

Inkorporering av CRPD – henger vi med?

Anders Johansen, vernepleier og overordnet faglig ansvarlig
for HOL KAP 9 (OFA) i Sandefjord kommune

Linda Sanden, vernepleier og fagkonsulent,
Ecura bo og habilitering

Konvensjonen om rettighetene til mennesker med nedsatt funksjonsevne (2006), heretter omtalt som CRPD, ble inkorporert i menneskerettsloven med forrang fra 1. januar 2026. CRPD er en juridisk bindende FN-konvensjon som skal sikre at mennesker med nedsatt funksjonsevne får oppfylt sine grunnleggende menneskerettigheter og friheter på lik linje med andre. Konvensjonen skal bidra til å motvirke diskriminering på grunn av nedsatt funksjonsevne. Den skal sikre respekt for sivile, politiske, økonomiske, sosiale og kulturelle rettigheter for mennesker med nedsatt funksjonsevne.



Foto: Odd Henning Gilje (Sanden Media)



Linda Sanden. Foto: Heiner Kruse

CRPD gir et normativt rammeverk som utfordrer tradisjonelle, paternalistiske praksiser og stiller krav til endringer i profesjonsutøvelsen hos helsepersonell, statlige tilsynsmyndigheter og kommuner.

CRPD utfordrer tvangslovgivningen i Norge – eller er det motsatt?

Etter inkorporeringen av CRPD utfordres diagnosebaserte særregler av et rettighetsbasert rammeverk. Dette aktualiseres særlig i situasjoner der tjenestemottakerens valg oppfattes som utenfor normen, og der tjenestenes praksis kan oppfattes som tiltak som faller inn under begrepene «hverdags-tvang», «uformell tvang» eller «gråsone-tvang» (Linde & Owren, 2017).

Eksempler på dette kan være uvanlig eller mangelfull bekledning, uvanlig spise-mønster, et oppheng i å ha med seg eiendeler som ikke er adekvate i konteksten, en fremtoning som bryter med sosiale normer og forventninger, eller overdreven repetitiv atferd, ofte beskrevet som selv-stimulering eller rituell atferd, eventuelt som en misforstått bruk av begrepet tvangshandling. Slike situasjoner utfordrer helse- og omsorgstjenestelovens kapittel 9, heretter hol. kap. 9 (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011), pasient- og brukerrettighetsloven § 4–6a (1999), CRPD og praksis fra CRPD-komiteen (2019), samt nasjonal veileder for gode helse- og omsorgstjenester til personer med utviklingshemming (Helsedirektoratet, 2021). Formålet med reglene i hol. kap. 9 er å hindre at personer med psykisk utviklingshemming utsetter seg selv eller andre for vesentlig skade, og å forebygge og begrense bruk av tvang og makt. Ingen

skal behandles på en nedverdiggende eller krenkende måte (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011). Formålet med pasient- og brukerrettighetsloven er å bidra til å sikre befolkningen lik tilgang på tjenester av god kvalitet ved å gi pasienter og brukere like rettigheter overfor helse- og omsorgstjenesten (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999).

Personer med utviklingshemming kan ikke samtykke til tiltak som defineres som tvang, selv når de er samtykkekompetente

Hvordan kan helsepersonell sikre reell selvbestemmelse for personer med utviklingshemming i lys av CRPDs krav om ikke-diskriminering, når hol. kap. 9 fortsatt definerer enkelte tiltak, eksempelvis kontinuerlig overvåkning, som tvang uavhengig av samtykkekompetanse?

I det følgende beskriver vi et eksempel som illustrerer spenningen mellom selvbestemmelse, omsorgsansvar og gjeldende rettslige rammer, og hvordan disse utfordringene utspiller seg i praksis for både tjenestemottaker og helsepersonell i kommunen.

