



Bacheloroppgave

VPL05 Vernepleie

**Mennesker med utviklingshemning sin
selvbestemmelse i hverdagen - sårbarhet, makt og
system**

**Persons with intellectual disability self-determination
in everyday life - vulnerability, power and system**

Knutsen, Kristin Hoel

Totalt antall sider inkludert forside: 49

Molde, 19.05.2016



Høgskolen i Molde
Vitenskapelig høgskole i logistikk

Obligatorisk egenerklæring/gruppeerklæring

Den enkelte student er selv ansvarlig for å sette seg inn i hva som er lovlige hjelpemidler, retningslinjer for bruk av disse og regler om kildebruk. Erklæringen skal bevisstgjøre studentene på deres ansvar og hvilke konsekvenser fusk kan medføre. Manglende erklæring fritar ikke studentene fra sitt ansvar.

Du/dere fyller ut erklæringen ved å klikke i ruten til høyre for den enkelte del 1-6:		
1.	Jeg/vi erklærer herved at min/vår besvarelse er mitt/vårt eget arbeid, og at jeg/vi ikke har brukt andre kilder eller har mottatt annen hjelp enn det som er nevnt i besvarelsen.	<input checked="" type="checkbox"/>
2.	Jeg/vi erklærer videre at denne besvarelsen: <ul style="list-style-type: none">• ikke har vært brukt til annen eksamen ved annen avdeling/universitet/høgskole innenlands eller utenlands.• ikke refererer til andres arbeid uten at det er oppgitt.• ikke refererer til eget tidligere arbeid uten at det er oppgitt.• har alle referansene oppgitt i litteraturlisten.• ikke er en kopi, duplikat eller avskrift av andres arbeid eller besvarelse.	<input checked="" type="checkbox"/>
3.	Jeg/vi er kjent med at brudd på ovennevnte er å <u>betrakte som fusk</u> og kan medføre annullering av eksamen og utestengelse fra universiteter og høgskoler i Norge, jf. Universitets- og høgskoleloven §§4-7 og 4-8 og Forskrift om eksamen §§14 og 15.	<input checked="" type="checkbox"/>
4.	Jeg/vi er kjent med at alle innleverte oppgaver kan bli plagiatkontrollert i Ephorus, se Retningslinjer for elektronisk innlevering og publisering av studiepoenggivende studentoppgaver	<input checked="" type="checkbox"/>
5.	Jeg/vi er kjent med at høgskolen vil behandle alle saker hvor det forligger mistanke om fusk etter høgskolens retningslinjer for behandling av saker om fusk	<input checked="" type="checkbox"/>
6.	Jeg/vi har satt oss inn i regler og retningslinjer i bruk av kilder og referanser på biblioteket sine nettsider	<input checked="" type="checkbox"/>

Publiseringsavtale

Studiepoeng: 15

Veileder: Hege Bakken

Fullmakt til elektronisk publisering av oppgaven

Forfatter(ne) har opphavsrett til oppgaven. Det betyr blant annet enerett til å gjøre verket tilgjengelig for allmennheten (Åndsverkloven, §2).

Alle oppgaver som fyller kriteriene vil bli registrert og publisert i Brage HiM med forfatter(ne)s godkjenning.

Oppgaver som er unntatt offentlighet eller båndlagt vil ikke bli publisert.

Jeg/vi gir herved Høgskolen i Molde en vederlagsfri rett til å gjøre oppgaven tilgjengelig for elektronisk publisering:

ja nei

Er oppgaven båndlagt (konfidensiell)?

ja nei

(Båndleggingsavtale må fylles ut)

- Hvis ja:

Kan oppgaven publiseres når båndleggingsperioden er over?

ja nei

Er oppgaven unntatt offentlighet?

ja nei

(inneholder taushetsbelagt informasjon. Jfr. Offl. §13/Fvl. §13)

Dato: 19.05.2016

Antall ord: 11998

Forord

«Handle slik at du alltid bruker menneskeheten både i egen og i enhver annen person samtidig som et formål og aldri bare som et middel».

Immanuel Kant

Sammendrag

Tittel: Mennesker med utviklingshemning sin selvbestemmelse i hverdagen – sårbarhet, makt og system.

Problemstilling: Hvordan påvirkes hverdagen til mennesker med utviklingshemning av tjenestesystemet og tjenesteyters syn på selvbestemmelse?

Det er mange ulike faktorer som påvirker graden av selvbestemmelse mennesker med utviklingshemning har i hverdagen. I denne oppgaven har jeg hatt fokus på tjenesteyter sin rolle som kan fremme eller hemme selvbestemmelsen i hverdagen. Samtidig er vi som tjenesteytere en del av et system, som danner den organisatoriske rammen rundt det hele. Jeg har valgt meg ut to undersøkelser som viser at flere mennesker med utviklingshemning har manglende selvbestemmelse i hverdagen. Det er ulike årsaker til dette, men det som vises er at organisatoriske begrunnelser er nesten doblet fra 2001 til 2010.

1.0	Innledning	1
1.1	Presentasjon av tema	1
1.2	Bakgrunn for valg av tema.....	1
1.3	Hvorfor er temaet relevant	1
1.4	Oppgavens disposisjon	2
2.0	Problemstilling	3
2.1	Begrunnelse for avgrensning av problemstillingen.....	3
2.2	Definisjoner av begreper i problemstillingen	3
2.2.1	Selvbestemmelse	3
2.2.2	Personer med Utviklingshemming	4
2.2.3	Tjenesteytere	4
2.2.4	Tjenestesystem	4
3.0	Metode.....	6
3.1	Valg av metode	6
3.2	Kildekritikk	6
3.3	Min for forståelse	8
3.4	Vitenskapsteoretisk retning.....	8
4.0	Teori	9
4.1	Historie	9
4.2	Personer med utviklingshemming	10
4.2.1	Grad av utviklingshemning, grad av selvbestemmelse?.....	10
4.2.2	Kjennetegn ved utviklingshemming.....	11
4.3	Selvbestemmelse	11
4.3.1	Brukermedvirkning	12
4.3.2	Empowerment	12
4.3.3	Rettigheter og lover	12
4.3.4	Selvbestemmelse i hverdagen	15
4.4	Maktforhold	18
4.5	Person og system.....	22
4.6	Kommunikasjon, relasjon og samhandling.....	24
4.6.1	Kommunikasjon	24
4.6.2	Relasjon og samhandling.....	25
4.7	Gap- eller misforholdsmodell	26
5.0	Drøfting	27
5.1	Selvbestemmelse i hverdagen.	27
5.1.1	Sårbarhet, avhengighet og makt.....	27
5.1.2	Samspillet mellom individet og omgivelsene	32
5.2	Makt og avmakt, formynderi eller unnfalleshet	33
5.2.1	Maktens markører	33
6.0	Avslutning	38
	Litteraturliste.....	39

1.0 Innledning

1.1 Presentasjon av tema

Oppgaven omhandler temaet selvbestemmelse for tjenestemottaker i hverdagen – sårbarhet makt og system. Jeg ønsker å se nærmere på hvordan mennesker med utviklingshemning sin grad av selvbestemmelse i hverdagen blir påvirket av ulike faktorer. I oppgaven bruker jeg begrepet tjenestemottaker om personer med utviklingshemning som er mottakere av hjelp, og begrepet tjenesteyter om ansatte i velferdsstaten.

1.2 Bakgrunn for valg av tema

Bakgrunn for valg av oppgavetema er at jeg ønsker å se nærmere på hvordan vi som tjenesteytere kan påvirke tjenestemottakere sin grad av selvbestemmelse i hverdagen. Hva vi som tjenesteytere kan gjøre for å legge til rette for selvbestemmelse, og hvordan vi påvirker de valg som tas. Jeg har alltid vært opptatt av såkalt *hverdagsmakt*, og undret meg over hvordan tjenesteytere kan ta på seg en «oppdragerrolle». Dette med tanke på tjenestemottakere som er prisgitt andre for å kunne utføre sine hverdagslige gjøremål. Samtidig er de også avhengig av et tjenestesystem som består av rammer som også kan være med på å begrense muligheter for selvbestemmelse. Jeg har gjennom yrkesliv og praksis sett episoder som er positive der tjenesteyter er bevisst sine handlinger og viser respekt for valg som skal tas, men også en praksis der hverdagssituasjoner kan oppleves krenkende og nedverdiggende for tjenestemottaker. Dette er et tema som engasjerer meg og formålet med denne oppgaven er å belyse hvilken makt vi som tjenesteytere har, og hvordan være oppmerksom og bruke den på riktig måte. Christensen og Nilssen (2006) skriver at «makt er et kjernefenomen i bofellesskapets omsorgspraksis, de institusjonelle rammene for denne praksis og dens utallige varianter hos tjenesteyteren» (Christensen og Nilssen 2006:14-15). Jeg ønsker gjennom denne oppgaven å finne teori og erfaringer som belyser dette temaet.

1.3 Hvorfor er temaet relevant

Temaet for oppgaven er et sentralt vernepleiefaglig tema. Selvbestemmelse og bevisstgjøring av yrkesutøvelse står sentralt i en samlet profesjonell kompetanse. Som vernepleier vil jeg kunne bistå mennesker med ulike behov og utfordringer, og alle

tjenestemottakere er i en sårbar rolle. I rammeplanen for vernepleierutdanningen står det at «mennesker med psykisk utviklingshemming vil fortsatt være en sentral målgruppe for vernepleiefaglig arbeid» (Utdanning- og forskningsdepartementet 2005:4).

«Respekt for brukernes kunnskap og personlige valg er sentralt. Utdanningen søker å legge til rette for at studentene skal utvikle et bevisst forhold til at det å gi omsorg kan være en balansegang mellom hjelp og makt» (Fagplan 2012:7).

1.4 Oppgavens disposisjon

Oppgaven består av seks hoveddeler:

Presentasjonen av oppgaven starter med innledning, her presenteres tema og bakgrunn for valg av tema. Videre presenteres problemstilling, avgrensning og definisjoner av begreper. Metodedelen inneholder valg av metode, kildekritikk og min forforståelse av temaet. I teorikapittelet presenterer jeg teorier, modeller og begreper som er relevante for problemstillingen. I drøftingsdelen diskuterer jeg ulike funn fra undersøkelser som er presentert i teoridelen opp imot ulike modeller og teorier. Tilslutt presenteres avslutning og konklusjon.

2.0 Problemstilling

Med selvbestemmelse som tema har jeg valgt følgende problemstilling;

Hvordan påvirkes hverdagen til mennesker med utviklingshemning av tjenestesystemet og tjenesteyters syn på selvbestemmelse?

2.1 Begrunnelse for avgrensning av problemstillingen

For å kunne avgrense temaet for problemstillingen, har jeg valgt å skrive om mennesker med utviklingshemning. Dette er en sårbar gruppe når det gjelder temaet jeg har valgt å skrive om. De er sårbare fordi de er avhengig av omsorgspersoner i det daglige og ofte avhengig av at andre taler deres sak. Dette kan føre til at selvbestemmelsen ikke alltid blir ivarettatt og ikke alltid får mulighet til å være aktør i eget liv. Jeg har fokusert på hverdagsmakt og hvordan tjenesteyter ser på selvbestemmelse, og hvordan dette påvirker selvbestemmelsesretten.

2.2 Definisjoner av begreper i problemstillingen

Problemstillingen inneholder fire begreper som jeg definerer. Begrepet *Selvbestemmelse*, *Utviklingshemning*, eller betegnelsen *personer med utviklingshemning*, *tjenesteyter* og *tjenestesystem*.

2.2.1 Selvbestemmelse

Lunde (2009) viser til Wehmeyer`s (1996) definisjon «Selvbestemmelse kan defineres som å være den som handler på vegne av seg selv og sitt liv, som foretar valg og avgjørelser som har med ens livskvalitet å gjøre, fri fra overdreven ytre påvirkning eller innblanding» (Lunde2009:22). Bjørnrå (2008) sier at Wehmeyer`s definisjon poengterer fravær av innblanding fra andre. Det at en person, for å være selvbestemt, gjør sine valg og tar sine avgjørelser uten ytre innblanding eller påvirkning. Videre skriver forfatteren en enkeltpersons valg og avgjørelser sjelden blir tatt uten noen former for ytre påvirkning, mens valg og avgjørelser som tas ut ifra press utenfra ikke er selvbestemte (Bjørnrå 2008:117f).

2.2.2 Personer med Utviklingshemming

Kittelsaa, Ytterhus, Kermit (2015) skriver at betegnelsen personer med utviklingshemming og utviklingshemmede er begreper som er i tråd med FNs konvensjon om funksjonshemmede personers rettigheter. Dette er en konvensjon som også Norge har ratifisert. Frem til 1990-tallet brukte vi begrepet psykisk utviklingshemming, som fremdeles er den diagnostiske termen. Norsk forbund for utviklingshemmede vedtok på landsmøte i 1997 å bruke begrepet utviklingshemming (Kittelsaa m.fl. 2015:14).

Tilstand av forsinket eller mangelfull utvikling av evner og funksjonsnivå, som spesielt er kjennetegnet ved hemming av ferdigheter som manifesterer seg i utviklingsperioden, ferdigheter som bidrar til det generelle intelligensnivået, f.eks. kognitive, språklige, motoriske og sosiale. Utviklingshemming kan forekomme med eller uten andre psykiske og somatiske lidelser.

Graden av psykisk utviklingshemming blir vanligvis vurdert ut fra standardiserte intelligensprøver. Disse kan suppleres med skalaer som måler sosial tilpasning i et gitt miljø. Målene gir en tilnærmet indikasjon på graden av psykisk utviklingshemming (ICD-10).

