

Meget er forskjellig, men er det

Likheter og forskjeller i tjenester og omsorg for psykisk utviklingshemmede i

Innledning

Fra et internasjonalt synspunkt vil en sammenligning av måten man i Sverige og Norge har utformet omsorg og tjenester for personer med utviklingshemming på, kanskje virke både umotivert og uinteressant. Sett utenfra er det først og fremst likheten mellom de to land som er iøynefallende. Ikke bare er den svenske og norske omsorgen en del av det enkelte har beskrevet som en skandinavisk sosialtjenestemodell (Sipilä 1997). Sverige og Norge er trolig også de to land som er mest like innenfor Skandinavia, særlig hva gjelder omsorg for utviklingshemmede. Hvorfor da ta bryet med å sammenligne omsorgen i disse to land, eller hvorfor ikke også inkludere andre land i sammenligningen?

Det å sammenligne to land som i de fleste henseende er svært like, gjør at en har mulighet til å få øye på forskjeller som lett forsvinner dersom en inkluderer flere land i sammenligningen. Når jeg selv interesserer meg for en slik sammenligning henger det også sammen med at jeg som forsker i mange år har vært opptatt av tjenester og omsorg for personer med utviklingshemming i Norge, samtidig som jeg de siste årene har vært engasjert i en bistilling ved utdanningen i social omsorg ved universitetet i Luleå.

Foranledningen til at interessen for en slik sammenligning oppsto er likevel knyttet til noen konkrete forskjeller mellom de to land som ikke umiddelbart er enkle å fortolke. Både Sverige og Norge har vært internasjonale foregangsland når det gjelder utviklingen av institusjonsbaserte omsorgsformer for personer med utviklingshemming. Norge var det første vestlige land som helt og fullt avvirket sine institusjoner for utviklingshemmede. Sverige startet enda litt tidligere, men brukte noe lengre tid. I begge

land har både politikken og omsorgstjenesten latt seg veilede av prinsippene om normalisering og integrering.

Fra 1. Januar 1999 ble det innført et tillegg i den norske sosialtjenesteloven¹ som i visse situasjoner tillater bruk av tvang overfor personer med utviklingshemming som har så store atferdsproblemer at det medfører fare for vesentlig skade for personen selv eller andre. I tillegg til skadeavvergende tiltak i enkeltsituasjoner, så åpner loven for en avgrenset bruk av tvang i atferdsendrende tiltak, og i omsorgstiltak. Målsettingen med loven har vært å øke rettssikkerheten og redusere bruken av makt og tvang overfor personer med utviklingshemming, ved å stille strenge betingelser til når slik tvang kan anvendes, og ved å stille strenge krav til prosedyrer i de tilfeller der tvang tiltales.

For mange har dette fortonet seg som litt av et paradoks. Det er vanskelig å se hvordan

bruk av tvang overfor visse personer med utviklingshemming kan være forenlig med de prinsipper som offisielt har ligget til grunn for den norske omsorgspolitikken. Riktignok lignende lovgivning også innført i Danmark – og under utarbeidelse i Finland – men det er foreløpig utenkelig å innføre slik lovregulering i Sverige som i andre henseender er det land som ligner mest på Norge. Det har også kommet betydelig kritikk mot den norske loven nettopp fra Sverige, der en del mener at bruk av tvang er integritetskrekkende og at tvangstiltak er uforenlig med god omsorg. I Sverige har personer med utviklingshemming i stedet hatt en lovfestet rett til bestemte innsatser², noe de enda ikke har i Norge. Hvordan kan to land som i andre henseende tilsynelatende er så like, på disse viktige områdene likevel være så ulike?

Hensikten med denne artikkelen er å forsøke å trenge bakenfor de mer formelle forskjellene mellom svensk og norsk omsorg for utviklingshemmede. Jeg skal forsøke å vise at det finnes trekk ved omsorgens organisering og praksis i de to land som kan bidra til å forklare noen av disse ulikhetene, men også at forskjellene kanskje er mindre enn hva en får inntrykk av ved første øyekast. For å kunne begrunne det, er det nødvendig å gjøre et lite historisk tilbakeblikk. Deretter skal jeg peke på noen forhold som etter min mening har hatt betydning både for hvordan man tenker omkring tvang, og hvordan behovet for tvangstiltak er blitt opplevd. Til sist skal jeg peke på noen utviklingstrekk i dagens omsorg som understreker at vi fortsatt har de viktigste utfordringene felles, nemlig å realisere den omsorg vi forkynder.

Tilbakeblikk

I et historisk lys oppviser omsorgen for utviklingshemmede i Sverige og Norge både

„ Både Sverige og Norge har vært internasjonale foregangsland når det gjelder utviklingen av institusjonsbaserte omsorgsformer for personer med utviklingshemming.



Johans Tveit Sandvin er professor dr polit, og virker ved Høgskolen i Bodø og ved Institutionen för hälsovetenskap, Luleå Tekniska Universitet. Han er leder for Statens Råd for Funktionshemmede, og sitter som medlem i «6A-rådet».

¹ Sosiallovens kapittel 6A; Rettigheter for og begrensning og kontroll med bruk av tvang og makt m.v. overfor enkelte personer med psykisk utviklingshemming.

² Den såkalte omsorgslagen av 1955, revidert i 1967 og 1985. Loven ble i 1993 avløst av Lag om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS), som inkluderte også andre grupper av funksjonshemmede.

utenpå?

Sverige og Norge

likheter og forskjeller. Begge land har hatt en relativt betydelig institusjonsomsorg. Danmark var her tidligst ute³, og var lenge et ledende land når det gjaldt institusjonsbygging for utviklingshemmede, både innenfor og utenfor Norden. Rundt 1900 hadde Danmark allerede 1200 institusjonsplasser, som utgjorde 60 plasser per hundre tusen innbyggere. Norge hadde 450 plasser, som utgjorde 23 per hundre tusen, mens Sverige med et større folketall hadde 813 plasser, som utgjorde 17 plasser per innbygger.

