

| | | |
|---|---------|---|
| ISSN: 1501-6064 | | Høgskolen i Akershus |
| ISBN: 82-488-0023-7 / 978-82-488-0023-1 | 12/2006 | 12/2006 |
| | | Vernepleier – utdanning og yrke i et faglig perspektiv |
| | | Bjørn Horndalen og Tor Rynning Torp (red.) |

Vernepleier – utdanning og yrke i et faglig og etisk perspektiv

Vernepleierens yrkesutøvelse og -kompetanse handler om å tilrettelegge tjenester og tiltak for mennesker med ulike funksjonsvansker, hvor mennesker med psykisk utviklingshemming står sentralt. I antologiens 14 artikler diskuteres etikk, historie, omsorg, miljøarbeid, livskvalitet, bruk av tvang og makt, samarbeid med andre yrkesgrupper, kvalitetssikring, rettssikkerhet og vernepleierutdanning i internasjonalt perspektiv.

Forfatterne arbeider i institusjoner, hjemmebaserte tjenester, offentlig forvaltning, fagorganisasjoner og med utdanning og forskning på høyskoler og universitet. De har bakgrunn i vernepleie, sykepleie, psykologi, samfunnsvitenskap, jus og sosial- og helsefag. Slik får innholdet relevans for beslutningstakere i offentlig forvaltning, skoleverket, helse- og sosialvesen, for lærere og studenter.

**Vernepleierfaglig bistand
til mennesker med ulike
funksjonsvansker**

12/2006

Høgskolen i Akershus
Forskningsserie

ISSN nr. 1501-6064

ISBN nr. 10: 82-488-0023-7

ISBN nr. 13: 978-82-488-0023-1

Opplag trykkes etter behov, aldri utsolgt

© Høgskolen i Akershus

Høgskolen i Akershus (HiAk) har fra 1999 etablert
3 skriftserier:

Forskningsserie ISSN nr. 1501-6064

Rapporter og utredninger ISSN nr. 1501-6072

Læremidler for profesjonsutdanning ISSN nr. 1501- 6080

Høgskolen i Akershus, Skriftserien
Instituttvegen 24, Kjeller
Telefon (47) 64 84 90 00

Postadresse:
Postboks 423
2001 Lillestrøm

Adresse hjemmeside: <http://www.hiak.no/skriftserien>
For elektronisk bestilling klikk Bestille bøker
For manuell bestilling fax (47) 64 84 90 07.

Design: Bruno Oldani
Produksjonstilrettelagt: Ellipse AS
Trykket hos Allkopi
Trykket på Multilaser 80 g hvit

Bjørn Horndalen og Tor Rynning Torp (red.)

Vernepleier – utdanning og yrke i et faglig og etisk perspektiv

Forord

Da vernepleierutdanningen i 2001 fylte 40 år som tre-årige utdanning ble det laget festskrift. Dette tok for seg vernepleierutdanning og vernepleieryrket i et historisk, samtids-, framtid- og internasjonalt perspektiv. Redaktøren av skriftserien ved Høgskolen i Akershus så at festskriftet hadde potensiale i seg til å bli noe langt mer – en antologi rettet mot ulike målgrupper i helse,- sosial- og skolesektoren og allmennheten som sådan. Hun oppmuntret redaktørene av festskriftet til å gå videre på saken, noe de gjorde. Hensikten med antologien er å gi informasjon om vernepleierutdanning- og yrke, samt å skape debatt. Yrkesfeltet er et høyst levende område som er i kontinuerlig endring, noe som gjenspeiles i boka.

Vernepleierne representerer en forholdsvis ung utdanning og profesjon, en av velferdsstatens sist etablerte. Utdanningen ble opprettet for å ivareta de aller svakeste i samfunnet, nemlig de psykisk utviklingshemmede, eller de åndssvake som de ble betegnet som den gangen for over 50 år siden.

Det handler om utvikling og vekst av en utdanning som i 1961 startet opp på Emma Hjorts Hjem i Sandvika. Av 20 opptatte elever ble bare fem uteksaminert som vernepleiere høsten 1964. I dag taes det opp over 800 nye studenter hvert år fordelt på 12 utdanningsinstitusjoner spredt rundt i det ganske land. Av ca. 20 grunnutdanninger i høgskolesektoren, er det bare sykepleierutdanningen, ingeniørutdanningen, allmenn- og førskolelærerutdanningen som er større. Men selv om det utdannes ca. 200 flere vernepleiere enn sosionomer og barnevernpedagoger, er vernepleierutdanningen og vernepleieryrket mindre kjent både blant utdanningssøkende, arbeidsgivere og andre fagfolk innen helse- og sosialsektoren.

Men som Bjørn Horndalen viser i sin historiske gjennomgang, kom ikke vernepleierutdanningen rekende på en fjøl etter modell fra andre land. De var modige, nytenkende og kreative de som kjempet for å bedre kårene for de «åndssvake» i de store sentralinstitusjonene for over 40–50 år siden. Utdanning av «pleiepersonalet» var en viktig del av denne kampen, som også handlet om et oppgjør med den ensidige medisinske og sykepleiefaglige tenkningen som rådet innenfor åndssvakeomsorgen. Overlege Ole B. Munch, på Emma Hjorths Hjem, som regnes som vernepleierutdanningens far, ville etablere en helse- og sosialpedagogisk utdanning med vekt på opplæring og utvikling. Eksisterende profesjoner ble utfor-

dret, og kampen for tilværelsen var i gang, en kamp som har preget denne utdanningen i alle år.

Selv om vernepleiere etter hvert har utvidet sitt arbeidsfelt til også å gjelde andre målgrupper enn mennesker med psykisk utviklingshemning, har vernepleierutdanningen og utviklingen av omsorgen for denne brukergruppen på mange måter gått hånd i hånd.

Da de store sentralinstitusjonene ble lagt ned i begynnelsen av 90-årene, og ansvaret for de utviklingshemmede overført til kommunene, var det mange som mente at vernepleierutdanningen ikke lenger hadde sin berettigelse. Redselen for at vernepleierne skulle fungere systembevarende og motsette seg reformens intensjoner om normalisering og integrering var et hovedargument i debatten. Mange mente det var stikk i strid med reformens intensjoner å opprettholde en yrkesgruppe for de utviklingshemmede som etter reformen skulle motta tjenester fra det ordinære hjelpeapparatet. Disse bekymringene har ikke slått til, og vernepleierne har vært viktig pådrivere i å sikre utviklingshemmede de rettigheter og utviklingsmuligheter de har krav på. Lojaliteten til denne brukergruppa har vært sterk blant vernepleiere, og er kanskje det viktigste argumentet for å opprettholde utdanninger som fokuserer på mennesker som trenger spesiell bistand og omsorg. I vårt markedsorienterte og materialistiske samfunn er ikke solidaritet med de svakeste av oss av den mest sentrale verdien. Vernepleierutdanningen er med på å sikre den kompetansen som er så viktig for å få utviklingshemmede til å nyttegjøre seg mer normaliserte tjenester og for å sikre deres rettigheter og utviklingsmuligheter i den kommunalt tilrettelagte omsorgen.

Da vernepleierne flyttet ut av institusjonene sammen med de utviklingshemmede tidlig på 90-tallet, fikk de også anledning til å demonstrere sin kompetanse på andre arenaer og sammen med andre yrkesgrupper. Dette førte til en utvidelse av vernepleiernes arbeidsmarked, og i dag ser vi vernepleiere i eldreomsorgen, i psykiatrien, i skole og barnehager, i barnevernet, rusomsorgen og lignende. Dette innebærer at vernepleiere har en kompetanse som er viktig for mennesker som i kortere eller lengre tid har et omfattende hjelpebehov. Omstilling av utdanningen er i tråd med samfunnsutviklingen og reformer i helse- og sosialsektoren, og pågår kontinuerlig. Stikkord for denne utviklingen er desentralisering av tjenester, rettighetstenkning, autonomi og medbestemmelse, normalisering, integrering, hjemmebaserte tjenester osv. Dette betyr at vernepleiere jobber på andre og nye arenaer og at de i stadig større grad samarbeider med andre profesjoner om tilrettelegging av tiltak.

Målrattede tiltak i forhold til bedring av ulike gruppers livskvalitet og kontroll over eget liv, er sentralt i vernepleieres arbeid. Innholdet i utdanningen har gjennomgått store endringer fra den startet i 1961, men har

samtidig beholdt sentrale perspektiver som Ole. B. Munch¹ mente var viktig for en utdanning som skulle arbeide med de aller svakeste. Et optimistisk menneskesyn, at alle har et utviklingspotensiale, at alle kan lære, alle er verd noe og dessuten at tverrfaglig og helhetlig tenkning var nødvendig for optimale tiltak for denne gruppen. Disse prinsippene er universelle og ikke bare viktige i arbeidet med psykisk utviklingshemmede, derfor har vernepleiere og vernepleieres kompetanse også vist seg anvendelig og viktig forhold til andre grupper med hjelpebehov. Dette er også grunnen til den sterke veksten i utdanningskapasiteten de siste årene.

I diskusjonene om vernepleierutdanningen burde legges ned eller ikke, var et av argumentene at denne utdanningen var et særnorsk fenomen og derfor ikke bevaringsverdig. Tor Rynning Torp utfordrer i sitt bidrag forestillingene om dette særnorske fenomenet, og viser at dette slettes ikke er riktig. Norge var ikke alene om etablering av vernepleierutdanning. Både Sverige, Danmark og Island hadde nokså like utdanninger på dette feltet på 60-tallet. Både Tyskland og Irland var på banen med tilsvarende programmer på slutten av 50-tallet. Senere har andre land gått i samme, eller liknende fotspor. I moderne tider hvor store deler av verden organiserer tjenestene til mennesker med funksjonshemming i tråd med moderne politiske idealer om individuell rett til selvbestemmelse og full deltakelse i samfunnslivet, er det interessant å se at noen land legger ned tilsvarende programmer mens andre raffinerer eller oppretter nye programmer.

Et samfunns kvalitet skal måles på hvordan det ivaretar sine aller svakeste sies det, og den norske velferdsstaten har hatt ord på seg for å være en av de aller beste. Det er derfor naturlig å tenke at dette også har sammenheng med utdanningssystemet og den kompetanse som er utviklet for å ivareta ulike grupper med hjelpebehov. I denne sammenhengen er det altså ikke noen grunn til å stå med «lua i hånda» og unnskyldte sin eksistens, men tvert imot være stolte over at vi har utviklet noe som andre ønsker å ta lærdom av. I disse internasjonaliseringstider er det viktig å analysere både hva vi kan bidra med og hva vi kan hente i et samarbeid med utdannings- og forskningsinstitusjoner i andre land.

Det er alltid vanskelig å spå om framtiden, det gjelder også om vernepleierutdanningens framtid, men med den økte etterspørselen etter vernepleiere vi har sett disse 40 årene, tyder alt på at det er bruk for den kompetansen vernepleiere besitter. Om det finnes en utdanning som heter vernepleierutdanning og en yrkesgruppe kalt vernepleiere om 10 år, er usik-

¹ Ole Bull Munch ble ansatt som overlege på Emma Hjorths Hjem i 1946, landets første statlige sentralinstitusjon for mennesker med psykisk utviklingshemming. Munch var bl.a. leder av Munchkomiteen som i 1957 kom med innstillingen som ledet fram til etablering av vernepleierutdanning.

kert. Grensene mellom profesjoner og ulike utdanninger utfordres stadig, og det kan godt være at kartet ser annerledes ut om få år.

Det er ikke viktig at vernepleierutdanningen skal bli 40 år til, men at den kunnskap, verdier og kompetanse som utdanningen representerer sikres i videreutviklingen av et samfunn for alle!

Kjeller 2006
Nina Tollefsen

Innhold

6

| | |
|--|----------|
| Fra trang fødsel til allsidig fagkompetanse | 9 |
| Vernepleierutdanningens tidligste historie: <i>Bjørn Horndalen</i> | 9 |
| Innledning | 9 |
| Vernepleierutdanningen blir til | 11 |
| Vernepleierfaglige utviklingstrekk og hendelser | 15 |
| Litteratur | 20 |
| Vernepleierens rolle som autorisert helsepersonell: | |
| <i>Per Harald Pettersen</i> | 21 |
| Lov om helsepersonell | 21 |
| Vernepleierens ferdigheter som helsepersonell | 22 |
| Dagens debatt om vernepleiernes helsefaglige kompetanse | 24 |
| Litteratur | 25 |
| Yrkesutøvelse i hjemmebaserte tjenester – kvalitetsmessige forhold og utfordringer: <i>Anine Terland</i> | 26 |
| Noen krav til tjenestene | 26 |
| Yrkesutøvelse i hjemmebaserte tjenester | 28 |
| Forhold med betydning for kvalitet i tjenestene/forutsetninger for kvalitet | 30 |
| Utfordringer knyttet til vernepleierens yrkesutøvelse i hjemmebaserte tjenester | 35 |
| Litteratur | 38 |
| Hvor jobber vernepleiere i dag?: <i>Kari Anne Pedersen</i> | 40 |
| Innledning | 40 |
| Materiale og metode | 40 |
| Resultater | 41 |
| Litteratur | 44 |
| En profesjon godt forankret med blikket rettet framover: | |
| <i>Siv Karin Kjølmoen og Anne Bakke</i> | 45 |
| Vernepleieres utdanning, kompetanse og arbeidsfelt | 45 |
| Samfunnsmessige utfordringer for vernepleierfaglig arbeid | 47 |
| Utfordringer knyttet til vernepleieres faglighet og etiske kompetanse | 48 |

| | |
|--|-----------|
| Omsorg, etikk og rettssikkerhet | 51 |
| Miljøarbeiderrollen i et omsorgsperspektiv: <i>Willy-Tore Mørch</i> | 51 |
| Noen allmenne refleksjoner om omsorgsrollen | 51 |
| Omsorgsperspektivet i miljøarbeid | 54 |
| Litteratur | 57 |
| Behov og utfordringer i møte med tjenestemottakere med alvorlig eller dyp utviklingshemming: <i>Turid Hansen</i> | 59 |
| Ditt hjem – mitt arbeidssted | 59 |
| Rutiner – en dyd av nødvendighet? | 61 |
| Når manglende krav blir en krevende utfordring | 64 |
| Relasjonen – først og sist | 67 |
| Litteratur | 68 |
| Reflektert etisk praksis i samhandlingssituasjoner hvor tvang og makt benyttes: <i>Leif Bollingmo</i> | 69 |
| To hovedutfordringer i vernepleiefaglig arbeid | 69 |
| Etisk refleksjon, dialog og meningsforskjeller | 70 |
| Den nødvendige usikkerheten i etisk refleksjon | 71 |
| Etisk forsvarlighet skaper gjerne frustrasjon i kompliserte samhandlingssituasjoner | 76 |
| Skal en snakke sammen må en møtes | 78 |
| «Som om ingen ting hadde skjedd» – et pedagogisk krav med etiske konsekvenser | 79 |
| Tilrettelegge for refleksjon – ha tid til refleksjon – øve på refleksjon | 83 |
| Litteratur | 83 |
| Hva kvalitetssikrer vernepleiernes yrkesetikk: <i>Bjørn Horndalen</i> | 86 |
| Innledning | 86 |
| Til ettertanke | 87 |
| Menneskesynet i objekt-subjekt relasjonen | 89 |
| Droppes etikken – blir det meste tillatt! | 92 |
| Er etikk å telle og måle? | 95 |
| Du og jeg – deg eller meg? | 97 |
| Lar den subjektive moral og normative teori seg forene? | 98 |
| Hvor sitter dømmekraften? | 99 |
| Det blir ikke etikk av å si «etikk» | 101 |
| Litteratur | 106 |
| Vernepleierprofesjonen og den allmenne tillitskrise – en diskusjon av tre strategier for å skape tillit: <i>Dag Dæhlen</i> | 107 |
| Innledning | 107 |
| Vernepleierutdanningens historikk | 109 |
| Strategier for tillitsreparasjon | 115 |
| Avslutning | 123 |
| Litteratur | 124 |

| | |
|--|------------|
| Rett og urett | 126 |
| Vernepleieres helse- og pleiefaglige kompetanse: | |
| <i>Margunn S. Lund og Jon Ekeland</i> | 126 |
| Innledning | 126 |
| Funksjonshemming og tilleggshandikap | 128 |
| Prioriteringer | 132 |
| Avsluttende kommentarer | 142 |
| Litteratur | 146 |
| Rettssikkerhet for alvorlig og dypt utviklingshemmede: | |
| <i>Per Harald Pettersen</i> | 149 |
| Innledning | 149 |
| Utviklingshemming | 149 |
| Rettssikkerhet – nærmere om innholdet | 150 |
| Mer kan gjøres | 154 |
| Litteratur | 155 |
| Betraktninger om utdanning og yrke | 156 |
| Hvordan andre yrkesgrupper ser på vernepleierne | 156 |
| Sosionomer: <i>Anne Austveg</i> | 156 |
| Sykepleiere: <i>Inger Lise Bastø og Vibeke Snarset</i> | 158 |
| Spesialpedagoger: <i>Anne Klüwer og Mari Kalvø</i> | 159 |
| Vernepleierutdanning i internasjonalt perspektiv: | |
| <i>Tor Rynning Torp</i> | 161 |
| Innledning | 161 |
| Juridisk grunnlag for internasjonalisering | 161 |
| Globalisering og internasjonalisering – sentrale begreper som påvirker vernepleierutdanningen | 162 |
| Vernepleierutdanningen sammenlignet med andre lands utdanning av tjenesteytere for funksjons- og utviklingshemmede | 165 |
| Utdanningsnivå og karrieremuligheter | 168 |
| Programmenes faglige forankring og breddetilnærming | 170 |
| Framtidsperspektiver på internasjonalt samarbeid | 171 |
| Avslutning | 174 |
| Litteratur | 174 |
| Bidragstere | 177 |

Fra trang fødsel til allsidig fagkompetanse

Bjørn Horndalen

Vernepleierutdanningens tidligste historie

9

Innledning

Vernepleierutdanningen har tilknytning til det norske åndssvakevernets framvekst etter 2. verdenskrig. Utdanningens begynnelse kan stedfestes til Emma Hjorths Hjem i Bærum, landets første statlige institusjon for åndssvake. Her, i enkle former, tok opplæring av åndssvakepleiere til i 1947 som i 1961 hadde utviklet seg til oppstarten av en 3-årig utdanning under navnet *Skolen for vernepersonale*. Selv om institusjonen er nedlagt og mye har skjedd, har denne første vernepleierskolen forblitt liggende på «Emma». Først høsten 2003 ble båndene klippet, hvor utdanningen som del av Høgskolen i Akershus flyttet med til Kjeller/Lillestrøm, da den samlet etablerte seg der.

Som profesjonsutdanning, ikke minst for folk flest, gjemmer vernepleierutdanningen på mange interessante epoker og utviklingstrekk. I utdanningspolitisk sammenheng har situasjonen til tider vært ganske turbulent med fare for at den ville bli nedlagt. På tross av myter og kritikk må utdanningen likevel ha vært god å ha slik den nå lever i beste velgående. Behovet for vernepleiere er flerdoblet siden begynnelsen på 90 tallet og yrkesgruppen er etterspurt innen et bredt spekter av helse-, skole- og sosialomsorgen. Utdanningens idealistiske røtter ligger fortsatt forankret i dagens studieprogram – men begrepsmessig og faglig tilpasset vår tid. Vernepleierutdanningen er blitt karakterisert som et misfoster og en anakronisme, mens dens flerfaglige, praktiske og helhetlige innhold nå synes å være godt egnet for dagens og morgendagens omsorg. La oss titte litt på foranledningene og de første tiårene av utdanningen.²

Slik vi har kjennskap til avvikshistorien preges den av fordommer og kunnskapsløshet. Fortidens syn på mennesker som ikke var som alle andre er rystende lesning. Årsaksforklaringene hadde sammenheng med synd, djevelens og skjebnens verk. Å bli stemplet som farlig, dum, hjel-

² Framstillingen er basert på egne undersøkelser, se litteraturlisten.

peløs og uheldredelige ble en tung skjebne. De såkalt abnorme var en skam og en byrde som samfunnet følte lite ansvar for. Reaksjonene og samfunnenes beskyttelsesbehov ga seg utslag i ulike former for gapestokkskremsler og isolering – ja det forekom sågar avretting. Selv fra humanitært og idealistisk hold hadde velmenende pleie og omsorg preg av oppbevaring, passvisering og krenking av menneskeverdet.

I Norge var det pedagogene som først grep fatt i disse utfordringene. Blant gruppen som ble definert som åndssvake og såkalt *dannelsedyktige* (jmf. Abnormskoleloven 1881) kunne skolen vise til optimistiske resultater, noe som hadde sammenheng med en mer helhetlig og praktisk orientert opplæring. Målene var ambisiøse, men erfaringene og resultatene ble ikke like gode for alle. Mange av de mest tilbakestående elevene ble avvist og mistet dermed retten til skolegang. De ble i stedet gjemt bort i privatforpleining og utnyttet på ulike vis. Den første pleieanstalten for åndssvake var *Fru Hjorths Arbeids- og pleiehjem* i Sandvika som ble etablert av abnormskolelærer Emma Hjorth (født Lippestad) i 1903. Hun var opptatt av «de som ingenting fikk» og regnes som en av pionerene i norsk åndssvakeomsorg. I 1915 ga hun stedet til staten som gave, men måtte skuffet konstatere at det offentlige ikke tok det ansvar hun hadde håpet på. Som landets første sentralinstitusjon for åndssvake ble den bærende hennes navn *Emma Hjorths Hjem*. Få år senere kom Klæbu Pleiehjem i Sør-Trøndelag, som utviklet seg til landets største sentralinstitusjon i denne omsorgen. Først i 1946 kom Nærlandheimen i Rogaland, en sentralinstitusjon som ble opprettet for «lavtstående og urolige åndssvake».

Selv om en ved århundreskiftet kunne spore en gryende faglig og menneskelig tilnærming til pleiearbeidet, var kritikken mot bevilgninger og offentlig omsorg sterk. Diskrimineringen fortsatte og pessimismen spredte seg, ikke minst med bakgrunn i medisinske inntog i omsorgen. Særlig fikk arvelighetslæren avgjørende betydning for årsaksforklaringene med sterilisering og isolering av de åndssvake. Den rasehygieniske tenkningen i Europa påvirket også det medisinske miljøet i Norge – og da den 2.verdenskrig kom stoppet det hele opp, hvor det viktigste for livet i institusjonene ble å overleve.

I kjølvannet av velferds-Norges vekst etter krigen fikk profesjonstenkingen en oppblomstring. Nye yrkesgrupper skulle bli samfunnets svar på måten tjenestene ble differensiert og gitt til befolkningen. For mennesker med mindre verdi og forstand bortgjemt i institusjonene satt likevel behovet for et kvalifisert pleiepersonale langt inne. Arbeidet med de åndssvake hadde ikke status og det var nærmest uhørt at det trengtes utdanning i et slikt «røkterykke». Den offentlige driften gikk på sparebluss og arbeidsforholdene skapte umenneskelige regimer. At en underbemannet og på mange måter selvutslettende pleiestab holdt ut i dette arbeidet ble i lite grad respektert eller på annen måte verdsatt.

Vernepleierutdanningen blir til

Gjennom opinionen ble sektorene presset til innsats, og spørsmålet om hvordan personalbehovene kunne løses i helsesektoren ble påtrengende. Foruten etterkrigstidens særomsorgsløsninger og institusjonsvekst har vernepleierutdanningens tilblivelse også sammenheng med enkeltmenneskers initiativ og argumentasjon. Den første konkrete spiren til utdanningen tok til på *Statens sentralhjem for åndssvake* i 1947 (Emma Hjorths Hjem). Initiativtaker og senere ideologisk fanebærer for en slik utdanning i Norge var en av landets første barnepsykiatere, overlege og senere direktør Ole B. Munch som døde vel 90 år gammel i 1996. Her startet han en bedriftsintern utdanning for «elever i åndssvakepleie», først som et 1-årig opplegg og fra rundt 1951 som en 2-årig utdanning med søkere fra hele landet.

11

På 50 tallet kom et gryende oppgjør med oppbevaringssynet i institusjonene. At enkelte leger fant feltet interessant ga tro på de åndssvakes muligheter, noe som fikk betydning for arbeidets art. Stimulerende tiltak, flere tilbud og mer tverrfaglig samarbeid avdekket hvor viktig funksjonene til pleiepersonalet ville bli. Ole B. Munch så tidlig at dette personalet måtte gis en utdanning. Hans erfaring med de åndssvake var at framgang og mestring i hverdagslivets gjøremål hadde sammenheng med hvordan bomiljøene ble tilrettelagt med opplæring og menneskelig kontakt. Etter hans vurdering ble diakonenes og sykepleiernes utdanninger for snevre i sin faglige tilnærming. Da det ikke fantes noen yrkesgruppe som kunne mestre disse oppgavene måtte det lages noe helt nytt. Foruten kunnskap etterstrebet Ole B. Munch at elevene utviklet personlige egenskaper og evne til å uttrykke holdninger som viste aksept for at arbeidet hadde med menneskers likeverd å gjøre. Han vurderte ikke arbeidet som et rent medisinsk problem, men vel så mye som en opplæringsmessig utfordring.

Parallelt med utdanningen Munch utviklet på 50 tallet ble han aktivt benyttet andre steder hvor slike utdanningsbehov ble drøftet. Hans innsats i en rekke utvalg ble av stor betydning både med hensyn til prinsippgrunnlag og innhold i det som etter hvert utviklet seg til en vernepleierutdanning. Et av de første utvalgene han satt i var *Seweriin-komiteen* som ble nedsatt av Samordningsrådet for åndssvakeomsorgen (SOR) i 1954. Den skulle drøfte ulike modeller for opplæring av pleiepersonale til åndssvakeomsorgen med særlig sikte på midlertidige tiltak i en oppbyggingsfase. Her foreslo komiteens flertall at en ikke måtte bygge på sykepleierutdanningen fordi arbeidet ville kreve psykologisk kunnskap, pedagogisk forståelse og kjennskap til leketerapi, beskjeftigelse og lignende. De foreslo en 2-årig selvstendig utdanning med mulighet for en 1-årig fortsettelsesutdanning for ledende stillinger. I påvente av ytterligere utredning ble departementet bedt om å arrangere 3-måneders pleiekurser, noe som faktisk ble igangsatt i regi av Norges kommunal- og sosialskole og lagt til Emma Hjorths Hjem gjennom flere år.

Den største og mest omfattende utredningen har sammenheng med *Bremer-komiteen* som Sosialdepartementet nedsatte i 1956. Denne komiteen skulle utrede utdanning for alle pleiekategorier i den psykiatriske sektor – deriblant åndssvakeomsorgen. Overlege Ole B. Munch satt i hovedkomiteen og ledet den såkalte *Munch-komiteen*, som var en egen subkomitee for å ta seg av åndssvakeomsorgens og beslektede felts utdanningsbehov. I komiteen satt blant annet forstander Aadne Steensnæs fra Nærlandheimen på Nærbø, som ble initiativtakeren til at de fikk sin vernepleierskole på slutten av 60 tallet. Etter å ha vurdert mulighetene for å kunne samordne utdanningsbehovet med andre beslektede faggrupper (barnepedagoger, arbeidsterapeuter og sykepleiere) foreslo de en egen selvstendig 3-årig utdanning. Innstillingen forelå i desember 1957 og gir verdifull innsikt i vernepleierutdanningens ideologiske røtter. Komiteen mente at to år var for lite til å utvikle den modenhet dette yrket krevde. De mente denne yrkesgruppen måtte være mer bevisste på egen opptreden enn andre fordi de ofte ville stå overfor provoserende situasjoner. De var faktisk inne på å foreslå en 4-årig utdanning, men fant det strategisk riktig å legge seg på en modell og med et opptakskrav som var tilpasset sammenlignbare utdanninger. En alternativ utdanningsmodell som nesten fikk gjennomslag i hovedkomiteen var et prinsipp om at alle utdanningene til disse omsorgsgrenene skulle ha sykepleierutdanning i bunn og med spesialisering på toppen (jmf. den nå nedlagte utdanningen i psykiatrisk sykepleie). Hadde sykepleierne den gang vist samme engasjement for åndssvakeomsorgen som for psykiatrien, ville trolig dette ha blitt utfallet. Noen sentrale prinsipper og mål fra Munch-utvalgets innstillingen er:

Vernepleierutdanningen skulle være noe nytt med hensyn til faglig bredde, dybde og lengde – en selvstendig og flerfaglig utdanning som skulle fylle et tomrom. Utdanningsinnholdet med teori og praksis skulle stå i et pedagogisk integrert forhold til hverandre. Det skulle skapes en enhetlig yrkesgruppe som var allsidige og som kunne dekke og forene mangesidige oppgaver rettet mot alle aldersgrupper.

- Vernepleiere skulle være det personale som i første rekke var nær for å «omgi» de funksjonshemmede i det daglige, i deres arbeid, fritid og lek.
- Vernepleiere skulle ha terapeutiske, pedagogiske og oppdragende oppgaver ved siden av «pleiegjeringen»,
- kunne skape trygghet, trivsel og gunstige kår for utvikling samt støtte i sosial tilpasning,
- ha personlig egnethet, bevissthet og etisk refleksjon med vekt på respekt for mennesker som var annerledes, og
- kunne administrere boenheter, samarbeide tverrfaglig samt oppvise god skriftlig framstillingsevne.

Det er interessant å kunne merke seg følgende: Utdanningen skulle i første rekke ta sikte på klientellet innen åndssvakeomsorgen, men også kva-

lifisere for oppgaver i beslektede felt som psykiatri, barnevern, spesialskoler for evneveike, behandlingshjem for barn med atferdsvansker m.f. Vernepleiere, nesten fram til i dag, er blitt identifisert med bare å skulle arbeide med psykisk utviklingshemmede. Her slås det fast at deres kvalifikasjoner også var ment å favne andre omsorgsgrupper/behov.

Angående benevnelse og autorisasjon på yrkesgruppen måtte en forhindre forveksling med «sykepleie» eller passivitet. Det å bli kalt pleier den gang innebar en samlebetegnelse for mange ulike personers gjøremål i institusjonene. En foreløpig betegnelse komiteen benyttet var «diplompleier» eventuelt «psykiatrisk pleier». Navnene vernepersonale og vernepleier ble lansert rundt 1961/62 da de ikke fant noe bedre, vesentlig på grunn av at åndssvakeomsorgen på den tiden ble definert som åndssvakevernet. Vernebegrepet inneholdt noe mer enn å forsørge og beskytte noen fra noe, men også det å tilrettelegge muligheter (jmf. vernet bedrift). Navet har siden vært et diskusjonstema en rekke ganger på søk etter en mer dekkende betegnelse, men foreløpig har den blitt stående.

Som en definert helsefagutdanning ble det Sykepleierkontoret i Helsedepartementet under Sosialdepartementet som fikk det faglige ansvar for en eventuell ny yrkesgruppe og deres utdanning. Av uklare grunner ble Munch-komiteens innstillingen liggende i Sosialdepartementet, men kom i retur til komiteen for ny gjennomgang i 1961, og da med henstilling om å sammenligne den med en tilsvarende utredning om utdanning av *omsorgsassistent*er i Danmark. Uten store endringer fikk sykepleierkontoret oversendt et revidert utkast i 1962, som etter et hastverksarbeid der, endte opp som formaliserte grunnregler for vernepleierutdanningen. Disse kom i 1963 og var i sin form en blåkopi av sykepleierutdanningens grunnregler.

Før det forelå noen godkjenning arrangerte Ole B Munch og den nytilsatte undervisningsleder Bent Hollender en frekk oppstart av den første 3-årige vernepleierskolen på Emma Hjorths Hjem i 1961. 27. april ble det avholdt en offisiell åpning med sosialminister, internasjonale gjester og presse til stede. Dette kuppet, som det ble betegnet, satte departementet i en klemme og motvillig måtte de la opprettelsen av skolen og utdanningen skje.

Årene som følger er preget av stridigheter om anerkjennelse, både for utdanningen og yrket. Da de første 2-årige vernepleierne ble diskriminert og forbigått når de søkte stillinger, førte dette til opprettelsen av Norsk Vernepleierforbund i 1962. Nye helse,- sosial- og utdanningspolitiske reformer som nå begynte å tegne seg gjord at forhold til Sykepleierkontoret ble særlig vanskelig. Det ble en evig kamp om hva dette kontoret mente utdanningen skulle være og hva skolene og vernepleierne selv mente de skulle være. Inntrykket var at Sykepleierkontoret tenkte seg «2.

rangs sykepleiere» konsentrert om de multihandikappede og svakeste pleiegruppene av de åndssvake, mens skolen(e) ville utvikle seg i mer miljøterapeutisk og sosialpedagogisk retning. 60 årene bærer preg av en nødvendig løsrivelse og omdefinering av de medisinske fagkomponentene i grunnreglene. Behov for miljø- og teamarbeid ble forsterket ved at skolen på Emma Hjorths Hjem fikk innpass i barne- og ungdomspsykiatrien, hvorpå fagene psykologi og pedagogikk måtte gis større plass. Den gryende yrkesgruppen hadde behov for å utvikle sin egen yrkesidentitet og sitt eget metodefag og ikke hele tiden måtte bruke sykepleiernes begreper og lese deres pensum. Skolens første leder, Bent Hollender, var en nytenkende og uortodoks sykepleier. Han var mer tro mot hva fagfeltet trengte enn hva grunnreglene tillot. Han involverte skolen i spennende prosjekter og ga rom for at elevene selv tilførte mye av innholdet i undervisningen. Hendelsene som fulgte, blandet opp med profesjonsstrid, behov for faglig anerkjennelse og integritet, førte til et nært forhold mellom vernepleierforbundet og vernepleierskolen(e) i disse årene.

Med den sosialmedisinske åndssvakeomsorgen som tok form etter krigen var planen at hvert fylke/region skulle ha sin sentralinstitusjon hvor utdanning av personalet også skulle foregå. Fram til 1970 muliggjorde lovverket at institusjonsomsorgen ekspanderte kraftig. Etter 1970 begynner en ny struktur å tegn seg hvor en viktig stortingsmelding, St.m. 88 (1974–75)-«Omsorg for psykisk utviklingshemmede», la grunnlaget for nye perspektiver og ny mening i arbeidet (en mer allminneliggjørende, desentralisert og integrert omsorg).

Flere vernepleierskoler Det første treårige vernepleierkullet med fem kandidater ble uteksaminert høsten 1964. Kullet var på 20 ved oppstarten; men grunnet planer om plikttjeneste etter endt utdanning, at den var ny med usikker status, gjorde at mange sluttet. Noen utnyttet også ordningen med assistent- og elevlønn under utdanning, hvor disse på egnede tidspunkt sluttet og begynte i annen utdanning.

Fram til 1969 var skolen på Emma Hjorths Hjem landets eneste for vernepleiere. Deretter kom Oslo Åndssvakeomsorgs vernepleierskole og Nærlandheimen Vernepleierskole, og i 1973 Klæbu Vernepleierskole.³ Tidstypisk ble disse fire etablert på hver sin sentralinstitusjon, mens skolene som senere ble etablert på høgskolenivå fikk annen tilknytning og

³ Skolene som kom i Oslo og på Nærlandheimen har begge tilknytning til Munch-komiteens utredninger hvor planene startet tidlig på 60 tallet. I Oslo av overlege Halvard Vislie og som nevnt av Aadne Steensnæs på Nærlandheimen. Det tok tid før de kom i gang og alle tre begynte først med hjelpevernepleierutdanning. Planene om skole på Klæbu startet også på 60 tallet av overlege Mogens Rasmussen godt hjulpet av Jon Peder Grimstad, som den gang var nyutdannet vernepleier fra Emma-skolen.

beliggenhet (Bergen og Fredrikstad i 1980, Harstad i 1984 og på Lillehammer 1990). I dag er det 12 høgskoler som gir vernepleierutdanning hvorav 10 inngår i avdelinger for andre helse- og sosialfaglige utdanninger. Bare utdanningen fra Emma Hjorths Hjem er fortsatt egen avdeling under Høgskolen i Akershus, mens skolen på Nærlandheimen (Rogaland Vernepleierhøgskole) er privat og eies av Diakonforbundet.

Ser vi tilbake på etableringen og særtrekkene ved de første vernepleierskolene har flere av disse en trang fødsel, men hvor trender og stridigheter har gitt vesentlige bidrag til utdanningens framvekst og innhold.

Vernepleierfaglige utviklingstrekk og hendelser

Det som festet seg og som går igjen som en rød tråd fra de første toårige vernepleierne fra 50 tallet er respekten for mennesker som var/er annerledes. Den tidlige utdanningen hadde mye praksis (3/4 deler) og teoriinnholdet var mye relatert til psykiatri, småbarnspedagogikk og oppdragelsesprinsipper. Elevene lærte også mye om hygiene, stell, klyster og medikamenter, og alt om hjernen måtte pugges. Den ordinære pleiestanden var ikke så begeistret for utdanningen og de så på elevene som arbeidshjelp. At de ønsket å omsette noe av det de hadde lært i undervisningen ble sett på som bortkastet. Elevene hadde lite de skulle ha sagt, men det de tok med seg tilbake i skolesituasjonen var å drøfte hva de ikke skulle bli.

Tross alt ble Emma Hjorths Hjem en foregangsinstitusjon på 60 tallet, også i nordisk sammenheng. Faglig nytenkning gav ansatte stolthet og engasjement, og en vernepleierskole der ble elevene trukket med. De kunne lese journaler, delta i staffmøter og behandlingsopplegg. De ble tidlig kjent med teamtenkning, hjemmebesøk og sosialkurators arbeidsmetoder. Når det gjelder elevenes og de første vernepleierne egen løsrielse, det å finne fram til noe særegent vernepleierfaglig, knytter dette seg til psykiatriske, neurologiske og somatiske forklaringsmodeller. Elevene var fanget av å tenke diagnose og terapiformer. De første selvstendige vernepleierfaglige handlingene bar preg av å gjøre bomiljøene mer hjemlige som motvekt mot den sterile og pasifiserende livssituasjonen pasientene hadde.

Tidlig på 60 tallet kan en si at en pionertid ebber ut og en ny vending i vernepleierutdanningen tar til. Rundt 1965 starter en pragmatisk løsrielse fra det somatiske og medisinske innslaget i utdanningen hvoretter aktivitetsfag og beskjeftigelse av pasientene blir viktige satsingsområder. En gryende utadrettet søken etter annen kunnskap og faglige allianser starter. Vernepleierforbundets kontakter med Norsk Miljøarbeiderforening (MIFO) ga mulighet for bruk av annen litteratur og spennende timelærere. Praksis i skole- og daghjem ga tilgang til bedre observasjonsmetoder og modeller å jobbe etter, bl.a. sosial trening i dagliglivets aktiviteter (ADL-trening). Begrepet psykisk utviklingshemning var på vei inn med

erkjennelsen av at dette ikke var en sykdom, men en tilstand det kunne gjøres noe med – om de relasjonelle, faglige og fysiske forholdene ble lagt til rette.

Den miljøterapeutiske orienteringen ga utdanningen et nytt innhold, og yrket en etterlengtet identitet. Bent Hollender inntar nå en mer og mer sentral rolle i det som skjedde. Med tre ny vernepleierskoler under planlegging andre steder i landet gikk utdanningen inn i et nytt utfordrende tiår – en periode som skapte behov for at skolene sto sammen.

16

Hver av de fire første skolene har sine egne historier. De er blitt karakterisert og blitt kjennetegnet ved sine faglige tyngdepunkter, ikke minst Emma-skolen for sin opprørske oppførsel og miljøterapeutiske forankring til langt inn på 70 tallet. Skolen på Nærlandheimen var basert på et kristent livssyn og utad var de preget av en formell «skikkelighet». Faglig gikk de i en somatisk-psykiatrisk retning med mange dispensasjoner fra grunnreglene. Oslo-skolen fulgte i begynnelsen grunnreglene ganske slavisk, men tok på midten av 80 tallet en ensrettet atferdsteoretisk retning, noe som skapte avisoverskrifter om yrkesforbud og skepsis fra de andre skolene. Klæbu-skolen hadde mange paralleller til Emma-skolen, men fikk etter hvert en faglig tyngde i relasjon til kommunale omsorgstjenester og vernepleiernes innpass der. Ved siden av beliggenhet hadde disse trekkene og senere endringer klar sammenheng med lærernes kvalifikasjoner. Sammenlignet med andre helse og sosialfaglige utdanninger har vernepleierutdanningen rekruttert en eklektisk lærerstab, eksempelvis sykepleiere, spesialpedagoger, psykologer og sosiologer/samfunnsvitere, til tider på bekostning av lærere med vernepleierbakgrunn. En ikke ubetydelig side ved disse fire første skolene var internatdriften og kostrefusjonsordningene, noe som økonomisk sett tiltrakk søkere. En annen side var samholdet som fulgte med internatlivet, en ikke ubetydelig del av lærings- og modningsutbyttet for elevene. I eksamensperioder kunne det være godt å ha hverandre. Grunnreglene skisserte skriftlige, muntlige og praktiske prøver i alle grunnfagene i tillegg til tentamener etter teorblokkene. På vitnemålet ble et oppført 14 eksamener. I tillegg kom avsnittsprøver, gjennomsnittskarakter, orden, flid og oppførsel samt skriftlig hovedinntrykk om elevens praktiske ferdigheter. De praktiske prøvene foregikk over en hel dag ute i avdelingene med pasientene og hvor en sensor observerte alt arbeidet.

På grunn av utdanningspolitiske signaler om endringer av helse- og sosialfagutdanningene, samt konfliktene som tidlig oppsto på Emma-skolen, var departementet flere ganger i tvil om de skulle opprette flere utdanninger.⁴ Hadde ikke Kontoret for psykiatri i Helsedirektoratet bedt tynt om noe mer erfaring med de to andre skolene og den ny som var under planlegging på Klæbu, kunne vernepleierutdanningen blitt nedlagt allerede på slutten av 60 tallet. Senere aktualiserte særlig den såkalte «St.m.13»

en tilsvarende trussel, en kamp alle helse- og sosialfagutdanningene sto samlet om å vinne.⁵

Årene 1968–72 utgjorde en noe famlende og problemorienterende fase knyttet til ulike terapiformer til dels forankret i klinisk psykologi og pedagogisk metodikk. Psykiatrisk omsorg og miljøarbeid ble et samlende begrep for yrkesutøvelsen, og sosial trening gav modeller for arbeidet, samtidig som foreldrene ble trukket inn i varmen som samarbeidspartnere. På denne tiden innledet også skolene sitt samarbeid med STUI (Statens ungdoms og idrettskontor) som førte med seg at utdanningene engasjerte seg i handicappidrett og kulturaktiviteter. 70 årene ble preget av motgang, men også medgang. Som andre utdanninger gikk vernepleierutdanningen inn i et elev- og studentaktivt tiår med klare politiske overtoner hvor målene var medvirkning og omveltning. De nevnte utdanningspolitiske føringene møtte bastant profesjonsproteksjonisme fra sykepleierne, sosio- og barnevernspedagogene, ergo- og fysioterapeutene, vernepleierne m.fl., samtidig som helse- og sosialsektoren begynte å forberede seg på omfattende reformer. En kan si at en humanistisk- og terapiinspirert fase måtte gi etter for nye grunnleggende prinsipper og perspektiver.

Vernepleie – fra yrke til fag – begynte å presse på med behov for et eget hovedfag i utdanningen. Et gledelig framskritt var at Helsedirektoratet tidlig på 70 tallet avholdt en konferanse for de tre første skolene etter påtrykk om å få revidert de foreldede grunnreglene. At det ble en konferanse bunnset også i at direktoratet var internt uenige om utdanningens eksistens. Derimot opplevde skolene et lite gjennombrudd for at utdanningen skulle gi et bredere siktemål enn bare åndssvakeomsorgen. Utdanningsinnholdet fikk en klarere pedagogisk fokusering, en utvikling som mot slutten av tiåret kjennetegnes gjennom et mer trenings- og opplæringsrettet innhold. Viktige formaliteter kom også på plass. I 1971/72 ble vernepleiere kvalifisert for å administrere medikamenter og i 1978 fikk de offentlig godkjenning som helsepersonell.⁶

⁴ (Forrige side) Elevene kritiserte pleiernes overgrep av pasientene. Store overskrifter viste maktesløshet og ansvarsfraskrivelse fra institusjonshold. Skolen ble skjøvet ut i kulden. Bent Hollender ble permittert og ny vikarierende rektor skapte store samarbeidsproblemer og lærere sa opp sine stillinger.

⁵ Tanker som opptok departementet var at en ikke måtte splitte opp i for mange utdanninger i helse- og sosialsektoren. Dette førte senere til Bjørnsson-komiteens utredninger (NOU 1972:23 «Utdanning av sosial- og helsepersonell», som igjen endte med den berømmelige St.meld. 13 (1976–77) Om organiseringen av den framtidige utdanningen av helse- og sosialpersonell, hvor bl.a. vernepleierutdanningens 1. år skulle inngå i den videregående skole og resten innen distriktshøgskolesystemet. Denne saken førte til omfattende elev- og studentpolitisk aktivitet landet rundt, en kamp som endte med at utdanningene fikk forbli egne faghøgskoler.

⁶ I 1982 ble det utarbeidet supplerende forskrifter som omhandlet vernepleieres funksjons- og ansvarsområde, noe som skapte sterke reaksjoner fordi yrkesgruppen ensidig ble knyttet til psykisk utviklingshemmede.

I 1977 ble et annet behov til dels løst ved at direktoratet fikk utarbeidet regler for læreres kvalifikasjoner, tydelig påvirket av tilsvarende lærerkrav i sykepleierskolene. Et annet stadig tilbakevendende problem var å få praksis anerkjent som undervisning og ikke arbeidshjelp. Å skaffe midler til dette var uhørt og besto lenge av triksing og miksing. 1975 gjennomlevde Emma-skolen en sju ukers elevstreik som bunnet i at fagplanen la opp til å bruk somatiske sykehus-/sykehjem som praksissteder. Elevene fryktet at dette kunne medføre en passiv og pleiepreget omsorg og at utdanningen ble for utvannet. De så for seg at vernepleiere ville svikte klientene og oppgavene i *Helsevern for psykisk utviklingshemmede* (HVPU). De andre skolene, som hadde mye somatikk, hold en lav profil i redsel for at uroen skulle spre seg til dem. Streiken bragte fram en landsdekkende avisdebatt hvor Arne Skouen gikk ut og støttet de «framsynte elevene». På samme tid gjorde atferdsvitenskapen sitt inntog på Emma Hjorths Hjem, en ny fagideologi med tilgang til teori og metoder som gav gode resultater i arbeid med utfordrende klienter. Den brakte med seg en ny begrepsverden som motvekt mot den uklare og pleieorienterte identiteten vernepleierne var i opposisjon til. Slik situasjonen var i omsorgen den gang, kunne en vanskelig være likegyldig til denne kunnskapen – for alternativene var ikke mange. Den fikk på ulik vis, mer eller mindre motstrebende, fotfeste i vernepleierutdanningen og har siden, berettiget og uberettiget, fulgt utdanningen som en belastning helt opp til dags dato. Et annet fagområde som fikk grobunn i utdanningen fra midten av 70 tallet var tiltak og omsorgsformer som viste seg revolusjonerende i arbeidet med de pleietrengende og multihandikappede klientene. Gjennom den danske fysioterapeuten Britt Holle ble utdanningen tilført ny kunnskap og analyseredskaper knyttet til barns primære- og sensomotoriske utvikling.

Mot slutten av 70 tallet akkumuleres en del av den vernepleierfaglige kunnskapen gjennom å gi yrkesutøvelsen et mer målrettet metodisk innhold. Samtidig aktualiserer prinsippene om en desentralisert og integrert omsorg et behov for mer samfunnsfaglig kompetanse, sammen med en begynnende oppmerksomhet rettet mot normaliserings- og rettighetstenkning. Dette sammen med forventede endringer i utdanningssystemet med helse- og sosialfagutdanningene på høgsolenivå, gjorde at direktoratet måtte gjøre visse endringer og tilpasninger av grunnreglene for vernepleierutdanningen. Skolene ble tidlig trukket inn i dette arbeidet, men ble egentlig tatt lite hensyn til. I juni 1980 fastsatte Sosialdepartementet nye grunnregler for utdanning av vernepleiere med innføring av betegnelsen *student* og *vernepleierhøgskole*. Dette representerer et historisk brudd og starten på noe nytt. Det viktigste var kanskje at utdanningen nå skulle ta sikte på å kvalifisere for arbeid med alle typer mennesker som hadde funksjonsvansker og at høgsolenivå ville bety større faglig frihet. Formelt overtok Kirke- og utdanningsdepartementet (KUF) utdanningen fra 1981, men ikke de drifts- og budsjettmessige sidene for de fylkeskommunale vernepleierskolene (de fire første lokalisert til sentralinstitusjoner). De reviderte

grunnreglene skulle fungere i en overgangsperiode i påvente av en nasjonal rammeplan for vernepleierutdanningen. Arbeidet med denne startet opp i 1982, etter at vernepleierutdanningen fikk sitt eget fagråd i 1981. I 1986 ble vernepleierhøgskolene i sin helhet overført til KUF og styringsansvaret lagt til de regionale høgskolestyrene. Unntaket ble skolen på Nærlandheimen som med Diakonforbundet som eier hadde sitt eget styre.

De nye vernepleierhøgskolene som kom i 1980 og 83 (Bergen, Fredrikstad og Harstad) var ikke bundet av grunnreglene. De startet nærmest med blanke ark i forvisning om at de skulle representere frittstående enheter på høgskolenivå, og hvor fagplanen som ble utviklet for Fredrikstad-skolen (Østfoldplanen) ble grunnleggende for de to andre. Disse tre nye skolene inngikk i en ny kultur og må sees i sammenheng med andre studietilbud på høgskolenivå. Ansvar og forvaltningen av utdanningen, både sentralt og lokalt, ble ivaretatt av personer som tenkte annerledes, og som hadde varierende kunnskaper om vernepleierutdanningen og yrket. Derimot ble vernepleiere og vernepleierforbundet sentrale aktører både med hensyn til etableringen av skolene og i utformingen av det faglige innholdet i ramme- og studieplanene. Ganske raskt ble disse skolene også trukket inn i de tidlige skolens fellesskap. De hadde behov for råd og hjelp, samtidig som de også ønsket å markere sin egen profil.

En sak som fulgte med fra de fire første skolene og som de tre nye tok del i, var å finne ut av hva *vernepleie* var. Var det hele utdanningen eller var det et metodefag? En definisjon som forelå ved årsskiftet 1979/80 gjengis som fotnote.⁷ En skrittvis prosess som ledd i egen anerkjennelse hadde ført til at begrepet *vernepleie*, *vernepleierfag* og *støttefag* hadde kommet inn i de midlertidige grunnreglene. Ved at de seks eksisterende vernepleierhøgskolene hadde ulike syn på dette og i hvilken grad utdanningen hadde et vitenskapelig grunnlag for et hovedfag, så endte diskusjonen uten avklaring. I den nasjonale rammeplanen som kom rundt 1986/87 førte dette til at *vernepleie* som fag, sammen med de øvrige fagkategoriene, falt bort. Med denne rammeplanen gikk vernepleierutdanningen nye veier, bort fra en faginndelt og over til temabasert undervisningsplan hvor totaliteten i seg selv var vernepleie. Dette skulle gjenspeiles i integreringen mellom teori og praksis og ende i en hovedoppgavepreget eksamen på slutten av utdanningen. En annen side rammeplanen tok tak i var å styre utdanningsinnholdet i mer eklektisk retning og bort fra enfagligheten som særlig skolen i Oslo den gang viste tendenser til.

⁷ Vernepleie er utviklingsfremmende omsorgsarbeid som utføres i nær samhandling med mennesker som er funksjonshemmet. Omsorgsarbeid vil si at en gjør noe for og sammen med andre. Omsorg er en sosial relasjon, som har med fellesskap, likeverd og solidaritet å gjøre. Den hjelpetrengende anerkjennes ut fra sin egen situasjon. Vernepleie er å forestå betingelser for trivsel, læring og personlig utvikling på individ, gruppe og samfunnsplan – og å på den bakgrunn tilrettelegge miljø og livssituasjoner som kan hjelpe mennesker til et mest mulig selvstendig og meningsfylt liv.

1986 kan med denne artikkelen stå som en slutt og et vendepunkt for vernepleierutdanningen. Det som har hendt de siste ti-femten årene har ikke vært mindre utfordrende enn de foregående år, men denne historien er nærmere og mer kjent. På den ene siden kom skolene inn i det gode selskap, mens krav om større enheter og fusjonering av utdanningen skapte delte meninger og utrygghet på den andre (Oslo- og Akershus vernepleierhøgskoler ble etter en selvinitiert og omfattende prosess sammen slått tidlig i 1990).

20

Med kommunalt ansvar endret omsorgen for psykisk utviklingshemmede og funksjonshemmede karakter. Fagutviklingen på områdene åpen og hjemmebasert omsorg manifesterer seg i utdanningsinnholdet samtidig som det ble satt spørsmålstejn ved utdanningsinnholdet og vernepleieres egnethet. Det første fagrådet for vernepleiere (fram til 1991), arbeidet med rammeplanen, videreutdanningsspørsmål, vekttall og praksisundervisningens status. Dette rådet ble avløst av et nytt, Rådet for høgskoleutdanning i helse- og sosialfag (RHHS). Dette rådet kritiserte vernepleierens identitet i lys av deres HVPU-historie. Norsk forbund for psykisk utviklingshemmede (NFPU) hadde harde angrep mot utdanningen og RHHS hadde ambisjoner om å legge ned vernepleierutdanningen og i stedet innlemme den i barnevernpedagog- og sosionomutdanningen. Dette skapte store debatter og ny bevissthet om hvordan framtidens kvalifikasjoner i omsorgen ville utvikle seg. 90 årene har åpnet opp for flere brukergrupper og bredere fagkompetanse styrt av likeverd og tjenesteyting som ideal. Normaliserings- og rettighetstenkningen har endret treningsbestrebelsene fra 70 og 80 tallet til leting etter alternativer og samordnende omsorgsløsninger rettet mot ulike livs og utviklingsområder til beste for brukerne. Framtiden synes å forsterke tjeneste- og serviceperspektivet for vernepleierne med vekt på alminneliggjøring, inkludering og tilpassede løsninger for mennesker med funksjonsvansker. La os håpe dette idealet følges opp med faglig realisme nærmest bruker – ikke minst med vekt på styrket etisk kompetanse hos omsorgsprofesjonene.

Litteratur

Abnormskoleloven av 1881:

«Lov om skoler for døve, blinde og åndssvake». Kirke- og undervisningsdepartementet.

Horndalen, Bjørn (2001):

Ideologi, fag og virkelighet. Vernepleierutdanningen gjennom 50 år. Oslo: Universitetsforlaget

Horndalen, Bjørn (1999):

Et historisk tilbakeblikk på vernepleierutdanningen. Mer enn omsorg. *Skriftserie nr. 1-1999* – Rogaland Vernepleierhøgskole.

St.m. 88 (1974-75):

«Omsorg for psykisk utviklingshemmede». Sosialdepartementet.

St.m. 13 (1976-77):

«Om organiseringen av den fremtidige utdanningen av sosial og helsepersonell». Kirke-, og utdannings- og forskningsdepartementet.

Vernepleierens rolle som autorisert helsepersonell

Denne artikkelen har tre hoveddeler. Først gis en kort oversikt over lovverket og de plikter helsepersonell og arbeidsgiver har etter dette. Deretter går vi inn på innholdet i vernepleierutdanningen og hvilke helsefaglige krav som stilles. Den siste delen er skrevet på bakgrunn av diskusjonen om hvilke arbeidsoppgaver vernepleiere kan ha.

Lov om helsepersonell

Vernepleiere er autorisert helsepersonell etter helsepersonelloven § 48 (lov om helsepersonell 2. juli 1999, nr 64, i kraft 1. januar 2001). Denne loven er et felles rettslig grunnlag for alle grupper helsepersonell, og erstattet en rekke tidligere lover. En generell betegnelse for helsefaglig virksomhet er «helsehjelp».

Loven gir endringer i ansvarsområder for ulike yrkesgrupper, men bygger på tidligere lover og forskrifter. Loven gir etter § 4 en generell plikt til «faglig forsvarlighet» for alt helsepersonell, og det er et krav at tjenester skal være organisert slik at faglig forsvarlighet sikres, jf lov om helsepersonell § 16. Helsetjenester må være organisert på en forsvarlig måte, som oppfyller faglige krav og gir sikkerhet mot feil, og muligheter for kontroll, dette kalles gjerne for systemansvar.

Forsvarlighetskravet i lov om helsepersonell § 4

Tidligere er det i rettspraksis blitt etablert et krav om at helsehjelp som ytes må oppfylle et krav om forsvarlighet. Dette er nå lovfestet i lov om helsepersonell § 4 første ledd, som lyder:

Helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan ventes ut fra helsepersonellens faglige kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig.

Også for den enkelte vernepleier gjelder kravet om forsvarlighet. Lov om helsepersonell § 4 annet ledd sier at «helsepersonell skal innrette seg etter sine faglige kvalifikasjoner, og skal innhente bistand eller henvise pasienter videre der dette er nødvendig og mulig». Dette kravet gjelder altså den enkelte vernepleier i det daglige arbeidet.

Hva som er faglig forsvarlig vil her måtte vurderes ut fra personens kvalifikasjoner og situasjonen. Gjennom videreutdanning kan autorisert helsepersonell få nye kunnskaper og ferdigheter, f.eks. i forhold til å ha ansvar for personer med sinnslidelser eller for faglig ansvar for atferdsendrende tiltak overfor en utviklingshemmet med alvorlig selvskadende atferd.

Kurs, eller opplæring i bestemte teknikker eller arbeidsmetoder kan også gi grunnlag for at den enkelte ansatte får tillagt nye ansvarsområder, i en kommune eller på institusjon eller lignende.

Vernepleiere er i dag vanligvis offentlig ansatt og kan ha arbeidsoppgaver med bakgrunn i særlig sosialtjenesteloven, kommunehelseloven, lov om spesialisthelsetjenesten, lov om psykisk helsevern, og opplæringsloven. Det kan være et spørsmål om når vernepleiere kan sies å arbeide som helsepersonell, fordi mange er ansatt i tjenesteyting for funksjonshemmede personer, og der lovgrunnlaget er lov om sosiale tjenester. For en stor del av tjenestemottakerne kan hoveddelen av tjenesten bli gitt med rettslig grunnlag i sotjl (§ 4–3 jf § 4–2), men samtidig inneholde elementer av helsetjenester på bakgrunn av høg alder eller varige funksjonshemninger. Også etter lovverket mangler noe klart skille mellom helsetjenester og sosiale tjenester, jf khl § 1–3 første ledd om kommunens helsetjeneste som etter nr 4 omfatter «pleie og omsorg», mens sotjl § 4–2 bokstav (a) omfatter «praktisk bistand» for personer med hjelpebehov «på grunn av sykdom, funksjonshemming, alder eller av andre årsaker».

Det arbeid vernepleiere utfører i denne typen tjenester er på bakgrunn av sin utdanning som omfatter både helsefaglige og sosialfaglige elementer. Også personer som er funksjonshemmet på grunn av sykdom eller medfødte sykdommer eller funksjonshemninger har behov for en helsehjelp, og vernepleiere må kunne observere helsetilstand, vurdere behovet for ytterligere helsehjelp og selv kunne gi den helsehjelp som er naturlig ut fra situasjonen. Mange tjenestemottakerne har sammensatte hjelpebehov pga. av alder eller funksjonshemninger, og dermed redusert evne til å si fra om helseproblemer eller å vurdere sin egen situasjon. Ut fra dette må det være riktig å konkludere med at vernepleiere i denne sammenhengen gir helsehjelp og utfører sitt arbeid som helsepersonell. De som er ansatt i administrative stillinger blir ikke ansett for å yte helsehjelp, heller ikke på sykehus eller i andre systemer som yter helsehjelp.

Vernepleierens ferdigheter som helsepersonell

Lov om helsepersonell kan sies å innebære et krav til forsvarlighet generelt for vernepleiere som yrkesgruppe, og et krav om forsvarlighet til hver enkelt yrkesutøver. For vernepleiere bygger dette på at yrkesgruppen er autorisert helsepersonell jf lov om helsepersonell § 48 første ledd bokstav (æ). Ut fra autorisasjonsordningen må det stilles visse krav til vernepleiere som yrkesgruppe, og den som søker autorisasjon må dokumentere at en «har avlagt eksamen i vedkommende fag ved norsk universitet, høyskole eller videregående opplæring», jf § 48 andre ledd bokstav (a). Høgskolene skal gjennom sitt studieopplegg sikre at de ferdige kandidatene har oppnådd de nødvendige teoretiske og praktiske ferdighetene som kreves i yrket. Videre er det et vilkår at vedkommende «ikke er uegnet for yrket», jf § 48 andre ledd bokstav d. Dette retter seg kanskje mest mot

allerede autorisert personell som kan miste autorisasjonen etter sykdom, misbruk av rusmidler eller kriminelle handlinger. Men også utdanningsinstitusjonene må gjennom studieopplegg og evalueringsordninger sikre at kandidatene ikke er uegnet for yrket.

Innholdet i utdanninga må bygge på de retningslinjer som ble gitt i «Rammeplan og forskrift for 3-årig vernepleierutdanning», gitt 28. januar 1999. Det detaljerte opplegget for studiet fastsetter høgskolene selv i sine fagplaner, jf nevnte forskrift § 2. Høgskolene må ta hensyn til kravet om faglig forsvarlighet i fagplaner, men også i evalueringsordninger og arbeidskrav knyttet til den teoretiske delen av studiet, jf forskriften § 4 og § 6, og vurdering av praktiske ferdigheter, jf forskriften § 5.

Hvilke kunnskaper og ferdigheter kreves.

Det som kreves av teoriundervisning er relativt klart, og omfatter fagområdene: anatomi og fysiologi, hygiene og mikrobiologi, sykdomslære, psykiatri, farmakologi og farmakokinetikk (medikamentlære). Det som kan oppfattes som mer uklart når det gjelder innhold, dybde og prioritering er de mer praktisk orienterte delene av undervisningen, der det ikke bare stilles krav til kunnskap men også til praktiske ferdigheter. Dette omfatter en rekke praktiske situasjoner:

Undervisning på disse områdene stiller store krav til både instruksjon, praktisk trening under veiledning, og tilstrekkelig trening på de ulike prosedyrene. Sammenlignet med sykepleiere er det klart at vernepleiere gjennom praksisperiodene får betydelig mindre anledning til å gjennomføre og få tilstrekkelig trening i slike prosedyrer.

Høgskolenes rolle

Høgskolene står sentralt når det gjelder innhold og kvalitetssikring av kandidatene. Dette gjelder både det faglige innholdet slik det kommer til uttrykk i fagplaner, og i kvalitetssikring av teoretisk og praktisk undervisning, og vurdering av den enkelte student.

Gjennom flere tiår har det vært diskusjon om betydningen og innholdet av helsefaglig ferdigheter i vernepleierutdanningen, og i perioder det vært argumentert sterkt for at vernepleierne ikke lenger skulle utdannes som helsepersonell, men ha en ren sosialpedagogisk utdanning. Offisielt er det neppe mange som vil gå inn for å avvikle den helsefaglige delen av utdanning og dermed fjerne vernepleiere fra å være helsepersonell for ettertida. Samtidig mangler det sannsynligvis et samlet syn på hvordan det helsefaglige innholdet skal utvikles i samsvar med utviklingen og samfunnets krav.

