

Frivillighet og tvang i sykehjem – to sider av samme sak?

Michael 2015; 12: 167–79.

Prinsippene tvang og frivillighet kan tilsynelatende fremstå som motsetningsfylte siden frivillighetsprinsippet skal sikre enkeltindividers valg og frihet, mens tvang nødvendigvis vil begrense enkeltindividers valgmuligheter og frihet. Artikkelen siktemål er å anskueliggjøre hvordan frivillighet og tvang kan forstås som gjensidig betingende fenomen i demensomsorgen, og ikke bare som motsetninger. Artikkelen bygger på en etnografisk studie som undersøker ulike former for tvang i sykehjem, og der det er kartlagt både formelle og uformelle tvangsformer. Omsorgen for personer med demens som lever i sykehjem reguleres av lovverk som bygger opp under frivillighetsprinsipper gjennom at tillitsskapende tiltak skal ha vært forsøkt før tvang kan benyttes. Artikkelen drøfter særlig sammenhengen mellom frihetstildeling via prinsipper om frivillighet på den ene side og sikkerhetsanordninger gjennom ulike former for uformell tvang på den annen side. Frivillighet og tvang ikke kan forstås som gjensidig utelukkende mekanismer eller som åpenbare motsetninger, men snarer som gjensidig betingende mekanismer.

Innledning

Ideer om frivillighet i helse- og omsorgstjenestene knytter seg tett an til ideer om frihet, medvirkning, autonomi, valg, konsum, frigjøring, myndiggjøring, aktiv deltakelse o.l. (1). Hensikten med å tilrettelegge for frivillighet i utformingen av helse- og omsorgstjenester er at utsatte grupper i behov av slike tjenester skal kunne gi sin tilslutning for å unngå å benytte tvang. Prinsipper knyttet til frivillighet, brukermedvirkning, myndiggjøring etc. gjenspeiles også i sentrale føringer. I kap. 4 a pasientrettighetsloven (2) legges det vekt på at frivillige tiltak skal være forsøkt før det gis helsehjelp ved tvang. Frivillighets- og selvbestemmelsesprinsippet legges til grunn for å ivareta pasientens integritet og respekt (2). Helsepersonell skal ha forsøkt

med tillitsskapende tiltak dersom pasienten motsetter seg helsehjelp, og helsepersonell skal få pasienten til å forstå at det er i hennes interesse at hun mottar helsehjelpen. I dette arbeidet vektlegger loven at helsepersonell skal lage trygge rammer for pasienten og ta hensyn til individuelle forhold. Helsedirektoratet (3) gir en detaljert beskrivelse av hvordan helsepersonell kan gå frem for å fremme tillitsskapende tiltak og unngå å bruke tvang gjennom god informasjon, bruk av tid, bedre kommunikasjon, tilvenning til helsehjelpen og ikke minst samarbeid med pårørende for å få kjennskap til pasienten. I tillegg er de opptatt av hvordan institusjonene bør tilrettelegge miljøet på en helhetlig måte. Det står blant annet i forskrift til loven (s.26) at de fysiske omgivelsene må være gjenkjennbare slik at pasienten forstår hva som skal skje, eksempelvis står det at: «*Helheten må være med på å underbygge det som skjer. De fysiske omgivelsene må være gjenkjennbare og være slik at de i seg selv gir informasjon om hva som skjer: Et bad bør ligne et bad, håret legges hos «frisør» eller i omgivelser som ligner frisørsalong, måltidene serveres i omgivelser og på en slik måte at det er lett å oppfatte hva som skjer osv.*» (3). Videre vektlegges det at omgivelsene skal være gjenkjennbare og trygge, samtidig som det skal være mulighet for stimulering og samvær med andre i miljøet. En slik helhetlig tilrettelegging kan fungere som tillitsskapende tiltak.

Beboere i sykehjem har i utgangspunktet rett til å bevege seg fritt i og utenfor sykehjemmet (4). Lov om pasientrettigheter kap. 4A (2) åpner likevel for at pasienter uten beslutningskompetanse (særlig personer med demens) kan holdes tilbake på sykehjemmet mot sin vilje for å unngå skade, f.eks i trafikken eller med fare for at de kan gå seg bort. Likevel må vedtak om helsehjelp fattes på individuelt grunnlag når det innebærer tilbakeholdelse i form av låste dører. Holdes dørene låst av praktiske grunner må det sikres fri utgang til de beboere som ikke er truffet av bevegelseshindrende tiltak (4). En rapport fra helsetilsynet (4) viste at mange sykehjem går utover hva de har rettslig adgang til når det gjelder å begrense beboeres bevegelsesfrihet og bruk av tvang.

