

BACHELOROPPGAVE

Vernepleierens legitimitet og skjønnsutøvelse – i møte med utfordringer knyttet til sosialtjenesteloven kapittel 4A.

Hvilke utfordringer møter vernepleieren i sosialtjenesteloven kapittel 4A, og hvordan kan man legge til rette for å redusere bruken av tvang?: En litteraturstudie.

av

317

Tove Iren Vedå

Vernepleie
VPL5 - 302
Mars 2010

1	Innledning	3
1.1	Presentasjon av tema.....	3
1.2	Problemstilling.....	3
1.3	Avgrensning av tema.....	4
1.4	Oppgavens struktur.....	5
2	Samfunnsvitenskapelig metode.....	5
2.1	Litteraturstudie som metode.....	5
2.2	2.2. Kildekritikk.....	6
3	Teori.....	7
3.1	Legitimitet.....	7
3.2	Etikk.....	10
3.3	Tvang.....	11
3.4	Mennesker med psykisk utviklingshemning.....	14
3.5	Kort om vernepleieren.....	16
4	Utfordringer knyttet til kapittel 4A.....	17
4.1	Ambivalens knyttet til tvang- og maktbegrepet i kapittel 4A.....	18
4.2	Tolkning av "kan"-bestemmelser.....	20
4.3	Vernepleierens skjønnsutøvelse.....	22
5	Etisk refleksjon og "nye" holdninger?.....	22
5.1	Etisk refleksjonsmodell.....	23
5.2	Helsepersonells holdninger.....	24
5.3	Utfordrende atferd i kravsituasjoner.....	25
6	Avslutning og refleksjon.....	26
	Kildeliste.....	28

Etikken dreier seg om normene for riktig og god livsførsel. Stilt overfor vanskelige avgjørelser i livet skal etikken gi oss veiledning og grunnlag for vurderinger før vi handler (Dalland, 2008, s. 234).

1 Innledning

1.1 Presentasjon av tema.

Oppgaven tar opp et sentralt tema innenfor vernepleierens yrkesutøvelse, nemlig fortolking av lovverket i dette tilfellet sosialtjenestelovens kapittel 4A (heretter kapittel 4A) samt hvilke utfordringer dette byr på. Videre vil oppgaven også se på hva som kan gjøre i forhold til å redusere tvangsbruken. Min interesse innenfor dette temaet og befatningen med det omtalte regelverket har gjort seg gjeldende siden jeg startet å jobbe med mennesker med psykisk utviklingshemning i 1999. Jeg finner temaet svært interessant da det for meg ligger en del utfordringer knyttet til regelverket og vernepleierens yrkesutøvelse i forhold til å håndheve bestemmelsene. Videre anser jeg temaet som svært relevant for min fremtidige yrkesutøvelse som vernepleier, da muligheten til å treffe på problemstillinger knyttet til nevnte lovverk anses som forholdsvis stor. Jeg mener derfor det er viktig for meg å ha god kjennskap til lovverket og dets utfordringer, arbeidet med temaet vil derfor være en lærerik prosess. Oppgaven innebærer som antydning et ”dypdykk” inn i jussens verden og vernepleierens yrkesutøvelse i forhold til å ivareta rettssikkerheten til mennesker med psykisk utviklingshemning.

1.2 Problemstilling.

Problemstillingen baserer seg på praksisfeltets problemer i dette tilfellet innenfor vernepleierens yrkesutøvelse, dette innebærer et ønske fra tjenesteyterne om å få til endring på et gitt område eller i en gitt situasjon (Halvorsen, 2004). Problemstillingen i oppgaven blir som følger:

Hvilke utfordringer møter vernepleieren i sosialtjenesteloven kapittel 4A, og hvordan kan man legge til rette for å redusere bruken av tvang?

I problemstillingen ligger det implisitt at dette gjelder omsorgen for mennesker med psykisk utviklingshemning og ivaretagelsen av deres rettssikkerhet. Dette følger av lovverkets tittel ”Rettsikkerhet ved bruk av tvang og makt overfor enkelte mennesker med psykisk utviklingshemning” (IS-10/2004). Jeg anser det som nødvendig å dele problemstillingen i to deler med underkategorier for best å belyse temaet. Problemstillingene blir da som følger:

”Del èn”: Hvilke utfordringer møter vernepleieren i sosialtjenesteloven kapittel 4A?

- Ambivalens i forhold til tvang- og maktbegrepet i kapittel 4A?
- Hvordan tolker man ”kan-bestemmelser”?
- Vernepleierens skjønnsbruk.

”Del to”: Hvordan kan man legge til rette for å redusere bruken av tvang?

- Ved bruk av etisk refleksjon?
- Endring av holdninger?
- Endre krav og forventninger til tjenestemottaker?

Jeg vil nå gå over til en avgrensning av tema da kunnskapen på området er omfattende.

1.3 Avgrensning av tema.

Da kunnskapsfeltet er stort velger jeg å begrense oppgaven til å dreie seg om noen få av de utfordringene håndhevingen av kapittel 4A har å by på for en vernepleier. Oppgaven vil i hovedsak dreie seg om enkelte tolkninger av lovverket i forhold til vernepleierens yrkesutøvelse, herunder tolkning av tvangs- og maktbegrepet, rettsanvendelsen og skjønnsbruken til vernepleierne. Dette omfatter også hvilke grep vernepleierne kan ta i bruk for å redusere tvangsbruken overfor mennesker med psykisk utviklingshemning. Jeg vil forsøke å belyse hvordan bruk av etisk refleksjonsmodell kan føre til økt bevisstgjøring hos helsepersonell i deres yrkesutøvelse og derigjennom sikre mennesker med psykisk utviklingshemnings rettssikkerhet. Videre vil forsvarlighetsbegrepet i Lov om helsepersonell (heretter hlspl) § 4 være det som setter rammer for hva en vernepleier kan og ikke kan utføre i praksis (FO, 01/2009), det vil også være rammen i denne oppgaven. Vernepleierens yrkesutøvelse i denne sammenheng er avgrenset til å omhandle mennesker med psykisk utviklingshemning og deres møte med førstelinjetjenesten (kommunale tjenester). Det vil i teksten veksle på å omhandle den enkelte vernepleier, de profesjonelle yrkesutøvere/tjenesteutøvere og helsepersonell, herunder vernepleieren. Mennesker med psykisk utviklingshemning vil også i teksten bli omtalt som ”utviklingshemmede”, ”tjenestemottakere” og ”brukere”. Det som er viktig å poengtere i denne sammenheng er at mennesker med psykisk utviklingshemning først og fremst er mennesker, dernest har de en

psykisk utviklingshemning. Det vil si at det er noe med menneskets utviklingsmessige forløp som er hemmet, det er ikke noe med selve mennesket som er hemmet. Et annet viktig poeng er at dersom samfunnet tilrettelegger slik som beskrevet i NOU 2001:22 ”Fra bruker til borger” blir de utviklingshemmedes barrierer mindre og deres utgangspunkt blir mer i overensstemmelse med andre menneskers utgangspunkt. Jeg vil gjøre oppmerksom på at begrepene ”makt”, ”tvang” og ”tvangsbruk” vil bli benyttet om hverandre i teksten med det samme meningsinnholdet, dette er i tråd med kapittel 4As definisjoner på begrepene jf. kapittel 3.

1.4 Oppgavens struktur.

Innledningsvis har jeg kort redegjort for hva oppgaven grovt sett vil omhandle, jeg har gitt dere en pekepinn på veien videre. Jeg vil her kort presentere hva det videre innholdet i teksten dreier seg om. Kapittel to inneholder oppgavens metodiske fremgangsmåte, videre i kapittel tre vil de teoretiske begrep som jeg anser som relevante bli presentert. Analysen av kildematerialet vil komme i kapittel fire og fem, det er her problemstillingen vil bli belyst og drøftet. Til sist kommer det en avslutning og oppsummering av oppgavens hovedinnhold og eventuelle funn.

2 Samfunnsvitenskapelig metode.

Metode er en systematisk måte å undersøke virkeligheten på (Halvorsen, 2004). I dette arbeidet har jeg benyttet meg av begrepet i en vid forstand. Metode vil da være læren om å samle inn, organisere, bearbeide, analysere og tolke sosiale fakta slik at disse kan etterprøves av andre (ibid). Jeg har benyttet meg av en kvalitativ orientert metode, Dalland (2008) beskriver kvalitativ metode slik: forskeren vektlegger egenskaper eller karaktertrekk i sin fremstilling av et fenomen. Dette kan for eksempel være ”opplevelse eller meninger som vanskelig lar seg tallfeste eller måle” (ibid, s. 84).

2.1 Litteraturstudie som metode.

Wilson Mizner forklarer på en god måte hvordan man skal forske og hvordan man ikke skal forske ”If you steal from one author it`s plagianism, If you steal from many it`s research” (Diamant og Zethelius, 2006, s. 255).

Det karakteristiske med en litteraturstudie er at man benytter seg av data som allerede er innsamlet, nedskrevet eller fortalt av andre enn en selv, dette betegnes som sekundærkilder (Dalland, 2008; Halvorsen, 2004; Kjeldstadli, 2006). Med primærkilder menes ”den første kjente versjonen av en kilde som forskeren har tilgang til” (Kjeldstadli, 2006, s. 212). Sekundærdata er da å betrakte som andrehåndsupplysninger, altså materiale og informasjon innsamlet, nedskrevet og fortalt av andre enn en selv (Halvorsen, 2004).

