

Notat til Tvangslovsutvalget

Skrevet av professor Karl Elling Ellingsen og seniorrådgiver Kim Berge

04.04.2017

Innholdsfortegnelse

Innledning.....	1
Spørsmål og problemstillinger vi bes belyse	1
Oppbyggingen av vår redegjørelse – punktene fra 1-10	2
1. Bakgrunn for dagens tvangslovbestemmelser	3
2. Rettssikkerhet	5
3. Hovedtrekkene i utviklingen etter at lovbestemmelsene innføres	6
4. Grunnleggende forutsetninger	7
5. Betydningen av ansattes kunnskap og erfaring	9
6. Kunnskap til å løse det særlige med generalistkompetanse	11
7. Situasjonsbeskrivelse – tilbudet, tiltakene og tjenestene	12
8. Hva kommer de store fylkesvise variasjonen av.....	12
9. Registreringer og eksisterende forskning – mangler og utfordringer.....	13
10. Økonomi og rammer	15
Avsluttende kommentarer	15
Referanser	16

Innledning

Bakgrunnen for dette notatet er først og fremst den henvendelsen vi har mottatt fra sekretariatet for Tvangslovsutvalget oppnevnt av Helse- og omsorgsdepartementet (HOD), og de konkrete spørsmålene og problemstillingene vi blir bedt om å belyse. I tillegg kommer at vi i Nasjonalt kompetansemiljø om utviklingshemming (NAKU) har jobbet med denne problemstillingen dels gjennom de årlige oppdragene vi får fra Helsedirektoratet, dels gjennom store og små oppdrag vi har fått fra andre instanser som Helsedirektoratet, Helsetilsynet og Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet (Bufdir) og forskningsarbeid enkeltansatte har gjennomført i andre posisjoner og i samarbeid med andre etater som kommuner og Sosialdepartementet. Når det gjelder dette siste, så har det ført til rapporter, paperpresentasjoner på nasjonale og internasjonale forskningskonferanser, vitenskapelige artikler, bokkapitler, masteroppgaver og doktorgradsavhandlinger.

Dette notatet blir oversendt sekretariatet for Tvangslovsutvalget, lagt ut på vår hjemmeside (NAKU.no) og muntlig presentert for Tvangslovsutvalget på deres møte i Tromsø fredag 28. april 2017.

Spørsmål og problemstillinger vi bes belyse

I den innledende forespørselen fra sekretariatet legges det opp til en avgrensning i forhold til hvilke lovbestemmelser det er ønskelig at vi skal bygge vår uttalelse på, og det vises da til Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester kapittel 9 og Lov om pasient og brukerrettigheter kapittel 4A. Vi har valgt å følge denne anmodningen, men tillater oss å tilføye at alle andre tvangslovbestemmelser som Tvangslovsutvalget ser på, også angår og omfatter personer med utviklingshemming, enten dette gjelder andre særlover eller internasjonale lover og konvensjoner. I tillegg gjelder selvsagt også alle

lovbestemmelsene i grunnloven og forvaltningsloven, samt straffelovens bestemmelser med visse unntak. Vi forventer at dette blir tatt hensyn til av det øvrige arbeidet.

- Vi er spesifikt bedt om å gi en uttalelse som ser på hvilke faktorer som har betydning for variasjoner i tvangsbruk og hvordan man kan unngå bruk av tvang. Det vises blant annet til en betydelig variasjon i antall vedtak etter helse- og omsorgstjenestelovens kapittel 9 mellom fylkene, men også proporsjonalt i forhold til antall personer med utviklingshemming i fylket. I henvendelsen er det også antatt at det er en variasjon mellom ulike tjenesteytere når det gjelder i hvilken grad de anvender tvang.
- Videre bes vi om å trekke inn annen kunnskap som vi måtte ønske å formidle til utvalget.
- Vi bes om å legge fram "Relevant forskning vedrørende tvang mot psykisk utviklingshemmede og det aktuelle lovverket, og hvilke faktorer som har betydning for å unngå bruk av tvang".
- På et senere tidspunkt er det lagt til at det også er ønskelig med innspill på hvilke erfaringer en har med kompetansekrav i forbindelse med gjennomføring av tvangstiltak, jfr. Helse- og omsorgstjenestelovens § 9-9. Det er av interesse både for å vurdere overføringsverdien for andre felt, og fordi dette er et krav som foreslås innført i andre lover i kombinasjon med krav om to helsepersonell tilstede ved gjennomføring av tvangstiltak.

Oppbyggingen av vår redegjørelse – punktene fra 1-10

Som overskriften antyder, har vi delt inn dette notatet i 10 punkter. Vi gir i det følgende en kort oversikt over hva disse vil inneholde, før vi tar dem for oss ett for ett.

1. Bakgrunnen for dagens tvangslovbestemmelser

- Vi innleder med å beskrive det vi anser som bakgrunnen for dagens eksisterende lovgiving om bruk av tvang og makt overfor enkelte personer med psykisk utviklingshemming, slik den er nedfelt i Lov om helse- og omsorgstjenester.

2. Rettssikkerhet

- Vi følger opp foregående punkt med å beskrive kort det vi anser som det grunnleggende rettssikkerhetsprinsippet i lovbestemmelsene, og viktigheten av dette sett i forhold til de særlige utfordringene personer med kognitive funksjonsnedsettelse har, og denne sammenheng personer med utviklingshemming.

3. Hovedtrekkene i utviklingen etter at lovbestemmelsene innføres

- Vi gjennomgår utviklingen i selve tvangsbruken, mørketall, utdanningskravet mfl.

4. Grunnleggende forutsetninger

- Hva innebærer det å ha utviklingshemming, hvilke situasjoner oppstår når personer ikke har en effektiv selvregulering hvor kognitive og emosjonelle funksjoner samspiller, og hvordan kan en støtte svekket indre regulering gjennom ytre regulering.

- Hvilken kunnskap og forståelse trengs hos helsepersonell for å være støttende i slike situasjoner.

- Hva er en nødsituasjon, og hva er forutsigbare situasjoner. Dette handler i stor grad om å ha kunnskap og innsikt i hvordan situasjoner eskalerer og kommer ute av

kontroll i samspillet mellom helsepersonell og bruker/ pasient. Videre hvilken betydning relasjonelt arbeid samt miljøarbeid og miljøterapi har elementer i seg som både kan avverge men også skape situasjoner hvor det rapporteres bruk av tvang i nødverge, enten som enkeltstående tiltak eller planlagte og gjentakende tiltak.

5. Betydningen av ansattes kunnskap og erfaring

- Det er forskjell på teoretiske kunnskap, erfaringsbasert kunnskap og praksiser. Det er videre forskjell mellom det vi omtaler som allmennkunnskap og faglig kunnskap. Når det gjelder det siste, faglig kunnskap, så erverves den på flere måter, og finnes i ulik grad eller nivå. Profesjonsspesifikk kunnskap erverves gjennom profesjonsstudier, spesialisering, supervisjon, praksis/ turnus, simulering, ferdighetstrening mfl. Innen helseprofesjonene finnes det en sertifiseringsordning.

6. Kunnskap til å løse det særlige med generalistkompetanse

- Hva kan en bachelor-student greie å løse av situasjoner, hvilke kan vedkommende være med på å skape, og når er dette generalistkompetanse som ikke er tilstrekkelig og hvor det kreves spesialistkompetanse eller situert kunnskap.

7. Situasjonsbeskrivelse – tilbudet, tiltakene og tjenestene

- Her viser vi til [NOU 17: 2016 På lik linje](#)

8. Hva kommer de store fylkesvise variasjonen av

- Her må vi vel holdes oss til det vi vet. I tillegg kan vi peke på forhold som vi kan tenke oss spiller inn, men som vi ikke har dokumentasjon eller forskning til vite sikkert.

