



Bacheloroppgave

VPL05 Vernepleie

Selvbestemmelse - en menneskerett?

Self-determination - a human right?

Breiteig Torill

Totalt antall sider inkludert forsiden: 52

Molde, 18.05.2016



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 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 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 type="checkbox"/>
4.	Jeg/vi er kjent med at alle innleverte oppgaver kan bli plagiattkontrollert i Ephorus, se Retningslinjer for elektronisk innlevering og publisering av studiepoenggivende studentoppgaver	<input 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 type="checkbox"/>
6.	Jeg/vi har satt oss inn i regler og retningslinjer i bruk av kilder og referanser på biblioteket sine nettsider	<input type="checkbox"/>

Publiseringsavtale

Studiepoeng: 15

Veileder: Guro Fiskergård Werner

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: 18.05.16

Antall ord: 11373

Forord

Siden 2. året på vernepleier deltid ved Høgskolen i Molde har jeg tenkt at jeg skulle skrive en bachelor oppgave som omhandlet selvbestemmelse hos mennesker med utviklingshemming. Teksten ble til underveis i prosessen, jeg hadde overhode ikke en klar forståelse for hvordan det ferdige produktet skulle se ut. Jeg ønsket at oppgaven skulle bidra til at egen og andres refleksjon over begrepene selvbestemmelse og brukermedvirkning, kan føre til økt livskvalitet og mulighet til å være aktør i eget liv for mennesker med utviklingshemming. Først og fremst vil jeg takke familien min for tålmodighet i denne perioden. Jeg må få takke min veileder Guro Fiskergård Werner for grundig veiledning og gode innspill. Sist men ikke minst vil jeg takke Ålesund kommune som arbeidsgiver, som ga meg mulighet til å ta en bachelor i vernepleie.

Torill Breiteig 18. mai 2016

Sammendrag

I denne bacheloroppgaven har jeg hatt fokus på hvordan vernepleiere kan bidra til at mennesker med utviklingshemming har mulighet til økt selvbestemmelse. Vernepleier og andre ansatte må ha fokus på hvilke verdier og holdninger som ligger til grunn for tjenesteytingen.

I drøftingen har jeg kommet inn på ulike omsorgsideologier, og hvilken effekt disse kan ha på beboers selvbestemmelse. Jeg har brukt et case om Ola. Casen har blitt belyst gjennom samhandlingsmodellen til Owren og Linde (2011). Skau sin kompetansetrekant har blitt brukt for å illustrere hvordan vernepleierens kompetanse kan bidra til økt selvbestemmelse hos mennesker med utviklingshemming.

1.0	Innledning	1
1.1	Oppgavens oppbygging	2
2.0	Presentasjon av problemstilling.....	3
2.1	Begrunnelse for problemstilling	3
2.2	Avgrensing av problemstilling.	3
2.3	Begrepsdefinisjoner	4
2.3.1	Funksjonshemming	4
2.3.2	Psykisk utviklingshemming	5
2.3.3	Brukerperspektiv og brukermedvirkning	6
2.3.4	Selvbestemmelse	6
2.3.5	Makt	7
2.3.6	Avmakt.....	7
3.0	Metode.....	8
3.1	Egen for forståelse og bruk av litteratur	10
3.2	Validitet og reliabilitet.....	10
4.0	Teoridel	12
4.1	Normalisering	12
4.2	Empowerment	12
4.3	Verdsetting av sosial rolle	13
4.4	Sosial konstruksjonisme	13
4.5	Gap-modellen	14
4.6	Selvbestemmelse	15
4.7	Brukermedvirkning	15
4.8	Vernepleierens kompetanse.....	16
4.9	Relasjonskompetansen	18
4.10	Samhandlingsmodell.....	18
4.11	Sosiologisk tenkemåte	19
4.12	Forutsetninger for selvbestemmelse hos mennesker med utviklingshemming.	19
5.0	Presentasjon av forskning	21
6.0	Drøfting av problemstillingen	23
6.1	Individuell dimensjon av empowerment	24
6.2	Strukturelle dimensjon av empowerment.....	26
6.3	Verdsatte sosiale roller	30
6.4	Gap-modellen	31
6.5	Dilemmaer i vernepleiefaglig arbeid	32
6.6	Relasjonskompetansen og handlingskompetanse.....	35
6.7	Perspektiv på samhandling	37
7.0	Avslutning	38
	Litteraturliste.....	39

Vedlegg 1: PIO-skjema

Vedlegg 2 Vernepleierens arbeidsmodell

1.0 Innledning

Denne bacheloroppgaven handler om selvbestemmelse hos mennesker med utviklingshemming. Selvbestemmelse hos mennesker med funksjonshemming har siden 1970 årene vært i fokus i helse og omsorgstjenestene. Wehmeyer og Schwartz (1998) skrev at Nirje fremhevet at funksjonshemmedes ønsker, valg og forhåpninger må respekteres når det gjelder handlinger som påvirker dem (Lunde 2009: 23). Når det gjelder å bistå mennesker med utviklingshemming så kan det stilles spørsmåltegn, ved om det er alle tjenesteytere som har respekt og tillit i en hjelpende relasjon.

Både før og etter normaliseringsbevegelsen på 1970 tallet, så har mennesker med en kognitiv funksjonsnedsettelse blitt hindret i å bestemme selv. Bakgrunnen har vært tjenesteyternes vurderinger om at mennesker med utviklingshemming ikke har kognitive evner til å ta egne valg og beslutninger (Lunde 2009:23). Vernepleiere og vernepleierstudenter bør gjennomgående reflektere over om tjenesteytere ivaretar tjenestemottakers rett til selvbestemmelse. Vernepleierutdanningen legger til rette for at studenter utvikler en forståelse for at det å gi omsorg kan være en balansegang mellom hjelp og makt. Vernepleier skal ha respekt for beboers egen kunnskap og personlig valg. Formålet med vernepleierutdanning er:

å utdanne brukerorienterte og reflekterte yrkesutøvere som er kvalifisert for å utføre miljøarbeid, habilitering og rehabiliteringsarbeid sammen med mennesker med fysiske, psykisk og /eller sosiale funksjonsvansker som ønsker eller har bruk for slike tjenester (Fagplanen Bachelor i vernepleie ved Høgskolen i Molde 2012:4ff).

Får mennesker med utviklingshemming være selvstendige aktører i eget liv? Tjenesteytere er muligens ikke alltid like reflektert over hvilken vekt de legger på tjenestemottaker sin selvbestemmelse. Derfor er økt selvbestemmelse hos mennesker med utviklingshemming et tema som er viktig å løfte frem.

Retten til å bestemme over eget liv er et grunnleggende menneskerettslig prinsipp og er nedfelt i menneskerettighetene og i Norges grunnlov (Ellingsen 2005:48). I Norge kommer dette til uttrykk gjennom begreper som brukerrettigheter og brukermedvirkning. Da skal

den enkelte kunne ha innflytelse på sitt eget tjenestetilbud og hvordan livet skal leves (Askheim 2003:11). Når den som skal motta hjelp har kognitive begrensinger, kan det være en utfordring for tjenesteytere, å ivareta den enkeltes rett til å bestemme selv, opp imot å gi så god bistand som mulig (Askheim 2003: 187). Vernepleiere som ønsker å ivareta den andres rett til selvbestemmelse må legge til rette for at den andre har reelle valgmuligheter og mulighet til å ha kontroll over egne beslutninger (Røkenes og Hanssen 2012: 271).

1.1 Oppgavens oppbygging

I bacheloroppgaven har det blitt gitt en fremstilling av hva det vil si for et menneske å ha en utviklingshemming. Deretter kom en beskrivelse av hva selvbestemmelse er, og hvilken status den har i dag. Oppgaven har kommet inn på vernepleiers rolle og hvordan hans syn på selvbestemmelse hos mennesker med utviklingshemming kan påvirke individets rett til å bestemme selv. Derfor har det blitt belyst hvilke verdigrunnlag, faglig forståelse og perspektivvalg vernepleier kan ha.

Selvbestemmelse hos mennesker med kognitiv funksjonsnedsettelse er avhengig av omgivelsenes syn på funksjonshemming. Derfor har det blitt redegjort for ulike perspektiver på funksjonshemming. Det har blitt drøftet hvordan vernepleieres syn på utviklingshemming kan prege samhandlingen. I samhandling mellom beboer og tjenesteytere kommer maktaspektet inn. De har et etisk og medmenneskelig ansvar i sitt arbeide. Ansatte skal være oppmerksom på at den som har mest makt i relasjonen, er den som har mulighet til å få gjennom sin vilje (Norvoll 2009: 6). Det bør derfor være et reflektert forhold til når og hvordan vernepleieren bruker makt og sosial kontroll.

Begrepene beboer, bruker og tjenestemottaker ble brukt om hverandre i oppgaven. Begrepet bruker eller tjenestemottaker henviser til at det er snakk om bruker av offentlige tjenester. Å være en bruker er bare en av mange roller vi har som menneske. Det fremheves en relasjon der den ene er hjelpetrequende, mens den andre er en offentlig betalt hjelper (Bollingmo med flere 2004:29). Mens beboer henviser til et menneske som bor i et hjem, og hvor hjemmet uttrykker verdier som er viktig for den enkelte (Christensen og Nilssen 2005: 106). Derfor ble beboer hovedsakelig brukt i oppgaven.

2.0 Presentasjon av problemstilling

Mennesker med utviklingshemming kan og bør bestemme selv! Hvordan kan vernepleieren i samhandling med mennesker med utviklingshemming ivareta individets selvbestemmelse?

2.1 Begrunnelse for problemstilling

Refleksjon om selvbestemmelse hos mennesker med utviklingshemming er noe jeg har hatt fokus på som vernepleierstudent. Allerede 2. studieår valgte jeg ut en midlertidig problemstilling om emnet. Selvbestemmelse har som regel en positiv innvirkning på menneskers livskvalitet. Å bestemme selv kan være vanskelig for mennesker med kognitiv funksjonsnedsettelse, da de kan trenge hjelp av andre for å mestre selvbestemmelse (Bakken 2015:176). Tjenesteytere må derfor legge vekt på den enkelte beboers rett til å ha innflytelse på egen hverdag. I oppgaven har jeg valgt å fokusere på hvordan vernepleieren kan bidra for å fremme selvbestemmelse hos mennesker med utviklingshemming. Vernepleierens verdier og holdninger vil spille inn når det gjelder hans forståelse av funksjonshemming. Disse verdiene og forståelsen kan påvirke positivt eller negativt i samhandlingen med beboer. Bakgrunn for bacheloroppgaven om selvbestemmelse, var at det skulle komme frem hvilke tanker og verdier jeg har ervervet meg etter fire år som deltidsvernepleierstudent ved høghskolen i Molde.

2.2 Avgrensing av problemstilling.

Det finnes mye litteratur om selvbestemmelse hos mennesker med utviklingshemming. I utgangspunktet kunne jeg valgt å avgrense problemstilling med å definere at jeg skreiv kun om mennesker med lett utviklingshemming, men min forforståelse er at det er mulighet for å legge til rette for selvbestemmelse for alle mennesker med en kognitiv funksjonsnedsettelse. Lovverket ligger til grunn for dagens tjenesteyting, men er i oppgaven bare nevnt i begrenset omfang. Jeg er opptatt av selvbestemmelse i den daglige samhandlingen, og her vil hovedfokuset i oppgaven være.

2.3 Begrepsdefinisjoner

I oppgaven har jeg valgt å definere begrepene funksjonshemming, psykisk utviklingshemming, brukerperspektiv, brukermedvirkning, selvbestemmelse, makt og avmakt.

2.3.1 Funksjonshemming

Funksjonshemming som begrep er svært omdiskutert, og at det kan ses fra ulike perspektiver. Disse perspektivene er blant andre medisinsk modell, sosial modell og relasjonell/gap-modell.

Ut fra medisinsk modell er funksjonshemming «en konsekvens av sykdom, skade eller lyte». Da legges det vekt på personens vansker som et biologisk eller psykisk avvik. Dette er da knyttet opp mot personens diagnose (Tøssebro 2010: 7). Ut ifra medisinsk-modell hevder Grønvik (2005) at funksjonshemming er en samlebetegnelse for ulike former for avvik fra normalfunksjon. Kassah og Kassah(2009) fremhever at dette synet vil gi tiltak som er rettet mot individet selv. Derfor er dette også kalt individuell forståelse av funksjonshemming. Fokuset vil være personlig mestring og strategier som innebære at individet skal tilpasse seg omgivelsene (Owren 2011:31).

