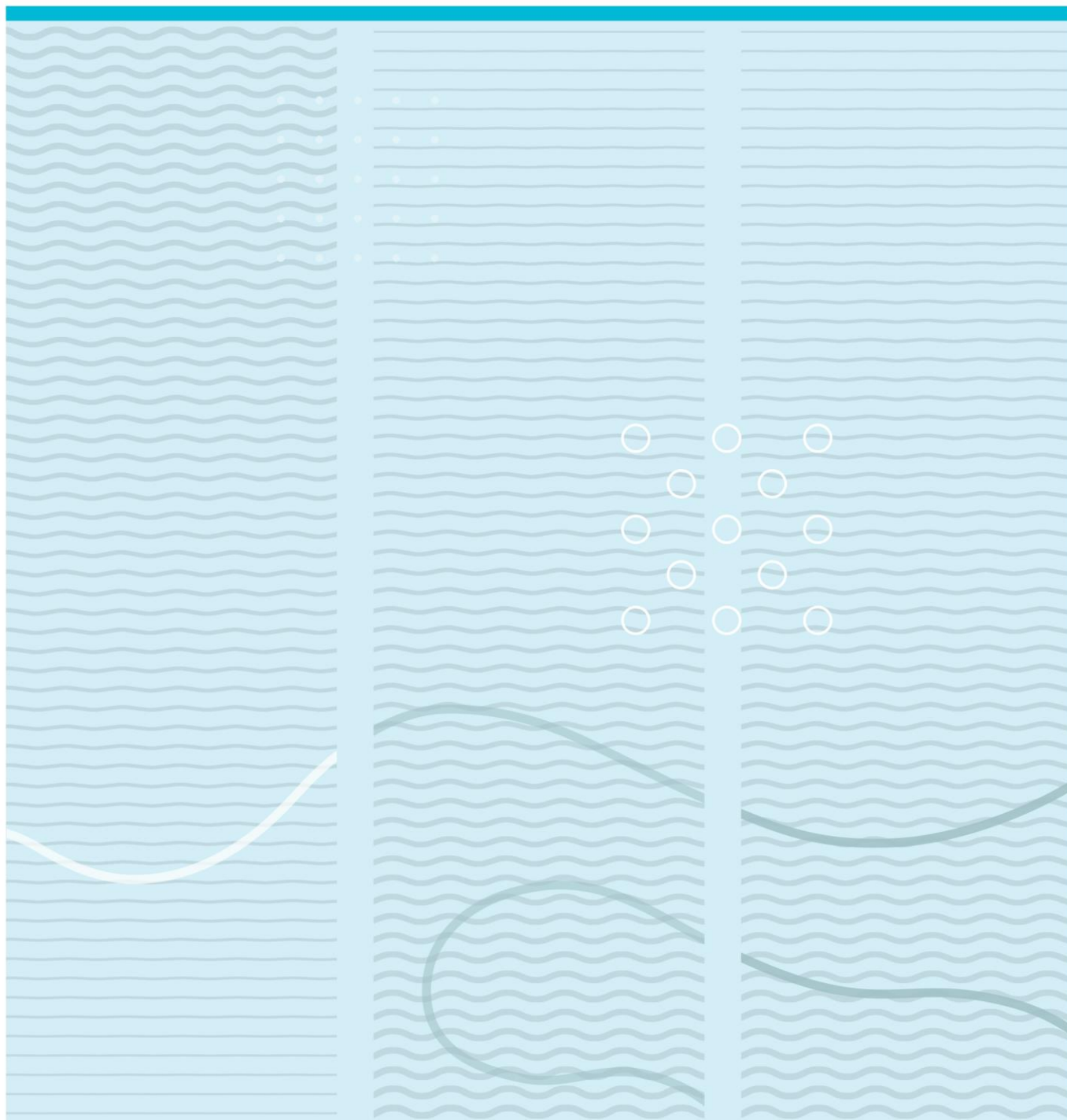


Ronja J. Menes

Makt i omsorg: Mellom disipliner og myndiggjøring

- En kvalitativ undersøkelse av miljøterapeuters omsorgsmakt i arbeidet med mennesker med utviklingshemning i overgangen fra normalisering til myndiggjøring.



Høgskolen i Sørøst-Norge
Fakultet for Handelshøyskolen
Institutt for økonomi, historie og samfunnsvitenskap
Kjølnes ring 56
3918 Porsgrunn

<http://www.usn.no>

© 2017 Ronja J. Menes

Denne avhandlingen representerer 50 studiepoeng
Antall ord: 32399

Sammendrag.

Siden andre verdenskrig har omsorgen for personer med utviklingshemning gjennomgått store endringer, både politisk og faglig. Dette er blitt illustrert gjennom skifter av paradigmer, spesielt i relasjon til utviklingen av den vernepleiefaglige profesjon. Fasen fra rundt 1985 og påfølgende tiår er blitt omtalt som en «normaliseringsfase». I senere tid er det blitt argumentert for at omsorgsarbeidet igjen er i overgang til en ny fase, «myndiggjøringsfasen». Både normaliseringstenkningen og empowerment-tradisjonen har hatt og har sterk påvirkning for idealer og målsetninger i arbeidet med utviklingshemmede, noe som kommer tydelig frem i offentlige retningslinjer, lovverk og helse- og omsorgsfaglig teori. Samtidig er det blitt rettet kritikk mot manglende operasjonalisering av hva både normalisering og myndiggjøring innebærer i praksis for aktører i omsorgsarbeid. I tillegg er det uttrykt behov for økt praksisnær kunnskap om ulike temaer, blant annet vedrørende forvaltning av medvirkning og selvbestemmelse i praksis

Med det som bakgrunn stiller denne oppgaven spørsmål vedrørende omsorgsaktører erfaringer og beskrivelser av utfordringer og dilemmaer mellom idealer og praksis. Oppgaven er en kvalitativ undersøkelse av et utvalg på syv informanter med stilling og/eller funksjon som miljøterapeut, og med variasjon i profesjonsfaglig bakgrunn. I oppgaven stilles også spørsmål vedrørende normaliseringens plass i en potensiell overgang til myndiggjøringsfase. I tillegg vil en tolkning av kapabilitetstilnærmingen fra Amartya Sen og Martha Nussbaum redegjøres for som verktøy eller handlingsmodell for å møte utfordringer omsorgsaktører har i å operasjonalisere idealer om myndiggjøring til praksis.

Oppgavens overordnede tema er makt i omsorg, eller omsorgsmakt, hvor datamaterialet har blitt tolket i lys av ulike perspektiver på makt. I tolkning av praksisbeskrivelser anvendes perspektiver fra Michel Foucaults arbeid om makt i det moderne, gjennom disiplinerings, styring og makt som produktiv. I forlengelse av dette trekkes begreper om omsorgsmakt og produktive maktpraksiser inn, med basis Truls Juritzen og Kristin Heggens tolkning av Foucault. Tittelen, mellom disiplinerings og myndiggjøring, viser til hvordan makt er iboende og nødvendig i det praktiske arbeidet, på tross av idealer om myndiggjøring og maktoverføring i nyere tid.

Forord.

Først og fremst rettes en stor takk til informantene som valgte å delta i dette prosjektet.

Til Simon, Stella og Nemi: Takk for støtte, omsorg, og for at dere har holdt ut med meg gjennom dette.

Til Marte: Min troika i nøden, min kaffe på en grå mandag.

Sist, men ikke minst må jeg få takke min veileder, Sigrunn Tvedten, for alt arbeidet du har lagt i veiledning, og for all hjelp og støtte underveis.