Men bildet skulle endre seg betydelig i tiden som fulgte. I Norge (og i Finland) sto utviklingen lenge på stedet hvil. Da krigen var slutt i 1945 hadde Norge fortsatt bare ca. 500 institusjonsplasser for utviklingshemmede, mens Sverige nå hadde nesten 9000 plasser, fordelt på skoleanstalter, arbeidshjem og asyl. Danmark, som hadde under halvparten av Sveriges befolkning, hadde nesten 8000 plasser. Et like interessant trekk var institusjonsstørrelsen. Mens anstaltene i Danmark i gjennomsnitt hadde nesten 500 plasser, var gjennomsnittet i Sverige vel 50 plasser per anstalt. Norge var her noe midt i mellom.

Utbyggingen av institusjonsomsorgen i Norge skjedde i realiteten først på 1950- og 1960-tallet (i Finland enda litt senere), men nådde etter hvert omtrent det samme relative antall plasser som i Sverige og Danmark. Utbyggingen i Norge var til å begynne med en ren utbygging av sengeplasser. Det eksisterte lenge det flere har beskrevet som et faglig tomrom i omsorgen. Først rundt 1960 kom det fram en gryende kritikk av standarden og det manglende innholdet i institusjoner og spesialskoler. Denne kritikken gav i følge Tøssebro (1999) opphav til tre «debatter» som preget utviklingen i Norge fram til midt på 1970-tallet, og som fikk betydning for den senere formingen av omsorgen. Den ene debatten kaller Tøssebro «habilit-

ingsdebatten», dvs. ideen om opplæring, forbedring og behandling. Pessimismen som hadde preget mellomkrigstiden ble gradvis vendt til optimisme. Oppdagelsen av Føllings sykdom og en gradvis tilbakevendning av medisineres interesse for feltet, ikke minst blant barnepsykiatere, skapte opplevelsen av at noe nytt var på gang. Habiliteringstanken skulle gradvis komme til å erstatte oppbevaringstanken, og dermed underminere begrunnelsene for de store institusjonene. Den andre debatten er «*velferdsstatsdebatten*», og knytter seg til spørsmål om offentlig ansvar og anstendige levekår for utviklingshemmede. Den tredje debatten handler om *normalisering og integrering*, og peker på at det er normalt å vokse opp i en familie og i et lokalsamfunn, delta i aktiviteter sammen med andre, ha en normal dagsrytme og livssyklus osv. Alle de tre debattene bidrog på ulikt vis til å underminere institusjonen som levesteder.

Mitt inntrykk er at disse «debattene» også fanger ganske godt den utvikling som skjedde i Sverige, men at debattene pågikk noe tidligere enn i Norge. Habiliteringstanken og den pedagogiske optimismen i Sverige blir av Söder (1992) knyttet til debatten rundt Särskolelagen av 1944. Også innstillingen fra «komiteen for partielt arbeidsföra» (SOU

1946:24), og begrunnelsene for å lovfeste landstingets ansvar for «vårdhemmen» i 1955, tyder på at habiliteringstanken etter krigen⁴ fikk et tidligere fotfeste i Sverige enn i Norge. Når det gjelder normaliseringsdebattene så hadde den sitt utspring i Danmark, og daværende sjef for den danske åndssvakeomsorgen, Nils-Erik Bank Mikkel-elsen, som allerede i 1959 gav normaliser-

ing et konkret innhold i forhold til omsorg for utviklingshemmede. Men det var Bengt Nirje i Sverige som formulerte normalisering som et prinsipp, og som fikk størst betydning for utbredelsen av begrepet, og dermed også for debatten.

” Men psykologene skulle komme til å spille ganske ulike roller i de to land.

Psykologene

Men hvor tok så disse debattene veien? Når det gjelder «habiliteringsdebatten» så ble den på 1970-tallet stadig mer dominert av psykologene. Også dette tror jeg stemmer bra både for Sverige og Norge. Men

psykologene skulle komme til å spille ganske ulike roller i de to land. I Norge ble den psykologiske påvikningen preget av den atferdsterapeutiske tradisjonen som psykologer førte med seg fra studieopphold i USA. Denne tradisjonen satte et sterkt preg på omsorgen i Norge utover på 1970-tallet, et preg som fortsatt sitter igjen i store deler av omsorgen. Det sterke gjennomslaget som denne tradisjonen fikk, skyldes bl.a. at disse psykologene fikk en sterk posisjon i utdanningen av vernepleiere, som etter hvert ble den dominerende faggruppen innenfor omsorgen. I Sverige var det helt andre psykologer som kom til å øve innflytelse på omsorgen, ikke minst personer som Gunnar Kylén og Lars Kebbon og de som arbeidet sammen med dem i tilknytning til henholdsvis ALA-stiftelsen i Stockholm og project Mental Retardation i Uppsala. Dette var psykologer som Hansson og Malander (1992) beskriver som humanistisk orienterte psykologer med et bredt psykologisk-pedagogisk perspektiv, og som bidrog til en

³ G. Bakkehus, som ble stiftet av legen J.R.Hübertz i 1855 (Kirkebæk 1993). Emanuella Carlberg startet den første anstalt i Sverige i 1866 (Söder 1978). I Norge var det døvelærer Johan Anton Lippestad som var først ute, da han sammen med sin kollega Hans Hansen startet den første «skole for åndssvake barn» i 1974 (Sandvin 1996).

⁴ Habiliteringstanken var i begge land sterk i siste halvdel av 1800-tallet, men ble sterkt svekket av de rasehygieniske perspektivene som medisinerne brakte inn i omsorgen fra begynnelsen av 1900-tallet.

orientering bort både fra en medisinsk og en treningsorientert diskurs (ibid: 37).

