

Ramme inn og gi handlingsrom

En studie av vernepleiere som arbeider i bofellesskap for mennesker med psykisk utviklingshemming, om deres arbeidsmåter for å yte tilpasset hjelp til beboerne.

Hovedfagsoppgave i helsefag hovedfag
Spesialfag: pedagogikk og fagdidaktikk

Helge Folkestad
januar 1997

Det medisinske fakultet og Det psykologiske fakultet
Senter for etter- og videreutdanning
Universitetet i Bergen

«The voyage of discovery is not in seeking
new landscapes but in having new eyes»
- Marcel Proust

Forord

Når dette skrives er forskningen gjort og hovedfagsoppgaven skrevet, bare redaksjonelle småting gjenstår. Jeg har begynt å sette bøker tilbake i hyllene og artikler i tidsskrift-eskene. Det har vært en glede, til tross for de frustrasjoner som en visst nok skal i gjennom med et hovedfagsarbeid, å få arbeide med et tema bare for det at det interesserer meg.

Fokus i hovedfagsoppgaven er på «tjenesteyterne», bakom ligger en tilslutning til ambisjonen om å bedre omsorgen for mennesker med psykisk utviklingshemming. Denne hovedfagsoppgaven tar opp et lite område i den store sammenhengen, den yter likevel et bidrag og fyller sin plass i forskningen omkring denne omsorgen. Gunnar Brekke, en nestor innen HVPU, sa en gang: «Ingen steder har «sannheter» så kort levetid som innen HVPU». Nå, når HVPU er avviklet, kan det være spørsmål om hvilke «sannheter» som gjelder innen og om omsorgen for mennesker med psykisk utviklingshemming. Jeg ville bruke anledningen et hovedfagsarbeid gav meg til å se nærmere på min egen faggruppe - vernepleierne - og deres arbeid i de nye boformene som reformen har resultert i. Hovedfagsoppgaven handler om hvordan vernepleierne i bofellesskap arbeider når de hjelper beboerne med hverdagsoppgavene.

Jeg skal ikke trette leseren med en forhåndsgjennomgang av kapitlene, men kort bemerke noe. Kapittel 1 setter scenen ved at det behandler reformen som danner kontekst for den praksis jeg er opptatt av. Det neste kapitlet klargjør hvordan jeg tenker omkring profesjonalitet og yrkeskunnskap. Metodekapitlet (kap.3) beskriver veien jeg har gått for å kunne framstille tekstene som følger i kapitlene 4, 5 og 6. I disse kapitlene presenterer og drøfter jeg resultatene mine. Det siste kapitlet er refleksjoner omkring mitt tema på bakgrunn av det jeg har lært gjennom min egen forskning og ved å lese andre forfattere.

Tekstene er begått av meg og står for min regning. Men arbeidet kunne ikke vært fullført uten hjelp fra flere som jeg nå skylder en takk.

Først og fremst vil jeg takke vernepleierne som har vært mine informanter. I oppgaven bruker jeg navnene Vera, Tone, Eli, Ann og Odd. Det er riktig at jeg intervjuet fire kvinner og en mann, men de heter selvsagt noe annet i livet enn her på papiret. Det er også slik at noe av det en vernepleier sa til meg tilskrives Eli en gang, og noe annet den samme vernepleier sa tilskrives Vera et annet sted i tekstene. Dette er gjort av hensyn til anonymisering, og hvem som sa hva er heller ikke noe poeng i tekstene. De som deltok i undersøkelsen vil altså ikke

kjenne seg igjen i *et* av pseudonymene, men oppdage at jeg en gang kaller dem ett og siden noe annet.

Jeg vil også takke beboere og personale i det bofellesskapet der jeg fikk være i to uker. Situasjoner fra denne feltarbeidsperioden er gjengitt som eksempler i tekstene, også her har jeg brukt fiktive navn og vekslet mellom hvem som blir hetende hva i de enkelte eksemplene. Jeg håper at mine utlegninger av deres hverdag viser dem respekt.

Bibliotekarene på Nordnes (HiB) som har vært til stor hjelp ved å skaffe meg litteratur raskt og effektivt, skal også takkes. Det er ikke få artikkelkopier jeg har bedt om, og fått.

Kollega Tore Hansen har tålmodig hørt på ideer, lest diverse utkast til tekster og gitt meg nyttige kommentar og kjærkommen oppmuntring. Og det selv om, som han gjerne smilende påpeker, det ikke står på hans arbeidsplan.

Professor Mårten Söder har vært min veileder, et oppdrag han fikk litt i fanget da min oppnevnte veileder ble syk, og jeg var i de første faser av datainnsamling. Han har gitt faglige råd og stilt utfordringer, og han har hjulpet meg med støtte og oppmuntring gjennom usikkerhet og frustrasjoner. Hans grundige innsikt i det emneområdet vi begge interesserer oss for har vært til stor hjelp for meg. Jeg takker.

Min arbeidsgiver har brukt stipendmidler til å øke den tid jeg har fått til rådighet til FOU (forsknings- og utviklingsarbeid) i min arbeidsplan, slik har jeg også fått bruke av arbeidstiden til å arbeide med studiene og prosjektet. Det har medført et ekstra press på kolleger ved vernepleierutdanningen, som til tross for det har oppmuntret meg så snart de så tegn til et oppmuntrings-behov.

Resten av tiden er tatt fra FFF-kontoen (familie-, ferie- og fritid). Jeg vil takke Lone og Lars, de to hjemme, spesielt for tålmodighet. Det er over for denne gang.

Hylkje, januar 1997

Helge Folkestad

Innhold

Sammendrag

1: Et brudd og en fortsettelse

Om ansvarsreformen og en ny boform i omsorgen for mennesker med psykisk utviklingshemming.

Innledning	7
Fra institusjonsoppbygging til institusjonskritikk	8
Ideologiskifte fram mot ansvarsreformen	11
Beslutningen om styrt institusjonsavvikling	13
Målsettinger og retorikk	15
En ny kontekst for praksis	17

2: Kunnskap i praksis

Om å kunne treffe begrunnede handlingsvalg

Innledning	20
Krav om «en ny faglig praksis»	21
Hva består arbeidet i?	25
Teoretisk kunnskap	27
Praktisk kunnskap	28
Kyndig praksis	31
Den reflekterende praktiker.	33
«Connoisseurship»	34
«Knowing-in-practice»	35
En kort oppsummering	36

3: Fra liv til data, og fra data til hovedfagsoppgave.

Innledning	37
Fra tema via foreløpig problemstilling til metodevalg	37
Feltarbeidet	39
- avtaler med aktørene	41
- en rolle i feltet	42
-om konkrete arbeidsmåter i datainnsamling	43
Intervju	44
Analysearbeidet	47
Validitet	52

4:«De skal gjøre noe selv»

Om hvordan vernepleieren arbeider for å bidra med *tilpasset hjelp*.

Innledning	54
Ansvar for å hjelpe	55
<Gi handlingsrom>	56
<Ramme inn>	57
Variasjon	58
Erfaring og godt kjennskap	59
Samspillet i situasjonen	61
Overta og gjøre for	63
Felles forståelser og utgangspunkt	64

En kort oppsummering : «Folk er flinke til å la folk gjøre ting sjøl..»	65
5:«Jeg merker det på stemningen..»	
Om lydhørhet i vernepleiernes samhandling med beboerne.	
Innledning	66
Ulike tilnærminger	66
Situasjonsdefinering	67
Høreapparatet	70
Stemthet	71
Godt kjennskap	72
Omsorg er mer enn «tiltak»	75
Relasjoner	76
Til slutt	77
6:«Vi har bukten og alle endane..»	
Om vernepleiernes anvendelse av makt.	
Innledning	79
Kontrollering	80
Rapportering	82
Styring	84
Det ambivalente forhold til makt	85
Medspill og motspill	87
En kort oppsummering	87
7: I forskningens lys	
Innledning	88
Reformen som revolusjon	89
Det finns en fare for en usynliggjøring av behov	90
En boligreform og en mikroinstitusjonalisering?	92
Arbeid på en ny arena	94
Andres forskning og min egen	95
Fra analytiske kategorier til en pedagogisk modell	96

Litteratur

Vedlegg

Sammendrag

I denne hovedfagsoppgaven redegjøres det for en undersøkelse blant vernepleiere som arbeider i bofellesskap for mennesker med psykisk utviklingshemming. I tråd med tilnærmingen som er valgt, starter ikke analysen med noe bestemt teoretisk perspektiv. Litteraturhenvisninger er vevd inn i drøftingene med utgangspunkt i de tema som data gir opphav til. En sentral hensikt med valg av analysemodell har vært å unngå at undersøkelsen kom til å bli preget av *hjemmeblindhet* siden jeg selv er vernepleier.

En *Grounded theory*-tilnærming har vært brukt for, med utgangspunkt i data fra feltarbeid og intervjuer, å finne begrep som synliggjør hvordan vernepleierne hjelper beboerne med dagliglivets oppgaver i sine hjem. Det kommer fram at vernepleierne bruker en arbeidsform som i korthet går ut på å tydeliggjøre for beboerne hva som må eller skal gjøres. Dette gjør vernepleierne ved å *ramme inn* oppgaven på ulike vis. Samtidig skaper vernepleierne en åpning for at beboerne selv kan ta aktivt del i det som skjer ved å *gi handlingsrom*. Forutsetningen for en vellykket kombinasjon av å *ramme inn* og *gi handlingsrom* er en lydhørhet i situasjonen og et *godt kjennskap* til den det gjelder. Det er på denne måten vernepleierne søker å realisere ambisjonen om *tilpasset hjelp* til dem de skal yte tjenester til.

Samhandlingen mellom beboere og vernepleiere går for seg i et felt preget av typiske dilemma. Et slikt dilemma er forholdet mellom *makt* og *hjelp*. I oppgaven settes det også begrep på ulike måter vernepleierne anvender og forholder seg til makt. *Styring*, *kontrollering* og *rapportering* er måter vernepleierne tar i bruk og som innebærer at de bruker makt. Samtidig er det slik at de har et *ambivalent forhold* til sin egen makt. Vernepleierne er klare over at de arbeider i et felt som preges av spenningen mellom makt og hjelp. De søker en balanse, og de søker å dempe maktbruken i samhandlingen med beboerne. Der de tar styringen, søker de også å ha klart for seg begrunnelser for intervensjonene.

Til slutt i oppgaven stilles det forslag om at de analytiske kategoriene *ramme inn* og *gi handlingsrom* også kan fungere som en pedagogisk modell for arbeidet i bofellesskapene.

1

«People with disabilities should live in homes, no in programmes and they should work in jobs, not workshops.» Mansell & Ericsson (1996;xii)

Et brudd og en fortsettelse

Om ansvarsreformen og en ny boform i omsorgen for mennesker med psykisk utviklingshemming.

Innledning

Det er ikke lenger slik at mennesker med psykisk utviklingshemming bor i store institusjoner, nå bor de i lokalsamfunnene. Den synlighet dette innebærer har vært en del av målsettingen for de forandringene man har planlagt og iverksatt. Institusjonsomsorgen for mennesker med psykisk utviklingshemming er avviklet. Den såkalte *ansvarsreformen* innebærer at kommunen har, slik den har det for alle sine borgere, ansvar for tiltak og tjenester - også til dem som før bodde i institusjonene. De skal også ha tilbud og tjenester fra de samme kontor og etater i kommunen som alle andre. I den grad den enkelte har behov for hjelp i dagliglivet, skal hjelpen nå ytes til den enkelte i hans/hennes hjem. For mange ligger hjemmet i en eller annen form for bofellesskap, samlokaliserte leiligheter i grupper på 4-7, der det også er personale til stede. I Bergen kommune har 67% av dem som har fått ny bolig som følge av reformen sin leilighet i bofellesskap (Bergen kommune, 1996)¹.

I dette kapittelet skal jeg kort gjøre rede for ansvarsreformen, for på denne måten «å sette scenen» for min undersøkelse om vernepleierenes arbeid i dagliglivssituasjonene til personene som har sin leilighet i et bofellesskap. Det er skrevet mye om gjennomføringen av reformen, den er kanskje den mest forskningsdokumenterte reform vi har hatt. Mye av denne forskningen er evalueringsforskning, den fokuserer effekter av reformen. Jeg skal i stor grad holde meg unna evalueringene i dette kapittelet. Det blir nødvendig og naturlig å komme tilbake til dem i slutten av denne hovedfagsoppgaven. Når jeg her fremhever noen av føringene bak reformen, skal det i denne sammenheng først og fremst gi noe av konteksten for vernepleierens arbeid på det området jeg er opptatt av.

Man kan tidvis, ut fra det offentlige ordskiftet om reformen, få inntrykk av at det er noe svært gammelt og forstokket vi nå har kastet av oss. Helt slik er det nå ikke. Historien om

¹ I Bergen kommunes statusrapport for 1995 heter det at, av dem som har fått bolig utenfor institusjon og foreldrehjem er 67% i bofellesskap og «33% er egen bolig utenfor bofellesskapene». Sosial- og helsedepartementet (rundskriv I-41/95) oppgir tall for hele landet slik: 55% i egen bolig, 29% i bofellesskap med fellesareal, og 16% i bokollektiv med felles hushold. Det er ikke helt klart hva som er hva her. Jeg antar at ingen av «mine» bofellesskap hører til kategorien «bokollektiv», selv om de på to av stedene spiser middag sammen. Et av stedene jeg har vært i kontakt med er klart bofellesskap m/fellesareal etter definisjonen, men for de to andres vedk. er det slik at hver leilighet har sin egen inngang, og der det er fellesareal er dette en egen leilighet adskilt fra beboernes. I statistikken til dept. kunne de vært registrert som «egen bolig». Jeg har forholdt meg til alle tre som «bofellesskap» slik det oftest heter i Bergen, ingen av dem er bokollektiv á la «avdeling», alle har personale tilstede i personalbase.

Helsevernet for psykisk utviklingshemmede (HVPU) er kort, og dens direkte forløper, Åndssvakeomsorgens, historie er heller ikke særlig lang i Norge. Oppbygging av tjenester til mennesker med psykisk utviklingshemming er hovedsakelig et etterkrigs-prosjekt her i landet, selv om tiltak i noen grad også eksisterte før (Tøssebro,1992). De første tilbud spesielt for mennesker med psykisk utviklingshemming, åndssvake het det dengang, var pedagogiske særtiltak. Mot slutten av forrige århundre ble det opprettet en rekke skoler for «åndssvake barn», tilbudene var da til de «opplæringsdyktige» åndssvake. Tilbud til de «ikke-opplæringsdyktige» kom siden i form av pleiehjem, med Emma Hjorts hjem i 1898 og Klæbu pleiehjem i 1917. Tilbudene omfattet ikke mange, og initiativ til oppretting av flere institusjoner vakte først liten interesse i departementet. I årene etter krigen fikk vi en mobilisering for «åndssvakesaken». Denne mobiliseringen satte fokus på det man mente var en forsømt gruppe, og de krav og initiativ som ble framsatt handlet i stor grad om bygging av institusjoner (Sandvin,1994).

Med sykehusloven i 1970 ble det fylkeskommunale HVPU skapt. I løpet av de neste tjue årene ble institusjonsomsorgen bygget opp, forbedret og reformert, og til sist nedlagt og avvirket. Ansvarsreformen er et brudd med institusjonssystemet. Det er fortsatt et samfunnsansvar å bidra med hjelp og støtte den enkelte. Det som er nye tiltak i kommunene er samtidig er en fortsettelse av omsorgen for mennesker med en psykisk utviklingshemming.

Fra institusjonsoppbygging til institusjonskritikk

Grunnlaget for utbygging av institusjonsomsorgen i Norge kom med «betalingsloven» (Ot.prp.nr.57 1949) der staten garanterte for drift av institusjoner som ble godkjente av departementet. Etter krigen hadde vi knapt 500 institusjonsplasser her i landet, mens behovet var anslått til hele 6000 plasser. Det var organisasjoner og stiftelser som ble initiativtakere til mange av institusjonene som kom til i 50- og 60-årene. Veksten i institusjonsplasser var midt i 60-årene oppe i vel 350 plasser hvert år, men allerede mot slutten av dette tiåret gikk vekstraten ned. Tøssebro (1992) påpeker at nedgangen i vekst faller sammen med at fylkeskommunene overtar ansvaret for institusjonene og åndssvakeomsorgen blir HVPU. Det som vi kan kalle utbyggingsfasen fortsatte likevel fram til 1976 før utbyggingen stagnerte og antall plasser gikk svakt tilbake. Sentralinstitusjonene kom aldri over 3800 plasser til sammen. Utbyggingsfasen ble slik sett avsluttet før den nådde opp i de prognosetall som var beregnet i St.meld.nr.71:1952: «Landsplanen for åndssvakeomsorgen».

«Veldedighetens periode er forbi, og da stanser utbyggingen. På samme tid finner det imidlertid sted en betydelig endring i de politiske signalene. Fra slutten av 60-årene går institusjonsomsorgen for åndssvake over i utbedringsfasen,(..)»
(Tøssebro,1992;50)

Der en før hadde ment at sentralinstitusjonene burde være store, kom det nå synspunkt om at både institusjoner og avdelinger måtte gjøres mindre. I «Landsplanen» hadde man lagt opp til sentralinstitusjoner med 5-900 plasser. Likevel mente man at dette ikke var en heldig størrelse. Det var geografiske hensyn som likevel gjorde at institusjonene måtte bli så vidt små (Tøssebro,1992;51). Så store som det var foreslått i landsplanen ble de norske institusjonene aldri. Kritikken som internasjonalt ble rettet mot store institusjoner rammet dem likevel.

Den neste fasen i utviklingen kaller Tøssebro utbedringsfasen. Den preges av fokus på kvaliteten på omsorgstilbudet, i stedet for et ensidig fokus på utbygging og oppretting av plasser. Dette skiftet var motivert av institusjonskritikken, en kritikk som blant annet kom til uttrykk i St.meld.nr.88 (1966-67) «Om utviklingen av omsorg for funksjonshemmede». Der påpeker man det passive og isolerte ved institusjonstilværelsen, og der nevnes prinsippet om *normalisering* for første gang i offentlige dokument i Norge (Sandvin,1994;93). Også i forarbeidene til sykehusloven (Ot.prp.36,1967-68) tas det til orde for utbedringer og ombygginger på institusjonene for psykisk utviklingshemmede som fylkene nå får ansvaret for.

Prinsippet om *normalisering* var et mål og et veiledende prinsipp for endring. Det ble formulert som svar på dehumaniserende trekk ved institusjonene (Sandvin,1992 b), og kan ses som en mot-ideologi eller en negasjon til forholdene som ble avslørt (Søder,1992). For Bank-Mikkelsen, som først formulerte prinsippet om normalisering, var dette et utgangspunkt for å reformere institusjonsomsorgen snarere enn å avvikle den. Problemet man fokuserte var forskjellen i levekår mellom mennesker med psykisk utviklingshemming i institusjonene og befolkningen for øvrig. *Normalisering* satte med dette klart fokus på problemene som livet i institusjonene innebar, og tar altså utgangspunkt i en likhetstankegang. Man så likevel fortsatt behov for å organisere særlige tiltak for mennesker med psykisk utviklingshemming. I Bank-Mikkelsens formulering representerer normalisering målet om å leve så likt det normale som mulig. Nirje konkretiserer normalisering til å gjelde normal dagsrytme, årsrytme og livsrytme. Normalisering handler om levekår og livsform (Sandvin,1992 b), endringer i livsvilkårene er det viktigste (Kebbon,1992).

Institusjonskritikken er tydeliggjort i Goffmans (1961, dansk utg.1967) analyser av *totalinstitusjonen*, og i Løchens² (1976) norske oppfølger fra Dikemark. Begge disse bøkene har vært sentrale argumentleverandører til en kritikk av institusjonen som levested.

«Den totale institution er en social bastard, dels et levesamfund, og dels en formel organisation.» (Goffman,1967;18).

Det er vanlig at vi bor et sted sammen med noen, arbeider et annet sted sammen med andre, og at vi deltar i fritidsinteresser et tredje sted sammen med enda noen andre. Vi beveger oss på denne måten mellom sfærer som i liten grad overlapper hverandre. Livet i den totale institusjonen, derimot, er preget av nedbryting av skillene mellom disse livssfærene. De «innsatte» tilbringer hele døgnet i institusjonen, og har liten eller ingen kontakt med livet og menneskene utenfor. I institusjonen er dagens gjøremål punkter i et program, rekkefølgen håndheves oppefra gjennom et system av regler og ved hjelp av et personale. Dagens gjøremål og rutiner inngår i en planlagt virksomhet som angivelig vil oppfylle institusjonens mål (Goffman,1967). Institusjonenes formål kan være ulike. Institusjonen kan by på en beskyttelse og vern mot samfunnet utenfor (*levested*). Arbeidet i institusjonen kan tilsikte behandling av klienter for at de skal kunne vende tilbake til samfunnet (*behandlingssted*). Institusjonen har også en funksjon som *oppbevaringssted* for dem samfunnet vil beskytte seg mot. Goffman definerer den totale institusjonen slik:

«Den totale institution kan defineres som et opholds- og arbeidssted hvor et større antal ligestillede individer sammen fører en indelukket, formelt administreret tilværelse, afskåret fra samfunnet udenfor i en længere periode. Fængsler er et udmærket eksempel herpå, når man gør sig klart, at det fængselsagtige ved fængslerne også findes i institutioner, hvis medlemmer ikke har overtrådt nogen lov.» (Goffman,1967;9)

Tøssebro oppsummerer problemene med institusjoner som levested i tre «kollisjoner». For det første, institusjonen er en «bedrift», en organisasjon med ledelse, rutiner for arbeidsoppgaver og beslutninger, yrkesroller og kompetansekrav. Samtidig er institusjonen et hjem, et sted for arbeid eller opplæring, og et sted for fritidsaktivitet for dem som bor der. Utenfor institusjonen opplever vi å ha mange ulike roller knyttet til ulike aktiviteter og arenaer. Den formelle organisasjonen, som institusjonen er, tildeler hele tiden personen rollen som pasient, klient, beboer eller bruker, alt etter hva som i forhold til tid og sted er den

² Løchens bok er den eneste bok med dette tema på litteraturlisten i NOU 1985:34- utredningen til utvalget som foreslår avviklingen av HVPU. I sin kommentar til NOU'en kritiserer Fylkesteamet i Hordaland dette som grunnlag for evt aktuell kritikk av HVPU slik den har utviklet seg de siste årene, grunnlaget kan jo ikke være en bok «som omhandler psykiatriske sykehus tidleg på 60 talet»

gangbare betegnelsen. Det som da skjer er en «rolleberøvelse». Utenfor institusjonen har vi muligheter til å veksle mellom rollene, til midlertidig å trekke oss ut av en rolle og gå inn i en annen, til å ha ulike funksjoner i ulike roller. For institusjonsbeboeren er forventningene hele tiden knyttet til rollen som pasient, klient, beboer. Selv om en kan delta i mange slags aktiviteter på institusjonen, invaderer pasientrollen de andre rollene.

«Du gis ikke anledning til å presentere deg forskjellig; du er først og fremst pasient, uansett hvilken rolle du måtte forsøke å gå inn i.» (Tøssebro, 1992;40)

Videre skjer det en innskrenking av personlige markører, signaler en velger for å si hvem en er. I de gamle institusjonene så man uniformering av frisyre og felles klesdrakt. Selv om dette etterhvert ble myket opp eller forsvant, så gjenstod institusjonen, bostedsadressen er derved stadig en påtvunget markør. "Institusjonsbeboer" blir et særlig kjennetegn ved personen.

Privatlivet ble også innskrenket ved at en fikk påtvunget personale og medbeboere uten å kunne velge selv hvem en vil omgås der en bor, hjemme hos seg selv.

«Vanligvis er vår individualitet ivaretatt og presentert gjennom et sett av roller og markører. Når disse er fjernet eller redusert, blir vår individualitet knyttet til de rollene og markørene som står igjen som de dominerende: pasientrollen og institusjonen.» (Tøssebro, 1992;41)

I sin bok påpeker Løchen (1976) «den diagnostiske kulturen», dette tydeliggjør den andre «kollisjonen». I møtet med beboeren ser personalet ham ut fra perspektivet om behandling. Hans handlinger og utsagn blir forstått i forhold til funksjonshemmingen og de tolkes gjerne som bekræftelser på behandlingsbehovet. Personalets omtale og karakteristikk av beboerne, også «positive» karakteristikk som «han er forholdsvis høytfungerende», låner en diagnostisk språkbruk. Det er Tøssebros poeng at i kollisjonen mellom levestedet og behandlingsstedet er det behandlingsstedet som kommer til å dominere, Sandvin (bl.a. 1992) betegner dette som «terapeutisering av livsmiljøet»³. Personalet ser seg selv som behandlere, de prøver å forandre beboeren og de måler effekten av sitt arbeid i beboerens evt framgang.

«Kjedekollisjonen» (Tøssebro, 1992;42) er den tredje kollisjonen. Levestedet kommer i klemme mellom den formelle organisasjonen og behandlingsstedet. Institusjonen som levested er samtidig behandlingssted, beboerne kommer til institusjonen for å få den hjelpen som personalet er der for å gi. Verden deles i den som skal behandles og de som skal

³ formuleringen er tatt ut av en kritikk Sandvin framfører i flere artikler (1992, 1993, 1994) også mot boformene som har oppstått etter reformen

behandle. Personalet får makt og personen defineres som «pasient». Dette gir langt på veg legitimitet til at ting skjer på personalets og systemets premisser. De metoder personalet behersker og har tro på avgjør hvordan, og til hva, de gir hjelp. Faren for overgrep er stor når personen gjøres til objekt og «råmateriale» i dette arbeidet. Overgrep, sier Tøssebro, trenger ikke være uttrykk for ond vilje hos personalet, men er en følge av relasjonene «kjedekollisjonen» skaper.

Ideologiskifte fram mot ansvarsreformen

Sosialdepartementet satte ned et utvalg i 1970 (Lossius-utvalget) som skulle framlegge mål og retningslinjer for den videre utbygging av omsorgen. Tanker om videre utbygging av sentralinstitusjoner ble fremdeles satt fram, helsedirektøren mente at sentralinstitusjoner fortsatt måtte være hjørnesteiner i omsorgen (Syse,1993;81).

I utvalgets rapport, NOU 1973:25 *Omsorg for psykisk utviklingshemmede. Målsetting og retningslinjer*, uttrykkes kritikk mot den ensidige satsingen på institusjonsutbygging. Tanker om en *desentralisert integrert omsorg* ble satt fram som et alternativ. Målsettingen for omsorgen ble uttrykt slik:

«På grunnlag av det syn at den psykisk utviklingshemmede er et medmenneske, en person i utvikling, og en medborger med de samme rettigheter som andre i samfunnet, må hans behov for trygghet, trivsel og stimulering oppfylles slik at hans utvikling kan foregå optimalt. Målet for den enkeltes utvikling må være en optimal selvrealisering og integrering i en sosial sammenheng, som ikke er diskriminerende.» (Sitert i Syse,1993;82)

Den påfølgende stortingsmeldingen (St.meld.nr.88, 1974-75) målbar også institusjonskritikken og tok til orde for *normalisering* og *integrering*. I stortingets behandling av meldingen ble kommunenes ansvar presisert. Ansvar for omsorgen for mennesker med psykisk utviklingshemming ligger på lokalplanet, de ulike etater skal samordne tiltak. I det såkalte *firedepartements-rundskrivet* (Rundskriv I-2063/79) heter det:

«Det er lokalsamfunnet - gjennom det organiserte hjelpeapparat på det kommunale plan - som har ansvaret for at det blir opprettet slike omsorgsformer som psykisk utviklingshemmede i det enkelte tilfelle har behov for.»

Understrekingen av at tiltak skal svare til behov er tydelig uttrykk for en målsetting om *særlig omsorg*. «Omsorg for psykisk utviklingshemmede» er da fellesbetegnelsen på alle tjenester og tiltak der HVPU utgjør bare en fylkeskommunal andrelinjetjeneste, dvs de spesielle tiltakene som forankres i sykehusloven (NOU 1985;34, s17). Prinsippet om en

desentralisert integrert omsorg knyttes til førstelinjetjenesten, og med dette tas det første skrittet bort fra *særomsorg*stradisjonen.

Institusjonskritikken og normaliseringsprinsippet medførte store endringer i institusjonene, tiltak ble satt i verk for å motvirke totale trekk ved institusjonslivet. Tøssebro skriver at en i 70-årene så en bryting mellom tre faser (utbygging, utbedring og avvikling) i institusjonsomsorgens utvikling. Hovedvekten ble likevel lagt på utbedring, desentralisering og kompetanseøkning var tidens tegn. Man fikk mer fagfolk til institusjonene, og man tilstrebet at avdelinger fikk et mer hjemlig preg. Det ble satset på opplæring og sysselsetting utenfor avdelingene. Boformer utenfor institusjonene ble også prøvd, slik som treningsleiligheter og verna boliger i HVPU's regi. Flere steder ble det bygd nye distriktsinstitusjoner. Dette medførte også i noen grad en utflytting fra sentralinstitusjonene og tilbakeføring til hjemmemiljøet for mange mennesker med psykisk utviklingshemming.

Tross de store forbedringene i institusjonsomsorgen disse siste årene vedvarte kritikken. Sandvin (1994) mener at samtidig som kompetansehevingen var et svar på økende kritikk mot omsorgen, førte denne kompetansehevingen også til at institusjonene utviklet sine egne verdier og mål basert på en behandlingsideologi. Med dette utgangspunktet fortsatte kritikken, særlig mot adferdsterapien. «Terapeutisering av livsmiljøet» er et sentralt trekk i institusjonskritikken som var framkommet siden midten av 60-tallet. Man anså at institusjonene i seg selv var det sentrale problemet. Mindre og mindre så man det som realistisk å gjøre dem til gode levesteder.

Beslutningen om styrt institusjonsavvikling

På bakgrunn av den stadig økende kritikk mot HVPU, ble det nedsatt et utvalg (Lossius II) i 1982 som skulle foreta en faglig gjennomgang av HVPU. Utvalget la fram *NOU 1985:34 Levekår for psykisk utviklingshemmede*, der de konkluderer:

«...livssituasjonen og levekårene for psykisk utviklingshemmede i institusjonene (er) medmenneskelig, sosialt og kulturelt uakseptable.» (s12)

Utvalget fremhever at det ikke finns grunner til å skyve mennesker med psykisk utviklingshemming ut av nærmiljøene basert alene på at de har en utviklingshemming. Utvalget mente også at institusjonene er dårligere alternativ enn lokal tjenester og tilbud. Her nytter ikke forbedring lenger, utvalget foreslår en styrt avvikling av HVPU, bl.a. fordi:

«Økte ressurser til HVPU vil kunne gi marginale bedringer av livssituasjonen og levekår for institusjonsbeboere, mens tilsvarende til kommunene vil kunne gi en

radikalt endret livsform i retning av tilhørighet og medbestemmelsesrett.» (s12)

I St.meld.nr.67 (1986-87) følger regjeringen opp anbefalingen og foreslår at HVPU nedlegges og at kommunene skal gi alle psykisk utviklingshemmede tilbud «på lik linje med andre». Avviklingen av HVPU ble vedtatt enstemmig i Stortinget, det formelle grunnlag for avvilkning av HVPU gis i den såkalte *avviklingsloven* (Ot.prp.nr.49,1987-88) der målsettingen gis i §1:

«a. Å bedre og normalisere levekårene for mennesker med en psykisk utviklingshemming

b. Å legge forholdene til rette for at mennesker med psykisk utviklingshemming så langt som mulig kan leve og bo selvstendig og ha en aktiv og meningsfylt tilværelse i fellesskap med andre.

c. Å fremme avviklingen av institusjonsomsorgen for mennesker med psykisk utviklingshemming og fremme utvikling av alternative tilbud.»

Kommunene overtok ansvaret for institusjonsbeboerne fra 1.1.91, institusjonsavviklingen skulle gjennomføres innen utgangen av 1995. Staten vedtok institusjonsavviklingen, kommunene skulle iverksette den.

Et særtrekk ved ansvarsreformen er det planleggingssystemet kommunene ble pålagt å gjennomføre før ansvaret for tiltak og tjenester ble overført fra fylkeskommunen til dem. Planleggingens utgangspunkt var situasjonen og behovet til den enkelte. Det skulle utarbeides individuelle *tiltaksplaner*, planene skulle tydeliggjøre behov og utforme de nødvendige tiltak og tjenester for den enkelte. Det var dette arbeidet som skulle danne grunnlag for utvikling av et nytt, individualisert omsorgssystem. Samtidig var det tydelig at plansystemet også skapte forventninger om bedre tilbud til den enkelte. Nærpersoner, der det var mulig også personen selv, og fagfolk deltok i utarbeidingen av tiltaksplanene. I tillegg fikk brukeren en klageadgang, der klage ville utsette utflytting inntil det nye tilbudet var vurdert og godkjent av fylkesmannen. De individuelle tiltaksplanene skulle så summeres til en *virksomhetsplan* for tiltak og tjenester i den enkelte kommune. Virksomhetsplanens konklusjoner skulle få gjennomslag ved at relevante elementer ble innarbeidet i den øvrige kommunale planlegging og budsjettering (Vetvik,1992). Staten gav nærmere forskrifter til planleggingen og til utforming av tiltak og tjenester gjennom en serie rundskriv. I disse reformdokumentene uttrykkes det målsettinger og ideologiske føringer for gjennomføringen av reformen. Grepet var avvikling av institusjonsomsorgen. Visjonene handler om en ny omsorg og endrede levekår for mennesker med psykisk utviklingshemming.

Målsettinger og retorikk

Reformens intensjoner innebærer en total endring i tenkning omkring boformene. De nye boformene skal skille seg fra institusjonen ved at boligen nå har hjemmet som ideal. Det er hjelp og oppfølging som skal tilpasses til personen i hans hjem, ikke personen som skal flyttes til en bolig der det ytes et visst nivå av omsorg slik den nivåstrukturerte institusjonsomsorgen la opp til. Det forutsetter en utvikling av nye roller og prioriteringer i arbeidet. Mennesker med psykisk utviklingshemming skal

«få et eget hjem og slippe å bo på andres arbeidsplass», og «få bedre muligheter til selvråderett, innflytelse på eget liv og medbestemmelse i samfunnet» (I-0647/90).

Det kan være uklart hva som ligger i slike målsettinger. Hjemmet til den som mottar hjelp er nå likevel arbeidsplassen til den som hjelper i den tiden de begge er tilstede.