Reliabilitet i en kvalitativ studie lar seg vanskelig måle, man snakker derfor om studiens ”konsistens” (ibid). Konsistensen handler om etterprøvbareheten, at andre kan gå i mine fortspor og komme frem til det samme resultatet. Man snakker også om validitet i kvalitativ forskning, da sikter man til dataens gyldighet – det vil si relevans for problemstillingen og datainnsamlingens pålitelighet (Dalland, 2008).

Datainnsamlingen vil være preget av min selektive forforståelse og mening om hva jeg vil behøve å søke av informasjon for å belyse min tolkning av problemstillingen.

Materialutvalget jeg har benyttet meg av har blitt lokalisert gjennom pensumlitteratur med oversikt over kilder, helsetilsynets rapporter, offentlige dokumenter og rapporter som omhandler temaet tvang og makt. Det meste av materialet har jeg benyttet meg av tidligere i utdanningens forløp, som rapporter fra Nordlandsforskning (Handegård; Gjertsen, 2008), Ellingsens doktoravhandling (2006), Handegårds avhandling (2005) og Velferdsrett I av Kjønstad og Syse (2002). Det resterende materialet er pensumlitteratur, eller lokalisert på regjeringen.no. eller jeg har bestilt det via BIBSYS.no.

2.2 2.2. Kildekritikk.

Svakheter ved å basere teksten på sekundærkilder er flere, det vil si at det er flere muligheter for feilkilder. Dette innebærer at jeg må granske materialutvalget i forhold til relevansen. Utvalget av litteratur består av forskning på vernepleierens arbeidsfelt, tolkning av lovverket og hvordan lovverket skal følges. I denne oppgaven anser jeg bruken av helsetilsynets rapport, Nordlandsforsknings rapport og NOUer som å være både reliable og valide kilder, da disse også benyttes på samfunnets øverste nivå, nærmere bestemt i lovgivningsprosesser, jf. eksempelvis Ot.prp. nr. 55 (2002-2003) og Innst. O. nr. 14 (2003-2004). I henhold til Kjeldstadli (2006) er det også et viktig poeng i forhold til reliabilitet og validitet at man har

flere kilder som har kommet frem til de samme funn uavhengig av hverandre. Man skal selvsagt alltid ha det i bakhodet at andres forskning vil være ”preget” av deres forforståelse, holdning til temaet og tolkning av egne funn. Aberet med offentlige statistikker, dokumenter og rapporter kan i følge Halvorsen (2004) og Kjeldstadli (2006) være at det er de med definisjonsmakt som definerer hva som skal settes på dagsorden og som definerer innholdet i enkelte sentrale begreper, som eksempelvis vil være av stor innflytelse for brukere av offentlige tjenester. Videre problematiserer begge forfatterne også muligheten for at enkelte sentrale opplysninger kan være slettet fra disse dokumentene og at dette kan føre til at kilden kan innebære mangler. Svakheter ved oppgaven i seg selv, kan være at den ikke baseres på et overordnet perspektiv eller en overordnet ideologi. Jeg har ikke hatt noe ønske om å anvende noen av delene, da jeg ville snakke generelt om temaet. Min begrunnelse for ikke å benytte meg av overordnede ideologier/perspektiver er at jeg mener informasjonen i denne teksten kan gjelde uavhengig av hvilke ideologi eller perspektiv en arbeider etter. Videre er jeg bevisst på at rådende ideologier og perspektiver spiller inn blant annet ved yrkesutøverens tolkning av lovverket og at dette dermed vil være med å prege deres rettsanvendelse og skjønnsutøvelse i yrkessammenheng.

Jeg vil nå gå over til teorien jeg benytter meg av i oppgaven.

3 Teori.

Herunder følger sentrale begrep og enkelte perspektiver i forhold til problemstillingen som er sentrale for den videre drøftingen i kapittel fire og fem.

3.1 Legitimitet.

Jeg vil her ta for meg sentrale begrep knyttet til legitimitet i det Norske demokratiet da spesielt med tanke på helsepersonells yrkesutøvelse, jeg vil også gå inn på rettssikkerhetsbegrepet. Rettssikkerhetsbegrepet er nært knyttet til menneskerettighetene som er av sentral verdi i en demokratisk stat.

Legitimitet og autoritet er to begreper som ofte blir benyttet om hverandre med samme meningsinnhold (Hanssen et al, 2005), det vil det også i denne teksten. Innenfor det Norske demokratiet innebærer legitim maktutøvelse innflytelse: ”(...) den ene part aksepterer den andre partens rett til å bestemme og sin egen plikt til å adlyde” (ibid, s.37). I Norge bygger

legitimitet på den legal-rasjonelle autoritet som er basert på et lovmessig og formelt grunnlag – man får legitimitet i kraft av allment aksepterte lover og regler. Man kan altså si at legitimitet er en prosess som i et sosialt system aksepteres gjennom sine medlemmer, altså de styrende gis rett til å utøve makt av befolkningen (Korsnes et al, 1997). Makt som blir akseptert av befolkningen er legitim maktutøvelse, autoritet og fri fra tvang (legitim tvangsmakt). Vernepleiere, og annet helsepersonell, innehar profesjonell autoritet eller ”ekspertstyre” (Schiefløe, 2003), fordi befolkningen har tillit til profesjonsutøverne gjennom legitimiteten. Det vil si at profesjonsutøvere er utøvere av legal-rasjonell autoritet, altså de har delegert myndighet innenfor lovverket til å utøve makt, denne fullmakten omfatter også den legitime tvangsmakten. Med legitim tvangsmakt menes at utøveren har myndighet og kompetanse til å utøve tvangstiltak, at tvangstiltaket er hjemlet og begrunnet i gjeldende lovverk samt at vurderinger er subsumert av de regler som til enhver tid er gjeldende (Hanssen et al., 2005). Rammene for profesjonsutøverens yrkesutøvelse er gitt i lover og regler, i stillingsinstruksjoner, og i de yrkesetiske prinsipp og retningslinjer som er utarbeidet av fagforeningen for vernepleierne (FO). Plikter og krav til helsepersonells yrkesutøvelse er lovfestet i hlspl §§ 3 og 48 og i forvaltningslovens § 2 og kapittel VII (Andenæs et al, 2003). Lipsky (siteret i Hanssen et al., 2005) mener at profesjonsutøvere har makt til å påvirke tjenestemottakeres liv. Videre sier han at utøverens personlige skjønn er av stor betydning for tildeling av sanksjoner og goder (ibid).

Utøvelsen av skjønn i yrket består av de vurderinger en legger til grunn i hver enkelt situasjon før en tar en avgjørelse. Avgjørelsene skal bygge på faglig og moralsk dømmekraft samt empati med tjenestemottakeren – noe som krever ydmykhet, lydhørhet og mot fra utøveren. Når man utøver skjønn må en ha respekt for enkelttilfellet og legge vekt på det særegne i situasjonen. Som profesjonsutøver må man kunne vurdere fakta, foreta valg og fatte beslutninger som kan få avgjørende følger for andre menneskers liv - herunder livskvalitet (FO, 11/2008). Yrkesetikken er av sentral betydning for tryggheten til yrkesutøveren da utøveren blir bevisst hva som forventes innenfor yrket. Når en foretar avveininger er det viktig at en ikke anvender for mye eller for lite skjønn, det skal også innhentes fakta og lovverket skal følges før en tar en endelig avgjørelse. Vilkaerlig bruk av skjønn er uforsvarlig da avgjørelsene kun er basert på utøverens faglige skjønn og fakta ikke blir anvendt (Andenæs et al. 2003).

Utdanningen og autorisasjonen som tildeles vernepleieren ved endt utdanning er med å kvalitetssikre det ferdigutdannede helsepersonellet, gjennom deres krav til kunnskapsnivå, evner, herunder en skikkethetsvurdering av studentene og bestått studie (Rammeplanen, 2004). Denne formelle kvalifikasjonen innenfor de enkelte yrker er med på å sikre den tilliten tjenestemottakerne og brukerne av sosial- og helsetjenester har til den enkelte yrkesutøver. For at en vernepleier skal kunne kalle seg profesjonell må de ifølge Linde og Nordlund (2003) "(...) beherske arbeidsredskaper som viser at det ikke er vilkårlighet eller gammel vane som ligger til grunn for arbeidet de gjør" (s.55). Jeg antar at det Linde og Nordlund her snakker om er evnen til kritisk refleksjon i yrkesutøvelsen, herunder faglige og etiske overveielser og diskusjoner i fellesskap med sine kollegaer. Jensen i Linde og Nordlund hevder at det mest sentrale kjennetegnet ved en profesjonell yrkesutøver er nettopp evnen til kritisk refleksjon (2003). Videre sier Jensen "I det kritiske ligger nemlig et vern mot vilkårlighet og vanens makt" (ibid, s. 55).

Legitimiteten som profesjonsarbeideren har opparbeidet seg gjennom utdanning og autorisasjon, kommer til uttrykk som faglig kompetanse, personlig kompetanse og evnen til å skape gode tillitsrelasjoner (FO, 11/2008). Basert på dette utøver en myndighet og sosial kontroll. Myndigheten og kontrollen må ses i sammenheng med gjeldende lover og regler, faglig forsvarlighet og etisk skjønn. Profesjonsutøverne har gjennom ansvarsdelegering nedad i systemet saksbehandlingsmyndighet og fullmakt til å fatte enkeltvedtak i enkeltsaker (Hanssen et al., 2005).