Tvang kan defineres på mange ulike måter og er et vidt og flertydig begrep (5), men tvang i sentrale føringer omtales ofte som tiltak som benyttes for å omgå eller overvinne motstand fra pasienten (3). I demensomsorgen kan formell tvang spenne mellom det å tilbakeholde pasienter i institusjon, tvangsmedisinering (f.eks skjule medisin i mat eller drikke), relasjonell tvang (for eksempel holding av pasienters føtter og armer i forbindelse med stellsituasjoner), strukturell tvang (låste dører, isolasjon, overvåkning) og til fysiske tvangsmidler (for eksempel sengehest eller plassering av sperrer foran sengen eller stolen der pasienten oppholder seg) for å hindre fri bevegelse

(1,6,7,8). Uformell tvang er i motsetning til formell tvang ikke regulert i lovverket (5), og uformell tvang kan være ulike former for trusler, avledning, lokking, luring, hvite løgner, utilbørlig overtalelse eller liknende. (9,10). Formell og uformell tvang benyttes ofte for å unngå at pasienten skader seg selv eller andre, og i demensomsorgen er tvang ofte benyttet for å hindre fallskader og formålsløs vandring (11, 12).

Omtrent 80% av de som bor på sykehjem i Norge i dag har en eller annen form for demens (13), og mange personer med demens er aggressive, agiterte eller vandrende, noe som skaper utfordringer for deres hjelpere (14, 15). Agiterte personer med demens vil ofte være grunnleggende avhengig av sine hjelpere for å kunne orientere seg eller få den hjelpen de har behov for (15), og personer med demens som blir aggressive eller agiterte fører ofte til bruk av ulike former for tvang (8).

Artikkelens siktemål er å anskueliggjøre hvordan frivillighet og tvang kan forstås som gjensidig betingende fenomen i demensomsorgen, og ikke bare som motsetninger. Jeg vil benytte utvalgte tekster av Foucault og hans fortolkere for å forstå fenomenet som frivillighet og tvang. I den sammenheng vil Foucaults tanker og ideer om makt og omsorg som ledelses- og styringsformer være sentrale.¹

Metode

I denne studien har jeg benyttet empiriske eksemplene fortrinnsvis fra institusjonsomsorgen fra henholdsvis fire ulike sykehjem som huser personer med demens.² Det er blitt benyttet etnografisk metode med en kombinasjon av deltagende observasjon, formelle og uformelle intervju/samtaler i perioden mai 2013 til og med mars 2014. Alt i alt utgjør dette 42 intervju med personalet og 52 feltarbeidsdager med deltagende observasjon i institusjonens offentlige rom slik som dagligstue, utestue, hage, spisestue, kjøkken, gang og vaktrom. Studien er godkjent av regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK Vest), og forskningsetiske prosedyrer som informert samtykke, frivillighet og anonymisering er fulgt.

1 Ledelse er knyttet opp mot den pastorale ledelsesform (se særlig i forelesningene 22. februar (s. 163–190) og 1. mars (s. 191–216), i boken: *Security, territory, population, Lectures at the Collège de France 1977–1978*. New York: Palgrave Macmillan, 2007), mens styring er særlig knyttet an til hans liberale maktform (se særlig forelesningen 24. januar 1979 (s. 51–73) i boken: *The Birth of Biopolitics. Lectures at the collège de France 1978–1979*. New York: Palgrave Macmillan, 2008).

2 Denne artikkel bygger på kvalitative data som inngår i en større mixed method studie finansiert av Norges forskningsråd med tittel: «Modeling and Evaluating evidence based Continuing Education program in nursing home Dementia care (MEDCED)»

Kampen om å komme seg vekk og ut av sansehagen

I alle mine feltarbeid på de ulike sykehjem har jeg sett at pleiere prøver iherdig å tilrettelegge for frivillighet gjennom at beboerne får den maten de foretrekker, får gått turer så ofte som det lar seg gjøre, tar kontakt med pårørende hvis de gir uttrykk for at de ønsker besøk, og ikke minst bruker tid og kløkt i omsorgs- og pleiesituasjoner. Til tross for at pleiere ofte strekker seg lengre enn langt for å følge lovverket og tilrettelegge for medvirkning og tillitsskapende tiltak heller enn tvang, er det ikke alltid mulig for pleierne å bruke tid, få til formålstjenlig samarbeid med pårørende, gi informasjon som gir mening for personen med demens eller dog tilrettelegge for trygge og hjemlige og gjenkjennbare omgivelser og situasjoner.

