



Bacheloroppgave

VPL05 Vernepleie

Snipp, snapp, snute, du er ute!

Med avvik som kategoriseringsgrunnlag

Categorization based on deviance

Andrea Moe

Totalt antall sider inkludert forsiden: 43

Molde, 22.05.2019



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 URKUND, 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"/> |

Personvern

Personopplysningsloven

Forskningsprosjekt som innebærer behandling av personopplysninger iht.

Personopplysningsloven skal meldes til Norsk senter for forskningsdata, NSD, for vurdering.

Har oppgaven vært vurdert av NSD?

ja nei

- Hvis ja:

Referansenummer:

- Hvis nei:

Jeg/vi erklærer at oppgaven ikke omfattes av Personopplysningsloven:

Helseforskningsloven

Dersom prosjektet faller inn under Helseforskningsloven, skal det også søkes om forhåndsgodkjenning fra Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk, REK, i din region.

Har oppgaven vært til behandling hos REK?

ja nei

- Hvis ja:

Referansenummer:

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

Dato: 22.05.2019

Antall ord: 9664

Forord

Problemet er at vi aldri har klart å diagnostisere normalitet,
den er altfor mangeartet.

Forsker og psykolog Sverre Torgersen

Sammendrag

Denne oppgaven omhandler hvordan avvik hos mennesker kategoriseres. Konkrete eksempler som diagnosen ADHD, de døve og vernepleieryrket brukes i drøftingen. Oppgaven har en sosialkonstruktivistisk innfallsvinkel, og begrep som sosial kontroll og makt er sentral i drøftingsdelen. Avgrensingen ligger i hvordan kategoriseringen skjer i de tre modellene; den medisinske modellen, den sosiale modellen og GAP-modellen. Videre vil kategoriseringsprosessen ses i forhold til vernepleieren og hvilken rolle den kan ha i kategoriseringsprosessen.

Innhold

| | | |
|------------|--|-----------|
| 1.0 | Innledning | 1 |
| 1.1 | Problemstilling | 1 |
| 1.2 | Avgrensing og begrunnelse for valg av tema | 2 |
| 2.0 | Metode | 3 |
| 2.1 | Litteraturstudie | 3 |
| 2.2 | Forforståelse | 3 |
| 2.3 | Datainnsamling | 4 |
| 3.0 | Teori | 6 |
| 3.1 | Ulike modeller for å se på avvikende egenskaper | 6 |
| 3.1.1 | Den medisinske modellen | 6 |
| 3.1.2 | Den sosiale modellen | 7 |
| 3.1.3 | GAP-modellen | 8 |
| 3.2 | Normalitet og avvik | 9 |
| 3.3 | Makt | 10 |
| 3.4 | Stemplingsteori og stigma | 12 |
| 3.5 | Sosialkonstruktivisme | 13 |
| 3.6 | Medikalisering | 14 |
| 4.0 | Drøfting | 16 |
| 4.1 | Avvikskategorisering med den medisinske modellen | 16 |
| 4.2 | Avvikskategorisering med den sosiale modellen | 20 |
| 4.3 | Avvikskategorisering med GAP-modellen | 23 |
| 4.4 | Vernepleieren i møte med mennesket | 26 |
| 5.0 | Oppsummering | 29 |
| | Litteraturliste | 30 |

Antall vedlegg: 1

Vedlegg 1: PICO-skjema

1.0 Innledning

Normalitet og avvik, to binære motsetninger som er avhengig av hverandre for å kunne eksistere. Uten avvik vil det ikke kunne defineres en normalitet. Dette representerer motpoler i måter samfunnet kan forholde seg til egenskaper på, hvor ytterpunktene er å dyrke mangfoldet, eller å eliminere, håndtere eller reparere det som avviker fra normalen. Igjennom historien har barn med avvikende egenskapet blitt satt ut i skogen for å dø, marginaliserte grupper som sigøynere ble sterilisert for å hindre at de kunne spre avvikende genere, mennesker diagnostiseres, foster sjekkes for avvik og kan fjernes med argumentasjon grunnet avviket som viker fra normalen. Elimineringen eller kategorisering av avvik finner stadig nye former (Solvang 2002).

På folkemunne vil normalitet og avvik kanskje lettere gjenkjennes som oss og de andre. En fremmedgjøring av noe som ikke passer inn med min normalitet. Sosiolog og samfunnsforsker Per Solvang (2002) definerer denne tenkemåten med identifikasjon. Det å etterspørre hvem vi er, holde med egen identitet og slik kunne definere «de andre».

Formålet med oppgaven er å vise sammenhenger mellom hvilket perspektiv som brukes, og kategorisering og håndtering av avvik. Dette gjør temaet aktuelt for vernepleierprofesjonen da vernepleiere ofte bistår og legger til rette for mennesker med en egenskap som er definert som et avvik. Hvordan skapes eller kategoriseres dette avviket som er så definerende i samfunnet og for enkeltindividene? Og hvor står vernepleieren i denne prosessen?

1.1 Problemstilling

Oppgaven ønsker å belyse hvordan avvik kategoriseres og vernepleierens mulige rolle i denne prosessen. Med bakgrunn i dette er denne problemstillingen utarbeidet: Hvordan kategoriseres avvik i den medisinske-, den sosiale- og GAP-modellen, og hvilken rolle kan vernepleieren ha i kategoriseringsprosessen?

1.2 Avgrensing og begrunnelse for valg av tema

Temaet avvik og normalitet er omfattende og kan slik bli uhåndterbart å skrive om i en oppgave. Det var derfor behov for en strategi som kunne virke avgrensende i skriveprosessen. Den medisinske-, den sosiale-, og GAP-modellen blir ofte brukt for å vise tre ulike perspektiv eller forståelser av fenomenene funksjonshemming og funksjonsnedsettelse (Owren 2011). I oppgaven brukes modellene derfor som et verktøy for å belyse og avgrense problemstillingens tema, avvik.

Vernepleierprofesjonen arbeider med å bistå mennesker med funksjonsnedsettelse (FO 2015). Dette kan kreve en bevisstgjøring rundt hvilket perspektiv vernepleieren kan innta når den skal ta et standpunkt til menneskets begrensninger eller vansker i hverdagen. Perspektivet vil påvirke om vernepleieren setter søkelyset på individet eller på holdningsmessige, fysiske eller sosiale forhold i omgivelsene som kan fremstå som funksjonshemmende barrierer. Derfor vil de tre nevnte modellene kunne gjøre vernepleieren mer bevisst sin deltakelse i kategoriseringsprosesser, dens holdninger og valg av arbeidsmetoder. På samfunnsnivå kan modellen brukes for å oppdage og arbeide med uheldige perspektiv på funksjonshemming og avvikende egenskaper. I denne oppgaven vil vernepleieren bli trukket mer frem enn andre profesjoner da bacheloren er i vernepleierfaget, men tematikken kan være aktuell for andre profesjoner som arbeider med mennesker i helse- og sosialsektoren.

Temaet er ikke avgrenset til å gjelde for et spesielt område som for eksempel skole, tiltak funksjonshemmede eller hos en utvalgt aldersgruppe. Dette fordi avviks- og normalitetsbegrepet, samt kategoriseringsprosessen kan forstås innenfor flere, om ikke alle områdene vernepleieren arbeider og i samfunnet generelt.

2.0 Metode

En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener formålet, hører med i arsenalet av metoder (Aubert 1985, referert i Dalland 2012: 111).

2.1 Litteraturstudie

Metoden må velges ut etter hvordan den best kan besvare og belyse det faglige spørsmålet (Dalland 2012). I denne oppgaven brukes den kvalitative metoden litteraturanalyse for å besvare valgt tematikk. I en litteraturanalyse kan allerede eksisterende litteratur gi leseren ny kunnskap, forstå problemer eller nye perspektiver. Ved hjelp av denne metoden kan litteratur og teori ses i forhold til hverandre og fremheve sammenhenger (Dalland 2012). Slik kan problemstillingen fortolkes i løpet av oppgaveprosessen. En kvalitativ metode går i dybden, nyanserer data, åpner for uventende forhold og får frem nyanser. En eksplorerende problemstilling formet som et åpent spørsmål vil best besvares med en kvalitativ metode da dette gir rom for en mer utforskende prosess (Jacobsen 2015).

2.2 Forforståelse

Gjennom de snart tre årene på vernepleierstudiet har jeg forsøkt å forstå begrep som avvik, funksjonsnedsettelse, funksjonshemming og diagnose. Blant annet gjennom den medisinske-, den sosiale og GAP-modellen opplevde jeg en større forståelse av begrepene, noe som førte til ønsket om en forståelse for *hvordan* avvik kategoriseres. Jeg synes det har vært interessant å lese om hvordan egenskaper ble sett på som avvikende før og hvor ekstreme inngrep dette hadde utløst i livene til individ og folkegrupper. Og hvorfor ble noen kategorisert? I arbeidet med oppgaven er det siste spørsmålet noe jeg ikke kommer mye inn på, men kanskje kan det ses spor av det da jeg er veldig interessert i hvilke «motivasjoner» som kan ligge bak det å eksempelvis diagnostisere et menneske. Min oppfattelse var at en kategorisering ble brukt for å håndtere noe avvikende eller gjøre noe håndterbart. Eller fordi kategorisering av avvik ofte var nødvendig for fjerne noe og for å utløse en ressurs, noe som kanskje rettferdiggjør det å sette en diagnose.

Min forforståelse var noe uklar, og bar preg av undring rundt vernepleierens valg av arbeidsmetoder, og hvor profesjonen sto i forhold til medikalisering i samfunnet. På den ene siden oppfattet jeg at vernepleieren skulle dyrke mangfold og lik deltakelse gjennom å bygge ned funksjonshemmende barrierer i samfunnet. På den andre siden fikk jeg inntrykk av at en del av profesjonens arbeidsoppgaver var å delta i å definere, kategorisere og håndtere uønsket atferd eller avvikende egenskaper i form av å kartlegge og arbeide målrettet med individet. Dette opplevdes for meg som en slags verdikonflikt hvor noe så grunnleggende i vernepleieryrket som menneskeverd og mangfold, kan utfordres av systematisk arbeid på individnivå. Samtidig har jeg selv bistått mennesker med et hjelpebehov i flere år, og opplev at individet selv ønsker hjelp til å gjøre noe med egen atferd. I andre tilfeller har et menneskes funksjonsnedsettelsen vært så prekær at det ville vært uforsvarlig å ikke behandle den. Med andre ord var jeg undrende til om det fantes en riktig eller feil måte å arbeide på. Det som er riktig i en situasjon, kan kanskje være feil i en annen situasjon. Og med vernepleierens allsidighet innenfor arbeid med mennesker og betingelser i omgivelsene, så jeg muligheten for verdikonflikter og motstridende interesser i vernepleierens bistand. Dette har preget min forforståelse til å sette et spørsmålstegn med vernepleierens bevissthet rundt det å arbeide både med individets forutsetninger og med samfunnets krav.