9. Registreringer og eksisterende forskning – mangler og utfordringer

- Her kan vi vel gjenta noe av det vi alt har brukt, men litt mer summarisk. Videre peke på det vi mener er manglende i forskning, men også hvilket potensial som ligger i dette ([Modeller i miljøarbeid](#)). Videre at en i stor grad lar usikkerhet om mørketall få bli en diskusjonen om hva stigningen i tallene forteller heller enn en diskusjon om hva som egentlig foregår ute i tjenestene.

10. Økonomi og rammer

- Økonomi og rammer påvirker tvangsbruken i tjenestene; alt fra turnusordninger, krav om effektivitet, manglende tjenestestøtte, overlapping og fagdiskusjoner, svak eller manglende veiledning mfl.

1. Bakgrunn for dagens tvangslovbestemmelser

Det er en rekke forhold som har betydning for at tvang anvendes, og for hvordan en tenker seg at tvang enten kan være til nytte i visse situasjoner, alternativt ikke være det eller kan unngås. I det følgende ser vi på hvilke faktorer som har spilt en særlig rolle i forhold til å drive fram lovbestemmelsene om bruk av tvang og makt i forhold til personer med utviklingshemming. Disse er delt inn i tre; omsorgsmodeller og tvang, strategier – hvordan balansere ulike interesser, og hvor omfattende regner en med at tvangsbruken er.

Omsorgsmodeller og tvang

I forbindelse med avviklingen av HVPU, drøftet Lossius-utvalget behovet for egne lovregler om tvangsbruk i den kommunale hjemmebaserte omsorgen for

utviklingshemmede. Bakgrunnen var de forskriftene som fantes i sykehusloven som hjemlet deler av den tvangsbruken som fant sted på sentralinstitusjonene.

I forbindelse med reformen ble det uttalt at en forventet at behovet for å bruke tvang overfor utviklingshemmede ville avta og forsvinne med nedleggelsen av institusjonene. En god del av tvangsbruken som fant sted i institusjonene er beskrevet som repressive tiltak (Ellingsen, 2006).

Et eget utvalg, Røkkeutvalget (Sosialdepartementet) eller rettsikkerhetsutvalget, leverte noen år senere (1991) en offentlig utredning om rettssikkerhet og forslag til regler for bruk av tvang. Forslagene fremmet av utvalget ble ikke iverksatt i overføringen til kommunene av ansvaret for helse- og omsorgstjenestene til utviklingshemmede. Fordi tvangsbruken ikke opphørte slik forventet, presset det seg fram krav om regler om bruk av tvang i de kommunale tjenestene. Østenstad (2000) hevder at det er legalitetsprinsippet som presset fram lovbestemmelsene. En kunne ikke ha en faglig praksis som innebar bruk av tvang uten at denne var hjemmel i lov. Strengt tatt kan en forfølge dette som at en enten måtte få slutt på all den ulovhjemlede tvangsbruken, eller så måtte en også legalisere den. Dermed ligger det også implisitt i resonnementet som fører fram til innføringen av lovbestemmelsene, at en ikke kan få slutt på tvangsbruken. Her er det viktig å skille mellom å få slutt på tvangsbruken og det å få slutt på de hendelsene, situasjonene og handlingene som brukes som begrunnelse for tvangsbruken. Vi vil komme nærmere tilbake til dette, men her kan en se for seg en omfattende og nyansert diskusjon om hva som eventuelt kan være et innslagskriterium for å bruke tvang, under hvilke rammer etc.

Når det gjelder selve legalitetsprinsippet, så vil ansatte som utøver handlinger som det kreves lov hjemmel for å utføre, pådra seg et personlig ansvar og mulig strafferettslig ansvar, dersom vedkommende utfører handlinger det ikke er hjemmelsgrunnlag for. En vet fra andre saker, at selv om det finnes organisatoriske og strukturelle rammer, forventninger og krav som er med på å lede ansatte til å utøve slike handlinger, fratar ikke dette den enkelte fra sitt strafferettslige ansvar. Lovbestemmelsene er slik sett med på å sikre ansatte, samtidig som at det på den motsatte siden kan presse ansatte til å gå lengre enn det de selv mener det er grunnlag for basert på det hjemmelsgrunnlaget som loven gir. Vi kommer også tilbake til dette i vår drøfting av den stadige økningen i vedtak om bruk av tvang og makt.

Strategier – hvordan balansere ulike interesser

Det er på mange vis en spesiell situasjon når brukerorganisasjonene som eksempelvis Norsk Forbund for utviklingshemmede (NFU) både støtter arbeidene med lovutformingen og etter hvert også de endelige bestemmelsene. Noe av forklaringen synes å være *for det første* at en fortsatt ulovhjemlet praktisering av tvang overfor utviklingshemmede, kunne eller ville føre til et press mot et institusjonstilbud for de brukerne/ pasientene en ikke greide å gi et forsvarlig tilbud uten bruk av tvang. *For det andre* at en lovregulering også klarere vil skille ut all den unødvendige og til dels repressive tvangsbruken som var avdekket tidligere (Ellingsen, 2006).

Hvor omfattende regner en med at tvangsbruken er

For å finne svar på hvor mange personer med utviklingshemming det kunne dreie seg om som har så vidt store kognitive, psykiske og atferdsmessige vansker at de i større eller noe mindre grad blir utsatt for tvang fra helsepersonell, ble det samlet inn data om

dette. Sosialdepartementet (Ot.prp.nr. 58, 1994-95) gjennomførte en enkle spørreundersøkelser (enquête) ute hos spesialisthelsetjenesten samt enkelte nøkkelinformanter. Her fant en at det dreide seg rundt 600 personer. Seinere fastsetter Helsetilsynet (2000) tallet på personer som opplever bruk av tvang og makt til rundt 1000 voksne personer med utviklingshemming av moderat eller alvorlig grad og 200 personer med autisme som har alvorlige atferdsavvik eller psykiske lidelser.

2. Rettssikkerhet

NOU 1991: 20 Rettssikkerhet for mennesker med psykisk utviklingshemming er kjent nettopp for sitt fokus på rettssikkerhet. I mandatet Røkke-utvalget fikk, inngikk å vurdere og utrede regler for bruk av tvang overfor mennesker med psykisk utviklingshemming. De lovreglene som ble vedtatt som en midlertidig lov og innført fra og med 1. Januar 1999, bygde i stor grad på Røkke-utvalgets arbeider. Rettssikkerhet forutsetter at det finnes en rettighet, og at de som fyller vilkårene for den aktuelle retten, får det de har rett på. Noe av utfordringen med lovbestemmelsene om bruk av tvang og makt gitt i kapittel 9 i Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester, er det store spriket som er mellom det å omfatte enkeltstående rene nødsituasjoner til planlagte omsorgstjenester som også innbefatter opplæring. At disse reglene i tillegg anvendes i tilknytting til gjennomføring av helse- og omsorgstjenester i personens eget hjem, gjør dette til potensielt svært inngripende og integritetskrenkende handlinger fordi personen slik sett ikke har noe sted å unnsnippe tvangsbruken. Som vi skal se noe senere, er det ytterligere sårbart og potensielt krenkende når en vet at mange med nedsatt kognitiv funksjon slik som personer med utviklingshemming, også har vansker med å forstå hvorfor dette skjer og hva som er sammenhengen. Dette igjen gjør at mange har vansker med å forutsi eller beregne om tilsvarende situasjoner vil opphøre eller fortsette i framtiden. Dette er med å skape en grunnleggende utrygghet i personens eget hjem.