Når det gjelder Velferdsstatsdebatten og normaliseringsdebatten så fløt de etter hvert sammen, både i Sverige og Norge, og ble etter hvert til en voksende bølge som til sist slo hele institusjonsomsorgen over ende. I Norge skjedde det ved et vedtak våren 1988, da Stortinget i sin behandling av St meld nr 67 (1986–87), sluttet seg til Lossius-utvalgets forslag om å avvikle Helsevernet for psykisk utviklingshemmede HVPU. (Förklara helt kort vad det HVUP var!) Hele institusjonsomsorgen ble i praksis avviklet i perioden 1991–1996. I Sverige foregikk avviklingen over noe lengre tid. Omsorgslagen av 1985 innførte inntaksstopp i institusjoner, og åpnet samtidig for at landsting, i samarbeid med sine kommuner kunne søke om å overføre ansvaret for de som landstinget hadde ansvar for, til den enkelte kommune (Reg.prop. 1984/85:176). (Når detta beslut togs var dock praktisk taget alla plejehjem för barn nerlagda och platsantalet för vuxna halverat – se mina kurvor!). I de län der dette skjedde ble det samtidig satt i gang arbeid med å avvikle institusjonene. I 1993 besluttet riksdagen at ansvaret for omsorgen for utviklingshemmede i sin helhet skulle overføres til kommunene. Det ble ikke satt noen endelig dato for avviklingen av institusjonene, men prosessen var allerede godt i gang. Først i 1997 vedtok riksdagen en lov om endelig avvikling av institusjonene. Tid for når siste institusjon skulle være avviklet ble satt til utgangen av 1999 (Grunewald 2002).

Bofellesskapet

Bofellesskapet – eller gruppobostaden – har i begge land blitt selve prototypen på boform etter at institusjonene ble avviklet. Bofellesskapet skulle så å si materialisere de ideologiske prinsippene fra 1970- og 1980-tallet, som normalisering og integrering, innenfor det som ble sett som realistiske rammer. En fullstendig normalisert bosituasjon, hvor alle fikk sitt eget selvstendige hushold, integrert i ulike deler av den ordinære boligmassens, ble aldri sett som realistisk. I stedet kom bofellesskapet til å bli en ganske standardisert boform, og kanskje enda mer standardisert i Norge enn i Sverige.

Denne standardiseringen krever en forklar-

ing. I Norge er en viktig forklaring at det hele gikk svært fort, men det forklarer ikke hvorfor bofellesskapet fikk den form den fikk. Et gjennomgående tema i mediene omtale av den norske reformen var opprivingen av fellesskap og gamle vennskapsbånd, og den ensomhet som en fryktet at flyttingen fra institusjonen ville innebære. En av kildene for denne frykten var personalet, og selv om manges holdninger sikkert

var farget av at institusjonsavviklingen berørte deres egne arbeidsplasser, så var nok uroen også faglig motivert. Jeg tror en kan si at det eksisterte en omsorgsfaglig ambivalens i forhold til institusjonsavviklingen. En må huske på at institusjonspersonalet var en viktig kraft i institusjonskrittikken, særlig i den tidlige fasen, hvor flere av de skandalene som rettet mediene søkelys på institusjonene var

utløst av institusjonspersonalet selv. Etter at levevilkårene og tjenestetilbudet i institusjonene ble kraftig forbedret og «normalisert» i løpet av 1980-tallet var det nok mange som ble mer skeptiske overfor tanken om en total institusjonsavvikling. I alle fall var det få som så for seg en fullstendig individualisert omsorg hvor utviklingshemmede bodde helt atskilt fra hverandre. En var enige i at livsvilkårene for utviklingshemmede skulle bringes «så nært det normale som mulig», men det eksisterte noe ulike – og til en viss grad også uklare – oppfatninger om hva dette skulle bety. Denne uklarheten, eller ambivalensen ble materialisert i den nye prototypen på bolig for utviklingshemmede; en boenhet som består av flere separate leiligheter som forenes av en felles organisasjon for hjelp og tilsyn, og som regel visse fellesrom. Ambivalensen kommer til uttrykk i boligens tredelte romlighet – private leiligheter, fellesrom og rom for personalet. Tredelingen sikrer både idealet om et eget privat hjem, en kollektiv arena for fellesskap og fasiliteter for koordinering av nødvendig hjelp, tilsyn og kontroll.

De organisatoriske rammene for omsorgen er altså relativt lik i de to land. Hva så med

innholdet? De som i sterkeste grad preger innholdet i den daglige omsorgen er personalet som arbeider i direkte kontakt med omsorgsmottakerne. Innholdet i omsorgen vil derfor i stor grad preges av de holdninger, perspektiver og kunnskaper omsorgspersonalet har. Her finnes det også noen viktige forskjeller mellom Sverige og Norge. En av dem er knyttet til utdanning.

Utdanning

I begge land er det en høgskoleutdanning som i særlig grad utdanner fagpersoner for denne omsorgen. Vernepleierne i Norge har omtrent den samme yrkesposisjon i omsorgen for utviklingshemmede i Norge, som personer med yrkeseksamen i sosial omsorg har i Sverige. Selv om begge utdanningene retter seg mot en bredere målgruppe enn utviklingshemmede, så er det personer med disse utdanningene som anses å ha de mest relevante kvalifikasjoner til lederoppgaver innenfor denne omsorgen. Men selv om utdanningene har omtrent den samme profesjonelle status i omsorgen, så er utdanningene likevel relativt forskjellige.

Utdanningen i sosial omsorg i Sverige har en historisk forankring i tidligere föreståndarutbildning. Fra 1982 ble det etablert en egen toårig høgskoleutdanning som ble kalt Sociala omsorgs-linjen. Den hadde tre ulike innretninger, hvor av en var rettet mot «äldre- och handikappomsorgen», en mot «psykiskt utvecklingsstörda och flerhandikappade», og en mot «socialpedagogiskt behandlingsarbete» (Josefs-son og Widerlund 2001). De tre retningene er senere slått sammen til en utdanning rettet mot både eldre- og handikappomsorgen, og utdanningen er etter hvert utvidet til 3–3,5 år. Utdanningen er først og fremst rettet mot administrasjons- og

ledelsesoppgaver innenfor sosial omsorg, som behovsbedømming og tildeling av tjenester, og almen tilrettelegging og kvalitetssikring av tjenestene. Utdanningen gir i liten grad innføring i behandlingsorienterte eller terapeutiske metoder eller modeller.⁵ Den mer direkte omsorgsutøvingen ivaretas oftest av personell med kortere gymnasiale utdanninger.⁶