2.2.3 Tjenesteytere

Skau (2015) bruker begrepet «hjelper» når hun viser til mennesker som utfører ulike former for støttende, veiledende, rådgivende, tilretteleggende, pleiende eller livreddende handlinger ovenfor andre. Skau (2015) skriver at når dette skjer i form av lønnet arbeid og på grunnlag av en viss formell kompetanse, har vi med profesjonelle hjelpere å gjøre. Definerte trekk ved den profesjonelle rollen er at de hjelpende handlingene skjer i form av lønnet arbeid, bygger på profesjonsspesifikk kunnskap og er regulert av offentlig ramme og lovverk (Skau 2015:41f).

2.2.4 Tjenestesystem

Skau (2015) forklarer at systemnivået innbefatter hjelpeapparatet som en helhet. Dette er lovverk, normer og regler, verdier, maktmidler, økonomiske ressurser, roller, formalkompetanse, rammebetingelser og strategier (Skau 2015:82). Haug og Paulsen (2007) sier at i organisering av tjenestetilbud er det både politiske målsettinger,

administrative rutiner, juridiske rammer, faglig forsvarlighet og krav til kvalitet (Haug og Paulsen (2007:36)).

3.0 Metode

3.1 Valg av metode

Jeg har valgt å bruke litteraturstudie som er en kvalitativ metode i denne oppgaven. Aadland (2004) beskriver kvalitative metoder som å karakterisere. Ordet kvalitativt henviser til kvalitetene, dette vil si karaktertrekkene eller egenskapene ved fenomenene. Forfatteren sier at kvaliteter bare kan tolkes som om; noe er vakkert, omsorgsfullt, godt eller konfliktfyllt, ikke som objektive harde fakta (Aadland 2004:209). Noen kjennetegn ved kvalitativ orientert metode beskriver Dalland (2007) som; *Følsomhet*- få frem best mulig gjengivelse av den kvalitative variasjonen. *Dybde*- gå i dybden. *Det særegne*- få frem det spesielle, eventuelt avvik. *Helhet*- data som samles inn tar sikte på å få frem sammenhenger og helheten. *Forståelse*- fremstillingen tar sikte på å formidle forståelse. *Deltager*- Forskeren erkjenner påvirkning og delaktighet og ser fenomenet innenfra (Dalland 2007:86).

Med tanke på tidsramme og hva som er realistisk i forhold til å gjennomføre prosjektet ser jeg at andre metoder, eksempelvis intervju ville ha blitt for omfattende. Jeg har samlet litteratur om selvbestemmelse og utviklingshemning, og valgt meg ut data som jeg har tolket for å tilnærme meg min problemstilling. Med data mener jeg pensumlitteratur, selvvalgt litteratur, samt undersøkelser som omfatter selvbestemmelse.

3.2 Kildekritikk

Jeg har gjort litteratursøk i Oria, som er bibliotekets søkemotor for å finne bøker, artikler og tidsskrifter. I Oria har jeg brukt søkeord som selvbestemmelse, utviklingshemning, tjenesteyter og makt. Jeg fant noe av litteraturen her. Nasjonalt kompetansemiljø om utviklingshemning (Naku) og stiftelsen SOR (Samordningsrådet) har vært nyttig for meg. Her har jeg funnet artikler og rapporter som jeg har lest og fått inspirasjon til arbeidet med oppgaven. Ved å søke på selvbestemmelse i kunnskapsbanken hos Naku fikk jeg opp bøker av Karl Elling Ellingsen. Litteratur fra pensum og ved å lese referanselisten i bøker og artikler har også bidratt til et rikt utvalg av litteratur om emnet.

Mitt tema har i ulike studentoppgaver og forelesninger vært gjennomgående i ulike deler av vernepleierstudiet. Jeg har derfor valgt å benytte pensumlitteratur på ulike områder, dette er faglitteratur som jeg er godt kjent med og som er av nyere dato. Av selvvalgt litteratur har jeg som hovedteori valgt bøker som er skrevet av Karl Elling Ellingsen. Ellingsen er professor i funksjonshemming og deltagelse, og har doktorgrad i helsevitenskap og sosial omsorg. Han er utdannet vernepleier og er professor ved Høgskolen i Sør-Trøndelag, hvor han er daglig leder av Nasjonalt kompetansemiljø om utviklingshemming (NAKU) (Ellingsen 2014:200). Jeg har også brukt et studium som er utført av Kim Berge og Karl Elling Ellingsen. Bøkene som Ellingsen er redaktør for er oppbygd med ulike forfattere som har høy faglig kompetanse. Hovedteorien består også av en bok som heter «Omsorg for de annerledes svake» (2006) av Karen Christensen og Even Nilssen. Denne boken har gitt meg videre forståelse på forholdet mellom tjenestemottaker og tjenesteyter «Bokens hovedproblematikk handler om forholdet mellom personalets makt og beboernes rett til selvbestemmelse» (Christensen og Nilssen 2006:15). Greta Marie Skau «Mellom makt og hjelp». Litteraturen jeg har valgt er av nyere dato. Den eldste boken er fra 2005 av Ellingsen, jeg valgte å bruke den selv om den ikke er av nyere dato, fordi den fremdeles er relevant og aktuell for mitt tema. Jeg har i hovedsak benyttet meg av primærkilder i litteraturen, men i noen tilfeller har jeg benyttet sekundærkilden. Dalland (2007) forklarer at dette vil si å oppsøke den opprinnelige kilden, som er primærkilden til teksten. For å sikre seg mot unøyaktigheter og feiltolkninger, bør man benytte seg av primærkilder så langt som det er mulig (Dalland 2007:284).

Validiteten på litteraturen jeg har brukt er høy, med det mener jeg at litteraturen omhandler samme tema som jeg skriver om. Undersøkelsene og bøkene er av nyere dato. I oppgaven har jeg vist til oppdaterte lovverk og rettigheter.

Validitet (gyldighet) «Når data i en undersøkelse sier noe viktig og treffsikkert om problemstillingen for undersøkelsen, har den høy grad av gyldighet (validitet)» (Aadland 2004:280). Reliabiliteten er at jeg har vært nøye på å bruke primærkilder. Reliabilitet (pålitelighet) «Når data i en undersøkelse er til å stole på og ikke er preget av tilfeldighet, har den høy grad av pålitelighet (reliabilitet) (Aadland 2004:281).

Det som kan være mine feilkilder i oppgaven er min forforståelse om temaet, dette kan føre at jeg bruker litteratur som underbygger min forforståelse. Kanskje jeg ubevisst mine handlinger har unngått å ta med litteratur som muligens hadde vært med på å problematisere min forforståelse om temaet. For å rettfærdiggjøre dette så er ikke

undersøkelsene valgt ut på grunnlag av egen forforståelse, men av interesse av å se på resultater fra begge sider. Altså tjenesteytere og tjenestemottakere.

3.3 Min forforståelse

Min forforståelse er at tjenestemottaker er prisgitt tjenesteyters kunnskap om selvbestemmelsesrett, og tjenesteyter bruker denne kunnskapen på etisk riktig måte. Jeg har en forforståelse av at i dette temaet er det mange gråsoner, der tjenesteyter kan komme til skade for å krenke sine brukere. Det trenger ikke å være bevisst fra tjenesteyters side, men faktorer som dagsform, forglemmelser, også gode intensjoner kan slå feil ut. Jeg tenker derfor at det er viktig med en god relasjon, ekte tilstedeværelse i samhandlingen hos tjenestemottakerne for å kunne imøtekomme deres ønsker og behov. Min forforståelse er bygget på erfaringer jeg har med meg fra ulike tjenesteområder. Opplevelser fra praksis og eget tjenestested, der jeg har vært tilskuer til ulike episoder som jeg tenker har kunnet hatt et annet utfall om tjenesteyter var mer bevisst sine handlinger og hatt litt mer forståelse for små detaljer som kunne gitt stor betydning for den det gjaldt. Bjørnrå (2008) skriver «Det som synes avgjørende for tjenestemottakers grad av selvbestemmelse, er om og hvordan tjenesteyteren oppfatter hvem tjenestemottaker er og hva han uttrykker, men også hvordan de oppfatter seg selv og sin rolle i relasjonen» (Bjørnrå 2008:132). Ordene som her er sitert fra Bjørnrå beskriver godt min forforståelse om temaet. Røkenes og Hanssen (2012) sier at vår forforståelse er alle typer ideer vi tar med oss på forhånd, som virker bestemmende på opplevelsen og fortolkningen av det den andre forteller. Forfatterne skriver at forforståelsen består blant annet av menneskesyn, etiske grunnsyn, verdier og normer (Røkenes og Hanssen 2012:58,154f).

3.4 Vitenskapsteoretisk retning

Et kunnskapssyn som ligger innenfor den kvalitative metoden er hermeneutikken. Jeg har valgt å fortolke litteraturen i lys av den hermeneutiske sirkel. Oppgaven er skrevet på grunnlag av ulike deler som består av litteratur, egne og andres erfaringer og min egen forforståelse. De delene utgjør til sammen en helhet i søken etter å få svar på min problemstilling. Aadland (2004) forklarer den hermeneutiske sirkel som en prosess der en veksler gjennom å se helheten og studere enkelte deler (Aadland 2004:190). Garsjø (2001) sier at «hermeneutikk er en vitenskapelig teori som baserer seg på tolking og forståelse» (Garsjø 2001:137).

4.0 Teori

4.1 Historie

Etter andre verdenskrig var den norske velferdsstaten sterkt i vekst. Det offentlige Norge skulle reise landet, og en av oppgavene var å avlaste familier ved å ta over omsorgen for mennesker med utviklingshemming. Vi fikk en hurtig voksende særomsorg gjennom store sentralinstitusjoner på 1950- og 1960- tallet. Dette var det Goffman (1967) kalte totale institusjoner, noe som betydde at personer med utviklingshemming levde der hele sitt liv og alle deres hverdagslige gjøremål var organisert innenfor rammen av institusjonen. Fra midten av 1960-tallet begynte kritikken mot de store sentralinstitusjonene å komme. I Danmark og Sverige introduserte juristene Bank–Mikkelsen og Nirje begrepet «normalisering». Dette på bakgrunn av at de mente at utviklingshemmedes levekår ikke var forenelig med ønsket levestandard. Følgene av dette ble at stortinget besluttet å nedbygge institusjonene. Fra 1. januar 1991 ble særomsorgen for utviklingshemmede avvirket i Norge. Reformen ble kalt HVPU-reformen eller ansvarsreformen som gikk ut på å overføre ansvaret for personer med utviklingshemming fra fylkeskommunal særomsorg til det kommunale tjenesteapparatet. Reformen skulle bringe personer med utviklingshemming ut av institusjonene og til et dagligliv slik de fleste folk lever. Tjenestene skulle gis ut ifra individuelle behov, og prinsipper om normalisering og integrering skulle være grunnlaget for utvikling av de nye tjenestene (Kittesaa, Ytterhus og Kermit 2015:11f).

En levekårsundersøkelse i 2001 og 2010 (Tøssebro & Lundeby,2002; Söderström & Tøssebro,2011) viste at de fleste med utviklingshemming bodde i bofellesskap, og at fellesareal i bofellesskapene ble det stadig flere av. Undersøkelsen viste også at bofellesskapene har blitt større, og at det var ulike grupper av personer med nedsatt funksjonsevne som kunne flytte inn i bofellesskapene (Kittesaa, Ytterhus og Kermit 2015:16f). Selvbestemmelse i levekårsundersøkelsene viste en økning på beslutninger i hverdagen. Økningen var sterkest fra 1989 til 1994, mens årene etter 2001 og frem til 2010 viste ett fall tilbake til nivået fra 1994 (Söderström og Tøssebro 2011:44). Begrepet reform hentyder til at reformen for utviklingshemmede var mer enn kun en forandring eller utvikling av tjenestene. Det handlet ikke bare om institusjonsavvikling og flytting til

kommunal omsorg, men en ideologisk endring i måten å tenke omsorg på. Dette innbar at idealer om normalisering, integrering og selvbestemmelse ble sentrale (Søderstrøm og Tøssebro 2011:1).

4.2 Personer med utviklingshemming

Som tidligere nevnt er personer med utviklingshemming eller utviklingshemmede er betegnelsen som blir brukt i tråd med FNs konvensjon om funksjonshemmede personers rettigheter. Betegnelsen psykisk utviklingshemming brukes fremdeles når det settes diagnoser. (Melgård 2000:11).

ICD- 10 uttaler fire undergrupper av psykisk utviklingshemning, plassert etter evnenivå. Det er også to kategorier som brukes når det ikke er mulig å fastsette evnenivå på grunn av utilstrekkelig informasjon eller hjelp av psykometriske tester (Grøsvik 2008:20).

4.2.1 Grad av utviklingshemning, grad av selvbestemmelse?

Jeg har valgt å presentere de ulike gradene av utviklingshemming i forhold til selvbestemmelse. Dette på bakgrunn av en undersøkelse. Undersøkelsens funn viste at grad og omfang av selvbestemmelse, stod i forhold til tjenestemottakers grad av utviklingshemning. Dette vil si at personer med lett grad av utviklingshemming hadde mer selvbestemmelse enn personer med moderat grad av utviklingshemming (Lunde 2009:23).

F70 Lett psykisk utviklingshemming

IQ anslagsvis mellom 50 og 69 (hos voksne, mental alder fra 9 til under 12 år), fører vanligvis til lærevansker i skolen. Mange voksne er i stand til å arbeide, ha gode sosiale forhold og gjøre en samfunnsnyttig innsats (ICD-10).

F71 Moderat psykisk utviklingshemming

IQ anslagsvis mellom 35 og 49 (hos voksne, mental alder fra 6 til under 9 år), fører vanligvis til markert utviklingshemming i barndommen, men de fleste kan læres opp til å utvikle noen grad av uavhengighet i det å sørge for seg selv, oppnå

adekvat kommunikasjon og noen skoleferdigheter. Voksne vil trenge varierende grad av støtte for å kunne leve og arbeide ute i samfunnet (ICD-10).