Sosial-modell har fokus på at funksjonshemming ikke skyldes forhold ved individet. Her oppstår funksjonshemming i møte mellom personen med funksjonsnedsettelse, og forhold i omgivelsene hindrer og hemmer deres funksjon og mestring. Konsekvensen vil da være at de blir utestengt fra deltakelse. Funksjonshemmingen oppstår som en følge av at samfunnet ikke er tilpasset bredden av menneskelig mangfold (Owren 2011: 32ff).

Ivar Lie (1989) beskriver funksjonshemming slik:

«kjernen i det å være funksjonshemmet er bli satt utenfor deltakelse i livssammenhenger som anses som viktig i det samfunnet en lever. I hovedsak dreier det seg om praktiske problemer som et resultat av manglende samsvar mellom funksjonsevne hos personen og funksjonskrav i miljøet (Tøssebro 2010: 23).

Funksjonshemming forstås da som et gap eller misforhold mellom individets forutsetninger og omgivelsenes krav. Dette er da en relasjonell forståelse av funksjonshemming (Owren 2011: 37f). Gap-modellen vil bli ytterligere redegjort for i teori og drøftingsdel av oppgaven.

2.3.2 Psykisk utviklingshemming

Mennesker med kognitive funksjonsvansker har gjennom tidene blitt kalt både åndssvak og mentalt retardert. Dette er karakteristikk som vi i dag vurderer som svært nedsettende. Siden 1970 har det vært vanlig å bruke begrepet psykisk utviklingshemming (Kittelsaa2011:12). Psykisk utviklingshemming er en samlebetegnelse på rekke forskjellige tilstander. ICD-10 beskriver diagnosen på denne måten:

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

ICD-10 deler utviklingshemming inn i fire kategorier etter alvorlighetsgrad. Mennesker med lett utviklingshemming har vanligvis lære vansker. Mange voksne er i stand til å arbeide, ha gode sosiale forhold og gjøre en samfunnsnyttig innsats. Hos mennesker med moderat utviklingshemming er det vanligvis en markert utviklingshemming i barndommen, men de fleste kan læres opp til noe grad av uavhengighet i det å sørge for seg selv, oppnå adekvat kommunikasjon og noen skoleferdigheter. Voksne vil kunne trenge varierende grad av støtte for å kunne leve og arbeide ute i samfunnet. Når et menneske er alvorlig utviklingshemmet så innebærer det vanligvis et kontinuerlig omsorgsbehov. Hos mennesker med dyp utviklingshemming så fører det til alvorlige begrensinger i egenomsorg, kontinens, kommunikasjon og bevegelighet (Larsen og Wigaard 2009: 22f).

Når tilstanden psykisk utviklingshemming fastsettes, så er det to forhold som må utredes og vurderes, intellektuell modenhet og tilpassing til omgivelsene. Diagnosesystemet ICD - 10 baserer seg på tre kriterier for å kunne fastsette den medisinske diagnosen psykisk utviklingshemming. Individet må ha redusert intellektuell funksjon, mangelfull tilpassing til omgivelsene, og tilstanden må være oppstått før fylte 18 år. IQ viser den mentale utviklingen sett i forhold til hva som kan forventes av alderen. Mental alder gir et innblikk i mentale modenhet. Imidlertid må det være oppmerksom på at mennesker i ulike alder og livssituasjon har ulike erfaringer og behov. Diagnosen sier lite om hvor mye hjelp den

enkelte trenger gjennom livet. Omfang av skade og de reelle muligheter for å utvikle eksisterende evner, samt tilrettelegging av omgivelsene, vil være faktorer som påvirker livskvalitet for den enkelte (NAKU 2016: 3.1).

2.3.3 Brukerperspektiv og brukervedvirkning

Begrepe brukervedvirkning og brukerperspektiv har vært i fokus de senere år i helse og sosialtjenesten. Bruker er både pasient, klient, eller deres interesseorganisasjon. Ørstavik (2002) fremhever at brukerperspektiv handler om ideer om endringer i relasjon mellom bruker og tjenesteapparatet, mens gjennom brukervedvirkning skal brukerne være mer delaktig i utforming av tiltak (Norvoll 2009: 113). Taule (1999) hevdet at bruker er en som nyter, utnytter eller anvender. I dag er dette gjerne knyttet opp mot enkeltmennesker eller grupper som benytter seg av offentlige tjenester. Medvirkning handler om å delta, bidra eller hjelpe. Brukervedvirkning skal være en relasjon mellom brukere og forvaltning, der det forventes at brukerne skal være aktive. Brukervedvirkning kan foregå på tre nivåer. På individnivå dreier medvirkning seg om hvordan den enkelte bruker får medvirke i relasjon med tjenesteytere. Når det gjelder gruppenivå så foregår brukervedvirkning i en relasjon mellom gruppen og tjenesteytere. Eksempel på dette kan være en brukerorganisasjon blir hørt i forvaltningens drøfting om tjenester. Brukervedvirkning kan komme til uttrykk også i relasjon mellom brukerne og den offentlige forvaltningen. I alle disse nivåene ligger det demokratiske verdier til grunn for brukervedvirkning og brukerperspektiv. Her må fokuset være at alle mennesker er likeverdige, og den enkeltes rett til selvbestemmelse og mulighet til å leve et selvstendig liv (Humerfeldt 2005: 218).

2.3.4 Selvbestemmelse

Alle mennesker har behov for å få bestemme over eget liv. Dette er en viktig forutsetning for at individet skal kunne ha en positiv utvikling og identitet (Selbo med flere 2005: 17). Selvbestemmelse er en menneskerettighet. Det har FN vedtatt gjennom en konvensjon om rettigheter til mennesker med nedsatt funksjonsevne. Konvensjonens hovedformål er:

å sikre personer med nedsatt funksjonsevne like muligheter til å realisere sine menneskerettigheter, samt å bygge ned hindre som vanskeliggjøre dette.

Konvensjonen skal bidra til å motvirke diskriminering på grunn av nedsatt funksjonsevne (Barne-, likestillings og inkluderingsdepartementet 2012:10).

Å klare å bestemme selv er en ferdighet som må læres, og dette må praktiseres i relasjon med andre (Selbo med flere 2005: 17ff). Wehmeyer og Schwartz (1997) hevder at mennesker som har selvbestemmelse er den primære aktøren i eget liv. Da har vedkommende mulighet til å ta valg som har å gjøre med hans livskvalitet uten at noen kan påvirke disse valgene (Kittelsaa 2011:86).

2.3.5 Makt

Helse og sosialarbeidere må erkjenne at makt er tilstede i relasjon mellom tjenesteutøver og tjenestemottakere (Skau 2013: 31). Max Weber (1922) definerer makt som» *et eller flere menneskers sjanse til å sette gjennom sin vilje i det sosiale samkvem, og det selv om andre deltakere i det kollektive liv skulle gjøre motstand*». Weber fremhever at den som har mest makt i en relasjon, er den som har størst sjanse til å få gjennomført sin vilje. Foucault (1994) er opptatt av at makten må ta utgangspunkt i en form for frihet. Nettopp friheten til å gjøre motstand skiller begrepene makt og tvang. Når individet ikke har responsmuligheter så er det ikke en maktrelasjon, men en tvangsrelasjon (Norvoll 2009: 68ff). Makt kan også være noe positivt, da handler det om makt til å kunne hjelpe den andre. Om makt er et gode eller et onde, så handler det om hvordan tjenesteyter forpakter sitt ansvar når det gjelder maktbruk (Skau 2013: 32). Bråten (1981) skriver at i det sosiale livet er det ulike syn, virkelighetsforståelser eller modeller. Når tjenesteutøvere skal vurdere maktforhold, så må de være oppmerksomme på hvilke virkelighetsmodell eller forståelse av situasjonen som legger grunnlag for samhandling (Norvoll 2009: 89).

2.3.6 Avmakt

Mathisen (1982) hevder at mennesker opplever avmakt når de er i en situasjon hvor de ikke kan se noen form for utvei, eller muligheter for å endre sin situasjon eller hvor det ikke er mulighet til å motsette seg den andres vilje. Avmakten oppleves sterkere når mennesker er i et avhengighetssituasjon og på denne måten er bundet fast til den andres bestemmelse. En avmektig posisjon kan skyldes at et menneske har svake personlige ressurser. Årsaken kan være at en har en rolle som har lite makt i det sosiale systemet (Norvoll 2009: 81f).

3.0 Metode

I denne bacheloroppgaven brukte jeg litteraturstudie som metode. Problemstillingen skulle belyse et bestemt formål på en så god måte at den kan dokumenteres gjennom bruk av en metode (Dalland 2012: 128). Litteraturstudie om selvbestemmelse hos mennesker med utviklingshemming kunne gi meg tilstrekkelig informasjon til å belyse problemstillingen, og forhåpentligvis har jeg fremstillet tema på en faglig interessant måte. Litteraturstudie innebærer at jeg har benyttet seg av data som andre mennesker har samlet inn. Dette er sekundærdata som finnes i bøker, tidsskrift og databaser. I leting etter relevant teori ble det benyttet søk i Oria når jeg fant litteratur til denne oppgaven. Oria er en søketjeneste for studenter og forskere. Jeg brukte et PIO-skjema for å operasjonalisere problemstillingen (vedlegg 1). Noen av søkeordene som ble brukt var selvbestemmelse, utviklingshemming, vernepleier.

Pensumlitteratur har også mye stoff om selvbestemmelse, og jeg gikk derfor gjennom alle stikkordsregister på leting etter litteratur om emnet. I tillegg kjøpte jeg ut i fra et vernepleierfaglig ståsted, en del bøker av egeninteresse, hvor jeg fant en del teori om emnet.

NAKU (Nasjonalt kompetansemiljø om utviklingshemming) og SOR (stiftelsen SOR) har flere artikler om selvbestemmelse som jeg vurderte som relevant for å belyse problemstillingen. I oppgaven benyttet jeg meg av flere forskningsartikler. Universitetet i Nordland og NAKU hadde tre forskningsprosjekt som har sett på selvbestemmelse. Forskningsartikkel *Selvbestemmelse og bruk av tvang og makt* brukte jeg i oppgaven. Sist men ikke minst tok jeg utgangspunkt i et medforskningsprosjekt *Mitt hjem- Min arbeidsplass*, hvor både mennesker med utviklingshemming og tjenesteytere ble hørt.

Bacheloroppgaven bærer preg av en hermeneutisk innfallsvinkel. Hermeneutikk betyr fortolkingslære, og da forsøkte jeg å finne frem til meningen med noe. I søken etter litteratur leste jeg mye litteratur om selvbestemmelse. Jeg forsøkte i oppgaven å fortolke det jeg leste, og beskrev disse vilkårene for at forståelsen skulle kunne gi mening (Dalland 2012: 57). Det var min forforståelse som avgjorde om jeg fant mening i en tekst. Ut i fra en hermeneutisk innfallsvinkel forsøkte jeg å sette meg inn i hvordan andre mennesker kunne oppleve situasjonen, og deretter tolket jeg hvordan dette kunne oppleves. Da vekslet jeg mellom å se helheten og studere enkelte deler. Dette kalles den hermeneutiske spiral (Aadland 2011: 182).

Oppgaven bærer preg av å bruke en kvalitativ metodologisk tilnærming. Kvalitative metoder gir kunnskap om menneskelige egenskaper, som meninger, opplevelser erfaringer, tanker, forventninger, motiver og holdninger (Thidemann 2015:78). Deltakerne i *Mitt hjem – Min arbeidsplass* fremhevet at mennesker med utviklingshemming kan og bør bestemme selv. Med denne bakgrunnen ønsket jeg å få kunnskap om hvordan vernepleierens holdning, verdier og kompetanse kan ivareta retten til selvbestemmelse hos mennesker med utviklingshemming.

Karl Elling Ellingsen er daglig leder ved Nasjonalt kompetansemiljø om utviklingshemming. Jeg henviste i teksten mye til hans bøker, både når det gjaldt selvbestemmelse og vernepleierens kompetanse. Vernepleierens kompetanse ble også belyst gjennom bruk av kompetansetrekanten til Greta Marie Skau (2011), og Fagplanen Bachelor i vernepleie ved Høgskolen i Molde. Dessuten fant jeg en del interessante synspunkt i Nordlund med flere (2015) sin bok «Innføring i vernepleie». Jeg støttet meg også til litteratur fra Fellesorganisasjonen (FO). Seksjonsrådet for vernepleiere (2008).

Anna M. Kittelsaa er seniorforsker ved NTNU Samfunnsforskning AS. Jeg benyttet meg av henne som kilde når det gjelder empowerment, gap-modell og verdsetting av sosial rolle. Ole Petter Askheim er professor ved Høgskolen i Lillehammer. Han ble brukt som kilde til litteratur om normalisering, empowerment og verdsatt rolle.