Det er bred politisk enighet om at rettighetsfestede goder er noe de som oppfyller vilkårene for dette, skal motta dem uten å måtte ty til juridisk bistand. Det er et ansvar som påhviler forvaltningen av de aktuelle lovbestemmelsene å informere, veilede og sikre at de som har rett på ytelsen, får den. Det kanskje viktigste rettssikkerhetsprinsippet i bestemmelsene i kapittel 9 i Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester, er at alle vedtak om bruk av tvang og makt skal følge en bestemt saksbehandling hvor det stilles krav om legeundersøkelser av nyere dato, at spesialisthelsetjenesten konsulteres, og at det gjøres rede for hvordan det foreslåtte tiltaket tilfredsstiller krav om faglig og etisk forsvarlighet. Også kravet om at andre løsninger skal være forsøkt, støtter opp under rettssikkerheten til de som kan bli utsatt for tvangsbruken. Videre ligger det i forarbeidene til loven, at det kreves en helhetlig plan.

Vi har fulgt noen enkeltsaker som vi blant annet har beskrevet i fagheftet "Modeller i miljøarbeid" (Berge & Ellingsen, 2010). Felles for disse og andre studier vi har foretatt (Ellingsen, 2006) er økt vekt på dokumenterbar fagkunnskap og refleksiv praksis. Vi har også gjennomgått et utvalg av meldinger og vedtak på oppdrag av Helsetilsynet (Ellingsen, Berge, & Lungwitz, 2011), hvor det er svært begrenset hva som opplyses av vurderinger som gjøres med hensyn til etisk og faglig forsvarlighet, andre løsninger eller andre sentrale forhold som somatisk og psykisk helse eller hendelser eller relasjonelle forhold som kan ligge bak hendelsene der tvangsbruken gjennomføres. Basert på disse

to "posisjonene" finner vi at det vi anser som det grunnleggende rettssikkerhetsprinsippet og selve logikken i kapittel 9 i Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester, er utslagsgivende for å lykkes, og gir utslag når det følges og tilsvarende trolig forklarer noe av tvangsbruken i de sakene hvor det synes å være fraværende. Vi vil samtidig ile til med å si at dette er vurderinger som mer bygges på indisier enn stringente og konklusive data.

3. Hovedtrekkene i utviklingen etter at lovbestemmelsene innføres

I tiden etter at lovbestemmelsene trådte i kraft, er det noe få forhold som har blitt gjennomgående drøftet og kritisert. En kan godt spørre seg hvor sentrale disse egentlig er i en større sammenheng og i forståelsen av selve tvangsbruken. De punktene som er drøftet følger naturlig nok av hva selve lovbestemmelsene uttrykker og i hvilken grad disse ansees fulgt. Temaene som går igjen er:

- Utviklingen i tvangsbruken – er det en reell økning eller kun en økning i meldinger og vedtak
- En påfølgende diskusjon om mørketall
- Hva er alternativene til tvang
- Kompetansekravet og dispensasjonsordningen
- For krevende eller ikke for krevende regelverk
- For dårlig oppfølging av meldingene

Utviklingen i tvangsbruk

Rett etter at lovbestemmelsene ble innført, ble det fattet rundt 250 vedtak (bokstav b og c) som siden har økt nærmest konstant. I 2016 var det fattet vedtak etter bokstav b og c som i alt omfattet 1229 personer. I tillegg ble det meldt om tvang i enkeltstående nødsituasjoner etter bokstav a for i alt 1258 personer. I 2014 var det totalt 2001 personer som på et gitt tidspunkt var utsatt for tvangsbruk etter bokstav a, b og c. I 2016 er det tilsvarende tallet økt til 2261 personer ifølge Helsetilsynet (2017). Dette er en økning med 260 personer. Forskning utført av Sintef (2011) viser at omtrent 90% av vedtakene som fattes, videreføres. Legger en til at det hvert år har vært en økning i antallet vedtak, kan en slutte at det totale antallet personer med utviklingshemming som omfattes av vedtak etter disse reglene, er vesentlig høyere enn det årvisse tallet. I tillegg kommer tvangsbruk etter Lov om pasient og brukerrettigheter kapittel 4A, som omfatter tvang for å sikre helsehjelp for å avverge vesentlig helseskade hos personer som motsetter seg slik hjelp og som ikke selv er samtykkekompetent. Hvor mange personer med utviklingshemming dette dreier seg om er ikke oppgitt, men forskning (Ellingsen, Lungvitz, & Berge, 2009) og erfaring viser at det er grunn til å tro at det er en del. [NAKU \(NAKU, 2017\) har utarbeidet en oppsummering av sentral forskning og statistikk som viser utviklingen av tvangsbruken på egen side.](#)

Mørketall

Det finnes så vidt vi vet, ikke forskning som har forsøkt å svare på hvor store mørketallene er i forhold til bruk av tvang og makt overfor personer med utviklingshemming. Alle tvangsbruk som ikke meldes og hvor det finnes vedtak, kan regnes som mørketall. Det er trolig situasjoner hvor tvang forekommer med hjemmel i Straffelovens bestemmelser om nødverge. Det kan eksempelvis være tilfelle på

arbeidsplasser, i skolen og enkelte andre situasjoner hvor noen griper inn for å avverge det de anser som nødsituasjoner. Samtidig forekommer det en mer omfattende og forutsigbar tvangsbruk i de samme situasjonene som ikke hjemles i nødbestemmelsene. Legger en disse sammen med mørketallene fra de kommunale helse- og omsorgstjenestene, er det grunn til å frykte at dette kan være omfattende. Muligheten av at det fortsatt er mørketall er i seg problematisk, noe som styrkes ved at omfanget kan være betydelig. Vi mener at henvisning til disse mørketallene som en vedvarende årsaksforklaring for økningen i vedtakene om tvang, svekker lovbestemmelsene og rettssikkerheten disse er ment å beskytte. Her må en legge til grunn at dette lovverket har vært gjeldende lov siden 1. januar 1999, og nærmer seg med det snart 20 år. Det er rimelig å forvente at det tar noe tid å få et lovverk implementert, men dersom en mener at det forekommer en større eller mindre grad av praksiser som bryter med loven, så krever det iverksettelse av tiltak. Det å omtale disse lovbruddene som mørketall er i seg selv en innrømmelse av at en både forventer og til dels aksepterer at det er slik. Problemet er at en ikke verken vet omfanget av disse lovbruddene, formen på dem eller styrken av dem. Det en imidlertid vet, er at ved hvert statlige tilsyn som er gjennomført, er det avdekket nettopp brudd på disse lovbestemmelsene. Dette er tilsyn som i stor grad er gjort kjent og ofte varslet.

4. Grunnleggende forutsetninger

Det er en rekke forhold som kan regnes inn under dette punktet, men det er særlig fire temaer vi ønsker å trekke opp i lys av at temaet her er bruk av tvang.