2.3 Datainnsamling

Ved bruk av et PICO-skjema (vedlegg 1) ble datainnsamlingen systematisk gjennomført for å finne artikler og bøker som belyser temaet i problemstillingen. ET PICO-skjema gir struktur i et litteratursøk og i utvelgelse av litteratur. PICO står for P-population, I-Intervention, C-comparison og O-Outcome. Ved å dele opp problemstillingen i de aktuelle inndelingene vil det gi systematiske søkeord for litteratursøk (Helsebiblioteket 2016). Disse søkeordene kan kombineres på ulike måter i de forskjellige søkemotorene.

Videre i søkeprosessen ble søkemotorene Oria og Norart brukt. Søkeord som ble brukt var de ulike begrepene satt inn i PICO-skjemaet i kombinasjon med hverandre. Dette var søkeordene jeg startet med (de oppgis med trunkering): menneske*, funksjonsned*, funksjonshem*, utviklingshem*, avvik*, normal*, annerledes*, kategoriser*, sorter*, begrunn' og rettferdig*. De engelske søkeordene var: disab*, handicap*, devia*, normal*, different, cator*, sort og justif*. I utvelgelsen av søkeordene ble noen valgt ut ifra

sentrale ord i den første problemstillingen, som kategoriser*, begrunn* og avvik*. Andre ble aktuelle fordi de er synonymer eller binære motsetninger med andre søkeord. Slik ble sorter*, rettferdig*, begrunn* og normal* valgt. I flere av pensumbøkene på vernepleierstudiet er avvik og avvikende egenskaper koblet til funksjonshemming, funksjonsnedsettelse, og diagnoser (Som hos Tøssebro 2010 og Owren 2011). Dette ga grunnlag for at begrepene var faglig relevante å bruke i søket.

Søkeresultatene inneholdt litteratur blant annet fra forfattere som har skrevet pensumlitteratur eller er referert til i pensumlitteraturen, og forfattere som er sentral innenfor tema som oppgaven omhandler. Ofte var også forlaget som hadde utgitt litteraturen anerkjente og kjent for å gi ut faglitteratur. Noe som kan øke sannsynligheten for at litteraturen er med på å gi oppgaven validitet. I løpet av skriveprosessen kom det frem vinklinger og tema som ga behov for flere søk. De nye søkeordene ble koblet sammen med de allerede eksisterende i PICO-skjemaet. Nye søkeord som ble lagt til var: vernepleie*, døv*, undertrykk*, mangfold*, ADHD og diagnose*. Problemstillingen ble bearbeidet sent i oppgaveskrivingen, men det var da ikke behov for ny litteratur og det ble derfor ikke foretatt flere søk.

3.0 Teori

Ulike typer kroppslige eller mentale avvik kan bli definert som en funksjonsnedsettelse eller en funksjonshemming (Askheim 2003). Videre kan også medisinske diagnoser forstås som ulike former funksjonsnedsettelse (Owren 2011). Om en atferd eller væremåte bryter med forventet oppførsel, eller regler og normer i samfunnet, vil dette bli definert som et sosialt avvik (Norvoll 2009). Begrepene funksjonsnedsettelse, funksjonshemming, diagnose, sosiale avvik og avvikende egenskaper (både kroppslige og mentalt) blir i litteraturen som benyttes i oppgaven, brukt noe om hverandre. Derfor kan begrepene også brukes noe om hverandre i denne oppgaven. Når det kommer til forklaring og bruk av de ulike modellene vil det allikevel være tydelig skille mellom hva som defineres som en funksjonshemming og en funksjonsnedsettelse.

3.1 Ulike modeller for å se på avvikende egenskaper

3.1.1 Den medisinske modellen

I den medisinske modellen ses funksjonshemming på som et individuelt problem med utgangspunkt i en skade eller sykdom hos individet (Owren 2011). Med grunnlag i dette vil atferdsendringer eller tilpasninger på individnivå kreves for å minske funksjonshemmingen. Profesjonell og individuell bistand skal enten kurere eller bedre individet (Owren 2011). Profesjonsmakt, ekspertise og en instrumentell rasjonalitet preger dette naturvitenskapelige perspektivet (Lian 2007). Denne modellen skiller ikke mellom en funksjonsnedsettelse og en funksjonshemming, og funksjonshemmingen defineres ofte som en personlig tragedie (Owren 2011). Pedagog og professor Ole Petter Askheim (2003) beskriver hvordan den medisinske modellen (av han omtalt som den individuelle modellen) er knyttet til fremveksten av den kapitalistiske produksjonsmåten og vitenskapelig medisin. Det kapitalistiske produksjonsmønstrer stengte ute de individene som ikke kunne produsere effektivt og lønnsomt. Mens den økende medikaliseringen i samfunnet fant medisinske og individuelle løsninger for å behandle eller rehabilitere (Askheim 2003). Statsviteren Deborah Stone (1984) beskriver kategoriseringen av eksempelvis funksjonshemming som ikke rent vitenskapelige eller medisinske, men som administrativ kategorisering som fungerte som statlig kontroll. Stone anser utviklingen av samlekategori «funksjonshemmet» som en følge av den økonomiske

moderniseringsprosessen. Gjennom eksempelvis rehabilitering, som skulle være med på å dekke de økende kravene til arbeidskompetanse, ble nye kategorier for funksjonshemming etablert. Rehabiliteringen fungerte slik også som sosial kontroll (Stone 1984, referert i Froestad og Solvang 2006). Politikk kan være styrende i hvordan begrepet «funksjonshemmet» blir konstruert. Innenfor velferdspolitikken konstrueres begrepet etter retningslinjene som er gjeldende. Gjennom hvordan kategoriseringen belyses med fakta, uttrykk og beskrivelser, kan dette føre til en direkte og indirekte påvirkning på hvordan begrepet «funksjonshemming» tolkes i velferdspolitikken. Innenfor uføretrygdordningen vil mennesker innenfor kategorien «funksjonssvikt som gir helsemessige svekkelser» kunne ha rett på uførepensjon. Denne svekkelsen eller funksjonssvikten knyttes til en medisinsk forståelse om den kan klassifiseres som medisinsk eller er innenfor en diagnose. En slik måte å forstå begrepet som omhandler avvik som funksjonshemminger og funksjonsnedsettelse, har innenfor velferdspolitikken som mål å kategorisere de individene som har rett på inntektskompensasjon (Hedlund 2009).

3.1.2 Den sosiale modellen

Når samfunnsvitenskapen engasjerte seg innenfor forskning om funksjonshemming, utfordret dette det til nå dominerende medisinske perspektivet. Funksjonshemming ble nå tolket som opplevd og skapt, individuelt og kollektivt (Froestad og Solvang 2006). Som en reaksjon på den medisinske modellen og inntoget av nye perspektiver, ble den sosiale modellen utviklet. Den sosiale modellen legger til grunn at en funksjonshemming oppstår grunnet fysiske eller sosiale barrierer i samfunnet. Det skilles mellom en funksjonsnedsettelse og en funksjonshemming, og dette ses i sammenheng med samfunnsskapt barrierer som hindrer mestring og deltakelse. Disse barrierene tar ikke hensyn til at samfunnet består av ulike mennesker med kroppslige og psykiske ulikheter, og derfor hindrer barrierene lik deltakelse og påfører personen en funksjonshemming (Owren 2011). En funksjonshemming blir derfor noe som kommer i tillegg til funksjonsnedsettelsen. Barrierene som er med på å danne funksjonshemminger kan bestå av utilgjengelige miljøer, menneskers holdninger og lite fleksible organisasjoner (Kassah og Kassah 2009). Den sosiale modellen skal øke likestilling og virke frigjørende ved å bygge ned de funksjonshemmende barrierene (Owren 2011).

Modellen kritiseres for at samfunnsskapt barrierer vektlegges i den grad at det tar fokus bort fra andre aspekt ved funksjonshemmingsbegrepet. Ulike kulturelle definisjoner og syn på funksjonshemming ignoreres og individuelle biologiske mangler som kan ha konsekvenser for enkeltindividet blir ikke vektlagt (Askheim 2003). Tilhengerne av denne modellen avviser slik kritikk uten å mene at den er direkte feil, men heller misforstått. En funksjonsnedsettelse kan ha konsekvenser for individet, men fokuset må rettes mot et politisk poeng, nemlig at omgivelsenes rolle i de funksjonshemmende prosessen må ses og forstås. Når det er gjort kan omgivelsene gjøres mindre funksjonshemmende (Tøssebro 2010). UPIAS (Union of the Physically Impaired Against Segregation) er det radikale miljøet hvor den sosiale modellen har sitt utspring. Gruppen satte et markert skille mellom funksjonsnedsettelse og funksjonshemming. Skillet er grunnleggende for tanken som ligger til grunn for modellen. En funksjonshemming oppstår grunnet samfunnsmessige årsaker utenfor individet. Slike barrierer vanskeliggjør deltakelse og individets fungering. Mens en funksjonsnedsettelse har kroppslig, medisinske eller biologiske årsaker som kan gi funksjonelle begrensninger, og ingen funksjonshemming (Tøssebro 2010). Siden samfunn og omgivelser skyldes funksjonshemmingen vil profesjoner, politikk, vitenskap og stat kommer mer i søkelyset som deltakende eller styrende i kategoriseringen av funksjonshemminger (Froestad og Solvang 2006). Tilhengere av den sosiale modellen mener mennesker med en funksjonsnedsettelse undertrykkes politisk, økonomisk og sosialt grunnet deres tilhørighet til en den marginaliserte gruppen «funksjonshemmede» (Kassah og Kassah 2009).

3.1.3 GAP-modellen

Videre utviklet GAP-modellen seg og inkluderer en av manglene den sosiale modellen ble kritisert for, nemlig individets forutsetninger. Professor Ivar Lie var en av de første som systematiserte en relasjonell forståelse av funksjonshemming, som kan ses på som samme forståelse som GAP-modellen bygger på (Tøssebro 2010). GAP-modellen viser en relasjonell forståelse for hvordan en funksjonshemming oppstår i gapet mellom individets forutsetninger og samfunnets krav. Gapet kan minskes, og slik fjerne eller minsk funksjonshemmingen. Dette ved å styrke individets forutsetninger, og arbeide med rammebetingelser som utforming og tilrettelegging for å senke samfunnets krav. Denne modellen står sentralt i vernepleierens ideal å arbeide etter (Owren 2011. Brask, Østby og Ødegård 2016.). Den relasjonelle definisjonen påpeker at menneskets mulighet til å

fungere er situasjonsbestemt: uavhengig av en funksjonsnedsettelse vil menneskets mestring avhenge av omgivelser, normer og hvordan menneskene rundt handler (Owren 2011). GAP-modellen er utbredt som politisk og teoretisk ståsted i Norden, noe som kan understrekes med at begrepet funksjonshemming som oftest ble definert etter den relasjonelle forståelsen i norske politiske dokumenter fra 1977 (Tøssebro 2010). Til tross for det økende relasjonelle perspektivet, er tilgangen til velferdsgoder i stor grad styrt av den medisinske modellen og diagnoser (Shakespeare 2006, referert i Kassah og Kassah 2009. Hedlund 2009).