F72 Alvorlig psykisk utviklingshemming

«IQ anslagsvis mellom 20 og 34 (hos voksne, mental alder fra 3 til under 6 år), fører vanligvis til kontinuerlig omsorgsbehov» (ICD-10).

F73 Dyp psykisk utviklingshemming

«IQ under 20 (hos voksne, mental alder under 3 år), fører til alvorlige begrensninger av egenomsorg, kontinens, kommunikasjon og bevegelighet» (ICD-10).

4.2.2 Kjennetegn ved utviklingshemming

Det som kjennetegner mennesker med utviklingshemming er nedsatt kognitiv fungering. Dette betyr at funksjoner som tenkning, problemløsning, læring, hukommelse, persepsjon og språk er redusert i ulik grad. Læring skjer gjerne senere enn hos ikke – utviklingshemmede og både innsikt og regelstyring blir vanskelig å tilegne seg. Ferdigheter må ofte gjentas før de læres og holdes ved like for ikke å gå tapt, fordi det er vanskelig for utviklingshemmede å bruke innlærte ferdigheter i nye situasjoner (Melgård 2003:22).

4.3 Selvbestemmelse

Ellingsen (2007) at det er vanskelig å finne en fasit med en betydning på begrepet selvbestemmelse. Det er et sammensatt og komplekst begrep. Ved å se nærmere på begrepets betydning kan det gi holdepunkter til å forstå hvor sammensatt selvbestemmelse er som fenomen. Ellingsen ser på begrepet fra ulike vinkler. Et synonym som er brukt mye for selvbestemmelse er autonomi. Motsetninger selvbestemmelse kan inngå i er; paternalisme, avmakt og tvang. Forfatteren skriver det er en vanlig oppfatning av begrepet selvbestemmelse, om en bestemmer selv, har man selvbestemmelse, eller så bestemmer andre og da har man ikke selvbestemmelse (Ellingsen 2007:27f).

Ellingsen (2007) viser til Field m.fl.(1998) som har gitt en beskrivelse på hva selvbestemmelse er, der forfatterne forsøker å sammenfatte flere faglige definisjoner av begrepet (Ellingsen 2007:34). Jeg har valgt å oversette det Field m.fl. (1998) sier: Selvbestemmelse er en kombinasjon av de ferdigheter, kunnskaper, og overbevisninger som setter en person i stand til å være målrettet, selv-regulert, og selvstendig i sin adferd. En erkjennelse av egne styrker og begrensninger, sammen med troen på seg selv som kapabel og effektiv er essensielt for selvbestemmelse (Ellingsen 2007:34).

4.3.1 Brukermedvirkning

«Brukermedvirkning er en rettighet som er nedfelt i lovverket og kan skje på ulike nivå; gjennom medvirkning i politikktutforming, påvirkning på systemnivå og individnivå» (Helse- og sosialdepartementet:2009). Brukermedvirkning inngår å ta hensyn til brukeres ønsker og behov, dette er en selvfølge i profesjonelt arbeid (Haug og Paulsen 2007:23).

4.3.2 Empowerment

Empowerment handler om maktoverføring – tilnærmingen er opptatt av å øke avmektige gruppers kollektive makt og enkeltindividets kontroll over eget liv. Individuell dimensjon handler om prosesser og aktiviteter som skal øke individets kontroll over eget liv. Strukturell dimensjon handler om barrierer i samfunnet og maktforhold som opprettholder ulikhet og urettferdighet og hindrer egenkontroll (Askheim 2003:123).

4.3.3 Rettigheter og lover

Selvbestemmelse er rettighetsfestet i menneskerettighetene, FN-konvensjonen og uttrykt i lover som Norsk Grunnlov, Helse- og omsorgstjenesteloven, pasient- og Brukerrettighetsloven og Vergemålsloven.

Dahlen (2007) forklarer at etter ansvarsreformen er tjenestetilbudet for mennesker med utviklingshemming lagt til deres private hjem. Dette medfører ikke noe tap av juridiske rettigheter, men at tjenestetilbudet skal tilrettelegges ut fra ønsker og behov hos den enkelte. Det er viktig at selvbestemmelsesretten blir ivaretatt, og at det er tjenestemottakers egne behov og ikke tjenesteyters definisjon av behovet som er i fokus. For noen mennesker med utviklingshemming vil det å foreta valg og videre bestemme selv ut fra disse valgene, være en ferdighet som de ikke har lært. Når tjenestemottaker har store

bistandsbehov og ikke evner å ivareta selvbestemmelsesretten, hjelper det lite at lovgiver har nedfelt selvbestemmelse som juridisk rettighet. Det er derfor viktig at tjenesteytere som bistår vedkommende til daglig, forstår det ansvar og den plikt de har for å tilrettelegge for selvbestemmelse (Dahlen 2007:143). I verdenserklæringen om menneskeverd står det: «Alle mennesker er født frie og med samme menneskeverd og menneskerettigheter. De er utstyrt med fornuft og samvittighet og bør handle mot hverandre i brorskapets ånd» (De forente Nasjoner, 1948). FN-konvensjonen om rettigheter til mennesker med nedsatt funksjonsevne har som formål «å fremme, verne om og sikre mennesker med nedsatt funksjonsevne full og likeverdig rett til å nyte alle menneskerettigheter og grunnleggende friheter, og fremme respekten for deres iboende verdighet» Naku (2012). Konvensjonen presiserer allmenne menneskerettigheter og bygger på prinsipper om respekt for menneskets naturlige verdighet, personlige autonomi og frihet til å ta egne valg (Naku 2012). FNs generalforsamling vedtok konvensjon om rettighetene til mennesker med nedsatt funksjonsevne 13. desember 2006 og den tredde i kraft 3. mai 2008. Konvensjonen ble ratifisert av Norge 3. juni 2013. Konvensjonen stiller krav til hvordan medlemslandene skal tilrettelegge for at også funksjonshemmede kan få oppfylt menneskerettighetene som er i andre FN-konvensjoner. «Konvensjonen om rettighetene til personer med nedsatt funksjonsevne skal sikre funksjonshemmede retten til samme adgang til alle deler av samfunnslivet som funksjonsfriske mennesker» (FN-sambandet 2016).

Ovenfor personer med utviklingshemming gjelder Helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 9 *Rettsikkerhet ved bruk av tvang og makt overfor enkelte personer med psykisk utviklingshemming*. Helse og omsorgstjenesteloven tredde i kraft 1. januar 2012 (Rundskriv IS-10/2015).

§ 9-1 Formål

Formålet med reglene i dette kapitlet er å hindre at personer med psykisk utviklingshemming utsetter seg selv eller andre for vesentlig skade og forbygge og begrense bruk av tvang og makt» (Helse- og omsorgstjenesteloven).

Tjenestetilbudet skal tilrettelegges med respekt for den enkeltes fysiske og psykiske integritet, og så langt som mulig i overensstemmelse med brukerens eller pasientens selvbestemmelsesrett.

Ingen skal behandles på en nedverdiggende eller krenkende måte (Helse- og omsorgstjenesteloven).

Linde (2012) skriver at bakgrunnen for regelverket var et ønske om økt rettsikkerhet for personer med utviklingshemming. I tillegg til lovens formål, er det strenge materielle og prosessuelle vilkår for bruk av tvang. Det er krav om forebygging og utprøving av andre løsninger. Krav om hvilken utdanning og hvor mange som skal være til stede når det utøves tvang, samt bistand fra spesialisthelsetjenesten. De siste 10 årene har det funnet sted viktige lovendringer for dette området. Vi har fått ny helse- og omsorgstjenestelov i 2012 og ny vergemålslov. Lovverket om bruk av tvang har ført til erfaringer hos kommuner, fylkesmenn og spesialisthelsetjenesten. Det har skjedd en del innen forskning, fagutvikling og spesielt innen holdningsendring, Veibenstad (2012) hevder at:

Dette er ikke bare en lov om bruk av tvang, men et lovverk som har satt holdninger på dagsorden på en helt annen måte enn Ansvarsreformen gjorde. Endringene handlet blant annet om forståelse av utfordrende atferd, oppfølging av psykiske lidelser og sist, men ikke minst, nettopp dette med selvbestemmelse (Linde 2014:67f).

Rett til selvbestemmelse har fått et eget kapittel i det nye rundskriv 2015, noe som er nytt fra det første rundskriv 2004.

Rett til selvbestemmelse står i punkt 2.1.2

De viktigste forutsetningene for en positiv utvikling og identitet er å få bestemme over eget liv. Så langt som det er mulig skal tiltak etter pasient -og brukerrettighetsloven og helse- og omsorgstjenesteloven utformes i samarbeid med den det gjelder.

Det kan være vanskelig å gjøre valg eller fullt ut se konsekvensene av ulike handlingsalternativer for noen mennesker med utviklingshemning. Tjenesteyterne har en viktig oppgave i å tilrettelegge forholdene slik at tjenestemottakere kan foreta valg ut fra egne forutsetninger så langt som det er mulig (Rundskriv IS-10/2015:26f).

I Pasient- og brukerrettighetsloven er det nedfelt lov om rett til medvirkning, rett til samtykke og retten til informasjon, dette er elementer som inngår i selvbestemmelse. «Lovens bestemmelser skal bidra til å fremme tillitsforholdet mellom pasient og bruker og helse- og omsorgstjenesten, fremme sosial trygghet og ivareta respekten for den enkelte pasients og brukers liv, integritet og menneskeverd» (Pasient- og brukerrettighetsloven).

4.3.4 Selvbestemmelse i hverdagen

For å tilnærme meg kunnskap om hvordan mennesker med utviklingshemming opplever sin grad av selvbestemmelse i hverdagen, har jeg valgt ut et studie som Kim Berge og Karl Elling Ellingsen (2015) har utført på oppdrag fra Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet. Studiet heter «Selvbestemmelse og bruk av tvang og makt». «Noen ganger kan makt være godt synlig, andre ganger nærmest usynlig og i mindre grad kommunisert. Det er en viktig oppgave å peke på og undersøke ulike maktforhold som påvirker brukere og pasienter i Norsk lovgivning» (Berge og Ellingsen 2015:4). Studien har følgende problemstillinger;

1. Hva bestemmer jeg, - og hva bestemmer andre? Utviklingshemmedes og andres vurderinger. Dette inkluderer betydningen av å bestemme selv for egen identitet, selvforståelse og livskvalitet, og for samspillet med andre basert på utviklingshemmedes egne opplevelser.
2. Hvordan kan man øke bevisstheten om en konstruktiv selvbestemmelse hos personer med utviklingshemming?
3. Hvordan kan en konstruktiv selvbestemmelse hos personer med utviklingshemming bidra til å redusere bruk av tvang og makt?

Intervjuene ble gjennomført med 13 voksne personer med utviklingshemming. Personene har eller har hatt vedtak fattet etter helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 9. Alle informantene er i en situasjon der de er prisgitt hva personalet mener og tror. Mange har innfunnet seg med dette og fremstår som trygg i sitt eget liv. For flere av informantene er begrepet selvbestemmelse ukjent, men begrepet «å bestemme selv» har alle sammen et forhold til. Selvbestemmelse for de som ble intervjuet dreide seg om:

1. Alle liker å bestemme
2. De fleste områder hvor de bestemmer er i relasjon til noen andre
3. Personalet har vetorett i de sakene som betyr noe for informantene

(Berge og Ellingsen 2015:5).

Søderstrøm og Tøssebro (2011) har inkludert selvbestemmelse i en levekårsundersøkelse, noe de beskriver som uvanlig i undersøkelser av folks levekår. De viser til begrunnelser for dette. Selvbestemmelse i deres undersøkelser kan ses på som et tilsvar til andre levekårsundersøkelsers vektlegging av muligheten til å realisere egne preferanser.

Viktigere er det å inkludere selvbestemmelse tilpasset utviklingshemmedes uvanlige livssituasjon; det er ikke alltid en selvfølge at de får bestemme selv (Søderstrøm og Tøssebro 2011:43).

En kan ikke se bort ifra at mange utviklingshemmede har begrenset evne til å ta vare på seg selv, og ivareta egne interesser. De viser til at dette kan føre til dilemmaer når det kommer til selvbestemmelse. Eksempelvis kan retten til å bestemme selv og klare seg selv brukes som argument for å trekke kommunale ressurser tilbake. Det kan også føre til passivitet fra personalets side med påstander om at «Han vil jo ikke» (Søderstrøm og Tøssebro 2011:43).

Første tabell (9.1) fra undersøkelsen viser hvilken innflytelse utviklingshemmede har på ulike forhold i hverdagen.

Tabell 9.1 Hvilken innflytelse har hun/han hatt på følgende? Prosent, andel av alle som svarer "bestemmer selv" eller "deltar i beslutningen".

	Fra institusjon			Alle m hjemtj.	
	1989	1994	2001	2001	2010
Hva han/hun gjør på fritida	-	65	70	77	75
Valg av møbler og interiør	34	54	56	63	52
Kosthold og måltider	44	66	70	74	64
Hvilke klær han/hun har på	71	77	79	83	74
Hvor han/hun skal bo	24	21	27	33	22
Hvem han/hun bor sammen med	5	16	15	13	15
Hvem som yter tjenester	-	1	2	2	1
Disponerer inntekten selv*	-	38	35	43	22

** Svarkategoriene her var "ja" og "ja, i samråd med andre". Svarkategoriene "kontrollert av andre" og "nei" inngår ikke i tabellen. For de andre spørsmålene inngår ikke svarkategoriene "får ytre ønsker og "bestemmer ikke"*

Den viser et fall i selvbestemmelse fra 2001 til 2010. Langtidstrenden fra 1989 viser en økning i deltagelse på beslutninger i hverdagen, og «større beslutninger» (som hvor en skal bo og med hvem) har vært stabile. Økningen er sterkest fra 1989 til 1994, og svakere frem til 2001. Årene etter 2001 og frem mot 2010 viser gjennomgående en tilbakegang til nivået fra 1994 (for de som kom fra HVPU). Dette til tross for en forsterkning av ideologien om selvbestemmelse og medvirkning.

