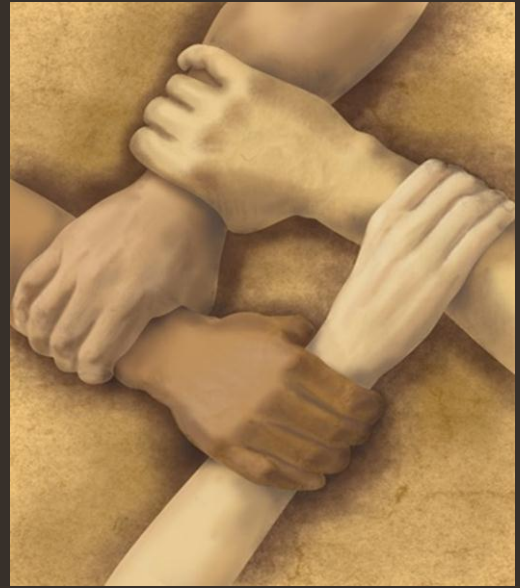


**MASTERGRADSAVHANDLING
SOSIALFAG**



**VERNEPLEIEPROFESJONENS
SAMFUNNSMANDAT**
Ideologi, fag og ambivalens

KANDIDATNR.:

UNIVERSITETET I STAVANGER

MASTERSTUDIUM I SOSIALT ARBEID

MASTEROPPGAVE

SEMESTER:

Høst 2011

FORFATTER:

Anne Verdal

VEILEDER:

Paul Stephens, dr. philos., Professor of Social Pedagogy

TITTEL PÅ MASTEROPPGAVE:

Norsk tittel:

**Vernepleieprofesjonens samfunnsmandat
- Ideologi, fag og ambivalens**

Engelsk tittel:

**The social mandate of the Norwegian vernepleier
- Ideology, theory and ambivalence**

EMNEORD/STIKKORD:

**Rammeplan
Velferdsprofesjon
Samfunnsmandat
Ideologi
Utviklingshemming
Menneskeverd**

ANTALL SIDER: 73

ANTALL ORD:

STAVANGER

Dato/år

.....

Kandidatens underskrift

*Jeg ønsker å dedikere denne masteroppgaven i sin helhet
til min kjære samboer og beste venn, Erik.*

*Ditt tålmod, din forståelse og din evne til å bringe frem
et smil når alt ser som mørkest ut har betydd alt.*

Takk til

Jeg ønsker å rette en stor takk til min altoppofrende og tålmodige veileder, Paul Stephens. Uten din hjelp og støtte hadde denne oppgaven aldri blitt annet enn en visjonær drøm. Jeg ønsker også å takke mine kolleger ved Hundvåg og Storhaug helse – og sosialkontor for deres romslighet, støtte og forståelse. Og ikke minst ønsker jeg å takke min familie, venner og kjære samboer - fordi dere er og alltid har vært der for meg.

Takk!

Sammendrag

Vernepleie representerer en av Norges minste og yngste profesjoner og har sitt utspring i behovet for kvalifisert personell i omsorgen for utviklingshemmede. Vernepleierutdanningen startet formelt i 1963 og er i dag en 3-årig helse – og sosialarbeiderutdanning på høgskolenivå rettet mot tjenesteyting for personer med ulike funksjonsvansker. Utdanningen fører fram til offentlig autorisasjon som vernepleier. Det finnes i dag ca. 12 500 vernepleiere i Norge og etterspørselen på arbeidsmarkedet er økende. Dette tyder på at vernepleierne representerer en ønsket ressurs og at profesjonens kompetanse er verdifull.

Når det i dag stilles økende krav til velferdsprofesjonenes evne til å tilpasse seg nye reformer og endringer i velferdsordningenes siktemål og innretting, utgjør rammene for tjenesteyters kompetanse en vesentlig betingelse for at både mottakere av tjenestene, arbeidsgivere, andre yrkesgrupper og samfunnet for øvrig skal oppleve trygghet og stabilitet i et tjenestetilbud. Høsten 2011 vil legge frem en stortingsmelding om utdanning for velferdstjenestene, med mål om å etablere en samlet nasjonal kunnskapspolitikk for framtidens helse- og sosialutdanninger. Å gjøre rede for, og definere, hvilke rammer utdannings- og forskningsmiljøene legger til grunn for sitt organisatoriske, faglige og pedagogiske endrings- og utviklingsarbeid utgjør et sentralt punkt i dette meldingsarbeidet. Behovet for å tydeliggjøre hva som er kjernen i vernepleierens kompetanse representerer således en dagsaktuell utfordring og vil være en forutsetning for å sikre kvalifisert bistand i tråd med brukernes behov.

I denne oppgaven skal jeg belyse de retningsgivende føringer som ligger til grunn for vernepleieprofesjonens samfunnsmandat, slik de fremstår gjennom den nasjonale rammeplanens (2005) velferdspolitiske preferanser for sentrale verdier og kompetanse i yrkesutøvelsen. Med grunnlag i rammeplanens krav til vernepleieprofesjonens kompetanse vil rammebetingelsene for vernepleierens mandat drøftes i lys av velferdsstatlige, ideologiske føringer knyttet til de målgrupper og det arbeidsfelt vernepleieprofesjonen forventes å ivareta.

Innholdsfortegnelse

KAPITTEL 1 INTRODUKSJON S.1

1.1 Bakgrunn s.1

1.2 Problemstilling s.2

1.3 Historikk s.2

1.3.1 Åndssvakeomsorgens fremvekst s.3

1.3.2 Utdanning av åndssvakepleiere s.5

1.3.3 Innstilling til utdanning av personale i åndssvakeomsorgen s.6

1.3.4 Grunnregler for utdanning av vernepersonale s.8

1.3.5 Nye perspektiv i omsorgen for psykisk utviklingshemmede s.10

1.3.6 Rammeplan for vernepleierutdanning (1986) s.12

1.3.7 HVPU – reformen: et veiskille s.12

1.3.8 Rammeplan for vernepleierutdanning (2005) s.14

KAPITTEL 2 FORSKNINGSMETODES.17

2.1 Tilnærming s.17

2.2 Datainnsamling s.17

2.2.1 Analysemateriale:

Den nasjonale rammeplanen for vernepleierutdanning (2005)s.17

2.4 Innholdsanalyse s.20

KAPITTEL 3 STUDIENS FUNN-----S.22

TABELL 1: Kvalitativ innholdsanalyse av rammeplan for vernepleierutdanning(2005), felles innholdsdel s. 23

TABELL 2: Kvalitativ innholdsanalyse av rammeplan for vernepleierutdanning (2005), utdanningsspesifikk innholdsdel s.25

KAPITTEL 4 DISKUSJON.....S. 29

4.1 Innledning s. 29

4.2 Velferdspolitisk diskurs s. 30

4.3 Ideologiske føringer og samfunnsmessige utviklingstrekk s. 30

4.3.1 Felles verdigrunnlag s.31

4.3.2 Brukermedvirkning s.32

4.3.3 Normaliseringsideologi s.38

4.4 Juridisk og etisk aktør s.42

4.5 Samfunnsmandat s.47

4.6 Velferdspolitisk nyorientering s.49

4.6.1 Åpne og skjulte verdier s.52

4.7 Profesjonell kompetanse i møter mellom mennesker s.54

4.7.1 Kunnskap, ferdigheter og personlig kompetanse s.55

4.8 Vernepleieprofesjonens fremtidsmandat – implikasjoner for vernepleiefaglig praksis s.58

4.8.1 Å ramme inn og gi handlingsrom s.60

4.9 Endelig kommentar s.62

KAPITTEL 1

INTRODUKSJON

1.1 Bakgrunn

Kjernen i norsk helse – og sosialpolitikk er basert på universelle velferdsordninger, hvor den enkelte borgers grunnleggende behov for helse og sosiale tjenester i utstrakt grad er et offentlig ansvar (Arbeidsdepartementet, 2004). Den norske vernepleieprofesjonen er, i samarbeid med barnevernspedagoger, sosionomer og velferdsarbeidere, en betydningsfull aktør i utøvelsen av disse velferdstjenestene (Kunnskapsdepartementet, 2011). Samlet utgjør disse profesjonenes kompetanse en betingelse for velferdstjenestene og skal bidra til å skape trygghet hos brukere, arbeidsgivere, andre yrkesgrupper og i samfunnet for øvrig (Fellesorganisasjonen, 2011).

Vernepleierutdanningen representerer en av Norges yngste profesjoner og fikk sin første rammeplan i 1986 (Horndalen, 2001). Profesjonen ble etablert innenfor rammen av sentralinstitusjonene for mennesker med psykisk utviklingshemming og har siden oppstarten representert en sentral ressurs knyttet til arbeid med denne målgruppen (ibid). Men vernepleierens kompetanse og arbeidsfelt har gjennomgått radikale endringer siden utdanningen formelt ble etablert i 1963. Parallelt med utviklingen i det norske velferdssamfunn, har demografiske endringer, velferdspolitiske reformer og ideologiske føringer stilt profesjonen overfor komplekse utfordringer i møte med en utvidet og sammensatt målgruppes behov. Disse endringene har blant annet medført endringer i de juridiske rammene for vernepleierens arbeids – og ansvarsområde, som i dag omfatter autorisert helse – og sosialfaglig arbeid etter Lov om sosiale tjenester og Lov om helsetjenester i kommunene (Horndalen, 2001).

Det finnes i dag ca. 12 500 vernepleiere i Norge og etterspørselen på arbeidsmarkedet er økende (Kjøllmoen, 2010). Studiet tilbys i 11 av landets 19 fylker, hvorav flere av utdanningsinstitusjonene også tilbyr masterstudier som er relevante for vernepleiere. Enkelte vernepleiere har i tillegg oppnådd doktorgrad (Kjøllmoen, 2010). Dette tyder på at vernepleierne representerer en ønsket ressurs og at profesjonens kompetanse er verdifull. Men vernepleierutdanningen har siden utdanningens spede begynnelse hatt kontinuerlige utfordringer knyttet til å etablere en entydig, felles forståelse for hva som utgjør essensen av denne kompetansen (Horndalen, 2001).

For vernepleiere har dette medført en reell utfordring for utviklingen av en egen yrkesidentitet, og kontinuerlige refleksjoner omkring eget eksistensgrunnlag (Torp, 2010; Horndalen, 2001).

Regjeringen vil høsten 2011 legge frem en stortingsmelding om utdanning for velferdstjenestene, med mål om å etablere en samlet nasjonal kunnskapspolitikk for framtidens helse- og sosialutdanninger (Kunnskapsdepartementet, 2011). Å gjøre rede for, og definere, hvilke rammer utdannings- og forskningsmiljøene legger til grunn for sitt organisatoriske, faglige og pedagogiske endrings- og utviklingsarbeid utgjør et sentralt punkt i dette meldingsarbeidet (Kunnskapsdepartementet, 2011). For når det i dag stilles økende krav til velferdsprofesjonenes evne til å tilpasse seg nye reformer og endringer i velferdsordningenes siktemål og innretting, utgjør rammene for tjenesteyters kompetanse en vesentlig betingelse for at både mottakere av tjenestene, arbeidsgivere, andre yrkesgrupper og samfunnet for øvrig skal oppleve trygghet og stabilitet i et tjenestetilbud (Fellesorganisasjonen, 2011). Behovet for å tydeliggjøre hva som er kjernen i vernepleierens kompetanse representerer således en dagsaktuell utfordring og vil være en forutsetning for å sikre kvalifisert bistand i tråd med brukernes behov (Torp, 2010; Kunnskapsdepartementet, 2011).

Oppgavens tittel "Vernepleieprofesjonens samfunnsmandat – ideologi, fag og ambivalens" er i stor grad inspirert av Horndalens (2001) historiske gjennomgang av vernepleierutdanningen gjennom 50 år, som gjenspeiler at behovet for å avklare hva vernepleie egentlig er, hvordan - og ikke minst hvor - yrket skal utføres, har gått som en rød tråd gjennom hele vernepleierutdanningens historie. Ved å benytte begrepet "ambivalens" i oppgavens tittel ønsker jeg å gi leseren en ledetråd frem mot problemstillingens innhold og videre lesning.

1.2 Problemstilling

I denne oppgaven skal jeg belyse de retningsgivende føringer som ligger til grunn for vernepleieprofesjonens samfunnsmandat, slik de fremstår gjennom den nasjonale rammeplanens (2005) velferdspolitiske preferanser for sentrale verdier og kompetanse i yrkesutøvelsen. Med grunnlag i rammeplanens krav til vernepleieprofesjonens kompetanse vil rammebetingelsene for vernepleierens mandat drøftes i lys av velferdsstatlige, ideologiske føringer knyttet til de målgrupper og det arbeidsfelt vernepleieprofesjonen forventes å ivareta.

1.3 Historikk

Vernepleieprofesjonen har, som en av landets yngste yrkesgrupper, båret preg av at velferdstjenestenes siktemål og innretning har vært i kontinuerlig endring (Universitetet i Stavanger, 2011). Profesjonens arbeidsfelt og brukergruppe har ekspandert radikalt, fra å være et yrke primært tilknyttet særomsorg for utviklingshemmede, til å omfatte arbeid sammen med mennesker med fysiske, psykiske og/eller sosiale funksjonsvansker (Horndalen, 2001).

Intensjonen med, og verdier i, vernepleiefaglig arbeid har imidlertid ikke oppstått i et historisk vakuum. Opprettelsen av vernepleierutdanningen har sin historiske opprinnelse i etterkrigstidens gryende etablering av en offentlig omsorg for utviklingshemmede, drevet frem av en ideologisk bølge hvor kollektivismen og det offentlige ansvar for borgernes velferd åpnet for et nytt styringsparadigme. Det historiske bakteppet for opprettelsen av vernepleierutdanningen må således ses i sammenheng med historien om samfunnets forståelse og behandling av mennesker med funksjonsnedsettelse og utviklingen av den moderne velferdsstaten i Norge (Horndalen, 2001; Sosial – og helsedepartementet, 2001).

1.3.1 Åndssvakeomsorgens fremvekst

Historien om samfunnets behandling av mennesker med utviklingshemming er et dystert eksempel på hvordan definisjonen av funksjonshemming og forståelsen av menneskers verd har variert over tid (Fjermeros, 2009). De har blitt vurdert som mennesker som måtte skjermes eller isoleres, alt etter hvordan man valgte å forstå dem - som en trussel eller individer som måtte skånes (Horndalen, 2001; Institusjon.no, Udatert).

Den offentlige omsorgen for mennesker med utviklingshemming, ”åndssvakeomsorgen”, skjøt først fart etter frigjøringen i 1945. Inntil da hadde omsorgen for mennesker med funksjonsnedsettelse i hovedsak vært slektens ansvar, med støtte fra kirken og den kommunale fattigkassen (Horndalen, 2001).

I takt med norsk velferds vekst og utvikling i årene etter 1945, ble søkelyset i stadig sterkere grad rettet mot det forhold at landet manglet en ordnet omsorg for åndssvake¹. Erkjennelsen av den uverdige og krenkende behandling åndssvake var blitt utsatt for dannet grunnlaget for en begynnende vernefase, hvor behovet for at noe eller noen måtte ta seg av disse menneskene som ingen andre fant verdige å bry seg om, gjorde seg gjeldende (Fjermeros, 2009). Det er med utgangspunkt i denne gryende etableringen av et «vern» for mennesker med utviklingshemming at yrkesbetegnelsen ”vernepleie” har sin historiske opprinnelse (Horndalen, 2001).

Å etablere store sentralinstitusjoner for svakerestilte mennesker ble den gang sett på som den mest rasjonelle, økonomiske, faglige og menneskeverdige løsningen, og en rivende utvikling med utbygging og økning av antall pasientplasser ble iverksatt (Horndalen, 2001; Fjermeros, 2009). De første offentlige pleieanstaltene for åndssvake i Norge var Fru Hjorts Arbeids – og pleiehjem, senere kalt Emma Hjorts Hjem, og Klæbu pleiehjem. Begge disse hjemmene ble i 1945 overført til Sosialdepartementet, med status som Statens hjem for åndssvake (Horndalen, 2001).

Utover 50 – tallet bar imidlertid åndssvakeomsorgen større preg av kaos enn ordnede forhold. For å koordinere den offentlige og private innsats for åndssvakesaken ble Samordningsrådet for åndssvakeomsorgen (SOR) opprettet i 1951 – en organisasjon bestående av frivillige helseorganisasjoner og andre interesserte med intensjon om å samle og koordinere interessene og innsatsen for åndssvakesaken (Stiftelsen SOR, 2011). Samordningsrådet ble etter hvert en sentral partner i utbygging av tiltak og tjenester for psykisk utviklingshemmede og har i tråd med politisk satsning på 50-tallet og skiftningene på 60- og 70- tallet representert et betydelig, nærmest halvoffisielt, lobby – og koordineringsorgan for hvordan utbyggingen av åndssvakeomsorgen skulle bli i Norge (Horndalen, 2001; Stiftelsen SOR, 2011).

¹ ”De ikke dannelsedyktige åndssvake” ble i Spesielskoleloven (1915-1917) beskrevet som evneveike (debile) eller ”moderate og dypt åndssvake (imbesille og idioter, det vil si de med IQ under 55)” (Horndalen, 2001 s. 21). I tråd med en gryende behandlingsoptimisme og tro på de åndssvakes utviklingsmuligheter, ble imidlertid benevnelsen ”åndssvak” relativt raskt betegnende for et utdatert menneskesyn og erstattet med det mer dynamiske begrepet ”psykisk utviklingshemmet” (Horndalen, 2001).

1.3.2 Utdanning av åndssvakepleiere

Den sterke utbyggingen av institusjonsplasser og spesialiseringen av tjenester førte etterhvert til at institusjonene utviklet egne strukturer og kvalitetskrav, som fra offisielt hold og etter stigende press fra fagfolk og brukerorganisasjoner førte til tanker om at personalet i slike institusjoner også burde kvalifiseres (Horndalen, 2001). Tidlig på 50 – tallet ble det derfor etter initiativ fra overlege Ole B. Munch², opprettet en organisert internundervisning av pleiepersonalet ved Emma Hjorts hjem (ibid).

Få år senere etablerte Munch en egen plan og et reglement for denne undervisningen, som da omfattet en toårig utdanning for åndssvakepleiere. Undervisningen skulle legge til rette for at elevene skulle lære å se nye muligheter og å omsette sin lærdom til praksis. Undervisningen hadde ikke noe eget metodefag å knytte arbeidet til, og metodene ble derfor, som en av dem beskrev det «ting vi utviklet og kom frem til underveis» (Horndalen, 2001, s.43). Før elevene kunne starte opp med slik undervisning og praksis, ble det imidlertid stilt krav om at de måtte gjennomføre en tre måneders forskole, med innføring i blant annet anatomi, fysiologi, sykepleie, medisinsk psykologi, psykiatri, arve - og utviklingslære, barnepedagogikk og etikk (Horndalen, 2001).

Allerede under arbeidet med å videreutvikle planen for undervisning av åndssvakepleiere ved Emma Hjorts Hjem, påpekte Munch at arbeidet med åndssvake ville kreve ivaretagelse av mangesidige oppgaver (Horndalen, 2001). Spesielt pekte han på at kunnskap om sosiale, psykologiske og fysiske behov samt utvikling av sosialpedagogiske ferdigheter var nødvendig. Samtidig erfarte Munch at arbeidet med de åndssvake krevde handlinger og holdninger som ikke fantes eller som man ikke var seg bevisst i den vanlige pleiestab. Munch skal blant annet ha uttalt at ”sykepleiernes ovenfra-og-nedad-holdning og det at pasientene ikke var noen en skulle snakke til, provoserte meg” (Horndalen, 2001, s. 42). Etikk og krav om respekt for menneskeverdet utgjorde derfor et etter hvert vesentlig fundament i undervisningen av pleiepersonalet ved Emma Hjorts Hjem; arbeidet, metodene og behandlingen skulle være menneskeverdige og komme de utviklingshemmede til gode (Horndalen, 2001).

² Munch regnes i dag som vernepleierutdanningens opphavsmann og ideologiske grunnlegger og var en sentral bidragsyter når det i 1957 ble fattet forslag om opprettelse av en egen utdanning av vernepersonale (”Innstilling om utdanning av personale i åndssvakeomsorgen” i Fellesorganisasjonen, 2008; Horndalen, 2001)

Ole B. Munch blir i dag regnet som vernepleierutdanningens opphavsmann og ideologiske grunnlegger, og hans videre deltakelse i ulike utvalg og hans komitéarbeid har vært av stor betydning med hensyn til det prinsippgrunnlag og det innhold som etter hvert utviklet seg til en vernepleierutdanning (Horndalen, 2001).

1.3.3 Innstilling til utdanning av personale i åndssvakeomsorgen

På midten av 50-tallet hadde oppbyggingen av en moderne åndssvakeomsorg i Norge kommet så langt at den talte hele åtte sentralinstitusjoner, og myndighetene erkjente etter hvert at det var nødvendig med en landsdekkende utdanning for å skaffe dyktig og inspirert personale. For å vurdere den fremtidige utdannelsen av pleiepersonell, og hvilke kvalifikasjoner denne utdanningen skulle bygge på, ble det opprettet en egen komité, Munch-komiteen³ (Horndalen, 2001).

Munch - komiteen tok utgangspunkt i sitt kjennskap til sykepleierutdanningen, ettersom denne ble ansett som mest nærliggende. Etter inngående drøftinger kom komiteen imidlertid enstemmig til at det ordinære pleiepersonalet i åndssvakeomsorgen ikke hadde behov for langvarig utdanning i alminnelig sykepleie, da en vesentlig del av sykepleierutdanningens program ikke kunne brukes i arbeidet med ellers friske åndssvake: ”Langt mer vil de trenge psykologisk kunnskap, pedagogisk forståelse og kjennskap til leketerapi, beskjeftigelsesterapi og lignende”(Horndalen, 2001 s.46). Komiteens enstemmige tilråding ble at ”opplæring av pleiepersonale i åndssvakeomsorgen IKKE BØR BYGGE PÅ SYKEPLEIE-UTDANNELSE”⁴ (Horndalen, 2001, s.46).

Etter omhyggelig å ha prøvd mulighetene for å samordne utdanningen med andre beslektede faggrupper som barnevernspedagoger og arbeidsterapeuter, konkluderte Munch-komiteen i sin tilråding med at det ville være nødvendig med en egen, selvstendig utdanning. Arbeidets art krevde en type omsorg som forutsatte en ny og særegen flerfaglig og verdimessig kompetanse som ingen andre eksisterende utdanninger kunne imøtekomme (Horndalen, 2001).