Innholdsfortegnelse

1	Innledning.	8
1.1	Problemstillinger.	10
1.2	Videre disposisjon.	10
2	Omsorg i endring: Normalisering som tenkning og begrep.	12
2.1	Forståelsen av utviklingshemning.	12
2.2	Omsorgsbegrepet i habiliteringsfeltet.	14
2.2.1	Livskvalitet.	15
2.3	Normalisering som begrep og ideal.	15
2.3.1	Normaliseringsfase.	17
2.3.2	Normaliseringsstrategier.	18
2.3.3	Kritikk av normaliseringsideologien.	19
2.4	Mot en myndiggjøringsfase?	20
3	Empowerment og kapabilitetstilnærmingen.	21
3.1	Empowerment som teori og ideal på habiliteringsfeltet.	21
3.1.1	Prinsipper for empowerment som handlingsmodell.	22
3.1.2	Selvbestemmelse og brukermedvirkning.	24
3.1.3	Sosial og rettslig anerkjennelse.	26
3.2	Kapabilitetstilnærmingen.	27
3.2.1	Kapabilitetstilnærmingen som handlingsmodell for aktører i omsorgsarbeid.	29
4	Maktperspektiver på omsorgsfeltet.	32
4.1	Maktbegrepet i helse- og omsorgsperspektiv; tvang og makt.	32
4.2	Maktbegrepet i samfunnsvitenskapelig perspektiv.	33
4.3	Michel Foucault og makt.	35
4.3.1	Disiplinering.	37
4.4	Omsorgsmakt.	38
4.4.1	Produktive maktpraksiser.	40
4.5	Makt i språk og kommunikasjon.	41
5	Metode.	42
5.1	Forskerrollen og forforståelse.	42
5.1.1	Etikk.	44
5.1.2	Vitenskapsteoretisk plassering.	44

5.2	Kvalitativ metode.....	46
5.2.1	Utvalg.....	47
5.2.2	Intervjuguide.....	49
5.2.3	Gjennomføringen av intervjuene.	50
5.2.4	Utfordringer ved intervju.....	51
5.3	Analysestrategi.....	52
5.4	Oppgavens kvalitet.....	54
5.4.1	Overførbarhet.....	54
5.5	Presentasjon av datamaterialet og struktur på analysen.	55
6	Del 1: Miljøterapeutens ansvar, oppgaver, mål og midler.	56
6.1	Mål i habiliteringen: Livskvalitet.....	57
6.1.1	Delmål 1: Innflytelse.....	58
6.1.2	Delmål 2: Deltakelse.	60
6.1.3	Delmål 3: Helse.	63
6.1.4	Delmål 4: Mestring.	64
6.2	Oppsummering.....	67
7	Virkemidler for myndiggjøring; Fra relasjon til posisjon.	68
7.1	Mellom nærhet og distanse; Likhetsidealer og behov for differensiering.....	68
7.2	Samarbeid, kommunikasjon og dialog.	71
7.3	Respekt og anerkjennelse.	72
7.4	Oppsummering.....	74
8	Del 2: «Vi skaper en hverdag»: Om makten i omsorg.	75
8.1	Profesjonell makt.	75
8.2	«Vi har master i manipulasjon».	76
8.2.1	«Makt i ord».	77
8.3	Flerpartsmakt.	83
8.4	Diskusjon: «Usynlig makt» og maktens grenser.	85
9	Avslutning: Spørsmålet om normalisering, og kapabilitetstilnærmingen som handlingsmodell.....	88
9.1	Normalisering eller empowerment? Disiplinering i møte med selvbestemmelse.	88
9.2	Kapabilitetstilnærmingen som handlingsmodell.	90
	Litteraturliste.	93
	Vedlegg 1	98

Vedlegg 2	100
Vedlegg 3	102

1 Innledning.

Omsorgen og behandlingen av personer med utviklingshemning har siden andre verdenskrig gjennomgått store endringer i Norge, hvor både politisk og faglig har medført konsekvenser for det praktiske arbeidet og omsorgs- og behandlingsmetoder (Askheim & Andersen, 2001; Horndalen, 2006; K. Johansen & Grimstad, 1986; Owren, 2011a). De største endringene kan tilskrives fremveksten av normaliserings- og rettighetstenkning på 1960-tallet, og med tiltagende vekst frem til slutten av 1990-tallet (K. Johansen & Grimstad, 1986; Kebbon, 1993). I tillegg kan utviklingen av vernepleien som fag og senere profesjon tilsies å ha hatt stor påvirkning i omsorgen av utviklingshemmede. Utviklingstrekkene har blitt beskrevet gjennom såkalte paradigmeskifter, både politiske og omsorgsfaglige, fra somatisk/medisinsk metodikk og oppbevaring, til normaliserings- og rettighetsidealer (K. Johansen & Grimstad, 1986). På starten av 2000-tallet ble det argumentert for at vernepleien, og i overført betydning andre aktører i omsorgsfeltet, igjen er i overgangen til en ny fase, fra en «normaliseringsfase» og henimot en «myndiggjøringsfase» (Askheim & Andersen, 2001). Det er omdiskutert om denne overgangen er reell, og profesjonelle aktører i omsorgsarbeid har blant annet utfordringer med å operasjonalisere og anvende empowerment, eller myndiggjøring, som teori i praksis (Askheim & Andersen, 2001; Bjørnrå, 2008; Owren, 2011a).

Masteroppgavens tema begrunnes i et behov for økt praksisnær kunnskap på omsorgsfeltet, uttrykt fra flere instanser (Helsedirektoratet, 2017; Meld. ST. 45 (2012-2013), 2013; NOU 2016:17, 2016). Her etterlyses blant annet kunnskap som bygger på at «*de ansatte reflekterer over praksis og omdanner konkrete praktiske erfaringer til kunnskap*» (Kittelsen et al., 2010, p. 11) og som kan «*(...) bidra til at tjenestene sprer og tar i bruk ny kunnskap i møte med fremtidige utfordringer*» (Disch, Cappelen, & Førland, 2014, p. 5). Empowerment-tradisjonens inntog i teori, lovverk og i offentlige retningslinjer på omsorgsfeltet gir økt behov av ny kunnskap om hvordan aktører i omsorgsarbeid forstår og anvender dette i praksis, og i møte med myndiggjøringsidealer som innflytelse og selvbestemmelse (Meld. ST. 45 (2012-2013), 2013). Med det som bakgrunn kan denne oppgaven anses som mitt bidrag til feltet for omsorgsforskning. Oppgaven er kvalitativt fundert hvor intervju er anvendt som metode, og med et utvalg på syv personer med stilling og/eller funksjon som miljøterapeut i arbeid med mennesker med utviklingshemning i bemannede boliger eller bofellesskap.

Normaliseringsfasen og myndiggjøringsfasen trekker på to ulike tradisjoner, hvor den første angår normaliseringsteoretisk forankring, og den andre er et produkt av empowerment-tradisjonens økende posisjon i omsorgsfeltet. I offentlige dokumenter og lovverk rettet mot omsorgsfeltet er normaliseringsidealene langt på vei byttet ut til fordel for idealer om empowerment og myndiggjøring. Blant annet er mål om normalisering og integrasjon byttet ut med inkludering, deltakelse og innflytelse, og med økt fokus på likestilling, rettigheter og likeverd for funksjonshemmede i samfunnet. Dette understrekes også gjennom lovhjemlede rettigheter og idealer om selvbestemmelse og brukermedvirkning, og i reguleringen av «tvang og makt» i lovverkene (Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester, 2011; Lov om pasient- og brukerrettigheter, 2001). For å gi en forståelse av normalisering og empowerment, og implikasjonene av disse både i teori og praksis, har jeg valgt å fordele disse på to kapitler, og hvor kapitlene innehar noe ulikt formål og fokus. Normalisering vil presenteres gjennom teoretiske anslag, men med primært fokus på tidligere forskning på feltet, mens kapitlet om empowerment, myndiggjøring, vil være mer teoretisk orientert, men med fokus også på prinsipper for empowerment i praksis. Empowerment-tradisjonens inntog på omsorgsfeltet har, i likhet med normaliserings-tenkningen, medført utfordringer i å operasjonalisere idealer eller mål for myndiggjøring på samfunnsnivå, til individnivå i praksisfeltet, og til arbeidshverdagen. I forlengelse av empowerment i teori og praksis vil jeg derfor redegjøre for kapabilitetstilnærmingen fra Amartya Sen og Martha Nussbaum som en potensiell teoretisk handlingsmodell, som gjennom Nussbaums tolkning av grunnleggende kapabiliteter kan anvendes som redskap i omsorgsfeltet.

I tillegg til å anvende kapabilitetstilnærmingen som verktøy for operasjonalisering av myndiggjøringsidealene, vil temaet makt og ulike perspektiver på dette trekkes inn, blant annet fra Michel Foucault og Max Weber. Perspektivene vil videre brukes i tolkningen av informantenes beskrivelser og refleksjoner av egen arbeidspraksis. Utgangspunktet for valg av makt som tema og perspektiver på dette er inspirert av en doktorgradsavhandling fra Universitetet i Oslo skrevet av nåværende førsteamanuensis Truls Juritzen ved Høgskolen i Oslo og Akershus, og tilhørende artikler skrevet i samarbeid med Kristin Heggen, professor ved Universitet i Oslo (Truls Juritzen, 2013; Truls Juritzen & Heggen, 2006, 2009). Heggen og Juritzen uttrykker et behov for økt fokus på makt i omsorg, omtalt som «omsorgsmakt» på mikronivå, og for nødvendigheten av både anerkjennelse og kritikk av maktens former på omsorgsfeltet (Truls Juritzen & Heggen, 2006, p. 103). Fokus i dette prosjektet vil derfor være på ulike former og perspektiver på makt, hvor utøvelsen av makt ikke nødvendigvis kan forstås

som positiv eller negativ, men heller produktivt, og i stadig bevegelse mellom grensene for det legitime og det illegitime i habiliteringen av personer med utviklingshemning.