De ambisiøse lover om å tilrettelegge for frivillighet gjennom tillitsskapende tiltak heller enn tvang gir seg utslag i ulike former for forsøksvis frihetstildeling gjennom arkitektur og romkonstruksjoner, ved blant annet å sørge for at beboere i sykehjem har tilstrekkelig med areal å boltre seg i. I flere sykehjem er det blitt utformet sansehager som muliggjør at beboerne kan oppholde seg utendørs og bevege seg fritt i perioder mellom inne- og uteareal. Det er likevel en grense for denne bevegelse, siden sansehagene som regel er avgrenset med et gjerde eller andre fysiske hindere som ikke beboere kan krysse. Portene kan blant annet være utstyrt med avanserte låser som personer med demens vanskelig kan klare å åpne, og tidvis besøkende til sykehjemmet da låseanordningen er godt skjult. Det betyr at friheten har en klar grense, og portene og de fysiske sperringene bidrar til å avskjerme personene med demens fra omverdenen og omverden fra personene med demens. Det betyr likevel ikke at personer med demens lar seg «fange» av institusjonens arkitektoniske grenser, men flere personer med hjemlengsel kan søke å bryte seg ut av de hindere som er satt opp. En beboer på ett av sykehjemmene klarte å bryte opp porten, og en annen beboer på et annet sykehjem fikk hjelp av medbeboer til å løfte seg over gjerde. Sperringene innbyr både til avskjerming, men også til å søke seg utenfor denne avskjerming.

Når personalet oppdager at beboere er på vei ut av sperringene, vil de søke å stoppe dem. Dette har jeg sjelden observert skje ved hjelp av fysisk tvang, men heller med forsøk på å lokke, lure og motivere beboerne til å bli med tilbake til institusjonen, til måltidet eller til godstolen. På ett av stedene hadde en beboer klart å komme seg ut av porten og ga uttrykk for at han skulle hjem. Pleierne hadde latt ham stå lenge og tukle med porten, men de regnet ikke med at han ville klare å bryte seg ut. Av den grunn måtte pleierne prøve å få ham til å returnere av egen fri vilje tilbake til sykehjemmet. Til tross for utallige forsøk på overtalelse, vise med kroppen at de

skulle snu, lokke med kaffestund og liknende klarte pleierne ikke å få ham til å ville vende tilbake til sykehjemmet. Ett av personalet endte opp med å «kle seg ut i en legefrakk» for å få mer autoritet bak kravet om å snu. Han lot seg ikke lure, så pleierne måtte hente forstrekninger for med tvang å ta ham tilbake etter å ha forsøkt i flere timer på «kreative tillitsskapende tiltak».

Det er ikke uvanlig at personalet benytter ulike «kreative tillitsskapende tiltak» for å få beboerne til å gjøre noe hun eller han ikke vil, eller som pleierne vil at han eller hun skal ville. Eksempelvis kunne pleierne benytte kjennskap til pasienten for å gjøre noe han i utgangspunktet ikke vil, for eksempel med å avlede med å vise bilder fra album mens stellet foregår, si at beroligende eventuell medisin er en drink før maten, at skuret i hagen er en bussholdeplass og be pasienten vente på rutebilen eller liknende. Dette kan forstås som ulike former for uformell tvang (se 9,10).

Hvordan kan det ha seg at pleierne forsøker å benytte tillitsskapende tiltak heller enn tvang, at de bruker kunnskap om og kjennskap til pasienten for å unngå å bruke formell tvang, at de lokker og lurer, motiverer, bruker tid (hvis de har anledning) heller enn formell tvang? Hvordan kan vi forstå disse frivillighetspraksisene som i stor grad er styrt av pleierne og bygger opp under uformell tvang gjennom at beboerne styres mot sykehjemmet, vekk fra porten, mot aktivtetsstund og måltider?

To ulike omsorgs- og ledelsesformer

Foucault påpeker to ulike ledelses- og styringsformer³ som han mener er sentrale for vår tid, der den første måte er knyttet til en ledelse som peker mot en detaljstyring av den enkeltes liv (omsorg for den enkelte) og som kan spores tilbake til en pastoral ledelsesform og den kristne omsorg (16). En annen måte å styre på er knyttet til individets utfoldelsesmuligheter og går tilbake til stoiske idealer, og som kan betegnes som en liberal omsorgsform.⁴ Begge disse omsorgs- og ledelsesformene ser jeg antydning til i sykehjemmsomsorgen, der beboerne både detaljstyres og gis rom for selvtillit gjennom frihetstildeling.

3 Begrepet styring baserer seg på det franske begrepet *gouvernementalité* (eng. *governmentality*), og som Iver B. Neumann (se Iver B. Neumann (2002). *Forelesninger om regjering og styringskunst*. Oslo: Cappelens upopulære skrifter), har oversatt til norsk som styring eller regjering basert på hans oversettelse av Foucaults forelesning på Collège de France 1.februar 1978 om *gouvernementalité*.

