

Bacheloroppgave

Vurdering av samtykkekompetanse i kommunal rustjeneste

En kvalitativ studie om hvordan sosialarbeidere opplever å arbeide med
vurdering av samtykkekompetanse i kommunal rustjeneste

Mathilde Folland & Mette Støyva

Sosialt arbeid, sosionom

2023



HØGSKULEN
I VOLDA

Gruppeerklæring

Denne oppgaven er vårt eget og selvstendige arbeid. Den benytter seg ikke av andre sitt arbeid uten at det er oppgitt, har ikke brukt tekst fra eget arbeid uten at det er oppgitt, og kilder som er brukt er ført inn i både tekst og kildeliste på en måte som gjør at vi ikke vil få en 'ufortjent rennomegevinst'. Den har heller ikke vært brukt som eksamenssvar eller arbeidskrav tidligere.

Vi vet at oppgaven vil bli elektronisk kontrollert for plagiat og at alvorlige brudd med 'god sitatskikk' blir behandlet som fusk jf. UH-lova § 4-7 og § 4-8, 3. ledd.

I arbeidet med oppgaven er personopplysninger behandlet i samsvar med retningslinjene som er å finne i Canvas. Oppgaven inneholder ikke opplysninger som kan føres tilbake til enkeltpersoner ut over det som de har godtatt gjennom samtykke eller som er offentlig kjent.

Vi gir Høgskulen i Volda rett til å publisere oppgaven vederlagsfritt i elektronisk form.

Sammendrag

Faglitteraturen presiserer viktigheten av personlig autonomi og brukeres rett til å medvirke i eget liv. Som sosialarbeider i kommunal rustjeneste havner man i situasjoner hvor man skal vurdere samtykkekompetansen. I slike situasjoner kan det være en utfordring å mestre balansegangen mellom at brukeren skal få bestemme over eget liv, og mandatet man har som sosialarbeider til å gripe inn i situasjonen. Selv om vurdering av samtykkekompetanse har vært i media den siste tiden, finnes det lite informasjon om hvordan sosialarbeiderne konkret skal vurdere samtykkekompetansen i praksis. Dette prosjektet forsker derfor på hvordan sosialarbeidere i kommunal rustjeneste opplever å arbeide med vurdering av samtykkekompetanse. Hensikten for forskningen var å rette søkelyset mot de utfordringene som sosialarbeiderne møter i arbeidet med vurdering av samtykkekompetanse. Studien er en utforskende kvalitativ intervjustudie der vi benyttet dybdeintervju for å få et innblikk i informantenes subjektive erfaringer og opplevelser. Datamaterialet ble innhentet fra tre informanter i ulike kommuner. Funnene viser til at informantene opplever at de skal vurdere samtykkekompetansen fortløpende og på nytt i forskjellige situasjoner. Likevel ser vi at sosialarbeiderne ofte opplever vurdering av samtykkekompetanse som krevende, fordi det kan oppstå usikkerhet rundt hvem sitt ansvar det er å vurdere samtykkekompetansen i ulike situasjoner. Samtlige informanter uttrykte at de opplever at brukere ofte blir for syke før de får hjelp, fordi det kan ta for lang tid før samtykkekompetansen blir vurdert. Prosjektet konkluderer med at sosialarbeiderne opplever arbeidet med vurdering av samtykkekompetanse som svært utfordrende. På den ene siden skal det yrkesetiske grunnlagsdokumentet være et hjelpemiddel for sosialarbeidere i etisk krevende situasjoner, men på den andre siden kommer det fram at sosialarbeiderne mangler klare retningslinjer på hvordan de skal vurdere samtykkekompetanse i ulike situasjoner.

Abstract

Relevant literature emphasizes the importance of personal autonomy and users' right to participate in their own lives. As a social worker in local drug addiction services, one finds oneself in situations where one must assess capacity to consent. In such situations, it can be challenging to manage the balance between the user's right to decide over their own life and the mandate one has as a social worker to intervene in the situation. Although the assessment of capacity to consent has been in the media lately, there is little information on how social workers should concretely assess capacity to consent in practice. Therefore, will this project investigate how social workers in local drug addiction services experience working with the assessment of capacity to consent. The purpose of the research was to focus on the challenges that social workers encounter in the work of assessing capacity to consent. The study is an exploratory qualitative interview study in which we used in-depth interviews to gain insight into the informants' subjective experiences. The data material was obtained from three informants in different municipalities. The findings indicate that the informants feel they must assess capacity to consent continuously and anew in different situations. Nevertheless, we see that social workers often experience the assessment of capacity to consent as demanding because there may be uncertainty about whose responsibility it is to assess capacity to consent in different situations. All informants expressed that they feel that users often become too ill before they receive help because it may take too long before capacity to consent is assessed. The project concludes that social workers experience working with the assessment of capacity to consent as highly challenging. On one side, the professional ethical foundation document should be a tool for social workers in ethically challenging situations, but on the other side, it is evident that social workers lack clear guidelines on how to assess capacity to consent in different situations.

Forord

Dette prosjektet representerer slutten på tre interessante og innholdsrike år ved Høgskulen i Volda. Vi ønsket å fordype oss i noe som er sentralt i sosialarbeidernes arbeidshverdag, men som vi ikke nødvendigvis visste noe om. Vi har troen på at dette vil bli et bidrag til nåværende og framtidige sosialarbeidere og at det kan bidra til videre forskning. I tillegg ønsket vi å benytte sentrale teoretiske perspektiver innenfor sosialfaglig arbeid, som brukermedvirkning, etikk og skjønn. Gjennom arbeidet med oppgaven har vi tilegnet oss ny kunnskap og forståelse som vi vil ta med oss videre som kommende sosionomer.

Vi ønsker å takke veilederen vår, Kristin Ljoså Sørheim, som har veiledet oss gjennom prosessen. Vi setter stor pris på all tilbakemelding og hjelp på veien. Vi ønsker også å takke informantene som har bidratt med verdifulle erfaringer og refleksjoner rundt oppgavens problemstilling.

Vi ønsker deg en god lesing!

Innholdsfortegnelse

| | |
|---|------------|
| Grupperklæring | ii |
| Sammendrag | iii |
| Abstract | iv |
| Forord | v |
| Innledning | 1 |
| Kunnskapsgrunnlag | 4 |
| <i>Bakgrunn</i> | 4 |
| Kommunal rustjeneste..... | 4 |
| Samtykkekompetanse..... | 4 |
| <i>Teoretiske perspektiver</i> | 8 |
| Skjønn..... | 8 |
| Etikk..... | 9 |
| Tverrprofesjonelt samarbeid | 9 |
| Brukermedvirkning..... | 10 |
| <i>Forskning på felt</i> | 11 |
| Metode | 14 |
| <i>Forskningsdesign</i> | 14 |
| <i>Utvalg</i> | 14 |
| <i>Intervju</i> | 14 |
| <i>Transkripsjon og analyse</i> | 15 |
| <i>Etiske vurderinger</i> | 16 |
| <i>Kvalitet</i> | 16 |
| Funn | 18 |
| <i>Når vurderes samtykkekompetanse?</i> | 18 |
| <i>Arbeidsmetoder</i> | 19 |
| <i>Utfordringer</i> | 21 |
| Diskusjon | 24 |
| <i>Når vurderes samtykkekompetanse?</i> | 24 |
| <i>Arbeidsmetoder</i> | 25 |
| <i>Utfordringer</i> | 27 |
| Konklusjon | 30 |
| Bibliografi: | 32 |
| Vedlegg: | 37 |
| <i>Intervjuguide</i> | 37 |

Innledning

Som sosialarbeider møter man mennesker med sammensatte og komplekse utfordringer. I kommunal rustjeneste kan sosialarbeideren møte på situasjoner hvor vurdering av samtykkekompetanse er sentralt. Det er derfor vesentlig at sosialarbeidere som møter på denne problemstillingen har kompetanse om lovverk og retningslinjer som omhandler samtykke og vurdering av dette. Ved å ha kunnskap om gjeldende lovverk og retningslinjer vil sosialarbeidere i større grad kunne legge til rette for, eksempelvis behandling, basert på brukerens samtykke og medbestemmelse (Helsedirektoratet, 2017). Vurdering av samtykkekompetanse er en sentral del av arbeidshverdagen til sosialarbeidere i kommunal rustjeneste. Det står derimot lite om hvordan sosialarbeidere skal arbeide med vurderingen av samtykkekompetanse i lovverket (Helsedirektoratet, 2020). I denne oppgaven har vi derfor valgt å rette søkelyset mot vurdering av samtykkekompetanse og utfordringer dette kan medføre. Forskningsprosjektet vil rette fokus mot sosialarbeideres subjektive opplevelser og erfaringer rundt vurdering av samtykkekompetanse både før og etter lovendringen av psykisk helsevernloven i 2017. Psykisk helsevernloven ble 1. september 2017 revidert med formål om å øke pasienters selvbestemmelsesrett og rettssikkerhet. Lovendringene betyr i praksis at pasienter som er samtykkekompetente kan nekte å ta imot et tilbud om behandling med mindre de utgjør en fare for seg selv eller andres liv og helse (Bremnes & Skui, 2020).

Mangelen på retningslinjer og rammer rundt hva sosialarbeidere skal gjøre i arbeidet med vurdering av samtykkekompetanse kan føre til en rekke konsekvenser for brukerne. Å vurdere om en pasient er samtykkekompetent kan være faglig krevende. Likevel er det helt nødvendig for å kunne ivareta brukernes rettigheter at vurderingen gjøres grundig, og helst i et tverrfaglig team (Statens helsetilsyn, 2015, s. 14-16).

Ved å innhente mer kunnskap om sosialarbeidernes opplevelser knyttet til vurdering av samtykkekompetanse kan det rettes mer fokus mot utfordringene. For å innhente informasjon om hvordan sosialarbeidere opplever å arbeide med vurdering av samtykkekompetanse ble det gjennomført to dybdeintervju. Vi intervjuet sosialarbeidere i to ulike kommuner, der alle informantene har arbeidet i kommunal rustjeneste i mer enn ti år. Intervjuene ble transkribert og datamaterialet ble analysert induktivt-deduktivt.

Man hører i media at fagfolk og politikere kjemper for at alle mennesker skal ha retten til å ta selvstendige valg. Jonassen (2019) skriver i et debattinnlegg i Stavanger Aftenblad at det er problematisk når fagfolk og politikere ensidig og ukritisk argumenterer for at brukere skal ha mulighet til å foreta selvdestruktive og irrasjonelle valg. Videre skriver han om at denne misforståtte “beskyttelsen” medvirker til at mennesker som har store hjelpebehov fratras mulighetene til å motta hjelp. Likevel skriver Wergeland, Rolland, Weber & Riley (2022) at systematisk vurdering av samtykkekompetanse kan se ut til å bidra til økt fokus på brukeres funksjonsnivå, og meninger om oppfølging og behandling. Regjeringen har nå satt inn et ekspertutvalg som har i oppgave å evaluere “vilkåret om manglende samtykkekompetanse for bruk av tvang innen psykisk helse”. Ekspertutvalget skal altså vurdere om intensjonene i lovendringen fra 2017 er oppfylt (Wergeland et al., 2022;Regjeringen, 2022).

Helse- og omsorgstjenesteloven slår fast at kommunen skal sørge for at alle som oppholder seg i kommunen skal bli tilbudt nødvendige helse- og omsorgstjenester (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011, §3-1). Den kommunale rustjenesten har i hovedoppgave å sørge for at personer med rusproblemer får den hjelpen de har rett på, eksempelvis utredning, behandling og diagnostisering (Helsedirektoratet, 2014, s.12).