Adland (2011), Tøssebro (2010) og Røkenes og Hanssen (2012) er teoretisk referanse i teori del under sosial konstruksjonisme. Røkenes og Hanssen er også kilde til relasjonskompetansen, individuell og strukturell dimensjon av empowerment, verdsatte roller og dilemmaer i vernepleierfaglig arbeid.

I presentasjon av perspektiver på funksjonshemming og samhandlingsmodellen støttet jeg meg til boken til Thomas Owren og Sølvi Linde *Vernepleiefaglig teori og praksis* (2011). Under metode kapittel ble det skrevet om vitenskapsteori hentet fra Aadland (2011) og Dalland (2012). I drøftingskapittelet brukte jeg Aadland (2011) som teoretisk referanse. Ellers viser jeg til litteraturlisten.

3.1 Egen forforståelse og bruk av litteratur

Aadland (2011) hevder at forforståelse er en forståelse som går forut for erfaring. Det handler om en bevisst eller ubevisst forventning om hvordan noe kommer til å bli (Aadland 2011: 308). Det ble derfor viktig å klargjøre hvilken forforståelse jeg hadde før jeg begynner å drøfte oppgaven. Jeg var tredje års vernepleierstudent, og hadde 17 års erfaring med å jobbe for mennesker med utviklingshemming. Kunnskap som jeg har ervervet meg gjennom vernepleierstudiet, både min praksiserfaring og min yrkeserfaring ga bakgrunn for valg av litteratur.

Min forforståelse var at alle mennesker kan ha mulighet til å benytte seg av selvbestemmelse, men min forforståelse var at jo lavere kognitive ferdigheter et menneske har, jo mindre får vedkommende bestemme selv. Dermed kreves det mer bevisstgjøring i dagens tjenesteyting, og refleksjon i personalgrupper om hvordan dette kan fremmes.

3.2 Validitet og reliabilitet

I denne oppgaven ble det brukt mange ulike kilder for å belyse selvbestemmelse hos mennesker med utviklingshemming. Når jeg benyttet litteraturstudie, så har jeg samlet inn litteratur, hatt et kritisk blikk på informasjonen og tilslutt sammenfattet det hele (Thidemann 2015:77). Dalland (2012) fremhever at studenter må stille krav til hvordan de søker etter kilder, vurderer dem, gjør rede for dem og hvordan de blir brukt i en oppgave.

Forskningsartiklene som ble brukte i oppgaven ble vurdert etter om de hadde IMRaD-struktur. Det står for introduksjon, metode resultat og diskusjon. Dermed handler det om hvordan artikkelen er oppbygd. IMRaD-strukturen gjør at leser kan orientere seg raskere i ukjente tidsskrifter (Dalland og Tygstad, 2012: 79f). Jeg har forsøkt å være kritisk til om stoffet har relevans for oppgaven. Svarer den litteraturen jeg har brukt til problemstillingen? Jeg har forsøkt å finne litteratur som jeg mente var relevant, og i tillegg fant jeg annen litteratur knyttet opp mot selvbestemmelse ved å se i kildehenvisning til de bøkene jeg brukte først.

Kan min forforståelse om problemstillingen ha påvirket mitt søk etter litteratur? Jeg prøvde å være bevisst at min forforståelse kunne bli en feilkilde i oppgaven, og som studenten skulle jeg være oppmerksom på at mitt forhold til teori kan påvirke oppgaven (Dalland 2012: 117). Er stoffet foreldet? Fagutvikling kan av og til gå så fort at litteratur blir raskt utdatert (Dalland og Tygstad 2012: 63). Jeg valgte derfor litteratur som var fortrinnsvis av nyere dato. De senere år har det blitt større fokus på selvbestemmelse hos mennesker med utviklingshemming. Fortrinnsvis brukte jeg i denne oppgaven primærlitteratur, men også noen sekundære kilder (Dalland 2012: 87).

4.0 Teoridel

4.1 Normalisering

I mer enn 30 år har normalisering vært den sentrale målsetningen for norsk omsorgspolitikkk når det gjelder mennesker med utviklingshemming. Politisk handler normalisering for funksjonshemmede om livsbetingelser og tjenester. Det skulle sikre funksjonshemmede levekår og livsbetingelser som var lik andres (Tøssebro 2010: 99). Normalisering gir en assosiasjon som legger føringer for en tjenesteyting med alminnelighet som ideal. Normaliseringstenkingen har blitt møtt med kritikk for dens manglende evne til å se individet, hvilke ønsker, håp og drømmer den enkelte har. Funksjonshemmede gjør opprør mot normalitetstenkingen, da de opplever den som assimilerende og diskriminerende. De ønsker selv å bestemme hvilke verdier som skal være sentrale i livet deres (Askheim 2003: 89ff).

4.2 Empowerment

Empowerment tilnærmingen avløste normalitetstenkingen. Empowerment handler om overføring av makt. Tjenestemottakere skal kunne få velge selv hvordan de vil leve og innholdet i eget hjelpetilbud. Her ligger en bevissthet om at den enkelte er den fremste ekspert på eget liv. Empowerment har både en individuell og en strukturell dimensjon. Den individuelle handler om å øke individets kontroll over eget liv og gi vedkommende større selvtillit, bedre selvbylde og mulighet til å identifisere barrierer mot kontroll over eget liv. Den strukturelle dimensjon er rettet mot barrierer, maktforhold og samfunnstukturer som opprettholder ulikhet, urettferdighet og mulighet til å ha kontroll over eget liv (Askheim 2003: 102ff). Empowerment-tankegangen har fokus på samfunnsmessige forhold som hindrer funksjonshemmedes muligheter til å ta styring over eget liv. Disse forholdene kan defineres som funksjonshemmede barrierer, og kan bidra til lav selvtillit og selvbylde hos enkeltmennesker med funksjonsnedsettelse (Kittelsaa 2011: 69).

4.3 Verdssetting av sosial rolle

Gjennom den teoretiske tilnærmingen *Verdssetting av sosial rolle* (VSR) er Wolf Wolfensberger opptatt av å gripe fatt i årsakene til hvorfor nedprioriterte grupper opplever urettferdighet og forskjellsbehandling. Han retter fokuset mot tjenesteapparatet. Dessuten ser han på hvordan enkelte personer som bedømmes som annerledes, får tildelt roller som er lavt verdsatt i samfunnet. Wolfensberger var inspirert av Talcott Parsons (1951) og Erwin Goffmann (1963) sin sosial rolleteori. Der var fokuset at menneskers velferd avgjøres av hvilke sosiale roller de tildeles i samfunnet. Omgivelsene definerer mennesker gjennom deres sosiale roller og hvordan de spiller dem ut. Denne rolletildelingen får innvirkning på hvordan mennesket ser på seg selv. Mennesker som blir sett på som avvikende får dermed en sosial rolle som er lavt verdsatt. Målet blir dermed å høyne lite verdsatte mennesker sin sosiale rolle gjennom å forebygge eller redusere stigmatisering, samt endre samfunnets holdninger. Dette kan oppnås ved å høyne det sosiale bildet av et menneske eller øke kompetansen til vedkommende (Askheim 2003: 28ff). Perrin og Nirje (1985) var imidlertid kritisk til at mennesker med utviklingshemming skulle tilpasses til et vanlig livsmønster for å passe inn i samfunnet. De ga uttrykk for at en slik tilpasning ville gå på bekostning av individets rett til å ta egne valg. Dermed fremhevet de at det var viktig for den enkelte å leve mest mulig som andre med sin funksjonshemming, og hvor det var rom for å bestemme selv (Kittelsaa 2011:68).

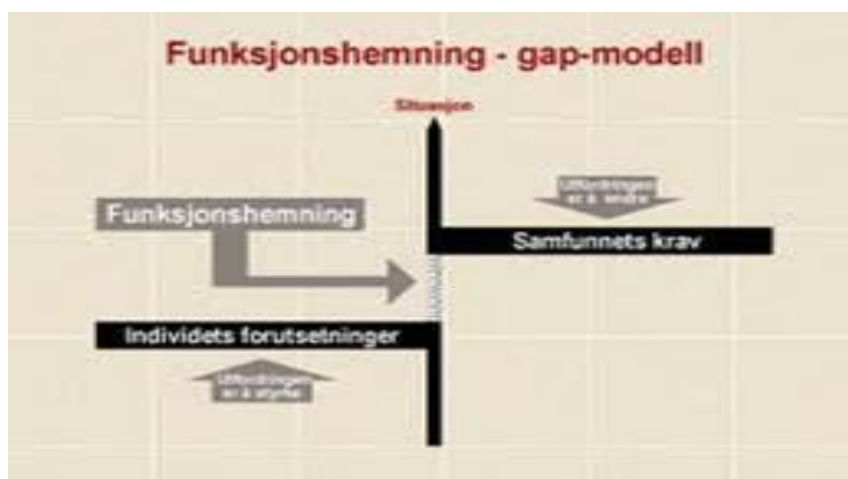
4.4 Sosial konstruksjonisme

Sosial konstruksjonisme er en samlebetegnelse på teorier som sier at menneskets oppfatning av virkeligheten endres over tid i et sosialt samspill. Da vil menneskets måte å tenke på og snakke om virkeligheten bli påvirket av hvordan språket har utviklet seg. (Aadland 2011: 286). Funksjonshemming som begrep er ikke objektivt gitt, men er blitt preget av fortolkninger i den kulturen og det miljøet den er i (Tøssebro 2010: 45). Ervervet kunnskap blir ikke sett på som et resultat av indre mentale prosesser, men noe som vi skaper i samhandling med andre (Røkenes og Hanssen 2012: 155).

4.5 Gap-modellen

Vernepleierfaglig kompetanse skal ta utgangspunkt i relasjonell forståelse av funksjonshemming, hvor det skal legges til rette for egenaktivitet opp imot tjenestemottakers livskvalitet i et livslangt perspektiv. Gap-modellen /den relasjonelle modellen kan benyttes til å beskrive mennesker med utviklingshemming sin situasjon når det gjelder hva som er individets forutsetninger og hvilke krav som stilles til individet av samfunnet.

Funksjonshemmingen oppstår når individets forutsetninger kommer i et misforhold mellom de krav omgivelsene stiller, til funksjon på områder som er vesentlig for å etablere og opprettholde en selvstendig og sosial tilværelse (FO: 2008: 9.) Figur 1 viser gap-modellen.



Figur 1

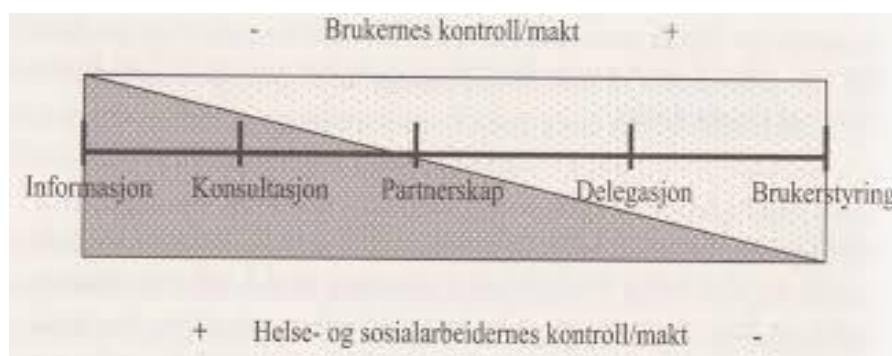
Når mennesker med utviklingshemming får støtte til å kompensere for de vansker utviklingshemmingen skaper, så vil de kunne få en hverdag som preges av egne ønsker, drømmer og håp. Vernepleier skal ha fokus både på tjenestemottakers livsbetingelser på individnivå og rammebetingelser på systemnivå. Vernepleierfaget skal ha fokus på gode relasjoner og et godt sosialt nettverk. God livskvalitet som gir et verdig liv til mennesker med funksjonsnedsettelse må være vernepleiers tenking gjennom hele sin yrkeskarriere (Nordlund med flere 2015:44).

4.6 Selvbestemmelse

Natland Dalen (2007) fremhever at siden ansvarsreformen ble innført på begynnelsen av 1990 årene, så har mennesker med utviklingshemming oppnådd økte rettigheter som er knyttet til selvbestemmelse (Bakken 2015:180). Fokuset i dag er inkludering, selvbestemmelse og deltakelse (Grung med flere 2010: 9). I hefte *Om vernepleieryrket* fremheves det at det stilles store krav til vernepleier når mål er å øke deltakelse og selvbestemmelse hos mennesker med utviklingshemming. Ekstra utfordrende kan det være når individet selv har begrensede muligheter til å fremme sine egne ønsker og interesser (Askheim 2014: 66). Mange mennesker med utviklingshemming hevder i liten grad sine rettigheter, og da er det opp til tjenesteytere å legge til rette for økt inkludering, deltakelse og selvbestemmelse.