Målformuleringene representerer langt flere utfordringer enn de gir garantier om kvalitet, og man kan spørre om det ligger til tjenestenes muligheter og ansvar å realisere dem.

En del av grunnlaget for slike formuleringer kommer med endringer i hvordan normaliseringsprinsippet utlegges.

«Today, the ideology of normalization is more and more often directed towards the very definition of developmentally disabled people as a distinctive group or category, in other words, towards the very foundation for the establishment of a special care system.» (Sandvin, 1996; 194)

Søder (1992) viser hvordan det etterhvert har skjedd en ideologisering av normaliseringsprinsippet, de verdimeslige konnotasjoner av begrepet ble fokusert og det tapte tydelighet. Normalisering var i sin tid svar på et opplevd problem; livsvilkårene i de store institusjonene. Etterhvert utviklet begrepet seg til et kritisk *perspektiv* på institusjonene selv om vesentlige forbedringer faktisk skjedde. Til sist står vi overfor en *ideologi* hvis bilde av institusjonene ikke lenger helt stemmer. Normalisering og integrering framstår da som noe man enten er for eller imot. I et slikt klima kan det være vanskelig å få fremmet nyanserte forslag eller kritikk til gjennomføringen av reformen.

Sandvin (1992) påpeker at reformens mål mer har en reflekterende og legitimerende hensikt enn at de klargjør hvilke konkrete resultater en søker å oppnå. Ved å knytte målsettingene til allment aksepterte verdier skapes det tilslutning, mens konkrete formuleringer skaper rom for interessekonflikter. Normaliseringsbegrepets uklarhet tjente til å gjøre det til sosialpolitisk samlende symbol. Reformen fikk sin plass i en mer generell reformprosess i samfunnet der desentralisering og deregulering har vært sentrale element.

Reformens målsetting i meldingen, loven og rundskrivene, var tydelig: å bedre levekårene for mennesker med psykisk utviklingshemming. Hva dette konkret innebærer er ikke like tydelig.

«Målsettingene er imidlertid vage mht å antyde hvilke nivåer på levekår reformen tar sikte på å realisere, og det er innebygd «ventiler» i formuleringer som «så langt som mulig». Det er også store tolkningsmonn i formuleringer som «aktiv og meningsfylt tilværelse i fellesskap med andre.» (Sandvin, 1992; 73)

I debatten som foranlediget og fulgte reformen ble meningen i normaliseringsbegrepet av mange utlagt som *likebehandling*. Det skal ikke være særtiltak og særpersonale som forholder seg til en "diagnosegruppe". At mennesker med psykisk utviklingshemming er høyst individuelle personer ble understreket, man avviste gruppedefineringen. Andre hevdet parolen *fra særomsorg til særlig omsorg*. Utgangspunktet her var et syn om at mennesker med psykisk utviklingshemming, på grunn av sin funksjonshemming, trenger hjelp og støtte i hverdagen. Enda noen mente det hele gikk for fort og brutalt, dels mente mange at institusjonskritikken i NOUen skjød over målet, HVPU-institusjonene i 80-årene var ikke lenger typiske representanter for totalinstitusjonen.

Rundskriv fra departementet hadde ofte formuleringer som «..på lik linje med andre» og «..på samme måte som andre». Synspunktene på hva dette skulle innebære preget debattene. Hva en mener med *likhet* blir et svært sentralt spørsmål, et spørsmål om hvilke mål reformen til sist skal realisere.

Med utgangspunkt i Hernes (1980) analyse av likhetsbegrepet gjør Sandvin (1992) en analyse av likhetssiktemålet i reformen. Sandvin påpeker dilemmaet i reformen som både tilstreber det han kaller *prosesslikhet* som innebærer likebehandling, og *resultatlikhet* som, så lenge det er forskjeller, krever forskjellsbehandling. Denne spenningen utgjør en del av konteksten for praksis i omsorgstiltakene.

Reformen innebærer også målsettinger som ligger utenfor det som tjenestestystemene kan realisere:

«Reforma er eit viktig steg på vegen til eit samfunn for alle, eit samfunn som ikkje skyv enkeltmennesket eller grupper ut av dei vanlege samanhengane, men fører dei inn i eit solidarisk fellesskap med gjensidige rettar og plikter.» (St.meld.nr.67(1986-87) sitert hos Sandvin, 1993;105).

Men den «normale» virkeligheten man flytter ut i kan være både kald og hard, påpeker Kebbon (1992). Han refererer Edgertons advarsel om problemer som følger av at en «normaliserer seg til inkompetanse» (s153), at det beskyttede institusjonslivet erstattes med

en situasjon uten nødvendig hjelp og støtte. Samtidig understreker han retten til å velge et normalt hverdagsliv og til ikke å påtvinges bestemte atferdsmønstre. Også her påpekes et spenningsforhold som vil prege arbeidet i bofellesskaper.

Med reformen vektlegges det individuelle ved omsorgen og det private ved boligen. Mennesker med psykisk utviklingshemming skal ikke omfattes av noen ny særomsorg i kommunal regi, det er kommunens allmenne tjenester som skal tas i bruk. Det har da vært gjort et poeng av hvor personalets ansettes.

«Det personale som det vil være behov for, bør ikke ansettes i boligen, slik at automatiske institusjons- og klientforhold unngås. Alle bør se boliger som den enkeltes hjem.» (St.meld.47 (1989-90);11)

Det nye her er mer prinsipielt enn praktisk, det retoriske er iøyenfallende. Det kreves likevel at tjenestene organiseres slik at beboeren får hjelp etter behov av et fast og stabilt personale. Behovet for stabile tjenester har bidratt til bygging av bofellesskap, der den enkelte har sin egen leilighet, og der det også finns en personalbase. Personalet er ansatt i pleie- og omsorgstjenestene, men tjenestegjør altså i bofellesskapet.

En ny kontekst for praksis

Kirkevold (1996;66) vektlegger betydningen av *den idémessige kontekst* for praksis, hvilke verdier yrkesutøvelsen skal virkeliggjøre. Reformens mål er dels vage og uklare, i noen grad motsetningsfylte, noen favner utenfor det tjenestene kan virkeliggjøre. Målsettinger om selvråderett skaper tvil om hva personalet kan og ikke kan gjøre. Hvordan bofellesskapenes fysiske og bemanningsmessige rammer er blitt signaliserer også ideer om hvordan arbeidet skal foregå.

Byggingen av bofellesskaper møter kritikk fra ulike hold. Det er særlig to forhold som kritiseres, *felleselementene* i bruken av lokaler og selve *byggestilen*. Arkitekten Marius Berntsen (1992) snakker om «merkelappehus»:

«Disse «boligene» ligner ikke mye på hus, mest ligner de på barnehager. Men problemene er ikke om husene er stygge eller pene; problemet er at husene både viser og påvirker vår oppfatning av de som bor i dem. Hovedbudskapet er altså blitt at disse menneskene er annerledes i den grad at de ikke kan bo som folk.» (S20)

«Påtvunget fellesskap» er den andre hovedkritikken.

«Å bo i egen leilighet og samtidig ha tilgang til fellesareal gir i prinsippet gode hjembetingselser. Men fellesareal bidrar lite til internt fellesskap og åpner for kollektivisering og press om å utgjøre en gruppe.» (Dyrendal,1996;6)

Vernepleierne jeg har vært i kontakt med arbeider i tre ulike bofellesskaper. To av bofellesskapene er resultat av boligbyggingen som reformen avstedkom. Den ene boligen ligger for enden av en vei gjennom et boligområde. Beboerne går gjennom bo-området til og fra buss og butikk. I huset har hver enkelt sin leilighet, og det er et fellesområde med oppholdsrom, kjøkken, vaskerom og kontor. Vaskerommet brukes på omgang. Bare to av leilighetene her har egen inngang utenfra, tre deler hovedinngang med fellesarealet. Det som ytre sett «avslører» huset som noe spesielt er parkeringsmulighetene og mangel på personlig pregede hager. To personale er tilstede hverdager og helg og kan yte hjelp til de fem beboerne. Matlaging og varme måltider skjer i fellesarealet, brødmåltider ordner den enkelte med eller uten hjelp hjemme hos seg selv.

Det andre bofellesskapet er en mindre boligblokk i bybebyggelse, og selv om det er bygget i anledning reformen, skiller det seg lite ut fra bebyggelsen rundt. Det er leiligheter i flere etasjer, en leilighet er personalbase og fellesareal for beboerne. Alle har egen inngang til sin leilighet og de må ut for å komme til fellesleiligheten. Oftest er det 3 personale tilstede for de sju beboerne, men i helgene er det bare en tilstede om gangen. 6 av 7 beboere spiser oftest middag i fellesleiligheten sammen med personalet. Frokost og kvelds ordner den enkelte stort sett hjemme, i helgene samles de fleste til alle måltider i fellesleiligheten.

Det tredje bofellesskap er etablert i en vanlig boligblokk der også andre bor. Ytre sett er bofellesskapet anonymt ut over betegnelsen «bofellesskap» på en postkasse og en dør. De 7 leilighetene som tilhører bofellesskapet ligger alle i samme oppgang, andre leiligheter i oppgangen er vanlige familieboliger. En av leilighetene fungerer også som personalbase, samtidig som den er bolig for en beboer i bofellesskapet. Matlaging og måltider, klesvask osv foregår i hovedsak i leiligheten til den enkelte. Noen beboere spiser middag på omgang hos hverandre. Fellesskap med flere ivaretas ved invitasjoner beboerne imellom, til felles måltider og lørdagskvelder på omgang. Både personale og beboerne selv kan stå bak slike initiativ. Det er en av personalet tilstede om morgenen og i helgene, på hverdagskveldene er det to.

I en evaluering av reformen i Bergen kommune (Pedersen og Homme, 1996) påpekes det at kjøkkenet ofte ikke fyller den funksjon det er tiltenkt. Bare i det ene av disse tre bofellesskapene utnyttes kjøkkenmuligheten hos de fleste til noe større matlaging.

Alle beboerne handler i nærbutikken for dagligvarer. De fleste kan ta seg omkring i nærmiljøet. Mange bruker offentlig transport til fritidsaktiviteter og arbeid, noen har egen transport tjeneste til og fra dagsenter. Ingen har særlig omgang med naboer, deres nettverk

består av familie, støttekontakt, personale, og medbeboere, i noen tilfeller også arbeidskolleger.

Vernepleierne er i klart mindretall i personalet, de fleste av deres arbeidskolleger er hjelpepleiere og ufaglærte. Ofte er det få personale på arbeid samtidig, og selv om man er flere på huset, er personalet oftest alene hos den man hjelper. Arbeidet som må gjøres, må gjøres av dem som til en hver tid er tilstede. Det er bare noen oppgaver, som tillaging av medisiner og uttak av penger, som er regulert til få personer med formell kompetanse i form av utdanning og/eller stilling.

De ideologiske føringene i reformen uttrykker en forventning om at personalet skal tilrettelegge forholdene slik at beboeren i størst mulig grad gjøres i stand til å mestre og påvirke sin livssituasjon.

«Arbeidet stiller store krav til de ansatte med hensyn til vurderinger om når det er rimelig eksempelvis å gjøre husarbeid sammen med beboeren, om tjenesteyteren bør gjøre husarbeid for beboeren eller gi råd og veiledning slik at beboeren selv utfører de praktiske gjøremål under tilsyn og støtte.» (St.meld.nr.47 (1989-90);25)

Jeg skal etterhvert komme til hvordan vernepleierne skjøtter denne oppgaven. I det neste kapittel er temaet *yrkeskunnskap*.

-o0o-

2

Kunnskap i praksis

Om å kunne treffe begrunnede handlingsvalg

Innledning

Vernepleiernes praksis i de nye boformene tar utgangspunkt i en uklar bestilling hva mål angår, og omsorgsarbeid er alltid et usikkert foretagende som ikke helt kan begrunnes ut fra teorien. Samtidig er mistroen til profesjonene (i vid betydning) en tendens i tiden (Schön, 1983, Jensen, 1993b), det reises tvil om de besitter noen særlig kunnskap, og om evt kunnskapsbruken er til gode for brukerne.

I dette kapitlet skal jeg prøve å få fram hva jeg mener med profesjonalitet når jeg sier at vernepleierne står for profesjonell omsorg i de nye boformene. Det kjennetegnende er de profesjonelles forutsetninger for problemdefinering, og deres evne til å begrunne sine handlingsvalg. Så langt der er mulig må det prege vernepleierens arbeid at

«...he or she plans thoughtfully, acts deliberately, observes the consequences of action systematically, and reflects critically on the situational constraints and practical potential of the strategic action being considered.» (Carr & Kemmis, 1995;40)

Før jeg tar fatt på å innkretse sentrale kjennetegn videre, skal jeg holde fast på vinklingen fra det forrige kapitlet; ambivalensen i krav og forventninger i reformdokumentene. Det interessante, i samband med dette kapitlet, er Østremutvalgets (NOU 1994:8) utlegninger om kompetanse, og deres krav om en ny faglig praksis. Jeg skal se nærmere på argumentasjonen i NOUen.

En faglig praksis må ta utgangspunkt i de oppgavene som skal ivaretas. Men vernepleiernes arbeid i bofellesskapene (de nye boformene) tar utgangspunkt i en uklar bestilling knytte til reformens vage målsettinger. Det er kort veg til en underkjenning av behovet for faglig innsats i det som jo skal være alminnelig dagligliv. Dette er poeng jeg skal komme tilbake til. Arbeidsoppgavene framtrer ikke som gitte, de må finnes og formuleres. Å oppdage og formulere problemstillinger er etter mitt syn en oppgave som krever kunnskap.

Vernepleierne henter teorikunnskap og begrep fra flere vitenskapsbaserte fag og tradisjoner. Begrep må til for å begripe, teoriene utgjør en del av «linsen» som problemer og oppgaver i praksis oppfattes gjennom. Jeg skal drøfte noen forhold omkring teoretiske perspektiv.

Fordi profesjonelt arbeid i sitt vesen dreier seg om å hjelpe den fremmede...
Karen Jensen (1993;43)

På vegen til å innkretse *kyndig praksis* skal jeg hente hjelp av Rolfs (1993) skille mellom elementær og kvalifisert praktisk kunnskap («knowhow»), og av skillet Jensen (1985) gjør mellom assistent arbeid og profesjonelt arbeid. Det er med begrepet *kyndig praksis* jeg får fram sammenhengen mellom de elementer jeg alt har nevnt, og får fram noe sentralt ved det profesjonelle jeg ville gjøre rede for. I slik kyndig praksis framtrer kompetanse, jeg vil heller bruke betegnelsen *yrkeskunnskap*, tydeligst. I forsøk på å vise hvordan kyndigheten hos en vernepleier kan gi seg utslag i praksis, låner jeg begreper om *reflection-in-action* hos Schön (1983) og *connoisseurship* hos Eisner (1991). Slik får jeg fatt på hvordan vernepleieren kan tenke og bestemme seg for handling i overraskende situasjoner og relatert til det unike i situasjonen.

Til slutt i dette kapittelet vil jeg unngå å gjøre kunnskapsgrunnlaget for praksis til noe helt individuelt. Vernepleiere tenker og handler som vernepleiere i den forstand at faget og yrket legger føringer på den enkeltes praksis. Det daglige arbeidet preges selvsagt også av offentlige målsettinger og krav, og av hva den enkelte har tilegnet seg av kunnskap og erfaring.

Krav om «en ny faglig praksis»¹

Noen avviser det å betrakte mennesker med psykisk utviklingshemming som en gruppe i det hele tatt, og hevder at tjenesteyting må ta utgangspunkt i den enkeltes tjenestebehov og at tjenesten skal ikke bygges for en «diagnosegruppe». Tjenester til mennesker med psykisk utviklingshemming skal ytes av de samme faggrupper, og i hovedsak på samme måte, som til befolkningen ellers. Jeg mener at saken er mer komplisert enn det. Piet Hein² understreker også at menneskene er individer, men samtidig er jo synlighet en forutsetning for at vi setter i gang offentlige tiltak som kan by på nødvendig særlig omsorg. For policy-makerne må det vel være grupper som er i fokus. I dette ligger det selvsagt ingen forslag fra min side til forsvar for særomsorgen som er nedlagt ved reformen.

Etter som arbeidet med å realisere reformens intensjoner har pågått, er det klart at en problemstilling mange hadde fokusert i kritikken av HVPU fortsatt er svært gyldig, nemlig behov for kompetanse i arbeidet for mennesker med psykisk utviklingshemming. Det var for

¹ NOU 1994:8:s7

² **Fårene og bukkene** "At lave en primitiv filosofi med båse, som menneskene inddeles i, er en fejl, hvoraf alle folk lider. Men vi er nogle stykker, som kun kan forstå en måde at inddele menneskene på; man skal dele dem i individer."

få fagfolk, bl.a. vernepleiere, i institusjonene. Nå, når tilbud skal utvikles lokalt, er mangelen på bl.a. vernepleiere fortsatt stor. Også andre faggrupper i kommunene trenger å få kunnskap om den brukergruppen de i stadig større utstrekning vil møte i sitt arbeid. Gode tjenester til mennesker med psykisk utviklingshemming oppstår ikke ved at en bare overfører ansvaret fra særomsorgsapparatet som reformen avviker, til tjenester som tradisjonelt for det meste har beskjeftiget seg med, og har vært innrettet på, andre brukergrupper.

I NOU 1994:8 «Kompetanseutvikling i arbeidet for psykisk utviklingshemmede» er det foretatt en gjennomgang av sentrale offentlige dokumenter som berører behovet for kompetanseutvikling innen omsorg og tjenester for mennesker med funksjonshemming. Utvalget trekker fram en tilbakevendende oppmerksomhet på behovet for både kvantitative og kvalitative endringer. Mangel på fagfolk blir sett på som et problem, men det handler ikke bare om kvantitet. En antar også at realiseringen av de ulike meldingers målsettinger krever en kvalitativ forbedring av kompetansen, det trengs både ny kunnskap og nye perspektiv i tjenestene.

«Endring av rammebetingelsene krever en ny profesjonalitet, slik at det ikke utvikles en ny særomsorg på kommunalt nivå.» (NOU 1994:8;s7)

Særomsorg er faren som kompetanse skal motvirke. Utvalget understreker *personlig egnethet* som et sentralt kriterium ved rekruttering av personale til tjenestene. Kompetansekravene er store, men ikke særlig annerledes enn de lenge har vært:

«Den kompetanse som kreves for å være en god tjenesteyter for mennesker med psykisk utviklingshemming, er meget sammensatt (..) Tjenesteyteren må ha forståelse for etiske og verdimeslige dilemmaer, bred faglig viten, innøvde ferdigheter, en veltrent evne til problemanalyse, en fleksibel væremåte og god kontroll over egne følelsesreaksjoner»" (s12-13)

Praksislæring fremheves som en særlig hensiktsmessig form for kompetanseutvikling, for:

«Det er gjennom egne erfaringer en får fullgod innsikt og forståelse av utfordringene i den praktiske hverdag.» (s15)

Utvalget synes i noen grad skeptisk til formell kompetanse, det mener likevel at slik kompetanse (hos f.eks. vernepleierne) må omsettes til et konkret og individualisert tilbud til den enkelte (brukeren, beboeren). Ambivalensen mellom en noe naiv overidentifikasjon med reformens intensjoner og ønsket om å definere kompetansebehov i det nødvendige omsorgsarbeidet kommer til uttrykk. Kompetanseoppbygging er nødvendig, mener utvalget. De ser det som problematisk at «faglært personell» i for liten grad arbeider i direkte kontakt med brukerne (s31). Men samtidig mener utvalget at fagpersonalet ofte står i veien for

beboerne, det viktigste er heller å trekke seg tilbake, sier de (s19). På underlig vis gjøres «fagfolk» til et sentralt problem. Mens det heller er slik at arbeidets karakter innebærer noen dilemma som personalet, fagfolk eller ikke, må balansere i forhold til.

På flere vis kan det være en kulturkollisjon når målrettet og metodisk omsorgsarbeid skal utøves i andres hjem (Jensen,1990). Hjemmet er tradisjonelt arena for privat omsorg, noe som kjennetegnes ved at omsorgen er spontan, intim, spesifikk og personorientert. Den profesjonelle omsorgen framstår som tjenester; planlagt, distansert, regelstyrt og oppgaveorientert. Å forkaste det profesjonelle arbeidet når arenaen blir personens eget hjem er likevel et feilslag.

«Det er imidlertid et sosialromantisk mistak å tro at omsorgsproblemene kan løses med mekanisk å overføre og benytte privatlivets omsorgsmodeller» (Jensen,1990;12)

Dilemmaet mellom formynderi og unnlattelse er sentralt og, som også utvalget er inne på, balansen kan være vanskelig å finne. Anklagen om formynderi var sentral i institusjonskritikken, det er denne grøften en vil unngå. Unnlattelsen kan være et resultat av frykten for formynderiet, men kan paradoksalt nok føre til nettopp formynderi til slutt. Dersom omsorgen svikter resulterer det i krise. Når krisen blir akutt kan intervensjonen fort preges av formynderi. Det er heller ikke bare i den store sammenheng at dette dilemmaet gjør seg gjeldende, i de mange daglige situasjoner må balansen finnes.

Det praktiske omsorgsarbeidet er preget av det vi kan kalle en *handlingstvang*, praksis er et løpende samspill med andre mennesker. I de praktiske hverdagssituasjonene er det ikke alltid mulig å vente med å handle til en har definert premissene klart, formulert ut problemstillingene som gjelder og overveid alle alternativ. En kan ikke trekke seg tilbake til «tegnebrettet», beslutninger må tas. Å kunne balansere usikkerheten og ikke havne i handlingslammelsen er viktige sider ved den profesjonelle yrkeskunnskapen. Det er teoretisk og praktisk kunnskap, og erfaring som må gi basis for handlingsvalg.

«Hver situasjon krever (..) egen refleksjon og en evne til å finne reaksjonsmåter som passer til den spesifikke situasjonen en står opp i. (..) å se allmenne og prinsipielle trekk i enkelt hendelser samtidig (..) å ta hensyn til det spesielle.» (Jensen,1985;47)

Når kompetanse diskuteres i NOUen, handler det om definisjoner som «formell» og (noen ganger nærmest i motsetning til) «reell» kompetanse. Det første er den vitnemåldokumenterte kompetansen, det andre er den antatte kompetansen yrkesansienniteten bringer. Østrem (1994) avviser denne diskusjonen og foreslår heller at en tar utgangspunkt i hva slags kunnskap som er nødvendig i feltet, hos dem som skal være profesjonelle yrkesutøvere

overfor mennesker med psykisk utviklingshemming. Østrem utarbeider en modell for kompetanseutvikling på grunnlag av innholdskomponenter han mener må vektlegges. Jeg skal la modellen ligge og nøye meg her med å trekke fram noen av de innholdskomponentene han beskriver, momenter som må prege yrkeskunnskapen.

Det ideologiske grunnlaget for arbeidet, mener han, må være respekt for individet og tilslutning til en likeverds ideologi. Den som skal arbeide med mennesker med psykisk utviklingshemming skal ha en innlevelse i den enkeltes situasjon og være på hans "parti". Østrem mener det er et ufravikelig krav at grunnlaget for handling hentes her. *Målgruppe-empati* skal prege en yrkesetisk holdning som verner mot overgrep. Han gjør et poeng av å skille mellom målgruppe-empati og målgruppe-sympati fordi sympatien kan fungere undertrykkende. For den som blir gjenstand for «gode gjerninger» vil ha vanskelig for å oppnå en likeverdig status.

Til yrkesrollen trengs en *profesjonell identitet*. Fagfellesskapet kan utgjøre et kollegium for gjensidig støtte til profesjonalitet. Her handler det om å anerkjenne verdien i, og betydningen av, yrkeskunnskapen. Det handler også om å unngå ideologiske kortslutninger³ der en setter likhetstegn mellom tilstand og person. Et kritisk forholdningsett til «viten» må sikre at forståelsen ikke ender ut som «trosretning». Om metoder absolutteres får Østrem rett i sin kritikk om at *metodestereotypi* (s53) er et typisk trekk i arbeidet med mennesker med psykisk utviklingshemming. *Viten og forståelse* knytter Østrem til teoretiske kunnskaper, vitenskapens områder. Jeg er enig i hans poeng om at vi trenger «viten» for å kunne forstå den psykisk utviklingshemmede og hans situasjon. Men det kan være vanskelig å få til en syntese av, eller velge mellom, de mange mulige perspektiv. Den teoretiske kunnskapen omhandler det generelle (kategorikunnskap⁴), vernepleieren skal kunne bruke dette i oppbygging av en forståelse av en faktisk person og hans situasjon (individkunnskap). Dette skal selvsagt ikke innebære at relasjonelle forhold tapes av syne.

Sentralt i yrkeskompetansen er et *handlingsteoretisk aspekt*. Den som handler må også forstå det som skjer og kunne begrunne handlingen, metoder kan ikke hentes ut fra ingenting. Forståelsen som komponent i yrkeskunnskapen bygger ikke bare på teoretisk kunnskap, men også praktisk kunnskap og kyndighet vunnet gjennom erfaring. En praktisk

³ "Det syke er mindre verdifullt enn det friske | *Den syke er mindre verdifull enn den friske*" (s50) osv

⁴ Jeg skal ikke gjøre mye ut av skillet mellom kategorikunnskap og individkunnskap, jeg kommer tilbake til det i kapittelet om lydhørhet og godt kjennskap (kap5).

tilpassing av metoder til situasjoner er nødvendig, til det kreves også *reelle ferdigheter* og ikke bare viten om grunnreglene.

Hva består arbeidet i?

Jeg er enig med Østrem i at det er kunnskapselementene mer enn kompetanse-definisjonene som er det interessante. For å nærme meg hva slags kunnskap det er tale om, skal jeg først resonnerer omkring arbeidets art.

Jensen (1993) påpeker at *omsorg* ikke er noe som kan frambringes på bestilling.

«*Care, (...) is a state, or mode of being, that resists command or instruction.*» (s346)

Hun hevder at ferdighetstrening i dydbegrunnet⁵ handling er til fånyttet, men mener likevel ikke at omsorg ikke kan læres og prege profesjonell praksis. Tvert imot, hun hevder at profesjonelle helsearbeidere må sette omsorg på dagsordenen, og vise at omsorg både kan og må prege faglig utvikling.

Både i denne artikkelen og annet steds (Jensen,1993b) går hun inn for at studentenes egne livserfaringer må trekkes inn i utdanningssammenhengen. Men hun påpeker også at hverdagslivets kunnskaper og forståelsesformer ikke er tilstrekkelig grunnlag for profesjonell praksis. Den familie- og intimitetsbaserte kunnskap strekker ikke til når oppgaven blir å hjelpe den fremmede, nettopp det som er profesjonell praksis. Det er større distanse i relasjonene i de profesjonelle sammenhengene enn den personlige intimitet som preger private relasjoner. En forutsetning for at medfølelsen fører til adekvate handlinger, og ikke til handlingslammelse, er at de affektive reaksjonene er kontrollerte. (Dette var også et moment i Østremutvalgets krav.)

Det er likevel problematisk at den normbaserte kunnskap fra livsverden synes devaluert i forhold til vitenskapelig og instrumentalistisk kunnskap. I sin avhandling viser Jensen (1992) en utvikling mht kunnskapsbruken hos personale i nye bofellesskap. I utgangspunkt, da boligene startet opp, førte fokuseringen på at en nå arbeidet i beboerens hjem til at hverdagslivets kunnskap preget arbeidsformene. De kulturelle signal som hjemmet innebærer gjorde at yrkeskunnskapen, som ble ansett som *institusjonskunnskap*, på et vis ugyldig. Det opplagt positive i dette handler om tilpasning til beboernes preferanser og ønsker, men det viste seg likevel at hverdagskunnskapen ikke var grunnlag nok til å løse de

⁵ Rett handling preges, iflg Aristoteles, av dyd. Noen mener da at vi kan trene studenter til å handle etter prosedyrer vi mener å være i overensstemmelse med de rette dyder, og at studentene (de kommende omsorgsarbeiderne) på denne måten vil lære å handle "rett" i sin praksis.

problemer som en etterhvert ble oppmerksom på. Å trekke yrkeskunnskap inn igjen i praksis ble nødvendig. Samtidig innebærer fokus på hjemmet en mulighet til å overskride institusjonskulturen som har preget omsorgen. Jensen mener det må skapes en dialektikk mellom de rådende profesjonelle omsorgsmodeller og privatlivets bo- og omsorgsmodeller,

«...mellom de to formene for omsorg som idag lever side om side i vårt samfunn og som uintegreerte bilder i vårt sinn.» (1992;130)

Hva består arbeidet i de nye boformer, den hjemmebaserte omsorgen, i? Dette kan se ut som et enkelt spørsmål, men svaret må omhandle mye. Når vernepleierne følte at det ufaglærte personalet ikke helt forstår «hva det kommer an på», bemerker Jensen (1987) at det jo «kommer an på så mye» (s44).

Arbeidet i den hjemmebaserte omsorgen er i liten grad differensiert og spesialisert, og slik bemanningssituasjonen ofte er, blir mange gjøremål også utført av personale uten spesialkompetanse. Reformens retorikk tok ofte utgangspunkt i det alminnelige ved dagliglivet. Det kan da være fort gjort å bagatellisere oppgavene som hører til dagliglivets alminnelige situasjoner, og lett for å underkjenne behovet for, og betydningen av, faglig tenkning knyttet til dem. Arbeidet foregår på en arena, og er knyttet til aktiviteter, som ligner det som tradisjonelt har vært kvinners arbeid i hjemmet. Det kan hemme anerkjennelsen av behovet for profesjonelt personale til dette arbeidet.

«Kvinner gjør litt-av-hvert, mens det framstår som lite verdt» (Dahle,1992;18).

Men de praktiske, alminnelige og tilsynelatende trivielle oppgavene er også fundamentet for arbeidet med å bidra til å dekke beboernes behov, og for å bidra til å øke graden av selvstendighet og selvbestemmelse hos dem. *Tilpasset hjelp* er et nødvendig utgangspunkt i dette arbeidet, da må det også avgjøres hva som er tilpasset hjelp. I situasjonene må det avgjøres hva slags og hvor mye hjelp som er nødvendig. Dette er den sentrale problemstillingen for vernepleierne i bofellesskapene. For å avgjøre hva som er tilpasset hjelp er kunnskap nødvendig, og tross kunnskap gir det ikke seg selv.

«...Most suitable will of course depend on what the need of the individual is, as well as the bias of who decides what is suitable. And these needs will change with time, circumstances, and the individual's own characteristics.» (Crissey sitert i Landesman-Dwyer, 1981;224)

Praksis presenterer seg ikke som tydelige problem egnet for instrumentalistisk løsning. Det ubestemte ved praksis, verdikonfliktene og det usikre og unike ved situasjonene, gjør at «problemet» kan være vanskelig å avgrense.

«...the problems of real-world practice do not present themselves to practioners as well-formed structures. Indeed, they tend not to present themselves as problems at all but as messy, indeterminate situations.» (Schön, 1991;4)

Det er heller ikke mulig å slå opp problemet i boken og så implementere «rett» løsning. Omsorgspraksis og pedagogikk er ikke pragmatisk ingeniørarbeid, de faller forbi normene for teknisk-rasjonelle løsninger - mål/ middeltenkningen der løsninger avledes mer eller mindre direkte av teorien, der teorien er lik med kunnskap basert på nøyaktig gjennomførte eksperimenter (Skjervheim, 1992). I sin praksis må vernepleieren avgjøre både hva situasjonene innebærer og hvordan hun skal handle i sammenhengen.

Teoretisk kunnskap

Ulike kunnskaper og forståelsesformer påvirker praksis ved at de preger våre oppfatninger av hva det er som skjer, de gir perspektiv som kan legges til grunn for handlingsvalg i de praktiske situasjonene. Jeg har vanskelig for å forestille meg at *et* gitt perspektiv skulle være tilstrekkelig til å fange inn alle de faglige utfordringer som yrkespraksis, med de mange forskjellige situasjoner og ulike oppgaver, byr på. Vernepleieren må kunne gjenkjenne og forstå de allmenne og prinsipielle trekk ved de spesielle situasjonene som oppstår i praksis. Hennes begrunnelser for handling skal ha sine røtter i gyldig kunnskap. Begrepene og teorikunnskapen er nødvendige redskap i det profesjonelle omsorgsarbeidet, for som Rolf (1993;20) så riktig påpeker: *«Har man inte begrepp så ser man semre»*.

Ulike faggruppers «claim to fame» handler om å framstille seg som mer eller mindre enerådende eksperter på et yrkesområde, med spesifikk og helst vitenskaplig utviklet kunnskap. Samfunnsmessig annerkjennelse er størst for yrker som mest framstår slik, og den avtar ettersom arbeidsområdet synes forståelig ut fra alminnelig sunn fornuft (Jensen, 1993). Dahle (1992) påpeker at leger og jurister har klart å framstille det som om deres fag hviler på et enhetlig kunnskapsgrunnlag, og at de også har klart å overbevise andre om det. Sosialarbeid, på den annen side, er et «litt-av-hvert fag» skriver hun. Men som sykepleierne med «sykepleieteorier» og sykepleievitenskap, har sosionomene med «sosialt arbeids teori» gått lengre i en slik profesjonaliseringsstrategi enn vernepleierne. Felles for disse tre, statusmessig sett, «lavere» profesjonene er likevel deres kunnskapslån fra andre fag, og det at de ikke har ressurssterke brukergrupper som kan bekrefte kunnskapens status og dens nødvendighet.

«Det var en pris å betale for sosialt arbeids mangfold, idet det faglige grunnlaget

framstod som uklart og lite avgrenset.» (op.cit;16)

«Sosialt arbeid» kan erstattes med «vernepleie», poenget er det samme.

Ved å hente kunnskap fra ulike fag, henter vi også forskjellige, ofte konkurrerende, måter å avgrense problemstillinger på (Jensen,1985). Vi har å gjøre med ulike utsynspunkt (perspektiv) hvorfra vi ser på mennesker og deres liv. De medisinske fag har sitt utgangspunkt i en somatisk årsakstenking og fokuserer individet; feil skal identifiseres, kureres eller kontrolleres. Sosiologi gir oss, for eksempel, et utsyn på bofellesskapet som system og som del av en organisasjon; samhandlingsmønstre kan beskrives i termer av status, roller og makt. Atferdspsykologi fokuserer det manipulerbare ved personens adferd, andre grener av psykologien fokuserer intrapersonlige prosesser og tilstander. Selv om disse eksemplene nærmest er karikeringer, er poenget likevel at de ulike fag som vi kan gjøre bruk av for å belyse en situasjon, hver for seg «ser» noe forskjellig i en og samme situasjonen. Det er fordi vi, med utgangspunkt i ulike fag og tradisjoner også *ser etter* ulike signaler. Begrep og perspektiv fra fagene fanger inn forskjellige sider ved praksis..