Line har diagnosene lett psykisk utviklingshemming, autismespekterforstyrrelse og epilepsi. Hun er 21 år og skal starte med avlastningsopphold i en avlastningsbolig for voksne. Hennes epilepsitilstand er av en slik karakter at de komplekse anfallene kan være livstruende uten tilstrekkelig overvåkning om natten. I et oppstartsmøte med leder ved avlastningen, tjenesteansvarlig og nærmeste pårørende uttrykker Line selv at hun må overvåkes med lyd- og bildeoverføring om

natten, slik at våken nattevakt kan følge med på henne – uten dette føler hun seg ikke trygg. Både nærmeste pårørende, spesialisthelsetjenesten og helsepersonell i kommunen er helt tydelige i sin vurdering av Lines samtykkekompetanse. Hun er absolutt samtykkekompetent. For ordens skyld: Begrepet samtykkekompetanse vil fra og med 1. juni 2026 erstattes av begrepet beslutningskompetanse.

Leder og tjenesteansvarlig ved avlastningsboligen kontakter kommunens overordnede faglige ansvarlige, heretter OFA, for hol. kap. 9 med spørsmål om det er behov for å fatte vedtak om kontinuerlig overvåkning etter § 9–5 tredje ledd bokstav c (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011). OFA går i dialog med Statsforvalteren og legger frem situasjonen. Det opplyses at når det observeres at Line har epileptiske anfall, går nattevakten inn til henne for å bistå med eventuelle medikamentelle akutttiltak. Nattevakten veileder henne også tilbake i seng og ber henne sove videre når hun har kommet til seg selv etter anfallet. Videre formidler OFA at Line vurderes som absolutt samtykkekompetent i spørsmålet om bruk av kontinuerlig overvåkning, og at hun er svært tydelig på at dette tiltaket er helt nødvendig for at hun skal føle seg trygg. Hun er så tydelig at hun nekter å benytte seg av avlastningstilbudet dersom kommunen ikke anskaffer egnet overvåkingsutstyr og installerer dette på soverommet hun skal benytte.

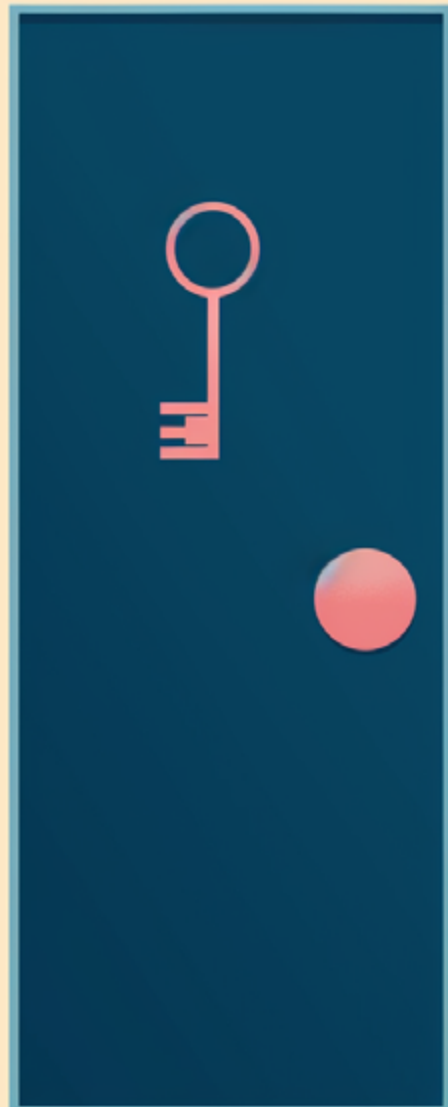
Personer med utviklingshemming diskrimineres ved behov for kontinuerlig overvåkning – da spiller ikke samtykkekompetansen noen rolle

OFA spør Statsforvalteren om hvordan situasjonen bør vurderes, særlig etter lovendringen i hol. § 9–2 av 1. september 2025 (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011), altså bruk av varslings- og sporings-teknologi. Lovendringen åpner for at dersom personen som omfattes av teknologibruken, vurderes å ikke vise motstand og å mangle samtykkekompetanse, kan kommunen fatte vedtak om bruk av aktivitetsutløst eller varselutløst teknologi med hjemmel i pasient- og brukerrettighetsloven § 4–6a (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). Dersom personen vurderes som samtykkekompetent og ikke motsetter seg bruk av slik teknologi, kreves det ikke hjemmel i lov i det hele tatt. Det presiseres at kommunen ikke har anledning til å ta i bruk slik teknologi overfor personer som er vurdert som samtykkekompetente og som motsetter seg bruken av teknologien. Denne endringen er et steg i riktig retning for å redusere diskrimineringen av personer med utviklingshemming som gruppe. Endringen er i tråd med veilederen om gode helse- og omsorgstjenester til personer med utviklingshemming (Helsedirektoratet, 2021), særlig når det gjelder at kommunen skal legge til rette for og ta i bruk velferdsteknologiske løsninger for dem som kan ha nytte av det. Ikke minst er den i tråd med flere av de åtte grunnleggende prinsippene i CRPD (2006), nemlig selvbestemmelse, ikke-diskriminering og like muligheter.