4 Det er særlig i forelesningen 24. januar 1979 (s. 51-73) i boken: *The Birth of Biopolitics. Lectures at the collège de France 1978–1979*. New York: Palgrave Macmillan, (2008), at Foucault gir en inngående beskrivelse av den liberale maktformen som utvikler seg tydelig i det nittende århundre i Europa med fremveksten av en liberalistisk politisk økonomisk tankegang.

Omsorgsmakt og hyrdeomsorg

Omsorg er hos Foucault tett koblet til omsorg for befolkningen – omsorg for kollektivets samlede liv (17). Velferdssamfunnet er tuftet på en velmenende og innfølede omsorg for sine innbyggere, hvor både beskyttelse av borgere og sikring av befolkningens sunnhet blir vesentlige oppgaver (16). Velferdssamfunnet tilbyr det gode og dermed er det lett å få tilslutning fra borgerne – borgerne kan ikke avvise velferdstjenester fordi tjenestene tilbyr goder som borgerne vil ha. Borgere tilbys å få et bedre liv, få tjenester som retter seg mot å optimalisere det gode liv. Undersøkelser av befolkningens levekår, sunnhet, hygiene, fødsels- og dødsrate, genetikkk – i det hele tatt befolkningens beskaffenhet og livsvilkår blir undersøkt for å optimere borgernes velferd (17). I en velferdsoverenskomst som borgerne gir sin tilslutning til muliggjøres også en biopolitikk som garanterer for omsorg og sikkerhet og staten blir en garantist for livet gjennom sykelønnsordninger, gratis sykehusbehandling, frivillighet fremfor tvang osv. (18). En slik omsorgsmakt er tuftet på å bevare livet, heller enn å vekke oppsikt med å benytte loven og sverdet. Det betyr selvsagt ikke at det juridiske forsvinner, men snarere at loven fungerer som en norm og skal inngå i og integreres i andre former for apparater og institusjoner. Det er selve livet og ikke retten som er hovedanliggende i de politiske kamper til tross for at disse formuleres gjennom retten til livet, til lykke, til tilfredsstillelse etc. (18). I følge Sverre Raffnsøe og medarbeidere (16) vil fokus på omsorg for den enkelte og befolkningen kunne innebære at i visse tilfeller ville denne beskyttelse og dermed sikkerhet kunne heves over loven. De kaller derfor dette velferdssamfunnets «hensynsløse omsorg». Hyrdemakten er tett forbundet med denne «hensynsløse omsorg» som Raffnsøe og medarbeidere (16) beskriver gjennom hvordan syke individer blir tatt hånd om og sikres når ikke de kan ta hånd om eller sikre seg selv. Hyrdemakten er i følge Foucault ikke en maktform som individene underlegger seg, eller en maktform som gir kommandoer som i en kongemakt – men snarer en maktform som bygger opp under det å se til, ha kjennskap til, se etter og passe på individene (19). Det er en omsorgsmakt som ligger tett opp mot omsorgens etymologiske betydning, å sørge for noen (20). For å kunne passe på individene må man også ha kjennskap til hva som foregår i personens hjerne, ha tilgang til deres tanker, kropper, personlighet – deres innerste sjel. Det betyr at avdelingsmiljøet må tilrettelegges for at individene avslører noe om seg selv – deres innerste hemmeligheter (19). I demensomsorgen betyr det at personalet skal styre beboerne på bakgrunn av deres kjennskap til hver enkelt beboer; ha kjennskap til de som personer (person-sentrert omsorg). En slik styringsform kan med referanse til Foucault forstås som er en individualiserende

og frelsende maktform tett forbundet med sannheten om selvet, og en maktform han mener har spredd seg utover de geistlige og religiøse institusjonsformer. Dette er en form for frelse i dennesidige verden og som Foucault (17) knytter til utvikling av den moderne staten og ikke minst med utvikling av velferdsstaten, og som igjen kan ses i lys av beskyttelse av befolkningen og dens individer ved etablering av en rekke institusjoner. Sykehjem er slike institusjoner der pleierne styrer beboerne på detaljert vis. Pleierne var opptatt å få kunnskap om og kjennskap til beboernes tidligere liv gjennom innsamling av livshistorier inklusive biografiske opplysninger relatert til beboernes preferanser av ulikt slag. Samtidig benyttet de denne detaljkunnskapen til å lede beboerne mot måltidene for at de skulle spise regelmessig og delta i fellesskapet: «Kom nå Anna, sett deg her med oss. Jeg har smurt skive med sild som du er så glad i til deg», «Det er så hyggelig hvis du holder oss med selskap, hva vil du ha på skiven i dag?» I det hele tatt var pleierne opptatt av å lede beboerne mot ro og hvile, mot sengen og godstolen – mot det trygge for å ha oversikt over og kontroll på beboernes gjøren og laden. Hyrdeomsorgen kan derfor forstås som en omsorgsform som bygger oppunder demente beboeres grunnleggende avhengighet til sine hjelpere (15).