Klok praksis i uklare situasjoner er avhengig av hvordan vernepleieren klarer å oppfatte og definere situasjonen. En eller annen form for analyse er involvert, hva enten den gjøres eksplisitt eller intuitivt. Vernepleierens evne og vilje til vurdering blir da sentral. Med et begrenset perspektiv, en favoritt tilnærming, kan en komme til å overvurdere det som bygger opp om en bestemt tolkning og undervurdere det som tyder på noe annet.

«Gode kliniske vurderinger er truet av to forhold (..):

- favorisering av bestemte hypoteser og

- for tidlig aksept eller forkastelse av en diagnostisk hypotese»

(Kirkevold, 1996;58)

«Diagnostisk hypotese» sikter ikke her til medisinsk diagnostikk, men er brukt i betydningen å klarlegge hva som er problemet i situasjonen. Kunnskap og erfaring er sammen «linsen» problemet oppfattes gjennom.

Praktisk kunnskap

Teoretisk kunnskap er å vite *at*, praktisk kunnskap er å vite *hvordan* («knowhow»), å kunne gjøre. Praktisk kunnskap er evne til å handle med vilje, eller etter en norm, en rettesnor for hvordan noe skal gjøres. Praktisk kunnskap er å handle rett, iallfall på bedre heller enn på dårlig vis.

«Know how är förmåga att handla i enlighet med riktlinjer i form av sociala regler,

kvalitetskriterier, värderingar eller standards som man internaliserat. Dessa riktlinjer bäres av aktörer, grupper, institutioner, organisationer, traditioner eller samhälle.» (Rolf, 1993;30).

Retningslinjene det her snakkes om, er ikke nødvendigvis regelformuleringer (f.eks. prosedyreregler, metodetekniske trinn-for-trinn), Rolf skiller ikke mellom regler og mål i denne sammenhengen. På denne måten vil ambisjonen om *tilpasset hjelp* være å betrakte som en slik retningslinje. En regelstyrt (*reglerat*) praksis kan også foregå uten at retningslinjer er gjort eksplisitt. Som vi skal se etterhvert, følger vernepleiernes arbeid med å hjelpe beboerne i praktiske dagligsituasjoner en systematikk som går på å *ramme inn* oppgaver og å *gi handlingsrom* til at beboeren kan løse dem. Disse begrepene er en følge av min analyse, de er ikke direkte formulert i vernepleiernes egne utlegninger som retningslinjen for praksis.

Reglene, slik vi snakker om dem her, er ikke absolutte. En dyktig praktiker vil oppdage unntak og kunne tilpasse reglene til situasjonen. Men overser man reglene, fordi man er ny og usikker eller av ukyndighet, blir resultatet ofte dårlig.

Rolf skiller mellom *elementær* og *kvalifisert* praktisk kunnskap, dvs han bruker betegnelsene som ekstrempunkter i en beskrivelse av praktisk kunnskap. Jeg låner hans oppstilling:

«Elementär praktisk kunskap

Kunskapsutövningen kan styras av strikta regler. Regelarna kan anges ganska entydigt.

Kunskapen ger förmåga att lösa rutinuppgifter i en förutsebar och stabil miljö

Kunskapen förmedlas i form av forskrifter och information som täcker de situationer som uppträder.

Föreskrifter kan utfärdas genom en central, specifik auktoritet, som sörjer för innovationer och nytolkningar.

Kvalifiserat praktisk kunskap

Kunskap vilar på regler som är vaga, svårformulerade och mångetydiga och som måste anpassas til situationen

Kunskapen förutsätter eget nytänkande vilket i sin tur beror av andras nytänkande. Området är svårforutsebart och instabilt.

Kunskapen måste förmedlas delvis genom verkliga exempel, som pröver den kunskapen mästaren förmedlar.

En generell och diffus auktoritet uppstår genom individers koordination i fråga om övervakning och bedömning

Endast auktoriteten fötutsätts ha den kunnskap och normativa auktorisation som erfordras för innovation och nytolkning.

Kunnskap och normativa auktorisation för innovation och nytolkning är spridd bland kunnskapsutövarna.

Individens kunnskap består i att han inordnar sig under de strikta reglerna.

Individens kunnskap och auktorisation vilar på professionellt samvete, som förenar innovation och kritik.»

(Rolf, 1993; 33-34).

Disse to ulike nivå samsvarer langt på veg til skillet mellom *assistentarbeid* og *profesjonelt arbeid* slik Karen Jensen (1985 og 1993;33ff) utlegger det. Jensen vektlegger evnen til *kritisk refleksjon* som det mest sentrale kjennetegn ved det å være profesjonell. I dette kritiske, hevder hun, ligger et vern mot vilkårlighet og vanens makt. I det profesjonelle arbeidet er det en sammenheng mellom utførelse og forståelse, begrunnelsen er sentral.

For assistenten stiller det seg annerledes. Han har kunnskap og evne til å følge prosedyrene, men innsikten bak dem (rasjonalen) er det andre som besitter. Beslutningen og tiltakets form og iverksettelse er det andre som står for. Assistenten utfører prosedyrene (i vid betydning). Når en mangler tilstrekkelig innsikt til å korrigere sine handlinger underveis, ettersom situasjoner oppstår og/eller utvikler seg, får arbeidet et mekanisk preg. Elementær praktisk kunnskap er resultat av en første ordens læring, man lærer seg et gitt handlingsreportoar svarende til retningslinjene for en praksis. Forstår en ikke de underliggende prinsipp, da blir forvirringen stor om en møter uventede eller nye situasjoner og man er ikke i stand til å gjøre tilpasninger der de hører hjemme. Faren for at praksis blir noe mekanisk er da tilstede.

Kvalifisert praktisk kunnskap forutsetter, ifølge Rolf (1993), tilpassing til foranderlige og flertydige regler. Han knytter praktisk kunnskap og refleksjon sammen til begrepet kompetanse. Når praktisk kunnskap og refleksjon finns forent hos en person, eller i et samarbeid mellom personer, da snakker vi om kompetanse sier han. Siden kompetanse kan utlegges fra ulike vinklinger og definisjoner (jfr NOU1994:8), skal jeg heller bruke *yrkeskunnskap* som samlebetegnelse. Yrkeskunnskap muliggjør en forandring av praksis ved hjelp av refleksjon og kobling til teorikunnskap. Det særegne ved yrkeskunnskapen er den reflektive prøving av både teoretisk og praktisk kunnskap som foregår, og som stadig er utgangspunkt for endring av praksis. I dette ligger enn andre ordens læring, man har lært å lære.

Kyndig praksis

Praksis hviler ikke på reglene alene, for en regel selv uttrykker ikke hvordan den skal brukes. Jensen (1993) påpeker, med utgangspunkt fra Wittgenstein, at teoriene ikke inneholder anvisninger om sin egen bruk. For å ta teorikunnskapen i bruk på forstandig vis kreves det da bruk av skjønn. Flere innsiktsformer settes i spill, ikke bare de intellektuelle, analytiske, men også intuitive og følelsesmessige innsikter virker inn.

«Taus kunnskap» eller «fortrolighets kunnskap» utlegges ofte som motstykke til teorikunnskap (eller «påstandskunnskap» som noen kaller det) når omsorgsfagene søker sin egen kunnskapslegitimitet i forhold til de fagene de som «låne-fag» har vært avhengige av for teorikunnskap. Til en viss grad er dette et opprør, iallfall en motstand, mot akademisering som innlemmingen i høgskolen har kostet yrkene. Rolf (1993) velger heller å snakke om *tyst kunnskapande*» for å få fram kunnskapens tause *funksjon* i handling. Han avviser derved å gjøre taus kunnskap til en slags særlig verdifull kunnskap (kunnskapsform).

«Tystheten är en funktion hos kunskapen när vi förlitar oss på den i aktiviteter. Det är funktionen som är «tyst», inte nödvändigtvis de underliggande kunskaperna.» (Rolf, 1993;41)

Praksis er likevel, som jeg har vært inne på tidligere, i liten grad «anvendt vitenskap» i den forstand at praksis avledes mer eller mindre direkte av teorien. Det er viktig ikke å forveksle kunnskap *om* et område med praktisk kunnskap *i* et område. Men det er en balanse her, uten en verdsetting av begrepene og teorien er faren tilstede for en romantisering av praktisk «erfaring». Jeg bruker klammer her for å markere en forskjell mellom en forståelse av erfaring som blott og bare en funksjon av tiden som går, og en forståelse av erfaring som resultatet av refleksjon over forventninger til og opplevelser i praksis. Jeg vil ha fram forskjellen mellom «fartstid» og erfaring.

«Experience implies (..) that there is a dialogue between what is found in practice (..) and what is expected. It is a transformation or refinement of preconceived notions or theory.» (Benner & Wrubel, 1982;11)

Samspeillet mellom teori og praksis er i noen grad gjensidig slik at det ene lokker fram refleksjoner over det andre, det er et dialektisk forhold mellom de to.

I en praksis der den tause bruk av kunnskap undersøkes gjennom refleksjon, der har vi kunnskap som en prosess - kunnskaping foregår (Rolf, 1993). Slik bedres yrkeskunnskapen. Dale (1992;43) påpeker at en må ha lært seg å tenke med begrep som kan fastholde erfaringene for at erfaringsbasert innsikt kan oppstå. Det å være utdannet innebærer ikke bare å vite *hvordan*, men like mye å vite *at*. Ikke bare ferdigheter, også forståelsen er nødvendig

(Peters,1992;119ff). Peters ser utdanning som *innvielse*, en innvielse i aktiviteter som i seg selv er verdifulle og som karakteriseres av en bred forståelse. Utdanning, slik han ser det, er da de prosessene som innvier i tradisjonene. Her ligger det en mester-svenn-tenking under, det store resultatet er skjønnet,

«Dømmekraft,(..), er den siste blomst av mye erfaring.» (s125).

Sammenhengen mellom kyndighet og erfaring, slik erfaring er utlagt over, synes opplagt. Patricia Benner (Benner & Wrubel,1982, Benner,1984) har undersøkt og beskrevet *kyndig praksis*. En del av hennes utgangspunkt var at dette hadde vært et oversett område, oversett fordi erfaring ikke verdsettes slik som vitenskapsbasert kunnskap.

Kyndighet kan synliggjøres i en sammenligning mellom nybegynnerens og ekspertens måte å bruke sin kunnskap. Benner fant at en nybegynner må bygge opp sitt bilde av en klinisk situasjon gjennom bevisste analytiske handlinger. Eksperten kan forholde seg til, og være opptatt av, *aspekter* ved situasjonen. Aspekter, sier Benner, kan ikke beskrives på en kontekstfri måte, for det er ikke tale om håndfaste og målbare egenskaper, gjenkjennelsen bygger på erfaring og forståelse for situasjonen. Eksperten har opparbeidet seg en lydhørhet (*perceptual awareness*) som gjør det mulig (*the skill and the option*) å gripe og begripe situasjonen som en helhet, en gestalt. Denne evnen er bare mulig å oppnå etter erfaring med/i mange situasjoner.

Også i praktisk handling ser en forskjell på nybegynneren og eksperten. Med erfaring er det mulig å tilpasse sine handlinger og prosedyrer til situasjonen slik den er og slik den utvikler seg. Mens reglene, trinn-for-trinn arbeidet, er avgjørende for nybegynneren for at handlingen skal være under kontroll. Det medfører samtidig en konsentrasjon som i noen grad kan stenge ute subtile signaler om noe uventet eller nyanser i responsen fra den en samhandler med.

Benner går grundig inn i forskjellene og beskriver, med utgangspunkt i brødrene Dreyfus sin modell, en trinnvis utvikling fra nybegynner til ekspert. Hun tar også med at ekspertise er ikke noe man en gang oppnår og så alltid har, vedlikehold i praksis er avgjørende. Det fører videre enn det som er nødvendig i min sammenheng å referere henne utførlig på disse punktene. Det viktige her er den erfarne praktikers evne til å lese og handle i situasjoner. Improvisasjonen i de praktiske situasjonene kan tydeliggjøres også ut fra idèen om refleksjon-i-handling.

Den reflekterende praktiker.

«It is easy to forget that situations never repeat themselves, there is always something new to be mastered.» (Reynolds sitert i Pappell & Skolnik, 1992;21)

Det er med utgangspunkt i avvisning av at praksis kan avgrenses til teknisk-rasjonelle handlingsprosedyrer at Schön (1983,1991) peker på den reflekterende praktiker. Han understreker en refleksjonsprosess som går for seg i handlingen, kunnskapen både finnes i handlingen og skapes der. Flere (f.eks. Rolf,1993, Engen, 1994) avviser denne tankegangen i det de mener at det bare kan være tale om refleksjon over praksis, og at refleksjonen er adskilt i tid og rom fra praksisopplevelsene. Jeg skal likevel trekke fram noen poeng fra Schön for å sette lys på den løpende improvisasjonen som går for seg i mange praktiske situasjoner.

«Professional practice is often dominated by nontechnical, nonrational processes, such as the insightful identification of problems and the creative search for innovative action compatible with the complex, uncertain, unique dimensions of a particular situation.» (Pappell & Skolnik,1992;19)

Handlingens utgangspunktet er ofte først spontane, rutiniserte reaksjoner til situasjonen. Mye av vår kunnskap er kunnskap-i-handling (se også Molander, 1993), Rolf brukte betegnelsen *knowhow* og Schön snakker om *knowing-in-action*. Her bruker de noe ulike begrep på det samme fenomen. I vår sammenheng kan jeg, for eksempel, trekke fram det å «lese» kroppsspråk, det gjør vi uten bevisste analyser av hva beboerens bevegelser og holdninger signaliserer. Vernepleieren handler videre ut fra sin oppfatning av situasjonen og den andre.

Handlingen som situasjonsoppfatningen resulterer i påvirker i sin tur situasjonen, og «[t]he situation talks back» (Schön,1983;132). I denne samtale med situasjonen forgår en spiralbevegelse gjennom vurdering, handling og revurdering. Dette er *reflection-in-action*, en slags "thinking on one's feet". Praktikerer bygger samtidig opp et repertoar av eksempler, bilder, tolkninger, forståelsesformer og handlinger gjennom sin praksis. *Reflection-in-action* bygger på å gjenkjenne trekk ved situasjonen som gjaldt i andre situasjoner før. Å gjenkjenne at situasjonen ligner, åpner for å handle på lignende vis. Lignende, ikke likt. Det foregår en eksperimentering på stedet.

«A skilled performer adjusts his responses to variations in phenomena. In his moment-by-moment appreciations of a process, he deploys a wide-ranging repertoire of images of contexts and actions.» (Schön,1991;29)

Slik refleksjon-i-handling benytter intuisjon, tidligere erfaring og teoretisk kunnskap. Det er en tilpassing til situasjonen som går for seg, en modifisering av inngrep og handling.

I vår sammenheng er det ikke bare «situasjonen» som byr på tilbakemelding. Beboerne i bofellesskapet er handlende aktører som både direkte og implisitt preger samhandlingen. Vår tids fokus på brukermedvirkning er et viktig korrektiv til praksis. Samtidig er det noe problematisk ved brukerperspektivet som understreker et slags kundeforhold til tjenestene. Det spørres om det er grunnlag for å kreve av beboerne at de opptrer som bevisste forbrukere av omsorgstjenester. Spenningen mellom ambisjoner (f.eks. i formulerte mål) og opplevelser i situasjonen inngår i tilbakemeldingen. Det er ikke bare handlingen, men og den idémessige kontekst som møter den konkrete situasjonen. Ofte kan det være problematisk, på grunn av beboerens språklige ferdigheter eller tvetydigheter ved situasjonen, å identifisere beboerens ønsker og behov.

«Connoisseurship»

For at ikke praksis skal utarte til fastlåste mønstre og det Østrem (1994) betegnet som metodestereotypi, må person og situasjon møtes med en lydhørhet fra vernepleierens side. Denne evnen bygger på velutviklet yrkeskunnskap. Eisner (1991) bruker uttrykket *connoisseurship*⁶. Riktignok er han opptatt av forutsetninger for kvalitativ forskning, men jeg skal likevel låne noe av hans utlegging.

«The ability to make fine-grained discriminations among complex subtle qualities is an instance of what I have called «connoisseurship». Connoisseurship is the art of appreciation.» (s.63)

Appreciation skal forstås (Websters dictionary) i betydningen *critical notice*. «*To appreciate is to exercise wize judgement, delicate perception, and keen insight in realizing the worth of something*». På norsk har vi begrepene vurdering, verdsetting, skjønn og forståelse.

Perceptivity er enda et begrep som inngår her. Det betyr «*having or showing keenness of insight, understanding or intuition*» (ibid).

Connoisseurship leder tanken hen på vinkjenneren, og det er nettopp denne Eisner bruker som eksempel i sin utlegging. Han forteller om nyanser i smak som har sitt utgangspunkt ikke bare i hvilken drue det er tale om, men også mange og komplekse forhold

⁶ Eisner gir ikke henvisningen, men Polanyi bruker dette begrepet for å betegne dem som har ferdigheter som ikke lar seg redusere til objektive målekriterier. Det er tale om kvalitative og helhetlige «ekspertvurderinger». (Benner & Wrubel,1982;12)

knyttet til produksjonen og modningen av vinen. I vinsmakingen kreves kunnskap i tillegg til oppmerksomhet på det en sanser.

«Our connoisseurship of wine is influenced by more than our ability to differentiate the subtle and complex qualities of the wine we taste and to compare them in our sensory memory with other wines tasted. It is also influenced by our understanding of the conditions that gave rise to these qualities.» (Eisner,1991;64)

Det viktige poenget her er at vi kan innrette vår oppmerksomhet mot noe med utgangspunkt i kunnskap om dette noe.

«Knowledge of the antecedent factors can serve as a guide for searching for the qualities to be experienced. Which of these we emphasize depends upon what we want to use the experience for.» (s65)

Han fortsetter med å påpeke at våre ideer om noe, det vi mener å vite om dette noe, preger hvordan vi ser på det. Vanligvis, sier han, vil kunnskapen fremme og utvide vår oppmerksomhet og bidra til en differensiert forståelse av situasjonen. Men kunnskap kan også begrense perspektivet, for fagfolk har lært å se med «fag-øyne» (Kuhn,1970). Praksis går for seg i visse sammenhenger og handler om visse oppgaver.

«A professional practioner is a specialist who encounters certain types of situations again and again.» (Schön,1983;60)

«Knowing-in-practice»

Praksis representerer en yrkesspesifikk måte å fokusere og møte problemer og utfordringer i arbeidsfeltet. Flere av mine informanter var inne på dette at ulike yrkesgrupper har ulike tilnærminger til, og fokus på, hverdagsoppgavene som inngår i omsorgen for mennesker med psykisk utviklingshemming.

Problemstillinger som kan møtes med teorier og teknikker må *konstrueres* ut fra momenter i situasjonene. I dette ligger det at praktikerer må velge ut hva han konsentrerer seg om.

«Through the complementary acts of naming and framing, the practioner selects things for attention and organizes them, guided by an appreciation of the situation that gives it coherence and sets direction for action. So problemsetting is an ontological process - in Nelson Goodman's memorable words, a form of worldmaking.» (Schön,1991;4)

Det er, imidlertid, ikke et fullstendig individuelt utgangspunkt som skapes, for i faget finns også et felles kunnskapsgrunnlag og

«...what Geoffrey Vickers has called an «appreciative system» - the set of values, preferences, and norms in terms of which they make sence of practice situations, formulate goals and directions for action, and determine what constitutes acceptable

professional conduct.» (Schön,1991;33)

Yrkeskunnskapen er derfor ikke bare et individuelt trekk. Praksis går for seg i visse institusjonelle settinger og omhandler yrkestypiske oppgaver, fagets språk og tradisjoner spiller inn. Den enkeltes handlingskunnskap («knowing-in-action»/«knowhow») er hjemmehørende i en sosialt og institusjonelt strukturert kontekst felles for yrkesgruppen. Dette refererer Schön (1991) til som *knowing-in-practice*.

Handlingskunnskapen er fremmet og/eller begrenset av faget og skjønnsgrunnlaget som hører til yrket, av hva en vet og hvordan man tenker. Yrkesetiske retningslinjer, utdanningens pensum, ulike metodeforkjempende grupperinger innen faget, fagtidsskriftets artikler mmm bidrar alle til å definere hva som er legitim kunnskap. Politiske målsettinger, både i reformdokumentene og i offentlig politikk generelt, legger føringer. Med reformens føringer og fagets tradisjoner i ryggen er det opp til vernepleieren å handle i situasjonen hun står overfor.

Til sist spiller det også en rolle i hvilken grad, og på hvilke områder blant det som anses å være vernepleierfaglig relevant, vernepleieren holder seg oppdatert.

«Kunnskap bygger på en förening av den enskildes upplevelse och en kognitiv struktur i form av begrepp, perspektiv eller teorier.» (Rolf mfl, 1993;250)

En kort oppsummering

Jeg mener å ha grunnlag for å hevde at både teoretisk og praktisk kunnskap er nødvendige elementer i vernepleiernes yrkeskunnskap. Reflekterte erfaringer skaper utgangspunkt for en raffinering av denne yrkeskunnskapen til kyndig praksis, evnen til å se og forholde seg til det sentrale i situasjoner på en slik måte at beboeren også kommer til ordet, og slik at resultatet blir en tilpasset hjelp.

-o0o-

3

«...To be a scientist does not mean strict adherence to a specific set of methodologies. Rather it is to have boundless curiosity surrounded by discipline»
- Omery

Fra liv til data, og fra data til hovedfagsoppgave.

Innledning

Utgangspunktet for hovedfagsprosjektet mitt er en interesse for vernepleiernes praksis. Min forskningsinteresse tar utgangspunkt i at vernepleierne også deltar i den praktiske utvikling av en ny omsorg, dette er spesielt aktuelt etter avviklingen av HVPU. Vi har lite å sammenligne med. Ambisjonene knytter seg til å bruke det beste av kunnskapen og arbeidsmåtene som ble utviklet i særomsorgens tid, men unngå de feil som institusjonspreget bidro til. Vernepleiernes arbeidsarena er nå hjemmet til mennesker med psykisk utviklingshemming. Mye av arbeidet skjer i sammenheng med hverdagslivets banale situasjoner. Menneskene som er klienter skal ha hjelp, opplæring o/e veiledning i dagliglivets alminnelige aktiviteter. Dagliglivets oppgaver og situasjoner gir ikke mye status, det er dem som stiller spørsmål ved behovet for høgskoleutdannet personell her. I denne empiriske undersøkelsen er dette ikke et tema. Jeg er opptatt av hvordan vernepleierne arbeider i denne nye settingen.

I de foregående kapitlene har jeg gjort noe rede for reformen som skaper kontekst for vernepleiernes praksis, og jeg har presentert en teoretisk drøfting omkring yrkeskunnskap. Nå skal jeg gjøre rede for arbeidsmåtene jeg har benyttet meg av i forskningen som denne hovedfagsoppgaven er bygget på.

Fra tema via foreløpig problemstilling til metodevalg

Jeg ønsket å undersøke vernepleiernes praksis på en ny arena. En tentativ formulering av problemstillingen ble i første omgang formulert i to spørsmål: Hvilke oppgaver blir utgangspunkt for vernepleierfaglig innsats i de nye boformene? Hvordan blir et problem definert som en oppgave som krever vernepleierfaglig innsats? Jeg kom snart til å se at spørsmålsformuleringene, selv om de hadde en eksplorativ hensikt, inneholdt en hypotese. Den implisitte hypotesen viser at jeg tok for gitt at vernepleierne gjør noe annet enn det deres kolleger gjør. Det viste det seg bare i liten grad å være slik. Alt tidlig i prosjektet, i løpet av feltarbeidet, kom problemstillingen mer til å dreie seg om *hvordan* vernepleierne gjorde sitt arbeid.

Nettopp faren for at jeg skulle ta for mye for gitt bekymret meg da jeg formulerte prosjektplanen for hovedfagsarbeidet. Skau (1993) drøfter en mulig *hjemmeblindhet*.

Kunnskap om feltet kan gi forskningen en konkret forankring i virkeligheten, mens faren ligger i at for stor nærhet til det en skal undersøke gjør det vanskelig å se det i perspektiv.

«Det blir altså viktig å forhindre at det engasjement man som behandler har lagt ned i sitt virke, blir en bumerang som binder for viktig innsikt i denne samme virkeligheten.» (Skau, 1993; 30)

Også Taylor og Bogdan (1984) advarer mot å studere "venner og kjente settinger" fordi en da risikerer å se ting fra bare ett perspektiv. I hverdagslivet tar vi mye for gitt og setter lett likhetstegn mellom vår forståelse av dem og det som faktisk er forholdene. I tillegg kommer faren for at forskningsrapporten til sist vil preges av utelatelser av hensyn til "vennene". I eget fagfelt, bemerker de, er det også fare for at en i for stor grad deler "common sense"-betraktningene til aktørene.

Jeg er selv vernepleier og nå lærer ved vernepleierutdanningen. Denne utdanningen er for tiden under press. Dels er den, som andre av helsefagutdanningene under et akademiseringspress siden innlemming i høgskolen (Molander, 1993), og dels er denne utdanningen spesielt i fokus bl.a. som følge av ansvarsreformen. Både leder i Rådet for høgskoleutdanning i helse og sosialfag (RHHS), og Norsk forbund for psykisk utviklingshemmede (NFPU) har uttalt at vernepleierutdanningen nå nærmest er en anakronisme. Synspunktet tar sitt utgangspunkt i at vernepleierutdanning startet som en utdanning for institusjonspersonale i særomsorgens institusjoner, og når institusjonene er avviklet trengs ikke en slik faggruppe mer. Faggruppen hevdes å være institusjonsorientert (Sandvin, 1992). Jeg mener at kritikken er for unyansert, men hensikten med mitt prosjekt er ikke et forsvar verken for faggruppen eller for utdanningsinstitusjonene. Men forsvarsholdninger hos vernepleiere vil nok kunne påtreffes. Institusjonskritikken trekkes ennå fram i kampen om hvordan en ny omsorg skal organiseres, om hvem som skal styre og lede virksomheten. Integrering av miljøarbeidstjenester i den tradisjonelle pleie- og omsorgstjeneste går ikke problemfritt for seg (Wuttudal, 1995). Poenget jeg forsøker å gjøre her er at jeg mente jeg sannsynligvis ville kunne få mer å vite om hva vernepleierne gjør og kan ved å observere og intervju i en kontekst av praksis enn nå ved intervjuer alene.

Jeg interesserer meg for arbeidsoppgaver og arbeidsmåter. Bekymringen om hjemmeblindhet gjør at jeg i utgangspunktet var skeptisk til å utarbeide hypoteser om hva som foregår, operasjonalisere og så undersøke hvor rett eller feil jeg har tatt. Samtidig som jeg har lang erfaring som vernepleier, har jeg vært lærer en stund. Det lenge siden jeg har vært aktiv i det klientnære arbeidet. Det var, syns jeg, grunn til å velge en metode som brakte meg i

nærkontakt med feltet på nytt. Jeg valgte å starte å med et konsentrert feltarbeid i et bofellesskap. Feltarbeidet skulle også være et forarbeid til intervjuer med vernepleierne der, og etterhvert også med andre vernepleiere i andre bofellesskap.

I fortsettelsen av dette kapittelet skal jeg først gjøre rede for feltarbeid som metode, og hvordan jeg gjennomførte mitt feltarbeid. Siden gjør jeg rede for intervjufasen og analysearbeidet med de innsamla data. Som det oftest er med kvalitative metoder, har datainnsamling og analyse foregått om en annen. Prosessen har vært preget av en stadig veksling fram og tilbake mellom det som i metodebøkene ser ut som ryddige faser. For å tydeliggjøre det jeg har gjort, er det likevel nødvendig å ta en ting om gangen.

Feltarbeidet

Feltforskning preges av kvalitative metoder som har til mål å beskrive kompleks menneskelig erfaring i sin kontekst. Der kvantitative metoder frambringer *kvantitative data* i form av *tall*, henter kvalitative metoder *kvalitative data* som er *tekster* (Grønmo,1982;108). En vektlegger folk sine egne ord i beskrivelsen av deres daglige opplevelser. Med en slik tilnærming søker en den mening hendelsene har for menneskene og den tolkningen de gjør av sin virkelighet (Nikkonen & Janhonen,1995). Forskeren er feltarbeider, ofte handler det om deltakende observasjon, intervjuing og medleven i den praksis som studeres. Slik prøver forskeren å kombinere sitt eget perspektiv (som en som kommer utenfra) med perspektivet til den som deltar i den aktuelle praksis (innenfra). Målet er generativt (Grønmo, 1985), det handler om å avklare ulike kategoriers innhold og mening, og om å utvikle begrep og typologier (s118).

Med feltarbeid er det mulig å ha et fleksibelt forskningsdesign der problemstillinger og metoder for innsamling av data kan endres og tilpasses ettersom innsikt vinnes. Dette er et viktig poeng, jeg ønsket å undersøke utvikling av en ny praksis, praksis i en ny kontekst. Tilnærmingen er i utgangspunktet eksplorativ. Metoden som brukes måtte ikke være så rigid at det ble umulig å følge opp oppdagelser underveis.

Feltarbeid kan vanskelig beskrives i trinn eller avklarte faser, og kan

«langt mindre enn andre former for samfunnsforskning (..) bindes til en utstukket kurs» (Hammersley & Atkinson,1987;46).

Likevel, sier de samme forfatterne, betyr dette ikke at planlegging verken kan eller skal gå forut for forskningen. Heller ikke betyr det at forskeren gir seg over til tilfeldighetene under oppholdet i feltet. Planlegging må også være en refleksiv prosess gjennom hele prosjektet.

"Doing research is in many ways like taking a descriptive and explanatory snapshot of reality. For each particular photograph, the investigator must decide what kind of camera, what scene on which to focus, and with what intent." (Crabtree & Miller, 1992;3)

Først måtte jeg få adgang til et bofellesskap for å kunne gjøre *et konsentrert feltarbeid* der. Hvor skulle jeg gå for å samle data? Hammersley og Atkinson (1987) refererer Hughes spøk om at en burde velge forskningsproblem som den valgte situasjonen er ideel for (s56). Forfatterne anbefaler at potensielle felt "spanes" slik at en finner felt der feltforskning er mulig.

Jeg trengte å finne *et bofellesskap der jeg finner mer enn en vernepleier*. Det er typisk at bofellesskapene har vernepleiere i lederrolle, mens personalet ellers ofte har kortere eller ingen utdanning til arbeidet. Med flere vernepleiere i samme bofellesskap ville det være mulig å få inntak til et bredere spekter av oppgaver som vernepleierne har muligheter til å involvere seg i, utover oppgaver som tvinger seg på knyttet til administrasjon og ledelse.

Vernepleierne jeg skulle oppsøke burde ikke være altfor "ferske", det tar tid å utvikle sin faglighet (Benner,1984). Feltet jeg ville undersøke preges også av at vernepleierne der arbeider på en ny arena, en ny omsorg er i oppbygging og praksis der har ennå ingen egen tradisjon. Ikke bare skjer omsorgen i personens hjem, en del av oppgaven består i å hjelpe til å etablere hjemmet og dagliglivets rutiner. Vernepleierne jeg skulle oppsøke måtte være voksne nok til å ha erfaringer på dette området også.

Bofellesskapet burde være over/kommet lenger enn selve etableringsfasen. Jensen (1990,1992) har beskrevet hvordan kunnskapsbruken endret seg gjennom en oppstart fase, fra først ensidig å trekke på hverdagskunnskapen til etterhvert å fokusere med yrkeskunnskapen. Jeg skulle se etter det typiske ved arbeidsmåter og prioriteringer der oppgavene stort sett finnes i dagliglivets trivielle situasjoner, men det er yrkeskunnskapen i bruk som interesserer meg.

Det er selvsagt et spørsmål hvor lenge en skal oppholde seg i feltet. Oftest forstår en feltarbeid som et langtids (år) prosjekt (f.eks. Fuglestad,1993). Ådlandsvik (1995) refererer Eisner (s9) som foreslår at feltforskeren oppholder seg eksempelvis to uker på heltid i en skoleklasse. Wuttudal (1994) tilbrakte to uker, fra morgen til kveld, i hver av "sine" boliger. Feltarbeid over lang tid var umulig for mitt hovedfagsprosjekt. Da måtte det bli tale om en tilpasning til metodiske prinsipp. Jeg gjorde regning med at en konsentrert *to ukers* periode måtte rekke som opptakt til intervjuene. Der det var flere vernepleiere kunne jeg variere

innenfor deres arbeidstid med utgangspunkt i ulike aktiviteter i boligen, primært i den tiden der de hadde kontakt med beboere.

- avtaler med aktørene

For å kunne gjennomføre et feltarbeid var det naturligvis en forutsetning at jeg fikk adgang til feltet av interesse. Dette involverer behovet for både formelle tillatelser til å oppholde meg der, og mer "uformelle" tillatelser som gir adgang til informanter og observasjonssituasjoner. Det første jeg gjorde var å følge rådet om å «spane» potensielle felt for å finne fram til et sted der vernepleierne og bofellesskapet fyller kriteriene jeg satte. Da jeg hadde funnet et slikt sted, tok jeg kontakt med gruppelederen i boligen og fikk et møte med henne. Jeg skisserte mitt hovedfagsprosjekt og spurte om de ville la meg få komme hos dem i en to ukers periode dersom jeg fikk de nødvendige tillatelser fra deres arbeidsgiver. Innen dette hadde jeg fått prosjektplanen godkjent ved universitetet, og fått prosjektet vurdert hos Datafaglig sekretariat/NSD mht evt konsesjonsplikt. Siden jeg ønsket å oppholde meg i bofellesskapet sammen med vernepleierne, innebar dette at jeg også ville komme i kontakt med beboerne. Det var ikke opplysninger om beboerne jeg skulle samle i og for seg. Men slike opplysninger vil nødvendigvis være av interesse som kontekst for vernepleiernes prioriteringer og handlinger. Både ved å være tilstede i miljøet og observere, og evt ved å undersøke skriftlige kilder (rapport- o/e beskjedbok mm) ville jeg få vite mye om dem som bor i bofellesskapet. På denne bakgrunn ba jeg også om en vurdering hos Regional komite for medisinsk forskningsetikk/Helseregion III. Svarbrevene¹ fra disse instansene ble forevist gruppelederen. Etter en intern drøfting i bofellesskapet meldte gruppeleder at jeg ville være velkommen.