I takt med velferdsstatens vekst har makten profesjonsutøverne har overfor brukere av ulike tjenester økt, som en direkte følge av dette har kravet til faglig kompetanse på arbeidsmarkedet også økt (Hanssen et al., 2005). I henhold til velferdsstatens demokratiske prinsipper skal forvaltningen utøve kontroll av sine tjenester. Dette kan bli vanskelig å gjennomføre da denne fullmakten er delegert nedad til profesjonsutøveren som det ytterste ledd i velferdspolitikken. Dette fører til at det blir problematisk for forvaltningen å kontrollere kvaliteten på tjenestene som blir gitt og hvordan midlene blir forvaltet (ibid).

Den sentrale målsetningen til kapittel 4A er å ivareta den enkeltes rettsikkerhet, selve kjernen i rettssikkerhetsbegrepet er knyttet til ulike krav om at enkeltindividet skal beskyttes mot

overgrep og vilkårlighet fra myndighetens side. Her kommer også forutberegnelighetskravet inn, det vil si at vedkommende skal ha kjennskap til sin rettsstilling og mulighet til å forsvare sine rettslige interesser. Rettssikkerhet er nært knyttet til personvern og menneskerettigheter, man kan si at rettssikkerhet er en ”menneskerett i seg selv” (NOU 2009:15). De grunnleggende verdier som søkes beskyttet er den enkeltes autonomi og integritet. Kort fortalt omhandler dette beskyttelse mot ”vilkårlige inngrep fra statsmakten og sikre den enkeltes rettigheter i forhold til det offentlige” (ibid, s. 60). Rettssikkerhetsbegrepet i NOU 1991:20 defineres som:

Rettssikkerhet er normer for et forhold mellom den offentlige forvaltning og private rettssubjekter, som åpenbarer seg gjennom lov, forskrift, retningslinjer eller ulovfestede rettsprinsipper, og som har til formål å sikre den private part fundamentale rettsgoder, rettigheter og menneskeverd gjennom riktige forvaltningsavgjørelser (s. 14).

3.2 Etikk.

Vernepleierens yrkesetiske prinsipper og retningslinjer er tuftet på humanistiske og demokratiske verdier (FO, 12/2006). Eksempler på grunnleggende verdier er respekt for enkeltmenneskets frihet, rettssikkerhet og autonomi, samt å bidra til å styrke den enkeltes mulighet for mestring og kontroll over eget liv (ibid). Verdiene skal synliggjøres gjennom yrkesutøvelsen, etikken skal danne basisen for handlingen og hjelpe en til å ta begrunnede valg i arbeidet (ibid).

Dersom vernepleieren kommer opp i etiske problemstillinger i sitt arbeid, handler disse om hva som er den beste løsningen på et gitt problem eller en situasjon, i vernepleierens sammenheng vil dette ofte dreie seg om hva som er til brukers beste. Ethiske dilemmaer kan beskrives slik: Når alternativene er like ille eller like gode for den situasjonen det handler om (Aadland, 2001). Hvordan skal man så løse et etisk problem? Aadland (2001) foreslår bruk av etisk refleksjonsmodell i tillegg til annet ”verktøy”, for eksempel vernepleierens arbeidsmodell. Vernepleierens arbeidsmodell er en dynamisk problemløsningsmodell som

består av ulike faser, modellen kan benyttes på individ-, gruppe- og samfunnsnivå (FO 11/2008). Samarbeid er et nøkkelord i arbeidet med dette verktøyet.

Samarbeid er også et nøkkelord i Aadlands etiske refleksjonsmodell. Modellen består av en prosess som er relasjonell og dialektisk, hvor språket og fortellingen setter rammevilkårene for problemforståelse og drøfting (2001). Prosessen kan foregå som en samtale, der samtalen er middelet til å klargjøre etiske problem (ibid). Man ser da på de involvertes situasjon, hvilket perspektiv som fungerer best for å forstå problemet og hvilke verdier og holdninger som er mest fremtredende i den gitte situasjonen (ibid). Rammene ("fortellingene") for hva den enkelte oppfatter av sider i den enkelte problemsituasjon har sammenheng med egen forforståelse, herunder hvilke verdier en verdsetter, plikter og interesser som den enkelte oppfatter seg som forpliktet av. Videre sier Aadland (2001) at samtalens hensikt er å komme frem til ulike perspektiv som gjør en i stand til å ta avgjørelser. Når en har kommet frem til hvilke avgjørelser en bør ta, må en også ta ansvaret for disse. Samtalen kan ikke benyttes som ansvarsfraskrivning, en kan ikke si at "andre så at jeg skulle gjøre sånn eller sånn", det er til syvende og sist en selv som tar avgjørelsen og velger og handler deretter (ibid) jf. også hlspl § 4. Aadland (2001) presiserer at modellens hovedregel er å "inkludere andre i prosessen" (s.185). Samtalen foregår da mellom det Aadland kaller en "problemeigar" og en (eller flere) "retteleiar(ar)" (2001). Oppgaven til rettlederen er å stille spørsmål som får problemeieren i stand til å lokalisere ord og fortellinger rundt problemet, dette skal bidra til en økt forståelse og skape rom for handlingsløsninger (ibid). Videre påpeker Aadland (2001) at også rettlederen har behov for å dele sine opplevelser som nettopp rettleder med andre, dette kan gjerne skje i en "reflekterende gruppe". Slik jeg tolker Aadlands beskrivelser, kan denne gruppen være en personalgruppe hvor rettleder og problemeier er deltakere. Modellen til Aadland (2001) deles inn i fire element, disse er forforståelse, analyse, handlingsalternativ og handling (s. 186).

3.3 Tvang.

Jeg vil først ta for meg formålsbestemmelsen i kapittel 4A og de lovmessige kravene til kommunen om forebygging av tvangsbruk før jeg går videre på selve tvangsbegrepet. Tvangsbegrepet vil her bli belyst i samsvar med kapittel 4A sin fremstilling av begrepet,

videre går jeg kort inn på saksbehandlingsregler i forbindelse med beslutninger og vedtak om tvangsbruk.

For at kapittel 4A skal komme til anvendelse overfor mennesker med psykisk utviklingshemning må de motta sosial- og helse tjenester etter sosialtjenesteloven (heretter sotjl) § 4-2 bokstav a og under opphold i sykehjem og/eller etter lov om kommunale tjenester (heretter khl) § 2-1 jf. § 6-10. Årsaken til dette er at tvangen ikke kan utføres isolert, den må være en del av sosial- og/eller helsetjenester (Rapport fra Helsetilsynet 7/2008). Videre er det også et krav i kapittel 4A § 4-2 første ledd: ”(...)at kapittelet kun skal komme til anvendelse overfor personer som har diagnosen psykisk utviklingshemning” (IS-10/2004, s.35). Formålet med kapittel 4A kommer frem av § 4A-1: Å hindre at personen utsetter seg selv eller andre for vesentlig skade og å forebygge og begrense tvangsbruken (ibid). Det er rettssikkerheten til de utviklingshemmede som skal ivaretas gjennom ”(...)tiltak for å unngå unødig tvangsbruk og ved å regulere nødvendig tvangsbruk” (Rapport fra Helsetilsynet 7/2008, s.9). Videre presiseres det i lovteksten at ”(...)tjenestetilbudet skal tilrettelegges med respekt for den enkeltes fysiske og psykiske integritet, og så langt som mulig i overensstemmelse med den enkeltes selvbestemmelsesrett” (§ 4A-1). Det påpekes også i bestemmelsen at ”(...)ingen skal behandles på en nedverdiggende eller krenkende måte” (IS-10/2004, s.9).

Videre forplikter kapittel 4A kommunen til å drive forebyggende arbeid i forhold til tvangsbruken jf. § 4A-4, herunder plikter i forhold til å tilrettelegge tjenestetilbudet i samsvar med reglene i § 4A-1 annet ledd og § 4A-5 første ledd. Kommunen er også pliktet gjennom bestemmelsene i § 4A-4 til å gi nødvendig opplæring til helsepersonell jf. § 2-3 i sotjl, ”(...)herunder faglig veiledning og oppfølging i gjennomføring av tiltak etter dette kapittel (ibid, s.8). Opplæring til helsepersonell omfatter også tvangsbegrepets betydning og saksbehandlingsregler etter kapittel 4A sine bestemmelser.

Kapittel 4A med tilhørende forskrifter opererer med et deskriptivt tvangsbegrep det vil si at:

(...)alle tiltak personen motsetter seg vil være å regne som bruk av tvang og makt, selv om det i situasjonen synes klart at man må eller bør gripe inn for å hindre vesentlig skade på personen selv eller andre (Ellingsen, 2006, s.68).

Når man snakker om tvangsbegrepet kommer man ikke utenom å nevne legalitetsprinsippet, det vil si at "(...)inngrep i noens personlige integritet krever hjemmel i lov" (Rettsikkerhetsutvalget, 1990). Jeg velger å følge kapittel 4A med forskrifter sin definisjon på tvang og makt, det vil si at de har en felles begrepsbetegnelse. Med makt og tvang i kapittel 4A menes: Tiltak som tjenestemottaker motsetter seg (subjektive siden av tvangsbegrepet), eller tiltak som er så inngripende at de uansett motstand må regnes som bruk av tvang eller makt (objektive siden av begrepet) jf. § 4A-2, annet ledd (IS-10/2004). Videre i § 4A-2 heter det at "(...)bruk av inngripende varslingssystemer med tekniske innretninger skal alltid regnes som bruk av tvang og makt" (ibid, s.7). Bestemmelsen sier også noe om hva som ikke regnes som tvangsbruk: "Alminnelige oppfordringer og ledelse med hånden eller andre fysiske påvirkninger av liknende art" (ibid, s.7). I tviltilfeller, altså der tjenesteutøver er usikker på om det er nyttet tvang og makt etter loven skal bestemmelsene i kapittel 4A følges (ibid). Dersom man har benyttet tvang og makt etter bestemmelsene er det en rekke saksbehandlingsregler som skal følges, som jeg her kort vil gå inn på.