Dessverre finnes det ikke en tilstrekkelig god varselutløst teknologisk løsning for Line som identifiserer hennes komplekse epileptiske anfallsaktivitet. Derfor har hun behov for en løsning som gir kontinuerlig overvåkning med lyd og/eller bilde. At hun vurderes som samtykkekompetent, tillegges ingen vekt i spørsmålet om bruk av velferdsteknologiske løsninger som innebærer kontinuerlig overvåkning med lyd og/eller bilde, slik det presiseres i Helsedirektoratets brev til landets kommuner av 19. januar 2026: «Et tiltak med kontinuerlig overvåkning med lyd og/eller bilde må anses som så inngripende at det vil omfattes av tvangsdefinisjonen i hol. § 9–2 første ledd andre punktum. Dette innebærer at personer med utviklingshemming ikke kan samtykke til slike tiltak, selv om hen skulle vurderes til å ha samtykkekompetanse i saken.»

Videre avsluttes brevet med Helsedirektoratets ytterligere vurdering: «Dersom et tiltak anses nødvendig for å hindre eller begrense vesentlig skade på andre enn brukeren selv, må bruk av tiltaket for dette formålet vurderes etter hol. kap. 9. Det gjelder uavhengig av om det aktuelle tiltaket også har som formål å forhindre skade eller risiko for skade på brukeren selv. I slike tilfeller vil det måtte fattes et vedtak for hvert av formålene, ettersom de sorterer under to ulike regelverk. Det samme gjelder der et tiltak for eksempel er både ledd i helsehjelp og tjenester som ikke er å anse som helsehjelp. For formål som er ledd i helsehjelp, kan ansvarlig helsepersonell ta beslutningen etter pbrl. § 4–6, eller det kan fattes vedtak etter pbrl. kap. 4 A ved motstand.





For tiltak som har andre og mer trygghetsrelaterte formål, vil riktig rettsgrunnlag være pbrl. § 4–6a eller hol. kap. 9.»

En strukturell spenning med diagnostisk diskriminering – i strid med CRPD og norsk menneskerettslov

Hvordan ville vurderingen blitt dersom personen som etterspurte teknologien, var samtykkekompetent og ikke hadde en utviklingshemmingsdiagnose? I en slik situasjon ville pasient- og brukerrettighetsloven § 4–1 om samtykke til helsehjelp være avgjørende for om kontinuerlig overvåkning kunne tas i bruk, eller det kunne foretas en vurdering etter § 4–6 (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999) av om overvåkningen var faglig nødvendig og kunne gis med grunnlag i antatt eller presumert samtykke.

Eksemplet synliggjør en strukturell spenning. To personer med samme medisinske og trygghetsbaserte behov vil i praksis kunne møte ulike rettsregimer, avhengig av diagnose. For en samtykkekompetent person uten utviklingshemming vil det ofte være tilstrekkelig med gyldig samtykke for å bruke kontinuerlig lyd og bilde i avtalte rammer, for eksempel som helsehjelp eller for trygghet, mens Line, som er samtykkekompetent, ikke kan «samtykke seg inn» i samme løsning fordi tiltaket anses som tvang, jf. hol. § 9–2 (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011). Denne forskjellen aktualiserer CRPDs forbud mot diskriminering og kravet om like muligheter. CRPD-komiteen (2019) har påpekt at ulikheter mellom kommuner og forvaltningsledd kan undergrave

rettighetene, og anbefalt sterkere rettighetsforankring i praksis. Det gir helsepersonell et tydelig mandat til å bruke CRPD som normativ referanse i dialog med virksomhet, Statsforvalter og pårørende.

