



Vernepleieren

Fremtidsrettet og ettertraktet

Rolf Magnus Grung (red)

fo.no

Rolf Magnus Grung (red.)

Vernepleieren

Fremtidsrettet og ettertraktet



© Fellesorganisasjonen 2019
1. utgave 1. opplag 2019

Redaksjonen har bestått av:

Redaktør:

Rolf Magnus Grung

Redaksjonsutvalg:

Marit Selfors Isaksen

Hanne Line Wærness

Anna Chalachanová

Gry Reinsnos

Design: Minsk.no

Grafisk produksjon: Aurora Design & Media as

Brødtekst: Roboto Light, 9/12

Papir: omslag Edixion 300 g / innmat Edixion 120 g

Opplag: 5000

ISBN 978-82-90858-16-7

Det må ikke kopieres fra denne boken i strid med åndsverksloven eller avtaler om kopiering inngått med KOPINOR, interesseorgan for rettighetshavere til åndsverk. Kopiering i strid med lov eller avtale kan medføre erstatningsansvar og inndragning, og kan straffes med bøter eller fengsel.

Innhold

Forord	7
Vernepleieren – Fremtidsrettet og ettertraktet	8
Profesjon, etikk og samarbeid	
<i>Hvilket ansvar har tjenestemottagere og deres pårørende for å bidra til gode tjenester og gode fagfolk?</i>	16
<i>Noen utfordringer vernepleierutdanningen har</i>	19
<i>Hva kreves av fremtidens vernepleiere?</i>	
<i>Tjenestemottakers erfaring- og refleksjon</i>	27
<i>Vernepleieren som helse- og sosialpolitisk aktør</i>	33
Miljøterapeutisk arbeid, habilitering og rehabilitering	
<i>En hyllest til vernepleiernes kompetanse i skolen</i>	46
<i>Vernepleiaren si rolle for å bygge det gode laget rundt eleven</i>	48
<i>Traumebevisst forståelse i arbeidet med utfordrende atferd</i>	63
Helsefremming og helsehjelp	
<i>Sammen om et løft for de som trenger det mest</i>	
<i>Grunnlag for et godt tverrprofesjonelt samarbeid</i>	70
<i>«Ikke glem hvem du er!» Vernepleiere i demensomsorgen</i>	74
<i>Møteplassen – åpne russcener i Bergen</i>	85
Inkludering, deltakelse og rettigheter	
<i>Motsetninger mellom vernepleier og tjenestemottaker – konflikt og symbiose</i>	106
<i>Det er mitt liv!</i>	111
<i>Det handler om å bli tatt på alvor</i>	114
Kritisk tenkning, kunnskapsbasert praksis og innovasjon	
<i>Vi er alle mer enn du ser</i>	124
<i>Hva er velferdsteknologi?</i>	134
<i>Vernepleieres erfaringer med myndiggjørende arbeid sammen med personer med utviklingshemming</i>	147
<i>Å forske sammen med personer med utviklingshemming</i>	166





Forord

Vernepleieren er både fremtidsrettet og ettertraktet. Dette mener FOs profesjonsråd for vernepleiere, og det er bakgrunnen for denne boken. Vi har lyst til å vise frem noen av vernepleierne i praksisfeltet, vise eksempler på fagutvikling og god praksis og å synliggjøre litt av hvorfor vernepleierne er så ettertraktet.

De siste årene har vernepleierutdanningen blitt revidert, og det er utarbeidet nye nasjonale retningslinjer for utdanningen. Gjennom dette arbeidet ble formålet med utdanningen oppdatert, og det ble utformet fem kompetanseområder som beskriver kompetansen i den nye vernepleierutdanningen. I denne boken ønsker vi å gi leseren en kort innføring i de fem kompetanseområdene og samtidig løfte frem noen vernepleieres viktige innsats gjennom de ulike utviklingsarbeidene og prosjektene som de driver i praksisfeltet i dag. I tillegg har vi ønsket at boken også skal ha et perspektiv fra brukere og samarbeidspartnere. Fagutvikling, praksis og tjenester kan ikke utformes og utvikles uten samspill og innspill fra de som mottar tjenestene. Derfor er det ekstra viktig å trekke frem brukerstemmene og motta innspill fra andre organisasjoner om vernepleierprofesjonen slik at den skal kunne fortsette å være fremtidsrettet og ettertraktet.

Vi håper vernepleier og andre interesserte vil bli både imponert og inspirert når dere leser boka vår.

Profesjonsrådet for vernepleiere ønsker spesielt å takke redaktør Rolf Magnus Grung for hans betydelige arbeid med boken, han har lagt ned et stort og godt strukturert arbeid for å sørge for at vi kom i havn i tide, og med god kvalitet. I tillegg vil vi berømme resten av redaksjonsutvalgets medlemmer: Anna Chalachanová, Hanne Line Wærness, Marit Selfors Isaksen og sekretær Gry Reinsnos for arbeid og tilbakemeldinger nærmest til alle døgnets tider. Tusen takk!

Vi håper du som leser boka får et godt innblikk i vernepleierens kompetanse, hva som rører seg i praksisfeltet i dag, og at du forstår hvorfor vernepleieren er både fremtidsrettet og ettertraktet. God lesning!

Hilsen FOs profesjonsråd for vernepleiere

Vernepleieren

Fremtidsrettet og ettertraktet

— **Vernepleieren er i dag svært ettertraktet i arbeidsmarkedet**, og nyutdannede vernepleiere får seg lett jobb. En undersøkelse vi i FO gjorde blant våre vernepleiermedlemmer, viste oss at over halvparten av vernepleierne jobber i kommunal helse- og omsorgstjeneste med personer med utviklingshemming, men flere og flere jobber også i andre sektorer som i psykisk helse, i skolen, i eldreomsorg og i rusomsorgen, for å nevne noen. Kommuner sier at de lyser ut vernepleierstillinger, og forteller at de ikke får søkere. Vi i FO mener at behovet og etterspørselen etter vernepleiere er større enn utdanningskapasiteten, og denne må økes kraftig.

Ny nasjonal retningslinje for vernepleierutdanningen

Mandatet til en vernepleier og innholdet i en vernepleierutdanning bestemmes av Kunnskapsdepartementet. Høsten 2017 startet Kunnskapsdepartementet arbeidet med å lage nye nasjonale retningslinjer for vernepleierutdanningen (og 11 andre helse- og sosialfaglige høyskoleutdanninger). Bakgrunnen var stortingsmelding 13 (2012-2013) «Utdanning for velferd» hvor politisk målsetting var at utdanning og forskning må fremskaffe kunnskap og kompetanse som er rettet mot tjenestenes og

brukernes behov i større grad enn det gjør i dag. Videre var det og viktig at tjenestene skulle sikres økt innflytelse på det faglige innholdet i utdanningene, det er jo de som har kompetansen om hva som er utfordringene og hva behovet er i tjenestene. Det ble uttalt at studentene måtte forberedes bedre på arbeidsoppgaver og arbeidsmåter i fremtidens helse- og velferdstjenester. I tillegg ble det i denne meldingen pekt på behovet for bedre styring og mekanismer på nasjonalt nivå for å sikre at forventningene til utdanningene ble innfridd.

Kunnskapsdepartementet etablerte høsten 2017 en programgruppe som fikk som oppdrag å skulle jobbe frem forslag til nye nasjonale retningslinjer for vernepleierutdanningen. Programgruppen ble sammensatt av tre representanter fra praksisfeltet, tre representanter fra universitet og høyskolesektoren og en studentrepresentant. I nesten to år jobbet programgruppen med å innhente innspill fra brukerorganisasjoner, ulike tjenester og fagmiljø, profesjonsforbund og andre aktører for å sikre involvering og at retningslinjen og den «nye vernepleierutdanningen» ble best mulig. Etter en høringsrunde høsten 2018 og noe bearbeidelse vedtok Kunnskapsdepartementet nye nasjonale retningslinjer for vernepleierutdanningen i mars 2019. De nye retningslinjene danner grunnlaget for utdanningen av fremtidens vernepleiere. Den består av formål, fem kompetanseområder og krav til praksis og studiets oppbygging.

I denne boken ønsker vi å gi en kortversjon av kompetanseområdene i de nye nasjonale retningslinjene for vernepleierutdanningen samt å gi en liten smakebit av dagens vernepleieres kompetanse og faglig praksis i ulike fagmiljøer. Vi håper praksiseksempelene kan bidra til å synliggjøre deler fra hver av kompetanseområdene vernepleierutdanningen er inndelt i. Vi har bestilt artikler fra fagfeltet, og vi har intervjuet fagpersoner og brukerrepresentanter. Vi får tanker og innspill til fremtidens vernepleiere fra utvalgte organisasjoner og samarbeidspartnere.

Om formålet og kompetanseområdene

Hva formålet med vernepleierutdanningen er, blir beskrevet slik i de nye retningslinjene:

«Vernepleierutdanningen er en kunnskapsbasert og praksisrettet helse- og sosialfaglig profesjonsutdanning som kvalifiserer for utøvelse av helse-, omsorgs- og velferdstjenester i et livsløpsperspektiv.

Utdanningen skal også sikre kompetanse og holdninger som danner grunnlag for likeverdige tjenestetilbud for alle grupper i samfunnet, deriblant samers status som urfolk og deres rettigheter til språklige og kulturelt tilrettelagte tjenester.

Kandidaten skal ha kompetanse om funksjonsnedsettelse og samfunnsmessige forhold som skaper funksjonshemming. Kandidaten skal ha særlig kompetanse innen miljøterapeutisk arbeid, habilitering og rehabilitering, helsefremming og helsehjelp. Videre skal kandidaten ha kompetanse om sammensatte

behov og utviklingshemming.

Utdanningen gir kompetanse til å samarbeide med brukere, pårørende, andre tjenesteytere og aktører for å fremme selvbestemmelse, deltakelse, mestring, helse og livskvalitet.

Utdanningen skal sørge for at samfunnet får kandidater med nødvendig faglig kompetanse i innsatsen for at personer med nedsatt funksjonsevne har muligheter til personlig utvikling og livsutfoldelse på lik linje med andre.

Kandidaten skal etter endt utdanning ha høy etisk bevissthet, gode kommunikasjons- og samarbeidsferdigheter og skal kunne arbeide målrettet og systematisk for å tilby tjenester kjennetegnet av kritisk og innovativ tenkning.» (Kunnskapdepartementet 2019)

Basert på dette formålet med vernepleierutdanningen er det definert fem kompetanseområder:

- 1. Profesjon, etikk og samarbeid**
- 2. Miljøterapeutisk arbeid, habilitering og rehabilitering**
- 3. Helsefremming og helsehjelp**
- 4. Inkludering, deltakelse og rettigheter**
- 5. Kritisk tenkning, kunnskapsbasert praksis og innovasjon**

Boken er inndelt i fem deler som hver bidrar til å belyse ett av disse fem kompetanseområdene, og hvor hvert kompetanseområde belyses med ulike artikler, intervjuer og innspill fra brukere eller organisasjoner

Det kan godt tenkes at bidragene kan plasseres under andre kompetanseområder enn det vi har gjort, det er mer tenkt at man skal få en smakebit fra praksisfeltet på hva kompetanseområdet handler om.

Kompetanseområde 1: Profesjon, etikk og samarbeid

I dette kompetanseområdet ligger mye av grunnlaget for vernepleie som profesjon og vernepleiere som profesjonsutøvere. Man skal ha kunnskap og kompetanse om hvilken rolle og funksjon vernepleieren har i tjenestene og i samfunnet, og hvilken etisk plattform som danner grunnlaget for profesjonen og dens yrkesutøvelse. For FO har dette vært en svært viktig del av forbundets profesjonsarbeid og vi er svært glade for at FOs yrkesetiske grunnlagsdokument, som har bakgrunn helt fra 1967, har vært, og er pensum på mange av utdanningsinstitusjonene i dag. At en vernepleier evner å kritisk diskutere egen yrkesutøvelse og samtidig kunne justere denne under veiledning, er også svært relevant.

Vernepleierutdanningen er praksisnær, og man utdannes til å jobbe med og for folk med ulike funksjonsvansker gjennom hele livsløpet, deres pårørende og andre profesjoner og samarbeidspartnere. Da er det nødvendig at vernepleieren har god kompetanse på å kommunisere, veilede, samhandle og noen ganger på å lede

prosesser med folk i ulike situasjoner og i ulike roller.

Vernepleieren har også en rolle som helse- og sosialpolitisk aktør, og hun må kjenne til både administrative og politiske beslutningsprosesser. Dette er en understreking av ansvaret og mandatet man har som profesjonsutøver. De strekker seg utover de individuelle tjenestene man yter.

FO samarbeider på tvers av ulike forbund, organisasjoner og bruker- og pårørende-organisasjoner, nettopp fordi disse har viktige innspill til hvordan profesjonens praksis og forbundets politikk kan forbedres og utvikles. SOR, NAKU, NFU, LUPE og Autismeforeningen er samarbeidspartnere vi har etablert et samarbeid med, for å bidra til utvikling av bedre rettigheter og tjenester til personer med utviklingshemming.

Kompetanseområde 2: Miljøterapeutisk arbeid, habilitering og rehabilitering

Dette kompetanseområdet er en viktig årsak til at vernepleieren er så ettertraktet på arbeidsmarkedet. Vernepleieren skal være god på å kartlegge og utrede behov hos enkeltpersoner, bidra til at brukers mål og behov blir definert, kunne foreslå og gjennomføre aktuelle tiltak og evaluere og justere planer og oppfølging i henhold til dette. FOs modell for vernepleierfaglig arbeidsmetodikk ble utviklet i 1993, som et felles notat mellom daværende Norsk Vernepleierforbund og høyskolene som utdanner vernepleiere. Den brukes også i dag av mange høyskoler, og det er vi som profesjonsforbund veldig stolt over. Evnen til å være analytisk og systematisk er noe av det vernepleiere skal kjennetegnes av.

Kompetanseområde 3: Helsefremming og helsehjelp

Dette kompetanseområdet handler om den grunnkompetansen vernepleiere må ha for å bidra til helsefremming og helsehjelp, og den kompetansen som sikrer vernepleieren autorisasjon som helsepersonell. Dette inkluderer grunnleggende kunnskap om sammenhenger mellom helse, funksjonshemming, funksjonsnedsettelse og sykdom i et individ-, samfunns- og livsløpsperspektiv. Dette er svært viktig og en integrert del av vernepleierens identitet og yrkesutøvelse. Noe som gjør vernepleieren spesielt ettertraktet i tjenester til utviklingshemmede, er deres kompetanse om årsaker og forhold som påvirker kognisjon, somatikk og atferd generelt og kognitiv funksjonsnedsettelse og utviklingshemming spesielt.

FO får mange henvendelser som handler om at arbeidsgivere og andre er usikre på hvor langt vernepleierens helsefagkompetanse strekker seg, og hvordan den er sammenlignet med sykepleierens kompetanse. Kan vernepleierne ha ansvarsvakter på sykehjem? Kan de sette veneflon? Kan de dele ut medikamenter? Svaret er selvsagt ja, og fordi det er mange spørsmål om dette, har FO fått bekreftelse fra

Helsetilsynet, og vi har utviklet en brosjyre om vernepleieren helsefagkompetanse, og vi bistår medlemmer, arbeidsgiver og andre som har spørsmål til dette.

Kompetanseområde 4: Inkludering, deltakelse og rettigheter

Det finnes nok av rapporter, tilsyn og utredninger som viser at personer med utviklingshemming ikke er inkludert i samfunnet, og at grunnleggende menneskerettigheter brytes ofte og systematisk. Helt grunnleggende for vernepleierprofesjon er nettopp å bidra til inkludering, og deltakelse på alle livs- og samfunnsområder. Da må de ha kompetanse på å forstå både hvordan prosesser, systemer og tjenester kan bidra til like rettigheter og inkludering på alle samfunnsarenaer. Vernepleieren skal være en inkluderingsagent og iverksette tiltak for å sikre inkludering, likestilling og deltakelse i alle deler av samfunnslivet og i et livsløpsperspektiv.

Kompetanseområde 5: Kritisk tenkning, kunnskapsbasert praksis og innovasjon

En vernepleier må ha kunnskaper om forskningsmetoder og prinsipper og begreper for at hun skal kunne vurdere vitenskapelig kvalitet. Hun må kunne bruke faglig kunnskap og vite hva som er relevante resultater i forsknings- og utviklingsarbeider, når hun vurderer både praktiske og teoretiske problemstillinger.

Vernepleieren jobber ofte med enkeltpersoner og skal bistå med å legge til rette for gode individuelt tilpassede tjenester. Det betyr at vernepleieren må være innovativ og kreativ. Hun må kjenne til hvordan velferdsteknologiske løsninger kan brukes for å styrke den enkeltes ressurser og mestringsmuligheter.

Dette kompetanseområdet beskriver hvilke ferdigheter og nødvendig kunnskap vernepleieren må ha for å innhente og anvende brukerkunnskapen i samspill med brukere og pårørende. Det fins flere høyskolemiljøer som i dag har kommet langt i å drive forskning sammen med personer med utviklingshemming, og denne kunnskapen og resultatene er viktige for vernepleiere, og deres praksis.

Dette kompetanseområdet omhandler også vernepleierens kompetanse på kvalitetsarbeid. Hun skal kunne vurdere risiko for uønskede hendelser og være i stand til å forebygge, handtere og melde fra om dette på en systematisk måte. Det vet vi er nødvendig og helt avgjørende for å sikre forsvarlige tjenester.

God lesing, med vennlig hilsen

Marit Selfors Isaksen

Leder av profesjonsrådet for vernepleiere





Profesjon, etikk og samarbeid



- | | |
|---------|---|
| Side 16 | Hvilket ansvar har tjenestemottagere og deres pårørende for å bidra til gode tjenester og gode fagfolk? |
| Side 19 | Noen utfordringer vernepleierutdanningen har |
| Side 27 | Hva kreves av fremtidens vernepleiere? Tjenestemottakers erfaring- og refleksjon |
| Side 33 | Vernepleieren som helse- og sosialpolitisk aktør |

Av Harald M
Kvame Hansen
Forbundsleder LUPE



Hvilket ansvar har tjenestemottagere og deres pårørende for å bidra til gode tjenester og gode fagfolk?

— For det første vil jeg takke for invitasjonen til å skrive et bidrag om hva vi i LUPE mener er viktig for å skape gode tjenester og gode fagfolk.

LUPE (Landsforbundet for Utviklingshemmede og Pårørende) ble offisielt stiftet den 27.01.1990 på Bø. På møtet møtte 30 representanter fra forskjellige foreldreforeninger og daværende NFPU-lag. Grunnen til dette møtet var en stor bekymring for hva som ville skje med våre barn, og hvilket tilbud de ville få etter gjennomføringen av ansvarsreformen. I juni 1991 avholdt LUPE sitt første landsmøte, og organisasjonen var endelig en realitet. Mye av arbeidet i de første årene etterpå bestod i å sikre gode tjenester og rettssikkerhet, blant annet ble arbeidet med en tvangslov prioritert. Man fikk tidlig erfaringer som viste at kommunenes økonomiske status ville få stor påvirkningskraft i forhold til tjenestetilbudet til vår gruppe. Samtidig arbeidet en mye med å sikre gode opplæringstilbud gjennom spesiellundervisning og voksenopplæring.

Gjennom vår 28-årige historie har vi hele tiden hatt fokus på å sikre gode og kvalitative tjenester for funksjonshemmede, men hvordan har vi som pårørende kunnet gjøre noe med dette, og har vi gitt de utviklingshemmede en mulighet til å kunne delta i dette arbeidet? Vi har nok ikke vært flinke nok til å inkludere utviklingshemmede i dette arbeidet, men mye av grunnen til det er at størstedelen av vår

medlemsmasse, som er utviklingshemmede, er i kategorien moderat til dyp/alvorlig utviklingshemming. I de senere år har vi sett en endring i forhold til dette, og vi har nå stadig flere utviklingshemmede medlemmer som absolutt kan bidra til å hjelpe oss til å styrke og bedre både tjenestetilbudet og fagkompetansen. Dette tar vi nå med oss videre bl.a. i arbeidet med å opprette et eget brukerråd som kan veilede sentralstyret i forskjellige saker, og delta som egen høringsinstans på vegne av våre utviklingshemmede medlemmer.

LUPE er også en pårørendeorganisasjon, noe som har ført til at vi har hatt et stort fokus på å styrke tjenestetilbudet til de pårørende. Gjennom vårt aktive likemanns-/likepersonsarbeid har vi hatt mange oppdrag som har gått ut på å hjelpe til med å styrke tjenestetilbudet til pårørende, noe som også har gitt bedre tjenester til deres barn.

Så til hovedsaken: Hvordan kan vi som pårørende og tjenestemottagere bidra til å gi gode tjenester og gode fagfolk? Vi mener at et nært samarbeid mellom tjenesteytere, -mottagere og pårørende, er den viktigste forutsetningen for å kunne skape gode tjenester. Det største spørsmålet da er hvordan kan man skape et godt samarbeid? Samarbeid skapes gjennom god bruk av dialog mellom alle parter. En god kollega av meg sier det veldig greit: «Det er tre ingredienser i samarbeid, og de er kommunikasjon, kommunikasjon og kommunikasjon». Kommunikasjon mellom oss pårørende og kommunen, kommunikasjon mellom tjenestemottager og -yter, og ikke minst, kommunikasjon mellom tjenesteyter og pårørende. Har man ingen kommunikasjon, vil ikke et samarbeid kunne fungere, og man ender opp med dårlig samarbeid, frustrasjon og utallige klager på alt og allting.

Vi, de pårørende, kan være en «pest og plage», men er det noen som har stilt spørsmålet om hvorfor det er slik? Jeg tviler på det! Vi må, som oftest, kjempe for alt av tilbud for våre barn fra «vogge til grav». Livet består av en evinnelig kamp for å få det man har rett på i henhold til lovverket, men til stadighet opplever man at å ha rett er ikke det samme som å få rett. Slikt skaper stor avstand mellom pårørende og saksbehandler, og utallige klager går til fylkesmannen. Noen får medhold og andre ikke, men uansett så er det stadig nye kamper. Når man som pårørende opplever å få assosiasjoner til første verdenskrig, når man kommer på ansvarsgruppemøter og krever å få på plass forskjellige nødvendige tiltak, så blir alt svært vanskelig. Hadde man blitt møtt med informasjon, hjelp til søknader og en litt ydmyk saksbehandler, så hadde mye endret seg. Igjen så viser det seg at kommunikasjon er veldig viktig for å unngå dårlige tjenester.

Mye av det samme ser en i forholdet mellom tjenesteyter og pårørende. Når barna flytter i egne boliger eller leier av kommunen, så må man forholde seg til forskjellige faggrupper som skal jobbe hos barna våre. Jeg har opplevd alt for mange saker som har endt med utallige klager på grunn av enkle misforståelser. Her er det fortsatt like viktig å få på plass god toveis kommunikasjon. Jeg har nettopp flyttet mine barn til et eget borettslag, og allerede etter to måneder ser vi utallige misforståelser som fører til stor frustrasjon for meg og kona mi. Heldigvis har kommunen innsett at kommunikasjon er viktig, og har invitert foreldregruppa til faste møter, noe foreldregruppa er svært positive til, for å hindre og redusere eventuelle konfliktsituasjoner.

Denne typen kommunikasjon er med på å trygge oss, samtidig som den sørger for å rydde opp i problemstillinger før de blir til store problem.

Det samme gjelder i forholdet mellom tjenesteyter og -mottager. Kommunikasjon er enda viktigere i den settingen, spesielt med tanke på at utviklingshemmede kan ha vansker med å sette ord på problemstillinger, og gjerne ikke vil fortelle om problemet. Her er det viktig å kunne bruke gode hjelpemidler slik at en får satt ord på hva som er problemet. Kommunikasjonshjelpemidler er derfor viktige å ha på plass, og eventuelle andre hjelpemidler, f.eks. KAT-kassen, er ypperlige hjelpemiddel til å kunne skape god kommunikasjon og redusere faren for misforståelser.

Hvordan skal man kunne bidra til å få bedre fagfolk? Igjen er kommunikasjon viktig, men på et helt annet nivå. Her må både utdanningsinstitusjonene og fagforeningene komme på banen og ta kontakt med brukerorganisasjonene. Gjennom et tett og godt samarbeid kan vi i fellesskap hjelpe hverandre til å bli bedre, noe som igjen vil bidra til en god fagutdanning som gir evne til å tenke og ivareta alle parter. Å komme på utdanningsinstitusjonene og fortelle om hvordan man har opplevd samarbeidet med tjenesteytere og kommunale saksbehandlere, kan være nyttig både for oss som organisasjon og ikke minst for de som er under utdanning. Det å skape gode forutsetninger for samarbeid, allerede i starten av utdanningsløpet, er så viktig at jeg håper at FO kan bidra til et bedre samarbeid mellom skolene, fagforeningene og brukerorganisasjonene.

Jeg vil med dette ønske alle delegater lykke til på kongressen, og håper på et nært og godt samarbeid mellom oss i årene fremover.

Av Rolf Magnus Grung

Noen utfordringer vernepleier- utdanningen har

— **Utdanningsinstitusjonene er viktige leverandører av premisser til praksisfeltet. Derfor er det en utfordring at det er en nokså stor variasjon mellom de ulike utdanningsinstitusjonenes oppfatninger av hva kjernen i vernepleierfaget er, ettersom dette igjen kan påvirke fagutøvelsen til den enkelte vernepleier avhengig av hvilken utdanningsinstitusjon den enkelte har studert ved.**

Hva som skal utgjøre kjernen i den vernepleierfaglige kompetansen, er en viktig problemstilling utdanningsinstitusjonene i fellesskap bør jobbe videre med. Denne problemstillingen har vært, og er til dels fremdeles, en kime til turbulens innad i vernepleierprofesjonen og mellom utdanningsinstitusjonene.

Kjetil Viken, Marit Rustad og Laila Luteberget jobber med utdanning av vernepleiere, og de er viktige stemmer i debatten knyttet til vernepleierkompetansen og utdanningen.

Kjetil Viken er utdannet vernepleier fra daværende Høgskolen i Akershus og Master of Science in



Laila Lutberget.



Kjetil Viken.



Marit Rustad.

Behavior Analysis fra University of North Texas i USA. Nå jobber Viken som førstelektor ved vernepleierutdanningen ved Høgskolen i Innlandet – Lillehammer, Institutt for sosialvitenskap. Viken har jobbet med utdanning av vernepleiere siden 2007. I tillegg er Viken tilknyttet Ecura AS, en privat leverandør av helse- og omsorgstjenester.

Marit Ruth Rustad er utdannet vernepleier fra daværende Høgskolen i Sør-Trøndelag, Klæbu, og sosiolog fra Universitetet i Tromsø. Nå jobber Rustad som universitetslektor ved UiT, Norges Arktiske Universitet, Campus Harstad, Institutt for vernepleie. Rustad var med på å starte vernepleierutdanningen ved Høgskolen i Harstad i 1983.

Laila Luteberget er utdannet vernepleier fra daværende Rogaland vernepleierhøgskole og har hovedfag i pedagogikk fra Universitetet i Oslo. Nå jobber Luteberget som førstelektor ved VID vitenskapelige høgskole, fakultet for helsefag, Sandnes. Luteberget har jobbet med utdanning av vernepleiere siden 1993.

Til sammen har Luteberget, Rustad og Viken godt over 70 års erfaring med utdanning av vernepleiere og fagutvikling innen området.

Variasjon

Det er en nokså stor faglig variasjon mellom de ulike utdanningsinstitusjonene som utdanner vernepleiere, noe som også har vært, og fremdeles er, et debatttema i ulike vernepleiefaglige sammenhenger. En særlig viktig debatt har vært knyttet til bruk av atferdsanalysen som forståelsesramme og metode i miljøarbeid. Er denne variasjonen en svakhet eller en styrke ved vernepleierprofesjonen?

– Jeg har uttalt meg om dette ved flere anledninger. Jeg står fortsatt ved at jeg mener at det er et stort sprik mellom de ulike utdanningene, og at det er problematiske sider ved dette, sier Viken.

Rustads erfaring er at motsetningene i det vernepleierfaglige miljøet har ført til, og fører til, mangelfulle faglige diskusjoner, og derfor er hemmende for fagutviklingen.

– Motsetningene innen våre faglige perspektiver, da særlig når det kommer til synet på læring og psykologiske retninger, har ført til og fører til, mangelfulle faglige diskusjoner i fagmiljøene. Dette har igjen vært faglig hemmende for fagutviklingen, særlig innenfor rammeplanens hovedemne Miljøarbeid, rehabilitering og habilitering, sier Rustad.

Fakta

- Tall fra SSB 2018 viser at det er 17426 vernepleiere i Norge.
- Få vernepleiere har en doktorgrad, FOs utdanningsundersøkelse fra 2017 viser at under 1 % av vernepleierne har tatt en doktorgrad og kun 0,5% er i gang med doktorgradsarbeid
- Det er litt flere med mastergrad eller hovedfag. 7 % svarer at de har og litt under 4 % er i gang med arbeidet.

Rustad problematiserer at perspektivet den enkelte vernepleier har, gir konsekvenser for yrkesutøvelsen.

– Er det kartet, altså vernepleierens perspektiv, eller terrenget, altså brukeren og dens situasjon som skal avgjøre vernepleierens faglige handlinger? spør Rustad retorisk.

– Hvilke kunnskaps- og menneskesyn skal gi grunnlag for det vernepleierfaglige arbeidet? Spørsmålene bør hele tiden være aktuelle. Avklaringer og en bevissthet i forhold til ideologi, verdisyn, makt versus avmakt, selvbestemmelse og brukermedvirkning er sentrale forhold i yrkesutøvelsen. Utdanningsinstitusjonene har et ansvar overfor studentene om å klargjøre sitt kunnskaps- og menneskesyn og hvilke konsekvenser dette gir for yrkesutøvelsen, slår Rustad fast.

Viken er enig.

– Jeg vil påstå at om du søker etter en vernepleier til en jobb, så vet du ikke hva du får. Dette fordi utdanningen spriker i så mange retninger. Derfor er det høyst usikkert om den personen som søker stillingen, har de kvalifikasjonene som du søker etter, sier Viken.

Han mener at det er en fare for profesjonens fremtid, om utdanningsinstitusjonene ikke enes om en faglig metodisk kjerne.

– Spør du meg om hva den faglige og metodiske kjernen til vernepleierprofesjonen skal være, så er den at vi bør være en profesjon som jobber både kvalitativt og kvantitativt, og med struktur og planmessighet når det er behov for det, sier Viken.

Luteberget er av en litt annen oppfatning når det gjelder i hvilken grad variasjonen mellom de ulike utdanningsinstitusjonene er problematisk.

– Jeg tenker at det er bra at utdanningsinstitusjonene kan ha en litt ulik profil. Ofte er profilen knyttet til videreutdanninger eller masterutdanninger som tilbys ved institusjonen. Mange velger å ta en mastergrad etter at de er ferdig utdannet vernepleier. Ved VID er profilen knyttet til masterprogrammet i medborgerskap, med tilbud om fordyping innen sammensatte funksjonsnedsettelse, utfordrende atferd og sosial kompetanse. Det at vi har litt ulik profil, kan jo medføre at vi både lærer av og lar oss inspirere av hverandre, sier Luteberget.

Hun er likevel enig med Viken i at vernepleierprofesjonen og utdanningene bør

definere en felles kjernekompetanse. Utdanningsinstitusjonene både kan og bør ha ulike profiler, men hva som er kjernekomponentene i vernepleierkompetansen, bør utdanningsinstitusjonene ha en større felles forståelse av enn hva de har i dag.

– På samme tid synes jeg det er viktig at alle vernepleiere, uavhengig av hvor de er utdannet, har en lik kjernekompetanse. Det bør være slik at det er lett å kommunisere hva vernepleie er overfor de som ansetter vernepleiere, eller er mottakere av vernepleierens tjenester, sier Luteberget.

Rustad mener at det er viktig at vernepleierens helsefaglige kompetanse tydeliggjøres.

– Den helsefaglige kompetansen bør tydeliggjøres. Det er mange yrkesgrupper med helsefaglig kompetanse – hva er det som er spesifikt for vernepleierens helsefaglige kompetanse? Vi blir ofte sett på som «minisykepleiere». Kompetansen vår bør klargjøres også ut fra dagens sykehusstruktur der én av fire sykehussenger er lagt ned og flyttet ut i kommunehelsetjenesten. Dette stiller andre krav til blant annet vernepleieren, sier Rustad.

Fakta

- Vernepleierutdanning kan tas ved 16 studiesteder i Norge. I 2019 var det totalt 1012 studieplasser innen vernepleie
- Samordnaopptak melder økning i antall søkere med vernepleie som første valg i 2019, det er 10,6 % flere enn i 2018.
- Andelen menn ble redusert fra 33 prosent i 2018 til 30 prosent i 2019, men fortsatt er vernepleie blant de helse- og sosiale utdanningene med høyest andel mannlige søkere.

Samarbeid

Viken, Rustad og Luteberget er alle enige i at de ulike utdanningsinstitusjonene bør samarbeide mer. Samarbeid mellom utdanningsinstitusjonene er et viktig tiltak for utvikling av profesjonen. Dette kan gjøres på ulike måter. IKT kan være en viktig komponent i dette samarbeidet.

– Ved å bruke IKT-støttende undervisningsformer vil man kunne dele kunnskap, erfaringer, forskning og utviklingsarbeid. Uansett hvor utdanningsinstitusjonen ligger rent geografisk, så har velferdsstaten de samme faglige utfordringene. Vi blir ikke dårligere av å dele! Et slikt samarbeid vil kunne bidra til utvikling av vernepleierens kjernekompetanse. Det handler om å spille hverandre gode, jamfør Eggens godfot-teori, sier Rustad.

– Vernepleierutdanningene bør absolutt samarbeide mer. Det er sunt å knytte relasjoner og ha vennlige dialoger. Og det er selvsagt lov å være uenig. Men jeg

er usikker på om IKT er løsningen på dette. IKT kan sikkert være en mulighet for å samarbeide over avstander, sier Viken.

Luteberget er enig, og legger til at IKT-støttede undervisningsformer vil kunne bidra til at det blir lettere å dele gode undervisningsopplegg med hverandre. Deling og samarbeid om undervisningsopplegg vil også kunne frigjøre tid til samarbeid mellom utdanningsinstitusjonene på andre viktige områder.

- Å dele gode undervisningsopplegg kan frigjøre tid til mer samarbeid, for eksempel å skrive flere lærebøker sammen. Ny nasjonal retningslinje for vernepleierutdanning angir fem kompetanseområder for vernepleie. Det vil alltid være behov for å utvikle gode lærebøker innen vernepleie, som for eksempel innen det definerte kompetanseområdet; kritisk tenkning, kunnskapsbasert praksis og innovasjon. Dette kan være fagbøker med eksempler fra vernepleierfaglig kontekst og med vernepleierfaglig tilnærming. Dette er viktige områder for samarbeid mellom utdanningene, sier Luteberget.

Luteberget trekker også frem utdanningens utfordringer knyttet til samarbeid med praksisfeltet.

- Det er en viktig oppgave å finne gode samarbeidsmodeller med praksisfeltet vi utdanner til. Samarbeidet med praksisfeltet er viktig for å forstå endringer i krav og forventninger som stilles til faglig – og etisk – forsvarlige tjenester. Praksisstudier er en viktig læringsarena for studentene. Det er en vann-vinn-situasjon for både høyskole og praksisfelt å ha hensiktsmessige samarbeidsformer, sier Luteberget.

Luteberget vil også fremheve at det allerede finnes enkelte etablerte nettverk innen vernepleie i dag, særlig innen de medisinfaglige emnene. Det er også nylig dannet et nettverk for de som underviser innen miljøarbeid. Luteberget fremhever dette som gode initiativ.

Praksisfeltet

Rustad og Luteberget er tydelige på at profesjonen må fortsette med å ha et særlig fokus på livssituasjonen til utviklingshemmede.

- Kunnskap om utviklingshemming og utviklingshemmedes situasjon står sentralt i vernepleierutdanningen. Offentlige utredninger viser behov for økt kompetanse i tjenestene til utviklingshemmede. Det understreker behovet for en utdanning som vektlegger kunnskap om vansker som følger det å ha utviklingshemming, sier Luteberget.

- Det er viktig å ikke gå bort fra kjernekunnskapen – funksjonsnedsettelsen utviklingshemming. Et høyt kvalitativt tjenestetilbud for denne gruppen krever kunnskap om kognitive funksjoner og prosesser, konsekvenser funksjonsnedsettelsen gir og kravet til tilrettelegging for utvikling, mestring og læring. Nasjonale føringer i omsorgspolitikken er gitt, sist gjennom de åtte løftene som ble beskrevet i NOU 16:17 På lik linje. Vernepleierutdanningens samfunnsoppdrag er å gi velferdsstaten kompetanse til å gjennomføre de nasjonale føringene på alle samfunnsarenaer, sier Rustad.

Rustad mener at vernepleierens kjernekompetanse, som hun mener er miljøarbeid/

miljøterapi, bør utvikles og bli profesjonens varemerke, der det helse- og sosialfaglige går hånd i hånd og skiller vernepleieren fra de øvre profesjonene i velferdsstatens yrker. Videre er Rustad urolig for flukten fra faglig arbeid i tjenestemottakers hjem – altså miljøterapeutisk arbeid knyttet til det å mestre å bo i eget hjem. Hun påpeker at det er problematisk at praktisk bistand for ofte dreier seg om å utføre oppgaver for personen, i stedet for å tilrettelegge for personens egen mestring.

– Vernepleierutdanningene må tilfredsstillende brukergруппenes og praksisfeltets krav til kunnskaper, ferdigheter og kompetanser. Dette innebærer blant annet at det må være gode møtepunkter og arenaer for dialog mellom disse partene. Vi som utdanner vernepleiere, må ta fagfeltet, altså brukerne og tjenesteyterne, «på pulsen». Fagfeltet må også se sitt ansvar i å påvirke og være med i formingen av framtidens vernepleierutdanning. I disse RETHOS-tider er det spesielt viktig, sier Viken.

IKT

IKT setter et stadig sterkere preg på høyere utdanning. Metodene for undervisning har endret seg mye de siste årene. IKT har vært en katalysator for disse endringene og har åpnet opp for og bidratt til at det er enklere å være innovativ og utforskende i egen undervisning.

– Troen på forelesningen som læringsform har endret seg. Nå er man opptatt av å lage læringsarenaer som gir studentene mulighet til å være aktive og deltakende. Tradisjonell kateterundervisning var noe annet da det var 25 studenter i kullene, enn nå som kullene er oppe i 90 studenter, sier Luteberget.

Luteberget mener at IKT-støttede undervisningsformer kan være en viktig komponent knyttet til dannelsesperspektivet i vernepleierutdanningen.

– Et eksempel på IKT-støttet undervisning er omvendt undervisning eller «flipped classroom». Omvendt undervisning innebærer at studentene må møte forberedt. Det kan handle om at de har lest, sett en nettførelsesning, arbeidet med studiespørsmål m.m. I møte med lærere og andre studenter på nettet eller i seminarundervisning kan man da i større grad bruke tiden sammen til kritisk refleksjon. Jeg tenker at dette gir vernepleierutdanningen gode muligheter til å hjelpe studentene både til selvstendig og kritisk tenkning. Slik jeg ser det, er dette viktige dannelsesperspektiver for vernepleiere, sier Luteberget.

Rustad er enig.

– Teknologien er et viktig pedagogisk verktøy som bør tas i bruk til faglig arbeid, enten studentene er i praksisfeltet, der læringsutbyttene er sentrale, eller i teoriundervisningen. IKT kan også brukes som et medium hvor studentene kan beskrive det de opplever i praksis, som etiske dilemmaer. Disse dilemmaene kan man bruke til å belyse eksempler med etiske refleksjonsmodeller, sier Rustad.

Foruten at IKT-støttede undervisningsformer kan tilrettelegge for kritisk refleksjon, så kan denne typen undervisningsformer være egnet ved trening på ulike ferdigheter.

– Simulering er et annet eksempel på en viktig læringsform. Ikke bare for å lære hjerte – lungeredning, men også for å øve på å bli gode samtalepartnere, håndtere konflikter, mestre vold og aggresjon og ikke minst etisk problemløsning og reflek-

sjon. Her kan teknologi, som for eksempel bruk av video, være viktige verktøy. Video er et godt verktøy til å analysere det som skjer i en samhandling, og tenke sammen om alternative samhandlingsformer. Det gir et helt annet utgangspunkt for studentaktivitet og forberedelse til yrket, sier Luteberget.

- Både omvendt undervisning og simulering er eksempler på undervisningsformer der student og lærer kommer tettere på hverandre. Vi tar opp store kull. Da er det viktig å skape læringsaktiviteter, også utenom praksisstudier, der studentene blir utfordret på yrkesrelevante problemstillinger. Både omvendt undervisning og simuleringer er eksempler på læringsaktiviteter som gir mulighet til å bli personlig utfordret på en annen måte enn å sitte én blant hundre andre studenter og høre på en foreleser, sier Luteberget.

Bruken av IKT-støttede undervisningsformer har også praktiske sider ved seg som mer tradisjonell undervisning ikke har – særlig knyttet til fleksibilitet og tidspunkt for undervisningen.

- IKT er et viktig pedagogisk redskap for læring der praksisfeltet er 110 mil utenfor campus, som for eksempel Harstad–Kirkenes. Man kan tilhøre ei faglig diskusjonsgruppe hvor aktuelle saker kan være gjenstand for drøftinger. Det er uansett viktig at IKT videreutvikles som et pedagogisk verktøy i desentraliserte kull – kull med studenter fra hele landet, sier Rustad.

- Teknolog gjør det lettere å kommunisere med studentene. Det bidrar til å gjøre studiehverdagen mer fleksibel og åpner opp for nye måter å lære på, sier Luteberget.

Viken presiserer at det er selve målsettingen med undervisningen som bør være det avgjørende i forhold til valg av undervisningsmetodikk.

- IKT bør, som alle andre verktøy og tilnærminger, brukes når de er den tilnærmingen som passer best til målsettingen med undervisningsopplegget, ikke ellers, sier Viken.

Styrker

Viken påpeker at vi vernepleiere lever i ganske gode tider – selv om vernepleie har de nevnte utfordringene.

- Det er mange som ønsker å ansette vernepleiere. Dette er bra. Jeg tror at grunnen til dette er at vernepleiere i mange sammenhenger kan bidra med perspektiver, forståelser og faglig metodikk som man ikke finner hos andre profesjoner. Vernepleiere kan, og bør, skille seg ut fra andre profesjoner, sier Viken.

- Styrken er de ulike fagdisiplinene som gjør vernepleieren til både helse- og sosialfagarbeider. Det ligger mye helse i det sosiale arbeidet og mye sosialt i helsedimensjonen. Videre besitter vernepleieren kunnskap både på individ-, gruppe- og samfunnsnivå. Dette betyr at vernepleieren «kan se» brukerne og sin egen profesjon i et samfunnsperspektiv. Vernepleieren har et samfunnsoppdrag som ligger i de nasjonale føringer innen funksjonshemmapolitikken, sier Rustad.

Også Luteberget fremhever det integrerte helse- og sosialfaglige perspektivet i vernepleierkompetansen.

- En styrke ved vernepleierutdanningen er koblingen helse- og sosialfag. Dette gir vernepleiere en unik kompetanse. En kompetanse som er viktig i arbeid med

mennesker som har sammensatte behov for hjelp, og som ofte har vansker med å uttrykke sine behov, sier Luteberget.

Hvorfor bør unge velge vernepleierutdanning?

Viken, Rustad og Luteberget vil fremheve de varierte mulighetene en vernepleierutdanning gir – både i forhold til jobb og muligheten til videre mastergrads- og doktorgradsstudier.

Luteberget fremhever også at vernepleiere opplever at deres jobb er viktig og meningsfull.

– Vernepleierutdanning gir innsikt i utfordringer som ikke alltid får like mye allmenn oppmerksomhet. For eksempel at ikke alle har lik mulighet til å velge hvor man vil bo, hvem man vil bo sammen med, menneskers mulighet for utdanning og muligheter for deltagelse i arbeidsliv og i samfunnslivet generelt. Muligheter de fleste av oss tar for gitt. Unge som velger vernepleierutdanning kan utgjøre en forskjell for andre, avslutter Luteberget.

Av Leif Lysvik
Norges Arktiske
Universitet – UiT



Hva kreves av fremtidens vernepleiere? Tjenestemottakers erfaring og refleksjon

— Det er på kaia i Harstad jeg møter Kristin Dalsbø Jensen og Karl Johan Sørensen Ellefsen. Sola bryter gjennom skyene, og vitner om at vinteren må gi tapt for våren. Kristin og Karl Johan i Harstad er samboere. De deler en leilighet sentralt i byen, der de bor sammen med to viltre og livlige hunder. Det har ikke alltid vært en selvfølge at de to kunne være samboere. Karl Johan bodde i et kommunalt bofellesskap da han ble kjæreste med Kristin. Da de ville bli samboere, sa kommunen: «Nei, det godkjenner vi ikke». Begrunnelsen var uklar, men det bygde på praktiske forhold, regler om brannforskrifter, uenighet med naboer, og krav om at de måtte rapportere besøk av kjæresten til personalet. Da Karl Johan ville ha en hund eller ei katt sa også kommunen: «Nei, det går ikke». Begrunnelsen var at noen av vernepleierne var allergiske, og at de derfor ikke kunne ha husdyr. Så det ble ingen hund på Karl Johan – og ingen samboer.

Myndig og umyndig

Det var da samboerparet tok kontroll på sitt eget liv. Karl Johan sa opp leieavtalen med omsorgsboligen, og de annonserte etter en leilighet sentralt i Harstad der de kunne ha hund. De fikk raskt tilslag på en sentrumsnær leilighet der utleier ikke hadde

noen restriksjoner på hundehold.

Kristin er 23 år, Karl Johan er 40 år. De har vært kjærester i seks år, og samboere de to siste årene. Kristin har aldri bodd i et kommunalt bofellesskap, hun bodde i foreldrehjemmet helt til hun flyttet sammen med Karl Johan. Karl Johan har lang erfaring med å bo i ulike kommunale bofellesskap i Harstad de siste 20 årene.

De forteller at da de ble kjærester, ble det møtt med betydelig skepsis ikke bare fra familien, men også fra ansatte i bofellesskapet. Kristin sier at noe av denne skepsisen kan hun forstå, da det var stor aldersforskjell mellom dem. Hun aksepterte og forsto at de måtte spørre hvor gammel hun var. – Men jeg forsto aldri hvorfor de ansatte fortsatte å kontrollere hva vi gjorde sammen. Kristin forteller at de nektet henne å overnatte sammen med Karl Johan etter at de ble kjærester, og de opplevde begge at personalet i omsorgsboligen ville ha kontroll når Kristin kom på besøk. Personalet ville at Karl Johan skulle fortelle dem hvem han skulle ha på besøk, når de skulle komme og når de ville dra. De opplevde at personalet kom innom leiligheten mens Karl Johan hadde besøk av Kristin, for å kontrollere dem. Karl Johan tok dette opp med personalet, og sa at han opplevde det som kontroll, men det fikk han ikke gehør for. De ble fortalt at personalet var pålagt å føre protokoll over hvem som kom og gikk til de som bodde i bofellesskapet. De opplevde begge dette som unødvendig kontroll, og at de fikk redusert sitt privatliv. – Vi var tross alt myndige mennesker, sier samboerparet i kor.

Hvem bestemmer over MacGyver?

Før Karl Johan kom til dette bofellesskapet bodde han i et annet bofellesskap i Harstad. Jeg spør han hvilke erfaringer han hadde med vernepleieren som arbeidet der. Karl Johan sier at han er usikker på hvem som er vernepleier, for de kalte dem bare for personalet.

– Til å begynne med når jeg bodde i det bofellesskapet, var det en tung og vanskelig tid. Jeg opplevde at personalet trodde at de visste og kunne alt, og at alt jeg gjorde var galt. Jeg skulle bare skulle holde munn og høre på personalet. Mens jeg bodde der gikk jeg på videregående skole i nabokommunen. Jeg kjørte buss fram og tilbake hver dag. Det var en busstur på 45 minutter hver vei. Når jeg kom hjem etter en lang dag på skolen, ville jeg slappe av og se på TV. Det var en serie som het MacGyver som gikk i reprise på ettermiddagen på TV2. Jeg ville se dette før jeg laget middag. Personalet ville at jeg skulle begynne å lage middag før TV-serien var ferdig, men jeg nektet, jeg ville se episoden ferdig før jeg gikk på kjøkkenet. Personalet ble veldig insisterende på at jeg skulle slå av fjernsynet. Det ble ofte ubehagelig krangling om dette. En dag når dette gjentok seg, sa de at om jeg ikke slo av fjernsynet ville de gjøre det. Det ble mye aggresjon, for jeg nekte å slå av fjernsynet. Jeg gav dem ikke fjernkontrollen. Da tok en av personalet og slo av hovedbryteren på selve fjernsynet slik at jeg ikke fikk sett ferdig episoden med MacGyver. Det resulterte i enda mer aggresjon og uro,

Jeg spør om han i ettertid snakket om denne episoden med noen av de ansatte, eller om noen hadde beklaget at de tvang seg til å slå av fjernsynet. – Nei, sier Karl Johan, – ingen av de involverte snakket om eller beklaget det som hadde skjedd.



Kristin Dalsbø Jensen og Karl-Johan Sørensen Ellefsen på brygga i Harstad.

Jeg har møtt denne avdelingslederen mange ganger senere, men han ser bare rart på meg, og går videre.

Skygger diagnosen?

– Når dere får tjenester fra kommunen, er det fordi dere har en funksjonsnedsettelse og diagnosen letter utviklingshemmet. Det innebærer at dere på noen områder i livet trenger noe hjelp. Hvordan er det å leve med en slik diagnose? – Det kan være problematisk, sier Karl Johan, – men ikke bare problematisk. Jeg lever godt med min diagnose, men det har vært en fight for å få det jeg trenger. Egentlig har hele livet mitt vært en kamp for å få det jeg trenger. Men jeg har hatt fantastiske fosterforeldre som har stilt opp. De skal ha skryt. Jeg har hatt mest problem med å skaffe meg en jobb. Det har vært vanskelig å få jobb, slik har det alltid vært for meg.

– Det er ikke problem med å leve med en funksjonsnedsettelse, men noen ganger blir personalet for opptatt av diagnosen og tenker at når en har en slik diagnose, må en behandle dem på en bestemt måte. De glemmer lett at vi er forskjellige mennesker. Uavhengig av diagnose skal vi behandles som vanlige folk. Vi er personer, ikke ting en bare kan flytte rundt på og bestemme over. – Vi opplever, sier begge,

- at hjelpeapparatet er mest opptatt av diagnosene. De ser i papirene, ikke på oss.
- De ser ikke på oss som mennesker, sier Kristin.

– *Mange har opplevd å bli mobbet og usynliggjort. Hvilken erfaring har dere?* Karl Johan svarer spontant. – Jeg har alltid blitt mobbet. Fra jeg var et barn og fram til i dag. Jeg har tidligere stått fram på NRK og delt mine erfaringer om hva jeg har opplevd av mobbing. Kristin sier at hennes samboer er mye mobbet fordi han har en svært lys stemme. Dette kan han ikke gjøre noe med. Han er født med en slik stemme. Karl Johan legger til at han også er mobbet for utseendet og for væremåten.

Kristin sier at hun har blitt mobbet og kalt for dum, eller at andre har kommentert utseendet hennes på en negativ måte. – Noen ganger kan en overse slik mobbing, mens andre ganger går det virkelig inn på meg. Når jeg blir glad for at jeg har lykket med noe, og jeg sier «yes, jeg klarte det!», så kommer det noen andre og sier at det var dumt, du kunne gjort det på noen andre måter. Det er ikke motiverende i det hele tatt, sier hun. – Det reduserer ens selvtillit.

– *Har dere noen venner?* Kristin svarer fort: – Det har vært veldig vanskelig. Og Karl Johan legger til at han hadde veldig få venner. Han hadde en god kammerat fra ungdomstiden som han fortsatt omgås, også han ble mye mobbet. Kristin forteller at da hun gikk på skolen, merket hun at hun ikke kunne omgås de som var jevnaldrende med seg. Hun var alltid sammen med de som var yngre enn seg.

– Da jeg gikk på i 6. klasse spiste jeg alltid matpakken min sammen med de som gikk i 3. eller 4. klasse. Det var dem jeg hang sammen med fordi jeg opplevde mest tilhørighet til dem som var yngre enn meg. Jeg klarer meg ikke sammen med dem som var på min alder. Jeg følte at jeg ikke fikk til å være samme med dem. Jeg følte meg ikke like smart som dem, jeg mestret ikke det samme som dem. Jeg opplevde at jeg var annerledes enn dem. Det var først da jeg møtte Karl Johan at jeg var samme med noen som var på min alder eller eldre. Men det kan komme av at mange av dem også var mennesker som hadde en funksjonsnedsettelse. Da følte jeg tilhørighet, og at jeg fikk respekt for den jeg var. Det var først da jeg fikk diagnosen lettere utviklingshemmet, sier Kristin.

– *Hva tenkte du da du fikk denne diagnosen?*

– Det var som å få svar på hvorfor jeg alltid hadde opplevd meg annerledes enn mine jevnaldrende, svarer Kristin raskt.

– *Hvor viktig er det for dere å være et par, og i dag – være samboere?* – Det betyr veldig mye, sier Karl Johan. – Kristin har gitt meg utrolig mye. – Vi har det veldig fint sammen, sier Kristin. – Vi har vært sammen lenge, og det har vært bra for oss. – *Hva krangler dere om?* Spørsmålet utleder latter. – Litt av hvert, svarer de begge latterfullt. – Men vi kan krangle om husvask og slike ting. Mange av våre venner sier at vi oppfører oss som et gammelt ektepar.

Hverdagslige utfordringer

– *Hva tenker dere om egen økonomi?* – Egentlig ganske greit, sier Kristin. – Vi sliter litt, men vi får det til å gå rundt. Karl Johan sier at han nå har mye bedre økonomi enn da han bodde i omsorgsboligen. – Da jeg bodde i omsorgsboligen, hadde jeg en verge som ordnet med økonomien, og da hadde jeg mye mindre penger jeg kunne

bruke fritt. Vergen gav meg en sum hver uke, og det skulle dekke det private forbruket jeg hadde. Da Karl Johan flyttet sammen med Kristin, ville ikke vergen fortsette, og han fikk selv ansvaret for egen økonomi. Da oppdaget han at han hadde en sparekonto med relativt mye penger på. Han var ikke klar over at vergen hadde ordnet med sparing for han.