3.2 Normalitet og avvik

Normalitet- og avviksbegrepene kan defineres på ulike måter. I denne oppgaven tas det utgangspunkt i normalitet, og menneskelige avvik som viker fra en satt normal.

Normalitet er en organisert idé i et samfunn. Denne idéen eller felles oppfatningen vil etableres blant annet av lover og normer som styrer og definerer ønsket menneskelig atferd, oppførsel og i noen tilfeller også utseende. Dette danner en felles fortolkningsramme for befolkningen i samfunnet. Samfunnets historie og kultur vil derfor påvirke definisjonen. Den felles oppfatningen kan opprettholdes med at det utløses reaksjoner om lover, regler eller normer brytes (Grue 2016). Videre vil idéen om hva som er ønskelige trekk, egenskaper eller atferd i det aktuelle samfunnet ikke bare etablere, men opprettholde normalitetsbegrepet (Grue 2016). Professor i engelsk litteratur, Lennard Davis argumenterer mot dette og mener at normalitet har utviklet seg til ikke å være en organisert idé. Begrepet mangfold har tatt over for normalitet, og han viser til at mennesker har en selvvalgt, fleksibel identitet som eksempelvis kjønn og seksuell legning. Det finnes allikevel en fastlåst identitet som ikke kan velges eller velges bort, slik som funksjonshemming (Davis 2013). Denne teorien må ses i sammenheng med de kulturelle rammene og diskursen personen kan velge innenfor. Eksempelvis vil regler, normer og befolkningens forståelse av hva som er akseptabel atferd eller egenskaper være mer fastlåst i noen samfunn. Dette vil påvirke normalitets-, eller mangfoldsrammene. I de fleste samfunn vil derfor normalitetsprinsippet ha et organiserende prinsipp (Grue 2016).

Et avvik må avvike fra en normal, noe sosiologen Howard Becker kaller statistiske avvik. (Solvang 2002). Becker legger dette til grunn i avviksteorien med å si: «Deviance is not a

quality that lies in behavior itself, but in the interaction between the person who commits an act and those who respond to it» (Becker 1963, referert i Ibarra 2008:360). Med dette kan det argumenteres for at avviksdefinisjonen er relasjonelt og relativt. Videre vil et menneske eller en gruppe mennesker som har en atferd eller væremåte som bryter med forventet oppførsel, eller normer og regler i samfunnet, bli definert som sosiale avvikere. Atferden vil slik bli et avvikende kjennetegn (Norvoll 2009). Om et menneske selv er skyld i det sosiale avviket, kan det påvirke oppfatning hos befolkningen. En kriminell handling som bryter med fastsatte lover, vil oftest anses som menneskets skyld. Sykdom er eksempel på et avvik med en mer usikker skyldfordeling. Mennesket avviker fra normen om å være frisk, men ofte er sykdommen ikke selvforsynt. Dette kan føre til mer forståelse for avviket, og ofte mener majoriteten at mennesket fortjener hjelp og medlidenhet (Norvoll 2009). Forsker innenfor sosiologi og samfunnsmedisin Lars Grue beskriver at et moderne samfunn bruker statistikk og vitenskap som et verktøy for å overvåke det som defineres som grensene mellom normalitet og avvik. I tilfelle hvor det brukes for å endre avvikende atferd, for eksempel for å skape livsstilsendringer, vil statistikken og vitenskapen vinkles for å endre den organiserte ideen i samfunnet, og slik fungerer det som et disiplineringsverktøy (Grue 2016).

3.3 Makt

Makt defineres ulikt etter hvilket perspektiv eller teori det tolkes ut ifra. Sosiologen Max Weber beskriver makt som et menneske, eller en gruppe menneskers mulighet til å gjennomføre egen vilje i sosial forbindelse, selv om andre deltakere i det kollektive liv gjør motstand (Weber 1922, referert i Norvoll 2009). Dette ligger nok ganske nære det folk forbinder med makt i dagligtale, men det finnes flere måter å forstå makt på. Andre måter vektlegger mindre de som utøver makten, og mer selve maktens innvirkning eller hvordan makten virker (Norvoll 2009).

Filosof Michel Foucault bruker blant annet begrepet biopolitikk for å beskrive maktprosesser. Bio er gresk og betyr liv, mens politikk forbindes med stortinget og regjeringens arbeid. Biopolitikk kan beskrive politikk og lovgiving som retter seg mot menneskers liv, men slik Foucault bruker begrepet, omfatter det også en beskrivelse av hvordan makten forplanter seg fra politikken og lovgivingen og ut i samfunnet og individene. Foucault mener at makten eller kraften som ligger i styring og regulering

gjøres utenfra og innefra. Ved at befolkningen selvregulerer eller selvstyrer gjennom å innordne seg etter lovgivingen, vil biopolitiske reguleringer skje både fra utsiden og innsiden (Levold 2014). Foucault beskriver hvordan biopolitikken har to maktgrep. Det første maktgrepet er det å styre mangfoldet med å dressere, overvåke, straffe og nyttiggjøre enkeltindividene. Videre ses summen av de enkelte menneskekroppene på som en samlet masse som utgjør befolkningen, og befolkningen blir igjen styrt av det andre maktgrepet. Ved å se på gjennomsnittet av befolkningen settes normalen etter funnene. Og disse funnene blir grunnlaget for politiske tiltak som igjen virker tilbake på befolkningen. Gjennom en udyktiggjøring av individene skilles avvikene fra normalen. Biopolitikken oppretter institusjoner for å mestre og skille ut avvik som eksempelvis alderdom, sykdom og skrøpeligheit. Gjennom å analysere befolkningen kan det settes inn reguleringsmekanismer for å regulere avvik og danne likevekt i befolkningen. Disse reguleringsmekanismene og teknikkene har utspring fra statsapparatet og internaliseres av befolkningen (Farsethås 2009). Foucault mener at maktformer ikke bare setter forbud, men også er produktiv. Samfunnet preges av den tette forbindelsen mellom makt og kunnskap noe som kan produsere identiteter og sosiale kategorier. Gjennom stadig ny kunnskap om individ og kategorier dannes nye normaliteter og avvik. Foucault mente at forståelsen av menneskets vesen og menneskets normalitet utvikles ved å studere og kategorisere menneskets avvik fra normer og patologi. Dette har ført til en objektivisering av avviket og at det sosiale mangfoldet er blitt rangert, noe som kan ha ført til flere stigmatiserte sosiale kategorier (Froestad og Solvang 2006). Professor Jan Froestad og sosiolog og samfunnsforsker Per Solvang (2006) beskriver hvordan studiet av funksjonshemmingsbegrepet derfor kan vise hvordan ny kunnskap kombinert med makt danner en påvirkende helhet i samfunnet.

Sosial kontroll defineres av sosiolog Vilhelm Aubert (1987 referert i Norvoll 2009, s99) som «Den prosessen som foregår når sanksjoner blir satt inn». Ved å iverksette ulike former for sanksjoner vil borgerne bli styrt av en moralsk form for sosial kontroll og avvikende egenskaper eller oppførsel forsøkes ført tilbake til en satt normal. Brudd på lovverk og formelle normer kan gi formelle sanksjoner som bøter, fengsel eller å miste jobben. Uformelle sanksjoner foregår i hovedsak mellom mennesker og om noen avviker fra uformelle normer. Avvikende egenskaper, oppførsel eller trekk kan føre til uformelle sanksjoner som utelukkning fra det sosiale fellesskapet, blikk, latter eller et overdrevent fokus på mennesket med avviket. Slike reaksjoner kan være med på å legge føringer for

forventet atferd, og avvise eller true. Videre vil sanksjoner deles inn i positive og negative sanksjoner. En positiv sanksjon er en reaksjon som skal forsterke ønsket atferd. Mens en negativ sanksjon er reaksjon som miskrediteres en atferd eller noe som oppfattes som et avvik (Norvoll 2009).

Primær- og sekundærkontroll er de to formene sosial kontroll deles inn i. Primærkontroll er uformell og utøves innfor det nettverket personen med et avvik tilhører. Frykt for sanksjoner fra nettverket eller ønske om å tilhøre nettverket, er ofte sterke drivkrefter for å følge normene. Sekundærkontroll skjer mellom mennesker i samme samfunn som ikke nødvendigvis har kjennskap til hverandre. Denne formen for kontroll vedlikeholdes gjennom disiplinering, straff og overvåkning, og utøves av ulike instanser. Gjennom denne type sosial kontroll, eksempelvis felles normer samfunnsmedlemmene skal innrette seg etter, vil det kunne skape sosial orden. Foucault mener makt må ses i sammenheng med sosial kontroll. Tidligere ble sosial kontroll utøvd brutalt og synlig gjennom fysisk kontroll som straff. I dag er sosial kontroll skjult og utvidet til også å gjelde ned på individnivå (Norvoll 2009).

3.4 Stemplingsteori og stigma

Ordet stigma kommer fra grekerne og ble brukt om mennesker med avvikende og vanærede egenskaper. Grunnet disse egenskapene ble mennesket utestengt fra offentlige steder og fra å ta del i samfunnet. Stigma i dag brukes om sosiale reaksjoner på sykdommer eller sosiale problemer (Norvoll 2009). Stigmaet oppstår når et kjennetegn inngår i en spesifikk sosial sammenheng hvor kjennetegnet miskrediteres. Selve kjennetegnet isolert fra en sosial sammenheng skaper ikke stigma (Solvang 2002). Typisk for den som stigmatiseres er diskriminering og manglende empati fra andre mennesker. Dette kan føre til en selvstempling hvor det stigmatiserte mennesket integrerer stigmatiseringen. Selvstempling kan føre til dårlig selvbilde, ensomhet og sosial isolasjon, som igjen kan påvirke sosial tilhørighet og identitet (Norvoll 2009). Gjennom å søke til andre med samme avvikende trekk, vil de stemplede menneskene søke sammen og finne sosial tilhørighet og felles kultur i subgrupper. Med dette påpekes det at sykdomsforløp eller sosiale problemer ikke bare styres av indre prosesser hos enkeltindividet, men også av en sosial prosess gjennom hvordan personen reagerer på tilbakemeldinger fra omgivelsene. Stemplingen den opplever fra omgivelsene kan forsterkes ved at stigmaet integreres i

mennesket og det oppstår en selvoppfyllende profeti. Samfunnsforsker Erving Goffman og sosiolog Howard S. Becker er representanter for stigma- og stempingsteori (Norvoll 2009).