³ Munch – komiteen var en subkomité nedsatt av sosialdepartementet i 1955, hvis intensjon var å utrede spørsmålet om utdanning av pleiepersonell ved alle typer psykiatriske institusjoner, herunder åndssvakeomsorgen. Subkomiteen etablerte seg etterhvert som en selvstendig komité (Horndalen, 2001).

⁴ Komiteens store bokstaver og understreking i innstillingen (Horndalen, 2001, s.46).

Under gjengis et utdrag fra Munch – komiteens innstilling hentet fra Horndalen (2001, s. 55 - 56), som særlig knytter seg til kjernen i hva vernepleie var ment å være:

Over alt er det imidlertid pleiepersonalet som går igjen som den viktigste faktor når det gjelder å skape det terapeutisk – pedagogiske miljø som må være i åndssvakeinstitusjonene. Pleiepersonalet er om de åndssvake, så vel voksne som barn, til stadighet, så vel i deres arbeid, fritid og lek. De har tilsyn med dem om natten, de sørger for de åndssvakes fysiske behov, hjelper dem om nødvendig med spising, av - og påkledning og holder rede på deres tøy og andre eiendeler. De må gi legemlig pleie ved sykdom, eller hvis den åndssvake er hjelpeløs. Det blir i første rekke dette personalet som det beror på om barnet kan skaffes trygghet, trivsel og på annen måte gunstige kår for sin utvikling. Det er også dette personalet som først og fremst må støtte de åndssvake i deres sosiale tilpasning, lære dem å møte nye situasjoner og å omgås hverandre. Pleierne får også som oppgave å bibringe de åndssvake den etiske standard på religiøst eller annet grunnlag som er nødvendig. Selv på de større institusjoner hvor det vil forefinnes faglige spesialister på pedagogisk-, terapeutisk- og medisinsk område, blir det likevel pleiepersonalet som direkte kommer til å utføre det meste av det behandlingsmessige og oppdragelsesmessige arbeid under spesialistens ledelse. I de mindre hjem hvor pleierne selv innehar ledende stillinger, er deres kvalifikasjoner som oppdragere særlig viktig, samtidig som de må påta seg oppgaven å administrere annet personale og ivareta økonomien.

Komiteen var også opptatt av at opplæringen måtte organiseres etter en felles skoleplan lik sykepleiernes skoleprogram, for å sikre ensartede og likeverdige forhold over hele landet. Munch var videre av den oppfatning at den toårige utdannelsen som allerede eksisterte ved Emma Hjorts Hjem viste at to år var for kort tid i forhold til det ansvar og de oppgaver pleiearbeidet bestod av – elevene måtte få tid til å modnes og bli fortrolige med hva de kunne og hva de var. Munchs tanke var at utdanningen skulle utvikle mennesker med aktivt oppdragende egenskaper. Det var ikke nok å ha faktakunnskap – ”elevene må også vite hvordan de selv virker på andre” (Horndalen, 2001, s.49). Videre hadde erfaringene med den toårige utdanningen ved Emme Hjorts Hjem vist at pleierne der også fikk tilbud om stillinger andre steder enn i åndssvakeomsorgen og at utdanningen således ikke bare kunne kvalifisere for arbeid i åndssvakeomsorgen, men for beslektede felter på grunn av kompetansens overførbarhet (Horndalen, 2001).

I komiteens forslag til mål for utdanningen legges det stor vekt på de faglige utfordringer og den status åndssvakearbeidet ville påkrevne (Horndalen, 2001, s.58):

Hensikten med å gi de mennesker som søker åndssvakepleien som et yrke en systematisk utdanning, må være å gi dem kunnskaper om de menneskegrupper de skal ta seg av, til de krav som arbeidet til dem stiller og en systematisk opp trening i å møte disse krav med tilpasning av det egne personlige atferdsmønster i arbeidet. Elevene må derfor ikke bare bibringes innsikt og en innlevelse i arbeidets målsetting ved skolemessig ervervelse av tilstrekkelig kunnskaper på et snevert fagfelt, men må også få en teoretisk bakgrunn for å kunne modulere sine egne personlige reaksjoner etter de krav som alt omsorgsmessig og oppdragelsesmessig preget arbeid stiller. Den skolemessige opplæring må derfor i dette yrket, som i lignende arbeid, kombineres med en systematisk arbeidstrening på den fremtidige arbeidsplass under ledelse av erfarne og ansvarsbevisste utøvere av yrket. Av dette følger at den form utdannelsen må få, blir en kombinert praktisk-teoretisk utdanning på det fremtidige arbeidssted, organisert som en nødvendig flerårig læretid og under forutsetning av at eleven yter en arbeidsinnsats på institusjonene svarende til hva den teoretiske undervisning levner av tid, med økende ansvar etter hvert som elevenes erfaring og innsikt øker”

Munch - komiteens innstilling ble oversendt Helsedirektoratet i 1957, men ble av ukjent årsak liggende der til komiteen ble anmodet om en revisjon i 1972 (Horndalen, 2001). Den nye innstillingen, som la grunnlaget for Sosialdepartementets formelle grunnregler for utdanningen som kom i 1963, inneholder imidlertid få endringer til det grunnlaget Munch – komiteen tidligere hadde arbeidet frem (Horndalen, 2001).

1.3.4 Grunnregler for utdanning av vernepersonale

De offisielle grunnreglene ble fastsatt av Sosialdepartementet 30. mai 1963. Men den treårige vernepleierutdanningen startet imidlertid opp ett år før departementet hadde behandlet innstillingen. Til tross for at det ikke fantes en offentlig godkjent skoleplan, ønsket Munch å formalisere forholdene ved Emma Hjort skolen, og etter hans syn var situasjonen moden for å gå videre med hensyn til både drift og innhold. I samarbeid med Bent Hollender⁵, som da ledet skolen ved Emma Hjort, startet han derfor opp med treårig utdanning for vernepersonale våren 1961. Hollender utarbeidet i samarbeid med Munch-komiteens medlemmer en treårig plan for utdanningen, med utgangspunkt i den rammeplanen komiteen hadde skissert (Horndalen, 2001).

⁵ Bent Hollender var Emma Hjort skolen første rektor, og beskrives som en iderik og entusiastisk person som fikk stor betydning for vernepleierutdanningens videre utvikling. Hollender var blant annet opptatt av ideologien bak en utdanning som dette og begynte tidlig å endre faginnholdet og timetallet i den toårige utdanningen.

Ved årsskiftet 1960/61, og uten noen form for godkjenning, var Emma Hjorts Hjem derfor klar for å lyse ut opptak for det første treårige kullet. Planen var fortsatt ikke detaljert utformet, men skulle utprøves og utvikles underveis. De første årene ble imidlertid utdanningen preget av en dragkamp om hvorvidt utdanningen skulle likestilles med sykepleierutdanningen eller være en spesialutdanning for sykepleiere på linje med spesialskolen i psykiatri. Videreutviklingen av skolens utdanningens grunnregler endte nærmest som en blåkopi av sykepleierutdanningens grunnregler og bar preg av somatisk terminologi og detaljstyring, hvor fag som utviklingslære, normal oppdragelse og stimulering ble ekskludert (Horndalen, 2001). Videre ble det i grunnreglenes formålsparagraf presisert at skolen(e) var grunnskoler til utdanning av vernepersonale (pleiere, oppdragere) i institusjoner for barn og voksne med utviklingsforstyrrelser, i første rekke med sikte på åndssvakeomsorgen. At utdanningen skulle gi et godt grunnlag for videre utdanning i spesielle yrker, som barne - og ungdomspsykiatrien og spesialskoler, ble tatt ut av de endelige reglene (ibid).

At utdanningen ble definert som en helsefagutdanning og underlagt sykepleierkontoret, en yrkesgruppe elevene ved Emma Hjort skolen opplevde lite samhörighet med, dannet utgangspunkt for den faglige og yrkesidentifiserende prosess vernepleierutdanningen siden har båret preg av. Bestrebelsene på å endre grunnreglene begynte derfor nesten umiddelbart etter de ble formalisert i 1963 og utviklet seg til et pragmatisk oppgjør og løsrivelse fra det somatiske og medisinske innslaget i utdanningen (Horndalen, 2001). Som et ledd i å styrke den nye utdanningens status og faglige anseelse og behov for å organisere seg ble Norsk Vernepleierforbund opprettet. Vernepleierforbundet har representert en viktig aktør på den utdanningspolitiske arena og har hatt en sentral plass i vernepleierutdanningens historie (ibid).

En annen viktig hendelse i denne løsrivelsesprosessen var at vernepleiere ble ansett som kvalifiserte til å administrere forordnede medikamenter til psykisk utviklingshemmede. Vernepleierforbundet ble i denne forbindelse en avgjørende aktør knyttet til den diskriminerende siden ved at vernepleiere, uten begrensninger, kunne administrere medikamenter overfor en bestemt gruppe mennesker - men ikke overfor andre. Norsk vernepleierforbund arbeid førte til slutt til en forskriftendring, bekjentgjort i eget rundskriv av 21.januar 1991, hvor vernepleiere og sykepleiere ble likestilte med hensyn til å administrere medikamenter i de virksomhetene som hører inn under kommunens helsetjeneste, samt sykehus og andre helseinstitusjoner og behandlingstilbud innen psykisk helsevern, med unntak av somatiske sykehus og psykiatriske akuttavdelinger (Horndalen, 2001).

Etter hvert materialiserte enkelte fag i vernepleierutdanningen seg som viktigere enn andre, blant annet pekte områdene psykiatri, psykologi, pedagogikk og aktivitets fag seg ut som spesielt nyttige. I tillegg begynte et nytt faglig område å ta form innad på Emma Hjort skolen – omsorgslære. Omsorgslæren tok utgangspunkt i åndssvakomsorgens oppbygging samtidig som det ble lagt vekt på å integrere stoff fra alle andre fag for å forberede studentene på yrkets allsidighet. Utveksling av erfaring og utfordringer en stod overfor til daglig gav faglig innsikt og praktiske råd og ble en viktig del av undervisningen. Faglig sett var undervisningen konsentrert om teorier knyttet til årsak og virkning, psykoanalyse og renslighetstrening, i tillegg fikk faget observasjon og rapportteknikk større betydning, noe som gav støtet til en mer bevisst bruk av de daglige situasjonene til opplæring og trening. I hvilken grad utdanningen skulle vektlegge atferdsanalyse som basis for valg av yrkesmetodikk eller et mer flerfaglig og eklektisk teorigrunnlag, har i ettertid stått sentralt i denne debatten. Omsorgslæren gav imidlertid elevene et mer systematisk redskap i det praktiske arbeidet og må ses i sammenheng med elevenes søken etter et eget metodefag, som senere ble kalt psykiatrisk omsorg, miljøarbeid og til slutt vernepleie (Horndalen, 2001).

1.3.5 Nye perspektiv i omsorgen for psykisk utviklingshemmede

På midten av 60-tallet var velferdsstaten Norge på vei inn i en blomstringstid. For familier og mennesker som satt alene med ansvaret for de åndssvake, ble særtiltak sett på som en redning og et fremskritt (Horndalen, 2001; Fjermeros, 2009). Samtidig ble forholdene i institusjonsomsorgen gjennom media brakt nærmere allmennheten. Gjennom en rekke avisartikler synliggjorde blant annet journalist Arne Skouen det han beskrev som velferdsstatens diskriminering og svik av avvikende menneskers rettigheter. Videre ble forholdene ved sentralinstitusjonen Emma Hjorts hjem synliggjort gjennom media med sterke bilder og under overskriften «De som er glemt av velferdsstaten» (Aktuell 1966 i Horndalen, 2001). Dette dannet opptakten til en sosialpolitisk debatt som engasjerte både elever og lærere på vernepleierhøgskolen. Arne Skouen stod som grunnlegger av aksjonen ”Rettfærd for de handikappede” i front for denne debatten, og Skouens ytringer og krav om radikale forandringer ble blant annet ansporende for vernepleierskolens pensumvalg og undervisningsinnhold (Horndalen, 2001).

Som en ny og relasjonsforankret utdanning, og etter et erfarings - og kunnskapsbasert oppgjør, fikk vernepleierutdanningen et sosialpedagogisk gjennombrudd på 70tallet som utviklet seg videre i retning av et mer individrettet metodisk treningsperspektiv. Samtidig begynte helse - og sosialsektoren å forberede seg på omfattende reformer. For å løse utfordringene knyttet til omsorgen for psykisk utviklingshemmede erkjente man at omsorgen måtte ses på som et integrert og alminneliggjort anliggende gjennom et tverrfaglig og tverretatlig samarbeid (Horndalen, 2001).

Omstruktureringen som fulgte i kjølvannet av St.meld. nr. 88 (1974-75) – ”Omsorg for psykisk utviklingshemmede” – la grunnlaget for nye perspektiver og ny mening med arbeidet og ble siden videreført gjennom NOU 1985:34: ”Levekår for psykisk utviklingshemmede” (Sosialdepartementet, 1985). Etterfølgende stortingsmeldinger har ledet opp til den reform vernepleierne ble delaktige i fra begynnelsen av 1990-årene. Denne prosessen og disse prinsippene har stått sentralt i vernepleierutdanningens utvikling (Horndalen, 2001).

Intensjonen om å bedre levekårene og omsorgen for de ”åndssvake” ved datidens sentralinstitusjoner dannet således opptakten til det som etterhvert utviklet seg til en egen utdanning (Horndalen, 2001; Fellesorganisasjonen, 2011; Norges Offentlige Utredninger, 2001). Formålet med utdanningen var å skape et nytt yrke for å gi mennesker samfunnet helst ikke ville se eller ikke forsto seg på, bedre livsbetingelser, og synliggjøre at de som den gang ble definert som åndssvake, hadde behov, muligheter og verdi som alle andre samfunnsborgere. Bak ideen og premissene for utdanningen lå ønsket om å skape et nærkontaktpersonale med egenskaper som ivaretok livskvalitet og levekår gjennom samarbeid og menneskelig samhandling over tid. Dette førte til et yrke av sammensatt faglig og etisk karakter (Horndalen, 2001).

Å etablere en utdanning basert på en syntese av flere fagområder og yrker, hvor faglig bredde og helhetstenkning ble vektlagt til fordel for faglig spesialisering og avgrensning av arbeidsfelt, har imidlertid medført kontinuerlige utfordringer knyttet til legitimering av utdanningens innhold og eksistens (Horndalen, 2001). Ole B. Munch har i ettertid fortalt at han var oppmerksom på at det brede kunnskapsgrunnlaget som ble lagt til grunn for undervisningen, basert på allerede etablerte fagfelt som psykologi, medisin og sykepleie, kunne bidra til utfordringer for den gryende yrkesgruppens mulighet til å etablere en egen yrkesidentitet (ibid). Profesjonens utfordringer knyttet til å ramme inn og begripeliggjøre selve substansen av profesjonelt vernepleiefaglig arbeid og yrkesgruppens kompetanse har siden representert en sentral problemstilling fra utdanningen ble formelt etablert for snart 50 år siden (ibid).

1.3.6 Rammeplan for vernepleierutdanning (1986)

Forslag til en ny nasjonal rammeplan for vernepleierutdanningen kom i 1986. Behovet for å erstatte grunnreglene med en ny, nasjonal rammeplan hadde sitt utgangspunkt i at vernepleierutdanningen ble innlemmet under Undervisningsdepartementet og skulle tilpasses høgskolenivå. Videre skulle rammeplanen sikre at skolene sertifiserte noenlunde like kandidater, og at tilbudet var oppdatert med ønsket kompetanse i forhold til velferdspolitiske føringer for en ny omsorgsideologi (Horndalen, 2001). Rammeplanen skulle ta sikte på å være norm - og retningsgivende for utformingen av undervisningsplaner ved den enkelte høgskole, for på den måten å sikre at utdanningen ble yrkesrettet og av høy faglig kvalitet. Rammeplanen skulle samtidig legge til rette for at høgskolene hadde rom for faglig frihet og stimulere til faglig og pedagogisk utviklingsarbeid, i tillegg skulle rammeplanen gi rom for tilpasning til aktuelle samfunnsendringer (ibid).

I rammeplanen fra 1986 ble blant annet «vernepleiertjenester» slått fast som et eget begrep. Samtidig ble de vernepleierfaglige funksjonene utvidet til å gjelde utviklingsforstyrrelser og funksjonshemninger generelt. Sentrale områder som ble vektlagt, var brede kunnskaper på individ - og samfunnsnivå og samspillet mellom disse, innsikt i allmenne grunnverdier og trygg etisk forankring, samt forutsetninger for å organisere eget og andres arbeid (Horndalen, 2001).

1.3.7 HVPU – reformen: et veiskille

Et sentralt veiskille i vernepleieprofesjonens historie oppstod ved avviklingen av helsevernet for psykisk utviklingshemmede, HVPU - reformen (Horndalen, 2001). I lys av et omfattende ideologisk skifte i norsk helse – og sosialpolitikk ble sentralinstitusjonene for mennesker med utviklingshemming vedtatt avviklet, med intensjon om at utviklingshemmede skulle integreres i samfunnet under samme forutsetninger som andre borgere. Et viktig ledd i dette arbeidet var å etablere tiltak for å bygge ned særomsorgens funksjons hemmende barrierer og fremme normaliserte levekår og livsbetingelser for utviklingshemmede.

Ansvar for tjenester til utviklingshemmede ble derfor overført til den enkelte kommune og det ordinære tjenesteapparat, og det ble satt inn betydelige ressurser for at den enkelte kommune skulle kunne ivareta utviklingshemmedes rett til å leve og bo selvstendig, og til å motta praktisk bistand fra det kommunale hjelpeapparatet på lik linje med andre samfunnsborgere (Sosial – og helsedepartementet, 2001; Bergstø, 2010; Torp, 2010).

HVPU – reformens ideologiske fundament om å fremme normaliserte levekår og livsbetingelser for mennesker med utviklingshemming, representerte således en eksistensiell utfordring for vernepleieprofesjonen. Å opprettholde en yrkesgruppe knyttet til særlig omsorg for utviklingshemmede ble blant annet karakterisert som en hemske for normaliseringsideologiens videre fremvekst og av enkelte beskrevet som en systembevarende anakronisme som stred mot normaliseringsideologiens intensjon (Horndalen, 2001). Etersom vernepleierens arbeidsområde tradisjonelt hadde blitt beskrevet å være ved HVPU institusjonene (før avviklingen av HVPU), ble det derfor nødvendig å presisere at vernepleierne befant seg på et mye bredere felt, som for eksempel innen barne – og ungdomspsykiatrien eller ved sysselsettingsinstitusjoner (ibid).

Det ble iverksatt omfattende markedsføringstiltak for å snu oppfatningen om at vernepleierne ikke var HVPU – personale, men ressurser i kommunal omsorg. Blant annet gav vernepleierforbundet ut en brosjyre til de ulike etatene i alle landets kommuner med informasjon til de nye samarbeidspartnerne om hvem vernepleierne var og deres arbeidsområde. Brosjyren var enkel og lettfattelig og presenterte den profesjonelle vernepleieren som de som «... arbeider med å bedre den funksjonshemmedes totale livssituasjon....bidrar til målrettet stimulering, opplæring og utvikling....har sine fagkunnskaper forankret i metodisk miljøarbeid» (Norsk Vernepleierforbund 1989 s.21).

Avviklingen av helsevernet for psykisk utviklingshemmede gav således vernepleierne en mulighet til å demonstrere sin kompetanse på andre arenaer og sammen med andre yrkesgrupper. Reformens ideologiske plattform knyttet til integrering og normalisering, etablerte nemlig et voksende behov for å samordne og koordinere de kommunale velferdstjenestene (Sosial- og helsedepartementet, 2001). Det var behov for kompetanse knyttet til ivaretagelsen av et helhetlig tjenestetilbud, og dette representerte en kompetanse og et perspektiv vernepleiere og vernepleierskolene kjente seg hjemme i (Norges Offentlige Utredninger, 2001; Horndalen, 2001).

HVPU – reformens sosialpolitiske føringer dannet grunnlaget for at Kunnskapsdepartementet i 1999 fastsatte en ny rammeplan og forskrift for vernepleierutdanningen. I kjølvannet av HVPU – reformen fikk vernepleierne demonstrere sin tverrfaglige kompetanse på et utvidet arbeidsfelt og yrkesgruppens helhetlige kompetanse ble møtt av et voksende behov for å samordne og koordinere ulike grupper menneskers tjenestetilbud. HVPU – reformen åpnet således opp for flere brukergrupper og bredere fagkompetanse styrt av normaliserings - og rettighetstenkning som vektla likeverd og tjenesteyting som ideal. I vernepleierutdanningens rammeplan fra 1999 ble derfor vernepleierutdanningens målgruppe utvidet til å omfatte alle som kan ha bruk for vernepleierens tjenester, samtidig som yrkesgruppen skulle inneha særskilt kompetanse knyttet til omsorgen for utviklingshemmede (Torp, 2010; Horndalen, 2001; Sosial - og helsedepartementet, 2001).

Vernepleierutdanningens rammeplan gjennomgikk en betydelig revisjon i 2003 hvor innholdet ble brutt ned til læringsmål for å gjøre det mulig å ta nærmere stilling til hvert enkelt punkt. Det har i ettertid blitt foretatt mindre tekniske justeringer av denne reviderte rammeplanen, men innholdsmessig er dagens rammeplan lik 2003 – versjonen (Torp, 2010).

1.3.8 Rammeplan for vernepleierutdanning (2005)

Vernepleieprofesjonen har, som tidligere nevnt, båret preg av at velferdstjenestenes siktemål og innretning har vært i kontinuerlig endring og profesjonens arbeidsfelt og brukergruppe har ekspandert radikalt (Universitetet i Stavanger, 2011). Disse endringene gjenspeiles i utdanningens gjeldende rammeplan, hvor vernepleie ikke lengre avgrenses til arbeid med en spesiell målgruppe, men har som formål å "... utdanne brukerorienterte og reflekterte yrkesutøvere som er kvalifiserte for å utføre miljøarbeid, habiliterings- og rehabiliteringsarbeid sammen med mennesker med fysiske, psykiske og/eller sosiale funksjonsvansker som ønsker og har bruk for slike tjenester" (Utdannings - og forskningsdepartementet, 2005, s. 4). På samme tid legges det i rammeplanen også føringer for at "Mennesker med psykisk utviklingshemming vil fortsatt være en sentral målgruppe for vernepleiefaglig arbeid" (Utdannings - og forskningsdepartementet, 2005, s.4).