I kapittel 4A går det et skille mellom beslutninger og vedtak om inngrep med tvang eller makt, det er også en rekke saksbehandlingsregler og prosedyrer som skal følges. Når det gjelder tiltak etter § 4A-5 bokstav a, må det tas en beslutning om tvang skal anvendes, videre må tvangen som utøves følge lovregulerte prosedyrer og saksbehandlingsregler. Beslutningen skal tas av den som har det daglige ansvaret for tjenesten, dersom dette er urimelig i situasjonen er det den enkelte tjenesteyter som tar beslutningen (ibid). Dersom beslutning om tvang skal denne føres i pennen straks etter gjennomføringen av tiltaket, videre skal det sendes melding om hendelsesforløpet til faglig ansvarlig for tjenesten, verge eller hjelpeverge, pårørende og fylkesmannen jf. § 4A-7 (Syse, 2008). Det stilles en del krav til meldingens innhold, jeg vil ikke gå nærmere inn på dette her, jeg henviser dermed interesserte lesere til IS-10/2004: Rapport fra Helsetilsynet 7/2008: IS-1040/2006).

Vedtak som omfatter inngrep med tvang og makt i kapittel 4A menes det enkeltvedtak etter forvaltningslovens § 2 første ledd bokstav b. Vedtak skal følgelig gjøres for tiltak etter § 4A-5 bokstav b og c. Vedtakene skal nedtegnes av den som har det faglig overordnet ansvaret for tjenesten, vedtakets varighet kan settes til inntil tolv måneder om gangen jf. § 4A-7 (IS-10/2004). Vedtaket etter § 4A-5 b og c skal sendes Fylkesmannen for overprøving jf. § 4A-8, vedtaket er dermed ikke ”lovlig” før det er godkjent av Fylkesmannen. Det vil altså si at ved tiltak etter § 4A-5a er det beslutningen om inngripen som er sentral, mens etter bestemmelsens bokstav b og c er det vedtak om inngripen som er det sentrale i forhold til tvangsreguleringen og ivaretagelsen av rettssikkerheten til de utviklingshemmede.

3.4 Mennesker med psykisk utviklingshemning.

Definisjonen av denne heterogene (uensartede) gruppen mennesker har endret seg som en del av velferdsstatens utbygging. I Norge i dag brukes betegnelsen ”mennesker med psykisk utviklingshemning” om de mennesker som tidligere ble kalt psykisk utviklingshemmet, evneveike eller åndssvake (Gjærum og Grøsvik, 2005). Videre skriver Gjærum og Grøsvik (2005) at ”(...)den norske betegnelsen griper fatt i det sentrale ved denne tilstanden, nemlig at de psykiske eller mentale funksjonene er forstyrret (hemmet) i sin utvikling” (s. 209). I henhold til kapittel 4A er det diagnosesystemet ICD-10 som skal ligge til grunn for diagnostikk av utviklingshemmede (IS-10/2004). ICD-10 opererer med følgende definisjon:

Psykisk utviklingshemming er en tilstand med stagnert eller mangelfull utvikling av evner og funksjonsnivå, som særlig kjennetegnes av svekkede ferdigheter som viser seg i løpet av utviklingsperioden. Dette er ferdigheter som bidrar til det generelle intelligensnivået, som kognitive, språklige, motoriske og sosiale ferdigheter (http://www.kith.no/upload/1816/Komplettt-B1%C3%A5-bok_230905.pdf s.139).

I henhold til Rundskriv IS-10/2004 foreligger det ulike sårbarhetsfaktorer hos utviklingshemmede, disse faktorene kan for eksempel være knyttet til miljøet rundt eller til samhandlingen med andre mennesker. Videre kan disse faktorene bidra til at mennesker med

psykisk utviklingshemning kan utvikle utfordrende atferd (Stubrud, 2001). Utfordrende atferd blir av Emerson (et al. 1996) i Eknes (2003) definert som:

(...)kulturelt avvikende atferd med intensitet, frekvens eller styrke som utsetter personen selv eller andre for fysisk fare, eller som i stor grad vil føre til begrenset bruk av eller tilgang på vanlig sosial deltakelse i samfunnet (s.204).

Eknes (2003) gir også eksempler på hva som karakteriseres som utfordrende atferd:

”(...)selvskading, selvstimulering, utagerende atferd mot ting eller personer, lovbrudd, avvikende seksuell atferd og brudd på sosiale normer” (s. 204). Årsaker til at den utfordrende atferden oppstår som beskrevet av Stubrud (2001) og IS-10/2004 deles inn i fire hovedområder, disse er miljømessige og samhandlingsmessige faktorer, psykisk faktorer, hjerneorganiske faktorer og organiske faktorer. Disse årsakene kan nylig ha oppstått eller ligge langt tilbake i tiden. Jeg vil her kort presentere de miljømessige og samhandlingsmessige faktorer da det er disse som er relevante for oppgaven.

Miljømessige og samhandlingsmessige faktorer som kan bidra til utfordrende atferd kan oppstå dersom man ikke klarer å tilfredsstille de mellommenneskelige og utviklingsmessige behov hos tjenestemottaker. Dette kan utløse en uønsket atferd som et ledd i tjenestemottakerens forsøk på å kommunisere (ibid; IS-10/2004). Videre kan den utfordrende atferden komme til uttrykk fysisk eller atferdsmessig dersom det stilles for høye eller for lave forventninger og krav til tjenestemottaker (Stubrud, 2001). Ved klargjøring av hvilke årsaksfaktorer som ligger bak den utfordrende atferden benytter man seg gjerne av funksjonelle analyser. Funksjonelle analyser av problematferd er en metode innenfor atferdsanalysen (Holden, 2006). Man kartlegger utløsende faktorer og konsekvenser av atferden, man ser spesielt på hva som forsterker og opprettholder problematferden (ibid). slikt arbeid fordrer samarbeid mellom førstelinjetjenesten (kommunen) og andrelinjetjenesten (spesialisthelsetjenesten) for å sikre best mulig kompetanse innenfor området og slik at helsepersonellet for den opplæring de har krav på i forhold til å følge opp tjenestemottakeren. Videre kan man benytte seg av Vygotskij sitt utviklingsperspektiv for bedre å tilpasse de krav og forventninger som stilles til tjenestemottaker.

Vygotskijs perspektiv bygger på barns utvikling og hvordan kontekstene rundt barnet påvirker og former barnet (Bunkholdt, 2000). Perspektivet hører inn under de såkalte sosialkonstruksjonistiske teoriene, i denne sammenheng vil det si at Vygotskij så barnets utvikling i en mer omfattende sammenheng (ibid). Vygotskij mente at barnets samspill med sine omgivelser ble lært under veiledning av en mer kompetent person, som for eksempel foreldre, eldre søsken, eller lærer – en ”læremester” som Vygotskij kalte det (ibid). Videre mente han at ”(...)barnet først må lære å gjøre ting sammen med andre før det kan handle selvstendig” (ibid, s.119). Perspektivet til Vygotskij snakker altså om en slags skala, der det nederste nivået er det barnet kan utføre uten hjelp og det øverste nivået er det barnet kan utføre med hjelp av en mer kompetent person. Den proksimale utviklingssonen ligger da imellom disse nivåene og det er her ”læremesteren” kommer inn i bildet. Barnet beveger seg ikke gjennom sonen, men sonen endrer seg med barnets kompetanse (Tetzchner, 2005). Størrelsen på utviklingssonen kan variere mellom ulike kunnskapsområder og aktiviteter (ibid). Man kan altså ha en liten utviklingszone på enkelte områder og en større utviklingszone på andre områder.

3.5 Kort om vernepleieren.

Vernepleierens utdanning er i dag treårig og resulterer i en bachelorgrad og autorisasjon som helsepersonell. Rammeplanen til vernepleieutdanningen (2004) har som formål:

(...)å utdanne brukerorienterte og reflekterte yrkesutøvere som er kvalifiserte for å utføre miljøarbeid, habiliterings- og rehabiliteringsarbeid sammen med mennesker med fysiske, psykiske og/eller sosiale funksjonsvansker som ønsker eller har bruk for slike tjenester. Mennesker med psykisk utviklingshemning vil fortsatt være en sentral målgruppen for vernepleiefaglig arbeid (s. 4).

Den enkelte vernepleiers kunnskaper og ferdigheter varierer etter hva fokuset har vært og hvilke prioriteringer som har preget den enkeltes utdanning og yrkesliv (FO, 01/2009). Hlspl § 4 som omhandler forsvarlighet, vil være den bestemmelsen som står sentralt i

yrkesutøvelsen. Bestemmelsen setter rammer for hva yrkesutøver kan og ikke kan gjøre (ibid), videre følger et lite utdrag av hlspl § 4 som jeg anser som betydningsfull i denne sammenheng:

Helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonells kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig. Helsepersonell skal innrette seg etter sine faglige kvalifikasjoner, og skal innhente bistand eller henvise pasienter videre der dette er nødvendig og mulig. Dersom pasientens behov tilsier det, skal yrkesutøvelsen skje ved samarbeid og samhandling med annet kvalifisert personell(...) (Syse, 2008, s.636).