Den norske vernepleierutdanningen har sin

„ **Når det gjelder Velferdsstatsdebatten og normaliseringsdebatten så fløt de etter hvert sammen.**

„ **En var enige i at livsvilkårene for utviklingshemmede skulle bringes «så nært det normale som mulig», men det eksisterte noe ulike – og til en viss grad også uklare – oppfatninger om hva dette skulle bety.**

historiske forankring først og fremst knyttet til omsorg for utviklingshemmede. Den første utdanningen ble etablert allerede i 1961, ved Emma Hjorts hjem for åndssvake. Også de neste utdanningene som ble etablert var forlagt til sentralinstitusjoner, før de på 1970-tallet ble integrert i det øvrige høgskolesystemet. Vernepleierne kjempet lenge en hard kamp om å bli sidestilte med sykepleierne i forhold til lederstillinger innenfor institusjonsomsorgen. På 1990-tallet har utdanningen rettet seg mot et bredere spekter av yrkesfunksjoner, men assosieres fortsatt i stor grad med arbeid overfor utviklingshemmede. Sammenlignet med utdanningen i social omsorg i Sverige, har vernepleierutdanningen en langt sterkere metodisk innretning. Blant kjernefagene er såkalt målrettet miljøarbeid, som både har sosialpedagogiske og (ved enkelte skoler sterke) atferdsterapeutiske innslag. Dette må sees som et resultat av den spesielle rolle psykologene har spilt i den norske omsorgen, en rolle som kanskje ble særlig sterk på grunn av den posisjon de hadde i forhold til vernepleierutdanningene, både som lærere, lærebokforfattere og gjesteforelesere. Utdanningen gir også en viss medisinsk kompetanse, i tillegg til en mer generell samfunnsvitenskapelig og administrativ kompetanse. Selv om det vanligvis er vernepleierne som bekler de lederstillinger som finnes innenfor tjenester rettet mot utviklingshemmede, så har de vanligvis en langt mer klinisk og terapeutisk rolle enn det høgskoleutdannede innen sosial omsorg har i Sverige. Hvilken rolle psykologene i Sverige hadde i forhold til utviklingen av høgskoleutdanningen i social omsorg har jeg ikke vært i stand til å finne svar på, men innholdsmessig synes det å være langt på vei det samme samsvar her som i relasjonen mellom vernepleierne og psykologene i Norge.

Også i Norge er det vanlig at flertallet av personalet har kortere gymnasiale utdanninger⁷, men det er trolig også flere i Norge enn i Sverige som mangler noen form for helse- eller sosialfaglig utdanning. Her mangler jeg sammenlignbare tall for de siste årene, men Melander (1999) fant i en studie som ble gjennomført i 1992, og som omfattet seks gruppeboliger, at bare 5 av 42 ansatte helt manglet noen form for relevant utdanning. Det utgjør 12%. Når det gjelder Norge så fant Jensen (1995) at ca. 30% av personalet i hans studie i 1992 helt manglet

noen form for relevant utdanning. I tillegg bør det nevnes at de med kortere utdanninger (ikke høgskoleutd.) i Sverige ofte har 2-årige utdanninger, mens de kortere utdanningene i Norge er 1-årige. På den annen side fant Melander (op.cit.) at bare 2 av 42 ansatte (i underkant av 5%) hadde 3-årig høgskoleutdanning, mens det i den norske studien var 15% med 3-årig høgskoleutdanning (Jensen op.cit.). Senere studier i Norge tyder også på at andelen høgskoleutdannede i den direkte omsorgen har økt betraktelig på 1990-tallet, og først og fremst andelen vernepleiere (Lichtwarck og Sandvin 1999). Andelen høgskoleutdannede i omsorgen har sikkert også økt i Sverige, men trolig ikke i samme grad i det direkte omsorgsarbeidet.

Utdanning og omsorg

Det at Vernepleierne, som utgjør flesteparten av de høgskoleutdannede i den norske omsorgen, har en betydelig mer metodeorientert utdanning enn tilsvarende utdanning i Sverige, har trolig også konsekvenser for karakteren på den omsorg som ytes. Først og fremst har det den betydning at den daglige omsorgen i Norge er mer eksplisitt terapeutisk orientert enn det som preger den svenske omsorgen. Vernepleierne har et naturlig ønske om å arbeide systematisk og metodisk, og er ikke tilfreds med «bare» å yte omsorg og støtte. Dette kan få ulike utslag, alt etter hvilke perspektiver og metodiske prinsipper vernepleieren er tilhenger av. Jeg har et inntrykk av at det mange steder i Norge foregår en mer bevisst tilrettelegging av dagliglivet til enkeltpersoner, basert på en faglig vurdering av hva som bidrar til å fremme selvstendighet og bestemte ferdigheter hos personen, enn det jeg har sett innenfor svensk omsorg. Mange dyktige vernepleiere har bidratt til å utvikle en mer individuelt tilpasset omsorg, som på en bedre måte enn tidligere, ivaretar personens muligheter for selvstendighet og til å foreta egne valg. På den annen side har det terapeutiske innslaget mange steder ført

til at hverdagslivet for enkelte beboere har fått karakter av en eneste lang treningsøkt, hvor dagligdagse gjøremål hele tiden settes inn i en terapeutisk eller habiliterende referanseramme. Enkelte steder kan et bestemt omsorgsperspektiv eller terapeutisk metode gjennomsyre hele klimaet i en bolig, hvor personalet kollektivt forholder seg til beboerne på en ensartet og konsekvent måte, i tråd med for eksempel atferdsterapeutiske prinsipper eller målrettet miljøarbeid (se også Sandvin et.al. 1998).