– Jeg syntes det da var merkelig at flere småregninger gikk til inkasso, slik som regning fra legetime, samtidig som jeg hadde penger på en sparekonto. Da jeg hadde verge, hadde jeg null oversikt over egne penger, sier han. – Jeg ble aldri lært opp til å ta vare på egen økonomi, det var vergen som styrte alt, sier Karl Johan.

Jeg spør om det var noen av vernepleieren på omsorgsboligen han kunne snakke med om økonomi. – Nei, sier Karl Johan. – Det var ingen. Det var stort skifte av personalet. Jeg hadde en primærkontakt som var vernepleier, men han var mye borte. Det var vanskelig å snakke om økonomi med han. Jeg ønsker at jeg kunne hatt noen å snakke med, for jeg opplevde det som vanskelig. Jeg savnet virkelig at noen av personalet kunne lytte til meg, men det var ingen. Når jeg ikke hadde noen å snakke med, hopet det seg lett opp med problemer. Det gjort nok at jeg i perioder ble sint, og kunne oppføre meg aggressivt, sier Karl Johan. – Når jeg opplevde meg avvist, og personalet i boligen sa at de ikke hadde tid til å snakke med meg, trakk jeg meg tilbake.

– *Klarer dere å spare noe i dag?* – Ja, vi har en boligsparekonto. Vi har virkelig lyst å kjøpe oss et hus. Men det er vanskelig siden vi er uføretrygdet. Karl Johan legger til at det er ikke så enkelt med egen bolig. – Mange vil ikke ha oss som naboer. Det vet jeg fra den tiden jeg bodde i omsorgsbolig. Naboene var ikke glad i oss, de ville bare ha oss bort. Naboene ble fort misfornøyde, og de sutret over småting. Ryddet vi snø over gjerdet til naboene, ble de irritert og klaget til personalet. Jeg opplevde at alt vi gjorde ble galt. Men jeg tror at når folk bli vant med å ha funksjonshemmede som naboer, så blir det bedre. – Vi er ikke forskjellig fra andre folk, sier Kristin. – Selv om vi har våre diagnoser, så er vi som andre folk. – Vi er vanlige personer og skal behandles med respekt, sier samboerparet samstemt. – Det er derfor vi vil ha vårt eget hus, vi vil bo som alle andre mennesker.

Hva gjør vernepleiere gode?

– *Dere får begge tjenester fra kommunen i dag, er det noen vernepleiere dere har opplevd som imøtekommende og hjelpsomme?* – Ja, sier Karl Johan, – jeg har en primærkontakt som jeg liker veldig godt. Vi gjør mange ting sammen. Vi drar på kulturhuset sammen, vi går i svømmehallen og på kino og kafe. Det har vært bra. Kristin sier at hun får møte vernepleiere som lytter til henne. De sitter ikke bare med en notatblokk i fanget og skriver, men de lytter til henne. – Det gir meg en god følelse. Det er godt å bli hørt. Jeg opplever at de tilpasser seg etter hva jeg mener er viktig.

– *Hva gjør den dyktige vernepleier, slik dere vurderer det?* Kristin svarer raskt: – De må ta seg tid. De må ha tid til å være sammen, og lytte til meg. Karl Johan fortsetter med at han forstår ikke hvorfor de ansattes allergi var det viktigste. – Hvorfor fikk jeg ikke ha en hund da jeg bodde i omsorgsboligen? Hvorfor var hensynet til de ansattes allergi viktigere enn mitt ønske om et husdyr? Det forstår jeg ikke, sier han.

– For en god vernepleier må være opptatt av hvordan vi har det, ikke hvordan de vil ha det. Jeg vil snakke med vernepleierne, og vil at de skal lytte til hva jeg har å si. De må ikke sitte med en blokk og tro at de er «Mr. Important». Når de sitter med en blokk og skriver og skriver, da får jeg en følelse av å snakke til en bok, ikke til en person.

– *Hva skulle kommunen gjort annerledes?* – Det er mangt, sier Karl Johan og ler. – Det skulle vært flere vernepleiere. I dag har de det alt for travelt, om det hadde vært flere ville de hatt bedre tid. Da ville de hatt mer tid til oss brukere, ja for det er det de kaller oss, for hadde det vært flere, ville de hatt tid til å lytte til oss. Vernepleierne må huske på at når de gir tjenester, kommer de inn i et privat hjem. De må respektere privatlivet til de som bor der. Noen ganger tar de styringen når de kommer inn i hjem til oss som får tjenester. De trenger ikke gå bort fra sine egne meninger, men de må ikke ta så mye kommando. Noen ganger virker det som at vernepleieren vet og kan alt, sier Karl Johan. – Noen ganger opplever jeg at ufaglærte er mer lydhøre og spør hvordan vi vil ha det, i stedet for at de vet og kan alt selv.

Hva gir livskvalitet?

– *Dere har to hunder. Hvorfor er det viktig for dere å ha husdyr?* – Det er veldig viktig, sier begge i kor. – Det er det gode liv. Hundene hjelper oss i hverdagen. Det er så sosialt å ha hunder. Når vi er ute og går tur med dem, kommer vi i kontakt med andre hundeeiere. Når hundene dormer av på sofaen, blir også jeg rolig, sier Kristin.

– Egentlig bruker vi hundene som terapi for oss begge. Når dagen er vanskelig, er det godt å ta en hund på fanget og kose med den. Det gir ro. Selv om jeg gråter, sier Kristin, – så er hundene rolige og hengivne. Det er godt. Hundene ser når jeg sliter. Da kommer de opp til meg og sleiker meg på armen, og nesten spør om det går bra. Likevel er det mye ansvar å ha hund. De skal luftes og de skal passes på. Noen ganger er de «hyper» og viltre. Noen ganger er de urenselig inne. Derfor er det krevende. Vi bor slik at vi ikke kan ha dem ute i band. Det er også en av grunnene til at vi helst vil kjøpe et hus. Da blir hundeholdet enklere. Vi ser ikke på hundene våre som kjæledyr, vi ser på dem som en del av familien.

Sorti

– *Hva tenker dere om framtiden?* Karl Johan svarer raskt: – Jeg vil vinne i lotto. – Jeg skulle ønske meg en jobb, sier Kristin. – Men det er vanskelig med de diagnosene jeg har. For jeg må ha en tilpasset jobb. – Jeg er nettopp begynt i en deltidsjobb i kommunen, sier Karl Johan. – Det er bare en uke siden jeg begynte. Jeg stortrives med det, selv om betalingen er lav. Det er bare 25 kroner i timen, og det beløpet må jeg skatte av. Men jeg håper på at jeg kan få større stilling og tjene mer. Og så ønsker vi oss egen bolig som vi allerede har sagt. – Og jeg ønsker meg «lappen», sier Kristin. – Jeg har tatt mange kjøretimer, og håper å kunne få sertifikatet før sommeren. – Da er det bare meg igjen, sier Karl Johan lavmælt.

Rolf Magnus Grung
OsloMet –
Storbyuniversitetet



Vernepleieren som helse- og sosial-politisk aktør¹

Sammendrag

Vernepleieprofesjonens samfunnsoppdrag er knyttet til å yte helse-, omsorgs- og velferdstjenester i et livsløpsperspektiv. Målgruppene er personer med funksjonsnedsettelse, og hovedfokuset er å redusere samfunnsmessige forhold som skaper funksjonshemming. Eksistensen av vernepleieprofesjonen er uløselig knyttet til å løse dette samfunnsoppdraget – uten dette samfunnsoppdraget hadde vernepleieprofesjonen ikke eksistert. Vernepleieprofesjonens kunnskapsgrunnlag, som også inkluderer yrkesetikken, danner rammene for hvordan den enkelte vernepleier løser dette samfunnsoppdraget.

Yrkesetikken, som egentlig burde vært kalt profesjonsetikken, er ikke bare knyttet til utførelsen av yrket, men omhandler også forhold som ikke direkte er knyttet til selve yrkesutøvelsen – forhold som er knyttet til å være en profesjonsutøver. Yrkesetikkens funksjon er å gi samfunnet tillit til vernepleieprofesjonen samt å sikre at profesjonen holder orden i egne rekker, noe som er nødvendig for at den skal kunne løse sitt samfunnsoppdrag.

¹Takk til gode kolleger i gruppen VUF (Vernepleierfaglig utvikling og forskning) på OsloMet – Storbyuniversitetet og til Rune Tverberg for nyttige kommentarer underveis i arbeidet med denne artikkelen.

Ett av de forholdene som ikke er direkte knyttet til selve utførelsen av yrket, er vernepleierens yrkesetiske forpliktelse om å være en helse- og sosialpolitisk aktør. Gjennom sitt virke får vernepleieren kjennskap til mange av velferdsstatens utfordringer. Vernepleieren har en yrkesetisk forpliktelse, innenfor rammen av taushetsplikten, til å aktivt påvirke i helse- og sosialpolitiske beslutningsprosesser knyttet til å sikre folks velferd.

Denne artikkelen beskriver grunnlaget for vernepleieren som helse- og sosialpolitisk aktør, samt at den gir eksempler på hvordan denne yrkesetiske rollen kan ivaretas. Det presiseres at denne yrkesetiske forpliktelsen ikke pålegger vernepleieren en bestemt politisk holdning eller bestemt parti- eller organisasjonstilhørighet – plikten er utelukkende fagpolitisk.

Nøkkelord: Vernepleieren, profesjon, samfunnsoppdrag, yrkesetikk, kunnskapsgrunnlag, fagpolitikk

Vernepleieren som helse- og sosialpolitisk aktør

Vernepleie er en helse- og sosialfaglig profesjonsutdanning med særlig kompetanse innen funksjonsnedsettelse og samfunnsmessige forhold som skaper funksjonshemming. Vernepleieren er kvalifisert til å utøve «[...] helse-, omsorgs- og velferdstjenester i et livsløpsperspektiv». Vernepleierutdanningen er kunnskapsbasert og praksisrettet og den «[...] skal sikre kompetanse og holdninger som danner grunnlag for likeverdige tjenestetilbud for alle grupper i samfunnet [...]» (Kunnskapsdepartementet, 2019, s. 1).

Innholdet i vernepleierutdanning er forskriftsfestet, jf. forskrift om nasjonal retningslinje for vernepleierutdanning (Kunnskapsdepartementet, 2019). Hensikten med forskriften er å «sikre et nasjonalt likeverdig faglig nivå [på utdanningsinstitusjonene], slik at kandidatene som uteksamineres har en felles sluttkompetanse, uavhengig av utdanningsinstitusjon» (Kunnskapsdepartementet, s. 1).

I forskriften beskrives fem kompetanseområder som de ulike utdanningsinstitusjonene må sikre at den enkelte kandidat har oppnådd, innen kandidaten er ferdig med sin bachelor-utdanning i vernepleie. Disse fem kompetanseområdene er (i) profesjon, etikk og samarbeid, (ii) miljøterapeutisk arbeid, habilitering og rehabilitering, (iii) helsefremming og helsehjelp, (iv) inkludering, deltakelse og rettigheter og (v) kritisk tenkning, kunnskapsbasert praksis og innovasjon (Kunnskapsdepartementet, 2019).

Hvert av disse kompetanseområdene er operasjonalisert inn i flere læringsutbytter. Disse læringsutbyttene er enten definert som kunnskapsmål, ferdighet-smål eller som generell kompetanse. Med kunnskap menes forståelse av teorier, fakta, begreper, prinsipper og prosedyrer. Med ferdigheter menes evnen til å bruke kunnskaper for å løse faglige problemer, og med generell kompetanse menes evnen til å bruke kunnskaper og ferdigheter på en selvstendig måte i ulike situasjoner ved å vise «samarbeidsevne, ansvarsfølelse, evne til refleksjon og kritisk tenkning i utdannings- og yrkessammenheng» (Nasjonalt kvalifikasjonsrammeverk for livslang læring (NKR), 2011, s. 5; oversatt fra nynorsk av artikkelforfatteren).

Under kompetanseområdet «profesjon, etikk og samarbeid» er ett av læringsut-

byttene at kandidaten «kjenner til politiske og administrative beslutningsprosesser, de vanligste modellene for organisering og styring av velferdstjenester og *rollen vernepleieren har som helse og sosialpolitisk aktør*» (Kunnskapsdepartementet, 2019, s. 2; satt i kursiv av artikkelforfatteren). Dette læringsutbyttet er definert som et kunnskapsmål (men det i kursiv burde kanskje vært definert som et eget læringsutbytte under generell kompetanse) og er, i tillegg til de andre læringsutbyttene som er definert i forskriften, noe enhver vernepleierstudent skal ha nådd ved utdanningsløpets slutt – helt uavhengig av hvilken utdanningsinstitusjon vernepleieren er utdannet ved.

Denne artikkelen omhandler den delen av det nevnte læringsutbyttet som er satt i kursiv, altså rollen vernepleieren har som helse- og sosialpolitisk aktør – en rolle som også fremkommer i de yrkesetiske retningslinjene for vernepleiere (Fellesorganisasjonen, 2015; «Yrkesetiske retningslinjer for Vernepleierforbundet i Delta,» 2016). I denne artikkelen benyttes begrepene *rolle* og *plikt* litt om hverandre. Når begrepet *rolle* benyttes skal *rolle* forstås som et *imperativ*. Artikkelen henvender seg til vernepleiere generelt, men den er nok mest aktuell for vernepleierstudenter og ansatte i utdanningsinstitusjonene.

En del vernepleiere vil nok foretrekke at rollen som helse- og sosialpolitisk aktør ble beskrevet som en aktivistrolle fremfor en aktørrolle. Det er to grunner til at begrepet *aktør* er benyttet i denne artikkelen. Den ene grunnen er at *aktør* er termen som benyttes i forskriften (Kunnskapsdepartementet, 2019). Den andre grunnen er at termen *aktivist* ofte forstås, i alle fall fra et lekmannsperspektiv, som en person som bedriver radikal politisk aktivitet – gjerne til venstre i norsk politikk. Rollens som helse- og sosialpolitisk aktør pålegger ikke vernepleieren et bestemt politisk syn – selve plikten er partipolitisk- og organisasjonsmessig nøytral. For å understreke at denne artikkelen ikke forfekter et bestemt politisk standpunkt, men snarere beskriver en mer grunnleggende rolle ilagt vernepleieren knyttet til fagpolitikk, benyttes termen *aktør* i denne artikkelen (for mer om politisk aktivitet knyttet til vernepleierprofesjonen anbefales Horndalen, 2001; Messel, 2013).

Helse- og sosialpolitisk aktør?

Med helse- og sosialpolitikk menes hvilke tiltak samfunnet må iverksette for å skape trygghet når folks velferd trues. Eksempler på situasjoner som kan true folks velferd er arbeidsledighet, uførhet, sykdom, rusmiddelmisbruk, fysiske og psykiske funksjonsnedsettelse, alderdom, mv. I et demokrati er helse- og sosialpolitiske prosesser åpne og tilgjengelige for politiske partier, interesseorganisasjoner, fag- og profesjonsforbund og enkeltpersoner (Halvorsen, Stjernø, & Øverbye, 2013). Disse politiske partiene, interesseorganisasjonene, fag- og profesjonsforbundene og enkeltpersonene er aktører i de politiske beslutningsprosessene. En aktør er en organisasjon eller en person som aktivt medvirker («Store norske leksikon,» 2019). Dermed kan en helse- og sosialpolitisk aktør forstås som en organisasjon eller en person som aktivt deltar i helse- og sosialpolitiske beslutningsprosesser med det mål å sikre folks velferd.

Grunnlaget for rollen som helse- og sosialpolitisk aktør

Rollen som helse- og sosialpolitisk aktør baserer seg på grunnleggende elementer i vernepleieprofesjonen. Disse elementene, som har sitt utspring i vernepleieprofesjonens samfunnsoppdrag, er vernepleieprofesjonens kunnskapsgrunnlag inkludert yrkesetikken.

«Selve vernepleieprofesjonen består av hver enkelt som innfrir kravene for å kunne kalle seg vernepleier. Derfor er det er ingen som møter vernepleieprofesjonen – det er den enkelte vernepleier folk møter.»

Profesjon og samfunnsoppdrag

Profesjoner er uløselig knyttet til et samfunnsoppdrag (Molander & Terum, 2008). Uten et gitt samfunnsoppdrag vil heller ikke profesjonen eksistere (Grimen, 2005). Så hva er en profesjon? Det finnes en del teori om hva en profesjon er, men det er ikke hensikten med denne artikkelen å redegjøre for profesjonsteori i detalj. Her vil de mest sentrale trekkene ved en profesjon beskrives. For den som er interessert i å sette seg nærmere inn i hva som karakteriserer en profesjon, anbefales Molander og Terum (2008) og Bayles (2003).

Profesjoner, som vernepleieprofesjonen, er en organisert sammenslutning (Grimen, 2005) som består av hver og en som imøtekommer de formelle kravene til å kunne kalle seg, i dette tilfellet, vernepleier. For å kunne kalle seg vernepleier stilles det to krav, som begge må innfris. Disse to kravene er (i) at personen har fullført og bestått en vernepleierutdanning, eller tilsvarende utenlandsk utdanning, og (ii) innehar norsk autorisasjon som vernepleier (Helsepersonelloven, 1999). Dette betyr at personer som har fullført en vernepleierutdanning, men som av ulike årsaker ikke innehar norsk autorisasjon, heller ikke kan kalle seg vernepleier. I fjerde kvartal 2018 var det totale antallet vernepleiere i den norske arbeidsstyrken 17 357 (SSB, 2019).

Profesjoners eksistens baserer seg som sagt på et samfunnsoppdrag. Vernepleieprofesjonens samfunnsoppdrag har sine røtter i de inhumane forholdene for utviklingshemmede i Norge etter 2. verdenskrig – forhold som av vernepleierutdanningens grunnlegger, Ole B. Munch, ble beskrevet som «... redselsfulle, mye likt en konsentrasjonsleir» (Horndalen, 2001, s. 36). Vernepleieprofesjonens samfunnsoppdrag var i begynnelsen knyttet til å forbedre forholdene som utviklingshemmede levde under. Selv om utviklingshemmede i dag er en sentral målgruppe for vernepleiere, er vernepleieprofesjonens samfunnsoppdrag ikke lenger knyttet til ivaretagelse av bestemte målgrupper. I dag er vernepleieres samfunnsoppdrag mer knyttet til arena – arenaer hvor det ytes helse-, omsorgs- og velferdstjenester til personer med «tilstandene» funksjonsnedsettelse og som opplever samfunnsmessige forhold som skaper funksjonshemming (Kunnskapsdepartementet, 2019). Enhver borger kan oppleve funksjonsnedsettelse i løpet av livet – som følge av

sykdom, skade, alderdom eller liknede og der igjen oppleve funksjonshemming. Derfor kan i prinsippet enhver borger oppleve å bli en del av vernepleieprofesjonens samfunnsoppdrag.

Det er viktig å understreke at vernepleieprofesjonen, og alle andre profesjoner, ikke eksisterer som en egen fysisk størrelse. Selve vernepleieprofesjonen består av hver enkelt som innfrir kravene for å kunne kalle seg vernepleier. Derfor er det ingen som møter *vernepleieprofesjonen* – det er den *enkelte* vernepleier folk møter. Dette medfører at den enkelte vernepleier har et stort ansvar, ikke bare overfor seg selv og de han eller hun møter i sin praksis, men også for hele vernepleieprofesjonen. Den enkelte vernepleiers jobb, eller rolle, er knyttet til å løse vernepleieprofesjonens samfunnsoppdrag. Sentrale premisser i det å løse dette samfunnsoppdraget er vernepleierprofesjonens kunnskapsgrunnlag – det vil si at måten samfunnsoppdraget løses på skal være innen rammen av kunnskapsgrunnlaget, inkludert yrkesetikken.

Vernepleieprofesjonens kunnskapsgrunnlag

De fem kompetanseområdene, som er beskrevet innledningsvis i denne artikkelen, er vernepleierprofesjonens formelle kunnskapsgrunnlag (Kunnskapsdepartementet, 2019). All vernepleierfaglig praksis, inkludert vernepleieren i dennes rolle som helse- og sosialpolitisk aktør, baserer seg på dette kunnskapsgrunnlaget.

Profesjonsforskeren og filosofen Harald Grimen beskrev profesjoners kunnskapsgrunnlag som en praktisk syntese (Grimen, 2008). Med dette mente Grimen at profesjoners kunnskapsgrunnlag er sammensatt, altså en syntese, av kunnskaper og ferdigheter som er nødvendig for at profesjonen skal kunne løse sitt samfunnsoppdrag på en faglig forsvarlig måte. Litt på siden av denne artikkelens tema, men allikevel viktig, er at dersom vernepleieren i sin kliniske praksis går ut over sitt kunnskapsgrunnlag, både det formelle og det reelle, kan dette innebære et brudd med kravet om faglig forsvarlighet, jf. § 4 i Helsepersonelloven (1999).

Dette formelle kunnskapsgrunnlaget er det bare vernepleieren som har. Dermed har vernepleieren et *perspektiv* (på forhold som er relevante for helse- og sosialpolitikken) som ingen andre helse- og sosialfaglige profesjoner har, gitt kunnskapsgrunnlaget. Dette betyr ikke at vernepleieren er mer unik enn andre profesjoner. Andre profesjoner har et annet kunnskapsgrunnlag, noe som medfører andre og (ofte) komplementære, eller utfyllende, perspektiver på forhold som er viktige i helse- og sosialpolitikken. Uansett, vernepleieren som helse- og sosialpolitiske aktør har vernepleieprofesjonens kunnskapsgrunnlag som et viktig utgangspunkt. Igjen litt på siden av denne artikkelens tema, men dog viktig, er at de problemstillingene vernepleiere møter i sitt virke, alltid er individuelle problemstillinger og de er svært ofte komplekse, det vil si at de ikke kan løses med noen standardiserte «quick-fix»-tiltak. Derfor inngår tverrprofesjonell jobbing, som arbeid med individuell plan, som en sentral del av faglig forsvarlig praksis, jf. § 4 i Helsepersonelloven (1999).

Yrkesetikken

Som tidligere nevnt inngår yrkesetikken som en del av vernepleieprofesjonens kunnskapsgrunnlag. Yrkesetikken har en sentral rolle knyttet til det samfunnsoppdraget vernepleieprofesjonen er satt til å løse (Grimen, 2005) og består av et sett av normer som er gitt profesjonen av profesjonen selv. Yrkesetikken funksjon er å sikre at den enkelte profesjonsutøver, i dette tilfellet vernepleieren, utfører sine profesjonelle handlinger i tråd med det oppdraget samfunnet har gitt profesjonen å løse.

Sagt på en annen måte; yrkesetikken formål er å sikre at vernepleieprofesjonen «holder orden i eget hus» (Grimen, 2005, s. 2) slik at den enkelte vernepleier gjør den han eller hun skal for å løse oppdraget på vegne av profesjonen. For samfunnet generelt fungerer yrkesetikken som en garanti for at vernepleieren gjør det vernepleieprofesjonen er satt til å gjøre på en tillitsfull måte (Grimen). Derfor må man se på yrkesetikken som et moralsk imperativ – en plikt den enkelte vernepleier til enhver tid er bundet av.

Litt løst kan man trekke en parallell mellom begrepene miljøregler og yrkesetikken. Mens miljøregler er handlingsregler den enkelte vernepleier må følge i møte med den enkelte tjenestemottaker, er yrkesetikken handlingsregler profesjonen pålegger vernepleieren å følge i møte med samfunnets borgere, inkludert tjenestemottakerne.

Man kan også se på yrkesetikken som samfunnets forventninger til noen grunnleggende moralske egenskaper hos den enkelte vernepleier (Nortvedt, 2010). Disse forventningene, altså yrkesetikken, er ubetinget av vernepleierens kjønn, etnisitet, religion, sosiale status, politiske ståsted og organisasjonstilhørighet o.l. *Yrkesetikken er utelukkende betinget av at man er vernepleier.* Yrkesetikken er derfor ikke isolert til selve yrkesutøvelsen, men hvordan yrkesutøvelsen skjøttes inngår selvfølgelig som en del av yrkesetikken. Den gjelder til enhver tid, også på vernepleierens fritid. Sentralt er at moralske egenskaper er faktiske handlinger – ikke «skjulte» verdier. Det vil si at yrkesetikken kun er «verdifull» i lys av vernepleierens faktiske handlinger. Dette betyr ikke at yrkesetikken ikke kan omtales om som verdier, men verdier har ingen betydning dersom de ikke realiseres til faktiske handlinger.

Yrkesetikken knyttet til rollen som helse- og sosialpolitisk aktør

Både Fellesorganisasjonen og Vernepleierforbundet i Delta beskriver vernepleieren som en helse- og sosialpolitisk aktør. Vernepleieren har både et kunnskapsgrunnlag og erfaringer gjennom profesjonell praksis som gjør den i stand til å ha et annet blikk på velferdsstatens utfordringer, enn det «lekmannen» har. Dette er sentralt i rollen som helse- og sosialpolitisk aktør. Igjen understrekes det at begrepene *plikt* og *rolle* fungerer som moralske imperativer i denne artikkelen – dette gitt yrkesetikken.

I de yrkesetiske retningslinjene utarbeidet av Fellesorganisasjonen står det at «[vernepleieren] har et ansvar for at forhold som skaper sosiale problemer og bidrar til sosial utstøting eller uverdige livsvilkår, får samfunnsmessig oppmerksomhet [...]» og at «[vernepleieren] har plikt til å informere de politiske beslutningsorganene

ad tjenestevei» (Fellesorganisasjonen, p. 12).

I de yrkesetiske retningslinjene utarbeidet av Vernepleierforbundet i Delta (2016) står det at «[vernepleieren] deltar i den offentlige samfunnsdebatten og bidrar til at etiske normer legges til grunn for helse- og sosialpolitiske beslutninger. Vernepleieren arbeider for at samfunnets mest utsatte borgere får gode vilkår. Videre er vernepleieren bevisst mekanismer som hindrer sårbare grupper med spesielle behov, i å realisere sitt potensial som mennesker og som samfunnsborgere».

Ivaretagelse av grunnleggende menneskerettigheter er også en sentral yrkesetisk plikt for vernepleieren (Fellesorganisasjonen, 2015). FNs konvensjon om rettighetene til mennesker med nedsatt funksjonsevne (CRPD, 2007) er sentral i utøvelsen av vernepleiefaglig praksis. CRPD beskriver blant annet retten mennesker med nedsatt funksjonsevne har til å delta i det politiske liv og i den offentlige debatten.

Eksempler på vernepleieren som helse- og sosialpolitisk aktør

Vernepleieren som helse- og sosialpolitisk aktør har et uegennyttig fokus – er altruistisk i sine handlinger og prioriteringer. Fokuset er usatte gruppers behov, ikke den enkelte vernepleiers personlige behov. Vernepleieren som en helse- og sosialpolitisk aktør spiller en viktig rolle i arbeidet med å løse vernepleieprofesjonens samfunnsoppdrag, og som følge av dette bidrar positivt til å bygge nødvendig tillit til profesjonen.

Det er viktig å understreke at taushetsplikten er et sentralt premis for vernepleieren som helse- og sosialpolitisk aktør (Helsepersonelloven, 1999). Det er vernepleierens plikt å ivareta taushetsplikten på en forsvarlig måte. Taushetsplikten går ut på at vernepleieren, og alt annet helsepersonell, «[hindrer] at andre får adgang eller kjennskap til opplysninger om folks legems- eller sykdomsforhold eller andre personlige forhold som de får vite om i egenskap av å være helsepersonell» (jf. § 21 i Helsepersonelloven, 1999). Brudd med taushetsplikten er et alvorlig tillitsbrudd og vil medføre administrative reaksjoner og straff (se kapittel 11 i Helsepersonelloven). Taushetsplikten er også sentral i de yrkesetiske retningslinjene for vernepleiere (Fellesorganisasjonen, 2015).

Rollen som en helse- og sosialpolitisk aktør er, som tidligere nevnt, utelukkende betinget av det å være vernepleier. Derfor har denne plikten ingen åpenbare grenser (utover taushetsplikten), men den iligger ikke vernepleieren plikt til bestemte aktiviteter. Men igjen, denne og de andre yrkesetiske pliktene har ingen verdi dersom de ikke realiseres til faktiske handlinger fra den enkelte vernepleier.

Vernepleiere har forskjellig forutsetninger og muligheter for å ivareta denne aktørrollen. Noe av det mest grunnleggende i denne aktørrollen er å avgi stemme ved politiske valg, som ved kommune- og fylkestingsvalg og ved stortingsvalg. Kommunestyret, Fylkestinget og Stortinget er viktige arenaer for helse- og sosialpolitikk og således et viktig mål for vernepleieren som helse- og sosialpolitisk aktør. Vernepleieren bør vurdere hvilket politisk parti som har den beste politikken knyttet til ivaretagelse av folks velferd, når vernepleieren skal avgi sin stemme ved politiske valg. Videre er familie, venner og bekjente viktige målpersoner for vernepleieren i sin rolle

som helse- og sosialpolitisk aktør (Fellesorganisasjonen, 2017). Vernepleieren kan fortelle disse om de velferdsmessige utfordringene vernepleieren jevnlig opplever i forbindelse med utøvelsen av sitt yrke, og på den måten påvirke disse i deres rolle som politiske aktører.

I helt spesielle omstendigheter kan ivaretagelse av denne plikten også innebære at vernepleieren ikke avgir sin stemme ved et politisk valg. Dette kan være tilfellet dersom norsk politikk utvikler seg i en mer autoritær og inhuman retning, noe som i skrivende stund faktisk skjer i en rekke land, inkludert flere europeiske land. Dersom en stemme ved et politisk valg bidrar til å legitimere en helse- og sosialpolitikk som er kontra vernepleieprofesjonens yrkesetikk, kan det å la være å avgi sin stemme være en aktiv politisk handling.

De ulike fag- og profesjonsforbundene, som Fagforbundet, Fellesorganisasjonen og Vernepleierforbundet i Delta, er fagpolitiske organisasjoner som er aktive i helse- og sosialpolitikken. Således er disse organisasjonene helse- og sosialpolitiske aktører. Vernepleierens medlemskap i en av disse organisasjonene, eller andre fagforbund, innebærer å ta et tydelig standpunkt i helse- og sosialpolitikken (Berger, 2019). Det samme gjelder ulike interesseorganisasjoner som NFU, LUPE, Samordningsrådet og Autismeforeningen, for å nevne noen.

En litt mer krevende måte å være en helse- og sosialpolitisk aktør på er å skrive innlegg til ulike media som Fontene, vernepleier.no eller til dagspressen. Dette er en effektiv måte for å nå ut til mange, inkludert beslutningstakere.

En annen viktig måte å ivareta rollen som helse- og sosialpolitisk aktør på er å tilrettelegge for at de som mottar tjenester fra vernepleieren (tjenestemottakere), også kan delta som aktører i det politiske livet. Deltakelse i det politiske liv er, som nevnt tidligere i denne artikkelen, en menneskerett nedfelt i FNs konvensjon om mennesker med nedsatt funksjonsevne, artikkel 29 (CRPD, 2007). Sentralt i yrkesetikken er at vernepleierfaglig praksis skal være i tråd med menneskerettighetene (Fellesorganisasjonen, 2015). Således er det å tilrettelegge for at tjenestemottakere kan være aktører i det politiske liv, en yrkesetisk plikt for vernepleiere. Relevant her er at forskning har vist at utviklingshemmede er interessert i politikk, men at de stemmer langt sjeldnere i politiske valg enn det den øvrige befolkningen gjør (Glørstad, 2019). I følge Kittelsaa (2009) ligger utviklingshemmedes valgdeltakelse på om lag 20 prosent, mot 60 prosent i den øvrige befolkningen. For den som er interessert i hvordan vernepleieren kan tilrettelegge for at utviklingshemmede kan delta i politikken og i politiske valg, anbefales et intervju av Jens Petter Gitlesen i Norsk Forbund for Utviklingshemmede (NFU) publisert på vernepleier.no (Owren, 2015).

Avsluttende kommentarer

Ettersom samfunnets forventninger til vernepleierprofesjonen ikke bare er knyttet til det vernepleieren gjør på jobb, men er knyttet til å være vernepleier, noe man, som nettopp beskrevet, også er på fritiden (Fellesorganisasjonen, 2015; Helsepersonelloven, 1999), er begrepet *yrkesetikk* noe misvisende. Dette fordi begrepene *yrke* og *jobb* henger tett sammen. Begrepet *yrkesetikk* fanger derfor i liten grad opp forhold og profesjonsetiske problemstillinger – problemstillinger vernepleieren også møter

utenom jobbsammenheng. Derfor bør profesjonsforbundene Fellesorganisasjonen og Vernepleierforbundet i Delta, som begge benytter begrepet yrkesetikk, i stedet benytte begrepet *profesjonsetikk* i de ulike faglige sammenhengene. Dette for å tydeliggjøre at yrkesetikken (profesjonsetikken) er knyttet til det å være en profesjonsutøver, ikke utelukkende knyttet til utførelsen av oppgaver i jobbsammenheng. Det å være en profesjonsutøver, som vernepleier, eller lege, psykolog, politi eller sykepleier for den saks skyld, innebærer at samfunnet forventer bestemte moralske egenskaper hos profesjonsutøveren – ikke bare i utøvelsen av yrket, men mer generelt som person.

Det er flere problemstillinger som til en viss grad berører rollen vernepleieren har som helse- og sosialpolitisk aktør, men som ikke er tatt opp i denne artikkelen. En av disse problemstillingene er når en organisasjons interesse kommer i konflikt med yrkesetikken. I disse tilfellene er det krevende å stå opp mot organisasjonen for å være lojal mot vernepleierprofesjonen og tjenestemottakeren. Et eksempel på dette er dersom en privat tjenestetilbyder prioriterer egne økonomiske interesser fremfor å ivareta tjenestemottakers behov. Et annet eksempel er dersom en offentlig eid tjeneste ignorerer kompetansebehov i tjenesten. I disse tilfellene er yrkesetikken tydelig på at vernepleieren skal være lojal overfor profesjonen og tjenestemottakerne fremfor organisasjonen, også dersom vernepleieren er eier eller har et lederansvar. Dette kan være en svært (sosialt) utfordrende situasjon for vernepleieren å befinne seg i. Grunnen til at slike problemstillinger er holdt utenom denne artikkelen, er at slike situasjoner kan medføre at vernepleieren får et lovpålagt varslingsansvar (Helsepersonelloven, 1999). Det å være en helse- og sosialpolitisk aktør er utelukkende en yrkesetisk plikt (Fellesorganisasjonen, 2015; "Yrkesetiske retningslinjer for Vernepleierforbundet i Delta," 2016), ikke en lovpålagt forpliktelse.

I Norge utdannes det omlag 1000 vernepleiere årlig. Det vil si at det i år 2024 vil være omtrent like mange vernepleiere i arbeidsstyrken som det er tegn i denne artikkelen – cirka 22 000 vernepleiere (denne artikkelen består av 22 299 tegn – eksklusive referanselisten, for å være helt nøyaktig). I norsk målestokk utgjør 22 000 organiserte personer (som en profesjon) en betydelig maktfaktor – noe seriøse politikere vil lytte til. Dermed kan vernepleierprofesjonen bli riktig så slagkraftig i prosessen med å få til de gode helse- og sosialpolitiske beslutningene.

REFERANSER

Berger, M. (2019). Du er mer politisk enn du tror. *Fontene*(02), 2.

CRPD. (2007). Convention on the Rights of Persons with Disabilities, UN Doc. A/RES/61/106, 2007., hentet fra <http://www.ohchr.org/EN/HRBodies/CRPD/Pages/ConventionRightsPersonsWithDisabilities.aspx>

Fellesorganisasjonen. (2015). Yrkesetisk grunnlagsdokument for barnevernspedagoger, sosionomer, vernepleiere og velferdsvitere.

Fellesorganisasjonen. (2017). Om vernepleieryrket. In Fellesorganisasjonen (Ed.).

Glørstad, V. (2019). "Min stemme teller også!". Personer med utviklingshemming - praktisering av politisk medborgerskap. In U. S. Goth (Red.), *Verdier og visjoner. Profesjonslivet i endring* (ss. 39-62). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.

- Grimen, H. (2005). *Profesjonsetikken sitt grunnlag*. Hentet fra Høgskolen i Oslo og Akershus:
- Grimen, H. (2008). Profesjon og kunnskap. I A. Molander & L. I. Terum (Red.), *Profesjonsstudier* (ss. 71-86). Oslo: Universitetsforlaget.
- Halvorsen, K., Stjernø, S., & Øverbye, E. (2013). *Innføring i helse- og sosialpolitikk*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven), (1999).
- Horndalen, B. (2001). *Ideologi, fag og virkelighet. Vernepleierutdanningen gjennom 50 år*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Kittelsaa, A. (2009, 10.09.2009). Utviklingshemning og valgdeltakelse. *Adresseavisen*. Hentet fra <https://www.adressa.no/meninger/article1381137.ece>
- Kunnskapsdepartementet. (2019). *Forskrift om nasjonal retningslinje for vernepleierutdanning*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/5af90a9044c74d568d7de5c1d7f554eb/forskrift-om-nasjonal-retningslinje-for-vernepleierutdanning.pdf>
- Messel, J. (2013). *I velfredsstatens frontlinje. Barnevernspedagogers, sosionomers og vernepleieres historie*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Molander, A., & Terum, L. I. (2008). Profesjonsstudier - en introduksjon. I A. Molander & L. I. Terum (Red.), *Profesjonsstudier*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Nasjonalt kvalifikasjonsrammeverk for livslang læring (NKR)*. (2011). Hentet fra https://www.nokut.no/siteassets/nkr/nasjonalt_kvalifikasjonsrammeverk_for_livslang_laring_nkr_nn.pdf
- Nortvedt, P. (2010). Profesjon, etikk og politikk. In T. Fjeldstad (Ed.), *Reseptarene – en ressurs i 50 år. Om utdanning, yrkesrolle og profesjon* (pp. 7-17). Oslo: Cygnus.
- Owren, T. (2015, 08.09.2015). Et intervju med leder for Norsk Forbund for Utviklingshemmede (NFU) – om utviklingshemmedes valgdeltakelse og forventninger til vernepleiere. Hentet fra <https://vernepleier.no/2015/09/intervju-leder-norsk-forbund-utviklingshemmede-nfu-utviklingshemmedes-valgdeltakelse-forventninger-vernepleiere/>
- SSB. (2019). Helse- og sosialpersonell. Hentet fra <https://www.ssb.no/arbeid-og-lonn/statistikker/hesopers/aar>
- Store norske leksikon. (2019). *Aktør*. Hentet fra <https://snl.no/aktør>
- Yrkesetiske retningslinjer for Vernepleierforbundet i Delta. (2016). Hentet fra <https://delta.no/yrke/vernepleierforbundet/yrkesetiske-retningslinjer-for-vernepleierforbundet-i-delta>





Miljøterapeutisk arbeid, habilitering og rehabilitering



- | | |
|---------|---|
| Side 46 | En hyllest til vernepleiernes kompetanse i skolen |
| Side 48 | Vernepleiaren si rolle for å byggje det gode laget rundt eleven |
| Side 63 | Traumebevisst forståelse i arbeidet med utfordrende atferd |

Av Anne Finborud
Leder i Skolenes
landsforbund



En hyllest til vernepleiernes kompetanse i skolen

Landsstyret i Skolenes landsforbund (SL) ønsker dere i FO lykke til med kongressforhandlingene. Dere er en organisasjon med engasjerte og dyktige fagfolk som gjør et grunnleggende viktig arbeid i velferdsstaten. Vi er stolte av det arbeidet dere gjør. Takk!

I LO kjemper FO og SL sammen – med tydelig røst – mot privatisering av tjenestene og tviholder på at tariffavtalene må være sentrale og kollektive for å motvirke urettmessige lønnsforskjeller. Vi sliter også sammen mot styringsformer som stjeler tid fra kjerneoppgavene i arbeidet vårt. Det er vi som ansatte som best vet hvor skoen trykker. Velferdsstaten er best tjent med at et godt fungerende arbeidsplassdemokrati får være drivkraft i utviklinga.

På en forbilledlig måte har dere i FO klart å bygge en organisasjon som tar vare på de ulike profesjonene, samtidig som dere viser at profesjonsstolthet gir det beste grunnlaget for reelt samarbeid i virksomhetene. Det er av uvurderlig betydning å være rollebevisst og ta ansvar i arbeidet og samtidig vise glede på vegne av kollegers suksess, uansett profesjon. Det utgjør selve kjernen i godt samarbeid på arbeidsplassen.

Med denne lille moraliseringen takker jeg for oppdraget om å skrive en «hyllest» til vernepleierprofesjonen. Og la meg si det først som sist: **Dere**

vernepleiere har en kompetanse som det er et hylende behov for i skolen. Ikke for å undervise i skolefagene. Det er lærernes rolle. Og det vet jeg at dere er dere bevisst. Lærernes arbeidsområder har et godt vern i opplæringsloven. Men oppgavene til andre yrkesgrupper i skolen har ikke et like klart vern. Denne «ubalansen» kan være utfordrende og krever at vi gir tillit til hverandre i samarbeidet. Jeg kalte det å vise glede på vegne av kollegers suksess i arbeidet. Det er ingen tvil om at vernepleiere gjennom sin utdanning og erfaring vil bidra med profesjonell mangfoldighet, i møte med mangfoldige utfordringer. Dere er utdanna til å se hele mennesket.

Medlemmer i Skolenes landsforbund viser til at samfunnet ikke kan forvente at lærere og skoleledere skal kunne løse alle utfordringene vi møter i skolen alene. Det er en trist øking i antall elever med ulike psykiske lidelser og sosiale barrierer, og statistikken viser at skolen ikke får ned antallet elever som opplever å bli mobbet. I tillegg har politikerne styrt skolen inn i et rettighetsvern for enkelteleven som er ganske utfordrende å håndtere.

Mange elever finner seg ikke til rette, og skolen klarer ikke å «fange dem». Det haster med å få flere yrkesgrupper inn i kollegiet på alle skoler. Mange skoler viser oss gode erfaringer. Det er fristende å vise til en av dem, Gjesdal ungdomsskole i Rogaland, som helt bevisst har ansatt 14 miljøterapeuter med treårig høgskoleutdanning. Skolen har 400 elever. Og det er mitt siste poeng. Det er utfordrende å være ansatt som eneste vernepleier i et lærerkollegium. Men 14 er imponerende. Da blir det vei i vellinga i arbeidsfellesskapet. Flere stabile og trygge voksne med ulik kompetanse er sentralt for arbeidet med å bedre det psykososiale miljøet ved skolene.

Som vernepleiere besitter dere en kompetanse som vil styrke læringssituasjonen for elevene og som vil styrke fellesskolen. Den slår i dag sprekker. Derfor skal vernepleiere og lærere jobbe sammen i skolen for å sikre best mulig læring for alle elever og med det styrke framtidens fellesskole. Hver elev må sees og verdsettes, og det må de ulike profesjonene også. La oss være gode rollemodeller.

Vi ser fram til et godt samarbeid for å styrke laget rundt eleven!

Hilde Nina B. Osen,
Vernepleiar,
Trudvang skule



Vernepleiaren si rolle for å byggja det gode laget rundt eleven



Samandrag

Skulen er i endring. Både ekspertar og politikarar har i dei seinare åra etterspurt andre yrkesgrupper inn i skulen. Dei ynskjer å byggja eit breitt lag rundt eleven som har samansette utfordringar. I dette breie laget må ein ha ulik kompetanse, også med psykososialt fokus. Her er det viktig å dra inn den unike kompetansen til vernepleiaren. Det vert sentralt å sjå på kva ulike måtar vernepleiaren kan bidra på inn mot dei elevane som strevar, og som har ulike behov i skule- og SFO-tid. For å sjå heile eleven er avgjerande. Det at vernepleiaren er samansett av både helsefagleg og sosialfagleg kompetanse er verdifullt i den jobben ein som vernepleiar utfører på skulen. Ut frå dette kan ein betre sikra seg at alle behova til eleven vert ivaretekne. Dette gjeld behov som eksempelvis rommar helse og psykososiale behov. For å lukkast med det nye fokuset i skulen og samstundes oppnå eit godt tverrfagleg samarbeid, er det behov for ei leiing på skulen som har eit tydeleg fokus og ynskje om å få dette til. Samstundes som det krev kommunepolitikarar som er villige til å bruka lønsbudsjettet på andre profesjonar enn dei som tradisjonelt sett er anerkjende i skulen. Som vernepleiar i skulen vert ein òg ei av dei nyare yrkesgruppene. Tråkkar ein inn på læraren sitt terri-

torium, eller klarar ein å tenkja at ein kan læra av kvarandre gjennom ulikskapane i utdanningane? Eit anna viktig fokus vert òg å få eleven sjølv med på laget. Som vernepleiar er ein oppteken av brukarmedverknad, og det er allment akseptert at ein oppnår lettare vekst når eleven ser på seg sjølv som ein samarbeidspartnar. For sosial læring kan ikkje isolerast frå fagleg læring. Difor ser ein behov for vernepleiar-kompetansen i skulen, i samarbeid med læraren, andre sosialfaglege utdanningar og skulehelsetenesta.

Nøkkelord: Brukarmedverknad, tverrfaglegheit, skule i endring, sosial meistring

Vernepleiaren si rolle for å byggja det gode laget rundt eleven

I ei tid der det er eit endra fokus kring kva behov eleven har på skulen, er det debatt om kva yrkesgrupper som bør inn i skulen. Læringa er i fokus, men kva med dei elevane som har samansette utfordringar? For å byggja det gode laget rundt eleven krevst det ein brei fagkompetanse. Det krev òg eit meir samansett lag med ulike faglege perspektiv for å løysa ulike sosiale utfordringar, og for å leggja til rette kvardagen på skulen og SFO. Det vert då viktig at vernepleiarkompetansen er representert som ein del av dette laget. Den unike kompetansen vernepleiaren sit med har stort fokus på brukarmedverknad, og er ein syntese av det helsefaglege og sosialfaglege. Dette er ein kompetanse som er nyttig i eit lag rundt eleven, saman med læraren, skulehelsetenesta og andre sosialfaglege yrkesgrupper. Som vernepleiar i skulen vert ein også ei av dei «nye» yrkesgruppene som vert satsa på opp mot elevar som treng tilrettelegging i sin kvardag. Korleis nyttar ein vernepleiar sin kompetanse på skulen best mogleg? Endring i fokuset kan også laga konflikhtar internt på ein arbeidsplass, då ulike yrkesgrupper kan føla at den eine går på kostnad av den andre. Kan ein ha ei oppskrift på korleis ein kan unngå desse fellene og samstundes ha eleven sitt beste i fokus? Og korleis leggja til rette for å få brukarmedverknad hjå den enkelte elev? Dette er nokre av dei temaa ein skal retta søkjelyset på i denne artikkelen. Er dette noko ein har forbigåande fokus på, eller er dette noko å satsa på for framtida?

Kven klarar å læra når det er kaos innvendig?

«Simon» går i 2. klasse. «Simon» strevar med å konsentrera seg i timane, og i friminutta kjem han stadig i konflikhtar med dei andre elevane. Den siste tida er det ikkje så mange av klassekameratane som vil vera saman med han, dei seier han er slem og går bort frå han. Inne i klasserommet er det ingen som tek kontakt for å spørja om han vil jobba saman med dei. Dei andre elevane tek raskt kontakt med andre for å sikra seg nokon dei er trygge på. «Simon» opplever mange nederlag i løpet av ein dag på skulen. Dette gjer at det er følelsane av sinne og frustrasjon som tek overhand. «Simon» både seier og gjer ting som han veit ikkje er gode val, men han klarar ikkje å regulera følelsane sine sjølv. Dette skjer på fritida også. Han kjenner

på at venene flyktar frå han. Livet kjennest urettferdig, men det tyngste av alt er følelsen av å ikkje verta forstått. «Simon» er eigentleg ein gut som lærer fort, men det er ikkje lett når alt er kaos både inni og utanfor kroppen. I ein travel kvardag på skulen er det lett for at elevar som «Simon» og elevar med andre utfordringar dett utanfor, men kven kan hjelpa «Simon» til å meistra kvardagen på skulen og dei krava som vert stilt, både dei faglege og sosiale?

Ein skule i endring

Slik ein primært kjenner skulen har den tidlegare vore ein arena for læraren. I dei seinare åra kan ein sjå endring i fokus kring yrkesgrupper i skulen. Ekspertar og politikarar har i mange år etterspurt andre yrkesgrupper inn i skulen primært for å avlasta læraren, men fokuset må også vera til eleven sitt beste.

I eit system som er godt innarbeida krevst det både tid og nytenking for å skapa endring, men ein kan no sjå at fokuset endrar seg. Fleire og fleire skular har fatta interesse for bruk av vernepleiaren og andre sosialfaglege utdanningar som ein ressurs. Kunnskapsminister Jan Tore Sanner frå Høgre peiker også på viktigheita av å byggja eit godt lag rundt elevane, som består av læraren og andre yrkesgrupper (Vedvik & Jelstad, 2019). Med eleven i fokus vert det enormt viktig å byggja eit tverrfagleg lag med fagleg tyngde rundt eleven, og det er nettopp her vernepleiaren bør inn.

Endringa ein ser i skulen vil komma elevar som «Simon» til gode – blant anna ved at læraren kan konsentrera seg meir om læringa, og ha kompetente personar som kan hjelpa til med å handtera dei sosiale utfordringane. Å ha ein vernepleiar å støtta seg til i desse utfordringane er viktig, sidan vernepleiaren har brei fagleg tyngde. På denne måten kan ein både hjelpa og forstå «Simon» på ein annan måte no enn før, dette på grunnlag av det nye fokuset i skulen.

I «Overordna del – verdiar og prinsipp for grunnskuleopplæringa» står det følgjande i pkt. 2.1 om sosial læring og utvikling: «Skolen skal støtte og bidra til elevanes sosiale læring og utvikling gjennom arbeid med fagene og i skolehverdagen for øvrig» (Regjeringen, 2017, s. 10). I dette ligg ein tanke om at skulen skal ha fokus på at identiteten, sjølvbiletet, meiningane og haldningane til eleven vert danna i samspel med andre, og skulen som arena må leggja til rette for dette.

Fagleg- og sosial læring går hand i hand

Fagleg læring kan ikkje isolerast frå sosial læring, då dette går hand i hand. Har ein tryggleik, tilhøyrse og følelse av meistring som grunnmur, oppnår ein òg lettare fagleg vekst. Ein er òg avhengig av at den vaksne har kapasitet til å «sjå» alle elevane i klassen kvar dag, men dette kan vera vanskeleg å gjennomføra for ein lærar i større klassar der elevane har ulike utfordringar. Skulen er ein arena for læring – både fagleg- og sosial læring. Det ligg mykje kunnskap i å kunna setta seg inn i kva andre tenkjer og føler, å utvikla gode samarbeidsevner og venskap. I den sosiale læringa er kommunikasjon ein viktig faktor. Elevane skal læra å uttrykkje seg og seie ifrå på

eigne og andre sine vegner. For å ha fagleg og sosial læring er det viktig med dyktige lærarar, men dei skal òg ha tid til å vera lærar. For barn som «Simon» og andre elevar med ulike behov, vert det viktig å ha tilsette som har tid og kompetanse til å hjelpa og forstå desse barna. At «Simon» har nokon som ser når han står i utfordrande situasjonar, som er der for å støtta og hjelpa, er avgjerande for korleis han taklar og opplever dagane på skulen. Ved at «Simon» meistrar det sosiale samspelet vil han også kjenne på ein betre meistringsfølelse i klasserommet.

Tidlegare har det vore vanleg å nytta assistentar som anna yrkesgruppe i skulen. Det finst mange dyktige assistentar som har gjort og framleis gjer ein god jobb, men ein ser no eit anna fokus. Ein tenkjer kompetanse og ynskjer å integrera vernepleiaren i skulen. Dette har vore ein lang veg å gå, men ved mange skular er det no stor satsing på bruk av miljøterapeutar, og her er vernepleiaren høgst aktuell som yrkesgruppe.

Trudvang skule som pioner

I Fontene, fagbladet til FO, og Utdanningsnytt har det vore to artiklar på kort tid som har hatt ulike yrkesgrupper i skulen på dagsordenen. Desse fagblada har vore på besøk ved Trudvang skule i Sogndal kommune, som er ein barneskule med 325 elevar, 32 lærarar og heile 14 miljøterapeutar. Av desse er det i dag tilsett tre vernepleiarar. Trudvang skule har vore ein føregangsskule på fleire måtar, men spesielt med tanke på skulen si satsing på miljøterapeutar. Dette arbeidet såg så smått dagens lys for om lag ti år sidan.

Då rektoren begynte å tilsetta miljøterapeutar, slo han saman assistentstillingar i skulen og SFO. Stillingane skulle vera på minimum 80 prosent. Dersom ein assistent slutta, søkte han etter folk med treårig høgskuleutdanning. Det viste seg at for 20 timar med assistent kunne han få 18 timar med miljøterapeut (Vedvik & Jelstad, 2019).

Tydeleg fokus

Rektor Bjarte Ramstad seier han har hatt handlingsrom for å få dette til, sidan Trudvang er ein relativt stor skule. Han seier også at dette har vore ei bevisst satsing frå hans side. Det er viktig for han med tverrfagleg kompetanse opp mot elevane og klassemiljøa, samstundes som det er særskild viktig opp mot enkeltelevar som har ulike utfordringar på skulen (Vedvik & Jelstad, 2019). Ramstad peikar på at skulen alltid eig dei utfordringane eleven strir med, og spesifiserer at skulen må ha kompetanse på dei utfordringane barna har. Han seier òg at det er krevjande å ta sosialfagleg ansvar, men at det er nødvendig (Odlang, 2018). Vidare seier Ramstad at han ser på skulen som noko meir omfattande enn det som ligg i lovverket, og han ser verdien av å ta eit større ansvar (Odlang, 2018).