I arbeidet med forskningsprosjektet oppdaget vi at det var lite forskning rundt problemstillingen. Da det var mangelfull forskning rundt tema, har det i stor grad blitt benyttet litteratur fra andre instanser som har blitt knyttet opp mot sosialfaglig arbeid. Når det kommer til tidligere forskning innenfor vurdering av samtykkekompetanse har vi benyttet både norske og engelske artikler. Forskning og litteratur rundt samtykkekompetanse har relativt stort omfang sammenlignet med forskning og litteratur som omhandler selve vurderingen av samtykkekompetansen. Med bakgrunn i dette bidrar oppgaven til en bredere forståelse for hvordan sosialarbeiderne opplever å arbeide med vurdering av samtykkekompetanse, og utfordringene som potensielt dukker opp.

For å innhente de subjektive opplevelsene og erfaringene sosialarbeiderne sitter med, var det hensiktsmessig å forske på hvordan vurdering av samtykkekompetanse foregår i praksis. Med utgangspunkt i dette lyder problemstillingen som følger:

Hvordan opplever sosialarbeidere å arbeide med vurdering av samtykkekompetanse i kommunal rustjeneste?

For å kunne besvare problemstillingen ble det utarbeidet tre forskningsspørsmål. Spørsmålene tar utgangspunkt i ulike situasjoner hvor spørsmål rundt samtykkekompetanse oppstår, arbeidsmetoder og sosialarbeiderens rolle i arbeidet og utfordringer knyttet til tema.

- *Når oppstår spørsmål angående vurdering av samtykkekompetanse?*
- *Hvordan jobber sosialarbeideren med vurdering av samtykkekompetanse?*
- *Hvilke utfordringer møter sosialarbeideren i arbeid med vurdering av samtykkekompetanse?*

Kunnskapsgrunnlag

Bakgrunn

For å belyse bakgrunnen for sosialarbeiderne sitt arbeid med vurdering av samtykkekompetanse vil vi i denne delen starte med å presentere kommunal rustjeneste og brukergruppen. Videre vil vi definere begrepet samtykkekompetanse og gå nærmere inn på relevant lovverk.

Kommunal rustjeneste

Kommunene har et ansvar for tjenester til personer med rusproblemer og rusbrukslidelser, og skal sørge for at de får utredning, diagnostisering og behandling (Helsedirektoratet, 2014, s. 12;Regjeringen, 2022). Dette ansvaret kommer fram i lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011, §3-1). Kommunene kan selv organisere tjenestene sine slik de finner det formålstjenlig, og det kan derfor være variasjoner i organiseringen i ulike kommuner. Oppgavene kan være lagt til ulike enheter, i noen kommuner er det på det lokale NAV-kontoret, mens det i andre kommuner kan være samorganisert med kommunens psykiske helsetjeneste. Fastlegen og hjemmetjenester er sentrale aktører i kommunalt rusarbeid. Når det gjelder brukergruppen er det helt sentralt at man i kommunalt rusarbeid tar hensyn til at det kan være store variasjoner i den enkeltes rusmiddelproblemer samt mestrings- og funksjonsnivå. Noen ruser seg i perioder, mens andre har langvarige rusbrukslidelser. I tillegg til rusproblematikk kan personer ha sosiale vansker, omfattende somatiske og psykiske plager, og kan dermed ha behov for bredt sammensatte tjenester (Regjeringen, 2022).

Samtykkekompetanse

Samtykkekompetanse, også kalt *beslutningskompetanse*, handler om evnen til å kunne fatte en beslutning. Det er personers rett til å både kunne samtykke til og nekte behandling, og det forutsetter at man forstår informasjon som gis og konsekvensene av ulike valg (Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse, 2017;Solberg, 2020). Det er sentralt i arbeidet med samtykkekompetanse at vedkommende forstår hva han eller hun takker ja eller nei til (Aldring og helse, u.å).

Ifølge pasient og brukerrettighetsloven §4-3 om samtykkekompetanse sies det at samtykkekompetansen kan bortfalle helt eller delvis dersom pasienten på grunn av fysiske eller psykiske forstyrrelser, senil demens eller psykisk utviklingshemming åpenbart ikke er i stand til å forstå hva samtykket omfatter (Pasient og brukerrettighetsloven, 1999, §4-3).

Hvem har samtykkekompetanse?

Rett til å samtykke til helsehjelp har:

- a.** personer over 18 år, med mindre annet følger av § 4-7 eller annen særlig lovbestemmelse
- b.** personer mellom 16 og 18 år, med mindre annet følger av særlig lovbestemmelse eller av tiltakets art
- c.** personer mellom 12 og 16 år, når det gjelder helsehjelp for forhold som foreldrene eller andre som har foreldreansvaret, ikke er informert om, jf. § 3-4 annet eller tredje ledd, eller det følger av tiltakets art.

Den som yter helsehjelp avgjør om pasienten mangler kompetanse til å samtykke etter annet ledd. Helsepersonellet skal ut fra pasientens alder, psykiske tilstand, modenhet og erfaringsbakgrunn legge forholdene best mulig til rette for at pasienten selv kan samtykke til helsehjelp, jf. § 3-5 (Pasient og brukerrettighetsloven, 1999, §3-5).

Avgjørelser som gjelder manglende samtykkekompetanse skal være begrunnet og skriftlig, og om mulig straks legges fram for pasienten og nærmeste pårørende. Mangler pasienten nærmeste pårørende, skal avgjørelsen legges fram for annet kvalifisert helsepersonell (Pasient og brukerrettighetsloven, 1999, §4-3).

Det kan være utfordrende å vurdere samtykkekompetanse, og slike vurderinger vil alltid inkludere etiske og skjønsmessige overveielser (Aldring og helse, u.å). Det er fire prinsipper som kan vektlegges når samtykkekompetanse skal vurderes:

- Personens evne til å uttrykke et valg
- Personens evne til å forstå informasjonen som er relevant for beslutningen som skal tas
- Personens evne til å anerkjenne informasjonen i sin egen situasjon

- Personens evne til å resonnerer med relevant informasjon for å avveie ulike behandlingsalternativer (Appelbaum, 2007; Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse, 2017; NOU 2011: 9; Helsedirektoratet, 2022).

Det er høy terskel for å bli vurdert som ikke samtykkekompetent. Det er mulig å bli fratatt samtykkekompetansen dersom man ikke er i stand til å ta et valg, eller man på grunn av sykdom ikke forstår hva som skjer (Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse, 2017, s. 11). For å bli fratatt samtykkekompetansen er det et krav at personen «åpenbart» ikke forstår hva samtykket omfatter. «Åpenbart» er et høyt krav, så dersom man er i tvil ender det ofte med at personer blir vurderte til å være samtykkekompetente (Haugli, 2019; Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse, 2017; Østenstad, 2021; Helsedirektoratet, 2022). Det er tilstrekkelig med en alminnelig forståelse, og personen må altså forstå nødvendigheten av helsehjelpen (Haugli, 2019; Helsedirektoratet, 2017).

Når samtykkekompetansen skal vurderes, er det sentralt å presisere at det alltid skal vurderes konkret med den aktuelle personen i situasjonen, dette grunnet at det kan endre seg raskt (Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse, 2017; Haugli, 2019).

Ulike situasjoner krever ulik evne til å ta et valg, forstå, anerkjenne og resonnerer, og dermed kan man være samtykkekompetent i en type situasjon eller spørsmål, men ikke i andre (Helsedirektoratet, 2022; Skraastad & Thoen, 2015). Derfor er det viktig at samtykkekompetansen vurderes fortløpende og på nytt i en annen situasjon.

Dersom en myndig pasient ikke er samtykkekompetent etter pasient og brukerrettighetsloven § 4-3 annet ledd, kan personen som yter helsehjelp, ta avgjørelser om helsehjelp som er av lite inngripende karakter med hensyn til omfang og varighet (Pasient og brukerrettighetsloven, 1999, §4-6). Denne bestemmelsen gjelder også som utgangspunkt for beslutninger om helsehjelp for psykiske lidelser. Dersom det foreligger en alvorlig sinnslidelse eller om pasienten motsetter seg helsehjelpen, må helsehjelpen skje etter reglene i psykisk helsevernloven.

I 2017 kom det nye regler om krav om manglende samtykkekompetanse ved bruk av tvang etter psykisk helsevernloven. Etter denne endringen som hadde virkning fra 1. september 2017, ble det et vilkår at pasienter må mangle samtykkekompetansen ved følgende vedtak:

- Tvungen observasjon (psykisk helsevernloven §3-2)
- Tvungent psykisk helsevern (psykisk helsevernloven §3-3)
- Undersøkelse og behandling uten eget samtykke (psykisk helsevernloven §4-4)

Endringen forutsetter en overgang fra fokus på diagnose til fokus på funksjonsnivå, noe som bringer vilkårene for psykisk helsehjelp mer i samsvar med de faktiske hovedprinsippene for helsehjelp; pasientens selvbestemmelse og samtykke som vilkår før helsehjelpen skal ytes. Dette fører videre til at beslutningsgrunnlaget for bruk av tvang vil bli bredere når avgjørelsen skal bygge på pasientens samtykkekompetanse i tillegg til diagnose og helsefaglige vurderinger om behov for behandling (Helsedirektoratet, 2017).

Det er også andre paragrafer i pasrl som nødvendiggjør vurdering av samtykkekompetanse. Blant annet gjelder dette pasientens rett til medvirkning, pasrl § 3-1, informasjon til pasientens nærmeste pårørende, pasrl § 3-3, informasjon når pasienten er mindreårig, pasrl § 3-4, rett til innsyn i journal, pasrl § 5-1 og dokumentasjon- pasientjournalforskriften § 8 c) og j). Lovverket sier derimot lite om hva slags elementer som skal inngå i vurdering av samtykkekompetanse, noe som tillater bruk av klinisk skjønn i stor grad (Helsedirektoratet, 2017).

Teoretiske perspektiver

I dette kapittelet presenterer vi perspektiver som danner det teoretiske grunnlaget for oppgaven. Disse teoretiske perspektivene er relevante for å forstå empirien.

Skjønn

For å komme fram til gode beslutninger må sosialarbeideren ofte sette forhold opp mot hverandre. Dette omtales ofte som *skjønn* (Oterholm, 2015, s. 171). I denne delen av oppgaven skal vi gå nærmere inn på *skjønnsbegrepet* og grunnlaget for *skjønn*.

Ordet *skjønn* har mange betydninger i dagligtalen. *Skjønn* kan knyttes opp til verbet *skjønne*, altså at man forstår eller *skjønner* noe. Å utøve *skjønn* handler i stor grad om å gjøre en *vurdering*, og derfor benytter vi oss gjerne av ordet *skjønnsvurdering* (Heum, 2014, s.14). Grimen og Molander beskriver *skjønn* som en prosess der en skiller noe fra hverandre og setter argumenter opp mot hverandre. Dette gjøres for å komme fram til en konklusjon eller en beslutning, og slike prosesser er særlig gjeldende i situasjoner der avgjørelsen eller konklusjonen ikke er åpenbar (Grimen og Molander, 2008). En annen definisjon på *skjønn* finnes i det yrkesetiske grunnlagsdokumentet. Definisjonen sammenfatter det vi allerede har nevnt om *skjønn*, men lyder som følger (Fellesorganisasjonen, 2010):

Å utøve *skjønn* er å kunne overveie ulike sider ved sammensatte og vanskelige situasjoner, og kunne avveie mellom ulike interesser og hensyn.