Slik situasjonen er i dag er det tydelig at det ikke er noen sentral faginstans som arbeider for å videreutvikle vernepleierens helsefaglig kompe-

tanse. Det er bare høgskolene i samarbeid med yrkesorganisasjonen som har mulighet for å drive en slik faglig utvikling, og kan virke usannsynlig at dette vil bli prioritert i en tid der det særlig blir lagt vekt på akademiske ferdigheter og ikke på praktiske ferdigheter.

Dagens debatt om vernepleiernes helsefaglige kompetanse

Det har i en del kommuner og fylkeskommuner vært debatt om hvilke arbeidsoppgaver og ansvarsområder vernepleiere kunne ivareta. Tidligere gjaldt dette særlig om vernepleiere kunne ha administrative stillinger på sykehjem og i hjemmesykepleie, i dag dreier debatten seg mest om vernepleiere kan ha ansvarsvakter og om det kreves bakvaktordninger fra sykepleier når vernepleier har vakt alene på et sykehjem.

24

Et konkret uttrykk for denne debatten finner en i brev fra Helsetilsynet datert 18. februar 2003. Bakgrunnen er en henvendelse fra Fylkeslegen i Akershus til Sosial og Helsedirektoratet, som igjen henvendte seg til Helsetilsynet. Når det gjelder sykehjem sies det at: «Således må det overordnede sykepleiefaglige ansvar ved det enkelte sykehjem innehas av autorisert sykepleier». Dette må sies å være i samsvar med sykehjemsforskriften § 3–2, der det står at «boformen skal ha tilknyttet» (b) en offentlig godkjent sykepleier som skal ha ansvaret for sykepleien». Forskriften sier ikke at sykehjem eller annen boform til enhver tid skal ha tilknyttet sykepleier.

Men det vil gjelde et generelt krav om at tilbudet som gis skal være forsvarlig. Hvilke krav som skal stilles vil variere etter hva slags boform det er snakk om, antall beboere, hvilken type beboere det gjelder, helsemessige forhold og organisasjonsform.

Oppgaver som ikke krever slik utdanning kan overlates helsepersonells hjelpere. Denne hjelpen kan ivaretas av ulike typer personell så lenge forsvarligheten i helsetjenesten sikres.

Det sies videre i det samme brevet at:

Vernepleiernes ansvar i sykehjem må vurderes ut fra den enkeltes totale kompetanse ervervet gjennom utdanning og yrkeserfaring der det overordnede vurderingstema er forsvarlige pleie- og omsorgstjenester. I hvilken grad en kommune kan omgjøre en sykepleierstilling ved et sykehjem til vernepleierstilling vil være avhengig av kompetanse og stillingsstrukturen i kommunen som helhet.

Det sentrale her er at Helsetilsynet understreker at det må foretas en konkret vurdering av den enkeltes kompetanse og opplæring, og at dette må ses i sammenheng med de helsefaglige behov som skal dekkes.

Videre sies det at:

Enkelte kommuner har mange sykepleiere ved sine sykehjem og vil kunne nyttiggjøre seg en vernepleier i en av disse stillingene. Andre steder kan det derimot være få sykepleiere og helt nødvendig at det er en med nettopp sykepleierkompetanse som ansettes for å kunne ivareta forsvarligheten i helsetjenesten.

Her peker altså Helsetilsynet på at det kreves en totalvurdering ut fra forsvarlighet i kommunen eller på institusjonen, men at det ikke er noe i veien for å ansette vernepleiere i sykepleierstillinger når dette er et forsvarlig løsning. Dette gjelder både systemansvar, dvs å sikre bemanning, rutiner og ansvarsforhold, og å sikre en fornuftig bruk av ressurser. Kommunen må vurdere hvilken bemanning som kreves og samtidig vurdere om helsepersonell som er ansatt kan oppfylle krav om forsvarlighet, eller det kreves opplæring eller veiledning.

Litteratur

Befring, Anne Kjersti og Ohnstad, Bente (2001):

Helsepersonelloven – med kommentarer. 2. Utgave, Bergen: Fagbokforlaget
Rundskriv IK-14/01 fra Statens Helsetilsyn

Lover/forskrifter:

Lov om helsepersonell 2. juli 1999, nr 64

Lov om pasientrettigheter 2. juli 1999, nr 63

Forskrift om legemiddelforsyningen mv. i den kommunale helsetjeneste av 18. nov 1987

Forskrift for sykehjem og boform for heldøgns omsorg og pleie av 14. november 1988

Forskrift om legemiddelforsyningen mv. ved sykehus og andre helseinstitusjoner av 18. desember 2002

Yrkesutøvelse i hjemmebaserte tjenester⁸ – kvalitetsmessige forhold og utfordringer⁹

26

Hjemmebaserte tjenester er en stor og ekspanderende arbeidsplass hvor ansatte gir brukere med ulike behov for tjenester i eget hjem. Det er neppe noen andre kommunale tjenester som de siste årene har økt mer enn hjemmebaserte tjenester (Hegerstrøm og Elster 1995). Dette skyldes blant annet reformer og desentralisering av helse – og omsorgstjenester. Brukermangfold preger hjemmebaserte tjenester og brukerne er mennesker i alle aldre med forskjellige behov for tjenester i hjemmet i ulike perioder av livet fra fødsel til død.

Når arbeidsplassen er i brukernes hjem knyttes blant annet utfordringer til brukernes privatliv og selvbestemmelse, hvilke relasjoner man inngår i, hvilket tidsperspektiv man arbeider innenfor, hvilke roller aktørene inntar i forhold til hverandre og hvilken kunnskap arbeidsformen stimulerer utøverne til å ta i bruk. Tradisjonelt er det vel bare hjemmehjelperne som opprinnelig er tiltenkt å ha andres hjem som arbeidsplass. Andre yrkesgrupper i hjemmetjenesten som for eksempel sykepleiere, ergoterapeuter, vernepleiere, fysioterapeuter og hjelpepleiere har lang tradisjon fra institusjonstjenester (Hegerstrøm og Elster 1995).

Noen krav til tjenestene

Lovverk som regulerer hjemmebaserte tjenester er oppsplittet. Lov om kommunehelsetjenester regulerer helsetjenester, sosialtjenesteloven regulerer sosiale tjenester som eksempelvis praktisk bistand og opplæring. Spesialisthelsetjenestene er hjemlet i egen lov, hjelpemidler i trygdelovgivningen etc. I NOU 2001: 22 hevdes det at lovverket er mangelfullt og at kommunehelsetjenesteloven med forskrift om habilitering og rehabilitering er vag idet den ikke stiller nærmere krav til hvordan kommunene skal utforme og organisere tjenestene. At rettighetsbestemmelsene til sosi-

⁸ Mange kommuner organiserer hjemmetjenester til funksjonshemmede som egne tjenester med betegnelser som tiltak for funksjonshemmede, boveiledertjenester, miljøarbeider-tjenester etc. Jeg har valgt å bruke betegnelsen miljøarbeidertjenester når jeg beskriver hjemmebaserte tjenester til funksjonshemmede med omfattende behov.

⁹ Artikkelen er basert på min hovedfagsoppgave: «Hvordan beskrive og konkretisere kvalitet i miljøarbeidertjenester? En studie av miljøarbeidertjenester i en konkurranseutsettingssituasjon», samt erfaringer fra mange års arbeid i hjemmebaserte tjenester i en bydel i Oslo kommune. Sitater brukt i artikkelen er fra intervjuer gjort i forbindelse med hovedfagsoppgaven. Informantene var ansatte i hjemmebaserte tjenester; miljøarbeidertjenester i Bærum kommune.

al- og helsetjenester finnes i to ulike lover som tradisjonelt administreres av forskjellige enheter i kommunene, og at rettighetsbestemmelsene er vage kan være problematiske. I praksis er behovet stort for å se tjenestene i sammenheng, noe som blant annet vektlegges i forskrift om habilitering og rehabilitering, forskrift om individuelle planer og forskrift om kvalitet i pleie og omsorgstjenestene. De to sistnevnte gjelder nå også for sosiale tjenester.

Sosialtjenestelovens (i Rundskriv I-1/93) kapittel 4, §4-2a gir rett til tjenester i eget hjem og det heter at det kan gis: «praktisk bistand og opplæring, herunder brukerstyrt personlig assistanse, til dem som har et særlig hjelpebehov på grunn av sykdom, funksjonshemming, alder eller av andre årsaker». I merknadene til sosialtjenesteloven beskrives praktisk bistand som fellesbetegnelse for hjemmehjelps- og husmorvikartjenester og annen hjelpevirksomhet for blant annet eldre og funksjonshemmede, hvor formålet først og fremst er å gi hjelp til alle dagliglivets praktiske gjøremål i hjemmet og i tilknytning til husholdningen. Hjelpen skal også omfatte hjelp til egenomsorg og personlig stell, men avgrenset mot hjemmesykepleie, selv om hjelpen ofte kombineres med helsetjenester. Vernepleierens yrkesutøvelse i hjemmebaserte tjenester er eksempel på en slik kombinasjon, hvis bruker har behov for tjenester hjemlet både i sosial- og kommunehelsetjenesteloven.

Opplæring avgrenses til dagliglivets gjøremål. Formålet med opplæringen i hjemmebaserte tjenester skal være å *gjøre den enkelte mest mulig selvhjulpen i dagliglivet*. I mange tilfeller vil praktisk hjelp og opplæring kombineres med for eksempel trening i å gjøre mest mulig selv, eller hjelp til selvhjelp. Vurdering av når det er riktig å gjøre oppgaver for brukeren, oppgaver sammen med brukeren eller når brukeren selv er i stand til å utføre oppgaver under tilsyn eller med litt hjelp, blir viktig for å tilpasse tjenestene den enkelte bruker.

I 1999 ble midlertidig lov (i Rundskriv I-41/98) som regulerer bruk av tvang og makt overfor enkelte personer med utviklingshemmede iverksatt. Fra 1.1.2004 er lovbestemmelsene gjort permanente, endret noe og hjemlet i sosialtjenesteloven, kapittel 4A: «Rettsikkerhet ved bruk av tvang og makt overfor enkelte personer med psykisk utviklingshemning». Lovbestemmelsene hjemler blant annet konkrete krav til kommunens saksbehandling ved vedtak om bruk av tvang og makt, krav om å tilrettelegge for å unngå bruk av tvang og makt, krav til kompetanse, klare ansvarlinjer og samarbeid med fylkeskommunes spesialisttjeneste. Vedtakene må blant annet inneholde beskrivelse av brukerens situasjon, hvilke tiltak som skal iverksettes, ansvarlig person i kommunen for tiltakene og beskrivelse av veiledning og opplæring til dem som skal utføre tjenestene. Krav til kommunene er konkretisert på en helt annen måte enn for andre hjemmebaserte tjenester.

Yrkesutøvelse i hjemmebaserte tjenester

Ansvarsreformen for personer med psykisk utviklingshemning førte blant annet til økning i omfang av hjemmebaserte tjenester. Fra tjenesteyting i fylkeskommunale institusjoner gis nå tjenester i brukernes private hjem. Omsorgspolitikken ble forankret i en normaliseringsideologi og oppmerksomhet mot utviklingshemmedes rett til å få sine behov for helse- og sosialtjenester dekket på samme måte som andre. I perioden fra reformen ble iverksatt i 1991 og frem til i dag har det vært økende fokus på rettighetsfesting og kvalitet, kvalitetsutvikling og kontroll av tjenestene. Fra 2003 er kommunen pålagt plikt til internkontroll med tjenester hjemlet i sosialtjenestelovens kapittel 4 og 6A (nå 4A). Ulike oppfatninger av hva som er god kvalitet i tjenestene har etter hvert fått mer betydning. Mange kommuner velger også større organisatoriske endringer som eksempelvis å skille tjenestene i en bestillerenhet, d.v.s ansatte som vurderer søknader og behov for tjenester og saksbehandler og de som utfører tjenestene.

I St. melding nr. 47 (1989–90) skisseres retningslinjer for organisering av tjenestene i forbindelse med ansvarsreformen. Tjenestene skal integreres i kommunens øvrige organisering av hjemmetjenester, organiseres slik at det er fast og stabilt personale som gir tjenestene med utgangspunkt i den enkeltes behov og slik at fagpersonell i størst mulig grad er i direkte samhandling med bruker. Når brukere har behov for tilgang på tjenester hele døgnet kan det være vanskelig å tilrettelegge tjenestene uten å etablere relativt stasjonære tjenester. Hjemmebaserte tjenester er ambulante¹⁰ og gir brukerne mer avgrensede tjenester i omfang og tid, eksempelvis til sårstell, måltider, personlig hygiene. Som leder for hjemmesykepleie og hjemmehjelpstjenester har jeg selv erfart at det er satt «tak» for hvor mye hjelp hjemmesykepleie- og hjemmehjelpstjenesten kan gi før bruker må få annet tilbud. Hvis behov for hjemmebesøk overstiger 6-8 pr. døgn vil det i de aller fleste tilfeller føre til at brukerne får annet hjelpetilbud i kommunen, eksempelvis sykehjem eller omsorgsbolig med heldøgnskontinuerlige tjenester. Det er en utvikling mot at kommunene etablerer omsorgsboligkomplekser med 8 boenheter eller mer hvor brukere med ulike behov som følge av alder, funksjonshemming eller psykiske problemer får tilbud om å bo. Juridisk er dette private boliger med hjemmetjenester, men i praksis fungerer boligene mer som institusjoner (NOU, 2001: 22).

Vanligvis gir vernepleiere tjenester til funksjonshemmede når de er ansatt i hjemmebaserte tjenester, ofte i miljøarbeidertjenester. Miljøarbeider-

¹⁰ Med ambulante tjenester menes at ansatte har en base hvor de møtes for overlapping, møter, rapportering etc, og hvor de drar ut til brukere som har behov for hjelp i kommunen. Hjemmebaserte tjenester er ofte delt i ulike geografiske områder innenfor en kommune for å begrense antall brukere og geografisk område (reisetid) som skal dekkes.

tjenestene kan være både stasjonære, d.v.s. at et visst antall ansatte er tilknyttet et bofellesskap, omsorgsboliger eller lignende, men de kan også være ambulante. En kan også finne ulike kombinasjoner, eksempelvis at ansatte er tilknyttet et bofellesskap, men gir tjenester til brukere som bor i egne leiligheter utenfor bofellesskapet. Miljøarbeidertjenestene preges ofte av å gi omfattende tjenester til et fåtall brukere og vektlegge et pedagogisk og utviklingsmessig aspekt ved tjenestene når brukerne har behov for dette. Lovhjemlemessig er det ikke mulig å skille miljøarbeidertjenester fra hjemmehjelpstjenester, med unntak av de få brukerne som mottar tjenester som fra 2004 er hjemlet i sosialtjenestelovens kapittel 4A¹¹ (i Rundskriv I-1/93). Men i praksis er det ofte mulig å skille ansatte som gir tjenester til utviklingshemmede og unge funksjonshemmede med relativt omfattende bistandsbehov. Flere undersøkelser og studier dokumenterer dette (Jensen 1992; Sandvin & al 1998; Moland 1999; Christensen og Nilssen 2002; Halså 1997). Christensen og Nilssen (2002) har studert tjenestene som gis i 4 ulike bofellesskap for utviklingshemmede. De påpeker at det er forskjell blant annet i mulighet for faglig involvering avhengig av hvem som er brukere av tjenestene.

Dette henger i stor grad sammen med de to forskjellige organiseringsmåter for henholdsvis eldre og psykisk utviklingshemmede i bofellesskap. Mens den enkelte ansatte i eldreomsorgen i prinsippet aldri vil kunne ha en hel arbeidsdag, da vedkommende kun forholder seg til ett menneske¹², er dette en typisk situasjon for mange ansatte i bofellesskapet. Og denne organisatoriske forskjellen gir et helt annet grunnlag for observasjon av atferd, reaksjonsmåter osv. enn det er mulig å realisere i eldreomsorgen (Christensen og Nilssen, 2002: 44).

Organisering og faglig involvering gir også forutsetninger for den enkelte bruker til å få mer «plass» hos de ansatte, fordi en har færre brukere å forholde seg til og tilbringer mer tid hos hver. Relasjonen mellom bruker og tjenesteyter vil ofte pågå over lengre tid og etableres til få brukere, noe som utgjør en forskjell fra mange hjemmebaserte tjenester hvor brukerne ofte er flere og avhengig av mindre omfattende tjenester over kortere tid. Nærhet til bruker gjennom tilstedeværelse og tilsyn store deler av døgnet kan gi ansatte stor grad av kontroll over brukerne. Sandvin & al. (1998) bruker betegnelsen «overvåking» for å beskrive del av tjenestetilbudet til brukerne i bofellesskapene de studerte, og at dette er noe som kjennetegner tjenesteytingen. De observerer at ansatte holder oversikt og tilsyn med det som skjer og holder rede på hva som bør skje og ikke skje.

¹¹ Rettssikkerhet ved bruk av tvang og makt overfor enkelte personer med psykisk utviklingshemming.

¹² Ifølge Næss og Wærness (1996: 36) har hjemmehjelpere, hjelpepleiere og sykepleiere gjennomsnittlig kontakt med henholdsvis 3,5, 10,8 og 9,2 mottakere pr. dag.

Overvåkingen eller tilsynet har preg av sosial kontroll som opprettholder et normalt mønster i bofellesskapet og implementerer normaliseringsprinsippet, selv om ansatte uttrykker ambivalens og usikkerhet. Dette er situasjoner som gir ansatte mulighet til å gripe inn i situasjoner det ikke var behov for å involvere seg i, med den mulige konsekvens at brukernes selvbestemmelse begrenses unødvendig.

Selv om arenaen for vernepleierens yrkesutøvelse er endret, er vernepleiernes arbeid fortsatt kjennetegnet av at tjenesteytingen foregår i direkte kontakt med brukere med funksjonshemming, sammensatte funksjonsvansker og ofte av langvarig karakter. Arbeidet er også rettet inn mot hverdagslivet og behovene som skal dekkes, og er ikke avgrenset til bestemte tider av døgnet (Fellesorganisasjonen 2000). Vernepleiefaglig arbeid i hjemmebaserte tjenester gir gode muligheter for å bruke kompetansen og utviklingsmuligheter faglig. Tjenestene preges av nær kontakt med brukerne, deres nettverk, samarbeid med andre yrkesgrupper både internt i kommunen og eksterne samarbeidspartnere eksempelvis i skole, arbeid og ulike spesialisthelsetjenester. Ansvarsgrupper og samarbeid om individuelle planer/habilitering vil forutsette tverrfaglig samarbeid. Kjennskap til lovverk og rettigheter vil også være viktig for å bistå brukerne i å utarbeide og opprettholde tjenester. Hjemmebaserte tjenester er etter min mening spennende arbeidsplass for vernepleiere.

Forhold med betydning for kvalitet i tjenestene/forutsetninger for kvalitet

Kommunale pleie- og omsorgstjenester er viktige for brukernes og innbyggernes opplevelse av livskvalitet. Kvalitet ble tidligere bare målt i forhold til faglige krav og lover, regler og forskrifter, mens begrepet i dag også fanger opp brukernes opplevelser av produkter og tjenester som viktige uttrykk for kvalitet (Granheim og Hustad 2000).

Kvalitet har å gjøre med tilfredsstillelse av beskrevne krav, forventninger og behov. En felles definisjon av begrepet eller felles kvalitetsmål eksisterer ikke, men berørte parter bør sammen prøve å definere hva god kvalitet er. En mye brukt definisjon av kvalitet er:

Kvalitet er en helhet av egenskaper og kjennetegn et produkt eller tjeneste har, som vedrører dens evne til å tilfredsstille fastsatte krav eller behov som er antydnet. (Kjerstad, Dræge og Rusten 1999)

I definisjonen kombineres ulike perspektiver på kvalitet, politiske og administrative, faglige og krav basert på den enkelte brukers behov. Definisjonen forsøker å kombinere både fastsatte myndighetskrav og brukernes behov og opplevelser av kvalitet. Interessentene spiller en viktig rolle for utvikling av kvalitetsbegrepet, både de som vedtar og fastsetter krav, de som har behov som skal dekkes og de som skal utføre tjenestene til

forventet kvalitet. NOU 2000:19 opererer med to innfallsvinkler til begrepet kvalitet, ekspertdefinert og brukerdefinert kvalitet, sistnevnte sier noe om hvordan brukeren vurderer og opplever tjenesten, om den dekker behov og svarer til forventningene. Kvalitet forstått på denne måten vektlegger subjektiv forståelse av kvalitet, ved at fokus er brukerens opplevelser og erfaringer med tjenestekvalitet. Ekspertdefinert kvalitet vil innebære standarder eksperter innenfor feltet mener en tjeneste bør ha, og vil nedfelles i eksempelvis regelverk og faglige standarder for tjenesteutøvelse.

Kompetanse

Kompetanse knyttet til miljøarbeidertjenester vil blant annet være både formell og erfaringsbasert kompetanse. Vernepleiefaglig kompetanse er rettet mot både rammefaktorer i miljøet og individuelle forutsetninger hos brukeren, og den faglige tilnærmingen er miljøarbeid. Miljøarbeid defineres som «systematisk tilrettelegging av fysiske, sosiale og psykiske faktorer i miljøet for å oppnå personlig vekst og utvikling hos den enkelte bruker». (Fellesorganisasjonen 2000:12).

Miljøarbeidertjenester må også baseres på nærhet og engasjement knyttet til den enkelte bruker, og stiller krav til sensitivitet og lydhørhet for brukeren. Det er ikke formelle kompetansekrav til hjemmebaserte tjenester hjemlet i sosialtjenesteloven kapittel 4. Men kommunen må sikre bruker et forsvarlig tjenestetilbud. Andre hjemmebaserte tjenester har krav til formell kompetanse hos tjenesteyterne. I hjemmesykepleien er det krav om å ha sykepleier med faglig ansvar for tjenesten tilgjengelig. Dette kan blant annet kvalitetssikre mange vurderinger som tas på hver vakt. Slike formelle kvalifikasjonskrav stilles ikke til miljøarbeidertjenesten når tjenestene hjemles i lov om sosiale tjenester, med unntak av tjenester etter kapittel 4A (sosialtjenesteloven). Her stilles krav til formell kompetanse ved gjennomføring av tiltak, samt et bemanningskrav til at det skal være to tilstede. Kommunene kan imidlertid søke om dispensasjon for disse kravene. Jeg har selv erfaring med at det er innført ordninger med ansvarsvakter i miljøarbeidertjenesten. Dette kan sikre noe, men det kan være problem å dekke disse opp med personer med formell kompetanse.

Tjenesteutøvelse i hjemmebaserte tjenester krever at tjenesteyter er til stede og viser empati i samhandling med bruker uansett hvilke tjenester som gis, om det er opplæring, hjelp til selvhjelp eller pleie brukeren får. Tjenesteutøvelsen vil preges av behovene brukeren har og vil forutsette både systematiske og målrettede opplærings- og treningstiltak hvis det er slike tjenester brukeren har behov for, men skal også være støttende og preges av å gjøre oppgaver i stedet for brukeren eller pleieoppgaver. Vernepleierens kompetanse består blant annet av å kunne vurdere hvordan tjenester best mulig kan tilrettelegges for den enkelte bruker, om det er

opplæring/trening, vedlikehold av ferdigheter eller hjelp, støttende og veiledende tjenester den enkelte har behov for. Miljøarbeidertjenesten må ha metodisk kompetanse, eller kunne innhente slik kompetanse fra for eksempel 2. linjetjenesten for å kunne jobbe systematisk med opplæring og trening, men skal også kunne ivareta et mindre utviklingsoptimistisk perspektiv, og akseptere at eksempelvis endringer ikke alltid er hensiktsmessig og riktig for den enkelte.

I mange kommuner er det vanskelig å rekruttere tjenesteytere med formell kompetanse, og tjenestene har ofte mange ansatte uten formell kompetanse (ufaglærte). De kan ha mye reell kompetanse i form av lang arbeidserfaring og kjennskap til brukerne de jobber med. To av dem jeg intervjuet beskriver det slik:

Formalkompetansen i miljøarbeidertjenesten er ikke høy, men det er realkompetanse. Hvis mange av de med mye realkompetanse blir borte, så vil det være vanskelig å erstatte dem, og søkere med høy formalkompetanse er jo nesten fraværende.

Skriftlige vedtak

Brukerne av hjemmebaserte tjenester har krav på skriftlig vedtak som blant annet skal beskrive omfang på tjenestene og begrunnelse. Undersøkelser har vist at mange brukere ikke har vedtak, og at de som har, ofte har vedtak som er mangelfulle blant annet i forhold til kartlegging av behov og vedtakenes innhold og begrunnelse (NOU 2001: 22). Vedtakene kan, i den grad de er spesifiserte og vurdert med hensyn til den enkeltes behov, danne basis for individuelt tilrettelagte tjenester og være viktig faktor for å skape forutsigbarhet og dermed trygghet for bruker. En av mine informanter beskrev følgende:

På grunnlag av vedtaket har vi laget ukeplaner og årsplaner. På bakgrunn av årsplan og ukeplan lager vi sjekklister, eller rapporter som sier noe om utøvelsen i det daglige og som skal kvalitetssikre hver eneste ting i vedtaket. ..().. Det ser ut til å være virksomt fordi personalet blir mye sikrere på hva som skal gjøres, og når det skal gjøres.

Flere av informantene gir uttrykk for ønske om vedtak som i større grad gir føringer for de tjenestene brukerne skal ha. Men det kan være komplisert å vurdere tjenestebehov og omfang, tidsbruk og tjenesteform. Behov vil også kunne variere fra dag til dag. Når tjenestebehov og ressursinnsats blir vurdert som såpass vanskelig å bestemme, kan godt spesifiserte vedtak eller andre skriftlige dokumenter ha stor betydning for de individuelle vurderingene tjenesteyterne gjør og klargjøre forventninger til tjenestene de skal gi. For mange brukere vil det på sikt være avgjørende om en får hjelp til selvhjelp, opplæring, vedlikehold, veiledning eller om funksjoner

og ferdigheter utføres uten deltagelse fra bruker. En av informantene sier følgende:

Vedtaket kan være likt formulert for alle, som generell hjelp til personlig hygiene eller hjelp til fritidsaktiviteter uten mer spesifisering. Hvis en bruker for eksempel har fem fritidsaktiviteter i uka, så står det ingenting om hvilke krav det er til oppfølging av de fem fritidsaktivitetene. Det skapes et forventningsspenn mellom bruker/pårørende og oss (ansatte). Vi kan si at vi ikke kan sette av en person fem kvelder i uka på en bruker, det har vi ikke ressurser til. Vi trenger å få vite noe om forventningene som er til oss i forhold til brukerne.

33

Brukerinnflytelse og tverrfaglige vurderinger før utforming av tjenestene kan kvalitetssikre prioriteringer og implementering i praksis. Det kan involvere flere i viktige beslutninger, ikke minst bruker selv, redusere ansattes innflytelse og gi retningslinjer for samhandling med bruker slik at det reduserer usikkerhet og ambivalens. Samtidig må ikke tjenestene bli for detaljstyrende og rigide så det forhindrer god samhandling basert på hva bruker har av ønsker og behov der og da og ansattes vurderinger av samhandling med bruker. Slike forutsetninger *kan* ha større betydning for kvalitet i tjenestene når det er mange ufaglærte.

Tverrfaglig samarbeid

Mange av brukerne med utviklingshemming og personer med ervervede hjerneskader kan ha betydelige problemer med å gi uttrykk for egne ønsker, behov og opplevelser knyttet til tjenestene de mottar, noe som kan føre til nedsatt evne til å forstå omgivelsene, til selv å kommunisere og forstå andres kommunikasjon og i forhold til alminnelige sosiale roller og funksjoner (Rundskriv 1–41/98). Tjenesteapparatet har store utfordringer i å tilrettelegge tjenestene så godt som mulig for den enkelte og opparbeide kompetanse og årvåkenhet i forhold til brukerens uttrykksformer. Omfattende, langvarige behov for tjenester fra ulike deler av hjelpeapparatet forutsetter koordinering, tverrfaglig samarbeid og samarbeid mellom ulike nivåer i hjelpeapparatet, både internt i kommunen og eksternt, eksempelvis med spesialisthelsetjenesten. Ansatte må bruke tid på å bli kjent med brukerne og deres måte å kommunisere på, og tid til samarbeid og koordinering med nettverk, pårørende og andre involverte tjenester. Forskrift om habilitering og rehabilitering og individuell plan hjemler blant annet brukers rettigheter på området.

Organisering og ledelse

Ledelse og organisering av miljøarbeidertjenester er forhold som kan ha avgjørende betydning for tjenestekvaliteten. Ledelsens dyktighet og organisering rangeres høyt av ansatte som faktor for suksess (Moland og Holmli 2002). De danner viktige rammebetingelser og forutsetninger for

kvalitet i tjenesten. Diskusjoner om måter å organisere miljøarbeidertjenester på har fulgt i kjølvannet av ansvarsreformen, og kommuner har valgt å organisere disse ulikt. I mange kommuner er hjemmebaserte tjenester til funksjonshemmede organisert og formelt integrert i øvrige hjemmebaserte tjenester, men ofte er det mulig å skille ut de ansatte som gir tjenester til funksjonshemmede med omfattende tjenestebehov. Mange kommuner har prøvd ut forskjellige måter å organisere miljøarbeidertjenester på og kommunene valgte til dels svært ulike løsninger (Moland 1999).

34

Kritikk rettes mot å organisere tjenester slik at tjenesteytere bare gir tjenester til utviklingshemmede. Knudsen og Grasli 1999 mener at med en felles tjeneste vil en får mer variert erfaring i å samhandle med mange ulike mennesker og forholdene vil være mer tilrettelagt for korreksjon på egen samhandling med bruker. De legger også vekt på at tverrfaglighet og en samordnet og integrert tjeneste gir gode forutsetninger for refleksjon, og at kontinuitet og stabilitet ved at færrest mulig og faste tjenesteytere gir tjenester til en bruker er spesielt viktig for personer med omfattende hjelpebehov. Jo mindre forutsetning en bruker har for å kommunisere med andre, jo viktigere er det at de som yter tjenestene forstår brukerens måte å kommunisere på (Knudsen og Grasli 1999). Det er neppe uenighet om mange av disse forutsetningene ved tjenestene, men kanskje heller om virkemidlene for hvordan de kan nås.

Som jeg har vært inne på tidligere er det en del utfordringer knyttet til tjenester til funksjonshemmede som kan gjøre det hensiktsmessig med et skille. Ett forhold er at miljøarbeidertjenestenes brukergruppe ikke bare er utviklingshemmede, men eksempelvis brukere med ulike funksjonshemninger. Kompetanse og erfaring hos de ansatte som skal gi tjenestene er en viktig faktor. Å rekruttere og beholde ansatte med kompetanse kan være lettere hvis kommunene tilrettelegger for det gjennom en «spissing» eller deling av tjenestene slik at ansatte kan gi tjenester til brukere de har kompetanse på og interesse for å jobbe med. Å gi tjenester til brukere som trenger hjelp til avgrensede aktiviteter hvor en som ansatt kan gi hjelp og gå igjen, og brukere som har behov for kontinuerlig tilsyn og hjelp hvor den ansatte kanskje bare gir hjelp til en bruker i løpet av en arbeidsdag kan være avgjørende forskjellig. Tjenester til mange brukerne med behov for tilsyn og tilgang på hjelp hele døgnet fører til andre utfordringer for organisering enn for brukere med mer avgrensede og kortvarige behov for hjelp. I mange sammenhenger er det også viktig med pedagogisk tilrettede tjenester, slik at brukerne eksempelvis sikres muligheter for læring av nye ferdigheter og vedlikehold av eksisterende. Egen erfaring med omorganisering og forsøk på å samordne tjenestene er at det også fra hjemmesykepleie og hjemmehjelpstjenestene er motstand mot å tilbringe hele vakter med eksempelvis en eller to brukere. Denne måten å jobbe på er forskjellig fra måten de ellers gir tjenester på.

Utfordringer knyttet til vernepleierens yrkesutøvelse i hjemmebaserte tjenester

Individuelt tilpassede tjenester forutsetter at bruker selv og andre nærpersoner involveres i vurderinger og beslutninger. Mange ganger har jeg i møte med brukere, pårørende og hjelpeverger blitt utfordret og overrasket over hvor ulikt vi kan vektlegge forhold med betydning for kvalitet i tjenestene. Det kan også være relativt stor forskjell i vurderinger som gjøres på administrativt nivå i kommunen og vurderinger tjenesteyterne gjør i samhandling med brukerne.

35

Skjønnsmessige vurderinger, innsyn og åpenhet

I hjemmebaserte tjenester er vernepleiere ofte i samhandling med brukere med store og sammensatte behov, som kan ha problemer med å gi uttrykk for egne ønsker og behov. Det er viktig at vurderinger og beslutninger for bruker baseres på en beslutningsprosess som har involvert flere, ikke minst brukeren selv eller representant for denne.

Relasjonen mellom ansatte og bruker er i liten grad synlig når den foregår i private hjem og uten direkte innsyn fra andre. Ekstra utfordringer knyttes til at brukerne heller ikke kan formidle egne erfaringer eller klager på forhold de ikke er fornøyd med.

Mange av brukerne våre er ikke i stand til å si fra selv. Det er vi som blir talerørene og nettverket deres, og da er det viktig at tjenesten blir beskrevet godt. Er man på hjemmehjelpsbesøk så kan brukerne si fra, men vi får ingen klager fra brukerne av vår tjeneste (informant fra miljøarbeidertjenesten)

Fra mange hold har det vært rettet kritikk mot vernepleiernes inntreden på den kommunale arena og hvordan kommunene har valgt å organisere miljøarbeidertjenester. Mye av kritikken har blant annet vært rettet mot en omsorgskultur preget av tradisjoner fra institusjonene; gruppetenkning, strukturering og institusjonsliknende forhold i hjemmene til funksjonshemmede, og lite vilje eller evne til å gi den enkelte bruker tjenester basert på individuelle behov. Studier viser at kulturen i miljøarbeidertjenestene ofte preges av gruppetenkning, rutiner som gjelder alle i bofellesskapet, en form for standardisering basert på ideer om rettferdig og relativt like tjenester til alle (Sandvin & al 1998).

Som jeg har vært inne på tidligere, forutsetter samhandling og tjenestutøvelse i stor grad skjønnsmessige vurderinger fra tjenesteyterne, og standardisering *kan* gjøre vurderinger og valg enklere for tjenesteyterne da de innebærer en viss standardisering av skjønnsutøvelsen og handlingsvalg. Det kan være hensiktsmessig med en viss form for standardisering da det kan sikre brukeren forutsigbare tjenester, gi ansatte trygghet for tjenestene de gir og føre til lik praksis når det gjelder å implementere eksempelvis

vedtak og individuelle planer i praksis. Men slike føringer kan ikke alltid angi hva tjenesteyter skal gjøre. Målet må være å redusere uønsket variasjon og sikre ønsket forutsigbarhet i tjenestene, uten at tjenesteutøvelsen preges av rigiditet og lite muligheter til innflytelse og selvbestemmelse for bruker. I miljøarbeidertjenestene slik jeg kjenner dem, er det mange positive forhold som for eksempel mye kompetanse på miljøarbeid generelt, på målrettet, systematisk arbeid knyttet til hver enkelt bruker, engasjement og omsorg for de brukerne en jobber med. Men økende fokus på rettigheter, selvbestemmelse og brukervedvirkning er utfordringer for miljøarbeidertjenestene i dag.

Individuelle tjenester og brukervedvirkning

Når overordnede politiske målsettinger som er styrende for innhold og kvalitet i miljøarbeidertjenester i liten grad konkretiseres fører det til utfordringer og dilemma i tjenesteutøvelsen. Hva innebærer for eksempel normalisering i praksis? Skal tjenestene preges av mindre kontroll og styring, mindre krav og mer vektlegging av trivselsaspektet og livskvalitet? I hvilken grad skal bruker ha reelle valgmuligheter til eksempelvis å velge seg bort fra kjedelige gjøremål? I hvilken grad diskuteres målsettinger som eksempelvis normalisering og brukervedvirkning? Å tilrettelegge for diskusjon og refleksjon rundt dette blir særlig viktig når en gir tjenester til brukere som i liten grad kan fortelle hva de vil og hvordan de ønsker tjenestene. Her bør flere aktører på ulike nivåer ta ansvar, fra den enkelte ansatte til å ta opp problemstillinger til diskusjon, ledere for å tilrettelegge for prioritering og at det settes av tid og at kommunen som arbeidsgiver følger opp sitt ansvar for ulike stimuleringstiltak som kan fremme dette.

Sandvin & al (1998) bruker begrepet «det konfliktfylte omsorgsarbeidet» for å beskrive motsetninger og ambivalens de ansatte i miljøarbeidertjenestene gir uttrykk for, og som ulike studier av tjenester i bofellesskap fanger opp (Jensen 1992; Wuttudal 1995; Høium 1999). Selve rollen som omsorgsarbeider og miljøarbeider kjennetegnes av konfliktfylte tradisjoner og forventninger. I dette legger Sandvin & al (1998) institusjonenes tradisjoner knyttet til regler, rutiner og strukturering av hvordan omsorgsarbeidet skal utføres, som hindrer individuelt tilpasset omsorg. Det institusjonaliserte omsorgsarbeidet preges ofte av at institusjonen er ansattes arbeidsplass. Som en motsats til institusjonene skisseres HVPU-reformens intensjoner om en normalisert og integrert omsorg. Livet i bofellesskap og egen bolig kan gi bedre rammebetingelser og muligheter for å realisere overordnede politiske målsettinger og øke kvaliteten på tjenestene brukeren får. Samtidig er det mange utfordringer som gjenstår. Sandvin & al (1998) påpeker tendensen til å strukturere tjenestene blant annet for å oppnå hensikten med reformen; de ansatte er opptatt av normalisering og hva dette innebærer i praksis og både tidsmessig og romlig organiseres livet i forhold til det normale tids- og livsmønster. Romlig preges

dette av boligens utforming (fysisk) og organisering av privat areal, felles areal og formelt areal. Tidsmessig preges det av å opprettholde en rytme som oppleves som normalt, eksempelvis skille mellom arbeidstid og fritid, normal døgnrytme og årssyklus. De ansatte organiserer tjenestene utfra disse prinsippene og legger til grunn en oppfatning av hva normalt livsmønster innebærer og også en oppfatning av hva den enkelte har behov for.

Utfordringer for vernepleiere i hjemmebaserte tjenester er også å integrere metodisk kompetanse med å etablere og verdsette relasjoner til brukerne. Å gi gode tjenester forutsetter lydhørhet og kompetanse på brukers signaler og væremåte for å kunne tolke uttrykk og forutsetter god kjennskap og nær relasjon til brukeren. Dette kan være et vanskelig spenningsfelt å jobbe innenfor, og det er spesielle utfordringer knyttet til brukere som har problemer med å gi uttrykk for egne ønsker og behov. Individuelt tilrettelagte tjenester og oppmerksomhet mot metoder for utvikling av selvbestemmelsesferdigheter hos brukere med sammensatte funksjonsvansker er viktige utfordringer for vernepleiere. God kvalitet i tjenestene til brukere med langvarige og sammensatte behov forutsetter også etablering av ansvarsgrupper rundt den enkelte bruker, at det utarbeides individuelle planer, at tverrfaglig samarbeid fungerer rundt brukeren og at tjenestene er koordinerte og preget av å ha et livsløpsperspektiv for de brukerne som har behov for omfattende og langvarige tjenester.

Relasjoner over tid

I miljøarbeidertjenesten vil relasjonen mellom tjenesteyter og bruker ofte pågå over lang tid og etableres til få brukere. Dette er annet utgangspunkt enn relasjoner tjenesteytere etablerer til flere brukere som er avhengig av hjelp over kortere tid og gir utfordringer knyttet til å arbeide i spenningen mellom engasjement og omsorg til få brukere og ha nødvendig «distanse». En av mine informanter gir uttrykk for at ansatte i miljøarbeidertjenestene må bli bedre til å «se opp og utover» eget tjenestested og egne brukere. Med dette forstår jeg at tjenesteyterne må tilstrebe å se utfordringer og utviklingsmuligheter i tjenestene, øvrige kommunale tjenester, samt andre brukere og deres behov for tjenester. To av informantene beskriver følgende:

En for langvarig relasjon kan også virke begrensende. Det er en balanse der, men hvis man har et personal som er omsorgsfulle og gir gode tjenester, som vektlegger kvalitetsbegreper og mestrings-evne og greier å ivareta brukeren godt så burde det kanskje få leve litt sånn. Jeg tror det oppleves som ganske trygt for brukerne, at de har det godt og trives.

Hvis vi får de ansatte til å gå litt ut, så vil de ha veldig godt av det. De kravene som de ansatte stiller i forhold til de utviklingshemme-

de i boligene, henger ikke sammen med ressursene vi har og de øvrige hjemmebaserte tjenester. Hjemmesykepleien går til gamle demente, og går fra de igjen og vet at vi kommer ikke tilbake før i kveld eller i morgen. Og de ansatte i miljøarbeidertjenesten protesterer hvis vi ber de om å gå ut fra leiligheten til de psykisk utviklingshemmede.

Informanten sier også at det er viktig at tjenesteyterne fra miljøarbeidertjenesten får gå til brukere som har behov for tjenestene eller kompetansen de har, eksempelvis som har behov for noen å gå å handle med, som trenger en dusj, demente med behov for oppfølging og tilrettelegging i hjemmet. Min erfaring med hjemmesykepleie og hjemmehjelpstjenestene er at mange eldre brukere ville hatt utbytte av kompetansen mange i miljøarbeidertjenesten representerer, men at ressurssituasjonen i kommunene er slik at eldre brukere ikke får samme tilbud og muligheter til tjenester som yngre funksjonshemmede. Beskrevet motstand i miljøarbeidertjenestene kan henge sammen med flere forhold, blant annet behov for tid til fagadministrative gjøremål og mer indirekte tjenester til brukerne, som i stor grad må gjøres på dagtid, eksempelvis bestille legetime, kontakt og samarbeid med andre tjenester, eller når tjenesteytere ikke tilbringer tid sammen med brukere. Men det kan også henge sammen med ansattes motivasjon for endringer og oppgavevariasjon. I utgangspunktet burde det være spennende faglige oppgaver i mulighetene til å gi tjenester også til andre brukere i hjemmebaserte tjenester.

Litteratur

Christensen, Karen og Nilsen, Even (2002):

Livet i bofellesskap. *Embla* nr. 5, s. 41–52

Fellesorganisasjonen for barnevernspedagoger, sosionomer og vernepleiere (2000),

Om vernepleieryrket. Utgitt av FO (fellesorganisasjonen for barnevernspedagoger, sosionomer og vernepleiere)

Granheim, Kaare og Wiggo Hustad (2000):

Tjenestekvalitet ved hjelp av indikatorer. Oslo: Kommuneforlaget

Halsa, Astrid (1997):

Tjenester på vandring – omsorg i forandring. Om forhandling og fordeling av arbeidsoppgaver etter ansvarsreformen. Høgskolen i Akershus, avdeling for vernepleierutdanning

Hegerstrøm, T. og Elster E. (1995):

Kommunale hjemmetjenester – mangfold og muligheter. Oslo: Tano

Høium, Kari (1999):

De vet ikke hva de vil – vi vet ikke hva de ønsker. Hovedfagsoppgave i helsefag, seksjon for helsefag: UIO

Jensen, Karen (1992):

Hjemlig omsorg i offentlig regi. En studie av kunnskapsutvikling i omsorgsarbeidet. Oslo: Universitetsforlaget

Kjerstad E., M. Dræge og G. Rusten (1999):

Er penger alt? Kvalitet, organisering og effektivitet i pleie- og omsorgssektoren
SNF rapport 2/99

- Knudsen, Sølvi og Grasli, Sidsel (1999):
En individuell og inkludert hjemmetjeneste. Viktige forutsetninger for tjenester til mennesker med ulike hjelpebehov. Norsk Forbund for Utviklingshemmede
- Moland, Leif E. (1999):
Suksess og nederlag i pleie- og omsorgstjenestene. Kvalitet, effektivitet og miljø. Fafo rapport 269/99.
- Moland, Leif E og Holmlie, Halvor (2002):
Nærværende lederskap og tverrfaglighet i pleie- og omsorgssektoren. Arbeidslagsmodellen i Rykkin, et pilotprosjekt i Bærum kommune. Fafo-rapport 390
- Næss, S og K. Wærness (1996):
Bedre omsorg? Kommunal eldreomsorg 1980–1995, Bergen SEFOS: Universitetet i Bergen
- Sandvin, J, Søder, M, Lichtwarck, W, Magnussen, T (1998):
Normaliseringsarbeid og ambivalens. Bofellesskap som omsorgsarena. Oslo: Universitetsforlaget
- Wuttudal, Kari (1995):
Hjemmet som arena for omsorg – ny praksis og nye dilemmaer? s. 261–283. I Romøren (red), *HVPU-reformen i forskningens lys*. Oslo: Ad Notam Gyldendal
- Offentlige dokument*
- NOU 2000:19:
Bør offentlig sektor eksponeres for konkurranse?
- NOU 2001:22:
Fra bruker til borger. En strategi for nedbygging av funksjonshemmende barrierer
- Forskrift om habilitering og rehabilitering. (2001):
Sosial- og helsedepartementet
- Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene (2003):
Sosialdepartementet
- Forskrift om individuelle planer. Sosialdepartementet 2003
- Rundskriv I-1/93:
Lov om sosiale tjenester m.v. Sosial- og helsedepartementet (1993)
- Rundskriv I-41/98:
Rettigheter for og begrensning og kontroll med bruk av tvang og makt mv overfor enkelte personer med psykisk utviklingshemming. Sosial- og helsedepartementet (1998)
- Stortingsmelding nr. 47 (1989-90)
Om gjennomføring av reformen for mennesker med psykisk utviklingshemming

Hvor jobber vernepleiere i dag?

40

Innledning

Vernepleierutdanningen er en av de yngste utdanningene innen helse- og sosialsektoren i Norge. Den startet i det små på slutten av 1940-tallet som en opplæring av elever i åndssvakepleie, og i 1961 startet den treårige vernepleierutdanningen ved Emma Hjorts hjem. En stor andel av de som utdannet seg til vernepleiere på denne tiden arbeidet innen Helsevernet for psykisk utviklingshemmede (HVPU). Da HVPU – reformen ble iverksatt i 1991 og de ordinære samfunnsinstitusjonene skulle ta ansvaret for de psykisk utviklingshemmede, betydde dette en stor omveltning for vernepleiernes rolle og bistandsfunksjon. Og selv i dag, 12 år senere, viser tall fra Statistisk sentralbyrås forskningsavdeling at behovet for vernepleiere vil øke sterkt også i årene som kommer grunnet reformer de senere årene (1). Dette er noe av bakgrunnen til at mange stiller seg spørsmålet om hvor de utdannede vernepleierne faktisk jobber i dag.

Denne artikkelen bygger på resultater fra en undersøkelse som ble gjennomført i forbindelse med min mastergradsoppgave i folkehelsevitenskap (Universitetet i Tromsø, Institutt for samfunnsmedisin). FO har økonomisk støttet undersøkelsen. Problemstillingene som ble belyst var følgende:

1. Hvor vernepleiere jobber i dag
2. Hva slags stillinger (stillingsbenevnelse) vernepleiere har
3. Er det slik at vernepleiere med videreutdanning ender opp i stillinger med liten grad av direkte klient-/brukerkontakt?

Materiale og metode

Populasjonen i undersøkelsen var offentlig godkjente vernepleiere, registrert hos Felles-organisasjonen for sosionomer, barnevernpedagoger og vernepleiere (FO) som yrkesaktive pr. juni 2002. Det er viktig å huske på at utvalget er hentet fra medlemslistene til FO, noe som gjør at materialet ikke dekker de vernepleierne som ikke ønsker å være organisert og/eller arbeider på helt andre arenaer. Dermed beskriver ikke undersøkelsen vernepleiere generelt, men de som er organisert i FO. Undersøkelsen gir nok allikevel et ganske godt bilde av vernepleiere stort sett, i og med at andelen offentlig godkjente vernepleiere som er medlemmer i FO er så høy som den er (77,5 % pr. 01.04.2001). Et tilfeldig utvalg på 440 personer ble trukket fra totalpopulasjonen på 4494 personer.

Med utgangspunkt i et spørreskjema bestående av 25 spørsmål, ble det

utført et strukturert intervju pr. telefon av informantene. Det ble så utført en kvantitativ analyse av de innsamlede dataene, og de statistiske beregningene ble gjort med statistikk programmene SPSS og Epi Info 6. I analysene ble signifikansnivået satt til 5 %.

Resultater

Populasjonen

I det totale utvalget utgjorde kvinnene en større andel enn menn (80 % mot 20 %). Gjennomsnittsalderen i populasjonen var 39 år, og den største andelen var innen aldersgruppen 30 til 40 år. Andelen blant kvinner og menn som hadde daglig omsorg for egne barn var like stor. Gjennomsnittlig hadde de spurte vært ansatt hos sin nåværende arbeidsgiver i 5,9 år med en spredning fra ett år til 27 år. Den største andelen arbeidet med brukere/klienter som var i alderen 21 til 50 år (69 %), og her var det en høyere andel blant menn enn blant kvinner. Det var en tendens til at det var en høyere andel blant kvinnene som arbeidet med den yngste klient-/brukergruppen (0-13 år).

Arbeidssted

Så lenge Helsevern for psykisk utviklingshemmede (HVPU) eksisterte, arbeidet en stor andel av vernepleierne der. Da ansvarsloven så ble iverksatt i 1991 og tjenestene til de psykisk utviklingshemmede skulle tilbakeføres til kommunene, var det mange som fryktet at det ville bli en flukt av vernepleiere over til andre yrkesarenaer. Undersøkelsen viser at det fremdeles arbeider 33 prosent av vernepleierne i boliger for psykisk utviklingshemmede, og 54 prosent har svart at de har arbeid som er rettet mot psykisk utviklingshemmede og/eller mennesker med autisme.

Til sammen ble tjue forskjellige kategorier for arbeidssteder besvart i undersøkelsen, og det kunne derfor se ut til å være en stor spredning i hvor vernepleiere i dag arbeider. Som det går fram av tabell 1 viste det seg at spredningen totalt ikke var så stor. Fire av arbeidsstedene dekkes av hele 59 prosent av utvalget. Den største andelen arbeidet i bolig for psykisk utviklingshemmede (33 %), og den nest største andelen innen kommunal administrasjon og tjeneste (10 %). Åtte prosent har besvart at de arbeider på en psykiatrisk avdeling, og her var det en statistisk høyere andel blant menn enn blant kvinner. Innen hjemmebaserte tjenester var det 7 prosent som arbeidet. De resterende 41 prosentene fordelte seg på de andre 16 arbeidsplassene.

Tabell 1. De 10 mest vanlige arbeidsplassene for vernepleiere¹³

| Nåværende arbeidssted | Total % |
|-------------------------------------|---------|
| Bolig for psykisk utviklingshemmede | 33,4 |
| Kommunal administrasjon og tjeneste | 10,2 |
| Psykiatrisk avdeling | 8,0 |
| Hjemmebaserte tjenester | 7,0 |
| Skole | 5,5 |
| Habilitering | 4,5 |
| Dagsenter | 4,3 |
| Avlastningsbolig eller omsorgsbolig | 3,4 |
| Sykehjem | 2,7 |
| Barnevern | 2,5 |
| Totalt | 81,5 |

Hvilke faktorer har så sammenheng med vernepleierens valg av arbeidsplass? Det viste seg henholdsvis at videreutdanning og daglig omsorg for egne barn var faktorer som gav en redusert sannsynlighet for å arbeide i bolig for psykisk utviklingshemmede, statistisk sett. Alder og kjønn viste seg å ikke være av betydning. For de som arbeidet innen kommunal administrasjon og tjeneste var derimot økende alder med på å øke sjansen for å arbeide der. Kvinner viste seg å ha en redusert sannsynlighet for å arbeide på psykiatriske avdelinger, mens det var en økt sannsynlighet for å arbeide innen hjemmebaserte tjenester hvis man hadde daglig omsorg for egne barn.

Det var 74 prosent av informantene som var kommunalt ansatte, 15 prosent var ansatt i staten, 6 prosent privat, og i fylkeskommunen var det 5 prosent som var ansatt. Det viste seg at kvinner og menn i noen grad har ulik arbeidsgiver. Tendensen gikk i retning av at en høyere andel blant mennene arbeidet i staten (22 % vs 13 %). Blant de statlige ansatte hadde flest videreutdanning (58 %), mens blant de som var ansatt i kommunen var den høyeste andelen uten videreutdanning (63 %).

Stillingsbenevnelser

På spørsmålet om stillingsbenevnelser var det hele 20 kategorier som ble besvart, men også her viste det seg at flestparten tilhørte noen få kategorier. De tre stillingsbenevnelserne miljøterapeut, avdelingsleder/nestleder og vernepleier dekket for 60 prosent av utvalget. De resterende prosentene fordelte seg på 17 andre typer stillinger. Stillingsbenevnelserne sier lite om hvor arbeidet utføres, og de kan finnes på mange forskjellige arbeidststeder. Ved videre analyse viste det seg at det var en redusert sannsynlighet for å arbeide som miljøterapeut hvis man hadde videreutdanning, mens lav alder var med på å øke sannsynligheten for å arbeide som miljøterapeut. Disse

¹³ De resterende besvarte kategorier: Barnebolig, aktivitetssenter, rusomsorg, rehabiliteringssenter, sykehus, høgskole, bo-felleskap for funksjonshemmede, barne- og ungdomspsykiatri, barnehage, flyktningmottak og annet.

resultatene kan nok henge sammen med at det var hele femti prosent av materialet som svarte at deres første stilling som offentlig godkjent vernepleier var som miljøterapeut, og at det derfor er de yngre som har den stillingen. For avdelingsledere/nestledere og vernepleiere viste disse variablene ingen sammenheng, men det var en tendens i retning av at disse hadde tatt sin grunnutdanning i vernepleie på deltid.

Det var 71 prosent som arbeidet fulltid, og det var i aldersgruppen 30 til 40 år man fant den største andelen fulltidsansatte både blant kvinner og menn. Blant de deltidsansatte var andelen blant kvinner høyere enn andelen blant menn. Aldersgruppen 30 til 40 år viste seg også å være den som de fleste fast ansatte befant seg i, både kvinner og menn. Det var en større andel av de i den yngste aldersgruppen (20-29 år) som arbeidet turnus sammenlignet med de andre aldersgruppene sammenlagt. I aldersgruppen 41 til 50 år arbeidet de fleste ikke i turnus, – kun dag eller natt.

Klient-/brukerkontakt

En av hypotesene for undersøkelsen, var at videreutdanning førte til lavere hyppighet av direkte kontakt med klienter/brukere. Dette viste seg å stemme. Denne tendensen har også vist seg innen spesialpedagogikk, hvor de med videreutdanning i faget ofte går over i administrative stillinger o.a. Det var hele 41,4 prosent av de spurte vernepleierne som hadde en eller annen form for videreutdanning, og det viste seg at det å ha lav hyppighet av direkte klient-/brukerkontakt var assosiert med å ha videreutdanning. Av de 5 prosent som var i direkte bruker-/klientkontakt 3 ganger pr. mnd. eller mindre, hadde 77 % videreutdanning. I gruppen som var i daglig kontakt fant man høyest andel uten videreutdanning (65 %). Det var 79 prosent av vernepleierne som var i daglig direkte kontakt med brukere/klienter, og kun 1,6 prosent som aldri hadde direkte kontakt. Kjønnsmessig var det ingen forskjell på kvinner og menn i forhold til det å ha videreutdanning, eller i forhold til hyppighet av direkte klient-/brukerkontakt. Det viste seg derimot å være en sammenheng mellom økende alder og lavere hyppighet av direkte klient-/brukerkontakt i arbeidet blant begge kjønn.

Tabell 2. Hyppighet av direkte klient-/brukerkontakt i forhold til videreutdanning

| Direkte klient-/brukerkontakt | Med videreutdanning | | Uten eller under videreutdanning | | Totalt | |
|--------------------------------|---------------------|--------|----------------------------------|-------|--------|------|
| Daglig | 123 | 35,4 % | 224 | 64,6% | 347 | 100% |
| Ukentlig | 42 | 59,2% | 29 | 40,8% | 71 | 100% |
| 3 ganger pr. mnd. eller mindre | 17 | 77,3% | 5 | 22,7% | 22 | 100% |
| Totalt | 182 | | 258 | | 440 | |

Det var 17,7 prosent av de spurte som hadde gjennomført videreutdanning innen ledelse og administrasjon var. Videre hadde 14,6 prosent tatt

en spesialpedagogisk videreutdanning, mens 12,5 prosent hadde videreutdannet seg innen psykisk helsearbeid. Veiledningspedagogikk og målrettet miljøarbeid var det henholdsvis 11,5 prosent og 9,4 prosent som hadde gjennomført.

Kommentarer/utviklingstrekk

Tidligere har det blitt gjennomført to undersøkelser hvor man har sett på noe av det samme som denne undersøkelsen. I 1995 ble undersøkelsen «Vernepleierens yrkesrolle i en brytningstid» avsluttet (2), og i 1986 «Vernepleierprosjektet» (3). Disse prosjektene er ikke direkte sammenlignbare da det ikke har blitt stilt de samme spørsmålene til informantene, og man har operert med forskjellige kategorier. Det var allikevel mulig å spore noen utviklingstendenser.

Andelen menn og kvinner blant vernepleiere er den samme i dag som det man fant for syv år siden (80 % kvinner og 20 % menn). Går man enda lenger tilbake i tid, til undersøkelsen gjort i 1986, ser man en litt annen fordeling. I det materialet var andelen menn på hele 37 prosent.

I 1986-undersøkelsen fremstod vernepleierne som en ung yrkesgruppe. Hele 60 % var mellom 30 og 40 år. I dag er aldersspennet mye større. Gjennomsnittsalderen var på 39 år, 42 % av utvalget var i aldersgruppen 30–40 år og 35 % i aldersgruppen fra 41 til 50 år.

På spørsmålet om arbeidssted, var det til sammen tjue forskjellige kategorier for arbeidssteder som ble besvart i denne undersøkelsen. Dette er en fordobling siden undersøkelsen i 1986 der man ikke hadde mer enn 10 kategorier, noe som kan tyde på at vernepleiere er en etterspurt yrkesgruppe.

I følge undersøkelsen har hele 41 % av vernepleierne videreutdanning, og det er videreutdanning innen ledelse og administrasjon, spesialpedagogikk og psykisk helsearbeid som er de tre største kategoriene. Hvis man sammenligner disse tallene med undersøkelsen fra 1986, så ser man at også da var det videreutdanning innen administrasjon, spesialpedagogikk og psykisk helsearbeid de fleste hadde gjennomført.

Litteratur

Stølen N. M, Texmon I.(2002):

Rapport: Arbeidsmarkedet for helse- og sosialpersonell fram mot 2020. For mange barnevernspedagoger og sosionomer.

<http://www.ssb.no/magasinet/analyse/art-2002-08-26-01.html>

Sten, K. M. (1995):

Vernepleierens yrkesrolle i en brytningstid. Høgskolen i Sør-Trøndelag, avdeling for helse- og sosialfag, vernepleierutdanninga, Trondheim,

Grimstad, J. P., Johansen K. J. 1(1986):

Sluttrapport «Vernepleierprosjektet», Vernepleierhøgskolen i Sør-Trøndelag, Trondheim

En profesjon godt forankret med blikket rettet framover

Vernepleierutdanningen har sitt utspring i behovet for kvalifisert personell i omsorgen for utviklingshemmede. Forløperne for utdanningen var 1- og 2-årige kurs i begynnelsen av 1950-årene. Den treårige utdanningen startet i 1961 og ble formalisert i 1963 gjennom grunnregler gitt av Sosialdepartementet. Vernepleierutdanningen er i dag en 3-årig helse- og sosialarbeiderutdanning på høgskolenivå rettet mot tjenesteyting for personer med ulike funksjonsvansker. Utdanningen fører fram til offentlig autorisasjon som vernepleier.

En av gründerne i etablering av utdanningen var overlege Ole B. Munch ved Emma Hjorts hjem. Han så tidlig viktigheten av å ha kvalifisert personale til det krevende og utfordrende arbeidet med å bedre livssituasjonen for utviklingshemmede. Med kvalifisert personale i denne sammenheng mente Munch personale som hadde kunnskaper om menneskets sosiale, psykologiske og fysiske behov og hvor pedagogiske emner skulle ha en sentral plass i utdanningen.

Den nære kontakten til omsorgen for utviklingshemmede har preget kunnskapsutvalget i vernepleierutdanningen, selv om det allerede tidlig ble påpekt at utdanningen også kunne kvalifisere for arbeid i beslektede deler av helse- og sosialsektoren. Kunnskapsgrunnlaget i utdanningen har endret seg og er gjennom den nye rammeplanen fra 2004 nå utvidet slik at vernepleiere får en bredere kompetanse og kan yte tjenester til personer med ulike funksjonsvansker.

Vernepleieres utdanning, kompetanse og arbeidsfelt

De helse- og sosialpolitiske reformene på 1990-tallet medførte store omlegginger av helse- og sosialtjenestene når det gjelder ansvars- og oppgavefordeling. Ansvarsreformen for utviklingshemmede var den reformen som hadde størst betydning for vernepleiernes arbeid. Tidligere arbeidet vernepleiere i hovedsak innenfor spesialisthelsetjenesten (Helsevernet for psykisk utviklingshemmede (HVPU)), mens vernepleiere nå utøver tjenester innenfor ulike deler av helse- og sosialtjenesten, men med hovedvekt i de kommunale tjenestene.

¹⁴ Siv Karin Kjøllmoen er 1. nestleder i Fellesorganisasjonen for barnevernpedagoger, sosionomer og vernepleiere (FO) og leder av seksjonsrådet for vernepleierne, mens Anne Bakke er medlem av seksjonsrådet og tidligere seksjonsleder i FO.

Reformene hadde røtter i humanistiske og politiske idealer som tok sikte på å bygge ned unødige skiller mellom personer med funksjonsvansker og andre. Integrering, deltagelse og likeverd var stikkord som preget tankene bak reformarbeidet. Dette innebar en fremheving av tjenestemottakerens allmenne rettigheter og behov hvor særomsorgstenkningen ble forlatt. Lovendringer og nye lovreguleringer understreker derfor den enkeltes rett til å få et forsvarlig tilbud tilrettelagt ut fra individets behov.

Når vernepleiere nå hovedsakelig utfører sitt arbeid i de kommunale pleie- og omsorgstjenestene, medfører dette at de må ha mer generell kunnskap om samfunnet og forvaltningen. De må være forberedt på å yte tjenester til brukere med ulike funksjonsvansker og ha et tettere samarbeid med andre yrkesgrupper. Med en mer generelle kompetanse er vernepleiere en etterspurt yrkesgruppe. Vernepleiere arbeider derfor på ulike arenaer og med ulike brukergrupper innen helse- og sosialsektoren. I tillegg har en økende andel vernepleiere sitt arbeid innen skolesektoren med elever med ulike funksjonsvansker.

Det overordnede målet for vernepleierfaglig arbeid er å bidra til at de som mottar tjenester oppnår så høy livskvalitet som mulig. En viktig faktor for å ha høy livskvalitet er at en selv har styring over egen hverdag og tar avgjørelser i viktige valg i livet. En sentral utfordring for vernepleierens arbeidsmåte er derfor å legge til rette for deltagelse og medbestemmelse i de ulike situasjoner som hverdagslivet til tjenestemottakeren består av, også for den som har vansker med å uttrykke og formidle egne behov og ønsker. Sentrale ferdigheter for vernepleieren er derfor å kunne gi sosial støtte og veiledning, eller opplæring/trening når det er nødvendig.