I utgangspunktet tenkte ein at ved å satsa på vernepleiarar og andre miljøterapeutar i skulen ville talet på barn med ulike sosiale utfordringar gå ned, men ein ser no at det er fleire barn som vert fanga opp. Dette trur Ramstad heng saman med

at ein oppdagar og får hjelpt desse elevane tidlegare no enn før, ved tidleg innsats. Dette gjeld blant anna dei barna som, av ulike grunnar, fort kan gå under radaren i ein hektisk skulekvardag. Ramstad seier òg noko om at dette er ein langtidsinvestering, og ein vil sjå resultat på sikt ved å setja inn tiltak tidleg. Ein skal ikkje ha fokus på berre å driva «brannsløkking» eller å handtera situasjonen. Me skal ha som mål å hjelpa barna der dei er no, og i framtida ved å gje dei gode reiskap for å handtera vanskelege situasjonar som også kjem seinare i livet (Ramstad, 2019).

Meistring og tryggleik

Det er allment akseptert at når elevane opplever meistring og tryggleik kjem læringa lettare. Ingen barn er like og då er spesielt den sårbare gruppa barn utsett. Dei usynlege og stille barna, dei barna som utfordrar oss, dei barna som har ein klump i magen fordi dei ber på ein vond hemmelegheit, dei barna som ikkje ynskjer å gå på skulen fordi dei vert mobba, barn som har eit handikap eller ein utviklingshemming. Dette er berre nokre eksempel på barn som treng ekstra støtte og hjelp. Spørsmålet jamfør dette er om lærarane både har kapasitet og kompetanse nok til å handtera dette samstundes som dei har ansvar for undervisninga. Har ein kapasitet til å hjelpa og ikkje minst forstå kvifor «Simon» tek så mange dårlege val i løpet av dagen? Som vernepleiar er ein oppteken av følelsen bak åtferda. Det er viktig å kunna stilla seg spørsmålet om kvifor «Simon» reagerer som han gjer i dei ulike settingane, og det å hugsa på at ein berre ser den synlege åtferda.

Vernepleiaren som ein del av det miljøterapeutiske laget ved skulen

Vernepleiaren er ei av dei sosialfaglege utdanningane som kjem inn under samlenemninga *miljøterapeut*. «Miljøterapeuter planlegger og tilrettelegger hverdagen for mennesker som har behov for behandling, oppfølging eller tilsyn. Miljøterapeuter jobber som oftest ved behandlings-, habiliterings- og rehabiliteringsinstitusjoner. Som miljøterapeut kan du også jobbe i ulike hjemmebaserte tjenester, frivillige organisasjoner, NAV eller ved skoler» (Utdanning, 2018, s.1).

Det er vanskeleg å finna ut nøyaktig kor mange vernepleiarar og andre miljøterapeutar som jobbar i skulesektoren i 2019. Dei fleste miljøterapeutane i skulen er vernepleiarar, sosionomar og barnevernspedagogar. Fagforeininga deira FO har ikkje noko oversikt anna enn på sine medlemmar, men dei antek at mange tilsette i skulen ikkje er organiserte og dermed ikkje kjem opp hjå FO. Tal frå 2018 viser at FO hadde rundt 800 medlemmar tilsett i grunnskulen, og 230 i vidaregåande skule. Dei fleste var barnevernspedagogar eller vernepleiarar. I følgje FO var talet på tilsette miljøterapeutar i skulen mykje lågare berre for nokre år sidan. I 2014 jobbar rundt 500 av medlemmane deira på skular. Dette vil seie ein auke på 50 prosent på fire år. Dersom dette stemmer, er det i snitt ein halv miljøterapeut ved kvar av landets om lag 3000 skular (Vedvik & Jelstad, 2018).

Ein må ha det bra for å læra

Ein veit at elevane må ha det bra for å læra. Dersom «Simon» har sparka ein annan elev ute i friminuttet, kan det vera fordi han eigentleg er redd for å verta avvist i leiken. Dette kan fort utvikla seg til at dei andre elevane ser på «Simon» som den slemme guten i klassen. Nokon vert til og med redde for han og får ein vond klump i magen når han er i nærleiken. No er det jo ikkje slik at «Simon» står opp om morgonen med den klare tanken om å vera slem mot andre medelevar på skulen. Desse handlingane skjer som eit produkt av noko anna. I denne situasjonen gjorde «Simon» det fordi han er van med at dei andre ikkje vil ha han med i leiken. Han er berre 7 år, men veit godt kva blikka og kroppsspråket til dei andre elevane betyr. Han vert sint når noko er urettferdig og dermed tek han eit dårleg val. Her treng han hjelp til å regulera følelsane sine. Det er òg i desse situasjonane det er viktig å få ordna opp i konfliktane før læringa kan starta, eller helst å vera i forkant av desse konfliktane. Ein veit at i dei situasjonane der vaksne ikkje har kapasitet til å løysa opp i konfliktane, er det mange elevar som ikkje har fokus til å ta imot læring inne i klasserommet. Fokuset og tankane til eleven handlar om det vanskelege som har skjedd. Som vernepleiar har ein kapasitet og kompetanse til å rettleia elevane til å løysa konfliktane på ein god måte. For at elevane skal klara denne konfliktløysinga treng dei nokre strategiar i bagasjen. Det er her ein som vernepleiar har kunnskap om å jobba systematisk med elevane både inne i klasserommet, ute i friminutta og på SFO. Ved å jobba på denne måten jobbar ein som vernepleiar førebyggjande ved å snakka om ulike meistringsmåtar, men også ved å rettleia når elevane sjølv står oppi ein vanskeleg situasjon – og ikkje minst ved å nytta kompetansen sin til observasjon for å forstå heile situasjonen og kompleksiteten.

§ 9 A-2. Retten til eit trygt og godt skulemiljø

Alle elevar har krav på eit godt psykososialt miljø på skulen. I opplæringslova står det svart på kvitt: «Alle elevar har rett til eit trygt og godt skulemiljø som fremjar helse, trivsel og læring» (Opplæringslova, 1998). Det er viktig å framheva at dette er ei subjektiv oppleving. Dersom «Simon» opplever at det er utrygt på skulen og at han etter kvart vegrar seg for å vera der, er dette den riktige opplevinga av situasjonen. Då er det skulen sitt ansvar å leggja til rette for endring. Som vernepleiar vert det då viktig å jobbe systematisk for å komma fram til gode løysingar for å hjelpe «Simon». Samstundes som ein må gå inn for å kartleggja omfang, årsak til opplevinga og komma fram til gode løysingar i samarbeid med «Simon» sjølv, kontaktlærar, heimen og leiinga på skulen.

Den gode samtalen

Andre viktige arbeidsoppgåver for vernepleiaren i skulen vert også dei gode samtalan med elevane. Samtalar med barn er avgjerande for å skapa gode relasjonar, men også for å avdekka moglege overgrep eller andre typar omsorgssvikter. Desse

samtalane kan ein ha åleine, eller det kan vera hensiktsmessig å ha dei i lag med kontaktlærar. Som vernepleiar jobbar ein òg med heile klassemiljøet for å skapa gode relasjonar mellom elevane, og å skapa samhald i klassen som heilskap eller hjå grupper av elevar. Det kan vera naudvendig med samtalar eller tiltak i ulike grupper eller saman med enkeltelev.

Som skule skal ein jobba som den førebyggjande instansen til barnevernet. Ein må tore å undra seg og ha eit tett samarbeid med det lokale barnevernet. Det er viktig å presisera at ein som vernepleiar ikkje driv detektivarbeid for å avdekka omsorgssvikt, men ein må gripa fatt i det elevane seier og følgja det opp. Vernepleieren tek òg del i ansvarsgruppemøter kring elevar og på den måten samarbeider tett med heimen og ulike andre offentlege instansar. Ved å delta aktivt i skulekvardagen og ta del i dei oppgåvene som tidlegare var læraren sitt domene, legg ein då til rette for ein profesjonskamp i skulen?

Inn på læraren sin arena

Ved å tilsetja vernepleiarar og andre sosialfaglege yrkesgrupper i skulen, lagar ein då ein profesjonskamp? Det at det kjem nye profesjonar inn i skulen kan lett skapa debatt. Det som er nytt og ukjent kan ofte oppfattast som noko usikkert. At lærarane og Utdanningsforbundet er oppteken av at lærarane må komme først er ein sjølvfølgje. Det vert fort ei oppfatning at dersom vernepleieren og andre miljøterapeutar går på kostnad av lærarkreftene, så vil det vera kampen om ressursane som vert i fokus. Leiar i Utdanningsforbundet Steffen Handal legg vekt på at læraren med sin pedagogiske kompetanse fortset å vera hovudansvarleg for læring, og at dei andre yrkesgruppene kjem i tillegg, ikkje som ein erstatning til læraren (Vedvik & Jelstad, 2019).

Viktige erfaringar

Gjennom mange år med erfaring med bruk av miljøterapeutar har Trudvang skule gjort seg opp mange viktige erfaringar om kva som fungerer og ikkje, når det gjeld integrering av miljøterapeutar i skulen. Ein av dei viktigaste faktorane ein ser er å dra dei nye yrkesgruppene inn i fellesskapet, så langt det praktisk let seg gjera, så dei blant anna skal føla seg inkluderte og verta tekne med på felles planleggingsdagar. Eit anna viktig moment er at det bør vera fleire enn éin miljøterapeut ved skulen, då har ein fleire å støtta seg til og ein kan ha eit fagleg forum. Trudvang ser også på det som eit absolutt pluss med ulike sosialfaglege utdanningar på laget, der vernepleiar-kompetansen er éin av dei.

Er lærarnorma eit hinder for vidare utvikling?

Ein annan debatt har vore kva innføring av den nye bemanningsnorma for lærarar i grunnskulen vil ha å seia for moglegheta for å nytta andre profesjonar inn i skulen.

Bemanningsnorma, som også vert kalla lærarnorma, tredde i kraft i 2018 og slår fast at det skal vera maks 15 elevar pr. lærar (Odling, 2018). Lærarnorma har som formål å sikra fleire lærarar i skulen for å sikra meir tid til kvar enkelt elev (Regjerin-gen, 2018). Vil kommunane slå seg til ro med at ein har oppfylt lærarnorma, eller vil ein framleis finna rom for å satsa på elevar med sosialfaglege utfordringar?

Tverrfaglegheit

Det vert viktig å presisera at ingen av yrkesgruppene kan gjera heile jobben åleine – ein må stå i det saman. I staden for å tenkja lærarnorm, burde ein kanskje heller tenkja vaksennorm i klasserommet? Ved samarbeid rundt eleven kjem ein lengst, og målet må alltid vera å utvikla eleven på det han strevar med. Lærarar som har erfaring frå samarbeid med vernepleiarar og andre miljøterapeutar, ser ein svært positiv verdi i dette tverrfaglege samarbeidet. Siri Flåten (2018 i Odling, 2018), som har lang erfaring i arbeidet som lærar i klassar der miljøterapeutar har vore ein del av bemanninga, peiker på viktigheita av det arbeidet miljøterapeutane gjer rundt den enkelte elev og i elevgruppa. Miljøterapeutane sin kompetanse bidreg til at læraren kan konsentrera seg meir om undervisninga, så tek miljøterapeutane seg av den tilrettelegginga nokre elevar til ei kvar tid treng (Odling, 2018).

Det er viktig å avklara kva ansvarsområde som ligg til dei ulike yrkesgruppene. Som vernepleiar har ein ikkje mandat til å driva fagleg undervisning og det er heller ikkje oppgåva deira på skulen. Ein vernepleiar i skulen går heller ikkje på kostnad av spesialpedagogtimar, sidan elevane framleis får den tida dei har krav på med spesialpedagog. Miljøterapeuten kjem inn i timane som før vart utført av assistentar. I sakkunnig tilråding nyttast omgrepet assistent.

Kva bør fokuset vera?

Fokuset bør blant anna vera å la læraren vera lærar for å gje dei rom for å få kvalitet på undervisninga. Ein vil då stå side om side med pedagogen for å skapa tryggleik og gode relasjonar til elevane. Både vernepleiaren og lærarar har mykje å læra gjen-nom ulikskapane i kompetansen til kvarandre. Klarar ein å ha innstillinga at ein skal utvikla seg sjølv gjennom samarbeidet, kan ein nytta det tverrfaglege på ein god måte. Det tverrfaglege arbeidet spelar òg ein sentral rolle ved løysing av ulike utfordringar i helse- og sosialsektor (Om vernepleieryrket, 2017). Ein viktig grunngeving for dette er mål om ein felles plattform for samarbeid mellom dei ulike profesjonane. Vernepleiaren har eit fagleg fokus som er annleis frå læraren sitt. Det er viktig at ein i lag jobbar best mogleg for eit felles mål, nemleg eleven sitt beste.

Ein har ulike styrkar i utdanningane og det tverrfaglege samspelet kjem då elev-en til gode. Som vernepleiar er ein blant anna oppteken av følelsen bak åtferda, og at all åtferd er eit språk for noko. Eit slikt fagleg fokus er viktig i møte med elevane. Det er også svært viktig å ha ei skuleleiing som er oppteken nettopp av dette faglege fokuset, og som har eit klart føremål for bruk av vernepleiarar og andre miljøtera-putar. Bruken av andre yrkesgrupper må òg vera forankra på arbeidsplassen, og

alle tilsette må reelt føla at dei er del av same fellesskapet. Dei tilsette må òg ha ein tanke og ei forståing bak det arbeidet dei gjer, både i kraft av eigenarten og i kraft av det dei bidreg med inn mot fellesskapet. Ved at dette er forankra ivaretek ein både det psykiske, sosiale og det faglege behovet til elevane.

Sjølv om vernepleiaren sin primære kompetanse er vernepleie, har Trudvang skule lagt opp arbeidet slik at det ikkje alltid er ein sjølvfølgje at ein som vernepleiar eksempelvis jobbar med den eleven som har ein utviklingshemming, men like gjerne jobbar med den eleven som har ulike utfordringar knytt til åtferd. Tanken bak dette er at ein som vernepleiar også er god på å jobba generelt og tiltaksretta saman med elevar som ikkje nødvendigvis har ein diagnose.

Kva må til for å lukkast?

Nestleiar i Fellesorganisasjonen Marianne Solberg peikar på nokre faktorar som må til for å lukkast. Ho seier at arbeidet til kommunepolitikarane og deira vilje til å bruka lønsbudsjettet på andre profesjonar enn dei tradisjonelt anerkjente, kan vera nøkkelen til suksess (Odling, 2018).

For at eit tverrfagleg samarbeid skal fungera best mogleg inne i klasserommet, vert det svært viktig med ei rolleavklaring i forkant av eit samarbeid. Ein kan då diskutera kva forventningar ein har til kvarandre og samarbeidet. Ein kjem ikkje unna at ein innstilling som omhandlar likeverd mellom ulike yrkesgrupper i klasserommet er svært viktig. Ved å tenkja at ein som lærar og vernepleiar er jamstilte i klasserommet oppnår ein eit godt samarbeid og betre resultat. Når dei ulike yrkesgruppene står skulder til skulder i klasserommet påverkast elevane positivt av dette. «Simon» vil kunna kjenna at dei vaksne i klasserommet har eit felles mål – og det er å hjelpe han når noko er utfordrande. Ved at vernepleiaren og andre sosialfaglege yrkesgrupper er representert i skulen, vil dette òg gje eit vidt fagleg spekter, også innanfor dei sosialfaglege yrkesgruppene, då tanken er at ein skal dela av sin eigen kompetanse. Som vernepleiar har ein eit fagleg fokus som er ulikt det hjå blant andre sosionomane og barnevernspedagogane.

Korleis passar vernepleiaren sin kompetanse inn i skulen?

Når ein tenkjer vernepleie som yrke relaterer mange dette først og fremst til arbeid med utviklingshemma. Det er ikkje så underleg sidan majoriteten av vernepleiarar nok jobbar i tenester og tiltak til personar med utviklingshemming. Det er likevel viktig å merka seg at vernepleiaren kan jobba på mange felt, og vernepleiarkompetansen kan overførast til arbeid med fleire målgrupper (Om vernepleieryrket, 2017).

Vernepleiaren har noko til felles med andre sosialfaglege utdanningar, men det er viktig å ikkje gløyma kor unik vernepleiarutdanninga eigentleg er. Vernepleiaren er ein samansetning av det helsefaglege og sosialfaglege. Dette er ein kompetanse som er nyttig i eit lag rundt eleven, saman med læraren, skulehelsetenesta og andre sosialfaglege yrkesgrupper. I skulen er det barn med mange og samansette behov.

Faktatall

Det jobber mange vernepleiere i skolen, både barneskole, ungdomsskole og videregående. Vernepleierundersøkelsen og utdanningsundersøkelsen fra 2017 viser at 9,3% av vernepleierne jobber i skolen. Det er flest vernepleiere i videregående skole, tett fulgt av barneskole og færrest på ungdomstrinnet. I tillegg er det mange som jobber i SFO.

Det er då unikt at ei yrkesgruppe som vernepleiaren har mykje kompetanse kring den sosiale delen, der nokre elevar krev mykje tilrettelegging av ulike tenester for å kunna fungera, samstundes som vernepleiaren har høg kompetanse innan den helsefaglege biten. Det er mange elevar som har sjukdommar som krev oppfølging i løpet av skule- og SFO-tid. Dette kan vera sjukdommar som krev medisinerer eller oppfølging av annan karakter. Dette er ein svært viktig og nødvendig ressurs å ha i skulen, og det er òg lovkrav knytt til utøvinga. Når læraren veit at det er ein fagkyndig person som har ansvaret for helsebiten gjev det tryggleik for at behovet hjå eleven vert ivareteke.

Integrering, deltaking, medverknad og likeverd er nøkkelord som pregar vernepleiarane sitt fokus i arbeidet dei gjer, også på skulen. Sjølv om primærområdet til vernepleiaren framleis er arbeid med utviklingshemma og andre med kognitive funksjonsnedsetjingar, ser ein likevel ein aukande del av vernepleiarar som jobbar i skulen. Vernepleiaren har gjennom si utdanning òg praktisk kunnskap om korleis ein kan leggja til rette for å hjelpa personar med ulike fysiske, sosiale og kognitive utfordringar (Om vernepleieryrket, 2017). Vernepleiaren har òg god kompetanse på å førebyggja og arbeida med konflikter (Utdannings- og forskingsdepartementet, 2005). Dette er ein kompetanse som ein dreg stor nytte av i arbeid på skule, då det er viktig å gje elevane gode reiskap for å handtera ulike konflikter.

Målretta miljøarbeid

Som vernepleiar er ein godt rusta til å utføra målretta miljøarbeid, habiliterings- og rehabiliteringsarbeid saman med personar med fysiske, psykiske og/eller sosiale funksjonsvanskar (Utdannings- og forskingsdepartementet, 2005).

Ein kan ofte sjå ein samanheng hjå dei barna som er utrygge og har utfordrande åtferd. Ein fellesnemnar her er ofte behov for føreseielegheit og god struktur i kvar-dagen. Dette er eit fundament i måten å jobba miljøterapeutisk på som vernepleiar. Mange av barna ein kan møte på skulen er barn som har ein vanskeleg skulekvardag fordi dei har utfordrande åtferd eller manglande ferdigheiter. Som vernepleiar i skulen har ein svært god kompetanse til å jobba systematisk og strukturert saman

med desse elevane. Dette er svært viktig for nokre elevar jamfør skulen sitt evige fokus på fagleg framdrift og nye læringsmål. Det at elevane kan kjenna tryggleik på at dei vert møtt med lik reaksjon og konsekvens i ulike settingar på skulen gjev dei betre prognosar for progresjon. Når «Simon» for eksempel har bråka i timen, skal han vera trygg på kva reaksjon han vert møtt med og kva konsekvensar dette får for han. Denne målretta måten å jobba på er godt forankra hjå vernepleiaren og difor svært viktig å ha i skulen. Det er òg viktig at ein kan gjera seg opp tankar om kvifor «Simon» bråka i akkurat denne timen. Kanskje det ikkje handla om at han vil bråka, men heller om manglande ferdigheiter om korleis seia ifrå om at noko vert for vanskeleg.

Begrepet *habilitering* refererer til tiltak overfor barn og unge med medfødt eller tidleg erverva funksjonshemming (Om vernepleieryrket, 2017). I habiliteringsarbeidet skal ein ha fokus på å betra livskvalitet hjå barn og unge. Då vert målretta arbeid opp mot ulike ferdigheiter og samspel viktig. Ved å få denne kompetansen inn i skulen klarar ein å jobba målretta saman med eleven på fleire arenaer.

24-timars-eleven

Det har vorte meir og meir fokus på at ein skal sjå heile mennesket, og dette er også noko som er høgst aktuelt på skulen. Sjølv om ein kan kjenna på at dette er eit fokus som har komme i nyare tid er det viktig å hugsa på at dette er ein av grunnpillarane i vernepleiarutdanninga. At vernepleiaren tek dette fokuset med seg inn i sin jobb på skulen er viktig. Eit barn er ikkje berre det ein ser dei timane det er på skulen og SFO. Eleven er så mykje meir enn det ein ser dei timane eleven er i klasserommet. Målet ein som vernepleiar må ha i møte med elevane, er å hjelpa dei i møte med sine utfordringar, slik at dei kan kjenna meistring med tanke på ulike aktivitetar og deltaking, som inkludering for å kjenna likeverd.

Relasjonelt arbeid

Det vernepleiarfaglege arbeidet er samansett og skiftar mellom systematisk tiltaksarbeid og relasjonelt arbeid. Relasjonelt arbeid er basert på kjennskap til den det gjeld i samspel med fagleg forankring (Om vernepleieryrket, 2017). «Relasjonelt arbeid er å skape mening sammen, invitere til samhandling, humor og lekenhet» (Om vernepleieryrket, 2017, s.5). Relasjonelt arbeid er ein måte å jobba på som står sterkt i vernepleiarutdanninga. Det er difor viktig at ein har ein fin balansegang mellom å jobba målretta og relasjonelt. Skal ein ha «Simon» som utgangspunkt er det viktig at vernepleiaren jobbar med det relasjonelle. Det er viktig å knyta gode relasjonar til «Simon» for å skapa tryggleik, men ein må også jobba systematisk for at «Simon» skal få gode opplevingar i løpet av dagen, og ha fokus på balanse mellom varme og forventning i sitt relasjonelle arbeid. Sidan det er viktig for «Simon» med føreseielegheit og rutinar, er det viktig at han på starten av dagen får vita at det ikkje er utetime slik det pleier, men heller biblioteket. Det er her viktig å ha kunnskap og forståing for kor avgjerande dette er for «Simon», for

at han skal få ei god oppleving og tryggleik.

Relasjonskompetanse er kanskje noko av det viktigaste me utviklar i liva våre, og som vernepleiar i skulen er det å ha gode relasjonar til elevane utruleg viktig for at ein skal lukkast i arbeidet ein gjer. Det er viktig at elevane ser at ein bryr seg og at ein er der for å hjelpa. Det er ein hårfin balansegang mellom å gje for mykje hjelp og gje for lite hjelp, samstundes som ein må sjå dei individuelle forskjellane. Jan Spurkeland (2015), kjend for sin kompetanse innan relasjonsteori, seier noko om kva relasjonar inneber:

«Kunsten å omgås andre, skaffe oss venner, etablere nettverk, samarbeide og danne effektive grupper har sitt utgangspunkt i vår medfødte eller utviklede relasjonskompetanse. Hele spekteret av denne kompetansen kan læres og trenes. Vi må bare avgrense relasjonskompetansen til noe som kan håndteres som tema for bevisstgjøring og trening» (Spurkeland, 2015, s. 1).

Når vernepleiaren har god relasjonell kompetanse vil det komma elevane til gode. Vidare seier Spurkeland at nyare forskning viser til at god relasjonskompetanse hjå vaksne i skulen kan førebyggja blant anna problemåtferd (Spurkeland, 2015, s.1.). Når elevane øver på samhandling og å laga gode relasjonar til sine medelevar og vaksne, gjev det òg rom for auka trivsel.

Brei kompetanse

Det å forstå åtferda til barnet ved å analysa vilkåra åtferda haldast ved lag av er ein kompetanse vernepleiaren har, som òg bør nyttast aktivt på skulen. Som vernepleiar ved skulen møter ein ofte barn som «Simon» som kan ha større eller mindre åtferdsvanskar. Det at ein som vernepleiar har føresetnad for å forstå kva som held åtferda ved lag er viktig. Det at «Simon» utagerer mot dei andre barna kan òg handla om at han er redd for å ikkje vera god nok. Ein kan for eksempel kjenna at han samanliknar seg med dei andre og gjev seg sjølv strykkarakter både inne i timane og ute i friminutta. Å finna ut av årsaka til desse utfordringane er den vaksne sitt ansvar. Då treng ein vaksne med kompetanse, som veit kva ein bør sjå etter.

Som vernepleiar har ein òg unik kompetanse samanlikna med andre sosialfaglege utdanningar, når det kjem til ulike utviklingshemmingar og kognitive funksjonsnedsetjingar. Dette er kompetanse som er viktig å ha i skulen, då ein også møter desse elevane her. Det å vita korleis ein på best mogleg måte kan møta og leggja til rette for desse elevane på skulen er avgjerande. Dette gjeld tilrettelegging inne i klasserommet, ute i friminutt og andre arenaer for sosialt samspel.

Kompetanse til å utarbeida planar og systematisk jobbing er også noko som er godt forankra hjå vernepleiaren. Dersom ein elev har eit vedtak som omfattar psykososiale utfordringar og ut frå dette har krav på ein individuell opplæringsplan, er det naturleg at vernepleiaren utarbeider den sosialfaglege emneplanen i samarbeid med kontaktlæraren. Ved aktivt å nytta vernepleiaren sin arbeidsmodell som verktøy når ein jobbar i skulen, har ein eit godt verktøy. Ein kan då skapa forståing rundt at eit barn ikkje er vanskeleg, men at barnet har det vanskeleg. Med dette som utgangspunkt må ein finna ut korleis ein kan hjelpa barnet ved hjelp av observasjon og kartlegging av behovet til eleven, og ved å finna ut kva tiltak ein bør setja inn for

at eleven skal nå dei utarbeidde måla. Det vert òg viktig å inkludera barnet i utarbeiding av sine eigne mål, slik at eleven får eit eigarforhold til det han/ho skal øva på. Dersom «Simon» vert fortald kva han skal gjera på skulen til ei kvar tid utan at han har noko eigarforhold til det han skal øva på, vil dette kunna ha motsett effekt av det ein ynskjer. Sjølv om ein jobbar med små barn vert brukarmedverknad relevant å nytta aktivt i møte med barna. Som vernepleiar tek ein utgangspunkt i ressursar som eleven sjølv har når ein skal jobba vidare saman med eleven.

Korleis får ein eleven med på laget?

Artikkel 12 i Barnekonvensjonen seier noko om at barn har rett til å seia si meining, verta høyrte og respektert (UNCR, 1989). Barn og unge sine eigne synspunkt og erfaringar skal stå sentralt i utvikling og gjennomføring av gode tenester, og brukarmedverknaden bør etablerast som praksis på både individ- og systemnivå (UNCR, 1989). Ved at dei tilsette på skulen har fokus på dette vil eit godt argument vera at ein oppnår betre kvalitet på dei tenestene ein tilbyr elevane sine og auka trivsel.

Proff på eiga skuleoppleving

I Forandringsfabrikken er det mange kloke og modige ungdommar. Nokre av desse ungdommane kallar seg for skuleproffar. Namnet har ei djup betyding. Dei er proffar på si eiga skuleoppleving og sit med mykje kompetanse frå eigen skulegang. Desse ungdommane har mange sterke historier frå sin skulekvardag og om korleis dei vart møtt når det meste var ei utfordring, og på kva måte skulen takla desse utfordringane. Desse ungdommane har gjort seg erfaringar på den harde måten, men dei ynskjer å vidareformidla kva dei ser på som ein nødvendighet i skulen, ut frå kva erfaringar dei sjølve har i bagasjen. Ein del av fokuset deira omhandlar at ikkje alt på skulen nødvendigvis berre skal vera test- og målingsorientert – for eksempel at ikkje alt bør dreia seg om matte, norsk og engelsk. Skuleproffane etterlyser blant anna faget «livet» i skulen og det å ha eit psykososialt fokus i skulen, der dei kan læra om følelsar, korleis kjenna att og regulera eigne følelsar, konflikthandtering, og få informasjon om kropp og grenser. Dette er berre nokre av temaa dei tenkjer er viktige å få meir av i skulen. Proffane er òg tydelege på at dei ynskjer vaksne på skulen som har evne til å lytta med heile seg, og som ser på elevane som samarbeidspartnarar (Korsmo, 2016).

Fagleg tyngde

Ved å ha vernepleiarar og andre sosialfaglege utdanningar i skulen får ein personar som har fagleg tyngde i utdanninga si. Det er så viktig å ha tilsette som har kapasitet til å sjå og lytta til den enkelte og deira utfordringar, og ut frå dette prøva å tilpassa eit individuelt opplegg ut frå behovet. Lærar og vernepleiar vil gjennom samspel i større grad ha evne til å sjå heile barnet.

Skule og SFO

Ved at ein skule satsar på vernepleiarkompetanse og andre sosialfaglege kompetansar i store stillingar, vil også SFO dra nytte av kompetansen. Elevane sine vanskar er sjølvsagt ikkje tidsavgrensa til berre å gjelda skuletida. I praksis vil dette seia at «Simon» møter dei same vaksne på SFO som han møter i skuletida, og dette gjev rom for tryggleik og relasjonar. Det er òg ein fordel at ein ser barnet i både skuletid og på SFO, då dette er ulike arenaer for eleven. Ein kan då læra eleven å kjenna på ein annan arena, og ein har moglegheit til å følja opp eventuelle tiltak også på SFO. Når ein jobbar på SFO får ein også møta føresette i hente- og leveringssituasjon. Då kan ein lettare etablere ein relasjon til den vaksne, som elles er vanskeleg å få til i ein hektisk skulekvardag. Desse overgangssituasjonane er svært viktige i samband med kommunikasjon mellom heim og skule. Dette vert òg ein arena der ein kan gje informasjon om korleis dagen til eleven har vore, og korleis heimen på best mogleg måte kan møta barnet sitt når skuledagen har vore utfordrande. Dette gjev òg tryggleik for foreldre.

Ja takk, begge delar?

«Å laga eit godt lag rundt eleven» er eit uttrykk, men det ligg mykje bak nettopp desse orda. Det at alle elevar skal føla seg sett og forstått er viktig, men òg noko ein i ein travel kvardag kan synda mot i skulen. I ein travel kvardag på skulen kan det vera dei elevane som utfordrar eller har andre vanskar som tapar på dette. Dei elevane som har samansette vanskar og elevar som ikkje «passar» inn i skulekvardagen slik han er lagt opp, hamnar lett på sidelinja. Det er nettopp då det er viktig å byggja det gode laget rundt eleven. Med lag meiner ein ulike profesjonar med ulik kompetanse og ulike styrkar som samhandlar til beste for eleven. I dette er det viktig å dra nytte av den breie kompetansen som vernepleiaren har. Det at ein har ei forståing for kva som ligg bak vanskane til eit barn er ein viktig grunnstein i arbeidet. Eit barn er ikkje vanskeleg, men eit barn har det vanskeleg, men å vita at dette kjem til uttrykk på ulike måtar hjå ulike barn er avgjerande for korleis ein møter desse elevane. At vernepleiaren vert ein ressurs i skulen er det ingen tvil om, så i staden for å tenkja på dette som ein profesjonskamp, må ein heller snu fokuset og tenkja at ein har eit felles mål – og det felles målet er eleven sitt beste. Ved at lærarane har meir tid til å vera nettopp lærarar vil dei kunne forbetra deira grunnoppgåve i undervisninga. Det er òg viktig at skular som har gjort seg verdifulle erfaringar ved bruk av vernepleiar og andre miljøterapeutar som ein ressurs, deler sine erfaringar. Dette vil kunna hjelpa andre skular til å unngå typiske fallgruver. Det tverrfaglege samarbeidet vert viktig for å få ein best mogleg skulekvardag for elevane, og på den måten laga eit solid lag rundt eleven som strevar litt ekstra. For å lukkast best mogleg kan ingen av yrkesgruppene gjera heile jobben åleine, men ein må stå i det saman og utfylla kvarandre.

REFERANSAR:

Korsmo E. K. (2016, 3. november). Her er rådene fra skoleproffene til skolelederne. Utdanningsforbundet. Henta frå: <https://www.utdanningsforbundet.no/nyheter/2016/her-er-radene-fra-skoleproffene-til-skolelederne/>

Opplæringslova. (1998, 2. april). Lov om grunnskolen og den vidaregåande opplæringa (opplæringslova). Henta frå: https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1998-07-17-61/KAPITTEL_11#%C2%A79a-2

Odlang, A. M. (2018, 26. september 2018). Denne skolen har tolv miljøterapeuter. Fontene. Henta 26. september 2018 frå: https://fontene.no/nyheter/denne-skolen-har-tolv-miljoterapeuter-6_339_565623_24ab0b8491

Om vernepleieryrket (2017, 2. april). Profesjonsrådet for vernepleiere, Fellesorganisasjonen. Henta frå: <https://testlab.vernepleier.no/wp-content/uploads/2017/12/Vernepleierbrosjyre-2017.pdf>

Ramstad, B., 2019. Personleg kommunikasjon, 7. januar.

Regjeringen. (2017, 1. september 2018). Overordnet del – verdier og prinsipper for grunnskoleopplæringa. Henta frå: <https://www.regjeringen.no/contentassets/53d21ea2bc3a4202b86b83cfe82da93e/overordnet-del--verdier-og-prinsipper-for-grunnsopplaringen.pdf>

Spurkeland, J. (2015, 7. mars). Relasjonskompetanse som grunnlag for å skape resultater i arbeid og på skole. Henta frå: <http://www.forebygging.no/Global/Spurkelandartikkel%20nr.%202.pdf>

[United Nations \(UNCR\) \(1989\). The United nations Convention on the rights of the child: United Nations.](#)

Utdanning (2018, 7. mars). Yrkesbeskrivelse miljøterapeut. Henta frå: <https://utdanning.no/yrker/beskrivelse/miljoterapeut>

Utdannings- og forskningsdepartementet (2005, 1. desember 2018), Rammeplan for vernepleierutdanning. Henta frå: https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kilde/kd/pla/2006/0002/ddd/pd-fv/269377-rammeplan_for_vernepleierutdanning_05.pdf

Vedvik, K. O & Jelstad, J. (2019, 29. januar). For ti år siden var det fire miljøterapeuter ved Trudvang skule i Sogndal. Nå er det 14. Henta frå: https://www.utdanningsnytt.no/utdanning/reportasjer/2019/skolen-kan-fa-flere-som-siri/?fbclid=IwAR2rpQILTzCeDqEXwXFN2uJ-0P_9TYFWbgG3eW6dNMIEdswf-f1m7NDN_wM

Av Rolf Magnus Grung

Traumebevisst forståelse i arbeidet med utfordrende atferd

— **Utviklingshemmede er en gruppe som vi kan anta er mer utsatt for traumer enn befolkningen generelt. Traumebevisst forståelse fokuserer på tilknytning, potensielle følger av traumer og at dette har en effekt på hjernen. I 2018 etablerte VID Vitenskapelige høyskole og Enhet for funksjonshemmede i Sandnes kommune et samarbeidsprosjekt med fokus på hvordan en traumebevisst forståelse kan bidra til kvalitet i miljøarbeid.**

I Sandnes kommune ønsket de å se nærmere på om et traumebevisst blikk på tjenestetilbudet til noen utvalgte brukere kan gi en ny forståelse, som kan bidra til kvalitet i miljøarbeid rettet mot personer med utviklingshemming. I dette prosjektet gjelder det spesielt i forhold til relasjonen i tjenesteytingen, og hvordan tjenestemottakerne regulerer sine erfaringer og inntrykk i hverdagen. Dette er viktige premisser for godt miljøarbeid, og krever forståelse fra tjenesteytere både på system og individnivå. Dette var utgangspunktet for et samarbeidsprosjekt mellom VID vitenskapelige høyskole og



Annette Eidesen. Line Granberg.

Enhet for funksjonshemmede i Sandnes kommune knyttet til å implementere traumebevisst forståelse i tjenestene til utviklingshemmede. Erfaringene så langt er svært positive.

Annette Eidesen og Line Granberg jobber begge som avdelingsledere i Enhet for funksjonshemmede i Sandnes kommune.

Eidesen er utdannet ergoterapeut fra Høgskolen i Trøndelag. I tillegg har hun videreutdanning i veiledning, erfaringsbasert ledelse og omsorg for aldersdemente – alle fra Universitetet i Tromsø. Nå er Eidesen i gang med en masterutdanning i medborgerskap og samhandling ved VID Vitenskapelige høyskole i Sandnes i Rogaland.

Granberg er utdannet vernepleier fra VID Vitenskapelige høyskole og har en videreutdanning i forebygging og håndtering av utfordrende atferd hos mennesker med utviklingshemming og autisme. Denne videreutdanningen er også fra VID Vitenskapelige høyskole.

Fra VID Vitenskapelige høyskole deltar høgskolelektorene Hanne Line Wærness som er vernepleier, og Oliva Teigland som er barnevernspedagog.

Traumebevisst forståelse

Traumer dreier seg ikke bare om store negative hendelser, som alvorlige ulykker, krig og overgrep. Også «mindre» negative hendelser som mobbing, manglede inkludering og problematiske oppvekstvilkår kan beskrives som traumer. Det er sentralt at et traume må forstås individuelt – at folk reagerer ulikt på negative hendelser.

Traumebevisst forståelse har hatt et oppsving de senere årene, særlig innen psykisk helsearbeid og spesielt innenfor arbeid med barn og unges og psykisk helse. I arbeidet med personer med utviklingshemming er det derimot lite utforsket.

Traumebevisst forståelse baseres på kunnskap om hjernen, tilknytning og potensielle følger av traumer og personens utvikling. Det er tre grunnpillarer i denne måten å jobbe på – trygghet, relasjon og følelsesregulering. Forståelse av begrepet «toleransevindu» er også sentralt.

– Psykolog Dag Øystein Nordanger er en sentral fagperson og fagutvikler innen traumefeltet. Det sentrale er nettopp forståelsen av hva et traume er, og at traumer medfører endringer i hjernen, og at personalet må være bevisst dette. Et traume er en skade som kan oppstå både tidlig og sent i livet. Vi snakker om både fysiske og psykiske traumer. Traumer som oppstår i hjernens utviklingsperiode kalles for

utviklingstraumer. Traumer kan oppstå som følge av vold, overgrep eller omsorgs-
svikt og kan opptre dersom personen ikke har trygg støtte i omgivelsene til å regu-
lere følelsene sine, sier Eidesen.

– *Hvorfor er kunnskap om hjernen viktig i traumebevisst forståelse?*

– Det er viktig å forstå hvordan hjernen reagerer ved fare og belastninger, og
hvilke deler av hjernen som styrer ulike funksjoner. En arbeidsmodell som blir mye
brukt i denne forståelsen, er den tredelte hjernen som består av sansehjerne, følel-
seshjerne og tenkehjerne. Disse tre reagerer på sin bestemte måte på de påkjen-
ningene de utsettes for. I en normalt fungerende hjerne vil samarbeidet mellom de
ulike delene være godt. Ved traumatisering blir balansen forstyrret og det kan komme
til uttrykk gjennom å vise redsel, skepsis, mistillit, unnvikelse eller uvennlighet i
omgivelsene. Det vil derfor være viktig å se bak atferden og ha en forståelse av hva
personer bærer på av vonde opplevelser som de ikke har kontroll på, sier Eidesen.

Nyere utviklingspsykologi og nevropsykologisk forskning viser sammenhenger
mellom tidlige erfaringer – og utvikling av tilknytningsrelasjoner. Dette gjelder også
i forhold til tilknytningspersoner. En person med svak eller skadet tilknytningserfaring
kan ha vanskeligheter med å oppdage og uttrykke egne behov.

Personer med utviklingshemming har ofte behov for omfattende hjelp – i et helt
livsløp. Utviklingshemming medfører i varierende grad svekket evne til å uttrykke
seg om hvordan man har det. I en hverdag med mange tjenesteytere/omsorgspersoner
kan kvaliteten på relasjonene bli svekket. I verste fall kan mangel på relasjonell
kvalitet medføre traumer og svekket funksjonsnivå.

– Traumer kan føre til endringer i hjernen som igjen kan påvirke hvordan folk
reagerer på ulike hendelser senere i livet, sier Granberg.

– Ett eksempel kan være når en av våre brukere er sint. Sinne kan da være et
uttrykk for en traumereaksjon, ikke en villet handling. Sinnet sees da på som en
slags «fight-flight»-reaksjon for å komme seg unna noe som oppleves farefullt.
Traumebevisst forståelse i slike situasjoner handler om å se atferdsuttrykket som
en reaksjon på et tidligere traume, og som utgangspunktet for å regulere brukeren
tilbake i toleransvinduet, sier Eidesen.

– *Når bør en traumebevisst forståelse anvendes som tilnærming i miljøterapeutisk
jobbing med utviklingshemmede?*

– Vi tenker at alle har behov for opplevelsen av å være trygg, ha gode relasjoner
og få reguleringsstøtte når vanskelige følelser og tanker dukker opp, uavhengig av
diagnose. Det å ha et traumebevisst blikk på uforståelig, uakseptabel eller vanskelig
atferd som et smerteuttrykk de ikke har kontroll over, samt se bak atferden og finne
følelsen, og tenke at personen ikke er vanskelig, men har det vanskelig, er viktig i
miljøarbeid, sier Granberg.

Er ikke vanskelig – har det vanskelig

– Når vi jobber traumebevisst er det sentralt at personalet tenker at brukeren har
det vanskelig, ikke er vanskelig. Man møter atferdsuttrykket på en annen måte som
kan påvirke hvordan vi forstår og møter situasjonen. Når vi møter en person som
har det vanskelig, er fokuset rettet mot å skape trygghet – at personalet skal være

en trygghetsfaktor i relasjonen, sier Granberg.

Ved traumebevisst forståelse må personalet være bevisst kommunikasjon, hvilke krav og hvordan disse stilles, gi støtte og vise forståelse for hvorfor den utfordrende atferden forekommer. Det er også sentralt at personalet er bevisst seg selv og sin egen atferd – hvordan vi opptrer i møte med noen som har det vanskelig.

«Er ikke vanskelig, men har det vanskelig.»

Refleksjonsgrupper

– En viktig del av prosjektet med å implementere traumebevisst forståelse er refleksjonsgrupper. En refleksjonsgruppe er et samlingspunkt for personalet hvor de sammen med ansatte fra VID reflekterer rundt egen praksis. Dette kan være refleksjoner på egen væremåte, egne reaksjoner og refleksjoner knyttet til nylige hendelser. Når en utfordrende situasjon gikk bra – hva var det vi gjorde som gjorde at situasjonen løste seg på en fin måte? Personalet reflekterer rundt dette sammen. I slik refleksjon ligger det mye læring, sier Eidesen.

– I tillegg blir vi mer bevisst eget toleransevindu gjennom å reflektere sammen i disse gruppene. Med toleransevindu menes grensene for hvor mye det enkelte menneske tåler av ulike utfordringer. Enhver sitt toleransevindu er forskjellig, og det er ikke slik at alle skal gå inn i alle situasjoner, sier Granberg.

– Prosjektet har hatt en positiv effekt på personalets trivsel ved at tilnærmingen og forståelsen har gitt arbeidshverdagen ytterligere mening. Det har gitt personalet et nytt syn på utfordrende atferd. Det å se på den utfordrende atferden som et resultat av et tidligere traume og dets effekt er noe annet enn å se på den utfordrende atferden som en villet handling, sier Eidesen.

– Man får en annen forståelse for det som skjer, og klarer å jobbe på en helt annen måte, sier Granberg.

Resultater

Innføringen av traumebevisst forståelse har gitt gode resultater. Før prosjektet startet opplevde ansatte daglige utfordringer, men underveis i prosjektet er det registrert at det kan gå uker mellom hver gang utfordrende situasjoner oppstår, sier Granberg.

For de ansatte har prosjektet betydd muligheten til å møte situasjoner/brukere med en ny forståelse gjennom kunnskap om traumer og viktigheten av trygge relasjoner. De pårørende gir også uttrykk for at de er veldig fornøyde med at Enhet for funksjonshemmede har fokus på kompetanseheving knyttet til forebygging av utfordrende atferd.

– En av de pårørende sa til meg at det betydde mye for henne at personalet ikke ser på sønnen hennes som vanskelig, men at de ser på utfordrende atferd som et tegn på at sønnen hennes hadde det vanskelig. Hun var veldig fornøyd med dette fokuset i miljøarbeidet med sønnen hennes, sier Eidesen.

Når avsluttes samarbeidsprosjektet, og kommer det en prosjektrapport?

– Prosjektet avsluttes med en prosjektrapport i slutten av oktober. Vi er allerede i gang med å tenke ut en fortsettelse, avslutter Granberg.



LITTERATURANBEFALINGER

Om du ønsker å lese mer om traumebevisst omsorg anbefales:



BØKER:

Nordanger, D. Ø. & Braarud, H. C. (2017). *Utviklingstraumer. Regulering som nøkkelbegrep i en ny traumepsykologi*. Oslo: Fagbokforlaget.

Kvello, Ø. (2015). *Barn i risiko. Skadelige omsorgssituasjoner*. Oslo. Gyldendal Akademisk



ARTIKLER – FRITT TILGJENGELIG PÅ NETTET:

Nordanger, D. Ø. & Braarud, H. C. (2011). Kompleks traumatisering hos barn: En utviklingspsykologisk forståelse. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 48, 968–972.

Nordanger, D. Ø. & Braarud, H. C. (2014). Regulering som nøkkelbegrep og toleransevinduet som modell i en ny traumepsykologi. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 51, 530–536.



NETTSIDE:

Regionsenteret for vold og traumatisk stress (RVTS) - <https://rvts.no/>



Helsefremming og helsehjelp



- | | |
|---------|---|
| Side 70 | Sammen om et løft for de som trenger det mest. Grunnlag for et godt tverrprofesjonelt samarbeid |
| Side 74 | «Ikke glem hvem du er!»
Vernepleiere i demensomsorgen |
| Side 85 | Møteplassen – Åpne russcener i Bergen |

Av Eli Gunhild By,
Forbundsleder Norsk
Sykepleierforbund



Sammen om et løft for de som trenger det mest

Grunnlag for et godt tverrprofesjonelt samarbeid

Vernepleiere og sykepleiere står sammen om å yte tjenester av høy kvalitet overfor mennesker med omfattende behov. Hvordan kan vi sikre et godt tilbud til de som trenger det mest? Viktige stikkord er tilgjengelighet, trygghet og kompetanse. For tiden pågår det utprøving av en modell flere steder i landet som kan vise seg å være svært lovende. Primærhelseteam øker kvaliteten og brukertilfredsheten i den medisinske oppfølgingen overfor personer med utviklingshemming, kroniske sykdommer, psykiske helseproblemer eller rusavhengighet.

Kraftig kvalitetsforbedring gjennom primærhelseteam

Vernepleier Anne Siri Drange ved Ronatoppen bofellesskap for utviklingshemmede i Kristiansand var ikke i tvil da vi møtte henne. Ved å være tilknyttet primærhelseteamet ved Sørlandsparken legesenter får brukerne økt sikkerhet og blir bedre ivaretatt, understreket hun. Ordningen har medført en kraftig kvalitetsforbedring.

Hva har så dette med tverrprofesjonelt samarbeid mellom vernepleiere og sykepleiere å gjøre? For å svare på det må vi beskrive hvordan et primærhelseteam fungerer. Det består av fastlege, sykepleier og helsesekretær. Teamet setter av mer

tid til hver pasient og pårørende for å utvikle så nære og gode helsetjenester som mulig. Pasienter med utvidede behov får tettere oppfølging, ofte ved hjemmebesøk fra sykepleierne i teamet.

Primærhelseteamet ved Sørlandsparken legesenter har tre sykepleiere tilknyttet seg, deriblant koordinator for teamet, Trine Sandnes. Hun besøker jevnlig Ronatoppen og de andre bofellesskapene som er tilknyttet legesenteret, enten på direkte forespørsel eller som en del av oppfølgingen. Mange spørsmål kan fanges opp tidligere og løses på stedet. Det gode samarbeidet og den gjensidige respekten i møtet mellom ulike faglige tyngdepunkt og perspektiver er nøkkelen.

Fra tvang til verdighet

Anne Siri gir et bilde av endringen. Tidligere var bofellesskapet tilknyttet en vanlig fastlege som hadde liten tid og var lite tilgjengelig. Det var uheldig, ettersom det kunne være mange småting som var viktige å ordne opp i eller avklare. Oppstod et medisinsk problem var de avhengig av legevakt. Den som kom, kjente overhodet ikke de enkelte brukerne og deres særskilte situasjon og behov.

Ved Ronatoppen er det mange som har en traumatisk historie fra vonde møter med helsetjenesten. Det var ofte mye tvang forbundet med besøk på legekantor. De måtte basere seg på å leie inn ekstra folk, opptil tre personer på én bruker. Det opplevdes uverdigg og krevende for alle. Vernepleiernes vurderinger ble heller ikke alltid tatt på alvor i helsetjenesten. I ett tilfelle førte det til at en av beboerne var nær ved å dø, fordi hun ikke fikk en grundig nok medisinsk undersøkelse til tross for vernepleiernes insistering.

Nå er situasjonen en helt annen. Trine fra primærhelseteamet kommer når hun blir bedt om det, og følger tett opp ved behov. Hun observerer den medisinske utviklingen og handler på bakgrunn av sine vurderinger. Blodprøver blir nå tatt raskt og smidig i kjente omgivelser. Hun har kort vei til å få en legevurdering fra andre i teamet ved behov. Ved behov kan så vel EKG-undersøkelser som ultralyd gjennomføres på stedet. Brukerne kjenner henne, har tillit til henne, og det gjør at ellers utfordrende situasjoner kan løses mye enklere. Det gir økt verdighet.

Psykisk helsehjelp til utviklingshemmede er et forsømt område. Gjennom samarbeidet med primærhelseteamet har også en psykiatrisk sykepleier vært inne og bidratt i boligene. Her møtes kompetanseområdene til vernepleierne og sykepleierne på en fruktbar måte. Utviklingshemmede har ofte komplekse somatiske tilstander med psykisk uhelse som følgetilstand. På Ronatoppen har de opplevd at beboere har stort utbytte av det gode faglige samspillet i møte med disse utfordringene.

Gjensidig anerkjennelse for ulik kompetanse

Det er tydelig at gjensidig anerkjennelse og respekt for faglig kompetanse ligger som en bunnplanke i samarbeidet mellom sykepleiere og vernepleiere, til beste for beboerne ved bofellesskapene i Kristiansand. Sykepleiere gir uttrykk for fraværende undervisning om utviklingshemminger i sin utdanning og lite om atferd og

atferdsanalyse. Vernepleiere på sin side opplever å være på tynn is ved å stå som medisinsk ansvarlig i spørsmål som vurdering av effekt av medisiner, sårstell eller utslett.

Det er naturlig at man kjenner på en slik usikkerhet. Ulike utdanninger med ulikt tyngdepunkt gir ulik kompetanse for profesjonene. Det er utgangspunktet for den nyutdannede ved avlagt eksamen. Noe er overlappende, men det betyr ikke at den ene kan erstatte den andre. Så kan man fortsette å lære, både gjennom arbeidserfaring og tilleggsutdanninger. Tverrfaglighet innebærer ikke å viske ut forskjellige mellom ulike fag. Det handler derimot om å se, kjenne, anerkjenne, forstå hverandres fag og spille på hverandres styrke. Da kan to pluss to bli fem.

Ser vi på rammeplanene som fortsatt er i bruk, illustreres ulikheten tydelig. Tyngdepunktet i vernepleierutdanningen er rettet mot habilitering og rehabilitering i møte med funksjonssvikt. En naturlig følge av dette er høy kompetanse innen miljørettet arbeid. I sykepleierutdanningen er tyngdepunktet rettet mot sykdom og helsefremming. Kompetansekravene er følgelig høye på områder som sykdomslære og medikamentell behandling. Fra studieopptaket i 2020 vil nye retningslinjer for læringsutbytte for helse- og sosialutdanningene tre i kraft. Der finner vi blant annet forskrift om nasjonal retningslinje for henholdsvis sykepleier- og vernepleierutdanning, også disse med ulikt tyngdepunkt.

Sykepleiere og vernepleiere kan ikke erstatte hverandre, men vil i mange tilfeller kunne utfylle hverandre til beste for den det gjelder. Utviklingshemmede uten språk. Mennesker med langvarige ruslidelser. Han som ikke lenger husker hva han heter, og hvor han er. Hun som bare ser mørket i tilværelsen. Skrøpelige eldre med tallrike sykdommer og plager.

Noen ganger er det en vernepleier som skal til. Andre ganger en sykepleier. Endelig er det i mange sammenhenger en god kombinasjon – også med andre. Vi står sammen i kampen om kompetanse i tjenestene. Anerkjennelse av behovet for kvalitet. En organisering som best møter pasientenes behov. Tilstrekkelig bemanning og hele stillinger for våre grupper er en viktig forutsetning for at disse gruppene skal få møtt sine behov.

Et sårt tiltrengt kvalitetsløft

Vernepleier Anne Siri Drange er bekymret for at få nyutdannede vernepleiere ønsker å jobbe med utviklingshemmede. Dette er en gruppe som sårt trenger god kompetanse rundt seg. Samtidig gleder hun seg over den kvalitetsforbedringen som primærhelseteamet har brakt med seg. Ved god oppfølging i boligene blir det mindre bruk av tvang, bedre kvalitet og bedre anvendelse av lovverket. Hun er ikke alene om å verdsette dette samarbeidet. Det første året av forsøksperioden har antallet personer med psykisk utviklingshemming på lista til Sørlandsparken legesenter blitt mangedoblet.

Behovet for bedre kvalitet i den medisinske oppfølgingen for denne gruppen er blitt en hjertesak for sykepleier og koordinator i primærhelseteamet, Trine Sandnes. Det var ikke det første hun tenkte på da forsøket startet, men erfaringene så langt har vært en øyeåpner. Sammen er vi i ferd med å få til et løft for en gruppe som sårt trenger det.

Vi i Norsk Sykepleierforbund er veldig glade for å se hvilken kvalitetsøkning et primærhelseteam kan bety for utviklingshemmede. Samspillet mellom teamet og boligene, mellom sykepleiere og vernepleiere åpner nye muligheter for mennesker som har store behov. Det er tverrprofesjonalitet på sitt beste.