4.7 Brukermedvirkning

Begrepene selvbestemmelse og brukermedvirkning brukes ofte om hverandre. Vernepleiere må kunne differensiere mellom dem. Brukermedvirkning er en lovfestet rett hvor brukere av offentlige tjenester kan påvirke tjenestetilbud både på individ, gruppe og systemnivå. Selvbestemmelse er derimot en menneskerett som foregår på individnivå (Ellingsen 2005:39ff). Brukermedvirkning på individnivå kan etter Humerfelt (2005) sin modell (figur 2) foregå på ulike nivå.



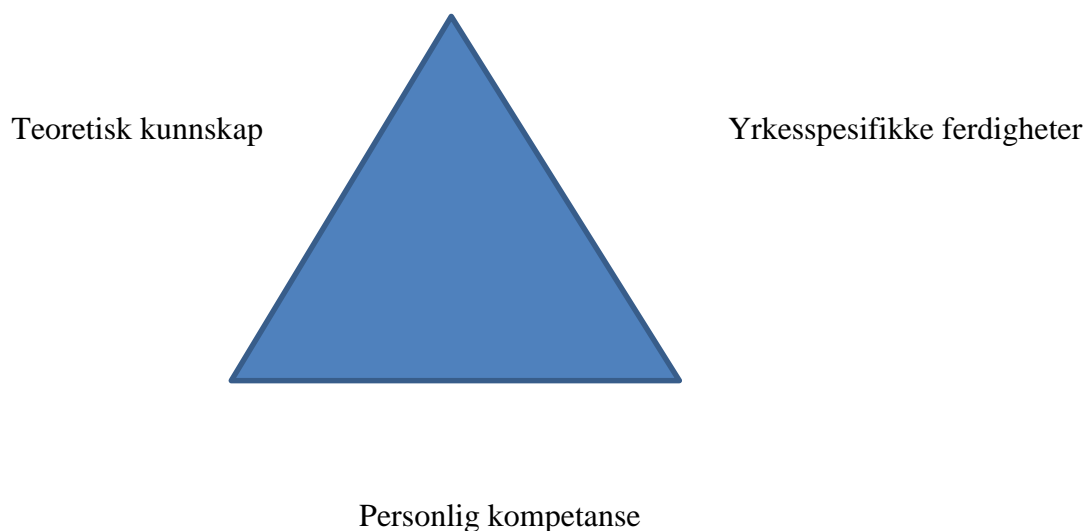
På nivå én får bruker kun informasjon. Da har han ikke mulighet til å påvirke hverken saksbehandling, rettighet eller beslutning. Dette innebærer ingen brukermedvirkning. Neste nivå er konsultasjon og da blir bruker tatt med på råd. Dette gir allikevel ingen reel påvirkning. Tredje nivå handler om partnerskap. Da har bruker og tjenesteyter like mye kontroll over beslutninger. På det nest siste nivå så har bruker fått delegert myndighet til å fatte beslutninger. Brukerstyring er siste nivå, og da har bruker full kontroll (Nordlund 2015: 105). Når det gjelder brukermedvirkning på systemnivå så vil fokuset være hvordan

organisasjonen kan legge til rette for brukermedvirkning. Stang (2003), Vatne (1998) og Bredland (2002) hevdet at faglig veiledning, faglig oppdatering og kompetanse utvikling kan være relevante tiltak for å fremme en kritisk refleksjon om brukermedvirkning. Stang (2003), Handal og Lauvås (1999) og Larssen (2002) fremhevet at veiledningen kan rette seg mot ansattes egne holdninger, deres teori og erfaringsbaserte begrunnelser for handlingsvalg og hvilke faktiske valg som blir gjort i yrkespraksis (Sigstad 2004: 27f).

4.8 Vernepleierens kompetanse

Begrepet kompetanse kommer fra den latinske betegnelsen *Competentia*. Det betyr sammentreff eller skikkethet. Å være kompetent kan bety at vernepleier i kraft av sin stilling har rett til eller myndighet til å gjøre noe, eller har de nødvendige kvalifikasjoner til å fylle en stilling, ivareta bestemte oppgaver eller uttale seg om et spørsmål. Kompetansebegrepet kan deles inn i tre aspekter: teoretisk kunnskap, yrkesspesifikke kunnskaper og personlig kompetanse (Skau 2011:57).

Figur 3: Samlet profesjonell kompetanse:



Alle disse tre aspektene kommer til uttrykk samtidig, men med ulik tyngde i våre enkelte handlinger. De ulike aspektene henger nøye sammen, påvirker hverandre og er avhengig av hverandre (Skau 2011: 58).

Teoretiske kunnskaper:

Teoretiske kunnskaper er faktakunnskaper som vi finner i litteratur eller kunnskaper som vi erverver gjennom forelesninger eller basisgruppearbeid. Teoretiske kunnskaper om etikk, psykologi, sosiologi, pedagogikk, jus, vitenskapsteori er alle viktige for vernepleier, når mål er å fremme selvbestemmelse hos mennesker med utviklingshemming. En god fagperson må være oppmerksom på at teoretiske kunnskaper foreldes, og at vedkommende må holde seg faglig oppdatert innenfor nyere forskning (Skau 2011: 58f). Vernepleier må derfor gjennom hele sitt yrkesaktive liv tilegne seg nye teoretiske kunnskaper.

Yrkesspesifikke ferdigheter:

De yrkesspesifikke ferdighetene består av praksisferdigheter, teknikker og metoder som vi bruker i vår yrkesutøvelse (Skau 2011:59). Eksempel på dette kan være bruk av faglig skjønn i miljøarbeid. Faglig skjønn er en prosess som består av faglig resonering og refleksjon. I hverdagen blir som regel faglig skjønn brukt i enkelt situasjoner, men den kan også brukes i analyser og beskrivelser av de samme situasjonene (Ellingsen 2014a: 13). Vernepleiere kan analysere beboers mestringsnivå og vurdere utviklingsmuligheter for økt selvbestemmelse. Dette kan gjøres ved at vernepleier bruker den helhetlige arbeidsmodell (vedlegg 2). Da handler det om hvordan vernepleier innhenter informasjon, planlegger og organiserer arbeidet med utgangspunkt i brukers ønsker (Nordlund med flere 2015: 55).

Personlig kompetanse:

Vår personlige kompetanse handler om hvem vi er som personer, både overfor oss selv og i samspill med andre. Dermed handler vår personlige kompetanse om hvem vi lar den andre få være i møte med oss. Våre verdier, menneskelige kvaliteter, egenskaper, holdninger, empati, engasjement og forståelse er en del av vår personlige kompetanse. I alle yrker der samspill mellom mennesker er viktig, så er vår personlige kompetanse avgjørende for hva vi kan oppnå med våre teoretiske kunnskaper og yrkesspesifikke ferdigheter (Skau: 2011: 61). I vår personlige kompetanse ligger et faglig skjønn som er personlig for hver og en av oss som yrkesutøvere (Lorentzen med flere 2014:108). Respekten for brukers egen kompetanse og personlige valg er sentralt for en vernepleier.

Dette innebærer at vernepleier må spille på alle disse tre aspektene i kompetansetrekanten når mål for faglig arbeid skal være økt selvbestemmelse hos mennesker med utviklingshemming.

4.9 Relasjonskompetansen

Relasjonskompetansen handler om en bevisstgjøring av hvilke verdier og holdninger vernepleier legger til grunn for samhandling. Dessuten er det en fokusering på hvilken betydning personlig væremåte og egne erfaringer vernepleier tar med seg i møte med beboer. Vernepleier skal fremme læring, bevisstgjøring, frigjøring og mestring hos beboer. Beboere ønsker ansatte som forstår dem, tar dem på alvor og møter dem som medmennesker. Det er i hvilken grad at et menneske er åpen og ber om hjelp, er avhengig av hvor trygg han føler seg i relasjonen (Røkenes og Hanssen 2012: 9ff).

4.10 Samhandlingsmodell

Thomas Owren og Sølvi Linde (2011) presenterer en modell Figur 4 for samhandling mellom tjenesteutøvere og beboere. De ser i modellen på forholdet mellom tjenesteutøvernes konkrete handlemåter, og beboers rett til selvbestemmelse. Forutsetningen for modellen er at handlemåten til vernepleier ikke kan vurderes isolert, men må forstås ut i fra den situasjonen og den relasjon den opptrer i (Owren og Linde 2011:167ff).

Figur 4: Modellens kategorier:

Kategori 1 La seg styre	Vernepleier lar seg styre av beboer ut i fra hans vilje, ønsker og preferanser
Kategori 2 Inviterende praksis	Vernepleier tar initiativ utover beboers uttrykte vilje og ønsker, men lar seg begrense av tilbakemelding fra beboer
Kategori 3 Insisterende praksis	Samhandlingen er ikke i tråd med beboers selvbestemmelse, men den kan heller ikke regnes som tvang. Vernepleier tar her initiativ utover det som beboer formidler at han ønsker, og vernepleier lar seg heller ikke styre av beboers tilbakemeldinger før de står på grensen mot tvang
Kategori 4 Tvang	Vernepleieren gjennomfører noe mot beboers vilje, og som opprettholdes selv om han uttrykker klar motstand

4.11 Sosiologisk tenkemåte

De fleste mennesker gjør samfunnets normer, verdier og definisjoner til sine egne. Dette kalles internaliseringsprosessen, og viser at omgivelsene gjør noe med oss (Garsjø 2001: 70). Georg Herbert Mead snakket om forholdet mellom *I* og *Me*, og hvordan dette utgjør innholdet i sosial handling. Når vi skal bedømme situasjoner er alle mennesker avhengige av det Mead kaller den signifikante andre. Dette er som regel personer i vårt primære nettverk (foreldre, lærer eller helse og sosialarbeidere). Etterhvert som mennesker modnes blir vi i stand til å utvikle evnen til å gjøre egne bedømmelser på bakgrunn av mer generelle vurderinger. Da blir vi påvirket av det Mead kaller den generaliserte andre. Da mener han mennesker i vårt sekundære nettverk, samt de lover og kulturelle normer som er i samfunnet. Dermed blir vår evne til å ta avgjørelser avhengig av om vi klarer å gjøre bestemte vurderinger ut i fra den generaliserte andre. Mennesker kan også få støtte fra signifikante andre (Ellingsen 2005: 17f). Selvbestemmelse utvikles og blir praktisert i relasjon med andre.

4.12 Forutsetninger for selvbestemmelse hos mennesker med utviklingshemming.

I helse og omsorgstjenesteloven § 9-1 kommer det frem at tjenestetilbudet til personer med utviklingshemming skal tilrettelegges med respekt for den enkeltes fysiske og psykiske integritet, og så langt som mulig i overenstemmelse med brukerens eller pasientens selvbestemmelsesrett (Helse og omsorgsdepartementet 2011). Hva betyr det å ha god omsorg? Tronto (1994) skriver at omsorg først og fremst er en praksis hvor både tanke og handling finnes sammen (Christensen og Nilssen 2006:15). I dette møte mellom beboer og vernepleier er det viktig å kjenne beboer. Vernepleier bør ha en reflektert tanke om hvordan den andre liker å bli møtt. Da vil dette være til gunst for begge, og gir dem handlingsalternativer i vanskelige situasjoner (Lorentzen 2003: 147).

Jo Luft og Harry Ingham tok utgangspunkt i Joharis vindu når de laget en tabell med dimensjonene kjent for oss/kjent for andre, og ukjent for oss/ ukjent for andre.

Kjent for meg Kjent for andre	Kjent for meg Ukjent for andre
Ukjent for meg Kjent for andre	Ukjent for meg Ukjent for andre

Tjenestemottakere som får informasjon vil ha mulighet til å kunne bestemme selv ut i fra informasjonsgrunnlaget (Ellingsen 2005: 53).