Som sosialarbeider er det viktig å være kritisk til eget *skjønn*. For å på best mulig måte tilpasse tjenester til den enkelte brukers behov og situasjon er det nødvendig å bruke *skjønn*. Selv om *skjønn* oftest benyttes i positiv forstand, kan *skjønnsutøvelse* også føre til forskjellsbehandling (Eriksen, 2001; Lipsky, 1980; Terum, 2003). Sosialarbeideren kan la sine egne erfaringer og holdninger som ikke nødvendigvis er relevante for situasjonen styre avgjørelsen og peke den i feil retning. Det er viktig å være bevisst på at *skjønnsutøvelsen* ofte innebærer antakelser om framtiden og at man ikke vet helt sikkert hva som skjer i framtiden. Selv om hensikten med et tiltak er bra og skal føre til noe godt, vet vi ikke sikkert om tiltaket vil fungere etter sin hensikt i framtiden. Dette viser at det å være kritisk til egen *skjønnsutøvelse* er viktig (Oterholm, 2015, s. 180)

Etikk

Etikk handler om refleksjon over normer og verdier, og resulterer i valgene vi tar. Begrepet blir brukt i forbindelse med skikk og bruk (Eide, 2020, s. 48). I arbeidet med mennesker vil etiske og moralske spørsmål være en del av handlingsbetingelsene, og etiske hensyn vil sette grenser for framgangsmåtene som kan benyttes i arbeidet (Oterholm, 2015, s. 175). Eide (2020) skriver at Løgstrup viser til at etikk er knyttet til noen menneskelige grunnvilkår som ikke kan velges bort. Det krevende med grunnvilkårene er at vi lever livet i relasjoner og er avhengige av hverandre, og kan dermed ikke unngå å påvirke hverandre. Det etiske er dermed en del av livet hele tiden, med ulik intensitet (Eide, 2020, s. 59).

Profesjonsetikken ligger til grunn for sosialt arbeid. Profesjonsetikken er ment som et grunnlag for å skape tillit, trygghet og kvalitet for brukeren i møte med hjelpeapparatet, og fungerer som et hjelpemiddel for sosialarbeideren i arbeidshverdagen (Skorstad, 2020, s. 179). Formålet med profesjonsetikken er å bygge opp under samfunnets tillit til sosialarbeidere og deres arbeidsplass, og den tar utgangspunkt i det yrkesetiske grunnlagsdokumentet. Det yrkesetiske grunnlagsdokumentet er utformet for å veilede sosialarbeidere i etisk krevende situasjoner (Eide & Oltedal, 2015, s. 91). Profesjonsetikken pålegger sosialarbeideren etiske forpliktelser og ansvar, og viser fram de etiske rettighetene man har i form av tjenester, service eller gjenytelser som yrket gir (Silva, 2006, s. 137). I tillegg ser den på brukernes interesser og grunnleggende rettigheter. Gjennom et felles sett med retningslinjer verner profesjonsetikken dermed om profesjonsutøveren, brukeren og samfunnet (Silva, 2006, s. 181 -182).

Som sosialarbeider kan man stå overfor situasjoner der man må være observant på konsekvenser. Innenfor konsekvensetikk ser man på hva som blir konsekvensene av ulike handlinger, og retningen baserer seg på at handlingen som gir de beste konsekvensene, er den rette. Når det skal foretas en konsekvensvurdering ser man på hvilke konsekvenser det er størst sannsynlighet for at vil inntreffe (Eide, 2020, s. 97; Halvorsen, 2021, s. 128).

Tverrprofesjonelt samarbeid

Glavin og Erdal (2013) beskriver tverrprofesjonelt samarbeid som en metode eller et hjelpemiddel til å nå mål vi har. Det er også flere yrkesgrupper som jobber sammen mot felles mål på tvers av faggrenser (s. 25). Tverrprofesjonelt arbeid handler i stor grad om integrering

av fagkompetanse mellom ulike uniprofesjonelle aktører, der det ofte dreier seg om et felles oppdrag eller en oppgave. Ved integrasjon av de andre faggruppens kunnskap og ferdigheter skaper de en ny viten som blir en syntese av det de ulike samarbeidspartnere ikke kan oppnå alene (Willumsen, 2009, s. 21). Gjennom diskusjoner og refleksjoner i fellesskap utvikles denne mervitenheten som kan se på ulike tiltak og tjenester som kan ivareta pasienten eller brukerens behov. Tverrprofesjonelt samarbeid gjør at ikke bare ens egen yrkesgruppe blir representert, men hele gruppens tverrprofesjonelle synspunkter (Kunnskapsdepartementet, 2012). For at man skal lykkes med tverrprofesjonelt samarbeid er et viktig poeng at profesjonsutøverne er tydelig på hva han/hun kan bidra med i samarbeidet og at man er klar over sin egen yrkesidentitet (Willumsen, 2015, s. 158)

Som sosialarbeider er det viktig å ha kunnskap om og dra nytte av tverrprofesjonelt samarbeid. Tverrprofesjonelt samarbeid er en kompleks arbeidsform, men kravet om samarbeid er nedfelt i juridiske rammer og helse- og sosialpolitiske styringsdokumenter i nærmere 30 år (Willumsen, 2015, s. 154). Tverrfaglig samhandling har blitt stadfestet som en del av utdanning og praksis i helse- og velferdssektoren (Kunnskapsdepartementet, 2012). På bakgrunn av dette er det et mål at de ulike profesjonene evner å samarbeide og at de tilegner seg kunnskap om rammer i tjenesteutøvelsen og velferdssystemet, samtidig som de har kompetanse til å arbeide med pasienter eller brukere med sammensatte behov.

Brukermedvirkning

Brukermedvirkning handler om en relasjon mellom forvaltningen og brukere, hvor brukere som part skal være aktive (Humerfelt, 2005, s. 16). Det er sentralt at brukere skal få medvirke og ha innflytelse i egen sak. For å kunne praktisere brukermedvirkning er det en forutsetning at sosialarbeideren er opptatt av å forstå brukerens perspektiv (Ellingsen & Skjefstad, 2015, s. 106-107). Brukermedvirkning betyr ikke en bestemt type eller form for medvirkning, og konkretiserer verken hva det er eller graden brukeren skal medvirke for at det skal kalles brukermedvirkning (Glemmestad, 2021, s. 99; Ellingsen & Skjefstad, 2015, s. 107). Graden av brukermedvirkning handler dermed om hvilke påvirkningsmuligheter, og om hvor mye innflytelse, makt og myndighet brukeren blir gitt (Jenssen, 2012, s. 48). Brukermedvirkning vil kunne variere fra retten til å uttale seg til å ha reell innflytelse, og fra deltakelse i meningsutvekslinger til deltakelse i situasjoner med full brukerstyring (Olsen, 2017).

Brukermedvirkning kan være krevende å gjennomføre i praksis, da makten i relasjonen i hovedsak ligger hos sosialarbeideren (Glemmestad, 2021; Berg, 2015, s. 68; Olsen, 2017). Det er et sentralt dilemma med motsetningsforholdet mellom brukermedvirkning og ekspertmakt. En ekspert, her sosialarbeideren, har ansvaret for å fatte beslutninger ut fra retningslinjer, lovverk og faglige vurderinger, og skal tjene både forvaltningen han er en del av og brukerne. Ofte kan behovene og forventningene til sosialarbeider og bruker være ulike og stå i motsetning til hverandre (Havnen, 2016, s. 171; Askheim, 2020). Sosialarbeidernes forvaltning av makten de innehar er avgjørende for gode samarbeid med brukere og gode løsninger. For å overføre makt fra sosialarbeideren til brukeren så må sosialarbeideren gi fra seg makt og kontroll, og det krever tillit til personers evne til å handle til det beste for seg og sine (Havnen, 2016, s. 171).

Sosialarbeidere skal bruke makten sin til å hjelpe brukerne med å synliggjøre egne kompetanser og behov, og må ta på alvor brukerens forståelse av problemene og forslag til løsninger (Fellesorganisasjonen, 2019, s. 11). En viktig forutsetning for brukermedvirkning er at det blir et møte mellom likeverdige parter med ulike posisjoner (Aasmundsen & Sagvaag, 2012, s. 197). I tillegg kan det være sentralt å ta brukers perspektiv i samarbeidsrelasjonen, og forsøke å finne løsninger som begge parter kan være fornøyde med (Chudasama, 2017). Anerkjennelse er nært knyttet til brukermedvirkning. Gjennom anerkjennelse styrkes menneskers selvrespekt, selvaktelse og selvtillit, og det har betydning brukerens forutsetninger til å medvirke i saken (Ellingsen & Skjefstad, 2015, s. 110).

Forskning på felt

Vi har benyttet oss av eldre forskning da det ikke finnes nyere forskning på feltet. Vi har likevel valgt å ta med forskningen fordi vi mener det er relevant å se på hva som har blitt gjort tidligere.

For å vurdere samtykkekompetanse har det blitt utviklet ulike tester (Glass 1997; Howe, Foister, Jenkins, Keks, Skene & Copolov, 2003; Northoff 2006), men gjennom forskning kommer det fram at disse blir kritisert (Ganzini et al. 2003; Schneider & Bramstedt, 2006; Berghmans, 2000). Ifølge Hoffmann (2007) mener Finset at tester for å vurdere samtykkekompetanse ikke blir noe særlig brukt i Norge. Hvordan skal man da vurdere brukeres samtykkekompetanse?

I den norske helselovgivningen blir samtykket begrunnet ut fra en allmenn rett til å selv ta viktige beslutninger om eget liv og helse. Det blir ofte henvist til respekt for menneskets autonomi, verdighet og integritet (Hofmann, 2007, s. 36; NOU 1992:8, s. 4). Selv om det er enighet om at man skal innhente og vurdere samtykkekompetanse ut fra respekt for brukers autonomi, er det ingen enighet rundt hvordan autonomi skal begrunnes. Vurdering av samtykkekompetanse baserer seg på å respektere enkeltmenneskers selvbestemmelse, men det er likevel få klare normer for hvordan det vurderes i de etiske begrunnelsene for autonomi (Hofmann, 2007, s. 36). I lovverket er pasientautonomi blant annet betinget av samtykkekompetanse. Man har dermed i utgangspunktet en betinget rettighet, og da blir spørsmålet om de med hjelp av moralske kriterier kan vurdere de valg som tas og om de er av slik art at man kan frata brukerens rett til selvbestemmelse (Bahus, Friis & Mesel, 2018). Et viktig spørsmål som dukker opp i arbeidet med vurdering av samtykkekompetanse omhandler hva god beslutningskompetanse er. Det kan på den ene siden bli tatt gode beslutninger som ikke nødvendigvis lykkes, men det kan også bli tatt mindre gode beslutninger som gir gode resultat. Gode beslutninger fører dermed ikke nødvendigvis til økt velferd. Vi kan derfor ikke vurdere samtykkekompetansen kun ut fra om det vil sikre personens velferd. En bruker kan være samtykkekompetent, selv om beslutningene ikke alltid er til vedkommendes beste. Vi kan altså ikke vurdere brukers samtykkekompetanse kun ut fra eventuell suksess med tidligere beslutninger (Hofmann, 2007, s. 37).

I situasjoner hvor bruker blir vurdert til å mangle samtykkekompetanse, eksempelvis i beslutninger om behandling, kan man søke etter en stedfortredende beslutningstaker, også kalt verge (Appelbaum, 2007). I situasjoner der en bruker vurderes å være samtykkekompetent kan det likevel være nyttig og kanskje nødvendig å trekke inn pårørende i diskusjonen. “Beste interesser” for brukeren handler om mer enn bare “medisinske interesser”, og derfor bør profesjonsutøver være i dialog med brukerens pårørende for å få informasjon om hvilken behandling bruker hadde ønsket (Love & Pace, 2018; Nordhus, Skjerve & Aasen, 2006). Dersom man inkluderer pårørende kan man bidra til at sentrale spørsmål blir stilt og at eventuelle uklarheter blir avklart (Nordhus, Skjerve & Aasen, 2006).