Miroslava Tokovska og
Silje Stangeland Lie
VID vitenskapelige
høgskole, Sandnes



«Ikke glem hvem du er!» – Vernepleiere i demensomsorgen

Sammendrag

Hensikten med denne artikkelen er å tydeliggjøre vernepleieres særegne kompetanse og deres bidrag i demensomsorgen. Vernepleiere er en viktig yrkesgruppe i tjenester til mennesker med kognitive funksjonsnedsettelse, og har tradisjonelt sett hatt en nøkkelrolle i tjenester for personer med utviklingshemming. Faget og profesjonen har utviklet seg progressivt de siste årene og omfatter i økende grad personer i ulike sårbare livssituasjoner og med andre typer funksjonsnedsettelse. Vernepleiere arbeider innen rusomsorg, psykisk helsevern, i ulike deler av skole- og undervisningssektoren samt i eldreomsorgen. I undersøkelsen fra Fellesorganisasjon (FO) viser det seg at rundt 10 prosent av FOs vernepleiermedlemmer jobber med personer med demens eller andre progredierende lidelser i kommunale helse- og omsorgstjenester, institusjoner eller i spesialisttjenesten (FO, 2017).

Nøkkelord: Vernepleier, demens, eldre, utviklingshemming


Fakta

- Rett under 10% av vernepleierne i FO jobber med personer med demens eller progredierende lidelser, herunder omlag 3 % i ordinære tjenester til eldre.
- Mer enn 65 % av vernepleierne jobber innen helse- og omsorgstjenesten.

«Ikke glem hvem du er!» – Vernepleiere i demensomsorgen

Det estimeres at 80–100 000 personer i Norge er rammet av demens (Helsedirektoratet, 2017). Nærmere 80 prosent av alle som bor på norske sykehjem har en demenssykdom (Mjørud 2017). Flere studier konkluderer med at personer med demens føler seg ensomme og understimulerte, og at de i liten grad får mulighet til å utøve meningsfulle aktiviteter. De siste årene har det derfor blitt et økt fokus på å styrke livskvaliteten til mennesker som bor på sykehjem, gjennom kulturelle og miljøterapeutiske tiltak (Haugan, Drageseth, & Rinnan, 2017; Kjøs, & Høvig, 2016, Öberg, Rolfer, & Lagercrantz, 2016). Den stigende forekomsten av demens vil kreve flere ansatte med høy faglig kompetanse innen omsorgen. Regjeringen vil utvikle en faglig sterk helse- og omsorgstjeneste og sikre at sektoren har tilstrekkelig og kompetent ledelse og bemanning. En framtidsrettet og god kommunal helse- og omsorgstjeneste må legge større vekt på rehabilitering og aktivisering, både sosialt og fysisk. Dette innebærer at det bør gis økt oppmerksomhet på brukernes sosiale og kulturelle behov, samtidig som den medisinske og kliniske oppfølgingen av brukerne i sykehjem og hjemmetjenester bør forbedres (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015, s. 38).

Oppgavefordeling på sykehjem, spesielt på avdelinger for personer med demens, har ført til ansettelse av vernepleiere med arbeidsoppgaver som overlapper oppgaver som sykepleiere tradisjonelt har gjort (Ludvigsen & Danielsen, 2014). I tråd med kvalitetsreformen for eldre, «Leve hele livet» (2018, s. 54), har det de siste årene blitt økende fokus på aktivitet og fellesskap, måltider og miljøarbeid innen eldreomsorgen. Kvalitetsreformen legger vekt på bredere rekruttering. Dette innebærer at tradisjonelle helsefag i større grad kan suppleres med personell med sosialfaglig, pedagogisk eller kulturfaglig bakgrunn (Leve hele livet, s. 54). Ifølge Stortingsmelding 13 – «Utdanning for velferd» (Kunnskapsdepartementet, 2012, s. 43) kan vernepleiere som yrkesgruppe få en nøkkelrolle i møte med omstillingen av tjenestene, og i framtiden bidra til å kompensere for mangelen på personell på sykehjem.

Vernepleierens særegne kompetanse innen demensomsorgen

I forskrift om nasjonal retningslinje for vernepleierutdanning (2019, § 2) blir det spesielt lagt vekt på at utdanningen skal gi vernepleiere kompetanse innen miljøterapeutisk arbeid, habilitering og rehabilitering, helsefremming og helsehjelp. I tillegg skal utdanningen sikre kompetanse til å samarbeide med brukere, pårørende, andre tjenesteytere og aktører for å fremme selvbestemmelse, deltakelse, mestring, helse og livskvalitet. Forskriften understreker at målet med vernepleierutdanningen er en kunnskapsbasert og praksisrettet helse- og sosialfaglig profesjonsutdanning som kvalifiserer for utøvelse av helse, omsorgs- og velferdstjenester i et livsløpsperspektiv.

Vernepleieres særegne kompetanse er dermed knyttet til kunnskaper om funksjonsnedsettelse og funksjonshemming i et livsløpsperspektiv samt ferdigheter i å redusere «gapet» mellom miljøet og individets forutsetninger. I tillegg er vernepleiere autorisert helsepersonell med en helsefaglig kompetanse som er viktig i profesjonsutøvelsen. Vernepleiere har et spesielt ansvar for å hjelpe de som ikke kan ivareta egne behov, gjennom dialog og tilrettelegging for medvirkning.

Relasjonsskapende arbeid er en av vernepleierens sentrale kompetanser

Folkman, Tveit og Sverdrup (2017; 2019) betoner at vernepleie først og fremst er et relasjonelt arbeid som er basert på systematisk tiltaksarbeid og kjennskap til den det gjelder, pårørende/familie og sosialt nettverk. I tillegg er faglig kunnskap og evne til inntoning viktig for å bidra til at hver enkelt person skal oppleve seg sett og anerkjent. Relasjonelt arbeid innebærer å skape mening sammen, invitere til samhandling, humor og lekenhet. Der er personalets rolle sentral for å opprette et trygt og gjensidig tillitsforhold med personen med demens og de pårørende (Røen & Storlien, 2015). Dette danner grunnlaget for en god relasjon som er vesentlig for et positivt resultat uansett hvilket tiltak som skal iverksettes.

I den relasjonelle modellen legges det vekt på å forstå samhandlingen mellom personen og omgivelsene. Den relasjonelle forståelsen av funksjonshemming betyr at funksjonshemming kan forstås som gapet mellom den enkeltes kapasitet og samfunnets krav (Kassah & Kassah, 2009). Det å skaffe et helhetlig bilde av personens livssituasjon er et fundament for å få en god tilnærming til personen med demens og dens pårørende.

I samhandlingsorientert tilnærming legger vernepleiere vekt på samarbeid og likeverdig dialog, aktiv lytting og ressursorientering. Dette vil i praksis innebære at partene bytter på å lede og følge på en balansert måte, støtter opp om mestring, er åpne, lyttende, spørrende og engasjerte. Vernepleiere arbeider både på individnivå og systemnivå hvor det også er behov for å bruke handlingsorientert tilnærming. Dette handler om å gripe inn og midlertidig overta et ansvar (Brask, Østby & Ødegård, 2016, s. 39). For vernepleiere blir det da viktig å bevare brukeres autonomi og samtykkekompetanse. Tålmodighet og empati må være til stede når vernepleiere

møter skrøpelige mennesker i en sårbar situasjon, det gjelder særlig personer med demens.

Brukermedvirkning er sentralt slik at personer med demens føler seg både sett og hørt. Med dette fremmes medborgerskap, selvoppfatning og egen identitet og opplevelse av tilværelsen. Dersom personer med demens føler at de mister noe av sin identitet og personlighet, kan vernepleiere bidra til å bevare deres verdighet så godt som mulig. Tranvåg et al. (2014) viser til at personer med demens erfarte verdighet når de ble inkludert i felleskap og bekreftet som en likeverdig person. Det å bli inkludert i et meningsfylt samvær med andre bekreftet opplevelsen av likeverd. Forskeren kaller dette den relasjonelle kilden til verdighet. Vernepleierens rolle er preget av relasjonsferdigheter i omsorgstjenester. Det vil si at vernepleiere har integrert profesjonell kompetanse i verdibaserte relasjoner og samhandling med personer med demens.

Norberg (2016) fremhever beskyttelse av identitetsverdigheten som viktig i arbeid med personer med demens. Dette forutsetter at vernepleiere er oppmerksomme og trener seg i å forstå hva disse menneskene faktisk trenger og ønsker. Det å bli godt kjent med brukere med demens er spesielt viktig og krevende. I personsentrert tilnærming legges det vekt på kjennskap til personens personlighet, vaner, livshistorie, helsetilstand, interesser, ønsker og kulturelle bakgrunn (Helsedirektoratet, 2017). Dette er viktig for at personer med demens skal kunne utnytte sine ressurser lengst mulig, ha gode muligheter for deltakelse i samfunnet og oppleve trygghet og mestring. Et tett samarbeid mellom vernepleiere og pårørende vil være nøkkelen til å bli godt kjent med personen som vernepleieren har omsorg for.

Tilretteleggelse for deltakelse og mestring i samfunnet og hverdagen

Det er et optimalt mål innenfor alle helse- og omsorgstjenester å opprettholde eller bedre funksjonsnivå og livskvalitet hos den enkelte (Helse- og omsorgsdepartement, 2013, s. 52). Sentralt for helse og trivsel er opplevelsen av å kunne håndtere og mestre hverdagslivet. Om ressursene vi har ikke skriver om til de utfordringene vi står overfor, vil det over tid oppstå usunt stress med negative fysiologiske, psykologiske og atferdsmessige konsekvenser (Helsedirektoratet, 2017). Som et forebyggende og rehabiliterende tiltak skal det legges til rette for hverdagsmestring uansett funksjonsnivå, ved hjelp av den enkeltes mål, ønsker og forutsetninger (Helse- og omsorgsdepartement, 2018, s. 126).

Vernepleiere har på en demensavdeling en særegen kompetanse innen miljøarbeid. Hensikten er å kunne tilrettelegge for hverdagsmestring i situasjonen den eldre personen med demens befinner seg i, slik at han eller hun kan fortsette å leve et aktivt og meningsfylt liv. Miljøbehandling for personer med demens handler om å tilrettelegge det fysiske og sosiale miljøet slik at personen kan bruke sine ressurser gjennom aktiviteter som støtter personens selvfølelse og mestring. Viktige mål for miljøbehandlingen er å skape trivsel, aktivitet, glede, velvære og livskvalitet (Tretteteig, 2016). For å kunne gi god demensomsorg som samsvarer med sentrale politiske føringer, må psykososiale behov vektlegges i større grad (Hansen, Hauge

Fakta

- Vernepleierne i FO jobber blant annet i hjemmebaserte tjenester, spesialisthelsetjenester, eldreomsorg, innen psykisk helsearbeid, rusomsorg, for å nevne noen av helsetjenestene.

Viste du at:

- Som autorisert helsepersonell er vernepleiere kvalifisert til å yte ulike former for helsehjelp, som administrering av medikamenter, injeksjoner, blodprøver, sårstell, deltakelse i undersøkelse og så videre. Helsepersonelloven § 4 om faglig forsvarlighet setter grenser for hva vernepleiere og annet helsepersonell kan yte av helsehjelp.
- Vernepleiere kan ha ansvarsvakt uten at det må være bakvaksberedskap.
- Det er forskjell på vernepleiere og sykepleiere. De bringer ulike perspektiver og kompetanse inn i tjenestene, og er begge viktige for å sikre forsvarlige tjenester og tverrfaglighet. Likevel har vernepleiere og sykepleiere samme medisinsk-fagligkompetanse, og samme ansvar for legemiddelhåndtering og prosedyregjennomføring.

& Bergland, 2017). Personer med demens kan oppleve å ha få stimuli i hverdagen. De kan også oppleve en følelse av slitenhet. Dette fremhever viktigheten av å bruke miljøarbeid for å sikre god døgnrytme, stimulerende aktiviteter samt å gi brukeren en meningsfull hverdag slik at de ikke blir apatiske. Vernepleiere kan gjennom miljøarbeid og helsefremmende tiltak som musikk- eller berøringsterapi flytte noe av fokuset fra sykdommen og finne gode alternativer til medikamenter.

Det er like viktig at personer med demens som bor på sykehjem, får delta aktivt i dagligdagse gjøremål og bidra med ulike gjøremål som de finner meningsfulle. Vernepleiere kan bidra ved å gi støtte og motivasjon til aktiv deltakelse. Det å oppleve mestringsfølelse ved å ha evne og mulighet til å gjøre ting på egenhånd er med på å holde hjernen aktiv. Dette kan hindre progresjonen av demens (Tretteteig, 2016, Hansen et al. 2017, Haugan et al. 2017). Vernepleiere må bruke sin relasjonelle kompetanse til å skaffe seg viktig informasjon gjennom å spørre personer med demens, deres pårørende og eventuelt nettverket rundt om hva som er viktig for at personene med hjelpebehov skal trives og oppleve hverdagen som meningsfull.

Helsefremmende miljøarbeid i demensomsorgen

Hensikten med helsefremmende og målrettet miljøarbeid er å opprettholde persons mestring i hverdagen og redusere funksjonssvikt. Målet er å legge til rette for at de enkelte får bruke ressursene sine og får individuelt tilpasset støtte på de områdene der de har funksjonsbortfall. Å vite at miljøet skaper muligheter og begrensninger, er en viktig side ved slikt arbeid (Ellingsen, 2014). Vernepleierens arbeidsmodell er en modell for planlegging, gjennomføring og evaluering av arbeid der en person eller et miljø ønsker endring (Nordlund et al. 2015). Den gir vernepleieren et godt verktøy for systematisk problemløsning basert på brukerstyring og det å være et medmenneske i hverdagen (Profesjonsrådet for vernepleiere, Fellesorganisasjon, 2018).

Vernepleiere har kunnskap om helse, helsefremmende og forebyggende arbeid. De kan i tillegg gjennomføre kliniske vurderinger for å oppdage helsesvikt og iverksette hensiktsmessig oppfølging og behandling av ulike sykdommer. Kunnskap om forekomst, årsaker til sykdommer, funksjonsendringer i organer eller organsystemer vil bidra til å sette i gang rett behandling i rett tid for personer med demens. Vernepleiere må være i stand til å merke og observere endringer hos den enkelte. Ellingsen beskriver at helsefremmende miljøarbeid handler om å avklare hva som er helsefremmende faktorer i miljøet. Ved å ha en best mulig oversikt får vi det beste utgangspunktet når vernepleiere setter seg sammen med personen og deres pårørende for å finne det som ivaretar og fremmer best mulig helse, og som gir et innhold i hverdagen som den aktuelle personen ønsker seg (Ellingsen, 2014; s. 207).

For å redusere uro og fremme livskvalitet kan ulike former for sensorisk stimulering være nyttige for personer med demens. Det er alvorlighetsgraden av demenssykdommen som påvirker hvordan personer med demens tolker det som de ser, hører, smaker, føler og lukter. Forskning viser at det særlig stimulering av smaks- og luktesansen som har gitt positiv effekt, siden disse sansene endres mest når demenssykdommen utvikler seg (Strøm et al. 2016). Det å være aktiv – å bruke kropp og sanser og å gjøre fornøyelige aktiviteter – er grunnleggende for god helse og trivsel. For å sikre dette kan vernepleiere tilrettelegge for kognitiv trening og stimulering, øving på dagligdagse gjøremål og utføring av meningsfulle aktiviteter.

Ifølge kvalitetsreformen i eldreomsorgen, «Leve hele livet», skal eldre oppleve en god hverdag med nok stimuli. Eldre bør få tilbud om minst én times aktivitet daglig med bakgrunn i egne interesser, ønsker og behov (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018, s. 84). Aktiviteten skal gi gode opplevelser og øyeblikk i hverdagen og stimulere sanser og minner, bevegelse og deltakelse i sosialt fellesskap. Dermed er kjennskap til personens livshistorie, personlighet, kulturelle bakgrunn, helsetilstand og vaner, i tillegg til den kognitive svikten demens medfører, sentralt i omsorg for personer med demens.

Når grunnleggende behov som trøst, identitet, beskjeftigelse/aktivitet, inkludering og tilknytning blir tilfredsstilt gjennom lengre tid, fremmes trygghet. Stimuli, sosialt fellesskap og aktivitet er tre sentrale begrep som blir belyst som veldig viktige for personen med demens. Som personer med demens selv sier: «Man skal leve livet så lenge man lever – det gjelder oss alle, ikke minst de som trenger hjelp.» (Demensplan 2020, s. 17).

Spesialister på omsorg for eldre personer med utviklingshemming og demens

Personer med utviklingshemming er en voksende gruppe i den eldre befolkningen, og de har andre utfordringer i forbindelse med aldring enn resten av befolkningen (Eiane & Gjermestad, 2019).

Risikoen for å få demens er spesielt høy hos personer med Downs syndrom, og de utgjør en stor andel av dem under 50 år som får demens (Head et al. 2012, Larsen, 2016). I NOU (2016:17) presiseres det at særlig eldre personer med utviklingshemming er utsatt for helseproblemer, uten at de blir møtt med det samme likeverdige helsetilbudet som resten av befolkningen. Status er at helse- og omsorgstjenestene dermed ikke blir individuelt tilpasset, noe som kan føre til at enkelte ikke får nødvendig behandling.

Personer med utviklingshemming lever med medfødte tilstander som ofte fører til ulike helseutfordringer. Dette bekrefter Langballe et al. (2017): «Mennesker med utviklingshemming kan i større grad enn andre ha problemer med å gi uttrykk for sin helsetilstand og helseplager av både akutt og kronisk art.» (s. 1). Vernepleiere har helsefaglig kompetanse og kan bidra til gode, effektive og ivaretagende tjenester. For å få en god helseoppfølging for personer med utviklingshemming er det viktig å jobbe i en større samhandlingsmodell hvor fastleger, helsepersonell, miljøarbeidere og personer med utviklingshemming er involvert. Hvis alle ledd utfører sine oppgaver, kan man i større grad sikre et godt forebyggende helsearbeid.

Vernepleiere kan bidra vesentlig i helsearbeid med god kartlegging av funksjonssvikt, demens, tidlige tegn på funksjonsfall og sykdom, vurdering av alvorlig kognitiv svikt eller ved å bruke sjekkliste for psykisk sykdom hos voksne personer med utviklingshemming. På nettsiden til Nasjonal kompetansetjeneste Aldring og helse finnes det lenker til flere verktøy vernepleiere kan bruke til kartlegging og vurdering (Aldring og helse, u.å.). Vernepleiere har ofte daglig kontakt med sine brukere og kompetanse til å gjøre slike undersøkelser i deres miljø. Dette kan gi pålitelige vurderinger av en helhetlig situasjon. God kartlegging bidrar til å iverksette riktige tiltak og involvere relevante aktører.

Det å bli forstått, hørt, sett og akseptert er ikke alltid lett i hverdagen for eldre personer med utviklingshemming. Personer med utviklingshemming og demens kan ha vansker med å identifisere sine behov eller ønsker. Det er vernepleiere og annet helsepersonell sammen med pårørende rundt dem som skal tolke signaler, og med utgangspunkt i personsentrert omsorg finne fram til hva som til enhver tid er best for den enkelte. Her står vernepleiere i rollen som miljøarbeidere ofte som en viktig støttespiller og ledsager i hverdagen.

Engstad (2016) legger vekt på betydningen av de fire T-ene i omsorgen: Tid, Tålmodighet, Trygghet og Tillit ved svekket funksjon og ved sykdom hos ulike brukere. En del av de ansatte i demensomsorgen kan oppleve at det er for lite tid til den enkelte bruker. Å bruke tiden som er tilgjengelig på en bevisst måte kan hjelpe helsepersonell med å yte god omsorg i hverdagen. «Øyeblikket har verdi i seg selv» stod det skrevet som visjon på veggen ved en demensavdeling. Dersom man fokuserer på å øke trivselen hos den enkelte person med demens, kan man bidra til en behagelig hverdag for alle involverte.

Vernepleie ved utfordrende atferd hos personer med demens

Behandling uten legemidler av utfordrende atferd og uro hos personer med demens er stadig et aktuelt tema. Støback (2015) beskriver ulike situasjoner som helsepersonell har opplevd med slike ord: «Situasjoner hvor pasienter vandrer urolig, gråter, trekker seg tilbake, viser redsel for toalettet og som ikke vil spise, er noe personalet på sykehjem opplever i arbeidshverdagen. Pasienter som roper eller banner er ikke uvanlig. Damer som ikke vil stelle seg hører vi ofte om, og gris med mat eller avføring blir beskrevet. Noen av personalet kan fortelle om slag eller spark (s. 72).»

Forutsatt at vernepleiere klarer å tilrettelegge for aktiviteter som gir innhold, mening og mestring i den enkeltes hverdag, kan det skapes en følelse av trygghet, noe som igjen kan redusere atferdsproblemer hos personer med demens. Dette ble vist ved at forekomsten av utfordrende atferd ble redusert i et positivt og trygt miljø hvor vennlighet, ro og velvære rundt pasientene og personalet i institusjoner var et fokus (Edvardsson, Sandman, Nay & Karlsson, 2008).

Det er internasjonal enighet om at en bør forsøke andre tiltak før en bruker medikamenter, for å forhindre utfordrende atferd som utagering eller aggresjon (Lichtwarck, 2018, Myhre et al. 2018). Dette er noe vernepleiere kan ha fokus på i miljøarbeidet. Et eksempel på en alternativ metode er TID – Tverrfaglig intervensjonsmodell ved utfordrende atferd ved demens. Et annet eksempel er musikkterapi som har en signifikant dempende effekt hos personer med demens med utfordrende atferd (Ridder et al. 2013, Steen et al. 2018). Vernepleiere kan observere, kartlegge og dokumentere nøyaktig utfordrende atferd i samarbeid med annet personell. For å finne mulige årsaker til uro, vandring eller roping bruker vernepleiere nyttige kartleggingskjema for atferd.

Kartlegging inneholder ofte faktaopplysninger om bruker, hans eller hennes sykehistorie, somatiske plager, psykiske belastninger og beskrivelse av atferdsmønster. Målet med dette er å identifisere problemstillinger og planlegge samt gjennomføre hensiktsmessige miljøtiltak. Noen ganger må samhandlingen med brukere rammet av demens revurderes med alle involverte aktører på grunn av at tiltak ikke når frem som ønsket. Vernepleiere kan ha en sentral rolle når det gjelder kvalitetssikring av den daglige praksisen ved utfordrende atferd.

Avslutning

Hensikten med denne artikkelen har vært å tydeliggjøre vernepleierens kompetanse og bidrag i demensomsorgen. Det er vesentlig å skape en god og trygg relasjon til personen med demens for å utvikle relasjonskompetansen i omsorgen. Fokus på mestring og deltakelse til tross for nedsatt funksjonsevne er vernepleierens særegne kompetanse. I tillegg kan vernepleiere observere, kartlegge, vurdere behov for hjelp samt iverksette aktiviteter og støtte. Å kartlegge den helhetlige situasjonen hos hver enkelt person med demens, å analysere og iverksette målrettede miljøtiltak med evaluering innen tverrfaglig samarbeid, utgjør en styrke og er en del av vernepleierens særegne kompetanse.

For vernepleiere i demensomsorgen er det viktig å ha med seg positiv tilnærming i omsorgen. Med dette menes å vise positive følelser, være bevisst sitt kroppsspråk og sin stemmebruk samt å vise at man er glad i sin jobb og bryr seg om sine brukere. Det er sentralt for vernepleiere å ha et positivt samspill med personer med demens for å bidra til at de skal ha en trivelig hverdag. Et relasjonsskapende arbeid, med fokus på mestring, deltakelse og helsefremming gjennom å styrke personens ressurser står som fundament i vernepleierens oppgaver.

Likevel er det viktigste først og fremst å se hver enkelt person. På denne måten kan man få et bredere innblikk i den enkeltes spesifikke interesser, og kan med dette sette sammen et tilbud som i større grad vil inkludere deltakelse i hverdagen, fremme medborgerskap og tilby aktiviteter de selv ønsker å være med på. Avslutningsvis må det understrekes at den særegne vernepleierfaglige kompetansen ligger i en integrert helse- og sosialfaglig tilnærming, som kan utgjøre et godt bidrag i demensomsorgen.



REFERANSER

Aldring og helse – Nasjonal kompetansetjeneste (u.å.). Skalaer og tester. Lastet ned den 14.06.2019 fra: <https://www.aldringoghelse.no/skalaer-og-tester/>

Brask, O. D., Østby, M. & Ødegård, A. (2016). *Vernepleierens kjerneroller. En refleksjonsmodell*. Bergen: Fagbokforlaget.

Edvardsson, D., Sandman, P. O., Nay, R. & Karlsson, S. (2008). Associations between the working characteristics of nursing staff and the prevalence of behavioral symptoms in people with dementia in residential care. *International Psychogeriatrics*, 20(4), 764–776. <http://dx.doi.org/10.1017/S1041610208006716>.

Eiane, G. H. & Gjermestad, A. (2019). Når personar med utviklingshemming blir eldre, kva utfordringar erfarer kommunale tenesteytarar? *Tidsskriftet Aldring og Helse*, 23, nr. 1-2019. Lastet ned fra <https://www.aldringoghelse.no/alle-artikler/når-personar-med-utviklingshemming-blir-eldre-kva-utfordringar-erfarer-kommunale-tenesteytarar/>

Ellingsen, K. E. & Berge, K. (2014) Helsefagets rolle i den vernepleierfaglige kompetansen og utøvelsen av faglig skjønn. I Ellingsen, K. E. (red.), *Vernepleierfaglig kompetanse og faglig skjønn*. Oslo: Universitetsforlaget

Engstad, T. (2016). Geriatri. I S. Ørn, J. Mjell, & E. B. Gansmo (Red.). *Sykdom og behandling. 2. utg.* Oslo: Gyldendal akademisk.

Fellesorganisasjon. (2018). Vernepleiere i demensomsorgen. Lastet ned 21.01.2019 fra <https://www.fo.no/getfile.php/1352745-1513253504/06%20Profesjonene/Vernepleierne/Vernepleierbrosjyre%202017.pdf>

Folkman, A. K., Tveit, B. & Sverdrup, S. (2019). Leadership in interprofessional collaboration in health care. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, vol. 12, 97-107

Folkman, A. K., Sverdrup, S. & Tveit, B. (2017). Tverrprofesjonalitet eller innordning? *Fontene Forskning*, vol. 10, nr. 1, 56–69

Forskrift om nasjonal retningslinje for vernepleierutdanning (2019). (FOR-2019-03-15-411). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2019-03-15-411>

Hansen, A., Hauge, S. & Bergland, Å. (2017). "Meeting psychosocial needs for persons with dementia in home care services – a qualitative study of different perceptions and practices among health care providers." *BMC Geriatrics*, 17(1): 211.

Haugan, G., Drageseth J., Rinnan E., André B. (2017). Livsglede og self-transcendence – to sider av samme sak? *Sykepleien*. 2017. 3:14–21. Hentet fra: https://sykepleien.no/sites/default/files/gs_2017_3.pdf

Head, E., Powell, D., Gold, B. T., Schmitt, F. A. (2012). Alzheimer's disease in Down syndrome. *European*

Journal of Neurodegenerative Diseases. 2012 Dec; 1(3): 353–364.

Helsedirektoratet. (2017, 1. juni). Psykisk helse og livskvalitet – lokalt folkehelsearbeid. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/folkehelse/folkehelsearbeid-i-kommunen/veivisere-i-lokale-folkehelseiltak/psykisk-helse-og-livskvalitet-lokalt-folkehelsearbeid#hverdagslivets-betingelser-p%C3%A5virker-psykisk-helse-og-livskvalitet>

Helsedirektoratet. (2017, 17. desember). Nasjonal faglig retningslinje om demens. Hentet fra: <https://app.magicapp.org/app#/guideline/2273>

Helse- og omsorgsdepartementet. (2013). Morgendagens omsorg. (Meld. St. 29 2012–2013). Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/contentassets/34c8183cc5cd43e2bd341e34e326dbd8/no/pdfs/stm201220130029000dddpdfs.pdf>

Helse- og omsorgsdepartementet. Demensplan 2020: Et mer demensvennlig samfunn. Oslo; 2015. Lastet ned den 21.01.2019 fra https://www.regjeringen.no/contentassets/3bbec72c19a04af88fa78ffb02a203da/demensplan_2020.pdf

Helse- og omsorgsdepartementet. (2015). Omsorg 2020 – Regjeringens plan for omsorgsfeltet 2015–2020. Lastet ned fra https://www.regjeringen.no/contentassets/af2a24858c8340edaf78a77e2fbc9cb7/omsorg_2020.pdf

Helse- og omsorgsdepartementet. (2018). Leve hele livet. En kvalitetsreform for eldre. (Meld. St. 15 2017–2018). Lastet ned fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/196f99e63aa14f849c4e4b9b9906a3f8/no/pdfs/stm201720180015000dddpdfs.pdf>

Kassah, A. K. & Kassah, B. L. L. (2009). Funksjonshemming. *Sentrale ideer, modeller og debatter*. Bergen: Fagbokforlaget.

Kjøs, B. Ø. & Høvig, A. K. (2016). An examination of quality of care in Norwegian nursing homes – a change to more activities? *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 30(2):330–339.

Kunnskapsdepartementet. (2012). Utdanning for velferd. Samspill i praksis. (Meld. St. 13 2011–2012). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/ac91ff2dedee43e1be825fb097d9aa22/no/pdfs/stm201120120013000dddpdfs.pdf>

Kristiansen, L. & Langballe, E. M. (2017). Hva vet vi om aldring og helse blant personer med utviklingshemning i Norge? s. 24–36. Hentet fra: https://aldring-og-helse-media.s3.amazonaws.com/documents/Hva_vet_vi_om_aldring_lav.pdf

Langballe, E. M., Skorpen, S., Larsen, F. K., Engeland, J., Kristiansen, L., Kirkevold, Ø., Selbæk, G., Engedal, K. & Kristiansen, K. M. (2017). Får eldre med utviklingshemning god nok helseoppfølging? *Tidsskrift for Den norske legeforening* 2017, s. 14–15. doi: 10.4045/tidsskr.17.0476

Larsen, F. K. (2016). Ny forskning for utviklingshemning og demens. Hentet fra <https://www.aldringoghelse.no/alle-artikler/ny-forskning-utviklingshemning-og-demens/>

Lichtwarck, B., Selbæk, G., Kirkevold, Ø., Rokstad A. M. M., Benth, J. Š., Lindstrøm, J. C., Bergh S. (2018). Targeted Interdisciplinary Model for Evaluation and Treatment of Neuropsychiatric Symptoms: A Cluster Randomized Controlled Trial. *American Journal Geriatric Psychiatry*, 26(1), 25–38.10.1016/j.jagp.2017.05.015

Ludvigsen, K. & Danielsen, H. (2014). Ny oppgavefordeling mellom personellgrupper i helse- og omsorgssektoren: veien å gå for å sikre framtidens velferdstjenester? Rapport nr. 2/2014. Oslo: Uni Research Rokkansenteret. Hentet fra <http://www.ks.no/globalassets/blokker-til-hvert-fagomrade/ny-mappe/nyopp-gavefordeling-mellom-personellgrupper-i-helse-og-omsorgssektoren.pdf>

Mjørud, M., Engedal, K., Røsvik, J., & Kirkevold, M. (2017). Living with dementia in a nursing home, as described by persons with dementia: a phenomenological hermeneutic study. *BMC Health Services Research*, januar;1–9. DOI: 10.1186/s12913-017-2053-2.

Myhre, J., Lichtwarck, B. & Bergh, S. (2018). Delt forståelse og felles forpliktelse. *Tidsskriftet Aldring og Helse*, 22, 1.

Norberg, A. (2016). Identitetsverdighet hos personer med demens. *Demens & Alderspsykiatri*, 20, 4.

Nordlund, I., Thronsen, A. & Linde, S. (2015). *Innføring i vernepleie. Kunnskapsbasert praksis – grunnleggende arbeidsmodell*. Oslo: Universitetsforlaget.

Öberg, A. D, Rolfer, B, & Lagercrantz H. (2016). Demens – möjligheter till livskvalitet. Stockholm: Nordens Valfärdscenar. <https://nordicwelfare.org/publikationer/demens-mojligheter-till-livskvalitet/>

- Ridder, H. M., Stige, B., Qvale, L. G., Gold, C. (2013). Individual music therapy for agitation in dementia: An exploratory randomized controlled trial. *Aging and Mental Health*, 17(6) 667–678, 2013.
- Røen, I., & Storlien, M. S. (2015). Strukturert miljøbehandling i demensomsorgen. Håndbok. Nasjonal kompetanse for aldring og helse.
- Steen, van der J. T., Smaling, J. A., H., Wouden, van der J. C., Bruinsma, M. S., Scholten, R. J. P. M., Vink, C. A. (2018). Music-based therapeutic interventions for people with dementia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 7. 10.1002/14651858.CD003477.pub4.
- Støback, A. M. (2015). Atferd er uttrykk for personlige opplevelser – Om kompetanseprogrammet «Forståelse og mestring av utfordrende atferd hos personer med demenssykdom.» Tidsskrift for Omsorgsforskning, 1, 72–81.
- Strøm, B. S., Ytrehus, S. & Grov, E. K. (2016). Sensory stimulation for persons with dementia: a review of the literature. *J Clin Nurs*. 2016 Jul; 25(13–14):1805-34. doi: 10.1111/jocn.13169.
- Trangvåg, O., Petersen, K. A. & Nåden, D. (2014). Crucial dimension constituting dignity experience in persons living with dementia. *Dementia*, 15, 4, 578–595 <https://doi.org/10.1177/1471301214529783>
- Tretteteig, S. (Red.). (2016). Demensboka. Lærebok for helse- og omsorgspersonell. Oslo: Aldring og Helse. Lastet ned fra <https://www.aldringoghelse.no/alle-artikler/den-nye-demensboka/>

Birthe Møgster
Høgskulen på Vestlandet
og Helse Bergen
Sølvi Risøy
Høgskulen på Vestlandet



Møteplassen – åpne russcener i Bergen

— Sammendrag

I artikkelen reflekterer vi over hvordan det sosiale utspiller seg i åpne russcener i Bergen. Våre refleksjoner bygger på kunnskapsstatus om åpne russcener i Bergen og ulike teoretiske perspektiv. I hvert perspektiv er det noe som trer fram, og noe annet som blir skjøvet i bakgrunnen. Russcenene skifter fra å ikke høre til i byrommet til å være preget av sosial inkludering, og til sist, til steder der det hersker en unntakstilstand. På samme måte skifter perspektivene på narkotikabrukeren. Totalt ser vi en kompleks virkelighet.

Det er viktig at fagfeltet har tilgang til et bredt repertoar av perspektiver på de fenomener som man arbeider med. Men uansett perspektiv er det avgjørende med et godt menneskesyn, der bruker og hjelper er i en mest mulig likestilt relasjon slik at kunnskapsutveksling kan skje.

Nøkkelord: Narkotikabruk, åpne russcener, utenforskap, rusmiddel

Møteplassen – åpne russcener i Bergen

Vi skal besøke et av Bergen kommune sine lavterskeltilbud – Straxhuset. Skal vi gå gjennom tunnelen – Bergens største nåværende åpen russcene – eller skal vi gå en omvei og heller krysse den trafikkerte gaten overfor tunnelen? Løpe en farefull sikkakk-ferd mellom biler i flere felt, eller gå mellom narkotikabrukere i en trang mørk tunnel?

Åpne russcener kan defineres som «Steder i det offentlige rom hvor grupper av mennesker som bruker narkotika samles. Det er steder hvor narkotikabrukerne samles for å kjøpe og selge narkotika, eller andre ting. Det er også en sosial arena» (Nafstad, 2013, s. 90). De siste tiårene har åpne russcener vært en utfordring i Bergen med mange medieoppslag og en heftig offentlig debatt – selv til Bergen å være. Ulike tiltak er iverksatt fra offentlige og private aktører for å bidra til reduksjon og stenging av åpne russcener.

I denne artikkelen vil vi reflektere over hvordan det sosiale utspiller seg i åpne russcener i Bergen, med utgangspunkt i forskning¹ og ulike teoretiske perspektiver. Det første perspektivet ser åpne russcener som sted og er utviklet ved hjelp av Mary Douglas (1997) og Cresswell (1996). Utledet fra Pierre Bourdieu ser vi åpne russcener som innvevd i sosiale relasjoner. Når vi ser de åpne russcenerne i lys av Giorgio Agamben, ser vi at det råder en unntakstilstand.

Alle faggrupper som arbeider i rusfeltet blir inspirert av, og benytter seg av, ulike teoretiske perspektiv og de holdninger som preger fagfeltet. De teoretiske perspektivene og forståelsene kan være konkurrerende, og det kan også endre seg over tid hvilke som blir sett på som viktige. Fagfeltets perspektiv har tidligere vært preget av moralisme og stigmatisering, men holdningene har vært i endring de siste tiårene. Et godt menneskesyn, en solid faglig forankring og et åpent blikk er nødvendig for å sikre en utvikling av gode tjenester til narkotikabrukeren.

Nygårdsparken

Bergen kommune hadde fra midten på sekstitallet og frem til august 2014 en åpen russcene lokalisert i øvre del av Nygårdsparken. Nygårdsparken er en vakker landskapspark fra 1800-tallet som ligger opp mot et høydedrag sentralt i Bergen. I mange år var høydedraget stedet hvor narkotikabrukerne samlet seg. Utviklingen har gått fra den spede begynnelse med hasj og lettere stoffer til en markeds plass for omsetting av alle former for illegale rusmidler, alkohol, sigaretter og tyvgods. Utenlandske selgere var til stede de siste årene før stengingen. Disse ble beskyldt for å ha en mer kynisk holdning til salg av narkotika.

¹ Siden 2014 er det publisert tre studier om åpne russcener i Bergen. Birthe Møgster (2014) har i sin masteroppgave kartlagt hvilken funksjon Nygårdsparken hadde for narkotikabrukerne før parken stengte. Lundeberg og Mjåland (2017) har gjennom sin omfattende studie av åpne russcener etter stengningen i Nygårdsparken bidratt til at debatten og politikken omkring åpne russcener i Bergen nå er kunnskapsbasert. Julie Marie Ryager (2017) har i sin masteroppgave satt lys på hvordan situasjonen er i den åpne russcenen i tunnelen. Disse tre studiene utgjør det forskningsbaserte kunnskapsgrunnlaget for denne artikkelen.

Miljøet i parken hardnet til, og voldsbruk var hyppig og kunne være svært grov (Lundeberg og Mjåland, 2017, Bergen kommune, 2019). Etter hvert som større europeiske byer, én for én, stengte sine åpne russcener, ble Nygårdsparken etter hvert Nord-Europas største åpne russcene. Den åpne russscenen ble sett på som et problem for byens befolkning, og særlig for de som bodde i nærheten av Nygårdsparken. Narkotikabrukerne selv var delt i hvordan de så på stedet «sitt», noen tenkte at det var blitt for voldelig og uoversiktlig, og andre mente det var et av de viktigste stedene i livet deres, et sted å høre til (Møgster, 2014).

Paradigmeskifter

I mars 2012 vedtok Bergen bystyre Handlingsplan mot åpne russcener (Bergen kommune, 2012). I denne planen vedtok kommunen å gå fra å stenge ned åpne russcener uten planer utover det – til å basere fremtidige intervensjoner på forskningsbaserte anbefalinger om tverrsektorielt samarbeid og en felles strategi for skadereduksjon. Dette var et paradigmeskifte. Waal, Gjersing og Clausen (2011) sin rapport om hvordan fem europeiske byer har fjernet sine åpne russcener, sto sentralt i dette arbeidet. Problemløsende hjelpetiltak og restriktive ordenstiltak viste seg å fungere for å bryte opp åpne russcener (Waal, et al., 2011).

Nasjonalt skjer det gradvis et skifte fra å se oppbevaring og bruk av narkotika primært som kriminelle handlinger til å se slik bruk i et større og mer helhetlig helsefaglig perspektiv. Fokus skiftet fra straff og sanksjoner til skadereduksjon og helsemessig fokus inklusive større fokus på behandlingmessige alternativer inkludert lavterskel behandlingstilbud.

Nygårdsparken stenges – nye åpne russcener oppstår

25. august 2014 ble den åpne russscenen i Nygårdsparken stengt. Det etablerte seg raskt en utvidelse av den til da, mindre russscenen i Vågsbunnen i Bergen sentrum. Hovedsakelig med opphold på dagtid i starten, men nå (2019) også på sen kveld og natt (Bergen kommune, 2019). Tunnelen ved Straxhuset utvidet seg til å bli et mer permanent oppholdssted for brukerne, et fristed for kjøp og salg samt bruk av rusmidler. Våren/forsommeren 2016 forflyttet hovedtyngden av den åpne russscenen i Vågsbunnen seg til området rundt Straxhuset og tunnelen blant annet på bakgrunn av at politiet aksjonerte i Vågsbunnen (Lundeberg og Mjåland, 2017). Per i dag har Bergen kommune to åpne russcener, Straxhuset og i Vågsbunnen (Bergen kommune, 2019).

Politiets tilstedeværelse og innsatsmetoder i Bergens åpne russcener

Politiet har hatt ulik tilnærming til de ulike åpne russcenenene i Bergen. I Nygårdspar-

ken var politiets innsats fra 1980 til 2014 preget av reaktivitet og innsatsen var aksjonsrettet. Politiet utførte enkeltaksjoner og pågrep gjerne mange personer samtidig. I 2014–2015 var en egen innsatsgruppe etablert i politiet som et ledd i det tverrsektorale arbeidet. Gruppen jobbet i Vågsbunnen med bruk av metoder som aktiv patruljering og proaktivt arbeid. Bortvisning ble brukt som virkemiddel. I perioden var innsatsgruppen til stede store deler av tiden, og dette gav også grobunn for dialog og hyppig småprat. I Straxtunnelen har politiets tilstedeværelse vært preget av ikke-håndhevelse og en form for unntakstilstand (Lundeberg og Mjåland, s. 61–96).

Bergen kommune sin nye handlingsplan mot åpne russcener 2019–2022 (Bergen kommune, 2019) foreslår en fortsatt tverrsektoriell satsing. Det fremmes også forslag om å etablere en regulert møteplass for narkotikabrukere som en del av en styrt avvikling av den eksisterende russscenen på Gyldenpris (den eksisterende russscenen utenfor Straxhuset og i tunnelen).

Forskning om åpne russcener

I forskning knyttet til narkotikabruk og åpne russcener er ofte Bourdieu brukt som teoretisk grunnlag for analyse. Et raskt søk i google scholar.no med søkeord «Bourdieu og åpne russcener» gir 13 treff². I Bergen kjennetegnes forskning knyttet til åpne russcener av å bli utført i masteroppgaver (Møgster, 2014 og Ryager, 2017). Forskerne Mjåland og Lundeberg (2017) har gjennomført en omfattende studie over tre år finansiert av Universitetet i Bergen (UIB). Samtlige studier er basert på kvalitativ forskning og feltarbeid. Samlet sett kan dette tyde på at små økonomiske og personalmessige ressurser blir satt av til forskning knyttet til å forstå mekanismer i åpne russcener i Bergen. Bergen kommunes handlingsplan mot åpne russcener 2019/2022 (2019) påpeker behov for forskning i dette feltet.

Tre perspektiver

I det følgende presenterer vi tre ulike perspektiver som kan brukes til å analysere det sosiale i de åpne russcenene i Bergen. Perspektivene kaster lys over ulike deler av det sosiale i de åpne russcenene. Det er viktig å huske at om noe havner i lyskasterens lys og noe annet kommer i skyggen, betyr ikke det at det som kommer i skyggen, ikke lenger eksisterer. Noen ganger er det nødvendig å løfte frem noen elementer for å få et klarere bilde av en situasjon. Gjennom vår bruk av teori søker vi å vise frem kompleksiteten i dette feltet. Ironisk nok fører vår bruk av teori også til en forenkling gjennom at enkelte elementer blir fremhevet på bekostning av andre.

² Moberg, (2010), Beddari, (2013), Henriksen, (2014), Møgster, (2014), Nøkleberg, (2014), Taranød, (2014), Hansen-Bjørnevoll, (2017), Gjertsen, (2017), Ryager, (2017), Bartoszko, (2018), Berg, (2018), Grønnestad, (2018), Hansen, Møen, Vogt, Christensen, Syltevik, & Lundeberg (2018).

Åpne russcener som sted: Douglas og Cresswell

Åpne russcener kan være et sted å høre til. Vi har alle steder der vi hører til, og vi er bevisste på at det er ulke regler som gjelder på ulike steder. På bybanen, på jobben, på tur i parken og vandrende på fortauet deltar vi i et system som opprettholder orden. Vi plasserer oss selv og andre inn i ulike plasser, og vårt syn på stedet vil påvirke hvorvidt en gruppe sees på som inkludert eller ei. En gruppe kan se seg selv som inkludert ett sted, mens andre kan mene det motsatte.

Personer på feil sted

Mary Douglas (1997) analyserer forestillinger om renhet og tabu og får frem at urenhet er ikke noe iboende, urenhet er noe som tildeles i vårt arbeid for å skape sosial orden. I samfunnet skjer det et kontinuerlig arbeid med grensesetting, med hva som er innenfor, hva som er utenfor, det som er på grensen og det som er på feil sted: «skitt er noe som ikke er på sin rette plass (dirt is matter out of place)» (Douglas 1997, s. 50). En åpen russcene og narkotikabrukere som vandrer rundt i samfunnet, representerer brudd på orden. Og det er bruddet som produserer det å ikke høre til et sted: at det finnes en orden og at det gjøres et brudd på denne orden (Douglas 1997, s. 51).

De åpne russcenene og narkotikabrukerne trer frem som «matter out of place», eller «persons out of place» (Cresswell, 1996). Narkotikabrukerne hører ikke til, de var «personer på feil sted». Narkotikabrukerne opplevde selv å høre til i Nygårdsparken. De fortalte at de opplevde det som mer rent og ryddig, om de oppholdt seg og injiserte i Nygårdsparken. Da slapp andre mennesker å forholde seg til deres aktivitet, og de opplevde å kunne utføre sine handlinger uten å forstyrre og skitne til for andre (Møgster, 2014, s. 101). De opplevde seg som personer på rett sted mens byens borgere opplevde at narkotikabrukerne ikke hørte til, de var «persons out of place».

Hvordan steder tolkes

Steder har ofte blitt tolket etter hva de står for i stedet for hva de blir brukt til. Steder blir skapt gjennom relasjoner, og de blir endret gjennom sosiale prosesser hos dem som tar stedene i bruk (Cresswell, 2004). Det har betydning hvordan politiets håndhever lovgivningen i det aktuelle rommet, og dette vil bidra til hvordan narkotikabrukeren kan benytte «sine» steder (Nafstad, 2013). Nygårdsparken var et stabilt sted å oppholde seg for narkotikabruken. Etter stengningen har ikke narkotikabrukerne hatt et sted som blir tolket som deres, slik Nygårdsparken var. Dette har ført til en mer nomadisk tilværelse for Bergens narkotikabrukere. De blir avvist fra sted etter sted fordi de ikke hører hjemme der, de blir «persons out of place».

Narkotikabrukerne overskrider det som anses som grenser for akseptable handlinger i det offentlige rom (Cresswell 1996). Byens øvrige befolkning har gjerne uvilje mot åpne russcener fordi en del av aktivitetene som foregår der, oppleves

som ubehagelig og truende for dem. Det ubehagelige ble svært synlig da den åpne russcenen forflyttet seg til Vågsbunnen høsten 2014, hvor det forekom åpenlys injisering og salg av rusmidler i dette offentlige rommet.

Inneveld i sosiale relasjoner: Bourdieu

Åpne russcener består av komplekse sosiale mekanismer, og Bourdieu sin teori kan ha stor forklaringskraft i møte med disse mekanismene. Perspektivet, som vektlegger *felt*, *kapital* og *habitus*, kan favne om kompleksiteten i det sosiale samspillet som fins i åpne russcener.

Alle mennesker er del av en sosial struktur (Bourdieu, 1995), og menneskene plasserer seg selv i forhold til andre mennesker i denne strukturen. Det vil si at narkotikabrukeren plasser seg selv i den åpne russcenen, og vi som står utenfor også plasserer han der. I slike felt eller grupperinger av mennesker oppstår egne sosiale regler og en struktur av sannsynlige hendelser.

Menneskene skaper fellestrekk som avgrenser dem fra andre grupper (Bourdieu og Walcquant, 1995, s. 34–35). I åpne russcener er det felles språklige sjangre for hvordan rusmiddel rangeres og omtales. Narkotikabrukene mente hasj og illegale benzodiazepiner ikke var å regne som illegale rusmidler, men som medisin.» Disse rusmidlene mente narkotikabrukeren at han/hun trengte å innta for å holde seg frisk. Det var også, ifølge narkotikabrukeren selv, et klart skille mellom narkotikabrukeren og andre, såkalte vanlige folk – de som ikke brukte (illegale) rusmidler (Møgster, 2014). Det var skille innad i gruppen blant annet på hvor ulike aktiviteter foregikk. I Nygårdsparken foregikk injisering i all hovedsak på det høyeste punktet i parken, Flagghaugen. De som injiserte hadde lav status i miljøet. Det var symbolsk viktig å markere at en ikke injiserte, gjerne gjennom å vise frem armer uten merker etter nålestikk (Møgster, 2014). Ryager (2017) viser til en egen form for «høstingsøkonomi» hos brukene av tunnelen ved Straxhuset, der ulike saker tilsynelatende både med og uten verdi, eksempelvis ødelagte hårspenner, plukkes opp fra gaten for mulig videre bruk. Folk flest plukker ikke opp ting de finner på gaten.

Volden i åpne russcener

Åpne russcener i Bergen kjennetegnes av voldsbruk. Volden er grov. Lundeberg og Mjåland (2017, 176) bruker Paul Goldstein (1985) sine tre mulige sammenhenger mellom vold og illegale rusmidler: 1) Den farmakologiske forklaringen – vold utløses av effekten av rusmidlet. Inntak av rusmidlet har effekt på brukerens psyke og endrer den moralske dømmekraften. Noen rusmidler blir omtalt som «risikable» fordi bruken kan hemme motforestillinger mot voldshandlinger og føre til aggresjon³. 2) Økonomisk motivasjon for vold – vold kan bli brukt for å skaffe seg tilgang til rus-

³ 38 % (N = 165) av de som svarer i Lundebergs og Mjålands (2017) spørreundersøkelse, bekrefter at dette kunne skje.

midler og penger. 3) Systematisk vold – at vold er et resultat av det illegale økonomiske markedet. Den systematiske volden kan deles inn i en konkurransepreget og en disiplinierende vold. Den konkurransepregede volden handler om å presse konkurrenter i et miljø hvor det er begrensede formelle reguleringer. Vold som oppstår etter reelle mistanker om tyveri, kan sees som en del av den disiplinierende volden. Den disiplinierende volden handler også om å straffe de som er upålitelige og illojale (Lundeberg og Mjåland, 2017).

Volden oppstår raskt. Under et intervju brøt det ut slåsskamp like ved (Møgster, 2014, s. 98). En årsak til slåsskamp kan være mistanke om tyveri uten at det nødvendigvis er hold i antakelsen. Av og til er det behovet for å ta ut frustrasjon og aggresjon som er viktigst. Og da må en finne på en årsak slik at en kan angripe en annen. Dette kan sees i sammenheng med den farmakologiske volden. Kampene synes å være akseptert som en del av den sosiale adferden i miljøet i Nygårdsparken (Møgster, 2014, Lundeberg og Mjåland, 2017). Men det finnes en grense for aksept; det er greit å være «psyko» av og til, men er du «psyko» hele tiden blir du «person out of place» selv i åpne russcener (Lundeberg og Mjåland 2017).

«Truende venting» – symbolsk makt

Det er noen personer som skaper fryktstemning når de er i åpne russcener. De har rykte på seg for å være voldsomme og voldelige. Andre personer oppgir at de i perioder holder seg borte fra det offentlige rom og åpne russcener, for å unngå trefninger med disse personene. Dette fenomenet omtaler Lundeberg og Mjåland (2017, s. 183) som «truende venting». Det kan forstås som en del av det som Bourdieu kaller for *symbolsk makt*. Slik makt er nært knyttet til Bourdieu sin kapitalform symbolsk kapital. Det er kapital som blir gitt oss av andre (Bourdieu, 1996). Det er de andre som anerkjenner at disse personene skaper fryktstemning. Et annet eksempel på symbolsk kapital og makt i åpne russcener kan være en selger som har godt rykte på seg for å selge rusmidler av god kvalitet. Dette gir symbolsk makt og dermed også symbolsk kapital.

Habitus

Habitus er et analytisk begrep som viser relasjonen mellom samfunnets strukturer og individets handlinger. Samfunnsstrukturene preger og former individet, og individene deltar i produksjonen av samfunnets strukturer gjennom sin deltakelse i samfunnet. Habitus har form som en «huskeliste» for sosiale erfaringer (Bourdieu, 2005, s. 197). Habitus kan ligne på ryggmargsreflekser, hvor menneske handler uten nøye vurdering (Wilken, 2008).

Habitus er nært knyttet til praktiske handlinger, og Bourdieu (1999, s. 144) mener at habitus skal «fremkalle tilpassede strategier som hele tiden fornyes». Dette medfører at den som oppholder seg i et felt, endrer seg i takt med behovet for å fungere best mulig i dette feltet. Kristian forteller «for å ikkje miste verdigheten, begynte eg å slå igjen» (Møgsters, 2014, s. 80). Han blir sosialisert inn i bruk av vold. En slik ha-

bitus omtaler Sandberg og Pedersen (2006) som *gatehabitus*. Gatehabitus blir også en habitus som binder deltakerne til gata. Gjennom forming av habitus kan dermed narkotikabrukeren bindes til den åpne russcenen.

Narkotikautløste dødsfall

- Antallet narkotikautløste dødsfall gikk ned fra 2016 til 2017. Oslo hadde i 2017 det laveste antallet slike dødsfall på ti år.
- Likevel 80 prosent av dødsfallene i 2017 skyldtes overdoser.
- Gjennomsnittlig døde 264 narkotikabrukere av overdose i perioden 2003 til 2017

Spillet og å bli dratt inn i det

I alle felt foregår det maktkamper. Bourdieu (1977) omtaler disse som spill. Alle som oppholder seg i en gruppering, blir dratt inn i spillet som foregår i dette feltet, og dette skjer mer eller mindre ubevisst. Vi deltar i feltets spill gjennom *illusio*. Illusio betyr at vi blir dratt inn spillet som pågår i det feltet vi oppholder oss i. Illusio er en mer eller mindre ubevist anerkjennelse av de verdier som det kjempes om i feltet (Nafstad, 2013, s. 238).

