører delprosessene i å gjøre et informert valg? Og hvordan kan tjenesteyterne gi effektiv støtte i de delprosessene hvor det skorter? Observasjons- og analysemetoder finnes det mye tilgjengelig kunnskap om – her skal vi bare peke på viljen og evnen til å ta dem i bruk. En annen forutsetning for at tjenesteyterne skal evne å skille mellom viljesuttrykk og informerte valg hos enkeltpasienter og -brukere, er at tjenestene er organisert på en måte som gir dem nok tid og rom til å drøfte sine observasjoner og tolkninger.*

*2. Tjenesteytere må evne å analysere egen praksis i samhandling med tjenestemottakere – og erkjenne at de går over grensen til å gripe inn i personens selvbestemmelse når det er det de gjør. Å gå fra å la den andre få siste ordet om noe, til å spille på personens begrensninger for å oppnå et annet utfall kan være nødvendig, men bør ikke være et resultat av tilfeldigheter eller*

enkelttjenesteyteres forgodtbefinnende. Og både for å kunne diskutere *om* det er rett å krysse denne grensen og for å unngå å gjøre det når det *ikke* er rett, må tjenesteyterne ha en felles forståelse for hvor grensen går i møte med den enkelte pasient og bruker. Behovet for å analysere egen praksis peker også på behovet for tilstrekkelig presise og definerte begreper om det som skjer i slike situasjoner. Skillet mellom *inviterende praksis*, der tjenesteytere lar seg styre og begrense av tjenestemottakers viljesuttrykk, og *insisterende praksis*, der de ikke lar seg styre og begrense før de står på grensen til tvang (Owren & Linde, 2011) representerer ett forsøk på å tilby noen slike begreper.

3. *Tjenesteytere må evne å analysere en situasjon og vurdere hensynene som står på spill.* De må kunne vurdere hvilke fysiske, psykiske eller sosiale hensyn som står på spill – i tillegg til retten til selvbestemmelse. Hva kan konsekvensene av ikke å gripe inn bli, og for hvem? Det må skilles mellom konsekvenser som berører andre, og konsekvenser som bare berører personen selv, så vel som mellom ulike grader av konsekvenser. Om personen står i fare for å krenke andres rettigheter, kan det senke terskelen for å gripe inn. Samtidig må en se på hvem disse andre er. Tjenesteytere har en rolle som tilsier at de i mange situasjoner må tåle mer enn en tredjepart. Det handler om å analysere situasjonen, klargjøre hvilke hensyn som står på spill, veie argumentene og falle ned på en begrunnet avgjørelse. I slike spørsmål har tjenesteytere ofte et stort rom for skjønn – og dermed også et stort ansvar. Det kan tenkes at personens omgivelser mener en bestemt atferd er uakseptabel – det betyr ikke uten videre at den skal motvirkes. Å sikre personens rettigheter kan også innebære at tjenesteytere åpner seg for kritikk. I situasjoner der det etter overveielse fremstår som riktig å gripe inn i pasienters og brukeres selvbestemmelse, må tjenesteytere vurdere hvilke virkemidler som kan være minst mulig inngripende og mest mulig faglig og etisk forsvarlig. Spørsmålet er også i hvilken grad personen forstår hva tjenesteyterne gjør, og hvorfor de gjør det. Press og mas er forståelig for de fleste, men kan være ødeleggende for den relasjonen og det samarbeidet som ofte er selve grunnlaget for å få gi tjenester til personen. Manipulering som gjennomskues, kan være dypt krenkende. Og likevel kan det noen ganger, overfor personer som ikke gjennomskuer det, som med Fredrik, fremstå som det minst dårlige alternativet. Noen siste spørsmål til vurdering er i hvilken grad personen har mulighet til å lære av noen erfaringer – som bør heve terskelen for å gripe inn – og om personen forstår og aksepterer konsekvensene av sine valg – som i tråd med prinsippene om selvbestemmelse bør heve terskelen ytterligere. Å gjøre slike avveininger krever kompetanse i skjønnsmessige, faglige og etiske vurderinger. Det kan også kreve evne og vilje til å involvere andre i vurderingene. Pårørende og/eller verge kan ha sin naturlige og

nyttige plass i slike diskusjoner. Det kan også fastleger, tannleger og andre profesjonelle aktører. Videre kan det være på sin plass å synliggjøre dilemmaene en står i oppover i hierarkiet i tjenestene – for å informere, men også for å ansvarliggjøre.