Selvregulering - samspillet mellom kognitiv og emosjonell fungering

Personer med utviklingshemming har en nedsatt kognitiv fungering. Dette kjennetegnes av IQ under 70, samt at vedkommende har vansker med å greie daglige gjøremål og oppgaver slik at vedkommende er avhengig av støtte og hjelp. I tillegg kommer at den kognitive funksjonsnedsettelsen er stadfestet i tidlige leveår og før fylte 18 år. Nedsatt kognitiv fungering kan ha en rekke konsekvenser. Det er neo-cortex, også kalt tenkehjernen, som rammes når personer har en nedsatt kognitiv funksjon. Det limbiske systemet, følelshjernen, er ofte intakt, og det samme gjelder den forlengede marg som regnes som det autonome nervesystemet. For at vi som mennesker skal ha en god og effektiv selvregulering og emosjonsregulering, er vi avhengig av et tett samspill mellom kognitive og emosjonelle funksjoner. Dette styres særlig gjennom det som kalles "low and high road" i hjernen. Den ene går direkte fra thalamus til amygdala (low road), den andre går fra thalamus, via neo-cortex til amygdala (high road). Impulser som går direkte, filtreres ikke av tankeprosesser samlet opp fra teori og erfaring, og fører til rask respons av typen fight, flight, freeze. Dersom vi utelukkende responderer basert på dette responssystemet, vil våre handlinger i mange sammenhenger være for primitive i forhold til den aktuelle situasjonen og det mangfoldet av muligheter som ofte foreligger. Impulser som går via neo-cortex vil bli filtrert gjennom kognitive prosesser, hvor vi setter sammen, analyserer, innhenter ytterligere informasjon osv. Dette er ikke like raske responser som de som følger av det limbiske nervesystemet alene. På sikt lærer vi mennesker å undertrykke det limbiske systemet selv om vi ikke har analysert ferdig situasjonen. Det er styrken og alvorlighetsgraden i impulsene langs low road som avgjør om vi alternativt lar oss styre av disse. Det finnes flere studier som viser at vi mennesker er i stand til å undertrykke fryktreaksjoner fra amygdala gjennom kognitive prosesser, hvor personen faktisk utsetter seg for livsfare. Hovedpoenget med dette, er å være klar

over at mange personer som har en til dels omfattende nedsatt kognitiv funksjon, vil være tilbøyelig til å la seg styre av sine emosjonelle funksjoner via low road, som innebærer økte sannsynlighet for responsene fight, flight, freeze. Dette er responser som i en rekke situasjoner vil oppfattes som uhensiktsmessig, og som også kan tolkes som fare for vesentlig skade.

Indre og ytre regulering

Grovt sett kan en skille mellom indre og ytre regulering. Samtidig er det også et viktig samspill mellom de to med overganger. Regulering innebærer å aktivere, moderere eller avbryte og stanse aktivering av emosjoner og handlinger som styres av disse. I tillegg kommer at en også regulerer kognitivt aktiverte impulser og handlinger. Vi tenker ikke å gå nærmere inn på disse systemene, men tar dette opp fordi det har en direkte betydning i forhold til bruk av tvang og makt. Dersom en velger å gå inn med ytre regulering, eksempelvis med tvang og makt, vil en ofte øke nerveimpulsene til det limbiske systemet og det responssystemet som fyrer av en av de tre responsene fight, flight, freeze. Det vil slik sett være mer hensiktsmessig å benytte en ytre regulering som heller roer ned aktiveringen av det limbiske systemet, kan en også støtte personen i sin indre regulering. Det kan også forekomme tilstander hvor det er direkte uheldig eller kontraindisert å bruke tvang. Alvorlige angsttilstander vil kunne forverres om personen utsettes for tvang på måter eller under betingelser, som er utspring for personens angst. Det samme kan sies om alvorlige stresslidelser. Rent generelt kan en si at ytre regulering bør rettes inn slik at den aktiverer personens indre regulering, og ved bruk av måter og metoder som virker stabiliserende.

Helsepersonells kunnskap og forståelse

Det å ha en basiskunnskap fra sentrale fag innen helse- og omsorgsfagene, er helt nødvendig for å ha både faktiske kunnskaper og legitimitet for å utøve planlagte tvangstiltak (vedtak etter bokstav b og c). Gjennom å ha fagkunnskap fra fag som nevrologi, psykologi, psykiatri, medisin, sykepleie, vernepleie, pedagogikk, sosialt arbeid, sosiologi, habilitering og rehabilitering, juss mfl., så vil helsepersonalet som inngår i tjenestene ha en basis eller generalistkunnskap som sikrer et minimum. Det er en minstestandard. Samtidig vet en at det ofte ikke er nok å være generalist for å løse helt spesielle og til dels særskilte oppgaver. Det kan kreves for det første at generalistkunnskapen situeres. Det skjer gjennom veiledning i selve arbeidet og en mer generell supervisjon. Det vil også være tilfeller hvor det kreves generalistkompetanse på et høyere nivå eller også spesialistkompetanse. Utgangspunktet er at kunnskapen skal føre til en bredere og mer treffsikker forståelse, samt å sette personen i en beredskap som innebærer at en har med seg visse grunnleggende forståelser. Den forståelsen det er snakk om, kan beskrives som forforståelse men skiller seg klart fra forutinntatte oppfatninger og standpunkter.

Forutsigbart og del av helse- og omsorgstjenesten eller nødsituasjoner

Vi har vært inne på dette at bestemmelsene i kapittel 9 i Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester gjelder alt fra rene nødsituasjoner som ledd i utførelsen av de tjenestene vedkommende har vedtak om, til mer planlagte tiltak om bruk av tvang basert på vedtak etter bestemmelsene i § 9-5, tredje ledd, bokstavene b og c. Definisjonen av tvangsbegrepet slik det framsettes i § 9-2, andre ledd, omtales som deskriptive. Med det menes at de klart beskriver hva som er å regne som tvang og hva som faller utenfor definisjonen. Alternativet til deskriptive bestemmelser er normative.

Også disse lovbestemmelsene er under normativt press, på tross av sin deskriptive tilnærming. Dette skjer dels som følge av formålsbestemmelsene, og de både gyldige og mer vikarierende argumentene som føres for å gjøre bestemmelsene gjeldende i ulike praksiser. Dette presset finner sted både når det gjelder meldingene etter bokstav a og vedtakene etter bokstav b og c. Situasjoner som ikke kan sies å være rene nødsituasjoner blir regnet som det, og vedtak som går utover det en kan regne som kommunale helse- og omsorgstjenester blir omdefinert eller inkludert uten at de skulle vært det.

Personer vi har snakket med som har diagnosen utviklingshemming, har liten forståelse eller oppfatning om at diagnosen de har fått gir grunn for å ha tiltak som innebærer tvang og makt. Ikke er det noen som snakker med dem om det heller, selv om erfaringer fra psykisk helsevern tyder på at å gjøre det er smart på alle måter (Berge & Ellingsen, 2015).

Vi ser ikke at tvangsreglene i helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 9 ivaretar eller bygger på faglige begrunnelser gjennom å dokumentere forskningsmessige og heller ikke anerkjente empiriske belegg for at tvang har en behandlingsmessig positiv effekt overfor de personene disse reglene retter seg inn mot. Dette svekkes ytterligere ved at det i nesten alle tiltak som omfatter vedtak om tvang, gis dispensasjon fra kravet om fagpersonell. Tvangsbruken er dermed i hovedsak begrunnet i hensynet om beskyttelse eller avverging. Ved å avvise det behandlingsmessige aspektet ved tvangsbruken, forsvinner også et viktig element ved å knytte tvangsbruken til diagnosen. Det faglige elementet som dermed blir værende, er den koblingen som kan gjøres mellom diagnosen og atferd som skaper behov for beskyttelse eller avverging. Dette vil være en tvangsbruk som må bevise at den ikke har en primært normativ begrunnelse, det å drive atferdsendrende tiltak for å forme personer i samsvar med samfunnets krav og normer. Det er det en vil kalle assimilering. Folk som har det bra og føler seg trygge, vil sjelden slå seg selv eller andre. Mistrivsel eller engstelighet vil kunne vises som utfordrende atferd hos personer som har vansker med å ordlegge seg. Utfordrende atferd blir i så måte et symptom. Å bruke tvang overfor personer som er annerledes og som bryter normene, vil være å bruke tvang mot en gruppe dersom dette er et kjennetegn ved den, at de bryter normene eller er annerledes. Den kognitive funksjonsnedsettelsen gjør at mange med utviklingshemming oppfattes å bryte med normene. Problemet er snarere at personer med utviklingshemming ofte ikke skjønner normene, lærer seg hvordan de fungerer eller hva som er den beste måten å forholde seg til dem på. Deri ligger noe av funksjonsnedsettelsen (Berge & Ellingsen, 2017).