Det som preger åpne russcener, er at illusio kan ha negative konsekvenser. Par-kin (2013) omtaler dette som *harm illusio* (skadeillusio; vår oversettelse av harm illusio fra engelsk til norsk). Eksempel på skadeillusio i åpne russcener kan være hurtig injisering. Narkotikabrukeren injiserer hurtig, med kjennskap til mulige konsekvenser av dette, for å unngå å bli oppdaget og fratatt skuddet. Dersom den åpne russcenen har steder hvor narkotikabrukeren kan skjule seg, eller har et sprøyterom der hvilket som helst rusmiddel kan inntas, vil dette gi narkotikabruken større grad av kontroll, og skade kan unngås. Den åpne russcenen i Nygårdsparken hadde en del gjemmesteder, tunnelen ved Straxhuset har færre steder som er skjult, og gir dermed mindre mulighet for kontroll. Lundeberg og Mjåland forteller (2017, s. 118) om to som skal dele en dose som skal injiseres. I et uoppmerksomt øyeblikk fra den ene injiserer den andre hele dosen. Dette fører til støy og bråk fra den personen som ikke fikk sin del av avtalt dose. For den andre som injiserte alt rusmidlet i seg selv, førte det til en ikke dødelig overdose.

En annen form for skadeillusio er manglende mulighet til å vurdere hvor ren heroinen er, eller om den er innblandet andre stoffer. Narkotikabrukeren kan dø i overdose. Kristian vet dette, likevel tar han doser som kan være dødelige. Han er dratt inn i spillet gjennom sin trang til å ta rusmidler og oppnåelse av ruseffekt (Møgster, 2014 s. 89).

Narkotikabrukeren kan være villig til å dø for å få bedre rus. Bourdieu (1996, s. 134) omtaler at det som blir spilt om i et felt er så viktig, at deltakeren er villig til å «dø» for å oppnå gevinst. Gevinst (her: effekt av rusinntak) kan være noe som er helt uten interesse for de som ikke er grepet av dette spillet. Sånn sett, kan den som oppholder seg i åpne russcener og ikke er avhengig av rusmiddeleffekten, ha et helt annet handlingsrom i den åpne russcenen. Det kan være narkotikabrukere som fortsatt har god kontroll over avhengigheten sin, offentlige og private aktører i den åpne russcenen.

Kapital

Alle felt har kapital som er den enkeltes ressurser og verdier. Bourdieu (1984, s. 114) definerer kapital som «samlingen av faktisk omsettelige ressurser og makt». Narkotikabrukeren i Bergens åpne russcener får sin plassering og rangering i feltet etter hvor mye kapital han/hun innehar. Høy kapital gir høy plassering, og lav status og lav kapital gir dårlig plassering og tilsvarende status i feltet. Typiske gjenstander som gir økonomisk kapital er penger, rusmiddel, mobiltelefoner, våpen og tyvgods. Den økonomiske kapitalen i åpne russcener preges av at den har høy omsetningshastighet, rusmidler kjøpes, selges og inntas, tyvgods byttes og selges.

Sosial kapital er summen av nettverk som en er medlem av, og den kapitalen de ulike medlemmene i gruppen har i samlet sum (Bourdieu, 2011). Det er også av betydning hvor mye den enkelte involverer seg i nettverket. I den åpne russcenen i Nygårdsparken hadde narkotikabrukeren gjerne en person han/hun hadde nær kontakt med (Møgster, 2014). Ellers var feltet preget av at svik var en del av den kollektive habitusen. Svik var dagligdags og på mange måter akseptert. Det var vanlig å dele penger og rusmiddel, og så skulle en gjøre opp i etterkant, noe som ofte ikke skjedde og heller ikke var forventet å skje. Det beste kunne være å holde en viss avstand fra de andre narkotikabrukerne i grupperingen. Dette gav igjen en redusert sosial kapital på grunn av avgrensing til nettverket og lav involvering (Møgster, 2014).

En person kan ha mye kapital, og kapitalen har vanligvis størst verdi i feltet den er opparbeidet i. Andre aktører enn narkotikabrukeren selv har begrenset kapital i åpne russcener, gjennom mangel på rusmidler og annen kapital som har verdi i dette feltet.

Den åpne russcenen og samfunnet

I lys av Bourdieu ser vi narkotikabrukeren som en del av samfunnet. Han/hun hører til i sitt felt, den åpne russcenen som er den del av storsamfunnet. Riktignok blir åpne russcener oppfattet som marginaliserte, men de hører i Bourdieu sitt perspektiv likevel til og er ikke stilt utenfor storsamfunnet. Åpne russcener er annerledes ved at de har egne regler som dels avviker fra normer og regler i samfunnet ellers. Marginaliseringen bygger gjerne på vold og råskap som er synlig i åpne russcener. Disse mekanismene er også noe som er svært spesifikt for dette feltet, og blir en del av den kollektive habitus i den åpne russcenen. Den enkelte bruker av den åpne

russcenen tilpasser seg den kollektive habitus som er gjeldende i dette feltet, eksempelvis lav terskel for bruk av vold.

Inkludert gjennom ekskludering: Agamben

Det sosiale forvitrer om en ser de åpne russcenene og narkotikabrukeren i lys av Giorgio Agamben (1998⁴, 1999). Narkotikabrukeren er ikke lenger en del av det sosiale, er ikke en del av lov og orden og blir ikke møtt med de forventninger som finnes ellers i samfunnet. Agamben skriver om den radikale eksklusjon. I denne unntakstilstanden blir den enkelte loven, men er samtidig utsatt for en uforutsigbar virkelighet av sårbarhet. I unntakstilstanden er eksklusjonen den eneste forbindelsen til normaltilstanden.

Unntakstilstanden som trer frem, står i en nær relasjon til orden. Unntakstilstanden er et unntak fra en orden. Når Agamben skal forklare dette, refererer han til Schmitt (1985) som vektlegger at en generell norm aldri kan romme et totalt unntak. I unntaket gjelder ikke lover og regler.

Åpne russcener blir et sted utenfor lov og orden. Dette kan gi store konsekvenser for den enkelte som ikke vet hva som kan skje fra minutt til minutt. Noen kan slåss, noen kan bli voldtatt, en hund kan være glemt et sted, noen kan dø eller så kan også ingenting skje. Narkotikabrukeren står der, prater med kjente, slenger litt dritt og får det han trenger. Han står der også i vissheten om at han ikke kan stole på noen (Møgster, 2014).

En dag kan et liv være verdt 200 kroner, en annen dag en femtilapp og en annen dag – ingenting. Om narkotikabrukeren, med sin kropp og sitt liv, ikke har større verdi enn et skudd med narkotika, er voldtekt da en krenkelse? Det er som om det har skjedd et sammenbrudd av mening, som om en ikke lenger kan skille mellom innenfor/utenfor, regel/unntak, orden/kaos, rent/urent og normalt/unormalt. Samfunnets normer kan når som helst settes til side.

Suverenen

Det er *suverenen* som bestemmer i unntaket (Schmitt, 1985). Det er ikke lover og regler i denne situasjonen, og suverenen fremstår gjennom å lage lover og regler. Den eller de som tar denne makten, blir suverenen. Suverenen skaper orden og hersker i det kaoset som er unntakstilstanden.

Det er samstemmighet i forskningen på åpne russcener i Bergen om at politiet ikke er aktivt tilstede som politimyndighet i tunnelen, slik de heller ikke var det i den siste perioden i Nygårdsparken (Lundeberg og Mjåland, 2017). Loven ble ikke håndhevet disse stedene slik som den ble i Vågsbunnen og resten av byen. Dette viser frem unntaket. En vil ikke tenke at det er vanlig at politiet trekker seg tilbake og ikke håndhever loven, når det helt åpenbart forgår kriminelle handlinger.

⁴ Finnes også i norsk oversettelse, se Agamben, G. (2010).

Judasdrap

Mange narkotikabrukere dør av overdoser. Det er en sterk mistanke i miljøet om at en del av disse overdosene faktisk er drap. «Judasskudd betyr injisering av en dose rusmiddel som er dødelig. Den injiseres på en annen med overlegg. Judasdose er en dose narkotikabrukeren selv setter. Da er dosen sterkere enn det han er blitt fortalt og/eller iblandet andre stoffer. Begge, både judasskudd og judasdose, har dødelig utgang. Judasdrap er «det fryktede overdosedrapet alle snakker om, men ingen kan bevise – eller motbevise» (Finnerud og Gedde-Dahl, 2014)».

Judasdrap er en myte som blir trodd på og som miljøet frykter. Når vi tror på noe, så handler vi også i samsvar med det. Da blir det sant. Så i miljøet er judasdrap når et menneske blir drept med en overdose uten at det får noen konsekvenser. Da er det suverenen som trer frem på scenen som drapsmann. Judasdrap er et eksempel på suverenens lov. Suverenen er absolutt suveren og kan ta liv uten at det får konsekvenser. Slik er judasdrapet ikke en kriminell handling når det skjer i unntakstilstanden, det er en handling i tråd med suverenens lov.

Overdosedødsfall, og dermed også judasdrap, blir sjelden etterforsket av politiet. Uten vitner eller tilståelse er det ikke mulig å bevise om narkotikabrukeren visste hvor sterkt stoffet var, eller om dosen ble satt under tvang. Det kan også hevdes at judasdrapet er en myte, fordi den ikke er bevisbar. Den kan ikke bevises før suverenen tilstår. Hvis han tilstår, er han ikke lengre suverenen, da underkaster han seg lover og normer.

Suverenen som dreper, er det ytterste eksemplet på suverenen. Men suverenen kan også utformulere lover, suverenen kan legitimt straffe og utøve vold. Suverenen bestemmer om et menneske er krenket eller ei, og om det personen gjorde var greit eller ei. Suverenen er den som med en setning eller en handling lager loven.

I unntakstilstanden kan det være flere suverener. Det kan være mange suverener på den åpne russcenen, og de kan alle utsi loven. Det er det at alle kan være suverenen, som også gjør at alle blir utsatt. Når en ikke vet hva loven er, og hva som kan skje, så kan jo hva som helst skje når som helst. Alle er maksimalt utsatt. Suverenen henger slik uløselig sammen med det sårbare, med *Homo Sacer*.

Homo Sacer – ubeskyttet og sårbar

Når loven blir skapt av suverenens ord eller handling, vil den som ikke er suverenen være helt sårbar. Hva som helst kan ramme når som helst. Det finnes ikke noe som er trygt, det finnes ikke en trygg plass å være eller en trygg posisjon å snakke ut fra. Du er utenfor loven, i unntaket, og sårbar. Du er helt alene, du er rent liv.

Homo Sacer – det hellige mennesket – var en bannlyst skikkelse i den gamle romerretten (Agamben, 1999). Homo Sacer viser frem det komplekse forholdet mellom suveren makt og nakent liv gjennom at Homo Sacer kunne drepes, uten at drapet ville bli straffet. Samtidig som Homo Sacer ikke kunne ofres i hellige offer-handlinger. Dette livet er ikke beskyttet av samfunnet, av lover og av regler. Samfunnsdelen av livet er fjernet – det som står igjen er det biologiske livet: eksistensen

(Risøy 2010). Det er heller ikke beskyttet av det sosiale nettet som spinner seg ut mellom mennesker. Det sosiale nettet når deg ikke i unntakstilstanden, og det gir ingen mening. Det har ikke noe å si om du er en elsket sønn når du står der i tunnelen. Du er en kropp, en som kan kjøpe rusmidler, en som kan innta rusmidler eller en som kan selge rusmidler. Du kan bli drept i et judasdrap – av en du stoler på. Livet til den som blir drept, har ikke noen verdi.

Grekerne hadde to ord for «liv» med to ulike betydninger. Zoe var det rene livet, det livet som ikke var en del av det politiske. Bios var livet som var knyttet til det politiske (Agamben 1999). I våre moderne samfunn er zoe og bios smeltet sammen slik at vi bare er bios; alle deler av livet vårt er en del av det politiske (Agamben 1998). Vi kan ikke skille det rene livet fra samfunnslivet. Det at bios er det vanlige i vårt moderne samfunn, forsterker den radikale utestengingen fra samfunnet når livet blir zoe eller rent liv.

Leiren – skam og skyld

Hvordan blir det når unntakstilstanden er i ferd med å bli permanent – når den er i ferd med å bli det normale? I boken «Remnants of Auschwitz» skriver Agamben om konsentrasjonsleiren som et slikt sted (Agamben 1999, s. 168). De utmagrede fangene viser grensene for det menneskelige. Levende døde, uten språk og evne til å gjenkjenne gode handlinger, og villig til å ta liv for en brøds kalk. Fangene er redusert til kropper, de er en del av zoe, de er rent liv, sårbare og suverene på samme tid. De er fratatt sin subjektivitet, de er desubjektivert.

Skam og skyld fremtrer sterkest i møtet med det normale, uavhengig av om det rent objektivt finnes noe å skamme seg over, eller om man er skyld i noe. I de overlevendes fortellinger er det to møter som fremheves. Det ene er møtet med de normale, de som ikke har opplevd den radikale utenforskapen. Det andre er møtet med andre med samme erfaring.

Skam og skyld i møte med det normale

En av de klareste beskrivelsene av møtet med det normale er når Levi beskriver ankomsten av fem unge russiske soldater til hest, 27. januar 1945 i Auschwitz. I dem så han «skammen vi kjente så godt, skammen som druknet oss etter utvelgelsene, og hver gang vi måtte se på, eller underkaste oss, en grusomhet: skammen (...)» (Levi i Agamben 1999, s. 87; vår oversettelse). I «de normale», de som er uten erfaring med leiren, ser Levi et ekko av en skam fra sitt eget indre. Narkotikabrukeren Kristian opplever møtet med de normale i Straxtunnelen som nedverdiggende også før Nygårdsparken ble nedlagt: «Så går du der og ruser deg, så ser du masse folk som skal til jobb og sånt og du ser jo at de syntes det er svært ubehagelig sant, får 'hard junking' rett opp i fjeset.» (Møgster 2014 s. 96). Det hele er flaut, sier Kristian, og han mener at det går på verdigheten løs. Kristian sin beskrivelse inneholder de samme elementer som Levi sin beskrivelse av skammen. Ubegaget hos den andre, hos den normale, kjennes så brutalt. Det er den forbipasserendes møte med en

dehumanisert skikkelse, en skikkelse utenfor samfunnet, som oppleves smertefullt og skammelig både for den forbipasserende og for narkotikabrukeren.

Møtet med andre med samme erfaring – gjenkjenningen

Det å være utenfor i samfunnet er ikke en erfaring som bare er knyttet til leiren. I en bok av Rilke er det en berømt passasje der den pent kledde og distingverte Malke møter utelligere i Paris, og de gjenkjenner ham som en av dem (Agamben 1999 s. 61). Han lurer ikke dem med sine pene klær; når de møter ham flirer de litt og blunker til ham. Agamben (1999, s. 63) ser beskrivelsen av Malkes skam som en forløper for den skammen som konsentrasjonsleirene skulle føre med seg. Kristian (Møgster 2014, s. 106) forteller om sin saksbehandler hos NAV, «navdamen»: «Hon har vært rusbruker i 20 år, så hun vet godt ka det går i. Klin umulig å si til hon 'Nei, eg har ikkje brukt nokke'». Det er en form for gjenkjenning Kristian snakker om her. Og gjenkjenningen gjør at han ikke kan lure henne. Vi har også hørt andre med omfattende narkotikabruk bak seg si at de kan se hvilke andre som har opplevd det samme.

De åpne russcenene og det sosiale

Den nåværende russcenen ved og i Straxtunnelen har i dag en mindre gruppe brukere enn Nygårdsparken hadde. Majoriteten er per i dag norsketrisk med en sterk avhengighet til rusmidler. De beskrives som en mer marginalisert gruppe som likevel, i vår Bourdieu-analyse, vil høre til i et felt i en større samfunnsordning. Den mer radikale erfaringen av å være utenfor samfunnet, utenfor lov og rett, kommer med andre ord ikke godt frem når vi ser de åpne russcenene i lys av Bourdieu.

Agambens perspektiv viser utenforskapen, at grupper av mennesker kan være ekskludert fra samfunnet, og den eneste forbindelsen til samfunnet er eksklusjonen. Narkotikabrukerne som ble forvist til Straxtunnelen, opplevde å bli forvist bort fra sentrumsnære offentlige rom til en perifer tunnel under jorden. Vi vil nå reflektere videre over hvordan det sosiale utspiller seg i de åpne russcenene i Bergen.

Innenfor og utenfor

Tunnelen er skitten, våt, kald og trang. «Vi er gått under jorden som rotter», uttalte en bruker (privat kommunikasjon). Skadedyrsymbolikken viser at brukeren opplever seg behandlet som skadedyr, og at det ikke er plass over jorden i den ordinære bystrukturen i Bergen. Metaforen kan også fungere som en illustrasjon av Agambens perspektiv: Brukeren opplever utestenging og å bli satt i en radikal utenforskap.

I lys av Agamben forvitrer det menneskelige når mennesket skyves ut i den radikale utenforskap. Mennesket som er i en desperat kamp for å overleve, beskrives som dehumanisert og desperat. Den etablerte narkotikabrukeren prioriterer gjerne rusmiddel fremfor mat og vil kunne overskride grenser for å oppnå rusinntak.

En del av brukerne bærer preg av sitt langvarige rusmiddelbruk gjennom et loslitt utsende og et handlingsrepertoar som styres av behovet for å innta rusmidler. Adferden vil også henge sammen med hvor langt narkotikabrukeren er kommet i sin avhengighet. I ICD 10 er kriteriet for et avhengighetssyndrom blant annet «fortsatt bruk til tross for skadelige konsekvenser, stoffbruken får høyere prioritet enn andre aktiviteter og forpliktelser» (Helsedirektoratet, 2019). På tross av at de fleste narkotikabrukerne i Straxtunnelen tilhører denne gruppen, er det beskrivelser av til dels nære relasjoner og menneskelig adferd og handlinger (Lundeberg og Mjåland, 2017). Dersom en bare støtter seg til Agamben, kan dette føre til en for snever analyse. Verdien av den medmenneskelighet og den godhet som finnes, kan bli devaluert.

Sosial arena

For LAR-pasienter som ikke lenger må bruke store deler av dagen til å jage etter penger og rusmiddelkjøp, fungerer de åpne russcenene som sosiale arenaer der behov for nærhet og fellesskap kan dekkes. En del LAR-pasienter som var relativt etablert med bolig og mindre rusbruk, opplevde sosial isolasjon og kjedsomhet som konsekvens av endringene i livet (Lundeberg og Mjåland, 2017, s. 160). Preben forteller at han ikke hovedsakelig går i tunnelen for å kjøpe, selge eller bruke rusmidler. Han går der for å treffe folk og spise litt (Lundeberg og Mjåland, s. 159). Vennskap hadde også stor betydning for flere. Noen hadde en venn som var mer nær en andre, som kunne hjelpe til med praktiske ting som overnatting, injisering, dele rusmidler og penger. En som en kunne «vite hvor man hadde» (Møgster, 2014, s. 74).

At narkotikabrukerne mangler mange typer kapital og har en habitus som er dannet i rusmiljøet, kan føre til at de opplever at de ikke er velkomne, eller ikke blir inkludert i sosiale arenaer der rusmiddel ikke er i fokus. Mye av den sosiale kapitalen dannes og opprettholdes dermed i den åpne russcenen. Det kan tolkes dithen at dette begrenser narkotikabrukerens mulighet til å skape seg ny og endret kapital, og at narkotikabrukeren dermed bindes til de åpne russcenene.

Volden

Politiet har en tilbaketrukket rolle med «ikke-håndhevelse» som strategi i tunnelen (Mjåland og Lundeberg 2017, s. 199). Dette kan være en av årsakene til at tunnelen preges av mer vold. Narkotikabrukeren som oppholder seg der blir voldsutøver, voldsoffer og vitne til vold, og dette skaper en utrygghet for narkotikabrukeren. Utryggheten skaper fysiske og psykiske helseplager (Lundeberg og Mjåland, s. 177). Politiets tilbaketrukkethet gir større handlingsrom for den som velger å ta kontrollen i den åpne russcenen, suverenen kan tre frem.

Et fenomen som går ut over de eksplisitte voldssituasjonene, er den «truende ventingen». Lundeberg og Mjåland (2017, s. 183) beskriver dette slik: «... noen få enkeltpersoner skapte stor fryktstemning ved sin tilstedeværelse i de åpne russcenene. Disse personene hadde et rykte på seg som voldsomme og voldelige, og bidro med sin tilstedeværelse til det vi kan kalle truende venting».

Det skapes en «ventestemning» i russcenen som innebærer kropp i beredskap og en sosial setting med mye uforløst spenning. Narkotikabrukeren kan ha erfaring med å være på begge sider av den ventende relasjonen (Lundeberg og Mjåland 2017, s. 183). Det å hele tiden vente på noe eller noen som kan utøve vold og straffesanksjoner, skaper mye utrygghet og gir en sårbarhet hos den som venter. Makten ligger i slike situasjoner hos den som er den «truende», han inntar rollen som suverenen i disse situasjonene.

«Åpne russcener blir et sted utenfor lov og orden. Dette kan gi store konsekvenser for den enkelte som ikke vet hva som kan skje fra minutt til minutt. Noen kan slåss, noen kan bli voldtatt, en hund kan være glemt et sted, noen kan dø eller så kan også ingenting skje. Narkotikabrukeren står der, prater med kjente, slenger litt dritt, og får det han trenger. Han står der også i vissheten om at han ikke kan stole på noen (Møgster, 2014).»

Sted og skade

Sted for russinntak har betydning for skadepotensialet. Ulike steder har ulikt potensial for skade. Parkin (2013) finner at dess større kontroll den injiserende har over injiseringsstedet, dess mindre skadepotensial er det knyttet til injeksjonen. Han deler inn i A-, B- og C-steder etter hvor skjermet de er, og hvilken grad av kontroll narkotikabrukeren har over stedet. Nygårdsparken var et B-sted hvor rusinntak delvis kunne skjules i busker og kratt. Straxtunnelen er et C-sted hvor det er liten mulighet til å skjule seg.

Hvilke aktører som er til stede i de åpne russcenenene, har også betydning. Politiets tilstedeværelse kan skape utrygghet knyttet til injeksjon. Brukeren vil stå i fare for å bli fratatt det illegale rusmidlet og dermed velge å injisere hurtig for å beholde dosen, selv om den injiserende er kjent med at hurtig injeksjon kan være skadefremmende (Parkin, 2013, Møgster, 2014, Lundeberg og Mjåland, 2017). Han blir dratt inn i spillet – gjennom *illusio* – som i disse situasjonene kan føre til skade. Slik sett kunne skadepotensialet vært større dersom politiet var mer til stede i Straxtunnelen.

Betydningen av å skape steder der det kan være minst mulig skadepotensial, blir da viktig. Det er viktig at steder ikke produserer, men reduserer skade (Lundeberg og Mjåland, 2017, s. 59). Bergen kommune har siden 2016 hatt sprøyterom lokalisert på Straxhuset hvor heroin kan injiseres. Brukerromforskriften (2004) ble endret 01.01.19, og sprøyterommet ble omgjort til brukerrom kort tid etter. I et brukerrom kan det injiseres andre rusmidler i tillegg til heroin. Slike brukerrom gir narkotikabrukeren en mulighet til stor kontroll over injiseringen, samt at det er helsepersonell til stede. Dette gir et stort potensial for skadereduksjon.

Skammen

Det å være «person out of place» er ikke uten omkostninger. Det bærer med seg en opplevelse av utenforskap, av å ikke være bra nok, være mindreverdige – ikke like god som. Det er en skam knyttet til det å bli sett som en som hører til i en åpen russcene. Både Mjåland og Lundeberg (2017), Ryager (2017) og Møgster (2014) beskriver hvordan narkotikabrukerne gjør seg flid med å se ordentlig ut, trene, ha moteriktige klær og så videre, slik at færrest mulig skal se dem som en som hører til i en åpen russcene. Gjennom å unngå tilhørigheten til stedet søker de å unngå skammen som følger med det å ikke høre til andre steder enn et slikt sted.

Men det finnes mange kilder til skam, og mange nivå en kan se skammen ut fra. Agamben har en mer grunnleggende og diskursiv tilnærming når han skriver om skammen som fangene kunne oppleve. Det var en skam over å ha blitt dehumanisert, over å ha mistet en forståelse av rett og galt, over at alt har handlet om overlevelse. Den ene delen er skammen over sin egen dehumanisering, og hva han har og ikke har gjort i denne tilstanden. Det andre er skammen som den som er vitne til dehumaniseringen opplever, når han blir tilskuer til unntakstilstanden og møter det rene livet.

Å høre til i samfunnets randsone fører med seg skam. Familier med dårlig økonomi forteller om skammen over ikke å ha råd til gaver i barnebursdager. Det hjelper ikke å si at dette er et strukturelt problem, og at det ikke er det enkelte individ som skal bære denne skammen. Det er vår skam som samfunn, men det oppleves ikke slik. Påført skam skal også bæres av den enkelte. Og da ønsker en å prøve å skjule kilden til skammen om en kan.

Narkotikabrukeren må i sitt liv leve med skam. Sin egen skam og de «normale» sin skam i møte med narkotikabrukeren. Men det kan også tenkes at en tidligere narkotikabruker som lever et rusfritt liv, må leve med skyld for overlevelse og skyld for handlinger som er utført i unntakstilstanden. Skyld og skam er nært forbundet. En opplevelse av skyld kan produsere skam, og skam kan produsere en opplevelse av skyld. Elie Wiesel, overlevende etter Holocaust, sa dette: «I live, therefore I am guilty» (Agamben 1998, s. 89). Å overleve der andre ikke gjorde det, i en tilstand med rester av det menneskelige, kan fremkalle skam og skyld for den overlevende. Mennesket kan komme tilbake til samfunnet, men ikke uten omkostninger.

En ny møteplass

Bergen kommune sin satsing på å endre den åpne russescenen i og ved tunnelen til en møteplass utenfor Straxhuset vil være en ny måte å tenke på. I lys av de teoretiske perspektivene vi har presentert, kan vi tenke oss noen utfordringer.

Med utgangspunkt i Bourdieu vil det da skapes et sted som vil ha høy grad av kompleksitet. Aktørene vil etablere seg på den nye møteplassen med sin habitus, og gjennom opphold her kan den kollektive habitus endre seg. Narkotikabrukeren har med seg sine erfaringer fra andre åpne russcener, og det kan tenkes at disse blir tatt med inn til nytt sted.

Brukere av åpne russcener må tas med i arbeidet for å skape steder som gir

trygghet og skadereduksjon, også på systemnivå, anbefalte Lundeberg og Mjåland (2017). I den sterke vektleggingen av brukermedvirkning i arbeidet med det nye møtestedet kan den kapitalkunnskapen som narkotikabrukeren har, omsettes til viktige innspill til hvordan en møteplass kan bli tryggere og bedre for brukeren. Å trekke inn brukererfaringer kan gi nye handlingsrammer i et felt som er preget av mistillit og høy grad av volds- og trusselbruk mellom aktørene.

Det som ligger i kortene for en ny møteplass, er at en skiller injisering fra møteplassen. Slik vil det ikke lenger være en åpen russcene i den forstand at rusmidler vil inntas i mye mindre grad. Injisering vil trolig hovedsakelig skje på brukerrommet. Dersom det blir en ny møteplass, over jorden, et sted der narkotikabrukeren er inkludert i et videre felleskap, kan møteplassen, som et eget sosialt felt, bli tydeligere.

En møteplass med tilgang på politi og dermed håndhevelse av lov og orden vil bli et sted som ikke lenger er i en unntakstilstand. Da vil suverenen blekne, for møteplassen er i det normale. Uten en suveren – ingen Homo Sacer. Men, sårbarheten vil vedvare. I dag er det vanlig å se narkotikabrukeren som syk eller narkotikabruk som en sykdom. Dersom politiet skal håndheve loven, skal politiet beslaglegge illegale rusmidler om de kommer over dem. Samtidig ser narkotikabrukeren de illegale rusmidlene som sin medisin. Derfor vil en håndhevelse av loven overfor den syke kunne oppleves som overgrep. I maktesløsheten og den manglende kontrollen over eget liv og egen skjebne ligger sårbarheten og skammen. Et regjeringssnedsatt utvalg holder nå på og utreder muligheten for overføring av samfunnets reaksjoner på bruk og besittelse av illegale rusmidler til eget bruk (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018) fra justissektoren til helsesektoren. Slike overføringer vil endre narkotikabrukerens kontroll over eget liv.

Det er narkotikabrukenes opplevelse av å høre til som må tilstrebes i danning av ny møteplass for narkotikabrukeren.

Avslutning

Om vi nå har fått noen teoretiske perspektiver på hva som skjer i åpne russcener, er dilemmaet fremdeles der; skal vi gå gjennom tunnelen – en av Bergens åpne russcener – eller krysse den trafikkerte gaten ovenfor når vi skal besøke Straxhuset?

I lys av Bourdieu vil vi måtte forholde oss til at vi mangler gangbar kapital i dette feltet, dersom vi velger å gå gjennom tunnelen. Løper vi mellom bilene, så kan det oppleves som mer forutsigbart enn å mangle kapital og ikke kjenne spillets regler i den åpne russscenen. I Douglas sitt perspektiv er det godt mulig at det er vi som er «persons out of place» i tunnelen. Stedet er omdannet til narkotikabrukenes sted, og hans orden/uorden gjelder. Skal vi bli vitne til den lovløse situasjonen der vi kanskje ser suverenen i aksjon og den sårbare som kan bli utsatt for den suverenes makt? Bli vi den sårbare, en passerende i den åpne russscenen, utsatt for suverenen?

Når vi nå opplever at vi fortsatt står midt oppe i det samme dilemmaet, ser vi at teoretiske blikk alene ikke er nok. For å navigere må vi ha et godt menneskesyn, en sterk faglighet og evne til reell inkludering i møtet med narkotikabrukeren.

REFERANSER

- Agamben, G. (1998). *Homo sacer: Sovereign power and bare life*. California: Stanford University Press.
- Agamben, G. (1999). *Remnants of Auschwitz: The witness and the archive*. New York: Zone Books.
- Agamben, G. (2010). *Homo Sacer. Den suverene makten og det nakne livet*. Rakkestad: Valdisholm Forlag AS.
- Bartoszko, A. (2018). From Hope to § 3–1: Legal Selves and Imaginaries in the Wake of Substance Treatment Reform in Norway. *Journal of Legal Anthropology*, 2(1), 1–25
- Beddari, H. H. (2013). *Rustiltak på anbud – idealer og realiteter: En studie av Oslo kommunes anskaffelser av tjenester for rusmiddelavhengige*. [Masteroppgave Universitetet i Oslo]. Lastet ned fra <https://www.duo.uio.no/handle/10852/35843>
- Berg, K. H. (2018). *Kommunale tjenester for rusomsorg: Et kvalitativt studie av sammenheng i tjenester*. [Masteroppgave Universitetet i Oslo]. Lastet ned fra <https://www.duo.uio.no/bitstream/handle/10852/62773/Master-Kari-Berg.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Bergen kommune (2012). Handlingsplan mot åpne russcener.
- Bergen kommune (2019). Handlingsplan mot åpne russcener 2019–2022. Hentet fra: <https://www.bergen.kommune.no/politikere-utvalg/api/fil/1854495/Innstilling-vedtak-Handlingsplan-mot-اپne-russcener-2019-2022>
- Bourdieu, P. (1977). *Outline of a theory of practice*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Bourdieu, P. (1984). *Distinction: A social critique of the judgement of taste*. England: Harvard University Press.
- Bourdieu, P. (1995). *Distinksjonen. En sosiologisk kritikk av dømmekraften*. Oslo: Pax Forlag AS.
- Bourdieu, P. (1996). *Symbolsk makt*. Oslo: Pax forlag.
- Bourdieu, P. (1999). *Meditasjoner. Méditations pascaliennes*. Oslo: Pax Forlag AS.
- Bourdieu, P. (2011). *The forms of capital. I: Cultural theory: an anthology*. Timothy Kaposy og Imre Szeman (red.). Malden, Ma.: Wiley-Blackwell.
- Bourdieu, P., & Wacquant, L. J. D. (1995) *Den kritiske ettertanken*. Oslo: Det Norske Samlaget.
- Brukerromsforskriften (2004). Forskrift om ordning med brukerrom for inntak av narkotika. [FOR-2004-12-17-1661]. Lastet ned fra <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2004-12-17-1661/>
- Cresswell, T. (1996). *In place/out of place: Geography, Ideology, and Transgression*. Minneapolis/London: University of Minnesota Press.
- Cresswell, T. (2004). *Place: A Short Introduction*. Malden, MA: Blackwell Ltd, 12.
- Douglas, M. (1997). *Rent og urent: en analyse av forestillinger omkring urenheter og tabu*. Oslo: Pax Forlag AS.
- Finnerud, E. & M. Gedde-Dahl (2014, 2. mai). Judasdosen – hvor mange av overdosene i Norge er drap? *Natt og dag*. Hentet fra <http://www.nattogdag.no/2014/05/judasdosen/>
- Gjertsen, A. (2017). *Fra sosialproblem til helseproblem? En praxeologisk analyse av narkotikapolitikken i Norge*. [Masteroppgave Universitetet i Bergen]. Lastet ned fra <http://bora.uib.no/handle/1956/18307>
- Goldstein, P. J. (1985). The Drugs/Violence Nexus: A Tripartite Conceptual Framework. *Journal of Drug Issues*, 15(4), 493–506. <https://doi.org/10.1177/002204268501500406>
- Grønnestad, T. E. (2018). *Benken – et sted å være? En etnografisk studie i et åpent illegalt rusmiljø*. Hentet fra: https://uis.brage.unit.no/uis-xmlui/bitstream/handle/11250/2566810/Groennestad_Trond.pdf?sequence=1
- Hansen-Bjørnevoll, Å. (2017). *Stories among drug addicts in Bergen*. [Masteroppgave Universitetet i Bergen]. Lastet ned fra <https://www.uib.no/antro/108532/stories-among-drug-addicts-bergen>
- Hansen, H. T., Møen, A., Vogt, K. C., Christensen, K., Syltevik, L. J., & Lundeberg, I. R. (2018). *Myter om velferd og velferdsstaten*. Lastet ned fra <https://doi.org/10.23865/noasp.47>

- Helsedirektoratet (2019): ICD 10. Lastet ned fra <https://finnkode.ehelse.no/#icd10/0/0/0/2596289>
- Helse- og omsorgsdepartementet (2018), *Rusreformutvalget*, hentet fra: <https://www.regjeringen.no/no/dep/hod/org/styrer-rad-og-utvalg/rusreformutvalget/id2594880/>
- Henriksen, H. P. (2014). *Oversett eller forfulgt? -Retten sett nedenfra*. [Masteroppgave]. Hentet fra: <https://www.duo.uio.no/bitstream/handle/10852/42382/1/A--OVERSETT-OG-FORFULGT-NOV--2014.pdf>
- Lundeberg, I. & Mjåland, K.R. (2017). *Åpne russcener i Bergen etter stengingen av Nygårdsparken: En studie av strategi, tiltak og brukererfaringer*. (Bergen studies in sociology series NR. 1/2017). Universitetet i Bergen. Hentet fra: <http://bora.uib.no/bitstream/handle/1956/15880/Sluttrapport%20%C3%85pne%20russcener%20i%20Bergen%20korrigeret%20og%20endelig.pdf?sequence=5>
- Moberg, A. C. (2010). *"Gratis heroin": Et kritisk perspektiv på normative grunner i debatten om heroinstøttet behandling*. [Masteroppgave Universitetet i Oslo]. Lastet ned fra <https://www.duo.uio.no/handle/10852/32810>
- Møgster, B. (2014). *Restar av det menneskelege: Ei analyse av kva funksjonar Nygårdsparken har for rusmisbrukarar* (Masteroppgave). <http://hdl.handle.net/11250/226896>
- Nafstad, I. (2013). *Et anstendig menneske. Møter mellom rusbrukere og det offentlige rom i Oslo*. [Doktorgradsavhandling Universitetet i Oslo].
- Nøkleberg, M. (2014). *Sammen for sikkerhet? En casestudie av sikkerhetsforvaltningen i Bergen*. [Masteroppgave Universitetet i Bergen]. Lastet ned fra <http://bora.uib.no/handle/1956/8261?locale-attribute=en>
- Parkin, S. (2013). *Habitus and Drug Using Environments: Health, Place and Lived- experience*. England: Ashgate Publishing, Ltd.
- Risøy, S. M. (2010). *Suveren, sårbar og ansvarlig: Kvinners fortellinger om fosterdiagnostikk og selektiv abort*. [Doktorgradsavhandling Universitetet i Bergen].
- Ryager, J. M. (2017). *Tunnelen. En kvalitativ undersøkelse av en åpen russcene i Bergen*. [Masteroppgave Universitetet i Oslo]. Lastet ned fra <https://www.duo.uio.no/bitstream/handle/10852/57542/Tunnelen.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Sandberg, S. & Pedersen, W. (2006). *Gatekapital*. Oslo: Universitetsforlaget
- Schmitt, C. (1985). *Political Theology: Four Chapters on the Concept of Sovereignty*. 1922. Trans. George Schwab. Chicago: The University of Chicago Press.
- Taranrød, Å. (2014). *Både hjelp og kontroll-om å forberede seg til rusbehandling mens man sitter i fengsel. Innsatte og ansattes erfaringer med Stifinner'n for kvinner*. [Masteroppgave Universitetet i Oslo]. Lastet ned fra <https://www.duo.uio.no/bitstream/handle/10852/39860/Taranrd---RSOS5001.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Waal, H., Gjersing, L. & Clausen, T. (2011). *Senter for rus- og avhengighetsforskning (Seraf): Open drug scenes and overdose mortality – what to do? Rapport nr. 1/2011*. Oslo: Universitetet i Oslo.
- Wilken, L. (2008). *Pierre Bourdieu*. Trondheim: Tapir Akademisk forlag.



Inkludering, deltakelse og rettigheter



- | | |
|----------|--|
| Side 106 | Motsetninger mellom vernepleier og tjenestemottaker – konflikt og symbiose |
| Side 111 | Det er mitt liv! |
| Side 114 | Det handler om å bli tatt på alvor |

Av Jens Petter Gitlesen
Forbundsleder NFU



Motsetninger mellom vernepleier og tjenestemottaker – konflikt og symbiose

— Vi trenger vernepleierne og vernepleierutdanningen. Skulle de blitt erstattet med en generell sosialarbeiderprofesjon og en generell sosialfaglig utdanning, så er det overhengende fare for at fokuset på en såpass liten gruppe som mennesker med utviklingshemming utgjør, ville forsvunnet. Mange vernepleiere gjør en stor og god innsats. Når innsatsen ikke er så god, kan det være til tross for vernepleieren og på grunn av rammene og systemene arbeidet foregår under. Vernepleieren er en liten brikke i et stort system som gir rammer og regulerer mulighetene for jobbutøvelse. Både kommunene og spesialisthelsetjenesten er store hierarkiske organisasjoner. På alle nivå, fra kommunestyret eller helseforetakets styre og ned til den enkelte som utøver praktisk bistand, fattes beslutninger med betydning for tjenestene. Når kvaliteten på tjenesten skal vurderes, er det vanskelig å skille konsekvensen av den ene beslutningen fra den andre. En må derfor være varsom med å fokusere på enkeltkomponentene i et sammensatt system hvor mange personer og beslutninger er involvert. Siktemålet i denne korte artikkelen er utfordringer vernepleieren står ovenfor. De er det mange av. Livet er som kjent mangfoldig. Like mangfoldig blir vernepleierens oppgaver som er å bistå og legge til rette for mennesker med utviklingshemming gjennom livet. Livet har såpass mange sider at ingen kan liste dem opp.

Det er store motsetninger mellom den som gir tjenester og den som mottar tjenestene. I et harmonisk ekteskap vil motsetningene være berikende. I et skrantende ekteskap kan motsetningene være kimen til konflikt. Men forholdet mellom den som gir tjenester og den som mottar tjenester kan vanskelig sammenlignes med dagens ekteskap. Leietakeren i det kommunale bofellesskapet har langt større problemer med å bryte ut fra bofellesskapet enn kvinnene har for å bryte ut av ekteskapet. På lignende måte som mannen var den myndige og mektige i 1800-tallets ekteskap, er vernepleieren den mektige i bofellesskapet. Likestillingen har ikke nådd bofellesskapene. De objektive forskjellene kan synes uoverstigelige. Relasjonen mellom den som hjelper og den som bli hjulpet, kan vanskelig bli symmetrisk. Vernepleieren er ansatt. Hjemmet til den som hjelpes vil måtte ha et preg av det å være en arbeidsplass, i det minste i perioder. I relasjonen mellom den som hjelper og den som blir hjulpet, kan en fortsette å liste opp ulike objektive forskjeller – forskjeller som forteller om makt.

Makt kan en forstå som det å ha kontroll over andres interesser. I seg selv er det ikke noe negativt i det å ha makt. Selv i den mest idylliske småbarnsfamilien har mor og far makt over sine barn, uten at det er et argument mot foreldreansvaret. Legen har makt over pasienten, men det betyr ikke at vi er mot sykehus. Når noen har kontroll over andres interesser, så betyr det at interessene kan bli realisert. Hvis ingen har kontroll over interessene, så blir interessene til en drøm eller et håp. Men det finnes miljøer som totalt har misforstått, og misbruker makten som om kommunale tjenester er en slags omsorgsovertakelse hvor kommunen og tjenesteyterne har foreldreansvaret for voksne. Det finnes et hav av annen misforstått bruk av makt.

Makten blir et problem når den i for stor grad hindrer andre i å realisere sine interesser. Det var en slik situasjon Erving Goffman (1961) beskrev med begrepet «totalinstitusjonen», en administrativ forordning som er styrende på alle beboernes livsområder. Totalinstitusjonen er det motsatte av selvbestemmelse. Institusjonene er på fremmarsj. De kalles ikke institusjoner, men bofellesskap, omsorgsboliger og omsorgssentre.

Fra kommunene hører en ofte vernepleiere forsvare store bofellesskap. Standardargumentet er å sikre robuste fagmiljøer. Når slike argumenter fremføres, så hører man aldri om betydningen av at de som man møter i sitt hjem, skal man være godt kjent med. Da Ellen Saur og Oddbjørn Johansen (2012) undersøkte to samlokaliserte bofellesskap, så viste det seg at ingen av beboerne kunne navnene til tjenesteyterne. Slikt er ikke hjemlig. De personlige relasjonene får dårlige kår, og tjenestene får karakter av et enhetlig maktapparat. «Da må jeg spørre boligen først», var svaret som forskeren Hilde Guddingsmo (2019) fikk, da hun intervjuet beboere i et bofellesskap. Svaret viser til maktsystemet, ikke til den eller de som skal bistå. Tjenestene skal være knyttet til individet og dekke individets behov. Når Norsk Forbund for Utviklingshemmede (NFU) har tilstelninger, så er det alltid bofellesskapene som går først. Det er av hensyn til skiftplanene og nattevaktens behov. Beboernes behov ignoreres. Ser en på føringene knyttet til tjenester og bolig som Stortinget la til grunn (Sosialdepartementet, 1990), så vil en finne at samtlige brytes, og de er blitt brutt i økende grad siden siste del av 1990-tallet (se blant annet Söderström & Tøssebro, 2011). Denne utviklingen skyldes først og fremst staten og kommunene. Noen steder argumenterer vernepleierne for utviklingen. Men uansett hva verneplei-

eren gjør eller ikke gjør, så blir vernepleieren en brikke i det systemet som fokuserer på fagmiljø, arbeidsforhold, drift og alle mulige andre forhold enn det som konstituerer et hjem og beboernes behov.

I forkant av reformen var det lunken interesse blant vernepleierne for avinstitusjonaliseringen. Det er forståelig at arbeidstakere vil verne om sine arbeidsplasser, det er forståelig at en profesjon frykter det nye. Profesjoner er på sett og vis konservative. Etablerte tradisjoner, verdier og praksis innenfor profesjonen videreføres fra de etablerte til de nyrekrutterte. Lærebøkene inneholder naturlig nok fortidens kunnskap og ikke noe om fremtiden. Lærebøkene er ofte skrevet av forfattere veletablert i profesjonens tradisjoner og verdier. Mennesket lærer av erfaring. Nye utfordringer forstås på gammelt vis. Gamle, veletablerte løsninger benyttes på nye utfordringer. I forståelsen av mennesket er det vanskelig å skille mellom fagkunnskap, verdier og fordommer. En kan ikke snakke om god tilrettelegging eller god bistand uten en normativ basis. Kommer det først inn en uheldig tradisjon, blir det svært krevende å få den ut. Helse- og omsorgslovens § 9-5, er et tydelig eksempel: «Tvang og makt kan bare brukes når det er faglig og etisk forsvarlig». Vanligvis ligger den etiske forsvarligheten til grunn for den faglige forsvarligheten. Skillet i lovverket er et resultat av historiske og institusjonaliserte synder. Lovgiver var slett ikke sikker på at det som skjulte seg under fagligheten, alltid var etisk forsvarlig. Det er lenge siden media skrev om overgrepene og overgrepskulturene i institusjonsomsorgen. Men vernepleierne er på et sterkt normativt felt. De kan invadere og ta kontroll over store deler av tjenestemottakernes privatliv. De jobber i små og rimelig lukkede systemer. I små sosiale systemer utvikles felles normer. Kontrollsystemene er få og referansene er stort sett kolleger med det samme normsettet.

«Behandling» er et positivt ladet begrep som en dessverre kan finne litt for mye av. Skal behandlingen være bra, så bør behandlingen være mindre belastende enn problemet en behandles for. Behandlingen bør helst ha effekt. Kan hende litt for mange behandles litt for lenge mot mistriksel og uheldige livsbetingelser, uten at det gjøres noe for å øke trivselen eller bedre livsbetingelsene. Det finnes flere tilfeller hvor personer med utviklingshemming har vært i vedvarende behandlingsregimer, ofte med utstrakt bruk av tvangstiltak, før pårørende sier at nok er nok og får en ordning med brukerstyrt personlig assistanse (BPA). Når problemene forsvinner, så komme det neppe av at faglærte erstattes med ufaglærte. Årsaken er trolig at BPA gir en større mulighet for individuelt tilrettelagte tjenester.

Med tiden har myndighetene forsøkt å ta bedre styring med helse- og omsorgssektoren. Ser en på nasjonale tilsyn, så ser en mange henvisninger til faglig forsvarlighet. Få innser at den faglige forsvarligheten er en trussel mot omsorgstjenesten. Det er langt enklere å gi faglige retningslinjer for blindtarmsoperasjoner enn å finne faglig forsvarlige venner. Faglig forsvarlighet stjeler fokus fra livets viktige sider og vektlegger helsefaglige spørsmål hvor det er enkelt å lage rimelig entydige prosedyrer. Faglig forsvarlighet er nyttig når det gjelder tannhelse, medisinhåndtering og sårstell, men ingen forskrift, rundskriv eller veileder forteller hvordan faglig forsvarlig liv skal leves. Det medisinske fokuset ble forsterket med overgangen fra sosialtjenesteloven til helse- og omsorgstjenesteloven. Fokuset står stikk i strid med det sosialfaglige. I det medisinske fokuset er utfordringen i pasienten. Helsetjenesten skal rette opp og forebygge skade og lyte. Det sosiale fokuset bør være å utforme,

bistå og tilrettelegge miljøet for å sikre gode liv. Vernepleierne må stå opp mot dette helsefokuset og bevare det sosialfaglige. Vi har vært under sykehusloven. Ingen ble «friske», og det tok mange år før samfunnet innså at utviklingshemming ikke er en sykdom, men en del av det menneskelige mangfoldet.

Målstyringssystemene, både i stat og kommune, er lite velegnet og kan være farlige. Bofellesskapene rapporterer om sykefravær, avvik og ressursbruk. Målsetningen med tjenestene er å sikre gode liv. Når målstyringssystemene ikke inneholder tjenestens formål, og styrerne ikke kjenner sektoren, så kan en heller ikke forvente god styring.

Rapportene aggregeres og presenteres i kommunestyret to ganger per år. Om høsten gjelder det budsjett, om våren er det revidert budsjett. Politikerne behandler aldri saker som gjelder formålet med tjenesten. Det reviderte budsjettet har en tendens til å vise overforbruk. Når verken rådmannen eller politikerne er kjent med feltet, så er budsjettkutt den naturlige konsekvensen av overforbruk selv om budsjettkutt kan medføre mer sykefravær, flere avvik og enda større overforbruk.

Vernepleierne treffes av styringssystemene. De gir rammer for yrkesutøvelsen. Det en rapporterer om får fokus og virker disiplinerende. Skal vernepleierne kunne utøve en god jobb, så setter det krav til rammebetingelsene. Slike krav finner en knapt i sakspapirer. I budsjettet telles kroner, årsverk og sykemeldinger. Det står ikke noe om aktive og meningsfulle liv.

Vernepleierne fungerer i stor grad godt sammen med dem de skal bistå og tilrettelegge for. Forholdene som er nevnt over, er blant forbedringspotensialene som en kan finne visse steder. Det er lettere å påpeke problemer enn å finne løsninger. FN-konvensjonen om rettighetene til mennesker med nedsatt funksjonsevne gir de grunnleggende rettighetene som myndigheter på alle forvaltningsnivå skal følge. De sentrale bestemmelsene fra konvensjonen må enhver vernepleier kjenne til. Selvrefleksjon, det å få andres øyne til å vurdere egen virksomhet samt å etablere en inkluderende debatt, er bevisstgjørende og nyttige øvelser. Kan hende vernepleierens svakeste felt er at de tilpasser seg kommunenes styringssystemer og rammer. Skal vernepleierne kunne gjøre en god jobb, så må rammene være til stede. Slikt ordnes verken i bofellesskapet eller i habiliteringstjenesten. Skal en sikre rammene, så trenger en aktive og sterke fagforeninger som kan tale omsorgssektorens formål overfor rådmenn og politikerne. Med for dårlige arbeidsbetingelser vil selv Norges beste vernepleier gjøre en dårlig jobb.

REFERANSER

Goffman, E. (1961). *Asylums: Essays on the condition of the social situation of mental patients and other inmates*. London: Routledge

Guddingsmo, H. (2019). «Da må jeg spørre boligen først!»—Opplevelsen av selvbestemmelse i bofellesskap. I Jan Tøssebro (Red.), *Hverdag i velferdsstatens bofellesskap* (s. 78–94). Oslo: Universitetsforlaget.

Saur, E. & Oddbjørn Johansen, O. (2012). «Er det nå så lurt å samle så mange som trenger hjelp på den samme plassen?». Trygghet, sikkerhet og organisering av to samlokaliserte bofellesskap. Høgskolen i Nord-Trøndelag. Rapport nr. 83, Steinkjer 2012.

Sosialdepartementet (1990). *Om gjennomføring av reformen for mennesker med psykisk utviklingshemming*. (St. meld. 47 [1989–90]).

Söderström, S., & Tøssebro, J. (2011). *Innfridde mål eller brutte visjoner? Noen hovedlinjer i utviklingen av levekår og tjenester for utviklingshemmede*. NTNU Samfunnsforskning AS.

Av Marte Wexelsen
Goksøyr

Det er mitt liv!

Ved ordet *menneskeverd* kommer flere tanker.

Jeg tenker på å gi meg selv verdi, se på meg selv som viktig og verdifull. Jeg må ha tro på det jeg gjør. Bare da kan jeg gjøre det umulige mulig!

Jeg tenker på likeverd. Alle mennesker er like mye verd uavhengig av hva de presterer eller hvordan de ser ut.

Jeg tenker på egoisme og uvitenhet.

Egoisme først.

Jeg mener vi lever i et A4-samfunn hvor vi skal være så perfekte, hva nå det er. Vi skal være vellykkede, uten problemer. Dersom man får et barn som blir betegnet som mindre perfekt, kan man tro at dette barnet står i veien for foreldres vellykkethet og lykke? Kan det å få et slikt barn bli en skam?

Helt misforstått, spør du meg!

Jeg spurte min mor en gang hva hun følte da jeg ble født, da hun skjønte at jeg hadde Down syndrom. Noe av det hun sa var: «Det var kaos inne i meg. Du var et utrolig nydelig lite barn. Det var ikke du som var problemet. Problemet lå i meg. Smerten og utfordringen var at jeg måtte møte og se mine egne fordommer.»

Hvis da problemet først og fremst ligger i menneskers og samfunnets fordommer, fjerner man da problemet med å sørge for at mennesker med Down syndrom ikke blir født, eller må man tørre å se sine egne fordommer?



Jeg ser for meg samfunnet som et stort puslespill. Menneskene er brikkene, og alle brikkene er helt nødvendig og like viktige.

Så til uvitenhet.

Vi har et system hvor vi grupperer mennesker. Vi har spesialklasser, spesialskoler, gruppeboliger som er små institusjoner, hvor det lett blir personalet som bestemmer. I arbeidslivet har vi varig tilrettelagte arbeidsplasser med noen få kroner timen i lønn. Alt dette gjør at vi usynlig-gjør noen mennesker ved å holde dem utenfor fellesskapet. Noen blir på denne måten ikke regnet med, og vi får et ekskluderende samfunn. Dette skaper uvitenhet og usikkerhet. **Vi får ikke oppleve hverandre.**

Det sies at noen mennesker er *annerledes*. Jeg mener at alle mennesker er forskjellige om de har en funksjonshemning eller ikke, alle er *annerledes*. Betegner man noen mennesker på denne måten, blir det **vi** og **de** som er *annerledes*. Igjen et ekskluderende samfunn.

Det er viktig å se **Det Mennesket**. Jeg er selv en kvinne med Down syndrom. **Jeg er ikke syk, jeg har ikke en kromosomfeil, jeg har et ekstra kromosom i mine celler. Jeg er ikke en diagnose. Jeg er Marte, helt unik som alle!**

Lover som politikere lager, påvirker våre holdninger. Jeg ønsker meg lover som hindrer å skape et samfunn som ønsker å sortere bort fostre man regner som mindre perfekte. **Det må ikke bli en rettighet å få såkalt perfekte barn!**

Dersom man får et barn som trenger mye hjelp, må det finnes lover som gir disse menneskene rettigheter til den hjelp de trenger.