*4. Tjenesteytere må evne å innrette sine praksiser på en tilstrekkelig systematisk måte.* Et siste kompetanseelement handler om i fellesskap å utøve bistanden i tråd med det en faller ned på. Det kan kreve vilje og evne til å koordinere innsatsen gjennom felles planer og rammer for hvordan en skal gå frem i ulike situasjoner, samtidig som hver tjenesteyter får rom til å utøve sin bistand med klokskap og skjønn. Ikke minst kan det kreve en felles plan for evaluering av hvordan disse situasjonene faktisk forløper: Der bistanden er utformet for å oppnå et bestemt resultat – oppnås dette resultatet? Der den er utformet for å gi rom – gir den rom? Og der den er utformet med tanke på å balansere mellom ulike viktige hensyn – ivaretas denne balansen?

## **Konklusjon**

Respekten for retten til selvbestemmelse må ligge til grunn for tjenesteutøvelse til alle mennesker med behov for helse- og omsorgstjenester, også personer med svekket kognitiv funksjon. Men, som drøftingen av de fire eksemplene viser, kan det være en holdningsmessig, kunnskapsmessig og analytisk utfordring å skille mellom viljesuttrykk og informerte valg. Å forstå alle viljesuttrykk som uttrykk for informerte valg kan få konsekvenser som bryter med tjenestemottakeres rett til forsvarlige tjenester. Av drøftingen kan det utledes noen konkrete kompetansebehov i tjenestene: Tjenesteytere må evne å sette seg inn i pasienters og brukeres kognitive prosesser, for så langt som mulig å skille mellom viljesuttrykk og informerte valg. De må evne å analysere egen praksis i samhandling med tjenestemottakere, for å fange opp når de griper inn i den andres rett til selvbestemmelse. De må evne å analysere en situasjon og vurdere hensynene som står på spill, så vel som å innrette sine praksiser på en tilstrekkelig systematisk måte til at det ikke blir tilfeldigheter som avgjør hvordan rettighetene forvaltes. Og de må kunne trekke andre inn i vurderingene i den grad det er nyttig og rett. Til sammen kan dette gjøre dem i stand til i fellesskap å balansere behovet for å gi nødvendig hjelp og forsvarlige tjenester, uten å utøve urettmessig påvirkning. Drøftingen peker også på behovet for å betone skillet mellom viljesuttrykk og informerte valg klarere i lovverk som kapittel 9 i Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester.

## Kilder

Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet (2013). *Meld. St. 45 (2012–2013) Frihet og likeverd: Om mennesker med utviklingshemming*. [Internett]. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/41a94b47679f477086d3f537d401d50a/no/pdfs/stm201220130045000dddpdfs.pdf>

Barne- og likestillingsdepartementet (2011). *(Norsk uoffisiell oversettelse) Konvensjon om rettighetene til mennesker med funksjonsnedsettelse*. [Internett]. Hentet fra <http://www.fn.no/FN-informasjon/Avtaler/Menneskerettigheter/FNs-konvensjon-om-rettighetene-til-personer-med-nedsatt-funksjonsevne>

Berge, K. & Ellingsen, K. E. (2015). *Selvbestemmelse og bruk av tvang og makt*. Trondheim: Nasjonalt kompetansemiljø om utviklingshemming. [Internett]. Hentet fra [http://naku.no/sites/default/files/files/NAKU\\_tvang&makt\\_ferdig2\\_skjerm%281%29.pdf](http://naku.no/sites/default/files/files/NAKU_tvang&makt_ferdig2_skjerm%281%29.pdf)

Bjøntegaard, K. (2015). Ord som tilslører. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 52(1), 38–41.

Christensen, E. & Nilssen, K. (2006). *Omsorg for de annerledes svake: et overvåket hverdagsliv*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Direktoratet for e-helse (2016). *(F70-F79) Psykisk utviklingshemming*. ICD-10. Den internasjonale statistiske klassifikasjonen av sykdommer og beslektede helseproblemer. 10. revisjon – 2016. [Internett]. Hentet fra <https://finnkode.ehelse.no/#icd10/0/0/0/2596295>

Ellingsen, K. E. (2007). *Selvbestemmelse: Egne og andres valg og verdier*. Oslo: Universitetsforlaget.