Den liberale omsorgen

Den liberale omsorgen er en slags motsetning til hyrdeomsorgen der individene søkes og detaljstyres. Den liberale omsorgen er snarere en maktform som er indirekte og hviler på individenes vilje til selvstyring. En slik selvstyring kobler Foucault tett opp mot liberalismens fremvekst, og der frihet inngår som et styringsredskap i et moderne frihetsstyresystem rettet mot individets interesser (21). Utgangspunktet for liberalismen er individet og ikke staten, og da de levende individers interesser med en optimering og økonomisering av det levende (22). Med liberalismens fremvekst skulle ledelsen av individene rasjonaliseres – altså individene skulle styres med minst mulig anstrengelse, men som skal gi mest mulig effekt (16). En slik indirekte maktform via subjektiveringsprosesser skal føre individet til å knytte til seg sin egen identitet og til sin egen bevissthet (23). Anders F. Jensen (22), med henvisning til Foucault, kaller disse subjektiveringsprosesser for subjektiverings-dispositiv⁵ – en menneskeledelse gjennom frihetstil- deling. Den individuelle frihet må reguleres så mye at den også kan utfolde

5 Foucault presiserer i et intervju hva han mener med dispositivbegrepet. Han mener det kan inneholde diskurser, institusjoner, arkitekturinnretninger, regulative beslutninger, lover, administrative forhåndsregler, vitenskapelige ytringer, filosofiske, moralske filantropiske forslag og påstander (Foucault i Raffnsøe et al. (16); 217).

seg – eksempelvis satsing i lovverket på frivillighet og individbaserte rettigheter, tiltak og forskning for å fremme frivillighet, og der tillitsskapende tiltak skal være forsøkt før tvang (2). Dette er føringer og tiltak som er ment å hindre krenkelse av individenes frihetsutfoldelse. Opprettelse av sansehager i sykehjem kan forstås i et slikt lys. Beboerne gis større mulighet til «fritt» å utfolde seg innenfor hagens grenser. Samtidig innebærer en utvidelse av areal for beboerne å boltre seg på mindre mulighet for pleierne å ha oversikt over og kontroll over beboernes bevegelser. Av den grunn hevder Anders F. Jensen (22) i sin fortolkning av Foucault at utvidelse av individuelle rettigheter, eksempelvis ved utvidet frihetstildeling, fører til at myndighetene hele tiden må gripe inn for å forregulere ikke-reguleringen. Dette skaper et reguleringsparadoks. Institusjoner og dets personell klarer ikke å styre seg selv, og derfor må statlige foranstaltninger blande seg for å sikre friheten. Eksempelvis må det sikres at beboerne i sykehjem får bevege seg fritt og ikke låses inne unødig. Helsetilsynet må på stadige visitter for å sikre at pasienters rettigheter blir opprettholdt, f.eks at tillitsskapende tiltak er forsøkt og dokumentert før det iverksettes tvang. Anders F. Jensen (22) hevder at den nye liberalistiske ledelsesteknikk har bruk for friheten og forbruker denne frihet; dvs. at den er tvunget til å iverksette den. Noe skal forebygges før det har gått galt, noe må gjøres før det brukes tvang. Det tilrettelegges for at personalet kurses for å forebygge bruken av tvang, og der det pekes på en rekke tiltak som kan anvendes for å forbygge unødig bruk av tvang gjennom kommunikasjonsverktøy, samarbeid med pårørende, bruk av tid osv. (4). Anders F. Jensen (22) tolkning av Foucault fremhever at liberalismen produserer frihetens risiko og trusler, som den i neste omgang må gardere seg mot. Altså; Jo friere mennesket blir fra ytre bestemmelser, desto mer må man sikre at mennesket og dets pleiere kan håndtere denne frihet. «Udisiplinerte» beboere– de som ikke klarer selvstyring vil kreve overvåkning og tilsyn fra sine pleiere i første omgang og helsetilsynet i neste omgang.