1.1 Problemstillinger.

Oppgavens overordnede problemstilling er; *Hvordan erfarer og reflekterer miljøterapeuter over forholdet mellom idealer om myndiggjøring og innflytelse, og i møte med utfordringer og dilemmaer i praksis?* Spørsmålet bygger på uttrykte utfordringer som både ligger i en overgang fra en normaliseringsfase til en myndiggjøringsfase, og i forvaltningen av idealer og mål i det praktiske omsorgsarbeidet hvor mennesker med utviklingshemning inngår som brukergruppe. I tillegg stilles det fire underproblemstillinger som har til hensikt å belyse den overordnede problemstilling, og som setter spørsmål ved miljøterapeuters makt i omsorg, normaliseringens plass i myndiggjøringsfasen, samt hvordan kapabilitetstilnærmingen kan anvendes med utgangspunkt i miljøterapeutenes beskrivelser og refleksjoner.

- Hvilke mål arbeider miljøterapeutene mot, og med hvilke midler?
- Hvordan kommer omsorgsmakt, eller makt i omsorg, til uttrykk gjennom miljøterapeutenes beskrivelser av egen posisjon og stilling, og av deres strategier og metoder i arbeidet.
- Kan kapabilitetstilnærmingen bidra som et teoretisk verktøy eller handlingsmodell for miljøterapeuter, og for operasjonalisering av dagens idealer i arbeidet med personer med utviklingshemning?
- Hvilken plass har normaliseringstekningen i dagens tjeneste- og omsorgsarbeid?

Målet er å gi økt kunnskap om hvordan makt kommer til uttrykk i en fase som kjennetegnes av økt fokus på rettigheter og myndiggjøring, og hvilke konsekvenser dette har i praksis.

1.2 Videre disposisjon.

Innledningsvis i dette kapitlet har jeg redegjort for oppgavens bakgrunn og formål, hvor hensikten med dette prosjektet er å bidra med økt praksisnær kunnskap på omsorgsfeltet i overgangen fra en normaliseringsfase til en myndiggjøringsfase. Disse fasene danner også grunnlaget for fokus i kapittel 2 og 3. I kapittel 2 vil det bli redegjort for normaliseringsbegrepet

og tidligere forskning som har gitt en forståelse av normaliseringsfasen fokus, både på individ- og samfunnsnivå. Kapittel 3 vil ta form av et mer teoriorientert kapittel, med fokus for det første på empowerment- tradisjonen som teori og på implikasjoner av denne for idealer og praksis i dagens omsorg. I kapitlet vil det i tillegg bli redegjort for kapabilitetstilnærmingen som handlingsmodell i forlengelse av utfordringer som myndiggjøringsfokus medfører for det praktiske arbeidet. I kapittel 4 vil de maktteoretiske perspektiver som oppgaven trekker inn, for senere tolkning av makt i omsorg, redegjøres for. Metode og prosess anvendt i det empiriske arbeidet i dette prosjektet vil videre presenteres i kapittel 5. Analysen i oppgaven består av to deler, hvor kapittel 6 og 7 inngår i første del, hvor fokus vil være på miljøterapeutenes mål og virkemidler i arbeidet. Kapittel 8 inngår i analysens del 2 med tittel «Vi skaper en hverdag» som trekker inn makt i omsorg, eller omsorgsmakt. Avslutningsvis i kapittel 9 vil analysen tolkes i lys av spørsmål om normalisering, og vedrørende anvendelsen av kapabilitetstilnærmingen som handlingsmodell.

2 Omsorg i endring: Normalisering som tenkning og begrep.

Hensikten med dette kapitlet er å danne en bakgrunn for oppgaven, og kapitlet bygger primært på tidligere forskning knyttet til normaliseringstematikken. Formålet med kapitlet er å gi en forståelse av normalisering i teori og praksis, og av idealer som tidligere har hatt hegemoni i omsorgsfeltet og i omsorgen for personer med utviklingshemning. I forkant av dette vil det bli redegjort for flere begreper som vil bli benyttet gjennomgående i oppgaven. Blant annet utviklingshemning som diagnose og forståelsen av denne gjennom ulike modeller for funksjonshemning, samt begrepet omsorg og omsorgsarbeid i sammenheng med habilitering.

Normaliseringsbegrepet vil knyttes til faseendringer i omsorgen av utviklingshemmede, både i det politiske og omsorgsfaglige felt (Askheim & Andersen, 2001; K. Johansen & Grimstad, 1986). Som tidligere skrevet er det skjedd større endringer siden andre verdenskrig, og som konsekvens av kritikk rettet mot en markant institusjonalisering av utviklingshemmede og deres levekår i påfølgende tiår. Disse endringene har blitt beskrevet gjennom paradigmeskifter knyttet både til politikk, og til utviklingen og fremveksten av den vernepleiefaglige profesjon fra somatisk/medisinsk forankret metode og institusjonell oppbevaring, og til et normaliserings- og rettighetsfokus. Originalt har et flertall faser blitt beskrevet, hvorav jeg har valgt å avgrense disse til det som er omtalt som «normaliserings- og rettighetsfasen» som strekker seg fra midten av 1980-tallet og frem til i dag. I tillegg er det blitt argumentert for en overgang til en såkalt «myndiggjøringsfase» i senere tid (Askheim & Andersen, 2001). Fasene, eller paradigmene, angår i prinsipp vernepleien som profesjon, men har likevel stor overføringsverdi til andre aktører som omsorgsaktører i tilsvarende felt.

2.1 Forståelsen av utviklingshemning.

Diagnosen utviklingshemning viser til personer med medfødt eller tidlig ervervet kognitiv funksjonsnedsettelse hvor manglende utvikling kommer til uttrykk før fylte 18 år (Bufdir, 2015; NHI, 2015). Grad av utviklingshemning baseres blant annet på test av IQ hvor grensen for utviklingshemning settes ved en skår på 70. Dette samt andre kriterier for klassifikasjon betegner hvorvidt et individ gis diagnose lett, moderat, alvorlig eller dyp utviklingshemning. Verdens Helseorganisasjon (WHO) beskriver utviklingshemning som:

Intellectual disability means a significantly reduced ability to understand new or complex information and to learn and apply new skills (impaired intelligence). This results in a reduced ability to cope independently (impaired social functioning), and begins before adulthood, with a lasting effect on development. (WHO, 2017).

Tidligere ble betegnelsen *psykisk utviklingshemning* anvendt, i senere tid har Norsk Forbund for Utviklingshemning (NFU) besluttet å ekskludere betegnelsen «psykisk» for å skille mellom psykisk sykdom og utviklingshemning (Gitlesen, 2010; NAKU, 2015). Av respekt for dette vil denne oppgaven bruke betegnelsen *utviklingshemning*, samt *bruker* eller *mottaker* av tjenester og omsorg. Forståelsen av utviklingshemning har også gjennomgått endringer, fra en medisinsk modell til en relasjonell forståelse (Grue, 2004; Kassah & Kassah, 2009). Den medisinske modellen for funksjonshemning viser til utviklingshemning som et patologisk avvik ved individet, hvor «avviket» ble ansett som årsaken til individets manglende forutsetninger for tilpasning og deltakelse i samfunnet. Denne forståelsen av funksjonshemning har historie tilbake til sendt på 1800-tallet, og til legestandens inntog på feltet. I kontrast til den medisinske forståelse ble det på et tidspunkt også utviklet en sosial modell for funksjonshemning. I denne blir samfunnets utforming ansett som årsaken til manglende tilpasning, heller enn trekk ved individet selv, «*Mennesker blir funksjonshemmet i samfunnet, av samfunnet*» (Kassah & Kassah, 2009, p. 25).

I de fleste land i dag, inkludert Norge, benyttes en versjon av det som omtales som den relasjonelle modell for funksjonshemning, også omtalt som gap-modellen, og basert på WHOs klassifikasjonssystem «*The international Classification of Functioning, Disability and Health*» (ICF) (Grue, 2004; Kassah & Kassah, 2009; Owren, 2011b). Modellen bygger på en bio-psyko-sosial forståelse og inkluderer både medisinske, psykologiske og sosiale faktorer som i konsekvens påvirker funksjonshemmedes muligheter for deltakelse, aktivitet og livskvalitet i et gitt samfunn (Kassah & Kassah, 2009; Mitra, 2006). I denne forståelsen tillegges ikke årsak manglende tilpasning kun individ eller samfunn, men kan forenklet beskrives som en syntese av medisinsk og sosial forståelse. Den relasjonelle forståelsen av funksjonshemning og utviklingshemning er både viktig og relevant, noe som vil tydeliggjøres kapittel 2 og i redegjørelsen av kapabilitetstilnærmingen.