Personalets vurdering på konkrete spørsmål er at selvbestemmelsen er redusert det siste tiåret (Søderstrøm og Tøssebro 2011:44).

Tabell 9.2 Samlemål for innflytelse i egen hverdag. Gjennomsnitt (høyere verdi = mindre selvbestemmelse)

	Fra institusjon			Alle m hjemtj	
	1989	1994	2001	2001	2010
Ansattes bedømmelse (fermdelt)	3,7	3,2	3,2	3,0	3,0
Indeks hverdagsbeslutninger*	7,9	6,8	6,7	6,3	6,9
Indeks større beslutninger**	-	7,7	7,7	7,8	7,6
Samleindeks***	-	20,1	20,1	19,6	19,4

* *Møbler og interiør*, *kosthold og måltider*, *klær*. Chonbachs alpha fra 0,67 (1989) til 0,82 (2010)

** *«hvor han bor», «hvem han bor sammen med»* og i tillegg *«om han/hun bor sammen med noen han/hun har ønsket»* (ja/bor alene=0, andre svar = 1), alpha fra 0,66 (1994) til 0,74 (2010).

*** *de to andre indeksene, personalets bedømmelse samt «hva en gjør på fritida»*. Alpha 0,87 (alle år)

Andre tabell (9.2) viser personalets bedømmelse på et generelt spørsmål samt tre indekser, en for hverdagsbeslutninger, en for større beslutninger, og et samlemål. Bildet her ligner det fra tabell 9.1. For hverdagsbeslutninger er en tilbake til 1994-nivået og de som kom fra institusjon, for øvrig så har det skjedd lite etter 1994 (Søderstrøm og Tøssebro 2011:44).

Søderstrøm og Tøssebro (2011) forklarer at en interessant endring fra institusjon (1989) til etterpå (1994) var de ansattes begrunnelse om hvorfor den utviklingshemmede hadde begrenset selvbestemmelse. Argumenter som pekte i retning av turnus og rutiner, altså organisatoriske argument, hadde en klar reduksjon. Etter 1994 var det en tendens til å vise til at «en ikke kunne stole på at den utviklingshemmede valgte fornuftig, også argument fra «behandlingsideologien» var på tur ut. Eksempelvis at «han/hun har ikke lært det» (Tøssebro & Lundebj, 2002) i (Søderstrøm og Tøssebro 2011:45).

Tabell 9.3 *Oppgitte grunner til mangel på selvbestemmelse. To svar kunne avgis. Prosent av alle. De som ble oppgitt å ha noe/mye selvbestemmelse ble ikke stilt spørsmålet, men inngår i prosenteringen.*

	Fra institusjon			Alle m hjemtj	
	1989	1994	2001	2001	2010
Har minst noe selvbestemmelse	17	32	29	34	37
Organisatoriske begrunnelser					
Må tilpasses andre beboere	29	11	5	4	6
Rutinene gir få valgmuligheter	20	9	9	6	11
Må tilpasses turnus og lignende	12	8	6	5	15
Vi har ikke tid til å ta slike hensyn	3	2	1	1	3
Ikke prioritert	-	-	0	1	1
Forhold knyttet til å kunne realisere egne interesser					
Kan ikke stole på at han/hun velger fornuftig	14	16	30	32	21
Blir passiv eller selvstimulerende	9	10	7	6	3
Utfordrende atferd	9	12	12	10	6
Strukturert dag en del av behandlingen	4	8	4	5	6
Forhold knyttet til funksjonsnivå					
Kan ikke uttrykke egne ønsker	34	33	33	24	30
Har ikke lært det	15	14	6	5	4

Tredje tabell (9.3) oppsummerer utviklingstrenden frem til 2010 i ansattes argumentasjon når det gjelder mangel på selvbestemmelse. Tabellen viser to nye trekk fra 2001 til 2010. Det ene er at «organisatoriske» begrunnelser på nytt har fått en sterkere rolle. Videre kan det se ut som til «kan ikke uttrykke egne ønsker» i noen grad erstatter «kan ikke stole på at han/hun velger fornuftig». Slik sett er det siste tilbake til nivået i 1994. Organisatoriske forhold er imidlertid sterkere i 2010 enn noen gang etter reformen og viser nesten en dobling siden 2001. Søderstrøm og Tøssebro (2011) skriver at denne doblingen fra 2001 til 2010 med organisatoriske begrunnelser er interessant, og urovekkende. Årsaken kan være vanskelig å si, men det kan fastslås at den er i strid med de førende prinsipper om selvbestemmelse og autonomi. Det kan tolkes som om det har foregått en omstrukturering av organisasjonen som på en måte gjør det vanskeligere for de ansatte å tilpasse tjenestene til det enkelte individ (Søderstrøm og Tøssebro 2011:45f).

4.4 Maktforhold

Vatne (2012) skriver at det å bli utsatt for skjult maktbruk er krenkende, og medfører lydighet eller motreaksjoner fra brukeren. Slike handlinger er en ikke- konstruktiv

maktform som ikke er overensstemmende med terapeutiske målsettinger (Vatne 2012: 207). Jeg har i innledningen brukt betegnelsen «hverdagsmakt», Vatne (2012) bruker betegnelsen «Skjultmakt». Min tolkning i denne oppgaven er at begge betegnelse har samme betydning. Dette er en maktbruk som kan forekomme ovenfor mennesker med utviklingshemning, når de skal ta små dagligdagse valg, til større og viktige avgjørelser.

Max Weber (1971) definerte makt slik: «Ett eller flere menneskers sjanse til å sette igjennom sin egen vilje i sosiale samkvem, og det selv om andre deltakere i det kollektive liv skulle gjøre motstand» (Christensen og Nilsen 2006:35).

Når mennesker med utviklingshemming eller andre tjenestemottakere forøvrig, opplever å bli utsatt for det som Max Weber (1971) definerer som makt, er de i en posisjon som avmektige. Personer som har vedtak etter kapittel 9 i helse- og omsorgstjenesteloven er eksempel på dette, men også de tjenestemottakere som utsettes for de små «skjulte» makthandlinger i hverdagen opplever avmakt. Norvoll (2012) beskriver avmakt som å være i en situasjon der en ikke ser noen utvei, midler eller muligheter til å endre sin situasjon eller motsette seg andre sin viljeutøvelse og dermed bli overlatt til den mektiges avgjørelser. I helse- og omsorgssektoren har tjenestemottakerne en svakere maktposisjon fordi pasientrollen og brukerrollen er underordnet de ansatte. Dermed kan de ansatte legge premisser for hva som skal skje (Norvoll 2012:81f). Graden av avhengighet vil være forskjellig, de som har store hjelpebehov har større sårbarhet enn de som for eksempel har et tilsyn en gang for dag. Norvoll (2012) sier at avmakt er nært knyttet til opplevelsen av sårbarhet. Personer som er avhengige av hjelp har ikke muligheten til å komme ut av situasjoner som oppleves krenkende eller ubehagelige og gir opplevelse av avmektighet. Å besitte makt innebærer frihet til selv å velge eller ha kontroll over situasjoner en ønsker å være i (Norvoll 2012:83f).

Henriksen og Vetlesen (2006) skriver om autonomi, individets rett til selvbestemmelse, De stiller spørsmålet; «Har ikke individet krav på beskyttelse fra andre, altså mot å bli overkjørt i omsorgens navn»? På denne bakgrunn erklærer de at autonomi, individets rett til selvbestemmelse, som grunntrekk ved menneskerests tilværelse på linje med sårbarhet og avhengighet. Henriksen og Vetlesen (2011) forklarer at omsorg kan gå over i utidig innblanding og overkjøring. De skriver at selvbestemmelsesretten til mottakeren av omsorg ikke blir respektert av giveren når dette skjer. Omsorgen skal gis med full respekt

for mottakerens autonomi for at vi skal kunne si at omsorgen er gitt moralsk og ansvarlig (Henriksen og Vetlesen 2006:81f).

Skau (2015) skriver at i alle relasjoner mellom tjenestemottaker og tjenesteyter er makt tilstede, men at dette ofte tilsløres. Allerede i begreper som «omsorg» og «tjenesteytelse» ligger det en slik tilsløring. Maktaspektet er usynlig. Makt er uløselig knyttet til yrkesutøvelsen, mens hjelpeaspektet kan være tilstede, men må det ikke. Denne tilsløringen er skadelig på mange måter. Den gjør det vanskelig for tjenestemottakere å beskytte seg mot maktmisbruk. Den gjør det også vanskelig for tjenesteyterne å erkjenne mulighetene og grensene for sin makt, en forutsetning for å kunne bruke den til det beste for tjenestemottaker. Begrepet makt er av mange forbundet med noe negativt, i motsetning til begrepet hjelp som er overveiende positivt ladet. Skau(2015) sier videre at makt ikke behøver å være et onde, men være nødvendig for å hjelpe. En «god hjelper», tjenesteyter er ikke en avmektig og hjelpeløs person, men det er viktig å erkjenne i egen yrkesrolle (Skau 2015:31f).

Christensen og Nilssen (2006) sier det er et sentralt spenningsfelt mellom forholdet til mennesker med utviklingshemming sin selvbestemmelse og personalets inngrep. Forfatterne skriver om de som bor i bofellesskap, som på den ene siden er en del av den offentlige omsorgen og på den andre siden det individuelle hjemmet til de som bor der. I et maktperspektiv utløser dette flere spenninger som har sitt utgangspunkt i at mennesker med utviklingshemming er avhengig av omsorg fra andre. Motsetningsforholdet mellom å gripe inn overfor en person og hjelpe på den ene siden, og ivareta hensynet til den enkeltes selvbestemmelse og integritet på den andre siden, utgjør et kjernepunkt i alle omsorgsforhold. Dette er en balansegang som legger til grunn et syn på mennesket som både er avhengig av andre og sine omgivelser og som et aktivt selvbestemmende subjekt, og en levende konflikt mellom vårt ansvar for hverandre og respekten for enkeltmennesket. Omsorgsforskeren Eliasson Lappalainen (1999) erkjenner således omsorg som en måte å håndtere eller balansere disse mulige motsetningene på. Avvik fra denne balansegangen vil føre oss over i ansvarsovertakelse, formynderi, ekspertvelde eller unnlattelsessynder, noe som Eliasson-Lappalainen kaller for overgrep (Christensen og Nilssen 2006:47).

Christensen og Nilssen (2006) skriver at i omsorgen for mennesker med utviklingshemming er det en sentral balansegang mellom formynderi og unnfallenhet. Vi har å gjøre med voksne mennesker som har de samme rettigheter som andre medborgere til selvbestemmelse og integritetsbeskyttelse. Samtidig så er mange mennesker med utviklingshemming er svært avhengig av omsorg fra andre. Kognitive begrensninger gjør det vanskelig for mange å utøve noen form for selvbestemmelse, noe som gjør formynderibegrepet noe ensformig i denne sammenhengen (Christensen og Nilssen 2006:48). Christensen og Nilssen (2006) tar utgangspunkt i å betrakte formynderi som en form for paternalisme. Paternalisme forklares som en form for tilsidesettelse av den enkeltes selvbestemmelsesrett grunnet overveielser av hva som er best for personen selv. Formynderi kan inkluderes i definisjonen på paternalisme, men samtidig vil det kunne begrunnes for paternalistiske tiltak som ikke kan betraktes som pervertert omsorg, men heller det motsatte som er individualisert omsorg (Christensen og Nilssen 2006:49). Forfatterne viser til Martinsen (1992) som skriver:

En autoritetsstruktur som bygger på svak paternalisme, forutsetter at sykepleieren vet bedre enn pasienten selv hva som er det beste for ham eller henne, men bare ut fra et engasjement og en sensitivitet om å gagne den enkeltes pasient mest mulig. Sensitiviteten og interessen for den andres velbefinnende fordrer skjønnsmessig vurdering og hindrer paternalistisk maktutøvelse (Christensen og Nilssen 2006:49).

Når vi skiller mellom svak (legitim) paternalisme og formynderi er det viktig å se på den enkeltes kognitive kapasitet til å fatte egne beslutninger. Inngrep i selvbestemmelsesretten til mennesker som ikke er mentalt i stand til å utøve sin frihet, kaller vi svak paternalisme. Formynderi, eller sterk paternalisme, vil derimot være basert på at andre hindrer et annet menneske som er stand til å ta egne valg, i å utøve sin selvbestemmelsesrett. Det er viktig å fremheve at det er svært sjeldent at man kan se helt bort ifra at et menneske evner å formidle egne ønsker. Selvbestemmelsen må aktes for å være viktig, uansett hvor det synes at forutsetningen for dette er begrenset. Jo mindre kompetanse et menneske har til å fatte selvstendige beslutninger, jo større utfordringer har tjenesteyteren om å skape verdighet i denne forbindelsen (Christensen og Nilssen 2006:51).

Berge og Ellingsen (2015) viser til det som Christensen og Daugaard Jensen betegner som maktens fire dimensjoner, *direkte makt*, *indirekte makt*, *bevissthetskontrollerende makt* og *institusjonell makt* (Berge og Ellingsen 2015:26). *Direkte makt* er når en får en person til å

gjøre noe som ellers ikke ville ha blitt gjort. Informantene har erfaring med vedtak om bruk av tvang og makt, og i tillegg viser undersøkelsen at de har erfaringer med at andre, også personalet har en slik påvirkning at det fører til at informantene gjennomfører ting som de ellers ikke ville ha gjort. *Direkte makt* er ofte fysisk og åpen. *Indirekte makt* forklarer Christensen og Daugaard Jensen (2001) som hinder til å nå frem i beslutningsprosesser. Her viser Berge og Ellingsen (2015) at informantene har i mindre grad deltatt i prosessen som er lovpålagt i prosessen i utformingen av deres vedtak om bruk av tvang og makt og høring i forhold til å finne andre løsninger.