Jeg møtte med ledelsen i pleie- og omsorgstjenesten som uttrykte interesse og velvilje for mitt prosjekt. Og vi avtalte hvordan skriftlig søknad skulle adresseres og behandles. Tillatelsen fra kommunen ble gjort avhengig av at beboernes hjelpeverger også stilte seg positivt. Det ble da nødvendig å finne en måte å nå dem og sikre deres tillatelse uten å opprette adresseregister mv, for det ville komme i konflikt med vilkårene omkring konsesjon. Jeg laget et brev med svarskjema som ble sendt ut via bofellesskapet. Gruppelederen mottok svarene og gav meg skriftlig tilbakemelding om at alle hadde gitt sin tillatelse til at jeg fikk være i bofellesskapet.

¹ korrespondansen med ulike instanser og med kommunen/bofellesskapet er vedlegg til hovedfagsoppgaven. Av hensyn til anonymisering er navn og andre kjennetegnende detaljer sladdet.

Selv om korrespondansen omkring formelle avklaringer og tillatelser tok noe tid, innebar det i og for seg få problem å få adgang til «feltet». Med adgang til informantene og observasjons situasjoner avhenger også av mer uformelle «tillatelser» som baseres på kontakten med vernepleierne, deres kolleger og beboerne.

- en rolle i feltet

Jeg hadde, innen feltarbeidet tok til, sendt personalet et informasjonsskriv der jeg kort gjorde rede for min forskningsinteresse og mitt prosjekt. Det var gjort klart at feltarbeidet var første trinn i prosjektet og at jeg ikke hadde til hensikt å forsøke noen evaluering av arbeidet hos dem. Forskningsrapporten skal, skrev jeg, ta utgangspunkt i hele datamaterialet jeg får fram, og det handler om en type arbeid, ikke om et gitt arbeidssted (vedl). Jeg begynte feltarbeidet en ettermiddag, og var med på personalmøtet dagen etter. På møtet informerte jeg igjen om mitt prosjekt og svarte på spørsmål.

Adgangen til feltet handler om mer enn de formelle tillatelser. Flere forfattere (Fuglestad, 1993, Heggen, 1995) beskriver problemstillinger og opplevelser med å finne eller få sin rolle. Når jeg som er gammel vernepleier og nå høgskolelærer kom til boligen, er det tenkelig at noen kunne betrakte meg som "ekspert", en som burde være særlig kompetent til å se problemer og mulige løsninger knyttet til det daglige arbeidet. Andre ville kunne frykte "kritikeren" som kommer til å gjøre sine evalueringer av det som går for seg. Slike forventninger ville neppe bli uttrykt eksplisitt, men i den grad de var tilstede kunne det likevel komme til å prege samhandlingen. Fuglestad (1993) påpeker at observatøren utøver en slags ugjennomskuelig makt på aktørene, de kan ikke vite når oppmerksomheten er rettet på dem, eller hvordan observasjonene vil bli brukt. Dette maktaspektet, sier han, er særlig tilstede tidlig i feltarbeidet. Fra begynnelsen av var det derfor viktig å prøve å skape et bilde av meg selv som en "ok" person, en som faller inn i miljøet uten å forstyrre. Jeg deltok i praten over kaffe koppen med personale og beboere, gav en hånd i praktiske oppgaver² når dette ikke forstyrret samhandlingen mellom beboere og personale, og jeg holdt meg i bakgrunnen når personale og beboere gjennomførte sine forehavender.

Forskningsproblem og situasjon er nært knyttet til hverandre, men i de fleste situasjoner er der ikke en naturlig plass for en forsker som observatør. Det kan være vanskelig å opprette "naturlig" tilstedeværelse og relasjoner. Når feltforskeren tilsynelatende ikke har noe å gjøre kan det føre til at han ikke tas alvorlig av aktørene.

² f.eks.: jeg hjalp med å reparere en sofa, jeg hentet rullestol når en beboer skulle bruke den, jeg ryddet etter kaffi.

«I mange situasjoner er det ikke fysisk tilstedeværelse som er problematisk, men passende aktiviteter kan være det.» (Hammersley & Atkinson, 1987;70)

Personalet synes straks å godta meg i en forskerrolle som en som ville se hva som foregår. Forhandlinger om adgang er ikke en fase som overstås i begynnelsen av feltarbeidet, tvert om, forhandlingene vil pågå gjennom hele feltarbeidet (Hammersley og Atkinson, 1987). Jeg ba om å få være med når personale skulle til beboernes leiligheter. Bare en gang var det en av beboerne som sa nei. Oftest ble jeg bedt med, også beboere gjorde det uoppfordret eller på initiativ fra vernepleierne. I begynnelsen var jeg opptatt av at jeg skulle identifisere kontekstene som personene handler innenfor og få med i utvalget alle situasjonene som var relevante. Jeg tok imot alle invitasjoner. Noen arbeidssituasjoner for personalet er samtidig så private for beboerne at jeg ikke hadde noe i situasjonen å gjøre. Jeg holdt meg utenfor når noen fikk hjelp på badet for eksempel. Noen ganger kunne jeg overhøre dialogen fra stuen, andre ganger kunne samtaler bringe fram informasjon fra personalet etterpå. Et par ganger var situasjonen slik at jeg ikke tok initiativ til å bli med, eller at jeg forlot beboerens leilighet fordi det var tydelig at jeg forstyrret ved å være tilstede. I slike tilfeller snakket jeg med vernepleieren om hendelsene etterpå.

-om konkrete arbeidsmåter i datainnsamling

Et bofellesskap er et lite miljø. En utenforstående, ikke minst en observatør, skaper en eller annen grad av forstyrrelse i dagliglivet der. Schatzman og Strauss (1973;58ff) beskriver seks ulike observatørroller med ulike grad av involvering i situasjonene. Jeg holdt meg til to av disse: *begrenset samhandling* og *aktiv kontroll*. Rollen som helt passiv observatør er ikke mulig i et så tett og lite miljø. På den annen side valgte jeg også bort en deltakende observatørrolle som lett kunne føre til en sammenblanding av vernepleier- og forskerrollen.

Begrenset samhandling betyr at jeg deltok i situasjoner for å få innblikk i det som skjedde der, men prøvde å forstyrre så lite som mulig. Jeg pratet med der det ble naturlig, og jeg kom med oppklarende spørsmål både for å oppklare mening i situasjonen og vise at jeg var "med". Ved å bli *en slags* medlem i gruppen da kunne oppmerksomheten på meg reduseres, og situasjonen utvikle seg "som vanlig". Denne måten å opptre på var særlig viktig i personalets arbeidssituasjoner; med beboere, i samtaler med hverandre og i møter. Her dreier det seg om hverdagens aktiviteter. Jeg deltok f.eks. i fellesmåltider, da som en litt stille gjest til bords. Og jeg var ofte tilstede i leiligheten der en vernepleier hjalp eller deltok sammen med beboeren i hverdagsarbeidet.

Aktiv kontroll handler om å prege samhandlingen for å få spesifikk informasjon. Under feltarbeidet handlet dette mest om tematiserte samtaler, siden gjelder dette intervjuene. I begynnelsen tok samtalene utgangspunkt i mer generelle spørsmål, mens mer spesifikke spørsmål kunne stilles ettersom datainnsamling og begynnende analyse bidro til å fokusere datainnsamlingen.

I de fleste situasjoner, ved observasjoner i miljøet og i samtaler med folk, var det ikke være naturlig å notere. Det ble da nødvendig å bruke arbeidsmåter som mange forfattere beskriver; å trekke seg tilbake til egnet sted for å notere (kontor, fellesarealet, ute med en røyk, sågar WC). Jeg skrev også notater i bilen før jeg kjørte hjem, og enkelte dager ble det flere stopp for å notere på veien hjem. Hjemme førte jeg feltdagbok, jeg skrev ut notater daglig. Disse notatene var oftest konkrete observasjoner og gjengivelser av dialoger, i tillegg forekom notater som inneholdt spørsmål til senere avklaring (memos).

«Det å holde seg til det konkrete er et viktig hensyn i skriving av feltnotater. For de fleste analytiske formål vil sammentrengte, summariske beretninger være utilstrekkelige for den detaljerte og systematiske sammenligningen eller opphopingen av informasjon på tvers av sammenhenger eller på tvers av tilfeller. Så langt som råd er, må tale reproduseres tett opp til bokstavelig gjengivelse, og ikke-verbal atferd beskrives i relativt konkrete termer.» (Hammersley og Atkinson, 1987;150)

I møter var det være mer naturlig å skrive, iallfall enkelte notater eller stikkord. Jeg deltok i to personalemøter, og var med vernepleierne i andre møtesituasjoner ad hoc, f.eks. et møte med en hjelpeverge. Mesteparten av data er samlet i situasjoner der vernepleierne samhandlet med beboerne og i samtaler med vernepleierne etterpå. Jeg leste også beskjed- og rapportbøker og enkelte rapporter og evalueringer mm.

Jeg var tilstede i bofellesskapet i overkant av 40 timer over en to ukers periode. Hvert besøk var avtalt med vernepleieren som da skulle være på arbeid. Jeg avgrenset mine opphold i bofellesskapet stort sett til den tiden beboerne også var tilstede, personalmøtene er unntaket. I tillegg var jeg også med lederen i møter med ledere fra andre bofellesskap.

Intervju

Det neste trinn i prosjektet var intervju med vernepleierne fra bofellesskapet. Intervjuene varte i vel en time og ble tatt opp på lydbånd. Disse vernepleierne kom alle til mitt kontor for å gjøre intervjuene. Jeg gjorde avtaler enkeltvis, men for å få være uforstyrret valgte vi i alle tre tilfeller å benytte kontoret.

I intervjuene med disse tre vernepleierne var ambisjonen å ikke påvirke tema i

samtalen i utgangspunktet, men la respondentene få snakke. Først og fremst handlet dette ennå om min frykt for å påvirke samtalen ut fra det at jeg selv har lang fartstid i arbeidsfeltet «i ytterkant av institusjonen», og det at jeg har synspunkter på reformen og dens gjennomføring. Gjennom feltarbeidet var jeg blitt kjent med deres hverdag og hadde derved utgangspunkt for å kjenne igjen og forstå deres eksempler, og for å benytte eksempler fra praksis i mine spørsmål. Med det som utgangspunkt kunne jeg velge en intervjuform som på mange vis ligner en alminnelig samtale. Utgangspunktet for intervjuene var en forholdsvis åpen utfordring: Fortell om arbeidet ditt som vernepleiere i bofellesskap.

Det er ikke uvanlig å starte intervjuer med et åpent men fokuserende spørsmål. Jeg har tatt ideen fra *convergent interviewing* (Dick, 1995,1996)³. Konvergent intervjuing er et system for en serie av intervjuer, særlig interessant er enighet/uenighet mellom informantene. «Konvergent» er det som løper sammen i et punkt, min hensikt er å få tak i noe sentralt ved vernepleiernes praksis. Dick foreslår å starte hvert intervju med et åpent spørsmål, og så prøve å holde informanten igang med å snakke så lenge som mulig.

«The content of a convergent interview therefore comes mainly from the informant.»
(Dick,1996;1)

Informantene skal gis anledning til først å komme med sine oppfatninger uten at detaljerte spørsmål leder oppmerksomheten på visse moment til temaet. Etterhvert, mest mot slutten av intervjuet stilles tilleggs spørsmål.

Intervjuet følger i hovedsak fem stadier;

- innledningen: her handler det om å skape kontakt og en avslappet atmosfære. Informanten får også vite hva som skal skje, hvordan informasjonen i intervjuet skal brukes og hva som er hensikten med intervjuet. Jeg ba om å få ta intervjuet opp på bånd, ingen hadde innvendinger til det. Videre forklarte jeg at jeg skulle lage utskrifter hvor jeg anonymiserte navn på personer og bofellesskapet. Det ble avtalt at båndene skulle slettes eller destrueres når hovedfagsoppgaven blir godkjent.

-åpningsspørsmålet: her rettes fokus på tema for intervjuet. Spørsmålet bør være så lite bestemmende for innhold som mulig. Jeg ba, først i hvert intervju, vernepleieren fortelle om sitt arbeid i bofellesskapet.

³ henvisningen til Dick er et resultat av at jeg aktivt har brukt Internett både for å søke informasjon og følge med i diskusjoner. Jeg har med i en diskusjonsgruppe (riktignok uten selv å ta ordet) som er opptatt av kvalitative forskningsmetoder. Det har vært nyttig å lese erfarne forskeres diskusjoner om slike tema som transkribering av intervjumateriale, omkring kodingsprosedyrer og generelt om forskningsstrategier.

-få informanten til å prate: aktiv lytting er her aktuelt. Bekreftende lyder (uhm), nikk, håndbevegelser osv er teknikker som kan brukes. Noen ganger gjentok jeg ord fra det som var blitt sagt, gjentatt i en spørrende tone fungerer de som spørsmål og framprovoserer svar. Ofte ba jeg om eksempler og situasjoner som kunne belyse det som ble sagt. Dick ser dette som en særlig viktig fase i intervjuet, han setter som mål at informanten skal få snakke mest mulig uforstyrret i 45 minutter til en time. Slik gikk det ikke i mine intervjuer. Jeg kan se på utskriftene at det oppstår perioder i hvert av intervjuene der jeg får problemer med å holde informanten igang og griper inn med spørsmål. Dette har selvsagt med egenskaper ved meg å gjøre, men det kan i noen grad også ha med informantenes forventninger å gjøre også. En av vernepleierne ba meg stille henne spørsmål da hun opplevde å stå litt fast, en annen sa først noe og lurte så på hva neste spørsmål var og om ikke alle fikk de samme spørsmålene. Stort sett fungerte likevel intervjusituasjonene mye som en samtale der min interesse for informantenes praksis førte til at de fortalte ivrig. Jeg merket meg momenter, tidvis noterte jeg stikkord, jeg ville komme tilbake til senere i intervjuet.

-utdypende spørsmål: som resultat av at jeg gjennom feltarbeidet var blitt særlig opptatt av vernepleiernes arbeid der de hjalp beboerne med hverdagsarbeidet, hadde jeg noen spørsmål til utdypning. Flere slike spørsmål ble besvart uten at de var initiert av meg i løpet av intervjuet, noen kunne gjenstå til mot slutten. Også etter det første intervju formulerte jeg spørsmål til bruk i det neste.

-oppsummering: hovedpunkter kan gjentas som en kontroll på at en har forstått. Samtalen skal avrundes.

Rekkefølgen i intervjuene ble satt opp etter råd fra Dick (1995;3)

«Decide the person «most representative» of the population. She will be the first person interviewed. Then nominate the person «next most representative, but in other respects as unlike the first person as possible»; (..) And so on.»

I et utvalg på tre var dette ikke så vanskelig. Jeg interesserte meg for hverdagsarbeidet med beboerne og valgte først vernepleieren som var i hel stilling og ikke var leder. Der etter lederen som jo også er i hel stilling, men som har administrative oppgaver som avgrenser hennes tid med beboerne. Sistemann arbeider i redusert stilling.

Etter det første intervju hørte jeg gjennom opptaket av det. Først hørte jeg bare igjennom, så gikk jeg gjennom båndet en gang til mens jeg noterte meg stikkord og moment fra det som ble sagt. På grunnlag av disse gjennomgangene skrev jeg et kort referat av intervjuet og formulerte noen spørsmål til det neste intervju. Igjen etter det andre intervju

brukte jeg denne måten å gjennomgå båndet på. I referatet som nå ble skrevet var jeg opptatt av å legge merke til enighet/uenighet mellom de to. På dette grunnlag laget jeg noen spørsmål til det siste intervju av disse tre. Et oppsummerende referat ble skrevet da også det siste intervju var hørt igjennom på samme måte som de første. Hvert nytt referat så tilbake på alle intervjuene som til da var gjennomført.

Forut for analysearbeidet videre ble alle intervju skrevet ut etter båndene. Et intervju jeg hadde tatt opp på bånd fra et pilotforsøk til hovedfagsprosjektet ble innlemmet i datamaterialet, og etter en del analysearbeid ble det gjort ytterligere et intervju for å kontrollere og berike kategorier som var blitt frambrakt under analysen.

Analysearbeidet

Hverdagsoppfatninger om hva det er som skjer i en kompleks praksis fanger ikke inn praksis, men er en del av den. Vernepleierne utsagn og svar preges ofte av en høy grad av underforståthet, og selv om jeg selv er vernepleier, kunne det tidvis være vanskelig i første omgang å forstå utsagn der jeg ikke kjente den uuttalte bakgrunn eller forståelseshorisont. Feltarbeidet gav meg innsikt i hverdagen som gjorde dette noe lettere etterhvert, og som skapte kulisser intervjuene kunne forstås på bakgrunn av. Jensen (1992) rapporterer om en tilsvarende opplevelse i sine første intervjuer. Forskeren må ut av praksissituasjonene for å få plass til analyse, avstand til data, for forskning skal være mer enn en gjenfortelling (Ploug Hansen, 1993;168). Ved å hente fram alternative formuleringer og konstruksjoner er der mer å lære enn ved å holde oss til hverdagsoppfatningene (Dexter,1994). Det er ikke nok bare å gjengi aktørenes stemmer. Jeg må ta på meg ansvaret for en tolkning og sammenstilling av det som høres, observeres og leses.

«A major problem is that data do not "speak for themselves"; they barely hint at something, and then only if someone is able to hear. "Hearing" in this sense is an active pursuit of meaning, but only if the listener has some conceptual apparatus to begin with. Unfortunately, data do not leap off the pages to provide the analyst with the insight or genius he needs to "carry it off."» (Schatzman & Strauss,1973;118)

Uten perspektiv ("briller") og begrep forblir det meste uklart og kaotisk (Fuglestad, 1993, Rolf,1991). Det er, i feltarbeid, likevel nødvendig å ha nykommerens undring til feltet - *antropologisk fremmedhet* (Hammersley & Atkinson,1983, Jensen,1992, Fuglestad, 1993, Heggen, 1995). Om feltarbeidet blir hengende for mye fast i det jeg mener å vite, blir det begrenset hvor mye nytt jeg kan oppdage. *It ain't the things we don't know that get us into*

trouble. It's the things we know that ain't so. Feltforskeren må hele tiden holde muligheten åpen for at han tar feil⁴. Men det er også slik som Evans-Pritchards skal ha påpekt:

«..dersom en insisterer på at det en undersøger er helt unikt, sier en samtidig at det er uforståelig.» (Jensen, 1992;53)

Feltarbeidslitteraturen jeg leste gav gode råd om adgang til feltet, og den drøftet mange forhold omkring datainnsamlingen. Hvordan en skal arbeid for å få fram kategorier og sammenhenger var ikke, slik jeg forstod det, like klart. På et vis ser det ofte, i litteraturen, ut som om tilstedeværelsen og erfaringen i feltet *nesten i seg selv* skal gi opphav til analysestrategi (f.eks. Solberg, 1984), man er oppmerksomt til stede i et sosialt felt og det katalyserer forståelse av det som går for seg der. Jeg følte behov for å finne fram til en metode som kunne rettlede meg mht struktur i analysearbeidet. Det jeg fant fram til var metodebeskrivelser knyttet til *Grounded Theory*⁵. Grounded Theory (Schatzman & Strauss, 1973, Stern, 1980, Stern, Allen & Moxley, 1982) er en forskningsmetode som også gjør bruk av feltarbeid, men som også beskriver en måte å analysere data. Stern (1980) mener at de sterkeste sidene ved grounded theory best kommer til sin rett der forskeren beveger seg i "farvann" som ennå ikke er kartlagte, eller der en ønsker *nye perspektiv på en velkjent situasjon*. Det synes å passe godt til mitt prosjekt. Metoden er egnet til å oppdage hvilke problem som gjør seg gjeldende i et sosialt felt og hvordan de involverte løser eller mestrer dem, skriver hun. Opplevelser og erfaringer gjør seg gjeldende i og ut i fra en sosial sammenheng og må undersøkes og forstås ut fra sosiale prosesser i denne konteksten. En undersøkelse omkring vernepleiernes praksis vil preges av den *dobbelte hermeneutikk*; Forskningen forholder seg til mennesker, og mennesker har sin egen selvforklaring og sin forklaring av situasjonen. Kontekstens betydning understrekes igjen, for den kyndighet og klokskap vi interesser oss for "*..eksisterer kun i kraft af kontekst.*" (Flyvbjerg, 1991;60).

Et hovedpoeng i grounded theory-metodikken er at teoretiske begrep skal genereres ut fra data. Forskeren ser etter sentrale prosesser i det feltet som undersøkes;

"..grounded theory assumes the existence of a process. This process or pattern of interaction that creates or sustains social structure is what the researcher seeks to uncover." (Omery, 1983;61)

Gjennom bruk av metoden skal teori formuleres (Schatzman & Strauss, 1973, Stern, 1980, Lützné, 1990, Strauss & Corbin, 1994). Teori kan formuleres på ulike nivå, men må minst

⁴ «En god leveregel for en feltforsker er å la datainnsamling og fortolkning jevnlig være ledsaget av det kritiske spørsmålet: "Enn om det var motsatt?"» (Heggen, 1995;63)

⁵ «På svenska har denna metod ibland kallats för `teorigenereing på empirisk grund´.» (Starrin, Larsson & Willebrand, 1984;15)

være troverdige formuleringer om sammenhenger mellom begrep eller kategoriseringer. Begrep og teoretiske, tentative formuleringer om sammenhenger mellom dem skal være (be)grunnet (*grounded*) i den aktuelle forskningen i feltet.

"These relationships, stated as propositions, are, as in virtually all other qualitative research, presented in a discursive form: They are embedded in a thick context of descriptive and conceptual writing." (Strauss & Corbin, 1994; 278)

Det karakteristiske ved *Grounded Theory* har Stern (1980; 21) formulert i fem punkter:

(1) Det begrepsmessige rammeverk genereres ut fra data.

(2) Forskningen tilsikter mer å identifisere viktige prosesser i det sosiale feltet enn en beskrivelse av aktørene der.

(3) Nye data sammenholdes med data som alt er samlet og analysen som har skjedd.

(4) Datainnsamlingen følger føringer som kommer av den teori som vokser fram.

Forskningen kan f.eks. gi opphav til nye spørsmål som krever svar, eller føre til hypoteser som må testes.

(5) Forskningen er i liten grad en lineær prosess, det er heller slik at forskeren arbeider innenfor en matrise der flere prosesser foregår parallelt. Skrivning og analyse skjer sammen med datainnsamling helt fra begynnelsen.

Utvikling av teoretiske begrep starter med en åpen kodingsprosedyre der man gir navn til utsagn og hendelselementer ut fra deres substans; substansiell koding (Stern, 1980). Kodings-prosedyrer hjelper forskeren til ikke bare å akseptere de mange stemmer på deres egne premisser. Og slike prosedyrer tvinger også forskeren til å være spørrende til data og kritisk til sine egne foreløpige forståelser av data (Strauss & Corbin, 1994). I den forskningssetting jeg tenkte meg inn i ville det ikke være mulig å unngå at forskereffekter i noen grad gjør seg gjeldende. Jeg har også min egen historie og erfaring det er umulig å tenke bort. Min forforståelse viste seg som ressurs for å forstå hva som utspilte seg og med hensyn til å sortere viktige hendelser fra mer uvesentlige tildragelser.

Tidlig i feltarbeidet slo det meg at vernepleierne viste stor tålmodighet for at beboerne skulle gjøre praktiske hverdagsoppgaver selv. I tråd med grounded theory-metodikken kodet jeg slike hendelser ut fra sitt substansielle innhold som *gi handlingsrom*. Nye hendelser og episoder ble kodet slik etter at de var sammenlignet med slike som alt hadde fått koden. Denne stadige sammenligningen er *the constant comparative method*, for å bli i terminologien fra grounded theory. Datainnsamling og analyse er langt på veg parallelle prosesser.

Oppdagelsen av hva at vernepleierne systematisk gav beboerne handlingsrom fikk meg til å se nærmere på det som gikk forut for dette. Jeg kunne da se at vernepleierne ofte definerte oppgaven for, eller sammen med, beboeren. Slike handlinger kodet jeg som *ramme inn*. Disse oppdagelsene, sammen med oppdagelsen om at vernepleierne og deres kolleger stort sett fordelte arbeidsoppgaver mellom seg *ad hoc* (den som var ledig tok oppgaver som oppstod eller stod for tur i dagsrutinen dersom ikke annet alt var avtalt eller bestemt) fokuserte min interesse på arbeidet med å hjelpe beboerne med/i hverdagsoppgavene. Min problemstilling gled fra *hvilke oppgaver* vernepleierne arbeidet med, til *hvordan* de arbeidet.

«The 'groundedness' of this approach fundamentally results from these researchers' commitment to analyze what they actually observe in the field or in their data. If they find recurrent themes or issues in the data, then they need to follow up on them, which can, and often, does lead grounded theorists in unanticipated directions.»
(Charmaz, 1990; 1162)

Jeg ble særlig opptatt av å få være med situasjoner der personale skulle hjelpe beboere, selv om jeg fortsatt var med og noterte meg utsagn og hendelser i sosiale situasjoner.

I den videre analysen av feltdagbok og intervjuer førte den stadige sammenligningen mellom informasjonsbiter som jeg i utgangspunkt ville kode med disse to kodene til at flere nye koder måtte introduseres. Etterhvert så jeg at mine første koder egentlig var kategorier som fanget inn en rekke forskjellige koder. Vernepleierne rammet inn oppgaver og situasjoner på flere vis og i ulik grad, og at det samme gjaldt mht å gi handlingsrom. En nøye koding av feltdagbok og intervjuer tydeliggjorte kategoriene.

Da disse kategoriene var tydelig i data jeg hadde samlet fra de tre første vernepleierne, brukte jeg samme teknikk i koding av et intervju med en vernepleier fra et annet bofellesskap. Også i dette intervjumaterialet kunne mange av de samme substansielle koder brukes og kategoriene bestyrkes. Et siste intervju tok blant annet sikte på å sjekke ut og bestyrke disse kategoriene.

Ytterligere et trekk ved grounded theory er skiving av *memos*, notater der man samler begynnende forståelser og spørsmål til det videre arbeidet. Hvordan kunne vernepleierne vite hvordan og hvor mye de skulle ramme inn en oppgave? På hvilket grunnlag besluttet man seg for hvor mye handlingsrom det var hensiktsmessig, mulig eller ønskelig å gi? Hva er forutsetningene for slike beslutninger. Slike spørsmål har preget arbeidet med analysen og tekstene. I analysearbeidet var notatene først korte kommentar til notater i feltdagboken og deler av intervjumaterialet. Etter som arbeidet skred fram ble notatene videreutviklet via

prøvetekster (essays) og etterhvert til kapitler i denne hovedfagsoppgaven. Jeg har fulgt Glasers råd: "*Consider everything a draft.*" (Stern, Allen & Moxley, 1982; 210).

Litteratur har vært brukt til å belyse begrepene, men er ikke begrepsdannelsens utgangspunkter. Ved hjelp av litteraturen kan utlegningene utdypes og klargjøres, grounded theory tar ikke utgangspunkt i litteraturen, men i data (Stern, 1980).

Jeg har holdt en åpenhet i datainnsamlingen, kodet materialet nøye og fulgt opp oppdagelser underveis. Slik har jeg brukt både *selektive sampling* og *theoretical sampling*. Selektive sampling innebærer at en før datainnsamling tar til bestemmer hvem og hvor informasjon skal hentes fra (Shatzman & Strauss, 1973, Becker, 1996). Theoretical sampling er en prosess der hva slags data som skal samles avgjøres av den framveksende teori. Derfor kan slik sampling ikke planlegges på forhånd (Becker, 1996). Data har fått forrang gjennom hele analysen. Jeg har tatt i bruk min kjennskap til feltet og min erfaring fra direkte kontakt med mennesker med psykisk utviklingshemming. Samtidig har jeg vært på vakt for hjemmeblindhet, det var en hovedsakelig grunn til å låne fra grounded theory-metodikken i utgangspunktet.

Becker (1993) påpeker at mange studier som utgir seg for grounded theory egentlig er deskriptive studier som ikke har produsert noen egentlig teori. Slike studier har lånt utvalgsteknikker og analyse strategier fra metoden. De beskriver hva som skjer, men når ikke helt inn til hvordan og hvorfor det skjer.

«On the other hand, the discovery mode 'is a conceptualization of an underlying social process at an abstract level'» (ibid; 255).

Tekstene som er et resultat av mitt prosjekt får fram, ved hjelp av begrep jeg konstruerer, hvordan vernepleierne arbeider for å bidra med tilpasset hjelp til dem de skal yte omsorg og tjenester til ved å *ramme inn og gi handlingsrom*. Jeg har prøvd å vise hvordan en *lydhørhet* er nødvendig for at dette skal kunne føre fram til tilpasset hjelp i de konkrete situasjonene. Jeg har også fått fram at makt gjør seg gjeldende i relasjonene. Arbeidets art er preget av dilemmaet som ligger i at hjelp og makt kan være to sider av samme praksis.

Glaser og Strauss (1967), opphavsmennene til Grounded Theory, stiller nytterettede krav til en «god» teori: den skal passe på området der den skal brukes («*fit*»), den skal kunne forstås av lekmenn på området og den skal inneholde variabler som man har kontroll over og derfor kan innebære forandring.

«..grounded theory is applicable in situations as well as to them. Thus people in situations for which grounded theory has been generated can apply it in the natural

course of daily events.» (Glaser & Strauss, 1967;249)

Begge forfatterene, selv om de siden er kommet i konflikt om hvordan grounded theory metodikken skal praktiseres (Strauss & Corbin, 1990, Glaser, 1992), understreker streben etter å avklare en kjerne («core»)kategori som teorien fokuserer. Jeg har beskrevet at vernepleierne arbeider med å yte *tilpasset hjelp*, men jeg har ikke fulgt alle kanoner i utformulering av en teori. Slik sett kan vel også jeg rammes av Beckers kritikk i noen grad, men også mitt prosjekt bidrar med mer enn blott og bare en beskrivelse av en pågående praksis.

Validitet

Har min forskning frambrakt valid kunnskap? Når hensikten har vært å oppdage og beskrive sider ved vernepleiernes praksis, kan det være vanskelig å avgjøre om det er det jeg har fått gjort. Begrepet om *kommunikativ validitet* (Jensen,1992, Kvale,1992) kan være til hjelp. Det innebærer at hva som er en valid observasjon avgjøres gjennom diskurs. Da må jeg ha argumentert på en slik måte at andre kan se relevansen i, og fatte tillit til, funnene som blir lagt fram. Leseren kan vurdere troverdigheten i og verdien av de teoretiske formuleringer jeg har kommet med. Repstad (1993) mener at vellykket kvalitativ forskning vil gi respondentene og andre med en viss kjennskap til feltet det han kaller en overskridende gjenkjennelse - ikke bare en gjenkjennelse, men også en dypere forståelse for de fenomen forskningen fokuserer. De skulle gjerne si «sånn er det, det er *slik det er*».

Det er jeg som har kommet opp med kodene som gav opphav til kategorier og etterhvert tekster. Når jeg arbeidet med observasjonsnotater og intervjumaterialet, spurte jeg meg selv: Hva er det som skjer her? Hva er det folk gjør?. Corbin (1986) peker på flere forhold som kan påvirke analysen; dem som handler om forskeren, og dem som handler hvordan forskningsprosessen har vært gjennomført.

Opplæring og trening i bruk av grounded theory metodikken er kanskje ikke avgjørende, skriver hun (s92). En sykepleier (jeg er vernepleier, i denne sammenhengen må det gå ut på ett) bør kunne bygge en enkel, beskrivende teori på grunnlag av logisk sans, systematisk tilnærming, ved å nøye oppmerksomhet omkring detaljer og ved å følge grunntrinnene i metoden. Mine evner i så måte avspeiles i tekstene. Erfaring med feltet bør utnyttes heller enn å fornektes. Yrkesbakgrunnen kan bidra til at det som er relevant for forskningen blir lagt merke til. Erfaringen bidrar også med et bakteppe for tolking av det som

skjer i feltet. Samtidig, sier hun, må man jo være på vakt for det jeg før har kalt hjemmeblindhet. Hovedoppgavens to første kapitler viser mitt ståsted og tenkning omkring praksis, metodekapitlet viser hvordan jeg har søkt å begrense hjemmeblindheten. Et tredje forhold som er av betydning er selvtillit. Forskeren må ha tillit til sin egen evne til å tolke data, og til sist tillit til de funn han presenterer. Det siste forholdet hun trekker fram er en toleranse for flertydighet. Som Pandit (1996) også bemerker, grounded theory arbeidet er tidkrevende, innebærer lange perioder preget av usikkerhet, og krever kreativitet. Frustrasjoner og tvil har vært en del av prosessen med hovedfagsarbeidet, jeg mener likevel at begrepene jeg presenterer setter et brukbart lys på praksis.

Forhold ved forskningsprosessen som er av betydning handler om hva slags og hvor mye data som er innhentet, hvilke datakilder som har vært i bruk, om kategoriene innebærer «tykke» beskrivelser og om variasjon er vist. Begrepene som presenteres skal representere en abstraksjon, et teoretisk nivå i forhold til fenomenene som beskrives. Det siste forhold handler om grundigheten i arbeidet med data. I min sammenheng skal dette metodekapitlet ha gjort rede for prosessen, de neste kapitlene tydeliggjør kategoriene og utlegningen av sammenhenger.

Kan kunnskapen fra denne studien generaliseres til å gjelde andre vernepleieres arbeid andre steder enn der jeg har hentet mine data fra? Vanligvis fokuseres det på utvalg og statistiske sannsynligheter for å avgjøre slike spørsmål. Dette er diskusjoner som hører til kvantitativ forskning. Kvalitative forskningsmetoder sikter mot å oppdage og beskrive fenomen i det sosiale feltet. Mitt materiale er hentet fra tre ulike bofellesskap, jeg har vært i kontakt med vernepleiere utdannet på ulike tidspunkt og med ulik yrkeserfaring og ansiennitet. Men det er bare ytterligere forskning som kan avgjøre hvor typisk det jeg beskriver er. Min undersøkelse viser at det kan være slik, ikke hvor typisk dette eventuelt er.

I kapitlene som følger skal jeg presentere og drøfte mine «funn», og få fram en beskrivelse av vernepleiernes praksis i arbeidet med hverdagsoppgavene sammen med beboerne.