Jeg vil nå gå over til analysen av problemstillingen.

4 utfordringer knyttet til kapittel 4A.

Denne delen av oppgaven vil søke å finne svaret på problemstillingen ved å knytte teori fra det foregående kapittelet opp mot spørsmålene. Problemstillingen ble som tidligere nevnt delt i to med underkategorier for best å belyse temaet, den er da som følger:

Del ”èn”: Hvilke utfordringer møter vernepleieren i sosialtjenesteloven kapittel 4A?

- Ambivalens i forhold til tvangs- og maktbegrepet i kapittel 4A?
- Hvordan tolker man ”kan-bestemmelser”?
- Vernepleierens skjønnsbruk.

Del ”to”: Hvordan kan man legge til rette for å redusere bruken av tvang?

- Ved bruk av etisk refleksjon?
- Endring av holdninger?
- Endre krav og forventninger til tjenestemottaker?

Jeg vil i dette kapittelet analysere del en av problemstillingen, mens del to vil bli gransket i neste kapittel. Den første utfordringen jeg vil analysere er utfordringer knyttet til kapittel 4A

sin definisjon av tvang og makt - som beskrevet i kapittel 3 - og hvordan helsepersonell, (herunder vernepleiere) tolker dette lovverket. Hovedfokuset i dette kapitlet vil ligge på utfordringer knyttet til tolkningen av nevnte lovverk og hvordan vernepleiere skal gå frem for å utøve en forsvarlig yrkesutøvelse i tråd med bestemmelsene i hlspl § 4. Utfordringene som belyses i dette kapitlet har sitt utspring i lovens virkeområde, nemlig bruk av tvang og makt. Det skal ikke være enkelt å ta avgjørelser på bekostning av andres selvbestemmelsesrett (Rapport fra Rådet, 2002). Ifølge Handegård (2005) uttrykker mange av hennes informanter (helsepersonell) ambivalens knyttet til håndhevingen av nevnt lovverk, herunder tolkningen. Dette bringer oss inn på spørsmålet om hva som kan være opphavet til denne ambivalensen.

4.1 Ambivalens knyttet til tvang- og maktbegrepet i kapittel 4A.

I teorikapitlet var jeg inne på profesjonsutøverens legitimitet, som i denne oppgaven omtales som det samme som autoritet. Denne legitimiteten fordrer at maktbalansen mellom tjenesteutøver og tjenestemottaker er asymmetrisk. Det kan derfor bli vanskelig for tjenesteutøvere å forholde seg til kapittel 4A som opererer med en felles betegnelse av disse begrepene. I følge Handegård (2005) knytter noe av ambivalensen seg til forståelsen og tolkningen av hva som ligger i disse begrepene og hva det omfatter i tjenestesammenheng. Makt i form av legitimitet er en sentral del av tjenesteytingen til vernepleiere og dette forholdet er asymmetrisk i den forstand at tjenesteyter står over den hjelpetrequende. Legitimiteten bygger som tidligere nevnt på utøverens faglige autoritet og kunnskaper. Det fremheves i Austgards (2004) bok om omsorgsfilosofi: at det i enhver hjelperelasjon er en tilstedeværende makt og at denne makten er av det gode - noe vi ønsker. Det hun snakker om er den profesjonelle yrkesutøvers autoritet, som er basert på yrkesutøvers kvalifikasjoner. Altså den legal-rasjonelle maktutøvelsen i demokratiet som også omhandler helsepersonell, gjør at tjenestemottakerne har tiltro til at de er i trygge hender. Helsepersonellet har i kraft av sin autoritet ”makten” over tjenestemottakerne. Dette kan være av det gode i den forstand at det er nødvendig at helsepersonell innehar den kunnskapen og legitimiteten til å utøve sitt yrke i en demokratisk stat. Det kan også være av det onde dersom helsepersonellet ikke er seg bevisst denne maktforskjellen, og ikke handler i tråd med etiske prinsipper. Ambivalensen er altså knyttet til spørsmålet om hva som defineres som nødvendig maktbruk i kraft av sin yrkesutøvelse og hva som er legitim tvangsbruk etter kapittel 4A. Dette skillet går ikke klart frem av lovteksten eller tilhørende forskrifter (Handegård, 2005; Ellingsen, 2006).

Ambivalensen knyttet til tvangs- og maktbegrepet i kapittel 4A blir fremhevet i Stortingsmelding nr. 25 (2006) som naturlig, de går så langt som å si at "(...)noe annet hadde vært betenkelig" (s.10). Handegård og Gjertsen (2008) sier noe lignende om ambivalensen i forhold til tvangsbegrepet: "(...)det hadde vært mer betenkelig om personalet ikke syntes dette var utfordrende (s.10). Videre sier de at det ikke er mulig å gi en eksakt definisjon på hva som er bruk av tvang i enhver situasjon (ibid). Det fremheves at det er det enkelte fagmiljøet som gjennom en helhetsvurdering – ved bruk av kritiske evner og faglige skjønn - skal vurdere hvorvidt det anses som tvang og makt eller ikke (ibid). Ved utforming av tiltak skal dette uansett sendes til Fylkesmannen for godkjenning, jf. kapittel 3. I Handegård og Gjertsen (2008) sin studie fant de at helsepersonell anså det som betydningsfullt for sin yrkesutøvelse å ha "(...)jevnlige diskusjoner av situasjoner en kommer opp i, etiske og faglige refleksjoner, samt kurs og veiledning" (s.10).

Ifølge Ellingsen (2006) og Handegård (2005) kan ambivalensen hos helsepersonell i forhold til at tvangs- og maktbegrepet i kapittel 4A defineres som det samme, i verste fall føre til at helsepersonellet drar den feilslutningen at de føler seg handlingslammet. I dette ligger holdningen om at de ikke kan handle, da enhver handling de utøver vil bære i seg et maktaspekt (Ellingsen, 2006; Handegård, 2005). Helsepersonell av denne oppfatning velger muligens "minste motstands vei", noe jeg mener vitner om liten evne og vilje til å reflektere over lovverkets intensjoner samt egen yrkesutøvelse. Denne holdningen vil etter alt å dømme slå over i unnlattelse - at en unnlater å gripe inn overfor en person som åpenbart ikke vet sitt eget beste (Østenstad 2000; Handegård, 2005). Dette vil igjen komme i konflikt med hlspl § 4 som plikter helsepersonell å utøve en faglig og etisk forsvarlig vurdering i forhold til enhver situasjon som måtte oppstå. Dette bringer oss over på pliktspørsmålet i forhold til inngrep med tvang og makt etter kapittel 4A. Har helsepersonell en plikt til å gripe inn med tvang og makt overfor enkelte mennesker med psykisk utviklingshemning?

Det er ikke eksplisitt gitt en slik plikt, men det følger av kapittel 4A § 4A-3 et grunnvilkår om faglig og etisk forsvarlighet i yrkesutøvelsen. Kravet hentyder at det i enkelte situasjoner vil være uforsvarlig å unnlate å gripe inn der vilkårene er oppfylte. Dette fordrer igjen en vurdering angående den eventuelle tvangsbrukens proporsjonalitet eller forholdsmessighet fra

den enkelte tjenesteyter som omhandler vernet for autonomi og integritet versus beskyttelse jf. hlspl § 4 (Østenstad, 2000). Østenstad (2000) mener på sin side at en slik plikt ikke foreligger da loven åpner for at enkelte tjenesteytere kan motsette seg bruk av tvang og makt. Dette begrunner han med at lovgiver bevisst har valgt å la være å gjøre et valg i forhold til ulike faglige tilnærminger i omsorgen for mennesker med psykisk utviklingshemning (ibid). Han mener at dette som sagt åpner opp for faglige tilnærminger som ikke anvender tvangsbruk i tjenesteutøvelsen.

Dette bringer oss over på tolkningen av lovreglene og bruken av skjønn i denne sammenheng. Likeledes vil jeg i det følgende belyse pliktsspørsmålet.

4.2 Tolkning av "kan"-bestemmelser.

Når vernepleierne skal vurdere om vilkårene for tvang etter kapittel 4A er tilstede må de i henhold til Ohnstad (2004) utøve rettsanvendelse. Rettsanvendelsen består av tre ledd i tillegg til skjønnsutøvelsen. Disse leddene er "tolkning"- det å finne meningsinnholdet i en regel, "bevisbedømmelse" - klarlegge fakta, "subsumsjon"- henføre fakta under regelen. Dersom lovens betingelser er oppfylt, kan eller skal virkninger av regelen inntre (ibid, s.34).

Dersom rettsreglene (bestemmelser i loven) er uklare og lite presise, må yrkesutøveren anvende lovskjønn for å forstå reglenes innhold (ibid). Lovskjønn innebærer en overveielse av de rettsregler en skal anvende og om disse er oppfylt (ibid). En ser altså på innholdet i lovverket, en utfører subsumpsjon, tolkning og bevisbedømmelse før en anvender regelen. Skjønnsutøvelse er beskrevet i teorikapittelet - kort sagt handler det om å velge innenfor rammene av lovverket.