Gjeldende rammeplan er utarbeidet etter lov av 1. april 2005 nr. 15 om universiteter og høyskoler § 3-2 (2). Etter endt studium skal vernepleierstudentene således inneha kunnskaper, ferdigheter og holdninger som gir grunnlag for å yte tjenester til mennesker med ulike funksjonsvansker (Utdannings - og forskningsdepartementet, 2005). Denne kompetansen skal opparbeides gjennom å integrere praksisstudiene opp mot studiets fire hoved emner, samfunnsvitenskap og jus, psykologi og pedagogikk, helsefag og miljøarbeid og habiliterings- og rehabiliteringsarbeid (Utdannings - og forskningsdepartementet, 2005). I tillegg skal vernepleiere kunne dokumentere, kvalitetssikre og evaluere eget arbeid (Utdannings - og forskningsdepartementet, 2005).

Videre skal vernepleierens yrkesutøvelse bygge på verdier som likeverd, respekt for enkeltmenneskets integritet og brukermedvirkning, og utdanningen skal være i samsvar med nasjonale og internasjonale helse-, sosial- og utdanningspolitiske føringer som norske lover, forskrifter og politiske beslutninger, internasjonale deklarasjoner, standarder og politiske føringer om helse- og sosialpolitikk, menneskerettigheter og høyere utdanning (Utdannings - og forskningsdepartementet, 2005).

Dette er en svært omfattende kompetanse som spenner fra kjennskap til overordnede politiske, forvaltningsmessige og samfunnsmessige sammenhenger, til å inneha tverrfaglig kompetanse, helhetlig kompetanse og samtidig spesifikk fag – kompetanse. Samtidig skal tjenesteutøvelsen tilpasses i form av empatisk og individuell samhandling med det enkelte hjelpetrequende menneske.

Rammeplanen angir med andre ord mål og formål for utdanning av vernepleiere. Samtidig gir rammeplanen beskrivelser for utdanningens omfang og gir retningslinjer for hvordan studiet bør organiseres, arbeidsmåter og vurderingsordninger (Utdannings - og forskningsdepartementet, 2005). Med utgangspunkt i rammeplanen utarbeider den enkelte utdanningsinstitusjon en fagplan som beskriver hvordan de organiserer og tilrettelegger studieprogrammene innenfor de grenser rammeplanen fastsetter. Rammeplanen utgjør således et forpliktende dokument for den enkelte utdanningsinstitusjon, hvilket innebærer at de tilsatte, studentene og representantene for praksisopplæringen skal bidra til å sikre et nasjonalt likeverdig faglig nivå, slik at utdanningene framstår som enhetlige og gjenkjennelige, uavhengig av institusjon. Videre skal utdanningsinstitusjonene også oppfylle de krav som stilles i aktuelle lover for yrkesutøvelse, samt spesielle direktiver fra EU og internasjonale konvensjoner (ibid).

For at den nasjonale rammeplanen skal kunne sikre at utdanningene framstår som enhetlige og gjenkjennelige, uavhengig av institusjon, vil både lærernes, studentenes og profesjonsutøvernes forståelse av helse - og sosialpolitiske verdier og den rådende ideologi som skal veilede og legitimere profesjonelt vernepleiefaglig arbeid, måtte være i tråd med ovenstående føringer. Dette fordrer samtidig at den velferdspolitiske «ønskelisten» som ligger til grunn for vernepleierutdanningen og profesjonens mandat, er i tråd med velferdsordningene siktemål og innretning. For når det i dag stilles økende krav til velferdsprofesjonenes evne til å tilpasse seg nye reformer og endringer i velferdsordningenes, utgjør rammene for tjenesteyters kompetanse en vesentlig betingelse for at både mottakere av tjenestene, arbeidsgivere, andre yrkesgrupper og samfunnet for øvrig skal oppleve trygghet og stabilitet i et tjenestetilbud (Fellesorganisasjonen, 2011).

Som tidligere nevnt, representerer behovet for å tydeliggjøre hva som er kjernen i vernepleierens kompetanse en dagsaktuell utfordring og vil være en forutsetning for å sikre kvalifisert bistand i tråd med brukernes behov (Torp, 2010; Kunnskapsdepartementet, 2011). I det videre studie har jeg til hensikt å se nærmere på de velferdspolitiske intensjonene som ligger til grunn for vernepleierutdanningen, slik de er nedfelt i utdanningens nasjonale rammeplan (2005). Med ”velferdspolitiske intensjoner” legges det til grunn en forståelse av at rammeplanen ikke har oppstått i et historieløst vakuum, men gjenspeiler et ideologisk verdigrunnlag i en velferdspolitisk kontekst. Rammeplanen representerer således et ideologisk dokument, som i kraft av sitt styringspotensial representerer en velferdspolitisk ”ønskeliste” for det verdigrunnlag, kompetanse og arbeidsfelt det foretrekkes at vernepleieren skal ivareta. Sagt med andre ord skal rammeplanen kunne utgjøre et sentralt og retningsgivende dokument for utforming av vernepleierens samfunnsmandat.

KAPITTEL 2

FORSKNINGSMETODE

2.1 Tilnærming

Oppgavens metodiske tilnærming tar utgangspunkt i forståelsen om at sentrale og normative føringer for vernepleieprofesjonens samfunnsmandat, slik de fremstår gjennom innholdet i den nasjonale rammeplanen (2005), er utformet og regulert i en sosialpolitisk sammenheng. De verdier og de kompetansemessige preferanser som gjennom rammeplanen beskrives som sentrale for vernepleierens yrkesutøvelse, må således forstås i lys av den historiske kontekst de er en del av (Gilje & Grimen, 1993).

For å etablere en forståelse av meningsinnholdet ved de føringer rammeplanen gir, legges det til grunn en fortolkning av rammeplanens innhold ut fra det hermeneutiske prinsipp om at mening bare kan forstås i lys av den sammenhengen det som studeres er en del av (Thagaard, 1998; Repstad, 2007). Å fortolke teksters underliggende eller latente innhold i form av innholds – eller dokumentanalyse stammer imidlertid opprinnelig fra «objektive, systematiske og kvantitative beskrivelser av kommunikasjonens manifesterbare innhold» (Graneheim & Lundman, 2004 s. 18, sitat fra Berelson, min oversettelse). Men slike analysemetoder har også vist seg fruktbare innen kvalitativ forskning, og dokumentanalyse benyttes i dag innen både kvantitativ og kvalitativ forskning (Graneheim & Lundman, 2004).

2.2 Datainnsamling

Som redskap for å identifisere rammeplanens normative føringer for vernepleierens samfunnsmandat og å bearbeide tekstens innhold systematisk, er det benyttet kvalitativ innholdsanalyse. En analyse av rammeplanens innhold har som intensjon å bidra til å belyse den dominerende velferdspolitiske diskurs som er retningsgivende for utdanning av vernepleiere.

For å illustrere dette kan rammeplanens formålsbeskrivelse trekkes frem som eksempel på en slik normativ rettesnor for de kvalifikasjoner vernepleieren forventes å inneha (2005, s. 4):

(...) å utdanne brukerorienterte og reflekterte yrkesutøvere som er kvalifiserte for å utføre miljøarbeid, habiliterings – og rehabiliteringsarbeid sammen med mennesker med fysiske, psykiske og/ eller sosiale funksjonsvansker som ønsker og har bruk for slike tjenester. Mennesker med psykisk utviklingshemming vil fortsatt være en sentral målgruppe for vernepleiefaglig arbeid.

Som tidligere nevnt, representerer behovet for å tydeliggjøre hva som er kjernen i vernepleierens kompetanse en dagsaktuell utfordring og vil være en forutsetning for å sikre kvalifisert bistand i tråd med brukernes behov (Torp, 2010; Kunnskapsdepartementet, 2011). Grunnlaget for å foreta en kvalitativ analyse av rammeplanens innhold er å redegjøre for den sentrale ideologi og verdigrunnlag som ligger til grunn for en ”velferdspolitisk ønskeliste” for vernepleierens kompetanse og arbeidsfelt.

Det vil videre presenteres et kortfattet sammendrag av oppgavens analysemateriale i underseksjon 2.2.1. Videre følger en nærmere avklaring for valg av metode i seksjon 2.3, samt presentasjon av fremgangsmåte.

2.2.1 Analysemateriale:

Den nasjonale rammeplanen for vernepleierutdanning (2005)

Dagens vernepleiestudie er 3 – årig og gir graden bachelor i vernepleie og danner grunnlag for å søke autorisasjon som vernepleier i henhold til lov om helsepersonell (Utdannings - og forskningsdepartementet, 2005). Etter endt studium skal studentene gjennom integrerte teori – og praksisstudier ha ervervet kunnskaper, ferdigheter og holdninger som gir grunnlag for å yte tjenester til mennesker med ulike funksjonsvansker. Et sentralt element i vernepleierens yrkesutøvelse er derfor evnen til å sette brukermedvirkning i fokus i lys av grunnleggende verdier som likeverd og respekt for enkeltmenneskets integritet (ibid).

Vernepleierutdanningens rammeplan (2005) er inndelt i to hoveddeler. Den første hoveddelen utgjør en felles innholdsdel for vernepleiere og 3 -årige bachelorutdanninger innen ergoterapi, fysioterapi og sykepleie, og utdanning for radiografer, sosionomer og barnevernspedagoger. Formålet med felles innholdsdel er å legge til rette for at helse – og sosialarbeider skal kunne etablere et tverrfaglig samarbeid innen helse- og sosialsektoren i tråd med intensjonene i relevante lover (Utdannings - og forskningsdepartementet, 2005). Rammeplanens andre hoveddel utgjør vernepleierutdanningens spesifikke innholdsdel.

Rammeplanens to hoveddeler er inndelt i egne hoved emner og delemner basert på teoretiske fag. I vernepleierutdanningens spesifikke innholdsdel legges det i tillegg opp til at den teoretiske kunnskapen skal integreres i praksisstudiene. Dette omfatter både samfunnsvitenskapelige og juridiske emner, vitenskapsteori og metode, psykologiske og pedagogiske emner, helsefaglige emner og habilitering og rehabilitering (Utdannings - og forskningsdepartementet, 2005). Felles innholdsdel omfatter også samfunnsvitenskapelige og juridiske emner og vitenskapsteori og metode, i tillegg vektlegges etikk som eget del – emne (Utdannings - og forskningsdepartementet, 2005).

Innholdet i samtlige emner og delemner utdypes ytterligere i rammeplanen. For eksempel stilles det i vernepleierutdanningens spesifikke innholdsdel gjennom hoved emnet «psykologiske og pedagogiske emner», krav til at studentene skal kunne tilegne seg kunnskap innen generell psykologi og pedagogikk, utviklingspsykologi, sosialpsykologi, og sosialpedagogikk, med vekt på blant annet utviklingspsykologi, læring, spillkunnskap og rolleforståelse (Utdannings - og forskningsdepartementet, 2005 s.7).

Etter at rammeplanen gjennomgikk en betydelig revisjon i 2003, ble det innført et økt fokus på å beskrive aktuelle læringsmål, og mindre beskrivelser av hva emnene skulle inneholde (Torp, 2010). Dette skulle gjøre det enklere å ta stilling til hvert enkelt punkt. I rammeplanen formidles relativt tydelige retningslinjer for disse læringsmålene, ved en gjennomgående bruk av normative utsagn som ”(...) skal gi kunnskap omskal tilegne seg....skal vektlegges” (Utdannings - og forskningsdepartementet, 2005). På samme tid inneholder de enkelte emnene relativt stort handlingsrom knyttet til utdanningsinstitusjonenes vektning av rammeplanens tema og innhold.

2.3 Innholdsanalyse

Å foreta en kvalitativ analyse av innholdet i rammeplanen for vernepleierutdanningen (2005) fordrer at teksten bearbeides systematisk. Det finnes imidlertid ulike forståelser for hvordan tekst kan fortolkes og hvilke fremgangsmåter og prosedyrer som er best egnet (Graneheim & Lundman, 2004). Jeg har i denne oppgaven valgt å benytte ”open - coding”, heretter kalt ”åpen kategorisering”, som metode for å analysere tekstens innhold. Ved å benytte åpen kategorisering som metode, vil tekstens tematiske kategorier kunne identifiseres gjennom den kvalitative innholdsanalysen underveis, og ikke gjennom forhåndsdefinerte tema. Hensikten med å benytte åpen kategorisering i denne sammenheng, er med andre ord å i størst mulig grad unngå at kategoriene etableres ut fra en mindre nyansert forforståelse av rammeplanens innhold (Gilje & Grimen, 1993).

Et sentralt element ved den kvalitative innholdsanalysen er å sortere tekst med felles innhold inn i avgrensede kategorier og eventuelt del - kategorier (Graneheim & Lundman, 2004). Kategorier i en kvalitativ dokumentanalyse kan beskrives som svar på ”hva” spørsmål og representerer hovedsakelig tekstens deskriptive innhold (Graneheim & Lundman, 2004). Ved å benytte ”åpen kategorisering” vil kategoriens tema identifiseres underveis i analyseprosessen, og derav løfte analysen til et fortolkende nivå, ved å etablere bindeledd mellom tekstens meningsinnhold og tekstens deskriptive innhold (Graneheim & Lundman, 2004).

Intensjonen med å benytte tematisk kategorisering har med andre ord vært å identifisere tekstutdrag i rammeplanen som, etter min mening, kan illustrere velferdspolitiske og ideologiske intensjoner for vernepleierens samfunnsmandat. Disse kategoriene kan i følge Weber sies å representere en form for «ideal typer» eller «tankemessig betoning av bestemte trekk ved virkeligheten», det vil si redskap for å strukturere og belyse sentrale trekk ved tekstens meningsinnhold (referert i Molander & Terum, 2008). Styrken ved å benytte tematiske kategorier er således at de, gjennom å synliggjøre tema som fremtrer med en viss hyppighet, kan defineres som tema med en uttalt hensikt eller formål.

Det er rammeplanens tekst som utgjør analysens datagrunnlag. Gjennom analyse av rammeplanens innhold har jeg innhentet tekst hvis tematiske innhold fremtrer med en viss hyppighet. Den teksten hvis innhold fremtrer med en viss hyppighet har videre dannet grunnlag for etablering av tematiske kategorier, det vil si tema som gjennom teksten fremstår med som å inneha en uttalt hensikt eller formål.

Selve analyseprosessen har båret preg av en kontinuerlig veksling mellom helheten og delene i teksten, hvilket fordrer gjentatte gjennomlesninger for å etablere et innholdsmessig helhetsbilde. Å etablere tematiske kategorier ved hjelp av innholdsanalyse vil imidlertid likevel kunne innebære en subjektiv forforståelse av tekstens meningsinnhold, og kategoriene må derfor ses på som hypotetiske fortolkninger i lys av sin subjektivitet. Med utgangspunkt i at min egen profesjonsbakgrunn er vernepleie, har jeg forsøkt å unngå denne form for subjektiv fortolkning ved å foreta gjentatte gjennomlesninger av hele dokumentet, samt kontinuerlig revidere og utarbeide aktuelle «arbeidskategorier». Studiens funn vil likevel måtte ses i lys av at det er et enkeltindivids tolkning av tekstens innhold. Det vil også være nødvendig å se på kategoriene som hypotetiske fortolkninger i forhold til at enkelte deler av teksten etter all sannsynlighet vil kunne passe inn under mer enn en kategori, hvilket innebærer utfordringer knyttet til å identifisere tekstens ”kjerne” og plassere den i den best egnede kategorien.

Ved å foreta en analyse av innholdet i rammeplanen for vernepleierutdanningen (2005), har jeg forsøkt å fange opp de sentrale, normative føringer som ligger til grunn for profesjonens mandat, og etablere en forståelse for de velferdspolitiske rammer og handlingsrom som konstituerer utdanning av vernepleiere i dag.

Ettersom rammeplanen for vernepleierutdanningen (2005) er inndelt i to hoveddeler – en felles innholdsdel for 3 -årige helse – og sosialfaglige bachelorutdanninger og en innholdsdel rettet spesifikt mot vernepleierutdanningen - har jeg valgt å beholde denne inndelingen under arbeidet med innholdsanalysen.

I neste kapittel vil jeg presentere studiens funn i form av to tabeller uten tilhørende kommentar. Drøfting av analysens funn samt eventuelle implikasjoner for politikk og praksis vil videre utgjøre fundamentet for videre drøfting i kapittel 4.

KAPITTEL 3

STUDIENS FUNN

Resultatet fra den kvalitative innholdsanalysen av rammeplanen for vernepleierutdanningen (2005) gjengis i sin helhet ved påfølgende sider. I tabell 1 gjengis funn fra innholdsanalysen av rammeplan for vernepleierutdanning (2005), felles innholdsdel og i tabell 2 gjengis funn fra innholdsanalysen av rammeplan for vernepleierutdanning (2005), utdanningsspesifikk innholdsdel.

Ved å benytte åpen kategorisering som metode, har jeg etablert fem og seks tematiske kategorier knyttet til henholdsvis tabell 1 og tabell 2. Hver enkelt kategori bæres frem med tekstutdrag fra rammeplanen.

TABELL 1:

KVALITATIV INNHOLDSANALYSE AV RAMMEPLAN FOR VERNEPLEIERUTDANNING(2005), FELLES INNHOLDSDEL

<p>Å FREMME TVERRFAGLIG SAMARBEID</p>	<p><i>... studentene (skal) være lagarbeider og kunne samarbeide med brukere og andre yrkesgrupper.</i></p> <p><i>Helse- og sosialfagutdanningene har som overordnet mål å utdanne reflekterte yrkesutøvere som setter mennesket i sentrum og som kan planlegge, organisere og gjennomføre tiltak i samarbeid med brukere og andre tjenesteytere.</i></p> <p><i>... å utdanne helse- og sosialarbeidere som skal kunne samarbeide tverrfaglig innen helse- og sosialsektoren, i tråd med intensjonene i relevante lover.</i></p> <p><i>... skal studentene kjenne rammene for egen faggruppe og oppgavefordelingen mellom helse- og sosialfaggruppene</i></p>
<p>Å FREMME ET FELLES VERDIGRUNNLAG FOR HELSE – OG SOSIALFAGLIG YRKESUTØVELSE</p>	<p><i>Helse- og sosialfaglig yrkesutøvelse er basert på felles verdigrunnlag.</i></p> <p><i>Gjennom studiet skal studentene utvikle et helhetlig syn på mennesket, vise respekt for menneskets integritet og rettigheter og ivareta brukernes autonomi og rett til medbestemmelse.</i></p> <p><i>... skal studentene reflektere over etiske problemstillinger, ha etisk handlingsberedskap og kunne avsløre verdikonflikter.</i></p>

**Å STIMULERE
TIL EN KRITISK TILNÆRMING**

... skal studentene ha kunnskaper om hvordan en kan påvirke helse- og sosialpolitikken.

... skal studentene identifisere etiske dilemmaer på samfunnsplan, i praktisk helsearbeid og sosialt arbeid.

... oppøve studentenes evne til å stille spørsmål som utvikler kunnskaper, ferdigheter og holdninger.

**Å ETABLERE
FORSTÅELSE FOR
HELSE – OG SOSIALPOLITISK
FORVALTNINGSGRUNNLAG**

... skal studentene kjenne forvaltningsnivåene og beslutningsstrukturene i helse- og sosialsektoren og relevante lover, forskrifter og avtaler

... skal studentene kjenne bakgrunnen for helse- og sosialpolitiske prioriteringer og kjenne til konsekvenser av slike prioriteringer.

**Å ETABLERE EN FELLES
REFERANSERAMME FOR
ANVENDELSE AV RELEVANT
KUNNSKAP
I PRAKSIS**

... bidra til at studentene tilegner seg nødvendig kunnskap og forståelse innen en felles referanseramme for yrkesutøvelse i helse- og sosialtjenesten.