-oOo-



Deres hus skal ikke være et anker, men en mast.
- Kahlil Gibran: «Profeten»

«De skal gjøre noe selv»¹

Om hvordan vernepleieren arbeider for å bidra med *tilpasset hjelp*.

Innledning

Hverdagslivet i bofellesskapet preges av de trivielle situasjonene. Beboernes praktiske daglige oppgaver er de samme som vi alle kjenner hjemmefra, vi må handle inn og lage maten, vaske opp, vaske klær og hus, rydde og ordne. Situasjonen er likevel forskjellig fra den, der vi som familiemedlemmer eller samboere hjelper hverandre med hverdagslivets nødvendige arbeidsoppgaver. Det som gjør situasjonen annerledes i bofellesskapet er at det kommer et personale *utefra* til å hjelpe den enkelte med blant annet disse oppgavene. De som kommer og hjelper til er profesjonelle hjelpere, tjenesteytere i den offentlige omsorgen.

Det er, i bofellesskapet, ikke bare spørsmål om få få oppgavene gjort. Bofellesskapene er resultat av institusjonsavviklingen og ambisjonene om å skape boformer med større autonomi for beboerne - brukerne heter det gjerne i dokumentene. Personalet skal legge til rette for at beboeren selv skal få anledning til å styre og klare sin hverdag i så stor grad som mulig.

Vernepleierne er opptatte av at de ikke skal overta oppgavene for beboerne, og ikke skape en opplevelse av kontroll. Som en av mine informanter uttrykte det, man

«..kan ikke hele tiden snakke om at det er ditt hjem og du som bestemmer, visst det er personalet som styrer alt.»²

Vel innebærer bofellesskapet at det stort sett er personale tilstede i bygningen når beboerne er hjemme, men leiligheten til den enkelte er privat, den er beboerens hjem. Dette har fått betydning for hvordan Eli tenker om yrkesutøvelsen.

«Jeg opplever mitt yrke mer som en serviceinstans nå enn tidligere. (..)På institusjonene var det på en måte personalet sitt område. Nå føler jeg at du går mer inn og bistår,(..) iallefall prøver jeg å få det til at man skal ha mer samarbeid.... selvfølgelig styrer vi veldig mye nå også, men jeg føler det litt annerledes.»

Vernepleieren er oppmerksom på at forholdet mellom henne og beboeren er et asymmetrisk forhold, men ambisjonen hun gir uttrykk for er i tråd med ansvarsreformens tankegrunnlag.

¹ Dette er svar fra en vpl da jeg spurte om hva hun legger vekt på når hun hjelper en beboer med de praktiske hverdagsoppgavene.

² tekst i sitatet uten henvisning er sitater fra intervju eller feltdagbok som jeg har gjort om til setninger, dvs jeg har stort sett gjort dialekt om til bokmål og fjernet gjentakelser og muntlig preg. Jeg har vært forsiktig for ikke å endre meningsinnholdet fra f.eks. intervju-utskriftene hvor det som ble sagt er skrevet ut så likt det muntlige utgangspunkt som jeg kunne få det til.

Hun knytter også disse tankene til de pedagogiske sider ved arbeidet.

«ja, altså det går på å vise respekt for den man kommer inn til, visst jeg kommer inn, og på en måte kommanderer dem i deres hjem..det tror jeg er veldig dårlig pedagogikk.»

Denne oppmerksomheten er viktig, for om en ikke vil fastholde beboerne i en hjelpeavhengighet til de utefra, da har vi også en pedagogisk oppgave å løse. Både pedagogisk og praktisk hjelp blir personalets oppgaver. Dette har også en annen, og kanskje noe betenkelig side. Vi tar i stor grad for gitt hvordan tingene skal gjøres og hvordan livet skal leves. Om beboeren ikke selv er i stand til å leve opp til dette selvstendig, da griper man inn med pedagogiske tiltak og søker å få til det vi oppfatter som et normalt liv. Det er en risiko for at man griper inn for ofte og for mye. I allefall er det slik at minst en problemstilling fra institusjonene vil fortsatt være aktuell: hva skal personalet gjøre for beboeren og hva skal han gjør selv?

I dette kapittelet skal jeg forsøke å få fram hvordan vernepleiere arbeider i hverdagssituasjonene. Jeg har sett på utsagn i intervjumaterialet og observasjoner fra feltarbeidet som handler om hjelp til praktiske hverdagsoppgaver. Oppgaven i en gitt situasjon kan være en programpost i rutinen representert ved «ukeplanen», men det kan like gjerne være et initiativ fra beboer eller vernepleier på bakgrunn av en situasjon som er oppstått. Mitt fokus her er hjelpen som gis, og jeg ser bort fra hvorfor oppgaven tas fatt på. Jeg har spurt; hva er det som skjer her? Hva gjør vernepleieren?

Jeg finner at vernepleierne initierer situasjoner på flere vis, dette har jeg samlet i kategorien <ramme inn>. Beboerne får oftest anledning til å delta i eller utføre hverdagsoppgavene, vernepleiernes handlinger i denne forbindelse har jeg samlet i kategorien <gi handlingsrom>.

Ansaret for å hjelpe

Per³ kommer inn til Vera med et brev,han nynner mens han åpner det. Vera tilbyr seg å lese for ham, og han rekker henne brevet. «Det er en bil,» sier han, en spøk om at han har vunnet lotteriet. «Det er en bil,» kvitterer hun. Men det er en purring fra diabetikerforeningen på ubetalt kontingent. «Du er medlem fordi du har diabetes,» minner vernepleieren om, «det er en purring, du har ikke betalt ..eller vi har ikke hjulpet deg med å betale.»

Vernepleierne føler ansaret for å hjelpe beboerne med å klare hverdagslivets mange

³ navnet er oppdiktet som også alle andre navn på de neste sider er det

oppgaver, men også for at oppgavene løses. Dette ser en på som en vesentlig del av arbeidsoppgavene, det handler blant annet om at hverdagen skal klares, og om å bidra til oversikt og til forutsigbarhet.

«Jeg ser det som en av de viktigste oppgavene å være en som kan holde system i tingene...oversikt, at vi kan gi en beskjed om hvem som kommer, (...) hva som skal skje idag, ikveld..at du har system på det (...) da hjelper du å holde orden i deres hverdag (...) det at du hjelper dem å strukturere.»

Det er vernepleiernes forståelse at mennesker med psykisk utviklingshemming har, tross sine store innbyrdes ulikheter, det til felles at de i en eller annen grad har vanskeligheter med å klare dagliglivets komplekse krav. Vernepleiernes tilstedeværelse i bofellesskapet er begrunnet i beboernes behov for hjelp og støtte. Dette betyr at en må være oppmerksom på individuelle behov for tilrettelegging av dagliglivet, omgivelsene og lærings-situasjonene. Samtidig ser vernepleierne det som viktig at personen selv både får ansvar for, og anledning til å ivareta hverdags-oppgavene. I det minste skal beboeren få delta i hverdagsarbeidet som må skjøttes. Jeg skal se nærmere på hva vernepleierne gjør for å bidra til at beboeren kan ta ansvar for, eller delta i, hverdagsarbeidet knyttet til det å bo i egen leilighet.

<Gi handlingsrom>

Vi er hos Ane som har hjemmedag, vernepleieren Eli hjelper henne med oppgavene som skal klares, klesvask og rengjøring. Hjemmedager er et omstridt tiltak, noen vil hevde at det er en overlevning fra "institusjonstenkningen" som strider mot normalisering forstått som normal dag- og ukerytme. Når personalsituasjonen er som den er⁴, så er dette likevel en måte å skaffe Ane tid og hjelp. Slik unngår en at personalet overtar arbeidet for henne i større utstrekning, eller at nødvendig hjelp uteblir.

De to har fått satt på en klesvask. «Så kan du arbeide her ute alene, så kan jeg gå å gjøre noe annet,» sier Eli til Ane. «Hun arbeider best på badet alene, ellers blir det lett til at hun stopper opp og venter på kommentar og sånn,» får jeg forklart. Eli overlater ansvaret for oppgaven som hun vet Ane kan klare til henne, og hun trekker seg tilbake for ikke å forstyrre Ane i arbeidet, ikke virke kontrollerende. På denne måten får Ane rom til å klare brasene selv. Den tydeligste måten å overlate oppgaven til beboeren er for vernepleieren å trekke seg tilbake, helt ut av leiligheten eller bare litt bort fra situasjonen.

⁴ Det er færre på arbeid om gangen i helgene enn på hverdagskveldene. Det er ikke mannskap nok til å gi nødvendig hjelp om alle skal gjøre lørdagsrengjøring. Tid er ofte en viktig faktor når beboerene selv skal gjøre arbeidet.

Mens Ane vasker på badet, rydder Eli i et klesskap. Hun gjør et poeng av at ryddingen er en måte å være tilstede på, en måte å arbeide sammen uten å trø inn på det som Ane er i gang med og kan klare selv. Samtidig som hun deltar i en *arbeidsdeling* og dermed overlater noe til Ane, er hun tilstede og kan gi hjelp om Ane får bruk for det. Vernepleieren kan skape rom for at beboeren selv handler i situasjonen ved å være *avventende* og unngå øyeblikkelige initiativ når noe skjer.

En annen måte å skape handlingsrommet på, det bidrar vernepleierne til ved ikke å gripe inn i initiativ beboeren selv tar, ved å være *aksepterende* eller *tillatende* i motsetning til å gripe inn og *gjøre oppgaven for* beboeren. Tone forteller:

«Da Arne kom tilbake fra klubben, gikk Ole (personale) i gang med å lage kveldsmat til han. Han gjorde det for å være snill og grei, men jeg vet at Arne liker å ha et kvarters tid på kjøkkenet om kvelden der han skjærer seg to skeive skiver, men har roen og freden og gjør det i sitt tempo. Arne kan ikke lage middag. Han er veldig redd for varme og kan ikke passe tider. Han tør ikke ta kasseroller av komfyren. Der har vi bestemt oss, det toget har gått, vi har prøvd. Men andre ting klarer han. Han klarer å ta ut av oppvaskmaskinen, han klarer ikke å sette den på. Men han klarer å lage seg kvelds, derfor så mener jeg at akkurat det skal han få gjøre selv. Folk skal få lov til å prøve seg litt, og feile litt, du skal ikke alltid komme dem i forkjøpet.»

<Ramme inn>

I mange tilfeller vil lite være løst ved blott og bare å overlate oppgaven til den psykisk utviklingshemmede selv. Spørsmålet er da hvordan en kan hjelpe beboeren til oversikt over situasjonen slik at han selv kan løse oppgaven. Vernepleierne initierer beboernes deltakelse i oppgavene på mange vis. I eksempelet med Ane bidrar vernepleieren med *fokusering*, Ane skal ta seg av *badet* alene. Blant hjemmedagens mange oppgaver skjer det på denne måten en *innramming* av det som skal skje nå. Oppgaven avgrenses og blir handterbar for Ane, en ting av gangen er til å ha med å gjøre.

Ikke alle beboerne kan klare slike sammensatte oppgaver som "å ta badet". En snevrere innramming er selvsagt mulig, og innrammingen kan ta ulike former. *Imperativ* er den tydeligste form for innramming: start vaskemaskinen. *Oppfordring*, *påminning*, *motivering* og *forhandling* er nyanseringer med liknende utgangspunkt, vernepleieren tar da initiativ til at beboeren kommer i gang med det som skal gjøres. *Fokusering* og evt *konkretisering* avgrenser oppgavene ytterligere.

Både i interviewene og i feltnotatene legger jeg særlig merke til en form for innramming som vernepleierne ofte benytter seg av, nemlig *initiering ved spørsmål*. Typisk

eksempel på dette er situasjonen der vernepleieren skal hjelpe beboeren å skrive handleliste.

Vanligvis skjer det i leiligheten hos beboeren, men det kan og skje slik:

Beboerne er nylig kommet hjem fra arbeid, og Vera har blitt oppholdt i fellesleiligheten av Per som ville ha lest et brev han har fått. Mia kommer til fellesleiligheten for å hente ut penger til å handle for. Hun har med seg handleboken, men det er ikke skrevet handleliste. Vera hjelper henne med det ved å spørre hva det er hun skal ha (initiering v/spørsmål). Mia nevner en vare hun har tenkt å kjøpe. Vera spør om det er noe annet hun mangler (initiering v/spørsmål) uten at Mia vet av noe. Da spør Vera om konkrete varer (konkretisering), og «noe på badet?» (fokusering). Hun skriver i boken ettersom Mia mener det er noe hun trenger (akseptering). Vera finner fram penger ut fra et beregnet behov (gjøre for), minner om kvittering, og Mia går i butikken.

Det å forberede en handleliste er et vanlig forarbeid før en tur i butikken. Jeg spurte hvordan man skal hjelpe til med dette. Svaret gir et bilde av vekselvirkningen mellom slik innramming og handlingsrommet beboeren får til rådighet:

«..Så spør du henne: hva trenger du? (initiering v/spørsmål) Og da går hun til kjøleskapet (vpl:avventende) og formidler at ja, jeg trenger melk og ost. Du skriver ned etterhvert (vpl:aksepterende). Så spør du: trenger du mer pålegg?(fokusering) Da vil hun sjekke. (vpl:avventende) Så spør jeg sikkert om hun trenger noe på badet (fokusering) . Og så går vi der og ser, da vil hun selv finne ut om hun trenger noe (vpl:avventende) . På en måte er det styrt fra min side. Visst hun glemmer noe så vil jeg på en måte oppfordre; er det noe mer du skal ha?» (initiering v/spørsmål)

«Noen ganger spør jeg: har du dopapir?(konkretisering) Så finner hun ikke det (vpl:avventende), og så er vi enige om at det ikke er det og skriver det ned.»

Hvor omfattende handlingsrommet skal bli, må vernepleieren avgjøre i den aktuelle situasjonen. Hva som skal stå på handlelisten vil variere, og det varierer både hvor stor oversikt over sine innkjøpsbehov beboeren har skaffet seg eller er i stand til å ha. Devisen, eller tommelfinger-regelen, synes å være: så lenge det går bra, hold fred, men gi støtte ved behov.

«..Visst folk klarer dette selv, så ser jeg ikke noe poeng i å stå der for da blir du mer en vokter. Jeg synes det er bedre å ta et overblikk og se hvordan de klarer seg og så heller trekke meg ut. Og når en ser at de ikkje gjør det så bra, så kan man heller gå inn og bistå.»

Her må det balanseres mellom overtakelse (som overser beboerens selvstendighet og innskrenker hans autonomi) og unnlattelse (der nødvendig hjelp uteblir).

Variasjon

Innrammingen representerer ulike grader av imperativ og detaljer. Handlingsrommet kan også være differensiert med hensyn til tid, rom og oppgavens kompleksitet.

Ytterpunktene i en samtidig variasjon kan beskrives slik:

		<gi handlingsrom>	
		lite	mye
<ramme inn>	mye	<i>formynderi</i>	<i>prosedyrestyring</i>
	lite	<i>overtakelse</i>	<i>autonomi</i>

Typologiene i tabellen tar utgangspunkt i en rettighetstenkning der selvråderett er sentral. Men Pedlar (1990) advarer mot «dedramatizing the disability». Dersom man overdriver «alle er vi like»-meldingen, kan det føre til at behov overses. Om vi derfor reformulerer i tabellen ut fra et antatt stort hjelpebehov, kan det komme til å se slik ut:

		<gi handlingsrom>	
		lite	mye
<ramme inn>	mye	<i>tilretteleggelse</i>	<i>prosedyrestyring</i>
	lite	<i>overtakelse</i>	<i>unnlattelse</i>

Det er oppgavens art og kompleksitet sammen med beboerens funksjonsnivå som gir opphav til en vurdering av hjelpebehov. Hjelpebehovet framter ikke som gitt, men defineres av vernepleieren, og i sin tur legitimerer denne definisjonen vernepleierens handlingsvalg.

Innrammingen klargjør oppgaven. For mye innramming tenderer til autoritær styring. Dess mindre innramming, dess mer nødvendig er det at beboeren er i stand til selv å oppdage problemet/oppgaven. Innrammingen er et pedagogisk tiltak, en tilpassing av hjelp som skal bidra til at beboeren skal kunne mestre et så stort handlingsrom som mulig.

Dess mer problemsettingen er styrt, dess mindre er ofte handlingsrommet. For mye handlingsrom kan innebære unnlattelsen, situasjonen kan bli for uoversiktlig for beboeren og hjelpen savnes. Gjennom avgrensning av handlingsrommet skaper da vernepleieren vilkår for mestring.

Erfaring og godt kjennskap

En *rettet oppmerksomhet* er grunnlag for hensiktsmessige valg av målsettinger og for innramming og handlingsrom som skal til for å realisere dem. Mange av beboerne er i ferd

med å bli gamle, det medfører behov for at forventningene tilpasses endret funksjonsnivå.

«Vi ser vel til en viss grad at det er tilbakegang hos noen. Så jeg syns en ganske viktig del av jobben nå er å følge med om ferdigheter som har vært der fortsatt er der eller om de går tilbake. Hva skal vi i så fall gjøre for å holde det vedlike, evt skru ned på kravene.»

Selv om en så kommer til at forventningene må justeres og hjelpen økes, så er vernepleierne fortsatt opptatt av at beboeren får delta aktivt. Godt kjennskap til beboeren gjør det mulig å legge til rette for det.

«Eva trenger egentlig veldig mye hjelp etterhvert. Og der vet vi der må vi gå inn (godt kjennskap), det er spesielt ifht personlig hygiene at hun trenger hjelp. Der du vet at hun kan gjøre ting, vaske seg på hendene sine og alt, så går det mer, syns jeg, at du tilrettelegger og legger frem vaskeduk (signalisering) og hun får gjøre disse tingene hun kan (tillatende), og så gjør vi det som vi vet at hun må ha hjelp til (overtakelse) for å få en tilfredsstillende personlig hygiene (legitimering).»

Beboerens funksjonsevne og ferdigheter er med på å forme vernepleierens forventning om hvor mye en gitt situasjon må styres, eller for å bli i kapittelets begrepsbruk, hvilken innramming som skal til.

Tålmodighet er en viktig egenskap. I tillegg til å initiere situasjonen, må vernepleierne også kunne utstå situasjonen som skapes og utspiller seg.

«..Du skal jo være litt tålmodig syns jeg, for det blir mye venting på arbeidsoppgaver som utføres og sånn. Det er jo veldig lett å trekke i den fellen at vi hjelper for mye.»

Det ligger ikke fast og forut for situasjonen hvor mye og hva slags hjelp som må gis. Men *godt kjennskap* til den aktuelle beboeren og oppgaven det gjelder, blir utgangspunkt for måten vernepleierne tar fatt på en gitt situasjon.

«Det går jo på kjennskapen vi har til brukerne når vi er der over tid, ved å være der ofte så ser vi de små endringene (godt kjennskap). Vi kjenner dem og ser når de er trøtte (rettet oppmerksomhet). Det må jo ikke bli sånn at de skal gjøre ting uansett hvor trøtte de er, de aller fleste ting kan man vente med og ta dagen etter (legitimering). Men man må se at det ikke bare glir ut (kontroll). Man kan gå inn og gjøre tingene sammen med dem visst vi ser de er slitne (arbeidsdeling). Det betyr ikke at jeg gjør det hver gang, men jeg gjør det gjerne i denne situasjonen (variasjon) fordi jeg ser at de slitne og jeg vurderer at det er viktig at det blir gjort denne dagen (legitimering). Men man skal jo....det er jo det som er forskjellen, å vite at man skal gjøre det den gangen og så kan de neste gang selv (praksiskunnskap).»

Det er altså greit å handle ut fra situasjonen og ikke strikt følge rutiner og regler. Det handler om å vite, og kunne begrunne, hvorfor man gjør som man gjør. Samtidig skal man passe på at ikke en uønsket praksis etableres. På denne måten vil både *handlingsrom* og

innramming som vernepleieren bidrar til, også kunne variere fra situasjon til situasjon selv om det handler om samme oppgave og samme beboer.

Samspeillet i situasjonen

I bofellesskapet fant jeg ikke standardiserte «treningsprogram» eller «opplegg» selv om ukeplaner sørger for kontinuitet i arbeidet. Dermed er vernepleierne fri til, og overlatt til, å handtere situasjonene som oppstår. Generelle målsettinger om trivsel, utvikling og deltakelse er uklare bestillinger i konkrete situasjoner. *Unngå opplevelsen av kontroll, og de skal gjøre noe selv*, er likevel tommelfingerregler som klart er i bruk. Måten vernepleierne *spiller med* i situasjonen med beboerne ligner «på stedet»-eksperimenteringen. som Schön (1983) knytter til det han kaller *refleksjon-i-handling* (s147). Med utgangspunkt i Schöns tankegang, kan en se på vernepleiernes handlinger som utprøvende og samtidig en hypotesetesting. Utprøvingen er spørsmål om et utspill fører til ønsket resultat eller ikke. Om vernepleieren ikke får ønsket resultat av sine utspill, tas det som falsifisering av hypotesen som ligger i hennes utspill til situasjonen. Jeg skal vise dette gjennom å kommentere et eksempel.

«Når det går på muntlig rettleiding så er det når vi går inn og jeg på forhånd vet at dette kanskje ikke er noe de gjør sånn uten videre. Jeg vet at mange har litt problem med å sortere tøy. Da står jeg der og de begynner, og vi prater sammen om hva slags vask som er mest viktig (fokusering), ser på tøyet de har mest av om det er kokvask eller 40 grader. Og så går vi gjennom dette med bildene og fargene (hjelpebetingelser), sånn at jeg er sikkert på at de kan forskjellene. Så ber jeg dem sortere og legge inn i maskinen (imperativ).

Vernepleieren gikk her ut fra at hjelp var nødvendig, bakgrunnen er kjennskap til den aktuelle beboeren og en vurdering av hans kognitive og praktiske funksjonsnivå. Hun har initiert situasjonen og mener at fokuseringen og hjelpebetingelsene som er introdusert skal rekke til at beboeren mestrer oppgaven. Hun handler på grunnlag av tommelfinger-regelen: så lenge det går bra, hold fred, men gi støtte ved behov. Da må hun både være tålmodig og beredt på behov som måtte oppstå.

Går det fint så sier jeg ingenting (avventende), da ordner de det selv. Men ser jeg at de hiver inn i en ullgenser, da sier jeg fra, da spør jeg (initiering v/spørsmål) om alt tøyet som er der bør være der.

Det oppstår et problem og vernepleieren griper inn. Hun prøver først om en påminning knyttet til de tidligere introduserte hjelpebetingelsene er tilstrekkelig hjelp.

Ja, og de som tar den ut igjen, at de er klar over det og det var en forglemmelse, da

er det greitt. Men noen ganger så vet de ikke, de kan trekke ut en bukse.

Dette var altså ikke tilstrekkelig hjelp. Det var ikke nok å minne om sorteringen, her må en tydeligere innramming til:

Da må jeg gå bort og trekke ut genseren (konkretisering) og vise at dette er noe som ikke skal med.»

Vernepleieren arbeider ut fra en ambisjon om å yte tilpasset hjelp. Men siden det ikke på forhånd er gitt hvordan situasjonen vil utspille seg, tilpasses hjelpen etterhvert gjennom en eksperimentering basert på erfaring, og med utgangspunkt i observasjoner i den aktuelle situasjonen og på ønsket om å gripe inn minst mulig. Denne erfaringsbaserte praksis bidrar samtidig til læring hos vernepleieren. Hun bygger videre på sin samling av eksempler gjennom praksiserfaringen. Basert på disse eksemplene skapes kontekster for eksperimentering; ved å se en situasjon som lignende en tidligere situasjon, har en skapt utgangspunkt for å handle på lignende vis som da (Schön, 1983). *Lignende*, ikke likt, for situasjonene er ikke like.

Vernepleierne har, gjennom utdanningen, kunnskap bl.a. i pedagogikk og om metoder, men hvordan man skal handle er kontekstavhengig og kunnskapen er bare en ressurs i sin rette sammenheng (Svensson, 1989). Yrkeskunnskapen utvikles i praksis. Gjennom prøving, med eget arbeid, faller teorier og teknikker på plass - preget av både personen selv og den aktuelle situasjonen.

"Det kan inte finnas färdiga lösningar, utan de måste växa fram i interaktion med klientar och medarbetare..." (Svensson, 1989;204).

Et eksempel på slik tilpassing gir en av vernepleierne når hun beskriver hvordan en hjemmedag forgår:

«.. da starter vi klokken 8. Som oftest har hun spist frokost når jeg kommer, og er klar til å komme igang - ivrer til å komme igang. Så da går vi igjennom det vi skal gjøre. Hun vet hele dagsplanen da, så jeg går ikke igjennom hele den. Det gjorde vi i begynnelsen, vi gikk gjennom alle punktene om hva vi skulle gjøre. Men vi fant ut at det ble veldig forvirrende. Det var oversiktlig og greitt for oss, men for henne ble det alt for mye informasjon på en gang. Hun begynte gjerne med det siste vi sa, det var det hun husket. Så nå tar vi bare en ting om gangen.»

Tilpassingen er et forsøk på å redusere avhengigheten av personalet. En hensiktsmessig innramming og et tilpasset handlingsrom åpner for at beboeren kan gjøre det han selv kan klare, og at han får hjelp etter behov.

Overta og gjøre for

Selv om vernepleierne holder på utgangspunktet med at beboeren skal få gjøre det han kan, kan de likevel velge å overta og gjøre for. Dette kan være ment som hensynsfullhet, oppfattet som ikke til å unngå i den aktuelle situasjonen, eller det kan være opplagt helt nødvendig.

Det siste først: en vurdering av sikkerhet kan medføre overtakelse. Beboeren kan ikke overlates til seg selv i en farlig situasjon hun ikke mestrer.

«Før klarte hun å lage seg te med vannkokeren, hun hentet seg det hun trengte til det. Men det klarer hun ikke lenger. Det går på synet hennes for hun ser ikke når det renner over. Det går rett og slett på hennes sikkerhet, at hun ikke skal brenne seg på kokvarmt vann. Så der går vi inn og hjelper mye.»

Syv beboere skal ha hjelp til ulike ting, og mange personale, de fleste i delstillinger, går i turnus. Derfor, sier man, har en valgt å lage ukeplaner i bofellesskapet. Disse planene kan fungere som rigide instruksjoner, men bedre som sjekklister i en mer fleksibel oppfølging. Jo mer en er i stand til å se tingene i sammenheng, jo mer fleksibilitet i forhold til ukeplanen er det rom for.

«..Valgene personalet tar i sånne sammenhenger, hvor sterkt de prioriterer den ene framfor det andre...ja, det har skjedd noen ganger at jeg ville prioritert annerledes. Jeg ville latt beboeren få gå på en aktivitet (utenfor boligen), og så heller ta huset neste dag. Eller jeg ville gått inn og gjort det for henne om nødvendig for at hun skulle kunne gå.»

Ukeplanens rutiner er satt opp for å ivareta kontinuitet tross personalskiftingen som turnus innebærer. Men det er ingen grunn til at rutinene skal få karakter av absolutt lov. Om noe må gjøres, noe som ikke kan utsettes, kan vernepleierne ta over som resultat av hensynsfull prioritering mellom aktiviteter for beboeren.

Vurderinger av tidsbruk, hvor lang tid ting tar, kan også medføre en overtakelse man begrunner ut fra hensynsfullhet.

«Ja...jeg tenker hun er..at hun har behov for mer hjelp, at hun trenger litt mer avlastning rett og slett. Hun kan jo kle av seg, men det kan og ta en halvtime for henne å kle av seg. Og då har hun jo brukt en halvtime på å gå fra badet inn på rommet, og så skal hun sitte en halvtime å kle av seg. Når hun er veldig trøtt og sliten fra før av, så tenker jeg at da er det sikker godt å få litt hjelp..»

Men hensynet til den aktuelle beboeren er ikke det eneste utgangspunkt for å overta oppgaven eller begrense handlingsrommet. Tidspress begrenser vernepleiernes muligheter til å følge opp. («Synd at vi ikke kan følge opp sånn som vi vil i helgene.») Om en er alene på

arbeid kan andre oppgaver kreve at en blir ferdig med det en holder på med, selv om en ideelt sett gjerne skulle ta mer tid til hjelp.

«..men det har jo skjedd ..for tingene tar jo av og til gruelig lang tid..sånn som oppe hos Eva. Det var en helg jeg var alene, så måtte jeg ta rullestolen opp og kjøre henne ut på badet i stedet for å vente en halvtime på at hun skulle gå. Det var blitt seint på kvelden og det var mange som skulle ha oppfølging.»

Overtakelsen oppleves, i allefall legitimeres den, som ikke til å unngå. Vernepleierne gir uttrykk for at å overta oppgaver fra beboerne krever en eksplisitt begrunnelse, noe slags legitimering.

Felles forståelser og utgangspunkt

Planlegging og evaluering omkring omsorgsarbeidet skjer ofte i møtekontekster. I møtene bringes informasjon fram, drøftes og blir utgangspunkt for beslutninger. Svensson (1989) understreker hvordan beslutninger er sterkt bundne til disse kontekster. Det er i møter at mye av den sosiale konstruksjonen av problemer og oppgaver foregår. Diskusjonene på møtene blant personalet i bofellesskapet tar utgangspunkt i deres opplevelser med, og observasjoner av beboernes adferd eller situasjon. I denne gruppe-situasjonen stimulerer man hverandre til å bidra med eksempler til belysning.

Karen Jensen (1995;110ff) viser at hverdagerfaringer hos personalet og subjektiv tilfeldighet ikke er tilstrekkelig til å løse oppgavene personalet står overfor i møtet med beboerne og deres behov for hjelp. Personalets «situative utlegninger» (s113) på personalmøter gir utgangspunkt for innsikt i rasjonalen bak hverandres handlinger. Slik er det også i «mitt» bofellesskap. Det er i sammenheng med slike diskusjoner at vernepleierne uttrykker hvordan deres yrkeskunnskap spiller en rolle i deres handlingsvalg. I disse sosiale praksissituasjoner skjer det en sammenknytting mellom teori og praksis. Ann påpeker:

«..Men som vernepleier har du et faglig ansvar for å fremme målsettinger og jobbe målretta ifht hver enkelt beboer, det å sette ting på dagsorden. Evaluere ut fra målsettinger, hva har vi gjort nå, hva bør vi gjøre. At ting blir diskutert igjennom, at personalet får ta del i den prosessen, komme med ting de lurte på, komme med spørsmål, og at vi kan diskutere igjennom det.»

I diskusjonene blir krav om begrunnelser innskjerpet. Ann understreker at forslag må fremmes på grunnlag av observasjoner.

«Skal du påpeke et behov eller en endring, så må det være noe konkret du kan vise til. Det må ikke være noe man mener og tror, det skal være konkret.»

Disse drøftingene problematiserer episoder og arbeidsmåter, og veileder om hvordan situasjoner med beboerne kan og skal håndteres.

«Personalmøtene er veldig viktige for å få tatt opp problemer og få diskutert forskjellige situasjoner.»

Møtene er blant annet viktige for å sikre en felles forståelse og styrke tommelfingerreglene som jo er i bruk. Samtidig får personalgruppen kjennskap til hverandres erfaringer i situasjoner der de hjelper beboerne. Ideer og kritikk kan bidra til å sikre mot at personalet tar mer styring enn det som er nødvendig.

En kort oppsummering : *«Folk er flinke til å la folk gjøre ting sjøl.»*

Vernepleierne prøver å involvere beboeren i hverdagsoppgavene. Å ramme inn og gi handlingsrom er tiltak som legger til rette for at beboeren selv mestrer oppgavene. Godt kjennskap til beboeren og en forståelse av hans funksjonsnivå er utgangspunkt for hva slags handlingsrom det legges opp til gjennom innramming i forhold til en konkret oppgave. Samspillet med beboeren ser ut til å følge regelen: *så lenge det går bra, hold fred, men gi støtte etter behov*. Grad og form for innramming videre er ad hoc preget eksperimentering basert på erfaring, og samspills-situasjonen bidrar til en videre oppbygging av slik erfaring.

-o0o-



«Jeg merker det på stemningen..»¹

Om lydhørhet i vernepleiernes samhandling med beboerne.

The teller is not the only person telling the tale. The listener also shapes the story.
- Cortazzi

Innledning

Den situasjonsbaserte eksperimenteringen som det forrige kapittelet handlet om, tar utgangspunkt i vernepleiernes forståelse av den aktuelle situasjonen. Hva som er en bra tolkning kan være vanskelig å avgjøre. *Godt kjennskap* til beboeren og *lydhørhet* i situasjonen er viktige redskap i denne prosessen når vernepleieren skal avgjøre hva utsagn og handlinger innebærer. I sin praksis må vernepleieren avgjøre både hva situasjonene innebærer og hvordan hun skal handle i sammenhengen.

Ulike tilnærminger

Personalet kan involvere seg på ulike måter og i ulik grad med dem som bor i bofellesskapet. En av vernepleierne kommenterte det slik:

«Folk tenker forskjellig når de er på jobb... noen er på jobb, mens andre er på jobb, men de er litt mer da....»

Jeg skal referere to eksempler for å få fram noe av hva denne forskjellen handler om.

Vi er i leiligheten til Gry, hun skal ha gjester og vernepleieren Tone hjelper henne gjøre klart noe å bite i til kaffen. De to prater om hvem som kommer, Gry nevner sin nevø og lurert på hvilken klasse han går i nå. Tone spør om ikke han er like gammel som hennes datter Mari. Det mener Gry han er, og da kan Tone si sikkert hvilken klasse det er tale om. Episoden gjør meg oppmerksom på at Gry kjenner til noe av Tones liv utenfor tjenesten. De har tydeligvis snakket om slikt også før, og praten kan basere seg på noe felles. Det som i utgangspunktet er en assymetrisk relasjon mellom de to kvinnene er myket opp noe ved at Tone er kjent som mer enn vernepleier i bofellesskapet.