Teknologien er i utvikling, og vi er allerede på vei til å normalisere et sorteringssamfunn. Ni av ti som får vite at barnet de venter har Down syndrom, tar en sen-abort. Leger og politikere betegner på den måten Down syndrom som en sykdom, uforenlig med et godt liv.

Helseministeren har sagt ja til blodprøve, betalt av staten, som kan avdekke mistanke om Down syndrom hos fosteret.

Jeg tilhører en minoritetsgruppe i vårt samfunn, og jeg ser det som svært skremmende og dypt krenkende om det skulle være et statlig ønsket prosjekt å utrydde en gruppe mennesker, sortere dem bort.

Er jeg ikke ønsket i dette samfunnet?

Jeg ønsker meg et inkluderende samfunn for alle.

Jeg ønsker meg en skole med elevtilpasset undervisning for alle.

Metoder hvor alle får lære i sitt tempo uten å grupperes eller bli målt opp mot hverandre.

Jeg ønsker at mennesker med såkalt utviklingshemning skal ha rett til utdanning utover videregående skole. Det finnes ikke i dag. Praksis er uføretrygd så fort som mulig.

Jeg ønsker at alle har et arbeid å gå til, hovedsakelig i det ordinære arbeidslivet, at alle kan bidra ut fra sine forutsetninger med skikkelig lønn for det arbeidet de utfører. Noe annet er misbruk av menneskers arbeidskraft.

Jeg ønsker at det finnes forskjellige boformer, ikke bare små institusjoner med ansatt personale. Dersom man trenger hjelp, kan man ha personlige assistenter til dette. Da er det en selv som bestemmer hva man trenger hjelp til, og når hjelpen må gis.

Fritidsaktiviteter må tilrettelegges så mennesker med funksjonshemning føler seg inkludert og velkommen.

Et inkluderende samfunn for alle! JEG GIR MEG IKKE SÅ LENGE JEG LEVER!

Det handler om å bli tatt på alvor

— Det er til dels store utfordringer knyttet til utviklingshemmedes menneskerettigheter i de kommunale tjenestene. Vernepleiere har en viktig rolle når det kommer til å sikre disse. Ivaretagelse av menneskerettigheter er en kontinuerlig prosess.

Kjersti Skarstad har en mastergrad i menneskerettigheter og en doktorgrad i statsvitenskap. Begge fra Universitetet i Oslo. Skarstads forskning dreier seg om menneskerettighetene til mennesker med nedsatt funksjonsevne.

– Skarstad, hva er menneskerettigheter?

– Den enkle definisjonen på menneskerettigheter er at det er rettigheter man har i kraft av å være et menneske. Menneskerettigheter er så grunnleggende at de ikke kan tas fra oss.

– Er menneskerettighetene rettigheter noe **noen** har funnet opp?

– Leser man menneskerettighetens historie, vil enkelte trekke dem tilbake til antikken, men veldig mange menneskerettighetsforskere vil si at det hele startet i opplysningstiden. Det var først da man begynte å snakke om enkeltindividet at gjennombrudet kom. At hvert enkelt individ har rettigheter uav-



Kjersti Skarstad.

hengig av egenskaper og gruppedlemskap, er kjernen i menneskerettighetene.

FNs Verdenserklæring, som Eleanor Roosevelt ledet arbeidet med, feiret 70 år i desember i fjor.

– Verdenserklæringen var på en måte startskuddet. Man fikk denne erklæringen på bakgrunn av andre verdenskrig. Da så man hvor grusomme mennesker kan være mot hverandre, når man mister av syne at alle mennesker har samme grunnleggende verdi. Konsekvensen var Holocaust og de forferdelige massedrapene. Det er fra asken av andre verdenskrig man får Verdenserklæringen.

Verdenserklæringen er ikke juridiske bindende. Fra denne erklæringen forelå i 1948 gikk det hele 28 år, altså frem til 1976, før de andre hovedkonvensjonene trådte i kraft (konvensjonen om økonomiske, sosiale og kulturelle rettigheter – ØSK – og konvensjonen om sivile og politiske rettigheter – SP). I disse årene var det en stillstand på grunn av kald krig.

I Norge

– Norge var frem til omtrent 20 år siden litt raskere med å ratifisere de forskjellige konvensjonene enn det vi er i dag. Nå er det nok en større skepsis til å forplikte seg for mye til internasjonale avtaler. På den ene siden kan man se på dette som et tilbakeskritt. På den andre siden kan man se på dette som en effekt av suksessen til menneskerettighetene. Norge kan bli dømt for brudd på menneskerettighetene, og blir det også.

– Menneskerettighetssituasjonen i Norge er veldig god sett i forhold til veldig mange andre land. Dette må vi nok slå fast. Allikevel har også Norge store menneskerettighetsutfordringer. Kanskje spesielt på funksjonshemningsfeltet. Her er ikke Norge et foregangsland slik vi er på kjønnslikestilling. Når det kommer til funksjonshemningsfeltet så kunne vi ha gjort veldig mye mer. Vi burde ha gjort mye mer.

CRPD

Skarstads forskning dreier seg i det store om problemstillinger knyttet til CRPD (The Convention on the Rights of People with Disabilities) – en konvensjon Norge ratifiserte i 2013. Det er lite forskning på feltet.

– Hele menneskerettighetsperspektivet på funksjonshemming er ganske nytt. Det er en person som står meg nær som har en funksjonsnedsettelse. Derfor var det nok lettere for meg å forstå noen av disse problemstillingene og se noe av den forskjellsbehandlingen personer med funksjonsnedsettelser uttestes for. Det er lite forskning på funksjonshemmingsfeltet i det hele tatt. I statsvitenskap er dette nesten et helt glemt tema. I «web of science», en database for vitenskapelige artikler, fant jeg at i løpet av de siste 30 årene har bare rundt 0,2 prosent av artiklene innenfor kategorien statsvitenskap hatt funksjonshemming som et tema.

«Den enkle definisjonen på menneskerettigheter er at det er rettigheter man har i kraft av å være et menneske. Menneskerettigheter er så grunnleggende at de ikke kan tas fra oss.»

Skarstad fant 19 artikler som hadde funksjonshemming og menneskerettigheter som tema over en 30-årsperiode. Dette er svært lite tatt i betraktning av det finnes omtrent 200 000 statsvitenskapelige artikler.

– Noen måtte ta den jobben. Jeg tenkte at her er det et stort behov. Det er jo veldig spennende rent forskningsmessig når det ikke er gjort noe særlig på området.

– *Mange av konvensjonene er gamle, som ØSK og SP. Hva er årsaken til at man først nå nylig fikk en konvensjon som rettet seg mot rettighetene til mennesker med nedsatt funksjonsevne?*

– Det er et godt spørsmål. Jeg tror det viser hvor sterkt ideen om at det er naturlig å drive diskriminerende forskjellsbehandling av funksjonshemmede, har stått. Den uretten som er gjort overfor funksjonshemmede, har ikke blitt sett på som urett, men som legitim forskjellsbehandling gitt personens diagnoser. På denne måten har det vært sett på som naturlig at funksjonshemmede har blitt ekskludert og ikke har hatt de samme rettigheter som alle andre.

– Funksjonsnedsettelse har i nokså stor grad blitt overlatt til medisin- og helsefagene. Når man utelukkende ser på funksjonshemming som et medisinsk spørsmål, skal det en del til for at man skjønner at situasjonen til funksjonshemmede også er et menneskerettighetsspørsmål. Det måtte et tankeskifte til, også innen menneskerettighetsfeltet, før man skjønnte at det ikke er slik at en funksjonsnedsettelse i seg selv medfører at personen med funksjonsnedsettelsen ikke får tilgang til bygg, blir isolert på institusjoner og at de er langt mer utsatte for vold. Dette skyldes at vi har skapt et samfunn som er innrettet på denne måten. Å ekskludere eller inkludere noen er et valg.

– *Hva er den største utfordringen Norge har for å kunne etterleve konvensjonen bedre?*

– Kanskje et litt abstrakt svar, men jeg er jo innen en forskningstradisjon som vektlegger at måten vi tenker på, vår forståelse, ideene og oppfatningene våre, også har en veldig stor betydning for praksis. Vi må forstå hva det innebærer å ha like rettigheter. Vi trenger et holdningsskifte. Dette er et langsiktig og kontinuerlig arbeid.

– *Man tenker ikke på utviklingshemmede eller funksjonshemmede som en del av et fellesskap – det blir på en måte de og oss?*

– Ja, man ser ikke at dette i stor grad dreier seg om et likestillings- eller et rettferdighetsspørsmål.

Vergemål – en menneskerettighetsutfordring

Når Skarstad sier at hun jobber med funksjonshemmedes rettigheter, så tror mange at hun jobber med helsefag – selv om hun sier *rettigheter*. De tenker ikke at hun jobber med politikk og rettigheter.

– Jeg tror at en av de største menneskerettighetsutfordringene Norge har, for å ta et litt mer praktisk eller konkret eksempel, er vergemålsordningen og manglende rett til selvbestemmelse for utviklingshemmede. Retten til selvbestemmelse ligger til grunn for veldig mange av de andre menneskerettighetsutfordringene som skjer på utviklingshemmingsfeltet.

Retten til selvbestemmelse er en grunnrettighet. Dersom man ikke har denne rettigheten og ikke blir sett på som et individ som kan bestemme selv, så gjør det også at det blir veldig mye lettere å bli overkjørt.

– Ett eksempel er at andre kan bestemme hvor personen med utviklingshemning skal bo, at kommunen faktisk kan tvangsflytte personen og at kommunen bestemmer hvilken bolig personen skal bo i. Det handler om å bli tatt på alvor – om å bli tatt seriøst. Det er det retten til selvbestemmelse handler om. Og blir personen ikke tatt seriøst, så får personen heller ikke oppfylt de andre rettighetene.

– Skolefeltet har også en vei å gå. Selv om man har en utviklingshemning, så skal man få opplæring. Man skal bli tatt på alvor. Utviklingshemmede blir ikke tatt seriøst dersom en stor del av skoledagen går med til aktiviteter som vaffellaging – for å sette det litt på spissen. Alle kan få vitnemål. Selv om man har en alvorlig utviklingshemning, så skal man ha noen mål for opplæringen. I et vitnemål kan det stå noe om målene for opplæringen og graden av oppnåelse.

Tvang

Når det er aktuelt med bruk av tvang, noe Skarstad mener bare må være unntakstilfeller, må reglene for tvangsbruk gjelde likt for alle, uavhengig av funksjonsnedsettelse. Den positive effekten av tvangsbruken må være klart større enn de negative, særlig når det gjelder personens selvbestemmelse – som dersom man reduserer en persons mulighet til å disponere egne midler, at det åpner opp et vell av andre muligheter for den personen.

– Jeg er opptatt av at man må ha lik rett til selvbestemmelse. Retten til selvbestemmelse må gjelde uavhengig av personens ferdigheter eller kognitive nivå – eller det man kaller samtykkekompetanse.

– *At utgangspunktet er likt for alle – at man har like muligheter til å bestemme i eget liv?*

– Ja, retten til selvbestemmelse gjelder likt for alle. Men så har man jo en utfordring i at folk kan skade seg selv, at man da i enkelte tilfeller må benytte tiltak som innebærer tvang. Spørsmålet blir da når skal man gripe inn, og hva slags type kriterier skal ligge til grunn. I disse tilfellene er det grunnleggende at man bruker de samme kriteriene som man ville gjort dersom personen ikke hadde en funksjonshemning – kriterier som gjelder for alle og uavhengig av funksjonsnivå.

– *Diagnoseuavhengig, altså at diagnose ikke skal være noe vilkår?*

– Ja, men heller ikke samtykkekompetanse fordi samtykkekompetanse er så tett knyttet til diagnose at det blir mer eller mindre det samme – bare med en litt annen innpakning. Man har gått bort fra prinsippet om selvbestemmelse når man benytter tvang. Selvbestemmelse må man alltid ha med i disse vurderingene. For å aldri kaste bort prinsippet om selvbestemmelse så kan, for eksempel, slike vurderinger tas ut ifra om tvangsinngrepet vil gjøre at personen på sikt får større selvbestemmelse, eller at det vil føre til mer selvbestemmelse på livsområder som er viktige for personen det gjelder. Dette er en måte for å ta inn selvbestemmelsesprinsippet også i avgjørelser knyttet til tvang.

«Vernepleiere skal ha sin lojalitet ovenfor brukerne, ikke systemet. Men dessverre er det lett å bli formet inn i en kultur hvor vernepleiere blir systemlojale fremfor brukerlojale.»

– Dette er ment som et forslag til hvordan man på en bedre måte kan ta avgjørelser knyttet til bruken av tvang. Bakgrunnen er at jeg er redd for at man skal legge for mye i det å ikke ha samtykkekompetanse. Da stopper vurderingen av hva denne personen faktisk vil og kan opp – det må den aldri gjøre. I vurderingene forut for eventuell bruk av tvang må man tenke veldig nøye på hva det er denne personen egentlig vil, personens egenskaper og personens identitet – selv om personen har en alvorlig utviklingshemning.

– *Mener du beslutningsstøtte?*

– Ja, rett og slett. Så kommer vi til spørsmålet om personen ønsker å gjøre et valg som kan være skadelig for ham eller henne. Da må man ha et annet prinsipp enn dette med samtykkekompetanse. Da foreslår jeg at man heller kan veie grad av skade opp mot grad av vinning, ut fra en helhetsvurdering av hva enkeltpersonen ønsker og har av interesser.

– *Aksepterer man i mindre grad dårlige valg hos utviklingshemmede enn man gjør hos andre?*

– Ja, det har jo nesten blitt slik at utviklingshemmede ikke skal få lov til å ta ufornuftige valg. Samtidig er det viktig å påpeke at det er kjempebra å tilrettelegge for gode valg, og at det ikke er slik at selvbestemmelse er en svart/hvitt-sak. Selv om en person har selvbestemmelse, så er det jo viktig å prate med dem og motivere de til best mulig avgjørelser. Påvirkning er en viktig del mellommenneskelige relasjoner. I et kjæresteforhold eller hvilke som helst familieforhold og venneforhold så vil man fortelle hverandre hva som var bra og hva som ikke var fullt så bra. Hvis man er en god venn, så vil man kanskje ta med personen ut på noe som er litt morsomt, hvis vennen er litt lei seg. Alle disse tingene må selvfølgelig bestå også når man yter tjenester til utviklingshemmede.

– Man må se personen an. Det er personer som sier nei uansett hva man spør om. Da er det viktig at man kjenner personen – for å vite hva personen egentlig mener, og hva han eller hun egentlig vil.

Turnus inngår ofte i planleggingen av de kommunale tjenestene til utviklingshemmede. Det er ofte mange personer som går i en turnus, og det er ofte små stillingsbrøker i turnusen. Dette kan medføre at tjenestene tilrettelegger for diskontinuitet

fremfor kontinuitet, og at muligheten for å skape gode relasjoner blir vanskeliggjort.

– Jeg har hørt at det i noen kommuner nærmest har blitt en policy at brukerne ikke skal ha disse relasjonene – akkurat som at det er et mål at avstanden og skillet mellom bruker og ansatt skal være størst mulig. Det kan virke som at disse kommunene oppfatter det som et problem, dersom en bruker binder seg tett til en ansatt. Dette synes jeg virker rart ettersom det å jobbe med utviklingshemmede og miljøarbeid dreier seg om relasjonsarbeid. Å jobbe med utviklingshemmede handler om å være der og gi støtte slik at folk kan leve gode liv. Da handler det om relasjoner. Det å knytte kontakt med andre mennesker handler om å leve livet. Dette handler igjen om selvbestemmelse, at man bør ha innflytelse på hvem det er som skal jobbe med meg. Dette er jo personer som skal være i hjemmene deres.

Skarstad skjønner godt at folk reagerer og kan bli sinte, dersom det er personer i hjemmene deres som de ikke liker og som de ikke går overens med. Det er et stort problem når disse sakene eskalerer til å bli tvangssaker.

– Det må selvfølgelig være noen grenser. Personalet som jobber der, skal jo også ha sitt privatliv. Det må være noen reguleringer, men det behøver ikke å være et hinder for at man skal ha det gøy, bli godt kjent og være en god venn.

– *Hva er det viktigste vernepleiere kan gjøre for å kunne yte tjenester som igjen imøtekommer de problemene du setter fingeren på – for at praksisen vår skal være best mulig?*

– Jeg vet ikke om jeg klarer å si én ting, men jeg synes det er veldig viktig at vernepleiere lærer om CRPD og de innsiktene som ligger til grunn for CRPD – at vernepleiere lærer om menneskerettighetene. Selv om vernepleiere lærer om CRPD og menneskerettigheter i løpet av utdanningen, så er ikke ting unnagjort bare fordi man er ferdig med eksamen. Det er viktig at vernepleiere hele tiden har fokuset på menneskerettigheter med seg i det daglige arbeidet som utføres. Man må diskutere med kolleger, og man må kontinuerlig reflektere over etiske problemstillinger.

– *Burde fokuset på menneskerettigheter vært tydeligere i det kontinuerlige kvalitetsutviklingsarbeidet – hvordan jobbes det for å ivareta menneskerettigheter på akkurat dette tjenestestedet? Det kan være lurt å stille kritiske spørsmål til egen praksis.*

– Ja, det høres lurt ut – jeg er veldig for det. Dette er vanskelige spørsmål. Selv de som har tatt doktorgraden på området, må også hele tiden jobbe med hva det er dette betyr nå.

«Godt nok»

Vernepleieren eksisterer fordi noen har bruk for tjenestene våre – altså personer med sammensatte funksjonsnedsettelse. Derfor skal vernepleiere være helse- og sosialpolitiske aktører – som en yrkesetisk forpliktelse. Vernepleiere skal, så langt der er rimelig, være på brukerens side, og vi skal argumentere for gode tjenester. Begrepet «godt nok», som er et begrep som en del kommuner benytter som siktemål for hvilket nivå tjenestene skal ligge på, er ikke særlig visjonært.

– «Godt nok» er snakk om kun å imøtekomme et minimumskrav. Hvorfor legger man terskelen lavere for utviklingshemmede enn man ville gjort for seg selv? Hva slags klær skal personen ha på seg, eller hvor ofte skal det vaskes i leiligheten –

«godt nok», men det er jo ikke slik vi ville hatt det selv. Vernepleiere og andre som jobber i tjenestene til utviklingshemmede, er veldig viktige menneskerettighetsaktører fordi det er de som er satt til å utøve disse overordnede prinsippene, eller rettighetene, i det daglige. Uten en god rettighetsbevissthet så kommer man ikke i mål med menneskerettighetene. Den rollen vernepleiere har, er veldig viktig.

Vernepleiere skal ha sin lojalitet overfor brukerne, ikke systemet. Men dessverre er det lett å bli formet inn i en kultur hvor vernepleiere blir systemlojale fremfor brukerlojale. Systemlojalitet er som oftest ikke kontra brukernes behov, men det kan oppstå situasjoner hvor prioriteringer blir gjort av andre hensyn enn brukerens behov. Kommunen kan si at den har ansatt så og så mange vernepleiere, og at den satser på å få vernepleiere til å jobbe i tjenestene. For å sette det hele litt på spissen kan vernepleiere i verste fall bli et slags alibi for noe som vi ut ifra vår profesjonshistorie og yrkesetikk, ikke kan stå inne for.

– Som vernepleier har man da et ekstra ansvar, fordi det å ansette mange vernepleiere i tjenestene kan bli et slags godkjentstempel. Det å ha tittelen *vernepleier* iligger personen et stort ansvar for å sikre rettighetene til personer med utviklingshemning på lik linje med at en forsker ikke kan feilinformere folk eller undervise om ting som ikke stemmer. Det handler om integritet, og den tilliten man må ha til folk som har forskjellige utdanninger og titler.

Vernepleier er sammensatt av ordene *verne* og *pleier*. Det har blitt stilt spørsmål ved hvor god vernepleiertittelen er. Hvor mye pleiere skal vi egentlig være, og at det å verne fort kan bli sett på som segregerende. Tittelen *vernepleier* blir en anakronisme, noe som tilhører fortiden – at vi skulle verne om de som bodde på institusjoner som Emma Hjorth. Men allikevel, i ordet *verne* ligger det at man har en viss lojalitet. Vår lojalitet skal være overfor de mest utsatte gruppene i samfunnet. Vernepleiere skal verne om deres interesser.

– Det er vanskelig å gjøre opprør mot de man får lønn fra – å komme med kritikk mot disse er vanskelig. Sånn er det jo for alle. Mange steder har FO lokallag. I disse lokallagene kan vernepleiere ta opp kritikkverdige forhold. Det er lettere å si ifra om kritikkverdige forhold dersom det er flere som står sammen, avslutter Skarstad.

Ønsker du å lese mer om funksjonshemmedes menneskerettigheter anbefales Skarstad, K. (2019). Funksjonshemmedes menneskerettigheter. Fra Prinsipper til praksis. Oslo: Universitetsforlaget.





Kritisk tenkning, kunnskapsbasert praksis og innovasjon



- | | |
|----------|--|
| Side 124 | Vi er alle mer enn du ser |
| Side 134 | Hva er velferdsteknologi? |
| Side 147 | Vernepleieres erfaringer med myndiggjørende arbeid sammen med personer med utviklingshemming |
| Side 166 | Å forske <i>sammen</i> med personer med utviklingshemming |

Tommy Sjøfjell
A-larm



Vi er alle mer enn du ser

For to år siden skrev jeg kronikken «*Sånne som meg*» og «*sånne som deg*» (Sjøfjell, 2017). Kronikken beskriver et dårlig møte med NAV; den ansatte glemmer å møte meg som et individ, og sier at en sånn som meg ikke bør bli vernepleier. Jeg glemmer nok aldri ordene «*Vi har dårlig erfaring med at sånne som deg skal ut og hjelpe andre i samme situasjon*». I ettertid har jeg ofte lurt på hvem disse VI i NAV-systemet var? Kan det hende den som møtte meg hadde personlige erfaringer som preget møtet, og at VI burde vært JEG? Jeg var da rusavhengig med store psykisk helse-utfordringer. I dag er jeg vernepleier, forsker og brukerrepresentant. Jeg ønsker i artikkelen å drøfte hvordan vi på ulikt vis preges av våre historier, livserfaringer og vår erfaringsbaserte kunnskap. Påvirkes profesjonaliteten vår av det vi bærer med oss, og er vi bevisst grensene mellom våre personlige og private erfaringer? Hvilken betydning har personlige livserfaringer i utvikling av yrkesidentitet og i praksis som hjelpere?

Hvem er du, hva er du?

Hver gang spørsmålet kommer må jeg tenke meg om, svaret avhenger av hvem som spør og i hvilken kontekst spørsmålet kommer. Kommer spørsmålet i forbindelse med jobb, kan jeg presentere meg som

vernepleier, brukerrepresentant, forsker, erfaringskonsulent eller tidligere rusavhengig. Disse ulike rollene beskriver en funksjon og et kunnskapsgrunnlag som skaper en forventning i en profesjonell kontekst. Kan det være slik at vi tror for mye på egenkapene og identiteten enn rolle og en utdanning tillegges? Vil ikke utøvelsen av mine ulike roller først og fremst formes av hvem jeg er og hva jeg har erfart gjennom livet? Er det naturlig å tenke at jeg fremstår mer personlig når jeg presenterer meg som erfaringskonsulent og brukerrepresentant, enn som forsker eller vernepleier?

Et tilbakeblikk

Årene i forkant av møtet med NAV var preget av rus og kaos. Jeg valgte å klage over NAV sitt vedtak, og fortalte endatil at jeg ville bli boende i byen frem til jeg startet på studiet. Om dette var grunnen til at man tok klagen til etterretning, vet jeg ikke. Det jeg imidlertid vet, er at det var en utfordring at jeg hadde for lite kunnskap om hva vernepleiere jobbet med, eller hva studiet egentlig innebar. Skulle jeg jobbe med rus og psykisk helse måtte jeg også få orden på egne livsutfordringer. Planen var å velge en utdanning som ville motivere og ansvarliggjøre meg. Innerst inne visste jeg og at dette var min siste sjanse til å få livet på rett kjøll igjen. Det å flytte til en by der jeg ikke kjente ett menneske var en stor endring, men jeg visste at mye måtte endres. Med meg på flyttelasset hadde jeg også NAV-konsulentens ord: «*Vi har dårlig erfaring med at sånne som deg skal jobbe med rus og psykisk helse*». Hva var det som gjorde at hun anså meg som uegnet som vernepleier? Var årsaken at jeg hadde drukket tett og vært utenfor arbeid i noen år, eller visste hun hva alle livserfaringene og opplevelsene i ryggsekken min inneholdt?

Ryggsekken min

Vår ryggsekk fylles med erfaringer fra fødselen. Vi åpner øynene, erfarer, og ryggsekken fylles sakte men sikkert. Noen klarer å bære mer i ryggsekken enn andre, disse som står oppreist og stødig uansett. Jeg var kanskje en som i utgangspunktet ikke skulle hatt så mye i sekken min. For å gjøre en lang historie kort mistet jeg pappa i en ulykke før jeg var ett år, og mye av barndommen, slik jeg husker den, bestod i et savn etter noen jeg ikke visste hvem var eller husket. Dette medførte fra tidlig barndom psykisk helse-utfordringer. Som barn møtte jeg min første psykolog i en alder av 9, og gjennomgikk kognitiv utredning i en alder av 10 år. Utredningen konkluderte med at jeg ikke var svekket kognitivt, men hadde vansker med konsentrasjonen og trivdes ikke på skolen. Min barndom og ungdomstid husker jeg i dag som todelt. Noe var veldig fint, men det var mye som gjorde vondt. Familien til mamma og pappa bodde andre steder i landet, derfor var det mangel på mannlige rollemodeller i hverdagen. På et eller annet tidspunkt var det nok derfor noen foreslo støttekontakt for meg som sleit så mye. Siden jeg ikke hadde mannlige rollemodeller i hverdagen, skulle man betale en som skulle bli min «venn». Jeg husker fremdeles at ordningen gjorde at jeg følte på en annerledeshet, skam og flauhet. Tiltaket ble avsluttet fort, på mange måter kan man kanskje kalle dette min først drop-out.

Da alkohol ble introdusert for meg i en alder av 13 år, var det full tenning; den gav ro og fylte et tomrom. På ungdomskolen var jeg blitt en ungdom som var på vei ut på skråplanet. Småkriminalitet, forbruk av rus og lav mestring på skole var nøkkelord. Det som gjorde at jeg klarte å hente meg inn igjen, var nok at jeg i en alder av 16 fikk flytte til besteforeldrene mine.

På mamma sin side av familien var det sjøfolk og fiskere, noe som gjorde at jeg som 16-åring fikk meg jobb på båt. Seks år etter at jeg begynte å reise på sjøen, tok jeg styrmanns- og skipperutdanning. Dette var stort, skoletaperen med behov for kognitiv utredning gjorde det bra på styrmannsskolen. Men selv om ting så bra ut fra utsiden, sleit jeg, og jeg hadde fremdeles mye ubearbeidet i ryggsekken min. Med lange friperioder og god økonomi ble jeg i årene som fulgte en som håndterte jobben bra, men livet dårlig. Selv om denne perioden av livet mitt var kaotisk, ble jeg værende i yrket i 15 år.

Etter en båtulyske i 1999 (Sleipner-ulykken), der jeg tilfeldigvis var med som hjelpeemannskap, raknet alt. I etterkant av ulykken klarte jeg ikke å reise ut på sjøen lenger, og ble langtidssykemeldt. I løpet av de neste 7 årene jobbet jeg 10 måneder. Dette var år preget av kaos og rus. Det var også i denne perioden den NAV-ansatte sa at en slik som meg ikke burde bli vernepleier. Hadde hun virkelig rett? Er det virkelig slik at noen livserfaringer gjør deg uegnet som vernepleier, og er det naturlig å tenke at hun gjennom sitt korte møte med meg kunne si at jeg ikke passet i dette yrket?

Jeg, en vernepleier?

Å ta vernepleierstudiet skal gjennom praksis og teori gi deg en kompetanse som gjør deg kvalifisert til å jobbe med mennesker. Du skal ha kompetanse på etikk, miljøarbeid, miljøterapi, sykdomslære, psykisk utviklingshemning, stell og medikamenthåndtering, for å nevne noe. I tillegg skal du gjennom praksis vise at du har praktiske og relasjonelle ferdigheter til yrket (Fellesorganisasjonen, 2017). Det var altså ikke småtteri jeg skulle gjennom, en fyr med min fortid, maritimt utdannet og med egenerfaring som bruker. Det var en uttalt forventning fra lærere og studiested at vi som fremtidige profesjonelle yrkesutøvere skulle ha kontroll på livserfaringene vi alle hadde med oss i ryggsekken vår. Imidlertid er jeg usikker på om dette var grunnen til at jeg delte lite fra ryggsekken gjennom studiet. Grunnen var kanskje heller usikkerhet både på meg selv og på studiet. Veldig mye var uklart og utydelig som student. Hva er egentlig en vernepleier? Hva blir jeg? Hva skal jeg jobbe med? Passer jeg med min ryggsekk til å jobbe med mennesker? Det største spørsmålet var uansett om jeg ville klare dette, eller ville studiet bekrefte barndommens stempel om at jeg var en skoletaper? Gjennom styrmannsskolen hadde jeg funnet ut at matematikk kunne jeg, men jeg har aldri kunnet skrive. Karakteren Lite Godt i norsk i ryggsekken veide tungt når jeg visste at jeg startet på et studium der evnen til skriftliggjøring vektlegges sterkt. Kunne jeg virkelig klare å komme meg igjennom dette?

I dag er det blitt klarere for meg at hvem jeg er som vernepleier, henger tett sammen med hvem jeg var før jeg begynte på utdanningen. Det var lite fokus på hvem vi var som mennesker før vi skulle utvikle vår vernepleieridentitet gjennom

utdanningen. Jeg har imidlertid forståelse for dette, for det ville nok vært utfordrende å forholde seg til 30–80 ulike ryggsekker i en klasseromssetting. Kanskje det var grunnen til at praksisperiodene ble så viktige for meg. Gjennom tre praksiser med tre ulike veiledere fikk jeg mange gode svar. Jeg valgte å være åpen om min ryggsekk og livserfaringer i møte med veilederne. Det følte naturlig, relasjonen til veilederne ble annerledes enn til lærerne. Det var og et bevisst valg, for i to av praksisene møtte jeg brukere med livsutfordringer som minnet om mine.

Vernepleier – hva nå?

Før det siste studieåret mitt søkte jeg sommerjobb i et bofelleskap for mennesker med psykisk helse-utfordringer. I forkant av intervjuet spurte jeg flere medstudenter som visste om min fortid, om jeg skulle fortelle om min ryggsekk? Deres anbefalinger var stort sett nei. Jeg valgte på tross av dette å fortelle, magesfølelsen sa det var rett, og jeg fikk jobben. Jeg fortsatte i bofelleskapet i to år. I intervjuer siden har jeg vært åpen og tenkt at om ikke en arbeidsplass tåler historien min, er det feil plass for meg å jobbe. I ettertid har jeg jobbet fire år i akutt- og sikkerhetspsykiatri. I tillegg har jeg jobbet i brukerorganisasjonen A-larm og ved Universitetet i Sørøst-Norge (USN) de siste årene. Noe av det som gjør at jeg trives i jobb i dag, er at jeg kan kombinere utdanning og livserfaringer fra ryggsekken på en måte som gir mening for meg. Jeg vet at ryggsekken min gjør meg til den fagpersonen og det mennesket jeg er. Samtidig har jeg erfart at mange fagpersoner har tyngre ryggsekker med mer livserfaringer enn meg. Det er naturlig å undre seg om vi som fagpersoner reflekterer nok over hvordan våre erfaringer påvirker vår yrkesutøvelse? Som tidligere rusavhengig har jeg med meg noen erfaringer som vil prege meg i alt jeg gjør, og alt jeg er. Dette er like naturlig som at kjønnsrollen, foreldrerollen eller etnisitet kan prege yrkesidentiteten til andre. Ved ett tilfelle søkte jeg en jobb med mange søkere, de fleste hadde høyere formell kompetanse og lengre erfaring enn meg. Jeg ble likevel tilbudt jobben. Da jeg senere spurte de som ansatte meg, begrunnet de valget med at det var min livserfaring som gjorde at jeg fikk jobben. Da den ansatte i NAV sa Vi har dårlige erfaringer med «såanne som deg», var det allikevel erfaringen med å ha vært en «sånn» som gjorde at jeg fikk jobb på denne plassen som vernepleier. Mine såre erfaringer var plutselig blitt en styrke. I dag bærer jeg ryggsekken min med stolthet, noen dager er den tyngre enn andre, men slik er det nok for alle.

Erfaringsbasert kunnskap

Fagpersoner pålegges i dag et samarbeid med mennesker med erfaringsbasert kunnskap. En sentral strategi er å sørge for at pasienters og brukeres stemmer skal høres i utvikling av helsetjenestene. Fagpersoner plikter gjennom lovverk og føringer å legge til rette for, og sørge for, medvirkning på individ-, tjeneste-, og systemnivå. Vi vet at erfaringene som brukere har med å være mottakere av tjenester, er verdifull når vi skal utvikle nye eller bedre tjenester. Rammene for denne kronikken tillater ikke en utredning av kunnskapsbegrepet, men slik jeg forstår erfaringsbasert

kunnskap, handler det om noe som er erfart av et individ. Det er en erfaring vi har gjort oss, som er nyttig for oss som individ eller for andre. Lundstøl (1999) sier at vi kan spore begrepet erfaringsbasert kunnskap helt tilbake til den greske filosofen Aristoteles. God faglig praksis skal bygge på erfaringer og kunnskap fra tre likeverdige kunnskapsformer. Teoretisk (forskningsbasert) kunnskap, klinisk kunnskap som fagpersoner tilegner seg gjennom praksis samt den erfaringsbaserte kunnskapen brukerne våre besitter (gjengitt i Klevan, Sjøfjell, Borg, Karlsson, 2018, s. 11). For meg som vernepleier er erfaringsbasert kunnskap noe jeg må forholde meg til på flere plan. Egne erfaringer, kollegaers erfaringer – og det aller viktigste – brukernes erfaringer.

Ansettelse av mennesker med egenerfaring

Vi har de siste årene hatt ulike tilskudds- og stimuleringsordninger som gjør at det i dag er ansatt en rekke medarbeidere med egenerfaring i tjenestene, kanskje spesielt innenfor rus og psykisk helse. Dette er medarbeidere som i mange tilfeller kun er ansatt på bakgrunn av egne erfaringer som brukere, deres formalkompetanse er derfor erfaringsbasert. En av årsaken til fremveksten av denne nye yrkesgruppen og erfaringsbaserte profesjonen er blant annet at det fremdeles er et stykke å gå før den erfaringsbaserte kunnskapen blir ansett som likeverdig.

I forskningsrapporten «Det er litt som et eget språk» blir det fremhevet at erfaringskunnskap skal være en likeverdig kunnskapsform. Ansatte erfaringsmedarbeidere i tjenester og organisasjoner ble intervjuet om deres forståelse og bruk av erfaringskunnskap i møte med brukerne. I rapporten fremheves det at erfaringsbasert kunnskap handler om noe som er erfart, og at ikke alle erfaringer er kunnskap, de må være bearbeidet først. Både denne rapporten og annen forskning peker på at ansettelse av medarbeidere med egenerfaring har en positiv effekt. Blant annet pekes det på at brukerne får håp om at bedring er mulig. Det fremheves også at gjenkjennelsen som kan oppstå i møtene, skaper tillit og gir troverdighet. Gjenkjennelsen som kan oppstå handler om såre erfaringer, opplevelser og levde liv med fellestrekk. Noe som problematiseres i rapporten og lignende forskning er at erfaringsmedarbeideren kan være for preget av sin egen vei og egne fasiter. Både som bruker og fagperson kan jeg kjenne meg igjen i dette. Har jeg hatt god effekt av en tilnærming, kan jeg falle for fristelsen til å anbefale den samme tilnærmingen i møte med brukere. Så viser det seg at denne brukeren trenger noe helt annet enn det jeg trodde. I rapporten problematiseres det at fremheving av erfaringsbasert kunnskap kan virke polariserende, der fagpersoner fremstår som personer som kun har lest, og erfaringsmedarbeidere som personer som kun har erfart (Klevan et al., 2018). Min erfaring er at sannheten er mye mer kompleks. Det finnes erfaringsmedarbeidere som sluker alt de kommer over av fagstoff, mens noen fagpersoner ikke har lest eller oppdatert seg på fag etter fullført utdanning. Det finnes fagpersoner som har så mye i ryggsekken sin, at det er et under at de står oppreist – vi er alle mer enn du ser.

Flere av informantene i denne rapporten problematiserte det å jobbe med egne såre livserfaringer som kunnskapsgrunnlag. Det ble stadig påminnelser om det

som hadde vært vanskelig og sårt. Noen snakket om sår som aldri fikk gro, fordi man til stadighet pirket borti sårene (Klevan et al., 2018). Jeg var så heldig at jeg fikk være med i utarbeidelsen av denne forskningsrapporten. Det som slo meg flere ganger gjennom planlegging, intervju, analyse og skriving var takknemlighet fordi jeg fikk ta vernepleierstudiet. Jeg er usikker på om jeg ville håndtert rollen som erfaringsmedarbeider uten de tre årene på skole, og ikke minst tre praksisperioder. Så er det viktig å påpeke at det ikke betyr at alle erfaringsmedarbeidere må ha bachelor-utdanning, men for meg ble det viktig.

Kategorisering

Jeg tror alle har et behov for å kategorisere når vi møter hverandre, det skaper orden for oss. Men jeg tror og den kategoriseringen jeg var inne på i foregående avsnitt kan bidra til større avstand. Arnhild Lauveng skriver i antologien *Levd liv* (2016) om faren ved å lage skiller mellom oss og de. Hun sier at både brukere og fagpersoner kan leve stressomme liv. Faren ved å kun se en person i en kontekst av en erfaring eller utdanning gjør at vi mister individet av syne. Vi er alle mer enn våre yrker, utdanninger, symptomer og diagnoser, vi er individer som fyller en rolle (Lauveng, s. 159). Dette er noe jeg som ansatt med egenerfaring kan kjenne meg igjen i. Det er ikke slik at jeg er mine problemer, på samme måte som å tenke at siden jeg er utdannet vernepleier, er jeg en vernepleier.

De fleste av oss får noen skrubbsår gjennom livet, vi opplever motgang og medgang, vi opplever sykdom, sorg, tap, bekymringer, mange av oss sliter i perioder med lettere eller tyngre psykisk helse-utfordringer. Vi må imidlertid passe oss for å tenke at siden jeg har vært deprimert, har jeg opplevd det samme som den brukeren. Livserfaringer er individuelle, og det er erfaringer som er så skjellsettende at de gir varige sår. Vi må være varsomme med å devaluere denne typen erfaringer. Et eksempel på dette kan være at veldig mange har opplevd å drikke for mye en periode av livet, men de færreste har prøvd å drikke seg i hjel, slik jeg gjorde i 5 år. Det er også stor forskjell på å ha vært deprimert og det å gjennomføre et suicidforsøk.

Når ting blir for nært

Jeg tror alle som jobber med mennesker en eller annen gang har stått i situasjoner der vår profesjonalitet rakner, der ting blir for nært, for kjent. Jeg har derfor lyst til å dele et praksiseksempel fra et hjemmebesøk hvor jeg kom inn i leiligheten til en eldre mann med alkoholproblematikk:

Klumpen i halsen vokste, dette gjorde fysisk vondt i magen. Det utslagsgivende var noe så enkelt som et broderi med skriften «Hjem, kjære hjem». Jeg måtte bare gå ut av leiligheten en stund. Leiligheten var preget av inngrodd skitt, møblene var gamle og utslitte. Mannen som bodde der var en alkoholiker i 50-årene, han var preget av kognitiv svikt etter et langt liv utenfor de edrus rekker. Min reaksjon kom fordi jeg kjente igjen ensomheten hans, dette kunne vært meg, dette kan bli meg.

Personlig og profesjonell

Den boka som gjorde mest inntrykk og gav meg flest svar på vernepleierstudiet, var nok boka «Mellom makt og hjelp» av sosiologen Greta Marie Skau. Det var noe med måten hun tematiserte hjelperollen på som gav sårt tiltrengte svar. Ofte var det jeg var mest usikker på knyttet til min egen ryggsekk og hvor mye jeg skulle, burde og kunne dele med andre. Hvor personlig kunne jeg være, og hva skal være privat? Skau sier blant annet at profesjonalitet er positivt, men at du ikke kan være en god hjelper om du er upersonlig. Du kan heller ikke være en god hjelper uten at du bruker dine samlede menneskelige ressurser, men Skau poengterer at hjelpen må gis innenfor en profesjonell ramme med en klar målsetning. Hun siterer Wolfgang Schmidbauer:

«I alle sosiale yrker er vår personlighet det viktigste redskapet. Grensene for dens belastningsevne og fleksibilitet danner samtidig grensene for vår handling» (gjengitt i Skau, s. 17)

Det Schmidbauer sier her er det jeg opplever i møtet med den eldre mannen i eksempelet over. Jeg møter mine grenser, jeg tåler ikke å stå i følelsene situasjonen vekker i meg. I møtet med andres lidelse kan gjenkjennelsen gjøre vondt. Det er nok slik at dette kan gjøre vondt for de aller fleste, uavhengig av hva du har i ryggsekken din, men det kan hende min smerte er nærmere fordi jeg har kjent den på kroppen, den er erfaringsbasert. Dette støttes også av opplevelsene som er beskrevet av erfaringsmedarbeidere i forskningsrapporten «Det er litt som et eget språk» (Klevan et al., 2018). I møtet med den eldre mannen lot jeg ikke han se min reaksjon, jeg følte det ville vært uprofesjonelt. Dette er ikke noe jeg vet. For alt jeg vet kunne det å ha vist en reaksjon vært bedre og mer profesjonelt. For jeg vet ikke hvordan situasjon ville utviklet seg om jeg hadde vist mine følelser. Det er akkurat dette som gjør «hjelperollen» så vanskelig; alle møter, kontekster og relasjoner som oppstår er individuelle og unike.

Hva er mitt behov, hva er ditt behov?

Som vernepleier i et bofellesskap ble jeg kjent med en jente som selvskadet seg, ved å skjære seg opp med barberblad og glass. Samtalene med henne ble skjellsettende for meg, ikke fordi hennes historie gjorde så stort inntrykk på meg, men fordi jeg kjente meg så godt igjen i hennes historie. Som mennesker var vi ulike, men hennes behov for å kutte seg, og mitt behov for å skade meg gjennom rus var et fellestrekk. Selv om jeg aldri fortalte henne min historie, fikk vi en god relasjon, jeg kan like å tenke at det var fordi vi kjente oss igjen i hverandre. Men det kan like gjerne ha vært at vi begge var glad i hunder, som gjorde dette. Ved et annet tilfelle, der jeg jobbet med en ung mann med rus og psykoseproblematikk, valgte jeg å fortelle historien min like før jeg sluttet. Jeg glemmer aldri ordene hans: «Hvorfor fortalte du ikke dette før Tommy? Jeg ville trodd mer på alt du sa». Jeg var forsiktig med bruk av egen erfaring i møter med brukere de første årene jeg jobbet, det handlet om flere ting. Den ene grunnen var at jeg var usikker, jeg hadde fremdeles ikke bearbeidet alt mitt godt nok. Den andre hovedgrunnen var noe en veileder sa til meg i den ene praksisen i

studiet mitt: «Før du vurderer å fortelle om din fortid til en bruker, må du alltid tenke gjennom: Sier du dette for din egen del eller for den andres del?». For meg er dette like relevant i dag; handler det om mitt behov eller den andres?

Men selv om jeg sier det for den andres del, vet jeg fremdeles ikke alltid hvordan det blir mottatt av den andre. Det kan skape håp, det kan og i noen tilfeller skape avstand. La oss si at jeg begynte å snakke om meg og mitt med denne unge jenta, så hadde hun blitt bekymret for meg. Senere kunne hun begynt å tenke at han har så mye selv, at han tåler ikke alt mitt. Det kunne også ha skjedd at selv om jeg kjente meg igjen i hennes historie, så kjente ikke hun seg igjen i min. For alt jeg vet i dag var det det vernepleierfaglige hun forventet og trengte, og ikke en likeperson og venn. På samme måte kan han som sa jeg burde sagt det før, ha helt rett. Min erfaring fra praksis og som bruker er at grensene mellom privat, personlig og profesjonell er kontekstuel, alt handler om situasjon, relasjon og kanskje noe så «uprofesjonelt» som magesfølelse. Jeg ser i ettertid at jeg nok brukte for lite av livserfaringene mine de første årene, men det handlet om mitt behov. I dag har jeg konkludert med at for meg var det rett å vente med å bruke livserfaringene aktivt, innholdet i ryggsekken måtte modnes. Jeg trengte avstand.

Når teori og erfaring krasjer

Som fagperson med egenerfaring kan du oppleve at avgjørelser som tas av andre og er teoretisk og faglig forsvarlige etter ditt skjønn, basert på egne erfaringer som bruker, blir feil. Når dette har skjedd, har jeg prøvd å unngå å gjøre det til en personlig kampsak. For min erfaring er noen ganger *kun* min erfaring, og ikke en fasit. Ved ett tilfelle jobbet jeg en plass der legen ved posten koblet rett til å være med på aktiviteter utenfor avdelingen med at pasienten stod på Antabus. Jeg har i perioder av livet mitt gått på Antabus. Det er en medisin som gjør at man får en kraftig allergisk reaksjon om man drikker alkohol. Denne reaksjonen har jeg opplevd flere ganger og vet hvor ubehagelig og smertefull den kan være. Problemet var at pasienten trengte mye aktivitet, og kombinasjonen ADHD, lav impuls kontroll og rusavhengighet er utfordrende. På turene ville vi passere butikker som solgte alkohol. Uansett Antabus eller ikke ville pasienten gå inn og kjøpe alkohol, det visste vi. Medisinen ville altså fungere som straff for lav impuls kontroll. Det var i tillegg flere andre faktorer som tilsa at han ikke burde stå på denne medisinen. Dette sa jeg til legen, og etter at jeg hadde lagt frem mitt perspektiv som baserte seg på mine personlige erfaringer, fant vi sammen med pasienten en annen løsning. Ofte når jeg har undervisning for leger, snakker jeg om behovet for å bruke skjønn, jeg vet for eksempel, at mange leger vil nekte meg sovemedisin om jeg får et tilbakefall på rus. Faglige retningslinjer tilsier at det er feil og faglig uforsvarlig, å gi en tidligere rusavhengig vanedannende medisin. Men min erfaringsbaserte kunnskap sier at for meg er det rett om jeg skal bli rusfri, alternativet er å fortsette å drikke, eller i ytterste konsekvens delirium. Min erfaringsbaserte kunnskap baserer seg på mange hundre avrusninger hjemme, jeg vet altså hva jeg trenger. Noe jeg også fremhever er at de første årene etter at jeg ble rusfri, tok jeg ved behov sterke sovemedisiner i perioder der jeg sleit med søvn. Dette gjorde jeg uten å utvikle en avhengighet som har hatt en negativ innvirkning

på livet mitt. Det er imidlertid slik at det ikke nødvendigvis er slik for alle andre. Grunnen til at jeg løfter dette inn i undervisningen, er jo rett og slett for å peke på behovet for individuelle, skjønnsbaserte vurderinger.

Gode fagpersoner bruker ryggsekken sin

For noen år siden hørte jeg en bruker spørre terapeutene sine: «*Hva har du i kjøleskapet ditt?*». Dette var testen hans; er du villig til å dele noe av deg med meg? Jeg tror imidlertid at de fleste fagpersoner kan bruke større deler av sin erfaringsbaserte kunnskap i møter med brukerne, og ikke bare fortelle om kjøleskapet sitt. Få av oss går igjennom livet uten skrammer og skrubbsår, hvorfor er vi så redde for å vise at innimellom er livet på livets premisser vanskelig og sårt? Jeg tror ofte at det er våre egne behov som styrer hvor personlige vi er, og slik må det nok være. Vi må anerkjenne at det er individuelt hvor mye av oss selv vi kan, skal og orker å bruke. Slik var det for meg og, det var jo mine behov som gjorde at jeg brukte lite av meg selv de første årene som vernepleier. En sosionom ansatt ved en institusjon sa til meg engang at å bruke egenerfaring i møter med pasienter var flott, men det kunne også være dager hun ikke ønsket å bruke den, og det behovet kunne være mer vanskelig å kommunisere. Å dele av ditt personlige liv kan altså ende med at det oppstår en forventning om at vi er personlige i alle relasjoner, kontekster og rammer. Det er ikke alle dager vi orker det. På tross av dette mener jeg at fagfolk flest må tørre å by på seg selv, men vi må være bevisste på når vi gjør det, og hvilke situasjoner og relasjoner vi gjør det i. Vi er altså tilbake til det min veileder sa. «*Før du vurderer å fortelle om din fortid til en bruker, må du alltid tenke gjennom: Sier du dette for din del eller for den andres del?*». Hvor mye av ryggsekken min som skal vises frem, må forankres i den andres behov, og kanskje det er slik at mye av profesjonaliteten vår handler om vår evne til å se når, hvor og ikke minst hvordan vi skal bruke egne livserfaringer i møter med brukerne.

Vi er alle summen av våre erfaringer

Vi må huske at en person alltid er mer enn sin diagnose, akkurat som en vernepleier alltid er mer enn sin utdanning. Jeg vet lite om den ansatte jeg møtte på NAV som sa jeg ikke kunne bli vernepleier, det kan være at vedkommende hadde personlige erfaringer i ryggsekken. Det kan også være at den ansatte ikke har en utdanning som har gitt gode verktøy til å jobbe med mennesker, møtet kan være et utslag av dårlige holdninger og verdier, eller at vedkommende «bare» hadde en dårlig dag på jobb.

Jeg er formet av mange ting, kulturen og familien jeg vokste opp i, barndommen min, livserfaringene og opplevelsene jeg har gjort meg. Jeg opplever, erfarer og lærer. Når jeg skal prøve å forklare hva erfaringskunnskap er for meg, sier jeg: «*Det handler om mine erfaringer, mine opplevelser og mine refleksjoner rundt mitt liv, erfaringskunnskapen min er dynamisk*». For meg henger min personlighet sammen med min erfaringskunnskap. Jeg er den vernepleieren og det mennesket jeg er fordi

jeg har opplevd og erfart det jeg har. Du er den vernepleieren og det mennesket du er fordi du har opplevd og erfart det du har. For en stund siden var det en fagperson som spurte meg «Er du ferdig med din historie Tommy?» Jeg måtte svare: «Nei det er jeg ikke, min historie skrives dag for dag, minutt for minutt». Vi er i endring og utvikling, og det som endrer oss mest er møtene med andre mennesker og undringene og refleksjonen som oppstår underveis og i etterkant. Jeg tror vår erfaringskunnskap, forståelse og faglighet utvikles i alt vi gjør og alt vi er. Dette gjelder også for de vi møter som hjelpere.

Jeg tror at gode møter og godt helsearbeid krever at vi bruker oss som personer, at vi tør å være personlige, og at dette er en del av det å være profesjonell. Det ligger imidlertid en fare her, mange brukere ønsker å møte deg fordi du har en type fagkunnskap, og har en forventning om å møte deg fordi du kan skifte bandasje, eller fordi du har en spesialkompetanse. Som profesjonell skal du klare å skille dette, og vite hvor mye av deg selv du skal bruke i en situasjon. Hvor grensene mellom personlig og privat går, kan også endres ut ifra hvor vi er i livet. Vi påvirkes alle av det vi erfarer, og kanskje trenger de fleste av oss i perioder å være mindre personlige. Når dette skrives står jeg midt i et samlivsbrudd, det er det tyngste jeg har stått i, i voksen alder. Etter å ha vært i en tett, nær, god relasjon til et menneske går vi hver til vårt. Slike prosesser gir skrubbsår, og for noen varige arr. Dette vil påvirke vernepleieren, brukerrepresentanten og mennesket, slik er det for meg og slik er det for deg – vi er alle mer enn du ser.



REFERANSER

Fellesorganisasjonen (2017). Om vernepleieryrket. Hentet 25. mai 2019 fra <https://vernepleier.no/wp-content/uploads/2017/12/Vernepleierbrosjyre-2017.pdf>

Klevan, T., Sjøfjell, T.L., Borg, M., Karlsson, B. (2018). «Det er litt som et eget språk». Erfaringsmedarbeideres forståelser og bruk av erfaringsbasert kunnskap i samarbeid med brukere i psykisk helse- og rustjenester. SFPR – Senter psykisk helse og rus, Institutt for helse-, sosial- og velferdsfag. Universitetet i Sørøst-Norge.

Lauveng, A. (2016). Det er bare oss her. I: E. Skjeldal (red.), *Levd liv* (s. 141–161). Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse.

Skau, G.M. (2003). *Mellom makt og hjelp. Om det flertydelige forholdet mellom klient og hjelper*. Oslo: Universitetsforlaget.

Sjøfjell, T.L. (2017, 25. feb.) «Sånne som meg» og «sånne som deg». Aftenposten Meninger. Hentet fra <https://www.aftenposten.no/>

Morten Berger
Vernepleier
Oslo Universitetssykehus,
Avdeling for
nevrohabilitering



Hva er velferdsteknologi?

Sammendrag

Velferdsteknologi har på kort tid blitt et begrep som anerkjennes som en viktig bestanddel i fremtidens helse- og omsorgstjenester. Begrepet assosieres gjerne med teknologi tilpasset eldre generelt og demente spesielt. Velferdsteknologi bør etter forfatterens mening bli en like naturlig del av fremtidens tjenester for personer med utviklingshemming. Teknologien som anvendes, kan enten være universelt utformet eller mer tilpasset den enkeltes behov. For å lykkes med implementering av velferdsteknologi i tjenestene er det imidlertid avgjørende at dette baseres på brukernes faktiske og individuelle behov. Dette stiller høye krav til teknologien og betinger at tjenestene endrer seg i takt med nye omsorgsmodeller. Vernepleiernes habiliteringsperspektiv og kompetanse til å kartlegge og implementere skreddersydde tiltak passer svært godt for å imøtekomme disse kravene.

Nøkkelord: Velferdsteknologi, universell utforming, habilitering

Hva er velferdsteknologi?