I kapittel 4A er bestemmelsene om vilkår for bruk av tvang § 4A-5, og særlige grenser for bruk av enkelte tiltak formulert som "kan-regler". Det vil si at det er opp til forvaltningen, i dette tilfelle sosialtjenesten, herunder vernepleieren å ta en avgjørelse. Vernepleieren har som tidligere nevnt i foregående kapittel, delegert myndighet til å fatte beslutninger. Beslutningene skal baseres på en skjønsmessig vurdering, "skal en benytte seg av regelen og i tilfellet hvordan skal en benytte regelen" (Ohnstad, 2004, s.35). Kan-regler gir forvaltningen frihet i forhold til at valget er der, men det foreligger ikke en plikt til å gripe inn (ibid). Dette medfører i de enkelte tilfeller at det er skjønnet som er den avgjørende faktoren for

beslutningen eller vedtaket om å bruke tvang eller makt - forutsatt at inngrep fortsatt er nødvendig og at lovens vilkår er oppfylt.

Videre er rettsanvendelse ”en fastleggelse av betingelser for å bruke kompetanse, og om kompetansen gir rom for skjønn” (ibid, s.137f). I henhold til hlspl. §§ 3 og 48 jf. § 4 innehar vernepleierne en profesjonell kompetanse innenfor sitt fagområde som også innbefatter beslutninger om tvangsbruk og utarbeidelse av vedtak om tvangsbruk etter kapittel 4A, jf. kapittel 3. Dette innebærer at vernepleierne i stor grad utøver rettsanvendelse og skjønnsutøvelse i forhold til saker som omhandler beslutninger og vedtak angående tvangsbruk etter kapittel 4A. Dette kan ses i lys av Ohnstads (2004) beskrivelse av at sotjl i seg selv er utformet som en rammelov, noe som innebærer at den gir en veiledning for hvordan loven skal tolkes og dermed for hvordan skjønnen skal utøves (s.149).

Dersom tjenesteutøverne velger å benytte seg av de omtalte kan-reglene og vilkårene i reglene er oppfylt, kan de med loven i hånd utøve den lovlige tvangen (legitim tvangsmakt) som beskrevet i kapittel 3. Det er til syvende og sist den enkelte tjenesteutøvers faglige skjønn - ”frie skjønn - som avgjør om det skal anvendes tvang etter bestemmelsene i kapittel 4A eller ikke. Dette fordrer, som nevnt i kapittel 3, visse kompetansekrav hos tjenesteutøverne i forhold til hvem som tar beslutninger om bruk av tvang og makt i nødssituasjoner, og hvem som utarbeider enkeltvedtak i forhold til gjentatte nødssituasjoner eller for å dekke grunnleggende behov hos tjenestemottakerne. Regler formulerte som kan-bestemmelser innebærer ikke en plikt til å utøve tvang og makt selv om lovens kriterier er oppfylt og situasjonen tilsier at dette hadde vært den beste løsning - forutsatt at der er fare for vesentlig skade på personen selv eller andre. Plikten til å anvende rettsanvendelsen når situasjonen tilsier at det er nødvendig er: ”der det fare for vesentlig skade” og er nedfelt i hlspl. § 4 som omhandler forsvarlighet i tjenesten, herunder plikten til å gi omsorgsfull hjelp jf. hlspl § 7, samt straffeloven (strl) §§ 242 og 387 (I-20/2001; Ellingsen 2006). Angående utviklingshemmede som mottar sosial- og helsetjenester fra kommunen, så følger det likeledes av pasientrettighetslovens (heretter pasrl) § 2-1 at de skal ha rett til nødvendig helsehjelp. Med helsehjelp menes ”(...) handlinger som har forebyggende, diagnostisk, behandlende, helsebevarende, rehabiliterende eller pleie- og omsorgsformål og som er utført av helsepersonell” (pasrl § 1-3 bokstav c). Det følger av forsvarlighetskravet i hlspl § 4 at

helsepersonell også skal ivareta pasientrettighetene til den enkelte tjenestemottaker, jf. pasrl (I-20/2001). Det faktum at kravet til omsorg er hjemlet i lovverket, kan innebære at det i enkelte situasjoner vil være uforsvarlig ikke å yte denne omsorgen (FO, 01/2009).

4.3 Vernepleierens skjønnsutøvelse.

Skjønnsutøvelsen til vernepleierne (også annet helsepersonell) er altså av avgjørende grad når det handler om tvangsbruk, i siste instans er det de som avgjør om tvang skal nyttes eller ikke. Følgelig understreker NOU 1991:20 det sentrale med muligheten for å etterprøve eller kontrollere tiltak som iverksettes samt regelverk for notoritet, likeledes er det sentralt med muligheten til å etterprøve tjenesteyternes skjønnsbruk (Ellingsen, 2006). Dette fordrer at helsepersonellet skriftliggjør sine beslutninger og årsak til vedtaksbruk (ibid). Med begrepet notoritet nevnt over mener NOU 1990:20 noe som "(...)må gjøres skriftlig tilgjengelig i særskilte dokument (s. 69).

Etter kapittel 4A § 4A-8 er Fylkesmannen pliktet til å vurdere alle sider av saken, det vil si saksbehandlingen, rettsanvendelsen og tjenesteyternes skjønnsbruk ("frie skjønn") i situasjonene (Kjønstad og Syse, 2002). Dersom de personer som har klageadgang jf. § 4A-11 ønsker å klage på beslutninger foretatt av Fylkesmannen, kan beslutningen påklages til Fylkesnemda for sosiale saker. Fylkesnemda skal prøve alle sider av saken (ibid).

Alvorlighetsgraden av at skjønnsbruken til yrkesutøverne tas opp til vurdering av Fylkesmannen og av Fylkesnemda ved klagesaker jf. kapittel 4A, § 4A-11, påpeker igjen hvor stort ansvar som hviler på den enkelte tjenesteyters skulder. Denne alvorlighetsgraden, slik jeg ser det, peker tilbake på viktigheten av at "alle" frivillige tiltak først skal være prøvd før en vurderer det som nødvendig å ty til tvangsbruk. Regelen om "minste inngreps prinsipp" gir en veiledning på hvilken retning skjønnsutøvelsen skal ta, denne vurderingen sammen med rettsanvendelsen og tjenesteutøverens kjennskap til personen vil danne helhetsvurderingen til tjenesteutøver.

5 Etisk refleksjon og "nye" holdninger?

Analysen i del to vil omhandle bruk av etisk refleksjonsmodell som kilde til holdningsendringer innad i personalgrupper med "uheldige" sider ved sin yrkesutøvelse. Jeg

vil søke å belyse hvordan man kan redusere tvangsbruk ved bruk av etisk refleksjonsmodell og holdningsendringer hos personalet. Videre vil jeg kort gi noen eksempler på tiltak.

Når man jobber innen sosial- og helsetjenesten vil alltid de etiske overveielser veie tungt. Dette blir igjen understreket både i rammeplanen for vernepleierutdanningen og i fagorganisasjonens (FO) yrkesetikk samt i lovverket, eksempelvis hlspl § 4, som beskrevet i teoridelen over. Jeg anser etiske refleksjonsmodeller som relevante innenfor forebygging av tvangsbruk, da det bidrar til en økt bevisstgjøring i forhold til egen yrkesutøvelse, herunder egen forforståelse, egne holdninger og ansvar for egne handlinger jf. kapittel 3. Noe jeg i det følgende vil belyse.

5.1 Etisk refleksjonsmodell.

Aadland (2001) mener at helsepersonell bør nyttegjøre seg av etiske refleksjonsmodeller i tillegg til annet verktøy som for eksempel vernepleierens arbeidsmodell i endringsprosesser. Han mener dette er viktig for å fremme etikkens nytteverdi i yrkesutøvelsen slik at den ikke blir glemt, noe som kan føre til at tjenestemottaker blir tingliggjort. Videre sier Aadland (2001) at den etiske refleksjonen bidrar til å øke kvaliteten på det faglige arbeidet. Dette samsvarer med velferdsstatens økte krav til faglig kompetanse som krever kritiske og reflekterte yrkesutøvere for å beholde legitimiteten, jf kapittel 3. Aadland (2001) sier videre at ”etisk refleksjon bør koplast inn i situasjonar der verdiar, plikter og interesser støyter saman og gjer det usikkert kva som er det gode og det rette for ein sjølv og andre” (s. 31). Dette hentyder at etisk refleksjon er på sin plass når helsepersonell står overfor en bruker med utfordrende atferd. Dersom man ser på Aadlands etiske refleksjonsmodell, gjengitt i kapittel 3, ser vi at vi gjennom samtale med kollegaer og andre fagpersoner kan komme frem til gode handlingsalternativer i samarbeid med andre. Helsepersonellet er forpliktet gjennom lov å finne andre handlingsalternativer og å sette disse ut i handling, da tvangsbruk skal være siste utvei jf. § 4A-5 første ledd (IS-10/2004). Dette hentyder at kapittel 4A fordrer en kritisk og refleksiv praksis fra sine håndhevere. Aadlands (2001) refleksjonsmodell kan nyttiggjøres i konkrete problemsituasjoner man møter på, hvor man leter etter gode handlingsalternativer med tjenestemottakers behov og funksjonsnivå i fokus. Videre kan den også benyttes til analyse av egne holdninger, handlinger og handlingsvalg i ettertid, jf kapittel 3. Dette vil bidra til å øke tjenesteyternes bevissthetsnivå i forholdet til hva som er opphavet til egne holdninger

og handlinger, samt hvilke handlingsalternativer som finnes i den konkrete situasjonen. Dersom tjenesteutøverne gjennom en slik refleksjonsprosess avdekker mangler ved tjenestetilbudet til brukere, har de også en plikt gjennom sin yrkesmoral og hlspl om å melde fra til ledelsen om forhold som vanskeliggjør eller direkte hindrer forsvarlig yrkesutøvelse. Det er tjenesteutøverne som utøver arbeidet og det er deres ansvar at arbeidet er forsvarlig. Dersom man ikke melder fra om forhold på arbeidsplassen som vanskeliggjør forsvarlig tjenesteutøvelse, kan helsepersonellet selv bli stilt til ansvar for disse manglene – siden det i siste instans er dem selv som er ansvarlig for egne handlinger og dermed egen yrkesutøvelse (FO, 01/2009). Videre er kommunen forpliktet til å legge til rette for minst mulig tvangsbruk jf. § 4A-4, dermed er det ansvarlige for å rette opp mangler ved tjenestetilbudet (I-20/2001). Problemet er at ledelsen i kommunen ikke er i nær relasjon til brukerne av tjenestene og de kan dermed heller ikke avdekke mangler ved tjenestetilbudet, de er derfor prisgitt at tjenesteutøverne som ytterste ledd i forvaltningspolitikken oppdager og melder fra, eventuelt iverksetter tiltak jf. kapittel 3.

