



# Bacheloroppgave

**VPL05 Vernepleie**

**Selvbestemmelse og deltagelse for mennesker med utviklingshemming**

**Self-determination and participation for people with intellectual disability**

**Ane-Mathea Alfredsen Førde**

**Totalt antall sider inkludert forside: 35**

**Molde, 25.05.2022**



## 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"><li>• ikke har vært brukt til annen eksamen ved annen avdeling/universitet/høgskole innenlands eller utenlands.</li><li>• ikke refererer til andres arbeid uten at det er oppgitt.</li><li>• ikke refererer til eget tidligere arbeid uten at det er oppgitt.</li><li>• har alle referansene oppgitt i litteraturlisten.</li><li>• ikke er en kopi, duplikat eller avskrift av andres arbeid eller besvarelse.</li></ul>	<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. <a href="#">Universitets- og høgskoleloven</a> §§4-7 og 4-8 og <a href="#">Forskrift om eksamen</a> §§16 og 36.	<input checked="" type="checkbox"/>
4.	Jeg/vi er kjent med at alle innleverte oppgaver kan bli plagiatkontrollert, jf. <a href="#">høgskolens regler og konsekvenser for fusk og plagiat</a>	<input checked="" type="checkbox"/>
5.	Jeg/vi er kjent med at høgskolen vil behandle alle saker hvor det forligger mistanke om fusk etter høgskolens <a href="#">retningslinjer for behandling av saker om fusk</a>	<input checked="" type="checkbox"/>
6.	Jeg/vi har satt oss inn i regler og retningslinjer i bruk av <a href="#">kilder og referanser på biblioteket sine nettsider</a>	<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: Anne Madeleine Botslangen

## 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:

**Antall ord: 7188**

## **Forord**

Arbeidet med bacheloroppgaven har vært både spennende, utfordrende og lærerikt, og kunnskapen jeg har tilegnet meg kan jeg ta med videre som ferdig utdannet vernepleier. Jeg ønsker å rette en takk til veileder Anne Botslangen for gode råd gjennom arbeidet. Jeg ønsker også å rette en spesiell takk til familie og venner for motivasjon, støtte og oppmuntring i tiden jeg har jobbet med bacheloroppgaven.

Molde, 25.05.22

# Innhold

<b>1.0</b>	<b>Innledning</b> .....	<b>1</b>
1.1	Presentasjon av tema .....	1
1.2	Vernepleiefaglig relevans .....	2
1.3	Presentasjon av problemstilling.....	2
1.4	Begrepsavklaring:.....	3
<b>2.0</b>	<b>Teori</b> .....	<b>4</b>
2.1	Selvbestemmelse og deltagelse .....	4
2.2	Historikk.....	4
2.3	Realisering på ulike nivå .....	5
<b>3.0</b>	<b>Metode</b> .....	<b>8</b>
3.1	Forforståelse .....	9
<b>4.0</b>	<b>Funn</b> .....	<b>10</b>
4.1	Deltagelse og selvbestemmelse .....	10
4.1.1	Deltagelse.....	10
4.1.2	Selvbestemmelse .....	10
4.1.3	Makt .....	11
4.1.4	Empowerment .....	12
4.2	Utviklingshemming, funksjonsnedsettelse og funksjonshemming .....	12
4.2.1	Psykisk utviklingshemming .....	12
4.2.2	Funksjonshemming i ulike perspektiv .....	14
4.3	Vernepleierens rolle og kompetanse: .....	15
4.3.1	Vernepleierens arbeidsmodell.....	16
4.3.2	Rollekompetanse .....	16
4.4	Eksempel på tiltak og tilrettelegging.....	17
4.4.1	Støttmateriell .....	17
4.4.2	Aktivitetsanalyse .....	18
4.4.3	Individuell plan .....	18
<b>5.0</b>	<b>Drøfting</b> .....	<b>19</b>
5.1	Drøfting av problemstilling .....	19
<b>6.0</b>	<b>Avslutning</b> .....	<b>24</b>
	<b>Litteratur</b> .....	<b>25</b>

# 1.0 Innledning

## 1.1 Presentasjon av tema

Oppgaven tar for seg temaet selvbestemmelse og deltagelse for mennesker med utviklingshemming. Mennesker med utviklingshemming bestemmer i mindre grad over eget liv og deltar mindre i samfunnet enn resten av befolkningen (NOU, 2016:17, Söderström og Tøssebro, 2011). Det er flere faktorer som påvirker om mennesker med utviklingshemming får oppnå selvbestemmelse eller ikke i situasjoner. En faktor kan være manglende muligheter til å lære selvbestemmelse, særlig knyttet til begrensninger i arenaer der det er mulighet for å utvikle de ferdighetene som kreves. En annen faktor kan være tjenesteyters meninger og holdninger, og hvordan tjenesteyter vurderer tjenestemottakers kompetanse til å ta beslutninger (Kassah og Kassah, 2009). I mange situasjoner blir mennesker med utviklingshemming oppfattet av andre til å ikke vite hva som er best for seg selv, og andre tar valg og beslutninger på vegne av vedkommende (Ellingsen, 2007). Marte Wexelsen Goksøyr er skuespiller og skriver i boken *Selvbestemmelse: Egne og andres valg og verdier* (2007) om erfaringer der andre har bestemt for henne, og hva som er viktig for henne knyttet til selvbestemmelse:

Jeg vil ha hjelp bare når jeg trenger det, og jeg vil bli spurt. At andre bestemmer uten at jeg blir tatt med på råd, er å frata meg ansvar for mitt eget liv. [...] Selv om jeg bestemmer meg for hva jeg vil, og gjør mitt beste, hjelper det ikke. Alt jeg vil er at dere skal tro på meg, jeg vil at dere skal tro at jeg kan. Jeg vil være med og bestemme sammen med dere. DET ER MITT LIV! (Goksøyr, 2007, 39)

Som Goksøyr skriver er det hennes liv og hun vil være med å bestemme. Når andre mennesker tar beslutninger og valg på vegne av deg kan det virke både sårende og hemmende. Når det skjer gjentatte ganger ovenfor en større gruppe mennesker er det diskriminerende og det forteller om hvilket menneskesyn en har (Ellingsen, 2007). Bare dersom det er fare for noens liv og helse, eller at personens handlinger går imot lovverket kan retten til selvbestemmelse innskrenkes (Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet, 2013).



## 1.2 Vernepleiefaglig relevans

I arbeid med mennesker med utviklingshemming er vernepleierkompetanse relevant.

«Utdanningen som vernepleier gir spesifikk opplæring i å gi omsorgs- og habiliteringstjenester til utviklingshemmede» (NOU 2016:17, s 106). Vernepleieren er den eneste profesjonen der utdanningen retter seg mot kognitive funksjonsnedsettelse.

Kunnskap om hvordan det kan legges til rette for å bistå mennesker som kan ha fysiske, sosiale og kognitive utfordringer. Vernepleieren har både helse-, og sosialfaglig bakgrunn, og skal ha kunnskap om helsefag, sosialfag, pedagogikk, juss og psykologi.

Kombinasjonen av det vernepleieren har i kunnskapsgrunnlaget sitt skal bidra til deltagelse selvbestemmelse og deltagelse (Fellesorganisasjonen, 2017).

Vernepleierrollen kan fordeles i fire ulike kjerne roller: Partnerrollen og ansvarrollen som er individrettet, samt brobyggerrollen og pådriverrollen som er systemrettet. I alle rollene er selvbestemmelse og deltagelse viktig, men det blir realisert på ulike måter. Partnerrollen tar for seg den samhandlende vernepleieren, der samarbeid og dialog med tjenestemottaker står sentralt, i sammenheng med brukermedvirkning og selvbestemmelse. I ansvarrollen skal vernepleieren være i stand til å handle i situasjoner for å ivareta brukerens helse og trygghet. En kan stå ovenfor vanskelige dilemmaer der det kan være en utfordring å ivareta brukerens ønsker. En brobyggerrolle er preget av samhandling og dialog på systemnivå, med blant annet pårørende eller tverrprofesjonelt med andre profesjoner. I pådriverrollen jobber den handlende vernepleieren på samfunnsnivå for å sikre tjenestemottakers rettigheter for eksempel gjennom varsling om svikt og urettferdighet (Brask, Østby og Ødegård, 2016).