Forskning viser at det er forholdsvis lite samsvar mellom ulike behandlere i henhold til vurdering av brukers samtykkekompetanse (Nordhus, Skjerve & Aasen, 2006). På bakgrunn

av dette krever vurdering av samtykkekompetanse bruk av skjønn, og kan derfor vurderes ulikt av ulike behandlere (Haugli, 2019).

Oppsummert kan vi se at forskningen trekker fram at personlig autonomi er vesentlig i arbeidet med samtykkekompetanse, men at det ikke nødvendigvis er enighet rundt hvordan autonomi skal begrunnes. Et vesentlig element i vurderingen av samtykkekompetanse kan være å inkludere pårørende i avgjørelser, noe som kan føre til at det blir gjort bedre beslutninger. Gjennom forskning kommer det også fram at man utøver skjønn i arbeidet med vurdering av samtykkekompetanse.

Metode

Forskningsdesign

Studien er basert på en kvalitativ fenomenologisk-hermeneutisk utforskende metode. Studien er en intensiv intervjustudie, der vi benyttet dybdeintervju for å innhente informantenes subjektive erfaringer (Tjora, 2021, s. 128). På bakgrunn av dette kunne vi utforske hvordan sosialarbeidere opplever å arbeide med vurdering av samtykkekompetanse i kommunal rustjeneste.

Utvalg

Vi gjennomførte intervju med tre informanter fra ulike kommunale rustjenester i Møre og Romsdal. De tre informantene vi intervjuet var utdannet sosionom, vernepleier og barnevernspedagog, men vil i oppgaven bli omtalt som sosialarbeidere.

Rekrutteringsprosessen startet med å sende mail til ulike kommunale rustjenester i fylket hvor vi informerte om prosjektet og oss selv. Vi fikk rask respons fra to kommunale rustjenester og avtalte intervju fortløpende. Alle informantene hadde mer enn ti år med sosialfaglig arbeid i rustjeneste. To av informantene representerte samme kommune, hvorimot den siste informanten tilhørte en annen kommune. Den ene informanten representerte en større tjeneste og var dermed i kontakt med flere brukere. Ved å intervju informanter fra forskjellige kommuner ønsket vi å se variasjon i hvordan det arbeides med vurdering av samtykkekompetanse.

Intervju

I denne kvalitative studien benyttet vi dybdeintervju for å innhente empiri og få et innblikk i informantenes refleksjoner og subjektive erfaringer knyttet til valgt tema (Tjora, 2017, s.113-114;Tjora, 2021, s.128). Vi utarbeidet intervjuguiden gjennom en deduktiv tilnærming. For at det skulle være mer oversiktlig for oss og informantene delte vi spørsmålene inn i ulike kategorier. Vi valgte å sende ut intervjuguiden på forhånd på bakgrunn av at vi ønsket at informantene hadde dannet seg tanker om valgt tema på forhånd. Etter dialog med informantene ble intervjuene gjennomført etter tidspunkter bestemt av dem.

Da vi møtte informantene intervjuet vi dem ansikt til ansikt. Vi ville møte informantene fysisk for å få med oss kroppsspråk og ansiktsuttrykk under intervjuet. Vi ønsket intervju med en og

en, men i den ene tjenesten ville de gjerne bli intervjuet to stykker sammen. Under det ene intervjuet fikk vi samtykke til å ta lydopptak, noe som førte til at vi kunne vie all oppmerksomhet til informanten. Vi begge var til stede under intervjuet. Vi bestemte i forkant at den ene skulle ha ansvar for å stille spørsmålene fra intervjuguiden, mens den andre hadde en mer observerende rolle. Dette gjorde vi for at den som observerte kunne komme med innspill og oppfølgingsspørsmål der det falt seg naturlig. Under det andre intervjuet snakket vi med to informanter. De ønsket ikke at vi skulle ta lydopptak. Da fordelte vi det slik at en hadde ansvaret for å stille spørsmålene, mens den andre tok notater fortløpende. På bakgrunn av dette så vi at det var nyttig å være to som var med på intervjuet. Vi så likevel at det ble mer utfordrende å stille oppfølgingsspørsmål underveis, da begge var fokusert på sin egen oppgave. Intervjuene var av ulik lengde. Det første intervjuet varte i 41 minutter, mens det andre varte i 120 minutter.

| Informant | Utdanning | Dato | Lengde |
|------------------|----------------------------------|-------------|---------------|
| 1 | Vernepleier og barnevernspedagog | 09.03.2023 | 120 min |
| 2 | Sosionom | 08.03.2023 | 41 min |
| Totalt | | | 161 min |

Transkripsjon og analyse

Innsamlet materiale har blitt analysert gjennom en induktiv-deduktiv metode. Dette innebærer at vi har benyttet både induktiv og deduktiv metode gjennom forskningsprosessen. Det første vi gjorde var å transkribere materialet i Word. Det første intervjuet transkriberte vi ved å lytte på lydopptaket, mens det andre allerede var nedskrevet underveis i intervjuet. Vi fordelte intervjuet slik at begge fikk transkribert. Ved å fjerne verbale fyllord forholdt vi oss til et forholdsvis moderat detaljnivå. Dette gjorde vi for å fjerne ord som ikke hadde betydning i analysen og for å få et så detaljert materiale som mulig. For å sikre informantenes anonymitet ble dialekten deres omformulert til bokmål og muntlig tale ble omskrevet til skriftlig grammatikk. Sitater i funn og diskusjonsdel har blitt omskrevet til skriftlig bruk.

Det neste steget i prosessen var koding. Koding ble gjennomført i Word. Vi kodet datamaterialet inn i 8 induktive kodegrupper ved hjelp av fargesystem. Disse kodegruppene ble dannet da vi så at det var sentrale temaer i datamaterialet. Deretter ble kodene satt inn i tre hovedgrupper som ble koblet opp mot forskningsspørsmålene. Kodegruppene vi satt igjen med var “arbeidsplass”, “samtykkekompetanse”, “tverrprofesjonelt samarbeid”, “arbeidsmetoder”, “utfordringer”, “pårørende”, “lovendringen” og “brukergruppe”.

Etiske vurderinger

Ifølge Tjora (2021, s. 53) har man som forsker ansvar for at ulike aspekter som respekt, tillit, gjensidighet og konfidensialitet vil prege kontakten man har med informantene i forskningsprosjektet. Under gjennomføring av forskningsprosjektet lå det en implisitt etisk sans.

Datamaterialet er samlet inn i samsvar med god forskningsetikk, godkjenning fra informantene og lovverk. Datainnsamlingen for prosjektet vårt er godkjent av NSD 31.05.2022 med referansekode 821942. Før intervjuet delte vi ut samtykkeskjema fra NSD som informantene signerte. Samtykkeskjemaet ga informantene informasjon om deres rettigheter før, underveis og etter intervjuet. Skjemaet ga informasjon om anonymisering og informantenes rett til å trekke seg når som helst. Det var også informasjon knyttet til lydopptak av intervjuet. Informantenes rettigheter ble også presentert muntlig i starten av intervjuene. Vi repeterte deres rettigheter for å gi informantene trygghet og tillit til oss, men også for at de skulle få innsikt i prosjektet.

Kvalitet

For å sikre god kvalitet på forskningen er det tre sentrale kriterier som benyttes, dette er validitet, reliabilitet og generaliserbarhet (Tjora, 2021, s.259;Stokken, Andenes, Båtevik & Folkestad, 2022, s. 214-215). Validitet, også kalt gyldighet, sier noe om hvor godt datamaterialet sier noe om det du vil ha svar på (Tjora, 2021, s.260;Stokken et al., 2022, s. 214). For å ivareta gyldighet er det viktig å være bevisst på valg man har tatt i prosessen og hvorfor man har gjort det. Ved å stille sosialarbeiderne spørsmål rundt deres opplevelse av å jobbe med vurdering av samtykkekompetanse, opplevde vi at vi oppnådde relativt høy gyldighet. Dette gjorde vi fordi vi fikk informantenes individuelle refleksjoner og erfaringer. Det vil på en annen side ikke være representativt for alle sosialarbeidere i kommunal

rustjeneste. Det som derimot kan påvirke validiteten er at sosialarbeiderne ikke vil framstille arbeidsplassen eller seg selv i dårlig lys. Derfor valgte vi å anonymisere informantene i håp om å få ærlige svar.

Reliabilitet handler om hvorvidt forskningen er pålitelig og “til å stole på” (Stokken et al., 2022, s. 215). For å bidra til økt reliabilitet prioriterte vi å finne teori og forskning som sikret forskningsbaserte og faglige diskusjoner. Som et resultat av at datamaterialet vårt peker i samme retning, kan vi konkludere med at forskningsprosjektet er av relativt høy reliabilitet. På bakgrunn av at sosialarbeidere i ulike instanser kan treffe på liknende problematikk, kan vi si at overføringsverdien er relativt høy. Med ytterligere forskning og flere informanter kan forskningsprosjektet ses på som en ressurs for andre forskere.

Generaliserbarhet sier noe om hvorvidt forskningen og datamaterialet er relevant for flere enheter enn de som allerede er undersøkt (Tjora, 2021, s. 267). På bakgrunn av for lite utvalg informanter resulterer dette i at våre funn ikke kan generaliseres til å gjelde alle sosialarbeidere i kommunal rustjeneste. På en annen side kan det informantene sier gjelde for flere sosialarbeidere, men da vil vi være avhengig av flere informanter fra flere steder i landet.

Funn

For å undersøke nærmere hvordan sosialarbeidere opplever å arbeide med vurdering av samtykkekompetanse i kommunal rustjeneste vil sentrale funn bli presentert. Funnene vil ta utgangspunkt i forskningsspørsmålene som omhandler når spørsmål om vurdering av samtykkekompetanse oppstår, hvordan de arbeider og utfordringer knyttet til tema.

Når vurderes samtykkekompetanse?

Vi undersøkte når sosialarbeidere opplever at spørsmålet angående vurdering av samtykkekompetanse oppstår. Gjennom analyse av datamaterialet oppdaget vi at informantene opplevde at vurdering av samtykkekompetanse var et aktuelt tema i arbeidshverdagen.

En informant trakk fram betydningen av autonomi. Han forteller at vi står i en periode der autonomien står veldig sterkt og at vi ikke skal langt tilbake før det var helt annerledes.

Videre uttrykker informanten:

De siste årene har vi kunnet strekke den personlige autonomien langt vekk fra det, og det kan man jo si at er bra, det er jo bra at man kan bestemme selv. Men spørsmålet om samtykkekompetanse dukker jo ofte opp når man opplever at et menneske ikke kan ta vare på seg selv. At man ser at de ikke lever gode liv, at de ikke klarer å ta gode valg for seg selv.

En annen informant presiserer at man kontinuerlig skal vurdere samtykkekompetansen. Hun forteller videre at man kan være samtykkekompetent en dag, men ikke dagen etter. Videre stiller hun spørsmål ved om det er rusen som gjør at bruker ikke er samtykkekompetent eller om det handler om andre ting. Samtlige informanter trakk fram at det ikke er slik at noen tar fra deg all samtykkekompetanse, men at man må vurdere det ut fra ulike situasjoner. Den ene informanten formulerer det slik:

Gjelder det penger, helse, medisiner, hva gjelder det? Dette må vurderes separat.