2.2 Omsorgsbegrepet i habiliteringsfeltet.

Personer med utviklingshemning med behov for bistand i hjemmet og av bemannede boliger vil ha rett til profesjonell bistand i som inngår i begrepet habilitering. Forskriften om habilitering og rehabilitering (2012), kapittel 2 §3, definerer habilitering og rehabilitering som *«tidsavgrensede, planlagte prosesser med klare mål og virkemidler ...»*, hvor bruker og andre aktører, som personal, skal gi bistand og samarbeide om å styrke brukerens funksjonsevne, selvstendighet, deltakelse i samfunnet og livskvalitet (Forskrift om habilitering og rehabilitering, 2012; Tetzchner, Hesselberg, & Schjørbeck, 2008). Personer med utviklingshemning inngår primært i brukergruppen for habilitering hvor det forventes et livsløpsperspektiv på tjenestene som gis (Tetzchner et al., 2008). Tjenesteytere- og ytelsen skal være et samarbeid med og mellom bruker og andre kommunale instanser og utformes individuelt. Arbeidet skal bygge på et moralsk prinsipp om universelt menneskeverd, hvor innholdet for livskvalitet skal være individuelt betinget. Tjenesteyternes oppgaver innbefatter blant annet å identifisere utfordringer og mulige tiltak, omsorg og behandling, tilrettelegging, bistand, veiledning og oppfølging (Tetzchner et al., 2008, p. 17).

I habilitering inngår både tjeneste- og omsorgsarbeid, hvor omsorgsarbeid defineres som *«(...) aktiviteter som utføres til det beste for mennesker som trenger hjelp på grunn av sviktende helse eller manglende evner»* (Sangvik, 2015). Omsorg betyr at man tas hånd og mottar hjelp og støtte, enten det er fra familie eller fra andre aktører, som personal i omsorgsarbeid. Professor i sosiologi Kari Wærness (1982) skiller mellom begrepene *omsorgsarbeid* og *personlig service*, hvor forskjellen ligger i hvem som mottar tjenester og hvilken status mottakeren av tjenester får ved å defineres som enten bruker eller klient; *«Den som mottar personlig service, er den statusoverlegne. (...) I en asymmetrisk omsorgsrelasjon er det omvendt. Mottakerens avhengighet og hjelpeløshet gjør han eller henne til statusunderlegne»* (Wærness, 1982, p. 21). Omsorgsbegrepet- og arbeidet inneholder i tillegg både praktiske, normative og emotive sider (Neumann, Olsvold, & Thagaard, 2016). Det vil si praktiske tjeneste- og bistandsoppgaver, etiske og skjønnsmessige vurdering, samt forståelse av formelle og uformelle normer som tillegges de ulike aktørene i omsorgsrelasjonen, og som det forventes at de forholder seg til. Profesjonelle omsorgsrelasjoner vil, i motsetning til familiære, i større grad være formaliserte, og noe som gjør det nødvendig å være bevisst balansen mellom nærhet og distanse, privat og personlig i arbeidet (Goffman, 1956; Skau, 2011).

2.2.1 Livskvalitet.

Anvendelsen av begrepet livskvalitet, samt habiliteringens mål om opprettholdelse eller økning av livskvalitet, gjør det nødvendig å redegjøre kort for hva som ligger i begrepet. På norsk er *velferd* et paraplybegrep som inkluderer både livskvalitet og/eller levekår. Livskvalitet angår den subjektive og indre forståelse av hvor «godt» man har der, mens levekår betegner objektive og ytre betingelser (Carlquist, 2015). Det engelske begrepet «well-being» er mer utfordrende å oversette innholdsmessig til norsk og inneholder både subjektive og objektive betingelser for det gode live.

Det [well-being] kan noen ganger bety at personer føler seg bra, eller at de opplever å være tilfreds med livet og tilværelsen. Andre ganger betyr det at personer fungerer godt i sine omgivelser. Det kan også bety at forholdet mellom mennesker preges av gode samspill, eller at større systemer som nærmiljø eller samfunn har bestemte, foretrukne egenskaper. (Carlquist, 2015, p. 8).

Forstått på denne måten handler livskvalitet om hvilke betingelser som nødvendigvis må være til rådighet individuelt og kollektivt. Betingelsene vil variere ut i fra hvilke variabler man velger å inkludere, enten det er helse, muligheter, ressurser eller lignende (Barstad, 2014; Carlquist, 2015). For aktører i omsorgsarbeid ligger det ikke i deres oppgave å definere hvilke kriterier som må fylles for å oppnå livskvalitet, «... *men å medvirke til å skape betingelser som er nødvendige for at den enkelte skal bli i stand til å skape seg et godt liv*» (Askheim, 2003, p. 83). Samtidig er det alltid «noen» som nødvendigvis må formulere og definere hvilke mål det bør arbeides for (Carlquist, 2015).

2.3 Normalisering som begrep og ideal.

Normaliseringsbegrepet har tidligere hatt hegemoni i feltet for utviklingshemning, både i det politiske og i det faglige, og det argumenteres for at mange av normaliseringens implikasjoner fortsatt preger omsorgen for personer med utviklingshemning (Askheim & Andersen, 2001; Owren, 2011a). Normalisering som begrep og ideal vokste frem på 1960-tallet, og fikk økt oppmerksomhet på 1980-tallet, et tidspunkt som også markerer overgangen til «normaliserings- og rettighetsfasen» (K. Johansen & Grimstad, 1986; Owren, 2011a). Normaliseringstenkningen var grunnlagt på en stadig voksende kritikk av behandlingen av, og livsvilkårene til

utviklingshemmede i landets mange og store institusjoner. I fronten sto blant annet pårørende grupper, organisasjoner som Norsk Forbund for Psykisk Utviklingshemmede (NFU), samt talspersoner med interesse for målgruppen. Utviklingen og anvendelsen av begrepet normalisering på habiliteringsfeltet tilskrives primært Bengt Nirje, leder for den svenske foreldreforeningen, og Niels Erik Bank Mikkelsen, jurist og forsorgssjef i den danske åndssvakeomsorgen, som begge arbeidet for å bedre utviklingshemmedes levekår (Sandvin, 1993). Nirje definerte normalisering som *«å gjøre tilgjengelig for personer med utviklingshemming mønstre og betingelser for hverdagslivet som er så likt som mulig de normer og mønstre som gjelder for samfunnet for øvrig»* (Kebbon, 1993, p. 151). Både hos Nirje og Bank-Mikkelsen handlet normaliseringen i prinsipp om rettigheter i den forstand at det var *«en menneskerett å få leve så normalt som mulig og dermed ta del i det normale livets mangfold.»* (Kebbon, 1993, p. 151). For Nirje var normalisering en prosess med det som mål å skape muligheter for normalisert livsførsel, mens for Bank-Mikkelsen var normalisering selve målet. For disse handlet det ikke om å at individene skulle normaliseres henimot normalitet, men at de skulle få en mer normal tilværelse som mennesker i samfunnet, og med frihet til å være annerledes (Owren, 2011a, p. 94). Innholdet i normalisering, og forskjellene mellom Nirje og Bank-Mikkelsen er blitt illustrert av professor i sosiologi Johans Tveit Sandvin (1993), gjengitt nedenfor i tabell 1.

Bank-Mikkelsen: Å leve så normalt som mulig	Nirje: Gjøre tilgjengelig normal livsrytme og livssyklus.
Normalt å bo ett sted og utføre andre aktiviteter på et annet sted.	Skille mellom arbeid, bolig og fritid.
Normalt at barn bor hjemme, og forlater hjemmet når de blir voksne.	Normalt livsforløp.
Er dette ikke mulig må man tilby plass i institusjon hvor man kan bo som andre, dvs. i små enheter med egne rom.	Normale bo- og levevilkår.
Normalt at barn går på skole.	
Normalt at voksne har arbeid.	Respekt for psykisk utviklingshemmedes behov.
De som ikke får/kan arbeide tilbys kompenserende trygd.	Normalt økonomisk standard.

Normalt å ha fritid og ferie.	Normal årsrytme.
Normalt at man bor i miljø med det annet kjønn, og å gifte seg om man ønsker.	Passende kontakt mellom kjønnene.

Tabell 1; (Sandvin, 1993, p. 175)

Tabellens innhold viser til et fokus på det som kan betegnes som «normal» livsførsel, det vil ikke si å «gjøre normal», men å leve livet på en måte som anses som «normal» for alle, og med de samme mulighetene.