## 1.3 Presentasjon av problemstilling

Følgende problemstilling er formulert:

*Hvordan kan vernepleieren sikre muligheter for deltagelse og selvbestemmelse i hverdagen til mennesker med psykisk utviklingshemming?*

## **1.4 Begrepsavklaring:**

### **Selvbestemmelse**

Selvbestemmelse er et sammensatt og komplekst begrep som gir ulike betydninger i ulike situasjoner og bruksområder (Ellingsen, 2007). Det kan defineres som «å være den som handler på vegne av seg selv og sitt liv, som foretar valg og avgjørelser som har med ens livskvalitet å gjøre, fri fra overdreven ytre påvirkning eller innblanding» (Wehmeyer, 1996 i Lunde, 2009, 22).

### **Deltagelse**

Deltagelse kan defineres som det å engasjere seg i en livssituasjon (Verdens helseorganisasjon, 2001). Deltagelse er et begrep som defineres på ulik måte ut fra situasjon og perspektiv, men det kan handle om engasjement, samspill med andre mennesker, å ha muligheten til å leve som andre og være en del av samfunnet (Ellingsen og Sandvin, 2014).

### **Utviklingshemming, funksjonsnedsettelse og funksjonshemming**

Psykisk utviklingshemming blir definert som en «tilstand med stagnert eller mangelfull utvikling av evner og funksjonsnivå, som særlig kjennetegnes av svekkede ferdigheter som viser seg i løpet av utviklingsperioden» (Verdens helseorganisasjon, 2021). Psykisk utviklingshemming er en medisinsk diagnose, som kan være forårsaket av en sykdom, skade eller en annen medisinsk tilstand. Psykisk utviklingshemming er en redusert kognitiv funksjonsnedsettelse: «Psykisk utviklingshemming representerer med andre ord en funksjonsnedsettelse, en redusert kognitiv funksjonsevne som er definert på grunnlag av et bredt sett av funksjonsvurderinger. Personer med psykisk utviklingshemming og andre med kognitiv funksjonsnedsettelse vil i et samfunn som stiller store krav til kognitiv funksjon, ofte oppleve å være funksjonshemmet» (Ellingsen og Sandvin, 2014, 22).

## 2.0 Teori

### 2.1 Selvbestemmelse og deltagelse

Selvbestemmelse og deltagelse kan komme til uttrykk på ulike måter, og er begge begrep som ikke har en entydig definisjon. Begrepet selvbestemmelse havner ofte i samme kategori som andre begrep som *autonomi*, *brukermedvirkning*, *brukerstyring*, *empowerment* og *uavhengighet* for å nevne noe. Deltagelse blir ofte sett på som det å ta del i noe eller vise engasjement for noe, dette kan være for eksempel hverdagslige aktiviteter, politikk, sosiale situasjoner eller i arbeidslivet (Ellingsen, 2007 og Ellingsen, 2014).

### 2.2 Historikk

Gjennom historien har mennesker med utviklingshemming opplevd å bli kategorisert og diskriminert, og rettigheter som selvbestemmelse og deltagelse vært noe som har måttet vike (Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet, 2013). Livet til mange har vært preget av tvang og makt. Frem mot andre verdenskrig var det økt rasehygienisk tenkning i samfunnet, og for mennesker med utviklingshemming innebar dette blant annet forfølgelse og sterilisering. Etter krigen ble det generelt økt fokus på alle menneskers verdi og like rettigheter, sammen med tanker om kollektivt ansvar og solidaritet. Gjennom 50- og 60-tallet ble det bygget ut institusjoner for mennesker med utviklingshemming, der fylkene skulle ha ansvaret for å gi omsorg og tjenester. Mennesker med utviklingshemming ble tatt ut av samfunnet og tvangsflyttet til institusjoner (NOU 2016:17).

Normaliseringstankegangen på 70-tallet skulle gjøre mennesker med psykisk utviklingshemming likestilte med resten av samfunnet i henhold til rettigheter og forpliktelser. Normalisering skulle innebære blant annet normale levekår, normal døgnrytme og normal livssyklus, og ble en motsetning til segregeringen tiårene før (Nirje, 1969 og 1970 i Askheim, 2003). Med normaliseringen kom også tankene om inkludering, mangfold og individuell tilrettelegging frem. En kartlegging av forholdene i institusjonene på 80-tallet viste at levekår og livssituasjonen til de som bodde der var uakseptabel, i tillegg til at det ble avdekket bruk av tvang og vold (Barne-, likestillings og inkluderingsdepartementet, 2013).

På 90-tallet ble Ansvarsreformen gjennomført, der institusjonene skulle legges ned, og mennesker med utviklingshemming ble flyttet til egne boliger (Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet, 2013). Deltagelse og selvbestemmelse er noe regjeringen har forsøkt jobbet mot siden ansvarsreformen for 30 år siden. FN-Konvensjonen om rettighetene til mennesker med nedsatt funksjonsevne (CRPD) ble vedtatt i 2006 og ratifisert i Norge i 2013 (NOU, 2016:17). I politikken for mennesker med utviklingshemming er regjeringens overordnede mål likestilling og likeverd, selvbestemmelse, deltakelse og integrering (Barne, likestillings- og inkluderingsdepartementet, 2013). Det vises gjennom kartlegging at statusen i Norge knyttet til rettigheter om deltagelse og selvbestemmelse ikke er i samsvar med menneskerettigheter i dag (NOU, 2016:17).

### **2.3 Realisering på ulike nivå**

Sikring av selvbestemmelse og deltagelse kan realiseres på ulike nivå. Dette kan være blant annet gjennom globale og internasjonale menneskerettigheter og bærekraftsmål. Nasjonale lovverk, vedtak, forskrifter, rundskriv og veiledere, eller gjennom lokale bestemmelser som kommunale planer, stillingsinstrukser eller miljøregler som gjelder i fylket eller kommunen. I tillegg kan det også realiseres gjennom regler og mål på hver enkelt arbeidsplass eller boenhet, eller i møte mellom tjenesteyter og tjenestemottaker og miljøet rundt (NOU, 2016:17 og Ellingsen, 2014).

Flere av De forente nasjoners (FN) bærekraftsmål tar for seg rettigheter til funksjonshemmende, og kan være med på å sørge for å realisere selvbestemmelse og deltagelse for mennesker med utviklingshemming. Bærekraftsmål 10 om *Mindre ulikhet* handler om å redusere ulikhet i og mellom land, der delmål 10.2 handler om å «sikre myndiggjøring og fremme sosial, økonomisk og politisk inkludering av alle» (FN, 2022) uavhengig av blant annet funksjonsevne. Delmål 10.3 handler om å «sikre like muligheter og redusere forskjeller i levekår, blant annet ved å avskaffe diskriminerende lover, politikk og praksis og ved å fremme lovgivning, politikk og tiltak som er egnet til å nå dette målet» (FN, 2022). Bærekraftsmål 11 om *Bærekraftige byer og lokalsamfunn* handler om å gjøre byer og lokalsamfunn inkluderende, trygge, robuste og bærekraftige. Flere delmål retter seg mot universell utforming av blant annet offentlige rom eller transport, slik at det skal være tilgjengelig for alle. Blant annet handler delmål 11.7 om å sørge for at alle «har

tilgang til trygge, inkluderende og tilgjengelige grøntområder og offentlige rom» (FN, 2022).

FN-konvensjonen om rettigheter til mennesker med nedsattfunksjonsevne skal bidra til at mennesker med nedsatt funksjonsevne skal ha like muligheter til å realisere rettigheter. I NOU 2016:17 pekes det på at norsk lovverk ikke respekterer og sikrer utviklingshemmedes rett til frihet og selvbestemmelse tilstrekkelig. Norge ratifiserte FN-konvensjonen om rettighetene til mennesker med nedsatt funksjonsevne i 2013, likevel er det den eneste av FNs menneskerettskonvensjoner som ikke er inkorporert i norsk rett. Et av forslagene til utvalget er å enten endre lovverket i Norge, eller inkorporere konvensjonen i menneskerettsloven. Dette vil kunne bidra til å sikre at mennesker med utviklingshemming kan oppnå selvbestemmelse og deltagelse (NOU 2016:17).