Et annet funn som kom fram handlet om farekriteriet. En informant forteller at det er en balansegang mellom det at det er lov å gjøre dårlige valg og når man kan gripe inn. Han presiserer videre at alle kan leve som de vil så lenge de ikke utsetter seg selv for fare. En

annen informant trekker fram at farekriteriet er sentralt. Hun forteller videre at man har større mulighet til å vurdere samtykkekompetanse dersom farekriteriet er oppfylt, men stiller spørsmål rundt hvem som vurderer dette. Hun forteller det slik:

Det er jo mennesker med alvorlige sinnslidelser, psykotiske, så er spørsmålet om det å være psykotisk er grunn nok til å miste samtykkekompetansen sin? Eller må du være psykotisk og farlig? Holder det å være psykosener? Dette er kjempevanskelig og dette jobber vi med hele tiden.

Oppsummert kan vi se at funnene viser at sosialarbeiderne opplever at spørsmål angående vurdering av samtykkekompetanse oppstår når brukere ikke er i stand til å ta gode valg for seg selv og sitt liv. Basert på informantenes svar kommer det fram at samtykkekompetanse må vurderes fortløpende, og i ulike situasjoner. Det stilles spørsmål rundt hvem som skal vurdere samtykkekompetansen og når man kan si at farekriteriet er til stede. Analyse av datamaterialet gjør det tydelig at sosialarbeiderne opplever vurdering av samtykkekompetanse som krevende.

Arbeidsmetoder

Vi undersøkte hvordan sosialarbeidere jobber med vurdering av samtykkekompetanse. De tre informantene trekker fram at samarbeid både med pårørende og bruker er sentralt. Gjennom analysen ble det klart for oss at informantene jobber med vurderingen på ulike måter og at de ofte samarbeider med andre instanser for å sikre bedre kvalitet på tjenesten.

Samtlige informanter fortalte at å samarbeide med pårørende er en viktig del av arbeidshverdagen, og et godt forhold til pårørende kan være avgjørende for en god relasjon til brukeren. Likevel kan relasjon til pårørende også by på utfordringer. Den ene informanten trekker fram at det er problematisk i situasjoner hvor pårørende ringer og er alvorlig bekymret, men sosialarbeideren ikke kan formidle dette til brukeren da pårørende ikke ønsker dette. Informanten forteller videre at det sjeldent oppstår slike situasjoner, men at pårørende ofte kjenner brukeren bedre. På bakgrunn av dette er samarbeidet med pårørende en veldig betydningsfull del.

Videre framhevet informantene viktigheten av å samarbeide med brukeren selv. Alle informantene trekker fram at godt samarbeid med bruker er avgjørende, men også krevende nok. En informant trekker fram viktigheten av å forklare at brukeren står overfor en prosess

der det skal vurderes om han er samtykkekompetent i visse situasjoner eller ikke. Dette informeres det om for at bruker skal kunne medvirke i eget liv.

Vi ønsket å se nærmere på de fire kriteriene for vurdering av samtykkekompetanse (personers evne til å uttrykke et valg, evne til å forstå informasjon, evne til å anerkjenne informasjon og evne til å resonnerer for å avveie ulike behandlingsalternativer). Dette for å finne ut om informantene aktivt inkluderte dette i arbeidet. En informant forteller at de fire kriteriene er det som er grunnlaget for å melde fra til fastlegen om nærmere vurdering av samtykkekompetanse. En annen informant uttrykker viktigheten av å være grundig i vurderingsarbeidet. Han formulerer det slik:

Vår vurdering av gjeldende rettspraksis er at alle fire må være oppfylt og vi må være trygge på at det er sannsynlig at vi i ytterste konsekvens kan forsvare det i retten, dersom det ender der.

Han forteller videre at han skal kunne argumentere for at det er overveiende sannsynlig at alle de fire vilkårene er oppfylt. Da det ble spurt om de fire kriteriene ble vurdert på arbeidsplassen fortalte den ene informanten følgende:

Ja, ubevisst. Jeg går ikke bevisst og tenker på disse fire punktene, men det ligger i bakhodet. Man vil kunne være i tvil og blir aldri ferdig utlært.

Disse utsagnene tyder på at vurdering av samtykkekompetanse arbeides ulikt med. Den ene informanten tar de fire kriteriene aktivt med inn i vurderingsarbeidet, mens den andre informanten forteller at dette er noe de nødvendigvis ikke tenker over i like stor grad.

Gjennom analysen så vi at samarbeid med andre instanser var sentralt i arbeidet med vurdering av samtykkekompetanse. En av informantene forklarte at hun i sin rolle ikke har mandat til å vurdere om noen er samtykkekompetente der og da. I slike situasjoner forteller hun at andre samarbeidspartnere har mandat til å gå inn på eget grunnlag og si at samtykkekompetanse mangler i situasjonen. Det kommer fram at samarbeid på tvers av instanser ofte er et godt hjelpemiddel dersom vurdering av samtykkekompetanse er krevende. En annen informant presiserer at fastleger, eventuelt annet helsepersonell, og fylkeslege er

noen av dem som har mandat til dette. Videre forteller han at statsforvalteren er et overordnet organ som også kan fatte avgjørelser i situasjoner der det vurderes samtykkekompetanse.

Oppsummert viser funnene at sosialarbeiderne opplever det som utfordrende å samarbeide med pårørende og bruker. Dette er derimot nødvendig for å innhente viktig informasjon fra pårørende og for å ansvarliggjøre bruker. Videre viser funnene at sosialarbeiderne arbeider ulikt, men at de fire kriteriene er en god indikator på hvordan man kan vurdere samtykkekompetanse. Det siste funnet presiserer viktigheten av samarbeid med andre instanser dersom man ikke har mandat til å vurdere samtykket selv.

Utfordringer

Vi ville se nærmere på ulike utfordringer sosialarbeideren kan møte på i arbeid med vurdering av samtykkekompetanse. Analysen gjør det klart at samtlige informanter opplever at temaet er utfordrende og at det trengs mer kunnskap rundt begrepet samtykkekompetanse. Informantene forteller også at arbeidet har blitt mer utfordrende etter lovendringen som ble gjennomført i psykisk helsevernloven i 2017.

Samtlige informanter trekker fram at de opplever å samhandle med pårørende som utfordrende. En informant forteller at pårørende ofte er veldig bekymret og at det haster for pårørende å eksempelvis få bruker tvangsinnlagt. Han påpeker også at det er utfordrende i situasjoner der bruker vil ruse seg, men pårørende vil få bruker ut av rusen. En annen informant forteller at samtaler med pårørende ofte inneholder masse smerte og fortvilelse. I tillegg er det også stor fare for at pårørende blir utsatt for vold. Hun presiserer at de som har økt sannsynlighet for å bli utsatt for vold fra bruker ofte er de som står nær bruker, og sosialarbeiderne som arbeider med bruker. Det kommer også fram at det blir brukt mye tid og ressurser på egensikkerhet blant sosialarbeiderne.

Et annet tema vi ville undersøke var om informantene hadde møtt på noen utfordringer i arbeidet med vurdering av samtykkekompetanse i henhold til lovendringen i 2017. En informant forteller at det har blitt vesentlig vanskeligere å håndtere folk med samtidig rus og psykisk lidelse. Det var krevende før også, men det har blitt vesentlig vanskeligere. Hun uttrykker følgende:

Nei, utfordringene er jo at hvis du da er psykisk syk, ruset og potensielt farlig samtidig. Da bør man tolke den loven dithen, at den personen da bør inn i rammer og finne ut av hva det dreier seg om, før det skjer noe galt. Det skjer ikke. Det må skje noe galt, og så kommer all hjelpen etterpå, og da heter det lokal sikkerhetspost.

Gjennom analysen kom det også fram at mennesker blir veldig syke før de blir nødt til å ta imot hjelp. Sosialarbeiderne opplever at det skal for mye til før noe blir gjort, og at tvangen sitter for langt inne. Informanten forteller videre:

Så er ikke jeg jurist, men jeg mener også at man har valgt å tolke det lovverket her, altså lovendringen fra 2017, på strengest mulig måte i forhold til å gå inn og se om en person har samtykkekompetanse eller ikke. Altså, man venter for lenge. Det mener jeg.

Hun hevder at dette har ført til store utfordringer og at det har forårsaket at kommunene må bruke veldig mye tid på å følge opp personer som kunne ha fått hjelp tidligere. To av informantene forteller om frustrasjonen rundt at brukere de opplever at ikke skulle ha blitt skrevet ut, blir vurdert som samtykkekompetente. De forteller videre:

Vi ser at det er mange som ikke klarer å bo alene som ikke har noe valg. Det mangler et nivå for de sykeste som trenger det. Vi trenger bemannede boliger. Vi merker ikke kjempe mye av det, men psykisk helsevern og leger merker mye av det.

Det uttrykkes at det er komplisert og kaotisk, og at det trengs mer kompetanse på området. Det blir satt spørsmålstegn ved hva sosialarbeiderne skal gjøre dersom det vurderes at brukere ikke er samtykkekompetente. Informantene opplever at det mangler noe som kvalitetssikrer tjenesten. Den ene informanten forteller at han arbeider med vurdering av samtykkekompetanse med stor ærefrykt. Han uttrykker at arbeidet må være trygt for den det gjelder, for de rundt den det gjelder, for han og for kollegaer. Videre sier han at å si til mennesker at man ikke skal bestemme selv, altså at noen ikke er samtykkekompetente, det skal veldig mye til. Likevel er det sentralt å presisere at det skal være en mulighet for det. Muligheten er der for å beskytte brukerne, pårørende og andre nære, og samfunnet.

Det kommer fram gjennom analyse av datamaterialet at sosialarbeiderne opplever det som utfordrende å arbeide med vurdering av samtykkekompetanse, spesielt etter lovendringen i 2017. Informantene trakk fram at det er utfordrende når pårørende ønsker det beste for brukeren, men bruker har andre ønsker for sitt liv. Det uttrykkes at brukere blir for syke før de får hjelp, og at man venter for lenge med å vurdere samtykkekompetansen. Gjennom funnene ser vi at sosialarbeiderne opplever at de ikke har klare rammer og retningslinjer på hvordan de skal arbeide med vurdering av samtykkekompetanse.

Diskusjon

Kapittelet er inndelt etter forskningsspørsmålene, hvor hvert av forskningsspørsmålene tar utgangspunkt i funn som vil bli diskutert opp mot kunnskapsgrunnlaget.

Når vurderes samtykkekompetanse?

Med vårt første forskningsspørsmål ønsker vi å finne ut når spørsmål angående vurdering av samtykkekompetanse dukker opp. Funndelen belyser at sosialarbeiderne opplever at spørsmål angående vurdering av samtykkekompetanse ofte oppstår når brukere ikke er i stand til å ta gode valg for seg selv og sitt liv. Vi vil i dette delkapittelet diskutere spenningsfeltet mellom personlig autonomi kontra når man som sosialarbeider må gripe inn. Et annet dilemma handler om hvor mye som skal til før man blir fratatt samtykkekompetanse, noe som kan være svært utfordrende i henhold til skjønn.

Spenningsfeltet mellom å ta egne valg og når sosialarbeider bør gripe inn kan sees i sammenheng med skjønnsutøvelse. Informantene uttrykker usikkerhet rundt hvem som skal vurdere samtykkekompetansen og når det er aktuelt. En informant opplever balansegangen mellom at det er lov å gjøre dårlige valg og når man kan gripe inn som vanskelig. Han forteller videre at alle kan leve som de vil så lenge de ikke utsetter seg selv for fare, men spør videre hva fare egentlig er, og hvordan vurderer man det? I slike situasjoner må sosialarbeideren ofte sette forhold opp mot hverandre for å komme fram til best mulig beslutning, dette for å utøve skjønn (Oterholm, 2015, s. 171;Haugli, 2019). I pasient og brukerrettighetsloven §4-3 om samtykkekompetanse står det at samtykkekompetansen kan bortfalle helt eller delvis dersom pasienten på grunn av fysiske eller psykiske forstyrrelser åpenbart ikke er i stand til å forstå hva samtykket omhandler (Pasient og brukerrettighetsloven, 1999, §4-3). Lovverket sier derimot lite om hvordan samtykkekompetanse skal vurderes. På den ene siden skal lovverket sette rammer for hvordan arbeidet skal utføres, men vi ser likevel i dette tilfellet at lovverket er for utydelig. Dette kan gjøre det krevende for sosialarbeideren å vite i hvilke situasjoner samtykkekompetansen skal vurderes.