Velferdsteknologi er et samlebegrep som omfatter mange ulike teknologiske løsninger som enkeltindivider kan nyttiggjøre seg for økt egenmestring, samfunnsdelaktelse og livskvalitet (Helsedirektoratet, 2012). Det antas at velferdsteknologiske løsninger utgjør et vesentlig bidrag til å løse både dagens og fremtidens demografiske utfordringer i helse- og omsorgssektoren. Velferdsteknologien skal ikke bare bidra til mer effektive tjenester, men også forebygge og gi utvidede muligheter for brukeren av teknologien (NOU 2011:11). For å kalle noe velferdsteknologi holder det dermed ikke at tjenestene blir bedre, men også at teknologien bidrar til ønskede effekter for sluttbrukeren.

Begrepet *velferdsteknologi* har trolig sitt opphav i Danmark og anvendes hovedsakelig i Skandinavia. Begrepet omfatter eller tangerer en rekke andre betegnelser som e-helse, helseteknologi og omsorgsteknologi. I øvrige deler av Europa benyttes gjerne begrepet «Ambient Assisted Living», men velferdsteknologi inkluderer også en pårørendedimensjon og en tjenstedimensjon (Helsedirektoratet, 2012, s. 14–15).

Nasjonalt senter for e-helseforskning leverte i 2017 en kunnskapsoppsummering basert på ca. 200 registrerte velferdsteknologiprojekter i norske kommuner. Om lag 90 % av prosjektene rettet seg mot eldre med kognitiv svikt (hovedsakelig demens) og personer med fallrisiko. Ut over denne gruppen utgjorde avstandsoppfølging av personer med KOLS eller hjertesvikt den mest utprøvde teknologien (Knarvik, Rotvold, Bjørvig & Bakkevoll, 2017).

Det har lenge vært kjent at vi står overfor demografiske utfordringer, eksempelvis i form av den såkalte eldrebølgen. Dagens omsorgsmodell omtales som for ressurskrevende, og vurderes ikke å være bærekraftig til å løse disse utfordringene. Samfunnsøkonomiske motiver kan dermed anses som en driver for utvikling og implementering av helse- og velferdsteknologi. Hagen-utvalget (NOU 2011:11) presiserer imidlertid at velferdsteknologi ikke vil skape en revolusjon i omsorgstjenestene alene. Slik teknologi kan likevel understøtte den nødvendige omleggingen i omsorgstjenestene og bidra til å fremme egenmestring, aktiv omsorg, sosial deltakelse og hverdagsrehabilitering (s. 99–100).

Utviklingshemming

Utviklingshemming er en samlebetegnelse for en rekke ulike tilstander som leder til en intellektuell funksjonsnedsettelse. Mennesker med utviklingshemming er en heterogen gruppe hvor det er store variasjoner hva gjelder årsak og funksjonsevne hos den enkelte (NOU 2016:17, s. 27).

Den medisinske diagnosen psykisk utviklingshemming (ICD-10) forutsetter at følgende kriterier er oppfylt: (i) intelligenskvotient (IQ) lavere enn 70. En vurdering av IQ forutsetter gjennomføring av standardiserte evnetester; (ii) debut før fylte 18 år. Dette innebærer at utviklingshemmingen er kjent eller kan tilbakeføres til tiden før fylte 18 år; (iii) vesentlige avvik i adaptive ferdigheter. Med dette menes begrenset kapasitet til å tilpasse seg samfunnets krav til fungering i normale sosiale omgivel-

ser (Lorentzen, 2008, s. 201). Verdens helseorganisasjon anslår at 1–3 prosent av befolkningen oppfyller disse kriteriene for diagnosen psykisk utviklingshemming. Om lag 24 000 personer er registrert som utviklingshemmet av norske kommuner, noe som anslagsvis utgjør 0,4 prosent av den norske befolkningen (NOU 2016:17).

Relasjonell forståelse av funksjonshemming

Den medisinske kategoriseringen av funksjonshemming baseres i stor grad på egenskaper ved individet. Dette kan eksempelvis være i form av syns- eller hørselstap, manglende gangfunksjon eller nedsatt intellektuell fungering. Den relasjonelle modellen for funksjonshemming, også kalt GAP-modellen, vektlegger ikke bare egenskaper ved det enkelte individet, men inkluderer også forhold ved omgivelsene den enkelte befinner seg i (Lie, 1996). På denne måten muliggjøres to innsatsområder fremfor ett. Man kan dermed arbeide med å styrke forutsetningene til den enkelte, eller tilrettelegge omgivelsene og redusere barrierene. I mange tilfeller vil det være nyttig med innsats rettet mot både individet og omgivelsene.

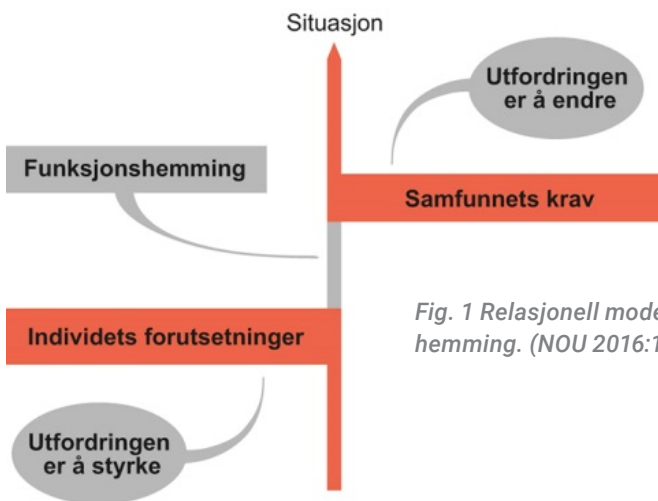


Fig. 1 Relasjonell modell for funksjonshemming. (NOU 2016:17)

NOU 2016:17 (På lik linje) legger en relasjonell forståelse av funksjonshemming til grunn i sine vurderinger og forslag om åtte løft for å realisere grunnleggende rettigheter for personer med utviklingshemming:

«Graden av funksjonshemming kan reduseres ved å tilrettelegge samfunnet og bygge ned funksjonshemmende barrierer gjennom universell utforming, eller ved å støtte og bygge opp individets forutsetninger gjennom individuell tilrettelegging og individuelle hjelpemidler, der universell utforming alene ikke er tilstrekkelig» (s. 29).

Det vises her til mulig innsats gjennom universell utforming av omgivelsene, eller å rette innsatsen mot individuell tilrettelegging dersom universell utforming ikke er

tilstrekkelig. Dette kan leses som en klar oppfordring til at innsatsen i første rekke bør rettes mot endring av samfunnets barrierer, hvor middelet i hovedsak er universell utforming. Utvalget legger videre føringer på at den relasjonelle forståelsen av funksjonshemming bør være like relevant for personer med utviklingshemming som for personer med fysiske funksjonshemminger. Dette vil dermed dreie fokuset fra individuell tilrettelegging i retning av universell utforming, også for personer med utviklingshemming.

Universell utforming innebærer å tilrettelegge omgivelsene på en slik måte at hensynet til funksjonsvariasjon ivaretas i utformingen av produkter og tjenester. Når noe er universelt utformet, treffer man alle målgrupper gjennom den samme løsningen (Difi, u.å.). Universell utforming assosieres ofte med tiltak for å redusere fysiske barrierer som rullestolramper og utvidede døråpninger. For personer med utviklingshemming er barrierene ofte andre. Dagens kunnskaps- og informasjonssamfunn stiller store og stadig nye krav til digital kompetanse hos hver enkelt av oss, og kan utgjøre en vesentlig barriere for reell deltakelse for personer med utviklingshemming. På den annen side kan også informasjons- og kommunikasjonsteknologi utgjøre et viktig bidrag til å redusere funksjonshemmingen for den samme gruppen (Sandvin, 2014).

«Vernepleiere har lang tradisjon på å utforme individuelle tiltak for å fremme struktur og forutsigbarhet for personer med utviklingshemming.»

Ulike typer teknologi

Det er flere måter å kategorisere velferdsteknologi på. Teknologien som anvendes kan være rettet direkte mot å bistå sluttbrukere, eller mer indirekte i form av å gjøre tjenestene smartere og mer effektive. Andre skillelinjer kan omhandle hvilket behov teknologien er ment å dekke. Eksempler på dette kan være trygghetsteknologi, kommunikasjonsteknologi eller teknologi for å fremme mobilitet. Den relasjonelle forståelsen av funksjonshemming kan imidlertid også legges til grunn for å kategorisere teknologien. Universelt utformet og allment tilgjengelig teknologi kan skilles fra mer individuelle og behovsdrevne løsninger. Allment tilgjengelig teknologi kan i mange tilfeller bidra til å redusere omgivelsenes krav, mens mer individuell behovsdreven teknologi styrker den enkeltes forutsetninger.

Teknologi utformet for alle

Smartteknologiens inntog i hjem og hverdag har i stor grad fornyet og forenklet flere daglige gjøremål. Kaffetrakteren er for mange erstattet av kapselmaskinen, CD-spilleren av strømmetjenester og oppmøte i banken av en app. Banktjenester på mobilen forutsetter ikke samme krav til mobilitet som oppmøte i banken. Denne formen for teknologi kan dermed bidra til å redusere barrierer for mennesker med behov for bistand til transport. Smartteknologi kan tjene til både å gi bedre og mer

tilgjengelige produkter eller tjenester til et bredt spekter av befolkningen.

Mennesker med utviklingshemming er overrepresentert når det gjelder overvekt og inaktivitet. Det pekes blant annet på et vesentlig behov for bistand til både å handle, lage mat og øke aktivitetsnivået (Hope, S., Nordstrøm, M., Retterstøl, K., Iversen, P.O. & Kolset S.O., 2018; Jakobsen, S.E., 2014). Allment tilgjengelig teknologi kan bidra til sunnere kosthold og høyere aktivitetsnivå for mange. Eksempelvis har det de siste årene kommet en rekke tjenester, hvor dagligvarer leveres på døren. Felles for disse er dessuten at de er relativt intuitive og ofte med visuell støtte. Slike løsninger tas også i bruk av personer med utviklingshemming. Denne måten å handle dagligvarer på kan gjøre det mulig for enkelte å handle uten behov for bistand. For andre kan fordelene knyttes til muligheten til å handle når det passer, eller når nødvendig bistand av fagpersoner er tilgjengelig. Ved å anvende slike løsninger kan også kostholdsveiledning i større grad ytes samtidig som innkjøpene utføres.



Fig. 2. Skjermdump fra kolonial.no (u.å) for egg og kjøtt, 2019)

Et sunt kosthold innebærer ikke bare det å handle sunne matvarer. Oppskrifter og ferdigheter til å lage sunn mat som smaker godt, antas å være en forutsetning for at vi velger sunne alternativer. De fleste av oss bruker teknologi til å finne oppskrifter både til hverdags og ved festlige anledninger. Dette forutsetter imidlertid ofte leseferdigheter og kjennskap til en rekke utstyr og måleenheter. Opplysningskontoret for kjøtt og egg har utviklet nettsiden matstart.no hvor man kan finne bildebaserte oppskrifter avhengig av hva slags utstyr som er tilgjengelig, og den enkeltes ferdigheter på kjøkkenet (Opplysningskontoret for egg og kjøtt, 2019).

Salget av smartklokker og aktivitetsarmbånd har blitt allemannseie og konkurranser om eksempelvis flest skritt per uke har blitt vanlig både blant kollegaer og venner. Geocaching, Stolpejakt og Pokemon Go er andre eksempler på hvordan spillteknologi kan bidra til økt fysisk aktivitet. I prosjektet «Under steinen» har det blitt undersøkt om Geocaching kan bidra til mindre stillesitting og skjermbruk samt økt fysisk aktivitet. Prosjektet har også utviklet en veileder for hvordan slik allment

tilgjengelig teknologi kan anvendes og tilrettelegges for mennesker med utviklingshemming (Digernes, Moe & Hellmann, 2016).

Den teknologiske utviklingen vil med høy sannsynlighet tilgjengeliggjøre en rekke produkter og tjenester de kommende årene. Teknologitvilkere baserer gradvis mer av teknologien på prinsipper for universell utforming eller «design for alle». En slik dreining av den allment tilgjengelige teknologien vil sannsynligvis også bidra til at flere mennesker med utviklingshemming kan nyttiggjøre seg slike løsninger. Det antas eksempelvis at biler etter hvert blir fullstendig autonome (selvkjørende), og at det på et tidspunkt ikke lenger vil være behov for sertifikat. I en slik fremtidsvisjon vil også mange mennesker med utviklingshemming kunne transporteres på samme vis som den øvrige befolkningen. Smartteknologi kan dermed betraktes som bidrag til å redusere samfunnsmessige barrierer, uten krav til spesialtilpasning. Bruk av smartteknologi forutsetter imidlertid også at den enkelte må ha en grunnleggende teknologisk kompetanse for å nyttiggjøre seg mange av disse løsningene. Dette peker på et behov for opplæring og veiledning i allment tilgjengelige løsninger eller tilgang til mer individuell teknologi basert på den enkeltes behov og ferdigheter.

«Teknologi for å fremme individets forutsetninger omhandler løsninger som ikke er utformet for at allmennheten skal nyttiggjøre seg dem, men snarere å dekke individuelle behov for å møte samfunnets forventninger og krav.»

Teknologi for å fremme individets forutsetninger

Teknologi for å fremme individets forutsetninger omhandler løsninger som ikke er utformet for at allmennheten skal nyttiggjøre seg dem, men snarere å dekke individuelle behov for å møte samfunnets forventninger og krav. Kompenserende teknologi som «Be My Eyes», hvor om lag 2 000 000 frivillige hjelper blinde over hele verden ved hjelp av mobiltelefon, er et eksempel på hvordan teknologi på en enkel måte kan endre blindes forutsetninger i hverdagen (Be My Eyes, 2017). Mennesker med utviklingshemming kan ha behov for en rekke ulike hjelpemidler for å gjøre hverdagen enklere og mestre daglige gjøremål selvstendig. Det finnes flere ulike visningsleiligheter rundt om i landet hvor man kan få oversikt over hva som finnes av hjelpemidler. Bærum kommune har eksempelvis innredet leiligheten Emma MeDLiv spesielt tilpasset mennesker med utviklingshemming. Hvert rom i leiligheten er innredet med relevante hjelpemidler som spyl-/tørk-toalett, spesialseng, varslingsteknologi, praktiske hjelpemidler og kommunikasjonsteknologi tilpasset målgruppen.

Det foreligger ingen nasjonal kartlegging over hvilken, og i hvilket omfang, velferdsteknologi anvendes i tjenestene til mennesker med utviklingshemming i dag. Det poengteres likevel at gruppen har behov for hjelpemidler som kan bidra til økt deltakelse og mestring. Her nevnes kommunikasjonshjelpemidler samt struktur- og påminningsverktøy som kalendere og kognitive hjelpemidler spesielt. Et stort antall mennesker med utviklingshemming vil også ha behov for hjelpemidler for å kompensere for fysiske funksjonshemninger (NOU 2016:17).

Mange mennesker med utviklingshemming har behov for bistand til å kommunisere. Også her vil behovene variere fra svært enkle til relativt komplekse hjelpemidler. NAV Hjelpemidler og tilrettelegging skiller her mellom (i) papirløsninger som symbolkort eller kommunikasjonsbøker; (ii) lavteknologiske løsninger som enkle brytere; (iii) og høyteknologiske løsninger som avanserte talemaskiner med display og syntetisk tale. (Kunnskapsbanken, u.å.). Mange av kommunikasjonshjelpemidlene for målgruppen vil sortere under det som beskrives som alternativ og supplerende kommunikasjon (ASK). Det finnes en rekke ressurser og kompetansemiljøer i tillegg til hjelpemiddelsentralene som Kunnskapsbanken, ISAAC Norge, Statped og Appbiblioteket.

De fleste av oss benytter smartteknologi daglig til å huske hva vi skal gjøre, når vi skal gjøre noe, og i en del tilfeller hvordan vi skal gjøre noe. Vi anvender påminningsverktøy som kalendere, handlelister eller googler hvordan vi skal lage en middag før vi får besøk. Behovene til utviklingshemmede trenger ikke nødvendigvis å være så annerledes, men mange vil ha behov for å anvende andre og mer tilpassede verktøy enn de allment tilgjengelige. Vernepleiere har lang tradisjon på å utforme individuelle tiltak for å fremme struktur og forutsigbarhet for personer med utviklingshemming. Ulike former for dagsplaner med bruk av konkrete, symboler, bilder eller tekst er eksempler på slike individuelle tiltak. Fordelen med individuelle løsninger er at de utformes med bakgrunn i den enkeltes behov, ferdigheter og preferanser. Det er også utviklet en rekke digitale løsninger for å fremme struktur i hverdagen, bedre tidsforståelsen og huske gjøremål (f.eks. appbiblioteket.no). En del slike løsninger formidles gjennom hjelpemiddelsentralen under kategorien kognitive hjelpemidler. Det finnes også flere apper for telefoner og nettbrett som er utformet for å fremme struktur og forutsigbarhet, for blant annet personer med utviklingshemming. Asker kommune har gjennomført et prosjekt hvor atferdsavtaler formidlet med bruk av apper ble implementert i tjenester til personer med utviklingshemming. Resultatene viste en formidabel økning av selvstendighet, aktivitetsnivå og igangsettingsferdigheter for deltakerne i prosjektet (Milanes, 2017).

NAV Hjelpemiddelsentral formidler og yter rådgivning i forbindelse med valg av hjelpemidler og implementering av disse. Implementering av teknologi forutsetter imidlertid ikke bare kompetanse på teknologien, men også på de individuelle forutsetningene den enkelte bruker har, livssituasjon, rammebetingelser, tjenesteorganisering m.m. Dette vil med andre ord forutsette systematisk arbeid over tid og falle utenfor hjelpemiddelsentralens mandat, ressurstilgang og kompetanse. Det er dermed avgjørende at kommunene selv tilegner seg den kompetansen som skal til, for å lykkes med implementering av velferdsteknologiske løsninger.

Habilitering

Begrepet *habilitering* har sitt opphav i det latinske «habilis» som betyr dugelig, passende eller bekvem (NAKU, u.å.). Aanonsen (2017) beskriver at habilitering har med dyktiggjøring å gjøre. Disse begrepene samsvarer i stor grad med GAP-modellens fokus på individets forutsetninger til å møte samfunnets krav og forventninger. Formålet med habilitering er å gi den enkelte bruker best mulig funksjons- og mest-

ringsevne, selvstendighet og muligheter for deltakelse i samfunnet (Forskrift om habilitering og rehabilitering, 2011).

Dette målet kan tilstrebes gjennom individuell opplæring skreddersydd til den enkelte, men også i form av tilrettelegging av omgivelsene eller bruk og opplæring i universelt utformede løsninger. Habiliteringsarbeid omtales videre som målrettede samarbeidsprosesser kjennetegnet ved koordinerte, sammenhengende og kunnskapsbaserte tiltak. Habilitering er en tjeneste som skal ytes både i kommunen og i spesialisthelsetjenesten hvor kommunene også har et ansvar for å etablere en koordinerende enhet for habiliteringsvirksomheten. Enheten skal sikre et helhetlig tilbud til brukere med behov for sosial, psykososial eller medisinsk habilitering og rehabilitering. Arbeidsprosessene innen habilitering preges av tverrfaglig samarbeid mellom bruker, pårørende og tjenesteytere fra ulike arenaer og instanser (ibid). Vernepleiere har sin naturlige plass i habiliteringsarbeid, da personer med utviklingshemming utgjør en vesentlig andel av tjenestens målgruppe. For å lykkes med habiliteringsarbeidet forutsettes imidlertid samarbeid med en rekke andre faggrupper, og det er et behov for faglig rammeverk og verktøy for å prioritere og koordinere innsatsen til beste for bruker.

Forskriften om habilitering og rehabilitering viser til at habilitering skal ta utgangspunkt i den enkeltes livssituasjon og mål (§ 3). En slik forståelse av habilitering peker dermed både på et behov for å kartlegge status i den enkeltes situasjon samt avdekke individuelle mål og verdier. Løkke og Salthe (2012) har utviklet en sjekkliste for målrettet tiltaksarbeid som ivaretar både slike deskriptive og normative premisser. Til tross for at sjekklisten er utformet i et atferdsanalytisk rammeverk, kan modellen anvendes som beslutningsstøtte uavhengig av teoretisk forankring eller hva slags tiltak som vurderes.

Ved å ta i bruk en slik modell, også i arbeidet med implementering av velferdsteknologi, kan dette representere en vesentlig ressurs for å lykkes med treffsikker implementering i tjenestene for mennesker med utviklingshemming.

Beslutningsstøtte før valg av teknologi

I et samfunn hvor teknologiutviklingen foregår raskt vil det kreve innsats og interesse for teknologi for å holde seg oppdatert på hvilke muligheter som er tilgjengelige, og hvilke løsninger som er best for den enkelte. Ved å ta utgangspunkt i Løkke og Salthes modell for beslutningsstøtte vil slike vurderinger kunne kvalitetssikres. Det vil videre presenteres en forenklet og tilpasset versjon av Løkke og Salthes sjekkliste som kan anvendes ved vurdering av teknologi i tjenestene til mennesker mer utviklingshemming. For en grundigere beskrivelse av rammeverket vises det til sjekkliste for målrettet tiltaksarbeid (Løkke og Salthe, 2012).

Dersom det vurderes å sette i gang endringsarbeid i tjenestene, bør det innledningsvis avdekkes hvilket behov eller problem som skal løses. Dette innebærer blant annet innhenting av fakta om bruker, livssituasjon og interesser. Høgskolen og habiliteringstjenesten i Bergen har i samarbeid med Bergen kommune utviklet kartleggingsbanken.no (u.å) som kan være en ressurs for å gjennomføre slik kartlegging. Man bør videre vurdere brukerens egen problemoppfatning og hvem som

«eier» problemet eller behovet. På et slikt grunnlag kan det fattes en beslutning om noe bør gjøres eller ikke. Dersom dette er ønskelig, bør relevant teori og empiri på området gjennomgås for å sikre at videre beslutninger er kunnskapsbasert. Det finnes imidlertid relativt få forskningsbaserte studier å støtte seg på innen velferdsteknologi, men evalueringsrapporter (f. eks. Milanese, 2017) kan også legges til grunn. Før valg av teknologi og igangsetting av tiltak bør det også gjennomføres en mer spesifikk kartlegging av problemet, behovet og konteksten det skal løses i. Hvor omfattende problemet er, hvilke forutsetninger brukeren har for å anvende teknologien, og hvorvidt det er behov for eksplisitt ferdighetstrening kan være områder som bør kartlegges. Det bør også kartlegges hvilke ressurser som finnes i brukers tjenester og nettverk, og hvilke nye ressurser det vil være behov for.

I Løkke og Salthes (2012) sjekkliste fremheves også viktigheten av å gjennomføre normative vurderinger av tiltakene. Vil tiltakene som vurderes være i tråd med brukers egne verdier og mål? Kan tiltakene innebære noen form for paternalisme, overvåking eller andre etiske utfordringer? Hvordan stiller andre aktører i brukers nettverk seg til å sette i gang tiltaket? Medvirkning fra bruker selv eller dennes representant står sentralt i arbeidet med slike normative vurderinger.

Dersom det viser seg å være grunnlag for og ønske om å igangsette et tiltak, bør en mer spesifikk beskrivelse av målsetninger utformes. Dette kan være definerte mål innenfor områder som en mer forutsigbar hverdag, økt grad av egenmestring innen dagliglivets gjøremål eller å fremme medvirkning i hverdagen. På bakgrunn av definerte målsetninger kan arbeidet med valg av teknologi igangsettes. Hvilken teknologi er best egnet til å nå de beskrevne målene og dekke brukerens behov? I tråd med NOU 2016:17 bør en slik vurdering også avdekke om universelt utformede løsninger kan anvendes eller om teknologien bør være mer individuelt utformet. Det er også vesentlig at teknologien som velges har en sosialt akseptert utforming, og ikke avviker mer enn nødvendig fra de verktøy som den øvrige befolkningen anvender. Løsninger på allment tilgjengelige plattformer, som nettbrett og smarttelefoner, kan eksempelvis vurderes å være mindre stigmatiserende enn laminerte bilder med borrelås eller fastmonterte digitale løsninger. Brukerens egne ønsker og kompetanse innen teknologi bør også tas i betraktning når ulike løsninger skal vurderes.

Når valg av teknologi er gjennomført, bør tiltaket beskrives for å sikre at teknologien anvendes slik den skal. Prosedyrer og rutiner for bruk av teknologien samt rutiner for opplæring og veiledning kan være avgjørende for en vellykket implementering.

Et hvert igangsatt tiltak bør evalueres, og det bør planlegges for at evalueringen gjøres på best mulig grunnlag. I noen tilfeller bør dette baseres på systematisk datainnsamling med baseline og tiltaksfase(r), mens i andre tilfeller vil enklere evalueringsgrunnlag være å foretrekke. Det bør uansett besluttes på hvilket grunnlag teknologien og effektene skal evalueres. En slik beslutning vil være avhengig av forhold som kompetanse i tjenestene, eventuelle mål om publikasjon og eksterne krav til dokumentasjon.

Implementering av teknologi

Mange mennesker med utviklingshemming mottar en eller annen form for tjeneste

fra kommunen, eller tjenesteleverandører på vegne av kommunen. Disse tjenestene er ofte hjemlet i vedtak om praktisk bistand og opplæring i Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester (2011, § 3–2). Innholdet i disse tjenestene skal base- res på en kartlegging av hva den enkelte har behov for i hverdagen, og hva brukeren mestrer selv. Det å gi tilpasset hjelp til enhver tid er krevende og forutsetter kompetanse. I tjenester for utviklingshemmede er det ofte mange aktører og flere i mindre stillinger, noe som gjør målrettet habiliteringsarbeid utfordrende. Mangel på enhetlig praksis eller manglende samsvar mellom skriftlige retningslinjer og reell praksis er en kjent utfordring i tjenestene til utviklingshemmede. Implementering av teknologiske løsninger vil på lik linje med annen implementering forutsette kompetente tjenesteytere som arbeider strukturert og samlet mot felles mål. Vellykket implementering av velferdsteknologi i de kommunale helse- og omsorgstjenestene er ikke et spørsmål om kun teknologiske løsninger, men i langt større grad hvordan teknologien etableres i organisasjonen, og dennes evne til å endres i takt med teknologien som anvendes (Helsedirektoratet, 2012). Kommunesektorens organisasjon (KS) har utviklet Velferdsteknologiens ABC, som er et verktøy som skal fremme og bistå kommuner og tjenesteleverandører i implementeringen av velferdsteknologi. Velferdsteknologiens ABC består av en opplæringspakke hvor prosessen fra bruker- behov til implementering i ordinær drift gjennomgås (KS, 2016).

Flere kommuner har deltatt i pilotprosjekter og følgeforskningsprosjekter de senere årene. Listerregionen prioriterte tidlig velferdsteknologi og har gjennomført en rekke prosjekter hvor både holdningsarbeid, kompetanseheving, strukturendringer, driftsendringer og innføring av ulike typer velferdsteknologi har stått på dagsorden (NSCC, u.å). Ålesund kommune har også gjennom «Jeg kan»-prosjektet arbeidet systematisk med å ta i bruk velferdsteknologi i tjenester for mennesker med utviklingshemming. Det vises her til at velferdsteknologiske løsninger tas i bruk i for liten grad, og at tjenestene ikke endres i takt med mulighetene teknologien åpner for. Kommunen har utvidet prosjektet og tilknyttet seg et bredt spekter av ressurser gjennom «Jeg kan-forskning». Implementering av velferdsteknologi samt å fremme tjenesteinnovasjon utgjør hovedmålsetningene i prosjektet (Ålesund kommune (u.å).

I mange tilfeller vil velferdsteknologi medføre større eller mindre endringer i tjenestene. Behovet for parallell tjenesteinnovasjon for å lykkes med omlegging til nye omsorgsmodeller synes åpenbar. En slik tjenesteinnovasjon gjør seg gjeldende i organiseringen av tjenestene, men også i den direkte tjenesteytingen. I noen tilfeller vil velferdsteknologi bidra til at brukere har behov for mindre omfattende tjenester, og i andre tilfeller vil tjenestene måtte ytes på nye måter. Blind tro på at teknologien alene løser problemer er i beste fall naiv. For å lykkes med velferdsteknologi forutsettes implementeringskompetanse. Vernepleiere kan bidra med slik kompetanse gjennom målrettet tiltaksarbeid basert på et systematisk rammeverk.

Velferdsteknologi og etikk

Innføring av teknologi i helse- og omsorgstjenesten berører ikke bare spørsmål om hvilke effekter dette kan ha for tjenesten eller den enkelte bruker, men også hva slags samfunn og tjenester vi ønsker. Teknologien utvikler seg raskt, og det vil være

viktig å definere grenser for hvilken plass teknologien skal få både i tjenestene generelt og overfor den enkelte spesielt. I noen tilfeller vil innføring av teknologi i tjenestene bidra til et bedre og tryggere liv, mens i andre tilfeller vil ulike hensyn måtte vurderes opp mot hverandre før det besluttes hva som er det beste alternativet.

Bruk av teknologi i omsorgstjenestene kan virke skremmende. Mange bekymrer seg eksempelvis for om nye bistandsformer vil gå på bekostning av mellommenneskelig kontakt og samhandling. Teknologi bør ikke erstatte menneskelig kontakt dersom direkte kontakt er mest hensiktsmessig og ønsket av bruker. Det bør likevel erkjennes at dagens omsorgsmodeller er svært ressurskrevende, og vurderes ikke å være bærekraftig på lengre sikt. Det er også målsetninger om at mennesker med utviklingshemming skal være samfunnsdeltakere «på lik linje» som andre. Der teknologien eksempelvis kan bistå en person til å kjøre buss eller gå til jobb på en trygg måte i stedet for å kjøre taxi eller bli fulgt av personell, kan det argumenteres for at dette gir hensiktsmessige fordeler både for personen selv og samfunnet. I tilfeller hvor teknologien bidrar til å redusere mellommenneskelig kontakt eller lede til isolasjon, vil det være større betenkeligheter ved å innføre teknologien. Hagen-utvalget (2011:11) er tydelig på at teknologi aldri bør erstatte mellommenneskelig kontakt, men at teknologien kan gi nye muligheter for å klare seg på egen hånd i hverdagen.

Teknologi kan i en del tilfeller innebære at personvern hensyn eller retten til privatliv utfordres. Bruk av eksempelvis sporingsteknologi kan både lede til større grad av frihet og trygghet for den enkelte (og pårørende), samtidig som at denne teknologien også etterlater seg elektroniske spor. Bruk av sporingsteknologi har både juridiske og etiske implikasjoner, og i mange tilfeller må ulike hensyn vurderes opp mot hverandre. Risikovurderinger og medvirkning fra bruker selv eller dennes representant bør veie tungt i slike spørsmål.

Innføring av teknologi i helse- og omsorgstjenestene innebærer ikke bare at helsepersonell må omstille seg og tilegne seg ny kunnskap. Teknologien forutsetter ofte også at eksterne aktører (tredjepartsleverandører) som ikke er helsepersonell, trer inn i brukernes hjem og hverdag (Hofmann, 2010). Dette kan i en del tilfeller by på utfordringer knyttet til eksterne parteres tilgang til sensitivt eller taushetsbelagt informasjon. Det er av den grunn vesentlig at tjenestene har kontroll på hvem som har og bør ha tilgang til sensitiv informasjon, og at personvernet i henhold til personopplysningsloven (2018) ivaretas.

Teknologiens effekter, potensielle sideeffekter og dilemmaer peker mot viktigheten av ryddige arbeidsprosesser når innføring av velferdsteknologi vurderes. For å ivareta den enkelte brukers interesser vil det dermed være avgjørende at ikke bare effektene, men også moralske spørsmål inkluderes i vurderingene. Dette kan ivaretas dersom vernepleiere og annet fagpersonell anvender rammeverk (f.eks. Løkke og Salthe, 2012) for å kvalitetssikre vurderingene før det fattes beslutninger om teknologi i tjenestene for mennesker med utviklingshemming.

Avsluttende kommentar

Samfunnet blir stadig mer teknologibasert, og ferdigheter til å anvende slike løsninger kan utgjøre skille mellom de som er med og de som er utenfor. Det blir stadig

vanskeligere å være en deltakende samfunnsaktør uten grunnleggende teknologisk kompetanse. Dersom mennesker med utviklingshemming skal være reelle samfunnsdeltakere, vil det av den grunn være avgjørende at brukergruppen får opplæring både på allment tilgjengelige plattformer som smarttelefoner, og eventuelt mer individuelt tilpassede løsninger. Slik opplæring kan fremme fungering både i hjemmet, i arbeidslivet og på fritiden. Teknologien kan i mange tilfeller også fasilitere sosial kontakt mellom mennesker med utviklingshemming, uten at dette forutsetter direkte tilrettelegging av foreldre eller tjenesteytere. For å lykkes med anvendelse og implementering av velferdsteknologi er det imidlertid avgjørende at både tjenestene og brukeren selv ønsker og har forutsetninger for å ta slik teknologi i bruk. Vernepleiere kan bidra i dette arbeidet, og sikre at teknologien leder til en bedre og tryggere hverdag for mennesker med utviklingshemming.



REFERANSER

- Be My Eyes (2017). *Be My Eyes*. Lastet ned fra <https://www.bemyeyes.com/>
- Difi (u.å.) *Kva er universell utforming?* Lastet ned fra <https://uu.difi.no/kva-er-universell-utforming>
- Digernes, M., Moe, K.P. & Hellmann, R. (2016). *Veileder. Enklere, tryggere og morsommere Geocaching*. Lastet ned fra <http://www.karde.no>
- Forskrift om habilitering og rehabilitering (2011). Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator. (FOR-2011-12-16-1256). Lastet ned fra <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2011-12-16-1256>
- Helsedirektoratet (2012). *Velferdsteknologi – Fagrapport om implementering av velferdsteknologi i de kommunale helse- og omsorgstjenestene 2013–2030*. Lastet ned fra <https://helsedirektoratet.no>
- Helse- og omsorgstjenesteloven (2011). Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (LOV-2011-06-24-3). Lastet ned fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>
- Hofmann, B. (2010). *Etiske utfordringer med velferdsteknologi*. Nasjonalt kompetansesenter for helsetjenesten. Lastet ned fra <https://www.fhi.no/publ/2010/etiske-utfordringer-med-velferdsteknologi/>
- Hope, S., Nordstrøm, M., Retterstøl, K., Iversen, P.O. & Kolset, S.O. (2018). *Retten til helsefremmende kosthold for personer med utviklingshemming*. Tidsskrift for Den norske legeforsking. <https://doi:10.4045/tidsskr.17.0985>
- Jakobsen, S.E. (2014). *Utviklingshemmede spiser seg syke*. Lastet ned fra <https://forskning.no/overvekt-funksjonshemming-politikk/utviklingshemmede-spiser-seg-syke/566668>
- Knarvik, U., Rotvold G.H., Bjørvig, S., Bakkevoll P.A. (2017). *Velferdsteknologi*. NSE-rapport 12-2017. Nasjonalt senter for e-helseforskning.
- Kolonial.no (u.å). Lastet ned fra <https://kolonial.no/>
- KS (2016). *Velferdsteknologiens ABC*. Lastet ned fra <https://www.ks.no>
- Kunnskapsbanken. (u.å.). Hjelpemidler for kommunikasjon. Lastet ned fra: <http://www.kunnskapsbanken.net/kommunikasjon/hjelpemidler-for-kommunikasjon/>
- Lie, I. (1996). *Rehabilitering og habilitering*. Prinsipper og praktisk organisering. Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- Lorentzen, E. (2008). *Psykisk utviklingshemming – hvordan stilles diagnosen?* Tidsskrift for Den norske legeforsking, 128: 201–2. Lastet ned fra: <https://www.tidsskriftet.no>
- Løkke, J. A. & Salthe, G. (2012). *Sjekkliste for målrettet tiltaksarbeid: fra normative og deskriptive premisser til tiltak og evaluering*. Norsk tidsskrift for atferdsanalyse, 2012, 39, 17–32.

- Milanes, Y. (2017). *Bruk av apporganiserte atferdsavtaler som styrings- og motivasjonssystem for personer med utviklingshemming*. Lastet ned fra <https://www.asker.kommune.no>
- NOU 2011:11 (2011). *Innovasjon i omsorg*. Lastet ned fra <https://www.regjeringen.no/>
- NOU 2016:17 (2016). *På lik linje – Åtte løft for å realisere grunnleggende rettigheter for personer med utviklingshemming*. Lastet ned fra <https://www.regjeringen.no/>
- Norwegian Smart Care Cluster. (u.å.). *Lister Helsenettverk. Velferdsteknologi i Lister*. Lastet ned fra <https://www.smartcarecluster.no/medlemmer/lister-helsenettverk>
- Opplysningskontoret for egg og kjøtt (2019). *MatStart*. Lastet ned fra: <https://www.matstart.no>
- Personopplysningsloven (2018). Lov om behandling av personopplysninger. (LOV-2018-06-15-38). Lastet ned fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2018-06-15-38>
- Sandvin, J. T. (2014). «Utviklingshemmet av hvem?». I Ellingsen, K. E. (Red.) *Utviklingshemming og deltakelse*. Oslo: Universitetsforlaget
- Stiftelsen SOR (2019). *Kartleggingsbanken*. Lastet ned fra <http://www.samordningsradet.no/kartleggingsbank.cfm>
- Ålesund kommune (u.å.). «*Jeg kan-forskning*». Lastet ned fra <https://alesund.kommune.no/aktuelt/nyhetsarkiv/7670-skall-forske-pa-tjenesteinnovasjon>
- Aanonsen, N. O. (2017). *Nevrohabilitering må bli et kompetanseområde*. Tidsskrift for Den norske legeförening, doi:10.4045/tidsskr.17.0498

Brit Hauger og
Aud Elisabeth Witsø
NTNU



Vernepleieres erfaringer med myndiggjørende arbeid sammen med personer med utviklingshemming

Sammendrag

Denne artikkelen handler om vernepleieres erfaringer med å fasilitere workshopgrupper sammen med deltakere med utviklingshemming. Sju grupper fra tre kommuner har jobbet med tema som myndiggjøring, selvbestemmelse og medvirkning. Arbeidet i og med gruppene var inspirert av aksjonsforskningsmodellen Deltakende og Anerkjennende Aksjon og Refleksjon (vår oversettelse) (PAAR: Participatory Appreciative Action Research and Reflection) som er utviklet av psykologen Tony Ghaye (2008). Denne modellen er meningsfull når målet er å prøve ut og utvikle metodikk i ei gruppe. Parallelt med at gruppelederne jobbet med workshopgruppene, har de hatt kollegaveiledning med oss som prosjektledere. De fikk innledningsvis opplæring i ulike metodiske verktøy som kunne benyttes i workshopgruppene.

Vernepleierne erfarte at størrelsen på gruppen, god balanse mellom struktur og fleksibilitet på møtene samt informasjon var vesentlig for gode gruppeprosesser. Når det gjelder vernepleierens rolle som gruppeleder, hadde de i første fase av prosjektet behov for en strukturert plan, mens de etterhvert greide å frigjøre seg og forholde seg mer fleksibelt til det som skjedde i gruppa der og da. De jobbet

parvis, og i kollegaveiledningen fikk de innspill fra hverandre og prosjektlederne til å utvikle ferdighetene i gruppetodisk arbeid. For å arbeide med myndiggjøring har workshopmetodikken vist seg nyttig og bidratt til utvikling av brukerråd og at personer med utviklingshemming bedre kan besvare brukerundersøkelser i de tre kommunene. Gruppeledernes og våre erfaringer er at workshopgrupper er egnet til å utvikle vernepleierfaglig arbeid som gruppetodisk arbeid.

Nøkkelord: Gruppetodisk arbeid, vernepleieres erfaringer, workshopmetodikk, medvirkning, myndiggjørende arbeid

Vernepleieres erfaringer med myndiggjørende arbeid sammen med personer med utviklingshemming

Denne artikkelen handler om tjenesteyteres erfaringer med å lede workshoper sammen med personer med utviklingshemming. I workshoper har de jobbet med tema relatert til myndiggjøring, selvbestemmelse og medvirkning i ulike kontekster. I hverdagslivet til personer med utviklingshemming er slike tema sentrale. Denne historien illustrerer én av flere situasjoner som ble diskutert i dette prosjektet:

En gruppe deltakere med utviklingshemming diskuterte temaet respektfull behandling. De hadde rollespill og diskusjoner, og de hadde avtalt å holde på til klokken to. Så kommer det en SMS til en av gruppelederne fra en ansatt i bofellesskapet til Karin. I meldingen stod det: «Hei! Kan du si til Karin at jeg må hente henne litt før halv to i stedet for klokken to? Vi har personalmøte i dag som jeg må være med på». Gruppen diskuterte meldingen, og flere deltakere mente at Karin måtte avslutte tidligere.

Gruppelederen forteller i veiledningstimen etterpå at hun prøvde å utfordre Karin på hvorfor hun mente at personalmøtet var viktigere enn møtet hun selv var på. De hadde diskutert dette i gruppen, og konklusjonen ble at de sendte en SMS om at Karin skulle hentes klokken to, som avtalt. Og slik ble det. «Respektfull behandling, ja! Det var det vi jobbet med. Det var en veldig bra workshop. Og Karin, hun var veldig fornøyd sjøl», sier gruppelederen.

Flere gruppeledere forteller imidlertid at deltakerne generelt mener at det er personalet som bestemmer, og at deres avtaler går foran alt.

Rettigheter under press

Sentrale føringer på det helse- og sosialpolitiske feltet er borgernes rett til medvirkning og deltakelse i samfunnet. I tillegg vektlegges retten til å medvirke i utformingen av sitt eget tjenestetilbud (NOU 2016:17). NOU 2016:17 På Lik linje og Helsetilsynets rapport «Det gjelder livet!» peker på at disse rettighetene er under sterkt press for personer med utviklingshemming (Helsetilsynet, 2016).

Prosjektet Omfattende tjenester i andres hjem (Tøssebro, 2018) viser at både

tjenesteytere og pårørende er bekymret for at tjenestetilbud ofte gis i gruppe, begrundet i effektivisering og ressursmangel. Det kan for eksempel dreie seg om kostnadseffektivisering av sosiale aktiviteter, eller fritidsaktiviteter som går på bekostning av retten til individuelt tilrettelagte tjenester. Personer med utviklingshemming uttrykker også selv at de ønsker å leve som andre, og delta i aktiviteter som ikke nødvendigvis involverer andre utviklingshemmede (Witsø og Hauger, 2018; Gjerme stad, Luteberget, Midjo og Witsø, 2017).

En motsats til bruk av grupper fundert på behov for kostnadseffektivisering, er planlagt faglig bruk av grupper med klare mål og virkemidler. Både innen fagfeltene helsefremming og sosialt arbeid regnes gruppe som en sentral og egnet enhet med mulighet for å styrke verdier som gir individ og grupper muligheter for deltakelse, ansvar, solidaritet, mestring og kontroll over eget liv og situasjon (WHO, 2019; IAS-WG, 2010; Helse- og omsorgsdepartementet, 2015).

Internasjonalt bidrar såkalte «self-advocacy groups» til å mobilisere også personer med utviklingshemming til felles innsats og kamp for like rettigheter (Anderson og Bigby, 2017). I Norge er det liten tradisjon for «self-advocacy groups» (Gjerme stad et al., 2018). Det nærmeste man kommer er kanskje NFU og Rådgivningsgruppen i Bærum (2018). Det er derfor behov for både å prøve ut ulike former for gruppetodisk arbeid med den hensikt å oppnå økt deltakelse og myndiggjøring, og behov for kunnskap om hvordan og hvorvidt gruppetodisk arbeid kan egne seg for å fremme selvhevdelse, innflytelse og medvirkning eller virke myndiggjørende for personer med utviklingshemming.

«Jeg synes det er veldig rart når det skjer endringer på jobben min, så kontakter jobben min, boligen, som kontakter mora mi. Og så får jeg beskjed. Og jeg lurar på hvorfor de ikke kan snakke med meg først. Ja, det er min jobb».

Vernepleierens samfunnsrolle

De fleste tjenesteyterne som inngår i denne studien er vernepleiere. Ifølge FO (2017) er vernepleierens mandat «å synliggjøre og motvirke samfunnsskapt barrierer. Den unike kombinasjonen vernepleiere har i sitt kunnskapsgrunnlag bidrar til økt mestring, deltakelse, myndiggjøring og selvbestemmelse» (s. 4). Det poengteres at vernepleieren er å anse som politisk aktør i sitt arbeid. FO velger å inkludere en bred definisjon av begrepet politisk, noe som innebærer fokus på sosiale forhold som innebærer makt, styre og autoritet. Både yrkesetikken, lovverk og, for eksempel menneskerettighetskonvensjoner (som CRPD) peker i retning av tydelig verdiforankring hos vernepleieren som profesjonsutøver. Dette er i tråd med Garsjø (2018) som hevder at profesjonsutøvere har et ansvar for å sette helsefremmende arbeid, en sentral komponent i vernepleiefaglig arbeid, inn i en større politisk sammenheng. Det er behov for at profesjonsutøvere løfter frem debatter om behov for systemendringer som kan lede frem til bedre helsefremmende arbeid. Videre er det viktig at de gir uttrykk for bekymringer over uheldige virkninger av samfunnsutviklingen. De har en viktig oppgave i å granske og påvirke hvordan, for eksempel levekår, verdier og menneskesyn virker inn på folkehelsen (ibid.).

Vernepleieren har blant annet et ansvar for å sørge for at personer de yter tjenester til, selv kan delta direkte med sine demokratiske rettigheter. Vernepleiere manøvrerer imidlertid, som andre helse- og sosialarbeidere, mellom lojalitet til kommunal forvaltning med krav til effektivitet og innsparinger, og lojalitet til personene de jobber med. Det gir ifølge Ole Petter Askheim et potensial for både myndiggjøring og undertrykkelse (Askheim, 2014, s. 82). Askheim stiller spørsmålet om det er slik at vernepleiere selv trenger å bli myndiggjort, noe som blant annet innebærer at de til enhver tid holder et høyt refleksjonsnivå over egen praksis og rolleutførelse (Askheim, 2014).

Grupper som ressurs

Individorientering har lenge vært dominerende innen både helse- og sosialfagene. I denne artikkelen er fokuset rettet mot muligheter og utfordringer som grupper og arbeid med grupper kan representere. Arbeid med grupper kan gi muligheter for å skape forandring, vekst og utvikling. Ulike erfaringer og meninger blant medlemmer i ei gruppe kan gi et robust materiale for problemløsning. For at gruppen og gruppens medlemmer skal oppnå verdier som forandring og vekst, er det viktig med et godt forarbeid. Dette er spesielt viktig når en skal arbeide gruppemetodisk sammen med personer som har utviklingshemming eller kognitiv funksjonsnedsettelse. Forarbeidet kan handle om fysiske forhold som å velge et egnet lokale med de nødvendige fysiske tilpasninger i rommet, og å skaffe tilgang til materiale og utstyr nødvendig for aktivitetene som skal foregå, tilpasset individenes og gruppens behov. I tillegg er det viktig å velge et egnet tidspunkt for gruppemøtene tilpasset deltakernes muligheter og behov. En må også vurdere om det er behov for flere gruppeledere/ fasilitatorer (Heap, 2005). Samledelse av grupper (Heap, 2005; Carter, Munro og Matin, 2013) peker på betydningen av at fasilitatorer reflekterer over hva de bringer med seg inn i gruppen, for eksempel når det gjelder egne verdier og forventninger til gruppen og det planlagte arbeidet. Ifølge Thomas og Pender (2008) bør de som skal fasilitere grupper med personer med utviklingshemming, søke veiledning og opplæring ved behov. Vernepleierne i denne studien deltok alle i kollegaveiledning sammen med artikkelforfatterne (se kapitlet Metode).

Fire forskningsprosjekt om workshoper

Bakgrunnen for denne artikkelen er fire forskningsprosjekt som ble gjennomført over en fireårsperiode, i samarbeid med tre kommuner. Alle prosjektene har benyttet workshoper og gruppemetodisk arbeid som arbeidsform. Personer med utviklingshemming har deltatt i alle workshopene. Tjenesteytere, i hovedsak vernepleiere fra kommunene, har fasilitert workshopene og parallelt deltatt i kollegaveiledning i grupper ledet av artikkelforfatterne.

Kort fortalt har de fire prosjektene gått ut på følgende: Prosjekt 1 hadde hovedfokus på myndiggjøring slik at stemmen til personer med utviklingshemming skulle komme bedre frem i en kommunes kompetansehevingsprogram for personale i tje-

nester til utviklingshemmede. Prosjekt 2 hadde hovedfokus på å få frem brukernes meninger i brukerundersøkelser som gjennomføres i en kommune. I Prosjekt 3 ble det utarbeidet et opplæringsprogram for vernepleiere i kommunen slik at de kunne lære gruppemethodisk arbeid, og selv gjennomføre workshops der brukerundersøkelse for personer med utviklingshemming var tema. I det siste prosjektet ble opplæringsprogrammet gjennomført i to mindre kommuner, hvor vernepleierne jobbet med dagaktivitet og arbeid for personer med utviklingshemming. De var opptatt av å lære metodikk som kunne fremme myndiggjøring i forbindelse med brukerråd ved arbeidsstedene. Felles for de fire prosjektene har vært at vi har jobbet med deltakere i gruppe, og benyttet workshops som metodikk for å jobbe med myndiggjøringsprosesser. I denne artikkelen har vi fokus på vernepleierens rolle, og hovedproblemstillingen vi søker å belyse her er hva vernepleiere har erfart når de leder og fasiliterer workshopgrupper for personer med utviklingshemming.

Metode

Felles for prosjektene er at de har benyttet en deltakende aksjonsforskningsdesign, som er inspirert av PAAR (Participatory Appreciative Action Research and Reflection). Modellen er utviklet av psykologen Tony Ghaye (Ghaye et al. 2008, Ghaye, 2010). Dette er en modell som legger vekt på positiv anerkjennelse gjennom anerkjennende aktiviteter. Aktiviteter og refleksjoner sees i sammenheng og bidrar til å bekrefte og forbedre positive aspekter i samhandling i gruppen. Både gruppeledere og deltakere er i læringsprosesser. Det er fokus på at alle lærer og utvikler seg sammen. Denne modellen passer godt når formålet er å prøve ut og utvikle metodiske fremgangsmåter (Witsø og Hauger, 2019). Workshopgruppene har bestått av gruppeledere og personer med utviklingshemming som deltakere. Parallelt har det vært kollegaveiledningsgrupper bestående av gruppelederne for workshopgruppene og artikkelforfatterne som har bred erfaring med gruppeveiledning og fasilitering.

Om workshop og fasilitering

Workshop er en samlebetegnelse på kreative måter å arbeide sammen på i grupper. Gjennom samarbeidet i workshopene var det ønskelig å veilede prosessene som skjedde i gruppen, slik at deltakerne kunne snakke fritt om ulike temaer knyttet til hverdagsliv og det å motta tjenester (Witsø og Hauger 2018). Farner (2008) trekker frem noen forutsetninger for vellykket bruk av workshopmetoden. Deltakelse må være frivillig, og de som deltar må oppleve at workshopene dreier seg om noe som er viktig for dem. Deltakerne må oppleve at metoden og aktivitetene er legitime, og at de har kontroll i prosessene. Egenmotivasjon trekkes frem som vesentlig og henger sammen med at workshopene skal føre til noe – for eksempel et produkt eller en endring. En viktig premis for workshop som arbeidsform er at resultater skal brukes og følges opp. Også praktisk tilrettelegging, så som tilgang til lokaler, utstyr og aktivitetene som foregår, er avgjørende for hvor vellykket workshopen blir.

Tydelig og tilpasset informasjon om opplegget er vesentlig for opplevelsen av kontroll og engasjement. Farner (2008) fremhever også at tilpassing og «skreddersøm» er en viktig suksessfaktor for prosessdesign som workshoper. Prosessutformingen bør tilpasses målet med workshopen, konteksten, utfordringer og tidsrammen som er til rådighet. Andre viktige faktorer er antall deltakere og hvem som deltar, hvilken kompetanse deltakerne og gruppelederne har samt hvilke ressurser en har til rådighet, viktig (Witsø og Hauger 2019).

Fasilitering handler om å tilrettelegge og lede gode møter. Involvering av deltakerne er en grunnleggende arbeidsmetode i fasilitering (Solem og Hermundsgård, 2015). Fasilitering handler dermed om å ha blikk for det som skjer i en gruppe. Det sentrale er hvilken gruppedynamikk som utspiller seg. Relevante spørsmål i denne sammenhengen er: *Hvem tar initiativ? Hvordan møtes initiativene? Hvordan går diskusjonene? Hvilken utvikling er det i gruppa? Hvilke teknikker/metoder virker inn på dynamikken i gruppa? Hvilke roller har og utvikler deltakerne?* Vernepleierne var fasilitatorer for sine workshopgrupper. Dette innebar at de hadde ansvar for gruppeprosess, struktur og fremdrift av gruppen. Vernepleierne jobbet to og to og planla aktiviteter i gruppene sammen på forhånd. Vi vil i det videre benevne vernepleierne i denne studien som gruppeledere.

Rekruttering og planlegging

Fra vi begynte å tenke ut prosjektdesign til vi konkret startet med introduksjonsdagene tok det flere måneder. Det var behov for å markedsføre, rekruttere vernepleiere til veiledningsgruppene og deltakere til workshopgruppene og å finne tid og sted til praktisk gjennomføring. I en ellers travel kommunehverdag kan det som kommer i tillegg til det daglige, være krevende å finne tid og rom for. Prosjektet søkte inspirerte og faglig interesserte vernepleiere (og eventuelt andre med treårig utdanning) og det tok tid å rekruttere disse. Det viste seg å være spesielt krevende for turnuspersonalet, som trengte vikarer når de skulle utføre noe som ikke var en del av bofellesskapenes hovedoppgaver.

Veiledningsgrupper for gruppeledere

De to veiledningsgruppene representerer to forskjellige fagområder. Den ene gruppen (Gruppe 1) var vernepleiere som jobbet i bofellesskap eller hadde mellomlederstillinger i en by. De jobbet i ulike bydeler og hadde ingen daglig kontakt med hverandre. Selv om flere kjente hverandre fra før, måtte gruppen bli kjent med hverandre og med det metodiske arbeidet som prosjektet krevde. Gruppen ble rekruttert gjennom en leder som hadde kjennskap til de fleste, og som antok at prosjektdeltakelsen var en metodisk tilnærming som de ville dra nytte av å lære. Gruppen bestod av åtte vernepleiere og en helsesøster, to menn og sju kvinner og alle med flere års bakgrunn i yrket.