Selv om norsk lovverk ikke sikrer utviklingshemmedes rettigheter tilstrekkelig er det flere lovverk som skal bidra til å sørge for at rettigheter knyttet til selvbestemmelse og deltagelse for mennesker med psykisk utviklingshemming blir realisert. I henhold til Likestillings- og diskrimineringslovens kapittel 3 om universell utforming og individuell tilrettelegging (2017) skal det sikres at den delen av samfunnet som er ment for alle, også skal være tilrettelagt for alle. Det skal også legges til rette for individuell tilpasning for blant annet mennesker med funksjonsnedsettelse som mottar kommunale tjenestetilbud (Likestillings- og diskrimineringsloven, 2017). Ved å utforme samfunnet og miljøet universelt kan man legge til rette for at mennesker med ulike funksjonsnedsettelse også kan delta mer, og ta mer styring i livet sitt (Sandvin, 2014).

I Sarpsborg kommune har det pågått et utviklingsarbeid i tjenester til mennesker med utviklingshemming som kalles *Plattform for livslange tjenester*. I dette prosjektet jobbes det både kommunalt, i hver enkelt boenhet og tett opp mot hver enkelt tjenestemottaker. Det jobbes på individnivå, for å styrke forutsetningene hver enkelt har for å delta og bestemme over eget liv, gjennom blant annet individuelle møter. Samtidig jobbes det med å sikre kvalitet ved at alle tjenesteyterne arbeider med utgangspunkt i en felles veileder (Kaas, 2019).

I denne teksten vil hovedfokuset være hvordan vernepleieren kan legge til rette for deltagelse og selvbestemmelse på individnivå. Dette fordi det er vektleggingen av samhandling og selvbestemmelse i situasjoner i hverdagen som er det viktigste for opplevelsen av å ha en reell innflytelse på eget liv for mange personer med kognitive funksjonsnedsettelse (Nordlund, Thronsen og Linde, 2015).

### 3.0 Metode

Metoden redegjør for hvordan jeg har gått frem for å skaffe kunnskap, og er redskapet jeg har brukt når jeg har undersøkt tema. Metoden som er brukt i denne teksten er litteraturstudie, som er en kvalitativ metode (Dalland, 2020). Jeg har gjort systematiske søk i Oria og Google. I Oria har jeg søkt på kombinasjonen av «selvbestemmelse eller autonomi», «utviklingshem\* eller funksjonshem\*», «vernepleie\* eller miljøarbeid\*» og «deltagelse eller deltakelse». Jeg har valgt å inkludere flere begrep enn de som er i problemstillingen min, ettersom det er begrep som blir brukt om hverandre. Autonomi blir ofte brukt som et synonym for selvbestemmelse, i faglitteraturen kan det belyses om mennesker med psykisk utviklingshemming, men at begrepet som blir brukt er funksjonshemming, vernepleiere havner i kategorien miljøarbeidere, samt at deltagelse og deltakelse blir brukt om det samme.

I google har jeg søkt på «utviklingshemming og aktivitet», «utviklingshemming, selvbestemmelse og deltagelse» og «Utviklingshemming, selvbestemmelse, deltagelse og aktivitet». I google er det utfordrende å avgrense, noe som gir tusenvis av treff. Derfor har jeg valgt å gå gjennom de første fem sidene med treff. Søket ga treff som Her har jeg fått opp og brukt sider som Nasjonalt kompetansemiljø om utviklingshemming (NAKU), rapporter fra Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet (BUFDIR), samt utredninger som NOU-er og stortingsmeldinger.

Gjennom arbeidet med funnene har jeg forsøkt å stille meg selv flere spørsmål, for å finne ut pålitelighet og validiteten kildene har for oppgaven. Jeg har stilt meg selv spørsmål som «er dette relevant for min problemstilling?», «på hvilken måte er dette relevant for problemstillingen?», "er jeg kjent med personen som har skrevet dette, og er den kjent innenfor fagfeltet?». Med nettkilder har jeg også spurt «hva gjør at denne nettsiden er til å stole på?». I arbeidet med funnene av litteratursøket har jeg sett at flere forfattere henviser til andre kilder, og har derfor i den grad det har vært mulig forsøkt finne frem til disse for å komme nærmere primærkilden (Aadland, 2011).

### **3.1 Forforståelse**

«For-forståelsen dannes på bakgrunn av allmennmenneskelige fenomener, for eksempel at vi organiserer inntrykk i strukturer og meningsfulle helheter, og på bakgrunn av individuelle erfaringer» (Røkenes og Hanssen, 2012, 154). Min forforståelse vil være preget av blant annet det jeg har lært om temaet gjennom studiet det jeg har blitt fortalt av andre, og egne erfaringer. Gjennom praksis og arbeidserfaring har jeg observert at selvbestemmelse og deltagelse kan være utfordrende å realisere, og hvilke holdninger og erfaringer tjenesteytere har påvirker graden av selvbestemmelse hos tjenestemottakeren, ettersom mange er avhengig av bistand og hjelp for å ha muligheten. Når valg og beslutninger blir tatt på vegne av tjenestemottaker kan dette også påvirke deltagelsen til tjenestemottakeren.



## 4.0 Funn

### 4.1 Deltagelse og selvbestemmelse

#### 4.1.1 Deltagelse

Deltagelse blir definert i Internasjonal klassifikasjon av funksjon, funksjonshemming og helse som det å engasjere seg i en livssituasjon (Verdens helseorganisasjon, 2001). Når vi deltar i situasjoner kan vi oppleve påvirkningskraft og selvbestemmelse, sosiale relasjoner kan utvikles og meningsfulle og gode opplevelser blir tilgjengelig (Slåtta, 2021).

Deltagelse for personer med utviklingshemming kan handle om å leve i et fellesskap og oppleve samspill på lik linje med andre og ta del i samfunnet så langt det er mulig (Ellingsen og Sandvin, 2014). I Sverige brukes begrepet *delaktighet*, og innebærer elementer som engasjement, makt, autonomi, tilhørighet og interaksjon. Ikke alle elementene trenger å være til stede i enhver situasjon, det er som regel et eller flere som er mer fremtredende (Gustavsson, 2014).

Ved å jobbe systematisk mot mål for å skape mer meningsfulle hverdager for hver enkelt tjenestemottaker vil man også kunne oppleve at deltagelsen til vedkommende øker.

Deltagelseshandlingene til hver enkelt person vil kunne variere ut fra hvilke utfordringer man har knyttet til funksjonsnedsettelsen, det vil kunne vises gjennom mer enn viljestyrte og målrettede handlinger, men alle observerbare handlinger som en person kan bringe frem. For mennesker med mer omfattende funksjonsnedsettelse vil disse handlingene være begrenset, og det kreves en større innsats for å legge til rette for aktiviteter der personen kan delta (Slåtta, 2021, 22).

#### 4.1.2 Selvbestemmelse

Selvbestemmelse er et begrep som ikke har en klar definisjon. Det kan sees i sammenheng med andre begrep som blant annet autonomi eller brukermedvirkning. Det handler om å bestemme over eget liv: «Selvbestemmelse kan defineres som å være den som handler på vegne av seg selv og sitt liv, som foretar valg og avgjørelser som har med ens livskvalitet å gjøre, fri fra overdreven ytre påvirkning eller innblanding» (Wehmeyer, 1996 i Lunde, 2009).

Tilrettelagt kommunikasjon er viktig for etablering av reell selvbestemmelse. Dette innebærer blant annet å presentere muligheter og valg slik at personen med utviklingshemming forstår det, lære hen om konsekvenser og stimulere til erfaringer ved legge til rette for valg. Dette kan blant annet skje gjennom verbal kommunikasjon, eller gjennom skriftlige eller billedlige framstillinger (Innstrand, 2009). Selvbestemmelse er noe som må læres, for eksempel gjennom å praktisere det. Evnen til selvbestemmelse kan sees i sammenheng med personlig utvikling og er en forutsetning for å utvikle seg og etablere egen identitet (Bollingmo, Ellingsen og Selboe, 2005). Mennesker med utviklingshemming kan ha begrenset tilgang til arenaer der de kan utvikle ferdigheter og delta i den nødvendige sosialiseringen for å oppnå selvbestemmelse, og lærer derfor ikke å ferdighetene som trengs for å realisere selvbestemmelse. Når det ligger til rette for læringsmuligheter og muligheter for å bruke kunnskapen, kan vedkommende oppnå selvbestemmelse (Kassah og Kassah, 2009).