5.2 Helsepersonells holdninger.

Bruk av refleksjonsmodellen kan belyse ”uheldige” sider av yrkesutøvelsen som det er verdt å gripe fatt i, ikke minst har man som helsepersonell et ansvar for å gripe fatt i slike eventuelt uheldige sider, som ovenfor nevnt. Eksempler på dette kan være negative holdninger til tjenestemottakere som utviser utfordrende atferd. Dersom vernepleieren skulle avdekke slike uheldige sider er det viktig at en setter i gang en endringsprosess innad i personalgruppen. Vernepleiere er ofte de som er i nær relasjon til tjenestemottaker og kan inneha det daglige ansvaret for tjenesten. De har derfor et overordnet ansvar for å tilrettelegge tjenesten til det beste for brukerne. Dette vil i tilfeller der personalet bærer preg av negative holdninger til tjenestemottaker innebære holdningsendringer. Eksempler på holdningsendrende kampanjer kan være å nyttiggjøre seg refleksjonsmodellen som kilde til bevissthet rundt egne holdninger til tjenestemottaker. I henhold til Stubrud (2001) kan utfordrende atferd ha sin årsak i ”miljømessige og samhandlingsmessige faktorer” jf. kapittel 3. Atferden vil da være å betrakte som et forsøk på kommunikasjon fra tjenestemottakere eller et uttrykk for tjenestemottakeres frustrasjon i forhold til tjenesteutøveres krav eller forventninger til dem. Tiltak som kan settes i verk i denne sammenheng kan være en kartlegging av personens evnenivå og forståelse, slik at man kan tilpasse krav og forventninger til hva hver enkelt

tjenestemottaker kan mestre. Man må selvsagt koble inn kvalifisert hjelp der man ser behov for det jf hlspl § 4, og som nevnt over. I dette arbeidet kan man nyttegjøre seg av Vygotskijs utviklingspsykologiske perspektiv. Jeg vil gå videre inn på dette i følgende kapittel.

5.3 Utfordrende atferd i kravsituasjoner.

Som tidligere nevnt i teoridelen kan den utfordrende atferden komme til uttrykk som et forsøk på å kommunisere eller som frustrasjon i kravsituasjoner. Kjernen i vernepleierens arbeid vil da bli å finne alternative metoder for kommunikasjon og krav som er tilpasset individet, slik at problematferden blir overflødig og ekstingveres. Utfordringen for vernepleieren blir å finne faglige metoder tilpasset det enkelte individet, hva gjelder den enkeltes evnenivå og forståelse. Funksjonell kommunikasjonstrening – som nevnt i kapittel 3- er en metode innen ferdighetstrening som kan styrke den enkeltes påvirkningsevne på sine omgivelser ved innlæring av kommunikative ferdigheter (Gundersen og Moynahan, 2006). Metoden fordrer at en lokaliserer atferdens funksjon, denne funksjonen kan deles inn i fire: Man unnslipper krav, man får tilgang til materielle behov, man får oppmerksomhet og selvstimulering. Målet med metoden er å innøve sosialt akseptable former for kommunikasjon, slik at når tjenestemottakeren mestrer disse uttrykkene vil det ikke lenger være behov for problematferden (ibid).

Videre er det viktig at utviklingshemmede med utfordrende atferd opplever å ha en meningsfull og stimulerende hverdag, dette kan også bidra til at problematferden ekstingveres. Som tidligere nevnt kan den utfordrende atferden oppstå i forbindelse med kravsituasjoner, det vil si i situasjoner der kravet er større eller mindre enn personens mestringsevne. Det er viktig at man gjør en grundig utredning av personen, dette skal utføres av kyndig personale, som regel i spesialisthelsetjenesten (IS-10/2004). Utredningen vil gi svar på hva som kan forventes av mestring fra personen i daglige gjøremål og sosial fungering (ibid). Stimulering av personens funksjoner må legges til et nivå som personen nesten mestrer alene, man må da fortløpende vurdere om det er behov for å legge lista høyere. Vygotskij lanserte, som nevnt i kapittel tre, et perspektiv på barns utvikling som er anvendelig i denne sammenheng. Han brukte betegnelsen proksimale utviklingszone i kartleggingen av barns mestringsnivå (Bunkholdt, 2000). Kravene man utarbeider i forhold til at tjenestemottakerne

skal oppleve mestring må etter Vygotskijs perspektiv ligge et sted mellom det personen klarer alene og det personen kan klare ved hjelp av en mer kompetent annen (ibid).

6 Avslutning og refleksjon.

Tjenestene til mennesker med psykisk utviklingshemning er behovsprøvd og skjønnspregede i henhold til sotjl. Kapittel 4A fordrer derfor at vernepleieren evner å se den enkeltes behov og deretter gjøre en skjønnsmessig vurdering ut fra kravet til faglig og etisk forsvarlighet og innenfor de rammer regelverket setter. Hva som vil sies å være det beste for personen i den gitte situasjonen skal vurderes individuelt og skal baseres på medbestemmelse og kjennskap til bruker. Problemstillingen jeg søkte å belyse ved hjelp av teori og drøfting var som følger:

Hvilke utfordringer møter vernepleieren i sosialtjenesteloven kapittel 4A, og hvordan kan man legge til rette for å redusere bruken av tvang?

I oppgaven har jeg redegjort for et sentralt problemområde innenfor vernepleierens fagfelt, gjennom å belyse enkelte utfordringer vernepleieren møter i håndhevingen av kapittel 4A. I drøftingen fremkommer det av litteraturstudien på den ene siden at makten vernepleieren innehar er legitim – en nødvendig del av yrkesutøvelsen. Dette fordrer på den andre siden at vernepleieren er bevisst dette maktforholdet og er kritisk til egen yrkesutøvelse for best å ivareta tjenestemottakeres rettssikkerhet. Teorien og drøftingen viser hvordan man igjennom etisk refleksjon kan bevisstgjøre helsepersonellet som i sin tur kan føre til en holdningsendring overfor utviklingshemmede med utfordrende atferd. Holdningsendringen er av stor betydning i de tilfeller der denne er negativ, videre har vernepleieren et personlig ansvar for at tjenestetilbudet som tilbys tjenestemottakere er forsvarlig. Dersom tilbudet ikke er tilstrekkelig er vernepleieren ansvarlig for at rette den instansen får disse kunnskapene.

Gjennom arbeidet med teori og drøfting kan det se ut til at vernepleierens yrkesutøvelse i større grad enn antatt hviler på den enkeltes skjønnsmessige vurdering, noe som kan føre til svekkelse av den enkelte yrkesutøvers legitimitet i samfunnet. Det er derfor av sentral betydning at kommunen selv fører kontroll over sitt tjenestetilbud og sine yrkesutøveres skjønnsmessige beslutninger. Dette kan gjerne skje gjennom etisk refleksjon innad i

personalgrupper, slik at helsepersonellet utfører en egenkontroll med hverandre. Videre er - slik jeg tolker det - det nettopp kontroll over yrkesutøverne hlspl, kapittel 4A og de yrkesetiske retningslinjer utøver overfor helsepersonellet. Gjennom hlspl har den enkelte yrkesutøver et personlig ansvar for å melde fra om forhold på arbeidsplassen som hindrer faglig forsvarlig yrkesutøvelse. Dersom dette ikke skjer kan, som nevnt over, den enkelte bli stilt til ansvar. Yrkesutøveren har også et ansvar i hlspl om å ivareta tjenestemottakerens rettsikkerhet jf pasrl. Kapittel 4A setter strenge krav til saksbehandling og strenge vilkår for tvangsbruk, samt at alle avgjørelser helsepersonell tar skal kunne forsvares faglig og etisk. Yrkesutøveren er dermed omgitt av rammer som begrenser egen yrkesutøvelse og dette begrenser dermed også handlingen. Når det gjelder de yrkesetiske retningslinjene er de det som danner basis for all handling, man snakker da gjerne om autonomi, brukermedvirkning og frihet fra tvang. Videre kan vi også kjenne igjen en del av denne kontrollen under utdannelsen av vernepleiere der en vektlegger kjennskap til det gjeldende lovverket og etiske retningslinjer, samt at den enkelte er i stand til å se tjenestemottaker som et likeverdig menneske. Utdanningsinstitusjoner vurderer sine studenter som kompetente/ikke kompetente fremtidige yrkesutøvere og utfører dermed, etter min mening, indirekte kontroll over det fremtidige tjenestetilbudet.