At personer med utviklingshemmingsdiagnose diskrimineres i forhold til andre når det gjelder bruk av kontinuerlig overvåkning som ledd i helsehjelp og omsorgstjeneste, oppleves svært utfordrende. Som i eksemplet med Line handler situasjonen om kontinuerlig overvåkning først og fremst for å kunne gi rask medisinsk respons, og dermed trygghet for Line om at hun vil få hjelp ved behov. Likevel blir tiltaket også vurdert som et omsorgstiltak fordi Line trenger bistand til å døgnorientere seg. Den naturlige omsorgsdelen brukes da som begrunnelse for å plassere overvåkningen under hol. § 9–5 tredje ledd bokstav c (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011), i stedet for å vurdere tiltaket som helsehjelp med mulighet for hjemmel i pasient- og brukerrettighetsloven § 4–1 (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). At en viss grad av omsorg inngår i situasjoner der helsehjelp ytes, er både uunngåelig og faglig forsvarlig. Å la denne omsorgskomponenten bli avgjørende for den rettslige klassifiseringen av tiltaket, skaper en kunstig forskjell som i liten grad gjenspeiler den faktiske helsesituasjonen. Resultatet er at tiltaket i mindre grad vurderes ut fra Lines reelle mulighet til å samtykke, og mer ut fra diagnosen hun har. Dette bidrar til at personer med utviklingshemming har en svakere rett til å samtykke til trygghets- og skapende tiltak enn andre.

I løpet av de siste årene har rammevilkårene for tjenester til personer med utviklingshemming beveget seg tydelig i retning av et menneskerettslig og rettighetsbasert paradigme. CRPD er nå en del av norsk rett med forrang ved motstrid, og dette stiller nye krav til fortolkning og utøvelse av tjenester i kommunene. Bør ikke Line, fra eksemplet over, ha samme mulighet til å oppleve trygghet som personer uten utviklingshemming, uten at hennes kompetanse til å avgi informert samtykke om bruk av trygghetsskapende teknologi settes på prøve? Hvorfor skal et statistisk beregnet IQ-mål på 70 gi mulighet til å samtykke til slik teknologi, når et statistisk beregnet IQ-mål på 69 utelukker denne muligheten?

Endringer i rettspraksis vil ta tid og krever at saker prøves for rettsapparatet

Prinsippene i CRPD om like muligheter og ikke-diskriminering viser seg å ikke ha forrang i spørsmålet om hvorvidt personer med utviklingshemming kan samtykke til trygghetsskapende teknologi, begrunnet med at tvangsdefinisjonen i hol. § 9–2 definerer slik teknologi som særlig inngripende (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011). Dermed vil vurderingen av Lines samtykkekompetanse være irrelevant i dette spørsmålet.

Helsepersonell befinner seg i frontlinjen i dette landskapet. De leder og koordinerer miljøbehandling, habilitering og beslutningsstøtte, og står ofte i det praktiske krysningpunktet mellom CRPDs likestillingsprinsipper, kommunal drift og juridiske vilkår. For at helsepersonell

skal kunne balansere stødig i dette landskapet, er de prisgitt vurderingene og tolkningene som legger premissene for hva som anses som faglig og etisk forsvarlig, samt hvilke hjemmelsgrunnlag som legges til grunn for nødvendige individuelle tiltak som kan defineres som tvang eller makt. Helsepersonell kan bidra ved å dele læringspunkter og bygge faglige nettverk som diskuterer og problematiserer disse spørsmålene, og som fremmer likebehandling i kommunene.

CRPD markerer et paradigmeskifte fra en medisinsk til en rettighetsbasert forståelse av funksjonsnedsettelse, der statens plikt er å muliggjøre selvbestemmelse, likestilling og deltakelse. Inkorporeringen av CRPD i menneskerettsloven gir konvensjonen forrang ved motstrid og forplikter helsepersonell og tilsynsmyndigheter til å legge CRPDs prinsipper til grunn. CRPD-komiteens generelle kommentarer, særlig om likeverdig rettsevne og ikke-diskriminering, konkretiserer kravene til beslutningsstøtte og rettslig likestilling. Komiteen har tidligere gitt merknader til Norge der det ble påpekt behov for å bevege seg vekk fra en medisinsk modell, sikre mer ensartet praksis på tvers av kommuner og fylker og operasjonalisere CRPD bedre i tjenester og regelverk (2019).