Holdninger og meninger hos tjenesteytere har en betydning for om personen med utviklingshemming får realisert selvbestemmelse (Kassah og Kassah, 2009). Tjenesteytere og andre nærpersoner kan undervurdere kunnskapen mennesker med utviklingshemming har til å ta egne beslutninger, eller å være i stand til å vite sitt eget beste, og tar derfor beslutninger på vegne av vedkommende. Dette vil kunne virke hemmende for den personen som beslutningen tas på vegne av (Ellingsen, 2007).

### **4.1.3 Makt**

Makt handler om hvem som har størst sannsynlighet for å få sin vilje ved ulike interesser (Norvoll, 2019). Som tjenesteyter er man alltid i en ujevn maktposisjon, der en som tjenesteyter har mest makt i relasjonen, ettersom man er den som gir hjelp, og den andre er den som mottar hjelp (Eide og Eide, 2017). Mennesker med utviklingshemming som mottar tjenester fra andre, er dermed er i en avmektig posisjon. Når man er avhengig av hjelp og bistand for å klare seg i hverdagen vil makten i relasjonen kunne bli enda mer tydelig. Desto større hjelpebehov en person har, desto mer sårbar er man for å havne i en større avmektig posisjon (Norvoll, 2019).

#### **4.1.4 Empowerment**

Empowerment handler om makt og overføring av makt, og den mest brukte norske oversettelsen er *myndiggjøring* (Askheim, 2003). Empowerment handler om å sikre personer større påvirkning i egen situasjon (Owren, 2011). På individnivå handler det om prosesser og aktiviteter som bidrar til å øke kontrollen individet har over egen situasjon. Samtidig jobbes det mot en større selvtillit, bedre selvbilde og økte ferdigheter og kunnskaper, slik at hen selv er i stand til å identifisere hvilke barrierer som begrenser hens muligheter til å ha kontroll over eget liv (Askheim, 2003). En slik tenkning utfordrer den tradisjonelle autoritet- og maktposisjonen som helse- og omsorgsprofesjonene har og som tjenesteyter står man ovenfor utfordringer og dilemmaer der en må være bevisst på egen rolle og hvordan en handler i møte med brukeren. «Profesjonelle som vil arbeide ut fra et empowerment-perspektiv, må være villige til å omdefinere sin tradisjonelle ekspertrolle til å bli en ressurs som virker på brukerens premisser» (Askheim, 2003, s 167). Det er minst seks elementer som ligger i det å bli en ressurs som virker på brukerens premisser: å bli kjent med hvilke premisser brukeren har, akseptere de premissene, handle med utgangspunkt i det vi tror er brukerens premisser, innhente tilbakemeldinger fra brukeren aktivt, justere handlemåtene våre ut fra tilbakemeldinger fra brukeren og bistå andre tjenesteytere til å bli ressurser som virker på brukerens premisser på tilsvarende måter (Owren, 2011).

## **4.2 Utviklingshemming, funksjonsnedsettelse og funksjonshemming**

### **4.2.1 Psykisk utviklingshemming**

Psykisk utviklingshemming blir definert i kodeverket ICD-10 som en «tilstand med stagnert eller mangelfull utvikling av evner og funksjonsnivå, som særlig kjennetegnes av svekkede ferdigheter som viser seg i løpet av utviklingsperioden» (Verdens helseorganisasjon, 2021). Dette kan dreie seg om ferdigheter og funksjoner som er kognitive, motoriske, sosiale og språklige (Verdens helseorganisasjon, 2021). Redusert kognitiv fungering er en fellesnevner for mennesker med psykisk utviklingshemming. Dette kan sees igjen i begrensninger når det kommer til blant annet oppmerksomhet,

hukommelse, problemløsning og tenking. Begrensninger i oppmerksomhet kan være knyttet til utfordringer med å forholde seg til flere ting på samme tid eller å holde fokuset på det samme over tid. Korttidshukommelsen kan være svekket, noe som gjør det vanskelig å bearbeide informasjon, og det kan være vanskelig å generalisere erfaringer og læring (Owren, 2011).

For personer med kognitive funksjonsnedsettelse vil funksjonsnedsettelsen i seg selv kunne påvirke evnen og muligheten til å kunne ta beslutninger. Den vil kunne skape begrensninger i forståelsen og kunnskapen om valgmuligheter og konsekvenser, men det vil ikke dermed si at alle valg krever denne forståelsen og kunnskapen (Lunde, 2009). Dersom situasjoner legges opp med et kompleksitetsnivå som ikke passer for personen med psykisk utviklingshemming, kan situasjonen bli uoversiktlig, svekke hans mulighet til å aktivt delta, samtidig som det skaper unødvendig belastning i den kognitive kapasiteten for personen. Gjennom tilrettelegging ved å minske stimuli og inntrykk, samt forenkle og strukturere aktiviteter kan vedkommende delta i situasjonen mer aktivt og ta mer vurderte valg. Tilbakemelding i form av ord og handlinger gir grunnlag for å vurdere om hvilken måte det er hensiktsmessig å tilrettelegge situasjoner (Owren, 2011).

I Hordaland ble det gjort en undersøkelse av selvbestemmelse i hverdagslivet hos 239 voksne mennesker med utviklingshemming, der alle bodde i egen bolig og hadde ulik grad av utviklingshemming og ulike hjelpebehov. Selvbestemmelsen var lav, og graden av selvbestemmelse sto i forhold til grad av utviklingshemming, der personer med lett grad av psykisk utviklingshemming hadde mer selvbestemmelse enn personer med høyere grad av utviklingshemming. Undersøkelsen viste til at de utviklingshemmede som i tillegg hadde følgetilstander, også hadde mindre grad av selvbestemmelse enn andre med tilsvarende funksjonsnivå. En faktor som undersøkelsen pekte på at kan påvirke grad av selvbestemmelse er tjenesteyters kunnskap om rettigheter (Lunde, 2002 i Lunde, 2009).

Mennesker med omfattende kognitive funksjonsnedsettelse har begrensninger når det gjelder forståelse, og kan i tillegg ha begrensninger knyttet til bevegelse, bruk av sanseapparatet og utfordringer knyttet til kommunikasjon. Dette gjør at det kan være vanskelig å ta del i situasjoner og aktiviteter, og er derfor i mange tilfeller avhengig av å ha personer rundt seg som kan legge til rette for at vedkommende blir mer aktiv enn passiv i aktiviteter (Slåtta, 2021). For å øke muligheten for deltagelse kan man minke disse

begrensningene personen møter ved blant annet hjelpemidler eller andre kompenserende tiltak. Hjelpemidler for mennesker med fysiske eller sansemessige funksjonsnedsettelse kan blant annet være briller for synshemmede, høreapparat for hørselshemmede eller rullestol for bevegelsehemmede. For mennesker med kognitive funksjonsnedsettelse kan dette innebære for eksempel lettlest eller tilpasset informasjon (Sandvin, 2014).

#### **4.2.2 Funksjonshemming i ulike perspektiv**

«Teori om funksjonshemming er viktig for vernepleiere fordi vår grunnleggende forståelse om hva som hemmer vil være avgjørende for hvor vi har vår oppmerksomhet, hvilke problemer vi søker å løse og hva slags løsninger vi tilbyr» (Owren, 2011, 30).

Det skilles oftest mellom tre ulike forståelser av funksjonshemming, dette er den medisinske forståelsen, den sosiale forståelsen og GAP-modellen (Tøssebro, 2010). Med utgangspunkt i en medisinsk forståelse vil utfordringene vedkommende har være knyttet til forhold hos personen selv. Det kan være diagnoser, fysiske eller psykiske lidelser og kognitive vansker som gjør at vedkommende ikke er i stand til å klare det som alle andre klarer. Dette kan være blant annet å leve og bo selvstendig, delta i samfunnet og ha en aktiv og meningsfull hverdag. Begrepene funksjonshemming og funksjonsnedsettelse får lik betydning i et slikt perspektiv og det er individet som skal tilpasse seg omgivelsene, og eventuelle tiltak skal være rettet mot personen. Dersom individet ikke er i stand til å endre eller å tilpasse seg ut fra samfunnets forutsetninger vil det i et slikt perspektiv kunne være et mål å forsones seg med at situasjonen er som den er. Deltagelse i et slikt perspektiv vil være knyttet til mestring av funksjoner og ferdigheter, og kan forstås som et spørsmål om evne til selvstendighet og funksjonsdyktighet, om vedkommende mestrer ferdigheter og funksjoner (Owren, 2011).