... begrunne sine handlinger overfor brukere, andre yrkesutøvere og overfor arbeidsgivere ut fra et vitenskapsteoretisk og forskningsmetodisk syn

... skal studentene dokumentere eget arbeid, utføre prosjektarbeid og evaluere eget arbeid

**TABELL 2:
KVALITATIV INNHOLDSANALYSE AV RAMMEPLAN FOR
VERNEPLEIERUTDANNING (2005), UTDANNINGSSPESIFIKK
INNHOLDSDEL**

KATEGORI	ILLUSTRERENDE TEKST
<p>Å FREMME EN HOLISTISK TILNÆRMING</p>	<p><i>Formålet (...) er å utdanne brukerorienterte og reflekterte yrkesutøvere som er kvalifiserte for å utføre miljøarbeid, habiliterings- og rehabiliteringsarbeid sammen med mennesker med fysiske, psykiske og/eller sosiale funksjonsvansker som ønsker og har bruk for slike tjenester.</i></p> <p><i>... studentene skal tilegne seg kunnskaper om normalutvikling i et livsløpsperspektiv og hvordan ulike typer funksjonshemminger påvirker denne utviklingen.</i></p> <p><i>Vernepleiere skal kunne forstå konsekvensene av ulike funksjonsvansker, de vanligste somatiske sykdommer og psykiske lidelser</i></p>
<p>Å KVALITETSIKRE PROFESJONELT VERNEPLEIEFAGLIG ARBEID</p>	<p><i>Vernepleieres kompetanse bygger på integrasjon av teori- og praksisstudier, og de skal kunne dokumentere, kvalitetssikre og evaluere eget arbeid.</i></p> <p><i>Vernepleiere skal identifisere interesser, ressurser og begrensninger i samarbeid med brukere og kunne planlegge og gjennomføre praktisk, metodisk miljøarbeid med sikte på god livskvalitet og størst mulig grad av mestring.</i></p>

	<p><i>Delemnet skal gi kompetanse til å kunne kartlegge, beskrive og analysere forholdet mellom individ og omgivelser, planlegge og gjennomføre tiltak for å fremme utvikling og bidra til god livskvalitet.</i></p> <p><i>Vernepleiere skal kunne kommunisere og handle etisk forsvarlig sammen med brukere, pårørende og i nærmiljøet ellers.</i></p> <p><i>Vernepleiere skal kunne utføre forsvarlig medikamenthåndtering.</i></p>
<p>Å FREMME FORSTÅELSE FOR VERNEPLEIERPROFESJONENS MANDAT</p>	<p><i>Delemnet skal gi kunnskap om utvikling av yrke, yrkesrolle og arbeidsfelt og forståelse for betydningen av egenutvikling i utøvelse av yrkesrollen.</i></p> <p><i>Mennesker med psykisk utviklingshemming vil fortsatt være en sentral målgruppe for vernepleiefaglig arbeid.</i></p>
<p>Å STIMULERE TIL EN KRITISK TILNÆRMING</p>	<p><i>Vernepleiere skal vise evne til å utforske faglige problemstillinger på en systematisk og reflekterende måte.</i></p> <p><i>Styrking av engasjement, etisk bevissthet og en fagkritisk holdning inngår.</i></p> <p><i>Vernepleiere skal kunne vurdere ideologi og virkemidler i helse- og sosialpolitikken og fungere som premissleverandør for beslutninger i hjelpeapparatet lokalt og på overordnet politisk plan.</i></p>

	<p><i>Vernepleiere skal ha utviklet endringskompetanse og kunne anvende metoder for endring av ulike rammebetingelser til beste for bruker/brukergrupper.</i></p>
<p>Å ETABLERE FORSTÅELSE FOR HELSE – OG SOSIALPOLITISK FORVALTNING OG RAMMEBETINGELSER FOR YRKESUTØVELSEN</p>	<p><i>... studentene skal utvikle forståelse for hvordan forvaltningen og vårt politiske beslutningssystem fungerer og hvilke rammebetingelser disse gir for vernepleieres faglige arbeid. Sentralt her er kjennskap til de lover og regler som regulerer arbeidet.</i></p> <p><i>Vernepleierutdanningen skal være i samsvar med nasjonale og internasjonale helse-, sosial- og utdanningspolitiske føringer som (...) norske lover, forskrifter og politiske beslutninger (...) internasjonale deklarasjoner, standarder og politiske føringer om helse- og sosialpolitikk, menneskerettigheter og høyere utdanning.</i></p> <p><i>Delemnet omfatter kunnskap om forvaltningsstruktur, politiske beslutningsprosesser, oppgavefordeling, velferdsutvikling, prinsipper og regler i alminnelig forvaltningsrett, praktisk saksbehandling og brukerrettigheter.</i></p> <p><i>Delemnet skal gi kunnskap om rettssystemet, juridisk metode, lover og regler som gjelder for tjenesteyting i helse- og sosialsektoren, herunder reguleringer som gjelder helse- og sosialpersonell og forhold knyttet til autorisasjon, prinsippene om rettssikkerhet, samtykkekompetanse, rettslig handleevne, vergemål, sentrale velferdsrettslige regler samt inngående kunnskap om reglene for begrensning av bruk av tvang og makt.</i></p>

	<p><i>Vernepleiere skal kunne utføre saksbehandling som bygger på forvaltningsmessige prinsipper og aktuelt lovverk, og som ivaretar brukernes behov og rettigheter.</i></p>
<p>Å FREMME SENTRALE VERDIER VED PROFESJONELT VERNEPLEIEFAGLIG ARBEID</p>	<p><i>Yrkesutøvelsen skal bygge på likeverd og respekt for enkeltmenneskets integritet og sette brukervedvirkning i fokus</i></p> <p><i>Vernepleiere skal møte brukere med empati og respekt ut fra perspektivet om likeverd, uavhengig av alder, kjønn, kultur, livssyn og virkelighetsoppfatning.</i></p> <p><i>Studentene forberedes til yrkesutøvelse bygget på respekt og empati og til å kunne begrunne handlingsvalg slik at de kan utføre godt metodisk arbeid på individ- og samfunnsnivå.</i></p>

KAPITTEL 4

DISKUSJON

4.1 Innledning

Intensjonen ved å foreta en analyse av rammeplanens innhold er å forsøke å fange opp hvilke sentrale, normative føringer som ligger til grunn for vernepleieprofesjonens mandat, og etablere en forståelse for de velferdspolitiske rammer og handlingsrom som konstituerer dagens vernepleierutdanning. Basert på den tekst som gjennom analyse av rammeplanens innhold har fremkommet med en viss hyppighet, har jeg etablert tematiske kategorier fordelt på to tabeller, jamfør rammeplanens todeling knyttet til felles innholdsdel for helse – og sosialfaglige utdanninger og spesifikk innholdsdel for utdanning for vernepleiere. I de to tabellene presenteres analysens funn i form av tematiske kategorier som vurderes å inneha en uttalt hensikt eller formål. Tabellene er inndelt i henholdsvis fem (tabell 1) og seks (tabell 2) tematiske kategorier med tilhørende tekstutdrag fra rammeplanens innhold.

Den videre diskusjon omkring analysens funn vil imidlertid rettes primært mot de temabaserte kategoriene som presenteres i innholdsanalysens tabell 2, det vil si den utdanningsspesifikke innholdsdelen i rammeplan for vernepleierutdanning (2005). Hensikten med å avgrense videre drøfting til innholdsanalysens tabell 2 er å ramme inn sentrale velferdspolitiske føringer som knyttes *spesifikt* til utdanning av vernepleiere og det verdigrunnlag, kompetansegrunnlag og arbeidsfelt vernepleieprofesjonen er ment å skulle ivareta.

I innholdsanalysens tabell 2, presenteres kategoriene med følgende tema: å fremme en holistisk tilnærming, å kvalitetssikre profesjonelt vernepleiefaglig arbeid, å fremme forståelse for vernepleieprofesjonens mandat, å stimulere til en kritisk tilnærming, å etablere forståelse for helse – og sosialpolitisk forvaltning og rammebetingelser for yrkesutøvelsen, og fremme sentrale verdier for profesjonelt vernepleiefaglig arbeid. Jeg vil videre utdype det tematiske innholdet i de enkelte kategoriene som fremkommer av tabell 2 og drøfte hvorvidt de tema som har kommet frem gjennom analysen kan hevdes å inneha implikasjoner for profesjonelt vernepleiefaglig arbeid og velferdspolitiske føringer for profesjonens mandat.

4.2 Velferdspolitisk diskurs

Den nasjonale rammeplanen for vernepleierutdanning (2005) utgjør som nevnt et sentralt og retningsgivende dokument for utforming av vernepleierprofesjonens mandat. Foucaults (1972) samfunnsfilosofiske og idéhistoriske begrep knyttet til fremtredende diskurser i samfunnet, er et relevant element som tas i betraktning i drøftingen av rammeplanen som velferdspolitisk styringsdokument. For den politiske diskurs, slik den tilkjennegis gjennom rammeplanen (2005), utgjør grunnleggende forutsetninger for de handlinger profesjonelle vernepleiere utfører i praksis (Neumann, 2001). Rammeplanens betegnelser for intensjonen med, og verdier i, vernepleiefaglig arbeid er med andre ord ikke nødvendigvis likegyldige eller tilfeldige, men representerer en kultur hvor et bestemt sett med begreper, problemstillinger og formuleringer nedfelt i språket utgjør en felles diskurs (ibid).

Begrepet diskurs fremhever på denne måten sammenhengene som eksisterer mellom krefter i samfunnet og hvordan de materialiserer seg i institusjoner, i språket, og i individets erkjennelse (Neumann, 2001). En vesentlig anmerkning er i så måte, for å følge Foucaults (1972) *raisonnement*, at diskurser kan ha en tendens til å bli tatt for gitt av allmennheten; de blir ”virkelighetskonstruerende” uten at de politiske beslutninger som ligger bakenfor diskursen nødvendigvis reflekteres over og tas i betraktning.

4.3 Ideologiske føringer og samfunnsmessige utviklingstrekk

Et samfunns struktur og dominerende diskurs er nært knyttet til den kraft som ligger i språkets føringer og meningsdannelse (Neumann, 2001). Samfunnsmessige utviklingstrekk og de verdier og ideal som legges til grunn for norsk velferdspolitik har således en avgjørende konsekvens for velferdstjenestenes innhold og velferdsprofesjonenes tilnærming i yrkesutøvelsen (Askheim, 2003; Sosial – og helsedepartementet, 2001).

Diskurs er tett forbundet med teorier om makt, hvor det å kunne definere diskursen ofte sidestilles med det å definere virkeligheten selv (Neumann, 2001). Et eksempel er hvordan definisjonen og forståelsen av funksjonshemming har variert over tid, fra å tilskrives en egenskap eller avvik ved det enkelte individ, til å forstås som et misforhold mellom personens nedsatte funksjonsevne og samfunnets eller miljøets krav (Sosial - og helsedepartementet, 2001). Slike definisjoner har blant annet hatt stor betydning for valg av politiske strategier og vært avgjørende for velferdssamfunnets ”nedbygging av funksjonshemmende barrierer” (ibid).

4.3.1 Felles verdigrunnlag

Prinsippet om menneskers likeverd er grunnleggende for det norske demokrati og velferdssamfunn. Ideen om at alle mennesker har de samme grunnleggende rettigheter og iboende verdi i kraft av det å være menneske, er nedfelt i FNs menneskerettighetserklæring av 1948 og ligger til grunn for den norske grunnloven (Justis - og politidepartementet, 2005). Gjennom ratifisering av menneskerettighetserklæringen og dens iboende humanistiske verdigrunnlag er det norske velferdssamfunnet tuftet på komplementære verdier som respekt for den enkeltes integritet, autonomi og likeverd. Samfunnet er som helhet forpliktet til å verne enkeltmennesker mot krenkelser av integritet og selvbestemmelse (Barbosa da Silva, 2006).

Dette er verdier som er tuftet på et humanistisk menneskesyn og en grunnleggende idé om at mennesket er unikt og at alle mennesker har samme verdi. Alle mennesker har i kraft av å være menneske, en iboende verdi. Denne verdien er ukrenkelig, konstant og umistelig for enhver samfunnsborger på tvers av tro, overbevisning eller hudfarge og kan ikke graderes eller rangeres etter bestemte egenskaper eller funksjonsevne (Sosial - og helsedepartementet, 2001).

Sentrale velferdspolitiske verdier knyttet til likeverd og solidaritet har etablert seg som rådende i det norske velferdssamfunn og i politikken overfor mennesker med funksjonsnedsettelse.

Velferdsprofesjonenes yrkesutøvelse er basert på humanistiske og demokratiske verdier, med grunnlag i prinsippet om menneskets iboende verdi, respekt for enkeltindividets frihet, selvbestemmelse og livsverdier (Fellesorganisasjonen, 2009). Et helhetlig menneskesyn legges til grunn for profesjonenes yrkesutøvelse og verdier som solidaritet med utsatte grupper og sosial rettferdighet utgjør en viktig del av velferdsprofesjonenes identitet (ibid).

Med bakgrunn i velferdsprofesjonenes felles verdigrunnlag har Fellesorganisasjonen for barnevernspedagoger, sosionomer, vernepleiere og velferdsarbeidere utarbeidet et yrkesetisk grunnlagsdokument (Fellesorganisasjonen, 2010). Intensjonen er å legge til rette for å styrke en felles etisk bevissthet i yrkesutøvelsen, fremme profesjonenes legitimitet og stimulere til utviklingen av yrkesidentitet (ibid). Det yrkesetiske grunnlagsdokumentet skal i tråd med rammeplanens føringer for utdanningenes innhold, utgjøre en felles forutsetning for at utøverne står styrket i å kunne begrunne sine verdivalg og har innsikt i sentral ideologi, verdier, normer, holdninger og handlinger (ibid). Profesjonsetikk for helse- og sosialarbeidere skal således gi grunnlag for handling og begrunnede verdivalg i yrkesutøvelsen.

Velferdsprofesjonenes felles verdigrunnlag gjenspeiles i vernepleierutdanningens rammeplan (2005) hvor sentrale verdier som respekt for enkeltmenneskets integritet og ivaretagelse av brukernes autonomi blir fremhevet både i felles innholdsdel og i vernepleierutdanningens spesifikke innholdsdel, jmf tabell 1 og 2 og kategoriene «å fremme et felles verdigrunnlag for helse – og sosialfaglig yrkesutøvelse» og «å fremme sentrale verdier ved profesjonelt vernepleiefaglig arbeid».

4.3.2 Brukermedvirkning

Vernepleierutdanningens innhold og den enkelte utøvers faglige og etiske innsikt er avgjørende element i realiseringen av sentrale velferdspolitiske verdier (Sosial - og helsedepartementet, 2001). I vernepleierutdanningens rammeplanens spesifikke innholdsdel legges det klare føringer for at den vernepleiefaglige yrkesutøvelsen skal bygge på verdier som likeverd og respekt for enkeltmenneskets integritet. Gjennom integrasjon av teori – og praksisstudier skal studentene derfor forberedes til yrkesutøvelse bygget på respekt og empati ut fra perspektivet om likeverd, uavhengig av alder, kjønn, kultur, livssyn og virkelighetsoppfatning (Utdannings - og forskningsdepartementet, 2005).

Velferdspolitisk ideologi knyttet til ideen om brukermedvirkning står som sentral for vernepleiefaglig yrkesutøvelse. Begrepet brukermedvirkning er nært knyttet til den reform og det ideologiske fundament som vernepleierne for vel 20 år siden ble en vesentlig del av.

Gjennom avviklingen av HVPU gjorde normaliseringsideologien sitt inntog i norsk velferdspolitik og kan beskrives som den reelle utvidelsen av det norske velferdssamfunn til også å gjelde mennesker med utviklingshemming (Askheim, 2003). Normaliseringsideologiens hovedbudskap var at utviklingshemmede på lik linje med andre samfunnsborgere, skulle sikres retten til en ordinær livssituasjon og størst mulig grad av selvbestemmelse. Intensjonen var, som benevnelsen ”reform” tilsier, å danne grunnlaget for en ny utviklingsbane i omsorgen for mennesker med utviklingshemming (Söderström & Tøssebro, 2011).

I vernepleierutdanningens rammeplan (2005) rettes det klare anmodninger for at profesjonelt vernepleiefaglig arbeid skal utøves med grunnlag i respekt for enkeltmenneskets integritet og autonomi og den enkeltes brukers rett til å medvirke i eget liv. Gjennom yrkesutøvelsen skal vernepleieren legge til rette for og bidra til at tjenestemottaker oppnår så høy livskvalitet som mulig, hvor muligheten for å bestemme over viktige valg i livet og ha styring over egen hverdag og livssituasjon anses som en vesentlig faktor. En sentral utfordring for vernepleiefaglig yrkesutøvelse er derfor å legge til rette for deltakelse og medbestemmelse i hverdagslivet, også for brukere som har vanskeligheter med å uttrykke og formidle egne behov og ønsker (Fellesorganisasjonen, 2008).

Prinsippet om brukermedvirkning går igjen som en rød tråd i rammeplanen, gjennom normative beskrivelser som «brukerorienterte og reflekterte yrkesutøvere», «sette brukermedvirkning i fokus», «å utføre miljøarbeid, habiliterings- og rehabiliteringsarbeid *sammen med* mennesker med fysiske, psykiske og/eller sosiale funksjonsvansker som ønsker og har bruk for slike tjenester» (Utdannings- og forskningsdepartementet, 2005). Gjennom å bruke sin kompetanse knyttet til brukermedvirkning skal vernepleiere bidra til å styrke den enkeltes mulighet for mestring og kontroll over eget liv, samt bruke sin innflytelse for å hjelpe enkeltmennesker til å synliggjøre de behov og de ressurser de har (Fellesorganisasjonen, 2010).

Vernepleierens kompetanse i å anvende metoder for endring av ulike rammebetingelser til beste for bruker vektet som sentralt i utdanningens rammeplan, jamfør tabell 2 og kategoriene «å stimulere til en kritisk tilnærming» og «å kvalitetssikre profesjonelt vernepleiefaglig arbeid». Den faglige tilnærmingen som knyttes til prosessrettet endring av miljøfaktorer og individuelle forutsetninger kalles miljøarbeid (Utdannings- og forskningsdepartementet, 2005).

Praktisk metodisk miljøarbeid beskrives i rammeplanen, jamfør kategorien «å kvalitetssikre profesjonelt vernepleiefaglig arbeid», som vernepleierens arbeidsmodell for å identifisere interesser, ressurser og begrensninger i samarbeid med bruker med sikte på god livskvalitet og størst mulig grad av mestring. En mer avgrenset definisjon av hva som menes med miljøarbeid, gjenfinnes i Fellesorganisasjonens beskrivelse av vernepleieryrket hvor miljøarbeid defineres som en systematisk tilrettelegging av fysiske, psykiske og sosiale faktorer i miljøet for å oppnå personlig vekt og utvikling hos den enkelte bruker (Fellesorganisasjonen, 2008). Begrepet miljøarbeid har imidlertid blitt erstattet av betegnelsen «målrettet tiltaksarbeid» i Fellesorganisasjonens reviderte utgave av «Om vernepleieryrket» (Fellesorganisasjonen, 2008).

Den vernepleiefaglige yrkesutøvelsen har også tidligere gått under mange navn, som blant annet ”vernepleiefaglig arbeid”, ”sosialfaglig arbeid” ”miljøterapi eller miljøarbeid” og ”rehabiliterings –/ habiliteringsarbeid” (Hutchinson, 2009). I sitt innspill til Kunnskapsdepartementets arbeid med stortingsmelding om utdanning for velferdstjenestene (2011) beskriver Fellesorganisasjonen vernepleieren som en spesialist på kunnskapsbasert inkluderings- og endringsarbeid i praksis (Fellesorganisasjonen, 2011). Diskusjonene om hvorvidt utdanningen har et vitenskapelig grunnlag for et eget fag har tidligere endt uten avklaring, men en undersøkelse utført av Fellesorganisasjonen sommeren 2009 viste at hele 75 prosent av de spurte vernepleierne var positive til å utvikle en profesjonsspesifikk master for å styrke egen fagutvikling og legge til rette for forskning på eget fagfelt (Fellesorganisasjonen, 2009).

I Fellesorganisasjonens beskrivelse av vernepleieryrket (2008) benyttes imidlertid beskrivelsen «målrettet tiltaksarbeid», hvilket henspiller til en arbeidsprosess som betegnes som vernepleierens arbeidsmodell (figur 1).



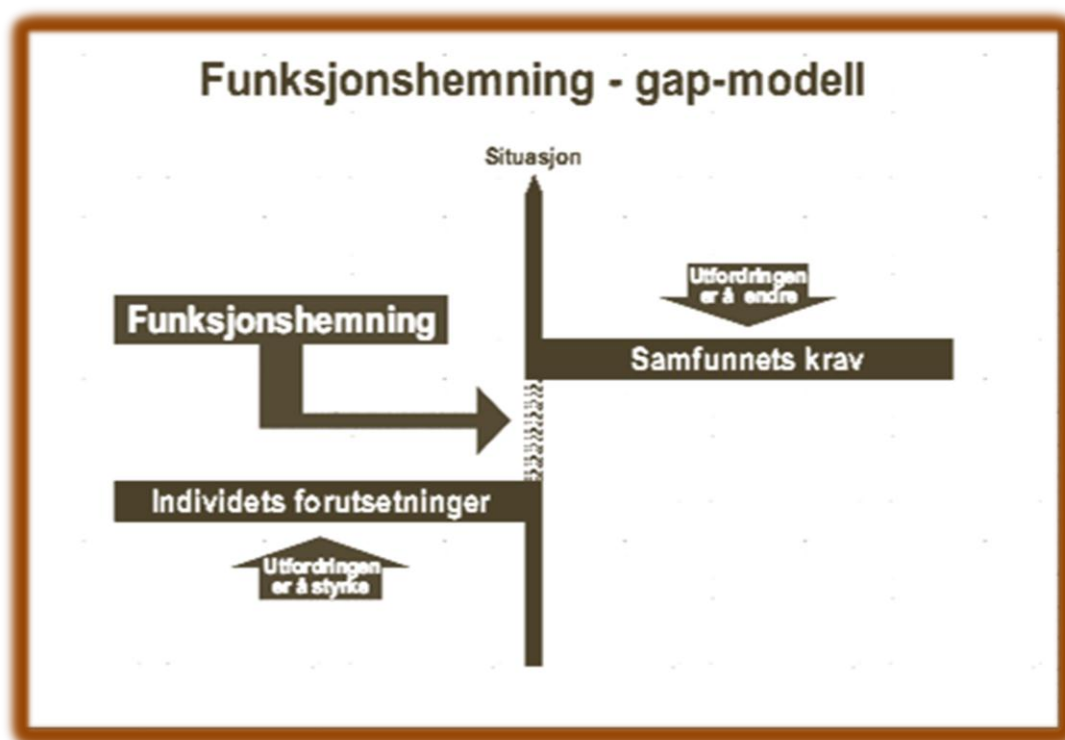
Figur 1: Vernepleierens arbeidsmodell (Fellesorganisasjonen, 2008, s. 15)

Modellen illustrerer at vernepleieres arbeidsmåte kan forstås som en prosess og at de ulike fasene står i et gjensidig forhold til hverandre. Formålet med denne arbeidsmodellen er å begrepsfeste ulike faser i en målrettet arbeidsprosess for å komme fram til ulike begrunnede løsningsforslag (Fellesorganisasjonen, 2008). Brukermedvirkning er et sentralt element i alle modellens faser. I tillegg legges det vekt på nødvendigheten av kontinuerlige avveininger i forhold til etiske dilemmaer, samt vurderinger knyttet til omsorgsideologiske og juridiske vurderinger (Fellesorganisasjonen, 2008).

Et sentralt element ved vernepleiefaglig miljøarbeid er en grunnleggende forståelse for begrepet funksjonshemming og verdimeslige vurdering knyttet til funksjonshemmende barrierer. Kunnskap om ulike funksjonshemminger og deres innvirkning på fungering og trivsel er sentralt, og gjennom utdanningen vektlegges også det å ha kunnskaper om hvorfor ulike funksjonshemminger kan gjøre personen mer sårbar overfor somatisk sykdom og psykiske problemer, jamfør analysens kategori kalt «å kvalitetssikre profesjonelt vernepleiefaglig arbeid».