Ved en annen anledning er vi i leiligheten der Arne bor, i hans leilighet finns også bofellesskapets kontor (personalbase). Arne skal ut, han står i stuen og prater med Tone som sitter i sofaen. Ole, en av de tilsatte, kommer inn. Han griper raskt inn og spør Arne om han er tørst. Arne svarer ikke klart på det. «*Sett deg ned, så skal jeg hente deg noe å drikke,*» sier Ole og går for å hente. Denne episoden kom overraskende på meg, jeg så ingen foranledning. Da Arne hadde drukket, takket og gått, ba jeg Ole fortelle meg hva som hadde hendt. Han

[kommer noen og sier de er lei seg og vil snakke om det?] «De tar ikke kontakt på den måten .» [hvordan ser du det da?] «nei, jeg merker det på stemningen»

fortalte at da han kom inn og så at Tone og jeg satt mens Arne stod, virket dette «unaturlig» på ham. Han visste at Arne snart skulle ut, «og da har han en tendens til å stresse.». Derfor grep han inn for å få Arne til å sette seg. Det som her skjer er at Ole handler ut fra slik han forstår situasjonen, og denne forståelsen bygger på hans oppfatning av hvordan Arne «vanligvis» er.

Måten vernepleieren og hennes kollega hver for seg involverer seg og handler tar utgangspunkt i ulik tilnærming til denne situasjonen og hva den gjelder. I det første eksempelet samhandler Tone i en situasjon der hun verken ser behov for å definere en problemstilling og iverksette tiltak. Samspillet mellom de to er basert på gjensidighet. I det andre eksempelet handler Ole annerledes; han definerer et problem (Arne er stressa) og han griper inn med tiltak. Hans utgangspunkt er det problematiske i situasjonen, slik han ser det *utefra*. Tone behandler situasjonen mye på samme måten som hun gjorde den første. Der Tone «bare» er sammen med Arne, ser Ole straks etter noe han må gjøre noe med. Han påtar seg hele ansvaret for å bestemme «problemet» og for å «løse» det.

Situasjonsdefinering

Arbeidet i bofellesskapet preges av de menneskene som skal utføre det. Måten de forstår situasjon og mulighetene som ligger i den, avgjør hvordan de vil handle i den aktuelle situasjonen. Men det er ikke uten videre enkelt å oppfatte hva situasjonen betyr. Jeg skal gi noen eksempler basert på observasjoner fra feltarbeidet.

Emma hadde kjøpt nytt fjernsyn, det er båret inn og plassert i leiligheten der hun vil ha det. Vera hjelper med å innstille kanaler og programmere fjernkontrollen. Når en kanal kommer opp klart, sier hun henvendt til Emma: der har vi den med «Mot i brystet», og der har vi den med «Norge Rundt». Samtidig viser hun hvor på fjernkontrollen hun trykker. Så slukker hun fjernsynet og ber Emma vise hvordan man gjør. Emma reiser seg, men stopper opp før hun går mot fjernsynet. Mens hun går holder hun seg til benet og sier «au».

I bofellesskapet har man et bilde av Emma som en eldre dame med behov for sine pauser. Med det som utgangspunkt kan vi oppfatte situasjonen som utspiller seg slik at Emma er trøtt og sliten etter å ha vært på handleturen. Da er det vel rimelig å legge opp til at dette med fjernsynet kan vente. Dette trenger vi ikke mase med enda, lenge før programmene begynner. Kanskje hun heller bør ta seg en hvil nå? Et slikt forslag står i forhold til hvordan situasjonen er tolket. Samtidig lukkes situasjonen her, i stedet for å gi Emma en anledning til mestring styres hun «omsorgsfullt» bort.

Emmas måte å opptre på kan også oppfattes som usikkerhet for oppgaven. Ved å være «litt dårlig» tar hun ut en slags forsikring i tilfelle hun skulle mislykkes med TV og fjernkontroll. I denne tolkningen bygger man inn teorikunnskap om forsvarsmekanismer. Ut fra en slik definering av situasjonen skulle vi *ramme inn* oppgaven på nytt, dele den opp («*Finner du på/av knappen?*») og ta en ting om gangen etter som situasjonen forløper. Slik får Emma den hjelpen hun trenger på hvert trinn underveis. Vi kan gjerne da forholde oss etter devisen *så lenge det går bra, hold fred, men gi støtte etter behov*. Denne måten å *ramme inn og gi handlingsrom* bidrar til at Emma makter oppgaven og opplever at hun lykkes. Med den første tolkningen og handlingen den førte til, skjer ikke dette. Den definerte problemstillingen var en annen, man løste den deretter.

Det er ikke mulig nå å fastslå hvilken av de to tolkningene som faktisk er den mest riktige. Det måtte prøves ut i praksis. Men det ville være helt urimelig å iverksette eksperiment for eksperimentets egen skyld, vernepleieren arbeider ikke i et laboratorium. I det levende livet må etiske og metodiske overveielser gjøres på stående fot og handlingsvalg treffes. Situasjons-defineringen blir nødvendig utgangspunkt for handling, også selv om saker og ting kan komme til å se annerledes ut i etterpå-klokskapens klare lys. Poenget er likevel at ikke alle tolkninger av situasjoner er like gode, og at tolkningene åpner eller lukker situasjonene for videre samspill.

Dette eksempelet handler om en spesiell situasjon. Men det er også slik at situasjoner inngår i mønstre. Tolkning og handling får da større innflytelse på andre situasjoner igjen. En forståelse etableres som preger hvordan beboeren også ellers oppfattes. Et eksempel er Odas hjemmedag.

Da bofellesskapet ble opprettet hadde de fleste beboerne hjemmedag. Men dette er et tiltak som møter kritikk fra flere hold. Kritikken peker på normaliseringsprinsippet slik noen utlegger det; hjemmedagen er et institusjonstrekk og ikke «normalt», det er ikke vanlig at folk får være hjemme fra arbeid for å gjennomføre rengjøring, handling og slikt. Etter en tid sluttet man med dette i bofellesskapet. Men da synes de at Oda ble mer passiv og innelukket, så for henne tok man opp igjen hjemmedagen. Hjemmedagen er planlagt med noen aktiviteter, og det er faste personale som er med henne disse dagene, to på omgang etter turnus. På en slik hjemmedag har beboer og personale lengre uavbrutt kontakt enn det som ofte ellers er tilfelle. Vernepleieren Ann har annen hver hjemmedag sammen med Oda.

En morgen er jeg også med, vi sitter ved frokostbordet med en kopp te og praten går

om hva som skal gjøres idag. Oda snakker med korte setninger eller enkle ord. Radioen står på i bakgrunnen. En bit av samtalen forløper slik:

Ann: «hva skal vi gjøre idag Oda?» [fokusering]

Oda: «badet»

Ann: «skal du begynne med det?» [initiering v/spørsmål]

Oda: «ja, golvet»

Ann: «vi kan sette på en klesvask som vasker mens du holder på. Mens du vasker kan jeg rydde i klesskapet.» [arbeidsdeling]

Oda: «merkelig sang»

Jeg var ikke oppmerksom på radioen i bakgrunnen før Oda påpekte den. Hun hadde rett, det var en merkelig sang. En popmelodi ble parodiert ved at en mann deklamerte en banal tekst med pompøst korarrangement i bakgrunnen.

Det er en felles oppfatning blant personalet i bofellesskapet om at Oda er vanskelig å «få igang». En slik sosial konstruksjon bidrar også til å «skape» Oda i den forstand at når personalet handler ut fra denne forståelsen, vil det prege rollespillet mellom dem og henne. Situasjonstolkninger som gjøres på bakgrunn av en slik forståelse bekrefter lett nettopp denne forståelsen. I rapportene som skrives fra hjemmedagene (til bruk i evaluering av opplegget), går det fram at man vanligvis først kommer igang med husarbeidet når klokken er blitt ti. Man har tatt opp med nattevaktene at Oda skal vekkes, dersom hun ikke er våknet av vekkerklokken, slik at det ikke blir altfor sent før man kommer igang. Men også på dager der Oda er oppe og lager seg frokost i rimelig, tid kommer man først igang ved 10-tiden. Vernepleieren kommer oftest og får en kopp te med Oda før de to tar fatt på husarbeidet. At de så endelig kommer igang klokken 10, forklarer vernepleieren med at til da er hennes tålmodighet strukket nok og hennes initiativ blitt tilstrekkelig tydelige. Altså, hun opplever at hun må arbeide for å «starte» Oda. Det hun legger merke til i situasjonen bestyrker et slikt synspunkt, hun ser og hører det hun er vandt til å se og høre.

En alternativ oppfatning av situasjonen kan ta utgangspunkt i observasjonen om at Oda følger med på radioen. Hun har ikke (som kanskje vernepleieren har det) hele sin oppmerksomhet rettet på den andre. Ved frokosten er det «Ni-timen» i radioen fram til nyhetene klokken 10. Om Oda har en rutine for hjemmedagen der hun gir seg anledning til langsom frokost til «Ni-timen» før hun går igang med arbeidet, da er det unødvendig for personalet å ta stadige initiativ til å komme igang til denne tiden. For Oda vet at det er på tide å komme igang når programmet er ferdig og det er ingen grunn til å overta initiativet fra henne. Å anerkjenne at Oda selv følger med tiden og tar initiativet til husarbeidet vil endre

det vanlige rollespillet under frokosten. Oda kan klare større *handlingsrom*, og frokosten vil ikke lenger være en arbeidssituasjon der motivering og initiering står i fokus for vernepleieren. Denne oppfatningen av Oda vil også komme til å prege flere daglige situasjoner, beredskapen for at en oftest må «starte» henne vil nedtones. Ser man på Oda som mer selvstendig, vil det også resultere i at hun får mer rom for selvstendighet og anledning til å bekrefte dette bildet av henne selv.

Disse eksemplene viser at det verken er opplagt eller lett å vite hva en situasjon betyr. Først dersom det reises spørsmål om tolkningen av en situasjon oppstår det behov for alternativ. *Lydhørhet* handler om å oppdage både det som er opplagt og det som er skjult i en gitt situasjon. En lydhørhet er forutsetningen for å kunne *ramme inn* etter behov og *gi handlingsrom* etter potensiale for mestring. Lydhørhet er til sist uttrykk for en beredskap og en innstilling som kan bidra til en overskridelse av de vanemessige forventningene og fastlåste bilder av personen. Hva en «hører» vil imidlertid avhenge av kunnskap, hva *godt kjennskap* innebærer i relasjonen til beboeren, og av hvilken forståelse en har av hva bofellesskapet betyr som arbeidsoppdrag for personalet. Situasjonen ikke bare fattes, den *forfattes*.

Høreapparatet

Det er ikke alltid at beboerne gir klare meldinger. Noen ganger svarer beboerne slik de tror man vil ha svaret. En sentral side ved lydhørhet er å høre etter, være åpen for det som utspiller seg. Dette handler om den beredskapsmessige siden ved lydhørhet som åpner for en rimelig på stedet-eksperimentering, det som Schön (1983) kaller refleksjon-in-action.

Vera er i leiligheten hos Kari. Ofte i samtalens løp får hun ikke svar fra Kari før hun har spurt flere ganger. Når hun spør om igjen, prøver hun å reformulere spørsmålene sine, gjøre dem kortere og klarere. Etter noen utvekslinger spør hun:

Vera: «Kan jeg få se på høreapparatet ditt?» Kari vender øret til og Vera slår bryteren på ny innstilling. «På nå?»

Kari: «Ja»

Vera gjentar likevel manøveren og spør igjen: «På nå?»

Kari: «Ja»

Vera: «Slå på apparatet ditt.» Kari endrer på bryteren.

Vera: «Hører du bedre nå?»

Kari: «Ja.» Tonefallet denne gangen er lettet og bekreftende.

Vera: «Det var ikke rart at du hørte dårlig, apparatet var jo av.»

Kanskje kunne Vera sett, ved å se nøye etter, hvilken innstilling som var merket «on». Det vedkommer likevel ikke det som er interessant her. Det som først skjer i dette eksempelet er Veras oppdagelse av at hun ikke når fram til Kari, i hvert fall ikke slik at hun får reaksjon på en måte som hun er ute etter. Vera vet at Kari har en psykisk utviklingshemming og at det preger hennes evne til å forstå [kategorikunnskap²]. I stedet for å spørre, blir Kari taus når det er noe hun ikke forstår [godt kjennskap]. Vera har dette som utgangspunkt når hun reformulerer sine spørsmål. Likevel oppnår hun ikke det hun vil, det må være noe *annet* i veien. Mistanke rettes da mot høreapparatet hun vet og kan se at Kari bruker. Hun kjenner også Kari og vet at hun ikke alltid husker å slå apparatet på igjen når hun tar det i bruk [godt kjennskap]. Vera prøver med å endre innstilling på høreapparatet, så skulle alt være i orden. Men noe ved Karis «ja» gjør at det likevel ikke virker bekræftende [lydhørhet]. Det hele gjentas, men med samme resultat. Vera ber Kari om å slå på apparatet, og da først kommer en tydelig bekræftelse fra Kari om at hun hører bedre nå.

I løpet av denne utvekslingen mellom de to kvinnene har Vera hatt «øre» for mer enn det som Kari *sier* i sine svar. Andre elementer og signaler i situasjonen, f.eks. kroppsspråk, ansiktsuttrykk og tonefall, spiller inn og gjør inntrykk.

Stemthet

Inntrykk er sentralt for lydhørhet. I møte med hverandre gjør vi inntrykk på hverandre. Alvsvåg (1993;117) understreker at inntrykk alltid er *stemt*. Inntrykket har en tone og stemmen røper en stemning, inntrykket er ikke nøytralt. Dette er det lydhørheten fanger opp. Et eksempel til kan illustrere: Vi sitter og spiser i fellesleiligheten. Vernepleieren (Ann) snapper opp utspill og engasjerer i samtale med beboerne, og da reagerer Oda:

Oda: «Skriker i øret mitt.»

Nils (personale): «Det er ingen som skriker her.»

Oda: «Skriker i øret mitt!»

Ann: «Syns du vi snakker høyt? Vi må jo snakke høyt til Eva, hun hører så dårlig.»

Oda: «Ørepropp.»

Ann: «Skulle du hatt det?» (smiler)

Oda: «Stille.»

Ann: «Ja, nå er her stille.»

² *kategorikunnskap* er en kode som tar utgangspunkt i en diskusjon hos Leenderts (1995). Hun påpeker det nødvendige i at faglige teorier og metoder utvikles ifht kategorier og problemområder. Kunnskap som utvikles om spesielle problemområder er uunnværlig i møte med ulike klienter. Samtidig fastlegger fagspråk spesielle perspektiv og fortolkninger på situasjonene. Hun løfter fram spenningen mellom det å betrakte mennesker som tilfeller av en kategori og det å betrakte dem som person. *Godt kjennskap* sikter til dette siste.

Det at Nils avviser Oda uten videre initierer konflikt, Oda gjør seg tydeligere og blir irritert i tonen. Ann hører klagen og tilbyr en forklaring som Oda aksepterer, og konflikten avverges isteden for at en tilspissing skjer. Lydhørhet er en innstilling, samtidig forutsetter den godt kjennskap og erfaring.

«Vi erindrer noe annet under inntrykk av det ene.» (Alvsvåg,1993;117).

Et inntrykk minner om et annet, dermed skapes en forbindelse fra situasjonen til kunnskap og erfaring fra lignende situasjoner, både med denne personen og med andre.

Godt kjennskap

Det er selvfølgelig at omsorg og hjelp ytes til *personer* i bofellesskapet, til Gry og Emma og Oda og Arne. Vernepleierne må derfor stå for en oversettelse av de generelle målsettingene for omsorgen og av fagkunnskapen, i møtet med den enkelte. Å *kjenne til* beboeren henspiller på en upersonlig kunnskap som hentes fra journaler, rapporter, observasjoner, og som ses i lys av teorier og modeller. Å *kjenne* beboeren signaliserer også noe mer. Det er dette siste jeg sikter til med koden *godt kjennskap*.

«This kind of knowing is very different from the formalized, explicit, decontextualized data-based knowledge that constitutes formal assessments, yet it is central to skilled clinical judgement.» (Tanner et al., 1993;273)

Godt kjennskap handler om å kjenne til beboerens preferanser, interesser, vaner og væremåte. Det handler også om å kunne forstå hvordan situasjonen oppfattes av denne personen for så å individualisere sin handlingsmåte som følge av dette, å tilpasse hjelp eller som i noen tilfeller å unnlate å hjelpe direkte.

«Enkelte har veldig lyst til hjelp til alt. Så er det andre da som klarer alt selv der du må finne ut at det er det å hjelpe.. som ikke vil ha hjelp men som gjerne vil klare det selv [godt kjennskap]. Der syns jeg det er vanskelig. Det er særlig disse to damene da, som styrer på og vasker klær. De hiver inn i ullgensere på 60 grader og sånn, så blir klærne ødelagt. Der vil vi jo gjerne hjelpe dem selvfølgelig, for at ikke de skal få ødelagt klærne sine. Men noen ganger er det ikke så lett for dem å ta imot hjelp [lydhørhet]. Da forklarer jeg hvorfor det ikke går, og gjerne bruker eksempler. Husker du den gangen med den andre gensen at den ble altfor liten? Det er gjerne ikke så altfor lurt at vi tar denne her.. [ramme inn]. Han andre som gjerne vil ha mer hjelp, han er det mange ganger bare nok å se lurt på. Og så ler han selv. Han prøver seg. [Dette vet dere begge?] ja at det er bare tull..du trenger ikke hjelp til det [gi handlingsrom].»

Lydhørhet og godt kjennskap har gjensidig utgangspunkt i hverandre, de utvikles i en vekselvirkning. For å kunne bli kjent med noen må en utvise et mål av lydhørhet for denne andre, godt kjennskap gir i sin tur bedre grobunn for lydhørhet i situasjonene. I yrkes-

sammenheng spiller også kategorikunnskap og erfaring med i oppbygging av *godt kjennskap*.

Den er

«...derived from clinical experience, which combines an in-depth knowledge of a particular clinical population with a repertoire of situation-specific referents for understanding the clinical situation.» (Jenny & Logan, 1992;254)

For fortsatt er relasjonen mellom vernepleier og beboer annerledes enn slik private relasjoner er. «*Knowing the patient*» ses på som utgangspunkt for å kunne tilpasse hjelpen til person og situasjon. Dette tilsvarer *godt kjennskap* som begrepet har vært brukt i denne teksten. Selv om «pleie»-fokuset kan føles fremmed for det daglige arbeidet i bofellesskap er parallellen til å forstå. *Godt kjennskap* vil ha sammenheng med flere ulike forhold: beboerens evne til samspill i situasjonene og oppgavene, hvor mye tid vernepleieren har tilbrakt sammen med beboeren, og vernepleierens faglige «ekspertise» og hennes innlevingssevne.

Dette er ikke uproblematisk. Psykisk utviklingshemming som funksjonshemming setter ytterligere grenser for samspillsevnen. Og vernepleierens faglighet legger visse perspektiv på det som skjer i samhandlingen.

«Vi «ser» først og fremst det vi har begreper for, og vi ser det fra en bestemt vinkel.» (Engen, 1994;357)

Erfarne vernepleieres yrkeskunnskap innebærer en slags «ekspertise». Ekspertisen innebærer evnen til å «lese» situasjoner mer som helheter enn å ha regelstyrt fokus på visse elementer i dem (Benner, 1984), men innlevelse er fortolkning. Det er riktig nok den «kanalen» jeg må instille meg på for overhodet å komme igang med å forstå den andre, men ettersom den andre er en annen, blir innlevelsen min aldri det samme som opplevelsen hans. Det må finnes en åpning for at den andre kan oppleve ting annerledes (Salthe, 1996;55).

Jenny og Logan (1992;256) ser *godt kjennskap* som resultat av en kompleks prosess. Denne prosessen krever en rekke strategier fra personalet. Jeg skal trekke fram og kommentere disse strategiene.

Perceiving/envisioning handler om lydhørhet for hva det er i beboerens handlinger og atferd som er betydningsfullt, og om å kunne forestille seg hensiktsmessige og velbegrunnete handlinger for ønsket resultat der etter.

Kommunikasjon er enda et moment i prosessen. Kommunikasjon med mennesker med en psykisk utviklingshemming forutsetter noen ganger tålmodighet og finfølelse. I mitt materiale har jeg sett at det ikke alltid er like lett å få med beboerne i mer enn styrt samhandling, men at vernepleierne er opptatt av å få dette til.

[Du snakker mye med den du hjelper.] *Uhm..og det er for at det ikke være kunstig, sant*

at vi er der, utfører et arbeid og går igjen. Vi skal ha det litt kjekt sammen og , få beboeren i tale. Hos Eva, som ikke snakker så veldig mye, der prater jeg bare, prater og prater, om ting som skjer og ting jeg gjør, ja, om vær og vind og alt. Og plutselig så kan det skje at hun engasjerer seg litt, det kan være en setning eller to eller tre. Det trenger ikke være mer, det skal være littegrann naturlig.

Flere av mine informanter var inne på dette med *åpning for samtale*, at beboerne når de ble gitt anledning (men ikke direkte ble spurt) kom med ting de tenker på. I andre situasjoner kan det handle om å tolke beboerens hensikt/ønske som ligger bak initiativene som de selv kommer med. Jeg spurte om tema (hva snakker dere om?), «vær og vind», «det vi holder på med», «deres hverdag» var svarene som ble kodet som *prating*.

Self-presentation knyttes til bevisste måter å forholde seg på for å skape og opprettholde tillit og kontakt. Dette er sentralt i prosessen. En viser seg tilliten verdig ved å være tilgjengelig, involvert, oppmerksom og omtensksom. En oppmerksomhet på dette viser vernepleierens kommentar om at forskjellige medlemmer i personalet i bofellesskapene har kvalitativt ulik kontakt med beboerne.

«Du får en opplevelse av hvem de (beboerne) liker å jobbe sammen med og hvem de ikke liker å jobbe med, uten at de klarer å sette ord på det. Du merker det mer sånn på kroppsspråket.»

Denne vernepleieren sier at dette er dem som har lett for å samarbeide med de fleste beboerne, som kan få beboerne med på de oppgavene som er planlagt, og som kan beholde roen om situasjoner blir stressete. At det er personer som

«..er trygge på seg selv, som kan gå inn i arbeidsoppgaver med litt humor (..), som har evnen til å fordele oppgaver ut fra hva en vet de (beboerne) kan mestre og ikke, og som kan beholde roen.»

En «stresset situasjon» kan oppstå ved at man blir alene om å skulle følge opp mange av beboerne som følge av at andre i personalet er utilgjengelig. Det kan være sykdom blant personale, og det kan være møter eller andre oppgaver som trekker personalet ut av dagsrutinen. Om programmet da blir et imperativ kan situasjonen bli preget av løping og kaos, rapporterer hun. Selv gjør hun det slik:

«..i dag får jeg skynde meg langsomt. I slike situasjoner pleier jeg ofte å gå rundt, eller samle folk. Jeg sier at idag er jeg alene og det betyr at vi ikke får gjort alt vi hadde tenkt, men vi får hjelpe hverandre og da går det sikkert bra.»

Vernepleieren må improvisere. Det viktige er likevel at hun tar folk på alvor, hun informerer og kalibrerer forventningene. Respekten hun viser skaper gjensidighet.

«Jeg tror alle vet hvor de har meg. De vet jeg stiller krav, men at jeg også har andre sider som kan være kjekke (latter). Jeg merker da at folk setter pris på at

jeg kommer».

Godt kjennskap har også aspekter av gjensidighet, og kan ikke reduseres til bare å være grunnlag for relativt engasjement, til et utgangspunkt for kalkulering.

Det er opplagt at både *lydhørhet* og *godt kjennskap* gir fundament for, og retning til en tilpasset hjelp til beboere i bofellesskapet. Opplevelsen av å ha godt kjennskap skaper også større sikkerhet til å handle i situasjonene.

«Knowing the patient increased the nurses' feelings of situational control and provided the authority for the nursing judgements, decisions and actions required (...).» (Jenny & Logan, 1992; 257)

Men vi havner i en grøft om godt kjennskap og lydhørhet bare brukes som utgangspunkt for målrettet pedagogikk og manipulering av situasjonene. Omsorg innebærer mer enn ulike tiltak, også selv om tiltakene begrunnes med beste mening.

Omsorg er mer enn «tiltak»

Med utgangspunkt i Griffins³ teori om «well-being» drøfter Gunnar Salthe (1996) hvor målrettet arbeidet i den kommunale omsorg for mennesker med en psykisk utviklingshemming kan bli. Salthe avviser ensidig fokusering på trenings- og behandlingstiltak fordi det ikke fanger inn det sentrale i omsorgen.

«Problemet er at når man har en mental funksjonshemming som ikke kan kureres, får man problemer med livsførselsproblemer. Da vil det ikke være slik at det meste går greit. Det vil ikke være enkelte ting som vi kan rette opp og så går resten av seg sjøl. Vi må hjelpe dem på livets veg - intet mindre!» (Salthe, 1996; 52)

Det er subjektivt hva som oppleves som er godt for oss. Det kreves stor innlevelse og godt kjennskap til klienten om vernepleieren skal kunne gjennomføre konsekvensetiske analyser ut fra dette. *Forbedring* eller *forverring* i situasjonen som resultat av våre bestrebelser, må vurderes ut fra klientens ståsted, «slik klienten nå engang er» (s53), ut fra det klienten foretrekker. Men fordi noen mennesker med psykisk utviklingshemming ikke foretar valg og tar få initiativ, kan vi ikke helt unnlate å blande oss. Da må vi også vurdere den kvalitative nytte av det vi foretar oss. Derved står vi overfor måleproblemer. Nyttevurderingene forutsetter grundig kjennskap til hvordan ting er, og kunnskap om resultater av tiltak som har vært satt igang når ting er slik. Først og fremst kreves en lydhørhet for det som går for seg. Jeg skal gi et eksempel.

³ Salthe oppgir følgende referanse: Griffin, J.: *Well-Being: Its Meaning, Measurement and Moral Importance*. Oxford University Press. 1990

En av beboerne i et av «mine» bofellesskap har, over tid og etterhvert som hun er blitt eldre, fått store problemer med å forflytte seg. Det er oppmerksomhet på dette, og man arbeider utfra en målsetting om å vedlikeholde funksjonsevnen.

«Vi fikk jo en interessant tilbakemelding fra sjåføren så henter henne som mente at vi hjalp henne for mye. For hun gikk veldig mye bedre inn og ut av bussen der oppe på dagsenteret. Av og på der vi har hatt veldig store problemer med å få henne inn og ut av bussen. Det er spørsmål om det går på forventninger, gjør hun ser darligere når hun ser oss enn når hun går der. Det kan og være at når hun går fra oss så har hun nettopp stått opp, mens når hun vært vært der oppe så har hun gått, vært i aktivitet og er mykere i hele kroppen. Det kan spille inn. Men det er litt rart viss hun går mye lettere ut av bussen når hun kommer opp der om morgenen. Om ettermiddagen går hun lett inn på og så kommer hun seg nesten ikkje ut av bussen når hun kommer til oss. Det er jo litt tankevekkende.» (a2v28)

Det kan være at denne damen «betaler» for å få være på dagsenteret med å anstrenge seg og, et stykke på veg, overkommer sine fysiske problemer. Hun har erfart at hun trenger ikke gjøre dette hjemme. Det kan og høre til hennes definerings av situasjonen, at mer omsorg tilkommer henne i bofellesskapet enn på arbeid. Ikke noe tilsier i og for seg at dette er noe en må «gjøre noe med». Forskjellene i krav og omsorg de to ulike stedene kan være en kvalitet i seg selv, en oppløsning av de totale trekk vi kjenner fra institusjonsomsorgen. De fleste av oss opplever helt andre krav på arbeidsplassen enn hjemme, og vi forholder oss der etter.

I litteraturen og debatten skiller en mellom offentlig, profesjonell omsorg og privat, uformell omsorg. Den første formen beskrives som planlagt, distansert, regelstyrt og oppgaveorientert. Den private omsorgen, på sin side, beskrives i motsatte termer som spontan, intim, spesifikk og personorientert (Jensen,1990;10). Filosofen Arne Johan Vetlesen (1996) problematiserer en slik dikotom forståelse av omsorgens vilkår.

«Om alt som hadde med moralsk-menneskelige kvaliteter å gjøre, hadde sitt unike oppkomststed i den private og sivile sfære, og ikke ble medtatt av individene på deres yrkesvei inn i institusjonene, ville det moderne samfunn vi lever i være fullstendig moralsk bankerott.» (Vetlesen,1996;31)

Relasjoner

Relasjonen mellom beboere og personale er i sitt utgangspunkt en *klientrelasjon*. Det spesielle med denne relasjonen, sett i forhold til andre sosiale relasjoner, er dens *double karakter* (Johansson,1992). Samtidig som det handler om kontakt mellom to personer er det en relasjon mellom en klient og en representant for tjenestesystemet (organisasjonen).

«Det är just det organisatoriska sammanhanget som anger ramarna och ytterst bestämmer förutsättningarna för relationen. Dessa förutsättningar måste båda de i

relationen ingående parterna anpassa sig till.» (Johansson,1992;51)

Johansson beskriver hvordan organisasjonen må skape personen om til klient for å legge til rette for en relasjon mellom tjenestene og personen. Jeg skriver stadig om beboere. Å konstruere en klient er å fokusere visse egenskaper ved personen, som så åpner for tjenester fra en gitt del av organisasjonen. På flere vis er denne kategoriseringen en anonymisering og *depersonifisering*. Skau (1992) påpeker at å bli klient innebærer overgangen fra subjekt- til objektstatus. Klienten blir gjenstand for de profesjonelles handlinger, «*diagnostiske, terapeutiske, hjelpende, støttende, frigjørende eller undertrykkende handlinger*» (s49). Klienten får adgang til tjenester, kostnaden er en avprivatisering av privatlivet. Det ligger her en fare for at tilstand og fenomener forstås i lys av *kategorier*, en generalisering, og at den individuelle og personlige karakter nedtones eller forsvinner.

Men i kontakten mellom personale og beboer skjer en *repersonifisering*, forstått på den måten at individualiteten blir synlig for organisasjonens representanter (Johansson,1992). Det er nærhet i tid og rom mellom vernepleierne og deres «klienter», og bekjennskapet med Gry, Emma, Oda og Arne skaper grunnlaget for en mer personlig relasjon. Det er misforstått «profesjonalitet» at en alltid skal forholde seg distansert og kjølig. For lite avstand fører til tap av oversikt og objektivitet, med for mye avstand oppstår fare for at viktige behov hos beboeren blir stående uoppdaget og udekket.

Nærhet/avstand representerer ikke to stasjonære posisjoner, men en balansegang og veksling mellom perspektiv som er nødvendig for det profesjonelle arbeidet. Vernepleierne kan ikke kaste bort fagkunnskap i form av *kategorikunnskap* i sitt arbeid og omgang med beboerne som *personer*. Enkeltpersonene Gry, Emma, Oda og Arne er også psykisk utviklingshemmede, beboere i bofellesskapet.

«All profesjonell omsorg beveger seg i spenningen mellom det å betrakte mennesket som kategori og person,» (Leenderts,1995;29).

Til slutt

Det er alltid en fare for at det vi forstår, forstår vi for godt. Det er en fare for at bildene som konstrueres av beboerne kan skjerme for å oppdage nye sider ved dem og nye muligheter i situasjonene. En ureflektert personalerolle kan fastholde beboerne i større avhengighet enn det som er nødvendig. En for ivrig tiltakstenkning kan medføre at en overser og ikke godtar personen som han er.

Lydhørhet er en innstilling og en beredskap som kan løfte handlingsparet *ramme inn - gi handlingsrom* ut av en snever instrumentalistisk tiltakstenking, og opp til en arbeidsmåte der nødvendig hjelp og støtte spiller sammen med beboerens rett til selvbestemmelse og medvirkning. En yrkeskunnskap i utvikling og kollegiale drøftinger kan være forutsetningen for at det skal bli slik.

I det neste kapitlet skal jeg se på hvordan vernepleierne forholder seg til, anvender og opprettholder makt.

-o0o-



«Vi har bukten og alle endane..»¹

om vernepleiernes anvendelse av makt.

«Å fastslå noe med rimelig grad av sikkerhet er en av forskerens fremste oppgaver, enten svaret er overraskende eller ikke.» Romøren, 1995;16

Innledning

Til ulike tider i institusjonsomsorgen har statuspar med noe ulikt innhold betegnet relasjonene mellom dem som trengte hjelp og dem som skulle gi denne hjelpen. *Pleier/pasient* ble avløst av *miljøterapeut/beboer*, og nå i reformens tid snakkes det ofte om *tjenesteyter/bruker*. Selv om disse skiftene avspeiler både ideologiske og strukturelle endringer, er relasjonene stadig preget av asymmetri. Og selv om brukerperspektivet har ført til at mennesker med psykisk utviklingshemming ofte omtales som "brukere", er det fortsatt mest makt hos personalet.

Det har vært enighet om å legge ned særomsorgen, men knapt noen har avfeid behovet for *særlig omsorg* for den enkelte. Fortsatt vil omsorgen preges av sine motstridende aspekter *kontroll og hjelp* (Skau, 1992, Krogstad, 1995).

«Særlig der hvor de mest synlige og følbare uttrykkene for makt/kontrollen er blitt borte, er det viktig ikke å la seg lure av det tilsynelatende og tro at denne siden av saken dermed er blitt borte. (Skau, 1992;13)

Makt² er et relasjonelt begrep, det har sitt grunnlag i andres avhengighet (Wadel, 1990, Lupton, 1994). Makt er å kunne gjennomføre sin vilje i en sosialrelasjon. Makten må ikke brukes for å være makt, den ligger i muligheten til å gjennomføre sin vilje (Skau, 1992). Og "*Makta er i seg sjølv korkje god eller ond i følgje denne definisjonen*" (Krogstad, 1995;36).

I mine analyser av intervju materialet, har jeg funnet fram fire kategorier som betegner måten vernepleierne anvender makt i relasjonene med beboerne og hvordan de forholder seg til sin makt; lettest å få øye på er den direkte *styring* som skjer i situasjonene. Et potensiale for at de anvender sin makt ligger i det at de fører kontroll med beboerne (*kontrollering*) i ulike sammenhenger. Både kontrolleringen og styringen gir opphav til *rapportering* og karakterisering av beboerne. Det kan synes som om vernepleierne har et nokså *ambivalent* forhold til sin egen makt. Det er om disse forhold dette kapittelet skal handle.

¹ I intervjuet, da jeg spurte om makta i situasjonene, sa en av vernepleierne: «Ja, vi har bukten og alle endane, det e'kje nokke til å stikke under en stol altså»

² Maktbegrepet er gjenstand for ulike utlegninger og diskusjoner i litteraturen.. Det er stor forskjell på et funksjonalistisk perspektiv som ser makt som legitim og basert på autoritet, og et konfliktperspektiv hvor en er opptatt av maktkamp. Jeg går ikke inn i denne diskusjonen, men begrenser meg til merknadene over. Kapittelet skal få fram hvordan vernepleierne bruker og opprettholder makt i relasjon til beboerne.