Mens pleiernes oppgave er å lede beboere for å unngå skade og fremme helse, vil helsetilsynets primære oppgave være å sikre beboernes frihet og rettsikkerhet: «*Kommunen har ikke sørget for at xx sykehjem fatter vedtak når pasienter uten samtykkekompetanse tilbakeholdes (...). Alle dørene inn i avdelingene samt dører til uteområdene var låst. Alle dører ut av avdelingene måtte åpnes med firesifret kode. Det fremkom at det ikke var gjort en risikovurdering for om det var behov for låsing av dører*» (4;44). Helsetilsynets oppgave er å tilse at beboernes bevegelsesfrihet ikke blir ulovlig begrenset, og rettsvesenet nærmest garanter en bevegelsesfrihet gjennom lovverket. Når tilsyn og lovverket gir friheter kan dette bidra til å produsere mer mulighet for bruk av tvang. Demente beboere i sykehjem vil kunne overskride en tildelt

frihet, for friheten er innenfor noen grenser. Den rettsmessige garanti om at beboere skal få bevege seg fritt får en grense når de kjemper seg ut av låste dører, bryter opp porter, rister gjentakende på dørhåndtak, roper etter bilen som skal hente dem osv. På den måten har denne friheten en grense, ikke bare en fysisk grense i form av stengsler, men også en tålegrense. Når dørene åpnes og portene vises frem, dras beboere som ønsker seg hjem på vei mot utgangene, noe som igjen bidrar at pleierne må bruke kløkt og oppfinnsomhet for å få beboerne tilbake – eller det vi kan kalle bruke ulike former for uformell eller formell tvang. Eksempelvis gjennom å lokke beboerne tilbake til stuen og måltidet eller å anvende beroligende eventuell medisiner ved å skjule det i drikke.

Ifølge Foucault blir sikkerhetsanordninger en sentral forutsetning for liberal ledelse i det 18. århundre (24). Friheten må sikres, den tas ikke for gitt av liberalistene – den må skapes. Friheten forstås som stadig å være under press og må derfor hele tiden sikres gjennom ulike former for reguleringer og beskyttelsestiltak. Med andre ord, *trusselen* mot friheten er en grunnleggende instans ved selve friheten i den liberale forståelse. Liberalistisk politikk handler derfor hele tiden om å bearbeide frihetstrusler fra individer som er på vei til å bli frisatt, men som må beskyttes. Nye inngrep blir nødvendig og tiltak må innsettes i sikkerhetens navn. En liberal ledelse må derfor hele tiden svinge mellom frihet og sikkerhet. For personalet i sykehjem betyr dette at de må tilrettelegge dagliglivet for mest mulig frihetsutfoldelse for beboerne, og samtidig som de må sikre beboernes helse gjennom at de ikke påføres skader i forbindelse med sin utfoldelse. Begge deler blir det kontrollert på av helsemyndighetene. Av den grunn befinner sykehjem seg i et reguleringsparadoks, der det på den ene siden bygges opp under frivillighet og bevegelsesfrihet; altså forsøk på å sikre frihet – og på den annen side samtidig avgrenses denne frihet gjennom tydelige stengsler og grenser for å unngå skader, tap av personer (de kan gå seg vill), tap av ansikt (overfor blant annet pårørende, og andre ansatte som må lete etter beboerne de har hatt ansvar for på sin vakt). Personalets fokus på bevaring av livet i frykten for tap av liv, helse og ansikt, gjør mulighet for fri utfoldelse og bevegelses- og handlingsfrihet vanskelig. Det gis noen friheter, men samtidig når denne friheten ikke benyttes av beboerne slik det er tenkt, så settes det straks noen grenser for denne frihetsutfoldelsen. Det kan eksempelvis være tildekking av alle utganger med for eksempel skjerm Brett, gardin eller liknende, låsing av dører osv., det vi kan kalle strukturell tvang. For Foucault finnes det aldri noen garanti for frihet, frihet er på intrikat vis innved i maktens relasjoner (19). Foucault forstår frihet som en praksis, ikke som en gitt størrelse, og hvor det finnes en rekke prosjekter som søker

å modifisere, bryte ut av ulike former for kontroll og tvang. Slike frihetsprosjekter (som tillitsskapende tiltak kan forstås som) betyr ikke at det vil føre til at personer blir frigjort, han skriver: «*The liberty of men is never assured by the institutions and laws intended to guarantee them. This is why almost all of these laws and institutions are quite capable of being turned around – not because they are ambiguous, but simply because «liberty» is what must be exercised*» (25;354-355). Av den grunn kan ingen institusjoner garantere noen form for frihet.⁶ Når frihet forstås som en praksis er det ikke helt enkelt å skille frihet fra undertrykkelse – det finnes ikke noe som er absolutt frigjørende, og frihet eller frigjøring vil aldri kunne garanteres av de institusjoner eller endog lover som skal garantere dem (26).