Funksjonshemming er imidlertid et omdiskutert begrep. Den definisjonen som over lengre tid har blitt benyttet av Fellesorganisasjonen og som har en veiledende funksjon for vernepleiefaglig forståelse, tilsvarer den definisjon som det refereres til velferdspolitiske dokument som St.meld. nr. 40 (2002-2003) – «Nedbygging av funksjonshemmende barrierer. Strategier, mål og tiltak i politikken for personer med nedsatt funksjonsevne» samt i Regjeringens handlingsplan for funksjonshemmede (1998 – 2001). Ut fra denne definisjonen forstås funksjonshemming som «et misforhold mellom individets forutsetninger på den ene siden og miljøets krav på den andre siden på områder som er vesentlig for etablering av selvstendighet og sosial tilværelse» (Fellesorganisasjonen, 2008, s. 10)

Ulike faktorer som kan påvirke, og aktuelle faglige tilnærminger for å minske misforholdet mellom individets forutsetninger og krav fra omgivelsene, er visualisert gjennom en modell kalt Gap – modellen (figur 2):



Figur 2: Illustrasjon av begrepet funksjonshemming

Et inkluderende samfunn handler om hvilke verdier som legges til grunn (Sosial - og helsedepartementet, 2001). Allerede i 1976 ble en målsetting om full deltakelse og likestilling vedtatt som motto for FNs internasjonale år for funksjonshemmede (Justis - og politidepartementet, 2005). Siden den gangen har norsk politikk hatt en tilsvarende målsetting knyttet til ”å fremme full deltakelse i samfunnet og likestilling mellom funksjonshemmede og andre borgere” (ibid). På det prinsipielle plan er det ikke knyttet politisk uenighet til denne målsettingen, men derimot potensielle utfordringer knyttet til realisering av idealene (Justis - og politidepartementet, 2005).

I 1999 ble Manneråk-utvalget nedsatt for ”å utrede funksjonshemmedes rettigheter i en større sammenheng og foreslå ulike strategier og virkemidler for å fremme funksjonshemmedes deltakelse og likestilling i det norske samfunnet” (Justis - og politidepartementet, 2005). På bakgrunn av relevant forskning, offentlige utredninger, stortingsmeldinger og annet materiale var utvalgets mål å gi et mer helhetlig bilde av funksjonshemmedes situasjon og effekten aktuelle virkemidler som var blitt benyttet i denne prosessen.

Manneråk - utvalgets utredning, NOU 2001: 22 Fra bruker til borger, dokumenterer og beskriver hvordan mennesker med nedsatt funksjonsevne møter samfunnsskapt hindringer som begrenser deres muligheter til likeverdig deltakelse i samfunnet (Sosial – og helsedepartementet, 2001). Dette viser at uttalte politiske målsettinger og verdier knyttet til funksjonshemming og mennesker med nedsatt funksjonsevne ikke gjenspeiles i tilstrekkelig grad i praksis. Gapet mellom ideal og virkelighet synes således å være for stort, en virkelighetsbeskrivelse det synes å være bred politisk enighet om (Justis - og politidepartementet, 2005).

Manneråk-utvalgets utredning gav relativt klare indikasjoner på at likeverdet for mennesker med nedsatt funksjonsevne ikke er tilstrekkelig beskyttet, og at nye virkemidler var nødvendig for å oppnå full likestilling og aktiv deltakelse.

4.3.3 Normaliseringsideologi

Prinsippet om selvbestemmelse og enkeltmenneskets rett til medvirkning utgjør en vesentlig kjerne i erkjennelsen om menneskeverdets ukrenkelighet og respekt for den enkeltes integritet (Sosial- og helsedepartementet, 2001). På det ideologiske plan er det neppe vesentlig uenighet knyttet til at vernepleiefaglig yrkesutøvelse skal bygge på ovennevnte verdier. Det er en nødvendig del av yrkesutøverens kompetanse å kunne utøve myndighet på en slik måte at den det gjelder ikke føler seg krenket (Fellesorganisasjonen, 2010). For vernepleiere spesielt innebærer dette å aktivt bekjempe unødvendig bruk av inngripende tiltak rettet mot en person uten personens samtykke, og å bidra til å fremme kunnskap og legge til rette for tiltak basert på frivillighet (ibid).

Et sentralt dilemma er imidlertid hvorvidt mennesker med utviklingshemming i realiteten har en reell medvirkning og mulighet til å foreta frie valg. Spenningsfeltet dreies rundt normaliseringsideologiens normative føringer om utviklingshemmedes rett til å leve et liv som folk flest, samtidig som ideologien også gir den enkelte rett til å velge en tilværelse som er annerledes enn flertallets (Askheim, 2003).

I praksis stilles vernepleiere overfor en rekke dilemmaer når det gjelder utviklingshemmedes selvbestemmelse. Et sentralt element kan knyttes opp til begrepet definisjonsmakt, det vil si hvem har avgjørende gjennomslagskraft til å bestemme hva som skal betraktes som normalt eller unormalt, verdig eller mindreverdige (Askheim, 2003). Dilemmaet kan belyses ved følgende fiktive situasjonsbeskrivelse i eksempelet under:

Eksempel

Kari er født døvblind og har cerebral parese. Hun har et eget språk, som nærpå personer rundt henne til en viss grad har lært å fortolke. Hun har bodd hele livet på institusjon, men når ansvarsreformen ble satt i verk ble institusjonen lagt ned og Kari flyttet inn i et bofellesskap med to andre personer som også hadde en medfødt døvblindhet. I bofellesskapet fikk Kari en egen leilighet som stod nesten ferdig innredet den dagen hun flyttet inn. Hun hadde et eget bad med vaskeservant og toalett, hun hadde kjøkken med komfyr og kjøleskap og gardinene i stuen var i moderne farger, burgunder og blått.

I tråd med normaliseringsideologiens formål forsøker personalet etter beste evne å legge til rette for at Kari skal «oppnå god livskvalitet». Kari blir derfor tatt med på dagsenteret hver dag, hvor hun ofte blir sittende alene med et bord mens de andre maler på silke eller baker boller. Om ettermiddagen blir Kari tatt med ut på tur «i frisk luft», eller personalet tar henne med på kafè. Men Kari gir i stadig økende grad uttrykk for at hun er frustrert eller opprørt. Personalet merker det med en gang de er på vei ut døren – da sparker Kari av seg skoene selv om det er bitende kaldt, og noen ganger lager setter hun i høylytte skrik og dunker hodet i bordet når de er på kafè. Da tar personalet henne med hjem og legger henne på den nye, kalde skinnsøfaen for å hvile – uten at Kari faller nevneverdig til ro.

Historien forteller historien om et menneske som i god tro og beste hensikt blir flyttet ut fra sitt hjem og inn i noe nytt og fremmed; bort fra de varme, kjente hendene til nattevakten, bort fra den velkjente duften fra felleskjøkkenet som signaliserte at det var tid for mat og at hun skulle få gå på toalettet – og inn i et nytt hjem med nye hender, nye rutiner og ingen mulighet til å fortelle hva hun egentlig ønsket, når hun ønsket det og hvorfor.

Historien ovenfor kan bidra til å belyse et vesentlig dilemma for profesjonelt vernepleiefaglig arbeid, nemlig den ambivalensen som kan oppstå ut fra normaliseringsideologiens velmente verdier i møte med virkeligheten. I råd med rådende ideologi blir personen i eksempelet over innlemmet i det som fortolkes som normalt og således antas å være til vedkommende sitt beste. Å sparke av seg skoene midt på vinteren vurderes derimot ikke som normalt og direkte helsefarlig. At personen selv alltid har brukt føttene for å føle seg frem i ukjente omgivelser, kunne nødvendigvis ikke personalet kjenne til uten inngående kjennskap til bruker. Og selv når slik kjennskap er etablert, er det naturlig å forstå om personalet ikke ville «tillate» personen å ta av seg skoene i ute i kulden, da det vurderes som devaluerende og integritetskrenkende å opptre på en slik måte og setter bruker i et uverdige perspektiv i forhold til omverdenen.

Normaliseringstenkningens ideologigrunnlag har blant annet vist seg som utfordrende for praktisk anvendelse, og synliggjort etiske dilemmaer i omsorgen for utviklingshemmede. Disse utfordringene har sitt utgangspunkt i den store tolkningsbredden som ligger i begrepet normalisering, og en tendens til å ville avgrense dets verdimeslige innhold med objektive standarder for hva som er ”normalt” (Askheim, 2003). For når idealene er så bredt utformet, kan de mot sin hensikt skape ambivalens og usikkerhet, og ulik praksis basert på tilfeldig hverdagsforståelse kan bli resultatet. En vesentlig utfordring har derfor vært, og er, å etablere en forståelse for hvem som eventuelt kan eller bør definere innholdet i andre menneskers liv, ut fra en profesjonell eller personlig etisk vurdering (ibid).

Professor Helge Folkestad, en av Norges første vernepleiere med doktorgrad, benyttet i sin avhandling begrepene «å ramme inn» og «å gi handlingsrom» for å beskrive hvordan vernepleierfaglig arbeid krever kontinuerlig refleksjon omkring den enkelte brukers rett til selvbestemmelse og personalets ansvar for å hjelpe (Folkestad, 2007). Ambivalensen som finnes i tjenesteutøvelsen, er uttrykk for at man trekkes i motgående retninger av ulike verdier, hvor rent praktiske hverdagsproblemer kan løses på mange måter, men hvor ikke hvilket som helst resultat nødvendigvis er akseptabelt. Personalet blir således stående i et krysspress i møtet med krav som følger av å være ansatte i et tjenesteapparat, av medmenneskelige imperativ i møtet med beboerne og deres problemer og behov, og eventuelt av profesjonsbaserte ambisjoner og forståelser (ibid).

I 2007 publiserte Sosial og helsedirektoratet en rapport kalt «Vi vil, vi vil, men får vi det til? Levekår, tjenestetilbud og rettssikkerhet for personer med utviklingshemning» (Helsedirektoratet, 2007). Rapporten hadde som formål å samle inn kunnskap og erfaringer knyttet til ansvarsreformen og hvorvidt den i praksis har ført til at utviklingshemmede er inkludert i samfunnet på lik linje med andre samfunnsborgere, med muligheter til å leve et så normalt liv som mulig.

Rapporten viste at det til tross for en positiv utvikling på mange områder, fremdeles er mye ugjørt både når det gjelder levekår, tjenester og rettssikkerhet for mennesker med utviklingshemning. Det refereres blant annet til en levekårsundersøkelse som ble gjennomført 10 år etter HVPU reformen hvor spesielt rammebetingelser for utviklingshemmedes levekår, som egen bolig med bra standard hadde blitt betraktelig utbedret, i tillegg undersøkelsen at utviklingshemmede i økt grad deltok i arbeid – og/ eller aktivitetsbaserte tiltak (Helsedirektoratet, 2007).

Samtidig viste rapporten likevel til en økt tendens til å samle utviklingshemmede i store, kommunale bofellesskap fremfor å legge til rette for at de i likhet med andre skal kunne kjøpe eller bygge og eie bolig.

I tillegg pekte rapporten på at det på flere områder var stor mangel på kunnskap hos de som arbeidet med utviklingshemmede. Sosial – og helsedirektoratet fremhevet derfor i rapporten at det var behov for en styrking av kompetansen både på grunn-, etter- og videreutdanningsnivå. NAKU (Nasjonalt kompetansemiljø om utviklingshemning) fikk derfor i oppdrag å arbeide med å bedre både rekrutteringen og kompetansen innenfor feltet. I tillegg ble det presisert at kommunene hadde et kontinuerlig ansvar for å legge til rette for å vedlikeholde og å utvikle eksisterende kompetanse og gi oppfølging og veiledning til de som arbeider med utviklingshemmede. Dette ble pekt på som svært viktig for å forhindre at de best kvalifiserte forsvinner fra tjenestene, men at de i stedet blir værende og bidrar til å øke det faglige fundamentet for en god tjeneste. For å få til dette ville det være et krav at de ansatte fikk kontinuerlig påfyll av ny kunnskap, veiledning og positive tilbakemeldinger (Helsedirektoratet, 2007).

Undersøkelser som er gjort underveis, kan tyde på at det fremdeles er et godt stykke igjen før utviklingshemmede er inkludert i samfunnet på lik linje med andre samfunnsborgere, med muligheter til å leve et så normalt liv som mulig. Sosial og helsedirektoratets rapport (2007) er et forsøk på å samle den kunnskapen som er på området, samt formidle signaler om hvor kunnskap mangler, og hvor det er behov for å gjøre en større eller mindre innsats for å sikre at utviklingshemmede får best mulige liv.

Normalisering som velferdspolitisk ideal har hatt en viktig funksjon som reaksjon mot skyggesidene ved institusjonaliseringen og segresjonstenkningen (Askheim, 2003). Idealene og ambisjonene som lå bak HVPU - reformen er fremdeles rådene offentlige føringer for feltet i dag (Barne - likestillings og inkluderingsdepartementet, 2010). Likevel viser undersøkelser fra 1994/ 95 og 2001 at den utviklingen som ble initiert på 1990 tallet har stagnert (Tøssebro & Lundeby, 2002 i Söderström & Tøssebro, 2011). Etter noen hektiske år på begynnelsen av 1990 tallet, spesielt knyttet til boligpolitikk og utviklingshemmedes rett til et normalt hjem, skjedde det ikke så mye videre. I dag hevder således kritikere at utviklingen ikke bare har stagnert, men også reversert, gjennom at institusjonene lever videre, om enn i ny drakt (Tøssebro, 2010 i Söderström & Tøssebro, 2011).

I lys av normaliseringsideologiens rom for fortolkning og redusert politisk initiativ og handlekraft, står verdier som likeverd og selvbestemmelse således i fare for å fremstå som velferdspolitiske honnørord og verdier med liten substans og bruksverdi (Sosial- og helsedepartementet , 2001).

4.4 Juridisk og etisk aktør

Analysens kategori kalt «å stimulere til en kritisk tilnærming» belyser at en vesentlig del av den vernepleiefaglige kompetansen innebærer å kunne reflektere over og vurdere ideologi og helse – og sosialpolitiske virkemidler og fungere som premissleverandør for beslutninger i hjelpeapparatet både lokalt og på overordnet politisk plan (Utdannings - og forskningsdepartementet, 2005).

I tråd med helse – og sosialpolitiske føringer for sentrale verdier i yrkesutøvelsen, rettes det i rammeplanen derfor stor vekt på at utdanningens innhold skal være i tråd med nasjonale og internasjonale helse-, sosial- og utdanningspolitiske føringer. Dette belyses i analysens kategori kalt «å etablere forståelse for helse – og sosialpolitisk forvaltning og rammebetingelser for yrkesutøvelsen». Som juridiske og etiske aktører har vernepleieprofesjonen i lys av sitt mandat således en plikt til å verne utsatte grupper mot krenkelser av integritet og selvbestemmelse. I vernepleierutdanningen fordrer dette spesiell kjennskap til sentrale prinsipper knyttet til rettssikkerhet, samtykkekompetanse og lov om vergemål samt inngående kunnskap om reglene for begrensning av bruk av tvang og makt overfor enkelte personer med psykisk utviklingshemming (Helse – og sosialdepartementet, 1991; Utdannings - og forskningsdepartementet, 2005).

Den norske lovgivning hjemler i dag muligheten for tvangstiltak overfor personer med psykisk utviklingshemming etter sosialtjenestelovens § 4 A (Helse - og omsorgsdepartementet, 1991). Tvangsvedtak skal inneholde en grundig faglig og etisk begrunnelse, og et sentralt element i vernepleierutdanningen er derfor en spesiell kjennskap til dette lovverket og de kompetansekrav som stilles til praktisk saksbehandling (Fellesorganisasjonen, 2010).

For å fatte faglig og etisk begrunnede vedtak og sørge for at gjennomføringen av aktuelle tiltak skjer med minst mulig inngripen og respekt for den enkeltes fysiske og psykiske integritet, kreves det kompetanse og kjennskap til utviklingshemmedes livssituasjon. Tvangsvedtak skal inneholde en grundig faglig og etisk begrunnelse, og et sentralt element i vernepleierutdanningen er nettopp en spesiell kjennskap til dette lovverket og de kompetansekrav som stilles til praktisk saksbehandling (Fellesorganisasjonen, 2010).

Profesjonell myndighetsutøvelse fordrer således en grundig etisk og faglig avveining knyttet til situasjoner hvor bruk av tvang blir regnet som nødvendig for å hindre eller begrense den enkelte fra å gjøre skade på seg selv, andre eller omgivelsene (Fellesorganisasjonen, 2010).

Eksempelvis kan retten til å bestemme selv og til å klare seg selv lett føre til passivitet fra utøvers side, med argumenter som at «han vil jo ikke» eller «jeg har forøkt, men jeg kan jo ikke tvinge ham!». Den profesjonelle utfordringen ligger i å kunne finne en god balanse mellom selvbestemmelse og å unngå negative konsekvenser av selvbestemmelsen, uten å «ideologisere seg bort» fra en erkjennelse om at mange personer med utviklingshemming ofte kan ha begrenset evne til å ta omsorg for seg selv, og ivareta egne interesser (Söderström & Tøssebro, 2011). For velferdspolitisk ideologi knyttet til normalisering og myndiggjøring representerer ikke et enhetlig system av mening som dikterer hvordan profesjonsutøvere skal reagere, tenke og føle. En ideologi kan derimot vise seg sammensatt av tematikker som kan stå i motsetning til hverandre og medføre et ideologisk dilemma i yrkesutøvelsen (Billing et al. 1988 i Folkestad; 2007).

Men for mange kommuner er det ikke innholdet i den vernepleiefaglige kompetansen og vernepleierens kjennskap til saksbehandlingsprosedyrer som utgjør den største utfordringen. Problemet ligger snarere i en uttalt mangel på vernepleiefaglige ressurser og vansker med rekruttering av vernepleiere til arbeid med utviklingshemmede. Dette synliggjøres ved at det i hele 80 prosent av tvangsvedtakene som fattes overfor enkelte mennesker med utviklingshemming, må søkes om dispensasjon fra lovens kompetansekrav, jamfør Lov om sosiale tjenester § 4A-9, 2. og 3. ledd (Helse- og omsorgsdepartementet, 1991; Rød, 2011; Fellesorganisasjonen 2011).

Mangelen på kompetent personell i arbeid med utviklingshemmede reflekteres også gjennom flere andre evaluerings - og tilsynsrapporter, hvor behovet for å søke om dispensasjon fra kompetansekravet knyttet til utøvelse av tvang og makt, etter sosialtjenestelovens § 4A et alarmerende stort (Viggen, 2008; Holand & Reese; Udatert; SINTEF, 2011).

I 2008 foretok Handegård og Gjertsen (2008) på oppdrag fra Sosial- og helsedirektoratet en evaluering av kapittel 4A i Lov om sosiale tjenester. Rapporten ble basert på intervju med blant annet informanter fra Fylkesmannen, spesialisthelsetjenesten og kommunen (Handegård & Gjertsen, 2008). Informantene fra Fylkesmannen var i stor grad enige i at det var variasjoner mellom kommunene knyttet til i hvilken grad kommunene både er opptatt av og ser verdien av å få tak i fagutdannet personal og legger til rette for opplæring av personalet i boligene. Informantene mener at det er sårbart ute i kommunene i og med at det mange steder mangler fagfolk. Det er heller ikke alle fagledere som er like bekvemme med å skulle ha veilederansvar, og ikke alle mestrer en slik oppgave like godt heller. Enkelte mente at den faglige ansvarliges rolle og funksjoner burde fremheves mer i lovverket. De understrekte hvor viktig det er med en person som kan styre dette og som har kompetansen og interesser for å få til et godt faglig miljø i boligene. Flertallet av informantene fra Fylkesmannen synes dessuten at kompetansen om personer med psykisk utviklingshemning generelt sett er for dårlig i kommunene. Blant annet ble det påpekt at omsorgsarbeidere, hjelpepleier, sosionomer og sykepleiere ofte har lite kunnskap om det å være psykisk utviklingshemmet. Informantene mener at disse utdanningene burde hatt mer om psykisk utviklingshemning i sine fagplaner (Handegård & Gjertsen, 2008).

Informantene fra spesialisthelsetjenesten pekte også på at det i mange kommuner er liten forståelse for behovet for formell kompetanse, og at en vurderer realkompetanse som minst like bra. Blant informantene var det også erfaringer knyttet til at noen kommuner ikke verdsetter personal som tar utdanning for å kvalifisere seg. Enkelte informanter fra spesialisthelsetjenesten opplevde også den kommunale kompetansen, eller rettene sagt mangel på kompetanse, som den største utfordringen med dette lovverket (Handegård & Gjertsen, 2008)

Informantene fra den kommunale helse – og omsorgstjenesten opplevde derimot at saksbehandlingsreglene knyttet til kapittel 4A representerte en vesentlig utfordring. Mange opplevde selve saksbehandlingen som svært ressurskrevende, omfattende og komplisert, og dermed ble kapittel 4A vanskelig å praktisere. Det ble videre poengtert at påfallende mange vernepleiere søker seg over på andre felt etter hvert. En av informantene uttrykker sin bekymring på denne måten: ”Hvis dette er for å komme seg bort fra saksbehandling og formaliseringer så er det veldig betenkelig” (Handegård & Gjertsen, 2008). Det påpekes at det knyttes store utfordringer til den faglige kompetansen i kommunene.

En utfordring er å få ansatt personer med relevant kompetanse, men det ligger også en stor utfordring i å beholde den faglige kompetansen, både i boligene og på ledernivå, ikke minst på mellomledernivå i kommunene. Stor ”turnover” beskrives som et problem på alle nivåer i kommunene. Dette behovet for økt kompetanse i kommunene knytter seg ikke bare til kapittel 4A, men også mer generelt i forhold til kompetanse om personer med psykisk utviklingshemning (Handegård & Gjertsen, 2008).

Handegård og Gjertsen oppsummerer i sin rapport at mangelfull kompetanse, tilgangen til kvalifisert personale og behovet for dispensasjoner utgjør en stor utfordring i forhold til gjennomføringen av kapittel 4A. Mangelen på kompetanse er stor i de fleste kommuner, hvilket påpekes av både fylkesmennene og habiliteringstjenestene at gjenspeiler en aktuell utfordring i de fleste av landets kommuner. Selv de kommunene som evner å etterleve lovkravene, sliter med å skaffe tilstrekkelig antall tjenesteytere med kompetanse (Handegård & Gjertsen, 2008).

Videre beskrives det at saksbehandlingsreglene oppleves som krevende og kompliserte som et stort hinder for en reell gjennomføring og oppfylning av kravene i kapittel 4A. Flere av informantene mener dette innebærer underrapportering av tvang og at uforholdsmessig mye av tiden til vernepleiere går med til dokumentasjonsarbeid og saksbehandling, særlig i forbindelse med utarbeiding av vedtak om tvangstiltak. Det oppstår dermed et spenningsforhold mellom saksbehandlingsoppgaver og faglige oppgaver direkte overfor tjenestemottakerne. Enkelte mener dette er noe av årsaken til at vernepleiere søker seg bort fra arbeid med å tilrettelegge tjenester for psykisk utviklingshemmede som trenger tiltak etter kapittel 4A (Handegård & Gjertsen, 2008).