Gjennom analyse av funnene kommer det fram at informanten opplever det som svært krevende å definere hva som skal til for at farekriteriet er oppfylt. Informanten stiller spørsmål ved om det å være psykotisk er grunn nok til å bli fratatt samtykkekompetansen,

eller om du må være både psykotisk og farlig? Hva om man er psykosenær, er det nok? I funndelen trekkes betydningen av autonomi fram, noe informantene ser på som positivt. Likevel er det ikke alltid mennesker klarer å ta gode valg for seg selv. I slike situasjoner blir det derfor særlig gjeldende å skille autonomi og dårlig beslutningsevne fra hverandre, og sette argumenter opp mot hverandre. Dette kan gjøre det enklere for sosialarbeidere å komme fram til en beslutning der avgjørelsen eller konklusjonen ikke er åpenbar (Grimen og Molander, 2008). I funndelen kommer det tydelig fram at man skal vurdere samtykkekompetansen jevnlig. Dette betyr derimot ikke at man kan vurdere å frata noen all samtykkekompetanse, men at samtykket må vurderes ut fra ulike situasjoner. Gjelder det økonomi, innleggelse, medisiner eller behandling? Dette må vurderes separat. I lys av funnene ser vi at sosialarbeiderne ofte kommer i situasjoner hvor de blir nødt til å utøve skjønn. Skjønn er helt nødvendig for å tilpasse tjenester til den enkelte bruker på best mulig måte. I arbeidet med skjønn er det sentralt å være kritisk til eget skjønn (Eriksen, 2001; Lipsky, 1980; Terum, 2003). I situasjoner der spørsmål angående vurdering av samtykkekompetanse oppstår, er det viktig å være klar over at skjønnsutøvelsen ofte handler om antakelser for framtiden, men også være oppmerksom på at man ikke vet hva som kan skje. Selv om en bruker blir fratatt samtykkekompetansen for sitt eget beste, vet man ikke sikkert om dette vil være det beste i framtiden. Dette får fram viktigheten av å vurdere samtykkekompetansen kontinuerlig, samtidig som man må være kritisk til bruk av eget skjønn (Oterholm, 2015, 2. 180).

Utgangspunktet for delkapittelet var å svare på vårt første forskningsspørsmål hvor vi skulle finne ut når spørsmål angående vurdering av samtykkekompetanse oppstår. Vi ser at informantene opplever at det er vanskelig å vite når man skal vurdere samtykkekompetansen. På bakgrunn av mangelfull informasjon rundt vurdering av samtykkekompetanse blir det benyttet skjønn i stor grad. Gjennom diskusjonen kommer det fram at det er svært sentralt å benytte skjønn for å kunne gi bruker best mulig hjelp. Samtidig er det viktig å være kritisk til egne skjønnsvurderinger. Man ser også viktigheten av å vurdere samtykkekompetansen kontinuerlig da situasjoner kan endre seg raskt. I tillegg kan man oppleve at avgjørelser man har tatt tidligere, ikke nødvendigvis fører til de beste løsningene for brukere. Da må det fattes en ny vurdering.

Arbeidsmetoder

Gjennom vårt andre forskningsspørsmål ønsker vi å finne ut hvordan sosialarbeideren arbeider med vurdering av samtykkekompetanse. I lys av funndelen kommer det fram at

sosialarbeiderne samarbeider mye med brukeren. Det kommer fram at informantene arbeider med vurderingen av samtykkekompetanse ulikt, og at tverrprofesjonelt samarbeid er noe de ofte benytter seg av. I dette delkapittelet skal vi se nærmere på og diskutere viktigheten av brukermedvirkning og tverrprofesjonelt samarbeid for å sikre ivaretagelse av brukerens behov.

Som sosialarbeider er det en forutsetning at man er opptatt av å forstå brukerens perspektiv. For å legge til rette for brukermedvirkning er det vesentlig at brukeren selv skal få medvirke og ha innflytelse i egen sak (Ellingsen & Skjefstad, 2015, s. 106-107). Informantene trekker fram at det både er avgjørende og krevende å ha et godt samarbeid med brukeren. Da makten i relasjonen i hovedsak ligger hos sosialarbeideren, kan brukermedvirkning være krevende å gjennomføre i praksis (Glemmestad, 2021; Berg, 2015, s. 68; Olsen, 2017). En informant trekker fram viktigheten av å informere brukeren om at han står overfor en prosess der det skal vurderes om han er samtykkekompetent i ulike situasjoner eller ikke. Selv om brukeren skal ha mulighet til å medvirke i eget liv, er det likevel et poeng at muligheten til brukermedvirkning kan variere i ulike situasjoner. I noen situasjoner kan brukeren medvirke ved å uttale seg om saken, mens brukeren i andre situasjoner kan få stort handlingsrom til å bestemme selv (Olsen, 2017). Det er derfor viktig å påpeke at sosialarbeideren har rammer å forholde seg innenfor i arbeidet sitt. I tillegg har sosialarbeideren ansvaret for å fatte beslutninger ut fra lovverk, retningslinjer og faglige vurderinger. På den ene siden skal altså sosialarbeideren tjene forvaltningen han arbeider innenfor. På en annen side skal sosialarbeideren se på brukerens behov og la bruker få medvirke i egen sak (Havnen, 2016, s. 171). Sosialarbeideren sitter dermed med et stort ansvar og makt, noe som fører til at det kan være en utfordring å finne balansegangen mellom å følge de gitte rammene på arbeidsplassen og samtidig legge til rette for brukermedvirkning. For at brukeren skal få ta beslutninger i eget liv, er det helt sentralt at sosialarbeideren klarer å gi fra seg noe av makten og kontrollen han sitter på. Det krever tillit til at brukeren evner å handle til det beste for seg selv og sitt liv (Havnen, 2016, s. 171). Det kommer fram i funndelen at pårørende ofte kjenner brukeren bedre enn behandler. Dermed kan det være sentralt i noen situasjoner at pårørende får medvirke i saken, og formidle brukerens ønsker. Dette for å tilpasse for best mulig tilrettelegging for bruker.

Gjennom analyse av datamaterialet kom det fram at et viktig element i arbeidet med vurdering av samtykkekompetanse er tverrprofesjonelt samarbeid. Som sosialarbeider er det viktig å ha

kunnskap om og dra nytte av tverrprofesjonelt samarbeid. I funndelen ble det trukket fram av en informant at andre instanser og samarbeidspartnere blir koblet på når han ikke har mandat til å vurdere samtykkekompetansen der og da. I situasjoner der sosialarbeideren opplever at vurdering av samtykkekompetanse er vanskelig, kan de benytte seg av andre faggruppers kunnskap og ferdigheter (Willumsen, 2009, s. 21). Likevel er det viktig at sosialarbeideren er bevisst på egen yrkesrolle og hva han kan bidra med i samarbeidet (Willumsen, 2015, s. 158). Ved at ulike yrkesgrupper er tydelig på deres egen kompetanse og yrkesidentitet, kan de sammen diskutere og drøfte brukers situasjon. På den ene siden kan dette føre til en større forståelse av hva som kan være brukers beste, da man får flere perspektiver rundt situasjonen. Dersom det oppstår uenigheter og uklarheter i hva som er profesjonenes rolle i vurderingen, kan samarbeidet derimot bli utfordrende og gå på bekostning av vurderingen av samtykkekompetansen.

Utgangspunktet for delkapittelet var å svare på det andre forskningsspørsmålet som omhandler hvordan sosialarbeideren arbeider med vurdering av samtykkekompetanse. Vi ser at brukermedvirkning er en sentral del av sosialarbeiderens arbeid med vurdering av samtykkekompetanse, og at det kan være utfordrende for sosialarbeiderne å finne balansegangen mellom å tjene forvaltningen og legge til rette for at brukeren skal få medvirke i egen sak. Gjennom drøftingen kommer det fram at tverrprofesjonelt samarbeid kan bidra til en bedre vurdering av samtykkekompetanse, dersom de ulike yrkesgruppene er bevisste sin egen rolle og mandat. Dersom yrkesgruppene ikke er klar over eget bidrag i samarbeidet, kan det bli krevende å sammen finne de beste løsningene for brukeren.

Utfordringer

Gjennom vårt tredje forskningsspørsmål ønsker vi å se nærmere på ulike utfordringer sosialarbeideren kan møte på i arbeidet med vurdering av samtykkekompetanse. På basis av funnene ser vi at informantene opplever arbeidet med vurderingen som utfordrende, spesielt etter lovendringen som kom i 2017. I dette delkapittelet skal vi se nærmere på utfordringene, og drøfte det opp mot etiske vurderinger og skjønnsutøvelse.

I funndelen trekkes det fram at det har blitt mer utfordrende å håndtere samtidig rus og psykisk lidelse etter lovendringen i 2017. En informant uttrykker at dersom man er psykisk syk, ruset og potensielt farlig, bør man tolke loven på den måten at man må finne ut om hva

det dreier seg om før det skjer noe galt. Videre forteller hun at det ofte ikke skjer, og at det dermed må skje noe galt før hjelpen kommer. Formålet med lovendringen er at vilkårene for psykisk helsehjelp skal samsvare med prinsippene for helsehjelp; selvbestemmelse og samtykke før helsehjelp ytes. På den ene siden skal dette føre til at beslutningsgrunnlaget for bruk av tvang skal bli bredere da avgjørelsen skal bygge på brukerens samtykkekompetanse, diagnose og eventuelle behov for behandling (Helsedirektoratet, 2017). På den andre siden sier lovverket lite om hvilke elementer som inngår i vurdering av samtykkekompetanse, som kan gi rom for bruk av klinisk skjønn i stor grad. Dersom sosialarbeideren skal benytte skjønn i henhold til vurdering av samtykkekompetanse kan det være hensiktsmessig å se på hva som kan bli konsekvensene av skjønnsvurderingen. Ifølge konsekvensetikken er den rette handlingen den som leder til de beste konsekvensene (Eide, 2020, s. 97; Halvorsen, 2021, s. 128). Som sosialarbeider kan det være utfordrende å vurdere hvilke konsekvenser skjønnsutøvelsen fører til. Dersom man handler i henhold til konsekvensetikken bør man likevel vurdere hvilke konsekvenser det er størst sannsynlighet for at vil inntreffe. Det kan altså være sentralt for sosialarbeiderne å vurdere konsekvenser av skjønnsutøvelsen på forhånd. Dersom det ikke blir gjort, kan det være en fare for at sosialarbeideren derimot kan la egne erfaringer og holdninger som ikke er relevante for situasjonen styre avgjørelsen i feil retning (Eriksen, 2001; Lipsky, 1980; Terum, 2003; Oterholm, 2015). En informant uttrykker at man har valgt å tolke lovendringen fra 2017 på strengest mulig måte, og at man dermed venter for lenge med å vurdere samtykkekompetansen. En konsekvens av dette kan være at brukere ikke får vurdert samtykkekompetansen sin i tide, og at de potensielt kan bli for syke før de får hjelpen de trenger.