Jeg har ikke et like godt innblikk i den svenske omsorgen som i den norske, men mitt inntrykk er at den norske omsorgen er preget av en større grad av strukturering enn den svenske. Min hypotese er at dette henger sammen med den posisjon som atferdsterapeutisk orienterte psykologer hadde på 1970- og 1980-tallet, og som gjennom den påvirkning de hadde på utformingen av vernepleierutdanningen, har fått en direkte betydning på omsorgens praksis. Når det gjelder Sverige er det mitt inntrykk at denne praksis i større grad har vært gjennomsyret av livskvalitetsaspekter og familieorienterte verdier, med utgangspunkt i «den lille gruppens prinsipp». På den måten er kanskje arven fra psykologene kanskje like tydelig i Sverige som i Norge. Forskjellen ligger kanskje først og fremst i at omsorgspsykologene i Sverige ikke på samme måte som i Norge fikk en høgskoleutdanning å virke gjennom. Utdanningen i sosial omsorg hadde i stedet sitt utspring i landstingens vårdutbildninger, og yrkesrollen har lenge slitt med å rive seg løs fra forstanderrollen. Dette har kanskje bidratt til å gi den svenske omsorgen sterkere preg av det en kunne kalle tradi-

sjonell omsorg, til forskjell fra en mer terapeutisk innretning i den norske omsorgen.

Tvang
Den tradisjon som er beskrevet over, både når det gjelder psykologenes rolle i henholdsvis Sverige og Norge, og den utforming de mest sentrale høgskoleutdan-

„ Vernepleierne kjempet lenge en hard kamp om å bli sidestilte med sykepleierne i forhold til lederstillinger innenfor institusjonsomsorgen.

„ På den annen side har det terapeutiske innslaget mange steder ført til at hverdagslivet for enkelte beboere har fått karakter av en eneste lang treningsøkt.

⁵ En kan ved enkelte utdanningssteder velge tilleggsfor-dypning i sosialpedagogisk behandlingsarbeid.

⁶ Toårig vårdlinje/underskøterskeutbildning, grundkurs eller påbygningkurs om psykisk utviklingshemmede (GPU/PPU) ell.l.

⁷ Vanligst er ettårig hjelpepleierutdanning, gjerne hjelpepleie i vernepleie, eller ettårig utdanning som omsorgsarbeider.

ningene har fått i de to land, skulle tilsi at det har eksistert, og fortsatt eksisterer en mer bevisst og systematisk bruk av tvang overfor utviklingshemmede i Norge, enn i Sverige. Dette tror jeg også er tilfellet. Men denne bevisste, terapeutisk orienterte tvangen utgjør bare en del av den tvang som utøves og som reguleres av den nye lagen i Norge. Den øvrige tvangen knytter seg dels til skadeavverging, og dels til det en kunne kalle «hverdagstvang» i gjennomføringen av det som blir ansett som nødvendig omsorg. Når det gjelder disse formene for tvang er jeg ikke like sikker på at omfanget er så mye større i Norge enn i Sverige. Det avhenger blant annet av hvordan vi definerer tvang. Vi skal komme tilbake til dette nedenfor.

Som nevnt tror jeg at det i Norge finnes et større innslag av terapeutiske intervensjoner som har innslag av tvang, enn hva en finner i Sverige. Eksempler på slik tvang kan være prosedyrer for holding i samband med selvskading eller aggressiv atferd, i visse tilfeller også såkalt nedlegging, eller begrensnings av tilgangen til goder, som mat eller drikke, visse deler av dagen på grunn av ekstreme inntak. I institusjonsomsorgen ble slike prosedyrer anvendt uten at det eksisterte et formelt regelverk for det. I tillegg

foregikk det mer vidtrekkende atferdsterapeutisk behandling med mer omfattende innslag av tvang, som ulike former for «negativ forsterkning» eller straff. Etter at institusjonene ble avviklet ble en del av de miljøene som drev slik behandling oppløst og personalet spredd. Psykologer som hadde arbeidet i institusjonsomsorgen gikk enten inn i den nye fylkeskommunale habiliteringstjenesten, eller startet egen konsulentvirksomhet hvor de tilbød tjenester og veiledning overfor kommunene. Allerede da HVPU-re-

formen ble vedtatt i 1988 ble det reist krav om retningslinjer som regulerte hva personalet kunne gjøre og ikke gjøre for å møte alvorlige atferdsproblemer blant utviklingshemmede. Dette kravet kom både fra de som ville begrense denne formen for atferdsterapeutiske metoder, og de som var tilhengere av dem.

Det ble nedsatt et bredt sammensatt utvalg, det såkalte Røkke-utvalget, som leverte sin innstilling med forslag til lovbestemmelser og forskrifter allerede i 1991 (NOU 1991:20). Inn-

stillingen ble ikke sendt på høring før i 1994. På bakgrunn av innstilling og høring, og senere klargjøring av

lovforslagets forhold til internasjonale menneskerettighetskonvensjoner, fremmet regjeringen i mai 1996 en endelig lovproposisjon, Ot prp nr 57 (1995–96). Stortinget vedtok lovutkastet med enkelte endringer i juni samme år⁸. Stortinget vedtok, som en del av loven, at det skulle etableres en rådgivende gruppe som skulle følge med hvordan loven ble praktisert og vurdere praksis i forhold til rettssikkerhetsspørsmål og faglig utvikling på området. Stortinget krevde også å få se forskriftene til loven før de gjorde endelig vedtak om ikrafttredelse. Forskrift ble gitt i Kgl res 18. september

1998, og loven trådte i kraft 1.1. 1999. Loven ble gjort midlertidig, med en virketid på tre år. Virketiden er senere utvidet med to år, men skal opp til ny behandling i Stortinget før virketidens utløp o desember 2003.