Den andre gruppen (Gruppe 2) var personale som jobbet ved to arbeidssenter i to mindre kommuner. Begge arbeidssentrene ga tilbud til personer med utviklings-

hemming og andre kognitive utfordringer. Gruppen bestod av fem vernepleiere og en spesialpedagog, og alle var kvinner med flere års erfaring i yrket.

Totalt deltok 14 fagpersoner i prosjektet (12 vernepleiere, en helsesøster og en spesialpedagog).

Workshopgrupper for personer med utviklingshemming

De fire workshopgruppene fra bykommunen bestod av seks til åtte deltakere med utviklingshemming. Gruppene ble satt sammen slik at de ikke kjente sine gruppeledere fra før. Det var også mange deltakere som møtte hverandre for første gang. Noen kjente hverandre fra før, men det var gjennom jobb eller fritidsaktiviteter og ikke fordi de bodde i samme bofellesskap. Gruppene ble satt sammen slik at det skulle være mulig å diskutere utfordringer og problem som deltakerne opplevde i sin hverdag, og det ble tatt hensyn til faktorer som alder, kjønn, interesser og funksjonsnivå. Mål for workshopdeltakerne var å øke kompetansen til å svare på kommunens brukerundersøkelser. Det var begrunnelsen for at gruppelederne ikke direkte hadde noe med deres tjenesteutforming å gjøre.

Deltakerne fra arbeidssentrene kjente både hverandre og gruppelederne. Gruppene ble satt sammen med to grupper fra det ene arbeidssenteret og én gruppe fra det andre med ca. seks deltakere i hver gruppe. Det ble for mange praktiske utfordringer med å sette sammen grupper på tvers av kommunene. Hensikten med disse workshopgruppene var at brukerne skulle ta mer aktivt del i brukerrådene som var etablert. Begge arbeidssentrene hadde brukerråd, men temaene og aktiviteten hadde forvitret eller stagnert, og de trengte innspill for å øke medvirkningsgraden blant arbeidstakerne.

Totalt var det sju workshopgrupper med to gruppeledere for hver gruppe.

Prosjektprogram

Programmet for prosjektene bestod av en introduksjonsdag, fire workshoper der vernepleierne var gruppeledere og henholdsvis to og tre ganger med kollegaveiledning. I tillegg hadde vi en oppsummering og evaluering i form av en fokusgruppediskusjon i veiledningsgruppene.

Introduksjonsdagen bestod av undervisning og gruppeaktivitet med hovedvekt på faglige begrunnelser og visjon for arbeidet, hvorfor det kan være hensiktsmessig å jobbe på denne måten, om grupper og om myndiggjøring som prosess. Videre ble det lagt vekt på fasilitering og gruppelederrollen, og de utfordringer rollen kunne innebære. Deretter hadde vi fokus på workshoper og mulighetene som ligger i en slik gruppemethodisk arbeidsmåte. Gruppelederne fikk inspirasjon og hjelp til planlegging av første og andre workshop.

Gruppelederne gjennomførte to workshoper før første kollegaveiledning. Deres rolle var å igangsette diskusjoner og prosesser og prøve å oppnå engasjement og komme med innspill i form av ulike triggere og metoder. Metodikk som ble benyttet

var blant annet bilder, dikt, opplesing og film som triggere for å få i gang samtaler om spesifikke tema. «Lapp i hatt» var en metode som hjalp til å sortere gode og mindre gode erfaringer deltakerne hadde. Det ble benyttet «påstander» for å få frem meninger blant deltakerne og rollespill for å illustrere utfordrende situasjoner. Et «barometer» med smilefjes var hjelpemiddel for å evaluere opplevelsene i workshopgruppen. Disse metodene er nærmere beskrevet av Witsø og Hauger i Østby og Hauges (2019).

På første workshop hadde alle gruppene fokus på å bli kjent med hverandre, utarbeide deltakerplakat, grupperegler og samarbeidskontrakt. Gruppereglene handlet om hvordan deltakerne ønsket at de skulle snakke sammen, for eksempel om å rekke opp hånda, og at de skulle gi beskjed hvis de ikke kunne komme. Disse reglene resulterte i at workshopgruppen lagde en samarbeidskontrakt for sin gruppe. Det ble laget deltakerpermer for å samle deltakernes oppgaver og materialet som ble brukt. Temaet som ble diskutert på den første workshopen, var hvordan deltakerne opplevde sin hverdag. På neste workshop var hovedfokus for gruppene som jobbet med brukerundersøkelser, tema knyttet til trivsel og trygghet og respektfull behandling. Brukerrådsgruppene jobbet med hverdagsliv og trivsel i jobben på arbeidssentrene.

På den tredje workshopen var selvbestemmelse temaet. Mer spesifikt drøftet de betydningen av informasjon og om deltakerne fikk delta i beslutninger som angikk dem, og hva de opplevde som respektfull behandling. Den siste workshopen for gruppe 1 handlet om å fylle ut brukerundersøkelsesskjemaet. Noen gjorde dette i gruppen, andre dro hjem til deltakere som ønsket det, og fylte ut skjemaet sammen med dem der. Arbeidssentergruppen hadde temaer som medbestemmelse på jobb, å bestemme hvilke arbeidsoppgaver de skulle gjøre på jobb og hva vennskap innebar.

Kollegaveiledning

Kollegaveiledning med gruppelederne hadde to fokus; erfaringsutveksling fra workshopgruppene og å trene på en veiledningsmetodikk for grupper. Metodikken bygger på «Lauvås, Lycke ofg Handal, 1995; som sitert i Hauger, 2009» sin problemrettede arbeidsmodell for veiledningsgruppe.

Kollegaveiledningen startet alltid med en runde med erfaringer og utfordringer gruppelederne hadde hatt i workshopgruppene. Noen utfordringer gikk igjen, mens andre tema var mer spesifikke. De skrev logg fra workshopmøtene som grunnlag for kollegaveiledningen for å huske tema og refleksjonene rundt det som hadde skjedd.

Viktige tema i kollegaveiledningene var hvordan ta hensyn til både gruppe og enkeltindivid i en workshop og hvilke metodiske grep som kunne fremme medvirkning i workshopene.

Gruppelederne hadde behov for å dvele ved og diskutere ulike utfordringer ved fasilitatorrollen. Eksempler på slike tema var: *Hvordan sette i gang samtaler og få med alle? Hvor mye skal jeg blande meg inn og «styre» diskusjoner? Forandrer engasjementet seg ut ifra ulike metoder jeg benytter? Når er det lurt å dele opp gruppen?*

Hva er en god start i gruppen? Er det et problem i forhold til medbestemmelse at alt er planlagt på forhånd?

De temaene som hadde stått sentralt i workshopgruppene, var viktig å diskutere på kollegaveiledningene. Tema som gikk igjen var: *respektfull behandling i tjenesteteyting, hva fremmer trygghet og selvbestemmelse, informasjon som hinder eller er døråpner til myndiggjøring, og samarbeid mellom bruker, foreldre og personale.*

Gruppe 1 var opptatt av hvordan brukerundersøkelser kunne utvikles og tilpasses slik at brukerne i større grad kunne ta dem i bruk, og styrke deres medvirkning. Gruppe 2 brukte kollegaveiledningen til å drøfte hvordan brukerråd kunne utvikles.

I kollegaveiledningen gikk vi hver gang videre inn på et reelt og konkret problem som en av vernepleierne hadde opplevd i workshopgruppen. Vernepleierne utfordret probleminnehaveren (veilanden) til å se utfordringen på en annen og ny måte. Prosjektleder hadde styring med at prosedyren i modellen ble fulgt, og var fasilitator i kollegaveiledningen. I første fase fortalte veilanden hva problemet gikk ut på, sett fra sitt ståsted. Videre stilte vernepleierne korte og utdypende spørsmål etter tur. Spørsmålene gikk noen runder rundt bordet, til alle meldte pass og ikke hadde flere spørsmål til veilanden. Når denne fasen var over, redegjorde probleminnehaveren for hva han/hun selv kunne tenke seg å gjøre med problemet, og dette ble notert på et flippoverark. Etterpå kunne deltakerne i gruppen komme med råd til probleminnehaveren og de ble også nedfelt på ark. Disse rådene ble vurdert i ettertid av veilanden med et pluss eller minus i margin. Rådene kunne veilanden ta med seg. Det siste steget var å evaluere veiledningen. Det viktigste var hvordan veilanden opplevde arbeidet i forhold til sin utfordring i workshopgruppen. Men det var også viktig hvordan de andre deltakerne erfarte veiledningen. Ofte var problemet til veilanden noe som de andre deltakerne kjente seg igjen i, og kunne identifisere seg med.

Alle kollegaveiledningene ble gjennomført etter samme mal og tok 2,5–3 timer.

Avslutningsvis i prosjektene ble det gjennomført en fokusgruppediskusjon i begge gruppene.

Analyse av data

Vi har benyttet en induktiv temaanalyse inspirert av Guest, MacQueen, and Namey (2011). Hovedmålet med en slik analyseform er å beskrive og forstå hvordan mennesker tenker, opplever og oppfører seg i spesifikke kontekster relatert til forskningsspørsmålet. Data bestod av lydopptak og notater. Sentralt ved den induktive temaanalysen er å holde analysen nær til dataene og identifisere mønstre, tema og undertema. Forfatterne har diskutert og analysert data underveis i prosjektet. Begge forfattere har også lest alle data flere ganger i etterkant av prosjektet, først hver for seg. Deretter har vi jobbet sammen i flere analysেমøter der vi diskuterte foreløpige tema og undertema først, og deretter utviklet innholdet i de to hovedtemaene som analysen resulterte i Gruppemetodisk tilnærming – å lede og fasilitere workshopgruppen og Erfaringer fra kollegaveiledning. Temaene med undertema blir diskutert nedenfor.

Gruppemetodisk tilnærming – å lede og fasilitere workshopgruppen

Betydning av god planlegging og fleksibel tilpasning av verktøy

Det å jobbe gruppemetodisk med workshopmetodikken representerte en ny arbeidsform for gruppelederne. Farner (2008) fremhever betydningen av kreativitet for at workshoper skal fremme aktivitet og deltakelse. I workshopgruppene ble det benyttet både bilder, dikt og film som kreative triggere. I noen grupper representerte triggerne noe å kjenne igjen fra eget liv, grunnlag for samtaler og diskusjon, men også anerkjennende fokus på den enkelte – noe som er i tråd med PAAR-metodikken (Ghaye et al., 2008). Selv om de fikk opplæring i bruk av aktuell og kreativ workshopmetodikk, skulle de selv legge en plan og velge hensiktsmessige verktøy å benytte i workshopene og i de ulike situasjonene som oppstod i gruppene. Meningen var at de skulle tolke aktuelle situasjoner i gruppa og ta i bruk nyttige verktøy for de ulike situasjonene, der og da. I veiledningsgruppe 1 kjente ikke vernepleierne deltakerne i workshopgruppen fra før, og da viste det seg at de metodiske verktøyene ble svært nyttige for å bli kjent med hverandre og for å stimulere til diskusjon. I veiledningsgruppe 2 var det annerledes. Der kjente de deltakerne, men ved bruk av metodisk verktøy fikk de kjennskap til helt nye sider ved dem, og behov for tilrettelegging. En av dem uttrykte om bruken av barometer og andre symboler at:

«Jeg tror jeg fikk en aha-opplevelse om hva som var lett for dem å forstå og ikke (...) Noen symboler som vi trodde at de intuitivt skjønte, var vanskelige. Mens andre ting som vi trodde var vanskeligere, kom helt av seg selv. Det var en ny opplevelse».

Generelt benyttet alle workshopgruppene mer metodiske verktøy i oppstartsperioden enn etter at de hadde holdt på en stund. I tråd med anbefalinger for gruppeledelse (Heap, 2005; Pelech, Basso, Lee og Gandarilla, 2016) erfarte gruppelederne etterhvert at det var viktig å ha gode planer for workshopene, men at planene ikke måtte bli for rigide. En vernepleier sa:

«Hvis vi hadde seks punkt på planen og fikk gått gjennom bare to, så var ikke det ensbetydende med at det gikk dårlig. Men vi tar tak i det som dukker opp, og som er i fokus».

Det å ha lært et knippe av metoder kunne på den ene siden være trygghetsskape og gi aha-opplevelser, men også virke innsnevrende på fantasi og oppmerksomhet på det som skjer i de konkrete situasjonene. Gruppelederne ble etter hvert mer oppmerksomme på det som skjedde der og da, enn å få gjennomført planen sin, noe de også gjenkjente som et viktig aspekt å diskutere og reflektere over.

De ulike metodene ga gruppelederne «nye strenger å spille på». En erfaring var likevel, og til tross for bruk av ulike triggere, at det i noen grupper var vanskelig for deltakerne å assosiere det de så eller hørte til eget liv og egen hverdag. Videre kunne det være utfordrende for gruppelederne å forklare, være språkbevisste og tilpasse informasjon og språk, noe som er særlig sentralt i arbeid med grupper som har deltakere med kognitive funksjonsnedsettelse (Nind, 2014). Men i slike situasjoner opplevde gruppelederne at selve gruppen var viktig som ressurs. Deltakerne hjalp hverandre med å forklare begrep og ble veldig sammensveiset, noe som også kan forstås som et tegn på at gruppen hadde en støttende og myndiggjørende funksjon (Nind, 2014). Det er av stor betydning at gruppeledere forstår å dra nytte av de re-

lasjonene som utvikler seg mellom deltakerne, og hvilken innvirkning de selv som gruppeledere har på deltakerne enkeltvis og som gruppe (Pelech et al., 2016; Heap, 2005). Dette krever trening i konkrete tilnærminger, men også utvikling og bevisstgjøring av hvordan en kan dra nytte av de ulike tilnærmingene på en fleksibel måte. Det er ikke gitt at gruppelederne får i stand de prosessene som er ønskelig med én gang, noe som er i tråd med våre gruppelederes erfaringer. Å jobbe med grupper handler dermed også om selv å være i en utviklingsprosess (Ghaye, 2010).

Hovedinntrykket blant gruppelederne etter at de var ferdig med arbeidet i workshopene, var imidlertid: «Deltakerne liker å diskutere i grupper. De har syntes at opplegget i workshopene har vært kjempebra og gitt positive tilbakemeldinger. Flere ønsker å fortsette i grupper».

Strukturer som påvirker gruppe- og myndiggjøringsprosesser

Ved fasilitering av grupper er det viktig å være oppmerksom på hvordan roller utvikler og fordeler seg, og hvordan ytre strukturer kan påvirke dette (Pelech et al., 2016). Gruppelederne erfarte ikke at gruppemedlemmene hadde utpregete eller faste roller. De formidlet at rollene kunne endre seg fra gang til gang avhengig av oppgaver og tema, men også individuelle faktorer som ferdigheter. De pekte på betydningen av hvordan deltakerne var plassert rundt bordet og sammensetningen av gruppen. Andre faktorer som påvirket gruppen, var hvem som i utgangspunktet hadde lett for å snakke og hvem som var utfordrende å få med i samtalen, hvem som var venner fra før eller kjæresten, hvem som trengte hjelp osv. Dette fungerte godt å diskutere åpent i workshopgruppen. Det opplevdes greit at gruppedeltakerne fungerte forskjellig, men at det var vesentlig å få med flest mulig i diskusjoner. Gruppelederne satte seg derfor på strategisk viktige plasser, og fulgte ekstra godt med på de som ikke var frempå. For å skape diskusjon var det viktig å komme med innspill som påvirket dette. Det handlet om måten å spørre på, og hvordan deltakerne ble invitert til å delta. De fleste som deltok i gruppene hadde heller ingen erfaring med slike grupper, og vernepleierne mente de kunne være usikre på hvordan diskusjoner, deres tanker og refleksjoner, ble mottatt.

En problemstilling som vernepleierne erfarte, var at noen deltakere hadde vansker med å være uenig med gruppelederen, og sa det de trodde gruppelederen ønsket å høre. Selv om PAAR-metodikken i seg selv legger opp til å utjevne skjeve maktforhold mellom deltakere i samarbeidet, peker slike erfaringer på hvor viktig det er å stadig reflektere over hvordan makt kan balanseres i grupper, og med hvilke virkemidler (Ghaye, 2008). Videre erfarte gruppelederne at hvis noen var borte fra gruppen kunne det bli sårbart og lite dynamisk. Størrelsen på workshopgruppene viste seg å være avgjørende for diskusjon og aktivitet i gruppen. Dersom gruppen ble for stor, dvs. mer enn åtte personer, ble gruppen delt for å hindre at den ble uoversiktlig for deltakerne og at de ble ufokuserte, eller for å få aktivisert de mer tilbakeholdne deltakerne. Gruppelederne uttrykte at ulikt funksjonsnivå blant deltakerne ikke nødvendigvis var problematisk, men at det må tilrettelegges for at alle skal delta og bidra med sine synspunkter. Blant annet erfarte de at hyppige pauser

var viktig for deltakernes konsentrasjon, og kunne fungere som naturlige hinder for temaskifter. Videre kom det frem at pauser var nyttige for å få frem nye synspunkter, uten at de var styrt av gruppelederen, i tillegg til behovet for avbrekk og kroppshvile.

Gruppelederne benyttet organiserte innsjekk og utsjekk (Røkenes og Hanssen 2012) som begynnelse og slutt på hver workshop. Innsjekk kunne fungere som inn-toning slik at gruppen ble klar over hvilke tanker og hendelser hver av deltakerne hadde med inn i gruppen, når de startet. For eksempel fortalte en gruppeleder om en deltaker som var svært urolig en gang, fordi noe urovekkende hadde skjedd rett før gruppen møttes. Ved innsjekk ble dette klargjort slik at vedkommende fikk hjelp til å takle situasjonen. Ifølge gruppelederne fungerte utsjekk som en evaluering av gruppeaktiviteten og en avklaring av hvordan hver enkelt hadde hatt det, før gruppe-medlemmene de gikk fra hverandre.

Videre trakk gruppelederne frem at når deltakerne ikke kjente gruppelederen, var det mulig å snakke om sitt eget tjenestetilbud på en mindre forpliktende måte enn hvis det var, for eksempel primærkontakten som hadde vært gruppeleder. Gruppelederne med deltakere fra bofellesskapene kjente ikke deltakerne i sine grupper, mens gruppelederne fra arbeidssentrene var arbeidsledere for sine deltakere. Hvis de ikke kjente hverandre fra før, ville de sannsynligvis være mer nysgjerrige på hverandre. En av gruppelederne forteller om dette:

«.....det er viktig å sette seg ned og prate med hverandre. Selv om du har fått noe informasjon på forhånd. «Hvordan liker du å få hjelp, for eksempel hvordan vil du ha hjelp til å smøre på brødskiva osv.» Det å faktisk bruke relasjonskompetansen din. (...) Du må snakke med personen».

En annen gruppeleder poengterte at det å ikke kjenne hverandre fra før også kunne påvirke maktforholdet:

«Det innebærer at maktforholdet blir annerledes. De blir mer en person – et menneske, i forhold til det å være bruker. Men det er også utfordrende ikke å kjenne personen fra før og ikke ha den type informasjon som man ellers ville hatt, om man jobbet med vedkommende. Det er mer spennende og utfordrende på en annen måte».

Personalets væremåte

På tvers av gruppene har gruppelederne erfart at personalets væremåte har hatt stor betydning for myndiggjøringsprosessen. De fortalte om deltakere som var opptatt av hvordan ansatte snakket til dem, og at flere opplevde at de ikke ble snakket til på en fin måte. En gruppeleder forteller:

«Det er litt spennende akkurat det der. Det er mange brukere som er opptatt av en fin tone, at personalet bør si ting i en finere tone. Si det litt mildere og mykere. Det er noe vi kan tenke over, toneleiet liksom».

I alle workshopgruppene har dette vært et aktuelt tema. Gruppelederne erfarte at workshopgruppen fungerte som støtte når slike tema ble snakket om, og mente det ga trygghet for deltakerne i gruppene å ikke være alene om disse erfaringene. De fortalte om deltakere som støttet hverandre til å se på problemet og snakke om ulike løsninger, og på den måten mente gruppelederne at prosessene også fungerte myndiggjørende der og da. Det å bli møtt med respekt og få ivarettatt behov for

personlig utvikling og selvbestemmelse berører grunnleggende menneskerettigheter (NOU, 2016:17). Gruppelederne tolket deltakernes relasjon til personalet som indikasjon på respekt. De viste for eksempel til at deltakere i gruppene mente at det ikke er respektfullt av personalet å ha egne regler for seg selv, og andre regler for beboerne i bofellesskapet. Disse erfaringene bidro til at gruppelederne ble bevisste og reflekterte over slike begrensende vilkår for myndiggjøring i et tjenesteområde de selv jobber i.

Betydningen av informasjon

Informasjon er et sentralt tema i forbindelse med myndiggjøringsprosesser (Gjerme stad et al., 2017; Witsø og Hauger, 2018). Å nå frem med informasjon om hva gruppene jobbet med til ansatte der deltakerne bodde eller til deres familie, viste seg å være utfordrende i denne studien. Gruppelederne fortalte om både boligpersonale og pårørende som var skeptiske og usikre på hva deltakerne skulle være med på, til tross for både skriftlig og muntlig informasjon i forkant og underveis. Det var for eksempel en av deltakerne som ikke «fikk lov» av personalet til å delta. Dette ble gjenstand for mye refleksjon i kollegaveiledningen. Gruppelederne opplevde det også som utfordrende å få gjort avtaler med bofellesskapene om deltakelse på workshops. Informasjon ble ikke gitt videre og kommunikasjonen med personalet opplevdes vanskelig. De var opptatt av hvilke signaler dette ga deltakerne, for eksempel at det ikke var så viktig å delta på workshop, eller at de ikke er voksne nok til å bestemme det for sin egen del. En gruppeleder viste til at en ansatt sa følgende om deltakelse i workshop: «Det setter griller i hodet på deltakerne!». Et annet moment som en av gruppelederne var opptatt av, var hvem som skal ha informasjon om hva. Hun fortalte noe en deltaker hadde uttrykt i en workshop:

«Jeg synes det er veldig rart når det skjer endringer på jobben min, så kontakter jobben min boligen, som kontakter mora mi. Og så får jeg beskjed. Og jeg lurer på hvorfor de ikke kan snakke med meg først. Ja, det er min jobb».

Gruppelederne ble bevisst på at ansatte kan fungere som såkalte «portvoktere» (Witsø og Hauger, 2018). Det ble også tydelig for dem at deltakerne i workshopgruppene ikke hadde kunnskap om sine egne grunnleggende rettigheter. De undret seg over om dette kunne ses i sammenheng med personalets manglende kunnskap om rettigheter for mennesker med nedsatt funksjonsevne, men også om det kunne være en måte for personalet i bofellesskapene å skjule makten sin på. Resultatene peker på betydningen av at boligpersonalet forstår og anerkjenner det personene med utviklingshemming er med på, og bidrar med informasjon som fremmer deres deltakelse.

Man blir neppe utlært i myndiggjøringsprosesser, og det er viktig å holde et høyt refleksjonsnivå over egen rolleutforming og praksis på dette området slik Askheim (2014) fremhever. Vernepleiere og annet helsepersonell lærer om betydningen av relasjonskompetanse for å fremme selvbestemmelse, myndiggjøring og menneskerettigheter gjennom studier og yrkeserfaring. Resultatene i denne artikkelen peker på at det i personalgrupper bør problematiseres og diskuteres i større grad, hvordan en kan tenke og handle ut ifra mål om myndiggjøring av og ikke minst sammen med

beboerne, slik at daglig tjenesteutforming ikke bærer preg av at selvbestemmelse, medvirkning og myndiggjøring forblir i teorien og honnørord som eies av de ansatte.

«Vernepleiere og annet helsepersonell lærer om betydningen av selvbestemmelse, myndiggjøring og menneskerettigheter gjennom studier og yrkeserfaring. Det er allikevel en fare for at avstanden mellom teori og praksis vokser seg stor dersom arbeidsmiljøene ikke stadig har fokus på refleksjon i og over egen praksis.»

Erfaringer fra kollegaveiledning

Som tidligere nevnt hadde kollegaveiledningene to fokus. Det ene var å drøfte utfordringer ved fasilitering av workshopgruppene. Det andre fokuset var å løfte frem en problemstilling derfra og gjennom en modell for veiledning fordype seg i hvordan vedkommende kunne hjelpes videre med å løse denne problemstillingen.

Vernepleierne opplevde at rollen deres som gruppeleder var utfordrende. Da var det godt å være to. «Å jobbe parvis er et must, det ville vært veldig tungt alene. Man fanger opp litt forskjellige signaler.», var et dekkende utsagn på det de formidlet. Underveis var det også mange utfordringer i workshopgruppene, og gruppelederne fordelte arbeidsoppgavene slik at prosessene og temaene som gruppen diskuterte, fikk fremdrift. Dessuten formidlet de at det var viktig å ha oppmerksomhet på alle deltakerne. To gruppeledere i hver workshopgruppe opplevdes derfor nødvendig og de mente at det å jobbe sammen har fungert faglig utviklende for begge.

Gruppetodisk arbeid inviterte til mye refleksjon blant gruppelederne. «Vi snakker om ting vi ikke snakker om til vanlig», uttrykte de. Det var et dilemma for dem at de på den ene siden satte i gang nye tankeprosesser hos deltakerne, og samtidig skulle unngå å ikke påvirke meningene deres for mye. For å få til dette, erfarte de at måten å spørre på var avgjørende. De fikk frem mening og engasjement og ulike beskrivelser av situasjoner ved å stille åpne spørsmål. Åpenhet, nysgjerrighet og interesse for det som ble formidlet fra deltakerne, bidro til ny kunnskap for gruppelederne. For enkelte ble åpne spørsmål for abstrakte å svare på. Gruppelederne delte erfaringer med hvordan variasjon gjennom språklig omformulering, konkretisering av budskap og ja-/nei-spørsmål kunne fremme deltakelse. I brukerundersøkelsen ble det, for eksempel brukt ord som var vanskelige for deltakerne å forstå, og gruppelederne måtte tenke gjennom og vurdere alternative ord som beskrev det samme.

I kollegaveiledning delte gruppelederne også erfaringer om hvordan de jobbet med å få oversikt over det som skjedde i gruppen, og hindre at deltakere mistet konsentrasjonen i samtalen. En gruppeleder formidlet at hun skrev ned poeng fra samtalen på flippoverark eller på tavle. Hun erfarte at å skrive på tavla ga poengene verdi for deltakerne. Alt som kom opp på tavla ble fotografert, og tatt vare på som viktige innspill fra gruppa. Dette er et eksempel på det Ghaye et al. (2010) kaller anerkjennende aktivitet, og som kan fungere bekreftende for deltakere i en gruppe. Dette ga også inspirasjon til de andre gruppelederne som seinere prøvde det samme.

Fasilitering av grupper krever en fleksibel holdning og vilje til utvikling hos dem som fasiliterer (Pelech et al., 2016). I kollegaveiledningen kom det fram at gruppele-

derne utfordret seg selv som personer i workshopene. En tilnærming som utfordret var rollespill. Pelech et al. (2016) peker på at rollespill kan benyttes for å bytte roller, få innsikt i andres tanker, følelser og responser. Selv om det opplevdes utfordrende, benyttet mange grupper likevel rollespill for å tydeliggjøre noe som var vanskelig for deltakerne å diskutere og forstå. Rollespill opplevdes også artig og engasjerende. Gruppelederne mente at det hadde en spesiell verdi, at de selv kjente på kroppen det som var vanskelig. Da ble det enklere for dem å forstå og diskutere med deltakerne.

Flere opplevde det utfordrende å vite om de ledet workshopgruppen for mye, og om de stilte ledende spørsmål. Det var for eksempel vanskelig å vite om de hadde benyttet riktige triggere, når deltakerne svarte «vet ikke». Sigrid var en gang den som trengte veiledning. Her er noen eksempler på spørsmål som ble stilt fra kartleggingsrunden: *Er det når det blir stille, at det er vanskelig å la være å stille ledende spørsmål? Hvor lenge har du prøvd å la det være stille før du «griper inn»? Hva er lenge? 10 sekunder? 15 sekunder? Føler du at du har stilt for mange ledende spørsmål? Hva er et ledende spørsmål? Hva er det verste som kan skje dersom du stiller ledende spørsmål? Er «Er pizza det beste du vet?» et ledende spørsmål?*

Det sistnevnte spørsmålet kom frem som eksempel på et potensielt ledende spørsmål da Sigrid ble bedt om å eksemplifisere. Det kom frem at det er ubehagelig å tenke at en kanskje påvirket hva deltakerne svarte, og at en begynte å lure på om svarene var deres «på ordentlig». Hensikten med prosjektet var jo å få frem stemmene til deltakerne i forbindelse med brukerundersøkelsen. Derfor var det ikke godt å være usikker på om en ble for styrende som fasilitator. Her er noen av rådene Sigrid fikk:

«Vent lenge nok på svar når dere tar runden. Spør gruppen om råd; hvordan vil dere ha det for at dere skal komme mest mulig frem med egne synspunkter. Følg med på hva som skjer i gruppaen når du venter på svar. Still spørsmål før gruppa blir utålmodig og eventuelt bryter opp. Ikke vær redd for å ta rollen som fasilitator eller gruppeleder, du har den rollen. Ikke tenk for mye på det, det kan virke hemmende på prosessen. Prøv først med et åpent spørsmål, dersom det ikke fungerer, prøv å stille litt forskjellige typer spørsmål – ja/nei – eventuelt ta i bruk påstander – dette for å sjekke om du får samme svar (ved «vet ikke»). Det viktigste er å reflektere over hvordan det gikk fra gang til gang og lære av det. Kanskje øve på å vente på svar dersom dette oppleves særlig utfordrende. Fordel roller på forhånd».

For Sigrid opplevdes det nyttig å få disse rådene. Særlig dette med å trekke inn deltakerne og høre med dem om hvordan de ville ha det for at de skulle komme frem til egne meninger, og unngå at gruppelederne leder for mye, var relevant i hennes gruppe, og noe hun ville prøve.

Videreføring av gruppetodisk arbeid – utvikling av brukerundersøkelser og brukerråd

Utgangspunktet for at vi har jobbet med workshoper i kommunene, var at det var behov for at flere brukere selv skulle kunne svare på brukerundersøkelser som ble benyttet i kommunen. Likeledes var det behov for utvikling av brukerråd på arbeidssenter. Som vi har nevnt tidligere, har brukerne rett til medvirkning i utforming av

eget tjenestetilbud (NOU 2016:17), og da er alt fra daglige beslutninger, delta på brukerråd til å delta direkte på brukerundersøkelser som omhandler eget tjenestetilbud, sentralt. Men hvis personer med utviklingshemming skal kunne delta i, for eksempel brukerundersøkelser, må det legges til rette for det. Tilretteleggingen handler, som denne studien viser, om alt fra språklig utforming til fysisk og sosial kontekst. Man må ha god tid og trygge rammer. Gruppelederne erfarte at workshopmetodikken var en egnet måte for å legge til rette for å jobbe med brukerundersøkelsen, og ga mer gyldige svar fra den enkelte. Dette handlet om at i stedet for å svare på et spørsmål ble temaet drøftet og belyst på et tilpasset og bredere nivå. Gruppeledernes erfaringer med dette arbeidet har gitt kunnskap som har bidratt til å videreutvikle brukerundersøkelser i de tre deltakende kommunene.

Brukerråd på arbeidssentre ble også videreutviklet i forbindelse med prosjektet. Opprinnelig hadde de to kommunene et brukerråd på arbeidssentrene hvor alle arbeidstakerne var med på å ta beslutninger, men det fungerte ikke tilfredsstillende. De har etter prosjektet endret struktur og organisering og har nå valgt å ha et styremøte og et allmøte. De benytter workshopmetodikken for å få frem gode diskusjoner og beslutninger både på styremøter og allmøter. Styret legger frem saker for allmøtet og en av styremedlemmene er møteleder. Noen av sakene kommer som forslag i en postkasse, mens andre saker blir drøftet i styret først. På allmøtet blir også sakene lagt frem ved hjelp av konkrete hjelpemidler, så som bilder, for å sikre at flere blir med i diskusjoner og beslutninger. Styret fungerer som et brukerråd og har møter en gang i måneden. Saksmengden har i tillegg økt etter den nye organiseringen ble innført.

Konklusjon

På vei til å oppnå økt myndiggjøring for personer med utviklingshemming kan det å svare på brukerundersøkelser selv eller å delta aktivt på brukerråd, være ett av flere virkemidler. Det er også relevant for vernepleiefaglig arbeid. Våre resultater peker i retning av at gruppetilnæringsarbeid og workshopmetodikken kan stimulere til videre utvikling av vernepleiefaglig arbeid. Gruppeledernes og våre erfaringer tilsier at det å arbeide med myndiggjørende prosesser sammen med personer med utviklingshemming er utfordrende, og er ingen garanti for at det skjer myndiggjørende prosesser. Workshopmetodikken er allikevel egnet for å legge til rette for slike prosesser. Gruppelederne erfarte for eksempel at deltakere i gruppene kunne oppleve økt selvhverdelse underveis, noe som kan vurderes å ha en verdi i seg selv (Østby et al., 2018). Samtidig er det viktig å være oppmerksom på hva en setter i gang av prosesser, og hvilke muligheter personer med utviklingshemming har for å få støtte til å fortsette myndiggjøringsprosesser i sine nære omgivelser (Gjermestad et al., 2019). Det er ikke gitt at de får hjelp til å videreutvikle seg, eller å holde på det de har erfart etter at gruppene avsluttes. Gruppeledere i workshopgrupper må derfor ha høy faglig og etisk refleksjonsevne. De må sørge for at prosessene blir forsvarlig planlagt og fasilitert. Vi mener likevel at det er viktig at både personer med utviklingshemming og vernepleiere får anledning til å delta i slike workshopgrupper, slik at tilgjengelighet til å utvikle seg og gå inn i nye roller også gjelder for

dem. De har mye å lære av hverandre.

Gruppemetodisk arbeid kan brukes i ulike gruppesammenhenger. Det kan dannes grupper uavhengig av hvor man bor, men med deltakere som har felles interesser eller felles utfordringer i hverdagen. Gruppelederne i denne studien mente det fremover kunne være aktuelt, for eksempel med samtalegrupper for utsatte jenter med tema som hvordan ta vare på seg selv og grupper med fokus på selvbestemmelse og rettigheter. En annen ide var å lage en samtalegruppe om arbeidsrelaterte tema på dagtilbud eller arbeidssenter.

REFERANSER

Anderson, S., & Bigby, C. (2017) Self-Advocacy as a Means to Positive Identities for People with Intellectual Disability: «We Just Help Them, Be Them Really». *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 30 (1), s. 109–120.

Askheim, O. P. (2014). Vernepleieren som aktør for en «empowerment»-orientert praksis. I Ellingsen, K.E. (red). *Vernepleierfaglig kompetanse og faglig skjønn*. Oslo: Universitetsforlaget.

Carter, Munro & Matin (2013) Exploring Autonomy in Group Work Practice with Persons with Intellectual Disabilities. *Social Work with Groups*, 36 (2–3), s. 236–248.

Farner, A. (2008). *Verksted som verktøy. Å planlegge og lede workshops*. Oslo: Kommuneforlaget.

Garsjø, O. (2018). *Forebyggende og helsefremmende arbeid. Fra individ- til systemorientert tenkning og praksis*. Oslo: Gyldendal.

Ghaye, T, Melander-Wikmann A., Kisare M., et al. (2008) Participatory and appreciative action and reflection (PAAR) – democratizing reflective practices. *Reflective Practice*, 9 (4).

Ghaye, T. (2010) *Teaching and Learning through Reflective Practice. A Practical Guide for Positive Actions*. London: Routledge.

Gjermestad, A., Luteberget, L., Midjo, T. & Witsø, A. E. (2017). Everyday life of persons with intellectual disability living in residential settings: a systematic review of qualitative studies. *Disability & Society*, 32(2), 213–232. doi: 10.1080/09687599.2017.1284649 Gjermestad, A., Luteberget, L., Midjo, T., & Witsø, A. E. (2018).

Gjermestad, A., Luteberget, L., Midjo, T., & Witsø, A. E. (2019). Preparing a dialogue conference together with persons with intellectual disabilities. *Nordic Social Work Research*, published online.

Guest, G., MacQueen, K. & Namey, E. (2011). *Applied Thematic Analysis*. Thousand Oaks, CA: Sage.

Heap, K. (2005). *Gruppemetode for sosial- og helsearbeidere*. Oslo: Gyldendal.

Helse- og omsorgsdepartementet (2015). *Folkehelsemeldingen – Mestring og muligheter. Helse og omsorgsdepartementet*. [St. meld. 19 (2014-2015)]. Lastet ned 03.07.19 fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-19-2014-2015/id2402807/>

Helsetilsynet (2016). *Det gjelder livet. Oppsummering av landsomfattende tilsyn i 2016 med kommunale helse- og omsorgstjenester til personer med utviklingshemming*. [Rapport]. Lastet ned 03.07.19 fra https://www.helsetilsynet.no/globalassets/opplastinger/publikasjoner/rapporter2017/helsetilsynetrapport4_2017.pdf

Lauvås P, Lycke K. H., & Handal G (1995 i Hauger, B. 2009): Over terskelen. Aldring og helse

Nind, M. (2014). *What is inclusive research?* London: Bloomsbury.

NOU 2016:17 (2016). *På Lik linje. Åtte løft for å realisere grunnleggende rettigheter for personer med utviklingshemming*. Oslo: Barne- og familiedepartementet.

Pelech, W., Basso, R., Lee, C.D., & Gandarilla, M. (2016). *Inclusive Group Work*. New York: Oxford University Press.

Røkenes, O.H. & Hansen, P. H. (2012): *Bære eller bryte*. Oslo: Fagbokforlaget

- Solem, A. & Hermundsgård, M. (2015) *Fasilitering*. Oslo: Gyldendal Akademisk Forlag
- Thomas, V., & Pender, D. (2008). *Association for Specialists in Group Work: Best Practice Guidelines (2007) Revisions*. *The Journal for Specialists in Group Work*, 33:2, 111–117.
- Ridderne (2018). Rådgivningsgruppen i Bærum. Lastet ned 28.05.19 fra <https://ridderne.no/2018/09/16/radgivningsgruppen-fyller-25-ar/>
- Tøssebro, J. (2019). *Hverdag i velferdsstatens bofellesskap*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Witsø, A. E., & Hauger, B. (2018). Everyday life from the perspective of persons with intellectual disabilities – living in a Norwegian context. *Journal of Intellectual Disabilities*. Doi: 10.1177/1744629518774174.
- Witsø, A. E., & Hauger, B. (2019). «Å jobbe sammen i workshop». I Østby og Haugenes (red.), *Inkluderende forskning sammen med personer med utviklingshemming – en metodebok*. Oslo: Universitetsforlaget.
- IASWG (2010). Association for the Advancement of Social Work with Groups. Lastet ned 03.07.19 fra <https://www.iaswg.org/>
- FO (2017). *Om vernepleieryrket*. Oslo: Fellesorganisasjonen. Lastet ned 28.05.2019 fra <https://www.fo.no/getfile.php/1352745-1513253504/06%20Profesjonene/Vernepleierne/Vernepleierbrosjyre%202017.pdf>
- WHO (2019). The Ottawa Charter for Health Promotion. Lastet ned 30.01.19 fra <https://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/index4.html>
- Østby, M., Witsø, A. E., Werner Fiskergaard, G. & Haugenes, M. (2018). Sluttrapport for «Slik vil jeg ha det!» Selvhverdelse og selvbestemmelse hos mennesker med utviklingshemming. Et prosjekt hvor personer med utviklingshemming er medforskere. Lastet ned 03.07.19 fra <https://www.extrastiftelsen.no/prosjekter/slik-vil-jeg-ha-det/>.



Av Rolf Magnus Grung

Å forske sammen med personer med utviklingshemming

— Vernepleier Anna Chalachanová er ansatt i en stipendiatstilling ved VID vitenskapelige høgskole. Her er hun aktiv i et forskningsprosjekt med fokus på deltakerbasert forskning, medborgerskap og mestring av hverdagslivet hos personer med utviklingshemming i Norge og Slovakia. Målet med prosjektet er å synliggjøre medborgerskap i hverdagslivet til personer med utviklingshemming gjennom deltakerbasert forskning.

Det var ikke vernepleier Anna Chalachanová opprinnelig hadde tenkt å bli. Etter videregående skole søkte hun opptak på medisinstudium i Slovakia, men hun kom ikke inn. Derfor søkte Chalachanová jobb i en institusjon for voksne personer med utviklingshemming – en jobb hun fikk.

– Denne jobben, og ikke minst møtet med de menneskene som bodde på institusjonen, hadde en stor innvirkning på mitt videre utdannings- og yrkesvalg. Derfor søkte jeg opptak på et nyopprettet studieprogram ved Constantine the Philosopher



Anna Chalachanová.

Inkluderende forskning

Går ut på at personer med erfaringsbasert kompetanse, i dette tilfellet personer med utviklingshemning, er aktive samarbeidspartnere i forskning. Prinsippene til inkluderende forskning er basert på likeverdighet mellom forskere og medforskere og der personer med utviklingshemning skal ha en reell mulighet til å kunne påvirke hele eller deler av prosessen.

University i Nitra i Slovakia – et studieprogram med særlig fokus på arbeid med personer med utviklingshemning. Programmet var et samarbeidsprosjekt mellom daværende Rogaland Vernepleierhøgskole på Nærland og Constantine the Philosopher University, sier Chalachanová.

– Som en del av samarbeidet mellom disse to utdanningsinstitusjonene var det mulig å søke opptak på vernepleierutdanningen i Rogaland, da som utvekslingsstudent gjennom en kvoteordning. Etter to år med studier i Slovakia kom jeg som utvekslingsstudent til Norge. Det første året benyttet jeg til å lære norsk. Deretter begynte jeg på vernepleierutdanningen, sier Chalachanová.

I 2002 ble Chalachanová utdannet vernepleier fra daværende Rogaland Høgskole. Rogaland Høgskole er nå en del av VID vitenskapelige høgskole.

Medvirkning må ha et særlig fokus

I perioden 2002 til 2004 fortsatte Chalachanová sine studier ved Constantine the Philosopher University. Da tok hun master i sosialt arbeid. Problemstillingen i masteroppgaven dreide seg om individuelle planer for voksne personer med utviklingshemning som skulle flytte fra institusjon til et mindre botilbud. Det ble benyttet en kvalitativ metode der to personer med utviklingshemning ble fulgt opp i en forberedelsesfase før flytting. I forberedelsesfasen var fokuset opplæring av ADL-ferdigheter, medvirkning, livskvalitet og sosial kompetanse.

Ikke uventet viste Chalachanová's masterstudie at tett oppfølging og forberedelse kan lette overgangen fra institusjon til botilbud, og at individuell tilnærming er sentralt samt at individuelle planer kan spille en viktig rolle i overgangen fra institusjon til bolig. Den viktigste erfaringen fra Chalachanová's studie er derfor at medvirkning må ha et sentralt fokus på alle livsområder, også når det kommer til overgang fra institusjon eller annen boform til egen bolig.

– Medvirkning er ikke noe som kommer av seg selv. Det er viktig å bruke god tid, og det er viktig å trene på ferdigheter for medvirkning for at personer med utviklingshemning skal oppnå større grad av innflytelse i sin hverdag, sier Chalachanová.

Fakta

I Norge er det i dag flere forskningsprosjekter der personer med utviklingshemning deltar som medforskere. Eksempler er prosjekter innen selvbestemmelse, velferdsteknologi, tjenesteutvikling og levekår for personer med utviklingshemning med samisk bakgrunn.

Å forske sammen med – ikke på, ikke om

Nå holder Chalachanová på med forskerutdanning ved VID vitenskapelige høyskole. I hennes doktorgradsprosjekt står forskning sammen med personer med utviklingshemning sentralt. Forskning sammen med personer med utviklingshemning eller personer med erfaringsbasert kunnskap dreier seg om å endre fokuset fra å forske på eller om deltakerne, til å forske sammen med deltakerne.

– Inspirasjonen til forskningsprosjektet stammer fra mine møter med personer med utviklingshemning i et botilbud jeg jobbet i som miljøterapeut for fem år siden, i forbindelse med at jeg hadde permisjon fra min stilling som høgskolelektor. Disse møtene og samtalene jeg hadde i praksis førte meg inn på tanken om forskning og doktorgradsutdanning. Da jeg kom tilbake til høyskolen etter permisjonen, begynte jeg å skrive prosjektskisse inspirert av det jeg hadde erfart i praksisen. Jeg ville invitere personer med utviklingshemning til å være med på å utforske temaer som er av interesse for dem og deres liv.

Forskningsbasert vernepleierutdanning

Krav til førstekompetanse (førstelektor eller doktorgrad) hos faglige ansatte ved vernepleierutdanningene har blitt en prioritet de siste årene. Det blir stadig flere vernepleiere med denne kompetansen. For studentene innebærer dette at stadig mer av undervisningen blir forskningsbasert.

– Det å være doktorgradsstudent opplever jeg som et privilegium. Det er spennende og lærerikt samtidig som det også er en veldig krevende med mange utfordringer underveis. Jeg har vært heldig og har veiledere som støtter meg uansett, sier Chalachanová.

I forskningen ser Chalachanová på medborgerskapet til personer med utviklingshemning – hvordan medborgerskap praktiseres og hvilke barrierer som står i veien for deres medborgerskap i hverdagen. Sammen med medforskerne ser hun på temaer som personer med utviklingshemning selv ønsker å få mer kunnskaper om. Chalachanová's forskning involverer flere temaer; som hva psykisk helse og psykisk lidelse er, hvordan personer med utviklingshemning kan få seg jobb og hvordan de kan etablere nye sosiale relasjoner.

– Inkluderende forskning er et begrep som dekker både deltakerbasert forskning

og emansipatorisk (frigjørende, red. anm.) forskning. Det går ut på å skape rom for at personer med utviklingshemming kan bli aktive deltakere i forskning ved å være med å påvirke, kontrollere eller medvirke i en forskningsprosess på ulike måter. Denne forskningen, altså denne måten å forske på, skaper rom for stemmer som ellers ikke så lett slipper til i det offentlige ordskiftet. Dette er stemmer som på ulike måter undertrykkes ved at de ikke slipper til, eller ved at det ikke skapes rom for at disse stemmene kommer frem, sier Chalachanová.

«Det sentrale for at et prosjekt skal kunne klassifiseres som et prosjekt som involverer personer med erfaringsbasert kompetanse er at deres medvirkning er reell, ikke bare symbolsk.»

Samfunnsutviklingen

Inkluderende forskning har vært økende i Norge de siste årene og enda lenger internasjonalt. Flere fagmiljøer i Storbritannia, på Island og i Australia har drevet med inkluderende forskning i flere tiår. Begrunnelsene som ligger bak utviklingen av inkluderende forskning, har sammenheng med samfunnsutviklingen generelt. Det å sørge for medvirkning blir i stadig flere sammenhenger pålagt profesjonsutøvere – som en plikt – enten det er fagpersoner som jobber med ulike tjenester til befolkningen, eller forskere innen vitenskaper som har mennesket som fokus. Stemmene til de som forskningen omhandler skal kunne bidra med sin kompetanse.

– Inkluderende forskning er en myndiggjørende måte å forske på. Inkluderende forskning kan forstås som «empowerment» i forskningspraksis, sier Chalachanová.

Det norske forskningsmiljøet knyttet til inkluderende forskning er relativt nytt. Nettverk for inkluderende forskning sammen med personer med utviklingshemming ble opprettet høsten 2016. Dette nettverket skaper en slags plattform for både forskere og personer med utviklingshemming. Hensikten er å utveksle ideer, diskutere ulike problemstillinger knyttet til denne måten å forske på samt utvikle muligheter for samarbeid. Det er nylig publisert flere bøker om inkluderende forskning blant annet Østby og Haugenes (2019) og Askheim, Lid og Østensjø (2019). Disse bøkene er, sammen med et økende antall forskningsartikler, viktige bidrag til utviklingen av inkluderende forskning i Norge.

Likeverdige relasjoner er sentralt

Det er stor variasjon mellom ulike forskningsprosjekter som benytter personer med erfaringsbasert kunnskap som medforskere. Det de ulike prosjektene har til felles, er at de skaper meningsfulle og likeverdige relasjoner der det overordnede målet er at alle bidrar ut ifra egne muligheter og forutsetninger. Alle bidragene til deltakerne i nettverkene er like viktig.

– I mitt doktorgradsprosjekt bruker jeg en metode som er inspirert av den deltagerbaserte aksjonsforskningsmetoden (participatory action research) forsknings-

- «Phd (philosophiae doctor) er en forskerutdanning og er, sammen med graden dr. philos., den høyeste akademiske graden man kan oppnå. En phd-utdanning er på 180 studiepoeng, hvorav 30 studiepoeng er knyttet til kurs.
- I disse kursene er forskningsetikk og forskningsmetode sentrale tema. Resterende av studiepoengene er knyttet til eget forskningsprosjekt. En phd-grad gjennomføres under veiledning fra annen med doktorgrad.
- Den vanligste måten å ta en phd-utdanning på er at man er tilknyttet et universitet, høyskole eller annen forskningsinstitusjon, da som stipendiat. En stipendiatstilling er en midlertidig treårig stilling, eventuelt fireårig dersom stipendiaten pålegges undervisning.
- Dr. philos. (doctor philosophiae) er en doktorgrad som tildeles kandidater som har gjennomført et selvstendig og omfattende forskningsarbeid, uten formell veiledning. Man kan på en måte se på dr. philos. som en «privatist doktorgrad».
- Mange med doktorgrad jobber innen høyere utdanning og/eller forskning, men det er også vanlig å jobbe innen andre offentlige etater, ngo's og privat næringsliv.»

sirkel. I dette tilfellet vil det si at gruppen møtes jevnlig, over en ettårsperiode og utforsker problemstillinger som vi i gruppen er blitt enige om. Vi har formulert problemstillingene sammen, vi har samlet inn data knyttet til disse problemstillingene og sett på hva vi har lært om de ulike problemstillingene, sier Chalachanová.

Mange hensyn

Personer med utviklingshemming er i forskningssammenheng betegnet som en sårbar gruppe.

– Det er flere hensyn man må ha et særlig fokus på når man forsker sammen med personer med utviklingshemming – både metodisk og forskningsetisk. Hva er den mest hensiktsmessige måten å samarbeide på? Hvordan kan vi skape likeverdige relasjoner med medforskere? Hvordan kan vi tilrettelegge for meningsfulle relasjoner? Hvordan kan vi tilrettelegge for en reell påvirkning? Dette er bare noen av hensynene vi må reflektere over når vi driver forskning på denne måten, sier Chalachanová.

I begynnelsen av sitt forskningsprosjekt opplevde Chalachanová nærmest en konstant bekymring knyttet til om det hun gjorde var rett, og om fremgangsmåten var ivaretagende nok. Forskningen måtte også oppfylle bestemte forskningskriterier.

Mange tenker nok at deltakelse i forskning kan være en merbelastning for personer med utviklingshemming. Dette er nok oppfatninger som stammer fra tanken om at personer med utviklingshemming er en sårbar gruppe, og at de trenger beskyttelse. Personer med utviklingshemming tjener ikke på å bli ekskludert fra forskning eller andre samfunnsarenaer, slår Chalachanová fast.

I hvilke prosjekter bør man inkludere?

– Generelt vil jeg si at alle typer prosjekter som berører livet og levekår til personer med utviklingshemming, bør vurdere muligheten for å involvere personer med erfaringsbasert kompetanse. Eksempler på dette er forskning på livshistorie, tjenesteutvikling, helse, deltakelse i samfunnet, skole, arbeid og selvfølgelig andre prosjekter og områder som personer med utviklingshemming selv er interessert i. Man kan samarbeide med personer med utviklingshemming i alle eller i bare noen av fasene – som utformingsfasen, gjennomføringsfasen og/eller formidlingsfasen. Personer med utviklingshemming kan også ha andre roller i forskning slik som å delta i referansegrupper eller som rådgivere i et prosjekt, sier Chalachanová.

I Norge er det i dag flere forskningsprosjekter der personer med utviklingshemming deltar som medforskere. Eksempler er prosjekter innen selvbestemmelse, velferdsteknologi, tjenesteutvikling og levekår for personer med utviklingshemming med samisk bakgrunn.

– Det sentrale for at et prosjekt skal kunne klassifiseres som et prosjekt som involverer personer med erfaringsbasert kompetanse, er at deres medvirkning er reell, ikke bare symbolsk, avslutter Chalachanová.

Ønsker du mer informasjon om medforskning?

Dersom du ønsker å lese mer om nettverk for inkluderende forskning sammen med personer med utviklingshemming anbefales Høgskolen i Molde (u.å.) og Facebookgruppen «Inkluderende forskning».

Nettside: <https://www.himolde.no/forskning/grupper/inkluderende-forskning/>

Facebook: <https://www.facebook.com/groups/Inkluderendeforskning/>

REFERANSER

Østby, May, & Haugenes, Marit (red.) (2019). Inkluderende forskning sammen med personer med utviklingshemming. En metodebok. Oslo. Universitetsforlaget.

Askheim, Lid & Østensjø (2019): Samproduksjon i forskning. Samarbeid med nye aktører. Oslo. Universitetsforlaget. Lastet ned fra https://www.idunn.no/samproduksjon_i_forskning

Vernepleieren – Fremtidsrettet og ettertraktet

er en bok som gir en lettfattet og kort innføring i kompetanseområdene til vernepleieren. Boken belyser disse områdene med praksis-eksempler fra erfarne vernepleiere, brukere, andre fagpersoner og noen av FOs samarbeidspartnere. På den måten gir vi innblikk i vernepleieres arbeid og utviklingsprosjekter i ulike tjenester. Dette viser hvorfor vernepleieren er både fremtidsrettet og ettertraktet.

Boken er utarbeidet av profesjonsrådet for vernepleiere i FO. Den retter seg mot et bredt spekter av lesere som er nysgjerrige på hva en vernepleier er, enten det er vernepleiere, vernepleierstudenter, samarbeidspartnere, politikere eller andre interesserte.

FO

Fellesorganisasjonen (FO) er fagforeningen og profesjonsforbundet for barnevernspedagoger, sosionomer, vernepleiere og velferdsvitere.

fo.no