5. Betydningen av ansattes kunnskap og erfaring

Generelt kan en si at det er både ønskelig, behov for og et rimelig krav at tjenestene til personer med utviklingshemming utøves av kompetente fagpersoner med krav om formalkompetanse på samme nivå som det en ellers finner i det norske samfunnet. Det er ikke først og fremst i utøvelsen av selve tvangen at utdanningskravet gjøres gjeldende, men like mye i de situasjonene som leder opp til og som avslutter hendelsene hvor tvang forekommer. Andelen av vedtakene som også har dispensasjons søknader fra utdanningskravet har vært høy og er det fortsatt. Manglende kunnskap og kompetanse hos ansatte i tjenestene til utviklingshemmede er et gjennomgående tema i de offentlige utredningene og meldingene fra 1970-tallet og fram til i dag. Dette skjer samtidig med at

utdanningsnivået i samfunnet generelt er kraftig økende og det innen tilsvarende områder fremmes krav om utdanning på masternivå (barnevernet). Tjenestene til utviklingshemmede utgjør per 2014, 45% av helse- og omsorgsbudsjettet i norske kommuner i følge SSB (2016) og er slik en svært betydelig del av tjenestene som ytes i kommunene.

Problemet er snarere at det er en rekke personer som har så vidt sammensatte og komplekse kognitive funksjonsnedsettelse, gjerne i kombinasjon med psykiske vansker, som gjør at de ofte kommer i situasjoner hvor de ikke greier å regulere seg selv (selvregulering). Årsakene er mange, og spenner fra psykologiske og psykisk til miljømessige faktorer. På det psykologiske og psykiske planet dreier det seg om forhold som spenner fra 1) rene nevrologiske patologiske tilstander, via 2) psykiske diagnoser til mer 3) rene psykologiske fenomen. Når det gjelder de miljømessige faktorene handler det om alt fra 4) krav og forventninger som skaper vansker og funksjonshemminger, via 5) miljøbetingelser som trigger personens sårbarheter, til 6) hendelser som i seg selv er direkte utløsende årsaker til personens reaksjoner. Det finnes også syndrom hvor en vet at personen har store atferdsmessige vansker eller der utfordrende atferd er diagnosen i seg selv. I flere sykdomstilstander, både somatiske og psykiske, vil bruk av tvang være uheldig og direkte skadelig. Alt dette er kunnskap som i noen eller mer omfattende grad, inngår i fagutdanninger innen helse- og sosialfagene. En psykiater har mer inngående kunnskap om stress-syndrom, angstlidelser, paranoide tilstander, schizofreni, psykoser og traumer. Selv om noen av disse tilstandene behandles under tvangsinnleggelse i psykiatrien, og til dels også med annen tvangsbruk, er det samtidig kjent at slik tvangsbruk kan ha svært uheldig virkning. Når pasienter innlagt i psykiatrien har tilfriskning, er mange i stand til å diskutere og sette seg inn i de begrunnelsene behandlerne gir for tvangsbruken, og vil også med oppfølgende behandling, være i stand til å løse eller skille de emosjonelle reaksjonen fra selve tvangsbehandlingen. Ofte gjennom eksponeringsterapi. Det finnes noen få studier som viser viktigheten av å debriefe pasienter som har vært utsatt for tvang. Mange utviklingshemmede får ikke slike tilbud, og for noen er det også mer begrenset hvor effektivt dette er på grunn av høy grad av kognitiv funksjonsnedsettelse. Her kunne vi fortsatt og tatt eksempler innen alle de seks områdene som er nevnt på side 6, og alle de andre som ikke er nevnt. Poenget er å vise at [fagkunnskap og profesjonskunnskap](#) er helt avgjørende for å kunne gjøre en faglig forsvarlig innsats overfor en del pasienter og brukere. Det er god grunn til å tro at de rundt 1200 personene med utviklingshemming som hvert år utsettes for tvang hjemlet i helse og omsorgstjenestelovens kap. 9, §9-5, tredje ledd bokstav b og c, samt rundt 1200 personer med utviklingshemming som utsettes for tvang hjemlet i samme lov, §9-5, tredje ledd bokstav a. Særlig når det gjelder de rundt 1200 personene som omfattes av bestemmelsene i §9-5, tredje ledd bokstav b og c, det som omtales som planlagte tiltak, er det grunn til å regne med at det har så vidt omfattende problemer at det kreves høy kompetanse for å yte faglig forsvarlige tjenester til dem. Når det på tross av slik kunnskap ikke er mulig å hjelpe personen med å regulere forhøyet emosjonell aktivitet, kan det i noen tilfeller være nødvendig å benytte ytre regulering, også tvang. Trolig er det mulig å forhindre dette i langt større grad enn det vi ser skje i dag.

Konklusjon: Det er altså ikke selve utføringen av tvangstiltakene som alene krever fagutdanning, men det å yte tjenester i de situasjonene hvor det hele kan eskalere til situasjoner som en vet ender med tvangsbruk. Det vet en i alle de tilfellene en fatter vedtak om planlagte tiltak. Disse vedtakene fattes etter gjentatte ganger av

skadeavverging i enkelttilfeller. Når det gjelder bruk av tvang i omsorgstiltak (c), er det enda større grunn til å være optimistisk når det gjelder å finne alternativer til tvang. Igjen handler det om fagkunnskap og profesjonskunnskap. Problemet er i stor grad at de som har behov for miljøterapeutiske tiltak, oftere får hjemmetjenester som har stort preg av servicetjenester.

6. Kunnskap til å løse det særlige med generalistkompetanse

Når det gjelder faglig skjønn versus et allment skjønn, så er det slik at for at en avgjørelse og handling skal være faglig; kreves det at den bygger på kjente og tilgjengelige metoder/ teorier innen et fagfelt. Det stilles krav om faglighet/ vitenskapelighet i tilknytting til avgjørelsen. Kravet om etterprøvbarehet vil stå sentralt. En forutsetning for videreutvikling av det faglige skjønn, er at det akkumuleres kunnskap om skønnsutøvelsen. Her vil forskning og faglitteratur spille en sentral rolle. Det må analyseres hvilken systematikk man bygger på i skønnsanvendelsen (Ellingsen, 2014). Følgende elementer er nevnt som vesentlige for en systematisk faglig skønnsanvendelse (Ellingsen & Johansen, 1999): 1) fakta om situasjonen, 2) aktuelle faglige vinklinger, 3) fordeler og ulemper ved ulike tilnærminger, 4) virkninger på lang og kort sikt, 5) risikofaktorer og usikkerhet, 6) personlig integritet og rettssikkerhet, 7) relasjoner til andre personer og 8) en samlet kritisk vurdering.