I rapporten (2008) trekker de kommunene som sliter og hvor ansatte selv mener de ikke jobber godt nok med forebygging av tvang og makt, frem at kommunen mangler systematisk styring av tjenestene. Rammebetingelsene er for dårlige, tjenester til personer med psykisk utviklingshemning prioriteres ikke, denne gruppen settes opp mot andre grupper av tjenestemottakere i kommunen, det gjøres ikke nok for å ta vare på personalet, det er for mange små deltidsstillinger og for mange ufaglærte (Handegård & Gjertsen, 2008). Selv om personalet har relevant kompetanse, er det ofte mangler knyttet til saksbehandlerkompetanse. I den forbindelse peker de på at evnen til å uttrykke seg skriftlig og formelt er mangelvare hos mange. Her kommenteres det også at utdanningene legger for lite vekt på skriftlig framstilling av saker, elementær saksbehandling og saksbehandlingsregler. For det tredje er det krevende å jobbe med å endre det kulturelle miljøet i

boligene. Enkelte forteller at de ikke ser det som realistisk å følge opp lovreglene (Handegård & Gjertsen, 2008).

Handegård og Gjertsen (2008) viser til at tidligere studier også har vist at lovreglene implementeres og praktiseres svært forskjellig alt etter hvilken kultur en har i boligen. Blant annet viser de til at tidligere undersøkelser finner at hvorvidt ansatte tar lovreglene på alvor, hvordan de forholder seg til lovverket, hvordan vedtakene utformes og ikke minst gjennomføres, varierer mellom boliger som har kulturer som henholdsvis er forankret i en atferdsterapeutisk-, hverdagslivs- eller passivt brukerstyrt profil (Handegård & Gjertsen, 2008).

Handegård og Gjertsen (2008) peker på at rammebetingelser som blant annet liten tid avsatt til veiledning og opplæring, samt utformingen av boligene, kan gjøre det vanskelig å forebygge bruk av tvang og makt. En annen utfordring i forbindelse med å forebygge og begrense tvangsbruken er knyttet til å få ned antall personer som jobber med den enkelte tjenestemottaker, og etablere færrest mulig deltidsstillinger. I tillegg til å sikre et godt utdanningsnivå hos personalet fremheves det at det er viktig å bidra til ytterligere kompetanseheving og fagutvikling, både for at personalet skal finne det attraktivt å bli og for at en ikke skal stivne i etablerte forståelsesformer (Handegård & Gjertsen, 2008).

Det finnes med andre ord fremdeles mye dokumentasjon på at rettsikkerheten for personer med utviklingshemning ikke er tilfredsstillende og at Norge ikke sikrer menneskerettighetene til utviklingshemmede godt nok. Både FNs - og Europarådets menneskerettighetsorganer påpekte dette allerede i 2005 (Holand & Reese, Udatert).

I 2007 publiserte Sosial og helsedirektoratet en rapport kalt «Vi vil, vi vil, men får vi det til? Levekår, tjenestetilbud og rettsikkerhet for personer med utviklingshemning». I rapporten konkluderes det med at i rapporten med at det fremdeles er et stort behov for å øke kompetansen hos de som arbeider innenfor tjenester til utviklingshemmede. Områder som utviklingshemmedes levekår og rettsikkerhet bærer fremdeles preg av mangelfull kunnskap, hvilket belyser et behov for ytterligere forskning og utredning på flere felt.

Både FNs og Europarådets menneskerettighetsorganer påpekte forhold knyttet til Norges mangelfulle ivaretagelse av utviklingshemmedes velferd allerede i 2005, og det finnes i dag mye dokumentasjon på at rettsikkerheten for personer med utviklingshemning ikke er tilfredsstillende og at mange utviklingshemmede i praksis er fratatt mulighetene til å være deltakende og likeverdige samfunnsborgere (Holand & Reese, 2009).

4.5 Samfunnsmandat

I dag utgjør vernepleiere en betydelig ressurs i arbeidet med å tilfredsstille et stadig økende behov for kompetent personell innen felt som eldreomsorg, psykiatri, barnevern, rusomsorg og i skole og barnehager (Horndalen 2001; Tollefsen i Horndalen, Rynning - Torp, 2006). Yrkesgruppens tverrfaglige og helhetlige tenkning og grunnleggende optimistiske menneskesyn har vist seg å være både anvendelig og viktig kompetanse også i forhold til andre grupper mennesker med hjelpebehov (Horndalen 2001). Samtidig utgjør vernepleierutdanningen fortsatt den eneste av landets yrkesgrupper som har spesielt fokus på utviklingshemming i sin grunnutdanning.

I lys av rammeplanens føringer, jamfør analysens kategori «å fremme forståelse for vernepleieprofesjonens mandat» og dens beskrivelse av at ”Mennesker med psykisk utviklingshemming vil fortsatt være en sentral målgruppe for vernepleiefaglig arbeid” vil det derfor være naturlig å anse vernepleieprofesjonen som en vesentlig innsatsfaktor i arbeidet med å fremme utviklingshemmedes rettigheter og utviklingsmuligheter også i dag (Utdannings- og forskningsdepartementet, 2005, s.4).

Likevel synes tendensen synes å gå i retning av at det er vernepleierens helhetlige kompetanse og de mulighetene denne kompetansen gir vernepleiere på arbeidsmarkedet som legitimerer utdanningen i dag, og ikke nødvendigvis behovet for kvalifisert personell i omsorgen for utviklingshemmede (Gundersen & Pettersen, 2006). At stadig flere studenter søker seg til vernepleierutdanningen med forventninger knyttet til den allsidige fagkompetansen og de mange valgmuligheter utdanningen gir for fremtidig arbeidsfelt, kommer blant annet frem i en undersøkelse foretatt i 2005 blant 610 vernepleierstudenter ved tre forskjellige høyskoler (Gundersen, 2006 i Gundersen & Pettersen, 2006). En av informantene i undersøkelsen (2006:32) forklarer dette med at «den sentrale målgruppen» ikke har representert en tilstrekkelig faglig utfordring og at vernepleierens innpass på andre arbeidsfelt har bidratt til å øke profesjonens status:

(...) jeg ser jo det at vi kommer inn flere og flere steder, og det vil jo også øke statusen. For pr i dag er det vel et såkalt lavstatusyrke å jobbe med utviklingshemmede. Dessverre Jeg synes det er viktig at vernepleiere ikke skal henges på én knagg og folk skal si at «dere jobber med utviklingshemmede...».... Det er ikke slik det fungerer... .det er en utdanning med muligheter.

Tendensen til at vernepleiere benytter utdanningens valgmuligheter gjenspeiles også i tall fra kommunenes sentralforbund, hvor det presenteres et alarmerende lavt kompetansenivå i det kommunale tjenestetilbudet for utviklingshemmede (Fellesorganisasjonen, 2009). Kun 10 % av utøverne i det kommunale tjenestetilbudet for utviklingshemmede er vernepleiere, og under 20 % av utøverne har høyskoleutdanning (ibid). Mangelen på kompetent personell i arbeid med utviklingshemmede fremheves som nevnt også i flere evaluering - og tilsynsrapporter, hvor det dokumenteres at kommunene i utstrakt grad må søke om dispensasjon fra lovens kompetansekrav⁶ knyttet til bruk av tvang og makt overfor enkelte mennesker med utviklingshemming (Viggen, 2008; Holand & Reese, 2011; Handegård & Gjertsen, 2008; SINTEF, 2011).

I tillegg til et lavt kompetansenivå i de kommunale tjenestene, beskrives tjenestetilbudet til utviklingshemmede å bære preg av ideologisk stagnasjon og langt fra å innfri HVPU - reformens mål om å sikre utviklingshemmedes rett til et selvstendig liv og fellesskap (Bergstø, 2010; Lysbakken, 2011; NAKU - Nasjonalt kompetansemiljø om utviklingshemning, 2010). For 20 år etter at den institusjonelle særomsorgen ble formelt avvirket, rapporteres det likevel om enkeltkommuner som i økende grad velger å etablere større bofellesskap for utviklingshemmede - en boform hvis tjenester er knyttet til beboernes kollektive hjelpebehov og ikke nødvendigvis til det enkelte individ (Bergstø, 2010; NAKU - Nasjonalt kompetansemiljø om utviklingshemning, 2010). Gjennom flere medieoppslag, rapporter og meldinger signaliseres det at levekårene, tjenestene og rettsikkerheten til personer med utviklingshemming er uholdbar og at denne gruppen borgere er tatt av dagsorden (Fellesorganisasjonen, 2009). I følge Norsk Forbund for Utviklingshemmede (NFU) er situasjonen så alvorlig at de om nødvendig vil stille seg bak et eventuelt lovforslag om et eget ombud for mennesker med utviklingshemming. Dette på tross av organisasjonens oppfatning om at særlover knyttet til diagnosegrupper kan stimulere til særlovgivning, og representere et langt tilbake steg for ideologien om normalisering (Gitlesen, 2010).

⁶ Jf. sotjl. § 4A-9, 2. og 3. ledd (Helse- og omsorgsdepartementet, 1991)

Å kvalitetssikre det kommunale tjenestetilbudet til utviklingshemmede vil være en vesentlig innsatsfaktor i arbeidet med å fremme videreføringen av ansvarsreformen. Høsten 2010 ble det derfor lansert et informasjons- og utviklingsprogram under tittelen «Mennesker med utviklingshemming skal heller ikke diskrimineres» hvor arbeidet med å styrke kompetansen og kunnskapen til tjenesteyterne er sentrale tiltak (Bergstø, 2010; Lysbakken, 2011; Barne- likestillings- og inkluderingsdepartementet, 2010).

Å ramme inn og begripeliggjøre substansen av profesjonelt vernepleiefaglig arbeid og yrkesgruppens kompetanse representerer således en like sentral utfordring i dag, som da utdanningen fikk sin første rammeplan for vel 25 år siden (Horndalen, 2001). For profesjonens arbeidsfelt og brukergruppe har ekspandert radikalt, og utdanningens vektlegging av faglig bredde og helhetstenkning til fordel for faglig spesialisering og avgrensning av arbeidsfelt, har ikke bare medført utfordringer knyttet til legitimering av utdanningens innhold og eksistens. At det er vernepleierens kompetanse og ikke nødvendigvis behovet for kvalifisert personell i omsorgen for utviklingshemmede som synes å rekruttere vordende studenter til yrket, medfører også utfordringer knyttet til den reelle mangelen på kompetent personell i det kommunale tjenestetilbudet og mulighetene til å videreføre en ideologi basert på normalisering og inkludering i velferdssamfunnet.

4.6 Velferdspolitisk nyorientering

Etter avviklingen av HVPU syntes det å være liten verdi - politisk uenighet knyttet til utviklingshemmedes rett til å inkluderes i samfunnet på lik linje med andre samfunnsborgere, og deres rett til å leve et så normalt liv som mulig. Hvorvidt verdiene lar seg overføre og realiseres i praksis kan imidlertid synes å utgjøre en reell utfordring.

De rådende ideologiske strømningene vernepleieprofesjonen står overfor i dag, knyttes imidlertid i økt grad til verdier som myndiggjøring og brukerstyring, og handler om overføring av makt ("empowerment") fra samfunnsmessig kontroll og standardiserte velferdstjenester til krav om individuelt tilpassede tjenester som rettighetsfester sårbare gruppers kontroll og styring over eget liv (Askheim, 2003).

Disse strømmingene er i stor grad initiert av at helse og omsorgstjenester de senere år i økende grad båret preg av en liberalistisk markedsorientering kalt "New Public Management" (NPM). Denne nyorienteringen bærer i stor grad preg av organiserte styringsmodeller fra det private næringsliv. Dette har medført økt grad av privatisering og konkurranseutsetting av helse - og omsorgstjenester og flere av landets kommuner har allerede innført en "bestiller - utførermodell" i pleie- og omsorgstjenesten (Helsedirektoratet, 2005).

Desentralisering av oppgaver og myndighet fra staten til kommunene har medført at velferdstjenestene i stor grad organiseres av og utføres i den enkelte kommune og fylkeskommune. Denne utviklingen har medført store variasjoner i den enkelte kommunes tjenestetilbud, hvor standard og dekningsgrad er sterkt påvirket av kommunens økonomiske situasjon (Kommunal Monitor i NHF 2001 i Sosial – og helsedepartementet, 2001). Ulike oppfatninger av hvordan knappe ressurser best kan utnyttes, manglende rettighetsfesting og kvalitetskrav kan dermed medføre at den enkeltes behov kommer i bakgrunnen (ibid).

Endringene i samfunnet knyttet til organisering og ledelse i offentlig sektor, har en klar sammenheng med endringer tjenestemottakernes oppfatning av hva de kan forvente i møte med offentlige institusjoner. Gjennom fritt forbrukervalg er brukerne langt på vei redefinert som kunder, og dette kan påvirke deres forventninger av leveranser og servicekvalitet (Sosial – og helsedepartementet, 2001). En økende tendens knyttet til individualisering kan for mange bety mulighet for nye løsninger og et mer fleksibelt og individuelt rettet tjenestetilbud. Samtidig kan det medføre at kollektive løsninger og verdier som solidaritet og sosialt ansvar blir truet. Det innebærer også en fare for at kravene om stadig bedre tilbud vil øke (ibid).

Individualisering settes ofte i sammenheng med egoisme, og det rettes stigende bekymring for hva økt individualisering kan bety for solidaritet og sosialt ansvar (ibid). En tiltakende samfunnsutvikling knyttet til privatiserte og konkurranseutsatte tjenester, vil i lys av individualiseringstendensen åpne for at befolkningen i større grad vil opptre som forbrukere av velferdstjenester. Dette kan få omfattende konsekvenser for mennesker med ulike funksjonshemninger som ofte har svak økonomi og omfattende behov for tjenester (Sosial – og helsedepartementet, 2001).

Selv om det er store kommunale forskjeller i tilbud i dag, avhengig av hvor man bor, kan forskjellene i tilbud komme til å bli enda større i fremtiden. For mennesker med funksjonshemming eller funksjonsnedsettelse kan dette derfor innebære store tap dersom kommunale tjenester erstattes med private tilbud uten at det etableres ordninger som sikrer de som har størst behov for slike tjenester (Sosial – og helsedepartementet, 2001). Det ligger en fare i at tilbudet av private tjenester vil svekke det offentlige tilbudet, og at mennesker med funksjonsnedsettelser, som gjennomsnittlig har dårligere råd, blir henvist til offentlige tjenester som er av mindre omfang og kan ha dårligere kvalitet enn hva som tilbys på det private markedet.

Demografiske endringer knyttet til økning i antall eldre som har behov for helse - og omsorgstjenester, kan også medføre en reell utfordring for at behovene til andre grupper mennesker med hjelpebehov vil stille lengre bak i køen i kampen om begrensede ressurser (Sosial – og helsedepartementet, 2001). Kritikken mot økt utbygging av store bofellesskap for utviklingshemmede retter seg i stor grad mot denne type prioriteringer. Kampen om begrensede ressurser handler også om en alarmerende lav kompetanse i arbeid med utviklingshemmede og det vil således være naturlig å rette en bekymringsmelding knyttet til vernepleieprofesjonen som aktive aktører for å fremme utsatte menneskers behov i et velferdssamfunn.

For mennesker med utviklingshemming handler med andre ord utfordringene i stor grad om kampen om vernepleiernes kompetanse. For den enkelte kommune handler dette om å få flere vernepleiere inn i tjenestene til utviklingshemmede og få flere arbeidsgivere til å anerkjenne vernepleiernes kompetanse. Og for vernepleierutdanningen vil det i stor grad handle om å snu tendensene til en sendrektig og kanskje mangelfull realisering av velferdspolitisk ideologi. For vernepleiere har som profesjon et ansvar for å påpeke forhold som skaper sosiale problemer og bidrar til sosial utstøting eller uverdige livsvilkår (Fellesorganisasjonen, 2010). Utdanningen skal legge til rette for at studentene erverver nødvendig kompetanse for å identifisere og endre ulike rammebetingelser til beste for bruker. Dette krever en holistisk tilnærming og forståelse for hvordan ulike faktorer i omgivelsene påvirker mennesket både fysisk, psykisk og sosialt, jamfør analysens kategori «å fremme en holistisk tilnærming».

Organisatorisk innebærer denne velferdspolitiske nyorienteringen et skille mellom rollen som bestiller og rollen som utfører, det vil si et skille mellom enheter som definerer omfang, kvalitet og tildeler tjenester og enheter som produserer og leverer tjenester (Stavanger kommune, 2008). For vernepleierutdanningen vil dette også måtte innebære utdanningsinstitusjonene er forberedt på og legger til rette for de ideologiske strømningene som følger i kjølvannet av omfattende helse og sosialpolitiske endringer, jamfør analysens kategori kalt «å etablere forståelse for helse – og sosialpolitisk forvaltning og rammebetingelser for yrkesutøvelsen».

4.6.1 Åpne og skjulte verdier

Verdier kan fremstå som mer eller mindre tydelige. Verdiene som ligger til grunn for normaliseringsideologien er nedfelt i en rekke offentlige dokument som ligger til grunn for velferdspolitiske føringer for feltet (Sosial- og helsedepartementet, 2001). Slike verdier som åpent erkjennes og trekkes frem i politiske handlingsplaner eller andre ytringer, er eksempler på det som kalles åpne eller manifeste verdier (ibid). På samme tid vil det også finnes verdier som ikke er uttalt, men som ikke desto mindre er sentrale for hva som gjøres i praksis. Slike verdier kalles latente eller skjulte verdier og knyttes i hovedsak til forhold en er seg lite bevisst eller til en usagt prioritering av andre hensyn (ibid).

Det lite bevisste kan ha mange former. En typisk form, en form som man lett unnskylder, er helt enkelt at det tenkte man ikke på. For eksempel når et møtelokale er tilgjengelig på alle måter - utenom talerstolen, så er det sjelden vond vilje. En tenkte bare ikke på at en av foredragsholderne kunne være rullestolbruker, og mange vil akseptere dette som en forglemmelse. Problemet er imidlertid at når det blir system i forglemmelsene, så er det ikke lengre en forglemmelse. Det at en stadig glemmer å ta hensyn til bredden i den menneskelige variasjon blir da en del av samfunnets struktur og en usagt side av dets verdisystem (Sosial- og helsedepartementet, 2001).

Velferdssamfunnets verdier kan med andre ord ikke innsnevres til kun å omfatte uttalte verdier for hva som er ønskelig, samtidig som det mindre ønskelige bare skjer. Når bredden i menneskelig variasjon stadig glemmes, så er det verdier som er i bruk og i praksis en del av samfunnets verdisystem.

Disse «forglemmelsene» gjør at idealene i noen grad fremstår som honnørord en ikke helt er villig til å ta konsekvensen av. Og når mennesker med utviklingshemming opplever at deres rett til et normalt liv, til å flytte ut i egen bolig, til å etablere samboerskap ut fra personlige preferanser og til å selv bestemme over eget liv til stadighet blir ”glemt”, da vil de samtidig høre en fortelling om seg selv - om avvik, om verdi, om hvem en er og at de er en belastning for sine omgivelser (Sosial- og helsedepartementet , 2001).

Enkelte forskere har blant annet pekt på at velferdssamfunnet er utformet med paternalistiske og moralistiske trekk som virker disiplinerende (Eriksen & Loftager, 1996 i Askheim, 2003). Ett eksempel er velferdssamfunnets fremheving av det professor i sosialmedisin Per Fuggeli velger å kalle ”glansbildesamfunnet” (Fuggeli, 2011).

Fuggeli (2011) eksemplifiserer dette i lys av Gro Harlem Brundtlands velkjente utsagn: ”det er typisk norsk å være god”, hvis autoritative tyngde legger sterke føringer for at menneskers verdi defineres ut fra deres evne til å prestere, i en kvantitativ målestokk. Ett annet eksempel er den økte vektleggingen av den såkalte arbeidslinja, hvor deltakelse i arbeidslivet anses som det normale og normen for et godt liv (Askheim, 2003).

For mennesker med utviklingshemming som automatisk mottar uføretrygd som hovedinntekt, gir dette sterke signaler om annerledeshet og verdsetting av deres sosiale rolle i et velferdssamfunn, hvor lovnader om et ”arbeidsliv for alle” kategorisk ekskluderer dem som gruppe (Wolfensberger, 1972 i Söderström & Tøssebro, 2011). For til tross for intensjonen om inkludering og integrering, er arbeidet som utviklingshemmede utfører fremdeles avlønnet og innrammet på en måte som sår tvil om det virkelig er arbeid, og ikke sosiale tiltak eller omsorgstiltak (Söderström & Tøssebro, 2011).

Ut fra forståelsen om manifeste og latente verdier vil en sentral utfordring for utdanning av vernepleiere og vernepleierens yrkesutøvelse ikke bare omfatte å gi uttrykk for profesjonens verdimeslige plattform, men i hele sitt arbeid være våkne overfor mindre synlige sider ved samfunnets verdisystem. Spesielt gjelder dette utfordringer knyttet til de ideologiske strømningene vernepleieprofesjonen står overfor i dag knyttet til myndiggjøring og bruker*styring*, og verdienes overførbarhet til vernepleiefaglig praksis. Dette krever blant annet kunnskap om helse - og sosialpolitiske virkemidler og etikk, det krever relasjonelle og kommunikative ferdigheter og det krever evne til kritisk refleksjon og rolleforståelse.

Dette helhetlige perspektivet, en holistisk tilnærming, skiller seg ut som et gjennomgående trekk ved profesjonens kompetanse - slik den presenteres gjennom utdanningens rammeplan (2005).

4.7 Profesjonell kompetanse i møter mellom mennesker

Profesjonelt helse- og sosialfaglig arbeid utøves i møte mellom mennesker, og måten yrkesutøveren møter enkeltmennesker og grupper på er avgjørende for å kunne yte tjenester og hjelp (Fellesorganisasjonen, 2010).