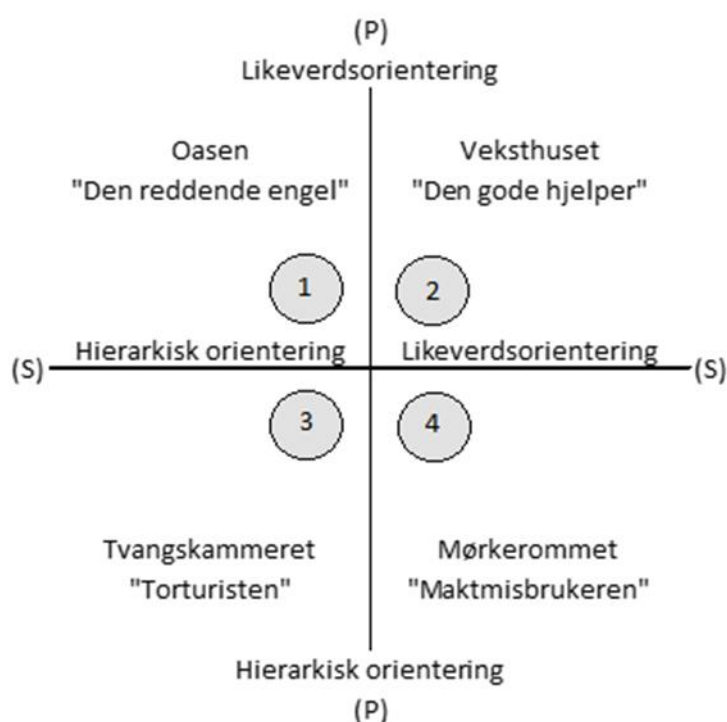
Bevissthetskontrollerende makt sier Berge og Ellingsen at en kan kjenne igjen når informantene forteller at de helst må gjøre som personalet sier. Beskrivelsene fra informantene viser at det forekommer konsekvenser som kan være tilbakeholdelse av å gå ut av leiligheten sin eller hvilke fritidsaktiviteter man vil benytte seg av, om en ikke gjør som avtalt med personalet. Den *Institusjonelle makten* forklares som at informantene aksepterer ytre påvirkninger som de selv ikke har mulighet for å påvirke. Dette gjelder både de som har akseptert disse påvirkningene og de som er i opposisjon til rammene de lever i. Her aksepterer informantene at ting er slik som de er, enten det er loven som er som den er eller at informanten har en sykdom som gjør at situasjonen er som den er (Berge og Ellingsen 2015:26f).

4.5 Person og system

Greta Marie Skau (2015) presenterer en modell: Person og system

Jeg bruker denne modellen for å vise et eksempel på hvordan mennesker kan møte hverdagen. Modellen viser forholdet mellom tjenstemottaker, tjensteyter og system. Her vises skillet mellom yrkesrollen som en del av et sosialt system, og den enkelte yrkesutøveren som person. Systemnivået omfatter hjelpeapparatet som helhet; lovverk, normer og regler, maktmidler, økonomiske ressurser, formell kompetanse, roller, strategier, rammebetingelser med mer. Det er systemnivået som er rammen rundt det som skjer på personnivået, det vil si møtet mellom den enkelte tjensteyter og tjenstemottaker (Skau 2015:82). Skau (2015) sier at den organisatoriske rammen kan variere, den kan være vid eller trang, eller den kan være mer eller mindre fleksibel. Dette kan vi se fra to sider, vi kan tenke oss et fritt åpent system som i stor grad overlater tjensteyter å ivareta sitt arbeid. Dette vil slå positivt ut for tjenstemottakerne i den grad tjensteyter er en faglig kompetent, etisk bevisst og moden person. Men det kan gi negative konsekvenser for tjenstemottakerne, dersom tjensteyter er inkompetent, etisk

ubevisst og umoden som menneske. Den andre siden er lukkede, rigide, strengt regulerende systemer som gir tjenesteytere lite rom for egne valg og skjønnsmessige vurderinger. Handlingsfriheten til tjenesteyter varierer også innenfor samme system, alt ettersom hvor en befinner seg i hierarkiet: Noen stillingskategorier har større fleksibilitet enn andre, men samme hvor rigid et system er, vil tjenesteyter ha et visst rom for individuelle rollefortolkninger og faglige vurderinger. Dette vil alltid gi den enkelte et personlig ansvar for hvordan han eller hun utøver sitt arbeid. Personnivået er samlede menneskelige og faglige potensialer som tjenesteyter kan bruke i møte med tjenestemottaker: teoretisk kunnskap, yrkesspesifikke ferdigheter og personlig kompetanse. Dette varierer fra person til person og hos den enkelte over tid. System og person i hjelpende yrker er flettet sammen på en innviklet måte i et gjensidig avhengighetsforhold (Skau 2015:82).



For å forklare modellen ser vi at den horisontale linja representerer systemnivået (S), og den vertikale det personlige (P). Begge linjene markerer spennet mellom to ulike grunnverdier som kalles likeverdsorientering og hierarkisk orientering. Her blir da fire rom for plasseringen av forskjellige typer relasjoner mellom klient og hjelpeapparat, og fire forskjellige hovedtyper profesjonsutøvere. Hvert møte mellom tjenestemottaker og tjenesteyter kan plasseres i et av de fire rommene (Skau 2015:83). Ser jeg på *Oasen*(1) er tjenesteyter likeverdsorientert innenfor et hierarkisk orientert system. Skau (2015) skriver at rommet kan beskrives som mangel på samsvar mellom personnivå og systemnivå. Her

finner vi en hjelper som er villig til å påta seg personlig ubehag for å opptre etisk forsvarlig. Hjelperen har i tillegg til yrkeskvalifikasjoner, personlige egenskaper som mot, medfølelse integritet og engasjement (Skau 2015:84). *Veksthuset* (2) rommer velferdsstatens idealer. Det er samsvar mellom nivåene og begge er likeverdsorienterte. Forholdet mellom tjenestemottakere og tjenesteytere er preget av respekt og tillit. Her er det «Gode hjelpere» (Skau2015:84). *Tvangskammeret* (3) viser til Goffmans studier av det totale systemet – hierarkiet i ren form. Her dominerer makt og kontrollaspektet (Skau 2015:84). *Mørkerommet* (4) Motsetningen mellom et strukturnivå preget av likeverdsideal og tjenesteytere som forsterker makt- og kontrollaspektet i møtet med tjenestemottakerne, skaper spenningsfeltet i dette rommet. Tjenesteytere som fungerer personlig undertrykkende ovenfor tjenestemottaker – det er her vi finner maktmisbrukeren som type (Skau 2015:85).

4.6 Kommunikasjon, relasjon og samhandling

4.6.1 Kommunikasjon

Torske (2009) skriver at kommunikasjon med utviklingshemmede kan være en utfordring. Derfor er det viktig med nærpersoner som kjenner vedkommende godt. For utviklingshemmede med talespråk er det viktig å være oppmerksom på at de ofte oppfatter og forstår mindre enn det som kan komme til uttrykk i samtalen (Torske 2009:113).

Bollingmo og Holm (2005) forklarer at kvaliteten på relasjonen og samværet mellom tjenestemottakerne og tjenesteyterne er av avgjørende betydning for det totale tjenestetilbudet. Forfatterne nevner ulike forhold som er knyttet til å ha et godt liv.

Tjenesteyternes påvirkning kommer ikke bare til uttrykk ved de ordene som brukes i samtale med tjenestemottakeren, men også i samhandlingen gjennom ikke-verbal kommunikasjon, betoning, stemmevolum, nærhet, mimikk osv. I samhandlingen og kommunikasjonen med tjenestemottakeren må det sørges for at tjenesteyteren har høy bevissthet og kompetanse innen dette området. Kompetansen må brukes aktivt for og også omfatte tjenesteyterens varhet ovenfor hva tjenestemottakeren formidler gjennom tale og andre signaler (Bollingmo og Holm 2005:114).

4.6.2 Relasjon og samhandling

«En god relasjon hviler på en samhandlingsprosess som skaper tillit, trygghet og en opplevelse av troverdighet og tilknytning». Når en er trygg i relasjonen er det lettere å kunne forstå hverandre, og når fagpersonens handlinger er bygd på forståelse for den andre, vil handlingene gi positive virkninger i relasjonen. I arbeid med mennesker som er rettet mot omsorg, læring, utvikling, endring eller økt livskvalitet er det viktig å tilrettelegge for en prosess som danner en god hjelperelasjon (Røkenes og Hanssen 2012:26f).

«God samhandling forutsetter noen grunnleggende menneskelige egenskaper, for eksempel evne til å leve seg inn i den andres opplevelse- «sansen for deltagelse», som det heter i diktet til W.Szymbroska (Røkenes og Hanssen 2012:31).

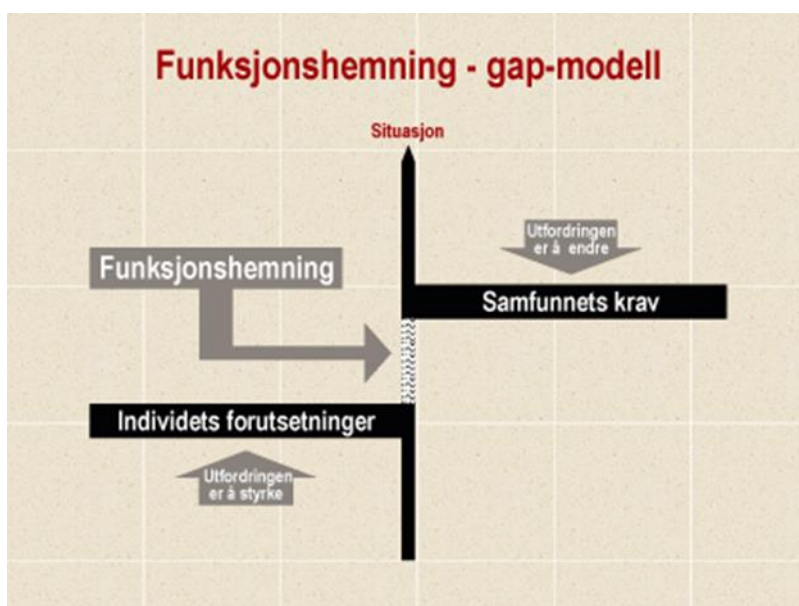
Selvbestemmelse er det selvfølgelige utgangspunktet for samhandling i alle hjelperelasjoner. Kjernen i relasjonen mellom fagperson og tjenestemottaker er mellommenneskelig likeverd, respekt og symmetri selv om rollene er forskjellige og komplementære (Røkenes og Hanssen 2012:256).

Bollingmo, Ellingsen og Selboe (2005) viser til ulike sider om hvordan vi som mennesker utvikler oss i relasjon til andre fordi nettopp retten til selvbestemmelse utvikles, prøves styrkes og eventuelt svekkes i slike relasjoner. De viser til det George Herbert Mead kaller forholdet mellom «I» og «Me», som utgjør innholdet i sosial handling. Som barn er vi avhengig av «signifikante andre» i våre vurderinger av situasjoner, personer i vårt primære nettverk. Mead hevdet at vårt selvbilde og vår identitet er skapt i en kulturell forbindelse og i samhandling med andre. Samspillet mellom oss og andre er viktig for vår utvikling og bidrar til å gi oss forutsetninger for å bestemme selv (Bollingmo m.fl. 2005:17f). Solheim og Øvrelid (2001) forklarer fra Mead sin teori; Når vi kommuniserer med hverandre vil både «I» og «Me» av selvet være aktiviserte. Gjennom «Me» er vi bevisst våre handlinger på bakgrunn av tidligere erfaringer, vi ser på oss selv med andres blikk og vet hva som forventes. Mens gjennom «I» handler vi på egenhånd, vi er ikke styrt av innsikt og gjensidige forventninger (Solheim og Øvrelid 2001:70f). Stølen (2014) forklarer «I» som en av våre umiddelbare handlinger og hvordan vi tilpasser oss situasjoner, dette skjer ubevisst. Mens «Me» er en bevisst refleksjon over egne handlinger (Stølen 2014).

Bollingmo m.fl. skriver at selvbestemmelse ofte handler om små hverdagslige valg, noe som kan trenes opp over tid, og som handler om modningsprosesser. Dette kan styrke personen selv og de som samhandler med vedkommende, når det praktiseres selvbestemmelse på områder som ikke gir alvorlige konsekvenser. En misforstått ansvarliggjøring av tjenestemottakerne vil være en holdning som «han bestemmer selv, og da er det lite vi kan gjøre», noe som vitner om liten kunnskap om motivasjon, samhandling og involvering. Ansvarlighet forutsetter nære relasjoner over tid, som er bygd på gjensidig respekt mellom tjenesteyter og tjenestemottaker, noe som vil gi et godt grunnlag for en god samhandling (Bollingmo m.fl. 2005:21f).

4.7 Gap- eller misforholdsmodell

Modellen viser et gap eller misforhold mellom personens sine forutsetninger og de kravene personens fysiske og sosiale omgivelser stiller. Forståelsen av modellen viser at veien til størst mulig grad av livskvalitet, funksjon og mestring går gjennom å tilrettelegge forskjellige situasjoner i dagliglivet, slik at gapet eller misforholdet mellom individets forutsetninger og omgivelsens krav blir mindre (Owren 2011:40).