Den sosiale forståelsen tar utgangspunkt i at det er noe i samfunnet som gjør at en person blir funksjonshemmet (Tøssebro, 2010). I denne forståelsen er det et skille mellom funksjonsnedsettelse og funksjonshemming, der funksjonsnedsettelse er egenskaper ved personen, og funksjonshemming er noe som oppstår i situasjoner der mennesker med funksjonsnedsettelse blir hindret og hemmet i å gjøre ting på lik linje som andre (Owren,

2011). Det er flere elementer som kan bidra til å skape funksjonshemmende samfunnsmessige barrierer. Dette kan være blant annet utilgjengelige miljøer, holdninger hos mennesker og praksis og prosedyrer i organisasjoner som er lite fleksible (Kassah og Kassah, 2009 i Owren, 2011). I et slikt perspektiv vil tilrettelegging dreie seg om miljøet, gjennom å bygge ned samfunnsmessige funksjonshemmende barrierer, i tillegg til tiltak rettet mot personen. Perspektivet utelukker ikke viktigheten ved individuelle tiltak som behandling eller opplæring, men det skilles mellom forhold ved individet, altså funksjonsnedsettelsen og vansker som er knyttet til forhold i omgivelsene. Deltagelse i et slikt perspektiv vil forstås som idealer om et samfunn for alle, sosial mottakelighet, inkludering og verdsetting fra omgivelsene ut fra menneskerettigheter. Samfunnet må endres for å gjøre det mindre funksjonshemmende, samt mer tilgjengelig og inkluderende (Owren, 2011).

I GAP-modellen er det i situasjoner der det er et gap eller et misforhold mellom personens forutsetninger og samfunnets og miljøets krav som gjør at personen blir funksjonshemmet. Begrepet funksjonshemming blir sett på som et gap eller et misforhold mellom forutsetninger hos individet og kravene som stilles av omgivelsene. I stor grad dreier dette seg om krav som hvordan omgivelser fungerer og er utformet. I dette perspektivet er det situasjonsbestemt om en person blir funksjonshemmet eller ikke, og hvor funksjonshemmet vedkommende blir. Det dreier seg altså ikke om bare om hvilke individuelle ferdigheter personen har, men også hvilke ferdigheter som kreves av hver enkelt situasjon. Tilrettelegging i et slikt perspektiv vil gå ut på å kompensere for det gapet eller misforholdet som oppstår i situasjonen og kan gå ut på både å styrke individets forutsetninger og å senke kravene i situasjonene. Funksjonshemmingen kan minkes uten å endre selve funksjonsnedsettelsen. I dette perspektivet kan deltagelse forstås som en prosess mellom individet og omgivelsene der også tjenesteytere får ansvar for å vurdere egne og andres praksis, om praksisen er funksjonsfremmende eller funksjonshemmende for tjenestemottaker, og hvordan det kan forbedres (Owren, 2011).

### **4.3 Vernepleierens rolle og kompetanse:**

Vernepleieren skal ha kunnskap og kompetanse i helsefaglig-, samfunnsfaglig- og juridisk arbeid, pedagogikk og psykologi, og miljøarbeid, habiliterings- og rehabiliteringsarbeid

(Nordlund, Thronsen og Linde, 2015). «Den unike kombinasjonen vernepleiere har i sitt kunnskapsgrunnlag, bidrar til økt mestring, deltakelse, myndiggjøring og selvbestemmelse» (FO, 2017).

### **4.3.1 Vernepleierens arbeidsmodell**

Vernepleierens arbeidsmodell er en problemløsningsmodell som viser hvordan en vernepleier kan jobbe for å skape endringer. Den tar for seg fire faser: Kartlegging, målvalg, tiltaksarbeid og evaluering (Fellesorganisasjonen, 2017). Arbeidsmodellen kan gi oversikt over delprosessene i et systematisk arbeid, og kan være et redskap for å kvalitetssikre og systematisere arbeidet. Systematisk arbeid kan bidra til å fremme kvaliteten i tjenestene som ytes, og arbeidsmodellen kan brukes for å skape forbedringer i tjenester på ulike nivå. De ulike delprosessene skal ta utgangspunkt i faglige vurderinger og er en målrettet arbeidsmetode (Nordlund, Thronsen og Linde, 2015).

Målene som blir utarbeidet skal være av betydning for den det gjelder, slik at de kan bidra til blant annet deltagelse, muligheter til å bli forstått, økt opplevelse av anerkjennelse, sosial tilhørighet, påvirkningskraft og lignende. I tillegg skal de være så realistiske at det skal være mulig å fastslå når de er nådd (Nevland, 2021). Det kan være mange tjenesteytere involvert med samme bruker, og gjennom klare og definerte mål kan man unngå at brukeren må forklare sine ønsker og preferanser med hver enkelt tjenesteyter. Når det er en felles forståelse av hvilke mål en gruppe tjenesteytere jobber mot, vil personlige preferanser og holdninger kunne bli lagt til side, og fokuset vil kunne være på hva brukeren selv ønsker eller har behov for (Owren og Linde, 2011).

### **4.3.2 Rollekompetanse**

Vernepleierrollen kan bli fordelt i fire ulike kjerne roller, der to av rollene er individrettet og to av rollene er systemrettet. Fokuset skilles mellom handling og samhandling. På individnivå, og i møte med tjenestemottakere er det partnerrollen som står sentralt. I en slik rolle arbeides det sammen med hver enkelt tjenestemottaker, der det er fokus på dialog og tilpassede tilnærminger. Selvbestemmelse står sentralt i denne rollen, noe som kan være utfordrende å realisere for mennesker med utviklingshemming. «Vernepleieren må derfor ha en spesiell partnerkompetanse for å kunne «spille den andre god», og legge til rette for mest mulig selvbestemmelse» (Brask, Østby og Ødegård, 2016, 41). Det kreves at

vernepleieren har en evne til aktiv lytting og en spesiell sensitivitet, ettersom mange brukere har begrenset kommunikasjonssevne. Kommunikasjon kan komme til uttrykk som små signaler, og gjennom samhandling og forståelse kan man legge til rette for å øke muligheten til å være en aktør i eget liv. I et partnerperspektiv ligger vekten på annerkjennelse og dialog, og bygger på en grunnleggende respekt for den andre som et selvstendig og verdifullt menneske. I et slikt perspektiv er det brukeren som er ekspert i eget liv, og kunnskap om behov og ressurser hos mennesker med utviklingshemming vil prege dette perspektivet (Brask, Østby og Ødegård, 2016).

## **4.4 Eksempel på tiltak og tilrettelegging**

Tilrettelegging handler om tiltak som skal gjøre det enklere å utføre aktiviteter i situasjoner (Tuntland, 2011).

### **4.4.1 Støttmateriell**

Støttmateriell tar utgangspunkt i individuelle behov og skal bidra til å gjøre hverdagslivet lettere for personer med funksjonsnedsettelse. Det kan bidra til å styrke personens mulighet for deltagelse og utvikling, og kan brukes til å overføre og dele kunnskap om tjenestemottakeren mellom tjenesteytere, samt sikre kvalitet og god praksis i møte med tjenestemottakeren. Slik støttmateriell skal ha en spesiell hensikt og nyttig funksjon i livet til den som har en utviklingshemming, og kan deles inn i sju kategorier, ut fra hvilket tema de tar for seg. Dette er personlige presentasjoner, framstillinger som omhandler kommunikasjon, framstillinger av hvordan fritidsaktiviteter kan gjennomføres, framstillinger av hvordan gjøremål i dagliglivet kan gjennomføres, framstillinger av aktiviteter som dreier seg om helse, hygiene og velvære, deltagelsesplaner og anvisninger. De ulike kategoriene overlapper hverandre i den grad at den ene kan inneholde element fra noe annet og omvendt (Ursin og Slåtta, 2021).