I sosialt arbeid står profesjonsetikken sentralt. Profesjonsetikken skal fungere som et hjelpemiddel for sosialarbeideren i arbeidshverdagen, og er ment som et grunnlag for å skape trygghet, tillit og kvalitet for brukeren i møte med hjelpeapparatet (Skorstad, 2020, s. 179). Informantene trekker fram at vurdering av samtykkekompetanse oppleves komplisert og kaotisk, og at det uttrykkes at det trengs mer kompetanse på området. I etisk krevende situasjoner er det yrkesetiske grunnlagsdokumentet utformet for å veilede sosialarbeidere (Eide & Oltedal, 2015, s. 91). Profesjonsetikken skal verne om profesjonsutøveren, brukeren og samfunnet gjennom et felles sett med retningslinjer (Silva, 2006, s. 181 -182). Selv om sosialarbeiderne har retningslinjer å forholde seg til, ser vi likevel at informantene opplever det som utfordrende å vite hva de skal gjøre dersom det vurderes at bruker ikke er

samtykkekompetent. Informantene forteller avslutningsvis at det mangler noe som kvalitetssikrer tjenesten i arbeidet med vurdering av samtykkekompetanse.

Utgangspunktet for delkapittelet var å svare på vårt tredje og siste forskningsspørsmål som handler om hvilke utfordringer sosialarbeideren møter i arbeidet med vurdering av samtykkekompetanse. Vi ser at det ofte må skje noe galt før vurdering av samtykkekompetanse blir iverksatt. Alle informantene peker på at lovverket sier lite om hvordan man vurderer samtykkekompetanse, og hva man skal gjøre dersom noen blir fratatt samtykkekompetansen. Dette resulterer i at sosialarbeideren kan benytte skjønn i stor grad, og at det kan være vesentlig å vurdere konsekvensene både før og etter skjønnsutøvelsen. Selv om det yrkesetiske grunnlagsdokumentet skal veilede sosialarbeidere i etisk krevende situasjoner, ser vi likevel at retningslinjene ikke er tilstrekkelig. Informantene understreker at det mangler noe som kvalitetssikrer tjenesten. På bakgrunn av funnene kommer det fram at sosialarbeiderne opplever det som utfordrende å arbeide med vurdering av samtykkekompetanse når det mangler noen konkrete rammer som beskriver nøyaktig hva de skal gjøre.

Konklusjon

Gjennom studien har vi fått innblikk i hvordan sosialarbeidere opplever å arbeide med vurdering av samtykkekompetanse i kommunal rustjeneste. Vi valgte problemstillingen på bakgrunn av at det var lite forskning knyttet til vurdering av samtykke av sosialarbeidere i rusfeltet, som gjorde at vi ønsket å finne ut mer om saken.

Fra diskusjonen ble det tydelig at sosialarbeiderne opplever flere utfordringer i arbeidet med vurdering av samtykkekompetanse. Fra det første forskningsspørsmålet vet vi at spørsmålet om når samtykkekompetanse skal vurderes ofte oppstår når brukerne ikke klarer å ta gode valg for eget liv. Likevel uttrykte informantene at det var svært krevende å vurdere i hvilke situasjoner samtykkekompetansen burde fratras. Det ble stilt spørsmål ved hvor mye som skal til for å vurdere noen som ikke samtykkekompetente. Brukere kan gjøre som de vil så lenge de ikke utsetter seg selv for fare, men vi ser likevel at sosialarbeiderne synes det var en utfordring å definere hva fare egentlig er og når brukerne er i farlige situasjoner.

Sosialarbeiderne må benytte skjønn i stor grad, og det er sentralt å vurdere samtykkekompetansen kontinuerlig da brukers situasjon kan endre seg raskt. Fra forskningsspørsmål to vet vi at brukermedvirkning er en sentral del av sosialarbeidernes arbeidshverdag, og informantene forteller at det er utfordrende å finne balansegangen mellom å legge til rette for brukermedvirkning samtidig som de skal tjene forvaltningen de arbeider for. Tverrprofesjonelt samarbeid kan være viktig når sosialarbeideren ikke har mandat til å vurdere samtykkekompetansen. For et godt samarbeid bør yrkesgruppene være bevisste sin egen rolle, slik at man kan hjelpe brukeren på best mulig måte. Knyttet opp mot det tredje forskningsspørsmålet kan vi se at det er en stor utfordring at det ofte må skje noe galt før vurdering av samtykkekompetanse blir iverksatt. Lovverket sier lite om både hvordan man skal vurdere samtykkekompetanse, og hva som skal gjøres dersom noen er blitt fratatt samtykkekompetansen. Det yrkesetiske grunnlagsdokumentet skal bistå sosialarbeiderne i etisk krevende situasjoner. Likevel understreker informantene at det mangler noe som kvalitetssikrer tjenesten. Oppsummert kan vi se at det er svært utfordrende for sosialarbeiderne å arbeide med vurdering av samtykkekompetanse, da det mangler konkrete rammer som beskriver nøyaktig hva man skal legge vekt på nettopp i situasjoner hvor man vurderer samtykkekompetanse.

Når vi nå har studert hvordan sosialarbeidere opplever å arbeide med vurdering av samtykkekompetanse, er det for å belyse hvordan det faktisk jobbes med, utfordringer med det og viktigheten av arbeidet. Dette vil være overførbart til andre instanser og brukergrupper der vurdering av samtykkekompetanse er et sentralt tema. Som profesjonsutøver i sosialfaglig arbeid møter man på situasjoner der retningslinjene kan være uklare. Skjønn og etiske vurdering vil derfor være sentralt i enkelte beslutninger og avgjørelser som tas. Det betyr derimot ikke at de beslutninger og avgjørelser som tas alltid er det beste for den det gjelder. Det vil derfor være viktig å rette fokus på hvordan man skal vurdere samtykke og konkretisere hvordan dette gjøres, dette for å sikre kvalitet på tjenestene. Dette kan eksempelvis gjøres ved å forske mer på hva ansatte i helse- og sosialsektoren trenger for å føle seg trygge på vurdering av samtykkekompetanse. Dette vil være fordelaktig for sosialarbeider og ikke minst brukere. Denne studien kan være en ressurs og et hjelpemiddel for fagfolk og andre studenter som søker kunnskap om hvordan det oppleves å arbeide med vurdering av samtykkekompetanse. Som nevnt kan forskningsprosjektet være relevant for flere instanser innenfor sosialt arbeid. På tross av dette er det lite forskning rundt vurdering av samtykkekompetanse og hvordan man som profesjonsutøver skal arbeide og vurdere dette. Det kan derfor være interessant og aktuelt å forske på ulike arbeidsmetoder som kan være hensiktsmessig å bruke med tanke på vurdering av samtykkekompetanse. I denne sammenhengen kan det også være aktuelt å undersøke brukerens opplevelse av hvordan sosialarbeidere og andre profesjonsutøvere vurderer samtykkekompetanse. Det vil også være sentralt å undersøke om eksempelvis mer konkrete retningslinjer og rammer, samt kursing og veiledning rundt vurdering av samtykkekompetanse kan sees å forebygge usikkerheten og utfordringene sosialarbeiderne opplever.

Bibliografi:

- Aasmundsen, H. & Sagvaag, H. (2012). "Som å snakke til en vegg": Personer med rusproblemer og deres erfaringer med brukermedvirkning. I Jenssen, A. G. & Tronvoll, I. M. (Red.), *Brukermedvirkning: Likeverd og anerkjennelse*. (s. 188-198). Universitetsforlaget.
- Aldring og helse - nasjonalt senter. (u. å.). *Samtykkekompetanse*.
<https://www.aldringoghelse.no/demens/behandling-og-oppfolging/samtykkekompetanse/>
- Appelbaum, P. S. (2007). Assessment of patients' competence to consent to treatment. *The New England Journal of Medicine*, 357(18), 1834- 1840.
<https://doi.org/10.1056/NEJMcp074045>
- Askheim, O. P. (2020). Brukermedvirkning - fra politikk til praksis: Hvordan implementeres de politiske målsettingene på bakkenivå? *Tidsskrift for velferdsforskning*, 23(3), 170-186. <https://doi.org/10.18261/issn.0809-2052-2020-03-02>
- Bahus, M. K., Friis, P. & Mesel, T. (2018). Pasientautonomi – en rettighet med moralske implikasjoner. *Kritisk juss*. 44(2). 56-78.
<https://www.idunn.no/doi/full/10.18261/ISSN.2387-4546-2018-02-02>
- Berg, B. (2015). Velferdsstatens sikkerhetsnett. I Ellingsen, I. T., Levin, I., Berg, B. & Kleppe, L. C. (Red.), *Sosialt arbeid: en grunnbok*. (s. 65-79). Universitetsforlaget.
- Berghmans, R. L. P. (2008). Informed Consent and Decision-Making Capacity in Neuromodulation: Ethical Considerations. *ScienceDirect*, 11(3), 156-162.
<https://doi.org/10.1111/j.1525-1403.2008.00161>
- Bremnes, R. & Skui, H. (2020). *Tvang i psykisk helsevern: Status etter lovendringene i 2017*. (IS-2888). <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/tvang-ipsykiskhelsevern-status-etter-lovendringene-i-2017>
- Chudasama, K. (2017). *Brukermedvirkning og sosialt arbeid i NAV*. Universitetsforlaget.
- Glavin, K & Erdal, B. (2013). *Tverrfaglig samarbeid i praksis: Til beste for barn og unge i kommune-Norge*. (3. utg.) Kommuneforlaget.
- Eide, S. B. & Skorstad, B. (2020). *Etikk: Til refleksjon og handling i sosialt arbeid*. (4. utg.). Gyldendal.
- Eide, S. B. og Oltedal, S. (2015). Verdiens betydning for vår forståelse og vår handling. I Ellingsen, I. T., Levin, I., Berg, B. & Kleppe, L. C. (Red.), *Sosialt arbeid: en grunnbok*. (s. 80-96). Universitetsforlaget.

- Ellingsen, I. T. & Skjefstad, N. S. (2015). Anerkjennelse, myndiggjøring og brukermedvirkning. I Ellingsen, I. T., Levin, I., Berg, B. & Kleppe, L. C. (Red.), *Sosialt arbeid: en grunnbok*. (s. 97-111). Universitetsforlaget.
- Eriksen, E. O. (2001). *Demokratiets sorte hull*. Oslo: Abstrakt forlag.
- Fellesorganisasjonen. (2019). *Yrkesetisk grunnlagsdokument for barnevernspedagoger, sosionomer, vernepleiere og velferdsvitere*. (Brosjyre).
<https://www.fo.no/getfile.php/1324847-1580893260/Bilder/FO%20mener/Brosjyrer/Yrkesetisk%20grunnlagsdokument.pdf>
- Ganzini, L., Volicer, L., Nelson, W. & Derse, A. (2003) Pitfalls in assessment of decision-making capacity. *Sciencedirect*, 44(3), 237–243. <https://doi.org/10.1176/appi.psy.44.3.237>
- Glass, K. C. (1997) Refining definitions and devising instruments: two decades of assessing mental competence. *Sciencedirect*, 20(1), 5-33.
[https://doi.org/10.1016/S0160-2527\(96\)00020-9](https://doi.org/10.1016/S0160-2527(96)00020-9)
- Glemmestad, H. (2021). *Oppfølgingsarbeid i NAV: Sosialt arbeid på NAV-kontoret*. Fagbokforlaget.
- Grimen, H. & Molander, A. (2008). *Profesjon og skjønn*. I A. Molander og L. I. Terum (Red.), *Profesjonsstudier* (s. 179-196). Oslo: Universitetsforlaget.
- Halvorsen, T. (2021). *Filosofiske temaer i sosialt arbeid*. Fagbokforlaget.
- Haugli, A. (2019). Samtykkekompetanse - en utfordring også for kontrollkommisjonen. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 16(1), 58-61. <https://doi.org/10.18261/issn.1504-3010-2019-01-07>
- Havnen, K. J. S. (2016). Familieråd som beslutningsmodell i barnevernet. I Christiansen, Ø. & Kojan, B. H. (Red.), *Beslutninger i barnevernet*. (s. 162-177). Universitetsforlaget.
- Helsedirektoratet. (2014). *Sammen om mestring – veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne* (IS-2076). <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/sammen-om-mestring-lokalt-psykisk-helsearbeid-og-rusarbeid-for-voksne>
- Helsedirektoratet (2017). *Psykisk helsevernloven med kommentarer*.
<https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/psykisk-helsevernloven-med-kommentarer>
- Helsedirektoratet. (2022). *Pasient og brukerrettighetsloven med kommentarer: §4-3 Hvem har samtykkekompetanse*. <https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/pasient-og-brukerrettighetsloven-med-kommentarer/samtykke-til-helsehjelp/hvem-som-har-samtykkekompetanse>

- Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester* (LOV-2011-06-24-30). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>
- Heum, I. (2014). *Skjønn: Perspektiver på skjønnsutøvelse i Nav*. Gyldendal Norsk Forlag.
- Hofmann, B. (2007). Det moralske grunnlaget for å vurdere samtykkekompetanse. *Etikk I Praksis - Nordic Journal of Applied Ethics*, 1(1), 33-48. Hentet fra: <https://doi.org/10.5324/eip.v1i1.1681>
- Howe, V., Foister, K., Jenkins, K., Keks, N., Skene, L. & Copolov, D. (2003) Competence to Give Informed Consent to Research Participation in Persons with Schizophrenia and Related Psychosis. *Taylor & Francis Online*, 10(1), s. 85–90. <https://doi.org/10.1375/pplt.2003.10.1.85>
- Humerfelt, K. (2005). Begrepene brukermedvirkning og brukerperspektiv - honnørord med lavt presisjonsnivå. Willumsen, E. (Red). *Brukernes medvirkning!: Kvalitet og legitimitet i velferdstjenestene*. Universitetsforlaget.
- Jenssen, A. G. (2012). Brukermedvirkning - hva er så det? I Jenssen, A. G. & Tronvoll, I. M. (Red.), *Brukermedvirkning: Likeverd og anerkjennelse*. (s. 15-25). Universitetsforlaget.
- Jonassen, K. R. (2019, 6. mars). Mangel på kunnskap om samtykkekompetanse. *Stavanger Aftenblad*. <https://www.aftenbladet.no/meninger/debatt/i/VRKz1d/mangel-paa-kunnskap-om-samtykkekompetanse>
- Kunnskapsdepartementet. (2012). *Utdanning for velferd. Samspill i praksis*. (Meld. St. 13 (2011-2012)). <https://www.regjeringen.no/contentassets/ac91ff2dedee43e1be825fb097d9aa22/no/pdfs/stm201120120013000dddpdfs.pdf>
- Lipsky, M. (1980/2010). *Street-Level Bureaucracy: Dilemmas of the Individual in Public Services*. New York: Russel Sage Foundation.
- Love, C. & Pace, N. (2018). Consent. *Anaesthesia & Intensive Care Medicine* . 19(5). 263-266. <https://doi.org/10.1016/j.mpaic.2018.02.009>
- Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse. (2017). *Tvang og samtykke: hva er egentlig samtykkekompetanse?:* (Brosjyre). <https://erfaringskompetanse.no/wp-content/uploads/2018/10/Samtykkekompetanse.pdf>
- Nordhus, I., Skjerve, A. & Aasen, A. (2006). Demens, samtykkekompetanse og rett til selvbestemmelse – utfordringer ved behandling og forskning. *Nordic Journal of Human Rights*. 24 (4) 362–371. <https://www.idunn.no/doi/full/10.18261/ISSN1891-814X-2006-04-07>

- Norge, Stortinget, Innst. O. nr.91 (1998–1999). *Innstilling fra sosialkomiteen om lov om pasientrettigheter* (pasientrettighetsloven). <https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Publikasjoner/Innstillinger/Odelstinget/1998-1999/inno-199899-091/?lvl=0>
- Northoff, G. (2006) Neuroscience of decision making and informed consent: An investigation in neuroethics. *Jstor*, 32(2), 70–73.
<https://www.jstor.org/stable/27719565>
- NOU 1992:8 (1992). *Lov om pasientrettigheter*. Nasjonalbiblioteket.
https://www.nb.no/items/URN:NBN:no-nb_digibok_2007121000017?page=3
- NOU 2011: 9 (2011). *Økt selvbestemmelse og rettssikkerhet: Balansegangen mellom selvbestemmelsesrett og omsorgsansvar i psykisk helsevern*. Regjeringen.
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2011-9/id647625/sec11>
- Olsen, B. C. R. (2017). Om å vite best, sammen: Brukermedvirkning i helse- og sosialsektoren. I Stamsø, M. A. (Red.), *Velferdsstaten i endring: om norsk helse- og sosialpolitikk*. (4. utg.). (s. 216-237). Gyldendal Akademisk.
- Oterholm, I. (2015). Skjønnsutøvelse i velferdsorganisasjoner. I I. T. Ellingsen, I. Levin, B. Berg, & L. C. Kleppe, *Sosialt arbeid: en grunnbok*. (s.171-183). Universitetsforlaget.
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter*. (LOV-1999-07-02-63). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasient%20og%20brukerrettighetsloven>
- Psykisk helsevernloven. (1999). *Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern*. (LOV-1999-07-02-62). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-62?q=psykisk%20helsevernloven>
- Regjeringen. (2022). *Kommunalt rusarbeid*. <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/helse--og-omsorgstjenester-i-kommunene/kommunalt-rusarbeid/id443433/>
- Regjeringen. (2022). *Ekspertutvalg for å vurdere sterkere tematisk organisering i psykisk helsevern*. <https://www.regjeringen.no/no/dep/hod/org/styrer-rad-og-utvalg/ekspertutvalg-for-a-vurdere-sterkere-tematisk-organisering-i-psykisk-helsevern/id2940779/>
- Schneider, P. L. & Bramstedt, K. A. (2006). When psychiatry and bioethics disagree about patient decision making capacity (DMC). *Jstor*, 32(2), 90-93.
<https://www.jstor.org/stable/27719569>
- Silva, A. (Red). (2006). *Etikk og menneskesyn i helsetjeneste og sosialt arbeid*. Gyldendal Akademisk.

- Skraastad, M. & Thoen, I. (2015). Samtykkekompetanse - sjelden enten eller. *Sykepleien*, 103(11), 48-50. [10.4220/Sykepleiens.2015.55646](https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2015.55646)
- Solberg, B. (2020). Pasientautonomi og brukermedvirkning i helsetjenesten - hvorfor så verdifullt? I *Det norske medicinske Selskab*.
<https://www.michaeljournal.no/article/2020/08/Pasientautonomi-og-bruker%C2%ADmedvirkning-i-helsetjenesten-%E2%80%93-hvorfor-sa-verdifullt-->
- Statens helsetilsyn. (2015). *Tilsynsmelding - Hva når pasienten ikke kan ivareta egne interesser og behov?*. Oslo: Statens helsetilsyn.
<https://www.helsetilsynet.no/globalassets/opplastinger/Publikasjoner/tilsynsmelding/tilsynsmelding2014.pdf/>
- Stokken, R., Andenes, E., Båtevik, F. O., & Folkestad, B. (2022). *Handbok for førstegongsforskaren: Den gode empiriske oppgåva i sosialt arbeid*. Fagbokforlaget.
- Terum, L. (2003). *Portvakt i velferdsstaten. Om skjønn og beslutninger i sosialtjenesten*. Kommuneforlaget.
- Tjora, A. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis*. (3. utg). Gyldendal Akademisk.
- Tjora, A. (2021). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis*. (4. utg). Gyldendal Akademisk.
- Willumsen, E. & Ødegård, A. (2017). *Tverrprofesjonelt samarbeid, et samfunnsoppdrag* (2.utg.). Universitetsforlaget.
- Willumsen, E. (2015). Tverrprofesjonelt samarbeid i sosialt arbeid. I I. T. Ellingsen, I. Levin, B. Berg, & L. C. Kleppe, *Sosialt Arbeid - En Grunnbok* (s. 154-170). Universitetsforlaget.
- Wergeland, N.C., Rolland, E.G., Weber, A. & Riley, H. (2022, 18. juli). Vurdering av samtykkekompetanse bidrar til bedre hjelp. *Aftenposten*.
<https://www.aftenposten.no/meninger/kronikk/i/mrAqq4/vurdering-av-samtykkekompetanse-bidrar-til-bedre-hjelp>
- Østenstad, B. H. (2021). Prinsipp for vurdering av samtykkekompetanse. *Lov og rett*, 60(1), 24-42. <https://doi.org/10.18261/issn.1504-3061-2021-01-0>

Vedlegg:

Intervjuguide

Introduksjonsspørsmål:

- Hva heter du?
- Yrkestittel og arbeidsplass?
- Utdanning?
- Hvor lenge har du jobbet her?

Bakgrunnsspørsmål:

- Kan du fortelle litt om jobbhverdagen?
- Hvilke arbeidsoppgaver er typisk for stillingen din?
- Hvordan er tjenesten organisert?
- Hvilke brukere jobber dere med?

Forskningsspørsmål 1: *Når oppstår spørsmål angående vurdering av samtykkekompetanse?*

- Tenker du at samtykkekompetanse er et aktuelt tema på arbeidsplassen?
 - Hvis ja: I hvilken kontekst/situasjon vurderes samtykkekompetanse?
- Hvor ofte jobber dere med samtykkekompetanse?
- Når dere jobber med samtykkekompetanse, er det ofte de samme folkene som går igjen eller er det nye folk?

Forskningsspørsmål 2: *Hvordan jobber sosialarbeideren med vurdering av samtykkekompetanse?*

- Hvem tar kontakt med dere i arbeidet med samtykkekompetansen? Er det ofte pårørende, eller er det fastlegen som ringer?
- TPS/samarbeid, pårørende?
- Hvordan jobber dere med samtykkekompetanse på din arbeidsplass?
 - Hva er ditt ansvar i dette arbeidet?
- Hvordan samarbeider dere med andre, og hvem samarbeider dere med?
 - Pårørende?
 - Kan du komme med et eksempel hvor pårørendes oppfatning/mening har hatt påvirkning på vurderingen av samtykkekompetanse?

- Hvem er det som bestemmer innenfor samtykkekompetansen til slutt? - og hva er sosialarbeiderens rolle i dette?
- “Å vurdere samtykkekompetanse kan være vanskelig, men man regner vanligvis med at det er fire ulike evner som skal vurderes. Å uttrykke valg, å forstå informasjon, å forstå konsekvenser og å reflektere over alternativer er de fire ulike evnene som skal vurderes.”
 - Blir disse 4 evne vurdert på din arbeidsplass?
- Det kom jo en lovendring i 2017. Har du merket noen forskjell i måten du arbeider når du skal vurdere samtykkekompetanse før og etter lovendringen?
 - Positive og negative sider? Eventuelle utfordringer?

Forskningsspørsmål 3: *Hvilke utfordringer møter sosialarbeideren i arbeid med vurdering av samtykkekompetanse?*

- Kan du trekke fram en situasjon knyttet opp mot vurdering av samtykkekompetanse som du fant utfordrende?
- Har du møtt på noen utfordringer i arbeidet med å vurdere samtykkekompetanse etter lovendringen som kom i 2017? Har du merket forskjeller i utfordringer som har dukket opp før og etter lovendringen?
- Har du opplevd noen utfordringer i henhold til pårørende?
- Hva synes du er det mest utfordrende i arbeidet med vurdering av samtykkekompetanse?

Generelt:

- Hvordan opplever du å jobbe med vurdering av samtykkekompetanse?