5.0 Drøfting

5.1 *Selvbestemmelse i hverdagen.*

Studiet som Berge og Ellingsen utførte i 2015 viser at selvbestemmelse for de som ble intervjuet dreier seg om blant annet at «*De fleste områder hvor de bestemmer er i relasjon til noen andre*». Hva handler dette om, er det snakk om å må spørre om lov? Gir noen valg negative sanksjoner for enkelte? Berge og Ellingsen (2015) skriver at det ser ut som at; Det å bestemme selv er en aktiv handling som knyttes til noe fast og objektivt for informantene. Som for eksempel – «Jeg bestemmer selv når jeg skal stå opp». Samtidig så kommer det frem at det å bestemme selv er i mange tilfeller styrt av hva personalet kommer til å si. En av informantene viser til at helst må man gjøre som personalet vil. Det ser ut som om maktfaktoren er gjeldende også på de områder det ikke ser ut som å være vedtak om bruk av tvang og makt. Livssituasjonen til informantene avhenger ofte av rammene de har rundt seg, og at selvbestemmelsen er prisdelt hva omgivelsene til viss grad tillater at de får lov til å gjøre (Berge og Ellingsen 2015:20f). Det skal også sies at de fleste av informantene opplever å ha det trygt, men det foreligger beskrivelser som viser at det forekommer konsekvenser for informantene om de ikke gjør som avtalt med personalet. Noen av informantene viste til at de hentet hjelp og støtte hos personalet, noe som ga dem trygghet i hverdagen (Berge og Ellingsen 2015:19). Et annet forhold selvbestemmelse dreide seg rundt var «*Personalet har vetorett i de sakene som betyr noe for informantene*» (Berge og Ellingsen 2015:5). Her ser man to resultater av denne undersøkelsen som kan vitne om at personer med utviklingshemming ikke har selvbestemmelse i hverdagen uten ytre påvirkning av andre, i dette tilfellet personalet. Wehmeyer sin definisjon poengterer at selvbestemmelse innebærer å være fri fra overdreven ytre påvirkning eller innblanding fra andre (Lunde 2009:22). Hva kan være årsaken til at de fleste informantene har opplevelser som gir dette resultatet? Videre ønsker jeg å se på forhold som kan medvirke til at utviklingshemmede kan sitte igjen med denne opplevelsen av selvbestemmelse.

5.1.1 **Sårbarhet, avhengighet og makt**

De som deltok i undersøkelsen er alle prisdelt personalet i det daglige. Dette fører til at de er i en sårbar situasjon. For det første har de som oftest ikke mulighet til å kunne påvirke hvem som kommer inn døren deres. For det andre er de avhengige av tjenesteyter for å

kunne planlegge, tilrettelegge og noen ganger utføre dagens gjøremål og aktiviteter. Dette vil variere etter grad av utviklingshemning og hjelpebehov. Holden (2009) forklarer at utviklingshemning innebærer å ha problemer med å arbeide selvstendig, mestre huslige, personlige og økonomiske oppgaver, samt andre krav som livet stiller. Mange tiltak kan gjøre situasjonen bedre, men tilstanden vil stort sett være der (Holden 2009:23).

I relasjonen mellom tjenestemottaker og tjenesteyter er det makt tilstede (Skau 2015:31). Max Weber sin definisjon av makt «et eller flere menneskers sjanse til å sette gjennom sin egen vilje i det sosiale samkvem, og det selv om de andre deltakerne i det kollektive liv skulle gjøre motstand» (Christensen og Nilssen 2006:35). Resultatene fra undersøkelsen viser dette maktforholdet, ved at i noen tilfeller blir det å bestemme selv styrt av hva personalet kommer til å si, eller at det foreligger konsekvenser når en ikke gjør som personalet vil. Dette er maktutøvelse fra personalet som får «sin vilje», gjennom å bestemme hva tjenestemottakerne skal gjøre, eller i form av konsekvenser. Dette kan sammenlignes med det som Norvoll (2012) forklarer at avmakt er nært knyttet til opplevelsen av sårbarhet (Norvoll 2012:83). Henriksen og Vetlesen (2006) sier at med autonomi øverst i etikken, og et ideal om at vi er selvhjulpne, dannes tanken om at vi som mennesker er uavhengige. Denne tanken bygger på at etterhvert som vi vokser til, vil vi gradvis vokse av oss avhengigheten. Forfatterne skriver at det er bare de som vokser seg ut av «gitte» bånd til andre, som er virkelig fri. Når en er avhengig av andre mennesker vil disse kunne representere en hindring for idealet om individets frihet. Forfatterne stiller spørsmålet; «Har ikke individet krav på beskyttelse mot innblanding fra andre, altså mot å bli overkjørt i omsorgens navn?» (Henriksen og Vetlesen 2006:81). Omsorg kan gå over i utidig innblanding og overkjøring. Selvbestemmelsesretten til mottakeren av omsorg blir ikke respektert av giveren når dette skjer. Omsorgen skal gis med full respekt for mottakerens autonomi for at vi skal kunne si at omsorgen er gitt moralsk og ansvarlig (Henriksen og Vetlesen 2006:82).

Henriksen og Vetlesen (2006) skriver videre at mennesker med utviklingshemning er i større eller mindre grad uten evne til å hevde sin rett til selvbestemmelse eller autonomi. Omsorgen er rettet mot deres sterke avhengighet av å bli ivaretatt av andre. Omsorgen må finne en balanse mellom avhengighetsaspektet og uavhengighetsaspektet i mottakerens situasjon. Etisk og prinsipielt skal alle mennesker kunne forme og bestemme sine behov,

interesser og hensikter. Dette er idealet. I virkeligheten er det slik at mange mennesker ikke evner og forme sine interesser, behov og hensikter. For personer med utviklingshemning kan dette gjelde hele livet. Her har omsorgen en dobbel oppgave. Den må rette seg mot personen som er en trengende og ofte veldig avhengig person, og den må alltid også i tunge tilfeller sikte mot å støtte opp om personens evne til autonomi. Det etisk- prinsipielle grunnlaget om å styrke personens evne til autonomi er tanken om alle menneskers grunnleggende likhet i menneskeverdet. Målet er at omsorgspersoner bidrar til at personen blir mer selvhjulpne og mindre avhengig (Henriksen og Vetlesen 2006:82f). Ved å understøtte og tilrettelegge for selvbestemmelse, vil vi som tjenesteytere kunne bidra til mindre avhengighet og mer opplevelse av mestring, også hos de personene med størst hjelpebehov. Den enkelte må få oppgaver og valgmuligheter ut ifra de forutsetningene vedkommende har. Innstrand (2009) skriver at for å kunne etablere en reell selvbestemmelse er tilrettelegging for kommunikasjon det viktigste. Det handler om å rette informasjonen innenfor den utviklingshemmedes forståelsesverden, presentere valg og muligheter slik at den utviklingshemmede forstår og kan ta inn informasjonen. Tilrettelegge for valg og stimulere til erfaringer med å lære konsekvenser av valgene (Innstrand 2009:35). Det som Innstrand (2009) forklarer her kan se i lys av Gap-og misforholds modellen. Om tjenesteytere ikke tilrettelegger for kommunikasjon som Innstrand (2009) forklarer som det viktigste til å bygge en reell selvbestemmelse, vil det oppstå et gap mellom individets forutsetninger og de kravene omgivelsene stiller. Owren (2011) sier at dette gapet kan handle om å bruke ord som den andre ikke forstår. Ved å minske dette gapet legger en vekt på å at situasjonen skal tilpasses individets nåværende forutsetninger og ferdigheter, slik at det gir forutsetninger for å strekke til og komme til sin rett (Owren2011:38).

Det er også en annen faktor som har innvirkning på å kunne bestemme selv i eget liv. Mennesker med utviklingshemning er ikke bare underordnet de ansatte, men også av et tjenestesystem. Levekårsundersøkelsen viser at organisatoriske forhold, som turnus og rutiner, har ført til redusert selvbestemmelse de siste 10-årene (tabell 9.3). Da kan vi spørre, hva skjer? Er vi på vei tilbake til institusjonalisering? Hvor ble det av de intensjonene om et dagligliv slik de fleste folk lever og tjenester som skulle gis ut ifra individuelle behov? Tøssebro (2014) skriver at i 2010 viser ansatte til mer rutiner enn de gjorde i institusjonstiden. Det har vært en negativ trend i strid med reformens føringer og de idealene som fortsatt gjelder på nasjonalt politisk hold. En ny type store bofelleskap,

ofte med en sammensatt brukergruppe har vokst seg frem. Tøssebro (2014) trekker frem faktorer som kaster lys over denne utviklingen. Dette er faktorer som er særlig knyttet til de politisk- administrative trendene som følge av New Public Management. Kommunene har økonomisk press, økt fokus på budsjettkontroll og i tillegg har den sosialpolitiske dagsorden endret seg. Kommunene fikk betydelige oppgaver knyttet til desentraliseringen av psykiatrien og nye satsninger innen eldreomsorgen. Dette var på slutten av 1990-årene. Det kom også nye satsninger innen rus-området. Dette førte til en boligpolitikk og at de ulike gruppene ble sett i sammenheng, og førte nok ifølge Tøssebro til at utviklingshemmede lettere kom i bakgrunnen (Tøssebro 2014:71f).

Erfaringsmessig har jeg opplevd hvor vanskelig det kan være å imøtekomme individuelle behov og ønsker hos en tjenestemottaker når klokkeslett og tid må tilpasses andre. Et annet viktig moment når det gjelder tid og rutiner, er om tjenestemottaker når frem med sitt budskap. Har tjenesteyter tid og kapasitet til innlevelse, og legge til rette for god samhandling slik at det fremmer tjenestemottakers selvbestemmelse i gitte situasjoner? Når selvbestemmelse skal læres og praktiseres forutsetter det trygge relasjoner og gode samhandlingsprosesser. Torske (2009) sier at kommunikasjon med utviklingshemmede ofte kan være en utfordring, og det er viktig med nærpå personer som kjenner vedkommende godt (Torske2009:113). Som vist til i teorien er tjenesteyters kommunikasjon, samt oppmerksomhet ovenfor hva tjenestemottaker formidler gjennom tale og andre signaler er viktig i samhandlingen. Den avgjørende betydningen for det totale tjenestetilbudet, handler om kvaliteten på relasjonen og samværet mellom tjenestemottaker og tjenesteyter (Bollingmo og Holm 2005:114).

En annen bakside med denne utviklingen er at det kan gi økt arbeidspress, dårlig samvittighet og utålmodighet med tjenestemottakerne. Kittelsaa og Tøssebro (2011) sier at tjenestene som ytes i bofellesskapene, er generelt preget av mange ansatte og lite stabile nærpå personer. Det har også vært en økende tendens til at ansatte i bofellesskap har ansvar for flere personer på samme tid, også personer som har motstridende behov (Kittelsaa, Ytterhus og Kermit 2015:17). Bjørnrå (2008) sier at sett fra et økologisk perspektiv blir selvbestemmelse et resultat av et dynamisk samspill mellom individet og omgivelsene. Dette samspillet vil være sterkt medbestemmende for hvilken grad av selvbestemmelse de opplever. Omgivelsene kan forstås i bred forstand, der også en betydningsfull faktor er tjenesteyterne (Bjørnrå 2008:121). Tjenesteyter er en viktig nærpå person for mange

mennesker med utviklingshemning, den signifikante andre. Tjenesteyter vil ha en viktig rolle som støttespiller for tjenestemottaker, når tjenestemottaker skal lære å ta egne beslutninger eller «tørre» å velge ut ifra sine ønsker. Bollingmo, Ellingsen og Selboe(2005) sier at parallelt til våre bedømmelser basert på erfaringer, bygger våre bedømmelser på vurderinger og støtte fra signifikante andre. Dette innebærer at også den signifikante andre er viktig i utviklingen av evnen til bedømmelse (Bollingmo m.fl.2005:18).

Modellen til Skau (2015) Person og system er satt på spissen, og illustrerer ytterste konsekvens av tjenesteyter som person i møte med tjenestemottaker og det offentlige tjenesteapparatet.

Organisatoriske begrunnelser av mangel på selvbestemmelse kan plasseres i rommet *Tvangskammeret* i modellen Person og System, Skau (2015). I det rigide «tvangskammeret» vil tjenestemottaker oppleve å møte motstand for sine ønsker, her vil tjenesteyteren være totalt underlagt systemets orden. Dette rommet kan en trekke forbindelse med institusjonsomsorgen på 60-tallet, men kan nok i noen tilfeller forekomme i dag. Ikke som tvangskammer, men at det bygges større og større boliger, ulike grupper av mennesker med nedsatt funksjonsevne. Dette kan føre til mindre individuelt tilpasset omsorg, som for eksempel at aktiviteter, måltider og klokkeslett for bistand må tilpasses andre beboere. Med motstand mener jeg begrunnelser som «det har vi ikke ressurser til», «du har mat hjemme», negative innstillinger og kommentarer fra personalet. Dette er en konsekvens av både organisatoriske forhold, holdninger og verdier fra tjenesteyteren som tjenestemottaker møter. Dette kan gi opplevelse av urettferdighet, mindre selvfølelse og lite delaktighet i eget liv.

Det motsatte av *Tvangskammeret* vil være *Oasen*. Her vil tjenesteyter strekke seg langt for å innfri tjenestemottaker sitt ønske, dette til tross for personalressurser og regler boligen. Tjenesteyter kan til og med gå over på fritiden for å imøtekomme ønsker og behov. Tjenesteyteren er bevisst over likeverdet mellom partene og opptrer med respekt og imøtekommelse. Her er en likeverdsorientert tjenesteyter i et hierarkisk orientert system. Dette fører til mangel på samsvar mellom systemnivå og personnivå. Skau (2015) sier at her er en hjelper som er villig til å påta seg personlig ubehag for å opptre etisk forsvarlig.

Hjelperen har i tillegg til yrkeskvalifikasjoner, personlige egenskaper som mot, medfølelse, integritet og engasjement (Skau 2015:84).