To eksempler på disse sju kategoriene er framstilling som omhandler kommunikasjon og deltagelsesplan. En framstilling som omhandler kommunikasjon kan brukes som et hjelpemiddel for mennesker som har utfordringer knyttet til å formidle seg på en slik måte at en blir forstått. Dette kan brukes som informasjon om hvilke kommunikative uttrykk vedkommende har, hvordan tjenesteyter eller andre nærpå personer kan være gode samtalepartnere og hvilke aktiviteter som fremmer kommunikasjon. For å lage en slik framstilling kreves det at tjenesteyter har god kjennskap til brukeren og er i stand til å tolke



de uttrykk og signaler som vedkommende har (Ursin og Slåtta, 2021). En deltagelsesplan skal forsøke å beskrive hvordan en person kan delta i aktiviteter og situasjoner i hverdagslivet. Den skal fortelle noe om hvordan deltagelsen kommer til uttrykk, og hvordan man kan understøtte deltagelse og engasjement som nærpersoner, gjennom tilrettelegging og bistand (Slåtta, 2021).

#### **4.4.2 Aktivitetsanalyse**

I en aktivitetsanalyse skal tjenesteyterne analysere aktiviteter for å finne ut hvilke enkelttrinn som er i en aktivitet, hvordan aktiviteten utføres og hva som er viktig for å klare å utføre aktiviteten. I tillegg skal tjenesteyteren identifisere tjenestemottakers behov, samt hvilken mening aktiviteten har for tjenestemottaker for å legge til rette for en best mulig «match» mellom aktiviteten og personen. Personens ønsker er avgjørende for hvilke aktiviteter vi velger å analysere. De fleste aktivitetsanalyser bryter aktiviteten ned i enkeltkomponenter eller trinn for å finne ut hvilke ferdigheter som kreves for å utføre hver del. Et eksempel på en aktivitetsanalyse er kravanalyse. Kravanalysen skal finne ut hvilke krav det kreves av en aktivitet, for å vurdere om personen har de forutsetningene som må være til stede for å kunne mestre disse kravene (Tuntland, 2011).

#### **4.4.3 Individuell plan**

Mennesker med langvarige og sammensatte hjelpebehov har rett på individuell plan. Denne skal bidra til å sikre helhetlige, koordinerte og individuelt tilpassede tjenester, samt styrke samhandlingen mellom tjenesteyter og tjenestemottaker og de ulike tjenesteapparatene. Tjenestemottakers mål og ønsker skal være utgangspunktet og en del av den individuelle planen, i tillegg til ressurser og behov for tjenester. For å komme frem til dette kreves det kartlegging. Planen skal også inneholde hvem som er koordinator og hvem som deltar i utarbeidelsen av planen og hvilket ansvarsområde de ulike aktørene har. Planen skal beskrive tiltak og hvordan de skal gjennomføres og plan for justeringer og revideringer, og man skal innhente samtykke til en utarbeidelse av planen og at andre får tilgang til opplysninger som er taushetsbelagte (Nordlund, Thronsen og Linde, 2015).

## 5.0 Drøfting

I denne delen av oppgaven skal følgende problemstilling drøftes, med utgangspunkt i funn fra litteraturstudien:

*Hvordan kan vernepleieren sikre muligheter for deltagelse og selvbestemmelse i hverdagen til mennesker med psykisk utviklingshemming?*

### 5.1 Drøfting av problemstilling

Det er en sammenheng mellom selvbestemmelse og deltagelse ved at deltagelse i situasjoner som omhandler eget liv kan føre til selvbestemmelse og ved å ta valg og beslutninger i de samme situasjonene så deltar man i de (Slåtta, 2021 og Gustavsson, 2014). Det er flere elementer som er med på å skape funksjonshemmende barrierer knyttet til selvbestemmelse og deltagelse. Hva som skaper slike barrierer er viktig i vernepleierens arbeid, ettersom kunnskap om hva som hemmer er med på å styre hva vi forsøker å løse og hvordan (Owren, 2011). For mennesker med utviklingshemming vil den kognitive funksjonsnedsettelsen kunne påvirke evnen og muligheten vedkommende har til å ta beslutninger. Begrensninger knyttet til oppmerksomhet, hukommelse, problemløsning og tenking vil kunne påvirke i hvilken grad vedkommende er i stand til å ta beslutninger i ulike situasjoner. Slike begrensninger kan blant annet gjøre det utfordrende å generalisere erfaringer, noe som vil si at selv om personen er i stand til å ta valg og beslutninger i en situasjon, vil det ikke si at ferdigheten «selvbestemmelse» er lært i alle situasjoner (Owren, 2011).

Utfordringer knyttet til forståelse og kunnskap om valgmuligheter og konsekvenser vil kunne være knyttet til de vanskene som er ved den kognitive funksjonsnedsettelsen (Lunde, 2009). Bollingmo, Ellingsen og Selboe (2005) hevder at selvbestemmelse er noe som må læres, blant annet gjennom praktisering, og har en sammenheng med personlig utvikling. Mennesker med utviklingshemming kan ha begrenset tilgang på arenaer der de utvikler ferdigheter og kunnskap som trengs for å realisere selvbestemmelse (Kassah og Kassah, 2009). Gjennom tilrettelagt kommunikasjon kan vernepleieren bidra til at personer med utviklingshemming lærer seg selvbestemmelse, ved å presentere muligheter og valg

på en slik måte at vedkommende forstår det og blir i stand til å ta egne beslutninger, samt stimulere til erfaringer (Innstrand, 2009). Når det legges til rette for slike muligheter for læring, kan vedkommende oppnå selvbestemmelse (Kassah og Kassah, 2009).

Vernepleiere må bidra til at mennesker med utviklingshemming kan være aktivt deltagende og bestemme i eget liv, uavhengig av funksjonsnivå. I partnerrollen jobber man på individnivå i samhandling med den utviklingshemmede, der det er fokus på blant annet dialog, tilpassede tilnærminger, anerkjennelse, respekt og at brukeren er eksperten og bestemmer selv (Brask, Østby og Ødegård, 2016). I møte med mennesker med mer omfattende kognitive funksjonsnedsettelse kreves det en større innsats av vernepleieren. Dette kan være mennesker som har begrensninger knyttet til bevegelse, bruk av sansesystemet, eller andre utfordringer knyttet til kommunikasjon og forståelse. Deltagelseshandlinger vil være begrenset, noe som kreves at vernepleieren er oppmerksom på alle observerbare handlinger en person kan bringe frem (Slåtta, 2021). Gjennom hjelpemidler kan vernepleieren bidra til at utfordringene som oppstår på grunn av funksjonsnedsettelsen minsker. Eksempel på dette kan være rullestol for bevegelsehemmede eller briller for synshemmede (Sandvin, 2014). Slik individuell tilrettelegging kan sees i sammenheng med den medisinske forståelsen av funksjonshemming, der det er funksjonsnedsettelsen som skaper funksjonshemmingen og tiltak rettet mot å kunne delta i samfunnet vil være mot individet (Owren, 2011).

Andre former for tilrettelegging som kan bidra til at mennesker med utviklingshemmede får muligheten til å delta mer i situasjoner er støttmateriell. Støttmateriell skal kunne bidra til å gjøre hverdagslivet til den med utviklingshemming lettere og kan bidra til en god praksis i møte med tjenestemottakeren (Ursin og Slåtta, 2021). En deltagelsesplan er et støttmateriell som kan beskrive hvordan den utviklingshemmede kan delta i ulike aktiviteter, hvordan deltagelsen kommer til uttrykk og hvordan vernepleieren kan understøtte deltagelse og engasjement gjennom tilrettelegging og bistand (Slåtta, 2021). For en person med utfordringer knyttet til kommunikasjon, som for eksempel begrenset kommunikasjonsevne, kan det brukes en framstilling som omhandler kommunikasjon. Denne kan brukes til å bli kjent med den utviklingshemmede, og kan inneholde informasjon om hvilke kommunikative uttrykk vedkommende har, hvordan vernepleieren kan være en god samtalepartner i møte med vedkommende og hvilke aktiviteter som fremmer kommunikasjon for vedkommende (Ursin og Slåtta, 2021). Ved at vernepleieren

har kunnskap om hvordan noen uttrykker seg kan hen også legge til rette for økt selvbestemmelse i situasjoner. I møte med den som har kommunikasjonsvansker kreves det en spesiell sensitivitet og evne til aktiv lytting av vernepleieren, ettersom kommunikasjon kan komme til uttrykk gjennom små signal (Brask, Østby og Ødegård, 2016).