Wehmeyer (1999) hevder at selvbestemmelse har betydning for personens livskvalitet. Han sier at grad av selvbestemmelse er avhengig av selvregulering. Mennesker som har dårlig selvkontroll, står da i fare for redusert selvbestemmelse (Ellingsen 2014b: 152). Dermed er det av betydning at personen får hjelp til selvregulering. Ellingsen & Johansen (1999) hevder at det er helt avgjørende for skjønnsutøvelsen er at beslutningen ikke er tatt på forhånd. Det må finnes et handlingsrom. I arbeidet med mennesker kreves det en stor grad av skjønnsanvendelse. Skjønn må brukes fordi det er ulike situasjoner som oppstår, og det kan være uventet hvordan disse vil forløpe eller hvordan vernepleier skal kunne løse de. Dermed må vernepleier må kunne tilpasse seg situasjonen, og gjøre en individuell vurdering. Her må en være oppmerksom på faren ved at det faglige skjønn gir utslag på at like saker behandles ulikt og at ulike saker behandles likt (Ellingsen 2014 a: 28f).

Vernepleiere kan «komme i mellom barken og veden», når det gjelder tjenestemottakers ønsker og de politiske og økonomiske føringene som er gitt. Hensyn til turnus og økonomiske innsparinger kan bidra til at beboer ikke selv får bestemme hvilke fritidsaktiviteter han vil delta på. Dermed må vernepleiere være bevisst at de er utdannet innen rammer fra myndighetene og har sin yrkesutøvelse i kommunale tjenester. Fokuset for faglig tenking bør dermed være at beboers beste ligger til rette for tjenesteytingen (Nordlund med flere 2015:99).

5.0 Presentasjon av forskning

I løpet av HVPU reformen fikk mennesker med utviklingshemming økt grad av selvbestemmelse, men dette gjaldt ikke på alle livets områder. Når det gjaldt hvor den enkelte skulle bo, sammen med hvem, og hvem som skulle yte tjenester, så fikk den enkelte ikke bestemme dette selv. Derimot fikk mennesker med utviklingshemming større selvbestemmelse over hverdagsvalgene. I årene etter 1994 har graden av selvbestemmelse vært ganske stabil, men i 2010 kom det frem at hensyn til turnus og rutiner er begrunnelse for lite selvbestemmelse, og fokuset på hverdagsvalg er redusert (Tøssebro 2014: 70f).

NAKU (Nasjonalt kompetansemiljø om utviklingshemming) har fått i oppdrag av Barne og ungdoms og familiedirektoratet å forske på hvordan mennesker med utviklingshemming opplever bruk av tvang og makt mot dem. *Selvbestemmelse og bruk av tvang og makt*. Her kom det frem at informantene er i en situasjon hvor de er prisgitt hva personalet mener og tror. Flere av informantene hadde ikke noe kjennskap til begrepet selvbestemmelse, men det å bestemme selv er det alle som har et forhold til. Berge og Ellingsen fremhever at omgivelsene må endre og øke sin kompetanse når det gjelder selvbestemmelser hos mennesker med utviklingshemming (Ellingsen og Berge 2015: 12)

«Mitt hjem- Min arbeidsplass» er en prosjektgruppe som er en sammensatt av ulike deltakere. Gruppen består av mennesker med og uten utviklingshemming. De møttes jevnlig for idé og meningsutveksling, for å se på forskningsbaserte funn og analyser, samt for å lage filmer og arbeidshefter. Medlemmene i prosjektet har vært opptatt av å finne situasjoner der selvbestemmelse kan være vanskelig.

Tjenesteytere og vernepleierstudenter har fått sett filmene, og deretter gitt mulighet for å uttrykke egne tanker, holdninger og verdier. Hovedfunnene i forskningen viser at vernepleierstudentene er opptatt av å se de store linjene og overordnede verdier og mål, mens tjenesteyterne er mer fokusert på den enkelte tjenestemottaker. Prosjektgruppen fremhever at tjenesteyterne ikke tror at det hjelper for beboer å si nei.

Vernepleierstudentene hadde fokus på at beboerne ble fratatt selvbestemmelsesretten og hvilke verdier situasjonene i filmene belyste (Helland 2014: 39ff).

Prosjektgruppen fremhever at utviklingshemmede i stor grad godtar det tjenesteyterne fremmer av forslag. Prosjektdeltakerne uttrykker at mennesker med utviklingshemminga også trenger å rådføre seg med andre mennesker når det gjelder vanskelige valg. For at de skal føle det naturlig å be om hjelp, så må relasjonen være god. Dermed må tjenesteyterne være bevisst sin rolle, vise ydmykhet og respekt for beboers integritet og selvbestemmelse. Budskapet til prosjektet er at mennesker med utviklingshemming kan og bør bestemme selv, og fortjener å bli respektert i eget hjem (Helland 2014:39ff).

6.0 Drøfting av problemstillingen

Mennesker med utviklingshemming kan og bør bestemme selv. Hvordan kan vernepleieren i samhandling med mennesker med utviklingshemming ivareta individets selvbestemmelse?

I årene etter ansvarsreformen har tjenesteyting foregått stort sett i de private hjemmene til mennesker med utviklingshemming. Dette krever at tjenesteytere må forholde seg til etiske og relasjonelle dilemmaer. Den enkelte tjenesteyter må være bevisst på at hjemmet er mer enn et fysisk hus, når han forholder seg til utfordringene (Østby 2010: 17). Tjenesteytere skal ha fokus på at den enkelte skal være aktør i eget liv og selvbestemmelse skal være en sentral verdi.

Forskningsresultater fra prosjektet *Mitt hjem- min arbeidsplass* sier at mennesker med utviklingshemming kan og bør bestemme selv. Allikevel så opplever mennesker med utviklingshemming at det å ha en utviklingshemming kan føre til at omgivelsene behandler individet annerledes, hvor omgivelsene har fokus på begrensinger heller enn muligheter.

Ulike omsorgsideologier har betydning for hvordan vernepleier velger noen handlingsalternativer fremfor andre. Empowerment tilnærmingen handler om overføring av makt og hvordan beboer skal kunne få velge selv hvordan de vil leve og innholdet i eget hjelpetilbud. Dermed bør vernepleier ha fokus på å arbeide med både den individuelle og den strukturelle dimensjonen innenfor empowerment.

6.1 Individuell dimensjon av empowerment

I Norge har vi alle en rett til å bestemme over oss selv etter at vi er fylt 18 år. Å bestemme selv er en viktig forutsetning for en positiv utvikling og for egen identitet. Derfor må alle mennesker få anledning til å lære selvbestemmelse. Dessverre er det slik at fortsatt blir mange mennesker med utviklingshemming vurdert om de har kvalifikasjoner til å utøve sin rett til selvbestemmelse (Selboe med flere 2005: 19).

Har mennesker med utviklingshemming vansker med å mestre selvbestemmelse? Å lære å bestemme selv er noe mennesker med utviklingshemming kan slite med. Derfor er det viktig å legge til rette for at de kan få oppleve å ta egne valg og beslutninger i saker som angår dem selv (Lunde 2009:25). Vernepleier må på den ene siden kunne skape muligheter for at beboer skal kunne få trening i å bestemme selv. I begynnelsen kan dette være i de små hverdagsvalgene, som valg av klær og mat. Kun gjennom erfaring med å mestre å bestemme selv, så vil vedkommende kunne klare å utvikle evnen til selvbestemmelse. Derfor er det viktig at vernepleier gir støtte når det gjelder hvilke valg vedkommende tar. Vernepleier må være oppmerksom på at selv om individet ikke klarer å bestemme selv på enkelte områder, så betyr det ikke at han ikke klarer å ha selvbestemmelse på andre området i livet (Bollingmo og Holm 2005: 106). På den andre siden så bør vernepleier være bevisst på at retten til selvbestemmelse også handler om retten til å takke nei til å ta en avgjørelse (Nordlund med flere 2015: 102). Vernepleier bør alltid lete etter mulighet for å fremme selvbestemmelse hos mennesker med utviklingshemming.

Marthe Wexelsen Goksøyr er skuespiller, og foredragsholder med Downs syndrom. Hun har laget en egen dokumentar som heter «*Bare Marthe*». Fokuset i dokumentaren er at hun blir diskriminert, og at hun opplever at omgivelsene ser diagnosen og ikke mennesket Marthe. Dette oppleves for henne som at andre bestemmer uten at hun blir tatt med på råd. For Marthe oppleves det som å bli fratatt ansvar for eget liv (Goksøyr 2007: 39). Er dette i tråd med hvordan ansatte skal legge til rette for selvbestemmelse for beboere? Når andre bestemmer for henne, så vil dette ikke være i tråd med å ivareta retten til å bestemme selv.

Hvordan kan vernepleiere bidra til å øke selvbestemmelse hos mennesker med utviklingshemming?

Ut ifra lovverket skal vernepleiere legge til rette for at informasjonen er tilpasset den enkeltes individuelle forutsetninger, som alder, modenhet og erfaring (Nordlund med flere 2015: 107).

Selvbestemmelse handler også om beslutningstaking. Når mennesker med utviklingshemming får tilgang på informasjon fra andre, så vil beslutningsgrunnlaget utvides. Etter Joharimodellen til Luft og Ingram vil vedkommende ha samme beslutningsgrunnlag, fordi det som er kjent for andre også er blitt kjent for han. Beboer som får informasjon vil ha mulighet til å kunne bestemme selv ut i fra informasjonsgrunnlaget. Dermed kan et menneske med utviklingshemming rådføre seg med andre eller be om hjelp til å ta en avgjørelse. Vedkommende har fortsatt selvbestemmelse (Ellingsen 2005: 52f).

Ut ifra Joharimodellen kan man også vurdere beslutningsgrunnlag for vernepleier. Når vernepleier har kunnskap om beboers behov og interesser, så vil dette også kunne bidra til å fremme selvbestemmelse hos beboer. Dersom vernepleier mestrer å se situasjonen fra beboers side, så har vernepleier en hermeneutisk kompetanse, og har da mulighet til å la beboer beholde makt og kontroll i relasjonen. I denne relasjonen er det da en mulighet til å identifisere og bygge på personens sterke sider. Da vil fokuset for vernepleiefaglig arbeid ligge i å ta utgangspunkt i beboers ressurser istedenfor problemer (Askheim 2003: 172ff).

Kategori 1: *la seg styre* i samhandlingsmodellen til Owren og Linde (2011) krever at beboer har handlingskompetanse til å ta initiativ til at egne behov dekkes. Dersom beboer kun skal få tjenester etter som han skal velge og gi uttrykk for, så kan dette være et for stort ansvar for den enkelte beboer å skulle dekke. Kategori 2: *Inviterende praksis* er i et nært samspill med kategori 1: *la seg styre*. I dette spenningsrommet kan vernepleiere mestre å kombinere på den ene siden å tilby beboer nye erfaringer, utforske nye måter å samhandle på, og samtidig på den andre siden ivareta individets selvbestemmelse (Owren og Linde 2011: 170ff). Vernepleier skal hjelpe til med at beboer får økt funksjon og personlig mestring når det gjelder selvbestemmelse. Dette kan bidra til at det vil være lettere å leve med funksjonsnedsettelsen.

6.2 Strukturelle dimensjon av empowerment

I den individuelle dimensjonen av empowerment er fokuset å styrkes individets forutsetninger til å ha kontroll over eget liv, mens det i den strukturelle dimensjonen handler det om å se på barriere, maktforhold og samfunnstukturer (Askheim2003: 102f).

Artikkelen til Ellingsen og Berge (2015) har fokus på hvordan mennesker med utviklingshemming opplever selvbestemmelse i hverdagen. De hevder at det som regel ikke er utviklingshemmede selv som er opphav til informasjon i forskningen. Det er som regel ansatte eller pårørende som uttaler seg. Nettopp i beboernes hverdagslige liv er det tjenesteapparatet har lettes for å bruke makt på en ubetenksom og krenkende måte for den det gjelder (Røkenes og Hanssen 2012: 71).

Bollingmo med flere (2005) påpekte at mennesker med utviklingshemming ofte opplever at deres rett til selvbestemmelse blir overprøvd av andre. Dette kan være enten foreldre eller offentlige ansatte hjelpere (Kittelsaa 2011:86). Vernepleier må da være bevisst på at hans lojalitet bør ligge hos beboers rett til å bestemme. Dessuten bør tjenesteapparatet ha en kritisk refleksjon over egen praksis i tjenesteyting til mennesker med utviklingshemming (Askheim 2003: 187).

Kritisk refleksjon innebærer å være oppmerksom på at selvbestemmelse er et viktig område for miljøarbeid. Ansatte må derfor reflektere over hva selvbestemmelse er, og hvordan legge til rette for den i hverdagen. Helge Folkestad (2014) hevder at begrepet «*vernepleierfaglig arbeid*» gir grunnlag for handlingsvalg i yrkesutøvelsen (Nordlund med flere 2015. 13). Beboers selvbestemmelse er avhengig av hvordan ansatte arbeider. Vernepleier må ha en bevissthet om at evnen til selvbestemmelse ikke kommer av seg selv.