Vernepleierens innsats må rettes både mot endringer i rammefaktorer i miljøet rundt tjenestemottakeren og å videreutvikle vedkommendes individuelle forutsetninger. Det anses som like viktig å påvirke og endre de ytre faktorer som virker funksjonshemmende som å øke tjenestemottakerens egenkompetanse.

Vernepleierens arbeid kjennetegnes ved at tjenesteytingen skjer i direkte kontakt med tjenestemottakeren som ofte har tjenestebehov av langvarig karakter. Tjenesteytingen er rettet mot brukerens hverdagsliv og ikke avgrenset til en bestemt tid på døgnet, men kan utføres på døgnbasis når det er behov for dette. Med hverdagsliv menes de ulike aktiviteter dagen består av som det å planlegge dagen, lage mat, gjøre innkjøp, husholdningsøkonomi, personlig hygiene, besøke venner og familie, oppsøke offentlige etater osv. En stor del av arbeidet skjer i hjemmet til tjenestemottakeren, men vernepleierne bistår også utenfor hjemmet og yter assistanse slik at vedkommende kan fungere i fritid og arbeid/opplæring.

Vernepleieren har kunnskaper om ulike funksjonsvansker og deres innvirkning på fungering og trivsel. Kunnskap om hvorfor slike funksjonsvansker kan gjøre personen mer sårbar overfor somatisk sykdom og psykiske problemer vektlegges i utdanningen. Samtidig omfatter også vernepleiernes kompetanse pleie under sykdom og deltakelse i medisinsk behandling dersom tjenestemottakeren har behov for dette. Vernepleieren kan også administrere forordnede legemidler i ulike deler av helsetjenestene¹⁵. Siden helseprofesjonene fortsatt har stor innflytelse på utviklingen av helsetjenesten, er det viktig at vernepleiere aktivt bruker den helsefaglige kompetanse i kombinasjon med sosialfaglig og mestringsfokusert kompetanse for å få sin rettmessige plass innenfor disse tjenestene.

Utfordringene for vernepleierprofesjonen er mange og store. De største handler imidlertid om hvordan den i framtida skal ivareta det mangfoldet av faglige tradisjoner som yrkesutøvelsen bygger på, samtidig som vernepleiere må tilpasse seg de samfunnsmessige endringene som endrer rammene for yrkesutøvelsen.

Samfunnsmessige utfordringer for vernepleierfaglig arbeid

På slutten av 1990-tallet fikk strømninger preget av individualisme og økt markedsøkonomisk tilpasning for alvor fotfeste i norsk samfunnsutvikling. Disse endringene i samfunnsmessige vilkår gir i alle fall tre utfordringer for vernepleierfaglig arbeid:

- nye organisasjonsformer med økt mangfold i måten vernepleiere leverer sine tjenester
- økt brukerinnflytelse og -medvirkning i fleksible og individuelt tilpassede løsninger
- økt individualisering av vernepleiernes arbeidssituasjon

Den første utfordringen handler om at mange kommuner strever med å finne gode måter å organisere tjenestene på for å kunne ivareta innbyggernes ulike behov for tjenester. Gamle organisasjonsformer hvor de kommunale tjenestenes hovedoppgave var å ivareta eldre brukeres behov, har vist seg utilstrekkelig nå som kommunene har ansvar for ulike brukergrupper. Nye organisasjonsformer utvikles og prøves ut, mens arbeidet med mål for tjenestenes innhold og oppgaver har for lav prioritet. Organisasjonsformene blir et mål i seg selv, og ikke et virkemiddel for å oppnå de tjenestemålene kommunene har satt seg.

Samtidig er presset på den kommunale økonomien er stort, og kravet om effektiv utnyttelse av ressursene og lojalitet overfor budsjetttrammene øker. Helse- og sosialtjenestene må forholde seg til markedsprinsipper

¹⁵ Med unntak av somatiske sykehus og akuttavdelinger på psykiatriske sykehus, jf Forskrift om legemiddelforsyningen mv. ved sykehus og andre helseinstitusjoner.

som konkurranse, valgfrihet osv., og det stilles spørsmålstegn ved om tjenestene bør utføres i offentlig regi eller ikke. Skal det offentlige ha ansvaret alene og både være «bestiller» samtidig som kommunen selv leverer tjenestene? Eller skal dette skje i et samarbeide med nonprofitt eller kommersielle organisasjoner? Skal tjenestene konkurranseutsettes? Får konkurranseutsetting konsekvenser for kompetanseutvikling? Hvordan skal det offentlige kontrollere tjenestenes kvalitet i en situasjon hvor ikke-kommunale instanser utfører tjenestene?

48

Løsningene av de organisatoriske utfordringene er mange, og representerer en utfordring for dem som skal utdanne til – og dem som skal arbeide innenfor en kommunal virkelighet som er så uensartet.

Den andre utfordringen handler om at begrepet medborgerskap har fått fornyet aktualitet som følge av at tjenestetilbudene skal være individuelt og fleksibelt tilrettelagt. Tjenestemottakerne som aktører med sosiale rettigheter og krav om deltakelse, myndighet og makt, er kommet i sentrum. Dette er nedfelt i egne lovreguleringer i tilknytning til tjenestelovene, og kommer spesielt til uttrykk i den helhetlige rehabiliteringspolitikken hvor kravet til at det utarbeides en individuell plan, er nedfelt.

I arbeid med tjenestemottakere som har problemer med selv å ivareta både sine allmenne og sosiale rettigheter, har vernepleiere en spesiell utfordring for å finne fram til ordninger som ivaretar disse lovreguleringene om brukerstyring og -medvirkning på en tilfredsstillende måte.

Den tredje utfordringen handler om den økte individualiseringen av vernepleieres arbeidssituasjon. På den ene siden avspeiler denne individualiseringen seg i vernepleierens konkrete arbeidssituasjon gjennom kravet om å gi tjenestemottakeren et individuelt og fleksibelt tilbud avpasset vedkommendes særlige behov. På den andre siden settes fokus på den enkelte vernepleiers faglige innsats, noe som kommer klart til uttrykk i helsepersonelloven, hvor den enkeltes ansvar for faglig forsvarlig yrkesutøvelse er nedfelt. Når dette skjer samtidig med en oppsplitting av fagmiljøene hvor man ofte mangler kollegaer å drøfte problemstillinger og dilemmaer med, gir dette spesielle utfordringer til vernepleiere.

Utfordringer knyttet til vernepleieres faglighet og etiske kompetanse

Det at vernepleiere nå arbeider i de allmennelige kommunale tjenestene medfører at arbeidet er mer knyttet til og avhengig av generelle trekk i samfunnsutviklingen. Det gjør at vernepleieres arbeid generelt, og mange av de valg og dilemmaer en står overfor, ikke bare kan vurderes utfra faglige og etiske referanserammer, men også må ses i en helse- og sosialpolitisk sammenheng. Dette er forhold studentene må forberedes på gjennom utdanningen, og vernepleiere må bli tydeligere på i de politiske debattene rundt på arbeidsplassene og i det offentlige rom.

Vernepleiere hadde tidligere sitt arbeid i vesentlig grad innenfor HVPU, som var kategorisert som en spesialisthelsetjeneste. Det overordnede faglige ansvaret for denne tjenesten var plassert hos lege eller psykolog. Vernepleiere utførte derfor tjenestene ofte etter instruks eller på vegne av de faglige overordnede. Situasjonen er annerledes nå, og vernepleiere er ofte dem med lengst utdanning på arbeidsplassen. Dette stiller andre krav til selvstendighet i yrkesutøvelsen, og krever at vernepleiere tydeliggjør egne kunnskaper og ferdigheter og dokumenterer effekten av egen innsats.

Videre må kunnskap og ferdigheter videreutvikles gjennom systematisk utviklingsarbeid og forskning. Dette arbeidet må skje gjennom dialog og diskusjon mellom ulike parter hvor utdanningsinstitusjonene har en sentral plass. Ny kunnskap må umiddelbart formidles til studentene, slik at de er kvalifiserte til å møte en arbeidshverdag hvor de kan ta de nødvendige faglige avgjørelser på egen hånd. Like viktig er det at utdannede vernepleiere får tilgang til faglige nyvinninger og har mulighet til å oppdatere sin kunnskap og kompetanse.

En mer selvstendig yrkesutførelse krever også en spesiell bevissthet rundt etiske spørsmål. Vernepleieryrket har vært og skal være et handlingsorientert og løsningsfokuseret yrke. Imidlertid må dette ikke oppfattes som at det er bedre å gjøre noe uansett enn å la være. Igangsettelse av ulike tiltak krever drøftinger og planlegging, og det er like nødvendig som tidligere å ha klare mål for ulike tiltak og innsatser. Alle tiltak som iverksettes griper på en eller annen måte inn i tjenestemottakerens liv, og det er nødvendig å foreta separate etiske vurderinger om disse tiltakene virkelig er nødvendige, hvor inngripende de er og om de fører til et bedre liv. «Mestring fører til trivsel» er en læresetning innen vernepleierfaglig arbeid. Men mestring er nødvendigvis ikke det samme som selvstendighet. Det å få tilrettelagt sine omgivelser, bli forstått ut fra egne kommunikasjonsformer og få nødvendig bistand i ulike situasjoner, er også en form for mestring som må vektlegges i den daglige samhandlingen og samværet med bruker.

Fag- og kompetanseutvikling er ikke bare viktig for profesjonene, men også nødvendig for å skape spennende arbeidsplasser ute i kommunene. For praktiske yrker, slik som vernepleieryrket, vil kompetanseutvikling alltid skje i et samspill mellom teori og praksis. Det er derfor nødvendig at utdanningsinstitusjonene involverer seg i praksisfeltet, og at forsøks- og utredningsarbeid knyttes til de tjenestene utdanningen kvalifiserer for. Det er også et poeng at den nyervervede kunnskapen som framkommer gjennom slik virksomhet, publiseres og formidles. Bare gjennom å synliggjøre erfaringer og systematisere disse, vil andre kunne få innsyn i vernepleieres arbeidsoppgaver og hvilke løsningsmodeller de velger. Dette innsynet er nødvendig for at yrket skal bli synlig og tydelig, og at andre kan komme med innspill og synspunkter som er relevante og gyldige for utdanningen og utøvelsen av yrket.

Et slik innsyn er også viktig for at utdanningen skal bli kjent og tydelig for utdanningssøkende, både de aller yngste og de som allerede har erfaring fra tjenesteyting. God rekruttering til vernepleieryrket er betydningsfullt for kvaliteten på bistanden til tjenestemottakerne og tjenestene i kommunene. Med økt utdanningskapasitet er det enklere å komme inn på vernepleierstudiet, og utdanningen ligger i front med å rekruttere personer på bakgrunn av realkompetanse og å utvikle fleksible læringsformer. Dette er et viktig arbeid for å treffe potensielle søkere. Men samtidig med dette, blir det enda viktigere at utdanningen holder høy faglig standard og at de som uteksamineres har den nødvendige kompetanse. Arbeidet med kvalitetssikring av utdanningsprogrammet og skikkethetsvurderinger av studentene må derfor intensiveres. Dette arbeidet må ikke bli en oppgave for utdanningsinstitusjonene alene, men skje i et samarbeid med praksisfeltet og brukere av tjenestene.

For rekrutteringen er det også viktig at vernepleierutdanningen ikke framstår som et endelig løp. Videreutdanningsmuligheter og alternative karriereveier må synliggjøres. Videre må studier av høyere grad som er åpne for vernepleiere videreutvikles og spisses inn mot vernepleiernes arbeidsområder. Forskning på arbeidsfeltet er nødvendig for å bringe dette og faget framover, og det er viktig at vernepleiere selv tar del i denne virksomheten. Dette må formidles til potensielle søkere og studenter, for at personer med slike ambisjoner skal vurdere vernepleierutdanningen som aktuell for seg.

Større samordning mellom helse- og sosialtjenestene og bedre planlegging, dokumentasjon og kvalitetssikring av disse tjenestene for å sikre helhet og individuell tilpassning i tjenestetilbudet til den enkelte tjenestemottaker, er et uttalt behov både fra brukerorganisasjoner og sentrale myndigheter. Dette mener vi har vært et hovedfokus i vernepleierprofesjonen og hvor vi har viktige bidrag i framtida. Fra profesjons- og fagforningens ståsted er det vårt ønske vi at også i framtida vil ha en åpen dialog og et samarbeid med utdanningsinstitusjonene om de utfordringene vernepleierprofesjonen står overfor. Gjennom respekt for ulikt ståsted og ved å ivareta ulike interesser, vil vi kunne utfylle og berike hverandres arbeid og i fellesskap bidra til at vernepleieryrket også i framtida bevarer de samfunnsmessige verdier og idealer det er grunnlagt på. Samtidig som disse verdier og idealer vil gi tjenestemottakerne de kvalitativt beste tjenestene.

Omsorg, etikk og rettssikkerhet

Willy-Tore Mørch

Miljøarbeiderrollen i et omsorgsperspektiv

51

I dette kapittelet skal jeg drøfte omsorgsperspektivet i miljøarbeiderrollen. Jeg vil derfor ikke primært ta opp miljøterapeutiske teknikker, utredningsmetoder eller evaluering fordi disse aktivitetene tilhører den mer terapeutisk/metodiske delen av miljøarbeidervirksomheten. Ikke det at omsorgsutøvelse ikke har terapeutisk funksjon. Men i stedet for å vektlegge behandlingsmetoder som sådan, enten de har solid empirisk støtte eller ei, vil jeg drøfte hvordan omsorgsutøvelse i en terapeutisk virksomhet kan ha stor betydning for utfallet av en behandling. Antakelig vil dypfølt omsorg, tilstedeværelse, ivaretagelse og empati være avgjørende forutsetninger for at en «terapi» skal virke. I individualterapeutisk sammenheng har relasjonsbygging mellom pasient og klient vært sett på som basis for enhver terapi og i noen terapeutiske retninger er sågar relasjonsutviklingen det avgjørende terapeutiske element.

I denne sammenheng betyr omsorg at miljøarbeideren er tilgjengelig, viser genuin interesse og forståelse for klienten og de pårørendes situasjon, er ivaretagende og empatisk, utøver sin virksomhet med etisk refleksjon og er på tilbudssiden overfor klient og familie. Ordet miljøarbeid og miljøarbeider er bredt forstått, uten avgrensning mellom miljøarbeid og miljøterapi. Jeg reserverer heller ikke miljøarbeiderrollen til spesielle yrkesgrupper. Moderne psykososial behandlingsmetodikk gjør alle behandlere til miljøarbeidere – mer eller mindre. Man utøver miljøarbeid når man griper inn i klientens sosiale miljøer. Jeg tar heller ikke utgangspunkt i spesielle funksjonshemminger eller psykiske lidelser. Jeg vil tro at resonnementene gjelder på tvers av diagnosegrupper. Først drøftes noen allmenne og historiske refleksjoner om omsorgsrollen, deretter omsorgsarbeid i relasjon til klient og families situasjon når man trenger bistand fra hjelpeapparatet og hvordan omsorg kan påvirke utfallet av en behandling.

Noen allmenne refleksjoner om omsorgsrollen

Omsorg er historisk nært knyttet til både foreldreollen, pleie av syke og til møte med personer i krise. I forelderollen samler gjerne omsorgsbegrepet en lang rekke faktorer som for eksempel familiens oppdragelsespraksis, foreldrene som gode modeller, foreldrene som barnets trygge base, familiens hygiene- og ernæringskultur, ivaretagelse av barnets

behov, familiens moralkodeks, opplæring og kjærlighet. Vi antar at det er en nær sammenheng mellom disse elementene i omsorgsarbeidet og barnets trivsel og utvikling. Denne antagelsen er så vidt befestet i vår kultur at når foreldrene svikter i sin rolle som omsorgsyttere er samfunnet beredt til å reagere gjennom barneverntjenesten som gjør sine undersøkelser med sikte på å oppdage omsorgssvikt og sette i gang nødvendige hjelpe-tiltak eller i ytterste konsekvens fremme sak om omsorgsovertakelse.

Moderne psykologisk forskning bekrefter også at kombinasjonen av barnets biologiske forutsetninger og barnets omsorgsbetingelser bestemmer barnets utvikling (se for eksempel Schmidt & Ulvund, 1999, von Tetchner 2001), og dette grunnleggende premiss reflekteres også i lovverket vårt, ved at foreldrenes plikter slik de er formulert i Barnevernloven (Lov nr. 100 av 17. juni 1992) overstyrer foreldrenes rettigheter ut fra Barneloven (Lov nr 7 av 8. april 1981).

I pleie av syke har omsorgsperspektivet vært et naturlig supplement til den medisinsk- pleiefaglige virksomheten. Betydningen av omsorgselementene i sykepleien har nok variert en del gjennom den nyere historie fra en grunnleggende medmenneskelig holdning hos et menneske i nød, til å se på ivaretagelse og trivsel som helende og styrkende faktorer.

I møte med personer i krise har ivaretagelse av behov, nærhet og muligheter til å snakke om krisen hatt størst betydning i moderne tid og disse oppgavene har gjerne vært ivarettatt av personens nærmeste og kanskje av presten. I den senere tid er krisebearbeiding blitt profesjonalisert og utøves av psykologer og leger i krisepsykiatriske team.

Da funksjonshemminger, alvorlig sykdom, psykiske lidelser og utviklingshemming ble avdemonisert i løpet av 1800 tallet for deretter å bli inkludert i helsevesenets arbeidsområde, ble deres behov søkt dekket gjennom institusjonsopphold. Denne løsningen har også dekket flere samfunnsbehov opp gjennom tidene som for eksempel å forebygge antatt smitte, fjerne annerledes og ubehagelige mennesker fra offentligheten, skåne familie for ekstra belastninger, skjule skammen over å ha et funksjonshemmet familiemedlem eller kort og godt av hensyn til behandlingmessig effektivitet. Motivene har altså forandret seg gjennom tidene, men miljøarbeide som yrke oppsto i disse institusjonene, en arena som har vært den viktigste fram til for kort tid siden.

Men miljøarbeideren har aldri innehatt «de viktige» posisjonene i institusjonene. Rollen har ofte vært begrenset til å passe på pasienten i ventetiden mellom behandlingstimene, en rolle som vi fremdeles kan finne igjen noen steder, selv om det i overveiende grad er skjedd en holdningsendring til dette yrket også fra de tradisjonelle behandleryrkene. Den økte forståelse for hvor viktig miljøarbeideren var, ble for eksempel den direk-

te årsaken til at overlege Ole B. Munch tok initiativet til å etablere den første vernepleierutdanningen ved Emma Hjorths Hjem i 1961.

Tatt i betraktning den brede enighet vi ser om den viktige rolle som foreldrene har som omsorgspersoner i familien er den beskjedne rollen som miljøarbeideren har fått på et vis interessant. Selv om man kan oppstille mange forskjeller mellom institusjonsliv og familieliv, kan vi lett se likheter mellom foreldrenes og miljøarbeiderens omsorgsroller. Sammenhengen mellom miljøarbeiderens omsorgsyttelse og pasientens utvikling minner om sammenhengen mellom foreldrenes omsorgsevne og barnets utvikling. Denne analogien har imidlertid noen ganger fått motsatt konsekvens av hva man kunne forvente. Sterke krefter i både politiske, administrative og organisasjonskretser har i perioder forfektet at miljøarbeidere ikke trenger kompetanse ut over foreldres. I «Ansvarsreformens» planleggingsfase ble normaliseringsideologien utledet til at man ikke trengte (blant andre) vernepleiere fordi de ville være mer opptatt av pedagogiske aspekter ved for eksempel et måltid enn av trivsel.

Denne slutningen er interessant sett i lys av profesjonaliseringen av behandling av mennesker i krise, et omsorgsarbeid som er blitt egne fordypningsområder i legeföreningen og psykologforeningens spesialistutdanninger. Man mistenker at forskjellen mellom de to omsorgsoppgavene består i at profesjonell omsorg for mennesker i krise antas fremdeles å kunne ivaretas gjennom timebaserte konsultasjoner og passer dermed bedre inn i disse profesjonenes arbeidsform, mens omsorg for funksjonshemmede og psykisk syke er og blir et heldagsprosjekt.

Hva gjør miljøarbeiderrollen forskjellig fra foreldrerollen? Samspillet mellom omsorgsyter og omsorgsmottaker påvirker begge parter gjensidig. Et barn med normale biologiske forutsetninger vil påvirke samspillet med sine foreldre på normal måte. Likedan vil foreldre med normale forutsetninger for å utøve foreldreferdigheter påvirke samspillet med sitt barn på normal måte. Derfor har det ikke meldt seg store behov for formell utdanning i foreldrerollen. Når én av partene har unormale forutsetninger (barnet kan ha en psykisk funksjonshemming, eller foreldrene kan ha redusert omsorgskompetanse), har den gjensidige påvirkningen tendens til å utvikle unormale samspill (for eksempel kan redusert responsivitet hos det autistiske barnet føre til avvikende sosialt samspill med foreldrene, eller manglende responsivitet hos foreldre med utviklingshemming kan føre til forsinket sosial utvikling hos barnet). Miljøarbeidere arbeider oftest med personer med unormale forutsetninger for normale samspill (enten medfødt eller ervervet). Forebygging eller korrigerende av feilutvikling innebærer å påse at samspillet mellom omsorgsyter og mottaker er forenlig med en hensiktsmessig (og mer normal) utvikling, hva enten dette foregår i eller utenfor institusjon, en virksomhet som danner kjernen i profesjonelt miljøarbeid.

Omsorgsperspektivet i miljøarbeiderrollen bygger på kunnskap om sammenhengen mellom individuell trivsel og muligheten til å realisere sine personlige forutsetninger for utvikling. Avstanden mellom foreldres og miljøarbeiderens omsorgspraksis er derfor liten men med det unntak at miljøarbeideren må ha kunnskap om utviklingspsykologi, mekanismer for påvirkning av atferd og forståelse av avvikende atferds etiologi, men foreldrene bringer med seg foreldreferdigheter fra egne oppdragelsesopplevelser og kulturelle overleveringer.

54

Begrepet omsorg kan forstås på forskjellige måter. I dagligtale er omsorg synonymt med ivaretagelse. Beskytte, hjelpe og verne er kvaliteter ved ivaretagelse som forbindes med denne forståelsen av begrepet. Men også når man ser på omsorg i relasjon til forelderrollen må vi utvide forståelsen av begrepet til også å omfatte aktiviteter som veiledning, påvirkning, opplæring og kontroll. Forskjellen mellom foreldrenes omsorgsoppgaver og miljøarbeiderens finner vi først og fremst i forskjeller i omsorgsmottakerens forutsetninger. Forskjellen i disse forutsetningene fører til forskjeller i behovet for faglig bakgrunn.

Denne innfallsvinkelen har betydelige konsekvenser både for miljøarbeiderens yrkesutøvelse og for foreldre som får barn med funksjonshemninger. Miljøarbeideren vil utøve sin virksomhet i et spenningsfelt mellom tradisjonell ivaretagelse og den metodiske (miljø)terapi. I denne posisjonen vil hun utsettes for dilemmaer der evnen til etiske vurderinger utfordres av tilgangen på effektiv atferdsendrende teknologi. Fordi omsorgsperspektivet i miljøarbeidet knytter trivsel sammen med mestring og mulighet til utvikling, blandes beneficence (å gjøre det gode) med det målrettede og det metodiske, en blanding som manifesterer seg i uttrykket omsorgsperspektivet på miljøarbeid.

Nærheten mellom foreldres og miljøarbeiders omsorgsutøvelse kaster lys over den siste utvikling i synet på behandling av utviklingsforstyrrelser. Når foreldre får barn med utviklingsforstyrrelser viskes forskjellen mellom foreldreoppgaver og miljøarbeid bort. Avviklingen av institusjonene gjør foreldre til miljøarbeidere i den forstand at de, som barnets nærmeste voksenpersoner, aktivt bringes inn i arbeidet med å forebygge og behandle feilutvikling. Miljøarbeiderens rolle utenfor institusjonene utfordres på dette punktet at tilnærmingen i funksjon forandrer foreldrenes status fra pårørende til samarbeidspartner. Omsorgsperspektivet på miljøarbeid sementeres dermed ytterligere, ikke bare innholdsmessig men også organisatorisk.

Omsorgsperspektivet i miljøarbeid

Utviklingen av behandlingsmetodene overfor barn og unge med psykososiale problemer har dreid fra individualterapeutiske tiltak mot tiltak som iverksettes i barnets eller ungdommens normale sosiale arenaer (se for

eksempel Roth & Fonagy; 1996 Nathan & Gorman). Denne forandringen skyldes først og fremst at forskningen har dokumentert at det er en sammenheng mellom psykososiale problemer (for eksempel atferdsproblemer eller depresjon) og miljøfaktorer. Dermed er tiltak i de sosiale arenaene en naturlig konsekvens. Miljøarbeiderens nedslagsfelt er dermed blitt utvidet fra den opprinnelige institusjonsarenaen og barnevernarbeideren til også å omfatte arbeid med barn og unge med deres familier, barnehagepersonell, lærere og andre voksne. Omsorgselementet i en slik virksomhet er blitt, om mulig enda mer sentralt.

En serie studier har vist sammenhengen mellom foreldrefaktorer og utvikling av psykososiale problemer hos barn. For eksempel beskriver Patterson (1982) «the coercive process» der foreldre og barn har tendens til å vikle seg inn i stadig akselererende konfliktfylte samspill som øker ulydighet og aggresjon hos barna og skaper stadig sterkere straffereaksjoner hos foreldrene. Williams et. al (1990), MacMahon & Forehand (1988) og Webster-Stratton & Hammon (1988) beskriver sammenhengen mellom mødrenes depresjon og aggresjon hos barna ved at depressive mødre kan misopfatte barnas signaler og gir ingen eller inadekvate responser på barnas atferd. O'Leary & Emery (1982) beskriver sammenhengen mellom konflikter mellom foreldre og barnas psykiske problemer. Rutter & Giller (1983) og Kazdin (1985) påviser hvordan, arbeidsløshet, trangboddhet osv kan påvirke oppdragelses- og omsorgsevnen til foreldre som kan utvikle forskjellige psykiske problemer hos barna. Ladd (1990) viser at aggressive barn blir avvist av klassekamerater på skolen og hvordan langvarig avvising kan føre til reaktiv aggresjon hos barnet. Campbell & Ewing (1990) påpeker at noen barn utvikler dårlige relasjoner til lærerne slik at barnet opplever dårligere ivaretagelse og kontakt med læreren, noe som skaper skoleproblemer.

Atferds-genetisk forskning har på den annen side vist at det alltid er et genetisk eller biologisk element i forklaringen på et psykososialt problem. Noen barn og unge er mer sårbare enn andre for å utvikle psykososiale problemer (for eksempel et sterkt temperament (Bates, 1990)). Når et barn er sårbart, dvs har en høy genetisk influens, vil de sosiale risikofaktorene som er nevnt ovenfor ha forholdsvis større innflytelse enn for et mer robust barn. Når de sosiale risikofaktorene akkumuleres øker den reelle risikoen betydelig. I en gruppe av familier der barnet eller ungdommen har et psykososialt problem vil det, imidlertid, være stor variasjon i forholdet mellom genetiske og sosiale faktorer. Noen barn har foreldre uten spesielle problemer eller svak omsorgsevne men der barnet er spesielt sårbart for utvikling av et problem, men i andre tilfeller er situasjonen motsatt. Et normalt robust barn som lever under oppvekstbetingelser med mange risikofaktorer kan derfor utvikle et psykososialt problem.

Omsorgsperspektivet i miljøarbeiderrollen har sammenheng med den

belastning som foreldre, lærere og barn blir utsatt for. Mange av risikofaktorene som er beskrevet ovenfor medfører alvorlige belastninger for familien. Psykisk sykdom hos foreldre, fattigdom og arbeidsløshet er i seg selv en belastende livssituasjon både for foreldrene og barna. Når barnet eller ungdommen har et psykososialt problem, enten som følge av genetisk sårbarhet eller utløst av akkumulering av risikofaktorer representerer dette i seg selv en alvorlig belastning for foreldrene og de andre nære voksenpersoner rundt barnet. Behandlingen av det psykososiale problemet hos barnet eller ungdommen involverer derfor de belastende elementene som familien utsettes for og stiller store krav til miljøarbeiderens omsorgsevne.

Enhver fagperson i dette feltet har opplevd at foreldre eller lærere i perioder kan være nedslitte og irritable. De møter ikke opp til avtaler, de avlyser avtaler og de kan være fortvilte eller sinte over den livssituasjonen de er i eller fortvilelsen og sinnet kan kanaliseres mot miljøarbeideren. I slike situasjoner kan en forholdsvis beskjeden episode hos barnet eller ungdommen utløse kraftige følelsesmessige reaksjoner hos foreldrene eller hos læreren. Å arbeide med denne type familier innebærer å inkludere familiens belastninger og de følelsesmessige reaksjoner som belastningene frembringer i behandlingen, ikke som et irriterende ekstraproblem eller som «de vanskelige foreldrene», men som en naturlig og nødvendig del av behandlingsopplegget. Omsorgsperspektivet og behandlingsperspektivet glir over i hverandre.

Når man møter slike familier kan de følelsesmessige reaksjonene hos foreldre eller lærere oppleves som et hinder mot å gjennomføre den behandlingen som barnet eller ungdommen trenger og denne opplevelsen forsterkes når disse voksenpersonene må være en del av denne behandlingen, som moderne psykososiale behandlingsmetoder ofte innebærer. Men realiteten er snarere at fortvilelse og sinne over barnets eller ungdommens problem, rettet mot barnet, miljøarbeideren eller mot seg selv, egentlig er et tegn på at personen bryr seg om barnet eller ungdommen, bryr seg om hvordan fremtiden skal bli. Følelsesmessige reaksjoner innebærer ofte sterk motivasjon for å løse problemene, men munner ofte ut i emosjonelle reaksjoner som kan oppleves som belastende for miljøarbeideren. Den omsorgsfulle behandleren evner å bruke denne motivasjonen som drivkraft til å kanalisere personens løsningsbidrag inn i konstruktive former. Miljøarbeideren må møte de følelsesmessige reaksjonene slik at personen det gjelder opplever at hun blir forstått, respektert og tatt på alvor. En omsorgsfull håndtering av følelsesutbrudd er også en faglig forsvarlig håndtering.

Å ha en person med psykososiale problemer i en familie er i seg selv en belastning. Mange familier der et familiemedlem blir henvist til hjelpeapparatet har også andre utfordringer, som arbeidsløshet, fattigdom, proble-

mer i parforholdet eller rusproblemer. Som nevnt tidligere utgjør slike faktorer også en risiko for å få psykososiale problemer som forklarer den høye forekomsten av multiproblematikk. Å leve i en belastende livssituasjon over lengre tid skaper stress. Stress rammer overskudd og initiativ på en slik måte at gjøremål ut over det helt livsnødvendige blir uoverkommelig. Dette kan ramme det engasjementet som er nødvendig i forbindelse med et behandlingstiltak og forklarer nok den høye forekomsten av avbrudte behandlingsforløp i psykiske helsevern. Det er derfor en viktig del av selve behandlingen at miljøarbeideren tilrettelegger behandlingstilbudet praktisk slik at selv til dels trivielle utfordringer blir reelle hindringer i å kunne stille opp til behandlingsavtaler. Omsorgsperspektivet i miljøarbeiderrollen omfatter derfor slike ting som å være behjelpelig med barnevakt eller transport, tilby mat eller forfriskninger, legge behandlingstidspunktet til tider som passer familien best, gjerne på kvelder eller i helga.

Behandling av psykiske problemer har en historie som viser brudd på etiske normer gjennom bruk av metodikk som overskrider grensen for tvang eller har ubehag eller senvirkninger som reduserer personens livskvalitet. Det er nok å nevne lobotomi, langvarig isolering og reibinding eller provokasjoner for å frembringe atferdsproblemer og fysiske øvelser som konsekvensstrategier. Praktisering av integritetskrenkende metoder i behandling har forekommet til enhver tid. Noen av dem kan forklares ved ressursmangel eller mangel på alternativer mens andre ganger blir slike tiltak forsvart ved å henvise til at de virker. Den lobotomerte blir rolig og aggresjonsutbrudd stanses når konsekvensene er fysiske øvelser. Den enkle, konsekvensetiske holdningen som dette representerer danner skillet mellom teknologisk anvendelse av et metoderepertoar og et omsorgsfullt og klokt metodevalg. Når de eksterne kravene til effektivitet i behandling øker og de interne kravene om forskningsbaserte metoder også øker, stiger kravene til etisk refleksjon og evnen til empati hos miljøarbeideren. Det kan være en høy terskel å overskride og innse at selv om en metode teknisk sett virker, så er det ikke sikkert den skal anvendes. Ulempene kan overstige fordelene. Denne erkjennelsen danner trolig fundamentet i en omsorgsfull tilnærming til miljøarbeid.

Litteratur

Bates, J. (1990):

Conceptual and empirical linkage between temperament and behaviour problems: A commentary on the Sanson, Prior and Kyrios study. *Merryl-Palmer Quarterly*, 36, 193–199.

Campbell, S.B., Ewing, L.J. (1990):

Follow-up of hard-to-manage preschoolers: adjustment at age 9 and predictors of continuing symptoms. *Journal of Child psychology and Psychiatry*, 31, 871–889.

Kazdin, A. (1985):

Treatment of antisocial behavior in children and adolescents. Dorsey, Homewood, IL.

- Ladd, G.W. (1990):
Having friends, keeping friends, making friends, and being liked by peers in the classroom: Predictors of children's early school adjustment. *Child development*, 61, 1081–1100.
- MacMahon, R, Forehand, R. (1988):
Conduct disorders. I: E.J. Mash & L.G. Terdal (Red.). *Behavioral assessment of childhood disorders*. N.Y.: Guilford.
- Nathan, P.E, and Gorman, J.M. (1998):
A guide to treatments that work. N.Y.: Oxford University Press.
- O'Leary, K.D., Emery, R.E. (1982):
Marital discord and child behavior problems. I: M.D. Levine & P.Satz (Red.).
Middle Childhood: Developmental variation and dysfunction. (s. 345–264). N.Y.: Academic Press.
- Patterson, G. (1982):
Coercive family process. Castalia, Eugene, OR.
- Roth, A., Fonagy, P. (1996):
What works for whom? N.Y.: The Guilford Press
- Rutter, M., Giller, H. (1983):
Juvenile delinquency: Trends and perspectives. Harmondsworth: Penguin.
- Schmidt, L & Ulvund, S.E. (2001):
Spebarnsaldere. Oslo: Universitetsforlaget
- von Tetchener, S. (2001):
Utviklingspsykologi. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Webster-Stratton, C., Hammon, M (1988):
Maternal depression and its relationship to life stress, perceptions of child behavior problems, parenting behaviours, and child conduct problems. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 16 (3), 299–315
- Williams, S., Anderson, J. McGee, R & Silva, P.A. (1990):
Risk factors for behavioural and emotional disorder in preadolescent children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 29, 413–419

Behov og utfordringer i møte med tjenestemottakere med alvorlig eller dyp utviklingshemming

Denne artikkelen handler om behov og utfordringer vernepleieren møter når tjenesteytingen skjer hjemme hos mennesker med alvorlig eller dyp utviklingshemming. Alvorlig og dyp utviklingshemming sees ofte i kombinasjon med fysiske funksjonshemminger som cerebral parese, epilepsi og sansehemninger. Mennesker med alvorlig kognitiv svikt har språk- og kommunikasjonsproblem og problemer med å ordne, klassifisere og forstå verden. Muligheten til å formidle sine ønsker og behov, meninger og mål (relativt) entydig gjennom språket vil være redusert. Kommunikasjonsproblemet kan likevel ikke sies å ligge mer hos personen som har en kognitiv svikt, enn hos den som tolker. Kombinasjonen fysiske funksjonshemminger og alvorlig kognitiv svikt kan ytterligere redusere personens muligheter til å delta aktivt på alle plan i eget liv. Det må imidlertid ikke forstås dit hen at personen ikke kan leve sitt eget liv og delta på mange områder. Utgangspunktet for denne artikkelen er at graden av selvbestemmelse og deltakelse vil variere fra område til område, avhengig av hvordan vernepleieren oppfatter og utformer sin rolle i samspillet.

Artikkelen handler i liten grad om enkeltpersoner, men de tjenester vernepleiere yter, handler om det. Jeg benytter som regel det generelle begrepet bruker(e) om mottakeren av vernepleierens tjenester. Av skrivetekniske grunner omtaler jeg vernepleieren som hun. Artikkelen baseres på egen undersøkelse (Hansen 2002), men er noe omarbeidet for dette formålet.

En av de første, og kanskje største, utfordringer vernepleieren møter, er spørsmålet om hvordan hun skal utforme sin rolle som tjenesteyter i brukers hjem. Spørsmålet kan bl.a. besvares som: «jeg arbeider for», «jeg arbeider hos», «jeg arbeider med» eller lignende. Det artikkelen vil dreie seg om, er i hovedsak å vurdere innholdsmessige forskjeller i de ulike svarene og hvilke implikasjoner dette kan ha for yrkesutøvelsen.

Ditt hjem – mitt arbeidssted

Følgende påstand danner utgangspunkt for første del av artikkelen: «Det vernepleieren gjør, uttrykker normer for hvilke handlinger som er mulige i en annens hjem.»

I følge Jensen (1992) vil måten hjemmet brukes på, sammen med etablerte vaner og rutiner, avspeile og bekrefte brukerne som unike individer. Måten vernepleierne beveger seg i og bruker brukernes hjem, kan si noe om hvilke normer som etterleves av vernepleieren og dermed også noe

om vernepleierens grunnlag for forståelse av brukeren. Er det da mulig å gjøre et skille mellom handlinger som er preget av vernepleierens *nødvendige* bruk av brukers hjem og private eiendeler, og *manglende respekt* for det samme? Jeg ønsker ikke å definere og konkretisere et slikt skille som kriterier for handling, men heller trekke frem betydningen av to forhold jeg ser som viktige.

Det første er behovet for moralske og etiske refleksjoner i den enkelte situasjon i brukers hjem. Kvalitativt god tjenesteyting forutsetter forståelse av den enkelte bruker og individuell tilpasning av tjenestene. Kvaliteten kan derfor ikke defineres ut fra forhåndsoppsatte normer eller regler for handling. Det som kan klassifiseres som et godt (og dermed respektfullt) handlingsforløp i en situasjon kan klassifiseres som ikke godt (og dermed respektløst) i en annen. Normfølging uten refleksjoner kan ses på som en yrkesrolleutforming i retning av «jeg arbeider med». Hvis normen for handling er viktigere enn brukeren, står brukeren i fare for å bli redusert til et objekt vernepleieren gjør noe med og ikke sammen med. Vurderinger av handlinger må derfor gjøres kontekstavhengig. Regel- eller normfølging må kontinuerlig vurderes i relasjon til kontekst; passer regelen i denne konteksten? Forståelse av boligen som brukers hjem og dermed som forutsetning og ramme for det sosiale liv som utspilles innenfor dens vegger, kan på denne måten danne ett av flere viktige grunnlag for refleksjon over praksis.

Det andre forholdet er knyttet til brukers totale avhengighet av vernepleiers omsorg og hvordan dette kan påvirke hva vernepleieren tar brukeren med på av aktiviteter og gjøremål i hjemmet. Hansen (2002) beskriver det vernepleieren Venke sa om brukerne hun arbeidet hos:

Men jeg tror det er særdeles viktig å ta dem med, at de får være en del av det som faktisk skjer. I og med at de egentlig ikke, altså det er fort gjort å glemme av at de ikke... Altså de får jo være med, men de blir jo bare en slags passasjer der bak som ikke blir tatt skikkelig med på...

Uttalelsen kan forstås som noe tvetydig. Det anses som viktig at brukerne skal være med, men samtidig er de ikke det. Jeg tror at noe av problemet, og dermed løsningen ligger i hva vernepleieren forstår med å være med, eller å delta. Hvis deltakelse betyr å gjøre eller utføre selvstendig, så vil brukeren aldri kunne det fullt ut på alle områder. Men det er mange måter å delta på. Forskjellen på å gå til dekket bord og å være der når bordet blir dekket, kan være tilstrekkelig. Forskjellen på å se matvarene bli båret inn i huset og å være med på handleturen, kan være tilstrekkelig. Sier vernepleieren samtidig som hun tar melken, at nå henter jeg melken din, kan det være en måte å markere eiendomsretten til gjenstandene. Og om brukeren ikke forstår ordenes innhold, kan det være med å opprettholde

vernepleierens bevissthet om at dette er brukerens eiendel og hans hjem. Det å dekke bordet og være med på handleturer er bare eksempler på gjøremål brukeren kan være med på. Om og hva han eventuelt kan delta i, må vurderes og avgjøres i hvert enkelt tilfelle. Hvis denne form for deltakelse er det optimale av hva brukeren kan delta på, kan den være uvurderlig for ham. Vernepleieren må derfor ikke slå seg til ro med at brukeren ikke *kan*, men heller vurdere hvilken form for deltakelse som gir brukeren opplevelser.

Det er mulig å få opplevelser av verden, også fra baksetet. De er bare forskjellige fra det sjåføren ser og opplever fra forsetet. Passasjeren i baksetet er imidlertid avhengig av hvor og hvordan sjåføren kjører, for hva han opplever. Arbeider vernepleieren *for* brukeren, i betydningen *i stedet for*, utfører vernepleieren oppgaver brukeren ikke har forutsetninger for å gjøre selv, men som han ønsker skal bli gjort (eller sannsynligvis ville ha ønsket). På denne måten kan deltakelse forstås som at vernepleieren gjør det som brukeren ønsker og vil, men som han ikke kan gjøre selv.

Rutiner – en dyd av nødvendighet?

Når brukeren er avhengig av hjelp til alle gjøremål, faller ansvaret for utførelsen av disse på tjenesteyterne. Både det å sikre at brukeren får dekket sine personlige behov og det å holde hjemmet i stand, kan sies å ligge innenfor vernepleierens arbeids- og ansvarsområde. Disse oppgavene er med på å angi hverdagens struktur og danne basis for rutiner i hverdagen. Vi følger alle rutiner og regler i hverdagen, og er mer eller mindre avhengige av disse. Sentrale spørsmål er om rutinene i brukerens hjem er der av hensyn til brukeren eller av hensyn til vernepleieren, hvem de eventuelt er nødvendige for og hvordan de etableres og holdes ved like. Venke gir følgende svar på dette spørsmålet (Hansen 2002):

Det skulle du spurt meg om for (..) år siden da jeg var ny her. Ja, (...) rutinene er vel der for at vi skal dekke de individuelle behovene de har. Og en del rutiner er vel blitt endret og gjort om på bakgrunn av det man har erfart; at det fungerer bedre sånn. Men, de rutinene som er her per i dag har vel vært her siden jeg begynte. Og det er klart, det er jo en måte å få dagen til å gå på; at man får gjort det man skal gjøre.

Venke sa at rutinene er en måte å få dagen til å gå på, slik at man får gjort det man skal gjøre. Hvis dette «man» omfattet hele personalet, kan rutinene oppfattes som om de er etablert mer for tjenesteyterens skyld enn for brukerens. Det er ikke ensbetydende med at det ikke er tatt hensyn til brukeren.

Rutiner kan forstås som en måte vernepleierne organiserer sin arbeidsdag på, og/eller de er lagt opp for å imøtekomme brukerens ønsker og behov.

Om rutinene møter brukerens behov og ønsker, kan være tilfeldig. Endres ikke tjenesteytingens innhold og form over tid, er det grunn til å spørre om hva oppmerksomheten til tjenesteyterne er rettet mot. Fastlåste rutiner kan forstås som absolutte regler for handlinger. Handlingene kan og må gjennomføres uavhengig av situasjonsforståelsen. Det er når regler følges blindt at utøveren mister situasjonsforståelse og valgmuligheter. «Når jeg følger regeln, väljer jag inte. Jag följer regeln blint» (Wittgenstein 1992, i Molander 1993: 209). Regelen blir på den måten kontekstskapende; den avklarer og avgrensner meningen og er medbestemmende for det som videre skjer. Vernepleierens oppmerksomhet rettes mot rutinen og ikke mot brukeren. Hennes valgmuligheter eller alternative måter å forstå og handle på i situasjonen blir borte. Ved å blindt følge reglene behøver en ikke å være oppmerksom i situasjonen og heller ikke være bevisst det som skjer ut over regelfølgingen.

Boligen kan betraktes som en kulturell arena (Gullestad 1989). Det utvikles og opprettholdes unike kulturer innenfor hver bolig – ethvert hjem. Selv om fellestrekkene kan være mange vil det også være forskjeller. Hvem er det da som avgjør hvordan det skal være i det enkelte hjem, eller: Hvem er kulturbærerne? Er det brukeren eller tjenesteyterne?

Hvis den bestående kulturen er utformet av tjenesteyterne, vil de være de reelle kulturbærerne. En nyansatt vernepleier har med seg kunnskap og erfaringer fra andre arenaer, men vil også overta noen av de bestående strukturer og eksisterende normer i kulturen. «En kultur måste man i stor utsträckning tillägna sig icke-kritiskt, som *deltagare*» (Molander 1993:51, forfatterens utheving). Uten å gå inn i en inngående argumentasjon, følger jeg Molanders påstand til en viss grad. For å bli en del av den etablerte kulturen i den nye boligen, tilegner en nyansatt seg sannsynligvis denne til en viss grad ikke-kritisk. Noen av handlingene, reglene og rutinene overtar hun ikke-kritisk, andre stiller hun spørsmål ved. De handlingene hun er kritisk til vil være de som ikke stemmer med hennes forståelse av brukeren, problemet eller feltet. Hun kan være kritisk til noe av det som skjer, men sjelden eller aldri til alt. På bakgrunn av sine erfaringer, kan hennes oppmerksomhet være rettet mot andre aspekter enn det de som har arbeidet i boligen lenge retter sin oppmerksomhet mot. Regler og rutiner kan neppe sies å være et onde i seg selv, men alle de eksisterende rutiner er nødvendigvis ikke til brukerens beste. Det er hvordan vernepleieren forholder seg til de sistnevnte som er kritisk, i betydningen avgjørende, for hvordan hennes deltakerrolle i kulturen vil bli. Hvis jeg nå går tilbake og ser på Molanders utsagn om ikke-kritisk tilegnelse av kulturen, ser jeg tre mulige tolkninger: 1) en kultur må man tilegne seg ikke-kritisk som deltaker for kulturen sin del, 2) som deltaker i kulturen må man tilegne seg den ikke-kritisk – for sin egen del og 3) som deltaker i kulturen kan man endre den – for kulturen sin del (d.v.s. både for brukeren og for egen del). I boligen som kulturell arena, formidles en forståelse

av brukeren – taust eller artikulert. Som deltaker i kulturen, vil vernepleieren tilegne seg (noe av) det som er kulturelt formidlet. Det som er tilegnet, inngår i konteksten for vernepleierens forståelse av brukeren. Hvis tjenesteyterne er de sterkeste kulturbærerne vil det være de som i størst grad påvirker utformingen av roller og innhold i tjenesteytingen.

Årsakene til at rutiner blir opprettet og opprettholdt, kan være flere; noe av hensyn til brukeren, men hensynet til strukturelle forhold som arbeidstid og arbeidsfordeling vil også spille en avgjørende rolle. Brukerens manglende eller svake gjensvar kan svekke vernepleierens engasjement over tid og medføre utbrenning.¹⁶ Martinsen (1990) forstår likegyldighet og utbrenning som et resultat av det hun kaller den abstrakte sosialitet. Dette er strukturelle endringer som resultat av at omsorg utføres av profesjonelle som regulerer sin arbeidstid og arbeidsinnhold etter offentlige lover, bestemmelser og regler og ikke som i den private omsorgen, etter behov. Som offentlig ansatt tjenesteyter har man visse, rettmessige krav og disse må forstås som selvsagt. Men hvis kravet til arbeidstid er det, kan det vel stilles et gjenkrav til vernepleieren om en forpliktelse til å forstå at engasjement og oppmerksomhet overfor brukeren må være viktigere enn oppgaveorientering og regelfølgning.

Vernepleieren, som profesjonell tjenesteyter, må vurdere om hennes handlinger er verdifulle i relasjonen til brukeren. Det er vanskelig å være over tid i en relasjon uten at det eksisterer gode følelser i den. Når relasjoner varer over tid, vil det oppstå tilknytninger.¹⁷ Mens vernepleieren kan slutte i jobben, er brukeren avhengig av henne. En vernepleier kan erstattes av en annen, men dersom tilknytningen blir for sterk, vet hun at både hun og brukeren vil oppleve bruddet som et følelsesmessig tap. Dette kan medføre at hun er tilbakeholdende i sin emosjonelle investering, både av hensyn til seg selv og til beboeren. Følelser som sympati, medfølelse og respekt kan sies å være universelle og inngår som omsorgens relevante moralske følelser (Måseide 1988). Inngår disse følelsene som beboerens moralske rett fordi han er avhengig, kan de formidles uten tilbakeholdenhet fra vernepleieren. Hun må kunne investere sine følelser, men også sine kunnskaper og ferdigheter. Denne investeringen vil ikke fjerne rutiner og regler. Det er heller ikke poenget, men derimot å sørge for at de blir mer individuelt tilpasset brukeren innenfor de rammer og strukturer tjenesteapparatet tross alt gir. Tjenesteyting som ivaretar brukerens behov og ønsker, også etter hvert som disse endrer seg, kan i større grad defineres som å arbeide *sammen med* brukeren enn *med* brukeren. På denne

¹⁶ Det betyr ikke at jeg mener at dette er brukerens skyld. Det absolutt mulig at vernepleieren ikke er tilstrekkelig oppmerksom på faktiske gjensvar.

¹⁷ Også negative følelser kan skape tilknytninger, men jeg tar her utgangspunkt i vernepleiernes positive følelser for brukeren.

måten vil ikke vernepleieren, men brukeren bli den sentrale kulturbæ-
ren.

Når manglende krav blir en krevende utfordring

I Hansens undersøkelse (2002) opplevde alle informantene den utfordringen det var å arbeide med brukere som i liten grad artikulerte krav, og at det opplevdes krevende.¹⁸ To sitater fra intervjuene illustrerer dette:

64

- Det er jo en sånn her jobb som virkelig er en utfordring. Når du jobber med folk som ikke krever noe. Det er jo en kjempeutfordring for man har jo ansvaret for at de skal ha et godt liv – for de klarer ikke å gjøre noe med det. (Venke)

- For det er jo det som er utfordringen. (...) Når du er så pass tilbakestående, så er jo utfordringen at de fordrer så lite av oss. Derfor så fordrer de mye av oss. Det blir (...) noe paradoksalt i det her. Det har jeg tenkt mye på, de gangene man har vært lei og synes det skjer lite. Og hva det er som gjør det. Jo, det er jo nettopp det at du føler at du gjør så lite, men samtidig så skjer det så mye. Og det er jo det som er tøft. (...) For de kan sitte der. De kan bli sittende der og det kan vi også. Og det er der utfordringen ligger, at de ikke krever og samtidig så krever de så enormt mye av oss, at vi bør gjøre noe. (Ingrid)

Både Venke og Ingrid brukte betegnelsen utfordring om det å forholde seg til brukeren. De kan tolkes slik at de både så utfordringen og ansvaret de hadde. Utfordring fordi brukeren tilsynelatende ikke krevde eller fordret noe av dem. Som Ingrid sa: «Det blir noe paradoksalt i det her». Paradokset kravløshet som krevende omsorg kan sies å være utfordrende for vernepleieren. Det ligger en utfordring i det å se paradokset, samtidig som det ligger en utfordring i hva som skal gjøres i forhold til det, altså ansvar. Ansvaret kan knyttes både til en faglig og til en moralsk dimensjon. Faglig fordi det kreves kompetanse for å gjøre noe med brukerens livssituasjon slik at han opplever livet som godt. Det moralske «bør» kan knyttes til ansvaret vernepleieren har for å gi omsorg slik at han opplever nettopp det. Handlingsansvaret, d.v.s. «bør» eller «skal», forutsetter det faglige «kan» (Måseide 1988). Hvis kravet om å handle rettes mot målet om et godt liv, må vernepleierens handlinger tilpasses dette som midler for å nå målet. Den faglig rasjonelle handlingen blir da de handlinger som gir brukeren et godt liv. Men hva er et godt liv for en som ikke klarer å formidle det eller gjøre noe med det, men er avhengig av andre? Jeg skal ikke her gå inn i en diskusjon om hva det gode liv er, men ta opp noen aspekter knyttet til betydningen av vernepleierens ansvar overfor brukeren.

¹⁸ Alle informantene var vernepleiere.

Guneriussen (1996) påpeker betydningen av at omsorgsrasjonalitet tufte på andre verdier enn instrumentell fornuft. Omsorg kan ikke bare baseres på faglig, instrumentell fornuft som ren mål-middel-tenkning, uten en gjennomtenkning av verdigrunnet for så vel mål som middel. Jeg anser graden av gjennomtenkning av mål og verdier og tilpassing av handlinger til den enkelte bruker, som avgjørende for om vernepleierens tjenester er kvalitativt gode. Utfordringen for vernepleieren er å vurdere både krav brukeren kan sies å ha uavhengig av opplevd kravløshet, og hvilke handlinger som i denne sammenheng er de beste for ham. Når brukeren ikke fremsetter egne krav kan verken mål eller middel sies å være gitt. Ansvar er vernepleierens, slik Anita uttrykte som viktige faktorer for brukeren (Hansen 2002):

Jeg tror jo kanskje det å ha noe, altså at hverdagen bringer noe til deg, altså at du har noe.(...) Pluss at jeg tror jo det at man ser dem og klarer å dekke deres behov og tar dem med på det som skjer. Og da tenker jeg at de får gjøre ulike ting, men også at vi ser dem og prater med dem der de er, er med på å skape et godt liv. Og gi gode tilbud, prøve å aktivisere dem på det nivået der de er.

Anita trakk fram flere forhold som hun mente hadde betydning; at hverdagen *bringer noe til brukerne*, at de *har noe*, at noen *ser og dekker* behovene, at noen *tar dem med på* ulike gjøremål og å *gi gode tilbud og prøver* og aktivisere dem på deres nivå (mine kursiver). Det jeg har satt i kursiv er uttrykk jeg tolket som passive uttrykk. At hverdagen bringer noe til deg er et passivt uttrykk – det som kommer, kommer uavhengig av hva du selv gjør. Å ha noe er forskjellig fra å være noe. Å ha noe fordrer i liten grad aktivitet; «jeg har». Hvis det å ha er retningsgivende for innholdet i tjenesten, vil denne dreie seg om å gi. Brukeren får det vernepleieren vil og/eller kan gi. Hun kan definere tjenesteytingen som god eller dårlig avhengig av egne verdier, hva hun selv vil ha eller ønsker og ikke hva brukeren vil ha eller ikke vil ha. «Jeg er» stiller krav til omgivelsene – se meg; jeg vil, jeg kan. «Jeg er» er derfor et uttrykk for at også brukeren kan gi og at han fordrer. Å ha og å være kan ses på som to ulike verdsett. De kan ses på som utfyllende og utelukker ikke hverandre gjensidig. Vektlegger vernepleieren det å gi for at brukeren skal ha, kan det betraktes som tjenesteyting ut i fra allmennhensyn, basert på universalistiske standarder som livskvalitetsdefinisjoner, normaliseringsideologi og lignende. Settes slike standarder opp som mål er hensynet til den enkelte bruker underordnet standarden, mens individuelt tilrettelagte tjenester tar hensyn til den enkelte og den han er. Det vil være tjenesteyternes ansvar at brukeren har det han trenger og får være den han er. Som Eknes (2000: 232) sier: «Mennesker vi respekterer, stiller vi også krav til, men vi lar også dem stille krav til oss». Krav som stilles til ytelse fra brukeren, må imidlertid ikke overstige mulighetene han har til å yte. Brukeren har ikke valgt vernepleieren, det er hun som har valgt å arbeide sammen med og

for ham. Det betyr ikke at den enkelte vernepleieren skal ha totalansvar for den enkelte bruker, men at kollegiet har det. Utfordringen til kollegiet er å klargjøre hvilke verdier, mål og middel som er gode for brukeren, slik at han ikke utsettes for tilfeldig omsorg basert på den enkelte vernepleiers personlige verdier, faglige kompetanse og vurderinger av tjenestenes kvalitet.

Problemet med manglende gjensvar fra brukerne ble beskrevet av Randi (Hansen 2002):

66

Jeg holdt på å si at man vet jo ikke om man mislykkes totalt heller, for det gir de jo ikke noe tilbakemelding på ... Så det er klart det er vanskelig, veldig vanskelig. Men man prøver jo etter beste evne. Men det er klart det er jo ikke alltid det heller er godt nok. Det er ikke det jeg sier, og i alle fall ikke for de som blir utprøvd, for å si det sånn.

Randi understreker det problematiske i de manglende gjensvar i relasjonen. Hun ser ut til å være innforstått med at å prøve etter beste evne, ikke nødvendigvis er godt nok for brukeren. Dersom hver vernepleier prøver etter sin beste evne, betyr det at brukeren blir gjenstand for ulik omsorg avhengig av den enkeltes evne. Da kan brukeren oppleve en uforutsigbar og lite konsistent verden. Behovet for tydelighet og klarhet ble omtalt slik av Venke og Kirsti (Hansen 2002):

- Og ellers sånn, når man skal bevege seg rundt, (...) ja hun kan ikke bevege seg så fort og dette må vi til enhver tid ta hensyn til. (...) Vi kan ikke bare dra henne etter oss hele tiden. Man må jo gå sammen med henne, i hennes tempo. (...) Da er det viktig å være rolig og tålmodig, hele tiden underrette henne, informere henne om at nå kommer vi dit og nå skal vi det. Hele tiden informere slik at hun er forberedt. Slik at ikke ting kommer plumps, for da (...) blir hun utrygg. Så man må liksom ligge foran.

- Men jeg opplever at det er med å avbryte en aktivitet og begynne på noe nytt igjen er vanskelig for Lars. Det er mulig at det blir så uforutsigbart at han ikke klarer å forstå hva som nå skal skje. Og der tror jeg at man kunne vært flinkere – og forberedt han på at; nå skal vi avslutte det her og så gjør vi det her. Men det har vi vel ikke noen regler på egentlig – å vise han hva som nå skal skje.

Både Venke og Kirsti viser en forståelse for betydningen av forutsigbarhet for brukeren. Når vernepleieren «ligger foran», kan hun forberede brukeren og ta hensyn til de spesifikke behov han har. Da er hun tydelig. Det avgjørende er da om kollegiet ser verdien av å være tydelig, som verdi for brukeren. Hvis det kan antas at tydelighet og forutsigbarhet er et

krav brukeren ville ha stilt dersom han kunne, er det en mulighet vernepleieren kan gripe som et reelt krav fra en kravløs. Når kravene ikke er eksplisitt gitt, kan tjenestene utformes på høyst ulike måter. Tydelighet og forutsigbarhet er eksempler på mer individuelt tilpassede målområder for tjenesteyting, enn de generelle formuleringene livskvalitet og normalisering kan sies å være. Det er enklere for vernepleieren å forstå hva hun skal gjøre for å være tydelig og forutsigbar, enn å yte tjenester som gir brukeren livskvalitet.¹⁹ Det er kollegiet som må gjøre antagelser om krav og de må baseres på mer enn hver enkelt vernepleiers personlige preferanser. Om hver vernepleier gjør rede for sin forståelse i kollegiet, kan det gi flere mulige antagelser om krav brukeren kan sies å ha, fordi ulik forståelse og tolkning av brukeren gir et betydningsoverskudd. Slike beskrivelser kan gi forståelse for hva andre har sett. Tar vernepleieren andres forståelse inn over seg, endrer det også hennes forståelse. Dette krever tid avsatt til diskusjoner og avklaringer for å skape en mer enhetlig forståelse av hvordan den enkelte kan forholde seg til brukeren. Som Ingrid sa (Hansen 2002):

Vi har jo dessverre altfor lite tid, eller vi har ikke tatt oss den tiden til å sette oss ned, kanskje en hel dag, til å gå gjennom (...) hva er det som skjer her, og det der med å være bevisst på hvorfor vi gjør det (...) Det er jo sånne ting vi har snakket litt om, at vi må begynne å gjøre noe med nå. Ha en hel dag med sånne diskusjoner. Prate om hvorfor, nettopp for å gi de hverdagene man har... at man ser at det man gjør er veldig spennende, egentlig.

Ingrid ser betydningen av å være bevisst hva man gjør og hvorfor. Løsningen er å bruke mer tid sammen i kollegiet. For henne ser kravløsheten ut til å være en utfordring som gjør arbeidet spennende og ikke passiviserende. Å møte brukeren, å oppleve kontakt, kan være spennende og givende for vernepleieren og dermed også for brukeren. I dette møtet er det at relasjonen trer tydelig frem. I samspeilet, der brukeren får uttrykke hvem han er, kan vernepleieren sies å arbeide *sammen med* ham. I samspeilet, der brukeren får uttrykke hva han vil ha, arbeider vernepleieren *i stedet for* ham når hun gjør for ham det han selv ikke kan gjøre.

Relasjonen – først og sist

Et grunnleggende krav brukeren har, er knyttet til tjenesteytnerens faglige kompetanse og da spesielt kommunikasjons- og relasjonskompetansen. Slik kompetanse er vesentlig for å oppfatte og fortolke brukerens uttrykk, men også for å svare kontingent på disse. Det vil også være viktig for vernepleieren å vurdere utforming og bruk av hjemmet slik at brukeren i

¹⁹ Det at vernepleieren er tydelig og forutsigbar kan være viktig for brukerens opplevelser av livet som godt, men kan imidlertid ikke fastsettes definatorisk.

størst mulig grad kan initiere aktiviteter og handlinger, men også velge bort. Brukerens uttrykk må altså bli fortolket og forstått for å danne grunnlag for vernepleierens handlinger. Når vernepleieren utformer sin yrkesrolle i relasjon til og gjennom kommunikasjon med brukeren, kan hun sies å arbeide *sammen med* ham. Dette er nødvendig for å tilrettelegge og utvikle aktiviteter som gir brukeren hverdag innhold og mening, d.v.s. ut fra oppfatninger av hans ønsker og behov.

Det er ikke minst nødvendig at vernepleieren har kompetanse til å vurdere hvordan hennes egne handlinger påvirker brukeren opplevelser av sitt eget liv og hans muligheter til deltakelse. Forutsetningen er at optimal deltakelse forstås som vesentlig for livskvalitet og dermed innhold i hverdagen. Det er da grunn til å vurdere hva vi skal forstå med deltakelse. Ifølge St.m. nr. 40 (2002–2003: 124) har det i Norge vært liten tradisjon for å arbeide med selvbestemmelse i forhold til utviklingshemmede. Videre vises det til at «Sosialdepartementet ser det som viktig å utvikle metoder og måter å styrke utviklingshemmedes selvbestemmelse på, og arbeide for at utviklingshemmede selv kan komme til ordet» (ibid: 27). Er det som selvstendig besluttede og utførte handlinger vil den dypt utviklingshemmede aldri bli selvstendig, men han kan likevel «komme til ordet». Brukerens grad av deltakelse kan sees i sammenheng med grad av påvirkbare omgivelser. Slike omgivelser kan da oppfattes som et krav brukeren har, uavhengig av dennes funksjonshemminger. Deltakelse kan noen ganger medføre at vernepleieren arbeider for brukeren, d.v.s. gjør *i stedet for*, der brukeren selv ikke kan. Utgangspunktet må alltid være at vernepleieren arbeider *sammen med*. Vernepleierens funksjon blir da å arbeide i relasjonen *som om* brukeren er hennes «arbeidsgiver».