I undersøkelsen fra Hordaland trekkes det en sammenheng mellom grad av utviklingshemming og grad av selvbestemmelse, der selvbestemmelsen var høyere hos de med lavere grad av utviklingshemming, og lavere hos de med høyere grad av utviklingshemming. Det viste seg at de med følgetilstander hadde også mindre grad av selvbestemmelse enn de med tilsvarende funksjonsnivå. Selv om det vises at de med større utfordringer har mindre selvbestemmelse, så trenger ikke dette å bety at det er en direkte konsekvens av utviklingshemmingen, men det kan ha med hvor stort hjelpebehov hver enkelt har. Det trekkes frem at kunnskapen tjenesteyter har om rettigheter påvirker hvor mye de med utviklingshemming bestemmer selv (Lunde, 2009). Kassah og Kassah (2009) hevder at hvilke holdninger og meninger som tjenesteyterne har vil påvirke om personen med utviklingshemming bestemmer over eget liv. Ellingsen (2007) trekker fram at når kunnskapen til mennesker med utviklingshemming blir undervurdert vil det kunne virke hemmende for vedkommende. Hemmende holdninger kan sees i sammenheng med den sosiale forståelsen av funksjonshemming, der det er barrierer i samfunnet som gjør mennesket med utviklingshemming blir funksjonshemmet. For å kunne øke selvbestemmelse og deltagelse med utgangspunkt i den sosiale forståelsen må barrierer, som slike holdninger, brytes ned (Owren, 2011).

Dersom vernepleieren tar utgangspunkt i at personen med utviklingshemming forstår mer enn den egentlig gjør vil også muligheten for deltagelse og selvbestemmelse svekkes. Owren (2011) skriver at dersom situasjoner legges opp med et kompleksitetsnivå som ikke passer for vedkommende kan situasjonen bli uoversiktlig og svekke muligheten for å delta aktivt. Sett i lys av gap-modellen kan det oppstå et misforhold i situasjonen som gjør at personen blir funksjonshemmet (Owren, 2011). Ved at vernepleieren minsker de stimuli og inntrykk eller forenkler den aktiviteten som gjør at personen med utviklingshemming blir funksjonshemmet kan det bidra til at vedkommende kan delta mer aktivt og ta mer vurderte valg (Owren, 2011). Det kreves av vernepleieren at hen finner ut hva det er i aktiviteten eller situasjonen som skaper utfordringer for å realisere selvbestemmelse og

deltagelse for vedkommende. Dette kan gjøres ved bruk av en kravanalyse. I en kravanalyse analyserer man hvilke krav som stilles i en aktivitet, for å deretter vurdere om den utviklingshemmede har de forutsetningene som er nødvendig for å mestre kravene. Ved at vernepleieren finner ut av dette kan hen jobbe mot å tilpasse slik at misforholdet som oppstår i situasjonen blir mindre (Tuntland, 2011).

En vernepleier som yter tjeneste til en person med psykisk utviklingshemming vil alltid ha mer makt i relasjonen, ettersom den utviklingshemmede vil være avhengig av bistand for å klare seg i hverdagen (Eide og Eide, 2017 og Norvoll, 2019). Gjennom en empowerment-tankegang kan vernepleieren sørge for at makten blir overført til den avmektige og at den utviklingshemmede tar mer kontroll over eget liv, gjennom blant annet prosesser og aktiviteter. I et slikt perspektiv skal man bli en ressurs som virker på brukerens premisser (Askheim, 2003). Owren (2011) trekker inn flere elementer som ligger i det å bli en ressurs som virker på brukerens premisser. Vernepleierens arbeidsmodell kan brukes som et hjelpemiddel knyttet til det å bli en ressurs som virker på brukerens premisser. Arbeidsmodellen tar for seg ulike faser med kartlegging, målvalg, tiltaksarbeid og evaluering (Fellesorganisasjonen, 2017). Gjennom kartlegging kan vernepleieren bli bedre kjent med brukerens premisser, og benytte seg av dette i utarbeidelsen av målvalg. Videre kan vernepleieren utarbeide tiltak med utgangspunkt i det hen tror er premissene til brukeren, evaluere gjennom innhenting av tilbakemeldinger fra brukeren og deretter tilpasse handlemåter etter det (Owren, 2011).

Mennesker med utviklingshemming har rett på en individuell plan. Dette skal bidra til å sikre et helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tjenestetilbud for den utviklingshemmede. Utgangspunktet for en slik plan er personens egne mål, ressurser og behov for tjenester, noe som kreves kartlegging. Planen skal inneholde flere elementer, som mål, ressurser og behov for tjenester, i tillegg til tiltak, hvordan tiltaket skal gjennomføres og plan for justering og revidering. I utforming av en slik plan kan vernepleieren anvende arbeidsmodellen i sitt arbeid, for å sikre kvalitet i planen (Nordlund, Thronsen og Linde, 2015). Ved utforming av konkrete tiltak kan vernepleieren, den utviklingshemmede og andre involverte jobbe mot at målene til den utviklingshemmede skal bli nådd, og vernepleierens eller andre tjenesteyteres personlige preferanser og holdninger kan bli lagt til side (Owren og Linde, 2011). Gjennom systematisk og målrettet arbeid vil en kunne oppleve at deltagelsen til den

utviklingshemmede øker, noe som igjen kan føre til at vedkommende kan oppleve selvbestemmelse i hverdagen (Slåtta, 2021).

## 6.0 Avslutning

Mennesker med psykisk utviklingshemming deltar i mindre grad i samfunnet enn andre, og bestemmer i mindre grad over eget liv enn hva andre gjør. Derfor vil det være viktig som vernepleier å legge til rette for, og sikrer at vedkommende får muligheter for å ta beslutninger og være engasjert i det som skjer i livet sitt og rundt seg. Dette kan realiseres på ulike nivå, men denne oppgaven belyser hvordan vernepleieren kan gjøre dette på individnivå, i møte med den utviklingshemmede.

Gjennom kunnskap og bevissthet på hva som skaper funksjonshemmende barrierer for en person, vil vernepleieren også kunne jobbe for å minske disse barrierene ved blant annet kompensierende tiltak. Det er flere tilnærminger en vernepleier kan ha. Individrettede tiltak kan for eksempel være tilrettelagt kommunikasjon slik at den utviklingshemmede får en økt forståelse for valgene hen står ovenfor. For mennesker med bevegelseshemninger eller synshemninger kan hjelpemidler som rullestol og briller bidra til at vedkommende har bedre forutsetninger enn de vanligvis ville hatt. Ved utforming av støttemateriell som framstilling som omhandler kommunikasjon kan mennesker med kommunikasjonsvansker oppleve å bli forstått i større grad, og dermed kan muligheten for selvbestemmelse øke. Deltagelsesplaner som inkluderer hvordan deltagelse kommer til uttrykk, hvordan den utviklingshemmede kan delta i situasjoner og hvordan tjenesteyter kan understøtte deltagelse og engasjement kan bidra til at vernepleieren sikrer at vedkommende har muligheter for deltagelse. Når vernepleieren undervurderer eller overvurderer den utviklingshemmede kan dette virke funksjonshemmende for vedkommende. Det vil derfor være viktig å tilpasse seg etter hvilke behov vedkommende har. Med utgangspunkt i en aktivitetsanalyse kan vernepleieren forsøke å finne ut hva det er i hver enkelt aktivitet som skaper utfordringer for den utviklingshemmede, og forsøke å tilpasse aktiviteten deretter. En individuell plan kan sørge for at den utviklingshemmede har muligheter for selvbestemmelse, ettersom det er brukerens egne mål som ligger til grunn for planen.