Kontrollering³

Vernepleiernes handlingsberedskap er en følge av deres oppfatningen av hvilken rolle de har i omsorgen. Noen yrkesgrupper kan avgrense sin oppmerksomhet til et område og avvise problemer som ikke faller innenfor dette feltet. Tannlegen, for eksempel, tar seg av tenner. Mens vernepleiernes arbeidsområde er ikke klart avgrenset på denne måten. Arbeidet knytter seg til dagliglivet, da kan en knapt avvise beboere med henvisning til at «det er ikke mitt bord». Ann ser bestillingen slik:

«..Det er jo..altså du skal jo tilrettelegge nær sagt livet for de som bor der»

For å kunne gjøre det, kreves det at en følger med i det som skjer, og vernepleierne fører kontroll. Slik kontroll kan tjene noe ulike hensyn i ulike situasjoner. Kontroll, i form av *rettet oppmerksomhet*, kan være forutsetningen for å gi rett hjelp til rett tid. Mange av beboerne klarer seg fint i situasjoner de er vant til, mens uvante situasjoner kan skape usikkerhet. Når Eli er med noen beboere ut på byen en kveld er hun oppmerksom på dette. Hun er opptatt av å;

«se at tingene går (rettet oppmerksomhet)..få de med tilbake igjen, skaffe drosje og ..ja se at de kommer seg hjem igjen (tilsynsføring)...»

Kontrollen kan være knyttet til en påpasselighet, en *tilsynsføring* som tar utgangspunkt i en vedvarende problemstilling. Tone forteller at Marte lett forskyver døgnrhythmen når det er vinter og mørke. Det er mørkt når hun står opp om morgenen, det er mørkt når hun våkner etter middagsluren også.

«(vi) må ha et lite øye til henne(tilsynsføring) ,hun klarer ikke helt å få med seg hva som er dag eller morgen eller kveld (legitimering)»

Begge disse formene for kontrollering har til hensikt å ivareta en beredskap for hjelp.

Samtidig innebærer dette en fokus på beboernes gjøren og laden som andre er forskånet for.

Kontrollering kan være en *etterprøving* som bidrag til en kvalitetsikring av tiltak. Man har foretatt seg noe for å bedre beboerens muligheter til å fungere selvstendig, og det er mulig å gjøre en foreløpig evaluering av hjelpen gjennom å kontrollere hva beboeren har fått med seg. Et eksempel kan vise dette.

Kari sin bror har undret seg over at det er lenge siden hun har ringt, og Vera oppdager at «kjempeknotten», et hjelpemiddel med forprogrammerte telefonnummer som Kari bruker, ikke lenger er korrekt programmert. Vera omprogrammerer hjelpemidlet for henne. «Hvor skal broren din stå?»(fokusering), spør Vera og programmerer tasten som velges. «Hvor har du støttekontakten?(etterprøving),og hvor

³ substansielle koder i kategorien: *rettet oppmerksomhet, tilsynsføring, etterprøving og informasjonsinnhentning.*

har du bror din?» Kari kan vise dette, så nå er det iorden.

Etterprøving kan også være et svar på et initiativ fra beboeren. Kontroll og hjelp kan bli to sider av samme handling, en del av det å ramme inn er også å avklare. Eli gir et eksempel knyttet til det å skrive handleliste;

«..og noen ganger så kommer de jo og sier at nå har jeg ikke mer av det og det, og noen kommer og sier det at de har ikke, (men) så har de, så da må jeg få dem til å vise meg (etterprøving) f.eks., viss jeg vet at de har masse sjampo eller sånt, så går vi inn og så sier vi at her har du..»

Med handling og innkjøp kommer økonomien inn i bildet. Her er vernepleierne og deres kolleger pålagt av arbeidsgiver å føre nøye kontroll. Reguleringen av beboernes økonomi er basert på en mistankens premiss, utgangspunktet er at beboerne skal beskyttes fra at noen beriker seg på deres penger. Personalet har også interesse av et system som verner dem fra mistanke. Siden sanksjoner klart vil settes inn om misbruk oppdages, mens det ikke på tilsvarende vis sanksjoneres at man blir regelrytter overfor beboerne, presses vernepleierne og deres kolleger inn i en slags vokter-rolle i pengesaker. Beboerne må dokumentere bruken av sine egne penger, vernet mot overgrep koster. Både beboerne og personalet tvinges til en situasjon preget av kontrollering.

«(vi) tar i mot kvitteringer (kontrollering) når vedkommende kommer tilbake fra butikken da, så det går mye tid til det og, i forhold til regnskap»

Kravene utenfra («oppefra») påvirker graden og formen for kontroll som gjelder penger. I denne kommunene er det utarbeidet et eget regelverk for håndtering av penger. Kommunen har bidratt til at beboerne hver har en hjelpeverge. Hjelpevergen styrer beboerens økonomi, betaler faste utgifter mv. Etter avtale mellom hjelpevergen, hovedkontakten til beboeren og lederen i bofellesskapet, overføres det penger til en konto der lederen har det formelle ansvaret for administrering og dokumentasjon. Man sørger for å ha rede penger i en håndkasse til hver enkelt. Det er en øvre grense satt for hvor mye penger (summen av kontanter og kvitteringer) som til en hver tid kan og skal være i kassen. Beboeren tillates udokumenterte utgifter på en enda mer begrenset sum pr. måned. Når denne grensen er nådd, må det legges kvitteringer tilbake i kassen for alle videre uttak.

En følge av dette regimet er også muligheten til å orientere seg om beboernes gjøren og laden, ut over det rent økonomiske. Ann har lagt merke til at personalet får tilgang på informasjon revisjonssystemet nok neppe i og for seg hadde til hensikt;

«Vi har jo disse kvitteringene da, på hvor de har handlet...de sier jo litt om hvor de har vært (informasjonsinnhenting).»

Ved andre tilfeller skjer slik *informasjonsinnhenting* intensjonalt og begrunnet i situasjoner som utspiller seg. Når en ikke vet sikkert må en sjekke med andre. Ann forteller:

«Det var dette her med tannhygienien til beboerne, det skulle (det) følges bedre opp på. [Personalmøtet sier?] Ja, og på kveldsrunden etter beskjeden så spør jeg alle sammen og tilbyr hjelp til tannpuss. Og så er det en av damene som ble meeeget fornærmet for at jeg tror hun trenger hjelp, for det er noe hun kan. [Hva gjorde du da?] Jeg har spurt henne (etterprøving), og de andre om de vet hvordan hun utfører dette (informasjonsinnhenting).»

Her hentet vernepleieren, som den gang var ny i bofellesskapet, informasjonen fra kolleger som var tilstede. En annen vanlig måte å holde seg oppdatert på er å hente inn informasjonen som personalet formidler via beskjed- og rapportbøker.

Rapportering⁴

«Profesjonelle hjelpere trenger å vite noe om den de skal hjelpe. Men det å vite mest mulig om klienten er ikke et ubetinget gode i seg selv. Kunnskap kan brukes i klientens tjeneste. Men den kan også brukes som et kontroll- og makt middel mot klienten.»
(Skau, 1992;62)

Rapportering i form av rapport- og beskjedbøker, journalsystemer mm er trekk fra institusjonene som fortsatt finns i bofellesskapet. Arbeidsvilkårene i mange bofellesskap innebærer deltidsstillinger for mange. Uavhengig av stillingsbrøkens størrelse blir en ukes arbeidstid i sum aldri stort mer enn halvannet døgn. Personalet er mer borte fra bofellesskapet enn de er tilstede der. Og når en er der, er det ikke sikkert at man er den som har kontakten med en gitt beboer. Behovet for å skaffe seg informasjon, ut over det som er mulig gjennom førstehåndsopplevelsen, er opplagt. Noen ganger er dette viktigere enn ellers.

«[Hva gjorde du på jobb igår, Tone?] Da hadde jeg ikke vært her siden torsdag, så jeg hadde en del tanker og forventninger til ting jeg holder på med, om hvordan det hadde gått. (Pga) turnus har vi litt fri inn i mellom. Så det var i grunnen det første jeg sjekket opp i, gikk gjennom rapportboken for helgen (informasjonsinnhenting). Vi har kontakt med lege og prøver ut medisiner til en person.»

Man må vite hva som skjer for å kunne bidra med tilpasset oppfølging. Men alt som skjer blir ikke skrevet ned, det er umulig. Både *hva* som rapporteres, og *hvordan* dette formidles vil få betydning. Det å fokusere en viss type informasjon innebærer gjerne at mange forhold overses eller undervurderes i betydning mht rapportering til kollegene.

Jeg ser (..) den profesjonelle hjelperkulturens innebygde tendenser til standardisering

⁴ substansielle koder i kategorien: *rapportering* og *karakterisering*

*av virkeligheten som den største trusselen mot relevant kunnskap og innsikt..»
(Skau,1992;63)*

Den daglige, skriftlige rapporteringen i bofelleskapet har standardisert fokus. En grunn til det er i stor grad turnusorganiseringen av arbeidet som krever rutiner for å ivareta kontinuitet i det daglige;

«Vi har jo satt opp ukeplan for hver enkelt av beboerene. På mandagen skal en vaske stuen og gangen og badet evt, vaske klær.. de fleste husker jo det der for det er så innarbeidet etter at det har gått sånn i åresvis (rutinisering), men glemmer de det så minner du på det(påminning), og gjerne kommer inn og ser til at det er gjort (etterprøving).»

Men det er ikke alltid mulig å følge opp alt på en tidsbegrenset arbeidsøkt. Da brukes rapporten.

«Man sjekker opp (etterprøving), og viss ikke så kan man skrive at av den og den grunn så har ikke de vasket der (rapportering) så vet man det og så kan man gå inn».

Samtidig som personalet kan ha behov for å kontrollere kontinuiteten i aktivitetene reduseres beboerens muligheter til å unndra seg situasjoner. Der en av personalet ikke rakk å styre igjennom en aktivitet kan den neste overta med utgangspunkt i rapporteringen om det som har skjedd.

Rapportene inneholder hendelser den enkelte finner grunn til å meddele kollegene. Det vil være forskjell på hva den enkelte synes det er meningsfullt og nødvendig å skrive til de andre om. Oftest er det spesielle hendelser som bemerkes. Da vil det også være mulig for den enkelte å underslå informasjon.

«Jeg var alene så (da) måtte jeg ta rullestolen opp og kjøre henne ut på badet (overtaking) i stedet for å vente en halvtime på at hun skulle gå. Det var det blitt sent på kvelden og det var mange som skulle ha oppfølging. Men da skrev jeg det i rapportboken (rapportering), at jeg hadde gjort det pga at jeg fikk knapt med tid (legitimering). Det var jo ingen som hadde fått vite om det om jeg hadde satt rullestolen ned igjen, men du forklarer gjerne hva som har skjedd i løpet av kvelden».

Kvaliteten i de skriftlige rapportene er varierende. Eli har tatt dette opp med sine kolleger, og hun har påpekt at man må

«..prøve å være mer nøyaktig i fht det vi skriver, for det ser jeg glir ut. Det blir veldig mye rapporter som rett og slett er for dårlig, de er ikke beskrivende nok. Mye er sånn skrevet for det at man tror alle sitter inne med samme informasjonen som en selv. Det blir for lite detaljert bekriving».

Hun peker her på en *innforståthet* som preger rapporteringen, dette er interessant. Det kan være lett for at rapportene standardiseres, både mht tema og formuleringsmåter. Og det skrives «mellom linjene». Slik vedlikeholdes og formidles en sosial konstruksjon av praksis,

av beboerne og av livet i bofellesskapet. Det er blant annet fra rapportene at personalet henter fokus og motivering for den kontroll og styring de så bidrar til i oppfølgingen og i andre situasjoner.

Rapportering har også en annen og mer uformell form, en muntlig overlevering. I løpet av feltarbeidsperioden ble jeg ved flere anledninger gjort oppmerksom på at «*han pleier..*», «*hun har vært den som...*», og «*hun bruker gjerne slikt (situasjoner) til å skape konflikt*», alt knyttet til enkeltbeboere. *Godt kjennskap* til beboerne har en stor betydning i det å tilpasse omsorgen og kravene i situasjonene. Men dette har også sin *konserverende* side i slik *karakterisering*. Ulike karakteristikk av beboerne representerer en sosial konstruksjon som kan sementere forventningene til beboeren. I sin tur vil dette føre til rutinisering av måten en møter beboeren. Det kan utvikle seg et rollespill til daglig. Odd medgir;

«Når du kjenner han godt nok så vet en liksom hva som er lurt å gjøre og hva som ikke er lurt..har gangen i dagen så vet du noenlunde..du kommer inn i et mønster selv og.»

Styring⁵

Premissene for samhandling mellom beboere og personale legges, langt på vei, med utgangspunkt i hjelpernes problemsettinger og fokusering. Vera beskriver sitt faglige ansvar som;

«..å fremme målsettinger, arbeide målrettet ifht hver enkelt av beboerne, evaluering, det å sette ting på dagsordenen; hva bør vi gjøre, hva skal den enkelte (beboer) delta i, hvor skal vi gå inn..»

Beslutningene som følger av drøftinger etter denne dagsorden, skaper ulike former for *styring*. Programmering av dagen og uken, struktureringen som ukeplanene representerer, blir lett til en *rutinisering* av aktivitetene. Det kommer da en dobbelhet inn i dette. På den ene side er initieringen som vernepleierne bidrar med en måte å ramme inn det som skal gjøres, altså hjelp. Initieringen kan også være et ledd i opprettholdelsen av en rutine, og altså et tiltak for styring basert på vernepleierens makt. Vernepleierne og deres kolleger tar initiativ til å få gjennomført planene, og setter standardene for godt nok resultat som ved å «*..vise at så rent må det være.*» *Initiering ved spørsmål* kan være en hjelp for beboeren til å få klart hva det er som skal gjøres, men da er det stadig vernepleieren som har initiativet. Selvsagt har dette en direkte styrende effekt. Som Odd bemerker om samhandlingen med Knut;

«Når du stiller spørsmål, så lar han seg farge av det.»

⁵ substansielle koder i kategorien: *styring, rutinisering, initiering, avvising og grensesetting.*

Det er det ikke sikkert at vernepleierne alltid gjør når forholdet er omvendt. Selvsagt oppstår det gode samspillssituasjoner også på beboeres initiativ. Det jeg vil ha fram her er, at en måte personalet kan ta styringen i situasjoner er ved *avvisning* av initiativet. Olga kommer lett ut av balanse i perioder, og humøret svinger da voldsomt. I slike perioder kan uventede hendelser få store utslag. Dersom en vare hun har på handlelisten sin ikke er i butikken, kan hun reagere med sinne og gråt. Da tar personalet styringen, forteller Odd.

«...så har vi diskutert, og forklart, og i det hele tatt. Men så hender det av og til at hun tar helt av. Hun har fått en rimelig forklaring, men så slenger hun på en annen liten urimelighet i verden som har gått henne imot. (..)Hun la spillet og vi gav respons. (..)Hvis vi (nå) ser at det tar av, så avviser vi hele diskusjonen (avvisning). «Du får gå inn i din egen leilighet (utvising) og roe deg». Det er egentlig vi som tar styringen.»

Her brukte man avvisning og utvising, med en *fordi-at*-begrunnelse. Styring kan også ha en *for-å*-begrunnelse og bli ulike former av *grensesetting*, som *begrensing* og *forbyding*. Eli forklarer:

«...så vi har jo egentlig satt litt skille ifht felleisleiligheten når det går på oppførsel hvordan man er overfor hverandre (grensesetting). Ved veldig krangling og kjefting og smelling, så ber vi de gå i egen leilighet (utvising). Om de ikke tåler en annen beboer, så har de mulighet til å trekke seg tilbake til seg selv og låse døren. Vi kan på en måte ikke forlange helt ro i en felleisleilighet (begrensning), men det kan de gjøre i sin egen leilighet»

Eli beskriver her først hvordan man styrer og håndhever grenser. Straks etter rekonstrueres utlegningen til å handle om beboerens mulighet til tilbaketrekking.

Det ambivalente forhold til makt

«Det at den profesjonelle hjelperrollen ikke bare er en hjelperrolle, men en yrkesrolle som også medfører makt og kontroll over andre mennesker, oppleves av en del helse- og sosialarbeidere som en etisk konflikt det kan være vanskelig å akseptere og forholde seg til.» (Skau,1992;17)

Å underkommunisere maktaspektet i yrkesutøvelsen er en strategi noen da bruker (ibid). En ser bort fra maktaspektet og ser på det en gjør som ren hjelp. En av vernepleierne svarer slik da jeg spør:

«[det er snakk om å føre kontroll?] Nei, jeg syns ikke det ..jeg syns og det at du hjelper dem å strukturere»

Skau (1992;14) påpeker den offisielle nedtoningen av makt- og kontrollfunksjonen i forholdet mellom klient og hjelpeapparat, og bemerker at dette kan bidra til at hjelperne ureflektert tilslører og kan komme til å «lure» både seg selv og klientene. Jeg var også inne på det i kapittel 4, vernepleierne er opptatte av å unngå å skape en følelse av kontroll. Overtalelse kan

være en strategi:

«[gi noen sånne stikkord som betegner arbeidsmåten din] *Jeg prøver å gå inn (slik) at man er mer likeverdig. Altså jeg har ikke lyst å ha den rollen at jeg kommer inn og kommanderer. Jeg prøver også at det er noe at man skal gjøre i fellesskap, og jeg prøver å avklare hvorfor sammen med brukeren. Ja, få dem med på disse tingene, at det er ikke bare noe man bestemmer for dem, men prøver å forklare hvorfor»*

Vernepleierne er likevel klar over at de arbeider i spenningsfeltet mellom makt og hjelp. De søker en balanse og å dempe maktbruken i samhandlingen med beboerne. Der en tar styringen søker en også å ha klart for seg begrunnelser for intervensjonene. Odd forklarer:

Jeg mener at en kommer opp i en del dilemma. [Eksempelvis?] Ifht kosthold; to av dem som bor her har stigende vekt om de får styre løpet selv. Der går vi inn og styrer, begrenser kostholdet, matvarer og innkjøp. Det kan vi gjøre fordi at de finner seg i å bli styrt. Men det er et dilemma. Hvis det hadde vært brukere som var høyere fungerende, med mer egne meninger, så kunne de ha slått i bordet; det har du ingenting med å gjøre - jeg spiser hva jeg vil, når og hvor mye jeg vil. Vi styrer dem siden det er mulig for oss å styre dem. Motivasjonen for oss er at de ikke har utpreget god fysikk noen av dem, slett kondis kan du si. Kommer de utenfor asfaltkanten så har de problemer. Og det er jo og veldig knyttet til vekt. Vi står midt i ein gråson, vi går inn og styrer, der griper vi inn og får en del protester på det. De brukerne som blir offer for vår styring på dei tinga der, det buttar litt i mot, men likevel føler vi at vi har... våre motiver for å gjøre dette her er, det er liksom hensikten... » (som helliger midlene).

Begrunnelser er likevel ikke alltid eksplisitte, og heller ikke bare formulert med utgangspunkt i hensynet til brukerens beste. Jeg spurte en av vernepleierne om det er kontrollfunksjoner som hun spesielt ikke liker å utføre.

«Pengene. Det har vært et tilbakeskritt, jeg syns det er formynderi. Det er slik som en beboer sier: det er mine penger og jeg vil ikke levere kvitteringer og vekslepenger for alt.»

Samme kveld var det en konflikt mellom nettopp denne beboeren og en av personale. Han ber om penger, personalet kontrollerer først beholdningen han har i lommeboken og konkluderer at han har nok penger til det det er tale om. Noe senere prøver han hos vernepleieren som syns pengereglene er formynderi. Men også hun avviser ham. Hun forklarer meg at hun visste at han hadde snakket med en annen før og nå hadde prøvd igjen på henne. Hun holder på det som alt var bestemt, til tross for sitt syn på pengeadministreringen. En tommelfingerregel om konsekvente reaksjoner synes å gjelde.

Medspill og motspill

Et siste moment omkring makt i relasjonene skal tas med. Det er selvsagt ikke bare vernepleierne og deres kolleger som har makt i samhandlingene. Også beboeres initiativ og reaksjoner kan innebære makt. Beboerne kan spille med og ha samme forventning som personalet om rollefordelingen mellom dem. Fuglestad (1993;117ff) er inne på dette i sin beskrivelse av samhandlingsmønsteret «*be om hjelp - gje hjelp*» i skolen. Han mener dette er et samhandlingsmønster som «undervisningsparadigmet» krever. Parallellen til offentlige omsorgstjenester lar seg oppfatte. På den annen side kan beboerne kreve mer hjelp enn vernepleierne ser som nødvendig, eller de kan være aktive i å unndra seg kontroll og initiativ fra personalet. Utflukter og avvising er strategier i bruk. Vernepleiernes problem i slike sammenhenger knytter seg til en tolkning av situasjonene, en må avgjøre hva som signaliserer selvstendighet en bør bygge opp om, og hva som er motstand en må finne en veg forbi. En tvinges med jevne mellomrom til refleksjon over hvordan og hvorfor makt anvendes og hva en skal sette inn på å få gjennomført i situasjoner.

En kort oppsummering

Intensjonene knyttet til ansvarsreformen signaliserer større rett til selvbestemmelse for beboerne⁶. Vernepleierne har et noe *ambivalent forhold* til makt, og de søker å nedtone dette aspektet. De har likevel ambisjoner og ansvar som aktualiserer maktproblematikken, de må balansere arbeidet i spenningsfeltet mellom makt og hjelp.

Kontrollering kan føre til direkte påvirkning på situasjonen ved at intervensjoner forsøkes; vernepleierne går inn tar *styring* i situasjonens forløp. Intervensjonen kan også gi opphav til den indirekte kontrollering som ligger i *rapportering*. Her skapes og vedlikeholdes en sosialkonstruksjon som, i sin tur, fungerer som overbygning (motivering og legitimering) for såvel grad som form for kontrollering og direkte påvirkning i situasjonene videre.

-o0o-

⁶ Menesker med psykisk utviklingshemming skal «*få et eget hjem og slippe å bo på andres arbeidsplass*», og «*få bedre muligheter til selvråderett, innflytelse på eget liv og medbestemmelse i samfunnet.*» (Sos.dep.,1990)

7

«- og det er kanskje verd å minne om at framtida ikke er noe som kommer. Den er noe som skapes.»
- Tøssebro (1996;206)

I forskningens lys

Noen refleksjoner på bakgrunn av egen og andres forskning.

Innledning

Betegnelsen «HVPU» synes mer kjent nå etter at HVPU er avviklet enn det som før var tilfellet. Dette henger høyst sannsynlig sammen med den mediafokuseringen som ansvarsreformen og omsorgen for mennesker med psykisk utviklingshemming er blitt til del. Slikt har også gitt seg noen underlige utslag. I mitt nabolag slo kommunen opp et skilt ved en byggeplass der man slo fast at «*Her bygger Bergen kommune HVPU-boliger*». I en avis dukket det opp melding om et «*HVPU-ran*» da en person med psykisk utviklingshemming var blitt ranet på gaten.

Gjennom aviser og TV har vi også fått historier om konflikter og enkeltskjebner i forandringenes kjølvann. For mange mennesker er dette det eneste grunnlag de har til å ha en mening om reformen. Det er ingen vanskelig oppgave for media å påvise at den offentlige politikken har slått feil ved å trekke fram enkelttilfeller. Også forskning kan lett få fram avstanden mellom idealer og realiteter (Romøren,1995).

Forskningen som har fulgt reformen har, slik jeg ser det, oversett noe vesentlig. Interessen har i stor grad tatt sitt utgangspunkt i institusjonskritikken. Ofte undersøkes «tjenester» for å se i hvilken (les: hvor liten) grad de har endret seg fra det som kan hevdes å være institusjonstrekk. «Nissen på lasset» har vært en populær, mye omtalt fyr. Man undersøker også hvordan tjenestene er organisert og søker graden av integrering i de alminnelige (dermed ofte allerede eksisterende) tjenester. Forbausende liten interesse kan registeres for hvordan arbeidet konkret gjøres, hvordan de som nå står ansvarlig for hjelp og omsorg i direkte samhandling med mennesker med psykisk utviklingshemming faktisk arbeider for å få det til. Karen Jensens forskning (Jensen,1992) er kanskje unntaket som bekrefter regelen.

I dette siste kapittelet skal jeg løfte blikket fra mitt empiriske grunnlag og gjøre noen avslutningsvise refleksjoner. Jeg vil låne øre til forfattere som tar opp tema jeg mener har betydning for oss som arbeider direkte og indirekte i utviklingen omsorg for mennesker med psykisk utviklingshemming i den nye kontekst som reformen har skapt. Slik håper jeg å sette min egen forskning inn i en sammenheng med andres, og å peke på noen føringer eller fordringer jeg mener min forskning kan gi opphav til.

Reformen som revolusjon

Jeg var for nylig tilstede på et møte med en sentral aktør i NFPU som uttalte at man der i gården ikke lenger snakker om integrering fordi det antyder at mennesker med psykisk utviklingshemming ikke hele tiden har hatt sin naturlige plass i samfunnet. Utsagnet bygger klart mer på et ideologisk standpunkt enn på en analyse av hvordan det står til.

Selv om reformen langt på veg var en bekreftelse på en utvikling som alt var igang, ble det bygget inn målsettinger som også hadde utopiske trekk. Ideologiseringen av normalisering og integrering (Söder, 1992) hadde gjort dem til trosretninger egnet til å skaffe oppslutning om utflytting fra institusjonene og avviklingen av HVPU. Ut fra denne vinklingen kan vi se på reformen som et revolusjonsforsøk, med sine visjoner og sin spenning mellom elite og masse (Romøren, 1995). To modeller, ekspertmodellen og folkemodellen, gjør seg gjeldende i synet på normalisering og integrering, og de synliggjør denne spenningen. *Ekspertmodellen* tar utgangspunkt i at forskjellene i livsvilkår for mennesker med psykisk utviklingshemming og for andre er samfunnskapt og kommer til uttrykk i institusjonslivet. Den revolusjonære trossetning blir derved: om institusjonene og andre særlige tiltak avvikles, da fjerner vi samtidig årsakene til de negative trekk ved situasjonen. Fra denne synsvinkel var HVPU preget av segregering, mistriivsel og overgrep, og ved å omstyrte HVPU skapes det gode liv. Likheten mellom mennesker med psykisk utviklingshemming og andre understrekes, evt forskjeller underkommuniseres eller fornektes. *Folkemodellen*, på den annen side, regner med at mennesker med psykisk utviklingshemming har og vil ha behov for hjelp på grunn av sin funksjonshemming. Å fjerne institusjonene vil ikke være løsningen for alle, nye problemer vil dukke opp om ikke menneskene det gjelder gis særskilt støtte og hjelp. Likheten aksepteres, men forskjellene påpekes også.

«Gjennomføringen av reformen kan fortolkes som et drama med representanter for ekspertmodellen og folkemodellen i ulike roller og posisjoner i ulike faser. Kanskje er det slik at uten ekspertenes pågåenhet og elitisme ville det ikke blitt noen reform. Uten at folkemodellen hadde utløst institusjonelle og demokratiske bremsemekanismer kunne det gått galt. Slik sett er det trolig spenningen mellom disse kreftene som har brakt oss dit vi er.» (Romøren, 1995;32)

Tøssebro (1996) bemerker at det jo ikke var slik at HVPU-institusjonene var preget av stillstand. Det er ingen grunn til å tro av utviklingen en så gjennom 70- og 80-årene ville stoppet om ikke vi hadde fått reformen. Avinstitusjonaliseringen i Sverige, f.eks., har gått for seg innen rammen av særomsorgsorganisasjonen der. Med retorikken omkring reformen har skapt et spesielt klima i Norge.

Det finns en fare for en usynliggjøring av behov.

Normalisering, integrering og desentralisering er sentrale stikkord i ideologien som gav opphav til ansvarsreformen.

«..The ambitions of the reform indicate something new: a realization of values that have developed over the past 20-25 years, based on a new perspective on people with developmental disabilities and a perspective that focuses more on common rights and needs of people in general, than on special properties and limitations of people with developmental disabilities.» (Sandvin, 1996;188)

Söder (1982) bekymret seg for at den optimistiske ideologi om funksjonshemmede som vokste fra gjennom 70-talet etterhvert skulle resultere i en usynliggjøring av deres behov.

«Osynliggörandet innebär att ideologin riktar in synsfältet på andra problem än det grundläggande: hur vi skall tillgodose det behov av stödresurser som de mest funktionshämmande har.» (op.cit:15)

Söder påpeker at faren for usynliggjøring kommer av flere forhold. Integreringen som har skjedd har i hovedsak handlet om fysisk og administrativ integrering. Samtidig ses særlige tiltak (som er rettet spesielt til mennesker med psykisk utviklingshemming, f.eks.) lett som segregerende tiltak. Da kan integrering snart bli en ideologi for fysisk tilstedeværelse i lokalsamfunnet og for likhet i tjenestetilbud. En idyllisering av lokalmiljøene og en motstand mot særlige tiltak kan føre til at behov for støtte blir oversett. Bak dette ligger en tanke om at funksjonshemming oppstår i relasjonen mellom person og miljø, at funksjonshemmingen bare representerer avstanden mellom krav og funksjonsevne. Slik kommer vi lett til å overse behovene til dem hvis funksjonsevne er slik at de vil være funksjonshemmet uansett hvordan vi organiserer omgivelsene.

Pedlar (1990) gjentar advarselen mot «*dedramatizing the disability*». Om vi overdriver «alle er vi like»-meldingen, kan det føre til at funksjonshemmingen blir oversett. Da overser man også personen med psykisk utviklingshemming, og reformens retorikk resulterer bare i at særlige behov underkommuniseres eller overhøres.

Normaliseringspolitikken innebærer et løfte om destigmatisering, bemerker Froestad (1996), men påpeker samtidig at «den offentlige handikappolitikk» fører med seg problemer for reell integrering.

«Problemer oppstår på grunn av politikken manglende evne til å håndtere ambivalensen mellom det like og det ulike: å innrømme likheten og likeverdet mellom funksjonshemmede og andre, på den ene side, og funksjonshemmedes ulikhet og behov for forskjellsbehandling, på den annen.» (Froestad,1996;12)

Han peker på to trekk som skaper et press mot assimilering og usynliggjøring.

Det første starter med ideen om at den funksjonshemmede egentlig er helt lik oss andre, at forskjellene bare er overfladiske. Dette gjenspeiler seg i ordbruken, «mennesker med psykisk utviklingshemming», som også jeg skriver¹, kan tolkes som et forsøk på destigmatisering, skriver Froestad. Omtalen understreker at psykisk utviklingshemming er en av flere egenskaper ved personen. Men dersom en gjør funksjonshemmingen til en hvilken som helst egenskap, innebærer det en fare for at det da underslås hvilke dramatiske konsekvenser en slik funksjonshemming ofte har for den det gjelder. «Brukerperspektivets» verdsetting av individuell frihet, selvbestemmelse og valg kan fort også bli til krav om selv å ta ansvar, bestemme og velge.

Men det er ikke rimelig å kreve av de fleste mennesker med psykisk utviklingshemming at de skal ha ansvaret for å opptre som bevisste forbrukere på en tjenestemarked. Tøssebro² (1996) drøfter problematiske trekk ved begrepet autonomi ved å sette to definisjoner av selvbestemmelse opp mot en annen: fravær av innblanding og styring fra andre, og evne til å realisere egne interesser og preferanser. Han konkluderer med at det ligger en fare for legitimering av ansvarsfraskrivelse i å hevde at mennesker med psykisk utviklingshemming har det bedre jo mer selvbestemmelse de har (s165ff).

Det andre problemet oppstår av ideen om at mennesker med psykisk utviklingshemming ikke bare er lik oss, de skal også behandles som alle andre. Denne tendensen dokumenterer Froestad med det at kommunene har fortolket normalisering som et administrativt spørsmål, om innlemming av mennesker med psykisk utviklingshemming i tjenestesystemene. Kampen om ressursene er flyttet til lokalnivået, tjenestene blir resultat av kommunale prioriteringer.

«Likestilling og likeverd krever aktiv omfordeling og utjevning av ressurser mellom sterke og svake grupper, men den nye ideen om at vi alle er like, synes å svekke forestillingen om at dette er nødvendig.» (Froestad,1996;8)

Wuttudal (1995) understreker at det jo nettopp er en del av reformens hensikt at mennesker med psykisk utviklingshemming ikke utskilles som gruppe, men at de får

«tilgang til kommunale tjenester på lik linje med andre borgere av kommunen»(s225).

Dette blir problematisk dersom resultatlikhet er målet, for det skal forskjellsbehandling til for å kompensere for ressursulikheter som finns i utgangspunktet (Hernes,1980).

¹ da vi begynte å bruke denne omtale, var det en radikal formulering med destigmatisering som hensikt. Jeg har en plakat fra Liljeholmens dagcenter i Stockholm laget på den tiden (først på 80-tallet) der det heter: «dom kallar oss utvecklingsstörda, men främst är vi människor i utveckling». Nå sier man «psykisk utviklingshemmede» igjen, «for det må være unødvendig å understreke at de er mennesker»....

² det problematiske ved selvbestemmelse drøftes også av Jensen,1992 og Wuttudal, 1995b

Samtidig finner Wuttudal noen konfliktområder i det hun betegner som «*et møte mellom to kulturer*», mellom miljøarbeiderne som representerer «*det stasjonære*» og hjemmetjenestene som representerer «*det mobile*».

«Hovedkonfliktene bunnet i ulike syn på hvilken hjelp som skal ytes, dvs. hva som er hjemmetjenestenes oppgaver, hvem som skal bestemme arbeidets art, og på hvordan arbeidsoppgavene skal begrunnes.» (Wuttudal, 1995; 229).

Miljøarbeiderne opplevde det som problematisk at hjemmesykepleiens ledere også var deres overordnede, et sykepleieperspektiv egner seg ikke for det arbeidet som miljøarbeiderne skulle stå for. Medisinsk begrunnede oppgaver er et fordelingskriterium i hjemmesykepleien, mens miljøarbeidertjenesten langt mer forholder seg til sosiale begrunnelser. Tidsbruk og tilgjengelighet av personale var et sentralt stridstema. Miljøarbeiderne mente det at de var stasjonert nært ved beboerne medvirket til trygghet for beboerne, mens man fra den andre siden lurte på om dette like mye var tale om «lært utrygghet». Men som Pedlar (1990) påpeker, redusert kontakt med personale erstattes ofte ikke med andre bekjentskaper for beboerne.