3.5 Sosialkonstruktivisme

Sosialkonstruktivismen er et perspektiv innenfor sosiologien. Sosialkonstruktivismen tar utgangspunkt i at mennesker danner seg en subjektiv opplevelse av virkeligheten ved å la omgivelser, opplevelser, språk og verdier forme virkelighetsoppfattelsen. Derfor vil det finnes forskjellige virkelighetsoppfatninger basert på hvilke verdier, oppfattelser, kultur og samfunnets historie menneske sosialiseres inn i (Aadland 2011). Dette gjelder også profesjoner og vitenskap. Fordi enhver tidsepoke eller samfunn nødvendigvis vil preges av ulike kulturelle kjennetegn, historie og sosiale forhold, vil det underbygge påstanden om at virkelighetssynet ikke kan komme fra en objektiv forståelse og verdifri sannhet (Jørgensen og Phillips 1999). Også vitenskapen eksisterer i denne kulturelt fargede settingen. En sosialkonstruktivist vil derfor stille spørsmål om det finnes en fullstendig objektiv vitenskap. Den sosialkonstruktivistiske retningen inneholder ulike teorier om hvordan virkelighet konstrueres. Felles for teoriene er søken etter hvordan mening oppstår, utvikler seg og setter seg i ulike kulturer og tidsepoker. Den mest radikale retningen viser til at det finnes ingen virkelighet uten språket (Aadland 2011). De mindre radikale teoriene mener at virkeligheten finnes, men at sosiale prosesser av tale, praksis og tanke er med på å utforme den sosiale livsvirkeligheten hvor mennesket oppfatter og leverer sitt liv (Aadland 2011). Foucault er en sentral sosialkonstruktivist som har bidratt med mange tanker om forholdet mellom språk, vitenskap, institusjoner og definisjonsmakt. For Foucault er det sentralt at det er makten som har rett til å definere og at de språklige kategoriene forplanter seg til institusjoner (Farsethås 2009).

En diskurs er en akseptert betraktning som utgjør forståelsen av et tema. Denne betraktningen hører til innenfor en gitt tids- og stedssfære. Regler for atferd, vitenskap, litteratur, språk og institusjoner er eksempler på noen momenter som er med på å bygge opp en diskurs. Dette vil påvirke hvilke meninger som får dominere i samfunnet. Diskurser er ikke tidløse og vil derfor endre seg over tid (Aadland 2011). Foucault (1999) påpeker dette når han beskriver «galskapens historie» som har utviklet seg fra at den «gale» hadde plass og tilgang i samfunnet, helt til en ny diskurs tok over og endret framstillingen av

galskap. Den «gale» ble nå ansett som et avvik og dette ga handlingsrom for å straffe og kuet individet. Videre utviklet denne måten å dominere den «gale» på med inntoget av en ny diskurs som gå rom for en ny form for dominans. Nå ble den «gale» frifunnet for at avvikene var dens feil, men allikevel ble den straffet med å bli innestengt i asyl nettopp grunnet et avvik den ikke selv var skyld i. Diskursen hadde gått fra å undertrykk med lenker til å undertrykke med moral (Foucault 1999). Foucault beskriver også hvordan en diskurs påvirker det enkelte individ bevisst eller ubevisst. Individ kan delta i diskurser, men diskursen, og de eller den institusjonen som diskursen er forankret i, vil påvirke deltakelsen. Diskursen avgjør hva som til enhver tid kan kalles normalt og avvikende. (Froestad og Solvang 2006).

3.6 Medikalisering

Begrepet medikalisering beskrives som en prosess mellom medisin og samfunn (Norvoll 2009). Menneskers liv defineres ut ifra et medisinsk perspektiv, medisinsens ansvarsområde utvides og dette øker gruppene av syke og hjelpetrengende. Ved at det normale defineres som unormalt, er dette med på å rettferdiggjøre medikaliseringen (Lian 2007). Når atferd defineres som avvikende (og med behov for en løsning) innenfor det medisinske feltet, vil også løsninger med medisinsk grunnlag anerkjennes som akseptable (Næss og Tjora 2012). Et slikt avvik kan oppleves devaluerende for mennesket som opplever å bli definert grunnet sitt avvik. Det kan også bli problematisk for samfunnet ved at denne teknikken skaper et samfunn hvor mennesker ekskluderes grunnet karaktertrekk og kan fratras ansvar for egne handlinger (Lian 2012). Foucault problematiserer grunntanken i medikaliseringen med å argumentere for at vitenskap er nært knyttet til samfunnets virkelighetsforståelse. De mest dominerende diskursene vil vinne frem og danne grunnlaget for hva som defineres som sykdom eller en diagnose (Norvoll 2009). Eksempelvis finnes ikke diagnosen ADHD i Irak selv om ADHD-lignede atferd også oppleves hos iranske barn. Dette tilsier at ADHD-diagnosen har en kulturell forankring. Videre vil et barn med ADHD ofte få diagnosen når det havner i en kontekst hvor atferden kan måles mot annen atferd og slik defineres som avvikende. Skolen er et eksempel på en institusjon hvor atferd kan observeres og måles (Næss og Tjora 2012). Videre mener Foucault at medisin har en kontrollfunksjon i samfunnet ved å regulere befolkningen gjennom medisinske styre. Følelser og opplevelser blir definert gjennom et medisinsk perspektiv med målsetting i å

definere om de er innenfor normalen. Denne nye formen for sosial kontroll mener Foucault er et politisk ønske om å kontrollere mennesker gjennom deres kropp (Norvoll 2009).

4.0 Drøfting

4.1 Avvikskategorisering med den medisinske modellen

Medisin og den medisinske modellen tar utgangspunkt i et lovstyrt menneskesyn hvor objektiv kunnskap brukes for å forklare virkeligheten (Thornquist 2018). Grunnet en stadig utvikling i medisinske oppdagelser og oppfinnelser, får profesjonsmakten økt innvirkning på normalitetsdefinisjonen (Lian 2007). En funksjonshemming eller en avvikende egenskap anses i den medisinske modellen som et individuelt problem med behov for tilpasninger eller behandling hos individet. Samfunnet og miljøbetingelser vil derfor ikke vektlegges i forståelsen av en funksjonshemming (Owren 2011). Et medisinsk fagområde er samfunnsskapt og utvikles over tid. Fagområdet påvirkes av sosiokulturelle sammenhenger og derfor vil medisinske fagområders oppfattelse variere. Eksempelvis vil et barn med hyperaktiv atferd, uoppmerksomhet og lite impuls kontroll kunne bli diagnostisert med ADHD i en kultur, mens i en annen kultur vil ikke atferden vike nok fra den satte normalen til at det oppleves som avvikende egenskaper (Næss og Tjora 2012). I et sosialkonstruktivistisk perspektiv vil dette understreke hvordan kultur påvirker og gir en subjektiv virkelighetsforståelse. Det som i en kultur oppfattes som sykelig atferd, vil i en annen kultur oppfattes som ekstra mye av en i utgangspunktet positiv egenskap.

Diagnoser er avviksstempel og innsnevrer det som oppfattes som normalitet ved at diagnosen kategoriserer tilstander med felles avvikende kjennetegn (Overland 2017). Opplysninger om psykiske og fysiske plager eller avvik, og kliniske observasjoner kan med en medisinsk utredning konkluderes som en diagnose (Tøssebro 2010). En diagnose kan påvirker hvordan andre oppfatter og oppfører seg mot den med en diagnose. Samtidig vil en diagnose kunne påvirke hvordan mennesket oppfatter seg selv og slik kan en diagnose endre væremåte og selvbylde til mennesket (Overland 2017). Innenfor stempelingsteorien vil en diagnose kunne fungere som et avviksstempel og dette fører til at omgivelsene ofte møter mennesket på en måte som forsterker avviket (Tøssebro 2010). Sosiolog Yngvar Løchen beskriver hvordan en diagnose kan endre andres syn på den diagnostiserte ved at all atferd tolkes ut ifra diagnosen. Slik objektiveres mennesket og individualiteten overskygges av diagnosen. Løchen beskrev dette som den diagnostiske kultur (Løchen 1965, referert i Tøssebro 2010). Ved at diagnosen påvirker og internaliseres av mennesket kan det beskrives som at den diagnosesettende profesjonsmakten sprer seg ned til enkeltindividet. Dette er det

Foucault vil beskrive som biopolitikk hvor regler og politikk rettet mot mennesker brer seg ut i samfunnet videre inn til enkeltindividet og utøves fra innsiden av individet. Videre vil en diagnose fungere som en reguleringsmekanisme som skiller avvik fra en satt normalitet i befolkningen (Levold 2014). Ved å definere menneskelige egenskaper gjennom et medisinsk perspektiv vil medisinske løsninger anerkjennes, og slik vil legemiddelasistert sosial kontroll rettferdiggjøres (Næss og Tjora 2012). For befolkningen kan medisinerings ses på som en nødvendig løsning da problemet blir fremstilt innenfor en medisinsk diskurs.

Sosiolog Siri Christine K. Næss og professor i sosiologi Aksel Tjora har intervjuet mødre til barn med diagnosen ADHD. Mens utredningen pågikk opplevde flere av mødrene å bli sosialisert inn i en ny tenkemåte og virkelighetsoppfatning. Barnets atferd ble presentert og analysert gjennom et medisinsk perspektiv og fagforståelse. Foreldre forsøkte selv å forstå barnets tilstand ved å søke etter medisinsk kunnskap på internett. Foucault beskriver dette som en rasjonaliseringsprosess hvor den definerende makten former individets holdninger og virkelighetsforståelse (Næss og Tjora 2012). Det kan kreve mye å kjempe for tilrettelegging og aksept for barnets atferd og behov. Når en løsning i form av en diagnose og medisin presenteres, kan dette oppleves som en etterlengtet forståelse og avklaring (Næss og Tjora 2012). Et ønske om å at deres barn skal høre til og passe innenfor de rammene som kreves på skolen, kan føre til at foreldrene ønsker å følge oppfordringene og normene satt av profesjonsmakten og skolesystemet. Dette kan ses i forhold til primær- og sekundærkontroll. Sekundærkontroll kan gjør at mennesket internaliserer de satte rammene og der med utøver primærkontroll i takt med samfunnets normer (Norvoll 2009). Om dette ses i et sosialkonstruktivistisk perspektiv vil den dominerende vitenskapen og medisinske diskursen ha påvirket virkelighetsoppfatningen til foreldrene. Vitenskapen, omgivelsene, språk og dominerende verdier former virkelighetsoppfatningen (Aadland 2011).