Hvilke tilnærminger vernepleieren bruker for å sikre muligheter for deltagelse og selvbestemmelse i hverdagen til mennesker med psykisk utviklingshemming, vil være avhengig av hva det er som gjør at vedkommende har begrensede muligheter for selvbestemmelse og deltagelse.

# Litteratur

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. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet. «Frihet og likeverd – om mennesker med utviklingshemming». St. Meld. Nr. 45 (2012-2013). Oslo: Barne- likestillings- og inkluderingsdepartementet, 2013. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-45-2012--2013/id731249/>.

Bollingmo, Leif, Karl Elling Ellingsen og Aud Selboe, 2005. «Perspektiver på selvbestemmelse» i Selvbestemmelse for tjenestenytere. Redigert av Ellingsen, Karl Elling, Leif Bollingmo og Aud Selboe, s 17-37. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Brask, Ole David, May Østby og Atle Ødegård. 2016. Vernepleierens kjerneroller: En refleksjonsmodell. Bergen: Fagbokforlaget.

Dalland, Olav. 2020. Metode og oppgaveskriving. Oslo: Gyldendal.

De forente nasjoner. 2022. «Bærekraftsmål 10 – mindre ulikhet». Sist oppdatert 23.02.2022. <https://www.fn.no/om-fn/fns-baerekraftsmaal/mindre-ulikhet>.

De forente nasjoner. 2022. «Bærekraftsmål 11 – Bærekraftige byer og lokalsamfunn». Sist oppdatert 23.02.2022. <https://www.fn.no/om-fn/fns-baerekraftsmaal/baerekraftige-byer-og-lokalsamfunn>.

Eide, Hilde og Tom Eide. 2017. Kommunikasjon i relasjoner: Personorientering, samhandling, etikk. Oslo: Gyldendal Akademisk.



Ellingsen, Karl Elling. 2007. «Hvem sine valg og verdier» i Selvbestemmelse: Egne og andres valg og verdier. Redigert av Ellingsen, Karl Elling, s 25-37. Oslo: Universitetsforlaget.

Ellingsen, Karl Elling. 2014. «Deltakelse som mål og ambisjon» i Utviklingshemming og deltakelse. Redigert av Ellingsen, Karl Elling, s 143-179. Oslo: Universitetsforlaget.

Ellingsen, Karl Elling og Johans T. Sandvin. 2014. «Utviklingshemming: funksjonsnedsettelse, miljøkrav og samfunnsreformer» i Utviklingshemming og deltakelse. Redigert av Ellingsen, Karl Elling, s 11-31. Oslo: Universitetsforlaget.

Fellesorganisasjonen. 2017. «Om vernepleieryrket». Oslo <https://vernepleier.no/wp-content/uploads/2017/12/Vernepleierbrosjyre-2017.pdf>.

Goksøyr, Marte Wexelsen. 2007. «Det er mitt liv» i Selvbestemmelse: Egne og andres valg og verdier. Redigert av Ellingsen, Karl Elling, s 39-41. Oslo: Universitetsforlaget.

Gustavsson, Anders. 2014. «Utviklingshemming og deltakelse» i Utviklingshemming og deltakelse. Redigert av Ellingsen, Karl Elling, s 32-51. Oslo: Universitetsforlaget.

Innstrand, Gro. 2009. «Livskvalitet» i Utviklingshemming og habilitering: innspill til habiliteringsprosessen. Redigert av Eknes, Jarle og Jon A. Løkke, s 31-44. Oslo: Universitetsforlaget.

Kaas, Bitten Munthe. 2019. «Sarpsborg kommune – fagutvikling med CRPD som grunnlag». NAKU – Nasjonalt kompetansemiljø om utviklingshemming. <https://naku.no/kunnskapsbanken/eksempel-sarpsborg-kommune-og-crpd>.

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

Likestillings- og diskrimineringsloven. Lov om likestilling og forbod mot diskriminering av 16 juni 2017 nr. 51. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2017-06-16-51/>.

Lunde, Edith Victoria. 2009. «Perspektiver på helse og habilitering» i Utviklingshemming og habilitering: innspill til habiliteringsprosessen. Redigert av Eknes, Jarle og Jon A. Løkke, s 19-30. Oslo: Universitetsforlaget.

Nevland, Steinar. 2021. «Et godt hjem» i Multifunksjonshemming: Livutfoldelse og læring. Redigert av Gjermestad, Anita, Knut Slåtta, og Turid Horgen. s 255-271. Oslo: Universitetsforlaget.

Nordlund, Inger, Anne Thronsen og Sølvi Linde. 2015. Innføring i vernepleie: Kunnskapsbasert praksis, grunnleggende arbeidsmodell. Oslo: Universitetsforlaget.

Norvoll, Reidun. 2019. «Makt og avmakt» i Mellom mennesker og samfunn: Sosiologi og sosialantropologi for helse- og sosialprofesjonene. Redigert av Brodtkorb, Elisabeth og Marianne Rugkåsa, s 63-95. Oslo: Gyldendal, 2019.

NOU 2016:17. «På lik linje – Åtte løft for å realisere grunnleggende rettigheter for personer med utviklingshemming». Oslo: Barne- og likestillingsdepartementet.  
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2016-17/id2513222/>.

Owren, Thomas. 2011. «Funksjonsnedsettelse og funksjonshemming» i Vernepleiefaglig Teori Og Praksis: Sosialfaglige Perspektiver. Redigert av Linde, Sølvi og Thomas Owren, s 28-42. Oslo: Universitetsforlaget.

Owren, Thomas. 2011. «Sosial helse og funksjon» i Vernepleiefaglig Teori Og Praksis: Sosialfaglige Perspektiver. Redigert av Linde, Sølvi og Thomas Owren, s 108-130. Oslo: Universitetsforlaget.

Owren, Thomas og Sølvi Linde. 2011. «Vernepleierens arbeidsmodell» i Vernepleiefaglig Teori Og Praksis: Sosialfaglige Perspektiver. Redigert av Linde, Sølvi og Thomas Owren, s 65-84. Oslo: Universitetsforlaget.

Røkenes, Odd Harald og Per-Halvard Hanssen. 2012. Bære eller bryte – Kommunikasjon og relasjon i arbeid med mennesker. Bergen: Fagbokforlaget.

Sandvin, Johans Tveit. 2014. «Utviklingshemmet av hvem?» i Utviklingshemming Og Deltakelse. Redigert av Ellingsen, Karl Elling, s 91-119. Oslo: Universitetsforlaget.

Slåtta, Knut. 2021. «Deltagelse og engasjement» i Multifunksjonshemming: Livsutfoldelse og læring. Redigert av Gjermestad, Anita, Knut Slåtta, og Turid Horgen. s 83-100. Oslo: Universitetsforlaget.

Söderström, Sylvia og Jan Tøssebro. 2011. Innfridde mål eller brutte visjoner?: Noen hovedlinjer i utviklingen av levekår og tjenester for utviklingshemmede. Trondheim: NTNU Samfunnsforskning AS.

[https://naku.no/sites/default/files/files/Rapport\\_innfridde\\_m%C3%A5l.pdf](https://naku.no/sites/default/files/files/Rapport_innfridde_m%C3%A5l.pdf).

Tuntland, Hanne. 2011. En innføring i ADL: Teori og intervensjon. Kristiansand: Høyskoleforlaget.

Tøssebro, Jan. 2010. Hva er funksjonshemming? Oslo: universitetsforlaget.

Ursin, Espen og Knut Slåtta. 2021. «Støttmateriell for god praksis» i Multifunksjonshemming: Livsutfoldelse og læring. Redigert av Gjermestad, Anita, Knut Slåtta, og Turid Horgen. s 234-254. Oslo: Universitetsforlaget.

Verdens helseorganisasjon. 2001. «Internasjonal klassifikasjon av funksjon, funksjonshemming og helse». Ehelse. <https://www.ehelse.no/kodeverk/icf-internasjonal-klassifikasjon-av-funksjon-funksjonshemming-og-helse>.

Verdens helseorganisasjon. 2021. «F70-F79: Psykisk utviklingshemming» i Den internasjonale statistiske klassifikasjonen av sykdommer og beslektede helseproblemer. Direktoratet for e-helse. <https://finnkode.ehelse.no/#icd10/0/0/0/2596295>.