Spenningen mellom frivillighet og tvang

Denne tvetydighet og spenningstilstand mellom frivillighet og tvang kan også forstås i lys av ulike omsorgsformer, det være seg en detaljert hyrdeomsorg og en mer liberal omsorgsform hvor frihetstildeling er sentralt. Omsorg kan således forstås som en ledelses- og styringsform basert på ulike prinsipper av ledelse (hyrdeomsorg) og styring (liberal omsorg). Sykehjemmenes omsorgspraksiser er både forankret og fanget i et tilsynelatende omsorgsparadoks – med på den ene side en *hyrdeomsorg* som en detaljert omsorgsform der personalet styrer sine beboere mot måltid, mot sengen, mot godstolen, og på den annen side en styringsform som arbeider gjennom friheten ved en *frihetstildeling* eller forsøk på å gi beboerne noen muligheter til å utfolde seg fritt. Av den grunn kan det paradokset jeg begynte med – å både ikke styre og styre (eller frivillighet og tvang), eller rettere sagt å både detaljstyre gjennom en rekke omsorgspraksiser og samtidig ikke styre gjennom å indirekte styre, forstås gjensidig betingende. En direkte og indirekte ledelse og styring knyttes stadig tettere sammen gjennom den tvetydighet i omsorgsformene som utspiller seg i sykehjem. På den ene side detaljstyres beboerne, de ledes mot noe og noen som en hyrdeomsorg, de ledes mot måltider, mot aktiviteter, mot hverandre (ikke for mye mot hverandre), mot sengen for hvile, til godstolen for strikking – men de ledes også mot seg selv som person, mot det de var og er, mot de vaner og rutiner som de hadde – mot det tilsynelatende kjente gjennom personsentrerte omsorgsformer. Dette kjente, om det er fotografier, kjent musikk, pent tøy el.l anvendes av pleierne for å avlede for å unngå å bruke formell tvang for å kunne gi om-

6 Foucault skriver også i samme intervju at personer i helseinstitusjoner er plassert i avanserte maktrelasjoner til hverandre, og hvor han her henviser til Erving Goffman som har analysert slike forhold meget godt i psykiatriske sykehus. Arkitektur står i en annen type maktforhold til personer enn for eksempel andre personer som leger, psykiatere, prester, voktere osv.

sorg og pleie – for å bevare livet. Det kjente er likevel det ukjente, personen med demens kjenner ikke alltid personene som omgir henne igjen eller kjenner disse igjen som noen andre, interiøret er ikke som det pleide å være hjemme, maten er god men man er gjest og man må takke for seg – man ledes mot døren og selskapet er slutt!

Konklusjon

De fleste personer som bor i sykehjem i Norge lever med demens, og mange av disse personene kan være aggressive, agiterte eller vandrende (13, 14, 15), og som gjør at de ofte utsettes for ulike former for tvang (8). Jeg har hevdet at tvang og frivillighet tilsynelatende kan fremstå som motsetningsfylte siden frivillighetsprinsippet skal sikre enkeltindividers valg og frihet, mens tvang nødvendigvis vil begrense enkeltindividers bevegelsesmuligheter og frihet, herunder bevegelsesfrihet. Frihetstildeling er helt sentralt for å sikre beboere på sykehjem mulighet for bevegelsesfrihet og utfoldelse i tråd med egne preferanser. Denne bevegelsesfrihet sikres bl.a gjennom å utforme sansehager der beboerne tilsynelatende kan bevege seg fritt. Det er en selvledelse som krever beskyttelse for å fullendes gjennom ulike former for tilsyn. En styringsmentalitet basert på frihetstildeling til enkeltpasienter kan derfor bidra til å skape reguleringer og sikkerhetsanordninger, og ikke minst subtile tvangsformer for å sikre at prinsipper om tilsynelatende frivillighet overholdes. En slik frihetstildeling muliggjør for pleierne å benytte ulike former for formell og uformell tvang som overvåkningsstrategier, press- og lokkemidler, avledningsmanøver, overtalelseteknikker, gi beroligende medisiner skjult o.l for å sikre at pasientene får den nødvendige omsorgen. Altså ulike former for tvang for å sørge for noen; omsorg. Når frihet tildeles, når rommene utvides og valgene fremlegges muliggjøres også bruken av tvang. Det blir mer å passe på for personalet og flere ressurser benyttes for å hanke beboeren på vei hjem tilbake til institusjonen, og således muliggjøres bruk av svært «kreative tillitsskapende tiltak» som uformell tvang. Det betyr at frivillighet og tvang ikke kan forstås som gjensidig utelukkende eller som åpenbare motsetninger, men snarere som gjensidig betingende mekanismer.