Litteratur

- Eknes, J. (2000):
Utviklingshemming og psykisk helse Oslo: Universitetsforlaget
- Gullestad, M. (1989):
Kultur og hverdagsliv, Oslo: Universitetsforlaget
- Guneriussen, W. (1996):
 Aktør, handling og struktur. Oslo: Tano Aschehoug
- Hansen, T. (2002):
 «Da står verden stille...» *Om vernepleieres forståelse i samhandlingssituasjoner med alvorlig og dypt utviklingshemmede*, Hovedfagsoppgave i helsefag, Universitetet i Tromsø
- Jensen, K. (1992):
Hjemlig omsorg i offentlig regi. Oslo: Universitetsforlaget
- Martinsen, K. (1990):
 «Omsorg i sykepleien» i Jensen, K.: *Moderne omsorgsbilder*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag
- Molander, B. (1993):
Kunnskap i handling. Göteborg: Bokförlaget Diadalos
- Måseide, A. (1988):
 Omsorg – ein freistnad på begrepsavklaring, Norsk *Filosofisk tidsskrift* I-25

Reflektert etisk praksis i samhandlingssituasjoner hvor tvang og makt benyttes

Dette kapitlet diskuterer hvordan kompliserte samhandlingssituasjoner kan oppleves og forstås fra tjenesteypers side. Videre diskuteres hvordan tjenesteypers egen forståelse og tolkning kan påvirke grad av instrumentell tilnærming i tilknytning til tvangstiltak. I den forbindelse trekkes etisk refleksjon og etisk forsvarlighet inn i diskusjonen.

To hovedutfordringer i vernepleiefaglig arbeid

Vernepleiefaglig arbeid gir mange pedagogiske og etiske utfordringer – nå som før. Slik må det bli for et fag og en yrkesgruppe som har sitt arbeid knyttet opp mot andre menneskers hverdagsliv. Det handler om små og store hendelser, opplevelser og aktiviteter ofte med betydelige konsekvenser for trivsel og livskvalitet for tjenestemottakere. Jeg skal her nøye meg med å trekke frem to slike utfordringer som jeg ser på som viktige spesielt når det er vedtatt at tvang og makt etter Sosialtjenesteloven kapittel 4A kan benyttes.

Det ene utfordringen er knyttet til at tjenesteytere må gis mulighet til å opprettholde og videreutvikle etisk refleksjon, dialog og meningsforskjeller. Dette er viktig i en tid hvor tidsklemmen truer det å kunne tenke over eget miljøarbeid. Jeg tenker her både på pedagogiske, juridiske men ikke minst på etiske og ideologiske aspekter ved vår tjenesteyting.

Den andre utfordringen er knyttet til hva vernepleiere og utdanningene vektlegger som hovedpremisser i vernepleiefaglig yrkesutøvelse. Tradisjonelt har vernepleiefaglig praksis ofte vært preget og inspirert av atferdsanalytisk tenkning når man har arbeidet med krevende og utfordrende atferd (Skjerve, 2000; Holden, 2000). Atferdsanalytisk praksis har ofte gitt en pedagogisk begrunnet tilnærming i miljøarbeidet. Gjerne ved å beskrive tydelige fremgangsmåter for tjenesteytere og hvor det tilstrebes objektive målbare resultater for tjenestemottaker. I de siste årene har vernepleieres utdanning og praksis i større grad latt seg influere mer av fenomenologisk og hermeneutisk tenkning hvor subjektive opplevelser og fortolkning har blitt vektlagt (Jacobsen 2000; Kvale 1997). Forenklet kan dette sies å utgjøre en mer omsorgsrettet tilnærming hvor tjenestemottakernes opplevde tilfredshet i seg selv er hovedutgangspunkt og siktemål for tjenesteyting og miljøarbeid.

For å kunne debattere dette nærmere gjør jeg derfor et skille og konstruerer et motsetningsforhold mellom to hovedprinsipper som gjerne blir lagt

til grunn i vernepleiefaglig arbeid. Skillet konstrueres da mellom pedagogikk (trening, opplæring og kvalifisering etc.) på den ene siden, opp i mot en sterkere omsorgstilnærming som da kan sies å utgjøre en annen vektlegging i vernepleiefaglig arbeid. I utøvende vernepleie griper dette selv sagt inn i og støtter opp om hverandre, men for å stoppe litt opp og gjøre noen refleksjoner rundt praksis kan det å gjøre et slikt skille være formålstjenlig. Et slikt skille, eller ulik tilnærming, er spesielt viktig å tenke over når vi står i og overfor situasjoner hvor krav til teknikk og pedagogisk metodikk er spesielt påkrevd. Slik det ofte er i situasjoner hvor tvang og makt benyttes. Samtidig gir tjenesteyting hvor tvang og makt benyttes en helt spesiell og ulik rollefordeling mellom tjenesteyter (den som bruker makt/tvang) og tjenestemottaker (den som blir utsatt for makt/tvang). Kappitlet må sees på som en refleksjon rundt dette og et innlegg i en slik debatt. Jeg vil først ta for meg utfordringer knyttet til etisk refleksjon, dialog og meningsforskjeller.

Etisk refleksjon, dialog og meningsforskjeller

Sosialtjenesteloven kapittel 4A «Rettsikkerhet ved bruk av tvang og makt overfor enkelte personer med psykisk utviklingshemning» stiller en rekke forutsetninger for at tvang og makt skal kunne benyttes. Blant annet beskrives flere grunnvilkår som må være tilstede før tvangstiltak kan iverksettes. Etisk forsvarlighet er et av disse grunnvilkårene (§4a–5). Å innfri etisk forsvarlighet byr på en rekke utfordringer. Jeg skal i dette kapitlet forsøke å belyse noen av disse utfordringene samt komme med noen innspill for hvordan en kan komme etisk forsvarlighet noe i møte. Nå er det ikke slik at etisk forsvarlighet kun er aktuelt ved bruk av tvang og makt. Etisk forsvarlig tjenesteutøvelse er en ambisjon og en forutsetning for alt miljøarbeid, men lovgiver har i forbindelse med Sosialtjenestelovens kapittel 4A gjort det til et grunnvilkår, og det må derfor i en slik sammenheng tydeliggjøres og vektlegges spesielt.

Synspunkter og refleksjoner i dette kapitlet bygger mye på en studie som tar for seg hvordan det for tjenesteytere oppleves å utøve legalisert tvang og makt (Bollingmo, 2002). Studiens hensikt var blant annet å belyse forhold som kunne virke inn på etisk forsvarlighet i tvangsutøvelsen. Jeg skal derfor innledningsvis trekke frem noen funn og refleksjoner fra denne studien.

Studien er basert på intervjuer og samtaler med erfarne profesjonelle miljøarbeidere som har reflektert rundt egen bruk av legalisert tvang og makt. Innfallsvinkelen for å fange informantenes opplevelser (Kvale, 1997) og drøfte disse, ble i hovedsak konstruert rundt kompetanseområdet «reflektert etisk praksis» (Bollingmo, 2002: 36). På hvilken måte reflektert etisk praksis kan bidra til å fremme etisk forsvarlighet skal jeg komme tilbake til nedenfor. Hvordan det oppleves å utøve legalisert tvang

og makt var studiens hovedproblemstilling, og det var dette spørsmålet studiens informanter innledningsvis ble invitert til å reflektere rundt.

I følge informantene har refleksjoner i intervjusituasjonen også vært med på å belyse egne opplevelser i tvangstiltakene. Dette har i stor grad vært retrospektive opplevelsesbetraktninger løst fra konkrete tvangsutøvelser. Intervjuene ble noen ganger tidsmessig gjort tett inntil tvangstiltaket men aldri helt tett på. Slik avstand kan ha både fordeler og ulemper. Retrospektive betraktninger har nok redusert refleksjonens nærhet til selve tiltaksgjennomføringen, det som gjerne benevnes som refleksjon i handling (Johansen, 1996; Molander, 1996; Schön, 1983). Retrospektive betraktninger har allikevel vært med og styrket informantenes egne teorier og metaperspektiv i tilknytning til egen bruk av tvang og makt. Dette benevnes gjerne som *refleksjon over handling* (Johansen, 1996). I tillegg har systembetraktninger rundt bruk av tvang og makt i større grad kommet frem gjennom de retrospektive intervjuene.

Den nødvendige usikkerheten i etisk refleksjon

Det første funnet jeg vil trekke frem er informantenes usikkerhet i eget arbeid. En usikkerhet som gjerne går hånd i hånd med etisk refleksjon. I de fleste sammenhenger er det å være trygg og sikker i sitt miljøarbeid en naturlig og ønsket ambisjon. Men en opplevd usikkerhet trenger ikke å innebære noe negativt. Spesielt når en har etisk refleksjon i fokus. Usikkerhet hos tjenesteytere som utøver tvang og makt kan også være av det gode – ja like mye representere noe helt nødvendig tilstedeværende.

En av studiens informanter beskrev hensikten med slik usikkerhet på følgende måte: «Det har vært utveksling av usikkerhet». I dette lå en bevissthet om at når arbeidsfellesskapet drøftet fagetiske sider ved sin praksis var det i deres kontekst vanskelig å finne det riktige svaret (Sandvin et al, 1998). I dette tilfellet var nettopp denne usikkerheten et perspektiv og et moment som informanten eksplisitt satte pris på. Et argument for å ikke sovne hen og å finne enkle løsninger på kompliserte etiske utfordringer. Slike utfordringer kunne for eksempel være hvordan en forholdt seg når tjenestemottakere ikke ville spise, ikke ville stå opp for å gå på arbeid, luktet vondt pga dårlig hygiene, utførte atferd som omgivelsene reagerte veldig negativt på eller hadde på seg klær som vekket oppsikt på en for tjenestemottakeren meget uheldig måte. Hvor mye burde en argumentere, manipulere og eventuelt tvinge i slike sammenhenger? Skulle en for alt i verden unngå tvangsbruk som i seg selv er en uønsket? For eksempel å stille krav om at tjenestemottakeren må stå opp da det er langt på dag, selv om dette gjerne førte til protester (les; slag, spark og lignende), som igjen gjorde at tvangstiltak ble iverksatt. Eller burde en som tjenesteyter ikke være så redd for at tjenesteyterens egen atferd i samhandlingssituasjoner, å stille krav, var en sterk medvirkende årsak til at tiltak med bruk av tvang og makt ble iverksatt. Underforstått i

dette ligger selvsagt at alle andre løsninger (§4A-5) skal være prøvd for at tvangstiltak kan unngåes.

Den usikkerheten som informantene over trakk frem representerer en usikkerhet som praksis trenger. Det skal ikke være lett å ha stor innflytelse over andre menneskers hverdagsliv. Det skal ikke være lett å ta beslutninger som griper inn i andre menneskers liv. Det *er* usikkert hva som er godt for et menneske som trenger andre for å tolke meninger og opplevelser. Slik jeg forstår det er det nettopp en slik bevisst usikkerhet kapittel 4A i Sosialtjenesteloven inviterer til gjennom *etisk forsvarlighet* slik det fremkommer i Rundskriv IS-10/2004.

72

Nå er det viktig å understreke at den form for usikkerhet informantene var opptatt av, ikke må få bli værende individuell og privat, den *må* deles med andre. Det er dette «utveksling av usikkerhet» sikter til. Det var viktig å få løftet frem og få sin etiske usikkerhet belyst og vurdert av andre. Dette for å unngå at tjenesteytere ble værende i en sirkeltenkning hvor egne moralverdier om rett og galt ubevisst ble gjentatt. Slike ubevisste moralverdier er når den enkelte tjenesteyter for eksempel opplever en bestemt påvirkning en selv har gjort overfor en annen, som henholdsvis stor eller liten uten – uten at denne egenopplevelsen blir gjort til gjenstand for refleksjon. I praksis settes da grenser uten å være reflektert tilstede om sin egen grensesetting. Dette i motsetning til bevisst ettertenkning over egne verdier som blir lagt til grunn i tvangsutøvelsen. En ettertenkning som er med og høyner den enkelte tjenesteyters etiske handlingsrefleksjon. I et refleksjonsperspektiv er det ikke uvesentlig hvem en da deler sin usikkerhet med. Hvem disse kan eller bør være blir ikke omhandlet videre her. Jeg nøyer meg med å peke på følgende: å dele tanker med noen som tenker likt en selv, er annerledes og gir andre konsekvenser enn det å dele tanker med noen som tenker ulikt.

Etisk forsvarlighet

For å begrunne nærmere hvordan *bevisst usikkerhet* er en del av *etisk forsvarlighet*, vil jeg sette fokus på hva som ligger i etisk forsvarlighet. Her finnes flere innfallsvinkler. En slik innfallsvinkel er å se hva lovgiver sier i tilknytning til kapittel 4A i Sosialtjenesteloven.

Som jeg allerede har vært inne på presiseres det i sentrale lovdokumenter at tiltakene som innebærer bruk av tvang og makt skal være faglig og etisk forsvarlig, (Ot prp nr 57 (95–96); Ot prp nr 58 (94–95)) og at tjenesteyteres holdninger har stor betydning for håndhevelse av tjenestemottakeres grunnleggende rettigheter (Ot prp nr 58 (94–95)). I denne sammenheng vises det ofte til NOU 1991: 20 «Rettsikkerhet for mennesker med psykisk utviklingshemming». Departementet har valgt å presisere etisk forsvarlighet så sterkt at det i § 4A-5 er tatt inn i lovteksten som et av lovens grunnvilkår. Lovteksten med rundskriv (Rundskriv IS-10/2004,

kap 4.5.3) vektlegger i sin beskrivelse av etisk forsvarlighet at tiltaket må vurderes og prøves ut mot alminnelige etiske prinsipper. Utgangspunktet er respekten for enkeltindividet og dets autonomi. I etisk forsvarlighet forutsettes videre at den enkelte tjenesteyter er i stand til å tematisere hvordan det ville oppleves selv å bli utsatt for samme behandling. Her nevnes både med hensyn til opplevd ubehag dette medfører og til opplevelsen av inn gripen i den enkeltes integritet og verdighet. Krav om etisk forsvarlighet er videre utdypet i vurderingskriteriene til lovteksten.

I Rundskriv IS-10/2004 fremheves og beskrives viktige etiske prinsipper og grunnleggende rettigheter som skal vektlegges i lovanvendelsen. Dette er rettigheter og prinsipper som har vært oppe i diskusjoner og utredninger og løftet frem som særdeles viktige i arbeidet med mennesker med utviklingshemming de seneste årene (NOU 1991: 20; Ot. prp.nr 58 (1994–95)). Prinsipper og rettigheter som en kan se for seg vil kunne stå i direkte konflikt med bruk av tvang og makt. Lovgiver fremhever tydelig autonomiprinsippet (se blant annet Wulff 1995) som bærende i sin argumentasjon. Det kan en forstå når lovforslaget i seg selv bygger på en paternalistisk begrunnelse gjennom nødvendigheten av å gripe inn overfor en person som ikke kjenner sitt eget beste. Wulff beskriver dette som «den genuine paternalisme» (s.70). Den etiske utfordringen er i følge Wulff aller størst når en handler uten å ha sikret seg «pasientens», eller i denne sammenheng tjenestemottakers, samtykke. Samtykke fra tjenestemottakerne er fraværende ved bruk av legalisert tvang og makt etter kapittel 4A. Fraværet ligger i tvangstiltakets egen begrunnelse. Det er derfor et ekstra stort ansvar å bære når en som tjenesteyter tar på seg rollen som den genuine paternalist hvor handling er begrunnet i den andres fravær av å kjenne sitt eget beste. Å være paternalistisk er ikke i utgangspunktet et problem, det er hvordan dette forstås og hvordan en bærer frem sin paternalisme som her blir avgjørende. Den enkeltes selvbestemmelse (Selboe m fl, 2005) kan bli satt til side mer enn nødvendig.

Noen flere forhold som i tilknytning til etisk forsvarlighet beskrives i Rundskriv IS-10/2004 er også viktig å legge merke til: I *retten til selvbestemmelse* fremhever lovgiver muligheten til å gjøre egne valg ut i fra egne premisser. Tjenesteytere vil her ha en pedagogisk utfordring i å tilrettelegge for dette. Psykisk utviklingshemming er en kognitiv utviklingshemming som gjør at reell selvbestemmelse må tilpasses og tilrettelegges for den enkelte.

I *retten til å være seg selv* fremheves retten til å være annerledes. Denne bemerkningen tar opp i seg en lang debatt som har vært ført i politisk-ideologiske og faglige miljøer. Et forenklet spørsmål kan stilles for å ta i seg deler av dette: Er det samfunnet eller den utviklingshemmede som først og fremst skal tilpasse seg? Siktemålet er å gi gode livsbetingelser på tjenestemottakerens egne premisser.

I *retten til å ikke bli utnyttet* fremheves at en ikke skal iverksette opplæringstiltak som baserer seg på å begrense tilgangen tjenestemottakerens private eiendeler eller benytte disse som belønning.

I *retten til privatliv* presiseres at selv om det kan være vanskelig å overlate tjenesteytere til seg selv på bakgrunn av atferd eller omsorgsbehov, er denne retten beskyttet av Den europeiske menneskerettskonvensjonen. Utformingen av tjenestetilbudene har i mange sammenhenger stridt imot denne retten. Utviklingshemmede i institusjon og kommunale boliger har vært overlatt til åpne dører, flere på samme rom, ikke privat leilighet og lignende. Endret kommunal boligpolitikk og økt vektlegging på brukermedvirkningsperspektivet de seneste årene har gjort at retten til privatliv er styrket (Kroken, 2000).

I *retten til forsvarlig levestandard, forsvarlig tjenestetilbud, opplæring og utdanning eller meningsfullt arbeid og aktivitetstilbud* fremheves at behovet for en meningsfull tilværelse må ivaretaes og at dette er med på å prege selvbildet og fremme en positiv utvikling.

I *retten til fravær av tvang* presiseres at respekt for retten til selvbestemmelse og de øvrige rettighetene innebærer rett til fravær av tvang. Om en selv ikke er i stand til å hevde sine rettigheter skal ikke dette redusere muligheten for at retten hevdes og anvendes. Tvang må begrunnes og vurderes opp mot en alvorlig krenkelse av andre personers rettigheter og friheter. Dette vil kreve omfattende og kompliserte drøftinger der vernet av enkeltes rettigheter må vike for vernet av andres. «Det er nettopp gjennom slike drøftings- og verdivalgsprosesser at lovens verdigrunnlag anvendes i praksis» (Kroken, 2000 s. 22)

I *retten til å utnytte rettigheter* påpekes tjenesteyteres og tjenesteapparatets ansvar for tilrettelegging av utvikling av den enkeltes utviklingshemmedes kognitive ressurser slik at denne retten blir reell. Om ikke annet skal en da foreta en nødvendig tilpasning av formelle beslutningsprosedyrer. «Kompensatoriske anordninger for å avhjelpe reduserte muligheter til å kunne utnytte sine rettigheter må betraktes som svært betydningsfulle i et rettssikkerhetsperspektiv. Verge/hjelpeverge/pårørende skal om nødvendig her trekkes inn. Som en oppsummering kan en gå tilbake til NOU 1991: 20 som på en velvalgt måte slår fast at *det er fravær av rettigheter som skal begrunnes*, ikke omvendt. I et historisk perspektiv er det nok slik at man ofte har måttet positivt begrunne rettigheter som nevnt over før rettighetene ble aktivt anvendt. Hele NOU 1991: 20 kan om enn snevert, sees på som et tilsvar på en slik historisk forståelse.

Lovgiver peker også på at ved å fremheve disse grunnleggende rettigheter og prinsipper vil en kanskje kunne redusere eller unngå bruk av tvang og makt. I dette ligger en erkjennelse av at omsorgen ikke har løftet disse

prinsippene nok frem tidligere. Denne dreiningen har både inspirert og tvunget behandlings- og omsorgsmiljøer til en retning hvor disse prinsippene i mye større grad enn tidligere nå vektlegges. I kjølevannet av dette har det kommet opp en diskusjon om hva som kan forståes som alternative tiltak til bruk av tvang og makt (Syse og Røed, 2001). En forutsetning for anvendelse av tvangstiltak etter kapittel 4A er at *andre løsninger* (§ 4A-5) skal være prøvd. Her er for eksempel Iversen (1999) kritisk til at enkelte gjør en fortolkning av at andre løsninger (i tidligere lovtekster beskrevet som alternative tiltak) blir forstått som tilgang til ordinære livsbetingelser. Slike fortolkninger er ofte historisk begrunnet. Mange av tjenestemottakernes hverdag var tidligere preget av at grunnleggende rettigheter ikke ble godt nok ivaretatt. Det ble hevdet at fravær av slike rettigheter var en direkte og indirekte årsak til tvangsbruk overfor utviklingshemmede (NOU 1991:20). I denne perioden kunne kanskje noen se på det å «iverksette» eller innføre grunnleggende rettigheter som alternativer til gjeldende praksis og tenkning.

Mange av våre preferanser handler om tidligere erfaringer og opplevelser. Slik var det også for studiens informanter (Bollingmo, 2002). Informantenes opplevelser og refleksjoner om dagens praksis, var ofte knyttet til hvordan det var før. Informantenes førerfaringer er derfor en inngangsbillett til å forstå informantenes nå-opplevelser. Historisk sett har mange som ble utsatt for tvang og makt vært fratatt flere grunnleggende rettigheter (NOU 1991: 20). Jeg mener derfor at i et retrospektivt perspektiv kan en forklaring om at «innføring» av grunnleggende rettigheter, for eksempel retten til å bestemme selv, forstått som et alternativt tiltak, forsvare informantenes begrunnelser.

I dag er det et annet og revitalisert fokus på slike rettigheter. Rettighetene er i større grad blitt en reell selvfølgelighet. I et fremtidsperspektiv fremstår det derfor både som uheldig og ikke tråd med lovens intensjoner å beskrive eller fortolke grunnleggende rettigheter og allmenne livsbetingelser som alternative til bruk av tvang og makt. Etter hvert som flere og flere tiltak søkes godkjent må en kunne regne med at *andre løsninger* beskrives og at en derigjennom får en nærmere diskusjon og vurdering av hva som legges i dette rent juridisk.

Etikk og etisk forsvarlighet kan på den ene siden rette seg mot organisasjoner, profesjoner og tjenester. Derfor er det utarbeidet egne etiske retningslinjer for blant annet medlemmer i FO (Fellesorganisasjonen, 2003) og det er vanlig å utarbeidet standarder og kjøreregler for ansatte i ulike tjenester. Slike retningslinjer skal være en rettesnor, rådgiver og kvalitets-sikrer for godt utførte tjenester. På den andre side forutsetter dette at den enkelte som skal bære frem disse ambisjonene og retningslinjene er tilstrekkelig etisk kompetent. Ambisjonen henvender seg både til et slags minimum; standarder for dette må du i alle fall tenke igjennom, og til en

utvikling av etisk refleksjon over egen situasjon basert på erfaring og godt utviklet skjønn. Norsk vernepleierforbund definerer etikk som:

Den mer eller mindre systematiske bevisstgjøring eller bearbeidelse av de prinsipper, verdier og normer som inngår i moralen. Etikk er teoretiske prinsipper som muliggjør en systematisk refleksjon over moralsk atferd. Etisk refleksjon kan hjelpe oss til å forstå, vurdere og begrunne våre verdivalg og handlinger. (Fellesorganisasjonen, 1998)

76

Etisk forsvarlighet skaper gjerne frustrasjon i kompliserte samhandlingssituasjoner

En daglig utfordring for mange tjenesteytere er at miljøarbeid i seg selv inviterer til mye tvil om hva som er rett og galt (Bollingmo, 1993). Som jeg allerede har nevnt er det for eksempel vanskelig å vite hvor mye en skal presse en tjenestemottaker som ikke vil stå opp og som dermed kan miste en arbeidsdag eller skoledag, eller hvor lenge og hvor mange ganger en skal overtale en annen til å spise «riktig» mat når feil kosthold gir vedkommende helseplager eller når noen ikke vil ta nødvendig medisin. Dette er daglige dilemma for mange tjenesteytere. Da er det viktig å peke på følgende forhold: det er mer betenkelig dersom valg og beslutninger på vegne av andre ikke skulle skape usikkerhet hos tjenesteyteren selv.

Men, usikkerhet over tid fører gjerne til frustrasjon. Slik frustrasjon kan være tung å bære og blir dermed en ny utfordring å leve med og i for tjenesteytere. Opplevd tilstand av frustrasjon er for tjenesteytere en ubehagelig situasjon å være i, og har derfor det ved seg det at den selv inviterer til å bli ønsket vekk. Som mennesker ønsker vi gjerne å være i en opplevd tilstand av likevekt hvor en i stor grad er enig med seg selv (Teigen, 1997). Et slikt kroppslig og psykologisk ønske kan derfor bli feiltolket og misforstått dersom tjenesteyterne ikke er reflektert tilstede i sin egen tjenesteutøvelse.

Her trengs antageligvis en foreløpig oppsummering for å klargjøre argumentasjonen. Utgangspunktet er at opplevd usikkerhet i tjenesteutøvelse, slik den omtales i dette kapitlet, er bra. Men når usikkerheten går over til å bli frustrasjon kan dette bli et problem. Frustrasjon er ubehagelig å leve med. Når noe er veldig ubehagelig er det instinktivt naturlig å ønske dette ubehaget vekk. Hvis da ikke følgende skjer: Tjenesteyteren har et metaperspektiv på egen frustrasjon hvor en ser at usikkerheten, altså årsaken til frustrasjonen, er en viktig del av det å gjøre en flott jobb. At tjenesteyteren får et kognitivt/reflektert forhold til den tunge «frustrasjonsbøra». Det er gjerne slik at økt innsikt, økt kompetanse og mange handlingsalternativer genererer det vi i denne sammenhengen kan kalle intellektuell smerte. Derfor må den enkelte tjenesteyter ha et metaperspektiv på eget arbeid for å se at det ikke nødvendigvis er en sammenheng mellom det å

ha en tung bør   bære, for eksempel opplevelsen av   ikke strekke til på jobben, og det å faktisk utføre dårlig miljøarbeid.

Nå er det ikke slik at usikkerhet i seg selv er noe som skal etterstrebes. Rent faglige og juridiske avgjørelser bør være basert på sikker kvalitet og god faglig innsikt. For å si det meget forenklet: Juridiske avveininger kan knyttes til hva tjenesteyteren *skal og ikke skal* gjøre rent juridisk. Faglige avveininger knyttes gjerne til hva tjenesteyteren metodisk og pedagogisk *kan* gjøre. Etske avveininger knyttes gjerne til om en *bør* gjøre det en kan. Mitt hovedpoeng blir da: utfordringen for tjenestemottakere blir å differensiere mellom usikkerhet knyttet til henholdsvis jus, pedagogikk på den ene siden og usikkerhet knyttet til etiske dilemma på den andre siden. At det er en bevissthet til stede slik at usikkerhet knyttet til etiske dilemma blir noe praksis setter pris på. At det ikke f r feste seg en ubehagsf lelse til slike frustrasjoner som gjør at en tror at dette er en negativ tilstand   være i. Jeg kan derfor tenke meg å formulere ambisjonen i en slik situasjon eller tilstand til å være *lykkelig frustrert*. Filosofen John Lundest l (1999) betegner sammenlignbare situasjoner og opplevelser med å lide –   lide på en utholdelig m te

For at denne frustrasjonen og usikkerheten skal komme til nytte på en positiv og dynamisk m te må den løftes frem for vurdering sammen med andre. Dette kan for eksempel være i et arbeidsfellesskap eller i møtepunkter hvor pårørende, verger, tjenestemottakeren og tilsvarende deltar. Gjennom en *felles aksept* av at tjenesteutøvelse representerer usikkerhet, kan usikkerheten bli satt pris på, og dermed i større grad få bli værende. Slik jeg ser det krever dette at tjenestemottakerne har møtepunkter for refleksjon, argumentasjon og dialog.

Et funn fra studien (Bollingmo, 2002) som jeg i denne sammenheng også vil trekke frem er tilpasning til det å bli utsatt for vold. Informantene var svært opptatt av hvor skremmende det kan være å oppleve sin egen tilpasning til det å bli utsatt for vold – og at denne tilpasningen kan være et hinder for kroppslig, emosjonell og intellektuell beredskap i og rundt tvangstiltak. En tilpasning som kulturelt sett kan være ubevisst tilstede og v re til hinder for reflektert etisk praksis. Reflektert etisk praksis som kompetanseområde representerer sentrale ferdigheter, verdier og normer den enkelte tjenesteyter trenger å utvikle seg i og innenfor for å komme grunnvilkåret etisk forsvarlighet i møte. Etisk forsvarlighet skal til syvende og sist bæres frem av den enkelte tjenesteyter hvor tvangstiltak gjennomføres. En viktig forutsetning for å være kompetent her er derfor å kunne reflektere.

Refleksjon og ettertenkning krever både rammer, systemer og individuelle ferdigheter. Diskusjon og refleksjon i etterkant av tiltak der det benyttes tvang og makt etter kapittel 4A i Sosialtjenesteloven er ikke påkrevd.

Flere miljø har allikevel bygd dette inn i sine rutiner. Informantene har jo nettopp pekt på det forhold at slike rutiner var en helt nødvendig buffer mot rutinisering og teknisk forståelse av selve tvangssituasjonen. Jeg mener derfor at refleksjonsrutiner burde vært påkrevd og ikke overlatt til tilfeldige individuelle behov og ønsker. Det tror jeg er effektivt – i den forstand at effektivitet er å fremme mange flotte refleksjoner rundt etiske dilemma i møte med utfordrende atferd. På den måten kan reflektert etisk praksis som individuell ferdighet og kompetanseområdet for tjenesteyting stadig videreutvikles (Bollingmo, 2004: 204). En naturlig konklusjon på dette er at både debriefing, dialog og refleksjon på en eller annen måte må settes i system.

Skal en snakke sammen må en møtes

Informantene poengterer møtepunktens betydning, både når det gjelder struktur og i konkret innhold. Noe av det viktigste er å snakke om følelser. For mange tjenesteytere kan det være det en lang veg å gå. Spesielt for de som mangler erfaring i å snakke om egne følelser i det offentlige rom.

Like så mye som det å øve på refleksjon er valg av ord viktig. Valg av ord fanger gjerne forståelsen av situasjonen. Hvilke ord som settes på fenomener og forhold i møte mellom mennesker hvor den ene part utøver tvang og makt er derfor avgjørende. Andre tema informantene trakk frem var at tjenesteyterne måtte bevisstgjøres på egne grenser for bruk av tvang og makt. Videre hvordan det oppleves å bli utsatt for tvang og makt slik at tjenesteyterne i størst mulig grad kan bli empatisk i stand til å begripe hvordan tjenestemottakerne opplever sin situasjon i tvangstiltaket. Et siste moment kan her nevnes: at hver og en tjenesteyter blir i stand til å holde fokus på det viktigste og på mange måter det mest utfordrende i tjenestetilførselen overfor mennesker med utfordrende atferd: hvordan legge til rette for et best mulig liv ved å ta utgangspunkt i tjenestemottakerens egne premisser, verdier, behov og ønsker.

Når det gjelder informantenes beskrivelser av hvilke ferdigheter, normer og verdier som spesielt har betydning for etisk praksis, så har de trukket frem fire overordnede forhold; å ta den andres perspektiv, være dynamisk tilstede i den enkelte tvangssituasjon, være kritisk til den man gjør men samtidig trygg tilstede i selve tvangstiltaket og å stadig være på søk etter ny kunnskap i et langsiktig læringsutviklingsperspektiv. I forlengelsen av dette stiller informantene spørsmål til om tjenesteytere i for stor grad ser på tjenestemottakeren som faglige utfordringer fremfor som et menneske i seg selv. Dette er en sterk og viktig problemstilling å ta tak i. Dette er også noe lovgiver er opptatt av og som Rundskriv IS-10/2004 flere steder tar opp under overskrifter som: «krav til godt tjenestetilbud og livsmiljø» (s: 24). Informantene var også opptatt av ambivalensen de følte mellom å forholde seg pedagogisk korrekt i tiltaksgjennomføring samtidig som

dette kunne gjøre at etiske dilemma kunne komme for mye i skyggen av teori og dokumentasjon. Videre hadde informantene refleksjoner rundt at deres kroppslige og emosjonelle erfaringer og reaksjoner, ikke stod i samsvarende med beskrevne forventninger om hvordan tjenesteyteren skulle reagere. Mange tvangstiltak hadde prosedyreelementer som krevde at tjenesteytere skulle forholde seg følelsesmessig nøytral. I forlengelsen av forhold nevnt over, vil jeg nedenfor problematisere følgende forventning tjenesteytere dermed kan stå overfor; det å forholde seg i samhandlingen «som om ingen ting hadde skjedd». Dette mener jeg har betydning for etisk forsvarlighet i tvangstiltakene ved at det etiske perspektivet her kan komme for mye i bakgrunnen. Å forholde seg «som om ingen ting hadde skjedd» er den *andre hovedutfordringen* kapitlet tar for seg.

«Som om ingen ting hadde skjedd» – et pedagogisk krav med etiske konsekvenser

I de senere årene har fagmiljøene diskutert alternative tilnærminger til bruk av tvang og makt. I den sammenheng er det også reist spørsmål i tilknytning til ideologisk tilnærming. I grove trekk kan en si at diskusjon om tilnærming handler om hvor instrumentell samhandlingssituasjonen kan og bør forstås. I den forbindelse reises det både etiske utfordrende og faglig kompliserte diskusjoner (Holden, 2003; Tetzchner, 2003; Ellingsen m fl, 2002).

En av informantene i studien sa:

Vi skal i prinsippet være ferdig med nedleggingen når den er gjennomført, men den påvirker den videre samhandlingen veldig mye; vi blir redde og unngår episoder spesielt når vi er slitne (Bollingmo, 2002).

Prinsippet «å være ferdig med nedleggingen» vil jeg her reformulere til: *som om ingen ting hadde skjedd*. Et slikt prinsipp representerer en instrumentell tilnærming til egen situasjon hvor tjenesteyter utøver tvangstiltak. Det er dette jeg etter hvert vil problematisere.

Flere av tvangstiltakene informantene omtalte hadde i seg en forventning om at etter tvangstiltak skulle tjenesteytere forsette som før. Dette var nedfelt som en implisitt overordnet norm i tjenesteytingen, eller det var eksplisitt nedskrevet i prosedyren som del av tiltaket. Tjenesteyteren gikk tilbake til den situasjonen tjenesteyteren og tjenestemottakeren var i da tiltaket ble iverksatt og forsøkte å forholde seg emosjonelt og teknisk som om ingen ting hadde skjedd. Selv om informantene var enig i begrunnelsen så de det som et umulig prosjekt å samhandle videre *som om ingen ting hadde skjedd*. Det hadde skjedd så mye emosjonelt i konteksten rundt tvangstiltaket som ikke kunne viskes ut. Jeg mener at forventninger til at tjenesteytere skal forholde seg *som om ingen ting hadde skjedd*,

representerer et av de viktigste og mest underkommuniserte pedagogiske og etiske utfordringene tjenesteytere som utøver tvang og makt blir stilt ovenfor.

Det kan i enkelte sammenhenger etablere seg kulturer som mer eller mindre forventer at alle tjenesteytere skal beherske alle de utfordringer de blir stilt overfor. Dersom de ikke fikser å gjennomføre tiltak står de i fare for å bli nedvurdert som kollega. En slik kultur har noen av informantene vært en del av tidligere, og dette er de meget engstelig for skal utvikle seg på nytt. Her er som en av informantene beskrev det som, *æresfølelsen ... råskummel*. Tjenesteyterne satte alt inn på å gjennomføre tiltaket. I slike sammenhenger er en helt avhengig av å ha åpne og lyttende kulturer som kan fange opp slike misforståelser.

80

Her vil jeg trekke inn et annet pedagogisk prinsipp som ofte blir benyttet i målrettet miljøarbeid. Jeg vil her kalle det for «tilbake til samme situasjon²⁰». Prinsippet har flere begrunnelser. Det kan blant annet være knyttet til personer som trenger mange repetisjoner under like stimulusbetingelser for å lære (Larsen og Nytrøen, 1987; Sivertsen, 1989). Min problematisering knyttes midlertidig til anvendelse av prinsippet når tjenestemottakere flykter fra eller unngår situasjoner. Situasjoner som er vurdert som særdeles viktige å gjennomføre til tross for stor motstand fra tjenestemottaker selv. Slike situasjoner inneholder ofte krav eller forventninger som tjenestemottakeren er uenig i eller på en eller annen måte oppfatter som ubehagelig. Tjenestemottaker gjør da noe for å komme seg ut av denne ubehagelige situasjonen. Det de gjør benevnes gjerne som uønsket og ofte vil det kunne dreie seg om såpass store protester at atferden beskrives som utfordrende og dermed kunne lede til tvangstiltak.

Begrunnelsen for *tilbake til situasjonen*, vil ofte være mistanke om at uønsket atferd kan bli forsterket (Durand, 1997; Horne og Øyen, 1994) og dermed bli benyttet av tjenestemottakere i tilsvarende eller lignende kravsituasjoner siden. Diskusjonen om effekten av slike tiltak skal her ikke berøres. Den er i mange sammenhenger dokumentert (Durand, 1997; Horne og Øyen, 1994). Allikevel kan det stilles spørsmål ved hvor instrumentelt slike situasjoner bør forstås.

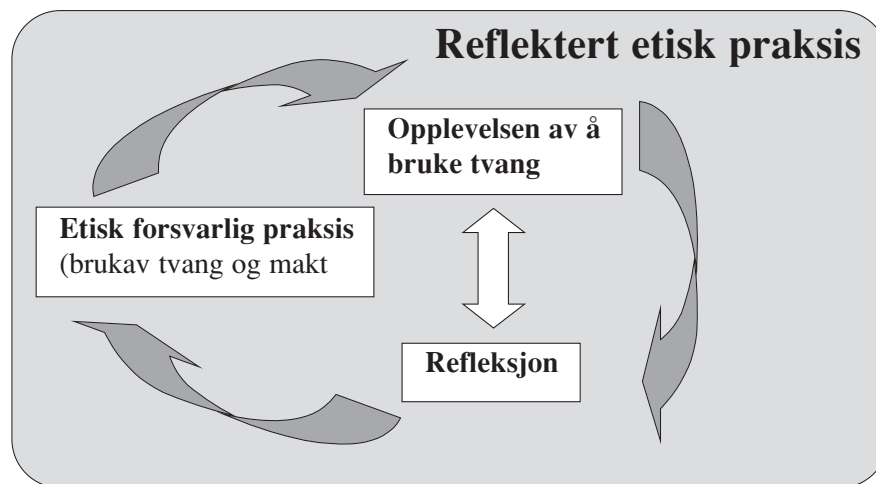
En korrekt pedagogisk løsning overfor «tilbake til samme situasjon», er da for tjenesteytere å gå tilbake til eller å forholde seg i situasjonen – *som om ingen ting hadde skjedd*. Det er dette jeg her problematiserer.

Som om ingen ting hadde skjedd kan i enkelte sammenhenger være en alt

²⁰ I «tilbake til samme situasjon» legger jeg også inn betydningen – å bli i samme situasjon.

for vanskelig og til tider uheldig utfordring for tjenesteytere som sliter med ettervirkninger fra samhandlingssituasjoner der tvang utøves. Det kan være følelser som redsel, sinne, avmakt, frustrasjon som sitter øverst i minnet. Dette er også Urheim (1999) opptatt av, når han fremhever alle de stress- og krisereaksjonene tjenesteytere opplever i slike situasjoner. Jeg er av den oppfatning at slike kroppslige erfaringer ikke kan omgås, men derimot sees på som en primær forståelsesinstans som er med å legge premisser for analyse og tolkning av situasjoner tjenesteytere er i.

Slik jeg ser det er derfor oppdraget – *som om ingen ting hadde skjedd* – både umulig og lite klokt. Umulig fordi en slik emosjonell erfaring påvirker neste samhandling i stor grad – om tjenesteytere vil det eller ikke. Dette er bant annet med å forklare inn følelser som redsel, tilkortkommenhet og lignende og som er med å prege alle fremtidige samhandlingssituasjoner, både de som omhandler tvang og makt, men også alle andre samhandlingssituasjoner. I neste omgang påvirker dette etisk forsvarlighet gjennom refleksjoner, verdier og holdninger den enkelte tjenesteyter får til sin egen tjenesteutøvelse. Figur 1 kan være med å belyse det forhold som her omtales.



Figur 1: Fremstilling av forholdet mellom opplevelse, refleksjon og etisk forsvarlig praksis – reflektert etisk praksis.

Figur 1 viser at opplevelsene og refleksjonene samvirker. Refleksjonen tematiserer opplevelsene (ordene – kognisjonen). Disse tematiseringene virker inn på den etiske forsvarligheten i selve tvangsutøvelsen ved at de bærer med seg erfaringer fra tidligere refleksjoner, og hver enkelt tvangsutøvelse påvirker både de nåværende/sammenfallende og de fremtidige opplevelsene og refleksjonene. Figuren illustrerer en sirkel, men summen av samspillet mellom refleksjon/opplevelser og etisk praksis – reflektert etisk praksis – er dynamisk og kunne godt vært illustrert med en spiral eller en sirkel i stadig vekst

Jeg mener også at det er lite klokt å forholde seg *som om ingen ting hadde skjedd* da det ligger mye viktig informasjon i alle involverte parter emosjonelle tilstand. Hvordan oppleves det å utsettes for tvang? Hvordan oppleves det å utøve tvang og makt? Dette er det viktig å få identifisert og beskrevet, slik at det blir gjenkjennbart og kommuniserbart. På en litt løs og spissformulert måte kan derfor oppdraget reformuleres fra *som om ingen ting hadde skjedd* til *alt har skjedd*. Mitt poeng er ikke å bestride de pedagogiske poengene som gjør seg gjeldende ved å handle *som om ingen ting hadde skjedd*. Mitt poeng er at vi som tjenesteytere i vår samhandling med tjenestemottakere står i fare for å la pedagogiske prinsipper overstyre vår samhandling med tjenestemottakere slik at det etiske perspektivet blir skjøvet for mye i bakgrunnen. Slike miljø kan lett utvikles der tjenesteytere har tydelige uttalte retningslinjer for fremgangsmåter og hvor det oppleves som problematisk at noen tenker annerledes eller alternativt.

Dersom den pedagogiske tilnærmingen har forrang vil det at tjenesteyteren ikke fikk gjennomført påfølgende situasjoner *som om ingen ting hadde skjedd* være hovedproblemet. Her som et pedagogisk problem. Og motsatt, dersom tjenesteyteren vektlegger opplevelsen av det å gjennomføre situasjoner som følelsesmessig vanskelig. Da vil nettopp det å forholde seg *som om ingen ting hadde skjedd* representere et stort problem. Her som et etisk dilemma. Hvordan kan jeg forholde meg som om ingen ting hadde skjedd når det skjedde så mye? Problemene beskrevet over er vesensforskjellig og representere to ulike innfallsvinkler til å forstå, oppleve og begrunne sin væremåte i situasjonen. Dersom denne forskjellen er likt til stede i tilsvarende samhandlingssituasjoner over tid, vil dette etter hvert etableres som to ulike ideologiske hovedtilnærminger. Slik jeg tolket informantene var dette dilemmaet implisitt til stede i deres fortellinger og utsagn. For tjenesteytere vil det derfor kreve bevissthet om en er i et etisk dilemma eller om en i større grad står overfor et pedagogisk problem. Som en mulig oppsummering på kan en vel si at *etiske dilemma ikke kan løse, men må leves med og i*. For å oppnå bevissthet hos den enkelte tjenesteyter om dette, kreves det dialog og refleksjon både i og rundt arbeidsfelleskapene.

Her kan vi problematisere et annet forhold: å se på lovtekster, retningslinjer og tiltaksbeskrivelser som så autoritative at de overskygger faglige og etiske avveininger. Å forholde seg til regelverket/lovteksten som den viktigste autoritative preferansen man lener seg mot når vanskelige etiske avveielser gjøres, mener jeg må kunne beskrives som å være på grensen til ansvarsfraskrivelse. Man løper fra forpliktelsen til å bruke sitt faglige skjønn. Tilsvarende kan sies om det å «kopiere» en kollega dersom begrunnelsen for kopiering er kollegaens faglig autoritet – alene. Johansen (1996) skriver at i læringspsykologien benevnes det å bevisst benytte andres kognitive kart for regelstyring. I forbindelse med bruk av tvang og

makt kan en se på teknisk nøye beskrevne tiltaksprosedyrer og veiledningsangivelser som slike regler. Når tjenesteyteres atferd (praktisering av regelen) er blitt internalisert og automatisert, kalles den kontingensstyrt (Johansen, 1996: 523). Dette er interessante perspektiv dersom det at atferden/tjenesteytere blir kontingensstyrte samtidig medfører at tjenesteytere skjønnsmessig og etisk sløves. Å automatisere og regelstyre tjenesteytere må derfor sees på som en trussel overfor praksis hvor også etisk refleksjon bør være tydelig tilstede.

Tilrettelegge for refleksjon – ha tid til refleksjon – øve på refleksjon
Informantene er alle opptatt av at det må skaffes til veie tid og arenaer for refleksjon (Østrem, 1994, Rolf, 1993). Samtidig er dette et paradoks da slik møtetid i økonomisk trange tider av mange politikere og ansatte i fagadministrasjoner beskrives som lite effektive. De er ikke effektive da det ikke ytes noe direkte til brukerne av tjenestene.

I følge informantene er det nå en stadig stigende tendens til at «prat mellom kolleger» defineres som unødig og settes opp mot tid benyttet sammen med tjenestemottakere. Dette mener jeg er uheldig og må sees på som en feilaktig konstruert motsetning. God samhandling forutsetter tid til refleksjon i- og utenfor samhandlingssituasjoner. Tjenesteytere må derfor ikke presses til å gi slipp på møtepunkter til refleksjon og dialog. Etter min mening er diskusjon og refleksjon en av de viktigste garantistene/nødvendighetene for kvalitet i miljøarbeid. Det er både min og informantenes erfaring at diskusjon og refleksjon inspirerer, motiverer og fremmer mangfold og kreativitet. Slik jeg ser det er derfor diskusjon og refleksjon en av de viktigste bufferne mot ubevisst maktbruk – både fra enkeltmennesker og fra systemer. Reflektert etisk praksis som kompetanseområde for tjenesten og som ferdighet hos den enkelte tjenesteyter kan være med på at vår omsorgspraksis beveger seg i ønsket retning.

Litteratur

Bollingmo L. (1993):

Om «nødvendige» og «unødvendige» overgrep. *Vernepleieren* (9), ss.20–24.

Bollingmo L. (2002):

Hvordan oppleves det å utøve legalisert tvang og makt? Reflektert etisk praksis som kompetanseområde i møte med utfordrende atferd – en studie og fortolkning av tjenesteyteres refleksjoner av hvordan det oppleves å utøve tvang og makt etter Sosialtjenesteloven kap. 6A. Hovedfagsoppgave. Bergen: Det medisinske fakultet og Det psykologiske fakultet, Universitetet i Bergen.

Bollingmo, L. (2004):

Tvangstiltak, etisk forsvarlighet og den enkelte tjenesteyter. I Leif Bollingmo, Kari Høium og Bjørn-Eirik Johnsen (red): *Det er mitt liv. Brukermedvirkning og nye roller i habilitering og rehabilitering*. Oslo: Universitetsforlaget

Durand V. M. (1997):

Funksjonell kommunikasjonstrening. Nærbø: Haugtussa forlag.

- Ellingsen K.E, Jacobsen K. og Nicolaysen K. (2002):
Sett og forstått. Alternativer til tvang og makt i møtet med utviklingshemmede.
Oslo: Gyldendal Akademiske.
- Fellesorganisasjonen for barnevernspedagoger, sosionomer og vernepleiere (1998).
Yrkesetisk studiehefte. Norsk vernepleierforbund. Oslo: FO.
- Fellesorganisasjonen for barnevernspedagoger, sosionomer og vernepleiere (2003):
Yrkesetisk grunnlagsdokument for barnevernspedagoger, sosionomer og vernepleiere. Oslo: FO
- Holden B. (2000):
Hvordan kan vi finne alternative metoder. *Embla*, (2), ss.34–43.
- Holden B. (2003):
Kommentar til Stephen von Tetzchners kapittel 6 i boka *Utfordrende atferd hos mennesker med lærehemming. Diskriminanten* (30) nr 2 og 3, ss. 3–23.
- Horne H. og Øyen B. (1994):
Målrettet miljøarbeid: Atferdanalytisk arbeid med psykisk utviklingshemmede. Del 3. Oslo: R.R.D. forlag.
- Iversen N. A. (1999):
Betraktninger rundt tvangsbegrepet. *Samfunn for Alle*, (4), ss. 52–55.
- Jacobsen D. I. (2000):
Hvordan gjennomføre undersøkelser? Innføring i samfunnsvitenskapelig metode. Kristiansand: HøgskoleForlaget
- Johansen J.A. (1996):
Kompetanseoppbygging – teorier og metoder. *Tidsskrift for norsk psykologforening*, (6), ss. 521–529.
- Kvale S. (1997):
Interview. En introduksjon til det kvalitative forskningsinterview. København: Hans Reitzels Forlag.
- Kroken J. (2000):
Bruk av tvang og makt i tjenesteyting for psykisk utviklingshemmede – belyst gjennom en kasusundersøkelse. Hovedoppgave til 2. avdeling spesialpedagogikk. Oslo: Det utdanningsvitenskapelige fakultet, Institutt for spesialpedagogikk, Universitetet i Oslo.
- Larsen K. A. og Nytrøen A. M. (1987):
Målvalgsprosessen i opplæring av psykisk utviklingshemmede. En teoretisk drøfting og et empirisk bidrag. Hovedoppgave i spesialpedagogikk. Hosle, Statens spesiallærerskole
- Lundestøl, J.(1999):
Kunnskapens hemmeligheter. Oslo: Cappelen akademiske forlag.
- Molander B. (1996):
Kunnskap i handling. Gøteborg: Diadalos AB.
- NOU 1991: 20.
Rettsikkerhet for mennesker med psykisk utviklingshemming. Oslo: Sosialdepartementet.
- Ot prp nr 57 (1995–96):
Om lov og endringer i sosialtjenesteloven og kommunehelsetjenesteloven (begrensning og kontroll med bruk av makt og tvang m v overfor enkelte personer med psykisk utviklingshemming – tilleggsproposisjon til Ot prp nr 58 1994–95) Oslo: Sosial- og helsedepartementet.

- Ot. prp 58. (1994–95):
Om lov om endring i sosialtjenesteloven og kommunehelsetjenesteloven (bruk av makt og tvang mv overfor personer med psykisk utviklingshemming) Oslo: Sosial- og helsedepartementet.
- Rolf B. (1993):
Know how, kompetens och andra ordens innl rning. (ss. 29–43) I B. Rolf, E. Ekstedt og R. Barnett. *Kvalitet och kunskapsprocess i h gre utbildning*. Falun: Nya Doxa.
- Rundskriv IS-10/2004
til lov om sosiale tjenester kapittel 4A. «Rettsikkerhet ved bruk av tvang og makt overfor enkelte personer med psykisk utviklingshemning». Oslo: Sosial- og helsedirektoratet.
- Sandvin J, S der M, Lichwarck W og Magnusson T. (1998):
Normaliseringsarbeid og ambivalens. Oslo: Universitetsforlaget.
- Schön D. A. (1983):
The Reflective Practitioner. How Professionals Think in Action. New York: Basic Books Inc.
- Selboe A, Bollingmo L. og Ellingsen K.E (2005):
Selvbestemmelse for tjenestenytere. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Sivertsen B. (1989):
  undervise autistiske barn og voksne. Drammen: Universitetsforlaget.
- Skjerve J. (2000):
Rettsikkerhet og atferdsanalyse. *Diskriminanten* (4), ss.9–11.
- Syse A. og Røed O.T. (2001):
Rådet for vurdering av praksis og rettsikkerhet etter sosialtjenesteloven kapittel 6A – erfaringer etter tre års virksomhet. Skriftlig manus til presentasjon på Rådets erfaringskonferanse, Oslo i november 2001.
- Teigen, K. H. (1997):
Sosialpsykologi. (ss. 531–549) I G. Høstmark Nielsen og K. Raaheim (Red):
En innføringsbok i psykologi for universiteter og høgskoler. Oslo: Cappelen Akademiske forlag.
- Tetzchner S. v. (2003):
Utfordrende atferd hos mennesker med l rehemning. Betydningen av kommunikasjon, boforhold og tjenester. Oslo: Gyldendal Akademiske.
- Urheim R. (1999):
Reaksjoner og etterarbeid ved voldsepisoder (ss.113–122). I B.P. Hanssen O. Stakseng, A. Stangeland og R. Urheim (red.): *Sikkerhet og omsorg – m te med aggresjon og vold*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Wulff H. R. (1995):
Den samaritanske pligt. Det etiske grundlag for det danske sundhedsvæsen. S borg: Munksgaard.
-  strem K. (1994):
Kompetansebehov for arbeid med psykisk utviklingshemmede. Vedlegg I i NOU 1994:8. *Kompetanseutvikling i arbeidet for psykisk utviklingshemmede*. (ss. 48–53). Oslo: Sosial- og helsedepartementet.

Hva kvalitetssikrer vernepleiernes yrkesetikk

Moralens kjerne kan være den aller enkleste, å behandle alle mennesker som mennesker (Steel i Habermas 2003: 69)

86

Innledning

Det er et sentralt etisk anliggende for vernepleiere å kunne balansere subjekt/objekt relasjoner i profesjonelt arbeid med mennesker. Ofte, når mellommenneskelige og praktiske dilemmaer skal løses, kommer forholdet mellom nærhet og distanse i konflikt med hverandre. Er det vernepleieren som person – eller rammene/systemene og de lærte prosedyrene som til slutt kvalitetssikrer den etiske dimensjonen i arbeidet? Avhengig av hva den etiske forpliktelse retter seg mot, vil disse to forhold ha konsekvenser for vernepleiernes skjønn og dømmekraft. Artikkelen tar opp sider ved de subjektive omsorgskvalitetens innvirkning på utøvende yrkesmoral i relasjon til de spenninger dette har til den mer normative og kognitivt lærte profesjonsetikken. Med vekt på nærhetsetikkens betydning og med bakgrunn i den komplekse rolle vernepleierprofesjonene i dag står overfor, vil jeg drøfte noen forhold med tanke på om det er mulig å forene begge disse hensyn.

Endringene i Universitets- og høyskoleloven (2005) om skikkethetsvurdering, setter søkelys på den etiske handlingsberedskapen som studenter i helse- og sosialfagutdanningene skal tilegne seg. I forhold til de mennesker og tjenesystemer vernepleierne befinner seg, er deres etiske forankring og evne til refleksjon en av bærebjelkene i deres kompetanse. I en profesjonell kontekst vil konsekvensene av vernepleieres handlinger ha sammenheng med hva slags posisjon og etiske perspektiv de inntar.²¹ Med andre ord; er vernepleieres etikk til hjelp i andre menneskers liv?

Hva kvalifiserer utdanningsprogrammene til? Er det tilstrekkelig å prioritere de kognitive ferdighetene eller må de mer erfaringsbaserte/narrative og affektive sidene ved studentene bringes tydeligere inn i studiet? Min vurdering er at forholdet mellom den subjektive og normative moral og etikk må vies mye oppmerksomhet. I denne sammenheng vil det kliniske program representere en sentral arena til selvinnsikt og kvalitetssikring av studentenes etiske handlingsbedreskap, om kompetanse og forholdene er tilrettelagt for dette.

²¹ De vanligste etiske posisjoner/perspektiv som gir meningsinnhold om et bedre liv/best mulig løsning, er refleksjoner knyttet til regel/plikt-, formål/dyds, – konsekvens- og diskursetiske resonnementer om våre moralske handlinger/overveielser.

I den praktiske hverdag, i det godes tjeneste, er det min erfaring at de målrasjonelle og instrumentelle sidene ved profesjonsetikken har sin begrensning slik også nærhetsetikken vil ha sine. Dette utfordrer og opp-tar helse- og sosialprofesjonene. Tiden vi lever i (hvor effektivitets- og budsjettensyn er i høysetet) synes å svekke nærhetsetikkens engasjement og subjektive ansvar. Dette gjør noe med forholdet mellom tjenestemottaker og tjenesteutøver. At samfunnstjenestene rasjonaliseres og spesialiseres forsterker en vitenskapsbasert og juridisk disiplinering av yrkesutøvelsen på en måte som skyver den empatiske tilnærming til mennesker i bakgrunnen. Kvalitet blir ensbetydende med å kontrollere, likebehandle og å gjøre ting riktig – uten synlig innlevelse og respekt overfor det enkelte hjelpetrengende menneske. I forhold til den legitimitet og autonomi profesjonene har vært tillagt ser en at denne utviklingen bringer dem inn i en tillitskrise som de sliter med å finne ut av (jf Dag Dæhlen's artikkel).

Til ettertanke

For å fange inn den private og personlige dimensjonens betydning i profesjonsetikken finner jeg det passende å ta utgangspunkt i noen anekdoter og filosofiske betraktninger. Mennesker kan gjøre mye for å framstå som gode, mens hensikten bak vår snillhet er ikke nødvendigvis særlig etisk høyverdige. De fleste av oss er kalkulerende, vi liker ikke å tape ansikt og vi gjør det som lønner seg – på kort eller lang sikt. Kunnskap er heller ingen garanti for høyere moral like lite som mangel på kunnskap er det. Ansvarfølelse og respekt øker ikke nødvendigvis proporsjonalt med mer viten – jo mer vi vet, jo lettere kan kunnskapen manipuleres med og la seg misbruke. En annen side er spesialiseringens ensidighet som gjør profesjonsutøvere «blinde». Filosofen Hans Skjervheim siteres av Jon Hellesnes (1999:10) med følgende:

Det er prinsipielt umogelig å løyse praktisk-moralske problem gjennom instrumentell handling ut frå teoretiske vitenskapar, det være seg psykologi, sosiologi eller systemteori.

Det Skjervheim med dette peker på er at moralske, rettslige og relasjonelle problemer er områder som ikke fullt ut lar seg dekke av de nevnte disiplinene. Hellesnes (1999) peker i denne forbindelse på likheter mellom Skjervheim og Jurgen Habermas og skriver:

Eit hovedsynspunkt er at det ikkje er tillate å handsame personer berre som middel, men at dei er mål i seg sjølv. I grunnleggjane tyding dreiear det seg om symetri mellom personar og respekt for det faktum at vi forstår verda på ulike måtar.

Med henvisning til Immanuel Kant's etikk og hans humanitetsformuleringer, tar han opp noe av det samme når han siteres med følgende:

Du skal alltid handle slik at du betrakter menneskeheten i din person så vel som hos enhver annen person som et formål i seg selv, og ikke bare som et middel (GenIalt 2002).

Underforstått kan kunnskap og konsekvensene av rasjonelle og instrumentelle handlinger/løsninger lett føre til maktovergrep. Et sentralt anliggende i etikken er nettopp maktens mange ansikter og den tiltrekning den har på oss mennesker. Når makt- og kontrollposisjon trues kan vi iverksette snedige strategier for å beholde den. Makt/autoritet som sådan er ikke galt, men spørsmålet er hvordan den forvaltes og anvendes. At makt frister kan en slutte seg til ved å referere Oscar Wilde; makt er den eneste lyst man ikke blir lei av.

Hvor dypt må en vernepleier gå i seg selv før det gode han gjør er resultatet av en faglig og uhildet etisk avveining til den hjelpeavhengiges beste? Hva er viktigst for en profesjonsutøver – ufeilbarligheten eller iverretakelsen av ansvarlighet? Nærhet og distanse i subjekt/objekt relasjonen utgjør et sentralt etisk landskap i profesjonelt menneskearbeid. Trolig mer enn hvordan normativ etikk styrer atferd kan det være at graden av forpliktelse og erkjennelse av det personlige ansvar utgjør selve hovedutfordringen i profesjonsetikken. Empati for grenser en ikke må trå over er en forutsetning for tillit og mulighet for å kunne hjelpe andre. En dydens og respektens etikk synes å være selve fundamentet i menneskearbeid, fordi den vil tvinge profesjonene til tydelighet på hvem de er – eller hva de gir seg ut for å være. Slik helse- og sosialarbeidere samhandler og forholder seg til hjelpetrequende mennesker sier noe om hvordan de oppfattet dem. Rent profesjonelt må vernepleiere kunne ta inn over seg at deres refleksjoner omkring menneskers atferd hviler på hvordan de forstår menneskeverdet. Som en nå avdød kollega og vernepleier en gang sa til meg; *uansett hvor profesjonell man er, vil personligheten skinne igjennom*, en form for egnethet eller uegnethet han erfarte bidro til de gode – eller mindre gode samhandlinger mennesker i mellom. Moralfilosofen Harald Ofstad skal ha påstått følgende; *så lenge yrkesetikken ikke er velintegret i personligheten, fungerer den bare som pynt.*

Som en avrundning av denne innledningen vil jeg henvise til Fløystad's forfatterskap og «blikkets etikk» (1998). Når man rammes av et nødstilt menneskes blick vil dette normalt sett gjøre noe med profesjonaliteten og lydighetskravet omgivelsene har satt. Det oppstår en forpliktelse overfor den hjelpetrequende som er vanskelig, ja nærmest umulig å håndtere profesjonelt. Dette sier noe om empatiens og nærhetsetikkens dilemma. Jeg har selv erfart hvordan «blikket» ikke bare kan føre til irrasjonelle løsninger men også fortvilelse og handlingslammelse. Et viktig utgangspunkt for Fløystad, og som vernepleiere må ha et erkjent forhold til, er enkelt sagt at; først og fremst er vi mennesker, vi strever på hver vår måte for å bli sett. Det verste som kan ramme et menneske er følelsen av ikke

å være noe eller bety noe – en meningsløs eksistensiell tilstand som gjøre at mange oppføre seg både uheldig og dumt for å bli lagt merke til.

Menneskesynet i objekt-subjekt relasjonen

Som innledningen peker på, og som jeg skal komme tilbake til, synes hverdagsmoralens kvaliteter å være på vikende front slik en ser hvordan systemverdenens makt setter menneskeprofesjonene i en lojalitetsklemme. I det moderne tidseffektive og rasjonaliserte samfunn blir problemløsningene (dilemmaene) i det alt vesentlige kunnskapsbasert og alminneliggjort i lys av hva som er rett og rimelig (fornuftsmoral). Dette endrer fokus og stjeler tid fra den empatiske komponenten i fagligheten. Verdi-preferanser en ideelt bekjenner seg til lar seg avlede, hvorpå dømmekraften svekker det skjønnet som en individuell vurdering ville ha ført med seg. I så tilfelle betyr det at regler fungerer dårlig om ikke tjenesteyteren også evner å «se mennesket» bak diagnosen. Med andre ord kan/vil økonomi og effektivitetskrav fremme de formålrasjonelle løsningene på bekostning av en mer verdirasjonell tilnærming der situasjoner forutsetter en individuell og tillitsfull omsorgsløsning. Hva er det vernepleiere, direkte eller indirekte, bør være disiplinert til å ta utgangspunkt i? Ofte blir dette en ureflektert miks mellom ens egne personlige og faglige verdipreferanser, mennesket en har foran seg, ikke minst de krav og ramme-faktorer en jobber under. En vei å balansere disse hensyn kan være å la bærende omsorgsverdier fungere normativt, d.v.s. at moralske krav gjøres til basis for etiske forpliktelser på en relasjonell og menneskenær måte (Scheffler 2001; Livinas 1996). Slik jeg er på søk etter hvordan profesjonsetikken kan styrkes i helse- og sosialfaglig arbeid, vil kravene og spenningene mellom individuell ivaretagelse på den ene siden og kostnadseffektiv likebehandling på den andre, måtte gjøres til gjenstand for prioriteringsetisk diskurs og konsensus. Mitt kjennskap til vernepleieres yrkesetiske retningslinjer, er at deres verdiprinsipper i betydelig grad er relasjonelle, i første rekke rettet mot individuell ivaretagelse av hjelpsø-kende/-avhengige mennesker (Norsk vernepleierforbund 1998).