Både Wuttudal og Froestad (1996) påpeker at tjenestene til mennesker med psykisk utviklingshemming er løftet inn i det kommunale tjenesteapparat uten at dette apparatet har endret seg særlig. Dersom dette resulterer i en operasjonalisering til fragmenterte «tjenester», er det ikke etter min mening noe godt svar på kritikken som førte til avvikling av HVPU. Jeg slutter meg til Romørens syn:

«Etter min oppfatning dreier det seg om en gruppe som er utsatt uansett hvordan deres ytre livssituasjon er organisert. Personalets arbeidsetikk og kompetanse er trolig et vern for sårbare grupper. Svekkes denne varig, kan overgrep oppstå både i gamle og nye former.» (Romøren, 1995; 29)

Mangel på fagfolk³, men også høylytt mistro til tjenesteytneres evne og vilje til å skape nye arbeidsformer, kan bidra til at omsorgen vil preges av unnløst og kompetanseforvitring.

En boligreform og en mikroinstitusjonalisering⁴?

Reformens ambisjoner var store; normalisering og bedring av levekår, og integrering i samfunnet målsatt til «*en aktiv og meningsfylt tilværelse i fellesskap med andre*»

(*Ot.prp.nr.49 (1997-88)*). Tøssebro (1996) mener at det som er realisert begrenser seg til en

³ «Kommunene mener det er behov for nesten 2.200 flere årsverk med høyere utdanning i forbindelse med gjennomføringen av reformen. Det oppgis å være størst mangel på vernepleiere (1.300 årsverk). 350 kommuner oppgis å ha problemer med å få rekruttert nok vernepleiere.» (SHD: rundskriv I-41/95: Status for gjennomføringen av reformen for mennesker med psykisk utviklingshemming)

⁴ begrepet er hentet fra Tøssebro (1996; 165)

boligreform.

«På et vis kan en si at reformen framstår som en boligreform i dobbel forstand: Det skjedde mye med boligstandarden, og det skjedde lite med annet enn boforholdene.» (s198).

Boligorienteringen har vært en del av reformens «*implisitte eller usagte design*»(s199).

Tidsfrister var knyttet til utflytting, det var slik sett naturlig nok at kommuner konsentrerte seg om boligbygging som første prioritet. Tøssebro mener også at de som arbeider innen denne omsorgen ofte tenker bolig først, og han knytter dette til institusjonstenking. Samtidig er det slik at ny bolig jo ligger innenfor det som det er mulig å oppnå gjennom politisk styring, mens andre aspekter ved ambisjonene klart ligger utenfor det som politikken kan avstedkomme på direkte vis. På flere arenaer gjør også utstøtningsmekanismer seg gjeldende i form av prestasjonskrav.

«Poenget er at vanskelighetene dagens ideologi møter når den skal realiseres, er helt annerledes og mindre når det gjelder boligstandard enn når det gjelde sysselsetting og integrering.» (Tøssebro,1996;202)

Ny bolig gir et hus å ha det i, men blir det et hjem? Bostandarden er høyere nå enn den mennesker med psykisk utviklingshemming hadde i institusjonene, dette er det ingen dissens om. De som har fått ny leilighet har bedre plass og boligen har fått et mer personlig preg. Tøssebro konstaterer også en noe høyere grad av selvbestemmelse knyttet til dagliglivet i boligen. Mens Dyrendal (1996) konkluderer at det fortsatt er for stor avstand til den forestilling vi har om hjemmet for befolkningen forøvrig (s5).

Wuttudal (1994, 1995b) undersøker hvordan praksis er blitt, og funderer over organisasjonsspørsmål. Hun konstruerer tre idealtypiske settinger; institusjonen, "Nyhuset" og hjemmebasert omsorg (hjemmetjenester). Nyhuset er hennes konstruksjon for en boform som ligger et steds midt mellom institusjonen og et vanlig hjem, mye likt det en i eldreomsorgen har kalt serviceboliger. Bofellesskap passer inn her. Hun viser gjennom eksempler hvordan "bedriften" (arbeidsorganisasjonen med personalrutiner, turnus osv) invaderer hjemmet i Nyhuset, og hun skylder på "nissen på lasset" - institusjonstankeganger.

Et dilemma gjør seg gjeldende her: hjemmet til personen er samtidig arbeidsplassen til personalet i den tid de begge er tilstede.

«Hjemmet til en person som trenger hjelp hele døgnet vil også uvegerlig få noe preg av at det er personale der hele tida. Det blir lett litt mikroinstitusjon.» (Tøssebro,1996;203).

Kritikken går gjerne på personalet⁵, kanskje spesielt på deres fokusering på «bolig-interne»-oppgaver (Hansen,1994), og for institusjonstankegang (feks Wuttudal,1995).

Men det må ikke bli slik at det gode blir det bestes fiende. Stort sett er oppfatningen den at 70% har fått det bedre, 20% opplever lite endring, mens 10% sier det trolig nå står verre til enn før (Romøren,1995;23).

Det er da interessant hvordan personalet håndterer den nye situasjonen og de nye forventningene. For som Jensen (1990) påpeker:

«..den offentlige omsorgen [er] henvist til å balansere i et spenningsfelt mellom system- og livsverdenen.» (s20)

Vernepleierne og annet personale er henvist til å utforme sitt arbeid i spenningsfeltet mellom det regelstyrte offentlige omsorgsapparatet og hjemmets verdier og handlingsmønstre.

Arbeid på en ny arena

Reformens føringer er tydelige på at den nye omsorgen skal være kvalitativt annerledes og bedre enn institusjonsomsorgen. Det sentrale stikkordet er *hjemmet*. I vår kultur er *hjem* et sterkt kulturelt symbol som understreker privatsfære og eget territorium. Dørstokken er en terskel andre ikke uten videre kan forsere.

Tøssebro (1996b) leser Jensen (1992) slik at personalet inntar en «liksom gjest»-rolle, og han ser det som et positivt utviklingstrekk (s76). Etter mitt syn står vi overfor et dilemma her. Det at personalet skal arbeide overfor personen i hans hjem innebærer at de må ha adgang til det som er hans privatområde. Personalet skal passere hjemmets dørterskel, men de kan ikke bare være gjest. For ved et besøk stopper dagliglivet opp, det gir da ikke innsyn i hvilke problemer personen møter i sitt dagligliv og hvordan han møter dem.

Også en annen terskel må forseres, for at man skal kunne gi nødvendig og tilpasset hjelp må man også inn i det området som handler om det personlige. Gjesterollen gir ikke tilstrekkelig inntak til informasjon som er forutsetningen for å definere problemer som fortjener og krever innsats. Samhandling i daglige situasjoner må til for å skape tillit og innsyn. Problemene er oftest ikke gitt, dermed blir *tid* en viktig forutsetning for arbeidet.

Jensen (1990, 1992) beskriver hvordan personalets kunnskapsbruk utviklet seg gjennom en oppstartfase i et kommunalt botiltak. Ambisjonene om å realisere nye verdier skapte grobunn for «negasjonenes tid» - man visste mer om hva en *ikke* ville gjøre når en

⁵ Samtidig er det vel slik at personalet er stilt overfor en uklar bestilling. Hvilke av reformens målsettinger er det deres ansvar å realisere?

skulle distansere seg fra institusjonspreg enn hva som skulle til for å etablere noe nytt. Rapportbøker og dagsprogrammer, feks, ble sett på som institusjonstrekk og derfor ikke brukt. Understrekningen av bruddet med det gamle, og oppfatningen om hjemmet som ideal, skapte grunnlaget for en spontan bruk av dagliglivets kunnskap og privatlivets omsorgsmodeller. Respekten for beboernes private territorier fikk sterkt gjennomslag i arbeidet. På den annen side, dette reduserte også personalets innsyn og oversikt i beboernes hverdag og eventuelle problemer.

Etterhvert kom «avsløringene» som forårsaket endringer. Et slikt eksempel er da personalet ble oppmerksom på at en av beboerne ikke hadde brukt sin komfyr. Han hadde handlet mat, også kjøtt og fisk, men siden han ikke visste hvordan han skulle bruke kjøkkenredskaper og komfyr spiste han maten rå. Slike eksempler førte til et skift i hvordan man så på beboerne. Samtidig som man kom til å se på beboerne som personer som i noen grad manglet kunnskaper, erfaringer og kanskje motivasjon til å takle friheten i den nye boformen, kom den yrkesbaserte kunnskapen igjen i bruk. Hverdagslivets omsorgsmodeller viste seg å være utilstrekkelige. Men fordi praksisformene som den yrkesbaserte kunnskapen var forankret i kolliderte med de nye intensjonene, ble det nødvendig å utvikle nye arbeidsformer. Personalet i Jensens undersøkelse forlot ikke ambisjonene som var knyttet til den nye boformen, men lærte gjennom diskusjoner omkring konkrete situasjoner å veksle blikket mellom ulike situasjonsforståelser og å utforme sin praksis i spenningsfeltet mellom institusjon og hjem. Det man søkte var en arbeidsmåte som ikke var preget av kontroll og sanksjoner, men som likevel tillot personale å ta nødvendige initiativ til å løse problemer og oppgaver.

Det som kreves er en balanse mellom en noe naiv normaliserings-tenkning og følgelig undervurdering av behovet for personalinnsats, og en mulig direkte overføring av struktur på arbeidet og roller til en ny arena med «institusjonsliv» og institusjonsrutiner som resultat.

Andres forskning og min egen

I innledningen til dette kapittelet påpekte jeg at forskningen omkring reformen har konsentrert seg mest om hvordan tjenestene har utviklet seg. Tjenestenes organisering er ofte et hovedfokus, og institusjonskritikken er et hovedperspektiv. Det har forbauset meg at så liten interesse vies det arbeidet som faktisk gjøres.

Wuttudal (1994, 1995, 1995b) har riktignok et fokus på arbeidet, men er mest opptatt av rammene for arbeidet og dilemma som de nye rammene bringer fram. Jensen (1992) ser på kunnskapsbruken i arbeidet. Hun bekymrer seg for at idealene i reformen og signalene som hjemmet innebærer skal forårsake det *sosialromantiske mistak* det ville være å forkaste eller gi avkall på den profesjonelle, faglige tilnærming til oppgavene. Det er likevel slik at det finns lite i dette som viser hvordan arbeidet gjøres, eller er retningsgivende for hvordan man kan arbeide metodisk med oppgavene det er tale om.

Min forskning har klarlagt en arbeidsmåte som vernepleiere faktisk anvender i daglig samhandling med beboerne. Slik sett bidrar jeg til å fylle «hullet» jeg påpeker. Begrepene jeg har tatt i bruk (*ramme inn og gi handlingsrom*) redegjør konkret for hvordan vernepleierne prøver å yte *tilpasset hjelp* til beboerne, det empiriske grunnlaget er hentet fra situasjoner der beboerne skal løse hverdagslivets ulike oppgaver. Det er ikke utenkelig at arbeidsmodellen kan være i bruk også ellers, i andre typer situasjoner der beboerne trenger hjelp. Til sutt skal jeg antyde hvordan begrepene også kan brukes til å prege praksis.

Fra analytiske kategorier til en pedagogisk modell

Å overlate til beboeren selv å oppdage og løse sine problemer, selv om det begrunnes med verdier knyttet til selvråderett og selvrealisering, kan være å overlate han i en avmaktssituasjon. Det har sammenheng med det som karakteriserer psykisk utviklingshemming som funksjonshemming. Mange vil ha vansker med å se både hvilke problemer en står overfor og hvilke handlingsalternativ som faktisk eksisterer. I tillegg vil mange ha manglende evne til å overskue konsekvenser av sine handlinger. Men dette gir ikke begrunnelse for å overta og styre mer enn det som er nødvendig.

Når tjenestene kommer inn i hjemmet er det en risiko for at hjelpen blir et inngrep i selvråderetten. Ett er å få hjelp en har behov for og ber om, det blir annerledes når hjelperen tar over og definerer problemet ut fra sin ekspertise. Hvordan hjelpen ytes vil spille en avgjørende rolle. Lingås (1996) understreker behovet for følsomme antenner og individuell tilpasning. Og som han påpeker:

«Det er en kunst å trenge seg på uten å bli påtrengende.» (s43)

I min egen undersøkelse fant jeg fram til begrep som beskriver hvordan vernepleierne, ut fra de samme ambisjonene som personalet i Jensens undersøkelse, arbeider i praktiske hverdagssituasjoner med beboerne. Disse begrepene oppstod som analytiske kategorier i mitt

arbeid med observasjoner og intervjumateriale. Det var ikke begrep som var i bruk hos vernepleierne i praksis, de er mine konstruksjoner. Begrepene fanger inn det som skjer i praksis ved at de tydeliggjør handlingene. Men begrepene har ikke vært i bruk slik at de på noen måte har begrunnet handlingene jeg beskriver ved hjelp av dem.

For den som står oppe i det kan det være vanskelig selv å oppdage hva en gjør;

«Fordi vi verken kan tre ut av oss selv eller vår historie, er det vanskelig å skaffe den distansen som er nødvendig for at det vi opplever som naturlig og selvfølgelig, overhodet kan komme til syne.» (Jensen, 1992; 130)

Men når det er satt ord på arbeidsmåten, kan den også tjene som en pedagogisk modell for arbeidet vi skal gjøre der vi må over andres dørstokk⁶.

Slik jeg ser det, gjør mennesker så godt de kan utfra slik de forstår situasjonen eller oppgaven de står overfor. Også mennesker med psykisk utviklingshemming gjør det. Deres funksjonshemming er imidlertid slik at situasjoner og oppgaver fort kan bli for kompliserte og vanskelige å håndtere. Det kan være vanskelig å oppdage hva det er en må eller kan gjøre noe med. *Ramme inn* er da en måte å «blåse opp» det som er det sentrale problemet slik at det blir synlig. I kapittel 4 har jeg gitt flere eksempler. Jeg kan også gi et eksempel fra et sted jeg selv har arbeidet, selv om vi heller ikke der brukte begrepet *ramme inn*.

Beboerne som bodde der kunne klare mange ting selv, men var ikke vant med å organisere sin hverdag. Før de flyttet dit var det andre som sørget for det meste for dem. Siden det var tale om et kollektiv, måtte det også en grad av samarbeid og arbeidsdeling til. Fra starten ble det derfor innført et husmøte der menyen og arbeidsdeling omkring innkjøp, matlaging og oppvask ble besluttet for en uke av gangen. Beslutningene ble skrevet på liste og hengt opp. Etterhvert som beboerne ble gjort oppmerksom på flere oppgaver som måtte ivaretas, foreslo de nye lister som fordelte også dette arbeidet. Da gikk det ikke så lenge før listefloraen ble uoversiktlig. Vi rammet inn problemet ved å spørre etter varer som ikke var hentet eller arbeid som ikke var utført. Beboerne mente da at det var for mange lister til at de kunne klare å holde oversikt. Hva kan vi gjøre med det, spurte vi. Vi slår sammen flere lister til en, kom forslaget. Personalet hadde sett problemet, og gjennom denne måten å gjøre beboerne oppmerksom, fikk de selv anledning til å definere og løse sitt problem.

Eksemplet får også fram den andre delen i denne pedagogikken, det å *gi handlingsrom* - beboerne fikk anledning til å løse oppgaven selv. Det var lenge i og for seg en god nok løsning å lage flere lister over arbeidsfordelinger. Derfor var det ingen grunn til for

⁶ uttrykket er kopiert fra Lars Gunnar Lingås sin boktittel (Lingås, 1996)

personalet å forskuttere problemer og styre til noen annen løsning. Problemene som kunne oppstå ville ikke være større enn at de like godt kunne tas når de en gang oppstod. Da problemene begynte å resultere i irritasjoner, kunne personalet ta tak i det før det kom til store konflikter.

Dette er en målrettet måte å arbeide på som også bærer i seg muligheten til å realisere sentrale verdier som ambisjonene i reformen knytter seg til. Og det er et skille mellom denne måten å yte hjelp på og behandlingsstrategier som stadig sikter mot å forandre personen, feks treningsprosedyrer. Man skal ikke bruke alle situasjoner til å signalisere til personen at han må bli bedre for å være god nok.

I valgsituasjoner vil det alltid også finnes risikoen for å velge feil. Å ramme inn kan tjene som en måte å redusere risikoen for slike feil, samtidig som det å gi handlingsrom ikke fratrar personen muligheten til selv å handle i situasjonen. Det metodiske ligger i en bevisst vurdering av hvor mye og hvordan en skal ramme inn og av hvor mye handlingsrom som passer, og i en oppmerksomhet omkring sammenhengen mellom disse tingene. En pedagogikk bygget over handlingsparet <ramme inn>/<gi handlingsrom> kan være en måte å balansere mellom den enkeltes rett til selvbestemmelse og personalets ansvar for å hjelpe. For handlingsrommet må tilpasses til det beboeren er i stand til å klare. Avstanden mellom det vi vet han kan fra før og det oppgaven innebærer må ikke være større enn at det er en utfordring, for da blir det et urimelig krav.

Skal en slik pedagogikk bli noe mer enn ren manipulering kreves det en situasjons-tilpassing og lydhørhet for personens behov og preferanser som må baseres på godt kjennskap til den det gjelder. Da blir det en del av forutsetningen at personale og beboere får tid og anledning til å opparbeide relasjoner. På dette grunnlaget kan det utvikles en smidighet hos personalet, i motsetning til at stivbente prosedyrer preger samhandlingen, får beboeren på denne måten også komme til ordet. Det er noe av det sentrale i ambisjonene med nye boformer.

-o0o-

Litteratur

- Alvsvåg, H.: «Det gode blikket og de gode hendene» s.111-130 i *Martinsen, K.(red): Den omtensomme sykepleier*. Oslo:Tano. 1993
- Becker, P.H.: «Pitfalls in Grounded Theory Research» i *Qualitative Health Research*, Vol.3 No.2, May 1993; 254-260. Sage Publications
- Benner, P. & Wrubel, J. (1982) «Skilled Clinical Knowledge: The Value of Perceptual Awareness» i *Nurse Educator*. Vol.7, May-June: 11-17.
- Benner, P.:*From Novice to Expert. Excellence and Power in Clinical Nursing Practice*. Menlo Park, Cal.:Addison-Wesley Publ.Co. 1984
- Bergen kommune: *Reforomen for mennesker med psykisk utviklingshemming - statusrapport 1995*, Hovedutvalg for helse og sosiale tjenester, saknr 0117, 26.sept. 1996
- Berntsen, Marius: «Verdsetting og merkelappehus» i *Vernepleieren* 1992 nr.1; s19-22
- Charmaz, K.: «'Discovering' Chronic Illness: Using Grounded Theory» i *Soc.Sci.Med.* Vol.30, No.11; 1161-1172. 1990
- Charmaz, Kathy:(1994) «The Grounded Theory Method: An Explication and interpretation» i Glaser, B.G.: *More Grounded Theory Methodology: A Reader*. Mill Valley, Ca.: Sociology Press.
- Corbin,J.: «Qualitative data analysis for grounded theory» i Chenitz,W.C. & Swanson, J.M.:*From Practice to Grounded Theory. Qualitative research in Nursing* Menlo Park, Cal.: Addison-Wesley Publ.Co. 1986
- Crabtree, B.F. & Miller, W.L.: *Doing Qualitative research*. Sage Publications. 1992
- Dahle, Rannveig (1992) «Å kunne litt-av-hvert». i *Nytt om kvinneforskning*. Nr.2;16-18.
- Dale, Erling Lars (1992) *Pedagogisk filosofi*. Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- Dexter,L. A .:"On the Politics and Sociology of Stupidity in Our Society" i *Mental Retardation*.. vol.32 no.2;151-155. 1994
- Dick,B.: *Convergent interviewing: a technique for qualitative data collection*. ftp://psy.uq.edu.au/lists/arlist/ar_iview. 1995
- Dick, B.: *Convergent interviewing*. Southern Cross University : <ftp://psy.uq.edu.au/lists/arlist/areol408>. 1996
- Dyrendal, G.: *Boligen - ble den et hjem?* Oslo: Rådet for funksjonshemmede. 1996
- Eisner, Elliot W. (1991) *The Enlightened Eye. Qualitative Enquiry and the Enhancement of Educational Practice*. New York: Macmillan Publ.Co.
- Engen, Thor O. (1994) «"Reflection-in-action" eller "action-in-reflection"?» i *Norsk pedagogisk tidsskrift* Nr.6;344-362.
- Flyvbjerg,B.: *Rationalitet og magt. Det konkrete videnskap* (Dk) Akademisk forlag. 1991
- Froestad, J.: «Den offentlige handikappolitikk et bidrag til de funksjonshemmedes frigjøring?» i *Spesialpedagogikk*. Nr7; 3-13. 1996
- Fuglestad, O. L.: *Samspel og motspel*. Oslo: Det norske samlaget. 1993
- Fuglestad,O.L.:"Pedagogisk feltforskning. Teoriforankring og metodekrav" i *Nordisk pedagogikk* 4/1993; 212-224.1993
- Glaser, B.G. & Strauss, A.L.: *The Discovery of Grounded Theory. Strategies for Qualitative research*. Chicago: Aldine Publ.Co. 1967
- Glaser, B.G.: *Emergence vs Forcing. Basics of grounded Theory Analysis*. Mill valley,Ca.:Sociology Press,1992
- Goffman, E.: *Anstalt og menneske*, Kbh, Jørgen Paludans forlag, 1967
- Grønmo,S.: "Forholdet mellom kvalitative og kvantitative metoder i samfunns forskningen." i Holter & Kalleberg: *Kvalitative metoder i samfunnsforskningen* Oslo: Universitetsforlaget .1982
- Grønmo,S.:"Datakombinasjoner og analysestrategier" i Dale,B., Jones,M. & Martinussen,W.: *Metode på tvers*. Trondheim: Tapir. 1985
- Hammersley, M. & Atkinson, P.: *Feltmetodikk* .Oslo: Universitetsforlaget .1987
- Hansen, T.: «*Personalet i boliger for mennesker med psykisk utviklingshemming. En undersøkelse om personalets forhold til ansvarsferormen..*» Høgskolen i Bergen: avdeling for sosialfag, helse og miljø. 1994
- Heggen,K.: *Sykehuset som "klasserom"*. Oslo: Universitetsforlaget.1995
- Hernes,G.: «Ulikhet, effektivitet og rettferdighet» i Øyen, E.(red): *Sosiologi og ulikhet*, Bergen, 1980
- Jenny, J. & Logan,J. : «Knowing the Patient: One Aspect of Clinical Knowledge» i *Image: Journal of Nursing Scholarship* Vol.24, No.4;254-258. Indianapolis: Sigma Theta Tau. 1992
- Jensen, K.«Helsefagutdanning i forvandling - perspektiver og problemer.» i Denstad, B. & Terum, L.I.(red): *Omsorgsyrkene. dilemma i utdanning og arbeid*. Oslo: Aschehoug/INAS. 1985
- Jensen, K.:*Hjemmet som arena for profesjonell omsorgsutøvelse*. Oslo: Akershus Vernepleierhøgskole. 1987
- Jensen,K.: *Moderne omsorgsbilder*. Oslo: Gyldendal. 1990
- Jensen, K. : *Hjemlig omsorg i offentlig regi. En studie av kunnskapsutvikling i omsorgsarbeidet* Oslo: Universitetsforlaget/PFI. 1992

- Jensen, K.: «Care - Beyond Virtue and Command» i *Health care for Women International* 14:345-354. 1993
- Jensen, K.: «Den fremtidige profesjonskunnskapen. Perspektiver på kunnskap og læring» i Kirkevold, M., Nordtvedt, f., Alvsvåg, H. (Red): *Klokskap og Kyndighet. Kari Martinsens innflytelse på norsk og dansk sykepleie*. Oslo: Ad Notam Gyldendal. 1993b
- Johansson, R.: *Vid byråkratins gränser. Om handlingsfrihetens organisatoriska begränsningar i klientrelaterat arbete*. Lund: Studentlitteratur, Arkiv avhandlingsserie 39. 1992
- Kebbon, L.: «Normalisering - Klisjé og virkelighet» i Sandvin, J.T. (red) *Mot normalt? Omsorgsideologier i forandring*, Oslo, Kommuneforlaget, 1992
- Kirkevold, M.: *Vitenskap for praksis?* Ad Notam Gyldendal, Oslo, 1996
- Krogstad, J. G.: "Sjukepleie i eit maktperspektiv" i *Sykepleien fag*. nr 1/95;36-39. 1995
- Kuhn, T. S.: *The structure of Scientific Revolutions*. 2nd.ed, University of Chicago Press. 1970
- Landesman-Dwyer, S.: «Lining in the Community» i *American journal of Mental Deficiency*, vol.88;s345-351. 1984
- Leenderts, T. Aa.: *Person og profesjon. Om menneskesyn og livsverdier i offentlig omsorg*. Oslo, Universitetsforlaget. 1995
- Lingås, L.G.: *Over andres dørstokk.yrkesetikk i arbeid i hjemmet hos klienter og pasienter*. Oslo: Kommuneforlaget. 1996
- Lupton, D.: *Medicine as Culture*. Sage Publications. 1994
- Lützén, K.: "Moral Sensing and Ideological Conflict" i *Scand J Caring Sci* Vol.4 No.2;69-76.1990
- Løchen, Yngvar: *Idealer og relaiteter i et psykiatrisk sykehus*, Oslo, Universitetsforlaget, 1976
- Mansell, J. & Ericsson, K.: *Deinstitutionalization and Community Living. Intellectual disability services in Britain, Scandinavia and the USA*, London, Chapman & Hall, 1996
- Molander, B.: *Kunnskap i handling*. Göteborg : Bokförlaget Daidalos. 1993
- Nikkonen, M. & Janhonen, S.: "Ethnography and ethnonursing i nursing research" i *Vård i Norden* 2/1995; 21-25.1995
- NOU 1985:34 *Levekår for psykisk utviklingshemmede*
- NOU 1994:8 «*Kompetanseutvikling i arbeidet for psykisk utviklingshemmede*»
- Omery, A.: "Phenomenology: a method for nursing research" i *Advances in Nursing Science*/Jan.;49-63. 1983
- Ot.prp.nr.49 (1987-88): Midlertidiglov om avvikling av institusjoner og kontrakter om privatpleie under det fylkeskommunale helsevern for psykisk utviklingshemmede og lov om endringer i lov av 19.juni 1969 nr.57 om sykehus mv.
- Pandit N.R.: *The Creation of Theory: A Resent Application of the Grounded Theory method*
<http://www.nova.edu/SSSS/QR/QR2-4/pandit.html>. 1996
- Pappel, C.P. & Skolnik, L.: «The Reflective Practitioner: A Contemporary Paradigm's Relevance for Social Work Education» i *Journal of Social Work Education, Vol.No.1; s.18-26*. 1992
- Pedlar, A.: «Normalization and Integration: A Look at the Swedish Experience» i *Mental Retardation* vol.28 No.5;275-282. 1990
- Peters, R.S.: «Utdanning som innvielse» i Dale, Erling Lars: *Pedagogisk filosofi*. Oslo : Ad Notam Gyldendal. 1992
- Ploug Hansen, H.: "Den praksisnære forskningen" i Kirkevold mfl.: *Fra klokskap til kyndighet* Oslo: AdNotam. 1993
- Repstad, P.: *Mellom nærhet og distanse*. Oslo: Universitetsforlaget. 1993
- Rolf, B.: *Profession, tradition och tyst kunnskap*. Nora: Nya Doxa. 1991
- Rolf, B., Ekstedt, E. & Barnett, R.: *Kvalitet och kunnskapsprocess i högre utbildning*. Nora : Nya Doxa. 1993
- Romøren, T.I.: *HVPU-reformen i forsknings lys*. Oslo: ad Notam Gyldendal. 1995
- Rundskriv I-2063/79 *Psykisk utviklingshemmede i nærmiljøet/lokalmiljøet*.
- Salthe, G.: «Hvor målretta kan omsorgsutøvelse bli?» i *Embla Fagtidsskrift for barnevernspedagoger, sosionomer og vernepleiere* Nr.5;s.50-58. 1996
- Sandvin, J. T.: «Fra særomsorg til særlig omsorg» i Visnes, T. (red): *Fra særomsorg til særlig omsorg*, Oslo, Universitetsforlaget, 1992
- Sandvin, J. T. (red): *Mot normalt? Omsorgsideologier i forandring*, Oslo, Kommuneforlaget, 1992 b
- Sandvin, Johans T.: «Ideologi og virkelighet» i Gjørum, B. (red): *Kunnskap og ettertanke. Psykisk utviklingshemning som flerfaglig utfordring*, Oslo, Universitetsforlaget, 1993
- Sandvin, J. T.: «Reformen for personer med utviklingshemning - bakgrunn, innhold og gjennomføring» i Markussen, E.: *Menneskeverd. funksjonshemmet i Norge*. Oslo, Ad Notam Gyldendal a/s, 1994
- Sandvin, J. T.: «The transition to community services in Norway» i Mansell, J. & Ericsson, K. (Eds): *Deinstitutionalization and Community Living. Intellectual disability services in Britain, Scandinavia and the USA*, London, Chapman & Hall, 1996

- Schatzman,L. & Strauss,A.: *Field Research. Strategies for a Natural Sociology.* Englewood Cliffs,NJ; Prentice-Hall. 1973
- Schön, D. A.:*The Reflective Practioner. How Professionals Think in Action.* Basic Books Inc.1983
- Schön, D. A.:*Educating the Reflective Practioner.* San Francisco: Jossey-Bass Publishers. 1991
- Skau, G. M.: *Mellom makt og hjelp. En samfunnsvitenskaplig tilnærming til forholdet mellom klient og hjelp.* Oslo: Tano. 1992
- Skau, G.M.: "Nærhet som utfordring" i *Nordisk sosialt arbeid* 4; 28-35. 1993
- Skjervheim, H.: *Filosofi og dømmekraft* Oslo: Universitetsforlaget. 1992
- Solberg, A. : "Metodekapitlenes blanke sider" i Dale,B, Jones,M,& Martinussen,W: *Metode på tvers,* Trondheim;Tapir. 1984
- Sos.dep.:*Utvikling av en omsorg - gjennom avvikling av en institusjon..* Oslo: I-0647. 1990
- Starrin,B., Larsson, G. & Willebrand,K.: «Upptåvkanke metodologi» i *Sosiologisk forskning* 3-4;15-27). 1984
- Stern, P.N. : "Grounded Theory Methodology: Its Uses and Processes" i *Image* vol.XII,No.1;20-23. 1980
- Stern, P.N., Allen, L.M., & Moxley, P.A.: "The Nurse as Grounded Theorist: History Process and Uses" i *Review J of Philosophy and Social Science,* 7 ;201-215.1 982
- St.meld.nr.47 (1989-90): *Om gjennomføringen av reformen for mennesker med psykisk utviklingshemming*
- Strauss,A. & Corbin,J. : *Basics of Qualitative Research. Grounded theory Procedures and Techniques.* Newbury Park, Ca.: sage Publ.Inc. 1990
- Strauss,A. & Corbin,J. : "Grounded Theory Methodology. An Overveiw" Denzin,N K & Lincoln,Y S (eds): *Handbook of Qualitative Research* Sage Publications. 1994
- Svensson, L. G.: "Teori och praktik i profesjonellas vardagsarbeite." i Selander (red):*Kampen om yrkesutövning,status och kunskap.* Lund: Studentlitteratur. 1989
- Syse, A.: «Retten til å være psykisk utviklingshemmet - enkelte historiske og normative betraktninger» i Gjørum,B.(red):*Kunnskap og ettertanke. Psykisk utviklingshemning som flerfaglig utfordring,*Oslo, Universitetsforlaget, 1993
- Söder, M.: «Om osynliggörande av funktionshämmedes behov» i *Tidskrift f'r Nordisk Förening för Pedagogisk Forskning.* Nr.3; 15-20. 1982
- Söder,M.: «Normalisering og integrering: Omsorgsidealer i et samfunn i endring» i Sandvin, J.T. (red): *Mot normal? Omsorgsideologier i forandring.* Oslo: Kommuneforlaget. 1992
- Tanner,C.A., Benner, P., Chesla, C., Gordon, D.R. :«The Phenomenology of Knowing the Patient» i *Image: Journal of Nursing Scholarship* Vol.25, No.4;273-280. Indianapolis: Sigma Theta Tau.. 1993
- Taylor,S.J. & Bogdan, R.: *Introduction to Qualitative Research Methods.* NY: John Wiley & Sons . 1984
- Tøssebro, J.: *Institusjonsliv i velferdsstaten. Levekår under HVPU,* Oslo, Ad Notam Gyldendal, 1992
- Tøssebro, J.: *En bedre hverdag? Utviklingshemedes levekår etter HVPU-reformen.* Oslo: Kommuneforlaget as. 1996
- Tøssebro, J.:»Deinstitutionalization in the Norwegian welfare state. I Mansell,J. & Ericsson, K. (Eds): *Deinstitutionalization and Community Living. Intellectual disability services in Britain, Scandinavia and the USA.* London: Chapman & Hall. 1996 (b)
- Vetlesen, A. J.: «Omsorg, profesjon og moral» i *Embla. Tidskrift for barnevernpedagoger, sosionomer og vernepleiere.* Nr.5;30-31. 1996
- Vetvik, E.: «Hvpu -reformen: Sosialpolitisk løft - eller løftebrudd?» i Visnes,T.(red): *Fra særomsorg til særlig omsorg,* Oslo,Universitetsforlaget, 1992
- Wadel,C.: *Den samfunnsvitenskaplige konstruksjon av virkeligheten.* Flekkefjord, SEEK forlaget. 1990
- Wuttudal, K.: *Tjenesteyting i boliger til psykisk utviklingshemmete.* Trondheim: Allforsk. 1994
- Wuttudal, K.: «Organisering av hjemmetjenester: et møte mellom to kulturer» i Romøren,T.I.: *HVPU-reformen i forsknings lys.* Oslo: ad Notam Gyldendal. 1995
- Wuttudal, K.: «Hjemmet som arena for omsorg - ny praksis og nye dilemma?» i Romøren,T.I. (red): *HVPU-reformen i forsknings lys.* Oslo: ad Notam Gyldendal. 1995b
- Østrem,K.: «Kompetansebehov for arbeid med psykisk utviklingshemmede» vedlegg I i *NOU 1994:8;48-53.* 1994
- Ådlandsvik,R.:*Pedagogisk Takt* stensil frå sumarsamlinga UiB/SEVU Helsefag Hovedfag. 1994