1960-årene markerte også fremveksten av avvikssosiologien hvor blant annet den canadiske sosiologen Erving Goffman plasseres. Hans arbeider var rettet mot stigmatiserte og marginaliserte aktører i samfunnet, og på hvordan synliggjøring av deres såkalte «stigma symboler» i møte med det han omtaler som «*the normals*» er med på å definere deres posisjon og verdi i samfunnet (Goffman, 1986). I Goffmans tenkning vil en aktørs *demeanor*, adferd eller fremtreden, være avgjørende i møte med andre, hvorpå adferd og fremtreden blir konstituerende for andres *deference*, det vil si anerkjennelse, aktelse eller respekt av aktøren som individ (Goffman, 1956). Et poeng hos Goffman er at hvis en aktør utviser en adferd og/eller fremtreden som er i tråd med samfunnets handlingsregler, *rules of conduct*, vil aktøren i konsekvens anerkjennes som et fullverdig medlem i samfunnet. Handlingsregelens videre funksjon er å differensiere mellom hva som defineres som normalt eller avvikende, og for å avgjøre hvem som har rett til å verdsettes, og hvem som skal underlegges sanksjonerende mekanismer (Sandvin, 1993).

2.3.1 Normaliseringsfase.

Normaliseringsfasen, også omtalt som «normaliserings- og rettighetsfasen» tok til rundt 1985 (K. Johansen & Grimstad, 1986). Fasen representerer en markant endring ideologisk og sosialpolitisk, og hvor begreper om desentralisering, normalisering og integrering ble fremmet til fordel for tidligere segregerende politikk. Vernepleien og omsorgsarbeidere rettet seg i større grad mot idealer om at «*grunnleggende menneskerettigheter må være oppfylt*» (K. Johansen & Grimstad, 1986, p. 32) for at terapeutiske metoder og behandling skal ha effekt, i motsetning til tidligere fokus på kontroll og oppbevaring (Garsjø, 2008; K. Johansen & Grimstad, 1986). Dette understrekes ved at menneskesynet i denne fasen omtales som optimistisk «*idet det har som utgangspunkt at den enkelte har kapasiteter og muligheter for utvikling*» (Askheim &

Andersen, 2001, p. 28). Normaliseringsfokuset gjorde seg også gjeldende i det sosialpolitiske, hvor arbeidet for og igangsetting av reform av den tidligere særomsorgen for utviklingshemmede, Helsevern for Psykisk utviklingshemmede (HVPU) var avgjørende. I tiårene etter andre verdenskrig ble utviklingshemmede utsatt for masseinstitusjonalisering i store sentralinstitusjoner, noe som nådde en topp i 1976 med 5600 institusjonsplasserte (Thorsen, 2012; Tøssebro, 1996). Ved inngangen til 1980, og i de påfølgende årene, ble institusjonaliseringspolitikken og HVPU underlagt massiv kritikk fra ulike hold, blant annet interesseorganisasjoner og pårørendegrupper. Kritikken angikk både leveforhold i institusjonene, samt utstrakt bruk av metoder for tukt og straff (Garsjø, 2008). Kritikken medførte at det ble nedsatt et utvalg, omtalt som «Lossiusutvalget», hvorpå utvalget presenterte deres resultater i 1985 (Kommunenes Sentralforbund, 1990). Konklusjonen var at *«Livssituasjonen og levekåra i institusjonene er medmenneskelig, sosialt og kulturelt uakseptable»* (Kommunenes Sentralforbund, 1990, p. 2). Utvalget fastslo videre nødvendigheten av radikale endringer, deriblant forslag om å avvikle daværende HVPU. Dette danner i korte trekk bakgrunnen for en av de større sosialpolitiske reformene i nyere norsk historie, HVPU-reformen, også omtalt som ansvarsreformen (Tøssebro, 1996). Ansvaret og tjenestene for utviklingshemmede skulle overføres fra stat til kommune (Thorsen, 2012). De store sentralinstitusjonene skulle avvikles til fordel for mindre boliger eller bofellesskap i beboernes respektive hjemkommuner. Reformen bygget på prinsipper om normalisering og integrering, og at utviklingshemmede skulle ha like rettigheter og muligheter som andre i samfunnet. HVPU-reformen trådte kraft 1.1.1991. Målet var å avvikle sentralinstitusjonene innen fem år (Thorsen, 2012). I årene som fulgte virker det som at målet om nedbygging av sentralinstitusjoner og flytting av beboerne var vellykket, og i 1995 var rundt 150 personer igjen i institusjonene i påvente av flytting (Tøssebro, 1996, p. 10). Men, på tross av at HVPU-reformen representerte en enorm endring i det sosialpolitiske, og i utviklingshemmedes liv og rettigheter stilles fortsatt spørsmål om hvorvidt reformens mål er blitt innfridd, eller om det kan omtales som «brutte visjoner» (Söderström & Tøssebro, 2011).

2.3.2 Normaliseringsstrategier.

I 1998 publiserte en forskningsgruppe ledet av Johans Tveit Sandvin resultater fra en undersøkelse i fire bofellesskap. En av hensiktene var å få en forståelse av de metoder og perspektiver personalet utviste i arbeidet, hvor observasjonene blant annet ble tolket i lys av perspektiver på normalisering og makt (Sandvin, Söder, Lichtwarck, & Magnusson, 1998). Prosjektet konkluderte blant annet med å ha observert det de omtalte som tre

«normaliseringsstrategier»; *Instruksjon, overvåkning og intervensjon* (Sandvin et al., 1998, pp. 104-106). *Instruksjon* viser til personalets ansvar for veiledning, påminnelse og å sørge for at brukeren handlet eller utførte oppgaver og/eller aktiviteter på riktig måte, til riktig tid og på riktig sted. *Overvåkning* viser til personalets holistiske aktivitetsform, og til personalets detaljoversikt over hva som skjer, når det skjer og hvor det skjer. Der personalet anså det som nødvendig *intervenerte de*, altså overtok for brukeren i situasjoner brukeren ikke ble ansett kompetent til å mestre situasjon eller aktivitet. Normaliseringsstrategiene ble tolket i lys av Foucaults arbeid om makt og disiplinering, som vil jeg komme tilbake til i kapittel 4, og som gjør det relevant og bidra med kunnskap om hvorvidt personalets strategier i dagens tjeneste- og omsorgsutøvelse kan tolkes innenfor disiplinering som maktperspektiv. Strategiene som denne forskergruppen presenterte har også blitt benyttet i andre studier med normalisering og utviklingshemning som tema, blant annet trekker førstelektor i vernepleie Turid H. Bjørnrå (2008) inn disse i forbindelse med utfordringer vedrørende selvbestemmelse og hjelp til selvbestemmelse. I tillegg viser førsteamanuensis i vernepleie og sosialfag Helge Folkestad (2004) til normaliseringsstrategiene i sin doktorgradsavhandling med fokus på samhandling mellom personal og beboere i bofellesskap for personer med utviklingshemning. I sum ligger det i forventningene til normalisering en nødvendighet av disiplinerende mekanismer, eller normaliserende strategier, som skaper utfordringer i møte med idealer om utviklingshemmedes rettigheter, og ambivalens hos personalet (Folkestad, 2004; Sandvin et al., 1998).

2.3.3 Kritikk av normaliseringsideologien.

Normaliseringstenkningen har høstet mye kritikk i senere tid (Askheim, 2003; Owren, 2011a; Söderström & Tøssebro, 2011). Nirje og Bank-Mikkelsen perspektiver handlet om å normalisere livsvilkår og leveforhold uten å begrense retten til å være annerledes (Owren, 2011a). Normalisering slik disse formulerte det var et forsøk på å gi konkret løsning på utfordringer i omsorgen, hvor målet måtte være å bedre utviklingshemmedes livsvilkår. Etter hvert ble normalisering tatt opp som begrep også i det sosialpolitiske, hvor det mistet mye av sitt originale innhold (Askheim, 2003; Söder, 1993). Konsekvensen var at fokuset ble endret, fra livsmønstre slik Nirje og Bank-Mikkelsen la til grunn, og til personlig og administrativ normalisering. Manglende konkretisering og operasjonalisering av mål, metode og strategi medførte utfordringer for omsorgsaktører i hvordan normalisering skulle overføres i praksis (Owren, 2011a; Sandvin et al., 1998; Söder, 1993). Personalet tolket det derfor som deres oppgave å sørge for normalisering også som normalitet, uten nødvendig konkretisering av betydningen av dette i praksis. Normaliseringspolitikken medførte et paradoks for i den

praktiske omsorgsutøvelsen (Sandvin et al., 1998; Solvang, 2002). Ved å tillegge idealer om normalisering måtte, og kanskje fortsatt må, personalet bevisstgjøre og formulere hva som ligger i det «normale», når det egentlig er slik at «*Det er normale er når vi fortolker verden på en selvfølgelig måte*» (Solvang, 2002, pp. 153-154). Da blir ikke lenger normen det selvfølgelig, men gjenstand for ulike aktørers tolkninger. Reformen av HVPU har også blitt kritisert, de største endringene skjedde under selve reformperioden, 1991-1994, i etterkant har utviklingen og arbeidet mot ulike mål og idealer blitt omtalt som langt på vei dalende (Tøssebro, 2005). Dette understrekes også i en NOU fra 2016 (NOU 2016:17, 2016) hvor det rettes kritikk mot realiseringen av grunnleggende rettigheter for mennesker med utviklingshemning, og på manglende kunnskap om og forsøk på løft av ulike faktorer med innvirkning på utviklingshemmedes levekår og livskvalitet i henhold til idealer om deltakelse, inkludering, samt selvbestemmelse og medvirkning.