Levinas (1996) er, slik jeg har referert til Fløystad, opptatt av hvordan den andres ansikt griper en, og hvordan denne grepethet konstituerer vårt ansvar for andre. Mister den kliniske virksomheten sitt grunnlag i klientforholdet, som et etisk forhold mellom et jeg og et du, avhumaniseres helsefagene, sier han. Slik tendensen framtrer i dag, er det etiske ansvar for det enkelte menneske blitt redusert til et objekt for kalkyler med vekt på sammenligning og fordelingsrettferdighet, ifølge Levinas. Spissformulert kunne jeg uttrykke dette således: Profesjonene som er satt til å ta seg av de hjelpeløse – blir de mer og mer hjerteløse?

I yrkeshverdagen, avhengig av hvem som legger premissene, kan etiske overveielser bli mistolket eller skjøvet til side. Skjønnet i faktiske beslutninger er trolig mindre begrunnet i kunnskap enn de er i profesjonenes

personlige verdi- og moralsyn, skjult eller åpent. Perspektivene man har på livet og mennesker vil påvirke valg blant etiske systemer og moralske resonnementer når et dilemma skal løses eller et gode skal fordeles. En undersøkelse (Terum 2003), viser hvordan rettssikkerheten er truet ved at legenes verdisyn avgjør hvem som får/ikke får uføretrygd. Noen leger oppfatter seg selv som pasientenes advokater, mens andre oppfatter seg som portvakt for trygdesystemet. Dette forteller oss at også omsorgsprofesjonenes ideologi/verdier og menneskesyn vil ha konsekvenser for hva slags tjenester hjelpetrengende mennesker får. Min egen erfaring fra det gamle helsevernet for psykisk utviklingshemmede bekrefter kulturens og systemets evne til å sosialisere pleierne inn i portvaktrollen. Til dels tilfeldige rutiner og regler ble personlige moralske normer som styrte hvem som fortjente hjelp/støtte eller ikke – og hva som var lov.

Utfordringen, som vernepleierne må leve med, er å erkjenne at hverdagsmoralen er mer tilstede og virksom i yrkesetikken enn en kanskje er villig til å innse. Spørsmålet er hvordan den inngår og hva som skjer når normene kolliderer og dilemmaene trer fram. Det en også kan se er at noen vernepleiere, bedre enn andre og på tross av sin faglige autoritet, evner å møte mennesker «i øyehøyde selv om de ligger nede». Hva dette er og hvordan dette kan trenes og bevisstgjøres gjennom utdanning og i yrkeshverdagen, bør etter mitt syn vektlegges i profesjonsetikken. Miksen mellom det personlige, profesjonelt ferdighetsmessige og kognitivt rasjonelle og samfunnsforpliktende, er en utfordrende moralsk yrkesetisk arena.

Løgstrup (1991) tar opp hvordan våre spontane livsytringer er en forutsetning for den moralen vi bærer med oss og hvordan motivene vi har styrer samhandlingen mellom mennesker. Blir vi angrepet på motivene våre bringes vi lett ut av fatning. I en profesjonsetisk sammenheng mener Løgstrup det er galt å begynne med (fokusere på) kravene og det normativt lærte, i motsetning til det å forstå hvordan de spontane livsytringene utgjør grunnlaget for engasjement, sannferdighet og tillit. Frihet og avhengighet, og hvordan makten brukes til den andres beste og ikke en selv, er en krevende og komplisert etisk dimensjon. Slik jeg har erfaring med stigmatiserte og ressursfattige mennesker, forteller dette at profesjonaliteten må inneha en type klokskap som balanserer motiver og måter intervensjon skjer på – det å bry seg eller la være. Ansvarsrelasjonen kan lett gli over i umyndiggjøring og maktmisbruk eller det motsatt med likegyldighet og svikt som resultat. Eksempelvis; hvorfor, evt. på hvilken måte, skal vernepleiere være opptatt av hjelpetrengende menneskers motiver – er det for å forstå deres ønsker, intensjoner eller for å kunne navngi og blottlegge dem?

Misforstått bruk av empati kan fort innebære overgrep. Her drøfter Løgstrup (1991) en type vern og respekt han kaller for *urørlighetssonen*. For

å unngå å bryte seg inn i andres urørlighetssone er han opptatt av at nettopp kunnskap og etiske krav vil være viktigere enn personlige motiver og moral, d.v.s. at det å gå inn i urørlighetssonen må være et faglig anliggende. Mangler slik kompetanse og urørlighetssonen overskrides, kan/vil menneskers frihet og integritet blir krenket. En parallell finner jeg hos Haldis Moren Vesaas i et dikt der hun gir uttrykk for den personlige grensen vi alle har og hvor ingen slipper inn; *den inste grinda*. Men alle mennesker er ikke slik utrustet at de klarer å holde denne grinda igjen. Noen er, eller gjøres mer ubeskyttet bl.a. gjennom hvordan system- og profesjonsverdenen involverer seg i andres liv.

Min egen erfaring fra 60–70 årene, i det som tidligere ble kalt åndssvakeomsorgen, var respekten for urørlighetssonen mindre enn den var overfor mennesker i sin alminnelighet. Her har jeg tvert imot sett at urørlighetssonen er noe en nærmest rettmessig, og etter hvert også suspekt faglig, kunne trenge seg inn i. Historisk var dette en omsorg uten status, hvor behovet for kunnskap ble sett på som uhensiktsmessig. Arbeidet var preget av voktermentalitet hvor tukten rådet, av mange karakterisert som et røkterykke hvor jobben var å «fore og strø». Både allmennheten og datidens fagfolk betraktet de abnorme som mennesker med mindre verdi. Derfor har utdanningen av vernepleiere fra første stund hatt et ufravikelig etisk fundament; *respekt for mennesker med hjelpebehov, og innsikt i hvordan ens egne verdier påvirker samhandlingen med de som ble sett på som «annerledes»*.

At vernepleierutdanningen, som en ny profesjon, lot dette verdigrunnlaget bli retningsgivende, vil jeg hevde har brakt en annen faglig og menneskelig dimensjon inn i arbeidet. Grunnene og sammenhengene var nettopp at det trengtes et endret syn, et moralsk bolverk som i første rekke solidariserer seg med den svake part. Åndssvakepleiens hverdag var basert på et uavklart menneskesyn preget av religiøse overbygninger (grader av straff og/eller barmhjertighet). Med naturvitenskapenes gjennombrudd på 1900 tallet kom en ensidig medisinsk forståelse av at dette var arvelige og smittsomme sykdomstilstander. En naturlig konsekvens av dette var at de var «umoralske, farlige og måtte isoleres». I offentlig sammenheng var de åndssvake en byrde for samfunnet. Driften av institusjoner led under mangelfulle bevilgninger. Nøden ble avhjulpet gjennom tigging og veldedighet – eller overlatt i guds hender. Ved siden av lave normtall for pleieansatte og dårlig betaling var underbemanningen betydelig. En annen side var de ansattes motiver for å søke arbeid på slike steder (her samlet det seg mange avarter av ideologier og erfaring). I en slik kontekst, uten systematisert opplæring, var kunnskapen erfaringsbasert knyttet til kvantiteter, orden og rutiner – og moralen fortolket i skriftens ord eller den enkeltes forgodtbefinnende. Slik sett ble dette den gode og rette måten å løse arbeidsoppgavene på – mens verdier som nærhet, respekt og individuell oppmerksomhet overfor de åndssvake ble lite påaktet. Ledelsen av insti-

tusjonene og boenhetene opprettholdt et strengt regime som sosialiserte den enkelte pleier inn i en praktisk og pasifiserende samlebåndkultur, som også ivaretok deres egen overlevelse og hensynet til samfunnets behov for beskyttelse. Selv om enkeltpleiere nærmest ga sine liv i oppofrende barmhjertighet eller interesse for noen utplukkede pasienter, var det få som hadde styrke (argumenter) til å reise kritikk eller krav om menneskerettslige forhold. I etisk og moralsk sammenheng har jeg tillagt hverdagsmoralen stor betydning i denne forhistoriske omsorgen, men ikke på måter som trygget den ansvarlige og empatiske nærhetsetikkens kvaliteter. Arbeidet ga ikke rom for etiske eller moralske refleksjoner. Datidens pleiere fikk liten tid til (eller de unngikk) å la seg berøre av den lidelse og den avmakt de åndssvake ble utsatt for.

Fokus var/ble ikke mennesket, blikkets og respekstens etikk, men mer makten og lydighetens etikk. På den ene siden var åndssvakepleien normativt styrt i tråd med et objektiviserende menneske- og overlevelsessyn. På den annen side hadde hverdagsmoralen ganske fritt spillerom hvor pleierne hadde et uensartet og lite bevisst forhold til hva slags konsekvenser deres samhandling, verdipreferanser hadde på de åndssvake – og hverandre. Etisk sett må en kunne si at åndssvakeomsorgen like før/etter 2.verdenskrig var basert på hverdagsmoraliske rammevilkår hvor en profesjonelt sett sovende personlig moral, og mangel på uttalte menneskerettslige verdier, førte til overgrep og krenking av enkeltindivider under institusjonsomsorg.

Ut fra den tids kontekst var dette både fornuftig og etiske forsvarlig omsorg. I dag legges det til rette for og snakkes fint om likeverd, inkludering og alminneliggjøring av de funksjonshemmede – mens innsatsen (etter mitt syn) i større grad burde vært rettet mot hvordan samfunnet på snedig vis fortsetter å stigmatisere mennesker som er «annerledes».

Min erfaring er at ansvaret som omsorgsprofesjoner har i det relasjonelle forholdet mellom seg selv og den hjelpeavhengige er en vanskelig avveining. Mennesket er som et isfjell hvor de synlige objektive rettigheter er en side, mens retten til å være et subjekt og kunne avgrense seg fra andre, er en side det er vanskeligere å se eller ta hensyn til. Å møte mennesker med hovedvekt på et objektivt menneskesyn kan gjøre hjelpen faglig ensidig og følelsesmessig mekanisk, og en kan bomme på målet. Motsatt vil et overdrevent subjektivt menneskesyn føre til at en «forstår andre i hjel», uten å komme til målet. Balansen mellom å myndiggjøre eller umyndiggjøre er vanskelig og vil i det vesentligste være knyttet til gjensidigheten av respekt, krav og ansvar.

Droppes etikken – blir det meste tillatt!

Profesjonsetikk berører forholdet mellom den teknokratiske praksis kontra den mer klientorienterte og verdiforankrede praksis, mellom nær-

het og distanse, underforstått om saklighet (fornuft), nærhet og engasjement kan forenes slik at samhandling og praktiske avgjørelser fører til individets og fellesskapets beste.

Generelt kan en si at etikk er læren om de gode og riktige handlinger – d.v.s. kompasset som kan gi både retning og innsikt så vi bedre kan forstå hva vi gjør, har gjort eller bør gjøre. Med andre ord: vitsen med etikk er å få den til å gjøre noe med moralen vår. Å integrere etiske overveielser i profesjonssammenheng (som del av fagligheten), gir verken fasitsvar eller gjør arbeidsdagen lettere, men gir legitimitet og en tro på at etikken kan kvalitetssikre arbeidet. Yrkesetikken dreie seg om verdivalg i yrkesutøvelsen. Med profesjonsetikk menes systematisk kunnskap om etiske kriterier og anvendelse av disse i konkrete beslutningssituasjoner. Eriksen (2001) karakteriserer profesjonene som samfunnets våpendragere. De skal skape det gode samfunnet og deres verdivalg skal være synlig i det godes tjeneste – dvs å stå på de ekskludertes side for å kunne ivareta behov som ikke andre ivaretar. Deres spesialiserte kunnskaper og handlingskompetanse skal/skulle gjøre dem til sentrale aktører i realiseringen av velferds-samfunnet.

Omsorgsarbeid er krevende, både faglig/juridisk, verdimeessig og personlig, men verdsettes ikke i lønn på samme måte som andre «nødvendige» yrker. Eriksen (2001) beskriver at helse- og sosialprofesjoner har et sterkt yrkesetisk kall, en indre drivkraft som gjør at de ikke lar seg kjøpe for penger – deres status er knyttet til tilliten de har opparbeidet. Således har omsorgsprofesjonene blitt gitt stor grad av autonomi og deres faglige og verdimeessige legitimitet har vært betydelig. Økt kompleksitet, spesialisering og arbeidsdeling i samfunnet har gitt profesjonene en sterk stilling med viktige roller å spille. Med reformer i 80 og 90 årene ble det gjort forsøk på å endre profesjonenes uheldige maktstrategier. Likeledes har økt moteekspertise vært med på å endre deres stilling. Slik Eriksen drøfter denne situasjonen står profesjonene overfor en tillitskrise ved at de er (blir) plassert i et spenningsforhold mellom fag og politikk, mellom behov de skal løse og mennesker de skal hjelpe – og det system og lovverk de er underlagt. Deres autonomi og verdigrunnlag er i dag truet p.g.a. økt vekt på rettigheter og økonomisk-/administrativ tenkemåte, og med forventning om rasjonalitet i tjenesteytingen, en situasjon også vernepleierne vil kjenne seg igjen i.

Dette stiller nye krav om endret argumentasjon og begrunnelse i yrkesutøvelsen – ikke minst må dette få betydning for etikkens relevans og plass i fagligheten. En kan godt si at jo mer komplisert og mangetydig samfunnet er – jo større plass og betydning bør etikken ha. Tilbakemeldinger fra yrkesfeltet til Yrkesetisk råd i Fellesorganisasjonen for Barnevernspedagoger, sosionomer og vernepleiere (forkortet til FO) i 2000, dokumenterer at etikken taper i hverdagen. Det avsettes ikke tid og det er mangel på

egnede prosedyrer og konsensus om verdivalg i forhold til de dilemmaene som oppstår. Samvittighetskvaler, frustrasjon og lojalitetskonflikt i forhold til krav og ytre rammer er i ferd med å svekke nærhetsetikkens gode sider. For å overleve, kanskje for å unngå og la seg berøre, velger man å la seg sosialisere inn i en mer instrumentell og systembevarende forståelse av arbeidsoppgavene.

Eriksen (2001) tar opp sider ved dette presset og hvordan det gjør noe med selvrefleksjonen hos profesjonene i forhold til rollen og den tillit de er avhengig av å ha ute i samfunnet. De er pålagt (forventet) å bruke skjønn til beste for andre. Med profesjonenes sterke stilling i samfunnet reiser dette spørsmål om hvordan en skal kunne vite at de bruker sin makt og sitt skjønn på en riktig og god måte, og ikke til egen fordel. Deres autonomi kan lett bli svekket om tilliten misbrukes. Hva de gjør for å beholde eller gjenreise denne tilliten er en viktig side ved dagens profesjonsetiske landskap sier han, og stiller spørsmål om hvem og hvordan kvalitetskontrollen i omsorgsyrkene skal ivaretas og sikres. Han tar opp tre mulige strategier for en slik tillitsreparasjon; gjennom mer vitenskapliggjøring og dokumentasjon (instrumentalisering), mer vekt på profesjonsetisk handlingskompetanse (remoralisering) – eller mer vekt på samarbeid med klienter og andre profesjoner/tverrfaglig kontroll (deliberasjon), se også Dæhlen's artikkel som mer utførlig drøfter disse tre strategiene.

Noen yrker er mer beslutningsorienterte enn andre, men rollene og det faglige skjønn vil ofte kunne blandes (omsorgs-, tilrettelegger- og portvaktrolle). Helse- og sosialprofesjonene fordeler i hovedsak goder og gir omsorg. Gjennom sine utdanninger har de med seg et menneskesyn som bygger på kognitiv og empirisk kompetanse og kunnskap, en kompetanse som i liten grad bygger på godhet og tro, men at ting kan forandres og gjøres noe med. Men vitenskap og juss gir ikke alltid tilstrekkelig handlingsveiledning i menneskearbeid. Det er lett å la seg fascinere av kunnskapens og systematikkens fristelser på bekostning av hjelpeavhengige menneskers egentlige behov.

Fra Dagbladets «Mitt motto» i 1998 refererer jeg professor Asjörn Aarnes ved UiO, som gir dette en dekkende påminnelse; «kunnskap uten etikk er en voldskilde». Fra min tidligere yrkeshverdag med psykisk utviklingshemmede vekker dette motto minner fra 70- og 80 tallet med henvisning til atferdsterapiens fristelser med sitt naturvitenskapelige og reduksjonistiske menneskesyn. Mennesket ble betraktet som en maskin som kunne repareres eller justeres. Hvorfor denne treningsiveren fikk sitt fotfeste i en omsorg for de maktesløse og svakeste blant oss – er tankevekkende. Det var/er ikke nødvendigvis kunnskapen i seg selv det var/er noe galt med, men hvordan (fag)mennesker forvalter og anvender den.

Yrkeshverdagen er fylt med hendelser, prioriteringer og overveielser i ulike kontekster og på ulike nivå. Å benytte seg av en yrkesetikks «kokebokoppskrift» vil sjelden gi en opplevd og god løsning for tjenestemottakere, selv om rettssikkerhet og normative fordelingskriterier benyttes. Yrkesetiske normer er ikke eksakte – så hvordan skal en da tenke og handle?

Som jeg har vært inne på vil profesjonenes dømmekraft og skjønn bli avgjørende for hvor adekvate valgene blir. Bl.a. forutsetter dette god kartlegging og forståelse av de ulike kontekster som profesjoner jobber i – særlig når konflikter og normer kolliderer. Som Eriksen uttalte på et kurs i profesjonsetikk jeg deltok på i 2002;

det er ikke nok å kunne teoriene for etikk/moral, men man må også kjenne rammene en jobber i, der det empiriske skal virke, dvs hvordan en klarer og kontekstuere de etiske teoriene i hverdagen.

Hvordan kan vi vurdere vernepleiernes hverdagsmoral i lys av spenningen mellom det kognitive og det personlige og hva som kan være yrkesmoralens utgangspunkt?

Er etikk å telle og måle?

Faglighet løser ikke alt – like lite som nærhet gjør det, men som jeg har vært inne på vil *rekkefølgen* og *miksen* være avgjørende for resultatet. I menneskearbeid er balansen mellom empati og profesjonell distanse et krevende kunststykke som vanskelig lar seg utføre eller betrakte som et enkelt matematisk regnestykke. Profesjonene har sine roller, språk og metoder de kan dekke seg bak, men ansikt til ansikt med et hjelpetrengende menneske bør/vil det oppstå en forpliktelse det ikke er så lett å løpe fra – en erkjennelse av at en «er andres skjebne». Dette må takles med realisme og klokskap. Det å tilstrebe og leve andres liv, for å gjøre en god jobb, ville være å strekke den etiske fordring for langt. Som profesjonell gir kanskje en granskning av egne motiver det beste svaret på regnestykket? Etikks vesen er bl.a. å sette grenser og forstå samhandlingen mellom verdier og handlinger. Dropper en etikken blir vi fort likegyldig uten mulighet til å være kritisk mot oss selv eller andre.

Vetlesen og Nortvedt (1994) har viet en hel bok til følelsenes plass og betydning i moral og etikk. De beskriver hvordan moralen ofte utgjør et komplekst samspill mellom intellektuelle og følelsesmessige evner. Derfor er/blir møtet mellom pasient/klient og den profesjonelle et sentralt anliggende hvor grunnleggende etisk erfaring nettopp skjer i et nære jeg-du-forhold. Med referanse til Livinas (1996) og Løgstrup (1991) understøtter dette min hovedproblemstilling om nærhetsetikkens grunnleggende betydning/begrensning i menneskeyrkene. I profesjonssammenheng blir yrkesetikken i hovedsak sett på som objektiv refleksjons- og fornuftsbasert kompetanse. Men er fornuften og rasjonaliteten empatisk? M.a.o. på

hvilken måte setter den mennesker det gjelder i fokus – eller er det ikke det etikken skal? Vetlesen og Nortvedt diskuterer nettopp subjektets og følelsenes plass, og hva innlevelse betyr for å kunne nå inn til mennesker. Særlig er dette en aktuell faktor i helse- og sosialprofesjonenes «nærhetskompetanse».

Arne Næss (1998: 16) hevder at følelser har lav kognitiv status, men er selve dynamikken i livet som styrer det meste, og skriver; «... verdivalg er alltid motivert av følelser – uten følelser ville vi ha stått stille». At følelser styrer handlinger vil da bety at verdivalg må være preget av følelser for å være virksomme. Dersom profesjonsetikk handler om verdivalg i yrkesutøvelsen, må følelseskomponenten taes langt mer på alvor enn hva utdannings- og arbeidsmiljøene gjør i dag – fordi følelsene alltid er der, også i normativ betydning. Innen det vernepleierfaglige profesjonsområdet forekommer synspunkt hvor følelser sees på som noe irrelevant, noe vi ikke kan vite noe om fordi følelser vanskelig lar seg systematisere, måle og ordne slik harde fakta, tall og ytre atferd kan. Hvilke følelser som er sanne, hvilke som er fornuftige/ufornuftige og når det er klokt/uklokt å ta følelser på alvor, er sjeldent tema. Mangel på kompetanse gjør gjerne at slike spørsmål blir forbigått når det bringes på bane. Slik Vetlesen og Nortvedt (1994) diskuterer Levinas og Løgstrups nærhetsetikk gir dette utfordringer til utdanningsmiljøenes, etter mitt syn, manglende ivaretagelse av følelsenes tilstedeværelse i verdier, ord og handlinger. Tudge (2003) refererer til David Hume's avhandling om den menneskelige natur (1739–40) hvor han bl.a. sier at «moral utløser lidenskap og fremmer eller hindrer derved bestemte handlinger.» Med dette underbygger han hvordan fornuften er slave av lidenskapen – dvs at de mest rasjonelle og sinnerike argumenter bunnar i følelser og medfølgende holdninger, underforstått også dagens ulike etiske teorier og perspektiver.

Vernepleiere – og alle som har profesjonelt ansvar for andre mennesker, har behov for en handlingsetikk. I sin hovedfagsoppgave, Tollefsen (2003), søker hun å klargjøre hva begrepet etisk handlingsberedskap er – og hva den innebærer for vernepleierne. Handlingsetikk har sammenheng med den asymmetri av makt en finner i forholdet mellom den profesjonelle og brukerne. Som jeg har vært inne på representerer nettopp maktens tilstedeværelse og forkledning en av etikkens innerste utfordringer.

Tollefsen konkluderer med tre hovedkriterier som kjennetegner etisk handlingsberedskap hos vernepleiere. Den viktigste er å vise at en faktisk *er glad i sine medmennesker – slik de er, uten fokus på hva han/hun kunne bli*. Det andre kriteriet retter seg mot å *våge å risikere*, tørre gå inn i utprøvende dialog, vise åpenhet og vilje til å endre seg selv og yrkets praksis gjennom å være konfronterende. Det tredje kriteriet er å *være situasjonsnær*, og være klar over at ingen situasjon er lik, at en våger å handle tiltross for usikkerheten som kjennetegner etisk praksis.

For meg som vernepleier har kriteriet *å være glad i* en historisk klangbunn. På 50 tallet, da ideene om vernepleierutdanningen ble formulert var en eksplisitt opptatt av å gi den nye yrkesgruppen kvaliteter som ville bryte med datidens menneskesyn i åndssvakeomsorgen, som nevnt en institusjonsverden preget av oppbevaring og røkterinnstilling til arbeidsoppgavene. Derfor fikk etiske/moralske kvaliteter, modning, selvinnsikt og respekt for mennesker som var annerledes en sentral plass i utdanningen.

Mange i FO sliter med sin omsorgsevne i hverdagen. Som nevnt skaper politiske føringer, krav om effektivitet og nytte, rettferdig fordeling og lojalitet vanskelige dilemma og synes ubemerket å endre fokus bort fra hjelpetrengende menneskers integritet og iboende verdi. Helhetsforståelsen av mennesker beklippes og sammenhengen de lever i fordreies. At profesjonene tappes for omsorgsenergi gir grobunn for en reduksjonistisk måte å forholde seg til mennesker på. De blir lett en diagnose, en kriminell, et rusproblem eller en kognitiv svikt – men et menneske er da så mye mer? Å oppsøke hjelpeapparatet er samtidig å gjøre seg sårbar. Hvorfor må vi – eller rettere sagt, hvordan kan vi unngå å sortere mennesker på måter som gjør at de føler seg stemplet?

Du og jeg – deg eller meg?

Hvor mye kan eller skal menneskers hjelpebehov angå profesjonsutøveren? Spørsmålet har fått meg til å erfare og erkjenne at omsorgsyrkene sliter med å komme i posisjon for å gjøre det de føler de bør gjøre. Hvordan «bli noe for andre» uten å gå ut av sin profesjonelle rolle og etiske forpliktelse? Systemverdenen fører til avstand og fragmentering, noe som skaper uorden i forpliktelsene. Å ivareta likeverd og sørge for at alle får sine rettigheter oppfylt er ingen garanti for livskvalitet. Dydene og motivene for å tjene andre er på vei ut. I Scheffler (2001) drøftes slike sider i relasjon til allmenmoralen og yrkesmoralen og hvilke etiske forpliktelser profesjonene har på individ- og samfunnsplan. Som andre peker også Scheffler på at utviklingen går i retning av at det individbaserte mandat uthules av et mer distansert og samfunnsrettet mandat. Profesjonene lar seg systembelønne for likebehandling og upartiskhet. Yrkesutøvelsen blir instrumentell, preget av en tilstandtenkning hvor samfunnsmandatet legger mer vekt på tjenestene i seg selv fram for å tenke på mennesket bak diagnosene og tjenestetilbudet.

Konsekvensene av denne «hjelpsomhet» er etter mitt syn en misforstått bruk av rettigheter som kan føre til at man hjelper folk i hjel – det motsatte av den myndiggjøring og «aktive borger» tenkning jeg har vært inne på. Min egen erfaring fra omsorgen for psykisk utviklingshemmede bar lenge preg av en slik snillhet. Det var synd på disse menneskene, de kunne ikke lære noe, hvorpå de ble pasifisert – en livssituasjon som førte til det vi kaller «lært hjelpeløshet». Scheffler's bekymring er de dehuman-

niseringstendensene profesjonene gjør seg til utøvere av – og hva slags strategi som må til for å komme ut av dette uføre. Han er opptatt av forholdet mellom konsekvensetikk og allmennmoral hvor hans resonnementer knytter seg til at menneskeligheten konstituerer seg gjennom interpersonelle relasjoner og forpliktelser. Han har liten tro på instrumentell upartiskhet, man hjelper mennesker ut fra deres behov – ikke bare tilstanden i seg selv. D.v.s. at yrkesmoralen, det en gjør, må være i overensstemmelse med ens egne verdier.

98

Her er jeg igjen inne på hvordan den personlige moral og yrkesmoralen har likhetstrekk og sånn sett veves inn i hverandre. I en profesjonell omsorg er ikke empati bare ferdigheter, men en genuin nærhet i relasjonen hvor hensikt og handling danner en helhet. Vanligvis forstås empati som en «indre egenskap» et nonverbalt uttrykk som ikke trenger (fag)språk for å bli forstått. Empati som begrep er nøytralt, mens empatiske resultater er moralske – noe vi i utgangspunktet ser på som noe positivt. I de første nedtegnelsene om vernepleierutdanningen på 50 tallet var elevenes personlighet sett på som en forutsetning for den etiske og moralske modenhet dette yrket ville kreve; «De trenger stabilitet i sine holdninger... og oppleve at de må trekke veksler på seg selv når de primært skulle hjelpe andre» (Horndalen 2001a). Faktisk ble det på 60 tallet foretatt intervju av søkere for å «sile vekk de uegnede personlighetene».

Lar den subjektive moral og normative teori seg forene?

Gjennom sin diskursetikk og moralteori griper Habermas (1996) over begge disse sidene. Han er opptatt av hvordan moralen og mennesket som sådan bør arte seg i en samfunnskontekst. Som mennesker som «strever med å bli sett» er vi både sårbare og avhengige av hverandre, og risikoen er stor for at vi kan gjøre hverandre ondt. Habermas (1996) ser på moralen som en forpliktende kraft som gjør det mulig for et samfunn å lage strukturer og regler som beskytter menneskene mot hverandres ondskap – en menneskelig livsform som struktureres gjennom respekt og gjensidig anerkjennelse av den andre/hverandre. Han benytter seg av to teorier; en normativ og en prosedural rettferdighetsteori. Den normative legger vekt på de juridiske og upartiske rettigheter et samfunn bør ha og hva den enkelte legitimt har krav på. Den prosedurale tar utgangspunkt i at likebehandling ikke alltid er rettferdig. Nettopp denne vil ha profesjonsetisk relevans og egner seg i utformingen av ulike velferds- og serviceinstitusjoner. Her er det diskursen kommer inn som forpliktende prosedyre (regler for argumentasjon) som leder fram til rettferdighetsprinsipper og upartiskhet som alle kan respektere og gi sin tilslutning. Reglene skal, iflg. Habermas, ha tvingende makt og begrunnelsene normativ gyldighet. For ham er etikk det gode – det individuelt gode er subjektivt, mens det gode for alle blir et moralsk anliggende. I selve diskursen skiller han på de moralske og de mer demokratiske (rettighetsbelagte) prinsipper. Diskursen skal føre til allmenne begrunnelser og anerkjennelse mellom men-

nesker, hvor den rasjonelle argumentasjon skyver det emosjonelle i bakgrunnen. Det er viktig å merke seg at Habermas ikke utelukker det affektive livs betydning. Han mener at emosjoner kan kognitivt begrunnes og at de utgjør et viktig grunnlag i den moralske kraft – så spørsmålet også her vil være – kan noe som helst løses uten moral?

Hans diskurs er i seg selv en annen måte å tenke etikk på, knyttet til; normativ gyldighet (et kognivistisk perspektiv) – formalisme (et proseduralt perspektiv) – plikt (et deontologisk perspektiv) og det allmenne (et universelt perspektiv). I profesjonsetisk sammenheng er Habermas en viktig innfallspurt med tanke på hvilke normer en skal benytte seg av i praksis. I følge Eriksens delibrajonsstrategi bør diskurs være velegnet, hvor alle potensielt berørte kan trekkes inn. Hvordan institusjoner skal utformes for at en slik diskurs blir mulig er ikke enkelt å gi et svar på. For Habermas er alle kvalifisert, også utviklingshemmede med tanke på brukermedviking, evt. gjennom hjelpeverge, advokat og lignende. Men det å gjøre enhver i stand til å diskutere kan være en uoverstigelig utfordring med tanke på at alle parter skal kunne ta hverandres perspektiv. Med Habermas forenes moral og det rettfærdige med vekt på at verdivalgene (og etikken) kan begrunnes rasjonelt, men også at profesjonsetikken vil/må ha en moralsk fenomenologisk forankring.

Hvor sitter dømmekraften?

Fordeling, likebehandling, skjønn og rettfærdighet fanger omtrent opp velferdssamfunnets og profesjonsetikkens fokus og dilemmaer. Som nevnt har Habermas, men også andre, utviklet prinsipper for hvordan en skal angripe og fordele goder på en rettfærdig måte. Et viktig utgangspunkt er respekten for enhver, det å kunne gi anerkjennelse gjennom et likhetsprinsipp, i motsetning til å betrakte mennesker som annerledes eller mindre verdt. Skal en behandle mennesker ulikt må det være spesielle grunner, for eksempel at likheten/respekten ikke er rettfærdiggjort (Habermas). Det er viktig at profesjonene gjør mennesker oppmerksom på hva de har rett på, d.v.s. de må sørge for en rettfærdig implementering. Mye bruk av selektive ordninger og skjønn kan gi inntrykk av urettfærdighet. Skjønnsutøvelse og dømmekraft behøver ikke være vilkårlig. Ved siden av kriterier for skjønnsutøvelse vil kulturen på en arbeidsplass være avgjørende – hva den enkelte er sosialisert inn i. Faren er når skjønnet har stort spillerom i et miljø som mangler eller har utydelige regler, og når yrkesutøveren er mye alene med liten mulighet for å diskutere med andre.

Fra vernepleiere kan jeg nevne at det nettopp kommer tilbakemeldinger om at de er mye alene, både i forhold til de utviklingshemmede og i beslutningene i viktige avgjørelser. Dette opplever de som en risikofaktor og etterlyser faglig og etisk sett tilgang til et større kollegium.

I «alene rollen» vil de relasjonelle kvalitetene lett komme i bakgrunnen,

noe som kan gi uheldige utfall for utsatte og sårbare mennesker. Eriksen (2001) drøfter den nevnte portvaktrollen som preger velferdsyrkene og på hvilken måte profesjonsutøverne bruker seg i denne rollen. Med den autonomi og bruk av skjønn som tillegges helse- og sosialprofesjonene, vil fordelingen av for eksempel goder i utgangspunktet være besluttet på bakgrunn av kunnskap, lover og regler. Der hvor det normative og kognitivt lærte ikke strekker til må skjønn inn, en ikke sjelden situasjon slik jeg kjenner omsorgsyrkene. Slike avgjørelser, som åpent eller fordekt kan inntre i forlengelsen av en regelstyrt prosedyre, vil være prisgitt den enkeltes pragmatisk, etisk og moralsk avveining. Det sentrale her vil være utgangspunktet/perspektivet profesjonsutøveren tar, noe som kan gi ulike resultat for den faktiske beslutning. Fra egen undervisningspraksis har jeg erfaring som på mange måter bekrefter hvordan ulike perspektiv styrer beslutninger. Når jeg starter min egen undervisning i etikk gir jeg studentene en liste over mennesker som av forskjellige grunner er i ulike nødsituasjoner. Øvelsen gjør jeg for at studentene skal oppleve hvor vanskelig det er å prioritere og hvordan hverdagen er full av valg, ikke minst for at de skal få tanker om sine egne moralske beveggrunner. Når de skal velge hvem de først og fremst vil hjelpe blant 10 ulike situasjoner, viser det seg at vernepleiere, sosionomer og sykepleiere velger helt ulike menneskeskjebner. Når jeg ber dem redegjøre for grunnene er argumentene verdimessig, motivmessig og faglig ulike. Her kan jeg minne om en viss parallell til Terum (2003) om legenes fordeling av trygdeytelser, som bekrefter at den skjønnsmessige avgjørelsen ble preget av legenes personlige verdier og moralsyn. En må også være oppmerksom på at det vil være forskjell på et profesjonelt og et faglig skjønn. I følge Eriksen (2001) har det profesjonelle skjønn flere hensyn og roller å ivareta, ikke minst slik som profesjonsutøverne forvalter ressurser og står for implementeringen av politisk fastlagte mål, og samtidig utgjør kjernetroppen i velferdssamfunnet.

Beslutningskompetansen, hva som skal avgjøre hvem som skal få, og hvordan en skal prioritere mellom enkeltpersoner og grupper, er et sentralt etisk og moralsk anliggende. Hvordan normer dannes og praktiseres i slike beslutningssaker ser jeg som en utfordring i utdanningssammenheng.

Mens etikken skal hjelpe oss fram til det gode og riktige, preges omsorg og hjelpeordninger av å oppfylle rettigheter og representere nytte og terapitenkning. Mennesker som hjelpes blir objekter, mens personen(e) som utfører hjelpen ikke så lett ser seg selv i det de gjør. Tendensene i omsorgsprofesjonene er at de blir instrumentelle, de kan la seg fascinere av hva de kan – eller de brenner ut og utfører oppgavene uengasjert av plikt. Slik dette ser ut til å prege utviklingen blir spørsmålet om ikke utdanningsinstitusjonene må legge mer vekt på å lære de kommende yrkesutøverne *å se mennesker de skal hjelpe*. Det kan være at noe av den

tillitskrisen profesjonene nå møter skyldes at deres profesjonelle ferdigheter oppleves som krenkende på mennesker. Perspektivet *å se og møte den andre* er i ferd med å endre seg fra et brukerperspektiv til et kunde- og kundespektiv, noe som vil kunne endre autonomibegrepets innhold.

I stedet for å gå inn i andres motiver om hvorfor de ber om hjelp, vil det å forene saklighet med engasjement være en vei å gå. Ved å verne om subjektiviteten og vektlegger menneskers egne valg og muligheter for selvkontroll, vil dette kunne skape en annen dynamikk. Det som er viktig i denne sammenheng er at profesjonsutøveren ser seg selv som del av denne dynamikken.

Det blir ikke etikk av å si «etikk»

Når etikk kort sagt er *refleksjon* og moral er *det vi gjør* – er etikkens oppgave å gjøre noe med moralen. Med andre ord – for at etikken skal kunne virkeliggjøres må vi gjøre noe med oss selv. Etikken kan ikke skyves under teppet – tvert imot er etikk et forhold ingen kan fristille seg fra. Derfor blir den avgjørende for hva vi gjør med andre mennesker.

I generelle former vil jeg prøve å trekke noen slutninger knyttet til hva omsorgsprofesjoner bør satse på for å styrke sin moralske og etiske stilling. Med Habermas (1996) sin diskurs som bakteppe vil jeg se dette i forhold til Eriksens strategier for tillitsreparasjon med referanse til vernepleierutdanningen.²²

Vernepleierne kan nok betraktes som et ektefødt barn av Velferds-Norge slik ulike profesjoner skjød fart etter 2.verdenskrig. Dog – med sitt utgangspunkt i mennesker og en omsorg uten status og hvor ingen andre (verken faglig eller moralsk) følte ansvar, fikk utdanningen og yrket en trang fødsel og en turbulent utvikling. Vernepleierprofesjonen har ikke passet inn i de utdannings- og sosialpolitiske ideene som utviklet seg, men overlevd fordi de har fylt et tomrom – og fordi de har vært gode og ty til. Deres kamp for anerkjennelse har sammenheng med B-stemplet de ble møtt med fra sykepleierne og andre, en faglig og ideologisk profesjonsstrid belagt med mistillit og forbigåelser i stillinger og omtale. Slik sett ble «åndssvakeomsorgen» vernepleierens arena – og menneskene som var plassert der, deres oppgave. Som jeg har nevnt har vernepleierne vært relativt trygt verdimessig og etisk forankret. Utgangspunktet og de historiske fakta har knyttet dem til en solidaritetsrolle som «de svake og stigmatiserte gruppers advokat». Nærhetsidealet og bruk av egne person-

²² Skulle jeg ha gjort dette utfyllende burde jeg gitt et grundig utdannings- og profesjonshistorisk tilbakeblikk av vernepleierutdanningen. Dette ville dokumentere interessante røtter og utviklingstrekk som forklarer deres stilling og utfordringer i dag. For mer utdypende lesning kan jeg henvise til Dæhlens artikkel og min egen bok som omhandler utdanningens historie (Horndalen 2001b).

lige kvaliteter har utgjort selve grunnstammen i yrkesutøvelsen. Behovet for å fagliggjøre og begrepsfeste arbeidet, som for andre virket ufaglig, dagligdags og alminnelig, utviklet et kunnskapsgrunnlag i skjæringspunktet mellom medisin og pedagogikk. Utdanningen oppsto som et praktisk integrert syntesestudie hvor også psykologi og samfunnsfag fikk en sentral plass. Vernepleierskolene rekrutterte sine lærere fra alle disse fagområdene, noe som tidlig skapte en tverrfaglig kultur i skolene og i yrket som sådan (jf sykepleierskolene hvor lærere skulle være sykepleiere i bunn). At psykologene berømmet fotfolket som de viktigste aktørene i miljøarbeidet var en sårt tiltrengt anerkjennelse for vernepleierne. Dette gjorde at særlig enkelte av vernepleierskolene, og fagmiljøene rundt, tiltrakk seg og benyttet deres kunnskaper. På 70-tallet førte dette til at fagfokus og ferdighetskravet gled over fra en humanistisk/psykodynamisk til en mer natur- og atferdsvitenskaplig og treningspreget vektlegging. Yrkesutøvelsen/miljøarbeidet ble preget av målstyring og systematikk – *menneskearbeid skulle ikke baseres på tilfældigheter*. Forståelig nok har atferdsvitenskapen, slik den entusiastisk og diktatoriske ble utført, skapt sterke reaksjoner både utenfor og i egne fagmiljø blant vernepleierne – *tortur fordekt som vitenskap* (Dagbladet 1973). På godt og vondt har denne kunnskapen vært forbundet med denne profesjonen. Både berettiget og uberettiget har dette skapt en viss tillitskrise til vernepleierne, et fenomen yrkesgruppen prøver å komme seg igjennom, dels ved å være tydeligere på hva denne kunnskapen kan brukes til, og dels ved å vise at vernepleiere har en mer nyansert eklektisk faglig tilnærming og kompetanse. Heri ligger også deres verdissyn i forhold til pådriverrollen og dilemmaer som knytter seg til autonomi og brukermedvirkning i realiseringen av den åpne og allminneliggjorte omsorgen for funksjonshemmede.

Både den faglige og verdimessige utviklingen som omsorgsprofesjonene har tatt del i, ikke minst vernepleierne, kan anskueliggjøres gjennom begrepshistorikken i betegnelse på hjelpeavhengige mennesker fra; *idiot, pasient, klient, bruker, tjenestemottaker og i dag borger*. Dog må det erkjennes at *kundebegrepet* nå er på full fart inn i omsorgsverdenen.

Om det høres merkelig tror jeg at tillitsreparasjonen for omsorgs- og sosialprofesjonene, ikke minst vernepleiere, best vil være tjent med å nedtone den instrumentelle og vitenskapsbaserte kunnskapen som utviklingen har dreid seg om. Enøyd spesialisering på bekostning av en holistisk forståelse og tverrfaglig samarbeid kan være feil medisin for *samfunnets våpendragere og frontbyråkrater* (jf Eriksen 2001). Det er forståelig at vernepleiere har søkt slik kunnskap, ikke minst for sin anerkjennelse og egen identitets skyld, men den kan ha sin nemesis. Reformene i helse- og sosialsektoren og etterspørselen etter kompetanse har fra midten av 80-tallet endret vernepleierens tradisjonelle rolle som miljøarbeider (nær klientene) til mer indirekte arbeidsoppgaver som ledere og koordinatører av omsorgstjenester. 80 og 90-tallet har nærmest presset yrkesgruppen inn i

etater og posisjoner hvor organisasjons- og samfunnskunnskapen skulle ha vært bedre, en portvaktrulle de følte og føler seg lite hjemme i. Med økt utdanningstakt vil jeg tro flere vil vende tilbake i nærkontaktposisjoner. Slik tenkningen og personalbehovet i dagens omsorgssektor organiseres, vil nok vernepleierne møter konkurranse fra andre yrkesgrupper, gjerne med lavere kompetanse, noe som kan gjøre framtiden noe usikker. Det tillitsvekkende slagordet vernepleierne sto bak på 80-tallet om; *kompetanse nærmest bruker*, synes nå ikke å være sosialpolitisk gyldig.

Den allmenne og brukerorienterte tilbakemeldingen om vernepleierne er oppløftende. De er etterspurt i flere deler av helse, -utdannings- og sosialsektoren og de gjør seg positivt bemerket i den praktiske hverdag. Kanskje skulle de ha markert seg mer i åpen debatt og media enn de har gjort, en beskjedenhets som jeg mener å se tegn på er under endring.

At vernepleierens arena utvides synes å ha sammenheng med hvordan de konkret analyserer og tilrettelegger for utvikling og samhandling med mennesker i hverdagen – ja til og med voksenpsykiatrien tør nå å slippe vernepleierne inn. En skulle tro at tillitskrisen Eriksen beskriver ikke gjelder vernepleiere. Som medlem av FO's felles Yrkesetiske råd, kan jeg bekrefte at både vernepleiere, sosionomer og barnevernspedagoger melder tilbake sin frustrasjon over hva de ikke kan få gjort og hvordan systemets makt setter dem under et lojalitetspress. Jeg siterer fra min artikkel i Embla/Urds brønn (2001a):

... tilbakemeldingene er særlig knyttet opp mot hvor vanskelig det er å fylle rollene og de etiske implikasjoner hverdagen fører med seg. Det sliter å ofte befinne seg mellom barken og veden, samtidig som en skal være empatisk og effektiv som «skjebnebyråkrat». Sterkest opplever våre tre yrkesgrupper at de dras mellom motstående interesser hvor ofte lojaliteten med brukerne om hva de ønsker og hva som kan gjøres må vike for arbeidsgiver og systemenes rigiditet og økonomiske rammer. Å påpeke lovbrudd og etiske overtramp eller mangler, er ofte en stor belastning. Det er lite åpenhet for å ville innrømme etisk svikt. Ansvar og skyld har lett for å bli pulverisert bak maktens forkledninger. Det skal styrke, støtte og gode begrunnelser for å kunne vinne fram. Bare det å skape rom for diskusjon om etikkrelaterte utfordringer på jobben, kan være vanskelig nok.

FO's felles yrkesetiske grunnlagsdokument ble vedtatt av kongressen i november 2002. For oss i rådet som har arbeidet med dette dokumentet ble dette en lærerik prosess, ikke minst ved at vi fikk innsyn i hverandres sosialisering og egenverd som profesjoner. Vi hadde på mange måter mange likheter, både m.h.t. klientgrupper, fag, praksis og menneskesyn, således også etiske prinsipper. Spennende var det når hverdagsutford-

ringer vi skulle vurdere/løse kom inn fra medlemmer, brukere og andre. Da opplevde vi at innfallsvinklene og refleksjonene ofte ble forskjellige. Vi så rett og slett verden, hjelpebehov og løsninger på forskjellige måter. Det fruktbare i dette er at man lærer av å se seg selv og andre gjennom hverandres briller, slik at samlet sett blir valgene og rådene vi ga nærmest normativt gyldige – på mange måter en praktisering og bekreftelse av Habermas sin diskurs og Eriksen's deliberasjonsstrategi.

Fellesorganisasjonen for barnevernspedagoger, sosionomer og vernepleiere (2002) gjør rede for målene, verdiene og forpliktelsene disse tre profesjonene skal legitimere seg med. Behovet for et felles yrkesetisk dokument var flere. Foruten en konsoliderende prosess med utarbeidelsen innad, ville dette være et strategisk signal utad, et bidrag som skulle styrke våre tre profesjoners anseelse og autonomi (tillitsreparasjon). Men yrkesetiske retningslinjer bør være noe mer enn forpliktelser og klageanvisninger. Det bør også virke ansporende og nyskapende – og slett ikke bli liggende i en skuff.

Poenget og utfordringen jeg vil avslutte med er hvordan FO og vernepleierne følger opp prosessen videre, bl.a. med hvordan dokumentet taes i bruk for endring, nytte og læring av egne erfaringer. Målet må være at medlemsmassen får høynet sin etiske kompetanse slik at de står sterkere rustet, kan gjøre seg selv tydeligere for å møte tillitskrisen med relevante og bedre argumenter. Idet yrkesetikk dreier seg om verdivalg i yrkesutøvelsen, siterer jeg:

Virkelighetsforståelsen den enkelte har, er avgjørende for menneskesyn og verdivalg. Det er behov for bevisstgjøring og analyseredskaper som gir gode begrunnelser for ønsket framferd. Våre tre yrkesgrupper må gis mulighet for å kunne styrke etikkens relevans og legitimitet i fagligheten. Det må bringes inn dialoger, nye angrepsmåter og perspektiver som gir retning og konstruktiv debatt. Dette vil være en måte å gjøre etikken tilstedeværende og nyttig for den enkelte. (Horndalen 2001a)

Opplegget FO står overfor bør være i tråd med Eriksens remoraliserings- og deliberasjonsstrategi. For de tre nevnte profesjonsgruppene skulle deres historie, kunnskapsgrunnlag, arena og menneskene de arbeider med, kunne ha et fruktbart og til dels felles verdimestig utgangspunkt. Det ligger store utfordringer i å kunne følge opp med tiltak som fremmer etisk handlingskompetanse og kunnskap om nærhetsetikkens betydning og relevans for disse yrkesgruppene – for eksempel erkjennelsesprosesser som vil gi større faglig og etisk selvforståelse. Det er dessuten viktig å vurdere hvordan tverrfaglig samarbeid og kontroll vil bidra til ansvarlighet – herunder gi den enkelte trygghet i sin argumentasjon og etiske refleksjon. Mer åpenhet og innsyn vil kunne endre toleransen for kritikk

og skyttergravsmentalitet til noe som kan bli sett på som en åpning for læring. En vesentlig side ved deliberasjon er hvordan tjenestemottakeren myndiggjøres og trekks inn i samarbeidet. Her kan kompleksiteten være noe forskjellig hos de tre, men en slik inkludering er i så henseende ikke ukjent eller ny for vernepleierne.

En nyttig partner vil også være hvordan utdanningsinstitusjonene trekkes inn i disse utfordringene. Her har jeg tanker om måter yrkesetikken, både fenomenologisk og normativt, skal kunne gjøres mer veiledende og selvopplevd i det teoretiske og praktiske undervisnings- og evalueringsopplegget, men jeg avstår med å peke på at her er det et stykke igjen å gå.

Avslutningsvis vil jeg, slik kanskje mitt hovedanliggende har kommet til uttrykk, gå tilbake til utsagnet fra min tidligere kollega – og min egen overbevisning og utfordring til rasjonaliteten i omsorgsyrkene og profesjonsetikken; *det hjelper ikke hvor profesjonell du er – personligheten din vil alltid skinne igjennom!* Dette peker på viktigheten av å forstå samhandlingen/dialektikken mellom verdier og handling. Dagens systemverden skygger unna empatiens nødvendige og naturlige plass i relasjonsbyggingen mellom mennesker. Om empatiens egenskaper og uttrykk lar seg profesjonalisere – eller om slike egenskaper skal forbli allmenmenneskelige, gjenstår å se. Å oppøve og bevisstgjøre slike ferdigheter til nærmest å bli et «verktøy» i tjenesteutøvingen kunne være ønskelig – et stykke å vei.

Et slikt fokus vil kreve mye av fagplaner og av utdanningsinstitusjonene. Alt hadde vært så mye enklere om mennesket var en maskin. Faren er, slik økonomi og rasjonell tenkning vinner fram, at nærhet og respekt avfeies med tendenser i retning av; *utføres omsorg etter oppskriften spiller det ingen rolle hvem som gjør det*. Underforstått – det behøver ikke engang være et menneske. Vernepleiere og andre helse- og sosialprofesjoner må merke seg hvordan atmosfæren i velferdssamfunnet er under endring. Det å være trengende, utilstrekkelig, syk og sårbar er i ferd med å miste sin verdighet. Fellesskapet, de allmenngyldige grunnverdier, uthules og fortrenger nærhet og omsorgsverdier på bekostning av lønnsomhetstenkning. Idealet er at mennesker skal være (lære å være) autonome og individuelt ansvarlige – å være avhengig er et nederlag!

Selv om nærhet og distanse ikke kan utelukke hverandre i profesjonsetikken vil jeg, slik vitenskap og samfunnets kompleksitet gjør noe med vår eksistensielle forståelse av virkeligheten og menneskene i denne, mene at den personlige og empatiske forpliktelse – eller mangel på forpliktelse, står overfor nye utfordringer i den etiske kvalifiseringen av helse- og sosialprofesjonene. Som de fleste av oss har erfaring med, er det et finavstemt samspill som foregår mellom den som gir hjelp og den som mottar hjelp. Vernepleiere, som andre helse- og sosialprofesjoner, må ha et sær-

lig bevisst og reflektert forhold til sine gode mål og handlinger – ikke minst fordi det ofte er et komplekst landskap de må igjennom før en kommer ned til etikken.

Litteratur

- Eriksen, Erik Oddvar (2001):
Demokratiets Sorte Hull – om spenningen mellom fag og politikk i velferdsstaten.
Oslo: Abstrakt forlag.
- Fellesorganisasjonen for barnevernspedagoger, sosionomer og vernepleiere (2002)
Yrkesetisk grunnlagsdokument. Gran: LO-media
- Fløystad, Guttorm (1998):
Kunsten å omgå hverandre. En bok om ledelse, bedriftskultur og etikk. 2. utgave.
Oslo: Gyldendal.
- GENialt (nr. 2- 2002)
Immanuel Kant. Oslo: Bioteknologinemnda.
- Habermas, Jurgen (1996):
Diskursetik. Fredriksberg, Danmark: Det lille forlag,
- Habermas, Jurgen (2003):
Den menneskelige naturs fremtid. Oslo: N.W.DAMM & SØN
- Hellesnes, Jon (1999):
Om Hans Skjervheim. Oslo: Det Norske Samlaget.
- Horndalen, Bjørn (2001a):
Hvis etikk er viktig. I *Embla* nr. 8
- Horndalen, Bjørn (2001b):
Ideologi, Fag og Virkelighet – Vernepleierutdanningen gjennom 50 år.
Oslo: Universitetsforlaget.
- Levinas, E. (1996):
Totalitet og uendelighet. København: Hans Reitzels Forlag.
- Løgstrup, K.E (1991):
Den etiske fordring – «en begivenhed». København: Gyldendal
- Norsk Vernepleierforbund (1998):
Yrkesetisk studiehefte. Oslo:FO (Fellesorganisasjonen for barnevernspedagoger, sosionomer og vernepleiere)
- Næss, Arne (1998):
Livsfilosofi – Et personlig bidrag om følelser og fornuft. Oslo: Universitetsforlaget.
- Tudge, Colin(2003)
Moral og følelser. I Flux – filosofisk magasin. Nr. 3/2003 side 40–44.
- Tollefsen, Anita (2003):
Skal vi være venner. Hovedoppgave i pedagogikk ved Norsk Lærarakademi, Vitenskapelig høgskole for kristendomsstudium og pedagogikk, Bergen
- Scheffler, Samuel (2001):
To artikler *Problems of Justice og Responsibility in Liberal Thought.* Boundaries and allegiances
- Terum, Lars Inge (2003):
Portvakt i velferdsstaten. Om skjønn og beslutninger i sosialtjenesten. Oslo: Kommuneforlaget
- UFD (2005):
Lov av 1.4.2005 om universiteter og høyskoler
- Vetlesen, Arne Johan og Nortvedt, Per (1994):
Følelser og Moral. Oslo: Ad Notam Gyldendal

Vernepleierprofesjonen og den allmenne tillitskrise – en diskusjon av tre strategier for å skape tillit

Innledning

Profesjonalisering er et sentralt trekk ved moderne samfunn. Profesjoner er bærere av spesialisert kunnskap og handlingskompetanse som gjør dem til sentrale aktører i realiseringen av velferdsstaten som politisk prosjekt. I de senere år har imidlertid profesjonene kommet under stadig større kritikk. Det tas ikke lenger for gitt at profesjonenes spesialkompetanse fører til at deres praktiske avgjørelser er til individets eller fellesskapets beste. Antallet profesjoner har økt sterkt, og konsekvensen er at ekspertise møter motekspertise i flere og flere tilfeller. Dette gjør at profesjonenes prestisje har falt i takt med antallet nye profesjoner som har oppstått. Dette gjelder for alle profesjoner, også for de innen helse- og sosialsektoren som skal forvalte og fordele knappe goder. Skal tilliten til profesjonene gjenreises i en tid der vitenskapelig kunnskap oppfattes som midlertidig og feilbarlig, må det antakeligvis skje på annet grunnlag enn å appellere til tidligere tiders autoritetstro.

Her vil jeg analysere vernepleierutdanningens strategier for å øke tilliten til profesjonen de utdanner. Den allmenne tillitskrisen til profesjonene rammer også vernepleierprofesjonen, og behovet for å imøtekomme denne krisen vil være tilstede for vernepleierprofesjonen på lik linje for andre profesjoner. For bedre å forstå grunnlaget og mulige strategier for en tillitsreparasjon når det gjelder akkurat vernepleierprofesjonen vil jeg begynne med en kort historisk gjennomgang av profesjonens historie. For å vurdere hvordan man skal møte den allmenne tillitskrisen i den enkelte profesjon, vil det nemlig være viktig å se på profesjonens historikk og utvikling slik at profesjonens strategier for tillitsreparasjon forstås i sammenheng med dens spesielle trekk. Her vil det bli lagt vekt på å framstille faglige brytninger, politiske signaler for omsorgen for utviklingshemmede og medias rolle i den tillitskrisen som vernepleierprofesjonen har opplevd over tid.

Det er to spesielle trekk ved vernepleierprofesjonen som gjør den spesielt interessant å studere i forhold til strategier for tillitsreparasjon. Det ene gjelder trekk ved den historisk viktigste gruppe av klienter som vernepleiere har ytt tjenester til, nemlig de utviklingshemmede. Dette er en gruppe som det må kunne sies å være lite «rift om», i den forstand at det historisk sett har vært vanskelig å få mennesker i ulike profesjoner til arbeide med nettopp denne gruppen. Dette gjør at vernepleiere i liten grad opplever å konkurrere med andre faggrupper om klientene. Det er relativt

liten strid om hvem som er egnet til å jobbe med denne gruppen klienter, og det står ingen andre profesjoner klare til å overta dersom vernepleierne skulle trekke seg ut. Det andre trekket som gjør vernepleierprofesjonen spesielt interessant når man skal diskutere tillit til profesjoner, er at ett av deres viktigste vitenskapelige grunnlag, atferdsanalysen, er omstridt. Det er altså trekk ved klientgruppa og vernepleiernes kunnskapsgrunnlag som gjør dem spesielt interessante i forholdt til tillitsreparasjon.

I framstillingen av vernepleierprofesjonen vil jeg legge spesielt vekt på disse to trekkene. Å knytte vernepleierprofesjonen utelukkende til utviklingshemmede og atferdsanalysen vil imidlertid oppfattes som ensidig av de som kjenner profesjonen, utdanningen eller deres kunnskapsgrunnlag. Vernepleiere jobber for langt flere grupper enn bare utviklingshemmede, blant annet psykiatriske pasienter, rusmisbrukere og fysisk funksjonshemmede. I tillegg inngår atferdsanalysen bare som én komponent i deres kunnskapsgrunnlag. Hvilken variant av atferdsanalysen som inngår i vernepleiernes kunnskapsgrunnlag vil variere over tid, med den enkelte vernepleiers interesser og mellom ulike høyskoler. Hvilken vekt atferdsanalyse blir tillagt i utdanningen, varierer også mellom ulike høyskoler. Som sådan vil denne artikkelen ikke vise vernepleierprofesjonen i sin bredde. I denne sammenhengen er det imidlertid interessant å fokusere på nettopp disse to sidene ved profesjonen, fordi det illustrerer noen problemer knyttet til valg av strategi for tillitsreparasjon som er spesielle for vernepleierutdanningen. En forenkling er derfor nødvendig. For leseren er det imidlertid viktig å huske at vernepleierutdanningen ikke arter seg likt på alle høyskoler, og favner langt bredere både faglig og i praksis enn det som vil komme fram her.

Vernepleierutdanningen innbefatter en rekke ulike fag. I følge gjeldende rammeplanen for vernepleierutdanningen utgjør hovedemne 1: samfunnsvitenskapelige og juridiske emner (42 studiepoeng), hovedemne 2: psykologiske og pedagogiske emner (24 studiepoeng), hovedemne 3: helsefaglige emner (45 studiepoeng) og hovedemne 4: miljøarbeid og habiliterings- og rehabiliteringsarbeid (69 studiepoeng) (UFD 2004). Av disse er 30 studiepoeng felles for ergoterapeut-, fysioterapeut-, radiograf-, sykepleier-, vernepleier-, sosionom-, og barnevernspedagogutdanningene. Avhengig av den enkelte høyskoles prioriteringer kan atferdsanalysen inngå som elementer i både vitenskapsteori delen av hovedemne 1, hovedemne 2 og hovedemne 4.

Etter gjennomgangen av vernepleierprofesjonens historie og dens kunnskapsgrunnlag vil jeg diskutere hvorledes vernepleierutdanningen møter den allmenne tillitskrisen til profesjonene. Som nevnt innledningsvis, må gjenreisning av tillit skje på annet grunnlag enn å appellere til tidligere tiders autoritetstro. Her vil strategier for gjenreisning av tillit slik de er framstilt av Eriksen (2001), kunne bidra til å kaste lys over endringer innen verne-

pleierutdanningen. Den første av disse tre strategiene er *vitenskapeliggjøring* og *instrumentalisering*. Denne strategien går ut på å øke tilliten til profesjonens praksis gjennom økt dokumentasjon av resultater og klarere henvisning til det vitenskapelig grunnlaget for profesjonsutøvernes handlinger. En annen strategi er at profesjonen forsøker å *øke den etiske handlingskompetansen* til medlemmene gjennom økt fokus på yrkesetikk og en remoralisering av profesjonen. Den siste strategien er å søke økt samarbeid med tjenestemottakere og andre profesjoner samt tverrfaglig kontroll av profesjonens praksis gjennom deliberasjon²³. Som vi skal se eksisterer alle disse tre strategiene side om side ved vernepleierutdanningen. Jeg vil forsøke å knytte disse strategiene til den historiske gjennomgangen.

Vernepleierutdanningens historikk

Vernepleierutdanningens historikk er interessant fordi den forteller mye om den tillitskrise som profesjonen opplever. Profesjonen er forholdsvis ung, den første vernepleierutdanningen startet opp i 1961, og dens historie har til dels vært preget av konflikt med andre profesjoner og fagfolk, myndighetene og den generelle offentligheten. Samtidig har den vært sentral for å dekke behovet for omsorg for en gruppe som ikke har vært «populær» blant andre profesjoner, nemlig de utviklingshemmede.

Overlege Ole B. Munch ved Emma Hjorths Hjem for Åndssvake blir gjerne regnet som vernepleierutdanningens far. På hans initiativ ble det bygget opp en utdanning for vernepersonale i 1947, finansiert gjennom institusjonens budsjett, og med et stort innslag av praktisk arbeid. I tråd med oppbyggingen av velferdsordninger generelt i Norge etter krigen, ble det statlige ansvaret for «åndssvakesaken» etter hvert klarere, og som en følge av diverse komiteers arbeid gjennom femtitallet ble retningslinjene for en treårig vernepleierutdanning vedtatt i 1963. Vernepleierutdanningen som startet opp på Emma Hjorths Hjem i 1961 foregrep således dette vedtaket, og er blitt betegnet som «et frekt og godt regissert kupp» (Horn-dalen 2001:64).

Allerede i arbeidet med å vurdere den framtidig utdannelsen av pleiepersonale i åndssvakeomsorgen var det blitt poengtert at opplæringen ikke burde basere seg på sykepleieutdanningen. Mange, både Samordningsrådet (SOR²⁴) komité og fagpersoner på området, ønsket å distansere seg fra det de oppfattet som en pleiepreget omsorg slik de mente sykepleierne stod for. I stedet ønsket de en utdanning som la vekt på pedagogiske opplæringsmetoder. Dette var blant annet knyttet til begrepet ADL-ferdigheter, som betegner «activities of daily living» slik som påkledning,

²³ Deliberasjon forstås her som fri, åpen og kritisk diskusjon.

²⁴ SOR er en organisasjon bestående av frivillige helseorganisasjoner og andre interesserte som har hatt stor innvirkning på utformingen av omsorgen for utviklingshemmede (Horn-dalen 2001).

matlaging, personlig hygiene osv.. Utviklingshemmede skulle, så langt det var mulig, gjøres i stand til å klare seg selv i det daglige. Et brudd med medisinfaglig fokus var viktig for vernepleierutdanningen, da man oppfattet at den tidligere omsorgen ble hemmet av dette fokuset. Utviklingshemmede er en gruppe som ikke kan «kureres» i medisinsk forstand, noe som også kan bidra til å forklare hvorfor nettopp denne gruppa ble oppfattet som lite interessant å jobbe med innenfor det medisinske paradigmet. Gjennom å fokusere på opplæring og pedagogiske virkemidler kunne vernepleierne oppnå praktiske resultater med en gruppe der omsorgen tidligere hadde vært mer preget av oppbevaring. I denne sammenheng er begrepet «lært hjelpeløshet» sentralt for vernepleiere. Begrepet er et forsøk på å beskrive en situasjon der mennesker mister ferdigheter som det tidligere hadde, gjerne som en følge av at andre, for eksempel omsorgsytere, overtar oppgavene for dem (Skinner 1978). En pleiepreget omsorg vil kunne ha slike følger dersom man ikke aktivt ivaretar menneskets ADL-ferdigheter, men i stedet hjelper til der det egentlig ikke trengs.