Med profesjonalitet, eller profesjonell kompetanse, menes de de kvalifikasjonene som er nødvendige og hensiktsmessige i utøvelsen av et yrke (Skau, 2005). Profesjonell yrkesutøvelse krever således kontinuerlig refleksjon knyttet til den maktrelasjon man trer inn i, i kraft av å besitte noe den andre ønsker å få tilgang til (Molander & Terum, 2008). Innslaget av makt i relasjonen mellom den profesjonelle og tjenestemottaker, øker i tillegg ytterligere når profesjonen har rolle som portvakt i avgjørelser knyttet til velferdsytelser (ibid). Samtidig innebærer profesjonenes tillitsbaserte ansvar også et krav om rettferdiggjøring, hvor den profesjonelle har plikt til å gjøre rede for og forklare sine handlinger (ibid).

Begrepet kompetanse stammer fra den latinske betegnelsen *competentia*, som betyr sammentreff eller skikkethet (Skau, 2005). Det å være kompetent kan bety at vedkommende i kraft av sin stilling har *rett*, eller *myndighet*, til å gjøre noe. Det kan også bety at vedkommende har de nødvendige *kvalifikasjoner* til å fylle en stilling, til å ivareta bestemte oppgaver eller uttale seg om et spørsmål. Begrepet er med andre ord kontekstuel – det gir bare mening i en sammenheng, i forhold til noe, det være seg en oppgave, en funksjon eller en yrkesrolle (Skau, 2005).

Den profesjonelle kompetansen kan videre deles inn på ulike måter, for eksempel ved å skille mellom formell kompetanse og realkompetanse (Dalin 1997 i Skau, 2005). Et vanlig skille i profesjonsutdanningene går imidlertid mellom teori og praksis, med ulike kompetanseformer knyttet til disse to områdene (Skau, 2005). Men mye av den eksisterende begrepsbruken har imidlertid en felles svakhet: den synliggjør ikke det personlige kompetanseaspektet.

For arbeid med mennesker handler grunnleggende om møter mellom mennesker. Og mennesket er ”helt”, med sine behov, sitt intellekt og sine følelser. Profesjonelt vernepleiefaglig arbeid innebærer både faglige og personlige aspekter, samtidig som det involverer et relasjonelt aspekt i møte med den andre (Skau, 2005).

4.7.1 Kunnskap, ferdigheter og personlig kompetanse

Den tradisjonelle teori – og praksistenkningen fanger ikke inn den helheten arbeid med mennesker fordrer. Skau (2005) velger derfor å benytte det hun kaller «kompetansetrekanten» som modell for profesjonalitet og kompetanse i hjelpende yrker (Skau, 2005). Kompetansetrekanten omfatter både den teoretiske kunnskap og de profesjonsspesifikke ferdighetene som er relevante for den spesifikke yrkesutøvelsen. I dette ligger de kunnskaper om relevante begrep, modeller og teorier, samt kjennskap til lover og regler som berører de ulike fagområdene. Med yrkesspesifikke ferdigheter menes det profesjonsspesifikke ”håndverket” som blir brukt i utøvelsen av det, det vil si et sett av praktiske ferdigheter, teknikker og metoder som hører til et bestemt yrke (Skau, 2005).

Det som i størst grad kjennetegner arbeid med mennesker, er betydningen av å bruke seg selv som person i yrkesutøvelsen. Mens de ovennevnte aspektene handler om allmenne og yrkesspesifikke kunnskaper og ferdigheter, handler derimot personlig kompetanse om den vi er som person, både for oss selv og i samspillet med andre. Det handler dermed også om hvem vi lar andre få være i møtet med oss, og om hva vi har å gi på et mellommenneskelig plan (Skau, 2005). Den personlige kompetansen er med andre ord ikke yrkespesifikk, men en unik kombinasjon av menneskelige kvaliteter, egenskaper og ferdigheter, som tjenesteutøver tilpasser og bruker i profesjonelle sammenhenger. Den bygger på, er integrert i og knyttet til den enkeltes erfaring og handler altså om en form for viten som er subjektiv, unik og erfaringsbasert, og som oppstår gjennom erfaring og refleksjon over erfaringen (ibid).

I yrker der samspill mellom mennesker er viktig, er denne kompetanseformen ofte av spesielt stor betydning. Personen som mottar tjenesten må oppleve å bli sett og møtt slik at endringsprosessen blir god (Skau, 2005).

Møter man «de psykisk utviklingshemmede», eller møter man Kari og Per, som nettopp har kommet hjem fra handleturen på Rema 1000? Låser man seg inn til brukeren i leiligheten nederst i gangen og vekker ham med beskjed om at «nå skal VI dusje», eller banker man høflig på døren, venter på et «kom inn» og spør Pål om han har sovet godt selv om det har vært et voldsomt tordenvær? Den personlige kompetansen blir med andre ord avgjørende for hvem man lar tjenestemottaker få være i samhandlingen.

For arbeid med mennesker handler ikke kun om å bruke den rette teorien eller metoden, selv om den støttes av faglig og etisk teori om anvendbarhet i nære relasjoner. I slike situasjoner kan man lett ty til å bytte ut et ytre element, den aktuelle metoden eller teknikken, om man ikke lykkes i sin tilnærming. Resultatet er at man da vender erkjennelsen utover isteden for innover, i form av refleksjon omkring vår egen person og funksjon i relasjon til klienten (Skau, 2005).

Den personlige kompetansen, hvordan teori og ferdigheter omsettes i samhandling og måten man tar i bruk sin personlighet og lar seg berøre, vil med andre ord være et vesentlig element i vernepleierens yrkesutøvelse. Evne til å reflektere omkring egen person og funksjon i yrkesutøvelsen står således sentralt.

Målgruppe-empati er en annen måte å beskrive den form for innlevelse som kan være nødvendig for arbeid med psykisk utviklingshemmede (Østrem, 1994). Dette betyr at en grunnleggende ideologisk forankring, der respekt for individet og forpliktelse til å handle i forhold til en likeverdighetsideologi, befinner seg innenfor huden (Østrem, 1994).

Østrem (1994) beskriver det som meningsløst å sette opp gode politiske og ideologiske mål om normalisering og full deltakelse hvis de som arbeider med menneskene som skal hjelpes mot disse målene, selv ikke tror på målene. Den empatiske holdning til individet vil nærmest automatisk gi en yrkesetisk kodeks, og det vil være ganske fjernt for en yrkesutøver med solid ideologisk ballast innenfor huden, å begå overgrep (Østrem, 1994).

Det har av enkelte blitt hevdet at det ideologiske aspekt er for sterkt vektlagt i forbindelse med ansvarsreformen, på bekostning av praksisaspektet og andre sentrale innholdskomponenter. Østrem (1994) opplever at det kan være mye sant i slike innvendinger, hvis en blir stående med ideologi som eneste komponent. Østrem (1994) billedlig gjør dette ved hjelp av følgende beskrivelse:

Apostelen Jakob hevdet i sitt brev til de tolv stammer som lever ute i fremmed land: Hva hjelper det om noen sier at han har tro, når han ikke har gjerninger? Han kunne like godt sagt det til de 450 kommuner i et kjent land: Hva hjelper det å bygge vakre boliger, i skinn av at man bedriver høyverdig ideologisk normalisering, hvis man ikke fyller boligen med innhold? Jakobs påstand er holdbar: Tro og gjerning er en syntese. Som fundament for gjerningen (...) er målgruppeempatien, eller den ideologiske forankring, helt ufravikelig

Det er lett å finne eksempler på at behandling overfor psykisk utviklingshemmede ikke alltid har vært empatisk. En tiltakende tendens til å kollektivisere gruppen psykisk utviklingshemmede og se bort fra at de faktisk er enkeltmennesker. Det har gitt oss mange stereotypier. I en periode satt åndssvake på alle institusjoner med oppflisete fingrer og flettet peddig, i dag sager de ved. Det er ingenting galt med noen av disse yrkene, men hvis vedsager og psykisk utviklingshemmet blir synonyme begreper, har en sett bort fra individets iboende muligheter og rett til å få bruke disse mulighetene, riktignok begrenset, men likevel tilstedeværende. Man ser ofte bort fra at normalisering og livskvalitet også betyr rett til å ha valgmuligheter og rett til å gjøre valg (Østrem, 1994).

Det er i følge Østrem (1994) videre viktig å skille målgruppeempatien fra det som kan kalles målgruppesympati. Historisk sett har tiltakene for psykisk utviklingshemmede vært båret fram på sympatibølger, pionerene var filantroper, oppfølgerne var sympatisører. Det er ikke lenge siden omsorg var et humanitært anliggende, på siden av offentlig forankret ideologi. Overført til yrkesutøveren, er målgruppe - sympati et farlig utgangspunkt. Det kan baseres på et synes synd-i-instinkt som kan være ganske undertrykkende. Et individ som får status som objekt for mine gode gjerninger, kan få vansker med å oppnå status som likeverdig (Østrem, 1994).

Tilnærmingen for å oppnå profesjonalitet kaller Østrem for diskursiv. Det betyr at kompetansen erverves gjennom å sette sine meninger, holdninger, idealer og etiske begrunnelser osv. under diskusjon. Denne form for kompetanseoppbygging er komplisert. Han ser store vansker med å kunne institusjonalisere den gjennom å overlate til en skole å være eneansvarlig for å bygge opp empati. Det er også farlig å overlate diskusjonen utelukkende til et praksisteam som, innenfor en engere krets og gjennom flertallsbeslutning, raskt finner fram til et ideologisk ståsted. Den diskursive tilnærming forutsetter analyse og kritikk, og kompetanseoppbyggingen er avhengig av god veiledning (Østrem, 1994). I følge Østrem er det denne delen av kompetanseoppbygging vi har størst problem med i de yrker som skal rettes inn mot psykisk utviklingshemmede. Vi har for liten tradisjon til å tenke veiledning som en fast systematisk rutine (Østrem, 1994).

Østrem (1994) beskriver videre den profesjonelle rollen som et produkt av ideologiforankringen. En yrkesutøver som skal arbeide med et annet menneske som i utgangspunktet kan være ganske hjelpeløst i forhold til selv å bestemme over sitt liv, må være seg bevisst hvilket enormt ansvar det ligger i å gjøre viktige valg på andres vegne. Her mener han det kreves det en etisk bevissthet som kanskje langt overgår krav en finner i andre yrker (Østrem, 1994). Østrem viser til at psykisk utviklingshemmede nesten alltid har hatt lav status som mennesker. Han beskriver det som viktig at yrkesutøveren er klar over at det er en sammenheng mellom yrkets status og statusen for de mennesker yrket er rettet inn mot. For til tross for politisk vilje til å forbedre tilbudene for psykisk utviklingshemmede, har det som tidligere nevnt vært vanskelig å rekruttere fagpersoner som ser det som viktig og interessant å arbeide med disse menneskene. I kompetansesammenheng finner Østrem (1994) det derfor viktig at yrkesrollen blir vektlagt. Gjennom kompetanseoppbygging må en i tillegg sette fokus på at det faktisk er prestisjetungt å kunne, å ha kunnskap og ferdighet til å realisere målsettinger om livskvalitet for psykisk utviklingshemmede (Østrem, 1994).

4.8 Vernepleieprofesjonens fremtidsmandat – implikasjoner for vernepleiefaglig praksis

Sett i et historisk perspektiv kan opprinnelsen til og utviklingen av vernepleie som fenomen, i stor grad tilskrives en synliggjøring av utviklingshemmedes behov og rettigheter i et velferdssamfunn. Gjennom utarbeidelsen av en nasjonal rammeplan ble rammebetingelsene for vernepleierens kompetanse og arbeidsfelt først beskrevet i 1986, og har siden vært gjenstand for omfattende revisjon, senest i 2005. Den nasjonale rammeplanen utgjør et sentralt styringsdokument og dens rammebetingelser er retningsgivende for hvorvidt vernepleierutdanningen gjenspeiler, ut fra et velferdspolitisk perspektiv, den kompetanse vernepleiere skal ha i dag.

Vernepleieprofesjonen har, i samarbeid med landets øvrige velferdsprofesjoner, en plikt til å ivareta marginaliserte gruppers behov. I samarbeid med bruker og øvrige omgivelser skal tjenesteutøver legge til rette for optimal livsutfoldelse i tråd med den enkeltes behov og forutsetninger (Fellesorganisasjonen, 2011). Dette utgjør i grove trekk velferdsprofesjonenes kollektive samfunnsmandat. Videre har samtlige velferdsprofesjoner et individuelt mandat knyttet til ivaretagelse av sentrale målgrupper og/ eller sentrale arbeidsoppgaver.

For eksempel rettes barnevernspedagogenes kompetanse primært mot (utsatte) barn og unge, mens sosionomenes kompetanse rettes primært mot å forebygge, løse og redusere sosiale problem (Fellesorganisasjonen, 2011). Hvorvidt den enkelte velferdsutdanning evner å legge til rette for et faglig innhold, kvalifikasjonsnivå, omfang og utdanningslengde som sikrer at studentenes kunnskap og kompetanse er i samsvar med profesjonens samfunnsmandat, vil naturlig nok være avgjørende for profesjonens legitimitet (Fellesorganisasjonen, 2011).

Som tidligere nevnt, rettes vernepleierprofesjonens samfunnsmandat primært mot ivaretagelse av utviklingshemmedes levekår og livskvalitet. Dette presiseres i formålsbeskrivelsen i vernepleierutdanningens rammeplan, hvor utviklingshemmede betegnes som den sentrale målgruppen for vernepleiefaglig arbeid (Utdannings - og forskningsdepartementet, 2005). Vernepleierutdanningen er da også den eneste av velferdsutdanningene som legger til rette for kunnskap om utviklingshemmedes behov, og det er utviklingen av tjenester til denne marginaliserte gruppen som danner utgangspunktet for den kompetanse vernepleiere besitter i dag (Fellesorganisasjonen, 2011). Det vil således være nærliggende å anta at vernepleiefaglig kompetanse utgjør en vesentlig innsatsfaktor i arbeid med utviklingshemmede, i dag som for snart 50 år siden. Men vernepleierens kompetanse har som nevnt også vist seg attraktiv innen en rekke andre velferdsstatlige tjenester. I takt med endringer i velferdstjenestenes siktemål og innretting har rammeplanens målgruppebeskrivelse blitt utvidet og den vernepleiefaglige kompetansen tilpasset en omfangsrik målgruppe med ulike og sammensatte behov (Fellesorganisasjonen, 2011; Universitetet i Stavanger, 2011).

Vernepleierens rolle som utøver innen velferdstjenestene i dag kan synes tilnærmet uuttømmelig, og profesjonen utgjør som nevnt en betydelig ressurs i arbeidet med å dekke et økende behov for kompetent personell i helse – og omsorgssektoren. Samtidig faller det nærliggende å anta at profesjonens omfattende arbeidsfelt og den sammensatte kompetanse dette fordrer, også kan medbringe utilsiktede effekter. At vernepleierstudenter i økende grad synes å velge bort praksiserfaring med utviklingshemmede til fordel for praksis innen felt som rus og psykiatri, kan i lys av vernepleierens samfunnsmandat betraktes som en slik utilsiktet effekt av profesjonens ekspanderende arbeidsfelt (Pettersen, 2005). At det for mange kommuner er en reell utfordring å rekruttere vernepleiere til arbeid med utviklingshemmede og å opprettholde sosialtjenestelovens krav til kompetanse i forbindelse med vedtak om bruk av tvang og makt, forsterker denne antakelsen.

I tillegg viser det seg at på samme tid som vernepleierens arbeidsfelt har ekspandert, har fokus på velferdspolitiske ideal om normalisering og inkludering for utviklingshemmede stagnert. Etter en hektisk reformperiode på begynnelsen av 1990 tallet synes ambisjonene om normalisering og inkludering å svinne hen, til tross for at dette blir fremhevet gjennom velferdspolitiske føringer (Barne- likestillings- og inkluderingsdepartementet, 2010). Undersøkelser utført i tilknytning til og etter HVPU reformen viser i stedet til at reformens intensjon i liten grad er nådd, og hentyder en reversering av velferdspolitiske mål (NAKU - Nasjonalt kompetansemiljø om utviklingshemning, 2010). Blant annet konkluderes det med at utviklingshemmede fremdeles i svært liten grad deltar i arbeidslivet, de har i liten grad normaliserte fritidstiltak og de har fattige nettverk utover familie og betalte omsorgspersoner (ibid). I tillegg er det en økende tendens til at utviklingshemmede samles i store bofellesskap og større boligkompleks med andre grupper omsorgstrengende (NAKU - Nasjonalt kompetansemiljø om utviklingshemning, 2010; Rød, 2011).

Utviklingshemmedes rett til normale levekår og en normal livssituasjon representerer med andre ord fortsatt en velferdspolitisk utfordring (Fellesorganisasjonen, 2011; NAKU - Nasjonalt kompetansemiljø om utviklingshemning, 2010). Ansvarsreformens ideologiske fundament kan, i lys av tiltakende boligutbygging og manglende kompetanse knyttet til utviklingshemmedes rettssikkerhet, synes å ha mistet både fotfeste og retning, 20 år etter den ble vedtatt (Rød, 2011).

Tiltak for å snu en slik utvikling handler i stor grad om grunnleggende velferdspolitiske forhold, som sosiale og økonomiske samfunnstendenser, og vil berøre politiske verdispørsmål hvis omfang beveger seg langt utover rammene for en masteroppgave. Men tiltak for å snu en slik utvikling handler også om å se nærmere på hvorvidt de velferdspolitiske tiltak som faktisk foreligger, i realiteten fungerer etter sin intensjon.

4.8.1 Å ramme inn og gi handlingsrom

Professor Helge Folkestad, en av Norges første vernepleiere med doktorgrad, benyttet i sin avhandling begrepene «å ramme inn» og «å gi handlingsrom» for å beskrive hvordan vernepleierfaglig arbeid krever kontinuerlig refleksjon omkring den enkelte brukers rett til selvbestemmelse og personalets ansvar for å hjelpe (Folkestad, 2007).

Å ramme inn og gi handlingsrom kan, overført til velferds – og utdanningspolitiske tiltak, også være nyttige begrep for å belyse nyanser i den videre utvikling av vernepleierutdanningen. For det lave kompetansenivået i det kommunale tjenestetilbudet og signaler om ideologisk stagnasjon, gir en tydelig pekepinn om at mennesker med utviklingshemming, som i liten grad selv kategoriserer og definerer sine behov, i praksis ikke er tilknyttet noen yrkesgruppe som ”taler deres sak” (Gundersen & Pettersen, 2006; Ryste, 2007). Å rette fokus mot de rammer og handlingsrom som vernepleierutdanningens rammeplan i dag signaliserer, kan således bidra til å belyse hvorvidt utdanningen innehar reelle rammer for arbeid rettet mot «den sentrale målgruppen» eller om utdanningens handlingsrom i praksis er uavgrenset og mangler klare styringsrammer.

Den nasjonale rammeplanen for utdanning av vernepleiere representerer et vesentlig velferdspolitisk tiltak for å ramme inn og sikre at vernepleierens kunnskap og kompetanse er i tråd med profesjonens samfunnsmandat. Hvorvidt rammeplanen evner å legge føringer for at utdanningene som helhet legger til rette for et faglig innhold, kvalifikasjonsnivå og omfang som samsvarer med dette mandatet, vil være avgjørende både for vernepleierprofesjonens legitimitet og for å sikre at den sentrale målgruppens behov møtes og ivaretas i tråd med velferdspolitiske mål (Utdannings - og forskningsdepartementet, 2005). En sentral utfordring er således i hvilken grad rammeplanen evner å ramme inn vernepleierprofesjonens samfunnsmandat slik at den sentrale målgruppens behov møtes og ivaretas. Hvorvidt den enkelte velferdsutdanning evner å legge til rette for et faglig innhold, og et kvalifikasjonsnivå, omfang og utdanningslengde som sikrer at studentenes kunnskap og kompetanse er i samsvar med profesjonens samfunnsmandat, vil i så måte være naturlig avgjørende for profesjonens legitimitet.

Vernepleierprofesjonens historiske tilknytning til mennesker med utviklingshemming og rammeplanens føringer for utviklingshemmede som en sentral målgruppe skaper naturlige forventninger til at dagens vernepleiere utgjør en betydelig ressurs i dette arbeidet. Men utviklingshemmedes rett til normale levekår og en normal livssituasjon representerer fortsatt en dagsaktuell, velferdspolitisk utfordring. I den kommende stortingsmeldingen om utdanning for velferdstjenestene representerer således kompetansesituasjonen i arbeid med utviklingshemmede et sentralt tema, hvor det anmodes at det i forkant foretas en grundig gjennomgang av vernepleierutdanningens innhold (Rød, 2011; Torp, 2010; Kunnskapsdepartementet, 2011).

4.8 Endelig kommentar

Velferdsprofesjonene har i lys av sitt mandat en plikt til å ivareta marginaliserte gruppers behov. I samarbeid med bruker og øvrige omgivelser skal utøvere av velferdstjenestene, i tråd med velferdspolitiske intensjoner og lovgivning, legge til rette for optimal livsutfoldelse i tråd med den enkeltes behov og forutsetninger (Fellesorganisasjonen, 2011; Utdannings - og forskningsdepartementet, 2005, s. 3).

Profesjonelt vernepleiefaglig arbeid innebærer utøvelse av makt, myndighet og sosial kontroll. Vernepleiere har ansvar for å tydeliggjøre og vedkjenne seg maktforholdet i relasjonen med brukeren. Som medforvaltere av samfunnets helse- og sosialpolitikk, med de muligheter og begrensninger det kan innebære, har vernepleiere har ofte mulighet til å avgjøre spørsmål med store konsekvenser for brukerens liv. Vernepleiere har også faglige kunnskaper som kan skape skjevhet i relasjonen, og autoritet, myndighet og makt som gjør at den hjelpetrequende står i et avhengighetsforhold til yrkesutøveren. Vernepleiere må derfor bruke sin innflytelse for å hjelpe brukeren til å synliggjøre de behov og den kompetanse brukeren har. Det er en nødvendig del av vernepleierens kompetanse å kunne utøve myndighet på en slik måte at den det gjelder ikke føler seg krenket.

Motivasjon for arbeid med utviklingshemmede har historisk sett vært relatert både til religiøs overbevisning, et kall, eller til en politisk - ideologisk orientering, hvor yrket representerte en måte å vise solidaritet på, å gjøre noe med sosiale ulikheter og bidra til samfunnsendringer (Horndalen, 2001; Folkestad, 2004).