5.1.2 Samspillet mellom individet og omgivelsene

Søderstrøm og Tøssebro (2011) forklarer at henvisning til «kan ikke utrykke egne ønsker» i noen grad har erstattet «kan ikke stole på at han/hun velger fornuftig» (tabell 9.3 i teoridelen), noe som fører til at det siste er tilbake der det var i 1994. Kan det ligge organisatoriske årsaker til grunn for dette resultatet også? Eller en annen viktig faktor, som innlevelsesevne og engasjement fra tjenesteyter? Begge deler inngår i det som Bjørnerå (2008) forklarer som det dynamiske samspillet mellom individet og omgivelsene. Fra teoridelen viser jeg til Christensen og Nilssen (2006) som skriver at «det er svært sjelden at man kan se helt bort fra at et individ har evne til å formidle egne ønsker». Jo mindre kompetanse en person har til å treffe egne beslutninger, til større blir utfordringen til tjenesteyteren å skape verdighet i samhandlingen (Christensen og Nilssen 2006:51). Dette forutsetter en trygghet, tillit og en stabil relasjon mellom samarbeidspartnerne, noe som igjen baseres på tid og interesse for innlevelse og kommunikasjon. Videre viser jeg tilbake til teorien til George Herbert Mead som beskriver forholdet mellom «I» og «Me» som utgjør innholdet i sosial handling. Meads teori sier at vi er avhengig av «signifikante andre» i våre bedømmelser av situasjoner, personer som er i vårt primære nettverk. Dette samspillet er viktig for vår utvikling og bidrar til å gi oss forutsetninger til å bestemme selv (Bollingmo m.fl.2005:18f). «Hjemmet skal være den trygge basen som gir den enkelte mot til å begi seg ut i verden på» (Folkestad 2014:166). Dette innebærer krav til de som møter og støtter mennesker i hjemmet (Folkestad 2014:166). Som tjenesteyter i arbeidet hjemme hos mennesker med utviklingshemning vil vi ofte være en viktig nærpersion, en «signifikante andre». Det vil være viktig å være oppmerksom på at det ligger makt i å være den «betydningsfulle» for den andre. Som tjenesteyter må vi være oppmerksom på at vi kan påvirke tjenestemottaker med våre handlinger, dette kan virke både fremmende og hemmende på tjenestemottaker når vedkommende skal ta egne valg. Johansen (2005) skriver at kvaliteten på samspillet mellom tjenesteyter og tjenestemottaker kan bli negativt påvirket om tjenesteyter i for stor grad legger premissene for meningsinnholdet. Dette kan igjen virke demotiverende for tjenestemottaker (Johansen 2005:77).

5.2 Makt og avmakt, formynderi eller unnfallenhet

Berge og Ellingsen (2015) skriver at mange av informantene har innfunnet seg med at de er prisgitt hva personalet mener og tror. De forklarer dette på ulike måter og mange fremstår som trygge i sitt eget liv. Samtidig er det å kunne være primær aktør i eget liv, noe det ser ut som at de mangler vesentlig informasjon om. Noen er mer ambivalente og kan være i opposisjon og krever sin rett til å kunne bestemme mer selv. Denne opposisjonen fører også til innstramminger fra kommunen og konflikter. Berge og Ellingsen (2015) beskriver sine observasjoner i intervjuene med informantene, at det er individuelle faktorer hos den enkelte som kan være avgjørende til hva de selv klarer å formidle og hva de selv oppfatter. Berge og Ellingsen (2015) viser til Christensen og Daugaard Jensen (2001) som betegner dette som maktens fire dimensjoner, *direkte makt*, *indirekte makt*, *bevissthetskontrollerende makt* og *institusjonell makt*.

5.2.1 Maktens markører

Eksempelene som vist til i teoridelen, maktens fire dimensjoner. Det som Berge og Ellingsen kaller maktens markører, underbygger det som jeg tidligere har skrevet om å være i situasjoner som gir avmakt for personene det gjelder. Det vitner om hverdagsmakt, eller skjultmakt, formynderi og kan også tenkes at i det noen tilfeller er uvitenhet hos tjenesteyter. Hutchinson (2014) skriver «avmakt har mange drakter, men gjenkjennes i det enkelte menneske som en følelse av nedstemthet, det å ikke vite hva man skal gripe til, tanker om at det ikke nytter – kort sagt en følelse av oppgitthet» (Hutchinson 2014:17).

Indirekte makt kan for eksempel være de som har vedtak etter kapittel 9 i helse- og omsorgstjenesteloven. Informantene fra undersøkelsen viser til at de i mindre grad har deltatt i utformingen av eget vedtak, og ikke blitt hørt i å finne andre løsninger i forhold til bruk av tvang og makt (Berge og Ellingsen 2015:27). *Indirekte makt* som vist til i eksempelet over, er makt som ikke er synlig, men som fremstår i det skjulte. Utformingen av vedtak har blitt utformet, mens tjenestemottaker i mindre grad deltatt i prosessen og det har ikke blitt sett på handlingsalternativer. Det er lovpålagt at tjenestemottaker har rett til medvirkning, informasjon og i forhold til å finne andre løsninger (Helse- og Omsorgstjenesteloven). Et annet eksempel på *indirekte makt* kan være om personalet legger dagsplaner for tjenestemottakeren uten at vedkommende blir tatt med i planleggingen.

Institusjonell makt forklarer Ellingsen (2007) som «vi tar det for gitt at det er noe vi ikke kan bestemme selv, mens det viser seg at gjerne vi gjerne tar feil i vår vurdering av hva det er vi ikke kan bestemme selv» (Ellingsen 2007:32). I undersøkelsen viste Berge og Ellingsen (2015) til at informantene aksepterte bruk av tvang fordi tingenes tilstand er slik som de er. Her viser Berge og Ellingsen (2015) til en kvinne som har vedtak på kostregulering, som svarer «at det må være slik, fordi jeg har en diagnose». *Institusjonell makt* er tilstede både for de som ser ut til å godta det som de ikke har mulighet til å påvirke og for de som er i opposisjon til rammene de lever i (Berge og Ellingsen 2015:27).

Når en ikke blir vist tillit og mulighet til å medvirke eller blir hørt, vil det kunne gi en avmakt som igjen kan få følger som oppgittethet og passivitet, eller som det som Berge og Ellingsen (2015) forklarer som opposisjon mot personalet. Helse- og omsorgstjenesteloven kapittel § 9-5 stiller krav om at andre løsninger skal være prøvd (Helse- og omsorgstjenesteloven). Denne avmakten kunne ha vært begrenset, om tjenestemottakerne hadde deltatt mer i beslutninger som omhandler deres liv. Det er dette rettsikkerheten handler om. Som vist i teorien sier Vebenstad (2014) at lovverket har satt holdninger på dagsorden og bidratt til forståelse for utfordrende atferd, oppfølging av psykiske lidelser og selvbestemmelse. Det har også ført til forskning, fagutvikling og mye har skjedd innen holdningsendringer. Det er også krav om utdanning og forebygging og utprøving av andre løsninger (Linde 2014:67). Studiet til Berge og Ellingsen viser at vi ikke er kommet helt i mål på dette området. De som har vedtak etter kapittel 9 er avmektige i utgangspunktet, og skulle ikke måtte oppleve denne avmakten forsterket ved manglende deltagelse og høring i forhold til å finne andre løsninger enn bruk av tvang og makt. Det som vises av det Vebenstad (2014) hevder er at lovverket positivt bidrar til å skape holdningsendringer og større forståelse i ulike fagfelt. For eksempel mangel på selvbestemmelse og utfordrende atferd kan i enkelte tilfeller ses i sammenheng. Berge og Ellingsen (2015) viser til et engelsk studie som viser at 10-15 % av alle personer med utviklingshemming har en eller annen form for utfordrende atferd. Grunnlaget for utfordrende atferd blir dannet i spenningsforholdet mellom individets forutsetninger og samfunnets krav, jamfør gap- og misforholds modellen (Berge og Ellingsen 2015:11). Her vil samspillet mellom tjenestemottaker og tjenesteyter være en viktig faktor for å minske gapet. Eksempelvis mangel på kommunikasjon og forståelse mellom partene kan være en årsak til utfordrende atferd når hverdagsvalg skal tas.

Direkte makt er en maktform som får en person til å gjøre noe som vedkommende ikke ellers ville ha gjort. Eksempelvis kan hverdagen til personer med utviklingshemming være preget av rutiner og planer, mange har ofte behov for en forutsigbar og strukturert hverdag. Om tjenesteyter ikke er oppmerksom på dagsformen til tjenestemottaker og vedkommende ikke er opplagt til å gjennomføre en aktivitet en dag, og tjenesteyter åpent og synlig innleder i diskusjoner og formaninger, og tilslutt får igjennom sin vilje. Dette er et eksempel på direkte makt, selvbestemmelsen blir ikke ivaretatt og det kan oppleves som krenkende og mangel på respekt for vedkommende.

Bevisshetskontrollerende makt, kan sammenlignes med det som Vatne (2012) kaller skjult makt. Berge og Ellingsen (2015) sier at noen av informantene forteller at det forekommer konsekvenser om de ikke gjør som personalet vil. Dette i form av tilbakeholdelse av aktiviteter eller at de ikke får gå ut av leiligheten sin (Berge og Ellingsen 2015:26). Jeg har tidligere skrevet om avhengigheten og sårbarheten utviklingshemmede ofte har i sin hverdag. Trusler og gjennomføring av tilbakeholdelser av goder, eller selvfølgelig ting for oss uten utviklingshemming er som Vatne beskriver en ikke konstruktiv- maktform, den er krenkende og medfører lydighet eller motreaksjoner fra tjenestemottakeren (Vatne 2012:207). En annen side ved skjult makt kan være at tjenesteyter styrer tjenestemottaker ut ifra egne holdninger og meninger i små situasjoner i hverdagen. Dette trenger ikke være bevisst, men også ubevisst handling fra tjenesteyter.

For å plassere *Bevisshetskontrollerende makt* i modellen; person og system Skau (2015), vil det bli i *Mørkerommet*. Her møter tjenestemottakeren en tjenesteyter som er maktmisbruker som type. Graden av selvbestemmelse er stort sett styrt av hva personalet kommer til å si, og at personalet har siste ordet i beslutninger. Det kommer også frem i undersøkelsen at konsekvenser som tilbakeholdelse i leiligheten forekommer (Berge og Ellingsen 2015:27). Dette er en form for paternalisme, Som Hutchinson (2014) sier er «å ta i bruk alt fra hardere midler til mer raffinerte metoder, som kan fremstilles som å ha omsorg for andre» (Hutchison 2014:37).

Skau (2015) sier at her bruker tjenesteyteren sin posisjon til å utøve makt over andre, og behandler tjenestemottaker på en ydmykende måte (Skau 2015:85). Personer som er høyt hierarkisk orientert, kan også ha innflytelse på sin kollegaer som gir negative konsekvenser for tjenestemottaker. Om tjenesteyter blir sett opp til i personalgruppen, vil holdninger og

handlinger kunne overføres til andre tjenesteytere. Har personen høy status vil det kunne påvirke organisasjonskulturen, noe som vil slå uheldig ut om makten ikke blir brukt riktig. «Organisasjonskulturen utgjøres av de felles verdier og holdninger av de felles verdier som preger arbeidsplassen, ofte uten at man tenker over det» (Eide og Aadland 2015:25).

Sett fra en annen side kan en som tjenesteyter komme til å vise likegyldighet og ansvarsfraskrivelse om en ikke handler i noen situasjoner. For å vise til et eksempel om en tjenestemottaker motsetter seg tannpuss, kan dette få konsekvenser over tid. Som tjenesteyter kan en da ikke bruke tjenestemottakers selvbestemmelse som argument for å unnlate å ta tak i situasjonen. Dette vil være unnfalighet og ansvarsfraskrivelse fra tjenesteyter. I teorikapittelet viser jeg til Skau (2015) som sier at en «god hjelper» ikke er en hjelpeløs og avmechtig person. Makt behøver ikke å være et onde, men en nødvendighet for å kunne hjelpe (Skau 2015:32). Her kan en vise til det som Christensen og Nilssen (2006) benevner som svak paternalisme, som forfatterne skriver er individualisert omsorg. Forfatterne viser til Martinsen som understreker at ved svak paternalisme forutsettes det at tjenesteutøveren vet hva som er til det beste for tjenestemottakeren, og bare skal utøves ut fra et engasjement og en sensitivitet som er til det beste for tjenestemottakeren. Her vil kvaliteten på omsorgen i stor grad være avhengig av den etiske kvaliteten og det som faktisk utrettes i situasjonen (Christensen og Nilssen 2006:48f).

I tabell 9.3 i undersøkelsen til Söderström og Tøssebro (2011) vises det til begrunnelser for manglende selvbestemmelse som «en kan ikke stole på at han/hun velger fornuftig» var førende etter 1994 frem til 2010 og «organisatoriske» begrunnelser på nytt fikk en sterkere rolle (Söderström og Tøssebro 2011) Denne begrunnelsen kan ses i sammenheng med bevissthetskontrollerende makt om tjenesteyter har dette som «hvilepute» og påvirker tjenestemottaker til å velge imot sine interesser. Argument som «En kan ikke stole på at vedkommende ikke velger fornuftig» viser igjen til Gap- modellen der det ikke samsvarer med individets forutsetninger og samspillet med omgivelsene.

Det er ulike årsaker til mangel på selvbestemmelse i hverdagen for mennesker med utviklingshemning. Tjenesteyter og system er viktige faktorer for hvordan enkeltmennesket møter hverdagen. Hva er så idealet i omsorgen for å kunne imøtekomme hvert individs behov og interesser?