Til tross for at man følte behov for å markere avstand til sykepleierne kan man si at vernepleierne tok til seg flere av sykepleierprofesjonens symboler, blant annet ble uniform og nål brukt som signaler for å styrke profesjonsidentiteten. Dette til tross for at dette kunne bidra til å skape avstand mellom profesjonen og dens klienter, noe som var klart i strid med dens idealer. I mer profesjonssosiologisk forstand er imidlertid dette kanskje ikke så overraskende, siden sykepleierprofesjonen var et godt etablert og innflytelsesrikt eksempel for hvordan vernepleierne selv kunne oppnå profesjonsmakt.

Et annet skille mellom vernepleierprofesjonen og sykepleierprofesjonen kan vi finne i hvilken rolle kallstanken spiller for profesjonen. Den religiøs-etiske motivasjonen har vært en del av sykepleiernes historie og tradisjon (Vetlesen og Nortvedt 1996). Vernepleierprofesjonen er på mange måter mer av et ektefødt barn av moderniteten, sterkt preget av den sekulariserte vitenskapen og med en aktiv avvisning av kallet som motivasjon for arbeidet. Mennesket og dets atferd skulle aktivt formes til det bedre og motivasjonen var ikke religiøs forpliktelse, men snarere en slags framskrittstro og teknokratisk ingeniørforståelse av yrket som ligger tett opptil det Eriksen kaller *scientisme* (Eriksen 2001:84). Det er liten tvil om at en del vernepleiere lenge oppfattet seg selv som bærere av en objektiv, vitenskapsbasert kunnskap om årsaker til menneskelig atferd, selv om denne oppfatningen nok har blitt mindre dominerende etterhvert²⁵.

²⁵ Til tross for at kallstanken ikke har vært et framtrædende trekk hos vernepleierprofesjonen som hos sykepleierprofesjonen, har vernepleierhøgskolen i Rogaland bygget på et kristent verdigrunnlag helt siden starten. Denne høgskolen har nok også vært mer preget av sosialpsykologiske og kognitive tradisjoner enn de andre vernepleierhøgskolene (Horn-dalen 2001).

Innslaget av medisinske fag i utdanningen var fortsatt stor på seksti og syttitallet, og behovet for kunnskap om pleie og omsorg eksisterte side om side med en økende fokus på miljøarbeid. Miljøarbeid har vært et viktig begrep for vernepleiernes profesjonsidentitet, og betegner et bredt pedagogisk arbeid der det legges særlig vekt på betydningen av de utviklingshemmedes sosiale og materielle omgivelser.

Konflikten mellom utdanningens elementer av mer tradisjonell pleie og miljøarbeid ble særlig tydelig gjennom en sju uker lang studentstreik ved vernepleierskolen på Emma Hjorths Hjem i 1975. Studentene protesterte særlig mot to forhold. For det første mente de at vernepleierutdanningen var i ferd med å bli en generalistutdanning, og at den, gjennom undervisningsplanen av 1974, hadde mistet kjernegruppa, de utviklingshemmede, av syne. De argumenterte for at praksis burde være utelukkende med utviklingshemmede og skulle foregå innen Helsevernet for Psykisk Utviklingshemmede (HVPU). I tillegg, og kanskje mer interessant i denne sammenheng, mente studentene at undervisningsplanen «representerte en passiviserende og pleiepreget omsorg» (Horndalen 2001:155).

Tendensen til å distansere seg fra det som framsto som negativt og til dels skadelige elementer i sykepleien, kan kanskje bidra til å forklare atferdsanalysens økte betydning for profesjonens kunnskapsgrunnlag på midten av syttitallet. Atferdsanalysen gjorde sitt inntog i vernepleierutdanningen i denne perioden, og betød at profesjonen kunne frigjøre seg fra medisinfaget og heller støtte seg til en annen profesjon som kunne gi dem legitimitet og som var sterkere enn dem selv, nemlig psykologene.

Det vil føre for langt å presentere atferdsanalysen i sin bredde her, men denne psykologiske retningen har hatt stor betydning for vernepleierprofesjonen og dens tillitskrise, og er viktig for å forstå omgivelsenes reaksjoner på profesjonen. Atferdsanalysen har mange ulike bidragsyttere, men særlig sterkt innen vernepleierutdanningen står kanskje B. F. Skinner og hans behavioristiske program for studiet av menneskelig atferd. Her vektlegges funksjonelle forklaringer på atferd med særlig vekt på forsterkningsbetingelser. Jeg vil komme tilbake til atferdsanalysen som vitenskapelig grunnlag for vernepleierprofesjonen, når jeg diskuterer vitenskapeliggjøring som strategi for tillitsreparasjon. I sammenheng med denne gjennomgangen av vernepleierprofesjonens historie, er det mest relevant å trekke fram atferdsanalysen og dens posisjon i vernepleierutdanningen som et ledd i profesjonens selvstendigjøring, og som et element som påvirket medias og den generelle offentlighetens syn på vernepleiernes yrkesutøvelse.

I løpet av syttitallet var det særlig to mediesaker som bidro til å svekke vernepleierprofesjonens legitimitet, nemlig den såkalte Gro-saken i Sør-Trøndelag og Sol-saken ved Emma Hjorths Hjem. I begge sakene ble

avdekket overgrep mot utviklingshemmede noe som førte til at atferdsanalysen kom under kritikk. Vernepleierskolen ved Emma Hjorths Hjem hadde selv studenter tilknyttet behandlingsopplegget til Sol, og ble direkte knyttet opp til kritikken blant annet gjennom oppslag i Dagbladet. Dette skjedde til tross for at vernepleiere hadde vært med på å avsløre og dokumentere overgrepene. I tilknytning til Gro-saken var det heller ikke involvert vernepleiere i behandlingsopplegget. På mange måter var disse to overgrepssakene eksempler på at vernepleierprofesjonen kjempet *for* rettighetene til tjenestemottakerne, gjennom å dokumentere og kjempe mot overgrepene. Hvorvidt kritikken mot atferdsanalysen var berettiget i denne forbindelse var det altså delte meninger om, men det sentrale i denne sammenheng er at sakene koblet overgrep mot utviklingshemmede sammen med atferdsanalytisk behandlingsmetodikk og vernepleierprofesjonen i den generelle offentligheten. Dette skyldes kanskje at omsorgen for utviklingshemmede ble oppfattet som profesjonens domene, og at overgrep innen omsorgen dermed automatisk fikk konsekvenser for allmennhetens syn på profesjonen. Som sådan gjorde disse to overgrepssakene sitt til at atferdsanalysen kom i vanry i mange miljø, der den ble oppfattet som «tortur fordekt som vitenskap» (Horndalen 2001:162).

Økte innslag av atferdsanalyse i utdanningen kom for øvrig på en tid da positivismedebatten var sentral innen samfunnsvitenskapene. Tanken om at vitenskapen kunne være verdifri ble avvist, og det ble en økt fokus på forskningens formål og hvilke hensikter og maktstrukturer den tjente. Atferdsanalysen ser ut til å ha kommet ut på «den tapende siden» i denne debatten fordi den knytter seg til positivistiske vitenskapsidealer om objektivitet og idealet om å avdekke lovmessigheter i atferd. Dette har nok også farget andre profesjoners, medias og fagpersoners syn på vernepleierprofesjonen, da det nok i mange tilfeller kan oppfattes som om vernepleierutdanningen er behaviorismens «siste tilfluktssted».

Nye idealer for omsorgen for utviklingshemmede som utviklet seg i løpet av sytti og åttitallet representerte også en utfordring, og i noen grad en tillitskrise, for vernepleierprofesjonen. Profesjonen hadde mye av sin virksomhet og identitet knyttet opp mot HVPU, en institusjonspreget omsorg som nå kom under kritikk. En større institusjonskritikk, som blant annet bygget på Goffmans (1968) arbeider om asyltet som total institusjon, forandret myndighetenes syn på hva som var den beste livsformen for utviklingshemmede. Under samlebetegnelsen «Normalisering» ble en rekke nye idealer for omsorgen for utviklingshemmede utviklet, der stikkordet var at utviklingshemmedes livsformer skulle legges opp så nær normalbefolkningens som mulig. Vernepleierprofesjonen var pådrivere for denne reformen, og så på den som en positiv endring. Det er derfor ikke gitt at dette paradigmeskiftet innen omsorgen for utviklingshemmede kan tolkes som en tillitskrise for vernepleierprofesjonen. Som jeg skal komme tilbake til ble den allikevel oppfattet og beskrevet av enkelte aktører som et

problem for gjennomføringen av en slik endring av omsorgen for utviklingshemmede.

Innen normaliseringsideologien finnes det en rekke ulike retninger, men felles for dem er at de peker mot et felt der atferdsanalysen og pedagogiske treningsopplegg ikke strekker til; den normative vurdering og formuleringen av målene for omsorgen. Atferdsanalysen har like små muligheter som andre vitenskapelige retninger til håndtere nettopp det normative aspektet ved omsorgen som gis, til tross for at den søker å dokumentere og registrere framgang for tjenestemottakerne på mest mulig objektive måter. Hva som utgjør framgang er imidlertid ikke et spørsmål som kan avgjøres uten henvisning til normative aspekter.

At det kan være et problem å tolke og virkeliggjøre normative signaler for omsorgen for utviklingshemmede i praksis kan eksemplifiseres gjennom den kvalitative analysen av livet i boliger for utviklingshemmede som vi finner i boka «Normaliseringsarbeid og ambivalens» (Sandvin, Söder, Lichtwarck og Magnussen 1998). I studiet av fire boliger for utviklingshemmede viser de at ansatte har problemer med å håndtere det normative aspektet ved omsorgen slik det har blitt formulert gjennom normaliseringsidealene²⁶. Det framstår som uklart hva «normalisering» og «normalt» skal bety i den enkelte konkrete sammenheng, på samme måte som overordnede etiske prinsipper gjerne er problematiske å konkretisere i bestemte handlingsregler. Resultatet er ofte at personalet oppfatter normalisering som omsorgsideal slik at utviklingshemmede skal ha det omtrent slik som personalet selv velger å ha det (Sandvin mfl 1998). Dette skaper usikkerhet hos personalet om de har handlet rett. Som Sandvin mfl sier:

En sentral kritikk fra flere av personalet, mot HVPU-reformens normaliseringsprinsipp var at den i så liten grad gav entydige svar på hvordan det daglige arbeidet i boligen skulle utformes. (Sandvin mfl. 1998:135).

De ansatte i boligene støter på her på et problem som er vanlig blant det som blir kalt «frontlinjebyråkrater», nemlig at deres arbeid er preget av tvetydige mål som ofte er i konflikt med hverandre (Lipsky 1980). Årsaken til problemene med å tolke de nye omsorgsidealene skyldes kanskje at normaliseringsidealene ikke er entydige, og at det hersker en faglig

²⁶ Selv om det jobbet flere vernepleiere i boligene som Sandvin mfl. undersøkte, er det ikke gitt at det er disse som uttrykker størst ambivalens i forhold til normaliseringsidealene. Undersøkelsen er lite klar på dette punktet. Boka poengterer imidlertid et allment problem med å fortolke de helse- og sosialpolitiske signalene og omsette dem til praksis som ser ut til å være utbredt innen omsorgen for utviklingshemmede (se også Askheim 1998).

uenighet mellom de ulike teoretiske retninger som danner grunnlaget. Tradisjonen «Verdsetting av Sosial Rolle» (VSR) framhever for eksempel individrettede tiltak, ferdighetstrening og tilpasning til samfunnets normer for akseptable livsførsel og sosial interaksjon (Wolfensberger 1982). Den skandinaviske tradisjonen innen normalisering framhever derimot statistisk normale livsløp og materielle levekår samt livskvalitet som mål, samtidig som de framhever menneskers rett til å være annerledes enn majoriteten (Askheim 1998). Denne grunnleggende forskjellen bidrar antakeligvis til problemene personalet i boliger for utviklingshemmede har med å konkretisere og sette ut i livet idealene for omsorgen. Her kan ikke atferdsanalysen, eller noen annen vitenskapelig retning, gi svar fordi spørsmålene ikke er faglige, men normative.

Også atferdsanalytisk orienterte vernepleiere og forskere har arbeidet med normaliseringsidealene innenfor sitt paradigme, særlig gjennom operasjonalisering, dokumentasjon og registrering av ulike komponenter som inngår i normaliseringsidealene. Dette er viktig kunnskap, selv om det i seg selv ikke kan si noe om de normative signalene som ligger i normaliseringsidealene. Det kan imidlertid gi muligheter til å handle for å oppnå disse idealene i praksis. Hvorvidt metodene som benyttes innen atferdsanalysen i seg selv kan motvirke normalisering er imidlertid et spørsmål som diskuteres. Wolfensberger oppfatter det for eksempel slik at atferdsanalysen vil motvirke den enkelte utviklingshemmedes muligheter til å oppnå en verdsatt sosial rolle i samfunnet fordi dens metoder i seg selv er undertrykkende (Askheim 1998). Til tross for dette ser det ut til at Wolfensbergers VSR-tradisjon er den normaliseringstradisjon som er mest tilgjengelig for vernepleierprofesjonen, blant annet fordi den vektlegger individuelle ferdigheter mer enn den skandinaviske modellen, som i større grad fokuserer på samfunnsmessige rammefaktorer.

Reformen av omsorgen for utviklingshemmede som fulgte i kjølevannet av institusjonskritikken, gjerne kalt «ansvarsreformen» fordi den innebar en overføring av ansvaret for de utviklingshemmede fra staten og institusjonene og over til hjemkommunen, innebar altså nok en tillitskrise for vernepleierprofesjonen. Tidligere hadde at den generelle offentlighet hadde rettet kritikk mot atferdsanalysen som kunnskapsgrunnlag for vernepleierprofesjonen, og nå så det ut til at profesjonen kunne få problemer med å tilpasse seg de nye signalene om hjemmebasert omsorg. Ikke fordi profesjonsutøverne ikke hadde ønsket reformen, men fordi signalene om hvordan den skulle iverksettes i praksis var tvetydige.

Mye av profesjonens identitet hadde tidligere vært knyttet til institusjonsomsorgen, og selv om den selv hadde kjempet for ansvarsreformen ble den mistenkt for å være ute av stand til å håndtere den. Lederen av rådet for høgskoleutdanning i helse- og sosialfag beskrev blant annet vernepleierutdanningen for en anakronisme som hemmet framveksten av den

nye omsorgsideologien (Horndalen 2001:226). Dette synspunktet så også til dels ut til å være rådende hos den største interesseorganisasjonen for utviklingshemmede og deres pårørende, Norsk Forening for Utviklingshemmede. At så sentrale aktører kritiserte vernepleierprofesjonen og utdanningen må sies å kunne være tegn på en alvorlig tillitskrise, til tross for at profesjonen selv hadde vært med på å kjempe mot institusjonsomsorgen. Kritikken ble derfor opplevd som urimelig av profesjonen selv, selv om den ble tatt alvorlig. Det ser ut til å ha vært en relativt utbredt myte om at vernepleiere var motstandere av ansvarsreformen, til tross for at de faktisk hadde vært blant dens ivrigste forkjempere.

Da utdanningen ble foreslått slått sammen med sosialarbeiderutdanningen og barnevernspedagogutdanningen mot slutten av nittitallet kjempet profesjonen for å beholde sin utdanning. De vant fram, og Sosialdepartementet gikk inn for å beholde vernepleierutdanningen, blant annet på grunn av vernepleiernes helsefaglige kompetanse (Horndalen 2001).

Strategier for tillitsreparasjon

I lys av den historiske gjennomgangen av vernepleierprofesjonenes variant av den allmenne tillitskrise er det interessant å se på profesjonsutdanningens strategier for å møte kritikken og gjenreise tillit til profesjonen. Som redegjort for ovenfor har innslaget av et kontroversielt vitenskapspadigme i vernepleierutdanningen hatt mye å bety for den tillitskrise profesjonen opplever i forhold til myndigheter, fagpersoner og den generelle offentlighet. Det er derfor interessant å se nøyere på dette aspektet. Samtidig eksisterer det flere parallelle strategier for tillitsreparasjon innen vernepleierutdanningen i dag. Blant annet har vernepleiernes viktigste fagforening, Fellesorganisasjonen for Sosionomer, Barnevernspedagoger og Vernepleiere (FO), utarbeidet studiehefter i etikk til bruk i utdanningen. I tillegg kan man si at bruken av deliberative organer, dvs. organer for rasjonelle resonnement, har en tradisjon innen omsorgen for utviklingshemmede, for eksempel gjennom idealer for brukervedvirkning og bruken av ansvarsgrupper. I denne sammenheng er det også interessant å se på de endringer i omsorgen for utviklingshemmede som er i ferd med å skje nå, og som kan vise seg å representere nye utfordringer for vernepleierprofesjonen, knyttet til dens evne til samarbeid og deliberasjon.

Spørsmålet blir hvilke strategier vernepleierutdanningen kan velge for å skape tillit til det arbeid profesjonen utfører og for den kompetansen de bygger arbeidet sitt på. For å finne svar på dette kan det være interessant å diskutere de tre strategiene for gjenreising av tillit som (Eriksen 2001) skisserer, og diskutere dem i forhold til vernepleierprofesjonen og utdanningen av denne. Hvor egnet disse strategiene vil være er ikke bare avhengig av deres gyldighet som strategier for profesjoner generelt, men også hvordan de påvirkes av de spesielle trekkene ved vernepleierprofesjonen. Her spiller både vernepleierprofesjonens kunnskaps-

grunnlag, omsorgens historikk og kjennetegn ved tjenestemottakerne en viktig rolle.

Vitenskapeliggjøring og instrumentalisering

Som nevnt redegjør Eriksen for flere strategier for tillitsreparasjon, der vitenskapeliggjøring og instrumentalisering er én av tre. Han påpeker at denne strategien er problematisk, blant annet fordi man vitenskapeliggjør og kvantifiserer omsorgen på en uheldig måte. Sett i forhold til vernepleierutdanningen kan denne strategien dessuten by på ekstra store problemer.

116

Vitenskapeliggjøring som strategi for tillitsreparasjon henger i dette tilfellet tett sammen med atferdsanalysens plass innen vernepleierutdanningen og dens positivistiske grunnsyn. Atferdsanalytisk orienterte vernepleiere har lang tradisjon for nitidig dokumentasjon og registrering i forbindelse med sine tiltak, og idealet om vitenskapelig redelighet og åpenhet står sterkt. Undervisning innen ulike registreringsteknikker og observasjonsmetoder for å kartlegge eller endre atferd spiller en sentral rolle innen vernepleierutdanningen, og danner grunnlaget for å kunne argumentere for tiltak ut fra oppnådde resultater. Dette er for så vidt godt forenlig med vitenskapeliggjøring som strategi for vernepleierprofesjonen. Man kan tenke seg at gjennom å vise til gode resultater av trening med utviklingshemmede kan vernepleiere øke sin legitimitet og vise sin verdi som vitenskapsbasert profesjon.

Det er også grunn til å hevde at atferdsanalytiske behandlingsmetoder har gitt resultater for mange utviklingshemmede, og man kan dokumentere slike ting som reduksjon av selvskading og bedre ADL-ferdigheter. Ofte framheves resultater av atferdsanalytisk arbeid med dypt utviklingshemmede mennesker som skader seg selv. Dette bidrar til å legitimere arbeidet fordi det henviser til mål som er ukontroversielle, nemlig å unngå at folk blinder seg selv, ødelegger ansikt eller kropp, angriper og skader andre osv. Her kan atferdsanalysen vise til resultater, samtidig som det normative elementet som ligger i å sette mål for omsorgen ikke oppfattes som nødvendig å diskutere. Det har dessuten en styrkende effekt på profesjonsidentiteten fordi dette er grupper av hjelpetrengende som oppfattes som overgitt av andre profesjoner.

Langt vanskeligere blir det når det gjelder det store flertallet av utviklingshemmede, de som ikke har et slik atferdsmønster at de fysisk skader seg selv eller andre. I slike sammenhenger blir det normative aspektet ved omsorgen mer flertydig, og faglige vurderinger alene kan vanskelig gi svar. Her kan man søke til myndighetenes retningslinjer og idealer for omsorgen, men som tidligere nevnt er disse gjerne av overordnet karakter og gir få konkrete handlingsregler eller målformuleringer for den enkelte praktiker. Normalisering som mål for omsorgen er så flertydig at det kan oppfat-

tes som å gi grunnlag for arbeid rettet mot alt fra individuell ferdighetstrening til det å kjempe for statistisk gjennomsnittlige materielle levekår.

Det er dessuten grunn til å spørre seg om økt vitenskapeliggjøring på atferdsanalytisk grunnlag vil øke tilliten til vernepleierprofesjonen eller om det faktisk vil svekke den, rett og slett fordi det behavioristiske paradigmet er så kontroversielt. Behaviorismen i sin mest rendyrkede form oppfattes av mange som et utvendig, tingliggjørende vitenskapelig paradigme fordi den legger vekt på observerbar atferd framfor ikke-observerbare fenomen som kognitive prosesser, følelser, intensjoner osv. Å henvise til positive resultater i denne sammenheng blir mindre viktig for tilliten til profesjonen, fordi det vitenskapelige paradigme, slik mange ser det, i seg selv kommer i konflikt med moralske verdier. At man kan oppnå resultater gjennom å tingliggjøre mennesker som man har makt over er i seg selv ikke overraskende, tingliggjøring er nettopp en meget effektiv form for dominans (Lukács 1990). Allikevel kommer det i strid med viktige etiske prinsipper, som for eksempel å behandle andre som mål i seg selv. Som sådan oppfattes den av mange som et vitenskapelig paradigme med svak legitimitet, og det er vanskelig å se at den kan danne grunnlag for økt tillit til vernepleierprofesjonen så lenge den oppfattes slik, i tillegg til de begrensninger en slik vitenskapeliggjøringsstrategi vil ha for enhver profesjon uansett. Det er ikke bare slik at «det unike, ikke-kvantifiserbare forsvinner» dersom man velger en slik strategi, slik Eriksen (2001:98) framhever, men det «unike, ikke-kvantifiserbare» erstattes i dette tilfelle av en vitenskap som selv har en svak legitimitet.

Nå favner atferdsanalytiske tradisjon og praksis vidt, og der som innen annen vitenskap vil det være ulike posisjoner. Denne variasjonen innen atferdsanalysen ser imidlertid ikke ut til å være lagt særlig vekt på av dens kritikere, og det ser heller ikke ut som om dette har påvirket den generelle offentlighetens syn på atferdsanalysen som kontroversiell. Således kan man si at gjennom å ha atferdsanalysen som en sentral del av sitt vitenskapelige grunnlag, og eventuelt forsøke å trekke på dette grunnlaget for å øke tilliten til profesjonen, står vernepleiere i fare for å forsøke å erstatte de kvalitative, ikke-kvantifiserbare aspekter ved sin yrkesutøvelse med økt innslag av vitenskap som har så svak legitimitet at den ytterligere svekker tilliten fra omgivelsene. I verste fall kan det bli en slags dobbelt taps situasjon.

Yrkesetikk og remoralisering

Eriksens andre strategi for å gjenreise profesjonenes tillit dreier seg på mange måter om profesjoners indre selvjustis, nemlig å oppruste profesjonsutøvernes etiske handlingskompetanse gjennom økt fokus på etikk og etiske regler for profesjonsutøvelse.

Egne yrkesetiske retningslinjer er sentralt for en profesjon. På den måten

kan man legitimere en viss grad av autonomi og selvjustis, basert på profesjonens evne til å regulere seg selv. I en situasjon med svekket legitimitet vil tilbaketrekning og revurdering av egen virksomhet i lys av profesjonens eget etiske grunnlag kanskje være naturlig. Ikke overraskende har dette skjedd også innen vernepleierprofesjonen, der blant annet NVF (Norsk Vernepleierforbund), i samarbeid med yrkesetisk råd, har utviklet studiemateriale som skal øke den etiske bevissthet og handlingskompetanse hos framtidige vernepleiere (NVF 1998). Her finnes artikler, etiske refleksjonsmodeller, juridiske betraktninger og vernepleiernes yrkesetiske prinsipper og retningslinjer. Intensjonen er «... å sette etikk i fokus på en slik måte at kunnskapen og ferdighetene våre kan begrunnes og utføres med bedre etisk forsvarlighet og kompetanse» (NVF 1998:3).

En vesentlig mangel med denne framgangsmåten, for denne profesjonen som for andre, er at slike overordnede etiske prinsipper i liten grad fanger opp kompleksiteten og det flertydige ved den enkelte praktiske situasjon vernepleieren står oppe i. På samme måte som myndighetenes signaler om normalisering som mål for omsorgen oppfattes som vage og lite konkrete så forblir denne type diskusjoner flertydige og vanskelig å omsette til praktiske handlingsregler i konkrete situasjoner. NVF har forsøkt å gjøre studieheftet til et praktisk hjelpemiddel, blant annet gjennom å presentere flere refleksjonsmodeller som kan benyttes avhengig av hvor god tid det er til refleksjon (NVF 1998:17 ff.). Disse refleksjonsmodellene er imidlertid så åpne at det er liten grunn til å tro at det i stor grad vil kunne bidra til å styrke omgivelsenes tro på vernepleiernes etiske handlingskompetanse. Det er heller slett ikke gitt at vernepleierprofesjonen trenger en moralsk opprustning av større omfang, selv om det naturligvis er positivt og nødvendig at det rettes oppmerksomhet mot arbeidets normative sider gjennom hele studiet.

En framgangsmåte for økt tillit til profesjonen som ligger tett opp til det Eriksen beskriver som remoralisering vil være økt grad av opplæring. Gjennom sine undersøkelser viste Sandvin mfl (1998) at personalet i boliger for utviklingshemmede opplever stor grad av uklarhet i forhold til å tolke myndighetenes signaler om hvordan omsorgen for utviklingshemmede skal utformes. De hadde ventet mer opplæring fra kommunene i hvordan normaliseringsprinsippet skulle gjennomføres i praksis, og når dette ikke skjedde ble det overlatt til dem selv å tolke signalene. Dette medførte store frustrasjoner og usikkerhet om hvorvidt man handlet i tråd med idealene. En eventuell opplæring av personalet i hvordan myndighetenes signaler om en «ny» omsorg skal forstås vil kanskje kunne medføre større demokratisk kontroll over tjenestene, simpelthen fordi personalet har en bedre forståelse av hva som er forventet av dem. Det vil ikke være å ruste opp en form for etisk handlingskompetanse, men mer å sette profesjonen i stand til å gjennomføre det som er vedtatt fra myndighetenes side. Slik opplæring vil naturligvis også bli av generell karakter, og knapt

gi handlingsregler til bruk i konkrete situasjoner, men det vil nok kunne gi noe klarere mål for omsorgen. Det er forskjell på en profesjon som ikke ønsker å endre praksis, og en profesjon som ikke er i stand til å tolke vage retningslinjer og idealer for sin virksomhet slik det ser ut til at mange innen vernepleierprofesjonen opplever det.

Samarbeid og deliberasjon

Den siste, og for Eriksen kanskje mest realistiske, strategien for profesjoners tillitsreparasjon er samarbeid og deliberasjon. Dette reflekterer på mange måter signaler og krav som myndigheten retter mot profesjonene i helse- og sosialsektoren gjennom å påpeke behovet for ansvarsgrupper, tverrfaglig koordinering, bruk av individuell plan osv, og strategien kan således nærmest oppfattes å være pålagt profesjonene. Fordi tjenestemottakerne som vernepleiere i første rekke arbeider for gjerne har komplekse og sammensatte problemer, er dette en arbeidsform som må kunne sies å være kjent for profesjonen. En slik deliberasjons- og samarbeidsstrategi forutsetter at man innser at ens eget kunnskapsgrunnlag er feilbarlig og at det trengs et videre perspektiv i normative spørsmål enn profesjonen selv kan bidra med. Denne utvidelsen av perspektivet må inkludere både tjenestemottakerne og andre profesjoner. Vernepleierutdanningen har i lang tid vektlagt nettopp tverrfaglig samarbeid som arbeidsform, og skulle således være relativt godt rustet til å møte akkurat denne utfordringen selv om det nok i mange tilfeller fortsatt er en utfordring å få tverrfaglig samarbeid og deliberasjon til å fungere godt i praksis.

I en artikkel som tar for seg vernepleierutdanningens innhold og tilpassing til nye signaler for omsorgen beskriver Askheim og Andersen (2001) det de mener er en ny fase som omsorgen for utviklingshemmede nå er på vei inn i, nemlig *myndiggjøringsfasen*. Dette henger, etter min oppfatning, sammen med deliberasjon som strategi for tillitsreparasjon. I myndiggjøringsfasen rettes oppmerksomheten mot samarbeid og argumentasjon i enda større grad enn normaliseringsidealene tilsier. Den utfordrer profesjonene i forhold til deres evner til å samarbeide og kommunisere seg i mellom, og ikke minst ovenfor tjenestemottakerne.

Askheim og Andersen viser til et økende internasjonalt fokus på tjenestemottakerens rett til selvbestemmelse og makt over eget liv når de skal beskrive myndiggjøringsfasen i omsorgen for utviklingshemmede. Dette fokus kan knyttes til den såkalte «empowerment tradisjonen» (Askheim og Andersen 2001). I sin historisk-materialistiske utgave²⁷ fokuserer

²⁷ På samme måte som normaliseringstradisjonen favner også empowermenttradisjonen vidt. Den historisk-materialistiske varianten er nok den mest profilerte, særlig gjennom arbeidene til sosiologen Michael Oliver. I tillegg finnes det en mer markedsliberalistisk retning som ser klienter mer som forbrukere som etterspør tjenester (Askheim og Andersen 2001).

empowermenttradisjonen blant annet på samfunnets og maktstrukturenes funksjonshemmende virkninger, og den stiller seg kritisk både til helse- og sosialprofesjonene, og til normaliseringsidealene. Profesjonene kritiseres blant annet for å operere med sterk grad av egeninteresse ved at de skaper stadig nye arbeidsoppgaver for seg selv gjennom klientisering. Helse- og sosialprofesjonene oppfattes for øvrig som befolket av middelklassen, og som statsmaktens forlengede arm.

If human services under capitalism are part of the state apparatus of social control, as materialist theory would argue, the reason they employ the middle classes is simple: They are not the groups who pose a threat to capitalism and, therefore, they do not need to be controlled, but instead can become agents for the control of others. (Oliver 1996:171)

Normaliseringsteoretikere kritiseres for å være for opptatt av individrettet trening og innsats på bekostning av en analyse av strukturelle maktforhold (Oliver 1996). Dette gjelder særlig Wolfensbergers og VSR-tradisjonen, som har et sterkere fokus på nettopp dette aspektet enn for eksempel den skandinaviske tradisjonen. Ser man disse sidene ved empowermenttradisjonens kritikk i sammenheng så ser vi at man risikerer en vernepleierprofesjon befolket av middelklassen, som realiserer sine egne foretrukne livsformer på de utviklingshemmedes vegne gjennom utstrakt bruk av individuell ferdighetstrening, og som handler på bakgrunn av uklare normaliseringsidealer som overlater til den enkelte profesjonsutøver å definere hva som regnes som normalt. Når det gjelder norske forhold er det imidlertid tvilsomt om innslaget av middelklassen er så stor innen helse- og sosialprofesjonene som Oliver her antyder, slik at denne kritikken ikke nødvendigvis er gyldig her på samme måte som den kan være det i Storbritannia.

Løsningen på konflikten mellom de funksjonshemmede og profesjonene er, for Oliver, at funksjonshemmede innser at de er en undertrykt gruppe, utelukket fra en rekke av samfunnets goder og arenaer, og dominert av helse- og sosialprofesjonenes maktapparater²⁸. Denne dominansen er for øvrig poengtert beskrevet av Aatlo (1995) gjennom det han kaller «100 % dagen». En «100 % dag» innebærer at den utviklingshemmede er underlagt helse- og sosialarbeiderens rettledning, observasjon og kontroll til enhver tid. Det er aldri tid til å være uopplagt, lat eller ukonsentrert, fordi

²⁸ Dette elementet i Oliviers teori ser ut til å ha mye til felles med klassebevissthet i marxistisk forstand. Problemet for Oliver vil dermed bli den samme som det var for Georg Lukács i «Historie og Klassebevissthet»: Hvordan omgjøres arbeiderklassen (eller for Oliver: de funksjonshemmede) fra atomiserte, undertrykte individer til en klasse som er i stand til å endre verden gjennom sin praxis (Lukács 1990).

hele dagen er planlagt på forhånd. Nye, uthvilte ansatte avløser hverandre på jobb, men ingen avløser den utviklingshemmede.

Beskjed om å trene. Trene på det som flertallet kaller akseptabel atferd. Ikke protestere. Ikke slå. Ikke bite. Ikke lugge. Beskjed om å gjøre det assistenten vil. Være snill og medgjørlig. Beskjed om at u lydighet er verst for han selv. Se at resultatene fra treningen noteres med nøyaktighet i rapportbok og i statistikken til kommunen som jo besørger ekstrabelvilgningene. Der er jo et tungt klientell. (Aatlo 1995:82)

For å frigjøre seg fra denne dominansen må de funksjonshemmede vekk fra oppfatningen av funksjonshemming som en individuell tragedie²⁹, og over til en oppfatning av funksjonshemming som skapt og vedlikeholdt av samfunnsmessige strukturer.

I den grad denne historisk-materialistiske kritikken mot helse- og sosialarbeider profesjonene rammer også vernepleierutdanningen, kan den vise seg å forsterke den tillitskrise man kan allerede oppleve i forbindelse med å realisere normaliseringsidealene. Man kan kanskje si at utviklingen er i ferd med å ta et nytt steg framover mot myndiggjøring, mens vernepleierprofesjonen fortsatt sliter med å tolke og iverksette forrige steg i utviklingen – normaliseringsfasen.

Askheim og Andersen (2001) skisserer i denne sammenhengen noen muligheter som vernepleierutdanningen kan gripe for å tilpasse seg den nye virkeligheten. Disse mulighetene kan minne det som Eriksen beskriver som deliberativ tillitsreparasjon, men der Eriksen fokuserer på tverrfaglig samarbeid og mistillit mellom eksperter som grobunn for tillit til profesjonens arbeid, fokuserer Askheim og Andersen på kommunikasjon og likemannsarbeid i relasjonen mellom tjenestemottaker og vernepleier. Dersom denne strategien skal lykkes må imidlertid vernepleierhøgskolene utstyre sine studenter med redskaper for kommunikasjon og samarbeid som kan konkurrere med redskapene knyttet til trenings-/læringsparadigmet, hevder de.

I denne sammenheng må vi igjen trekke fram det atferdsanalytiske kunnskapsgrunnlaget til vernepleierne, og se dette i sammenheng med tillitskrisen som vernepleierprofesjonen opplever. Det Askheim og Ander-

²⁹ Goffmans studie av avvikerrollen i boka «Stigma» (1986) er et eksempel på hva Oliver mener med oppfatningen av funksjonshemming som individuell tragedie, og er samtidig en åpenbar innflytelse på Wolfensbergers arbeid. Wolfensberger ser i stor grad ut til å bygge sin teori om normalisering på symbolsk interaksjonisme og avvikssosiologiske resonnement (Wolfensberger 1999).

sen kaller «læring-/treningsparadigmet» (Askheim og Andersen 2001), som på mange områder bunner i det atferdsanalytiske kunnskapsgrunnlaget i vernepleierprofesjonen, har medført at det må jobbes med deliberativ tillitsreparasjon på to nivå, både mellom tjenestemottaker og vernepleier, og i videre sammenheng, mellom tjenestemottaker, vernepleier, nærpersoner og andre profesjoner. Lærings-/treningsparadigmet har hatt som klart utgangspunkt at vernepleieren har styringen, og klienten blir styrt. En endring av denne relasjonen i retning av å være en relasjon mellom to likeverdige parter vil kunne ha tillitsskapende effekt for vernepleierprofesjonen og øke dens legitimitet.

Når det gjelder samarbeid og kommunikasjon mellom vernepleier og tjenestemottaker, så ønsker Askheim og Andersen (2001) en styrking av de praktiske redskaper for kommunikasjon som studentene ved vernepleierhøgskolene utstyres med gjennom utdanningen. Gjennom å styrke denne delen av utdanningen kan de redskaper og arbeidsoppgaver, som kreves i myndiggjøringsfasen av omsorgsutviklingen, oppfattes som faglig utfordrende og spennende, også i konkurranse med de treningsopplegg som nok dominerer vernepleierstudentenes praktiske «verktøykasse» i dag. Gjennom fokus på metoder for å avdekke tjenestemottakernes egne behov og preferanser gjennom en herredømmefri dialog, og også gjennom observasjon og intervju³⁰, vil profesjonen forhåpentligvis settes bedre i stand til å opptre som likemenn og således imøtekomme kritikken som rettes mot den gjennom empowerment-tradisjonen.

Når det gjelder bruken av deliberative fora i mer tradisjonell forstand, som for eksempel arenaer for tverrfaglig samarbeid, har signalene fra myndighetene vært relativt klare i lang tid og det ser ut til å være en naturlig del av vernepleieres hverdag (se for eksempel St. meld. Nr. 21 1998–99: 24). Betydningen av tverrfaglighet og samarbeid med andre yrkesgrupper blir understreket i utdanningen, og er for eksempel en naturlig del av de løsninger som en vernepleierstudent er forventet å foreslå i caseløsning til eksamen osv. Bruken av ansvarsgrupper – grupper der tjenestemottaker og relevante fagfolk møtes for å diskutere aktuelle problemstillinger – har lenge vært i bruk i omsorgen for utviklingshemmede, og vernepleiere har erfaring med denne arbeidsformen. Det betyr ikke at vernepleierprofesjonen ikke har noe å vinne på å søke mer samarbeid med andre profesjoner, eller på deltagelse i flere deliberative fora. Imidlertid kan det se ut som om den største gevinsten i forhold til tillitsreparasjon og tilpasning til nye omsorgsformer er å hente i økt samarbeid og større grad av likeverd i relasjon til tjenestemottaker og nærpersoner, framfor økt satsing på tverrfaglig sammensatte samarbeidsfora. Utviklingshemming er en komplisert problematikk, og tverrfaglig samarbeid er

³⁰ Valg av metode vil her være sterkt avhengig av funksjonsnivå til tjenestemottaker.

ikke bare et ideal – det har lenge vært oppfattet som en nødvendighet i arbeidet med utviklingshemmede.

Ett annet viktig aspekt ved vernepleierutdanningen, men som jeg i liten grad vil berøre her, er innslaget av praksisundervisning i utdanningsforløpet. I vernepleierutdanningen er praksisundervisning nå å oppfatte som en likeverdig undervisningsform på linje med mer tradisjonelle undervisningsformer som forelesninger, gruppearbeider, prosjekter osv. I følge rammeplan skal studentene ha minst 60 studiepoeng praksisstudier og ferdighetstrening, der minst 48 studiepoeng skal være i direkte brukerkontakt. Flere skoler har lagt seg på større innslag av praksis i utdanningsforløpet enn det rammeplanen fastslår som minimum. Dette innebærer at høgskolene selv ikke er alene om å utdanne vernepleiere – et stort ansvar er også overført til veiledere i praksis. Dette vil kunne ha følger for høgskolenes muligheter til raskt å endre innhold og omstille seg til signaler om nye omsorgsformer. Hvorvidt det virker positivt eller negativt inn på vernepleierprofesjonens muligheter for tillitsreparasjon er usikkert, og det vil føre for langt å gå inn på dette her, men to mulige konsekvenser av det relativt store innslaget av praksisundervisning i utdanningen kan trekkes fram.

For det første har vernepleierstudenter praksis der veilederne selv ikke nødvendigvis er vernepleiere. Dette kan sees som en styrke med tanke på muligheten for vellykket tverrfaglig samarbeid. For det andre er det mulig at praktikere i feltet kan være en bremsekloss i forhold til å gjennomføre nye signaler for omsorgen for utviklingshemmede dersom de selv oppfatter seg som forsvarere av tidligere omsorgspolitiske paradigmer. Dette er imidlertid slett ikke gitt, da blant annet mange veiledere i praksisfeltet oppgir nettopp nye impulser og kontakt med fagmiljø er en viktig årsak til at de ønsker å ha studenter hos seg i praksis.

Avslutning

Behovet for tillitsreparasjon gjelder alle profesjoner, og henger sammen med den generelle samfunnsutviklingen der autoritetstroen svekkes og vitenskapelig sannhet oppfattes som midlertidig. Profesjonenes strategier for å reparere denne tilliten er antakeligvis flere og parallelle. Gjennom å analysere profesjonene og utdanningene deres i lys av Eriksens tre strategier for tillitsreparasjon kan vi oppdage hvorledes profesjonene forholder seg til denne nye tillitskrisen og prøver å bøte på den, enten bevisst eller som mer ubevisste reaksjoner på kritikk eller utfordringer profesjonen møter.

Disse tre strategiene for tillitsreparasjon er imidlertid av generell karakter, og deres muligheter for å lykkes er ikke bare avhengig av strategienes generelle troverdighet og tilpassing til de nye samfunnsforhold. De er også sterkt avhengig av profesjonens egen historikk, dens kunnskaps-

grunnlag og hvilke tjenestemottakere de arbeider for. Som sådan vil det være interessant å gå nærmere inn på hver enkelt profesjon og analysere den i forhold til strategier for tillitsreparasjon, men der man også tar med i analysen de spesielle kjennetegn og historie den enkelte profesjon er bærere av.

Myndighetenes signaler om endringer i omsorgspolitikken mot større innslag av tverrfaglig samarbeid er en viktig styringsfaktor som på mange måter tvinger helse- og sosialprofesjonene mot samarbeid og deliberasjon som tillitsskapende strategi. Dersom Eriksen har rett i at denne strategien har størst sjanse for å lykkes, så er det grunn til å tro at slike styringssignaler en god ting, både for tjenestemottakerne og for profesjonene selv

Litteratur

- Aatlo, Tom Retsum (1995):
100 %-Dagen. I: Materialisten 2/3-95 s.75–90.
- Askheim, Ole Petter (1998):
Omsorgspolitiske endringer – Profesjonelle Utfordringer. Oslo: Ad Notam, Gyldendal.
- Askheim, Ole Petter og Andersen, Jan (2001):
Har vi en Vernepleierutdanning i Utakt med Seg Selv? I: Embla nr.7 s. 27–35
- Eriksen, Erik Oddvar (2001):
Demokratiets Sorte Hull – om Spenningen Mellom Fag og Politikk i Velferdsstaten. Oslo: Abstrakt forlag
- Goffman, Erving (1968):
Asylums – Essays on the Social Situation of Mental Patients and other Inmates. Harmondsworth: Penguin
- Goffman, Erving (1986):
Stigma – Notes on the Management of Spoiled Identity. New Jersey: Pelican Books
- Horndalen, Bjørn (2001):
Ideologi, Fag og Virkelighet – Vernepleierutdanningen Gjennom 50 år. Otta: Universitetsforlaget
- Lipsky, Michael (1980):
Street-level bureaucracy – Dilemmas of the Individual in Public Services. New York: Russel Sage Foundation
- Lukács, Georg (1990):
History and Class Consciousness. London: Merlin Press
- NVF (1998):
Yrkesetisk Studiehefte. Oslo: FO (Fellesorganisasjonen for barnevernspedagoger, sosionomer og vernepleiere)
- Oliver, Michael (1996):
Understanding Disability: From Theory to Practice. Hampshire: Macmillan
- Sandvin, Johans, Söder, Mårten, Lichtwarck, Willy og Magnussen, Tone (1998):
Normaliseringsarbeid og Ambivalens. Bofellesskap som Omsorgsarena. Oslo: Universitetsforlaget
- Skinner, B. F. (1978):
The Ethics of Helping People. I: Reflections on Behaviorism and Society. New Jersey: Prentice Hall

Stortingsmelding nr. 21 (1998–99):

Ansvar og Meistring – Mot ein Heilskapleg Rehabiliteringspolitikk.

UFD (2004):

Rammeplan for Vernepleierutdanning.

Vetlesen, Arne Johan og Nortvedt, Per (1996):

Følelser og Moral. Oslo: Ad Notam Gyldendal

Wolfensberger, Wolf (1982):

A Brief Outline of the Principle of Normalization. Rehabilitation Psychology vol.27, No.3 s.131–145.

Wolfensberger, Wolf (1999):

History of Normalization – 1967–1975. I Flynn, Robert J. and Lemay, Raymond A. (red): *A Quarter Century of Normalization and Social Role Valorization. Evolution and Impact.* Ottawa: University of Ottawa Press

Rett og urett

Margunn S. Lund og Jon Ekeland

Vernepleieres helse- og pleiefaglige kompetanse

126

Innledning

Norsk helsetjeneste forutsetter at den enkelte er i stand til å observere, vurdere og beskrive egen helsetilstand, og å tilkalle/opsøke helsetjenesten etter behov. Unntaket fra dette er bl.a. dem som på grunn av alder eller svekket funksjon ikke kan ytre seg om følte problem, og/eller selv skaffe seg kvalifisert bistand. Disse gruppenes helsetilstand er derfor i stor grad avhengig av at andre kan observere og bedømme deres tilstand, og iverksette tiltak eller skaffe kvalifisert hjelp.

Vernepleiere vil ofte arbeide med personer med reduserte muligheter for å ivareta egen helse. Disse er dessuten mer utsatt for helseproblem enn befolkningen for øvrig, og kan ha få eller atypiske reaksjoner på sykdom og andre helseplager. Det er derfor viktig at vernepleiere har faglige forutsetninger for å erkjenne evt. helseproblem, bedømme disse m.h.t. behov for kvalifisert bistand, samt kunne imøtekomme den enkeltes behov for daglig pleie.

I løpet av de siste ti-år er tiltak for personer med funksjonshemninger gradvis flyttet fra institusjon til hjemmebaserte tjenester. Dette kommer klart uttrykt gjennom den såkalte «ansvarsreformen» for utviklingshemmede. Men både eldreomsorg og psykisk helsevern har hatt en utvikling i samme retning. Mange med omfattende behov for pleiemessig omsorg har flyttet fra helseinstitusjon til egen bolig. Det formelle ansvaret for helsetjenestene er dermed flyttet fra spesialisthelsetjenesten til kommunehelsetjenesten. Funksjonshemmede – uansett behov – er slik sett likestilt med befolkningen for øvrig, d.v.s. avhengig av kommunehelsetjenestens kvalitet og kapasitet.

Undersøkelser fra midten på 80-tallet viser at utviklingshemmede på sentralinstitusjon fikk et alt for dårlig tilbud om helsetjenester. Dette tilskrives bl.a. manglende kunnskaper hos omsorgspersonalet (Stene-Larsen, 1985). I NOU 1985:34-litt.1 – som var forløper for ansvarsreformen – pekes det på at fullt navn (HVPU) som særomsorg gav personer med utviklingshemming et dårligere medisinsk tilbud enn det som gis andre gjennom lokale tiltak. Utvalget bak utredningen hadde klare forventning-

er om at den foreslåtte ansvarsreformen skulle bidra til et mer likeverdig tilbud av helsetjenester for utviklingshemmede.

Nyere undersøkelser reiser tvil om disse forventningene er realisert. Brodtkorp m.fl. (1997) konkluderer med at utviklingshemmede med epilepsi får en utilstrekkelig oppfølging av sin tilstand i den kommunale helsetjenesten, og at kompetanseoverføring til omsorgspersonalet ofte svikter. Undersøkelser av 109 personer som tidligere bodde på Hallsetheimen, konkluderer med at disse har fått en klar reduksjon i tilbudet fra helsevesenet etter flytting fra sentralinstitusjon til egen bolig (Linaker & Nøttestad, 1998). Linaker & Nøttestad hevder at 55 % av de undersøkte personene hadde psykiske og somatiske helseproblem som ikke var kjent av omsorgspersonalet, også lidelser av alvorlig karakter. Forfatterne konkluderer med at:

Sett i sammenheng med utbredelsen av atferdsproblemer og psykiatriske og somatiske lidelser i denne populasjonen ... er funnet betenkelig. (s. 118).

Overnevnte undersøkelser antyder at omsorgspersonalets kompetanse er avgjørende for kvaliteten på helsetilbudet til utviklingshemmede. Ser vi undersøkelsene i sammenheng, kan de tyde på at omsorgspersonalets ansvar på området faktisk har blitt større etter at utviklingshemmede flyttet fra institusjon til egen bolig gjennom ansvarsreformen. Vernepleier Reisæters beskrivelse fra en bydel i Oslo støtter en slik antagelse. Hun sier at:

... personalet opplever det som et stort ansvar å skulle presentere den psykisk utviklingshemmedes behov overfor legen. ... omsorgspersonalet og boleder har meget stor innflytelse på legens behandlinger. Legen baserer sin behandling på kompetansen rundt den psykisk utviklingshemmede, og vurderingene er ofte lite selvstendige. Det betyr at vi kan styre behandlingen ut fra egne behov, og det ligger et stort og vanskelig ansvar på oss...
(Reisæter, 2000:8).

Tilfredsstillende og likeverdige helsetjenester for dem som har vansker med å beskrive sin tilstand er i så fall avhengig av at omsorgspersonalet har de kvalifikasjoner som dette ansvaret forutsetter. Linaker & Nøttestad (1998: 118) er for sin del temmelig klare i sine konklusjoner:

Vernepleierne, som ofte har det lokale ansvar for tilbudet til psykisk utviklingshemmede, får en beskjeden teoretisk og praktisk opplæring om somatiske lidelser. Det kan synes som om denne utdanningsprofilen bør vurderes.

Vi skal ikke ta standpunkt til denne påstanden her. Men utsagnet bør uansett mane til ettertanke.

I denne artikkelen vil vi se nærmere på hvilke utfordringer vernepleiere kan stå overfor på det helsefaglige området. Artikkelen bygger på undersøkelser fra inn- og utland, både over tilsattes yrkeshverdag, og om vanlige helseproblemer hos grupper som er aktuelle for vernepleieres virksomhet. Vi har dessuten hentet data fra egen spørreundersøkelse om hvilke helsefaglige oppgaver og utfordringer vernepleiere i Trondheim selv rapporterer om (N=73).³¹

Vi skal først gjøre rede for hva en mener å vite om helserisiko hos utviklingshemmede, samt hvilke oppgaver og utfordringer vernepleiere selv står overfor i daglig virksomhet. Deretter vil vi drøfte hvilke konsekvenser dette kan ha for vernepleierutdanninga.

Funksjonshemming og tilleggshandikap

Selv om det er vel 15 år siden formålet for vernepleierutdanning ble endret til arbeid med barn, unge og voksne med funksjonsvansker av fysisk, psykisk og sosial karakter, er personer med utviklingshemming fortsatt den dominerende gruppen for vernepleieres yrkesvirksomhet. I en landsomfattende undersøkelse fant Sten (1992) at hele 84 % av vernepleierne arbeidet med utviklingshemmede.³² Det er derfor rimelig å anvende kunnskaper om denne gruppen som indikasjon på hvilke utfordringer vernepleiere kan stå overfor.

Det er vel kjent at utviklingshemming ofte forekommer sammen med andre funksjonsvansker, og da slik at sjansene for dette øker med økende grad av utviklingshemming. Grünwald (1996) understreker at ulike funksjonsvansker kan forsterke hverandre, slik at det er viktig å kartlegge tilstander som kan korrigeres eller kompenseres. Som illustrasjon på hvilke tilleggshandikap en vanligvis finner, skal vi presentere resultatene fra to undersøkelser i Trondheim. Den første ble gjennomført i 1989 som forberedelse til ansvarsreformen, mens den siste ble gjennomført ti år senere for å vurdere situasjonen for alle med mer enn 10 timer tjeneste pr. uke. Funnene er sammenstilt i tabell 1 (basert på Åm, 1990:15–18, Prosjekt-rapport).³³

³¹ Undersøkelsen er nærmere presentert i egen rapport (Lund & Ekeland, 2001).

³² Stens undersøkelse omfatter 1109 vernepleiere, trukket fra Vernepleierforbundets medlemsfortegnelse.

³³ De oppgitte resultatene er delvis bearbejdet (kombinert) for å passe i sammenlignbare kategorier. De to utvalgene er delvis overlappende, men da slik at 99-utvalget delvis er et underutvalg av de med mest omfattende behov for bistand.

Tabell 1: Andre funksjonsvansker hos personer med utviklingshemming i Trondheim

| Tilstand: | 1989 (N=374) | | 1999 (N=149) | |
|-----------------------|--------------|----|--------------|------|
| | Antall | % | Antall | % |
| Utfordrende atferd | 124 | 33 | 122 | 82 |
| Psykiske lidelser | 46 | 12 | 56 | 38 |
| Epilepsi | 83 | 22 | 38 | 26 |
| Hjelp til forflytning | 47 | 13 | 37 | 25 |
| Cerebral parese | 50 | 13 | 23 | 15 |
| Nedsatt syn/blind | 8 | 2 | 22 | 15 |
| Nedsatt hørsel/døv | 33 | 9 | 4 | 3 |
| Autisme | 43 | 12 | ---- | ---- |

Tabellen viser et velkjent mønster av tilleggsvansker hos personer med utviklingshemming. Andre undersøkelser viser at 13–37% av personer med utviklingshemming har epilepsi, 13–21% cerebral parese, 4–23 % synshemming, 4–10 % hørselshemming, og 10–29 % har psykoser (Åm, 1990). Tabellen viser bl.a. at det er usedvanlig store forskjeller mellom utvalgene når det gjelder andel med utfordrende atferd og med psykiske lidelser. Noe av dette kan skyldes endringer i omgivelsenes vurderinger. Det er bl.a. mye som tyder på at en nå har større oppmerksomhet på psykiske lidelser hos personer med utviklingshemming enn for få år siden, slik at tilstander som før ble oversett nå erkjennes. En kan heller ikke se bort fra at atferd som ble oversett eller tolerert i institusjonshelsetjenesten, oppfattes som problematisk under mer normaliserte betingelser. Linaaker & Nøttestad (1998) peker dessuten på at en mer krevende livssituasjon i et mindre beskyttende miljø kan avdekke en tidligere skjult svikt.

Somatisk sykdom

En lang rekke funn bekrefter at brukere av vernepleiertjenester har mange og til dels alvorlige helseplager. En større landsomfattende helseundersøkelse i 1985 viste at bare 3 % av utviklingshemmede ikke hadde noen sykdom, mens hele 44 % hadde 3 eller flere sykdommer (i Åm, 1990). Kartleggingen av personer med utviklingshemming i Trondheim i 1999 viser bl.a. at i alt 87 % av dette utvalget har en eller flere somatiske lidelser, og at 71 % bruker medikamenter fast (basert på Prosjektrapport, 2000: 27–28). I vår spørreundersøkelse til vernepleiere i Trondheim, rapporterte 30–50% at de i løpet av siste 12 måneder har erfaring med allergier, luftveissykdommer, brudd og sårskader, mage/tarmsykdommer, muskel/skjelettsykdommer, og hjerte/karsykdommer.

En må regne med at både våre og andres funn snarere representerer under- enn overrapportering av helseplager blant utviklingshemmede (jfr. Linaaker & Nøttestad, 1998). Dette kan særlig gjelde tilstander som gir få observerbare symptomer, og der en ellers er avhengig av at den enkelte kan gi uttrykk for opplevd ubehag. Flere internasjonale undersøkelser tyder på

at personer med funksjonshemminger ofte har mindre men plagsomme tilstander som ikke erkjennes av omgivelsene, og som derfor ikke gis adekvat behandling (Beange, McElduff, & Baker, 1995). I en helseundersøkelse av samtlige utviklingshemmede i Surnadal kommune (N=47), påpeker Grimsmo bl.a. at:

Almenmedisinske journaler er vanligvis innholdsrike med hensyn til vanlige plager (hodepine, myalgier, dyspepsi, avføringsvansker etc.). I journalene til de psykisk utviklingshemmede var dette omtrent ikke omtalt. Utspørringen gav det inntrykket at de er like mye plaget som andre. (Grimsmo 1990:1650).

For personer med varige funksjonsvansker, er dette en ytterligere og unødvendig belastning for velvære og livskvalitet. Identifisering av slike tilstander er derfor en særlig utfordring for de som har det daglige ansvaret.

Oppgaver og tiltak

Vernepleieres oppgaver overfor personer med omfattende behov for bistand er preget av stort mangfold. Det dreier seg om alt fra ernæring og daglig hygiene, lindring av hverdagens små «vondter og plager», systematisk observasjon for å vurdere allmenntilstand eller bivirkninger av medikamenter, til spesifikke prosedyrer for å avdekke eller behandle patologiske tilstander o.s.v.

Våre undersøkelser bekrefter mangfoldet i vernepleieres oppgaver. En summarisk gjennomgang viser at 50–90 % av våre respondenter rapporterer om systematisk observasjon for vurdering av helsetilstand, administrering av medikamenter og observasjon av virkning/bivirkning av disse, stell av sår, registrering av fysiologiske forhold (temperatur, puls og respirasjon, væskeinntak, urin og avføring m.v.), førstehjelp (sporadisk), massasje, munnstell, daglig stell og hygiene (fra veiledning til full hjelp), tilberedning av mat, hjelp til inntak av mat, og bruk av tekniske hjelpemidler (hovedsakelig til forflytning). Utdanninga må derfor fortsatt gi solid teoretisk og praktisk bakgrunn for å ivareta dette.

På den annen side er det mindre enn 20 % som har erfaring med katetrisering, bruk av sonde, blæreskylling, drenasje, sug av luftveier, bruk av surstoff, og kontroll/stell av shunt. En kan derfor reise spørsmål om hvor stor vekt en må legge på slike ferdigheter i grunnutdanninga, eller om disse kan læres i tilknytning til arbeidsplass etter behov.

Informasjon, samarbeid og kompetanse

Arbeid med personer med kompliserte tilstander og omfattende behov for bistand krever flerfaglig kompetanse, og effektive rutiner for informasjon og samarbeid på tvers av profesjoner og etater/enheter (Lofterød, 1997).

Samarbeid med interne og eksterne tjenester har betydning for den totale kompetanse som står til rådighet for brukerne. Overføring av det primære ansvaret for utviklingshemmede til kommunene har forsterket behovet for effektiv informasjon og samarbeid. Mens HVPU forutsetningsvis hadde all kompetanse på stedet, står en nå overfor et tjenesteapparat som er sektorisert og til dels fysisk distansert i forhold til de som har behov for tjenester.

Våre informanter forteller at de først og fremst samarbeider med hjelpepleiere, sykepleiere, og ufaglærte. Mange nevner dessuten ergoterapeuter og fysioterapeuter, mens leger, sosialarbeidere og lærere kommer lenger ned på listen. Det er selvsagt naturlig at en samarbeider mest med den nære krets av hjelpere. En kan likevel reise spørsmål om den «nære krets» kan bli for lukket, slik at en har for lite tilgang til informasjon og veiledning.

Vi har derfor bedt våre informanter om å vurdere i hvilken grad samarbeid og informasjon oppfattes som tilfredsstillende. Ser vi resultatene isolert, er omtrent halvparten tilfreds med informasjon eller med samarbeid. Ser vi derimot resultatene i sammenheng, gir ca. 2/3 uttrykk for misnøye med enten informasjon og/eller med samarbeid.

Etter vår vurdering gir disse resultatene grunn til uro. De er heller ikke enestående. Vi ser samme tendens i Stens materiale, der bare 15 % av utvalget mener de får tilstrekkelig veiledning i forhold til sine arbeidsoppgaver. Manglende veiledning er særlig knyttet til psykisk helsevern (Sten, 1995). Kartlegginga i Trondheim i 1999 viser at mens 85 % av tilsatte sier seg fornøyd med legetjenesten, er det hele 68 % som mener at samarbeid og kontakt med spesialisthelsetjenesten er «ikke tilfredsstillende». Dette gjelder særlig kontakten med psykisk helsevern, mens kontakten med nevrologer m.v. får mer positivt fortegn (Prosjektrapport, 2000).

Vi har ikke grunnlag for å hevde at disse resultatene verken er verre eller bedre enn det en finner i arbeidslivet eller i helse- og sosialsektoren for øvrig. Men med de krevende oppgaver som våre informanter kan stå overfor, er tilstrekkelig informasjon og løpende samarbeid en viktig forutsetning for å kunne ivareta tilfredsstillende tjenester for personer som er helt avhengig av sine tjenesteytere. Det er derfor grunn for å vie forholdet særlig oppmerksomhet.

Vi skal avslutte omtalen av våre data med å kommentere informantenes vurderinger av egen kompetanse. Vi betrakter kompetanse som summen av forutsetninger (kunnskaper, ferdigheter, holdninger) som kan bidra til å løse oppgaver på bestemte områder. Vi ser altså kompetanse som en relasjon mellom kunnskaper og ferdigheter på den ene side, og de krav og forventninger en står overfor på den andre.

Våre resultater viser at bare 16 av våre informanter (22 %) mener å ha god kompetanse i forhold til de oppgaver de står overfor. 78 % av informantene reiser altså ulik grad av tvil om egen kompetanse. Resultatene kan minne om Stens funn, der bare 18 % av vernepleiere utdannet etter 1987 mente at utdanninga var fullt på høyde med de krav en sto overfor, og 39 % mente at utdanninga var mangelfull i ulik grad (Sten, 1995).

Dette kan virke som bekreftelse av påstandene om at vernepleiere har en for spinkel utdanning på det helsefaglige området. Men før vi kan antyde en slik konklusjon må en vurdere om det er rimelig sammenheng mellom utdanning og stilling på den ene side, og faglige utfordringer og krav på den andre. Dersom enkelte ledd i en tiltakskjede svikter, må de som ikke kan fraskrive seg ansvar ofte bære både byrdene og kritikken. En prosjektrapport om tjenestetilbudet for utviklingshemmede i Trondheim – bygget på informasjon innhentet omtrent samtidig med vår undersøkelse – konkluderer således med at: « ... det er vanskelig å få til en reell samordning av tjenestene for den enkelte bruker. Det ser ut som om ansatte i bofellesskapene ofte blir sittende med totalansvaret for hver enkelt.» (Prosjektrapport, 1998: 13-14).

Dette betyr selvsagt ikke at vernepleiere i utgangspunktet har tilstrekkelig kompetanse, og at det er de andre som svikter. Det er likevel nødvendig å vurdere om vernepleiere har eller tar på seg større faglig ansvar enn utdanning og stilling forutsetter.

Prioriteringer

Våre og andres funn bekrefter at vernepleiere kan stå overfor kompliserte tilstander, med omfattende funksjonsvansker, tilleggshandicap, og fare for kroniske og akutte helseproblem som følge av eller i tillegg til grunntilstanden. Det er derfor grunn til fortsatt og antagelig økt oppmerksomhet om sentrale tilstander som epilepsi, cerebral parese og andre fysiske funksjonshemminger, og ikke minst om å identifisere og forebygge følgetilstander som dette kan innebære. Det samme gjelder allergier, luftveissykdommer, skader (brudd/kutt), mage/tarmlidelser, hjerte/karsykdommer, og stoffskiftelidelser (jfr. tabell 1).