Turnus, tid og rutiner er årsak til lite selvbestemmelse (Tøssebro 2014: 70f). Beboere må av og til dele personalressurser, selv om de i utgangspunktet har 1:1 bemanning. Da kan det være vanskelig at den enkelte beboer får bestemme selv hvilke aktiviteter han ønsker å delta på, eller at beboer må gå hjem før aktiviteter er ferdig for at personalet skal nå vaktskiftet. Dermed må vernepleier bringe frem en diskusjon med leder og personalgruppen på hvordan de kan endre denne praksis på det aktuelle tjenestestedet.

Dersom mennesker med utviklingshemming skal kunne mestre å ta egne valg og beslutninger, så avhenger det mye av omgivelsene. Mennesker med utviklingshemming kan trenge bistand til å ta de «rette valgene». Derfor er det viktig at tjenesteytere har kunnskap om hvordan de skal bistå med å foreta valg på vegne av den det gjelder. De rette valg kan gi en positiv innvirkning på livskvalitet for beboer (Andreassen med flere 2014: 16).

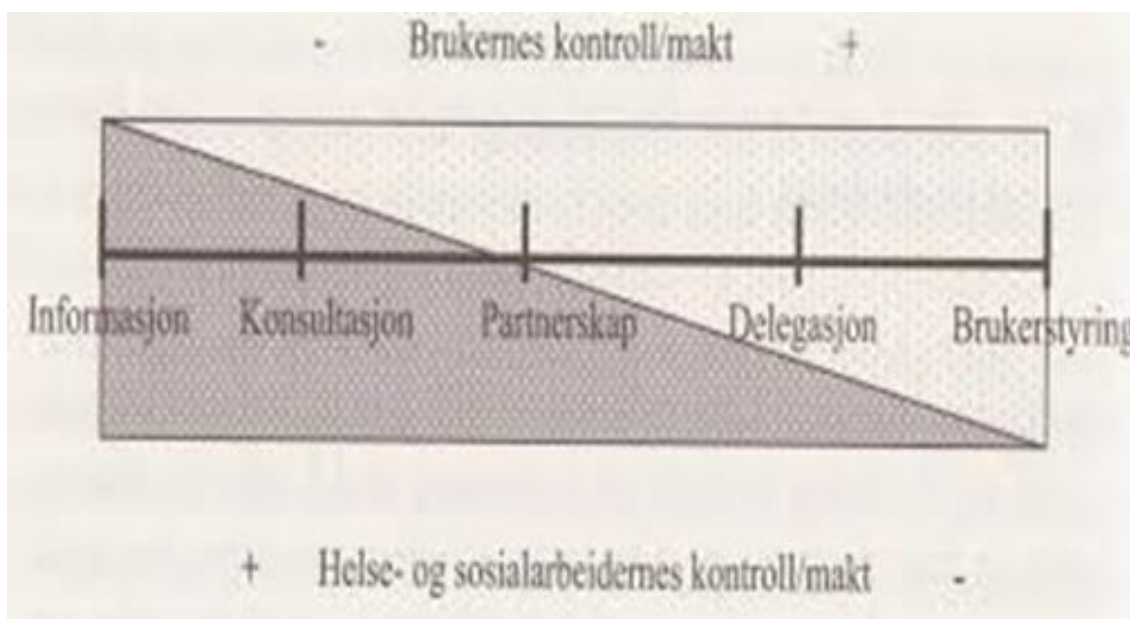
To faktorer som er nødvendig for å fremme selvbestemmelse er tid og tålmodighet. Når økt selvbestemmelse skal være et mål, så er det viktig at ansatte gir seg tid til å høre hva beboer ønsker å formidle. Kommunikasjonen mellom tjenesteytere og mennesker med utviklingshemming kan føre til misforståelser. Vernepleier bør reflektere over hvilke kommunikasjonskrav som blir stilt til beboer. Gap-modellen viser at det ofte er for store krav i forhold til individets forutsetninger. Dersom det ikke er optimale betingelser for kommunikasjon, så kan det føre til av vedkommende ikke blir forstått. Gjennom gode kommunikasjonsmuligheter økes også mulighetene for individets selvbestemmelse (Andreassen med flere 2014: 14f). Dessverre kan tjenesteytere finne på å ta en beslutning, da det kan være mangel på tid og tålmodighet fra personalet sin side. Da vil beboer ikke få mulighet til å bestemme selv. Vernepleiere bør legge til rette for økt selvbestemmelse hos mennesker med utviklingshemming ved å ha fokus på å unngå paternalistiske væremåter (Skau 2013:33).

Mennesker med utviklingshemming må ofte forholde seg til mange ansatte med ulike normer og verdier (Østby 2010: 25). Da avhenger mye av hvilken holdning tjenesteytere har til utviklingshemmede. Er samhandlingen preget av gjensidig respekt eller har den ansatte en tankegang om at «jeg vet hva som er best for deg», så vil det gi en holdning om at den andre er mindre kompetent (Ellingsen 2005: 25). Dette vil da ikke fremme individets selvbestemmelse og beboer vil oppleve å føle avmakt. Dette kan føles veldig nedverdiggende. Retten til å bestemme selv er nedfelt i en rekke lover og konvensjoner, men til tross for dette er det fortsatt slik at mennesker med utviklingshemming blir fratatt retten til å være en selvstendig aktør i eget liv. Dette skyldes andres fordommer, diskriminering, mangel på respekt eller ønsket om å beskytte beboeren (Bollingmo med flere 2005: 20).

I oppgaven har det blitt beskrevet hvordan vernepleier kan forstå funksjonshemming. På den ene siden kan man se funksjonshemming som en egenskap ved individet. På den andre siden kan man se det som et resultat av individets møte med omgivelsene. Det er mulig å dra sammenligning av denne forståelsen over til hvordan vernepleier og den enkelte samhandler. Da kan samhandling på den ene siden være forstått med utgangspunkt i egenskaper hos det enkelte menneske, eller på den andre siden som egenskaper ved forholdet mellom dem. I denne sammenligningen kan begrepet myndiggjøring på individnivå føre til et paternalistisk forhold mellom tjenesteyter og beboer. Da vil forståelse ligge i at tjenesteytere *gir*, og at beboer *blir gitt retten til å bestemme selv*. Vernepleier bør se selvbestemmelse i lys av individets møte med omgivelsene. Dersom vernepleier klarer å mestre å legge til rette for en relasjon som er preget av tillit og likeverd, så vil det kunne føre til en samhandling som klarer å fremme selvbestemmelse hos den enkelte beboer (Bollingmo med flere 2004: 29ff).

Hvordan kan vernepleier påvirke omgivelsene, slik at beboer har mulighet til å bestemme selv? En faglig dyktig vernepleier vil søke innsikt i beboers opplevelse og forståelse av situasjonen. Dessuten må vernepleier påvirke tjenestestedets kultur. Da handler det om å utfordre tankegangen fra «slik har vi alltid gjort det «til å våge å tenke nytt. Vernepleiere bør legge til rette for et reflekterende miljø i personalgruppen. Da kan ansatte få erfaring med å stille hverandre spørsmål. Det kan være for eksempel være noe så enkelt som» *Kan du begrunne hvorfor du vurderte at Ola Nordmann ikke kunne bestemme selv i den aktuelle situasjonen*»? Da får personalet en kultur hvor de må begrunne sine vurderinger ut i fra faget. Kanskje kan det bidra til et faglig reflekterende miljø, hvor fokuset er økt selvbestemmelse hos mennesker med utviklingshemming?

Vernepleierens personlige kompetanse vil kunne innvirke på hvordan makt blir forvaltet. Dersom vernepleier kan påvirke ansatte til å selvbestemme og brukermedvirkning i lys av Humerfelt (2005) sin modell, så kan det bidra til å bryte ned barrierer og gi mulighet for individet til å påvirke eget liv. Det er stor forskjell på å operere på nivå 1 med kun informasjon og nivå 5 hvor det er full brukerstyring.



Ved full brukerstyring vil relasjonen mellom vernepleier og beboer være jevnbyrdige. Her er beboer en selvstendig aktør i eget liv. Vernepleier må være oppmerksom på at det å være hovedaktør i eget liv er en viktig side av menneskets integritet, og når vedkommende ikke får bestemme selv, så er det en alvorlig krenkelse av individet. Derfor bør samhandling i hverdagen foregå fortrinnsvis her. Vernepleier bør være oppmerksom på at en begrensning i selvbestemmelsen må begrunnes både faglig, juridisk og etisk (Røkenes og Hanssen 2012: 255).

6.3 Verdsatte sosiale roller

Bakgrunnen for Wolf Wolfensberger sin teori om verdsetting av sosiale rolle er at noen nedprioriterte grupper i samfunnet opplever urettferdighet og blir behandlet ulikt i forhold til andre grupper. Hovedpoenget er at mennesker som blir sett på som avvikende får en sosial rolle som er lite verdsatt i samfunnet (Askheim 2003: 29). Dette gjelder også for mennesker med utviklingshemming.

Vernepleier må legge vekt på at mennesker med utviklingshemming også kan fylle verdsatte roller, samt ha en forventning til at de kan bestemme selv. Når målet med verdsetting av sosiale roller er å høyne lite verdsatte mennesker sin sosiale rolle, så kan vernepleier bidra til dette gjennom å være bevisst hvilken terminologi og språk, som brukes i omtalen av beboer og hans tjenestetilbud. Innenfor sosialkonstruksjonisme er man opptatt at menneskets oppfatning av virkeligheten endres over tid i et sosialt samspill. Da vil menneskets måte å tenke på og snakke om virkeligheten bli påvirket av hvordan språket har utviklet seg (Aadland 2011: 286).

Som tidligere nevnt er begrepet bruker eller tjenestemottaker en henvisning til at det er snakk om bruker av offentlige tjenester. Å være en bruker er bare en av mange roller vi har som menneske. Det fremheves en relasjon der den ene er hjelpetrengende, mens den andre er en offentlig betalt hjelper (Bollingmo med flere 2004:29). Mens beboer henviser til et menneske som bor i et hjem, og hvor hjemmet uttrykker verdier som er viktig for den enkelte (Christensen og Nilssen 2005: 106). Dette gjenspeiler en større respekt for den enkelte beboer.

I det vernepleierfaglige arbeidet bør fokuset være endret fra å arbeide med beboer til å samarbeide med den enkelte. Dette kalles en myndiggjørende kommunikasjon hvor vernepleier møter den andre som et myndig menneske (Røkenes og Hanssen 2012: 255).

6.4 Gap-modellen

Dersom omgivelsene ser på et menneske som funksjonshemmet på grunn av vedkommende har en kognitiv funksjonsnedsettelse, så vil dette kunne virke hemmende både på deltakelse, og mulighet for selvbestemmelse. Dette er både diskriminerende og hemmende for utvikling. Når utviklingshemming blir sett på en alltid tilstedeværende funksjonshemming, så er det en forståelse som bryter med den relasjonelle modellen (Ellingsen 2014 b: 171). Tjenesteytere kan gå i den fellen å vurdere at individet ikke har evner til å bestemme selv. Vil slike vurderinger øke jo lavere individet scorer kognitivt? Dersom mennesker med utviklingshemming blir forstått som «evig barn», kan de oppleve at andre ser på dem som noen som alltid trenger veiledning (Kittelsaa 2011: 89). Ingen gruppe i samfunnet er innbyrdes mer forskjellige enn mennesker med utviklingshemming. Dette har sammenheng med at graden av den kognitive svikten kan strekke seg fra bagatellmessig til massiv svikt (Mæhle med flere 2011: 16). Når vernepleiere ser på gap-modellen så bør fokuset være at det er nødvendig å jobbe på begge sider av gapet. På den ene siden må det på individnivå settes inn tiltak for å legge til rette for at individet selv kan mestre selvbestemmelse. På den andre siden bør vernepleiere arbeide for å bygge ned samfunnets barrierer. Da må vernepleier se på rammebetingelsene i miljøet og hvordan det er mulig å påvirke og endre ytre faktorer som virker funksjonshemmede.

Omgivelsene kan ha en forståelse av at mennesker med utviklingshemming ikke skal kunne bruke sin rett til selvbestemmelse. Dersom individet selv har internalisert denne forståelsen, så vil ikke dette kunne legge til rette for å lære å ta egne valg og bestemme selv (Kittelsaa 2011:90). Enkelte mennesker med utviklingshemming kan ha vansker med å frigjøre seg fra signifikante andre. Dersom vernepleier eller pårørende som signifikant andre har en dominerende og kontrollerende rolle, så vil det kunne føre til at mennesker med utviklingshemming blir værende i en overbeskyttet og gjennomregulert hverdag (Ellingsen 2005: 52). Vernepleiere skal vite at miljøet skaper muligheter og begrensinger. Når miljøets betingelser blir sett i forhold til individets situasjon og behov, så kan vernepleierens innsats bidra til å fremme personens muligheter til mestring, deltakelse og selvbestemmelse (Ellingsen 2014b: 145f). Vernepleier må kunne være støttende og hjelpende.