Det vil føre for langt å skulle gi en detaljert redegjørelse for lovens innhold. Det som kan være viktig å nevne er at loven stiller svært strenge krav både til begrunnelse og prosedyre. Det skal foreligge fare for vesentlig skade, noe som i forskriften defineres svært strengt. Det stilles krav om at alternative tiltak skal

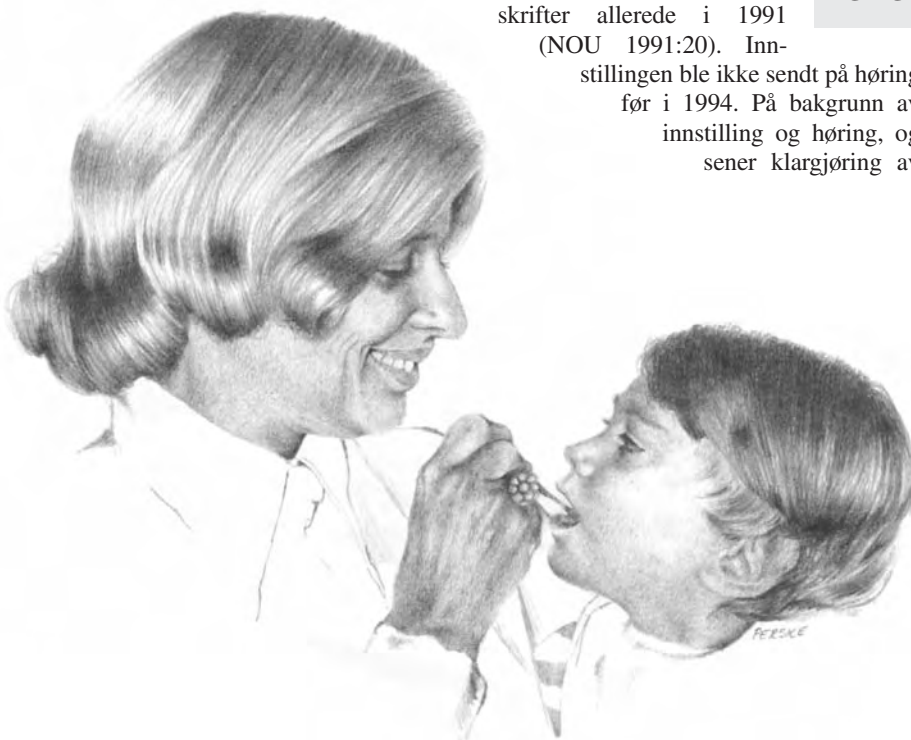
være prøvd før vedtak om bruk av tvang kan fattes, eller det skal gis en særlig begrunnelse for hvorfor dette eventuelt ikke er gjort. Fylkeskommunens habiliteringstjeneste skal bistå kommunen både i planlegging og gjennomføring av vedtaket. Vedtak skal fattes av kommunen, og sendes fylkesmannen (landshövdingen) for overprøving. Fylkesmannen kan prøve alle sider ved saken fullt ut.

Hva er tvang?

Når det gjelder spørsmålet om hvor mye tvang som faktisk brukes overfor personer med utviklingshemming, så avhenger det av hvordan tvang defineres. Her er det en forskjell mellom Sverige og Norge. I Norge, og mer presist i den norske loven,

” Etter at institusjonene ble avviklet ble en del av de miljøene som drev slik behandling oppløst og personalet spredd.

” I Norge, og mer presist i den norske loven, defineres tvang som «tiltak som tjenestemotakeren motsetter seg eller tiltak som er så inngripende at de uansett motstand må regnes som bruk av tvang eller makt».



Tegning reproduert med tillatelse av Martha Perske fra PERSKE: PENCIL PORTRAITS 1971–1990 (Nashville: Abingdon Press, 1998).

⁸ Lov av 19. juli 1996 nr 60 om endringer i lov om sosiale tjenester m v og lov om helsetjenesten i kommunene; Rettigheter for og begrensnings og kontroll med bruk av tvang og makt m v overfor enkelte personer med psykisk utviklingshemming

defineres tvang som «tiltak som tjenestemottakeren motsetter seg eller tiltak som er så inngripende at de uansett motstand må regnes som bruk av tvang eller makt».

Tvang gis her en strengt deskriptiv avgrensning, dvs at alle tiltak som personen motsetter seg, uansett hvor rimelige de er, faller inn under loven, som det å holde en arm som er i ferd med å slå, frata en person en farlig gjenstand, hindre personen i å drikke kjemikalier eller andre farlige stoffer, eller gjennomføre det som anses som nødvendig hygiene. Det

samme gjelder alle former for begrensning av bevegelsesfrihet eller tilgang til naturlige goder for å forbygge skade eller fare, selv om vedkommende ikke motsetter seg det. I Sverige anvendes i hovedsak en mer normativ avgrensning hvor tiltak som anses helt nødvendig, for eksempel i skadeavvergende hensikt, ikke kalles tvang eller makt, men skydd. Det er altså ikke så enkelt som at en i Norge tillater bruk av tvang, mens man i Sverige ikke gjør det. Etter den norske definisjonen tillates det også bruk av tvang i Sverige, selv om man velger å kalle det noe annet.

Det finnes også en annen viktig forskjell mellom Sverige og Norge som har betydning i denne sammenheng. I Sverige gir *lag om psykiatrisk tvångsvård* (LPT) hjemmel for å ta inn personer med utviklingshemming som har alvorlige atferdsproblemer. Forutsetningen for *tvångsvård* er at personen lider av en «allvarlig psykisk störning». I drøftingen av hvem dette omfatter sies det at «Givetvis bör också en grav psykisk utvecklingsstörning betraktas som en psykisk störning» (SOU 1998:32, s.226). Det er ikke tilstrekkelig at personen er psykisk utviklingshemmet, men hjemmelen benyttes overfor personer med så store atferdsproblemer at de representerer en fare for seg selv eller andre. En slik mulighet finnes ikke i Norge, uten at det foreligger en konkret psykisk lidelse.

Nå kan en spørre seg om det er hensiktsmessig å definere alle tiltak som personer motsetter seg som tvang. Med tanke på at de aller fleste personer med utviklingshemming er myndige (ikke gjort umyndige), og at de fleste som dette gjelder er svært avhengige av andres hjelp, så kan det av rettssikkerhetsgrunner være hensiktsmessig å operere med et strengt deskriptivt tvangsbegrep. Et annet spørsmål er om alt som faller inn under dette begrepet bør reguleres ved lov. Det er flere grunner for å mene at visse ting bør overlates til det gode

„ Nå kan en spørre seg om det er hensiktsmessig å definere alle tiltak som personer motsetter seg som tvang.

skjønn. Men når en ser hvor mye «hverdagstvang» som foregår i den daglige omsorgen, både i Norge og i Sverige, av regler og reguleringer, neglisjering av personers ønsker i viktige beslutninger, unødvendige hindringer i personers frihetsutøvelse etc., så har jeg flere ganger kommet til å tvile på dette gode

„ Et rent deskriptivt tvangsbegrep har likevel den fordel at den hindre skjult «tvang» under dekke av vern.