Mye tyder på at det er nødvendig å vie enkelte områder større oppmerksomhet enn hva som nå er tilfelle. Dette gjelder i første rekke tilstander som kan gi få eller atypiske ytre symptom, eller som av andre grunner lett kan overses eller mistolkes. Dette gjelder særlig sansehemninger, dagligdagse plager, og psykiske lidelser. Det er dessuten nødvendig å ha stor oppmerksomhet om utfordrende atferd, bl.a. i sammenheng med allmenn helsetilstand.

Sansehemninger

Våre data viser at vel 38 % av våre informanter arbeider med personer

med nedsatt syn/blind, mens ca. 22 % arbeider med personer med redusert hørsel/døv. Det er imidlertid klare indikasjoner på at slike tilstander ofte overses eller mistolkes. I sin undersøkelse av personer med utviklingshemming før og etter ansvarsreformen, ble det funnet at halvparten av de som i 1987 hadde sterkt nedsatt hørsel, ble antatt å høre normalt i 1995 (Linaker & Nøttestad, 1998).

Det forholdsvis store omfanget av sansehemninger hos utviklingshemmede kommer klart til uttrykk i både internasjonale og norske undersøkelser. I den antagelig grundigste av de norske undersøkelsene, fant en at hele 79,2 % av 226 beboere på tidligere Nærlandheimen sentralinstitusjon hadde en eller flere sansehemninger (Haugberg & Kriz, 1990). Øyelidelser var hyppigst – 58,4 %, mens nedsatt hørsel ble registrert hos 6,2 %. Forskerne bemerker imidlertid at hørselshemninger antagelig var underdiagnostisert i utvalget, siden det er vanskelig å vurdere dette med vanlige undersøkelsesmetoder. De viser bl.a. til at ved hjernestammeaudiometri har en funnet hørselsvansker hos 32 % av personer med alvorlig utviklingshemming. I sin doktoravhandling om Downs syndrom fant Hestnes at hele 40–80% med denne tilstanden har varierende grad av nedsatt hørsel (i Ruset, 1993).

Med bakgrunn i overnevnte, bør det legges stor vekt på syns- og hørselshemninger. Vernepleiere må ha tilstrekkelig beredskap til «mistanke» om sansehemninger. Det er viktig at en også orienterer om ulike *former* for syns- og hørselshemninger (partielle utfall), slik at tilsynelatende adekvat reaksjon på lys og lyd ikke betraktes som tilstrekkelig indikasjon for tilfredsstillende funksjoner. En kan regne med at sansehemninger innebærer et relativt større funksjonstap for personer med flere andre funksjonsvansker enn for allmennbefolkningen, siden førstnevnte har mindre muligheter for å kompensere for dette. Haugberg & Kriz (1990:1658) konkluderer således med at: «Det kan ofte være av større betydning for totalfunksjonen å få kompensert en sansedefekt hos en psykisk utviklingshemmet enn hos normalbefolkningen.»

Psykisk helse

Barne- og ungdomspsykiatri – og i noen grad voksenpsykiatri – oppfattes som aktuelle arbeidsområder for vernepleiere. Psykiatri og psykisk helsearbeid har derfor alltid hatt en sikker plass i vernepleierutdanninga. Undervisning og pensum har hatt et forholdsvis tradisjonelt preg, med vekt på kjennetegn, antatte årsaker, og behandling av ulike psykiske lidelser, samt organisering av tiltak og tjenester i og utenfor institusjon.

Flere undersøkelser tyder på at det er forholdsvis få vernepleiere som arbeider i psykisk helsevern i tradisjonell forstand, kanskje omkring 10–15% (Grimstad & Johansen, 1986; Sten, 1995). En kan derimot anta at en forholdsvis stor andel av vernepleiere har arbeidsoppgaver der episodiske

eller vedvarende psykiatriske belastninger/lidelser er viktig del av et sammensatt problemkompleks. Det er grunn til økt oppmerksomhet om psykiske lidelser hos utviklingshemmede, dels fordi nyere forskning tyder på at slike tilstander er vanligere i denne gruppen enn tidligere antatt, og fordi disse lett overses eller feiltolkes i daglig arbeid.

Ferron m.fl. (1999) hevder at inntil 1980-årene ble psykiske lidelser hos personer med moderat til alvorlig utviklingshemming oversett eller delvis benektet. En antok at alvorlig utviklingshemming i seg selv var uforenlig med emosjonelle forstyrrelser, og at avvikende atferd eller reaksjoner var uttrykk for selve utviklingshemmingen. Flere studier gjennom de siste 10-15 år tyder imidlertid på at psykotiske tilstander forekommer oftere hos utviklingshemmede enn i befolkningen for øvrig, og at slike tilstander dermed er grovt underdiagnostisert (Bergsholm, 1999; Eknes, 2000).

Det er slett ikke overraskende at det er store variasjoner i antatt forekomst av psykiske lidelser blant utviklingshemmede. Etter en gjennomgang av 17 internasjonale studier fant Skiftun (1993) at antatt forekomst av psykoser hos utviklingshemmede varierte fra 5,5 % til 37,3 % av de undersøkte gruppene. Skullerud m.fl. (2000) oppgir at anslagene om psykisk lidelse hos utviklingshemmede varierer fra 15 % til 85 %. Linaker (1993) mener at sammenlignet med allmennbefolkningen forekommer psykiske lidelser dobbelt så hyppig hos personer med lettere utviklingshemming, og tre til fire ganger så hyppig hos de med alvorligere utviklingshemming.

Vi har tidligere sett at kartleggingene fra Trondheim i 1989 og i 1999 viste at i følge tilsatte ble h.h.v. 12 % og 38 % antatt å ha en psykisk lidelse (vår tabell 1). En nyere undersøkelse fra Klæbu kommune viser at etter grundige undersøkelser hos psykiater ble psykisk lidelse bekreftet for 21 personer, eller nær 44 % av alle voksne personer med utviklingshemming bosatt i kommunen (Skullerud m.fl., 2000). Det ble stilt 34 psykiatriske diagnoser, derav 32 nye. Undersøkelsen førte til en rekke råd om miljøtiltak, endringer i aktivisering, omsorg/støtte, bygningsmessige endringer, og psykiatrisk behandling. For 18 personer ble det foreslått endringer i medikamentell behandling, derav 15 råd om seponering eller reduksjon av psykofarmaka (op.cit.).

Resultatene fra Klæbu kommune kan tyde på en klar undervurdering av psykiske lidelser i de to kartleggingene i Trondheim. Dette er selvsagt ikke overraskende, siden undersøkelsene i Klæbu ble gjennomført av psykiater og med rikelig tid avsatt til oppgaven. Identifisering av en rekke nye diagnoser, selv hos en gruppe personer med omfattende kontakt med helsevesenet, styrker oppfatningen om at en her kan stå overfor et problemkompleks som har blitt oversett eller direkte neglisjert.

Undersøkelser som overnevnte er slett ikke hverdagskost. Den psykiatriske spesialisthelsetjenesten har tvert om vært lite villige til å ta på seg slike oppgaver, delvis på grunn av manglende kompetanse (Skullerud m.fl., 2000). Tjenesteytere uttrykker da også forholdsvis klar misnøye med spesialisthelsetjenesten, slik både Sten (år) og resultatene fra Trondheim gir uttrykk for. Konsekvensene av dette er at omsorgspersonalet må slite med de tilstander det dreier seg om, ofte uten tilstrekkelig forståelse for vedkommendes egentlige situasjon.

Erkjennelse av psykisk lidelse, og dermed diagnose, byr på store utfordringer hos personer som ikke kan gi uttrykk for egen tilstand eller opplevelser, uansett årsak. Bergsholm (1999) nevner en rekke kliniske trekk som kan maskere psykotiske grunnsymptom hos personer med kognitiv svikt. Han hevder at «øynene som ser» betyr mye for valg av diagnose. Han peker videre på at forløpet over tid kan være svært viktig diagnostisk, noe som også nevnes av Linaker (1993). Relevant og pålitelig informasjon fra bl.a. tilsatte kan ha stor betydning i denne sammenheng.

Vi mener derfor det er gode grunner for å endre profilen på undervisninga i psykisk helsevern, i retning av psykiske lidelser hos personer der dette lett kan maskeres av andre og sammensatte funksjonsvansker.

Utfordrende atferd

Utfordrende atferd er ofte del av vernepleieres yrkeshverdag (Sten, 1995). Utagering, selvskadning, og invalidiserende passivitet er belastende situasjoner for personen selv, pårørende, andre en bor sammen med, og tilsatte.

Utfordrende atferd er et tøyelig begrep. Følgelig er det også mange meninger om hvor vanlig slik atferd er hos personer som er aktuelle for vernepleiertjenester. Holder vi oss til utviklingshemmede, hevder Eknes (2000) at 7–17 % av denne gruppen viser utagerende atferd ofte eller sporadisk, mens Linaker (1997) antar at dette gjelder for mellom 30 % og 60 % av alle utviklingshemmede.

Av særlig interesse er den såkalte KRUT-rapporten om kartlegging av utviklingshemmede med alvorlige atferdsavvik og/eller psykiske lidelser (Statens helsetilsyn, (2000:24)). Basert på svar fra nær 80 % av landets kommuner, konkluderer rapporten med at omfanget av utfordrende atferd er betydelig større enn tidligere antatt. Rapporten tyder på at 10–20% av alle voksne med moderat til alvorlig utviklingshemming har en utfordrende atferd som krever 1:1 bemanning eller mer. Årlige kostnader ved dette er estimert til 1,3 million pr. person, eller 1,2 milliarder for landet som helhet. Kartleggingen bekrefter for øvrig andres utsagn om klare mangler i spesialisthelsetjenesten. Ca. 65 % av kommunene mener at mangler ved habiliteringstjenestens tjenestetilbud har alvorlig eller avgjø-

rende betydning, mens nær 73 % av kommunene gav uttrykk for det samme om tjenestene fra psykisk helsevern

De refererte undersøkelsene gjelder andel utviklingshemmede som viser utfordrende atferd. Men slik atferd går ofte ut over andre, tilsatte eller andre utviklingshemmede i samme bolig og/eller samme arbeidsplass. Tabell 1 viser at i Trondheimsundersøkelsen i 1999 var det 82 % som viste utfordrende atferd. Tar vi med de som ble plaget av slik atferd, er det hele 92 % av utvalget som var berørt av egen eller andres utfordrende atferd, i bolig og/eller på arbeidsplass/dagsenter.³⁴ Dette understreker at utfordrende atferd, både utagering og selvskading, er en reell trussel for egen og andres velferd og helsetilstand. Tiltak som kan forebygge, redusere eller hindre slik atferd må derfor betraktes som forebyggende helsearbeid.

Deler av faglitteraturen har postulert et uheldig skille mellom organiske og miljørelaterte årsaker til utfordrende atferd (Schroeder m.fl., 1999). En leter etter årsaker – og behandlingsmuligheter – innen rammen av sine foretrukne oppfatninger. En kan dermed lett overse muligheter som faller utenfor ens faglige horisont. Det er forhåpentligvis sjelden at utagerende atferd som skyldes sterke smerter utsettes for atferdsmodifiserende behandling, slik Linaker (1997) nevner eksempler på.

En kan derimot regne med at en oftere overser at også mindre alvorlige plager kan ha medvirkende betydning for utfordrende atferd. Dette gjelder særlig dersom en mener å kunne identifisere forhold i omgivelsene som har sammenheng med atferden. Det er derfor nødvendig å understreke at bl.a. diffuse smerter, mangel på søvn, bivirkninger av medikamenter eller annet kroppslig ubehag kan fungere som såkalte *etablerende operasjoner* eller *økologiske variabler* i den enkeltes samspill med omgivelsene (Durand, 1997; Miltenberger, 1999; Wieseler & Hanson, 1999). Disse har betydning for personers reaksjoner i gitte situasjoner, slik at ubetydelige forhold kan utløse atferd som oppfattes som urimelig eller utfordrende. Slike variabler er ikke alltid direkte observerbare, og blir lett oversett dersom en ikke har tilstrekkelige kunnskaper om hvilken betydning slike forhold kan ha.

Det gjenstår å peke på at somatiske lidelser også kan gi konsekvenser som feilaktig kan oppfattes som psykiske plager. Overlege Ivar Mæhle i habiliteringstjenesten i Hordaland hevder at en ofte har feildiagnostisert og feilmedisinert utviklingshemmede, bl.a. ved at banale somatiske plager har blitt oppfattet som psykisk lidelse og behandlet med tunge nevroleptika. Han understreker derfor at «Legen må gjennomføre en somatisk tankegang før hun tenker psykiatri.» (Mæhle 2000: 8).

³⁴ Tallene bygger på vår egen analyse av rådata fra undersøkelsen.

Triaden somatiske plager, psykiske lidelser og utfordrende atferd innebærer altså store utfordringer i arbeid med personer som ikke kan kommunisere om egen tilstand, uansett årsak til dette. Som oftest er det den utfordrende atferden som tar oppmerksomheten, slik at bakenforliggende tilstander lett overses.

Andre tilstander

Vi har tidligere pekt på at identifisering av mindre alvorlige men plagsomme tilstander er en særlig utfordring for de som har det daglige ansvaret. Det dreier seg om en rekke tilstander som er forholdsvis vanlige, som kan gi fra sterke smerter til mer diffust ubehag, og som lett overses fordi de gir få ytre observerbare symptom (Grimsmo, 1990). Ruset (1993) påpeker at infeksjoner i f.eks. urinveiene kan ha et subklinisk forløp, slik at utviklingshemmede kan ha betydelige plager uten at dette erkjennes av omgivelsene. I stedet framtrer disse som dårlig appetitt, irritabilitet og evt. utfordrende atferd.

Det er også relevant å bemerke at 14% av våre informanter arbeider med personer som har søvnvansker. Internasjonal forskning gjennom de siste 15 år tyder på at kroniske søvnvansker er forholdsvis vanlig hos personer med utviklingshemming. Lanciono m.fl. (1999) viser til studier som tyder på at dette gjelder for 40–85% av personer med alvorlig utviklingshemming. Tilstanden varierer med alder (oftere hos yngre enn hos eldre), og forekommer særlig hyppig hos personer som også har synsvansker. Tilstanden kan ha betydelige konsekvenser, så som ytterligere lære vansker, og økt tilbøyelighet til utfordrende atferd i form av aggressive utbrudd og selvskading. Tilgjengelig forskning tyder på at tilstanden ikke bedres uten adekvat behandling, men at ulike strategier kan ha positiv effekt i 70-80% av tilfellene.

Tilgjengelig forskning tyder altså på at det er nødvendig å legge stor vekt på tilstander som i liten grad «presenterer seg» klart for omgivelsene. Det er ikke tilstrekkelig å understreke at allmennlegetjenesten må være mer oppmerksom på dette. Det er helt avgjørende at de som har daglig omgang med dem det gjelder har tilstrekkelige kunnskaper til berettiget mistanke om underliggende somatiske tilstander.

Det er selvsagt urimelig å forvente at vernepleiere gjennom tre-årig utdanning skal ha full innsikt i de forhold som er omtalt ovenfor. Det er likevel nødvendig å legge større vekt på slike forhold, slik at en gjennom daglig samvær med brukere ikke faller for enkle forklaringer og løsninger på mer sammensatte utfordringer. Nærpersoners begrunnede mistanker er ofte avgjørende for om personer med omfattende funksjonsvansker får tilgang til kvalifisert behandling.

Daglig stell og pleie

Våre data viser at det er store forskjeller mellom hvor hyppig våre informanter benytter ulike helsefaglige prosedyrer i daglig arbeid. Mest vanlig er stell og pleie, der ca. 40–90% av informantene rapporterer om pleieoppgaver knyttet til personlig hygiene og ernæring.

Daglig stell og pleie i form av personlig hygiene og hjelp ved måltid, kan lett oppfattes som «bare» trivielle og rutinepregede oppgaver. Men for den som er avhengig av andres hjelp har slike daglige oppgaver stor betydning for den enkeltes livssituasjon. Det dreier seg ikke bare om kroppslig velvære og riktig ernæring, men også om nære og til dels intime relasjoner. For personer som er vedvarende avhengig av andres bistand er kvaliteten i slike relasjoner av stor betydning for selvbilde, identitet og opplevd respekt. En må derfor fortsatt legge vekt på grunnleggende stell og pleie i utdanninga. Vi ser det som viktig at en understreker de psykologiske og sosiale aspektene ved grunnleggende stell og pleie, slik at studentene erkjenner den fundamentale betydningen dette kan ha for den enkelte.

Ut over dette må en legge vekt på de særlige hensyn en må ta i arbeid med personer med misdannelser/lidelser som ellers kan innebære økt ubehag eller forverret tilstand. Misdannelser i muskel/skjellett kan over tid føre til trykk på indre organ, og gi smerter og ubehag. Det er heller ikke uvanlig at personer med omfattende funksjonshemminger kan ha vansker med å tygge og svelge (Jones, 1982). I en nyere undersøkelse fant Vik m.fl. (2001) at på grunn av dette er underernæring og vekstforstyrrelser et vesentlig problem hos barn med cerebral parese. Det er dessuten en vanlig erfaring at munnstell kan føre til motstand og til mer eller mindre milde former for tvang, antagelig p.g.a. opplevd ubehag. En bør derfor legge større vekt på tiltak for tilpassede sittestillinger, teknikker for skånksom forflytning, tilpasset mating og munnstell, samt på tiltak som kan bidra til å stimulere tygge- og svelgerefleksjer.

Bruk av medikamenter

Vernepleiere fikk formell kompetanse til å administrere medikament først i 1991, etter en lang, komplisert og delvis konfliktfylt prosess. Medikamentlære og medikamentregning har derfor en selvsagt plass i grunnutdanninga. Foreliggende rammeplan stiller dessuten krav om at studentene skal sikres erfaring i medikamenthåndtering i løpet av praksisundervisninga.

Våre data bekrefter at bruk av medikamenter og vurdering av effekter kan være en viktig del av vernepleieres arbeidsoppgaver. 85–90% av vårt utvalg har erfaring med å legge opp, dele ut og observere virkninger/bivirkninger av medikamenter. Siden det her gjelder personer som bare unntaksvis selv kan kontrollere at de får korrekte medikament, eller rap-

portere om virkninger/bivirkninger, må tilsatte ha tilstrekkelige kunnskaper til å ivareta sikker medikamenthåndtering, og til å vurdere virkninger/bivirkninger av disse.

Antiepileptika og psykofarmaka er relativt hyppig brukt av utviklingshemmede. Flere undersøkelser viser at slike medikamenter kan ha til dels alvorlige bivirkninger. Disse kan ytre seg som utfordrende atferd, ytterligere redusert orienteringsevne, motorisk uro (ataksi), bevegelsesvansker, kroppslig ubehag m.v. Gates (1999) hevder at alle antiepileptika har atferdsmessige konsekvenser, mens Linaker (1997) peker på at slike midler kan bidra til voldelig atferd. Linaker nevner dessuten at utviklingshemmede kan være særlig disponert for bivirkninger av enkelte psykofarmaka, slik at disse fører til økt uro.

I litteraturen har en særlig fokusert på bruken av neuroleptika hos utviklingshemmede. Wold hevder at feil bruk av neuroleptika er uhyre vanlig. Med henvisning til de tidligere institusjonene for utviklingshemmede hevder han at:

Resultatet var overdoserte, nedsløvete pasienter som hadde enda større vansker med å forstå miljøet rundt seg enn før en startet behandlingen ... Det helt sentrale er at en nå ikke i kommunene gjentar det tragiske eksperimentet fra institusjonene. (Wold, 1993: 83)

Det er slett ikke sikkert at Wolds ønske om mindre bruk av slike medikamenter i kommunene er innfridd. En enkeltstående indikasjon på dette er den tidligere refererte gjennomgangen av utviklingshemmede i Klæbu kommune, som bl.a. resulterte i 15 råd om reduksjon eller seponering av psykofarmaka (Skullerud m.fl., 2000). Overlege Ivar Mæhle hevder dessuten at fortsatt blir ca. 30 % av utviklingshemmede medisinert med neuroleptika, og at også antiepileptika benyttes for å dempe uønsket atferd. Det antydes at dette kan skyldes at allmennlegetjenesten har stor respekt for hva institusjonslegene tidligere har ordinert, slik at en nøler med å endre medisinregimet. Også internasjonale studier tyder på at bruken av psykofarmaka ikke er mindre i kommunal- enn i institusjonshelsetjenesten (Kalachnik 1999).

Wold (1993) hevder at det er særdeles uetisk om en ikke er pinlig nøyaktig, og forstår hva en gjør når en griper til medikamentell behandling av utviklingshemmede. Det er bl.a. helt nødvendig at nærpersoner er godt kjent med mulige virkninger og bivirkninger, og at en helst også behersker hjelpemidler for å registrere disse. Mæhle understreker at en også må kjenne til at en ved evt. seponering av neuroleptika kan få forbigående oppblomstring av bivirkninger som egentlig er påført av medikamentene, så som ataksier og tardive dyskinesier. For de som ikke kjenner sammen-

hengen kan slike bivirkninger framstå som hyperaktivitet eller psykose, og føre til at en vurderer fortsatt medisinerings som nødvendig.

Flere typer medikamenter kan gi bivirkninger som kan føre til reaksjoner som kan være vanskelig å forstå for omgivelsene, særlig hos personer med bl.a. kognitive vansker og/eller kommunikasjonsvansker. Bivirkninger som kvalme, hodepine, kløe, døsighet etc. kan under slike omstendigheter gi samme atferdsmessige konsekvenser som andre somatiske plager. Bivirkninger av medikamenter – uansett type – faller derfor innen samme kategori som bl.a. diffuse plager av psykisk eller somatisk karakter: de kan lett overses eller tilskrives grunntilstanden, eller feiltolkes og behandles som f.eks. utfordrende atferd.

Det er derfor nødvendig at vernepleiere kan observere virkninger og bivirkninger av medikamenter, og ta høyde for paradoksale eller uventede effekter. Også her vil nærpersoners begrunnede mistanker ofte være avgjørende for om personer med omfattende funksjonsvansker får tilgang til kvalifisert behandling.

Observasjon

Våre data viser at observasjon og vurdering har en sentral plass i vernepleieres arbeid med personer med omfattende funksjonsvansker. Nær 60 % av våre informanter oppgir at de foretar daglige observasjoner av helse/tilstand, mens hele 88 % rapporterer om observasjon av virkning/-bivirkninger av medikamenter.

Både dette og vår tidligere gjennomgang av tilstander og tiltak, tilsier at det bør legges betydelig vekt på observasjon og vurdering i utdanninga. Vi vil hevde at sammen med daglig stell og pleie, er observasjon og vurdering vernepleieres viktigste redskap for å sikre god helse for de en arbeider med. Observasjon og vurdering er ikke bare forutsetning for at en kan få tilgang til kvalifisert hjelp i tide. Det er også en forutsetning for relevante tiltak. De som skal vurdere diagnose og behandling må ha relevant informasjon fra personen selv, eller fra vedkommendes nærpersoner. Sikre og relevante observasjoner er deretter av stor betydning for vurdering og evt. justering av behandling.

Ut over kunnskaper og ferdigheter i observasjon må en selvsagt ha kunnskaper om det som kan eller evt. skal observeres, samt faglig bakgrunn for å vurdere betydningen av dette. Det er selvsagt ikke meningen at vernepleiere skal kunne identifisere hvilken tilstand som er årsak til observerte symptom. Det er legens ansvar. Men vernepleieres kunnskaper og erfaringer kan være avgjørende for om en i det hele tatt kommer til lege, samtidig som den informasjon en kan gi kan ha stor betydning for hvilke tiltak som evt. anvendes.

Vi må ellers peke på at vurdering av helsetilstand alltid er enklere når en kjenner de en arbeider med gjennom daglig samhandling. Dersom tjenestene organiseres slik at det er liten kontinuitet i hvem som ivaretar daglig omsorg, kan det være vanskeligere å oppdage endringer i væremåte m.v. som følge av bl.a. sykdom. Dette skjerper kravet til pålitelige observasjoner, og til kommunikasjon og samhandling mellom tjenesteytere som arbeider med samme personer.

Andre oppgaver

Våre data viser at mer enn 80 % av våre respondenter benytter førstehjelp, men som oftest bare sporadisk. Siden det dreier seg om tiltak som har betydning for å avverge skade i akutte situasjoner, må dette fortsatt være obligatorisk del av utdanninga. Det er imidlertid grunn til å kvalitetssikre den opplæringa som gis, siden denne ofte gjennomføres som standardiserte kurs gitt av eksterne aktører. Det kan bl.a. være aktuelt å dreie innholdet i retning av situasjoner som oftest er aktuelle for brukere av vernepleiertjenester.

Som påpekt tidligere er vi usikre på hvor mye vekt en skal legge på tiltak og prosedyrer som benyttes forholdsvis sjelden. Dette gjelder bruk av sonde, katetrisering, blæreskylling, drenasje, sug av luftveier, bruk av surstoff m.v. Det dreier om tiltak som er helt nødvendige for i alle fall et mindre antall personer, sporadisk eller vedvarende. Vernepleiere må derfor i det minste ha grunnleggende kjennskap til slike prosedyrer. Det er derimot grunn til å reise tvil om foreliggende rammer for helse- og pleiefaglig undervisning og praksis er tilstrekkelige til å sikre tilfredsstillende ferdigheter på disse områdene.

Vi mener derfor at utdanninga bør være tydelig på at studentene ikke nødvendigvis har tilstrekkelige ferdigheter på nevnte områder. Studentene må innprentes at de bør kreve etterutdanning eller tilstrekkelig veiledning dersom tjenesten forutsetter prosedyrer som de føler seg usikre på. Utdanninga bør likevel legge til rette for at studentene har rikelig tilgang til undervisnings- og øvingsmateriell, slik at de på egen hånd kan utvikle ferdigheter ut over de som kan ivaretas gjennom ordinær undervisning.

Overnevnte innebærer selvsagt en innrømmelse av de begrensninger som hefter ved vernepleieres helse- og pleiefaglige kompetanse. Enkelte vil kanskje hevde at vår påstand er for defensiv, og at en heller bør styrke undervisninga på disse områdene, inklusive tilstrekkelig praksisundervisning. Vi må derfor minne om at det her dreier seg om kompetanse og ferdigheter – bl.a. håndlag – som må utvikles og opprettholdes gjennom stadig bruk. Svært mange vernepleiere vil aldri eller bare sjelden ha bruk for slike prosedyrer, slik at eventuelle ferdigheter som er innøvd i grunnutdanninga likevel forvitrer over tid. Slik sett skiller ikke vernepleierutdanninga seg fra andre yrkesutdanninger. Det beste råd er uansett

at en søker veiledning på områder en ikke mestrer i tilstrekkelig grad, uavhengig av hvor stor vekt dette evt. har hatt i en etter hvert fjern grunnutdanning. Både tjenesteytere og – mottakere vil være best tjent med dette.

Oppgaver og prioriteringer

Vår drøfting innebærer altså en anbefaling om større vekt på forhold og tilstander som med sannsynlighet kan forekomme i vernepleieres yrkesfelt. Dette betyr en viss grad av spesialisering i retning av helse- og pleiefaglig arbeid med personer med omfattende funksjonsvansker. Vi mener en dreining i slik retning både er nødvendig og ønskelig. Det er nødvendig å styrke studentenes forutsetninger for å erkjenne og identifisere hel-seproblem som ellers lett overses. Det er dessuten ønskelig at vernepleiere har særlige kunnskaper og ferdigheter på disse områdene, som supplement til den allmenne kompetanse en finner i helsevesenet for øvrig. Vernepleieres rolle innebærer at den informasjon en gir på andres vegne, kan ha avgjørende betydning for hvilke tiltak som evt. settes i verk. Vernepleiere må ha de spesielle kunnskaper som dette forutsetter. Avsluttende kommentarer

Avsluttende kommentarer

Helsefag og andre fag

Historisk sett har vernepleierutdanninga hatt et heller ambivalent, og delvis konfliktfylt forhold til de helse- og pleiefaglige emnene. Utvær (1994) og Botslangen (2000) antyder at det tidvis spenningsfylte forholdet til pleiefaglige emner var uttrykk for vernepleiernes behov for å tydeliggjøre sitt selvstendige yrkesfelt i forhold til sykepleierne. Men Botslangen peker på at striden om medisinske og pleiefaglige emner også avspeilte en verdikonflikt mellom en medisinsk oppfatning på funksjonshemming, og et nyere syn som i større grad vektla sosial- og miljøterapeutisk tilnærming. Det er nærliggende å betrakte dette som en parallell til tilsvarende strid mellom medisinerne og spesialpedagoger om «eiendomsretten» til funksjonshemmede (Haug, 1998).

Vernepleierutdanninga har stor åpenhet overfor andre fag og profesjoner. I motsetning til de fleste andre helse- og sosialfaglige utdanninger, har vernepleierutdanninga alltid hatt relativt stort innslag av tilsatte med annen utdanningsbakgrunn. Psykologer, pedagoger, sosiologer m.v. har derfor hatt forholdsvis gode muligheter for å påvirke utdanninga i sin retning. Helsefagene har derimot hatt få og forholdsvis beskjedne talspersoner. Arven fra tidligere ensidige medisinske tilnærming har heller ikke talt til disse fagenes fordel i interne drakamper om oppmerksomhet.

Helse- og pleiefagene har likevel opprettholdt en sikker, om enn kanskje perifer plass i vernepleierutdanninga. Spenningen mellom en helsefaglig og miljøfaglig orientering har likevel dukket opp med jevne mellomrom.

I arbeidet med ny rammeplan i 1987 stilte Helsedirektoratet strengere krav til både teori og praksis på området enn det rammeplanutvalget ønsket. Også høringsuttalelsene til nåværende rammeplan viser dette. Så vel Helsetilsynet som Yrkesforbundet ønsket en klarere helsefaglig profil enn det som var foreslått. Helsetilsynet pekte på at ved økt overføring av ansvar til kommunehelsetjenesten «... er vernepleiernes helsefaglige kompetanse av stor betydning for å ivareta disse brukergruppens behov i pleie- og omsorgstjenesten.» (Botslangen, 2000:108).

Vernepleierutdanninga hevder et helhetlig syn på menneske og miljø. I gjeldende rammeplan er dette formulert som:

Den enkelte tjenesteyteren forholder seg til hele mennesket med dets fysiske, psykiske, kulturelle og åndelige sider. ... Det enkelte menneskets problemer sammenholdes med både individuelle og samfunnsmessige faktorer. (Rammeplanen, 1999:14).

Dette kommer også til uttrykk i den såkalte vernepleierfaglige arbeidsmodellen, der relasjoner mellom biologiske, psykologiske og sosiale forhold er sentrale element.

En kan reise spørsmål om slik helhetlig tilnærming faktisk ivaretas gjennom utdanninga, eller om det i hovedsak dreier seg om ideologisk retorikk. Stor faglig bredde er i seg selv ikke tilstrekkelig for å ivareta den helhetlige tilnærming som både rammeplan og utdanninga selv hevder. Det er i tillegg nødvendig å fokusere på dynamiske relasjoner mellom f.eks. biologiske, psykiske og sosiale forhold. Det dreier seg om samspill mellom i utgangspunktet likeverdige forhold («fag»), der effekten av spillet er like viktig som de enkelte element. Dette er uforenlig med en oppfatning – bevisst eller ubevisst – om at enkelte fag eller disipliner er viktigere enn andre (Gray, 1999). En evt. motsetning – eller faglig avstand – mellom f.eks. helsefag og miljøfag er derfor i strid den faglige ideologi utdanninga hyller.

Vi vil hevde at de helse- og pleiefaglige emnene ikke har tilstrekkelig plass i det helhetlige konsept som utdanninga vil fremme. Påstanden gjelder ikke bare antall timer eller vektall, men refererer først og fremst til fagenes plass i utdanningas kollektive bevissthet. Helsefagene står sjelden på dagsorden for faglige drøftinger, og betydningen av helsefaglige forhold i miljøfaglig sammenheng vies for liten oppmerksomhet. En kan bare spekulere på hvilken betydning dette kan ha for studentenes oppmerksomhet om helsefaglige problemstillinger i framtidig yrke. En kan ikke se bort fra at Linakers og Nøtttestads (1998) påstand om en spinkel utdanning på området, like mye skyldes svak oppmerksomhet som svak utdanning. Det er med andre ord et spørsmål om hva man ser – og overser.

Det er i alle fall grunn til å drøfte disse fagenes plass og rolle som nødvendige element i en utdanning og yrke med påstått helhetlig tilnærming. Vi tror for det første at mye kunne være vunnet om man i daglig undervisning også i andre fag/emner inkluderer det biologiske grunnlaget for atferd, somatiske tilstander som rammer for samspill med omgivelsene, eller helse og fysisk velvære som viktig forutsetning for det en ellers kaller livskvalitet. Tilsvarende er det ønskelig at en også innen undervisning i helse- og pleiefag fokuserer på sammenhenger mellom ytre betingelser, psyke og soma.

For det andre tror vi at det er nødvendig å utvide det miljøfaglige perspektivet til å omfatte helse- og pleiefaglige forhold. Den historiske spenningen mellom en medisinsk og miljøfaglig orientering kan bidra til at en i realiteten fortsatt betrakter dette som uavhengige eller delvis motstridende forhold. Fra både faglig og praktisk synsvinkel bør det være åpenbart at daglig pleie m.v. er en sentral del i det som ellers betraktes som vernepleieres hovedsak, d.v.s. miljøarbeid. Vi mener at dette også gjelder mer spesifikke helsefaglige forhold. Vi har gjentatte ganger hevdet at på dette som på andre områder er personer med omfattende funksjonshemninger avhengig av at andre helt eller delvis kan handle på deres vegne. Vurdering av helsetilstand og tiltak for å forhindre og evt. lindre helseplager hører derfor med til de daglige oppgaver som vernepleiere fortsatt må ta ansvar for.

Dette og foregående kapittel peker mot to sett av prioriteringer. Vi har for det første argumentert for at helsefagene bør ha en tydeligere profil ved vernepleierutdanninga. Dernest mener vi at en innen denne rammen bør sikre at vernepleiere har særlige forutsetninger for å erkjenne og ivareta helsemessige forhold hos personer med sammensatte og omfattende funksjonsvansker. Slik vektlegging kan innebære at en enten må øke rammene for helsefagene, eller at en må legge mindre vekt på generelle emner. Dette vil i så fall innebære en viss grad av spesialisering innen det helse- og pleiefaglige området.

Tradisjon og fornyelse

Vår påstand om større vekt på helse- og pleiefaglige forhold kan kanskje oppfattes som i strid med utviklinga på det helse- og sosialfaglige området generelt, og i omsorg for funksjonshemmede spesielt. Integrering, inkludering og normalisering bygger på en betoning av det allmenne menneskeverd, og understreker fellesmenneskelige behov, muligheter og rettigheter. Nedbygging av den spesialiserte institusjonshelsetjenesten understreker at de tidligere beboerne ikke lenger er pasienter, men først og fremst medborgere med de samme rettigheter og samme krav på tjenester som andre.

Flere mener at overnevnte utvikling – fra spesialiserte tjenester til norma-

lisert livsform innebærer at vernepleieres kompetanse er overflødig. Refsdal (1993) har reist spørsmål om vernepleierutdanninga i det hele tatt har livets rett, mens Rosenberg (1998) påstår at vernepleiere er en direkte trussel mot gjennomføring av en integrert og normalisert omsorg. Synspunktene forutsetter bl.a. at de personer vernepleiere arbeider med skal benytte de samme helsetjenester som befolkningen for øvrig. Med bakgrunn i dette er det reist spørsmål om en kan forsvare at mer enn en fjerdedel av vernepleierutdanninga fortsatt benyttes til helse- og pleiefaglige emner, eller om disse har overlevd som helsepersonell av hensyn til offentlig godkjenning. Dersom slik kompetanse er overflødig, kan utdanninga heller benytte tida til andre emner, og utvikles i retning av ren miljø- og sosialfaglig profil.

Overnevnte var bl.a. tema i diskusjonene om sammenslåing av barnevern-, sosionom- og vernepleierutdanninga på 1990-tallet. Påstandene var da at disse utdanningene har stort felles faglig innhold, slik at de i realiteten allerede er varianter av en felles sosialfaglig utdanning. Konsekvensene burde være at en enten slår de tre utdanningene sammen – evt. med valgfrie fordypninger innen felles ramme – eller at disse utvikler seg i retning av klarere selvstendig faglig profil og funksjonsområder. Rådet for helse- og sosialfagutdanning foretrakk førstnevnte alternativ, d.v.s. sammenslåing av utdanningene. Selv om forslaget ikke førte fram i første omgang, kan en ikke se bort fra at det kan få ny aktualitet.

Vi har argumentert for at vernepleierutdanninga fortsatt må kvalifisere for å ta ansvar for helse- og pleiefaglige tjenester for personer med omfattende funksjonshemninger. Selv om langt fra alle vernepleiere arbeider med personer med omfattende behov for helsetjenester, må utdanninga fortsatt gi faglig *beredskap* for å imøtekomme slike behov når situasjonen tilsier det. Men dette forutsetter at utdanninga tar dette tilstrekkelig alvorlig. I motsatt fall kan vernepleieres formelle og antatt reelle kompetanse være til hinder for at personer med omfattende funksjonsvansker får tilstrekkelig kvalifiserte helsetjenester. Både samfunn og brukere må kunne stole på at utdanninga sikrer den kompetanse som både offentlig godkjenning og de reelle oppgavene i yrkesfeltet forutsetter.

Vi vil understreke at en styrking av det helse- og pleiefaglig området ikke innebærer ønske om retur til en medisinsk tradisjon. Det er heller ikke i strid med ideologiske og politiske føringer om en integrert omsorg under normaliserte betingelser, eller med prinsippet om at funksjonshemmede skal ha samme helsefaglige service som befolkningen for øvrig. Det er avgjørende forskjeller mellom å betrakte personer med funksjonshemninger som helsevesenets ansvar, og å erkjenne at disse kan ha særlige behov for bl.a. helsetjenester. Idealet om en normalisert omsorg må ikke føre til at en neglisjerer spesielle behov verken på dette eller på andre områder.

Vi vil dessuten minne om at allmenne rettigheter og tjenester er uten betydning dersom en ikke kjenner dem, eller er i stand til å kreve eller oppsøke dem. Mulighetene for dette er sterkt varierende, slik at marginale grupper ofte bruker en forholdsvis mindre del av helsetjenester enn deres behov skulle tilsi. Skal en realisere målet om like rettigheter og tjenester for alle, må personer med omfattende funksjonshemminger med andre ord ha bistandsyttere som kan fungere som formidlere og «døråpnere» mot bl.a. helsetjenestene.

146

Satt på spissen kan en hevde at normalisert omsorg for personer med omfattende funksjonsvansker, forutsetter både allmenne og spesialiserte kunnskaper hos de som yter tjenester.

Litteratur

- Bergsholm, P. (1999):
Biologisk behandling av affektive, polymorfe og schizoaffective forstyrrelser hos retarderte. s.152–180 I: Værøy, H. (red.): *Nevropsykiatri*. Oslo: AdNotam Gyldendal
- Botslangen, A. M. (2000):
Kunnskapsdimensjonen i vernepleie. En studie av profesjoners forming gjennom utdanningssystemet Arbeidsnotat, Møreforskning/Høgskolen i Molde
- Brodtkorp, E., Nakken, K. O., Nystad, R. & Schjetne, O. B. (1997):
«Organiseringen av Epilepsiomsorgen for mennesker med psykisk utviklingshemming.» *Tidsskrift for Norsk Lægeforening* no. 117 s. 2956–60
- Center, J., Beange, H., & McElduff, A. (1998):
People with mental retardation have an increased prevalence of osteoporosis: A population study. *American Journal on Mental Retardation*, no. 1 s. 19–28
- Durand, M. V. (1997):
Funksjonell kommunikasjonstrening. Nærbø: Haugtussa forlag.
- Eknes, J. (2000):
Utviklingshemming og psykisk helse. Oslo: Universitetsforlaget.
- Mæhle, Ivar (2000):
Omfattende feilmedisinering.I: *Embla* no. 1, s. 1.9
- Espie, C.A., et. al.(1998):
Sleep studies of adults with severe or profound mental retardation and epilepsy. *American Journal on Mental Retardation*, no. 1 s. 47–60
- Ferron, F.R., Kern, C.A., Hanson, R.H., Wieseler, N.A. (1999):
Psychiatric Diagnosis in Mental Retardation.sider I: Wieseler, N. A. & Hanson, R. H. (ed.): *Challenging Behavior of Persons with Mental Disorders and Severe Developmental Disabilities*. Washington: AAMR
- Gates, J. R. (1999):
Adverse Behavioral Effects og Antiepileptical Medications in People With Developmental Disabilities. I: Wieseler, N. A. & Hanson, R. H. (ed.): *Challenging Behavior of Persons with Mental Disorders and Severe Developmental Disabilities*. Washington: AAMR
- Grimsmo, A. (1990):
Psykisk utviklingshemming i lokalsamfunnet – utbredelse, årsaker, medisinsk behandling og oppfølging. *Tidsskrift for Norsk Lægeforening* no. 13 s. 1648–50

- Grimstad, J. & Johansen, K.-J. (1986):
Vernepleieren mellom utdanning, yrkesfunksjon og politikk. Stensil, Vernepleierhøgskolen i Sør-Trøndelag.
- Grünewald (1996):
Medicinska omsorgsboken: om utvecklingsstörning och andra funktionshinder. Stockholm: Natur och Kultur
- Haug, P. (1998):
Spesialundervisning i grunnskulen. Grunnlag, utvikling og innhold. Oslo: Abstrakt forlag.
- Haugberg & Kriz (1990):
Tilleggs lidelser blant psykisk utviklingshemmede. *Tidsskrift for Norsk Lægeforening*, no. 13, s. 1655–1659
- Jones, T.W. (1982):
Eating Problems.
I: Hollis, J. H. & Meyers, C. E.: *Life-Threatening Behavior*. Washington: AAMR
- Kalachnik, J. E. (1999):
Monitoring Psychotropic Medication.
I: Wieseler, N. A. & Hanson, R. H. (ed.): *Challenging Behavior of Persons with Mental Disorders and Severe Developmental Disabilities*. Washington: AAMR
- KUF (1999):
Rammeplan for vernepleierutdanning.
- Lancioni, G., O'Reilly, M.F., Basili, G. (1998):
Review of strategies for treating sleep problems in persons with severe or profound mental retardation or multiple handicaps. *American Journal on Mental Retardation*, no. 1, s. 170–186
- Linaker, O. M. (1993):
Særtrekk ved psykiatrisk diagnostikk blant mennesker med psykisk utviklingshemming. s. 61–82. I: Skiftun, Å. (red.): *Utfordrende atferd*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Linaker, O. M. (1997):
Vold og aggresjon blant mennesker med psykisk utviklingshemming.
I: Krøvel, B., Rund, B. R., Rør, E. (ed.): *Vold og psykiatri. Om forståelse og behandling*. Oslo: Tano Aschehoug.
- Linaker, O. M.: & Nøttestad, J. Å. (1998):
Helse og helsetjenester til mennesker med psykisk utviklingshemming før og etter ansvarsreformen. *Tidsskr. for Norsk Lægeforening* nr. 3 s. 357–61
- Lofterød, B. (1997):
Downs syndrom – en tverrfaglig utfordring. *Tidsskr. for norsk Lægeforening* s. 803–4
- Lund, M. S. & Ekeland, J. (2001):
Vernepleieres helse- og pleiefaglige kompetanse. HIST/AHS-notat no. 3-2001. Trondheim: Tapir forlag
- Miltenberger, R.G. (1999):
Understanding Problem Behaviors Through Functional Assessment.
I: Wieseler, N. A. & Hanson, R. H. (ed.): *Challenging Behavior of Persons with Mental Disorders and Severe Developmental Disabilities*. Washington: AAMR
- Refsdal, O. (1993):
Samordning under lupen. RHHS-rapport no.1 1993.

- Rosenberg, A. (1998):
Den nye kommunale særomsorgen for mennesker med psykiske utviklingshemninger: Særomsorgens framvekst og konsekvenser. Rapport 1998:4, Høgskolen i Østfold
- Ruset, A. (1993):
Somatiske lidingar som årsak til åtferdsavvik hjå djupt og alvorleg psykisk utviklingshemma. I: Skiftun; Å. (red.): *Utfordrande åtferd*. Oslo: Universitetforlaget, s.127–134
- Schroeder, S.R., Reese, S.M., Hellings, J., Loupe, P. & Tessel, R.E. (1999):
The Causes of Self-Injurious Behavior and Their Clinical Implications.
I: Wieseler, N. A. & Hanson, R. H. (ed.): *Challenging Behavior of Persons with Mental Disorders and Severe Developmental Disabilities*. Washington: AAMR
- Skiftun, Å.(1993):
Åtferdsavvik/psykiske lidingar hos psykisk utviklingshemma menneske – utfordringa i eit grenseland. I: Skiftun; Å. (red.): *Utfordrande åtferd*. Oslo: Universitetforlaget, s.1–20
- Skullerud, E., Linaker, O.M., Svenning, A.C., Torske, H. (2000):
Psykisk helse blant mennesker med psykisk utviklingshemming. *Tidsskr. for Norsk Lægeforening*, no. 27, s. 3246–3248
- Statens helsetilsyn (2000):
Utviklingshemmede med alvorlige atferdsavvik og/eller psykiske lidelser. En kartlegging av spesialisthelsetjenestens tilbud og behov. Utredningsserie 5-2000,
- Sten, K.M. (1995):
Vernepleierens yrkesrolle i en brytningstid. Stensil, Høgskolen i Sør-Trøndelag.
- Stene-Larsen, G. (1985):
Helsevern for psykisk utviklingshemmede. Medisinske tilbud – en studie ved Nærlandheimen sentralinstitusjon. *Tidsskr. for Norsk Lægeforening* no. 1 s. 47–49
- Trondheim kommune (2000):
Kartlegging av behov og tjenester til psykisk utviklingshemmede. Prosjektrapport.
- Trondheim kommune (1998):
Tjenestetilbudet til psykisk utviklingshemmede i Trondheim. Prosjektrapport. Trondheim kommune 1998.
- Utvær, K.T. (1995):
Yrkesutvikling og omsorgsutvikling. En profesjonsteoretisk analyse av vernepleieryrkets framvekst 1949–1990. Hovedoppgave i administrasjon og organisasjonsvitenskap. Bergen: Universitetet i Bergen.
- Vik, T. Skrove, M. S., Døllner, H., Helland, G. (2001):
Spisevansker og vekstforstyrrelser blant barn med cerebral parese i Sør- og Nord-Trøndelag. *Tidsskrift for Norsk Lægeforening*, no. 13, s. 1570–1574.
- Wieseler, N.A. & Hanson, R.H. (1999):
Treatment for Challenging Behaviors or Health Disorders: A False Dichotomy.
I: Wieseler, N. A. & Hanson, R. H. (ed.): *Challenging Behavior of Persons with Mental Disorders and Severe Developmental Disabilities*. Washington: AAMR
- Wold, J. E. (1993):
Medikamentell behandling hos alvorlig og dypt psykisk utviklingshemmede mennesker med atferdsavvik og/eller psykiske lidelser. I: Skiftun; Å. (red.): *Utfordrande åtferd*. Oslo: Universitetforlaget, s. 83–92
- Åm, T. (1990):
Helsetjenester til psykisk utviklingshemmede. Rapport, Trondheim kommune.

Rettsikkerhet for alvorlig og dypt utviklingshemmede

Innledning

Rettsikkerhet er et ord som vekker gode følelser hos de fleste av oss. Ordet karakteriserer at vi bor i en rettsstat, der innbyggernes rettigheter på mange områder er sikret. Det slår oss sjelden at «rettsikkerhet» er et mangetydig begrep, som kan romme konflikt mellom ulike verdier. Et eksempel på dette er at trygghet mot angrep eller overgrep (som terror) kan gå på bekostning av individuell frihet (som ved antiterrorlover).

Begrepet rettsikkerhet er sentralt innenfor strafferett, der vi særlig tenker på at straff bare kan skje med hjemmel i lov, at alle skal ha rett til en rettferdig rettergang, at en person ikke skal bli påført straff uten å være dømt, og en skal anta at en tiltalt er uskyldig inntil skyldspørsmålet er avgjort. Bestemmelser om dette finner vi i den Europeiske Menneskerettighetskonvensjon, artikkel 5, 6 og 7, som er norsk lov etter menneskerettighetsloven fra 1999. Også innefor forvaltningsrett tilsier rettsikkerhet at enkeltpersoner ikke skal bli utsatt for restriksjoner fra det offentliges side uten hjemmel i lov, og et prinsipp om forholdsmessighet.

Generelt har utviklingshemmede på grunn av sin tilstand problemer med å tale sin sak, og med å ta avgjørelser. I en juridisk språkbruk sier en gjerne at en person har problemer med å «vareta sine interesser», og dette har sammenheng med graden av funksjonshemming. Det er derfor behov for spesielle ordninger som skal trygge personens rettsikkerhet.

Dette gjelder på mange områder. Det er viktig å gi sikkerhet mot fysiske eller psykiske overgrep, og mot seksuell eller økonomisk utnyttning. Det er også viktig å sikre økonomisk trygghet, og sikre at personen får nødvendige hjelpetjenester. Samtidig er det definert mål å sikre at personen får selvbestemmelsesrett i små og store forhold.

Utviklingshemming

Psykisk utviklingshemming betegner en tilstand med «stagnert eller mangelfull utvikling av evner og funksjonsnivå, som særlig kjennetegnes av svekkede ferdigheter som viser seg i løpet av utviklingsperioden» (ICD-10, s 224). I tillegg til intelligenstesting kreves at en person har nedsatt evne «til å tilpasse seg hverdagens krav fra det vanlige sosiale miljøet», (ICD-10, s 225). Ut fra intelligensnivå og praktisk og sosial funksjonsevne deler en inn i gruppene lett, moderat, alvorlig, og dyp psykisk utviklingshemming. Variasjonen er stor, fra personer som stort sett klarer seg selv, og til personer som er alvorlig funksjonshemmet og har

vansker med å kommunisere (ICD-10, s 228). Tilstanden er relativt stabil over en lang periode. Risikoen for psykiske lidelser er større for utviklingshemmede personer enn for andre (Linaker i Skiftun 1993, s 68). I praksis kan en si at utviklingshemmede har problemer med å klare seg selv, og at der er avhengig av tilrettelagt miljø og hjelpetjenester. Det var i 1996 registrert vel 19.200 personer med utviklingshemming i landet (Rundskriv I-16/97, s 3), av disse utgjør personer med alvorlig og dyp utviklingshemming omtrent 50%.

150

Rettslig har det også store konsekvenser at en person er utviklingshemmet, og det finnes mange rettsregler som gir et vern for personer med kognitiv svikt. I praksis vil andre personer og offentlige organer ta større avgjørelser.

Rettsikkerhet – nærmere om innholdet

En vanlig framstilling av rettsikkerhet omfatter for det første et krav til rettsriktige avgjørelser, at avgjørelser blir tatt ut fra riktig regelforståelse og bygger på riktige faktiske opplysninger. For det andre omfatter rettsikkerhet regler som skal skape trygghet for riktige avgjørelser, dette kalles rettsikkerhetsgarantier og omfatter kontroll og klageordninger. Rettsikkerhet er nært knyttet til rettsstaten som ideal, og til forholdet mellom de enkelte borgere og myndighetene (Buss 1999, s 45). Først ble det stilt krav om rettsikkerhet innenfor strafferett, seinere innenfor forvaltningsrett, men det konkrete meningsinnholdet kan variere i ulike sammenhenger.

Å beskytte enkeltmennesket mot overgrep er en viktig del av det tradisjonelle rettsikkerhetsbegrepet, ved at en rekke sivilrettslige og strafferettslige regler tar sikte på å beskytte enkeltpersoner mot utnyttelse og krenkelse. Denne siden av rettsikkerheten er mindre vektlagt i helse- og sosialrettslig teori, men har stor betydning for personer som på grunn av funksjonshemming eller sykdom vanskelig kan forsvare seg mot utnyttelse eller krenkelse.

Et utslag av menneskerettigheter er det som populært kan kalles likhet for loven. I en del sammenhenger blir dette sett på som en sentral verdi for utviklingshemmede og andre grupper av funksjonshemmede. Det er imidlertid ikke slik at loven er lik for vanlige personer over 18 år og utviklingshemmede. Det motsatte er tilfelle fordi det finnes en rekke viktige unntak for utviklingshemmede, dette gjelder blant annet strafferett, avtaleinngåelse og økonomisk beskyttelse, og innefor helserett. Innen strafferett samsvarer grensen for strafferettslig ansvar stort sett med grensen mellom lett og moderat utviklingshemming, slik at personer med moderat, alvorlig eller dyp utviklingshemming ikke kan straffes for eventuelle straffbare handlinger som de begår. Når det gjelder inngåelse av avtaler om praktiske og økonomiske forhold gir både avtaleloven og vergemåls-

loven regler som skal beskytte blant annet utviklingshemmede mot utnyttelse eller egne uheldige disposisjoner. Det er mulig at disse og andre regler kan ses som utslag av at samfunnet ser det som nødvendig å ha lover som sikrer utviklingshemmede og andre svake grupper økte rettigheter.

Det er også slik at utviklingshemmede skal ha den sikkerhet mot overgrep, vold, og seksuelt misbruk som ligger i straffelovgivningen. Også her gir loven på noen områder større beskyttelse, som straffelovens § 193 annet ledd som angir fengsel inntil fem år for seksuell omgang ved «å utnytte noens psykiske lidelse eller psykiske utviklingshemming». Dette gjelder også om samleie eller annen seksuell omgang har skjedd frivillig. I samsvar med menneskerettigheter og den moderne samfunnsutvikling er det mål å sikre individuell frihet, og hindre bruk av tvang.

Folketrygdens ytelser sikrer økonomisk trygghet for funksjonshemmede. Et svært viktig område er at funksjonshemmede må sikres tilstrekkelig hjelp og opplæring, og også her skal lovverket sikre sosiale tjenester, helsetjenester, og opplæring.

I praksis er en alvorlig utviklingshemmet person sterkt avhengig av andre personer eller offentlige organer. Om en utviklingshemmet har blitt svindlet er han eller hun avhengig av andre personer for å anmelde det straffbare forholdet. Dette gjelder både når det gjelder å oppdage og vurdere at noe straffbart har skjedd, og å anmelde saken. Videre er det helt åpenbare problemer hvis personen skal forklare seg, med å forstå spørsmål, forstå en abstrakt problemstilling, og med å gi svar på spørsmål. Dette kan skyldes både den kognitive svikten og spesifikke kommunikasjonsproblemer.

Tvang i omsorg eller behandling

Reglene i sosialtjenesteloven kapittel 4A gir eksempler på hvilke ordninger som skal øke rettssikkerheten for utviklingshemmede. Utgangspunktet er å forebygge eller redusere bruk av tvang i omsorg eller behandling, jf sosialtjenesteloven (sotjl) § 4A-1. Likevel kan bruk av tvang tillates når visse vilkår er oppfylt, dette blir ikke berørt nærmere her.

Kommunen blir pålagt å forebygge bruk av tvang, til å utrede årsaker til problematferd, til å vurdere tiltak uten bruk av tvang, og til å tilføre tilstrekkelige ressurser. Om dette ikke er nok angir loven hvilke vilkår som skal oppfylles før det brukes tvang, og kommunen pålegges å utrede tvangstiltak i samarbeid med andrelinjetjenesten. Dette kan beskrives som internkontroll i kommunen, og kontroll via samarbeidet med spesialisthelsetjenesten.

Om disse instanser mener bruk av tvang er nødvendig og kommunen fatter vedtak om dette, kommer det inn statlig overprøving ved fylkesman-

nen. Dette gjelder alle vedtak om bruk av tvang, og i tillegg skal fylkesmannen utøve tilsyn.

Også ikke offentlige instanser kommer inn som en kontroll, ved krav om oppnevning av hjelpeverge, og informasjonsplikt til pårørende og hjelpeverge. Både pårørende og hjelpeverge har klageadgang, og rett til å bringe en sak inn for Fylkesnemnda for Sosiale saker og for domstolene. Også i saker som gjelder bruk av tvang er det en informasjonsplikt til personen selv, og han eller hun skal medvirke og tilbudet skal så langt det er mulig utformes i samarbeid med vedkommende. Dette vil i mange tilfeller være vanskelig eller umulig ut fra personens funksjonshemming med kognitiv svikt og kommunikasjonsvansker. Grunnen til at det er aktuelt å bruke tvang er alvorlig problematferd som er til alvorlig fare eller skade for personen selv, eller for andre personer. Disse reglene angir en avveining mellom selvbestemmelsesrett og retten til sikkerhet for personen selv, og andre personer.

Valg av bosted

Personer som er fylt atten år er formelt sett myndig, og skal bestemme selv. Dette gjelder selv om personen er dypt utviklingshemmet og ikke kan lese, ikke skrive, og ikke forstå hvilke valgmulighetene som finnes. Personer med utviklingshemming har spesielle behov som samfunnet tar hensyn til blant annet ved ulike praktiske hjelpetilbud, økonomiske ordninger og spesialundervisning. Av sentrale valg i livet er hva vi skal bli, hva vi skal arbeide med og hvor vi skal bo. Også for personer uten funksjonshemminger er dette vanskelige valg, vi kan velge feil, bli skilt, havne i økonomiske vansker. For utviklingshemmede er det færre valgmuligheter. For å bruke bolig som eksempel vil det ofte være mulig å velge bare ett eller noen få alternativer. Dette skyldes at det oftest er behov for spesielle ressurser knyttet til boligen, og at dette krever offentlig planlegging og offentlige vedtak. Selv om personen selv, pårørende og/eller hjelpeverge trekkes inn i planleggingen er valgmulighetene mindre enn for andre personer. De mulighetene personen selv har til å påvirke prosessen vil vanligvis være små, ut fra kommunikasjonsvansker og kognitiv svikt. Det kan uten overdrivelse sies at andre stiller opp valgmulighetene, og andre velger for personer med alvorlig eller dyp utviklingshemming.

Hvordan sikres forsvarlige tjenester?

Adgang til offentlige hjelpetiltak er sentral, og at disse er tilstrekkelige, tilpasset behovene og stabile over tid. For barn og ungdom er retten til tilpasset opplæring svært viktig. De rettighetene hjelpetrengende personer har etter sosialtjenesteloven §§ 4–2 og 4–3 er viktig i denne sammenhengen, det samme er helselovgivningen som gir rett til kommunale helsetjenester og til spesialiserte helsetjenester.

Når det gjelder kommunale tjenester er det slått fast at sosiale tjenester og helsetjenester samlet må oppfylle en forsvarlig minstestandard, slik som høyesterett formulerte det i Fusa-dommen (Rt. 1990–874). Dette gir likevel en begrenset veiledning, blant annet fordi en slik minstestandard må fastsettes ut fra individuelle behov, faglig vurdering og også organisering av hjelpetjenestene. Det er likevel viktig at lovverk og rettspraksis gir en sikkerhet ved tjenestemottaker eller dennes representant kan kreve at et klageorgan (fylkesmann) vurderer dette, og at dette også kan kontrolleres av domstolene.

Utviklingshemmede er helt avhengige av offentlige vedtak, av hvordan organisering og faglig nivå er, og av kommunal økonomi. Kommuner med svekket økonomi må spare, og blir tvunget til foreta prioriteringer mellom svake grupper. Det vil i praksis være vanskeligere å redusere et tilbud som er vedtatt tidligere, enn å påvise at et nytt vedtak er for lavt, selv om to personer har sammenlignbare behov. Dette kan føre til en situasjon der bare grunnleggende behov dekkes, og tilbudet faglig og menneskelig sett blir utilfredsstillende. Det eneste en kan kreve er som nevnt ovenfor en forsvarlig minstestandard, altså en nedre grense.

Hjelpevergeordningen

Rettsreglene og hjelpeverge ble utvidet og presisert ved en lovendring i 1990. Målet var «å styrke rettssikkerheten for bla. aldersdemente og psykisk utviklingshemmede» (Ot.prp. nr 45, 1989–90, s 2). Personer som er mentalt svekket kan ikke selv ivareta sine interesser fullt ut, og hjelpevergeordningen betraktes som en rettssikkerhetsgaranti som bidrar til å vareta personens interesser overfor omverdenen. Det er mulig at ordningen i mange tilfeller har begrenset betydning, fordi hjelpevergen i mange tilfeller ikke har særlig innsyn i den utviklingshemmedes dagligliv. Av de oppgavene som ligger til hjelpevergen er det økonomi som er klart definert, og når det er behov for det, oppgaver i forhold til tvang etter sosialtjenesteloven kapittel 4A. Fra overformynderiene føres det ikke kontroll med hjelpevergeordningen ut over økonomi, og kontrollen med økonomi kan være liten i mange tilfeller siden det lett blir gitt dispensasjon for regnskapsplikten. Det er heller ikke noe regelverk ut over sotjl § 4A-3 som krever oppnevning av hjelpeverge for utviklingshemmede, etter vergemålsloven § 90a kan det oppnevnes hjelpeverge «ved behov». Når det er oppnevnt hjelpeverge er det heller ikke krav om spesiell aktivitet verken etter vergemålsloven eller sosialtjenesteloven. Et grunnleggende problem er det selvfølgelig at heller ikke hjelpeverge eller pårørende på en objektiv måte kan finne ut hva en dypt utviklingshemmet person vil eller ønsker, like lite som offentlig ansatte helpere kan vite det. Men hjelpeverge og pårørende kan være diskusjonspartnere og tilføre både informasjon og synspunkter, og de kan bidra til at det blir tatt avgjørelser i formelle valgsituasjoner.

Offentlig kontroll

Offentlige organer har hatt tilsyn med institusjoner, slik som kontrollkomisjonene innenfor HVPU, og kontroll med kommunale institusjoner fra Fylkesmannen. For andre boformer har det vært lite kontroll, og i praksis ingen kontroll med tjenester i «private hjem», slik som boform og hjelpe-tjenester for de fleste utviklingshemmede er. Den eneste kontrollen som er ført er med bruk av tvang etter sosialtjenestelovens tidligere kapittel 6A, nå gjeldende kapittel 4A.

154

I dag er det overgang fra direkte tilsyn til «systemrevisjon» som i praksis betyr at Fylkesmannen skal kontrollere at kommunene har rutiner og internkontroll på plass, og at praktisk tilsyn faller bort. Dette kan ses som en svekkelse av rettssikkerheten for utviklingshemmede og andre grup-per, men har kanskje liten betydning ettersom kontrollen var svak tidli-gere.

Medbestemmelse/bestemmelse

Selvbestemmelse blir vektlagt som en svært sentral verdi for funksjons-hemmede. Det er et spørsmål om ikke begrepet har større betydning for andre grupper uten kognitiv svikt, som for eksempel fysisk funksjons-hemmede. Det er lett å være enig i at selvbestemmelsesretten er sentral, og bør respekteres, så lenge ikke personen tar valg som er til skade eller fare for personen selv eller andre personer. Å ensidig legge vekt på selv-bestemmelse kan være en tom talemåte som i mange tilfeller skjuler at andre personer tar viktige avgjørelser. En slik kamuflering av virkelig beslutningsansvar kan føre til at avgjørelser blir tatt på et tilfeldig grunn-lag, eller ut fra andre personers egennyttige vurderinger.

På den andre siden er det viktig at utviklingshemmede selv med alvorlig kognitiv svikt får anledning til å påvirke og avgjøre det de kan avgjøre. Dette innebærer at det legges til rette for at vedkommende blir spurt, får valgmuligheter, og at det i opplæring og dagligliv blir arbeidet for selvbe-stemmelsesrett.