6.5 Dilemmaer i vernepleiefaglig arbeid

Vernepleiere som skal gi omsorg til mennesker med utviklingshemming arbeider i et spenningsfelt, mellom beboers selvbestemmelse og personalets mulighet til å gripe inn i hverdagen. På den ene siden så skal vernepleieren respektere og ivareta beboers selvbestemmelse, og på den andre siden har vernepleier anledning til å gripe inn overfor beboer for å hjelpe ham (Christensen og Nilssen 2006: 47). Det er en balansegang når en person har reduserte kognitive evner. Da må tjenesteytere på den ene siden legge både til rette for god hjelp, samtidig som de må ivareta den andres rett til å bestemme over eget liv (Askheim 2003: 187). Hva skjer dersom vernepleier ikke klarer å balansere denne omsorgen? Da vil avviket enten kunne føre til overgrep i form av at beboer må ordne ut selv, eller ansvarsovertakelse hvor vernepleier inntar en paternalistisk holdning, hvor beboer må rette seg etter vernepleiers utsagn (Norvoll 2009: 118). Da er ikke selvbestemmelsen ivaretatt.

Selvbestemmelse må ses i sammenheng med at mennesker med utviklingshemming kan trenge bistand til å velge eller komme i gang med aktivitet. Mennesker med utviklingshemming kan ha liten selvtillit, og den enkelte kan kanskje ikke se hvilket potensiale han har for å mulighet til selvbestemmelse (Barne, likestillings og inkluderingsdepartementet 2012 :30). Da kan det være en fare for at vernepleiere bruker selvbestemmelse som et argument for å ikke finne på aktiviteter. Dette fremmer ikke livskvalitet for den enkelte beboer. Dersom det enkelte individ blir påvirket av den generaliserte andre, her i form av vernepleier, så vil hans evne til å være selvstendig være avhengig av om han mestrer å hevde sine meninger (Ellingsen 2005 :17f).

På den ene siden kan vernepleier oppleve å krenke den andre, ved å forvente at han skal bestemme selv, også har vedkommende ikke ressurser eller mulighet til å bestemme selv. På den andre siden er det slik at mange mennesker med utviklingshemming opplever at det ikke forventes at de skal bestemme selv. Dermed kan vernepleier også oppleve å umyndiggjøre den andre ved å ta over kontrollen helt (Røkenes og Hanssen 2012: 255).

Ut i fra samhandlingsmodellen til Owren og Linde (2011) så har vernepleier ulike handlingsvalg. I kategori 1: *La seg styre* innebærer at vernepleier lar seg styre av beboers ønsker og tar ikke initiativ til hjelp og tjenester utover det som er beboers uttrykte vilje og ønske. Da kan det sies at vernepleier ivaretar beboers selvbestemmelse, men spørsmålet er om samhandling i kategori 1: *La seg styre* vil være et faglig forsvarlig tilbud? Kan det være at beboer vil oppleve å miste nødvendig hjelp, muligheter for læring, nye erfaringer og opplevelser? Beboer vil da få et dårligere hjelpetilbud, muligens miste ferdigheter og bli passivisert (Owren og Linde 2011: 167ff). Ellingsen (2003) peker på at respekten for personens selvbestemmelse kan føre til at vernepleiers fagkompetanse blir satt til side i en misforstått ansvarliggjøring av det enkelte individ (Tuntland 2011: 57).

Alternativt kan vernepleier jobbe ut i fra kategori 2 i samhandlingsmodellen *Inviterende praksis*. Da er innholdet i hjelp mer enn det beboer selv formidler at han har behov for. Vernepleier tar initiativ utover beboers uttrykte vilje og ønsker, men lar seg begrense av de tilbakemeldingene som beboer gir (Owren og Linde 2011:167ff). Dette vil kunne medføre at beboer får innspill som kan medføre at beboer får nye erfaringer og mulighet til et mer aktivt liv. Vernepleierens personlige kompetanse vil her være attraktiv. Dersom vernepleier mestrer å ha en tilstedeværelse, og interesse for den andre, samt evne til empati, tålmodighet og tro på at endring er mulig, så vil det være til gunst for beboer (Skau 2011:65).

Beboers selvbestemmelse skal alltid være i fokus, men spørsmålet er om det av og til kan være andre verdier som bør prioriteres høyere? Vernepleier kan komme i et dilemma når tjenestemottaker har behov for helsehjelp, og vedkommende motsetter seg dette. Da må vernepleier ta vurderinger når det gjelder behovet for helsehjelp, oppimot retten til å bestemme selv. Vernepleier må være bevisst den makt som ligger i egen rolle, og ta etiske og faglige vurderinger før tiltak iverksettes (Nordlund med flere 2015:103).

Hva er faglig forsvarlig i en slik samhandling? Vernepleier kan da støtte seg på sin teoretiske kunnskap om etikk, helsekompetanse, sosiologi og jus. I denne samhandlingen er vernepleier i kategori 3 i samhandlingsmodellen *Insisterende praksis*. Vernepleier tar da initiativ utover beboers vilje og ønsker ved å forsøke å overtale, overvinne motvilje eller manipulere beboer. Vernepleier lar seg ikke styre eller begrense av beboers tilbakemeldinger før situasjonen står på grensen til tvang. Dette er situasjoner som kjennetegnes av etiske dilemmaer og vurderinger bør tas i samarbeid med leder, pårørende og eventuelt hjelpeverge (Owren og Linde 2011: 167ff).

Kategori 4 *Tvang* innebærer at vi gjennomfører noe mot beboers vilje. Formålet med bruk av tvang må være å hindre vesentlig skade eller vesentlig helseskade. Andre løsninger skal være prøvd før bruk av tvang. Dersom tvang blir gjennomført må det begrunnes faglig og etisk, samt hjemles i helse og omsorgstjenesteloven kapittel 9. Vernepleier må vurdere til enhver tid om ikke tvang kan erstattes med en av de andre kategoriene i samhandlingsmodellen (Owren og Linde 2011:167ff). Refleksjon rundt bruk av tvang bør være en del av hverdagen, og vernepleier bør bruke alle tre aspektene i Skau sin kompetansetrekant for å forebygge tvang og makt i den daglige samhandlingen.

6.6 Relasjonskompetansen og handlingskompetanse

Mange vernepleiere har sitt arbeidsfelt i hjemmet til mennesker med utviklingshemming. Ut i fra en hermeneutisk innfallsvinkel så bør det være vernepleierens hensikt i møte med den andre å møte han der han er, så naken og fordomsfri, uten å være påvirket av egen forforståelse. Dette kan innebære at vernepleieren får se det andre menneskets egenart og særegenheter (Aadland 2011: 179). Arbeidet vil forhåpentligvis bære preg av at vernepleier har en god relasjonell kompetanse. Dette innebærer et godt samarbeid og samhandling med det enkelte individ. Kun på denne måten kan vernepleiere ivareta den andres rett til selvbestemmelse.

Samarbeid med tjenestemottaker skal innebære at vernepleier er i stand til å se den andres behov og bidra til å fremme selvbestemmelse. På den ene siden må vernepleier inneha en relasjonskompetanse. Hva vil det si å ha en god relasjonskompetanse? Dette innebærer at vernepleier skal forstå og samhandle med beboer på en god måte. Dersom vernepleier klarer å være relasjonskompetent, så vil han kommunisere på en måte som gir mening for beboer, og som ivaretar beboer på en god måte. Dette innebærer at vernepleier må behandle beboer som et subjekt, det vil si at beboer blir møtt som et selvstendig, handlende individ. Vernepleier viser da respekt for beboers integritet og hans rett til selvbestemmelse (Røkenes og Hanssen 2012: 9ff). På den andre siden må vernepleier også kunne være handlingskompetent når situasjonen krever dette. Handlingskompetanse innebærer å ha kunnskap og ferdigheter som gjør det mulig for vernepleier å gjøre noe med den andre eller for den andre (Røkenes og Hanssen 2012: 11). Dette innebærer at vernepleier skal samhandle med den andre på en måte som bekrefter at han er et individ som har verdi som likeverdige deltakere i relasjon (Kittelsaa 2011: 119).

God relasjonskompetanse og handlingskompetanse bør være en del av vernepleierens kompetanse. Eksempel om Ola Nordmann er en illustrasjon av hva som kan skje når denne kompetansen mangler. Ola lå i sengen, og ville ikke stå opp. Etter at tjenesteyter gjentatte ganger har kommet med påminnelser på at Ola skal stå opp, så tar vedkommende dynen av han og bærer den inn på stuen. Ola står opp, henter dynen, går inn igjen i sengen med dynen, og legger seg igjen. Det er ikke etisk riktig å ta fra Ola dynen. Tjenesteyter hadde et ønske om å unngå at beboer lå lenge, og dermed kom for sent på jobb, men dette kom i konflikt med hans rett til å bestemme når han ville stå opp.

Tjenesteytere skal leve opp til etiske prinsipper om å ta ansvar for å yte bistand til tjenestemottaker, og ikke krenke individets selvbestemmelse og integritet (Eide og Eide 2007: 35). Dersom tjenesteyter hadde kunnskap om hvordan Ola likte å bli vekket om morgenen, så kunne denne situasjonen på den ene siden vært løst på en måte som ikke krenket hans integritet, mens det på den andre siden førte til at Ola ble presis på jobb. Verdier må vurderes opp mot hverandre, og personalkulturen må ta ansvar for at disse verdiene etterleveres (Lorentzen 2011:61).

Med tanke på tjenesteyter som skulle vekke Ola Nordmann, så forsøkte vedkommende å arbeide først under kategori 1: la seg styre i Owren og Lindes samhandlingsmodell. Tjenesteyter sa god morgen og gikk ut av soverommet. Deretter ble det gjentatte ganger oppfordring om å stå opp, da arbeidet tjenesteyter under kategori 2: inviterende praksis. Etter at det ble veldig klart at Ola ikke ville stå opp, og tjenesteyter fortsatte å «mase» så var tjenesteyter over i Kategori 3: insiterende praksis. Når tjenestemottaker tok dynen av Ola, og bar den på stuen, så var dette kategori 4: tvang. Tjenesteyter tok dynen, selv om Ola protesterte. Når Ola da hentet dynen og gikk og la seg igjen, så ga tjenesteyter opp, og avventet til Ola stod opp på eget initiativ litt senere.

I eksempelet om Ola tenker jeg at vernepleier ikke bør gå lengre enn til inviterende praksis. Her er det skissert et eksempel på et etisk dilemma. Aadland (2007) hevder at etiske dilemmaer er valg der alle handlingsalternativer har minus sider. På den ene siden kommer Ola for sent på jobb, og på den andre siden blir hans rett til selvbestemmelse ikke anerkjent i denne samhandlingen. I all samhandling med mennesker med utviklingshemming bør vernepleier ha en erkjennelse om at det ikke er lett å ha innflytelse over andre mennesker sitt liv. Alle tjenesteytere bør ha som mål at i alle former for tjenesteyting, så skal det legges til rette for å ivareta individets selvbestemmelse (Owren og Linde 2011:167ff).

6.7 Perspektiv på samhandling

Når en vernepleier skal samhandle med beboer, så avhenger mye av hvilken forståelse vernepleieren har av utviklingshemmingen, og hvilke verdier og holdninger han vektlegger i sin yrkesrolle. Dersom vi går tilbake til eksempelet med Ola Nordmann, og ser på det i møte med en vernepleier. Gjennom sin kompetanse og på bakgrunn av lovverket har vernepleier en maktposisjon. På den ene siden har vernepleier muligheter til å forvalte ressurser og tjenester som beboer har bruk for. På den andre siden har Ola mulighet for å utøve motmakt. Imidlertid er det vernepleier som har størst makt i denne interaksjon, og derfor må vernepleier være bevisst sin maktposisjon (Johansen 2005: 74ff).

Vernepleier og Ola kan på den andre siden ha en relasjon som er preget av gjensidigrespekt for hverandre. Dette vil kunne medbringe et samspill som gjør at Ola står opp, nettopp fordi det er denne aktuelle vernepleier som spør om han kan stå opp. Kanskje har de en fin dialog seg imellom på sengekanten? Dette perspektivet vil skape økt livskvalitet både for beboer og vernepleier. Nettopp fordi de møter hverandre der den andre er. Et annet alternativ er at vernepleier og Ola konstruerer virkeligheten basert på kommunikasjon og samhandling (Johansen 2005: 74ff).