I løpet av arbeidet med denne oppgaven har det kommet opp nye spørsmål som hadde vært interessante å utforske videre, eksempelvis: Hvilken påvirkning har de til enhver tid rådende ideologier og perspektiv på vernepleierens yrkesutøvelse? Hvor er vernepleierens plass i et tverrfaglig samarbeid? Hva har den nye pasientrettighetsloven kapittel 4A å si for håndhevingen av (sotjl) kapittel 4A? Vil pasientrettighetsloven kapittel 4A føre til en svekket rettsikkerhet for mennesker med psykisk utviklingshemning? Dette er problemstillinger jeg føler er viktige å få svar på, men det må i denne sammenheng bli opp til andre å forske på, jeg vil i fortsettelsen reflektere over disse.

Kildeliste.

Offentlige dokumenter og lovverk.

Helse- og omsorgsdepartementet (2006). Stortingsmelding (St.meld) nr. 25 (2005-2006). *Mestring, muligheter og mening: Framtidas omsorgsutfordringer.*

NOU (1991:20). *Rettsikkerhet for mennesker med psykisk utviklingshemming.* Sosialdepartementet.

NOU (2001:22). *Fra bruker til borger: En strategi for nedbygging av funksjonshemmende barrierer.*

NOU (2009:15) *Skjult informasjon – åpen kontroll: Metodekontrollutvalgets evaluering av lovgivningen om politiets bruk av skjulte tvangsmidler og behandling av informasjon i straffesaker.* Oslo: Departementets servicesenter. Informasjonsforvaltning.

Tilgjengelig fra URL:

<http://www.regjeringen.no/pages/2210108/PDFS/NOU200920090015000DDDPDFS.pdf>

(Lastet ned 15.02.2010. Klokken 11.47.)

Rapport fra Rådet for vurdering av praksis og rettsikkerhet etter sosialtjenesteloven kapittel 6A. (11 juni 2002).

Rapport fra Helsetilsynet (7/2008). *Nødvendig tvang?: Ein gjennomgang av data hos fylkesmennene om bruk av tvang og makt overfor menneske med psykisk utviklingshemning for perioden 2000-2007.* Oslo: Statens helsetilsyn.

Rettsikkerhetsutvalget (1990). *Bruk av tvang og makt i nødssituasjoner overfor mennesker med psykisk utviklingshemming*. Delinnstilling fra ”rettsikkerhetsutvalget”.

Sosial- og helsedepartementet (2001). Rundskriv I-20/2001 *Lov om helsepersonell m.v.*

Sosial- og helsedirektoratet (2004). Rundskriv IS-10/2004 *Lov om sosiale tjenester kapittel 4A: Rettsikkerhet ved bruk av tvang og makt overfor enkelte personer med psykisk utviklingshemming*.

Sosial- og helsedirektoratet (2004). Veileder IS-1040/2004 *Saksbehandling og dokumentasjon for pleie- og omsorgstjenester*.

Syse, A. (2008). *Norges Lover. Lovsamling for helse- og sosialsektoren 2008-2009*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Utdannings- og forskningsdepartementet (2004). *Rammeplan for vernepleierutdanningen*.

Lærebøker og Fagbøker.

Aadland, E. (2001). *Etikk for helse- og sosialarbeidarar*. 3.utg. 3.opplag: Oslo: Det Norske Samlaget.

Andenæs, K; Molven, O; Rasmussen, Ø; Sandberg, K; Warberg, L. (2003). *Sosialrett*. 6.utg: Oslo: Universitetsforlaget.

Austgard, K. I. B. (2004). *Omsorgsfilosofi i praksis: Å tenke med filosofen Kari Martinsen i sykepleien*. 2.utg: Oslo: Cappelen Akademisk Forlag.

Bunkholdt, V. (2000). *Utviklingspsykologi*. 2.utg. Universitetsforlaget.

Dalland, O. (2008). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. 4.utg, 3 opplag. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Eknes, J. (2003). Utdfordrende atferd. Årsaker og sammenhenger. I: Eknes, J. (red.). *Utviklingshemming og psykisk helse*. ss.204-223. 3.opplag: Universitetsforlaget.

Gjærum, B og Grøsvik, K. (2005). Psykisk utviklingshemning/mental retardasjon I: Gjærum, B. og Ellertsen, B. (red.). *Hjerne og atferd: Utviklingsforstyrrelser hos barn og ungdom i et nevrobiologisk perspektiv....et skritt videre*. ss. 206-251. 2.utg. 4.opplag: Oslo: Gyldendal Akademisk.

Gundersen, K. K; Moynahan, L. (2006). Trening av sosial kompetanse I: Eikeseth, S og Svartdal, F (red.). *Anvendt atferdsanalyse: Teori og praksis*. ss. 293-320. 1.utg. 3.opplag: Oslo: Gyldendal Akademisk.

Halvorsen, K. (2004). *Forskningsmetode for helse- og sosialfag – en innføring i samfunnsvitenskapelig metode*. 2.opplag: Oslo: Cappelen Akademisk Forlag.

Hanssen, S. K; Helgesen, M. K; Vabo, S.I. (2005). *Politikk og demokrati: En innføring i stats- og kommunalkunnskap*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Holden, B. (2006). Atferdsproblemer hos mennesker med psykisk utviklingshemning: Kan forståelse av årsaker til atferdsproblemer føre til bedre behandling? I: Eikeseth, S. og Svartdal, F. (red.). *Anvendt atferdsanalyse: Teori og praksis*. ss. 321-338. 1.utg. 3.opplag: Oslo: Gyldendal Akademisk.

Linde, S. og Nordlund, I. (2003). *Innføring i profesjonelt miljøarbeid: Systematikk, kvalitet og dokumentasjon*. Oslo: Universitetsforlaget.

Kjeldstadli, K. (2006). Å analysere skriftlige kilder. I: Fossaskåret, E.; Fuglestad, O. L.; Aase T. H.; (red). (2006). *Metodisk feltarbeid. Produksjon og tolkning av data*. 4 opplag: Oslo: Universitetsforlaget AS.

Kjønstad, A. og Syse, A. (2002). *Velferdsrett I: Grunnleggende rettigheter. Rettsikkerhet. Tvang*. 2.utg. 3. opplag: Oslo: Gyldendal Akademisk.

Korsnes, O; Andersen, H; Brante, T. (red.). (1997). *Sosiologisk leksikon*. Oslo: Universitetsforlaget.

Ohnstad, B. (2004). *Juss for helse- og sosialarbeidere: En innføring i lovgivning, juridisk tenkning og metode*. 3.utg. Bergen: Fagbokforlaget Vihmostad & Bjørke AS.

Schiefloe, P.M. (2003). *Mennesker og samfunn: Innføring i sosiologisk forståelse*. Bergen: Fagbokforlaget.

Stubrud, L.H. (2001). *Utviklingshemning i et økologisk perspektiv*. Oslo: Universitetsforlaget.

Østenstad, B.H. (2000). *Bruk av tvang og makt mot psykisk utviklingshemma: Under yting av kommunale sosial- og helsetenester*. Bergen: Fagbokforlaget.

Annen relevant litteratur.

Ellingsen, K. E. (2006:49). *Lovregulert tvang og refleksiv praksis: En studie av hvordan innføringen av sosialtjenestelovens kapittel 6A påvirker utformingen og gjennomføringen av tjenestene til utviklingshemmede som oppfattes å ha utfordrende atferd*. Doktoravhandling. Luleå Tekniska universitet. Institutionen för Hälsovetenskap.

Diamant, H.; Zethelius, M. (2006). *Pinocchioeffekten*: Oslo: J.W. Cappelens Forlag as.

FO (01/2009). *Vernepleierens helsefagkompetanse – et juridisk perspektiv*. Oslo: Seksjonsrådet for vernepleiere i Fellesorganisasjonen.

FO (11/2008). *Om vernepleieryrket*. Oslo: Seksjonsrådet for vernepleiere i Fellesorganisasjonen.

FO (12/2006). *Yrkesetisk grunnlagsdokument for barnevernpedagoger, sosionomer og vernepleiere*. Oslo: Fellesorganisasjonen.

Handegård, T. L. (2005). *Tvang, makt og ambivalens: En studie av hvilken betydning lovreglene om bruk av tvang og makt overfor psykisk utviklingshemmede kan få i det daglige omsorgsarbeidet*. Avhandling til graden Doctor Rerum Politicarum. Institutt for sosiologi, Universitet i Tromsø.

Handegård, T.L.; Gjertsen, H. (2008). NF-rapport nr.1/2008: *Kapittel 4A – en faglig revolusjon? Evaluering av sosialtjenesteloven kapittel 4A: Rettssikkerhet ved bruk av tvang og makt overfor enkelte personer med psykisk utviklingshemning*. Bodø: Nordlandsforskning.

KITH (Kompetansesenter for IT i helse- og sosialsektoren AS). ICD-10 diagnosemanual, tilgjengelig fra URL: http://www.kith.no/upload/1816/Komplettt-B1%C3%A5-bok_230905.pdf. (Lastet ned 13.01.2010, klokken 14.21).

Tetzchner, S. v. (2005). *Utviklingspsykologi: Barne- og ungdomsalder*. 1.utg. 4 opplag. Oslo: Gyldendal Norske Forlag AS.