Det norske samfunnet, borgerne og styresmaktene, sikter høyt og stiller høye krav som krever kunnskap, kompetanse, innsats og engasjement. Generelt er utdanningsnivået høyt, og innen en rekke samfunnsområder finner vi krav til sertifiseringer og formell kompetanse, profesjonskompetanse, for å inneha bestemte stillinger og for å utføre beste oppgaver. Ikke minst gjelder dette yrker og arbeidsområder innen helse- og omsorgssektoren. Et eksempel er legeyrket og ikke minst legekunsten som lenge har vært et fagområde der det har vært stilt og i stigende grad stilles krav til høy kunnskap og kompetanse. Det kan virke underlig og uforståelig å måtte argumentere for et behov for at ansatte som yter helse- og omsorgstjenester til personer med utviklingshemming, skal ha fag- og profesjonsutdanning for å kunne gjøre det. I arbeid som miljøterapeut vil det oppstå situasjoner som profesjonsstudiet ikke har gitt verken kunnskap eller øvelse i å takle. Årsakene for at dette oppstår kan være flere. Det ene kan handle om at situasjonene er så kompliserte eller spesielle at det kreves spesialistkunnskap for å løse dem. I ICD-10 finner vi i kapittel V en rekke diagnoser som er rubrisert som psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser. Forskning viser at mellom 10-40 (Grey, Pollard, Brian, & Richard, 2010) prosent av personer med utviklingshemming har atferdsforstyrrelser. Blant disse er det en mindre gruppe som har svært sammensatte og vanskelige tilstander. Så langt har spesialisthelsetjenesten hatt vansker med å bistå kommunalt personell med gode nok behandlingstilbud som løser den enkeltes utfordringer i de særlig utfordrende sakene. Resultat av dette kan være en forstrekt personalgruppe med utstrakt bruk av tvang og makt som konsekvens. Noe av denne tvangsbruken må kunne påregnes å være kontraindisert og i verste fall feilbehandling. Problemet i disse tilfellene er ikke at personell med bachelorutdanning som eksempelvis vernepleiere mangler kunnskap om hvordan en behandler eller møter utfordrende atferd fra sin profesjonsutdanning, men at en innen helse-Norge ikke har et system som gir denne gruppen mennesker et likeverdig behandlingstilbud. Det antas at ved tilbud om etter- og videreutdanning om disse problemstillingene, som omfatter psykiatere, psykologer og vernepleiere, vil en kunne avhjelpe de helseproblemene som enkelte personer med utviklingshemming opplever.

Det kan også være helt spesifikke vansker eller utfordringer som knytter seg til personen, gjerne i kombinasjon med spesifikke miljømessige forhold. Ofte er dette situasjoner som har fått utvikle seg slik at det oppstår fastlåste mønster som krever en målrettet eller systematisk, gjennomtenkt og strategisk og strukturell tilnærming for å kunne løses. Noe av dette vil være en forståelseskunnskap som ligger i profesjonsutdanningen, men de lokale eller konkrete løsningene som er utviklet krever en situert forståelse og kunnskap. Noen ganger vil en oppdage at til tross for at det framstår som en spesifikk situasjon, så er det ofte knyttet til bestemte forståelser fra fagmiljøer som har oppstått gjennom etablering av bestemte kulturer. I slike tilfeller vil nyansatte ofte utsettes for sosialiseringprosesser som begrenser og låser muligheten for å anvende den profesjonsfaglige kunnskapen personen er opplært i. Vi viser til en egen nettartikkel (NAKU, 2016) for videre tekst om [fagutdanning og profesjonskunnskap](#).

7. Situasjonsbeskrivelse – tilbudet, tiltakene og tjenestene

Her viser vi i hovedsak til NOU 2016: 17 På lik linje. Vi mener det for det første er grunn til å merke seg alle de punktene hvor utvalget mener Norge bryter med FN-konvensjonen om rettigheter til personer med nedsatt funksjonsevne (CRPD) og de gjentakende påpekingene av manglende data og forskning. Utvalget kunne trolig gått lengre, men avgrenser seg til det mandatet de ble gitt. Eksempelvis berøres kun 15 av i alt 50 artikler i FN-konvensjonen. Trolig kunne en påvist brudd også på flere av de andre, men disse ligger som nevnt trolig utenfor utvalgets mandat.

I tillegg til dette arbeidet, er det noe forskning senere år som peker på at en ikke har nådd de målene en satte ved avviklingen av Helsevernet for psykisk utviklingshemmede (HVPU). Vi har ved flere anledninger og senest ved utgivelsen av magasinet [Utvikling, Nr. 1/ 2017](#), pekt på viktigheten av å arbeide konkret og målrettet med inkluderingsarbeidet, som også krever inkluderingskompetanse (NAKU, 2017).

8. Hva kommer de store fylkesvise variasjonen av

Registreringene i NESTOR som er gjennomført av fylkesmennene og helsetilsynet har vært og er delvis fortsatt under endring. Dette gjør at Helsetilsynets egne registreringer gjengitt i de årlige tilsynsmeldingene gir usikre data. Om vi går inn og ser fylkesvis på hva som registreres vil man se at det foreligger relativt store regionale forskjeller. Dette er interessant i den forstand at registrert tvangsbruk ikke følger omfanget av personer med utviklingshemming i det enkelte fylke. Hvorfor det kan se ut til å foreligge slike fylkesvise store forskjeller vites ikke med sikkerhet, men det foreligger noen forklaringer som kan være verdt å se nærmere på.

1. Lokale variasjoner i forståelse av hva som er bruk av tvang og makt hos fylkesmannens og kommunens representanter. Eksempelvis har det vært relativt stor uenighet/praksis i fylkesmannsembetene om hvordan man benytter §9-5, tredje ledd bokstav a. Meldinger etter bokstav a blir benyttet i påvente av hjemling av b eller c vedtak. Planlagte tvangsvedtak blir hjemlet under bokstav a selv om det ikke er i nødstilfeller, men gjentakende

- tvangsbruk. Alt i fra støvsuger som låses inne til personer som legges i planlagt mageleie.
2. Uenighet/ usikkerhet om hva som skal registreres i NESTOR.
 3. Ulik faglig kultur i barne- og voksenhabiliteringstjenesten.
 4. Ulik faglig kultur blant høyskoler og universitet som utdanner tjenestepersonell.

Å dokumentere hva som anses som faglig forsvarlig og hva det innebærer å utøve et faglig skjønn er i mindre grad beskrevet i den praksisen vi har oversikt over. Det er et uheldig punkt at helse- og omsorgstjenesteloven kun krever at andre løsninger enn bruk av tvang og makt skal være prøvd, uten å gi retningslinjer for hvordan dette skal dokumenteres både i saker som påbegynnes og hvor man finner fram til andre løsninger, og i de sakene hvor det ender med vedtak om bruk av tvang.

Når vi ser på de vedtak som blir fattet vedrørende tvang og makt ser vi fra vår gjennomgang at andre løsninger i mindre grad blir beskrevet. I den grad det blir beskrevet er det noe som har blitt gjort og ikke noe man skal arbeide med i vedtaksperioden. Andre løsninger som beskrives etter meldinger av bokstav a er også svært tynt beskrevet når det gjelder andre løsninger (Ellingsen, Lungvitz, & Berge, 2009). Hvordan man forstår, dokumenterer og arbeider med andre løsninger blir forstått ulikt. Dette gjelder kommunene, habiliteringstjenestene og fylkesmennene (ibid). Hvert år blir 10% av vedtakene avsluttet (Sintef, 2011). Hvorfor disse blir avsluttet vet vi lite om fra forskningen.

Imidlertid har det de senere år kommet en rekke fortellinger om til dels store endringer og økt satsning ved etablert praksis overfor personer som oppfattes å ha utfordrende atferd. I hvert enkelt tilfelle framstår disse som enestående historier, og er det også. NAKU gjennomførte en rundbordskonferanse som hadde til hensikt å synliggjøre noen av disse miljøene for å se om det var fellesnevner i historiene. De 8 miljøene som deltok på rundbordskonferansen viste at på tross av geografisk avstand mellom miljøene og ulikt ideologisk bakteppe i miljøarbeidet, så fremsto [historiene](#) slik at den enkelte person med utviklingshemning hadde fått økt sin livskvalitet gjennom en reduksjon av bruk av tvang og makt. Det var særlig omgivelsene man hadde endret. En annen faktor som var fremtredende ved alle miljøene som hadde fått til en reduksjon eller avvikling av tvangen var at den enkelte person med utviklingshemning hadde blitt en sentral aktør i planleggingen av de endringene man gjorde. I forhold til forskning der man har forsøkt å identifisere og å se på fellestrekk for pasientgruppen som har vedtak om tvang og makt har spesialisthelsetjenesten ved Stubrud (Stubrud, 2016) og (Revis, 2006) gjort to publikasjoner. Fellesnevneren her er også et særlig behov for spesialisert kunnskap.