Ut i fra et sosialkonstruktivistisk perspektiv vil hvordan denne virkeligheten konstrueres gi betydning for hvordan vernepleier og Ola mestrer å samarbeide. I dette spenningsrommet vil Olas mulighet for selvbestemmelse ligge. I tillegg vil rollene som tjenesteyter og tjenestemottaker være gjensidige avhengig av hverandre. Da den ene rollen ikke finnes dersom den andre ikke eksisterer. Begge sine roller er konstruert gjennom normer og forventninger som er nedfelt i lovverk og regler for hvordan tjenesteyting skal foregå. Vernepleier er opptatt av å sette samhandling i forbindelse med normer, regler og ideologier, mens for Ola så handler det om å få dekket de grunnleggende behov. Dermed er det i samhandling to ulike livsverdener som skal forenes med forskjellig interesser og verdigrunnlag (Johansen 2005:74ff). Hvilke metoder ansatte arbeider etter, gir ulike forståelser for hvordan de faktisk utfører sitt arbeid. Ansatte kan arbeide på beboere, i forhold til beboere, hos beboere eller med beboere (Christen og Nilssen 2005: 213 ff). Under disse tilnærmingene finnes ulike perspektiv på hvordan vernepleier vurderer utviklingshemming. I forbindelse med retten til å bestemme selv, må vernepleier være oppmerksom på at for Ola er det et hjem, og det må etterstrebtes at han får være herre i eget hus.

7.0 Avslutning

Formålet med bacheloroppgaven har vært å vurdere hvordan vernepleiere kan bidra til at mennesker med utviklingshemming har mulighet til økt selvbestemmelse. I oppgaven ble det sett på ulike omsorgsideologier, og hva de har å si for vernepleiers forståelse av funksjonshemming. Selvbestemmelse er utfordrende, og mye avhenger av vernepleier og andre ansatte sine verdier og holdninger. Dessuten er turnus, tid og rutiner en årsak til lav selvbestemmelse. Problemstillingen tenkte jeg var relevant da brukermedvirkning og selvbestemmelse er temaer som helt sikkert vil være noe jeg som kommende vernepleier må ha fokus på for å fremme livskvalitet hos mennesker med utviklingshemming.

Drøftingen har vist at omsorgsideologier har betydning for hvordan vernepleier ser på mennesker med utviklingshemming sin retten til å bestemme selv. Jeg skjønnte at som vernepleier har jeg mye makt, og hvordan jeg forvalter denne makten når jeg kommer ut i arbeidslivet, har innvirkning på livskvalitet og selvbestemmelse til mennesker med utviklingshemming. Under arbeidet ble problemstillingen operasjonalisert. Jeg valgte tilslutt å innfallsvinkelen *hvordan **kan** vernepleieren i samhandling med mennesker med utviklingshemming ivareta individets selvbestemmelse*. Et annet alternativ kunne vært *hvordan **skal** vernepleieren i samhandling med mennesker med utviklingshemming ivareta individets selvbestemmelse*. Da hadde det vært mulighet å hatt en innfallsvinkel på politiske dokumenter, reformer, retningslinjer og rettigheter. Jeg ønsket å forholde meg til **kan** fordi jeg tenker at vernepleiere har et stort handlingsrom i sin yrkesutøvelse. Dermed ønsker jeg at jeg som kommende vernepleiere skal være mitt ansvar bevisst, og være reflektert over hvilke muligheter eller begrensinger mine holdninger og verdier bidrar til når det gjelder å ivareta selvbestemmelse hos mennesker med utviklingshemming. Selvbestemmelse hos mennesker med utviklingshemming er et stort felt, og i oppgaven har jeg valgt å avgrense til å knytte det opp imot omsorgsideologiene.

Må jeg aldri glemme at gode fagfolk vokser ikke på trær, men de vokser som personer, og de gjør det gjennom hele sitt yrkesaktive liv (Skau 2011: 180). Ut ifra forskningsprosjektet *Mitt hjem- min arbeidsplass* sier utviklingshemmede det selv: «*Mennesker med utviklingshemming kan og bør bestemme selv*». Derfor skal jeg alltid ha fokus på det Nirje (2003) sier så klokt:

«*Om rätten til självbestämmande inte respekteras, finnes den inte*» (Ellingsen 2005:69).

Litteraturliste

Pensumlitteratur:

Aadland Einar (2011). *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*. Gjøvik: Ad Notam Gyldendal.

Bollingmo, Leif og Anne Holm (2005) Selvbestemmelse, visjoner og målvalg. I Aud Selboe, Bollingmo Leif og Ellingsen Karl Elling. *Selvbestemmelse for tjenestenytere*. Otta: Gyldendal akademiske forlag.

Bollingmo Leif, Kari Høium og Bjørn Erik Johnsen (2004). *Det er mitt liv. Brukermedvirkning og nye hjelperroller i habilitering og rehabilitering*. Oslo: Universitetsforlaget.

Dalland, Olav (2012). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Dalland Olav og Hilde Tygstad (2012). Kilder og kildekritikk. I Olav Dalland *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Fagplanen Bachelor i vernepleie ved Høgskolen i Molde (2012).

Garsjø Olav (2001) *Sosiologisk tenkemåte. En innføring for helse og sosialarbeidere*. Oslo: Universitetsforlaget.

Humerfeldt Kristin (2005). Begrepene brukermedvirkning og brukerperspektiv- honnørord med lavt presisjonsnivå. I Elisabeth Willumsen (2005). *Brukermedvirkning. Kvalitet og legitimitet i velferdstjenestene*. Oslo: Universitetsforlaget.

Larsen, Frode Kibsgaard og Elisabeth Wigaard (2009). *Utviklingshemning og aldring*. Tønsberg: Forlaget Aldring og helse.

Lorentzen, Per (2003). *Fra tilskuer til deltaker. Samhandling og kommunikasjon med voksne utviklingshemmede*. Otta: Universitetsforlaget.

Lorentzen Per (2011). *Ansvar og etikk i miljøarbeid*. Otta: Universitetsforlaget.

Lunde Edith Victoria (2009). Perspektiver på helse og habilitering. I Jarle Eknes og Jon A Løkke. *Utviklingshemning og habilitering. Innspill til habiliteringsprosessen*. Oslo: Universitetsforlaget.

Norvoll Reidun (2009). Makt og avmakt. I Elisabeth Brodtkorp og Marianne Rugkåsa(2009). *Mellom mennesker og samfunn. Sosiologi og sosialantropologi for helse og sosialprofesjonene*. Polen: Gyldendal Norsk Forlag.

Owren, Thomas og Sølvi Linde (2011). *Vernepleiefaglig teori og praksis. Sosialfaglige perspektiver*. Otta: Universitetsforlaget.

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

Skau Greta Marie (2011). *Gode fagfolk vokser. Personlig kompetanse i arbeid med mennesker*. Latvia: Cappelen Damm Akademisk.

Sigstad, Hanne Marie Høybråten (2004). *Brukermedvirkning- et alibi?* Spesialpedagogikk nr.4.

Tuntland Hanne (2011). En innføring i ADL. Teori og intervensjon. Otta: Høgskoleforlaget.

Selvvalg faglitteratur:

Askheim Ole Petter (2014). Vernepleieren som aktør for en «empowerment»-orientert praksis. I Karl Elling Ellingsen (2014). *Vernepleierfaglig kompetanse og faglig skjønn*. Oslo: Universitetsforlaget. Kap. 3 (19 sider).

Bakken, Trine Lise (2015). Utviklingshemming og hverdagsvansker. Faktorer som påvirker psykisk helse. Polen: Gyldendal Akademisk. Kap. 10 (13 sider).

Barne-, likestilling og inkluderingsdepartement (2013). *Frihet og likeverd- om mennesker med utviklingshemming*. St.meld. nr. 45 (2012-2013) Oslo: Barne-, likestillings og inkluderingsdepartementet. Kap 2 og 5 (57 sider).

Christensen Karen og Even Nilssen (2006). *Omsorg for de annerledes svake. Et overvåket hverdagsliv*. Polen: Gyldendal Norsk Forlag. Kap. 1 og 6 (28 sider).

Eide Hilde og Tom Eide (2007). *Kommunikasjon i relasjon. Samhandling, konfliktløsning, etikk*. Polen: Gyldendal Norsk Forlag AS. Kap.2 (30 sider).

Ellingsen Karl Elling (2005) Selvbestemmelse og brukermedvirkning. I Aud Selboe, Leif Bollingmo og Karl Elling Ellingsen (2005). *Selvbestemmelse for tjenestenytere*. Otta: Gyldendal akademiske forlag. Kap2 (31sider).

Ellingsen Karl Elling (2014b). *Utviklingshemming og deltakelse*. Oslo: Universitetsforlaget. Kap7. (36 sider).

Ellingsen Karl Elling (2014a). *Vernepleierfaglig kompetanse og faglig skjønn*. Oslo: Universitetsforlaget. Kap 1(23 sider)

Goksøyr Wexelsen Marthe (2007). Det er mitt liv. I Karl Elling Ellingsen (2007). *Selvbestemmelse. Egne og andres valg og verdier*. Oslo: Universitetsforlaget. Kap 4 (4 sider).

- Grung Rolf Magnus, Hanne Line Wærness og Cato Brunvand Ellingsen (2010). *Vernepleierboka 20 år etter reformen*. Oslo: Fellesorganisasjonen (FO). Innledning (8 sider).
- Johansen Karl- Johan (2005). Tjenesteyting i velferdsstaten – omsorg, interaksjon og meningsdannelse. I Aud Selboe, Leif Bollingmo og Karl Elling Ellingsen (2005). *Selvbestemmelse for tjenestenytere*. Otta: Gyldendal akademiske forlag. Kap 3(29 sider).
- Kittelsaa Anna M. (2011). *Vanlig eller utviklingshemmet? Selvforståelse og andres forståelser*. Bergen: Fagbokforlaget. Kap3 og 4. (45 sider).
- Mæhle Ivar, Jarle Eknes og Gunnar Houge (2011). *Utviklingshemning. Årsaker og konsekvenser*. Oslo: Universitetsforlaget. Innledning (2 sider).
- Lorentzen Per, Anne Wichstrøm og Liv Aaboen Nilsson (2014). Skjøre samspill- Når det å være sammen er nok. I Karl Elling Ellingsen (2014). *Vernepleierfaglig kompetanse og faglig skjønn*. Oslo: Universitetsforlaget. Kap5. (18 sider).
- Nordlund Inger, Anne Thronsen og Sølvi Linde (2015). *Innføring i vernepleie. Kunnskapsbasert praksis grunnleggende arbeidsmodell*. Oslo: Universitetsforlaget. Kap 3, 4,6 og 7(64 sider).
- Selboe Aud, Leif Bollingmo og Karl Elling Ellingsen (2005). *Selvbestemmelse for tjenestenytere*. Otta: Gyldendal akademiske forlag. Kap1(21 sider)
- Skau Greta Marie (2013). *Mellom makt og hjelp. Om det flertydige forholdet mellom klient og hjelper*. Oslo: Universitetsforlaget. Kap. 2 (13 sider).
- Tøssebro Jan (2014). Trender i utviklingshemmetes levekår og deltakelse. I Karl Elling Ellingsen(2014b). *Utviklingshemming og deltakelse*. Oslo: Universitetsforlaget. Kap. 3 (31 sider).

Helse og omsorgsdepartementet. (2011) Lov 2011-06-24 nr. 30: *Lov om kommunale helse og omsorgstjenester m.m (helse og omsorgstjenesteloven). Kapittel 9. Rettsikkerhet ved bruk av tvang og makt overfor enkelte personer med psykisk utviklingshemning.*

<http://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30> (lest 14.02.16)

NAKU (Nasjonalt kompetansesenter for utviklingshemming). *E- læring Helseoppfølging av personer med utviklingshemming.*

<http://naku.no/helseoppfolging/31-betegnelsen-utviklingshemming> Lest 25.04.16

Vedlegg 1 PIO-skjema

Population/ problem Hvem/hvilke	Intervention Hva	Outcomes Resultater
Utviklingshemning Utviklingshemming Utviklingshemmede	Samhandling Kommunikasjon Bistand Motta tjenester Vernepleie	Selvbestemmelse Autonomi Brukermedvirkning Empowerment Livskvalitet Empati Verdier Etikk Holdninger Makt

Vedlegg 2 Vernepleiers arbeidsmodell