En diagnose utløser ressurser og goder, og i mange tilfeller er medisinerings løsningen på et problem som kobles direkte til individet (Næss og Tjora 2012). I noen tilfeller utløser en diagnose også livsviktige ressurser som retten på livreddende behandling (Anderssen 2012). Innenfor velferdsordninger kreves det vanligvis medisinsk definerte tilstander før rettigheter utløses (Hedlund 2009). Kategoriske avgrensinger som diagnoser, og koblingen mellom diagnoser og ressurser har sannsynligvis virket diagnosedrivende innenfor skolesystemet (Overland 2007). Skolen kan ansees som en institusjon med tydelige forventninger til atferd. Avvikende atferd kan enklere ses da sosial og faglige

forventninger ofte er fastsatt og jevnaldrende barn er samlet på samme sted, noe som samlet gir forventninger og et sammenligningsgrunnlag. Næss og Tjora (2012) beskriver hvordan atferden får en ny mening når diagnosen settes. Flere av aktørene i barnets liv frikjennes og slipper ansvar for barnets avvikende atferd. Miljø og skolens undervisning er ikke dårlig tilrettelagt, foreldrene er ikke dårlige oppdragere. Atferden forklares utelukkende ut ifra diagnosen som eies av barnet. Barnet frifinnes også da diagnosen kan bli sett på som en personlig tragedie og oftest ikke noe individet selv er skyld i. Slik fratras den diagnostiserte ansvar for atferd eller egenskaper som knyttes til diagnosen (Næss og Tjora 2012).

En diagnose utløser ressursene fordi individets avvikende egenskaper defineres og kategoriseres. Eksempelvis bruker velferdsstaten diagnoser som en retningslinje for hvem som skal motta økonomisk støtte og hvor mye (Solvang 2002). Diagnoser skaper også forventninger til den diagnostisertes atferd. Karaktertrekk som er typisk for en diagnose kan forventes hos et diagnostisert individ, og slik kan det være med på å styre andres blikk og forventninger til dets atferd. En slik tenking kobles ofte til en biomedisinsk tenking hvor atferden tas ut av en kontekstuelle forhold, og tolkes ut ifra individet (Overland 2017). Ses disse argumentene i forhold til hverandre kan det stilles spørsmål til om disiplinene som kreves i skolen, kombinert med en individualisert medisinsk diskurs ansvarliggjør individet for det som oppleves som avvikende atferd.

Professor i medisinsk sosiologi Olaug S. Lian (2007) beskriver hvordan skolen og samfunnet anvender diagnoser for å kategorisere og utløse ressurser, som igjen nøytraliserer avvikende egenskaper og gjør elevmassen mer håndterbar. Samspillet mellom medikaliseringen og skolens oppbygning forsterke hverandre og danner en felles medisinsk diskurs. I et medikalisert samfunn vil samspillet mellom medisinsk teknologi og kunnskap kunne forsterke og ha en gjensidig underbyggende effekt. Medisinsk teknologi og kunnskap er blitt mer avansert og tilgjengelig, og de to faktorene utvikles ofte i samspill (Lian 2007). Det medisinske perspektivet er i påvirkning av sosiokulturelle sammenhenger og en diagnose vil derfor være kulturelt betinget (Næss og Tjora 2012). I den spesifikke kulturen vil en diagnose kunne føre til stigma ved at selve diagnosen eller diagnosekriteriene miskrediteres i den sosiale sammenhengen (Solvang 2002). Om individet internaliserer disse ytre normene og ideene vil den kunne utvikle et selvstigma, noe som kan påvirke identitet og tilhørighet (Norvoll 2009). For å få tilgang til fellesskapet

kan mennesket med diagnosen innstille seg etter normer for forventet normalitet for å fortsatt få tilgang til nettverk og samfunnet. Kan dette tyde på at medikaliseringen i samfunnet fører til at mennesker med avvikende egenskaper lar seg behandles etter et medisinsk perspektiv for å normaliseres? Dette mulige poenget kan kanskje støttes opp med Lians (2007) beskrivelse av at stadig flere mennesker etterspør en medisinsk forståelse av individuelle problemer. En økende andel av problematikken befolkningen søker hjelp til i helsevesenet, tilhører andre systemer enn det rent medisinske. Samlivsproblemer, slitasjeskader som resultat av lite tilrettelagte arbeidssituasjon og økonomiske problemer grunnet sosiale ulikheter i samfunnet er eksempel hvor de medisinske profesjonene kun kan behandle symptomer fordi årsakene er utenfor deres kontroll (Lian 2007). Dette kan beskrives som at den medisinske diskursen står sterkt i samfunnet, og at mennesker har latt den forme egen virkelighetsoppfatning. Sosiolog og samfunnsforsker Per Solvang (2002) beskriver hvordan samfunn med lite toleranse for mangfold, og med mangelfulle hjelpesystem og rettigheter, kan individualisere samfunnets problemer og mangler til å bli enkeltindividets egne vanskeligheter. Dette kan tyde på at den medisinske modellen brukes som en ansvarsfraskrivelse hvor problemet (og muligheten for løsninger) ilegges individet. Dette innebærer at når problemet ilegges individet er de ikke lenger politiske. Det oppstår en slags avpolitisering, der det som kunne blitt sett på som politiske problemer blir forsøkt løst i individet (Solvang 2002). Psykolog og filosof Ole Jacob Madsen kritiserer dette i et intervju i Klassekampen (2013):

Men jeg mener at vi også her i landet ville hatt godt av noen flere perspektiver på hva de sosiale strukturene gjør med oss. (...) Diagnosen ADHD blir satt på stadig flere, både barn og voksne, og den eneste offentlige forklaringen vi får, er at det er et nevrologisk problem. Jeg mener vi også må tolke biologien i en viss kontekst, og spørre hvorfor det er slik at fem prosent av alle norsk barn får atferdsproblemer (Klassekampen 2013).

Som nevnt flere steder i oppgaven er fysiske eller psykiske avvik fra en satt normal ofte en forutsetning for at vernepleierprofesjonene skal bistå mennesker (FO 2015). Vernepleieren er en del av samfunnet hvor inndeling og diagnostisering er et av kriteriene for at profesjonen skal ha innpass. Kriminolog Nils Christie (1978) beskriver hvordan profesjoner innenfor helse- og sosialsektoren er med på å dele opp samfunnet med å fokusere på de delene av mennesket som er aktuelt for den spesifikke profesjonen. Dette

gjør at enkeltmennesket kan oppleve at de mister retten til å forklare sin virkelighet, og gjennom dette mister profesjonene muligheten til å se indre og ytre konflikter fra et helhetlig perspektiv (Christie 1978). Fordi ressurser som gjør møtet med miljøet enklere, utløses av en diagnose, kan det kanskje føre til at vernepleieren aktivt ser etter diagnoser eller avvik som kan utløse trengte ressurser. Vernepleierens evne til å frigjøre rettighet kan føre til at det søkes etter diagnoser og avvik. På den andre siden kan disse ressursene gjøre livssituasjonen enklere for individet som får diagnosen. Som nevnt kan det unnskyldes en atferd (Næss og Tjora 2012) og utløse ressurser (Solvang 2002. Hedlund 2009).

4.2 Avvikskategorisering med den sosiale modellen

En funksjonshemming vil i den sosiale modellen oppstå grunnet fysiske eller sosiale barrierer i samfunnet (Owren 2011). Den sosiale modellen kan fungere som et verktøy for frigjøring og likestillinger for mennesker med en funksjonsnedsettelse i møte med et samfunn som hindrer deltakelse (Askheim 2003). Likestilling, verdighet og frigjøring er grunntanker innenfor et humanistisk menneskesyn (Aadland 2011). Med flere felles verdier mellom det humanistiske perspektivet og den sosiale modellen, kan det slik sies at modellen har et humanistisk perspektiv. Med grunnlag i dette kan det poengteres at alle individ har en egenverdi som samfunnet må legge til rette for. Med et samfunn som ikke er tilpasset det enkelte individ, vil noen mennesker oppleve at de funksjonshemmende barrierene undertrykker deres eksistens. En funksjonshemming vil derfor ikke være en personlig tragedie, men heller et politisk spørsmål (Owren 2011). En funksjonsnedsettelse vil være rent biologisk, medisinsk eller kroppslig for individet, mens en funksjonshemming er samfunnsskapt og ligger utenfor individet (Tøssebro 2010).

For mennesker med funksjonsnedsettelsen døvhet, har det de siste 40 årene pågått en prosess hvor de døde har utfordret forståelsesrammene rundt det å ha en funksjonsnedsettelse. For flere av dem har døvheten blitt en kulturell identitet, hvor de ikke oppfatter seg selv som funksjonshemmet (Breivik 2000). Det naturvitenskapelige perspektivet på å reparere døves funksjonshemming har hatt ulike fremgangsmåter. Gjennom medisinske fremskritt som Cochlear-implantatet som kan skape hørsel hos døde (Solvang 2002), bekjempe medisinske sykdommer som kan føre til døvhet eller ved metoder som taletrening og munnavlesning (Breivik 2000). Flere døde har opplevd slike metoder som en undertrykking av tegnspråket, en etnisk rensing og en trussel mot de døde

som en minoritet (Solvang 2002). Innenfor den sosiale forståelsesmodellen er det å være døv ingen individuell defekt, men noe som oppstår i en situasjon hvor kommunikasjonsforholdene ikke er tilrettelagt (Breivik 2000). Funksjonsnedsettelsen er bestemt biologisk hos individet, mens konsekvensene den får i hverdagen styres av samfunnsprosesser (Tøssebro 2010). Innenfor døvediskursen vil derfor en hørende være funksjonshemmet da kommunikasjonsforholdene i døvekulturen ikke er tilrettelagt en hørende (Breivik 2000). Dette påpeker en relasjonell forståelse av funksjonshemming og underbygger perspektivet i den sosiale modellen. De siste tiårene har identitetsdiskursen beveget seg fra at døvhets blir ansett som et avvik til å bli forstått som en dimensjon i et flerkulturelt samfunn. Døves gruppeidentitet og livsvilkår har forandret seg og flere anser nå døvhets som en minoritetsidentitet og en kultur (Breivik 2000). Dette kan ha en sammenheng med diskursskifte fra medisinsk modell til sosial modell. De døde har beveget seg fra en samlekategori til en annen samlekategori. Fra funksjonshemmet, til språklig og kulturell minoritet. De døves gruppeidentitet og livsvilkår har slik gjennomgått store forandringer (Solvang 2002). Omgivelser, opplevelser, språk, uttrykk, vitenskap og verdier som har vært styrende innenfor virkelighetsoppfattelsen rundt de døde, kan ha endret seg og dannet en ny diskurs hvor de døde ikke lengre oppfattes som funksjonshemmede. I et sosialkonstruktivistisk perspektiv kan overgangen fra den medisinske modellens diskurs til den sosiale modellens diskurs ha påvirket virkelighetsoppfatningen. Kategoriseringen av avvikende egenskaper eksisterer også innenfor den sosiale modellen, men avviket kobles til funksjonshemmende barrierer i samfunnet. Modellen kritiseres for å ikke ta nok hensyn til individet og utfordringen biologiske avvik kan ha for mennesket (Askheim 2003). Modellens tilhengere benekter ikke at en funksjonsnedsettelse kan ha konsekvenser for individet, men at fokus må flyttes over til samfunn, og at det begrepsmessig må skilles mellom biologiske mangler og en funksjonshemming. Den politiske utfordringen i samfunnet er å få befolkningen til å se omgivelsenes og samfunnets rolle i funksjonshemmende prosesser. Først med denne forståelsen kan funksjonshemmende barrierer bygges ned (Tøssebro 2010).