I Skau `modell; Person og system viser jeg her til *Veksthuset*. Her møter tjenestemottaker et tjenestesystem som kan innfri individuelle behov. Skau (2015) sier at her er velferdsstatens idealer representert. Det er samsvar mellom person- og systemnivå, og begge er likeverdsorienterte (Skau 2015:84). I dette rommet finnes ikke «organisatoriske» begrunnelser for mangel på selvbestemmelse. Samspillet mellom tjenestemottaker og tjenesteyter vil være basert på trygghet, tillit og respekt. En god relasjon som Røkenes og Hanssen (2012) i teorikapittelet sier, hviler på en samhandlingsprosess som skaper tillit, trygghet og en opplevelse av troverdighet og tilknytning (Røkenes og Hanssen 2012:26). Viser igjen til Mead som hevder at vårt selvbilde og vår identitet er sosialt skapt i samhandling med andre. Dette samspillet er viktig for vår utvikling og bidrar til å gi oss forutsetninger til å bestemme selv (Bollingmo m.fl.2005:17f). Her er det dynamiske samspillet mellom individet og omgivelsene (Bjørnrå 2008:121). I dette rommet vil gapet som skaper misforhold mellom individet og tjenestene, være tilpasset slik at utfordringene til tjenestemottaker blir styrket jf. Gap-modellen.

6.0 Avslutning

Jeg har brukt undersøkelser og litteratur som omhandler mitt tema for å finne svar på min problemstilling. *Hvordan påvirkes hverdagen til mennesker med utviklingshemning av tjenestesystem og tjenesteyters syn på selvbestemmelse?*

Mitt studie viser at for mange mennesker med utviklingshemning er graden av selvbestemmelse påvirket av faktorer som system og person. Systemet er i dag preget av at det bygges større bofellesskap, noe som igjen fører til at det blir mindre tid og muligheter til vektlegging av individuelle behov hos den enkelte. Systemet er den største påvirkningsfaktoren, fordi de ansatte er underlagt de rammer og vilkår som systemet setter. Person eller tjenesteyter har også innvirkning på hvordan utviklingshemmede har mulighet til å være aktør i eget liv. Tjenestemottakere er prisgitt hva personalet mener og tror, derfor vil det være personavhengig, hvilke holdninger, innlevelsessevne og menneskesyn tjenesteyter har. Dette vil påvirke fordi samspillet mellom tjenesteyter og tjenestemottaker er avgjørende for å kunne ta egne avgjørelser. Selvbestemmelse vil være et resultat av samspillet mellom individet og omgivelsene (Bjørnrå 2008:121). Mennesker med utviklingshemning er preget av at de ofte er avhengig av andre, dette er omgivelsene som omfattes av både person og system. Skau (2015) System og person i hjelpende yrker er flettet sammen på en intrikat måte i et gjensidig avhengighetsforhold til hverandre (Skau 2015:82). Det finnes ikke noe fasitsvar på min problemstilling, men det kommer frem av litteraturen, at mennesker med utviklingshemning til en viss grad har manglende selvbestemmelse i hverdagen. Arbeidet med oppgaven har gitt meg større forståelse over at systemet har betydning over de ansattes muligheter til å gi individuelle behov. Samtidig tenker jeg at om tjenestemottaker befinner seg i det som Skau (2015) kaller veksthuset, kan en enkelt tjenesteyter komme inn å gi vedkommende opplevelsen av å være i maktkammeret. Oppgaven har hatt til hensikt å få frem hvor viktig det er at vi som tjenesteytere er bevisst vår yrkesutøvelse. Det er ofte vi som er nærpåsonene som er i besittelse av den makt som det innebærer. Dette er en rolle vi må være reflektert og bevisste over, vår oppgave er å ivareta menneskeverdet hos den enkelte.

Litteraturliste

Aadland, Einar (2004). «Og eg ser på deg ...» Vitenskapsteori i helse- og sosialfag. Oslo: Universitetsforlaget.

Askheim, Ole Petter (2003). *Fra normalisering til empowerment. Ideologier og praksis i arbeid med funksjonshemmede*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Berge, Kim og Karl Elling Ellingsen (2015). *Selvbestemmelse og bruk av tvang og makt*. En studie på oppdrag fra Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet. Trondheim: NAKU - Nasjonalt kompetansesenter om utviklingshemming.

http://naku.no/sites/default/files/NAKU_tvang%26makt_ferdig2_skjerm.pdf (Lastet ned 19.04.2016).

Bjørnrå, Turid Helene (2008). *Selvbestemmelse og hjelp til selvbestemmelse. Problemer, paradokser og utfordringer*. I: Bjørnrå, Turid, Willy Guneriussen og Viktor Sommerbakk (red.) (2008). *Utviklingshemning, autonomi og avhengighet*. Oslo: Universitetsforlaget.

Bollingmo, Leif, Karl Elling Ellingsen og Aud Selboe (2005). *Perspektiver på selvbestemmelse*. I: Bollingmo, Leif, Karl Elling Ellingsen og Aud Selboe (2005). *Selvbestemmelse for tjenestenytere*. Kapittel 1. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Bollingmo, Leif og Anne Holm (2005). *Selvbestemmelse, visjoner og målvalg*. I: Bollingmo, Leif, Karl Elling Ellingsen og Aud Selboe (2005). *Selvbestemmelse for tjenestenytere*. Kapittel 4. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Christensen, Karen og Even Nilssen (2006). *Omsorg for de annerledes svake. Et overvåket hverdagsliv*. 1.utgave. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Dahlen, Wenche Nerland (2007). *Retten til Selvbestemmelse*. I: Ellingsen, Karl Elling (red.) (2007). *Selvbestemmelse. Egne og andres valg og verdier*. Oslo: Universitetsforlaget.

Dalland, Olav (2007). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. 4. utgave. Oslo: Gyldendal Akademisk.

De Forente Nasjoner (1948). *Verdenserklæringen om menneskerettigheter*. Artikkel 1. <file:///C:/Users/Robert/Downloads/Verdenserkl%C3%A6ringen%20om%20menneskerettigheter.pdf> (lastet ned 30.03.2016).

Eide, Tom og Einar Aadland (2015). *Etikk- håndboka for kommunens helse og omsorgstjenester*. Oslo: Kommuneforlaget.

Ellingsen, Karl Elling (2007). *Selvbestemmelse. Egne og andres valg og verdier*. Oslo: Universitetsforlaget.

Fagplan (2012). *Bachelor i vernepleie*. Molde: Høgskolen

FN- sambandet (2016). *FNs konvensjon om rettighetene til personer med nedsatt funksjonsevne*. [Chttp://www.fn.no/FN-informasjon/Avtaler/Menneskerettigheter/FNs-konvensjon-om-rettighetene-til-personer-med-nedsatt-funksjonsevne](http://www.fn.no/FN-informasjon/Avtaler/Menneskerettigheter/FNs-konvensjon-om-rettighetene-til-personer-med-nedsatt-funksjonsevne) (lest: 30.03.2016). *Convention on the Rights of Persons with Disabilities*. Oslo: FN- sambandet

Folkestad, Helge (2014). Mer enn bare tjenesteyting: om vernepleiefaglig skjønn og hjemlig omsorg. I: Ellingsen, Karl Elling (red.) (2014). *Vernepleiefaglig kompetanse og faglig skjønn*. Kapittel 8. Oslo: Universitetsforlaget.

Garsjø, Olav (2001). *Sosiologisk tenkemåte*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Grøsvik, Kjellaug (2008). Diagnostisering av utviklingshemning hos barn. I: Eknes, Jarle Trine Lise Bakken, Jon Arne Løkke og Ivar Mæhle (red.) (2008). *Utredning og diagnostisering. Utviklingshemning, psykiske lidelser og atferdsvansker*. Kapittel 1. Oslo: Universitetsforlaget.

Haug, Erna og Kirsti Meum Paulsen (2007). *Mellom fag forvaltning og politikk. En problembasert introduksjon for studenter*. Oslo: Universitetsforlaget.

Helse- og omsorgsdepartementet (2009). *Brukermedvirkning*.
<https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/sykehus/prioriterte-utviklingsomrader/brukermedvirkning/id536803/> (lest 15.05.2016).

Henriksen og Vetlesen (2006). *Nærhet og distanse. Grunnlag, verdier og etiske teorier i arbeid med mennesker*. 3.utgave. Kapittel 5. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Holden, Børge (2009). *Utfordrende atferd og utviklingshemning. Atferdsanalytisk forståelse og behandling*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Hutchinson, Gunn Strand (2014). *Samfunnsarbeid. Mobilisering og deltagelse i sosialfaglig arbeid*. 3.Utgave. Oslo: Gyldendal Akademisk.

ICD-10: Den internasjonale statistiske klassifikasjonen av sykdommer og beslektede helseproblemer 2015. Helsedirektoratet.

<https://finnkode.helsedirektoratet.no/#icd10/0/0/0/2599534> (lest 25.02.2016)

Innstrand, Anne Gro (2009). Livskvalitet. I: Jarle Eknes og Jon Løkke (red.) (2009). *Utviklingshemming og habilitering. Innspill til habiliteringsprosessen*. Kapittel 2. Oslo: Universitetsforlaget.

Johansen, Karl-Johan (2005). Tjenesteyting i velferdsstaten –omsorg, interaksjon og meningsdannelse. I: Bollingmo, Leif, Karl Elling Ellingsen og Aud Selboe (2005). *Selvbestemmelse for tjenestenytere*. Kapittel 3. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Kittelsaa, Anna, Borgny Ytterhus og Patrick Kermit (2015). Reformen og daglig liv. I: Kermit, Patrick, Anders Gustavsson, Anna Kittelsaa og Borgunn Ytterhus (red.) (2015). *Utviklingshemming. Hverdagsliv, levekår og politikk*. Kapittel 1. Oslo: Universitetsforlaget.

Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (Helse- og omsorgstjenesteloven).

LOV-2011-06-24-30

Departement Helse- og omsorgsdepartementet

Sist endret LOV-2015-06-19-65 fra 01.10.2015

https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30#KAPITTEL_9 (Lest 25.02.2016).

Lov om pasient- og brukerrettigheter (Pasient og brukerrettighetsloven)

LOV-1999-07-02-63

Departement Helse- og omsorgsdepartementet

Sist endret LOV-2015-05-22-32 fra 01.11.2015

<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>

(Lest 25.02.2016).

Linde, Sølvi (2012). *Krav til kompetanse ved bruk av tvang*. SOR konferanse i Bergen april 2014. Artikkelen ble først publisert i SOR Rapport nr.4/2014 Oslo: Samordningsrådet <http://www.samordningsradet.no/pop.cfm?FuseAction=Doc&pAction=View&pDocumentId=63639> (lest 01.04.2015).

Lunde, Edith Viktoria (2009). Perspektiver på helse og habilitering. I: Eknes, Jarle og Jon Løkke (red.) (2009). *Utviklingshemming og habilitering. Innspill til habiliteringsprosessen*. Kapittel 1. Oslo: Universitetsforlaget.

Melgård, Thorild (2000). Utviklingshemming. I: Eknes, Jarle (red.) (2000). *Utviklingshemming og psykisk helse*. Kapittel 1. Oslo: Universitetsforlaget.

NAKU (2012). Nasjonalt kompetansemiljø for utviklingshemmede. *FN-konvensjonen om rettighetene til mennesker med nedsatt funksjonsevne*.

<http://naku.no/node/943> (lest 25.02.2016).

Norvoll, Reidun (2012). Makt og avmakt. I: Brodtkorb, Elisabeth og Marianne Rugkåsa (red.) (2012). *Mellom mennesker og samfunn. Sosiologi og sosialantropologi for helse- og sosialprofesjonene*. 2.Utgave. Kapittel 3. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Owren, Thomas (2011). Funksjonsnedsettelse og funksjonshemming. I: Owren, Thomas og Sølvi Linde (red.) (2011). *Vernepleiefaglig teori og praksis – sosialfaglige perspektiver*. Kapittel 2. Oslo: Universitetsforlaget.

Røkenes, Odd Harald og Per- Halvard Hanssen (2012). *Bære eller bryte. Kommunikasjon og relasjon i arbeid med mennesker*. 3.Utgave. Bergen: Fagbokforlaget

Skau, Greta Marie (2015). *Mellom makt og hjelp. – Om det flertydige forholdet mellom klient og hjelper*. 4.Utgave.Oslo: Universitetsforlaget.

Solheim, Liv Johanne og Bjarne Øvrelid (2001). *Samhandling i velferdsyrke*. Kapittel.4. Bergen: Fagbokforlaget.

Stølen, Tomas (2014). *Georg Herbert Mead*. Store norske leksikon. Artikkelen ble sist oppdatert 30.12.2014. https://snl.no/George_Herbert_Mead (lest16.05.2016).

Søderstrøm, Sylvia og Jan Tøssebro (2011). *Innfridde mål eller brutte visjoner? Noen hovedlinjer i utviklingen av levekår og tjenester for utviklingshemmede*. Trondheim: NTNU Samfunnsforskning AS, Mangfold og inkludering. <http://www.asvl.no/filestore/RapportInnfriddemlWEB-utgave.pdf> (Lastet ned 19.04.2016).

Torske, Harald (2009) Oppfølging av fastlegen. I: Ekenes, Jarle og Jon A. Løkke (2009). *Utviklingshemning og habilitering. Innspill til habiliteringsprosessen*. Kapittel 10. Oslo: Universitetsforlaget.

Tøssebro, Jan (2014). Trender i utviklingshemmetes levekår og deltakelse. I: Ellingsen, Karl Elling (2014). *Utviklingshemning og deltagelse*. Kapittel 3. Oslo: Universitetsforlaget.

Utdanning- og forskningsdepartementet (2005). *Rammeplan for vernepleierutdanning*. https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kilde/kd/pla/2006/0002/ddd/pdfv/269377-rammeplan_for_vernepleierutdan (lest 09.05.2016).

Vatne, Solfrid (2012). *Korrigere og anerkjenne. Relasjonens betydning i miljøterapi*. Oslo: Gyldendal Akademisk.