9. Registreringer og eksisterende forskning – mangler og utfordringer

Studier som ser på bruk av tvang og makt mot personer med utviklingshemning i Norge finnes det noe av.

Evalueringen av kapittel 6A i sosialtjenesteloven pekte på at bestemmelsene bidro til redusert bruk av tvang og makt og til en høyere erkjennelse av tjenestemottakerens rett til respekt for sin integritet og selvbestemmelse (Helsedirektoratet). På oppdrag for Sosial- og helsedirektoratet har Nordlandsforskning (Nordlandsforskning, 2008)

gjennomført en evaluering av sosialtjenestelovens kapittel 4A i perioden januar 2007 til januar 2008. Undersøkelsen har imidlertid ikke direkte tilgang på de hendelser det berettes om. Undersøkelsen (ibid) viser til at informantene er samstemte i at loven har bidratt til at bruken av tvang og makt overfor denne gruppen har gått betydelig ned de siste årene. En nyere studie som også benytter et utvalg som ikke kan generaliseres er fra Dragsten og Søndena (Dragsten & Søndena, 2014). De har gjennomført en studie der de spør fylkesmannen og et utvalg ansatte i Sør-Trøndelag. De viser også til at tvangen har gått ned. Det finnes flere andre studier som peker i samme retning i form av at tvangen har gått ned (se eksempelvis i avhandlingen til Ellingsen 2006) og som benyttes til inntekt for at tvang og makt er redusert siden innføringen av den gang kapittel 6A.

Det er viktig å skille mellom minst to forhold i denne diskusjonen. Den nasjonale evalueringen og i stor grad resten av forskningen på dette området, er i stor grad basert på kvalitative data. I grove trekk betyr dette at man har spurt ansatte om hva de tror er årsakssammenhenger uten at de ansatte har gått inn og sett på hvordan den faktiske tilstanden er for sitt arbeidsfelt. I tillegg er den nasjonale evalueringen og andre studier i et omfang som gjør at det ikke kan sies å representere hvordan tilstanden er på feltet. Imidlertid peker flere av undersøkelsene på at lovverket har ført til praksisendringer og har hatt positiv betydning i forhold til enkelte med utviklingshemming. Spørsmål som undersøkelsene ikke svarer på er hvordan dette ser ut i forhold til et nasjonalt perspektiv både når det gjelder antallet personer, antallet vedtak og innholdet i hvordan tvangen utøves og ikke minst hva som gjøres for å unngå tvang. Forskningsfeltet kan beskrives som grunt og i liten grad finner man eksempelvis replikasjoner.

En oppstilling av internasjonal forskningslitteratur som ser på reduksjon av utfordrende atferd er i påfølgende lenke listet opp når det gjelder personer med utviklingshemming gjennom [PubMed](#). Et lignende søk når det gjelder psykisk helsevern vil se slik ut gjennom [PubMed](#). Det finnes mer gjennom bruk av flere søkemotorer, men et fellestrekk for å kunne gjennomføre intervensjoner på bakgrunn av forskningen er at det kreves spesialisert kunnskap.

Når man arbeider med å finne ut hvorfor noen har utfordrende atferd og hva som er årsaken bør man minimum sjekke ut følgende i følge rundskriv IS-10/2015 s. 43 (Helsedirektoratet). En fellesnevner også her vil være å være i stand til å forstå og følge betydningen av en sjekkliste. En gjennomgang av nyere vedtak etter bokstav b og c vil kunne avdekke om dette gjøres. Tidligere undersøkelser av vedtak inneholdt ikke beskrivelser av følgende områder (Ellingsen, Lungvitz, & Berge, 2009). En fellesnevner for sjekklisten er at også den krever kunnskap som man ikke kan forventes finnes hos personell uten formell utdanning. En ting er å skrive et enkelt vedtak som dekkes av sjekklisten, men i vedtaksperioden der det skal arbeides videre vil det være av særlig viktighet å kunne forstå hva dette vil innebære av kunnskap.

- Somatiske og nevrologiske faktorer
- Kvalitet på samhandlingen mellom bruker og tjenesteyter
- Opplevd livskvalitet og eventuell mistriksel
- Psykisk lidelse
- Kombinasjon av de foregående punktene
- Selvbestemmelse og hvordan man deltar i å utarbeide tjenestetilbudet

- Stabilitet i nære relasjoner, inkludert familie og tjenesteytere
- Individuelt tilpassede tjenester og omfang av tjenester
- Fysisk tilrettelegging av hverdagen
- Holdninger, kommunikasjonsformer, samværsformer
- Organisering av tjenesten
- Kompetanse hos tjenesteytere

Oversikt over relevant litteratur når det gjelder nasjonal forskning vedr. utfordrende atferd finnes nederst i denne [artikkelen](#) (NAKU, 2017) og [denne](#) (NAKU, 2017).

10. Økonomi og rammer

Om vi ser på omfanget av tjenester som gis i helse- og omsorgstjenesten i norske kommuner tilsvarer det 50 milliarder for året 2014 ifølge SSB (SSB, 2016). 45% av disse tjenestene gis til personer som er identifisert som personer med utviklingshemming. Samtidig vet vi at en stor del av tjenestene til personer med utviklingshemming ikke er individuelle. NOU 2016:17 På lik linje gir en fyldig gjennomgang av tjenestene. Utredningen viser til svært mange mangler. NAKU har avgitt [egen høringsuttalelse](#) (NAKU, 2017) [på denne](#) som vi vil legge inn som grunnlag i dette notatet. For personer som opplever å ha utfordrende atferd er det særlig viktig å se den utfordrende atferden som et produkt som oppstår i spillet mellom individet og omgivelsene. [Forståelsen av utfordrende atferd](#) slik beskrevet her er i samsvar med internasjonal forskning. Mangelen på tjenester og en kvalitet som ikke er tilpasset vil ha direkte betydning i utvikling av utfordrende atferd og behovet for påfølgende bruk av tvang og makt. En særlig faktor som gir økonomiske utfordringer vil være antallet personale som per i dag ikke innehar den kunnskapen som det her påpekes.

Andre faktorer knyttet til økonomi og rammer er betydningen av å ha tilgang til veiledning/ supervisjon, faglig ledelse, tilpasset turnus og lignende. Den tidligere refererte sjekklisten i forhold til hvordan man bør arbeide med utfordrende atferd gir i dag utfordringer for mange kommuner og habiliteringstjenester når det gjelder dimensjonering av tjenester. Turnusplaner regulerer i stor grad hverdagen både for bruker og ansatt. Utfordringen ligger i å finne en løsning hvor rammene møter behovene og ønskene hos alle parter (kommune, bruker og ansatt). I noen tilfeller synes det klart at vedtakene om tjenester den enkelte får, ikke treffer godt nok fordi de ikke er tilstrekkelige eller riktige med hensyn til innhold. Det som skal være en kontinuerlig prosess blir lett statiske situasjoner som over tid forstenes og vanskeliggjør en ønsket situasjon.