I dag er det i liten grad vektlegging av normer og verdier som utgjør motivasjonsgrunnlaget for kommende vernepleierstudenter. Det har skjedd et skifte i vektlegging fra det «å være noe for andre» til et behov for å «finne seg selv» (Pettersen, 2006; Folkestad, 2009). Denne selvrealiseringstendensen handler om mening, det vil si det som er meningsfylt ut fra personlige preferanser. Forventningen er at yrket skal kunne oppleves følelsesmessig godt eller føre til at det gjør det. Å være til hjelp for andre og gjøre noe av samfunnsnyttig verdi, med forventninger om et givende, tilfredsstillende og selvrealiserende arbeid trekkes også frem som representative motivasjonsfaktorer.

Altruistiske verdier og subjektiv forståelse for arbeidets meningsinnhold kan i så måte bidra til at den enkelte også vedlikeholder motivasjonen i løpet av yrkeskarrieren, gjennom egendefinerte mål og ambisjoner som drivkraft (Folkestad, 2009).

Men behovet for kompetanse i arbeid med utviklingshemmede og fremtidig rekruttering vil ikke kunne basere seg på enkeltindividers drivkraft alene. For å etablere en forståelse av hvilke faktorer som kan bidra til å fremme rekruttering av fremtidige vernepleierstudenter, vil det samtidig være relevant å se på hva som bidrar til å fremme mangelen på kompetanse i arbeid med utviklingshemmede. Folkestad (2009) peker på vesentlige ideologiske strømninger samfunnet idag står overfor som mulige bakenforliggende årsaker til denne utviklingen. En økende tendens til vektlegging av individualitet og autonomi og tilhørende ideer om nye støtte- og tjenesteformer kan utgjøre en reell utfordring for den profesjonelle rollen. Folkestad (2009) snakker her om det han kaller en økende de - profesjonaliserende tendens, som har oppstått som resultat av ideologiske samfunnsendringer.

Et illustrerende eksempel er hvordan normaliseringsideologiens begrepsforståelse knyttet til brukers rett til å *medvirke* i eget liv, i økende grad erstattes av et tiltakende fokus rettet mot myndiggjøring (empowerment) og en forsterket vektlegging av selvbestemmelsesretten gjennom begrepet *brukerstyring*. Begrepet har allerede fått synlig rotfeste i det norske språk og forståelse, blant annet gjennom sosialtjenestelovens innføring av tjenesten «brukerstyrt personlig assistanse» (BPA). Den enkelte tjenestemottaker skal ikke reduseres til å ha medbestemmelse eller medvirkning i eget liv, tjenestemottaker skal ha en lovfestet rett til selv å definere innholdet i eget liv og styre utviklingen som arbeidsleder for tjenesteutøver (Folkestad, 2009).

Dette er i mange sammenhenger en rimelig, og ikke minst politisk korrekt, ambisjon. Men i situasjoner hvor personen selv ikke kan stille opp på slike krav, hvilket omfatter mange personer med utviklingshemming, argumenteres det i tillegg for at arbeidslederrollen fremdeles vil ivaretas best av ikke - profesjonelle personer som skal fungere som garantister for «å styre» tjenesteyter (Folkestad, 2009). Den ideologiske strømmingen representerer således et skarpt skille mellom ytterpunktene paternalistisk omsorg og en kundestyrt etterspørsel etter tjenester.

Dette er endringer som for funksjonshemmede innebærer en mer individuelt tilpasset bistand, til fortrenghet av kollektive og lite fleksible standardløsninger. For profesjonelt vernepleiefaglig arbeid har den direkte konsekvens knyttet til arbeidstakerrollen, samtidig som det stiller avgjørende spørsmål knyttet til profesjonalitet og faglighet i yrkesutøvelsen. I forhold til rekrutteringsutfordringene i omsorgen for utviklingshemmede vil det imidlertid kunne medføre ytterligere problem knyttet til ivaretagelse av nødvendig kompetanse. For hvis arbeidsoppgavene i relasjon til bruker vurderes som best løst av ikke - profesjonelle, vil rekruttering av vernepleiefaglig kompetanse i større grad enn tidligere være avhengig av den enkeltes personlige motivasjon. Utfordringer knyttet til kollegial refleksjon og kunnskapsutvikling vil også kunne bidra til at utviklingshemmede vil havne enda lengre bak i køen i kampen om knappe ressurser.

Videre vil en tiltakende samfunnstendens knyttet til NPM og vektlegging av produktivitet fremfor kvalitet, kunne lede utviklingshemmede tilbake til institusjonenes standardiserte tjenester hvor det totale samfunnsøkonomiske hensyn kan føre til at utviklingshemmede som «brukere blant andre brukere» står i fare for å tape i kampen om kommunale ressurser. Folkestad (2009) eksemplifiserer dette i lys av den tiltakende tendens til å plassere ”de som trenger kommunal heldøgnsomsorg” inn i kommunale ”omsorgsreservat” sammen med det som før var ”andre grupper”. I lys av en slik «administrativ integrering» vil man kunne stå i fare for å underslå utviklingshemmedes særlige kompetansebehov.

Sundet (2002) beskriver hvordan utviklingshemmede systematisk taper i kampen om kommunale ressurser. Hennes påstand er at dette skjer fordi det ikke er noen profesjon i systemene med særlig fokus på nettopp utviklingshemmede. Hun påpeker at vernepleierne opprinnelig var en profesjon som ivaretok dette mandatet, men at de som resultat av et stadig ekspanderende arbeidsfelt har mistet tilknytningen til den opprinnelige målgruppen.

Vernepleieprofesjonens stadig voksende arbeidsfelt og økende etterspørsel er i seg selv beskrivende for at vernepleierprofesjonen besitter en attraktiv og ønsket ressurs i dagens velferdssamfunn. Samtidig har den opprinnelige målgruppen, som utgjør grunnpilaren i vernepleierens mandat blant andre velferdsprofesjoner, blitt den tapende part i kampen om kompetansen.

Dette er utfordringer som rører ved de grunnleggende verdier vernepleierutdanningens er tuftet på og som rokker ved intensjonen til sentrale element i utdanningen - et helhetlig menneskesyn, solidaritet med utsatte grupper, normalisering som velferdssamfunnets strategi for å romme menneskelig variasjon og kompetanse til å ivareta de behov det enkelte individ måtte romme.

I denne studien har jeg belyst sentrale og retningsgivende føringer for vernepleieprofesjonens samfunnsmandat, slik de fremstår gjennom den nasjonale rammeplanens (2005) velferdspolitiske preferanser for sentrale verdier og kompetanse i yrkesutøvelsen. I lys av intensjonen med forestående stortingsmelding om utdanning for velferdstjenestene, vil det med grunnlag i velferdspolitiske mål om likeverd og inkludering, være grunn til å vurdere hvorvidt samfunnet som helhet i realiteten ivaretar dets mangfold.

I rammeplanen (2005) nevnes utviklingshemmede innledningsvis som en fortsatt sentral målgruppe for vernepleiefaglig arbeid. Det fremstår imidlertid som uklart hvorvidt dette er en føring som innehar en reell styringseffekt for rekruttering, og for den kompetanse de enkelte utdanningsinstitusjonene legger til grunn ved utarbeidelsen av lokale fagplaner. I lys av intensjonen med forestående stortingsmelding om utdanning for velferdstjenestene, vil det med grunnlag i velferdspolitiske mål om likeverd og inkludering, være grunn til å vurdere hvorvidt samfunnet som helhet i realiteten ivaretar dets mangfold. Med referanse Folkestad (2009) vil det for fremtiden være avgjørende om vi evner og våger å holde to ambisjoner i hodet samtidig; behovet for å anerkjenne den innsatsen som skal til for at mennesker med utviklingshemming reelt skal komme til orde i egne og behovet for å anerkjenne og verdsette denne innsatsen dersom vi vil at noen skal ta på seg å yte den.

For at den nasjonale rammeplanen skal kunne sikre at utdanningene framstår som enhetlige og gjenkjennelige, uavhengig av institusjon, vil både lærernes, studentenes og profesjonsutøvernes forståelse av helse - og sosialpolitiske verdier og den rådende ideologi som skal veilede og legitimere profesjonelt vernepleiefaglig arbeid, måtte være i tråd med ovenstående føringer. Dette fordrer samtidig at den velferdspolitiske «ønskelisten» som ligger til grunn for vernepleierutdanningen og profesjonens mandat, er i tråd med velferdsordningene siktemål og innretting. For når det i dag stilles økende krav til velferdsprofesjonenes evne til å tilpasse seg nye reformer og endringer i velferdsordningenes, utgjør rammene for tjenesteyters kompetanse en vesentlig betingelse for at både mottakere av tjenestene, arbeidsgivere, andre yrkesgrupper og samfunnet for øvrig skal oppleve trygghet og stabilitet i et tjenestetilbud.

Bibliografi

- Arbeidsdepartementet. (2004). *NOU 2004: 13 En ny arbeids - og velferdsforvaltning*. Hentet fra Regjeringen.no: <http://www.regjeringen.no/nb/dep/ad/dok/nouer/2004/nou-2004-13/7/2.html?id=150080>
- Askheim, O. P. (2003). *Fra normalisering til empowerment. Ideologier og praksis i arbeid med funksjonshemmede*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Barbosa da Silva, A. (2006). *Etikk og menneskesyn i helsetjeneste og sosialt arbeid*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Barne- likestillings- og inkluderingsdepartementet. (2010). *Mennesker med utviklingshemming skal heller ikke diskrimineres! Informasjons- og utviklingsprogram 2010 – 2013*. Hentet fra http://www.regjeringen.no/upload/BLD/Rapporter/2010/info_og_utvikl_program_210_2013.pdf
- Bergstø, K. (2010, 12 27). *Bergens Tidende*. Hentet fra <http://www.bt.no/meninger/kronikk/Utviklingshemmedes-rett-til-et-hjem-1790779.html>
- Fellesorganisasjonen. (2008, November). *Fellesorganisasjonen.no*. Hentet fra Om vernepleieryrket: <http://www.fo.no/publikasjoner/om-vernepleieryrket-article1359-159.html>
- Fellesorganisasjonen. (2008). *Vernepleieren*. Hentet fra <http://www.fo.no/vernepleieren/category230.html>
- Fellesorganisasjonen. (2009, September 25). Hentet fra Vernepleiere ønsker mastergrad i vernepleiefaglig arbeid: <http://www.fo.no/vernepleiere/vernepleiere-oensker-mastergrad-i-vernepleiefaglig-arbeid-article2384-147.html>
- Fellesorganisasjonen. (2009). *Kompetanse nå!* Hentet fra <http://www.fo.no/vernepleiere/kompetanse-naa-article1647-147.html>
- Fellesorganisasjonen. (2011). *Fellesorganisasjonen*. Hentet fra <http://www.fo.no/sosionomen/category231.html>

- Fellesorganisasjonen. (2011). *Fellesorganisasjonen*. Hentet Juni 29, 2011 fra
<http://www.fo.no/barnevernpedagogen/barnevernpedagogen-article332-232.html>,
<http://www.fo.no/sosionomen/category231.html>
- Fellesorganisasjonen. (2011, Juni 16). *fo.no*. Hentet Juni 19, 2011 fra Sats på utdanning av barnevernpedagoger, sosionomer, vernepleiere og velferdsarbeidere!:
<http://www.fo.no/aktuelt/sats-paa-utdanning-av-barnevernpedagoger-sosionomer-vernepleiere-og-velferdsarbeidere-article5039-6.html>
- Fellesorganisasjonen. (2011, mars 24). *Kunnskapsdepartementet*. Hentet april 20, 2011 fra
<http://www.fo.no/getfile.php/Filer/01%20FO-sentralt%20filer/Notat%20til%20KD%20-%20vernepleieren.pdf>
- Fellesorganisasjonen. (2011). *Kunnskapsdepartementet*. Hentet fra Plattform for utdanningspolitikk og kompetanseutvikling: <http://www.regjeringen.no/nb/dep/kd/kampanjer/utdanning-for-velferdstjenestene/innspill-til-meldingsarbeidet/innspill-fra-fellesorganisasjonen-fo.html?id=638032>
- Fellesorganisasjonen. (2011, Mars 24). *Om vernepleiefaglig yrkesutøvelse i velferdstjenestene*. Hentet fra <http://www.fo.no/getfile.php/Filer/01%20FO-sentralt%20filer/Notat%20til%20KD%20-%20vernepleieren.pdf>
- Fellesorganisasjonen for vernepleiere, barnevernspedagoger og sosionomer. (Udatert). *Innspill fra FO: Plattform for utdanningspolitikk og kompetanseutvikling*. Hentet fra <http://www.regjeringen.no/nb/dep/kd/kampanjer/utdanning-for-velferdstjenestene/innspill-til-meldingsarbeidet/innspill-fra-fellesorganisasjonen-fo.html?id=638032>
- Fellesorganisasjonen. (Udatert). *Vernepleieren*. Hentet Juli 12, 2011 fra
<http://www.fo.no/vernepleieren/category230.html>
- Fjermeros, H. (2009). *Åndssvak! Et bidrag til sentralinstitusjonens og åndssvakeomsorgens historie*. Oslo: Universitetsforlaget AS.
- Folkestad, H. (2004). *Institusjonalisert hverdagsliv. En studie av samhandling mellom personale og beboere i bofellesskap for personer med utviklingshemning*. Hentet fra <https://bora.hib.no/bitstream/10049/101/1/16603%20innmat1.pdf>

- Folkestad, H. (2005). *Om fremtidens omsorg for medborgere med utviklingshemning. Hvordan skal vi rekruttere fremtidens personale? Hvilke kompetansekrav skal vi stille?* Hentet fra <http://home.hib.no/ansatte/hfo/Island.pdf>
- Folkestad, H. (2009). Vernepleiefaglig arbeid. I G. S. Hutchinson, *Barnevernpedagog, sosionom, vernepleier. Utvalgte temaer*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Foucault, M. (1972). *The Archeology of Knowledge & The Discourse of Language*. New York: Phanteon Books
- Fuggeli, P. (2011, August 30). *Helsens grunnstoffer. På prøve i "Høyere - Raskere - Sterkere - samfunnet"*. (P. Fuggeli, Artist) Folkets Hus, Stavanger, Rogaland.
- Gilje, N., & Grimen, H. (1993). *Samfunnsvitenskapenes forutsetninger. Innføring i samfunnsvitenskapenes vitenskapsfilosofi*. Oslo: Universitetsforlaget AS.
- Gitlesen, J. P. (2010, april 30). *nfunorge.no*. Hentet fra http://www.nfunorge.no/view.cgi?&link_id=0.10402&session_id=321189073
- Graneheim, U., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: Concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*. Nr. 24, ss. 105-112. Hentet fra http://mindfull.spc.org/vaughan/talks/ns_kat/TrustworthinessQualitativeMethodsReview.pdf
- Gundersen, A. (2006). *Vernepleierstudenters valg av framtidig arbeidsarena*. Arbeidsnotat, Høgskolen i Telemark, Porsgrunn
- Gundersen, A., & Pettersen, M. (2006). *Hvor er egentlig vernepleiernes arbeidsfelt?*. Embla (nr 8).
- Handegård, T. L., & Gjertsen, H. (2008, mars 28). *nordlandsforskning.no*. Hentet fra <http://nordlandsforskning.no/publikasjoner/rapporter/855-kapittel-4a>
- Helsedirektoratet. (2007). *Helsedirektoratet*. Hentet fra Rapporten: http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/rapporter/vi_vil__vi_vil__men_f_r_vi_det_til__76141

- Holand, H., & Reese, R. (Udatert). *Fellesorganisasjonen*. Hentet fra <http://staging.fo.no/helse-sosial/utviklingshemmede-og-menneskerettigheter-article812-154.html>
- Horndalen, B. (2001). *Ideologi, fag og virkelighet: vernepleierutdanningen gjennom 50 år*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Hutchinson, G. S. (2009). *Barnevernpedagog, sosionom, vernepleier. Utvalgte temaer*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Justis - og politidepartementet. (2005). *NOU 2005: 8 - Likeverd og tilgjengelighet*. Hentet fra Likeverd og tilgjengelighet. Utvalgets verdigrunnlag og begrepsforståelse: <http://www.regjeringen.no/nb/dep/jd/dok/nouer/2005/nou-2005-8/6.html?id=390536>
- Kjøllmoen, S. K. (2010). En fremtidsvisjon for vernepleieren. I H. L. Rolf Magnus Grung, *Vernepleierboka 2010 - 20 år etter reformen*. Oslo: LO Media.
- Kunnskapsdepartementet. (2011). *Bakgrunn for meldingsarbeidet*. Hentet 04 25, 2011 fra Utdanning for velferdstjenestene: <http://www.regjeringen.no/nb/dep/kd/kampanjer/utdanning-for-velferdstjenestene/bakgrunn-for-meldingsarbeidet.html?id=627767>
- Kunnskapsdepartementet. (2011). *Utdanning for velferdstjenestene*. Hentet fra <http://www.regjeringen.no/nb/dep/kd/kampanjer/utdanning-for-velferdstjenestene.html?id=623980#stene>
- Lysbakken. (2011, april). Hentet fra http://www.regjeringen.no/nb/dep/bld/aktuelt/taler_artikler/ministeren/taler-og-artikler-av-barne--likestilling/2011/statsrad-lysbakkens-tale-til-konferansen.html?id=637791
- Molander, A., & Terum, L. I. (2008). Profesjonsstudier - en introduksjon. I A. Molander, & L. I. Terum, *Profesjonsstudier* (ss. 13-27). Oslo: Universitetsforlaget.
- NAKU - Nasjonalt kompetansemiljø om utviklingshemning. (2010, September 10). *NAKU - Nasjonalt kompetansemiljø om utviklingshemning*. Hentet Juni 17, 2011 fra Velferdspolitik: <http://naku.no/node/153>

- Neumann, I. B. (2001). *Mening, materialitet, makt: En innføring i diskursanalyse*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad og Bjørke AS.
- Norges Offentlige Utredninger. (2001). *NOU 2001:22 Fra bruker til borger. 4.5 - reformen for mennesker med utviklingshemming - avinstitusjonalisering*. Hentet fra Arbeidsdepartementet: <http://www.regjeringen.no/nb/dep/ad/dok/nouer/2001/nou-2001-22/5/5.html?id=364999>
- Norsk Vernepleierforbund. (1989). Brosjyre om vernepleieryrket. *Vernepleieren*. Nr. 12, s. 21.
- Pettersen, M. (2005). *Samfunnsansvar eller personlig prosjekt? Vernepleierstudenters yrkesvalg utforsket gjennom narrativer*. Bergen: Høgskolen i Bergen.
- Repstad, P. (2007). *Mellom nærhet og distanse. Kvalitative metoder i samfunnsfag*. Oslo: Universitetsforlaget AS.
- Ryste, H. T. (2007, mai 15). *bt.no*. Hentet fra <http://www.bt.no/meninger/kronikk/article362753.ece>
- Rød, S. (2011, Mai). Reform i revers. *Fontene*, ss. 25-27.
- SINTEF. (2011, Mai 20). *Sintef.no*. Hentet Mai 26, 2011 fra SINTEF-rapport A18961 Gjennomgang av vedtak etter sosialtjenesteloven kapittel 4A – om bruk av tvang og makt overfor personer med psykisk utviklingshemning: <http://www.sintef.no/Teknologi-og-samfunn/Helse/Helsetjenesteforskning/Kommunale-helse--og-omsorgstjenester/Psykisk-helsearbeid/Tvang-og-makt-overfor-personer-med-psykisk-utviklingshemning/>
- Skau, G. M. (2005). *Gode fagfolk vokser. Personlig kompetanse i arbeid med mennesker*. Oslo: Cappelen Akademisk Forlag AS.
- Sosial- og helsedepartementet . (2001, 06 29). *NOU 2001:22 Fra bruker til borger. En strategi for nedbygging av funksjonshemmende barrierer*. Hentet 05 04, 2011 fra Regjeringen.no: <http://www.regjeringen.no/nb/dep/ad/dok/nouer/2001/nou-2001-22/20/10.html?id=365158>
- Sosialdepartementet. (1985, Oktober 31). *Regjeringen.no*. Hentet fra NOU 1985:34 - Levekår for psykisk utviklingshemmede. Kapittel 3: Sammendrag av utvalgets forslag og begrunnelser. Finansiering mv. Kapittel 3.1: Utvalgets forslag :

<http://www.regjeringen.no/upload/kilde/odn/tmp/2002/0034/ddd/pdfv/154597-nou1985-34.pdf>

Sosialdepartementet. (1985, 10 31.). *Regjeringen.no*. Hentet april 20., 2011 fra NOU 19185:34.

Kapittel 3: Sammendrag av utvalgets forslag og begrunnelse.:

<http://www.regjeringen.no/upload/kilde/odn/tmp/2002/0034/ddd/pdfv/154597-nou1985-34.pdf>

Stiftelsen SOR. (2011, November 12). *Stiftelsen SOR*. Hentet fra Historikk. Utgangspunkt for virksomheten.: <http://www.samordningsradet.no/no/topmeny/om-sor/historisk-tilbakeblikk/>

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

Sundet, M. (2002). Utviklingshemming og profesjonsutvikling. Noen spørsmål knyttet til omsorgen for utviklingshemmede. *Tidsskrift for Velferdsforskning*. Årgang 5, nr. 4, ss. 208-220.

Thagaard, T. (1998). *Systematikk og innlevelse. En innføring i kvalitativ metode*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.

Torp, T. R. (2010). Er vernepleierutdanningen fortsatt ønsket - og er den relevant? I H. L. Rolf Magnus Grung, *Vernepleierboka 2010 - 20 år etter reformen*. Oslo: LO Media.

Universitetet i Stavanger. (2011, Januar 27.). *Sosialfag, master*. Hentet fra http://www.uis.no/studietilbud/helse-_og_sosialfag/master/sosialt_arbeid/

Utdannings - og forskningsdepartementet. (2005). *Rammeplan for vernepleierutdanning*. Hentet fra http://www.regjeringen.no/upload/kilde/kd/pla/2006/0002/ddd/pdfv/269377-rammeplan_for_vernepleierutdanning_05.pdf

Viggen, E. D. (2008, mars 28). *frifagbevegelse.no*. Hentet fra <http://www.frifagbevegelse.no/article3435475.ece>

Østrem, K. (1994). *NOU 1994: 8 - Kompetanseutvikling i arbeidet for psykisk utviklingshemmede*. Hentet fra Kompetansebehov for arbeid med psykisk utviklingshemmede: <http://www.regjeringen.no/nb/dep/ad/dok/nouer/1994/nou-1994-8/13.html?id=333131>