Eksemplet om Line viser diskrepansen: Line på 21 år med epilepsi, autismespekterforstyrrelse og lett utviklingshemming insisterer, som samtykkekompetent, på kontinuerlig nattlig overvåkning med lyd og bilde for å ivareta helsemessige behov og opplevelsen av trygghet. Etter

Helsedirektoratets klargjøring 19. januar 2026 må kontinuerlig overvåkning med lyd og bilde regnes som så inngripende at det faller inn under tvangsdefinisjonen i hol. kap. 9, § 9–2 (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011). Personer med utviklingshemming kan derfor ikke «samtykke seg inn» i tiltaket, selv om de har samtykkekompetanse i saken. Kontrasten er tydelig. For en samtykkekompetent person uten utviklingshemmingsdiagnose ville rettsgrunnlaget typisk vært samtykke etter pasient- og brukerrettighetsloven § 4–1 til § 4–3 (1999).

Selvbestemmelse og tvangsforebygging er ikke motsetninger. De forutsetter hverandre. En tjeneste som tar CRPDs prinsipper om selvbestemmelse og ikke-diskriminering på alvor, vil legge til rette for beslutningsstøtte, medvirkning og individuelt tilpassede tiltak, og vil dermed sjeldnere måtte bruke tvang. Når selvbestemmelse ivaretas aktivt, reduseres behovet for tvang. CRPD (2006), rundskrivet til hol. kap. 9 (Helsedirektoratet, 2015) og den nasjonale veilederen for gode helse- og omsorgstjenester til personer med utviklingshemming (Helsedirektoratet, 2021) peker alle på viktige momenter, som at tiltaket skal være minst mulig inngripende, tjenestene skal støtte personens egne valg, og helsepersonell skal arbeide systematisk for å unngå tvang.

Forstå mitt språk

KnowMe er et kommunikasjonshjelpemiddel for de som kommuniserer gjennom kroppsuttrykk, lyder, blick og gester.

Krever ingen innsats fra personen selv. Med KnowMe kan verdifull kunnskap og informasjon formidles og videreføres gjennom hele livet.

Gis ut av Nav Hjelpemiddelsentral



Skriv til oss: post@lifetools.no Besøk oss: knowme.no Snakk med oss: +47 902 99 374



Referanser

- United Nations (2019). Convention on the Rights of Persons with Disabilities, Committee on the Rights of Persons with Disabilities Concluding observations on the initial report of Norway. <https://www.regjeringen.no/contentassets/26633b70910a44049dc065af217cb201/crpd-2019-concluding-observations-endelig-versjon-fra-komiteen.pdf>
- Helsedirektoratet (2021). Gode helse- og omsorgstjenester til personer med utviklingshemming [Nasjonal veileder]. Gode helse- og omsorgstjenester til personer med utviklingshemming – Helsedirektoratet
- Linde, S., & Owren, T. (2017). Mellom vilje og valg – en drøfting av tjenesteytneres handlinger og begrunnelser i fire eksempler på insisterende praksis. Tidsskrift for Omsorgsforskning, 01/2017.
- Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester 24. juni 2011 nr. 30. Lovdata. Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven) – Lovdata
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter 2. juli 1999 nr. 63. Lovdata. Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven) – Lovdata
- Menneskerettsloven. (1999). Lov om styrking av menneskerettighetenes stilling i norsk rett 21. mai 1999 nr. 30. Lovdata. Lov om styrking av menneskerettighetenes stilling i norsk rett (menneskerettsloven) – Lovdata
- Helsedirektoratet (2015). Rettsikkerhet ved bruk av tvang og makt overfor enkelte personer med psykisk utviklingshemming – helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 9 (IS-10/2015) [Rundskriv]. Rettsikkerhet ved bruk av tvang og makt overfor enkelte personer med psykisk utviklingshemming – helse- og omsorgstjenesteloven hol. kap. 9 – Helsedirektoratet