Handegård, T. L. & Gjertsen, H. (2008). *Kapittel 4A - en faglig revolusjon? Evaluering av sosialtjenestelovens kapittel 4A*. Bodø: Nordlandsforskning. [Internett]. Hentet fra <http://www.nordlandsforskning.no/publikasjoner/kapittel-4a-en-faglig-revolusjon-evaluering-av-sosialtjenestelovens-kapittel-4a-article255-152.html>

Helse- og omsorgsdepartementet (1998). *Ot.prp. nr. 11 (1998-99). Om lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern*. Hentet fra

<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/otprp-nr-11-1998-99-/id159399/>

Helsedirektoratet (2015). *Rettsikkerhet ved bruk av tvang og makt overfor enkelte personer med psykisk utviklingshemming – Lov av 24. juni 2011 nr. 30 om kommunale helse- og omsorgstjenester kap. 9*. Rundskriv 10/2015. [Internett]. Hentet fra

<https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/977/Rettsikkerhet%20ved%20bruk%20av%20tvang%20og%20makt%20overfor%20enkelte%20personer%20med%20psykisk%20utviklingshemming.pdf>

Helsetilsynet (2011). *Oppsummeringsrapport – Helsetilsynet i fylkenes saksbehandling ved mottak av kopi av vedtak hjemlet i pasientrettighetsloven kap. 4A – 2009-2010*. Internserien 3/2011 [Internett]. Hentet fra

[https://www.helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/internserien/oppsummering\\_pasrl\\_4a\\_internserien3\\_2011.pdf](https://www.helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/internserien/oppsummering_pasrl_4a_internserien3_2011.pdf)

Hem, M. H., Gjerberg, E., Pedersen, R., & Førde, R. (2010). Pleie og omsorg i grenselandet mellom frivillighet og tvang. *Sykepleien Forskning 2010*, 5(4), 294–301.

Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern 2. juli 1999 nr. 62 (Psykisk helsevernloven).

Lov om helsepersonell 2. juli 1999 nr. 64 (Helsepersonelloven).

Lov om pasient- og brukerrettigheter 2. juli 1999 nr. 63 (Pasient- og brukerrettighetsloven).

Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester 24. juni 2011 nr. 30 (Helse- og omsorgstjenesteloven).

Melinder, A., Berg-Rolness, I., & Sinkerud, M. (2011). *Eksekutive funksjoner, sosiale ferdigheter og barns skoleprestasjoner*. Nasjonalt bibliotek for barnevern og familievern. [Internett]. Hentet fra [https://www.bufdir.no/global/nbbf/Skole\\_utdanning/EKUPEksekutiveFunksjonerSammenstilling2011.pdf](https://www.bufdir.no/global/nbbf/Skole_utdanning/EKUPEksekutiveFunksjonerSammenstilling2011.pdf)

NOU 2016:17 *På lik linje — Åtte løft for å realisere grunnleggende rettigheter for personer med utviklingshemming*. Oslo: Barne- og likestillingsdepartementet [Internett]. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2016-17/id2513222/>

Owren, T. & Linde, S. (2011). Inviterende og insisterende praksis. I Owren, T. & Linde, S. (red.). *Vernepleiefaglig teori og praksis: Sosialfaglige perspektiver*. Oslo: Universitetsforlaget.

SNL (2016). *Manipulere*. Store Norske Leksikon. [Internett]. Hentet fra <https://snl.no/manipulere>

Söderström, S. & Tøssebro, J. (2011). *Innfridde mål eller brutte visjoner? Noen hovedlinjer i utviklingen av levekår og tjenester for utviklingshemmede*. Trondheim: NTNU Samfunnsforskning. [Internett]. Hentet fra <https://samforsk.no/SiteAssets/Sider/publikasjoner/Rapport%20Innfridde%20m%C3%A5l%20WEB-utgave.pdf>

Wigaard, E. & Larsen, F.K. (2014). Hva vil det si å ha en utviklingshemning? I Larsen, F.K. og Wigaard, E. (red.) *Utviklingshemning og aldring, 2. utgave*. Tønsberg: Aldring og Helse. Nasjonal kompetansetjeneste.

Øye, C. (2015). Frivillighet og tvang i sykehjem: to sider av samme sak? *Michael 2015*; 12, 167–79.