Litteratur

1. Øye, C. (2014). Omsorg for den offentlige sfære – betraktninger om frivillighet og tvang i lys av Hannah Arendts tanker om frihet og handling. I: Alsvåg H. Førland O. & Jacobsen FF. *Rom for Omsorg?* Bergen: Fagbokforlaget; 2014 s.43-62.
2. Lov om pasient- og brukerrettigheter, kap. 4A. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2009, hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>

3. Lov om pasientrettigheter kapittel 4A. Helsehjelp til pasienter uten samtykkekompetanse som motsetter seg helsehjelp. Oslo: Helsedirektoratet; 2008. *Rundskriv* – IS-10.
4. Oppsummeringsrapport – helsetilsynet i fylkenes saksbehandling ved
5. mottak av kopi av vedtak hjemlet i pasientrettighetsloven Kap 4A – 2009–2010. Oslo: Helsetilsynet; 2011. Internserien 2011:3.
6. Hatling T. Bruk av tvang i psykiske helsetjenester. I R. Norvoll, red. *Samfunn og psykisk helse*. Samfunnsvitenskapelige perspektiver. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2013.
7. Capezuti E, Brush BL, Won RM, Wagner LM & Lawson WT. Least restrictive or least understood? Waist restraints, provider practices, and risk of harm, *J Ag Soc Pol.* 2008 20(3); 305-322.
8. Kock S, Lyon C. Case study approach to removing physical restraint. *Int J Nurs Pract.* 2001; 7: 156-161.
9. Kirkevold M, Laake K, Engedal K. Use of constraints and surveillance in Norwegian wards for the elderly. *Int J Ger Psych.* 2003; 18:491-497.
10. Gault I. Service-user and carer perspectives on compliance and compulsory treatment in community mental health services. *Health Soc Care Com.* 2009; 17(5):504–513.
11. Link B, Castille DM, Stuber J. Stigma and coercion in the context of outpatient treatment for people with mental illnesses. *Soc Sci Med.* 2008; 67: 409-419.
12. Evans D, Wood J, Lambert L. A review of physical restraint minimization in the acute and residential care settings. *J Adv Nurs.* 2003; 40(6): 616-615.
13. Koczy P, Becker C, Rapp K, Klie T, Beische D. Effectiveness of a multifactorial intervention to reduce physical restraints in nursing home residents: *J Am Ger Soc.* 2011; 59(2): 333-339.
14. Engedal K. The Norwegian dementia plan 2015—‘making most of the good days’. *Int J Ger Psych.* 2010; 25: 928-930.
15. Sommer OH, Kirkevold Ø, Cvancarova M, Engedal K. Factor analysis of the brief agitation rating scale in a large sample of Norwegian nursing home patients. *Dem Ger Cog Dis.* 2010; 29: 65.60.
16. Dewing, J. Responding to agitation in people with dementia. *Nursing older people.* 2010; 22(6);18-25.
17. Raffnsøe S, Gudmand-Høyer M, Thaning M. *Foucault*. København: Samfundslitteratur; 2008.
18. Foucault M. *The birth of biopolitics. Lectures at the Collège de France 1978–1979*. New York: Palgrave Macmillan; 2008.
19. Foucault M. Retten til døden og magten over livet. I: Foucault M. *Vilje til viden. Seksualitetens historie*. København: Samlerens bogklub; 1976/2002.
20. Foucault M. The subject and power. I: Faubion JD. (ed.): *Power – Essential works of Foucault 1954–1984*. vol. 3, Allen Lane: Penguin Press; 2002.
21. Jacobsen F. Kan omsorgen stå alene? Omsorgsbegrepet i tre stortingsmeldinger. *Michael.* 2011; 8: 344-356.
22. Foucault M. The ethics of the concern of the self as a practice of freedom, I: Rabinow P. ed. *Ethics – Essential works of Foucault 1954–1984*. London: Penguin Books; 2000.
23. Jensen AV *Mellem ting: Foucaults filosofi*. København: Det lille forlag; 2005.

24. Myklebust RB. Språk, Subjektivitet og livspolitik. Om et grunnproblem i Giorgio Agambens *Homo sacer*-bøker, *Agora*. 2011; nr. 4:74-102.
25. Foucault M. *Discipline and punish. The birth of the prison*. London: Penguin books; 1977.
26. Foucault M. Space, knowledge and power. I: Faubion JD. ed. *Power – Essential works of Foucault 1954–1984*. vol. 3, Allen Lane: Penguin Press; 2002.
27. Foucault M. Interview with Foucault by Paul Rabinow 1982. I: Faubion JD. (ed.) *Power – Essential works of Foucault 1954–1984*. vol. 3, Allen Lane: Penguin Press; 2002.

Christine Øye
førsteamanuensis
Høgskolen Stord/Haugesund
Senter for omsorgsforskning Vest
Høgskolen i Bergen
christine.oye@hsh.no
christine.oye@uib.no