Når begrepet kultur knyttes til en gruppe med en felles tilhørighet, vil det kunne forhindre individuelle ulikheter. Kulturbegrepet kan fremheve likhetstrekk, også i større grad enn det er grunnlag for å fremheve (Breivik 2000). Med å søke til andre mennesker med felles trekk, kan det dannes subkulturer (Norvoll 2009). En del av de døde har funnet en sosial tilhørighet og dannet en kultur med eget språk, idrettsarrangement, politikk og sosial

delaktighet til døvefellesskapet (Breivik 2000). Ses dette i sammenheng kan det tyde på at de døve får mer frihet og mister det ofte opplevde stigmatiserende stempelet som «funksjonshemmet». Samtidig har friheten til en viss grad stengt de ute fra samfunnet og retten til å velge andre identiteter. Menneskers identitet er i stadig endring gjennom å oppleve, erfare og se seg selv i forhold til andre (Bostad 2010). De døves gruppeidentitet og samfunnets økende forståelse av de som en minoritet kan kanskje hindre utviklingen av nye former for identitet. Kanskje kan denne identitetsutviklingen ses som en prosess eller reaksjon på segregeringen som døve har opplevd. Eksempelvis har internatskoler for døve virket sterkt identitetsskapende. Og de døve har bygd på det stigmaet som døvheten ofte ble forbundet med, og slik fremmet individuelle og kollektive verdier og målsetninger. Slik har de døve redefinert seg selv ut ifra nye forutsetninger (Breivik 2000). Dette har utfordret den eksisterende forestillingen om normalitet og avvik. I eksemplet med døveminoriteten har den sosiale modellen gjort det mulig å redefinere forklaringsrammene de tidligere var underlagt. «Feilen» eller avviket ligger ikke lengre i mennesket, og statens tidligere normaliseringsprosesser vil ikke telle da de avvikende egenskapene nå er grunnlaget for identitet og kultur (Solvang 2002).

Som nevnt tidligere er den sosiale modellen kritisert for at funksjonshemmende barrierer i samfunnet vektlegges i den grad at individuelle biologiske mangler kan ignoreres. Dette kan ha konsekvenser for enkeltindividet (Askheim 2003). Psykoanalytiker Julia Kristevas beskriver en funksjonshemming som en sårbarhet som angår oss alle i form av at alle mennesker i løpet av livsløpet kan oppleve å ikke leve opp til samfunnets ulike prestasjonskrav. Hun mener funksjonshemming ikke betegner en undertrykt minoritet eller en kategorisert del av befolkningen. Funksjonshemming er en forskjell mellom mennesker, og ingen defekt hos et menneske (Engebretsen og Solvang 2010).

Vernepleieren må være bevisst på hvordan egen yrkesprofesjon kan være med å påvirke praksisområdet og individets forutsetninger for deltakelse. Noen av vernepleierens arbeidsmetoder kan ha fokus på individets egenskaper og med en naturvitenskapelig undertone, og slik ubevisst kunne fremme den medisinske modellens tankegang og en helbredelsesdiskurs (Owren 2011). Subtile former for utestenging kan være omsorg, behandling, medisiner og rehabilitering. Etter Foucaults termer beskrives dette som sosial kontroll eller disiplinering. Døve mennesker har opplevd ulike former for

behandling som igjen kan oppleves som maktbruk og disiplinering fra majoriteten, altså de hørende (Breivik 2000).

Sett med innfallsvinkel til Foucault er det interessant og merke seg at Solvang (2002) beskrev hvordan de døve hadde beveget seg fra en samlekategori til en annen. Selv om de døve der med har redefinert døvheten fra å være et rent avvik til å være en egenskap, er søkelyset på egenskapen døvhet fortsatt like sterkt da det er blitt en kulturell identitet. Med Foucault kan det sies at det de døve opplever som mer frihet, samtidig har utestengt de fra samfunnet og retten til å velge andre identiteter. Kategoriseringen har «vunnet» igjen. Selve makten bak dette kan ikke finnes, men den påvirker den store helheten og hvordan samfunnet virker.

4.3 Avvikskategorisering med GAP-modellen

Arbeidet med miljøbetingelser og omgivelser er sentralt i vernepleierens arbeidsoppgaver (Owren 2011). Med en faglig tilnærming skal vernepleieren bevisst kunne påvirke rammefaktorer og individuelle forutsetninger for å øke mestring og livskvalitet hos menneskene som bistås. Dette er en av definisjonene på miljøarbeid. I sammenhengen med arbeidet med rammefaktorer og individets forutsetninger, refereres det ofte til GAP-modellen (Brask, Østby og Ødegård 2016). GAP-modellen plasserer seg med andre ord mellom den medisinske og sosiale modellen i hvor den retter fokus.

I GAP-modellen oppstår en funksjonshemming i gapet mellom individets forutsetninger, og omgivelsenes krav og utforming. Dette misforholdet mellom faktorene danner en relasjonell forståelse av funksjonshemmingen eller avviket ved at funksjonshemmingen ses i forhold til noe annet (Owren 2011). Dette viser en humanistisk tilnærming til begrepet ved at individet i seg selv ikke anses som defekt (Grue 2012). GAP-modellen viser også at den enkeltes funksjonshemming er situasjonsbestemt og at en funksjonshemming derfor ikke er absolutt. Menneskets forutsetninger for mestring i møte med omgivelser, krav og normer viser til at en funksjonshemming vil være relativ (Kassah og Kassah 2009). I likhet med den sosiale modellen, og i motsetning til den medisinske modellen, påpeker GAP-modellen at en funksjonshemming ikke er en individuell egenskap, men et forhold som skapes i møte med omgivelsene (Owren 2011). Som nevnt vil vernepleieren ofte arbeide etter GAP-modellen med mål om å minske gapet (Brask, Østby og Ødegård 2016). Ved at

gapet kan reduseres fra begge sider ansvarliggjøres vernepleieren gjennom sitt valg i hvilken av de to sidene i GAP-modellen det skal arbeides med. Dersom det kun er individets forutsetninger det arbeides med, kan det argumenteres for at det fortsatt er den medisinske modellen det arbeides etter (Owren 2011). Debatten om funksjonshemming handler i like stor grad om den sosiale modellens fokus på universell utforming, velferdsstatens fremtid og likestilling (Grue 2012). Yrkesetisk grunnlagsdokument for barnevernspedagoger, sosionomer, vernepleiere og velferdsvitere beskriver samfunnsmandatet til blant annet vernepleiere og deres forpliktelse til å påvirke rammebetingelser og uheldige miljøbetingelser (FO 2015). Eksempelvis kan en negativt avvikende atferd hos et individ være et forsøk på å tilpasse seg en utfordring i miljøet, og kreve arbeid nettopp med omgivelsene (Holden 2009). Som vernepleier vil det å arbeide på samfunnsnivå og med tilrettelegging av omgivelser derfor være en stor del av arbeidsoppgavene og *en* av sidene i GAP-modellen (Owren 2011).

Vernepleieren har forskjellige metoder de bruker som verktøy i arbeid med individ og omgivelser. Psykolog Børge Holden (2016) beskriver hvordan ulike atferdsanalytiske metoder brukes aktivt av profesjoner for å forstå og behandle atferd som viker fra en ønsket normal. Atferdsanalyse søker å forstå atferd gjennom konkrete hendelser i omgivelsene, følelser og indre tanker. På den ene siden vil det innenfor atferdsanalyse kunne brukes «passive metoder» for å endre samfunnets krav. Passive metoder kan beskrives ved at mennesket som opplever et misforhold i møte med omgivelsene, ikke skal endre noe ved seg selv. Der av er mennesket «passivt» fordi endringer skal skje i omgivelsene. Målet er å tilrettelegge omgivelsene så miljøbetingelsen som fremprovoserer for eksempel en avvikende atferd, fjernes eller minskes. På den andre siden kan atferdsanalyse benyttes gjennom «aktive metoder» hvor ulike metoder brukes for å endre individets atferd gjennom læring, mens miljøet i stor grad forblir uforandret. Slik kan mennesket beskrives som «aktivt» siden forandringene skjer i eller med individet (Holden 2016). Aktive metoder vil slik dreie seg om den delen av GAP-modellen som har som hensikt å forbedre individets forutsetninger.

Vernepleier og med doktorgrad i samfunnsarbeid, Thomas Owren (2011) beskriver hvordan det tidligere i vernepleierens arbeidsfelt har vært et uklart skille mellom faglige tiltak og menneskets eget ønske. Dette påpeker at det er viktig å avklare at tiltaket er basert på et ønske fra mennesket som mottar bistanden. Trenings og opplæringsrutiner, og noen

av de funksjonelle metodene innenfor atferdsanalyse er eksempel på vernepleiefaglig arbeid med fokus på å forandre individets atferd eller forutsetninger. Arbeidsmetodene har høstet kritikk blant annet for å undertrykke menneskeverd (Owren 2011). Dette vil altså kunne bryte med det humanistiske grunnsynet i GAP-modellen. Samtidig finnes det tilfeller hvor det er uforsvarlig om vernepleieren ikke griper inn i en situasjon og utøver tvang mot personens vilje. Denne type maktutøvelse er lovpålagt og strengt regulert (Leidland 2009). Innenfor noen atferdsanalytiske metoder, og trening- og opplæringsrutiner arbeider profesjonen aktivt med de egenskapene hos individet som blir oppfattet som avvikende, og slik kan vernepleieren være med på å fremheve avvik og øke kategoriseringen med å fokusere utelukkende på avviket. Igjen kan det vises til kriminolog Nils Christies (1978) poeng om at profesjoner er med på å dele opp samfunnet ved å sette søkelys på de delene med et menneske som er aktuelt for deres profesjonelle ståsted. Dette avgrensede fokuset kan utfordre menneskets mulighet til å vise hele aspektet av seg selv og kan slik vanskeliggjøre det å møte et menneske med et helhetlig perspektiv (Christie 1978). Sett i et sosialkonstruktivistisk perspektiv kan det tenkes at vernepleieren gjennom begrunnelse og valg av arbeidsmetoder og hvilket fokus den inntar i møte med ulike avvik, vil være med på å påvirke virkelighetsoppfatningen til menneskene vernepleieren bistår. Mennesker danner en subjektiv virkelighetsoppfatning gjennom påvirkning fra omgivelser, tale, opplevelser og verdier (Aadland 2011). Samtidig vil vernepleierens virkelighetsoppfatning påvirkes av gjeldende diskurs i kulturen den befinner seg i. Dette kan være profesjonskultur eller fra samfunnet generelt. Foucault beskriver hvordan makten produserer individet ved at subjektet blir til gjennom et maktspill. Slik blir individet en gjenstand som påvirkes av historien, språk og gjeldende diskurs i samfunnet (Aadland 2011).