„ Mens norske psykologer var inspirert av en amerikansk atferdsanalytisk tradisjon, hvor bruk av såkalte «aversive metoder» sto sentralt, så var de svenske psykologene langt mer inspirert av humanistiske og sosialpsykologiske perspektiver.

Selv var jeg blant dem som mente at den norske loven ikke burde vedtas. Dette var nok en av årsakene til at jeg også ble oppnevnt til å sitte i den rådgivende gruppen som ble etablert for å følge lovens praktisering. Min skepsis til loven var knyttet først og fremst til forhold. For det første mente jeg at en ikke burde åpne for bruk av tvang eller makt i atferdsendrende tiltak. Dette ville, mente jeg, åpne for å videreføre en terapeutisk praksis fra institusjonsomsorgen som vi ikke var tjent med. For det andre mente jeg at kravet til at alternative tiltak skulle være prøvd, var urealistisk, fordi kommunene (og langt på veg også habiliteringstjenesten) manglet tilstrekkelig kunnskap om alternative tiltak. Statens råd for funksjonshemmede, som jeg da var medlem av (og nå leder av), ba staten om å ta initiativ til et nasjonalt

program for kompetanseheving om alternativer til tvang, før en slik lov eventuelt ble iverksatt. Det fikk vi ikke gjennomslag for.

Den norske loven bør endres

Hva mener jeg så i dag? Jeg har jo hatt anledning til følge praktiseringen av loven, og den rådgivende gruppen som jeg er med i skal avgi en innstilling om sin oppfatning om loven en gang før sommeren. Det er neppe tvil om at loven har bidratt til å redusere bruken av tvang i den norske omsorgen. Et stort flertall av de saker som kommunene har meldt til spesialisttjenesten hvor de mener at det er behov for vedtak om bruk av tvang, ender med at en finner fram til andre måter å møte personen på. Dette er ofte saker hvor det har vært an-

vendt visse former for tvang over lang tid. Også mange av de saker som ender med et kommunalt vedtak om bruk av tvang, blir stanset av fylkesmannen. Foreløpig statistikk tyder på at bare 25% av saker som utredes ender med et gyldig vedtak om bruk av tvang. Det er også mange ting som tyder på at det har skjedd en betydelig utvikling både i kommunene og i

habiliteringstjenesten etter at loven ble vedtatt, en utvikling som både er preget av mindre tvang, og av bedre kvalitet på omsorgen overfor personer med alvorlige atferdsproblemer.

Men det er viktig å understreke at det er lovens strenge krav, både til når tvang kan anvendes (vesentlig skade), til etisk forsvarlighet, til utprøving av alternative tiltak, til tidsavgrensning og evaluering, og til korrekt prosedyre, som har gitt disse resultatene, ikke tillatelsen til å bruke tvang. Denne effekten kunne altså i prinsippet vært oppnådd gjennom en lovgivning om rettssikkerhet, etisk forsvarlighet, tilsyn og veiledning, som ikke åpnet for bruk av tvang. Det ville imidlertid forutsette en noe annen definisjon av tvang, hvor prosedyrer for skadeavverging ble regulert i samme lov. Et rent deskriptivt tvangsbegrep har likevel den fordel at den hindre skjult «tvang» under dekke av vern. Det er vanskelig nok med den tvang som er skjult fordi den ikke rapporteres.

Det er også viktig å stille spørsmål ved hvilke negative effekter loven kan ha hatt. Den sterke bevisstheten om tvang som loven har skapt kan for eksempel ha virket både avvergende og oppmuntrende i forhold til bruk av tvang. Handegård (2002) finner for eksempel at det visse steder utvikles en «kompetansekultur» hvor det å

kunne håndtere vanskelig atferd, og det å ha inngående kjennskap til de omfattende prosedyrene som loven krever, både etterspørres og verdsettes. Det er mulig at dette visse steder kan øke bruken av tvang.

Effekten av å regulere dette feltet blir likevel opplevd så positivt at muligheten for at Stortinget skal stanse loven når den kommer til ny behandling, er svært liten. Derimot bør det være mulig å få til endringer og forbedringer i loven, som ytterligere styrker rettsikkerheten for de som loven retter seg mot. Det vil ikke være riktig av meg å gå inn i detaljer om hvilke endringer som det her kan være snakk om, men ett moment vil jeg nevne. Noe av det gledelige, sett fra mitt synspunkt, er at det er svært få vedtak om bruk av tvang knyttet til atferdsendrende tiltak. Lovens strenge krav til etisk forsvarlighet har gjort det vanskelig å få slike vedtak godkjent. Det virker også som om troen på tvang som virkemiddel i atferdsendrende tiltak er i ferd med å svekkes betydelig. Etter min mening bør muligheten til å anvende tvang i atferdsendrende tiltak tas ut av loven. Da vil en i prinsippet sitte igjen med skadeavverging – altså det en i Sverige vil kalle skydd.