Mer kan gjøres

Mange synes kanskje jeg tegner et for dystert bilde av situasjonen. Jeg tror likevel det mange muligheter for å sikre gode tilbud og rettssikkerhet for de utviklingshemmede, men det krever ærlighet og realisme omkring deres mulighet til å kontrollere sin egen situasjon. For det første bør kom-muner utarbeide målsettinger og kontrollrutiner internt, for det andre bør spesialisthelsetjenesten ha klarere ansvar og plikt til utredning og planleg-ging av opplæring, miljøtiltak med mer. Her er arbeidet med individuelle planer svært sentralt. Forhåpentligvis kan dette gi klarere faglige krav og anbefalinger.

Det bør også stilles krav til hjelpeverger og pårørende, ved at kommune-

ne har plikt til å drøfte endringer med disse, og at det kan skje et formelt samarbeid med kontakt og møter med en fastsatt hyppighet. Hjelpeverge og pårørende er personer som kan sies å representere den utviklingshemmede i kraft av formell oppnevning og kjennskap til personens bakgrunn og ønsker.

Det kan også være behov for revisjon av lovverket, fordi sosialtjenesteloven skjærer alle over en kam. Det kan hende at grupper med livsvarige og alvorlige handikap har behov for et klarere lovverk, slik som en har i Sverige der bestemte diagnoser gir et klart definert krav på tjenester.

Det er etter min mening farer ved å holde fast på en fiktiv selvbestemmelsesrett. En slik fiksjon kan hindre oss i å se problemer som utviklingshemmede har, og dermed redusere deres mulighet til å utøve en reell og gradert selvbestemmelsesrett. Det kan gi økt fare for passivitet, for overgrep eller utnyttelse, og økt fare for faglige unnlatelser.

Litteratur

Buss, Dorthe Vennemose (1999):

Dementes rettsstilling. København: Jurist- og Økonomforbundets Forlag

ICD-10 (1999):

Statens Helsetilsyn, ICD-10, Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser. Oslo: Universitetsforlaget

Ot.prp. nr. 45 (1989–90):

Om lov om endringer i vergemålsloven m.m.

Rundskriv I-17/97:

Sosial og helsedepartementet: Status for tilbudet til mennesker med psykisk utviklingshemming. Sammenfatning av resultatene fra kommunenes rapportering 1996 m.v.

Skiftun, Årstein (red) (1993):

Utfordrande åtfærd: om åtfærd og lidingar hos dei djupast psykisk utviklingshemma. Oslo: Universitetsforlaget

Betraktninger om utdanning og yrke

Hvordan andre yrkesgrupper ser på vernepleierne

Sosionomer: Anne Austveg

Utgangspunktet for denne lille artikkelen er at jeg har jobbet nær vernepleiere i 24 år. Selv er jeg utdannet sosionom, grunnfag psykologi og videreutdanning i ledelse. Jeg har jobbet mange år direkte eller som leder for utviklingshemmede på institusjon og i egne boliger i kommunene.

For å få stoff til denne artikkelen har jeg snakket med andre sosionomer i samme situasjon. Jeg har altså ikke gått «faglig» til verks med å kikke på innholdet i pensum eller formålsparagrafen for vernepleierutdanningen. Mitt perspektiv er noen få betraktninger fra den praktiske hverdagen der en vernepleier og en sosionom møtes for å kunne gi gode eller bedre tjenester til en person med utviklingshemning.

Wenche, som er utdannet sosionom sa spontant « Det jeg misunner mest ved vernepleierne er alle de handlingsalternativene de har for å nå frem til brukerne». «De må ha lært noen metoder – ha noe teori som gjør dette mulig».

Når vi står midt opp i en utfordring eller problem opplever jeg ofte at vernepleiere jeg har kontakt med kommer med mange forslag til løsninger. Det ser også ut til at de ikke blir stresset av at det finnes mange svar på hvorfor situasjonen har blitt slik. De er også åpne for at det finnes flere alternative løsninger på utfordringen/problemet en bruker står overfor.

Det er flott å se vernepleieren vinkler en utfordring vi står overfor til «hva er det gode liv for bruker». Selvfølgelig er dette også litt slitsomt av og til. Noen ganger kan dette oppleves av andre at vernepleieren går for langt. Jeg har også sett fatale konsekvenser ved at man kun følger denne tankegangen, og ikke har vurdert nøye nok hva konsekvensen for bruker eller andre rundt kan bli.

Det er viktig at minst en i personalgruppen eller i andre samarbeidsforum til stadighet stiller dette spørsmålet, har denne synsvinklene og holder på den! Spesielt ledere som hele tiden blir utfordret/presset på effektivitet og resultater er avhengig av å ha kollegaer som utfordrer oss «hva er det gode liv for bruker»?

Det finnes dessverre for mange godt voksne vernepleiere som er slitne. Det å ta brukers perspektiv og sette brukers behov i fokus har sin høye pris. Ofte ser jeg hvordan egne behov som ansatt eller person blir glemt til fordel for brukers behov. Kanskje burde vernepleiere bli flinkere til å passe på seg selv også?

En annen sosionom sa til meg: «Vernepleiere er ikke så fine på det. Ingen oppgave er for liten, ingen oppgave er for stor. Vernepleiere er ja-mennesker. De er ikke gjerrige på seg selv». Dette er jo et flott varemerke – samtidig som det klart har et minus. På lik linje som sosionomyrket er vernepleieyrket litt ullent. Det finnes ingen sannhet eller prosedyre på hva det gode liv, eller hva den gode samtale er.

På et område synes jeg å ha sett at sosionomer stort sett er bedre enn vernepleierne. Dette har å gjøre med den «gode samtale». Kunne lytte og gi gode tilbakemeldinger til bl.a. pårørende som er dypt fortvilet. Det er viktig at pårørende til utviklingshemmede opplever å bli sett og hørt. Det ser bl.a. ut til at sosionomer er flinkere til å lytte uten og bli for følelsesmessig engasjert. De kan lettere hjelpe til med å «rydde» i hva problemet egentlig er uten å bli for kaotisk og gå i forsvar.

Jeg har et lite hjertesukk. Hvordan skal vi klare å få vernepleiere til å ha lyst til å jobbe med dypt psykisk utviklingshemmede over 40 år? Bortsett fra noen få pedagoger er det svært få høgskoleutdanninger/yrker som klarer å hjelpe akkurat denne gruppen. Mange av oss har sett hvor galt det kan gå med eldre utviklingshemmede som ikke har fått profesjonell hjelp. Her har både utdanningsinstitusjonen for vernepleie og arbeidsgiver ute i kommunene en stor utfordring. Spesielt fordi det finnes svært få andre yrkesgrupper som har kompetanse til dette.

Noen barnevernspedagoger, sosionomer og lærere har uttrykt at de kan bli litt lei av vernepleieren fokus. Et lite barn som er utviklingshemmet – skal det først og fremst bli sett på som et lite barn eller som utviklingshemmet? Eller hva med en eldre pleietrengende i tillegg til utviklingshemming? Ikke alle vernepleiere er like flinke til å slippe andre profesjoner til. Når dette er sagt så må det også sies at jeg for eksempel i hjemmesykepleien har sett at vernepleiere har glidd greit inn i dette miljøet med sykepleiere. Jeg har til gode å se sykepleiere jobbe direkte med utviklingshemmede, bortsett fra å legge fram medisiner eller vurdere et sår.

Sammenlignet med for eksempel sykepleieren er vernepleiere lite konkret på hva de er flinke til. Når vernepleiere er flere sammen har de ingen problemer med å vise stolthet over yrket sitt. Hvorfor klarer ikke vernepleieren å gjøre det samme når de er alene i møte med andre profesjoner/yrkesgrupper?

Hvorfor er det slik at sykepleiere tradisjonelt sett har hatt mange flere fagstillinger enn vernepleieren? Nå er det jammen på tide at dette også skjer for vernepleiere. Jeg utfordrer herved flere vernepleiere til å ta videreutdanning og fronte arbeidsgivere ute i kommunene for å få flere spennende fagstillinger! Vernepleieren har noe unikt som de kan være stolte av. Noe vi er avhengig av for å kunne kalle oss et velferdssamfunn. Vi er helt avhengig av en yrkesgruppe som kronisk spør «hva er det gode liv for bruker» – *og ikke minst passer på at vi har bruker med på lag!*

158

Lykke til kjære vernepleier, stå på! Vi er mange yrkesgrupper som er helt avhengig av hverandre for å kunne utføre et godt stykke arbeid.

En spesiell tanke går til vernepleierne Lars-Ove Nordnes og Evelyn Sæth Olsen som jeg har stor respekt for!

Sykepleiere: Inger Lise Bastø og Vibeke Snarset

Vernepleieren som kollega

Vi er en gruppe sykepleiere ansatt ved Spesialsykehuset for epilepsi. Vi arbeider på en post med 7 sengeplasser for pasienter med utviklingshemning, hvor mange også er fysisk funksjonshemmet.

På denne posten er det for tiden ansatt 7 vernepleiere og 11 sykepleiere, fordelt på dag-kveld-natt. Våre hovedoppgaver er å observere og klassifisere epileptiske anfall, og av å skille mellom epileptiske anfall og lignende tilstander. Vi observerer virkning og eventuelle bivirkninger av antiepileptika, og har fokus på det å leve best mulig med epilepsi. Sykehuset er landsdekkende, og pasientene kommer derfor fra hele landet. Gjennomsnittlig liggetid er 28 døgn. Hovedutfordringen på vår post er å vurdere hva som er epileptiske anfall, hva som kan være bivirkninger av medikamenter, og skille adferd fra anfall hos den enkelte pasienten.

Våre pasienter har ofte flere diagnoser. Erfaringene våre er at begge grupper er opptatt av å jobbe mot et felles mål, vi utfyller hverandre, noe som kommer pasientene til gode. Vi opplever det som positivt å ha vernepleiere som kollegaer, de supplerer oss i faglige spørsmål og det fører til at vi sammen kan gjøre best mulige observasjoner og vurderinger av observasjonene.

Vi ser at vernepleierne har mer fokus på pasientens ressurser og er opptatt av å utnytte disse ressursene, for å dempe uønsket adferd. De har mer kunnskap om hvordan man skal takle «problem-adferd» og utageringssituasjoner.

Vår erfaring er at vernepleiere er dyktige til å observere utviklingshemmede, spesielt når det gjelder adferd. De har gjennom sin utdannelse ervervet seg mer kunnskap om denne pasientgruppen, om samhandlings-

metoder, og systematisk registrering av adferd. Vernepleiere supplerer oss med sin grunnleggende kunnskap om pasientenes handlingsmønster og hva som kan fremme/dempe problemadferd.

Vi har også god nytte av deres kjennskap til kommunale og fylkeskommunale hjelpeinstanser. Dette er en fordel i forbindelse med utskriveIse fra oss, og videre oppfølging av tiltak for pasientene på hjemstedet. Vi jobber tett med vernepleiere i avdelingen, og vi har daglige rapporter hvor vi har muligheten til å utveksle erfaringer, meninger og eventuelle tiltak i forhold til de forskjellige pasientene.

Vår erfaring er at sykepleiere fokuserer mer på sykepleietiltak i forhold til grunnleggendebehov og hvordan det virker inn på pasientenes helhetlige helsetilstand, dersom disse behovene ikke dekkes, også i forhold til epileptiske anfall. Under stell av krevende/tunge pleiepasienter ser vi at sykepleierne er fokusert på detaljer i forhold til for eksempel sårprofylakse og kontrakturprofylakse. Vi er ofte mer systematiske i vår gjennomføring av stell til tunge pleiepasienter, og setter i gang eventuelle tiltak.

Våre erfaringer er at sykepleiere er mer opptatte av hygieneproblematikken enn vernepleiere, som for eksempel å skille mellom rent og urent. Vernepleiere har mer fokus på hva pasientene mestrer selv, og hva de kan gjøre selv, mens vi har mer fokus på hvordan vi kan kompensere for den manglende egenaktiviteten. Sykepleiere er mer oppmerksomme på sammenhengen mellom medikamenter og blodprøveverdier, og hva avvik kan føre til i forhold til naturlige funksjoner. Vi vil poengtere at vernepleiere og sykepleiere på denne posten supplerer hverandre og har et godt samarbeid. Både sykepleiere og vernepleiere utøver faget med individuelle forskjeller

Spesialpedagoger: Anne Klüwer og Mari Kalvø

Vi er to spesialpedagoger som i flere år har hatt gleden av å samarbeide med en vernepleier. Vi arbeider ved en spesialscole for elever med psykisk utviklingshemming. I vår klasse har vi elever med svært ulike behov og funksjonsvansker. Vi er to spesialpedagoger, 1 vernepleier og ufaglærte assistenter i klassen.

Det er helt klart at vi i vårt arbeid profiterer på å ha en person med en annen faglig innfalsvinkel enn oss spesialpedagoger samtidig som vi også utfyller hverandre. Spesialpedagogene har det faglige pedagogiske ansvar i skoletiden og vernepleieren har det overordnede ansvar for klassens organisering og tilbud i SFO tiden. Vernepleiernes arbeidstid inkluderer både skole og SFO tid. Dette innebærer at de i større grad enn læreren tar del i hele elevens faktiske skoledag, noe som igjen er betryggende både for pedagoger, foresatte og elever.

Flere av våre elever er multihandikappede og har ofte epilepsi og andre ulike medisinske behov. I vår faglige bakgrunn legges det ikke vekt på medisinsk opplæring og kompetanse, i motsetning til vernepleierens hvor dette et sentralt område i utdannelsen. I det daglige er det derfor nyttig å arbeide så tett med en som har kompetanse medikamenthåndtering.

160

Rent faglig ser vi også at vi profiterer på å samarbeide med en vernepleier. I deres utdanning blir det blant annet lagt vekt på ferdighets- og atferds læring som også innebærer systematisk observasjon og kartlegging. Flere av vår elevgruppe kan ha atferdsavvik og vi har da hatt stort faglig utbytte av vernepleierens kompetanse på dette området. Det er svært lærerikt og nyttig å samarbeide med noen som har kunnskap om hvordan en observerer og omsetter observasjonene til praktiske tiltak.

Vi opplever at vernepleiere har stor innsikt i vår brukergruppes problematikk og dermed blir de gode faglige samarbeidspartnere for oss spesialpedagoger. Med utgangspunkt i deres utdanning og erfaring kan de ofte ha en annen innfallsvinkel enn oss pedagoger til å de faglige utfordringer vi møter i den praktiske skolehverdagen.

Vi har bare positive erfaringer etter mange års samarbeid med vernepleiere.

Vernepleierutdanning i internasjonalt perspektiv

Innledning

Det er flere gode grunner til å se på vernepleierutdanning i et internasjonalt perspektiv. Globaliseringen går sin gang og internasjonalisering ble en av hovedpilarene i Kvalitetsreformen. Bolognaprosessen og Lisboa-konvensjonen tar et stadig fastere grep om rammene for norsk utdanning samt for godkjenning av kvalifikasjoner for tjenesteytere fra andre land. Kunnskapsproduksjonen på verdensbasis er enorm, og spredningen av ny kunnskap skjer raskere enn noen gang. Disse forholdene påvirker også vernepleierutdanningen. At det i tillegg er få utdanningsinstitusjoner for vernepleiere i Norge, og kontakt med tilsvarende utdanning i andre land også er beskjedne, kan gjøre det mer utfordrende for vernepleierutdanning å finne sin plass i en ny verden.

Hensikten med denne artikkelen er flerfoldig:

- gi en oversikt over aktuelle rammer for internasjonalisering
- sette norsk vernepleierutdanning inn i et internasjonalt perspektiv
- gi faktaopplysninger om tilsvarende programmer i andre land
- diskutere fordeler og ulemper, muligheter og barrierer ved internasjonalt samarbeid.

Juridisk grunnlag for internasjonalisering

Allerede i Universitets- og høyskoleloven av 1995 var det nedfelt bestemmelser om internasjonalisering: «Utdanningstilbud skal utformes og ses i sammenheng med andre nasjonale og internasjonale utdanningstilbud.» (§ 2.1, siste setning). I ny lov om Universiteter og høyskoler som trådte i kraft 1. august 2005 er lovgrunnlaget tydeliggjort og forventningsnivået er klarere:

§ 1-1. Lovens formål

Denne lov har som formål å legge til rette for at universiteter og høyskoler

a) tilbyr høyere utdanning på høyt internasjonalt nivå

b) utfører forskning og faglig og kunstnerisk utviklingsarbeid på høyt internasjonalt nivå.

§ 1-3. Institusjonenes virksomhet

Universiteter og høyskoler skal arbeide for å fremme lovens formål ved å:

g) bidra til at norsk høyere utdanning og forskning følger den internasjonale forskningsfronten og utviklingen av høyere utdanningstilbud.

h) samarbeide med andre universiteter og høyskoler og tilsvarende institusjoner i andre land, lokalt og regionalt samfunns- og arbeidsliv, offentlig forvaltning og internasjonale organisasjoner.
(UFD 2005)

Vernepleierutdanningen kan ha noen større utfordringer med å oppfylle kravene i universitets- og høgskoleloven enn det andre utdanninger har. Dette henger bl.a. sammen med at den utgjør en nisjeutdanning både nasjonalt og internasjonalt. Tilsvarende utdanning i andre land kan ha annen fagtilhørighet, f.eks. som en del av sykepleie eller spesialpedagogikk. Videre vil mangel på gjenkjennbart navn gjøre det vanskeligere å spore opp liknende utdanninger.

Disse faktorene kan ha bidratt til at det har vært satset mer på utsending av studenter til fjernpraksis, enn på en reell faglig utveksling mellom utdanningsinstitusjoner. Studenter har i mange tilfelle fått høyt spesialisert praksis som har vært et viktig bidrag til utdanningen. Forskning og forskerutdanning er viktige sider av det internasjonale samarbeidet. Fortsatt er det svært få som forsker direkte på vernepleierens yrkesutøvelse, og enda færre forskere er vernepleiere.

NOKUT³⁵ har i flere av sine rapporter om gjennomgang av kvalitetssikringssystemer vektlagt internasjonalisering. I noen tilfelle har det blitt gitt klare føringer for at dette området må vektlegges sterkere.

Konklusjonen må bli at det juridiske grunnlaget for internasjonalisering er styrket, både gjennom lovgivning og oppfølging av lovens intensjoner gjennom NOKUTs kontroll- og veiledningsaktiviteter.

Globalisering og internasjonalisering – sentrale begreper som påvirker vernepleierutdanningen

Globalisering er definert som:

... flyten av teknologi, økonomi, kunnskap, mennesker, varer, ideer... på tvers av grenser. Globalisering affiserer hvert land på ulike måter alt avhengig av det enkelte lands historie, tradisjoner, kultur og prioriteringer. (Knight and de Wit 1997 – egen oversettelse)

Knight³⁶ benyttet denne definisjonen så sent som i 2004 i forbindelse med arrangementet «The Implications of WTO/GATS³⁷ for Higher Education

³⁵ Nasjonalt organ for kvalitet i utdanningen

³⁶ Dr Jane Knight, Ontario Institute for the Study of Education, University of Toronto, Canada, er ekspert på internasjonalisering av høyere utdanning. Hun har bl.a. arbeidet

in Africa, Accra 2004» i regi av Association of African Universities (2004). Definisjonen er nøytral på den måten at den ikke tar stilling til om det er vel eller ille det som skjer. Flere foredragsholdere på konferanser om internasjonalisering, både i og utenfor Norge omtaler ofte globalisering som de impulser, påvirkninger, handlinger og resultater som kommer som følge av aktiviteter i andre land og som treffer oss med en større eller mindre grad av tilfeldighet og som påvirker oss på en eller annen måte.

Knight (2003) hevder videre at det er en rekke faktorer som knytter seg til globalisering, slik som kunnskapssamfunnet, informasjons- og kommunikasjonsteknologi, markedskonometri, liberalisering av handel og endringer i maktstrukturer. Om dette er katalysatorer for, eller konsekvenser av globalisering kan diskuteres. Men det er neppe særlig uenighet om at faktorene påvirker utdanningssektoren også.

Globalisering kan vi ikke beskytte oss mot på annen måte enn å hermetisere landet. Dette er neppe en ønsket utvikling. Det er imidlertid et legitimt behov for å gjøre en sortering og avveie hvordan vi skal møte alle impulsene og hendelsene. Da kommer vi raskt over på *internasjonalisering*, et begrep som defineres som følger:

Internationalization at the national/sector/institutional levels is defined as the process of integrating an international, intercultural or global dimension into the purpose, functions or delivery of post-secondary education. (Knight, 2003, p. 2)

Knight understreker at slike definisjoner må være dynamiske og kunne endres ved behov. Det er ikke uvanlig å høre foredragsholdere og andre engasjerte deltakere på møter og konferanser om internasjonalisering hevde at til forskjell fra globaliseringen, så er internasjonaliseringen en aktiv prosess hvor vi foretar strategiske valg i forhold til de aktuelle tendensene som globaliseringen medfører. Vi velger ut fenomener og forhold der oss aktivt til disse.

I følge Knight and de Wit (1997), må internasjonaliseringsbegrepet følges opp med måleparametere for at resultater skal kunne måles og prosesser evalueres. Et av Kvalitetsreformens største fundament er den økte vekten på internasjonalisering i form av forskning samt utveksling av personell og studenter. Økt deltakelse i EUs programmer har høy prioritet. Alle disse elementene kan fungere som et mål på internasjonalisering i form av telling av resultater. Men det kan stilles spørsmålsteget ved om prosessen med å integrere en internasjonal, interkulturell eller global dimensjon

mye med avklaringer av de sentrale begrepene internasjonalisering og globalisering.

³⁷ WTO – World Trade Organization, GATS – General Agreement on Trade in Services

i hensikten, funksjonen eller tilbudet av vernepleierutdanningen er kommet særlig langt. Årsaken til å stille spørsmål ved dette er forestillingen om at vernepleierutdanning er et særnorsk fenomen, og at slik utdanning ikke finnes i andre land. Dette kan medføre at f.eks. utvekslingsavtaler etableres mer eller mindre halvhjertet, og mer som et interessant rekrutteringstiltak for nye studenter enn som et ledd i en planlagt faglig strategi for å legge til en ekstra kvalitetshevende dimensjon.

I Ot.prp. nr. 79 (2003–2004) Om lov om universiteter og høyskoler vektlegges særlig følgende forhold som omhandler internasjonalisering:

- *Bolognaprosessen: Utviklingen av et europeisk utdanningsområde med felles gradsstruktur,*
- *kvalitetssystem, felles karaktersystem, studentutveksling*
- *Lisboaprosessen: EUs strategi for å bli verdens mest konkurransedyktige, kunnskapsbaserte økonomi på et bærekraftig sosialt grunnlag innen 2010. Som de viktigste kunnskaps-institusjonen, danner universiteter og høyskoler noe av kjernen i denne strategien. EU tar også sikte på å etablere et felles europeisk område for forskning, og vil trolig opprette et europeisk forskningsråd.*
- *Unescostrategien Utdanning for alle: UNESCO peker på en betydelig økt global vekst i etterspørselen etter høyere utdanning, særlig i utviklingslandene*
- *GATS: Nedbygging av barrierer for mobilitet og handel med utdanning. Norge forpliktet seg til å gi utenlandske tjenestetilbydere generell adgang til å tilby utdanning i Norge*
- *Økt globalisert næringsliv og FoU-aktiviteter. (UFD 2004)*

Samme dokument understreker at det nå skjer så raske endringer i verden som gir så vidt store konsekvenser for institusjonene at det er nødvendig å gi institusjonene et rammeverk som gjør dem i stand til å møte utfordringene.

En av de viktigste prosessene som har gitt, og vil føre til ytterligere endringer også for vernepleierutdanningen er Bolognaprosessen. Den involverer utdanningssystemene i 40 land. EU støtter prosessen ikke minst fordi den bidrar til å ivareta fri flyt av personer som er en av de fire grunnleggende frihetene nedfelt i EUs grunnlagsdokumenter (EU 2002). Flere utenforstående land har begynt å vise interesse for prosessen.

Bolognaprosessen hadde sterk innvirkning på Kvalitetsreformen. Den økte satsingen på internasjonalisering i form av utveksling er fulgt opp med til dels allerede eksisterende og dels nye økonomiske virkemidler. De er tilrettelagt gjennom følgende kanaler:

- vår mulighet for deltakelse i EUs utvekslingsprogrammer
- studenters tilgang til stipend i Lånekassen

– noen insentiver i finansieringsmodellen for høyere utdanning.

Bolognaprosessen innebærer flere elementer som Norge har tatt inn over seg. Dette gjelder f.eks. innføringen av bachelorgrad, nytt karaktersystem og krav til kvalitetssikring. Utstedelse av Diploma Supplement ³⁸ skal bidra til å avklare utdanningens plass i systemet. Videre skal det gis kort beskrivelse av innhold og utdanningens funksjon. Formålet med disse opplysningene skal bidra til å sikre kandidater en bedret adgang til å benytte sin kompetanse i et annet land.

165

Lisboa-konvensjonen er ikke nevnt i utdraget fra odelstingsproposisjonen. Denne omhandler bl.a. kandidaters rett til å få vurdert sine kvalifikasjoner i et annet land (Council of Europe 1997). Bolognaprosessen og Lisboa-konvensjonen sees nå i sammenheng av bl.a. EU. Dette henger bl.a. sammen med at diploma supplement ikke gir tilstrekkelige opplysninger med tanke på beskrivelse av faglige innhold og yrkesfunksjon. For å styrke kandidaters muligheter til å få praktisere sine kvalifikasjoner i andre land kobles Bologna-prosessen sammen med Lisboa-konvensjonen. Dette vil kunne medføre store konsekvenser for utdanningssektoren i Europa, noe som blir ytterligere omtalt på slutten av artikkelen.

Vernepleierutdanningen sammenlignet med andre lands utdanning av tjenesteytere for funksjons- og utviklingshemmede

Gjennom nitten års konsulentvirksomhet for godkjennings- og autorisasjonsmyndighetene for helsepersonell, er det behandlet mange søknader om autorisasjon som vernepleier i Norge fra personer med utenlandsk utdanning. Denne erfaringen har bl.a. bidratt til å identifisere vernepleierutdanning i andre land. For ca et år siden ble det gjort en mindre, oppsummerende studie på hvilke utdanninger som med rette kan kalles for vernepleierutdanning (Torp 2004). Det ble laget et sett med kriterier for sammenlikning som ble basert på bestemmelsene i de generelle direktivene for gjensidig godkjenning av yrkeskvalifikasjoner av regulerte yrker (EU 1988; 1992; 1994). Direktivene klargjør at bare dersom det er store ulikheter i omfang eller innhold kan det kreves at søkeren må ta en egnethetstest eller gjennomføre en veiledet og evaluert praksis som viser at søkeren har tilegnet seg manglende kvalifikasjoner. Dersom forskjellen er så vidt omfattende at det ikke er forsvarlig å gjennomføre praksis eller test, skal søknad avslås. Kriteriene ble utledet av Rammeplan for vernepleierutdanning (UFD 1999), ettersom det er dette dokumentet som inneholder de vedtatte beskrivelsene av mål og innhold for vernepleierutdanning. Kriteriene som ble laget ble også anvendt på programmer utenfor EØS-området. Kriteriene var:

³⁸ Diploma supplement er et vedlegg til vitnemål. Det skal lette arbeidet med akademisk og yrkesmessig godkjenning av kvalifikasjoner. Det skal gis informasjon om bl.a. utdanningstype, nivå, innhold osv.

1. formål og mål måtte ha omtrent samme fokus og innhold
2. omsorg for personer med utviklingshemming skulle være enten hovedfokus eller i det minste klart profilert i programmet
3. programmene måtte inneholde følgende fag og temaer av et angitt omfang:
 - samfunnsfaglige emner – 42 ECTS (24 %)
 - psykologiske og pedagogiske emner – 24 ECTS (13 %)
 - helsefaglige emner – 45 ECTS (25 %)
 - miljøarbeid, habilitering/rehabilitering – 69 ECTS (38 %)
 - praksis må omfatte minst 60 studiepoeng for å gi studentene erfaring fra området psykisk utviklingshemming og helsefag

Et avvik på opptil 17 % (tilsvarende ett semester) ble akseptert før programmet ble fjernet fra listen over tilsvarende utdanninger. Differanse under 5 % ble ignorert med mindre svært viktige faglige poenger manglet.

Resultater

Ca 25 ulike programmer fra Norden, Europa, Australia og Canada ble vurdert. Programmene befant seg på ulike nivåer i utdanningssystemet, mellomnivået fagskole (som i Norge bare omfatter tekniske utdanninger) og på høgskole- og universitetsnivå. Bare syv (i tillegg til vår egen vernepleierutdanning) av disse passet til kriteriene. Seks av programmene var på nivå med «diploma», «advanced diploma» og bachelor og et program på fagskolenivå.

Tabell 1: Vernepleierutdanning i Norge og andre land

| Land | Tittel: | Varighet | Utdanning | Tillegg: | Fokus |
|---------------|--|------------------|-----------------------------|---|-------|
| Australia | Disability professional | 3 år, økes til 4 | Egen gruppe | 3 måneder, juss, helse | ID+H |
| Finland | Hanledare för utvecklingstörda | 3 år | ikke klassifisert | 3 måneder, juss, helse | ID+H |
| Irland | Intellectual Disability Nurse | 4 år | Sykepleie | Juss | ID |
| Island | Throskathjalva – Developmental Therapist | 3 år | Fra helse i retning pedagog | | ID +H |
| Norge | Vernepleier | 3 år | Helsefag | | ID +H |
| Storbritannia | Learning Disability Nurse | 3 år | Sykepleie | Juss | ID |
| Tyskland | Heilerziehungspfleger/in | 3 år | Sosialt arbeid | 3 måneder, juss, helse (hvis nødvendig) | ID+H |
| Østerrike | Soziale Dienstleistungen | 3 år | Sosialt arbeid | 3 måneder, juss, helse | ID+H |

(ID = Intellectual Disabilities. ID+H = Intellectual Disabilities and other groups of disabilities and handicapped persons)

Kommentarer til tabell 1:

Hvorvidt juss og f.eks. helse- og sosialpolitikk og organisering av tjenester skal være obligatorisk for alle med utenlandsk bakgrunn kan diskuteres. Flere andre utdanninger er nå omfattet av en norsk forskrift som

pålegger søkere kvalifisering i slike emner (HOD 2004)

- Australia:* The Bachelors Degree Applied Science (Disability studies) fyller all kriterier bortsett fra lengden på praksis samt at det ikke er obligatorisk helsefaglig praksis. Tre måneders praksis i Norge vil kompensere for manglene.
- Finland:* Gjeldende fagplan fyller alle kriterier bortsett fra en egen praksis i helsefaglig praksis. Tre måneders praksis i Norge vil kompensere for manglene.
- Irland:* Fagplanen oppfyller alle krav.
- Island:* Fagplanen oppfyller alle krav.
- Storbritannia:* Fagplanen oppfyller alle krav.
- Tyskland:* Gjeldende fagplaner fyller alle kriterier bortsett ved enkelte skoler hvor helsefaget er noe mindre prioritert. Tre måneders praksis i Norge vil kompensere i de tilfellene noe mangler.
- Østerrike:* Gjeldende fagplan fyller alle kriterier bortsett fra en egen praksis i helsefaglig praksis. Tre måneders praksis i Norge vil kompensere for manglene.

167

Tabell 2: Andre utdanningsprogrammer av interesse

| Land: | Tittel: | Varighet: | Fokus |
|--------------------------------|---|-----------|--------------------------------|
| Canada | Community based rehabilitation | 3 år | ID+H |
| Danmark, Færøyene, Grønland | Pædagog (Social Education) | 4 år | Disadvantaged children, adults |
| New Zealand | Psychopaedics (closed down) | | ID |
| Serbia, Kroatia, Bosnia, Kuba, | Defektolog | 4,5 år | Utviklingsforstyrrelser |
| Nederland | Z-verpleegkunde (programmet er nedlagt) | 3 år | ID |

(ID = Intellectual Disabilities. ID+H = Intellectual Disabilities and other groups of disabilities and handicapped persons)

Kommentarer til tabell 2:

Et utvalg av de øvrige, nærmestliggende programmene som har blitt vurdert, er forankret innenfor sosialpedagogikk, sosialt arbeid eller spesialpedagogikk både innenfor høyere utdanning og fagskole. Avvikene fra de fastsatte kriteriene er mer enn 17 %. Noen av programmene har avvik opp til 75 %.

Programmene i tabellen er bare noen få eksempler av interesse. Et interessant spørsmål å stille er bl.a. hvorfor New Zealand fortsatt oppretthol-

der et register for sine «Psychopaedics» når utdanningen er lagt ned. Og hvem er det nå som tilbyr de tjenestene brukerne har behov for? Det er også verdt å merke seg at den nederlandske utdanningen ble lagt ned. Der pågår det for øvrig en stor debatt om hvilken kompetanse man ønsker at tjenesteytere skal ha.

Canada har tatt en CBR-tilnærming (Community Based Rehabilitation), mens den Serbiske defektologutdanningen er mer innrettet mot korrektiv pedagogikk. I Danmark har den tidligere sosialpedagogutdanningen gjennomgått store forandringer. Dette har bl.a. medført en stor breddetilnærming når det gjelder målgrupper. Dette har naturlig nok gitt konsekvenser for innholdet, noe som medfører at dette programmet nå har færre likhetspunkter med norsk vernepleierutdanning enn tidligere.

Utdanningsnivå og karrieremuligheter

I Norge er vernepleierutdanningen en profesjonsutdanning som tilbys på høgskolenivå. En vanlig oppfatning av begrepet profesjonsutdanning er en yrkesutdanning gitt på høgskole. En kan jo spørre seg om ikke profesjonsbegrepet også bør omfatte noen av universitetsstudiene, som f.eks. medisin og psykologi. Utviklingen de senere årene viser at vi er i ferd med å utviske skillene mellom høgskole og universitet. I mange år har vernepleiere hatt mulighet for å ta hovedfag/mastergrad ved universiteter innefor helsefag, spesialpedagogikk, folkehelsevitenskap o.l. Med de senere endringene i høgere utdanning har det dukket opp flere nye relevante mastergradstilbud og dermed prekvalifisering til forskerutdanning. I det følgende skal vi se litt på hvordan situasjonen er i andre land.

I mange land i Europa, herunder bl.a. Tyskland og Østerrike gis yrkesutdanninger først og fremst på fagskolenivå³⁹ («Fachschule»). Opptakskravene kan variere, men alle må som et minimum ha unnagjort grunnskole. Flere skoler opererer imidlertid med flere tilleggskrav. Gjennomsnittsalderen på studentene er oftest nokså tilsvarende det man finner i høyere utdanning. I Tyskland ligger vernepleierutdanning på dette nivået. I Østerrike ligger denne type utdanning både på fagskole- og høyere utdanningsnivå. Utdanninger på det tyske og østerrikske «Fachschulennivå» har ingen målsetting om å åpne for en akademisk karriere. Dette begrunnes bl.a. med at man har behov for de kandidatene som produseres i direkte klientarbeid. Å åpne for en akademisk karriere blir mange steder sett på som å åpne for flukt fra det praktiske yrke. Dette er tilfelle bl.a. i Østerrike. Det finnes riktignok eksempler på at dette er under endring. I delstaten Oberösterreich i Østerrike har det kommet et ønske fra tjenestetilby-

³⁹ Denne typen skole representerer et nivå mellom videregående skole og høgskole/universitet. I Norge finner vi bl.a. tekniske utdanninger på dette nivået, men også andre fagområder er representert.

derne om at man ønsker en gruppe yrkesutøvere med bedre akademisk bakgrunn som er langt bedre i stand til å kombinere faglig arbeid med ledelse og faglig utvikling. Det er derfor igangsatt et samarbeid mellom tjenestetilbyderne i Oberösterreich og Fachhochschule Linz om å utvikle en slik utdanning. Konseptet oppfattes som så fremmed at denne type utdanning skal ligge på et høyere nivå enn fagskole at det har vist seg vanskelig å komme i havn med planleggingen.

En kvalifisering fra Fachschule gir studiekompetanse. Denne kan brukes til å skaffe seg høyere utdanning på Fachhochschule-nivå (samme nivå som norsk høgskole).

I Storbritannia og Irland er utdanningssystemene svært fleksible, og opererer med en rekke nivåer:

- NVQ (National Vocational Qualification) nivå 1-5
- Certificate
- Diploma
- Advanced Diploma
- Bachelor
- Master
- PhD

Flere universiteter i Storbritannia tilbyr hele spekteret nevnt ovenfor. Det er et interessant fenomen at man kan starte med en beskjeden opplæring i yrkeslivet, gå gradene og ende opp med en doktorgrad. Karrieremulighetene blir på denne måten bedre. De ulike institusjonene samarbeider om utdanningsnivåene, og ser deres tilbud i sammenheng. Dette er bl.a. et resultat av at samfunnet har satset på livslang lærings-konseptet.

I Storbritannia er vernepleierutdanning organisert som en egen linje innenfor grunnutdanning i sykepleie. Ved de fleste utdanningssteder tilbys den på «Diploma level» eller Advanced Diploma. Studietiden er tre år. For å oppnå en bachelorgrad må kandidatene ta en tilleggsmodul i etterkant. Ved noen universiteter har man gått videre og tilbyr utdanningen frem til bachelorgrad i løpet av tre år. Noen få steder er det også lagt inn et Diploma i sosialt arbeid slik at studentene kommer ut med en dobbelt kvalifikasjon. I Irland hadde man et tilsvarende system, men fra og med 2003 ble vernepleierutdanningen utvidet til fire år og leder nå fram til en bachelorgrad.

I Australia og Island leder også utdanningene fram til bachelorgrad. I de landene hvor kandidatene kan oppnå en bachelorgrad er det ulike systemer og muligheter for at kandidatene kan ta videreutdanninger, mastergrad og doktorgrad. Som det fremgår av omtalen av Tyskland og Østerrike, er ikke det samme tilfelle der hvor utdanningene er organisert på fagskolenivå. Situasjonen i yrkeslivet innenfor omsorgsapparatet er mer lik.

Både de som har høyskoleutdanning og de som har fagskoleutdanning innehar både miljøarbeiderstillinger og lederstillinger. Også fagskoleutdanningene har en uttrykt målsetting om at studentene utdannes til å forvalte og lede eget fag (Sekretariat der Ständigen Konferenz der Kulturminister der Länder in der Bundesrepublik Deutschland 2002).

Så langt situasjonen kan bedømmes med bakgrunn i erfaringer for vurdering av autorisasjonssaker, så utgjør den største forskjellen i høyskole- og fagskoleutdanningene at sistnevnte mangler en akademisk komponent. Utdanningen for øvrig ser ut til å være på et sammenlignbart nivå.

170

På institusjonsnivå i Norge har det i noen tilfelle blitt stilt spørsmål om studenter fra norske høyskoler som blir sendt til fagskoler, vil få full uttelling for det opplegget som gjennomføres der. I utgangspunktet så skal det alltid foretas en forhåndsvurdering av det opplegget studenten skal delta i. En slik vurdering må ta stilling til om nivået på opplegget tilfredsstillende norske krav.

Et moment som kan illustrere dette poenget er EUs system for gjensidig godkjenning av vitnemål som grunnlag for yrkesutøvelse innenfor regulerte yrker. Dersom en kandidat fra en tysk Fachschule kommer til Norge og søker om autorisasjon som vernepleier vil en slik søknad normalt innvilges. De aktuelle EU-direktivene er svært klare på at bare dersom det er vesentlig avvik i forhold til omfang eller innhold, kan søknad avslås, evt. kan det stilles krav om en veiledet praksisperiode. Den tyske utdanningen vil etter en sammenlikning med norsk rammeplan komme ut med mindre mangler, men yrkesfunksjonene vil være tilstede. I henhold til nevnte direktiv, vil da søkeren fra Tyskland få rett til å praktisere (autorisasjon). Dersom søkeren sender en søknad til NOKUT om akademisk godkjenning, vil de avslå søknaden med den begrunnelsen at Fachshulenivå ikke er på linje med norsk høyskole. Man skal være klar over at det her ikke ligger noen innholdsmessig vurdering til grunn, kun en sammenlikning av system, noe som følger bl.a. av Bolognaprosessen.

Programmenes faglige forankring og breddeutvikling

Som nevnt har vernepleierutdanning sin forankring innenfor sykepleie, helsefag, sosialfag og spesialpedagogikk. Innenfor sykepleie finner vi programmene «Learning Disability Nurse» i Storbritannia og «Intellectual Disability Nurse» i Irland. I disse landene har sykepleierutdanningen sin spesialisering på grunnutdanningsnivå. Flere andre land har hatt tilsvarende ordninger, bl.a. Australia, New Zealand og Nederland. Der hvor de ordningene ikke finnes lenger, har man lagt den vernepleiefaglige kompetanseutviklingen over til andre faglige ståsteder eller som en påbygning til sykepleie.

Innen kategorien helsefag, finner vi norsk vernepleierutdanning. Island

falt også naturlig inn i denne kategorien tidligere. De hadde også egen helselovgivning og autorisasjonsordning. Etter en omorganisering av høyere utdanning på Island har vernepleierutdanningen kommet inn i det pedagogiske miljøet på Islands Pedagogiske Universitet. Dette medfører bl.a. at tidligere lovgivning på Island ikke gjelder for denne type utdanning lenger. Det ser også ut som om denne utdanningen beveger seg noe mer bort fra helsefag og over i en mer spesialpedagogisk retning.

Under kategorien sosialfag, finner vi det tyske programmet Heilerziehungspflege, de østerrikske programmene Behindertenhilfe (fachschule) og Soziale Dienstleistungen für Menschen mit Betreuungsbedarf (fachhochschule).

Det australske programmet Bachelor of Applied Science (Disability Studies) hadde sitt utspring fra spesialpedagogikk. Dette var også utgangspunkt for et tilsvarende program i Canada.

Konsekvenser av forankringen er bl.a. at fagbeskrivelsene tar farge av forankringen. Programmene i Storbritannia og Irland har til en viss grad basert seg på sykepleieteori. De sosialfaglige programmene viser ofte til sosialfaglig teori og terminologi. Felles for programmene er at de er tydelig flerfaglig i sin tilnærming, noe som gjør at det teoretiske grunnlaget blir bredere enn sine beslektede fagsektorprogrammer.

En annen side som er viktig å se på er breddetilnærmingen i form av brukergrupper. I hvor stor grad vi i Norge har lyktes med å ta konsekvensene av rammeplanens beskrivelse av brukergrupper skal være usagt. Imidlertid ser vi at vernepleiere arbeider i mange sektorer med ulike brukergrupper. Storbritannia og Irland fokuserer på mennesker med psykisk utviklingshemming og relaterte diagnosegrupper som autisme, Asperger syndrom osv. i sin utdanning. Det råder en oppfatning av at disse brukernes behov er så vidt omfattende og komplekse at det er behov for spesialister på området. Norsk vernepleierutdanning samt utdanningene i Island, Canada, Tyskland, Østerrike og Australia er i større grad erklærte generalistprogrammer som skal kunne yte tjenester ikke bare til mennesker med psykisk utviklingshemming men også til mennesker med psykiske lidelser, rusproblemer, eldre, demente osv.

Framtidsperspektiver på internasjonalt samarbeid

Den generelle trenden med student- og lærerutveksling ser ut til å være kommet for å bli. En foreløpig analyse av data fra en undersøkelse gjort av Nasjonalt råd for helse- og sosialfagutdanning om internasjonalisering i helse- og sosialfagutdanningene viser at respondentene mener at utveksling er et stort vekstområde. Det er imidlertid andre viktige områder som også må bygges opp, bl.a. nettverksbygging, forskning og ikke minst beskrivelser av og kjennskap til andre lands utdanninger.

Nettverksbygging

Det foreligger i dag tre internasjonale initiativ som bør være av interesse for vernepleierutdanning når det gjelder nettverksdannelse.

Fra norsk side tok Høgskolen i Akershus sammen med Universitets- og høgskolerådet et initiativ for å etablere et en internasjonal konferanse om vernepleierutdanning. Dessverre lyktes ikke konferanseideen. Derimot lyktes man med å avholde et møte med representanter fra Irland, Island, Nord-Irland, Skotland, Østerrike og Norge i april 2005. De fleste deltakerne kom fra utdanningsinstitusjoner, men det kom også deltakere fra Norsk forbund for utviklingshemmede, to av deltakerlandene sendte folk fra autorisasjonsmyndigheter, et land sendte en deltaker fra helsemyndighetene og et land sendte folk i kombinerte stillinger i utdanning og helseforetak. Møtet frembrakte en rekke temaer som f.eks. ulike servicetilbud til målgruppene, forskjellige tenkemåter omkring utdanningenes innhold, fokus og fagtilknytning. En viktig, og til tider opphetet debatt omhandlet målgrupper for kandidatene. Noe av det viktigste som kom ut av dette møtet var å bli klar over ulikhetene og likhetene samt at det ble konstatert et stort behov for å tilhøre et større miljø enn det nasjonale for å gi viktige diskusjoner nytt liv. Det ble nedsatt et arbeidsutvalg som skal planlegge videre aktiviteter. Et oppfølgingsmøte ble holdt i Edinburgh i juni 2005. Her ble man enig om å videreføre drøftingene om fokus for utdanningene, deltakelse fra interessenter utenfor utdanningsinstitusjonene i fagplanutvikling (herunder tjenestemottaker), legge til rette for utveksling av lærere og studenter, fortrinnsvis i sammenheng med annet prosjektarbeid, utveksling av fagstoff m.m.

Et annet initiativ kommer fra Europa: Association for Care Educators in Europe. Dette er en 10 år gammel organisasjon som møtes en gang i året og utveksler erfaringer om tjenestetilbud og utdanning innenfor vernepleierens yrkesfelt. De landene som har vært med så langt er Tyskland, Østerrike, Italia, Sveits, Tsjekkia, England, Irland, Polen, Belgia, Romania og fra i år også Norge. Denne organisasjonen har i flere år arrangert «Åpen uke» ved flere av utdanningsinstitusjonene rundt om i Europa. Dette har vært svært godt mottatt blant studentene. Videre har de avholdt noen fagseminarer. For å inkludere flest mulig deltakere i de årlige møtene, foregår all kommunikasjon både på engelsk og tysk. Norges deltakelse i denne organisasjonen er sterkt ønsket av dens medlemmer.

En viktig aktivitet som skal gjøres i løpet av høsten 2005 er å legge ut beskrivelser på engelsk og tysk av alle medlemslandenes aktuelle utdanninger på nettet. Beskrivelsene skal lages etter en fast mal, noe som gjør en sammenlikning enklere. Når denne basen foreligger vil det bli enklere å etablere nye nettverk.

University of Calgary er med i et samarbeid hvor de registrerer program-

mer som faller innenfor definisjonen av «Community Rehabilitation Degree». Norge er invitert til å registrere vernepleierutdanningen. Dette registeret vil også kunne tjene til å skaffe seg partnere som er aktive i yrkesfeltet for vernepleiere.

Praksis har på mange måter gjenvunnet status. Det bør derfor vurderes om internasjonale nettverk bør ha medlemmer fra utvalgte praksisfelt- og steder. Det vil kunne bidra til å styrke kredibiliteten til prosjekter og utdanningsprogram.

Forskning

Forskertradisjonen innenfor fagfeltet er dels etablert, dels under oppbygging. Selve systemet for forskerutdanning er nokså felles i verden, men den faglige organiseringen er svært variabel. Bl.a. i Australia er det vanlig at de institusjonene som tilbyr bachelorgrad tilsvarende vernepleierutdanning, også har tilbud om mastergrad og doktorgrad som bygger direkte på bachelorgraden. Veien for de som har tatt utdanning på Fachschule-nivå i Tyskland innebærer at de må ta hele løpet med bachelor- og mastergrad før de kan påbegynne doktorgrad.

Innenfor to av nettverkene nevnt ovenfor er det uttrykt et klart behov for forskningssamarbeid innenfor vernepleierens utdanning, yrkesområde og yrkesutøvelse. Association of Care Educators in Europe har tatt initiativ til å igangsette et LEONARDO-program kalt *Überblick und Vergleich der Ausbildung qualifizierter Mitarbeiter/innen in Europa in der Begleitung von Menschen mit Behinderungen im täglichen Leben* – «Oversikt og sammenlikning av utdanninger i Europa som kvalifiserer til å yte tjenester til mennesker med funksjonshemninger.» Prosjektet skal skaffe et overblikk over sammenlignbare utdanninger og yrker i europeiske land som kvalifiserer for tjenesteyting til funksjonshemmede mennesker. Det er særlig utdanningsvilkårene, innhold og metoder man ønsker å sammenlikne. Bakgrunnen for prosjektet er bl.a. det paradigmeskifte som til dels har funnet sted, og at andre land fortsatt ikke er kommet i gang med tanke på overgang fra institusjonsomsorg til et mest mulig selvstendig liv på egne premisser. Disse endringene bør lede til forandringer i utdanningene, noe som forhåpentligvis vil fremkomme gjennom dette prosjektet.

Det er planlagt at prosjektet skal ha to fulltidsansatte samt at det skal gis veiledning fra Kassel Universitet. Alle høgskolene som utdanner vernepleiere i Norge har fått tilbud om å delta i dette prosjektet.

Godkjenning av kvalifikasjoner

Innføringen av rammeverkstenkningen er en del av Bolognaprosessen i kombinasjon med Lisboa-konvensjonen. Som en forberedelse til Bologna-møtet i Bergen mai 2005, er det avholdt 14 seminarer i Europa. Sentrale

temaer for seminarene har vært innføring av kvalifikasjonsrammeverk (Adam 2004), et system med tre sykluser for å beskrive nivåene innenfor høyere utdanning, dessuten beskrivelse av læringsutbytte som et verktøy for godkjenning av kvalifikasjoner (Rauhvargers 2005). Dette leder videre til at fag- og studieplaner i framtida bør beskrives i form av læringsutbytte i stedet for den relativt store vektleggingen på fagbeskrivelser. Hensikten med dette er naturligvis å sørge for at fag- og studieplaner gir grundig nok informasjon til at relevante instanser kan gjøre en vurdering av en kandidats yrkeskvalifikasjoner ved f.eks. søknad om autorisasjon som vernepleier eller arbeid i et annet land. Det er bl.a. foreslått å knytte studiepoeng til læringsutbytte og ikke til fag. Dette vil gjøre det enklere både for innreisende og utreisende vernepleiere å få anerkjent sine yrkeskvalifikasjoner.

Avslutning

I denne artikkelen har jeg forsøkt å sette norsk vernepleierutdanning inn i et internasjonalt perspektiv. Vi har et lovgrunnlag som pålegger utdanningsinstitusjonene å sørge for at internasjonaliseringen omfatter vernepleierutdanningen på samme måte som all annen utdanning. Det er påvist at flere andre land har tilsvarende utdanninger. Ettersom tjenestene til utdanningenes målgrupper er i kontinuerlig endring, kan det være store gevinster for alle å samarbeide internasjonalt. Et annet aspekt som også er en viktig faktor er at fagmiljøene er små, og har behov for et større forum å utvikle seg i.

Vernepleierutdanningen er en særdeles flerfaglig oppbygd utdanning og har på denne måten et fortrinn i å møte nye utfordringer. Flere forhold tyder på at det er en økt etterspørsel etter tverrfaglige løsninger, noe den flerfaglige oppbyggingen gir et godt grunnlag for. For norske tjenesteytere er det dessuten en fordel at vernepleierutdanningen også har en akademisk komponent, og at utdanningen i likhet med flere andre land er en generalistutdanning. Dette kan medføre større grad av faglig utvikling både for individet og samfunnet.

Litteratur

Adam, Stephen (2004):

USING LEARNING OUTCOMES. A consideration of the nature, role, application and implications for European education of employing 'learning outcomes' at the local, national and international levels. University of Westminster.

<http://www.bologna-edinburgh2004.org.uk/documents/LEARNING%20OUTCOMES%20FINAL%20VERSION%2020.06.041.doc> 12.06.2005

Association of African Universities (2004):

The Implications of WTO/GATS for Higher Education in Africa. Proceedings of Accra Workshop on GATS 27th – 29th April 2004. Accra, Ghana

<http://www.aau.org/wto-gats/papers/gatsproceedings.pdf> 12.06.2005

Council of Europe (1997):

Convention on the recognition of qualifications concerning higher education in the european region. Lisbon 11.4. 1997. European Treaty Series – No. 165
http://www.bologna-bergen2005.no/Docs/02-CoE/970411Lisbon_con_165.pdf
29.07.2005

EU (1988):

Rådsdirektiv av 21. desember 1988 om en generell ordning for godkjenning av diplomer for høyere yrkeskompetansegivende utdanning av minst tre års varighet (89/48/EØF)
<http://decentius.hit.uib.no/udbase/documents?file=389L0048> 29.07.2005

EU (1992):

Rådsdirektiv 92/51/EØF av 18. juni 1992 om annen generell ordning for godkjenning av yrkeskompetansegivende utdanning som supplement til direktiv 89/48/EØF
<http://decentius.hit.uib.no/udbase/documents?file=392L0051> 29.07.2005

EU (1994):

Kommisjonsdirektiv 94/38/EF av 26. juli 1994 om endring av vedlegg C og D til rådsdirektiv 92/51/EØF om annen generell ordning for godkjenning av yrkeskompetansegivende utdanning som supplement til direktiv 89/48/EØF
<http://decentius.hit.uib.no/udbase/documents?file=394L0038> 29.07.2005

EU (2002):

Konsolideret udgave af traktaten om oprettelse af det europæiske fællesskab De Europæiske Fællesskabers Tidende. 24.12.2002. DA. C 325/33.
http://europa.eu.int/eur-lex/lex/da/treaties/dat/12002E/pdf/12002E_DA.pdf
29.07.2005

HOD (2004):

Forskrift om tilleggskrav for autorisasjon for helsepersonell. Oslo: 2004.
<http://www.lovddata.no/cgi-wift/ldles?doc=/sf/sf/sf-20040224-0460.html> 01.08.2005

Knight, J. (2003):

Updated internationalization definition. *International Higher Education*, 33, 2-3. I: Knight *Internationalization Remodeled: Definition, Approaches, and Rationales*. 8 (1): 5. (2004)

Knight, J., & deWit, H. (Eds.). (1997):

Internationalization of higher education in Asia Pacific countries. Amsterdam: European Association for International Education.

NOKUT (2003):

Forskrift om kriterier for akkreditering av institusjoner og standarder og kriterier for akkreditering av studietilbud i norsk høgre utdanning
http://www.nokut.no/graphics/NOKUT/Artikkelbibliotek/Norsk_utdanning/ForskrifterKriterier_mm/NOKUTs_forskrift_vedlegg_2.pdf 12.06.2005

Rauhvargers, Andrejs (2005):

Recognition, learning outcomes and qualifications frameworks
Presentasjon på konferanse om nasjonalt rammeverk og læringsutbytte, Universitets- og høyskolerådet, mars 2005, Bergen.
<http://www.uhr.no/utvalg/utdanning/konf/Rauhvargers-filer/frame.htm> 29.07.2005

Sekretariat der Ständigen Konferenz der Kultusminister der Länder in der Bundesrepublik Deutschland (2002):

Rahmenvereinbarung über Fachschulen (Beschluss der Kultusministerkonferenz vom 07.11.2002)
<http://www.kmk.org/doc/beschl/rvfachschul.pdf> 21.11.2005

Torp, T.R. (2004):

Undergraduate study programmes qualifying staff involved in professional care for people with intellectual disabilities. Presented at the 12th World Congress of International Association for the Scientific Study of Intellectual Disability June 2004 Montpellier, France

UFD (2005):

Lov om universiteter og høyskoler. 2005-04-01-15
<http://www.lovdatab.no/all/hl-20050401-015.html> 12.06.05

UFD (2004):

Ot.prp.nr. 79 (2003-2004):
Om lov om universiteter og høyskoler
<http://odin.dep.no/filarkiv/212508/OTPO304079-TS.pdf> 12.06.05 12.06.2005

UFD (1999):

Undervisnings- og forskningsdepartementet. Rammepplan og Forskrift. Vernepleierutdanning. 28-1-1999.
<http://www.odin.dep.no/filarkiv/175018/Vernepleierutdanning.pdf> 13.05.2004

Bidragstere

Anne Austveg er sosionom, og har videreutdanning i ledelse, veiledning og psykologi. Tjenesteleder i Bærum Kommune, Pleie og omsorg. Prosjektleder heltid to år; Prosjekt Endret beboersammensetning omhandler alle boliger øremerket utviklingshemmede i Bærum.

177

Anne Bakke er vernepleier og student ved masterstudiet – Læring i komplekse systemer, var studieleder for grunnutdanningen av vernepleiere 83-93 og fra 03 seniorrådgiver ved Høgskolen i Akershus. Hun har brukerrettet erfaring fra tjenesteyting til mennesker med utviklingshemming og opplæring av barn med autisme. I perioden 93-97 arbeidet hun i Sosial- og helsedepartementet med kompetansespørsmål i forbindelse ansvarsreformen, og var tillitsvalgt på heltid fra 97-02 som yrkesforbundsleder av Norsk vernepleierforbund, senere seksjonsleder for vernepleierne i Fellesorganisasjonen for barnevernpedagoger, sosionomer og vernepleiere (FO).

Inger-Lise Bastø og Vibeke Snarset er begge ansatt på Spesialsykehuset for epilepsi.

Leif Bollingmo er høgskolelektor og utdannet vernepleier med hovedfag i helsefag fra UIB. Har i alle år vært opptatt av faglig og etisk forsvarlighet i vernepleiefaglig yrkesutøvelse, og spesielt i møte med utfordrende atferd. Medredaktør og medforfatter av bøkene Det er mitt liv. Brukermedvirkning og nye roller i habilitering og rehabilitering (Universitetsforlaget 2004), og Selvbestemmelse for tjenesteytere (Gyldendal Akademisk 2005)

Dag Dæhlen er cand.sociol. og høgskolelektor på Avdeling for vernepleierutdanning, Høgskolen i Akershus.

Jon Ekeland er høgskolelektor ved program for vernepleierutdanning ved Høgskolen i Sør-Trøndelag. I perioden 1979-1996 var han rektor ved Vernepleierskolen i Sør-Trøndelag og deretter ved Trondheim Helsefaghøgskole. Han har også vært leder av departementets faglige råd for vernepleierutdanning

Turid Hansen er vernepleier med arbeidserfaring fra institusjon og fylkesteam i HVPU, og har vært ansatt ved vernepleierutdanningen ved Høgskolen i Harstad siden 1988. Hun har hovedfag i helsefag fra Universitet i Tromsø. Medforfatter i boka; Det er mitt liv. Brukermedvirkning og nye roller i habilitering og rehabilitering (Universitetsforlaget 2004). I samarbeid med Line Sagen (Høgskolen i Harstad) arbeider hun i dag med et prosjekt om brukermedvirkning hos mennesker med alvorlig utviklingshemming.

178

Bjørn Horndalen er vernepleier og høgskolelektor, var prorektor ved Høgskolen i Akershus 1994 – 2000, og er nå tilknyttet høgskolens hovedadministrasjon som rådgiver. Han har arbeidet ved Vernepleierskolen på Emma Hjorths Hjem i ulike stillinger og 10 år som rektor, hatt styreverv i Norsk Vernepleierforbund (NVF) 1966-80, ledet NVF's yrkesetiske råd 1990-98 og er medlem i FO's felles yrkesetiske råd. Bidratt i utarbeidelsen av NVF's yrkesetiske retningslinjer 1993, yrkesetisk studiehefte 1998 og FO's yrkesetiske grunnlagsdokument 2002. Skrevet boka Ideologi fag og virkelighet vernepleierutdanningen gjennom 50 år (2001) samt diverse artikler om verdi- og yrkesetiske temaer i tidsskriftene *Vernepleieren* og *EMBLA*.

Siv Karin Kjølmoen er vernepleier med videreutdanning i målretta miljøarbeid samt administrasjon og ledelse. Hun er 1. nestleder i Fellesorganisasjonen for barnevernpedagoger, sosionomer og vernepleiere (FO), har arbeidet som ass. avd.leder på Hallsetheimen, leder i bofellesskap, prosjektleder for utflytting av sterkt utagerende beboere fra Halsetheimen, ass.styrer og styrer ved en utredningssinstitusjon for ungdom, avd.leder ved langtidsinstitusjon for ungdom, i delt stilling som fylkesleder i Sør-Trøndelag og hovedtillitsvalgt i fylkeskommunen.

Margunn S. Lund er utdannet sykepleier, med erfaring fra sykehus og hjemmesykepleie. I perioden 1980-2003 var hun høgskolelærer ved Vernepleierskolen i Sør-Trøndelag, senere Trondheim Helsefaghøgskole og Høgskolen i Sør-Trøndelag, med ansvar for medisinske og pleiefaglige emner ved.

Willy-Tore Mørch er magister i psykologi fra 1978, har psykologilens, doktor i psykologi fra 1990 og psykologspesialist fra 1992. Mørch har arbeidet med autistiske barn og voksne og personer med utviklingshemming fram til 1994, fra 1997 full professor ved Det medisinske fakultet ved Universitetet i Tromsø, hvor han har arbeidet med barn med atferdsforstyrrelser. Mørch leder i dag den nasjonale implementeringen av Carolyn Webster-Strattons behandlingsprogram for små barn med atferdsvaner «De utrolige årene».

Kari Anne Pedersen er vernepleier ved Ungdomspsykiatrisk avdeling, Universitetssykehuset Nord Norge. Utdannet vernepleier ved Høgskolen i Akershus og mastergrad i Folkehelsevitenskap fra Universitetet i Tromsø 2002 (som gir tittelen MPH, master of public health). Styremedlem i styret for Elisabethsenteret as i Tromsø.

Per Harald Pettersen er utdannet vernepleier i 1983, og jurist i 2001. Han har yrkeserfaring fra HVPU, kommunal virksomhet og undervisning, og har hatt en rekke tillitsverv i NVF og FO. Han har skrevet juridisk særavhandling om hjelpvergeordningen. Har arbeidet som jurist i Statens Helsepersonellnemnd og arbeider nå som rådgiver hos Fylkesmannen i Nordland, helseavdelingen (Helsetilsynet i Nordland).

Vibeke Snarset, utdannet sykepleier fra Hedmark sykepleier høyskole. Arbeider fra 1991 på spesialsykehuset for epilepsi på avdelingen for unge- og voksne med utviklingshemming. Er prosjektkoordinator i autismeknutepunktet på avdelingen.

Anine Terland er vernepleier og can.san med hovedfag i helsefag fra Universitetet i Oslo, samt Nordisk mellomfag. Har blant annet arbeidet mange år i Oslo kommune, blant annet med oppgaver i forbindelse med HVPU reformen, som miljøterapeut og flere år som leder i hjemmebaserte tjenester. Sitter som medlem i Yrkesetisk råd i FO. Er nå ansatt som rådgiver i Statens helsetilsyn.

Nina Tollefsen er utdannet psykolog fra Universitetet i Oslo, og jobber nå som høgskolelektor ved Høgskolen i Akershus. Hun har jobbet med vernepleierutdanning siden 1982 og fungerte som rektor for Oslo- og Akershus vernepleierhøgskole og senere som dekan ved Avdeling for vernepleierutdanning ved Høgskolen i Akershus. Fra 1997 til 2003 var hun rektor ved samme høgskole.

Tor Rynning Torp er utdanning sykepleier fra Statens Sykepleieskole i 1981. Han har yrkeserfaring fra HVPU, fysisk funksjonshemmede og har arbeidet 20 år i vernepleierutdanning, både som lærer og som dekan. Han har flere videreutdanninger, og er for tiden mastergradsstudent ved Universitetet i Dundee i Skotland. Tema for mastergradsoppgaven er samfunnets forventninger til vernepleieres kompetanse. Hans nåværende stilling er som rådgiver i Universitets- og høgskolerådet.