2.4 Mot en myndiggjøringsfase?

I dagens politiske og faglige idealer, mål og retningslinjer har normalisering både som ideologi og som begrep i stor grad blitt byttet ut til fordel for begreper forankret empowerment- eller myndiggjøringstradisjonen. Samtidig gir litteratur antydninger til at normaliseringsfasen ikke er avsluttet (Owren, 2011a), på tross av at det er blitt tatt til ordet for overgangen til en ny fase, «myndiggjøringsfasen» (Askheim & Andersen, 2001). Det er flere årsaker til at overgangen ikke er en realitet, noe tidligere forskning på feltet viser til, og som bidrar til å begrunne formålet og problemstillingene for denne oppgaven. For det første har aktører i omsorgsarbeid fortsatt vansker med å tolke normalisering og overføre idealene for normalisering i praksis (Bjørnrå, 2008; Owren, 2011a). Disse utfordringene tillegges også nye begreper og idealer om myndiggjøring, hvorpå dette i konsekvens medfører at empowerment-tradisjonen framstår som lite anvendbar når personalet skal implementere det i det praktiske arbeidet. Blant annet stilles det spørsmål vedrørende «*myndiggjøringsgrenser*», og til hvor langt personalet skal gå for å skape og opprettholde idealer om selvbestemmelse og myndiggjøring når «*En ensidig overføring av ansvar og kontroll til personer med begrenset evne til selv å spesifisere behov og preferanser vil kunne utgjøre omsorgssvikt*» (Owren, 2011a, p. 105). I tillegg byr økende fokus på prinsipper om selvbestemmelse og overføring av makt på utfordringer og dilemmaer for personalet i møte med brukeren (Bjørnrå, 2008).

3 Empowerment og kapabilitetstilnærmingen.

Selv om overgangen fra en normaliseringsfase til en myndiggjøringsfase ikke er fullendt, har begreper og idealer fra empowerment-tradisjonen satt sitt preg på omsorgsfeltet, og i mange tilfeller overtatt normaliseringens plass. Dette kommer blant annet til uttrykk i offentlige dokumenter, forskning, og i fokuset på autonomi, frihet, antidiskriminering, deltakelse og inkludering for personer med nedsatt funksjonsevne og utviklingshemning (Barne-Likestillings- og Inkluderingsdepartementet, 2015; NOU 2016:17, 2016; Söderström & Tøssebro, 2011; Tøssebro, Kittelsaa, & Wik, 2015). I dette kapitlet vil det redegjøres for ulike aspekter ved empowerment som myndiggjøring og maktoverføring, både som teori og i praksis, blant annet gjennom prinsipper for empowerment (Askheim & Andersen, 2001; Gutierrez, 1990) og begreper om selvbestemmelse, brukermedvirkning og beslutningskompetanse. I forlengelse av empowerment vil jeg også trekke inn teori om sosial og rettslig anerkjennelse fra Axel Honneth (2008), en dimensjon som kan tilsies å ha vokst frem av normaliseringstenkningen og senere styrket av fokuser på empowerment.

Myndiggjøringsidealene, i likhet med normaliseringsidealene, har, som tidligere skrevet, gitt aktører i omsorgsarbeid utfordringer når det gjelder å operasjonalisere idealene og overføre dem til det praktiske arbeidet (Bjørnrå, 2008; Owren, 2011a, 2011c). I tillegg stilles det spørsmål vedrørende myndiggjøringens grenser, når overføring av kontroll og makt i eget liv til aktører med manglende forutsetninger for å mestre dette også kan medføre omsorgssvikt (Owren, 2011a). I et forsøk på å møte utfordringene i myndiggjøringsfasen vil jeg derfor introdusere The Capability Approach fra Amartya Sen og Martha Nussbaum som en teoretisk handlingsmodell eller redskap for å forstå og operasjonalisere idealer og mål for det praktiske arbeidet.

3.1 Empowerment som teori og ideal på habiliteringsfeltet.

Empowerment-tradisjonen bygger på et frihets- og rettferdighets-, og demokratiseringsideal for ulike aktører i samfunnet som er underlagt marginaliserende prosesser eller former for avmakt (Askheim, 2012; Askheim & Starrin, 2008). Tradisjonen stammer opprinnelig fra USA og kan spores tilbake til 1920-tallet, blant annet til forkjempere for borgerrettigheter og feminisme. (Askheim & Starrin, 2008). I den såkalte «hjelpende sektor» fikk empowerment-begrepet oppslutning fra rundt 1970- og 1980-tallet, og skjøt senere fart i 1990-årene, etter HVPU-

reformen (Askheim, 2012). Empowerment-tradisjonens fremvekst i helse- og omsorgsfeltet knyttes til økende kritikk mot normaliseringsideologien, og av umyndiggjørende og paternalistiske metoder i behandlingen av utviklingshemmede (Askheim & Starrin, 2008; Dæhlen, 2006). Begrepet «empowerment» har blitt forsøkt oversatt til norsk, hvor blant annet kraft, styrke, mestring, myndiggjøring og maktoverføring har vært foreslått, og flere knytter det til en maktdimensjon (Askheim, 2003). Sosialantropolog Thomas Hylland Eriksen (2006) skriver at empowerment, eller myndiggjøring, handler om å overføre makt til andre aktører i det sosiale samspill. Thomas Owren, høgskolelektor i vernepleie, knytter det til definisjonen av makt fra Max Weber og Robert A. Dahl og skriver at «A kan også utøve makt ved å handle på måter som øker Bs makt og innflytelse i egen situasjon» (Owren, 2011c, p. 241). Professor i pedagogikk Ole Petter Askheim (2003) betegner empowerment i sammenheng med makt i omsorgsrelasjonen mellom profesjonelle tjenesteytere og tjenestenes mottaker. Andre skriver at empowerment bygger på idealer der den statusunderlegne skal gjøres kapabel til å «ta makten» og dermed også, i varierende grad, styring over eget liv og tjenester (Øvrelid, 2008). I offentlige dokumenter har også empowerment-tradisjonen fått en synlig innflytelse hvor det blant annet settes i sammenheng med innflytelse, frihet og mulighet til utvikling.

Brukerne skal få større innflytelse over egen hverdag, gjennom mer valgfrihet og et større mangfold av tilbud, og deres behov skal settes i sentrum for utvikling og endring av helse- og omsorgstjenestene. Dette innebærer å ta i bruk brukernes ressurser på nye måter, med økt fokus på mestring og den enkeltes erfaringskompetanse som grunnlag for utvikling av tjenestene. (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015, p. 6)

3.1.1 Prinsipper for empowerment som handlingsmodell.

Empowerment kan forstås både som teori og som metode i praksis (Askheim, 2003). Idealet er at omsorgsaktører først og fremst skal ha en støttefunksjon overfor tjenestemottakerne hvor teorien kan fungere som en slags handlingsmodell for å ivareta denne funksjonen. De profesjonelles oppgave skal være å arbeide for å utvikle «forståelse hos tjenestebrukeren gjennom samvær, samtale og gjensidig påvirkning. Samtidig er det avgjørende at premissene og kontrollen skal ligge hos brukeren.» (Askheim, 2003, p. 171). Empowerment som metode forholder seg ikke som metode i ordets rette forstand, men handler mer om en dynamisk prosess eller tilnærming hvor empowerment, myndiggjøring og/eller maktoverføring både er middel og mål (Askheim, 2003). Ved å styrke brukeren, gi brukeren makt, vil vedkommende kunne oppnå kontroll og myndighet i eget liv.

Som metode i praksis viser Askheim (2003) gjennom Lorraine Gutierrez (1990), professor i sosialt arbeid, til fem prinsipper for empowerment. Prinsipper som kan fungere som handlingsmodell for profesjonelle i arbeid med blant annet utviklingshemmede, og uttrykker hvordan deres handling og intervensjon i omsorgsarbeidet bør være. Samtidig som hjelperelasjonen skal være i tråd med idealer om myndiggjøring, samt bygge på samarbeid mellom aktører i omsorgsrelasjonen, grunnlagt på tillit og «*the sharing of power*» (Gutierrez, 1990, p. 151).

1. Akseptere brukerens definisjon av problemet.

Ved å akseptere brukerens definisjon av problemet gir den profesjonelle uttrykk for at brukeren er i stand til å identifisere og forstå situasjonen. Dermed plasseres brukeren i en situasjon som gir følelse av makt og kontroll, og skaper samtidig mulighet for å ta opp ny temaer eller utfordringer i samspillet.