Avsluttende kommentarer

Det som kanskje er noe mer forundrende, er det som Wilhelm Auberg er inne på i sine rettsvitenskapelige teorier. Hans påstand er at lovene kommer etter praksis. Når noe er etablert som en rettsoppfatning i befolkningen, så vil lovene tilpasse seg dette. Vi har hatt dette som utgangspunkt i en tidligere drøfting (Ellingsen, 2006), hvor poenget den gang var at mens det i befolkningen generelt er en oppfatning om at staten må ha tungtveiene grunner for å gripe inn med tvang mot noen borger, og kunne dokumentere dette, så har det i enkelte av institusjonsmiljøene rundt utviklingshemmede nærmest eksistert subkulturer hvor tvang nærmest var å anse som akseptable represalier mot personer som ikke underordet seg. Med de nye bestemmelsene og avviklingen av

institusjonsomsorgen, ville en så kunne vente seg at disse "fag" miljøene gradvis ble mer i samsvar med den generelle oppfatningen. Det har skjedd store endringer blant fagansatte, og særlig i form av at det i dag er sjeldent å høre at noen sier at tvang er det eneste rette å gjøre. Det er i grunn rimelig å tenke seg at det også tidligere var mange som mente det, men som ble underlagt arbeidskulturer hvor de bare hadde å innfinne seg. Altså at både pasientene/ brukerne og mange ansatte måtte tilpasse seg det noen få bestemte skulle være kulturen. Det kan se ut som om at noe av de dogmene eller fagoppfatningene som ble brukt for å holde liv i disse kulturene, fortsatt har en viss plass. Det er også mulig at det er med rette. Det er liten tvil om at det i forbindelse med opplæring, undervisning, trening og behandling, handler om å jobbe i grensene av hva personen føler seg komfortabel med. Selv om målet vil være å søke samhandling og samspill, vil det oppstå konflikter og motstand.

Referanser

- Berge, & Ellingsen. (2010). *Modeller i miljøarbeid*. Trondheim: NAKU.
- Berge, & Ellingsen. (2017). Hva er det ved diagnosen psykisk utviklingshemming som legaliserer bruk av tvang og makt? *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, ss. 80-86.
- Berge, K., & Ellingsen, K. E. (2015). *Selvbestemmelse og bruk av tvang og makt*. Trondheim: NAKU.
- BLD. (u.d.). NOU 2016:17 . *På lik linje*.
- Direktoratet for e-helse. ICD-10. (2016). *ICD-10*. Hentet fra Den internasjonale statistiske klassifikasjonen av sykdommer og beslektede helseproblemer.: Hentet fra <https://finnkode.ehelse.no/#icd10/0/0/0/-1>
- Dragsten, & Søndena. (2014). Fagpersonalets forståelse av økt registrert tvangsbruk overfor personer med utviklingshemming. *Nordisk tidsskrift for helseforskning*.
- Ellingsen. (2006). *Lovregulert tvang og refleksiv praksis*. Luleaa: Luleaa teknisk universitet.
- Ellingsen. (2014). *Vernepleierfaglig kompetanse og faglig skjønn*. (Ellingsen, Red.) Universitetsforlaget.
- Ellingsen, & Johansen. (1999). Hvordan kan vi utvikle vårt faglige skjønn? Faglig skjønn forutsetter en systematisk og etterprøvbar prosess i motsetning til en forståelse av skjønn som en usystematisk avveining etter beste evne. *Embla*.
- Ellingsen, Berge, & Lungwitz. (2011). Rule of law – wishful thinking? Exemptions from educational requirements and the use of coercion against people with intellectual disability. *Scandinavian Journal of Disability Research Volume 13*, ss. 151-166. Doi: 10.1080/15017419.2010.490755.
- Ellingsen, K. E., Lungvitz, D., & Berge, K. (2009). *Gjennomgang av meldinger og vedtak om bruk av tvang og makt. Tilråkning av to prosjekter*. Trondheim: NAKU.
- Grey, I. M., Pollard, J., Brian, M., & Richard, P. H. (2010). Prevalence of psychiatric diagnoses and challenging behaviors in a community-based population of adults with intellectual disabilities. *Journal of Mental Health research in Intellectual Disabilities 3*(4), ss. 210-222. DOI: 10.1080/19315864.2010.527035 .
- Helsedirektoratet. (u.d.). *IS-10/2015*.
- Helsetilsynet . (2017). *Tilsynsmelding 2016*. Oslo: Helsetilsynet.
- Helsetilsynet. (2000). *Utviklingshemmede med alvorlige atferdsavvik og/eller psykiske lidelser. En kartlegging av spesialisthelsetjenestens tilbud og behov*. Oslo: Helsetilsynet.

Helsetilsynet. (2008). *Ein gjennomgang av data hos fylkesmennene om bruk av tvang og makt overfor menneske med psykisk utviklingshemming for perioden 2000-2007. Nødvendig tvang?* Oslo: Helsetilsynet 7/2008.

NAKU. (2016). *naku.no*. Hentet fra Fagutdannelse og profesjonskunnskap: <https://naku.no/aktivitet/fagutdannelse-og-profesjonskunnskap>

NAKU. (2017). Inkludering. (K. E. Ellingsen, Red.)

NAKU. (2017, Mars 31). *naku.no*. Hentet fra Tvang og makt: Forskning: <https://naku.no/kunnskapsbanken/tvang-og-makt-forskning#main-content>

NAKU. (2017). *naku.no - Høring NOU 2016:17*. Hentet fra Høring NOU 2016:17 fra NAKU: <https://naku.no/aktivitet/h%C3%B8ringssvar-fra-naku-nou-201617-p%C3%A5-lik-linje-%C3%A5tte-l%C3%B8ft-%C3%A5-realisere-grunnleggende>

NAKU. (2017). *naku.no - reaksjoner på tvang*. Hentet fra Følelsesmessige reaksjoner på bruk av tvang og makt: <https://naku.no/kunnskapsbanken/tvang-og-makt-f%C3%B8rer-til-p%C3%A5-kort-og-lang-sikt#main-content>

Nordlandsforskning. (2008). *Kapittel 4A en faglig revolusjon? Evaluering av sosialtjenestelovens kapittel 4A. Rettssikkerhet ved bruk av tvang og makt overfor enkelte personer med utviklingshemning*. Bodø: Nordlandsforskning 1/2008.

Ot.prp.nr. 58. (1994-95). *Om lov om endringer i sosialtjenesteloven og kommunehelsetjenesteloven (bruk av tvang og makt m.v. overfor personer med psykisk utviklingshemming)*. .

Revis, N. o. (2006, Nummer 10). *Bruk av tvang og makt overfor mennesker med psykisk utviklingshemming: Atferdsproblemer og bruk av psykotrop medikasjon. Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, ss. 1029-35.

Sintef. (2011). *Gjennomgang av vedtak etter sosialtjenesteloven kapittel 4A - om bruk av tvang og makt overfor personer md psykisk utviklingshemning*. Oslo: Sintef.

Sosial- og helsedepartementet. (1994-95). *Om lov om endring i sosialtjenesteloven og kommunehelsetjenesteloven (bruk av tvang og makt m v overfor personer med psykisk utviklingshemming)*. Oslo: Sosial- og helsedepartementet.

Sosialdepartementet. (u.d.). *NOU 1991:20*.

SSB. (2016). *Hjemmetjenestens målgrupper og organisering*. Oslo-Kongsvinger: Statistisk sentralbyrå.

Stubrud. (2016, Vol). *Regulering av atferd og emosjoner hos personer med utviklingshemming. Tidsskrift for Norsk psykologforening*, ss. 806-813.

Østenstad. (2000). *Bruk av tvang mot psykisk utviklingshemma: under yting av kommunal sosial- og helsetjenester*. Fagbokforl.