Avslutning

Jeg har i denne lille artikkelen forsøkt å peke på noen forskjeller i måten omsorg organiseres og utøves på i Sverige og Norge. Beskrivelsen baserer seg ikke på noen komparativ studie, men på en viss bakgrunnskunnskap og på erfaringer fra møtet med omsorgen i de to land. Utgangspunktet jeg valgte var det paradoks at to land, hvor utviklingen av omsorgen for personer med utviklingshemming i de fleste henseender har fulgt samme mønster, likevel har inntatt helt ulike holdninger til spørsmålet om bruk av tvang overfor personer med alvorlige atferdsproblemer. Jeg har pekt på særlig tre forhold som jeg mener er viktige for å forstå dette tilsynelatende paradoks. Det ene knytter seg til de ulike roller psykologene fikk ved sin inntreden i omsorgen på 1970-tallet. Mens norske psykologer var inspirert av en amerikansk atferdsanalytisk tradisjon, hvor bruk av såkalte «aversive metoder» sto sentralt, så var de svenske psykologene langt mer inspirert av humanistiske og sosialpsykologiske perspektiver. Det andre, og som hang nært sammen med det første, var at vernepleierne i Norge utviklet seg, delvis under sterk innflytelse av psykologene, til en langt mer terapeutisk profesjon, enn tilfellet var med de som fikk en sosial omsorgsutdanning i Sverige. På mange måter ble de to yrkesgruppene iverksetterne av mye av den tenkningen som psykologene i de to land var representanter for. Min hypotese er at dette bl.a. førte til et større innslag av bevisst og systematisk bruk av tvang i Norge

enn i Sverige, først ved institusjonene, og senere også i den kommunale omsorgen. Hypotesen er at dette også kom til å aktualisere spørsmålet om lovregulering i større grad i Norge enn i Sverige, både blant motstandere og tilhengere av de metoder som hadde innslag av tvang.

Det tredje forholdet, og som også kanskje henger sammen med den debatt som har foregått rundt tvangsbruk i Norge, knytter seg til ulikheten i måten tvang defineres på i de to land. Mens en i Norge opererer med et rent deskriptivt tvangsbegrep, som inkluderer alle former for skadeavverging som personer måtte motsette seg, så er det i Sverige tradisjoner for et mer normativt definisjon av tvang, hvor for eksempel det å hindre at personer skader seg selv eller andre defineres som skydd, heller enn tvang. I Norge førte dette til at behovet for å regulere og fjerne den tvang som en mente ikke skulle være tillatt, også forutsatte en regulering av den tvang som var knyttet til nødvendig skadeavverging.

Men selv om loven etter min oppfatning også åpner for bruk av tvang i situasjoner hvor dette ikke burde være tillatt, noe som bør strammes inn ved den forestående gjennomgang av loven, så er jeg av den oppfatning at loven også har hatt en positiv effekt, både mht. reduksjon i bruken av tvang, og når det gjelder kvaliteten på de tjenester som ytes. At loven kan ha hatt en slik effekt forteller imidlertid at det har foregått svært mye uakseptabel tvang, og at kompetansen og kvaliteten i omsorgstjenestene overfor psykisk utviklingshemmede langt fra har vært tilfredsstillende. I realiteten har ikke de viktige reformene som omsorgen har gjennomgått på 1990-tallet fått de effekter for omsorgens innhold som de kunne og burde. I dette er likhetene mellom Sverige og Norge igjen større enn ulikhetene. Sysselsetting og fritidsvirksomhet er fortsatt sterkt segregert. Omsorg er i alt for stor grad knyttet til bolig, og ikke til personer. Og omsorgstjenestene er i for stor grad preget av en tradisjonell og overbeskyttende omsorgstenkning, med stor grad av regulering og kontroll, i stedet for individuell assistanse til å leve mest mulig selvstendige liv.

Litteratur:

Grunewald, Karl (2002): Nerlæggningen av anstalterna för utvecklingsstörda personer i Sverige, i Grunewald, Karl (red): Varför bör institutioner för utvecklingsstörda och andra funktionshindrade läggas ner? Teoretisk bakgrund och praktisk erfarenhet. Under publicering.

Hansson, Jan-Håkan og Ove Malander (1992): «Psykologisering och professionalisering. Om psykologyrket som profession innom psykiatrin och de

särskilda omsorgerna» Vårdhögskolan i Malmö. Forskning och utveckling, Nr. 3.

Jenssen, Tor (1995): «Hvordan gikk det med de utviklingshemmede», i Romøren, Tor Inge (red.): HVPU-reformen i forskningens lys». Ad Notam Gyldendal.

Josefsson, Barbro og Widerlund, Lena (2001): «Innehåll i utbildningsprogram för social omsorg». Luleå Tekniska Universitet, Institutionen för hälsovetenskap. D-uppsats.

Kirkebæk, Birgit (1993): Da de åndssvage blev farlige. København. Forlaget Socpol.

Malander, Ove (1999): *De hjälper oss till rätta. Normaliseringsarbete, självbestämmande och människor med psykisk utvecklingsstörning*. Lunds Universitet. Socialhögskolan. Doktoravhandling.

NOU 1991:20 Røkke

Ot prp nr 57 (1995–96)

Reg.prop. 1984/85:176

Sipilä, Jorma (red.) (1997): *Social Care Services. The Key to the Scandinavian Welfare Model*. Aldershot. Avebury.

Tøssebro (1999): «Da tidevannet snudde. Perspektiv på utviklingshemming og tjenester for utviklingshemmede under framveksten av dagens politikk: 1960–1975». I Monica Dalen, Anne-Lise Rygvold og Reidun Tangen (red.): *Mangfold og samspill : om minoriteter i familie og samfunn. Festskrift til Barbro Sætersdal*. Universitetsforlaget.

Sandvin, Johans (1996): *Velferdsstatens vendepunkt? En analyse av reformen for personer med utviklingshemming som uttrykk for brytninger i velferdsstaten*. Universitetet i Tromsø. Doktoravhandling.

Sandvin, Johans, Mårten Söder, Willy Lichtwarck og Tone Magnussen (1998): *Normaliseringsarbeid og ambivalens. Bofellesskap som omsorgsarena*. Universitetsforlaget.

SOU 1946:24

St.meld. nr. 67 (1986–87): Ansvar for tiltak og tenester for psykisk utviklingshemmede.

Söder, Mårten. (1978): *Ånster för utvecklingsstörda. En historisk sociologisk beskrivning av utvecklingen 1866 – 1944*. ALA. 20/350.

Söder, M. (1992): «Normalisering og integrering: Omsorgsideologier i et samfunn i endring»,

Sandvin, J. T. (red.): *Mot normalt? Omsorgsideologier i forandring*. Kommuneforlaget, Oslo.

SOU 1998:32