2. Identifisere og bygge på eksisterende styrker.

Ved å identifisere og bygge på eksisterende styrker hos brukeren, vil den profesjonelle kunne forstå den enkeltes funksjonsnivå. Gutierrez legger her til grunn at dette fungerer best der den profesjonelle har kunnskap om styrker og svakheter i ulike «kamper» brukeren har vært involvert i.

3. Involvere seg i en maktanalyse av brukerens situasjon.

Dette innebærer flere steg. For det første å analysere og reflektere over hvordan følelsen av maktesløshet innvirker på individets situasjon. For det andre identifisere potensielle kilder og muligheter hos individet til økt makt og styring i eget liv. Den profesjonelle må dermed ha kunnskap og forståelse om forholdet mellom individ og samfunn, både på individ- og strukturnivå.

4. Lære bort ferdigheter.

Virkemidler for å utvikle ressurser, og dermed muligheten for å ha makt og kontroll i eget liv. Her vektlegges det viktigheten av å ikke gå tilbake i en tradisjonell paternalistisk instruktørrolle, men at den profesjonelle fungerer som rådgiver og veileder.

5. Medvirke til å mobilisere ressurser og være talsperson for brukeren.

Dette betyr at det er det nødvendig skal den profesjonelle fungere som en form for talsperson, og tale (advocate) brukerens sak, samtidig som støtte ved å innhente eller fremme spesifikke ressurser, informasjon og kompetanse hos brukeren.

(Askheim, 2003, p. 174; Gutierrez, 1990, pp. 151-152)

I forlengelse av disse prinsippene ligger en forventning om at de profesjonelle aktørene er bevisst på effekten av kommunikasjon, dialog, samarbeid og samspill i møte med brukeren, og på hvordan de bruker disse for å unngå paternalisme og umyndiggjøring (Askheim, 2003). «Tjenesteutøverens utfordring og ansvar vil være å tolke, forstå etter beste evne, og sikre at de som forstår inngår som vesentlige holdepunkter når hjelp og tjenester skal utformes» (Owren, 2011a, p. 106). I Norge inngår flere prinsipper for empowerment også i offentlige retningslinjer og i lovverkene som regulerer forvaltningen av tjeneste- og omsorgsutøvelsen, i sammenheng med begrepene om selvbestemmelse og brukermedvirkning, samt gjennom implementering av FN-konvensjonen om rettigheter for funksjonshemmede (CRPD) (Barne- Likestillings- og Inkluderingsdepartementet, 2013; Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester, 2011; Lov om pasient- og brukerrettigheter, 2001)

3.1.2 Selvbestemmelse og brukermedvirkning.

Brukermedvirkning, eller medvirkning, og selvbestemmelse er viktige begreper og lovhjemlede rettigheter i lovverkene for helse- og omsorgstjenestene (Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester, 2011; Lov om pasient- og brukerrettigheter, 2001). Brukermedvirkning fungerer på flere nivåer, men vil i denne oppgaven avgrenses til mikronivå der medvirkning til dels settes synonymt med selvbestemmelse (NOU 2016:17, 2016). Begge bygger på myndiggjøringsidealer og handler om overføring av myndighet og makt fra hjelpeapparatet til brukerne (Rønning, 2008). Til en viss grad finnes det visse innholdsmessige forskjeller og begrepene presenteres derfor separat.

Brukermedvirkning er nedfelt i lovverket som regulerer helse- og omsorgstjenestene. Pasient- og brukerrettighetslovens kapittel 3, §3-1 (2001) sier at «Pasient og bruker har rett til å medvirke ved gjennomføring av helse- og omsorgstjenester.». Lovverket presiserer videre at medvirkningen «skal tilpasses den enkeltes evne til å gi og motta informasjon». §3-1 i pasient- og brukerrettighetsloven (2001), samt §9-3 i Helse- og Omsorgstjenesteloven (2011) understreker begge at «Tjenestetilbudet skal så langt som mulig tilrettelegges og gjennomføres i samarbeid med brukeren eller pasienten.». Der brukeren ikke har forutsetningene for medvirkning eller ikke anses som samtykkekompetente kan andre aktører som pårørende eller verger opptre på deres vegne.

Micheal Wehemeyer definerer selvbestemmelse som «*acting as the primary causal agent in one's life and making choices and decisions regarding one's quality of life free from undue external influence or interference*» (Bjørnrå, 2008, p. 117). Selvbestemmelse handler om å være aktivt deltakende som aktør i eget liv og egen hverdag uten unødvendig intervensjon fra andre. En utfordring for profesjonelle i habiliteringsfeltet er å være bevisst balansen mellom som kan karakteriseres som nødvendig eller unødvendig intervensjon (Owren, 2011a). Profesjonelle aktørers skjønnsmessige utøvelse og tolkning av individuelle forutsetninger er derfor helt nødvendig i omsorgsarbeidet (Nortvedt, 2008; Skau, 2011). Det handler om hvorvidt brukeren defineres som kompetent til å fatte beslutninger, handle og ta valg på egne vegne, forstått som beslutnings- og samtykkekompetanse.

Beslutningskompetanse og relativ medvirkning.

Beslutningskompetanse er et viktig kjennetegn på autonomi, og viser til aktørers handlingsrom og valgfrihet (Nortvedt, 2008). Helsedirektoratet (2015) anvender beslutningskompetanse og samtykkekompetanse synonymt, men skriver at beslutningskompetanse «*også omfatter kompetanse til å motsette seg tiltak, og kompetanse til å ta selvstendige beslutninger mer generelt*» (2015, p. 29). Ut over dette tillegges ikke begrepene innholdsmessig forskjell, og begrepene vil derfor brukes tilnærmet synonymt.

Skal en aktør defineres som beslutningskompetent må visse betingelser oppfylles (Nortvedt, 2008). Aktøren må ha tilgang til informasjon, forstå denne og kunne ta beslutning med forståelse for eventuelle konsekvenser. Aktøren må også ha evne til å uttrykke egne preferanser på en tilfredsstillende måte (Nortvedt, 2008, p. 253). Diagnosen utviklingshemning gir variasjon i til hvilken grad disse forutsetningene oppfylles, hvorpå «*Betydningen av brukerens frie valg må derfor balanseres mot ansvaret en har for å beskytte individet fra risiko de kanskje ikke forstår på grunn av kognitive begrensninger eller manglende livserfaring*» (Askheim & Andersen, 2001, p. 33). Helsedirektoratet peker på det samme og åpner for at selvbestemmelsesretten, når en aktørs beslutninger eller adferd kan gi negative konsekvenser, kan begrenses «*av hensyn til samfunnet, av hensyn til andre personer og levende vesener og av hensyn til personen selv.*» (Helsedirektoratet, 2015, p. 29). I praktisk betydning nødvendiggjør dette at profesjonelle gjør skjønnsmessige vurderinger i spørsmål om brukernes kompetanse til å ta valg og beslutninger, og i spørsmål om hvorvidt det er nødvendig å intervenere og begrense deres handlingsrom (Nortvedt, 2008). Rent praktisk betyr det også at det ikke vil være mulig å arbeide prinsippfast etter idealer om selvbestemmelse og medvirkning (S. Johansen, 2008), noe

som kan og vil medføre etiske og skjønnsmessige utfordringer. I praksis er ikke selvbestemmelse noe brukeren alltid har kontroll over selv, men noe vedkommende tildeles av personalet ut i fra deres vurdering av brukerens kompetanse i ulike situasjoner (Lysvik, 2008). Dette vil i sum medføre at man ofte kan tale om relativ heller enn reell medvirkning.