Uten teoretisk grunnlag kan det spekuleres rundt kompleksiteten i GAP-modellen. Den relasjonelle forståelsen av funksjonshemming, hvor omgivelser i møte med individets ferdigheter kan skape en funksjonshemming, muliggjør det å arbeides med begge sider i GAP-modellen (Tøssebro 2010). Som nevnt tidligere vil dette synet plassere modellen et sted imellom den medisinske modellen og den sosiale modellen. De to sidene kan slik kanskje oppleves som to diskurser i en modell. Den medisinske diskursen på den ene siden hvor individet kan styrkes, forandres eller tilpasses, og på den andre siden den samfunnskritiske diskursen hvor omgivelsene kan tilpasses eller endres. Utfordringen kan ligge i å ikke la noen av diskursene vinne, men arbeide ut ifra den (eller begge) situasjonen

krever. Denne kompleksiteten kan kanskje sammenlignes med vernepleierprofesjonen og dens ulike virkemåter. Vernepleieren som profesjon skal arbeide for likestilling og deltakelse for alle samfunnsborgere og være kritisk til den medisinske tankegangen om at mangfold gjøres håndterbart gjennom diagnostisering (Owren 2011). Samtidig er bistand fra profesjoner en ressurs som utløses av kategorisering på samfunnsnivå, som ved at det settes diagnoser (Solvang 2002). I dette ligger det et paradoks fordi vernepleieren kan ses som et produkt av tankegangen den skal være kritisk til.

4.4 Vernepleieren i møte med mennesket

De to første setningene som beskriver vernepleierprofesjonen på Fellesforbundets (FO) hjemmesider er: «En vernepleier jobber for å bedre hverdagen til personer med funksjonsnedsettelse» (FO 2019). Sett i lys av denne påstanden er det naturlig å tro at uten avvik vil ikke vernepleieren ha et arbeidsmarked. Kanskje kan vernepleierprofesjonen slik være med på å øke kategoriseringen i samfunnet.

Folkehelseinstituttets tall viser at fra år 2004 til 2014 økte antall utskrevne resepter på ADHD-medisiner med 306% i Norge (Djupedal og Korshavn 2016). I tillegg forutsetter svært mange ressurser og goder at mennesket har en diagnose å begrunne behovet for ressurser med (Solvang 2002, Hedlund 2009). Begge deler kan ses på som uttrykk for at den medisinske diskursen står sterkt i samfunnet: medisinen får forklare og regulere mange områder som ikke er opplagt medisinske, slik som atferd eller økonomisk støtte. Videre har deler av vernepleierens arbeidsmetoder søkelys på individet og forbedringer av dets forutsetninger (Owren 2011). Slik kan vernepleieren ubevisst være med på å kategorisere og fremme et naturvitenskapelig menneskesyn. Dette krever en etisk og faglig reflektert vernepleier som bevisst arbeider ut ifra begge sidene i GAP-modellen.

I samfunnet og i politikken har menneskerettighetene økende betydning, og det kreve en bevisstgjøring rundt likebehandling av befolkningen som består av kategorier med svært ulikt utgangspunkt (Grue 2012). Med utgangspunkt i den siste påstanden, kan det reflekteres rundt om den enkelte vernepleier klarer å se forbi kategoriseringene og se det stigmafrie enkeltindividet. Det ligger en makt til grunn når noen definerer et annet menneske. Når noen defineres som en «bruker», har makten virket ved å tolke personen og plassere den i en kategori. For å bruke begrepet brukermedvirkning, må det finnes en

underforliggende felles tanke om hvordan «brukeren» er (Aadland 2011). Dette kan underbygge tanken om at ingen, heller ikke vernepleierprofesjonen med sitt fokus på forforståelse og stigma, vil klare å være nøytral til et annet menneske. Om fokuset på avviket blir viktigere enn fokuset på individet, vil det kunne føre til at vernepleieren for eksempel tar for gitt at den kategoriserte skal arbeide i vernet bedrift, fremfor på en vanlig arbeidsplass. Eller skal bo i en samlokalisert bolig fremfor et privat borettslag. Vil et menneskes rettigheter være oppfylt om det kun gis tilgang til tilrettelagte og utvalgte områder i samfunnet? Det som skal være tilrettelegging, kan også ses på som en ubevisst diskriminering av rent praktiske grunner basert på en forforståelse av hvordan mennesker innenfor en kategori skal ha det. Sosial kontroll kan skje i form av uformelle sanksjoner som hindrer en med avvikende egenskaper å delta i det sosiale fellesskapet og legge føringer for forventet atferd (Norvoll 2009). Om et menneske med behov for tilrettelegging utelukkende får tilbud om arbeidsplasser i vernede bedrifter og kommunale dagsenter, legges det føringer gjennom valgalternativene personen får. Og den forventede atferden vil være at mennesket velger mellom de foreslåtte plassene. Eksempelet over kan derfor ses i forhold til sosial kontroll og stempingsteori. Med omgivelsens reaksjon på avviket, forsterkes avviket ved å plassere det kategoriserte mennesket sammen med andre kategoriserte mennesker (Norvoll 2009).

Som tidligere nevnt plasseres vernepleierens miljøarbeid innenfor GAP-modellen (Brask, Østby og Ødegård 2016). Uten en bevisstgjøring rundt egen profesjonsutøvelse og samhandling med brukeren, kan vernepleierens plassering i GAP-modellen ende med at vernepleieren arbeider ut ifra i annen modell enn der den faktisk skal virke. Sosiolog Andrew Abbott (1988) beskriver hvordan en profesjons tolkning, diagnostisering og behandling av et menneske som avviker fra en satt normal, definerer og skaper profesjonens måte å arbeide på. Videre vil profesjonens arbeidsmåte skape og definere selve profesjonen. Profesjonens blikk vil slik styre valg av metoder og valg av hvilke områder ved et menneske det skal arbeide med. Disse valgene skaper igjen en helhet som definerer profesjonen (Abbot 1988). Dette gjør det naturlig å tro at vernepleierprofesjonens valg av arbeidsmetoder og perspektiv vil være med på å definere vernepleierprofesjonen. Om det er stort fokus på individet og dets forutsetninger, og metoder som kan virke instrumentaliserte for brukeren, kan vernepleierens fokus bli naturvitenskapelig og innenfor den medisinske modellen. Bevisstgjøring rundt dette kan føre til økt forståelse for vernepleieren som helse- og sosialpolitisk aktør, og kan ses i sammenheng med å arbeide

ut ifra den sosiale modellen og GAP-modellen. Fellesorganisasjonen skriver dette om vernepleieren som politisk aktør:

Å velge vernepleieryrket er å ta et valg. FO sitt yrkesetiske grunnlagsdokument sammen med lovverket gir fundamentet for yrkesetikken vår. Den gir oss en tydelig verdiforankring og argumenter for å påvirke verden rundt oss (FO 2017: 8).

Videre er vernepleieren forpliktet å bidra til at alle mennesker får oppfylt sine menneskerettigheter og at profesjonen skal bistå i å oppfylle best mulig livskvalitet (FO 2017). Forsker og professor i sosialantropologi Charles Gardou (2010) beskriver hvordan mennesker med en funksjonshemming ofte ubevisst møtes med forestillinger som har sin opprinnelse langt bak i tid. Samtidig er disse forestillingene modernisert til å kunne passe inn i dagens virkelighet. Dette kan ha ført til fastgrodde forforståelser som er godt innarbeidet i dagens kultur. Om vernepleieren ubevisst skulle la seg styre av forforståelse av hvordan mennesker innenfor en kategori skal ha det, kan dette kanskje føre til at mennesket det skal bistå blir hindret de rettigheter det har. Vernepleieren er ikke bare en politisk endringsaktør på vegne av andre, men skal arbeide for å fremme andres mulighet til politiske deltakelse (FO 2017). Det er naturlig å tenke at dette avhenge av at vernepleieren anerkjenner individets evner og mulighet til å påvirke og delta politisk, samtidig som vernepleieren anerkjenner sine egne evner og muligheter til å arbeide bevisst ut ifra begge sidene i GAP-modellen.

5.0 Oppsummering

Oppgaven viser at hvilket perspektiv som velges ved kategorisering av avvikende egenskaper, vil få konsekvenser for hvordan kategoriseringen utøves. Dette kan dels forstås som uttrykk for at de ulike modellen utgjør ulike diskurser. De ulike modellen vektlegger individet og omgivelsene ulikt. Det får konsekvenser for hvordan avviket forstås, hvordan og om det blir behandlet og håndtert, og hvordan den avvikende ser på seg selv.

Oppgaven viser at det kan være utfordrende å arbeide etter GAP-modellen når den medisinske diskursen ofte er dominerende i samfunnet og spesielt innenfor områder hvor vernepleierens bistand er ønskelig. Derfor er det viktig at vernepleieren i tilstrekkelig grad er bevisst sitt ansvar til å arbeide på samfunnsnivå.

Litteraturliste

- Abbott, Andrew. 1988. *The system of Professions. An essay on the division of Expert labor*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Anderssen, Jorid og Trude Gjernes. 2012. «Det modernebehandlingssamfunnet» I *Helsesosiologi. Analyser av helse, sykdom og behandling*. Red: Aksel Tjora. Side: 62-78. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Askheim, Ole Petter. 2003. *Fra normalisering til empowerment. Ideologier og praksis i arbeid med funksjonshemmede*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Adland, Einar. 2011. *Og eg ser på deg. Vitenskapsteori i helse- og sosialfag*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Bostad, Inga. 2010. «Annerledeshet og frihet. Den representative frihetens sårbarhet» I *Annerledeshet – Sårbarhetens språk og politikk*. Red: Julia Kristeva og Eivind Engebretsen. Side: 212-234. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Brask, Ole David, May Østby og Atle Ødegård. 2016. *Vernepleierens kjerne roller. En refleksjonsmodell*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Breivik, Jan-Kåre. 2000. «Døve-funksjonshemmede eller kulturell minoritet?» I *Usynlighetskappen. Levekår for funksjonshemmede*. Red: Tor Inge Romøren. Side: 83-104. Oslo: Akribe.
- Christie, Nils. 1978. *Som folk flest*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Davis, J. Lennard. 2013. *The End of Normal. Identity in a biocultural world*. USA: The University of Michigan Press.
- Dallan, Olav. 2012. *Metode og oppgaveskriving*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Djupedal, Elise Farstad og Runa Næss Korshavn. 2016. «Medisinering av mangfold i kunnskapsskolen» I *ADHD og det disiplinerte samfunnet*. Red: Aksel Tjora og Lisbeth Elvira Levang. Side: 85-100. Bergen: Fagbokforlaget.

Engebretsen, Eivind og Per Koren Solvang. 2010. «Annerledeshet - sårbarhetens språk og politikk» I *Annerledeshet – Sårbarhetens språk og politikk*. Red: Julie Kristeva og Eivind Engebretsen. Side: 11-33. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Farsethås, Hans Christian. 2009. «Disiplin, biopolitikk og regjering. Foucaults maktanalyser» *Agora. Journal for metafysisk spekulasjon*. 27. årgang (Nr 2-3): 225-246. Oslo: H. Aschehoug & Co.

[https://www.idunn.no/agora/2009/02-](https://www.idunn.no/agora/2009/02-03/disiplin_biopolitikk_og_regjering_foucaults_maktanalyser)

[03/disiplin_biopolitikk_og_regjering_foucaults_maktanalyser](https://www.idunn.no/agora/2009/02-03/disiplin_biopolitikk_og_regjering_foucaults_maktanalyser) Lest: 27.04.2019.

Fellesorganisasjonen. 2017. *Vernepleier. Om vernepleieryrket*. Oslo: Fellesorganisasjonen.

[https://www.fo.no/getfile.php/1313870-](https://www.fo.no/getfile.php/1313870-1550142797/Dokumenter/Din%20profesjon/Brosjyrer/Vernepleierbrosjyre%202017riktig.pdf)

[1550142797/Dokumenter/Din%20profesjon/Brosjyrer/Vernepleierbrosjyre%202017riktig.pdf](https://www.fo.no/getfile.php/1313870-1550142797/Dokumenter/Din%20profesjon/Brosjyrer/Vernepleierbrosjyre%202017riktig.pdf) Lest: 13.05.2019.

Fellesorganisasjonen. 2019. *Hva er en vernepleier?* Oslo: Fellesorganisasjonen.

<https://www.fo.no/din-profesjon/vernepleier/> Lest: 30.04.2019.

Fellesorganisasjonen. 2015. *Yrkesetisk grunnlagsdokument for barnevernspedagoger, sosionomer, vernepleiere og velferdsvitere. Stå opp for trygghet*. Oslo

Fellesorganisasjonen.

[https://www.fo.no/getfile.php/1311735-](https://www.fo.no/getfile.php/1311735-1548957631/Dokumenter/Din%20profesjon/Brosjyrer/Yrkesetisk%20grunnlagsdokument.pdf)

[1548957631/Dokumenter/Din%20profesjon/Brosjyrer/Yrkesetisk%20grunnlagsdokument.pdf](https://www.fo.no/getfile.php/1311735-1548957631/Dokumenter/Din%20profesjon/Brosjyrer/Yrkesetisk%20grunnlagsdokument.pdf) Lest: 30.04.2019.

Foucault, Michel. 1999. *Galskapens historie*. Oslo. Gyldendal.

Froestad, Jan og Per Solvang. 2006. «Forskningen om funksjonshemming; konstruksjon og narrasjon, profesjon og stat» I *Funksjonshemming, politikk og samfunn*. Red: Mårten Söder, Jan Froestad og Per Solvang. Side: 17-31. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Gardou, Charles. 2010. «Et nytt opplysningsprosjekt. Mot en revolusjon i tenkningen omkring funksjonshemming» I *Annerledeshet. Sårbarhetens språk og politikk*. Red: Julia Kristeva og Eivind Engebretsen. Side: 69-83. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Grue, Jan. 2012. «Funksjonshemming, samfunn og kultur – Om behovet for nye samfunnsspørsmål» I *Nytt norsk tidsskrift*. 29. årgang. (Nr:4): 420-426.

https://www.idunn.no/nnt/2012/04/funksjonshemming_samfunn_og_kultur_-_om_behovet_for_nye_fo Lest: 11.05.2019.

Grue, Lars. 2016. *Normalitet*. Bergen: Fagbokforlaget.

Hedlund, Marianne. 2009. «Meningsbrytninger i begrepet «Funksjonshemming»» I *Funksjonshemming – Politikk, hverdagsliv og arbeidsliv*. Red: Jan Tøssebro. Side: 55-67. Oslo: Universitetsforlaget.

Helsebiblioteket. 2016. *PICO*.

<https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/sporsmalsformulering/pico> Lest: 05.05.2019.

Holden, Børge. 2016. *Utfordrende atferd og utviklingshemming. Atferdsanalytisk forståelse og behandling*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Ibarra, R. Peter. 2008. «Strict and Contextual Constructionism in the Sociology of Deviance and Social Problems» I *Handbook of constructionist research*. Red: James A. Holstein og Jaber F. Gubrium. Side: 355-372. New York: The Guilford Press.

Jacobsen, Dag Ingvar. 2015. *Hvordan gjennomføre undersøkelser? Innføring i samfunnsvitenskapelig metode*. Oslo: Cappelen Damm Akademisk.

Jørgensen, Marianne Winther og Louise Phillips. 1999. *Diskursanalyse som teori og metode*. Fredriksberg: Roskilde Universitetsforlag.

Kassah, Alexander Kwesi og Bente Lilljan Lind Kassah. 2009. *Funksjonshemming. Sentrale ideer, modeller og debatter*. Bergen: Fagbokforlaget.

Klassekampen, uten forfatter. 2013. *Den vonde selvinnsikten*.

<https://www.klassekampen.no/60496/article/item/null/den-vonde-selvinnsikten>

Lest:13.05.2019.

Kristoffersen, Nina Jahren, Finn Nortvedt, Eli-Anne Skaug og Gro Hjelmeland Grimsbø. 2

Leidland, Kirsten Kvitvær. 2009. «Skape mening sammen» I *Vernepleiefaglig teori og praksis – Sosialfaglige perspektiver*. Red: Thomas Owren og Sølvi Linde. Side 154-166. Oslo: Universitetsforlaget.

Levold, Nora. 2014. «Biopolitiske dialoger – Styring og selvstyring» I *Biopolitikk. Kropp, kunnskap og teknologi*. Red: Nora Levold. Side:7-32. Bergen: Fagbokforlaget.

Lian, S. Olaug. 2012. «Medikaliseringens uttrykk. Drivkrefter og implikasjoner» I *Helsesosiologi. Analyser av helse, sykdom og behandling*. Red: Aksel Tjora. Side: 38-61. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Lian, S. Olaug. 2007. *Når helse blir en vare*. Kristiansand: Høyskoleforlaget.

Norvoll, Reidun. 2009. «Makt og avmakt» I *Mellom mennesker og samfunn. Sosialantropologi for helse- og sosialprofesjonene*. Red: Elisabeth Brodtkorb og Marianne Rugkåsa. Side: 67-97. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Norvoll, Reidun. 2009. «Sosiale avvik og sosial kontroll» I *Mellom mennesker og samfunn. Sosialantropologi for helse- og sosialprofesjonene*. Red: Elisabeth Brodtkorb og Marianne Rugkåsa. Side: 98-121. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Næss, Siri Christine K. og Aksel Tjora. 2012. «Medikalisert lydighet? Mødres møte med ADHD» I *Helse og sosiologi. Analyse av helse, sykdom og behandling*. Red: Aksel Tjora. Side: 79-99. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Overland, Terje. 2007. *Skolen og de utfordrende elevene. Om forebygging og reduksjon av problematferd*. Bergen: Fagbokforlaget.

Overland, Terje. 2017. *Diagnoser og læring*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Owren, Thomas. 2011. «En faglig handling» I *Vernepleiefaglig teori og praksis. - Sosialfaglige perspektiver*. Red Thomas Owren og Sølvi Linde. Side: 43-64. Oslo: Universitetsgrunnlaget.

Owren, Thomas. 2011. «Et blikk tilbake» I *Vernepleiefaglig teori og praksis. - Sosialfaglige perspektiver*. Red Thomas Owren og Sølvi Linde. Side: 85-107. Oslo: Universitetsforlaget.

Owren, Thomas. 2011. «Funksjonsnedsettelse og funksjonshemming» I *Vernepleiefaglig teori og praksis. - Sosialfaglige perspektiver*. Red Thomas Owren og Sølvi Linde. Side: 28-42. Oslo: Universitetsforlaget.

Solvang, Per. 2002. *Annerledes*. Oslo: Aschehoug.

Solvang, Per. 2006. «Funksjonshemmingen og det normale – om nødvendigheten av å balansere» I *Funksjonshemming, politikk og samfunn*. Red: Jan Froestad, Per Solvang og Mårten Söder. Side: 163-175. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Thornquist, Eline. 2018. *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori for helsefag*. Bergen: Fagbokforlaget.

Tøssebro, Jan. 2010. *Hva er funksjonshemming?* Oslo: Universitetsforlaget.

Vedlegg

Vedlegg 1. PICO-skjema

Problemstillingen jeg hadde når jeg startet søket med PICO-skjema: Hvordan begrunnes kategoriseringen av avvikende egenskaper, (og hvordan definerer dette avviksbegrepet)? Siden problemstillingen er todelt, plasseres kun første del i PICO-skjemaet. Grunnet relevansen mellom de to delene, vil artikler og bøker automatisk bli aktuell også for siste del av problemstillingen. Problemstillingen omtaler ikke P-Population, men etter samtale med bibliotekar ble det avklart de var lite hensiktsmessig å skrive inn en av de nevnte «population» i problemstillingen. Dette ville snevre inn søkeresultatene og slik binde oppgaven til å kun gjelde det ene søkeordet. Derfor nevnes ulike «populations» i PICO-skjemaet uten at de er hentet ordrett fra problemstillingen.

| | | Norske søkeord | Engelske søkeord |
|----------|----------------------------|---|--------------------------------|
| P | Population/patient/problem | Menneske* Funksjonsned* Funksjonshem* Utviklingshem* | Disab* Handicap* |
| I | Intervention | Avvik* Normal* Annerledes* | Devia* Normal* Different |
| C | Comparison | Ikke aktuell | Ikke aktuell |
| O | Outcome | Kategoriser* Sorter* Begrunn* Rettferdig* | Categor* Sort Justif* |