3.1.3 Sosial og rettslig anerkjennelse.

Både normaliserings- og myndiggjøringstradisjonene har bidratt til økt fokus på anerkjennelse av ulike grupperinger underlagt stigmatiserende og marginaliserende mekanismer. Anerkjennelse som angår rettigheter, menneskeverd og likeverd, uansett hvem aktøren er og hvilke utfordringer ulike aktører har. Formene for anerkjennelse kan forstås i lys av filosofen Axel Honneths (2008) begreper om solidarisk tilslutning, eller sosial verdsettelse (Humerfelt, 2010), og rettslig anerkjennelse. Rettslige anerkjennelses viser til *«betydningen av at formelle rettigheter faktisk bidrar til reell anerkjennelse av det enkelte menneskets rett og verdi»* (Humerfelt, 2010, p. 137). Honneth (2008), med henvisning til Hegel, skriver at det handler om å bli anerkjent og behandlet som et fritt og autonomt menneske ved at både ego og alter forholder seg både til de formelle og uformelle normer og således gjør seg fortjent til anerkjennelse. Dette kan ses i sammenheng med Goffmans begreper om *deference* og *demeanor* beskrevet i kapittel 2.3.1 (Goffman, 1956). Innen helse- og omsorgstjenestene handler denne formen i tillegg om å anerkjenne de lover og retningslinjer som skal regulere arbeidet og samtidig anerkjenne brukerens rett til å ha og bruke deres rett til blant annet medvirkning og selvbestemmelse (Humerfelt, 2010). Solidarisk tilslutning (Honneth & Holm-Hansen, 2008), også omtalt som sosial verdsettelse (Humerfelt, 2010, p. 137), dreier seg om å anerkjenne *«de spesielle egenskapene som skiller mennesker fra hverandre»* (Honneth & Holm-Hansen, 2008, p. 131). Her handler det om å anerkjenne hvert enkelt individs rett til å være annerledes ut i fra de individuelle kjennetegn, egenskaper og meninger som skiller alter og ego (Honneth & Holm-Hansen, 2008; Hummerfelt, 2010). Hummerfelt (2010, p. 139) kobler både den rettslige og sosiale formen til menneskerettighetserklæringen av 1948. Denne viser til at hvert enkelt individ skal anerkjennes som likeverdige og med samme menneskeverd både rettslig og sosialt. For aktører i helse og omsorg er det nødvendig å være bevisst disse aspektene i den praktiske tjeneste- og omsorgsutøvelsen. Som vil skal se videre er dimensjonene for anerkjennelse også iboende i kapabilitetstilnærmingen.

3.2 Kapabilitetstilnærmingen.

The Capability Approach (CA), kapabilitetstilnærmingen på norsk (Barstad, 2014), er opprinnelig en økonomisk/politisk tilnærming utviklet av den indiske økonomen og filosofen Amartya Sen, og senere Martha Nussbaum, professor i lov og etikk. I prinsipp er tilnærmingen verken metode eller teori, men omtales som en normativ tilnærming med bredt bruksområde. Anders Barstad (2014, p. 34) beskriver det som en tilnærming til velferdsundersøkelser- og tenkning. Originalt ble den utviklet med fokus på menneskelig utvikling, rettferdighet, frihet og livskvalitet i utviklingsland. Tilnærmingen bygger på kritikk av utilitaristiske og Rawls-inspirerte tilnærminger, hvor Sen (2009) blant annet retter kritikk mot John Rawls rettferdighetsteori og fokuset på økonomisk og materiell distribusjon. Slike ting, skriver Sen, er kun midler for å oppnå andre ting, fokuset burde heller være på de faktiske mulighetene for å leve. En annen kritikk er at Rawls ikke inkluderer variasjon i behov ut i fra forskjeller i blant annet funksjonsevne. Rettferdig fordeling er ikke nødvendigvis rettferdig når for eksempel et individ har utfordringer som gir større økonomiske og medisinske behov (Nussbaum, 2011; Sen, 2009). Kapabilitetstilnærmingen flytter fokus fra midler til muligheter, fra «*detached objects of convenience*» (Sen, 2009, p. 233), som inntekt og goder, til hva en aktør har grunn til å verdsette. (Barstad, 2014; Sen, 2009).

Kapabilitetstilnærmingen opererer med to grunnleggende begreper omtalt som «capabilities» og «functionings», oversatt til «kapabiliteter» og «fungeringer» på norsk (Barstad, 2014; Carlquist, 2015; Sen, 2009). Kapabiliteter viser til hva et individ har av overkommelige muligheter (Barstad, 2014, p. 34), «*comprehensive opportunities*» (Sen, 2009, p. 232), til å realisere aktiviteter eller tilstander som er viktig for denne. Innenfor dette er frihet en viktig dimensjon, både som middel og mål, og hvor kapabiliteter viser til en aktørs frihet og mulighet til å velge (Barstad, 2014; Sen, 1999, 2009). Fungeringer viser til hva man faktisk kan oppnå å være og gjøre. En aktørs kapabiliteter og fungeringer må videre ses i sammenheng med både individuelle og samfunnsmessige trekk som er med på å forme subjekter og muligheter, og hvor politiske, sosiale, økonomiske og praktiske, samt individuell karakteristikkk påvirker handlingsrommet (Mitra, 2006; Nussbaum, 2011). Aktører i denne sammenheng viser primært til individer, da kapabilitetstilnærmingen i prinsipp er en individorientert tilnærming. «*Capabilities belong first and foremost to individual persons, and only derivately to groups. The approach espouses a principle of each person as an end.*» (Nussbaum, 2011, p. 35). Tilnærmingen kan likevel relativt enkelt også anvendes i evalueringer på gruppe- og

samfunnsnivå (Sen, 2009). Omtalen av kapabilitetstilnærmingen som en velferdsteori grunner også på Sens bruk av well-being, som både kan forstås som velferd eller livskvalitet, og handler om hvilke kapabiliteter aktører har til å oppnå fungeringer.

«Well-being and developement should be discussed in terms of people's capabilities to function, that is, their effective opportunities to undertake the actions and activities that they want to engage in, and be whom they want to be» (Robeyns, 2003).

Sen har i liten grad gitt uttrykk for hvilke kapabiliteter han mener er nødvendige, foruten muligheter til å få dekket fysiologiske behov (Alkire, 2005; Barstad, 2014). Nussbaum har på sin side gjort nettopp dette gjennom en liste over det hun omtaler som sentrale kapabiliteter *«central capabilities»*. Listen gir uttrykk for det hun mener et hvert samfunn bør legge til rette for et minimumsnivå av, det vil si *«hvilke friheter som er nødvendige for at mennesker skal kunne sies å leve et menneskeverdig liv»* (Barstad, 2014, p. 37). Listen er ikke uttømmende, men kan utvides eller avgrenses beroende på hvem og hvor den rettes mot (Nussbaum, 2009, 2011). I tillegg har listen flere likhetstrekk med idealer fra empowerment-tradisjonen.

1. Liv: Ha mulighet til å oppnå normal livslengde.
2. Kroppslig helse: Ha mulighet til å ha god helse. Inkluderer god ernæring og trygghet.
3. Kroppslig integritet: Ha mulighet til å bevege seg fritt mellom steder, være trygg fra overgrep og voldshandlinger.
4. Sanser, fantasi og tanke: Ha mulighet til å benytte sansene, fantasere, tenke, reflektere, og å gjøre dette på en «menneskelig måte», på en informert og utdannet måte, her forstått som alt fra grunnleggende lese- og skriveferdigheter til høyere utdanning.
5. Følelser: Ha mulighet til å ha tilknytning til andre ting og mennesker. Kunne utvikle seg følelsesmessig, og bruke disse følelsene.
6. Praktisk resonnering: Ha mulighet til å forme en forståelse av det gode, og engasjere seg i kritisk refleksjon i eget liv.
7. Tilhørighet:
 - a. Ha mulighet til å leve med og for andre. Å gjenkjenne og vise omtanke for andre mennesker, å delta i ulike former for sosial interaksjon.
 - b. Ha den sosiale basis for selvrespekt og ikke-ydmykelse, ha mulighet til å bli behandlet på en verdig måte og like verdifull som andre. Det vil si ikke diskriminerende måte ut i fra rase, kjønn, funksjon osv.

8. Andre arter: Ha mulighet til å leve med omtanke og i relasjon til andre arter.
9. Leke: Ha mulighet til å le, leke, og nyte fritidsaktiviteter.
10. Kontroll over ens miljø.
 - a. Politisk: Ha mulighet til å delta i politiske valg som styrer ens liv.
 - b. Materielt: Ha mulighet til å ha eierskap på lik linje med andre. Her inngår også det å kunne arbeide og delta på lik linje med andre, i relasjon til andre.

(Barstad, 2014, pp. 37-39; Nussbaum, 2011, pp. 33-34).

I denne oppgaven vil Nussbaums liste anvendes som bakgrunn for tolkningen av informantenes beretninger om hvordan de opplever utøvelsen av myndiggjøring i praksis. I forbindelse med kategorien funksjonshemmede skriver hun at der individet ikke har forutsetningene for å på eget initiativ oppnå kapabiliteter og fungeringer, er det nødvendig at andre aktører medvirker til å generere dette; «*Society should strive to give her as many capabilities as possible directly; and where direct empowerment is not possible, society ought to give her the capabilities through a suitable arrangement of guardianship*» (Nussbaum, 2009, p. 193). Som vi skal se, vil Nussbaums operasjonalisering av kapabilitetstilnærming fra Sen, i denne oppgaven fortolkes og anvendes som en handlingsmodell for å belyse profesjonelle aktørers praksis på habiliteringsfeltet.

3.2.1 Kapabilitetstilnærmingen som handlingsmodell for aktører i omsorgsarbeid.

Kapabilitetstilnærmingen har flere likhetstrekk med mål og idealer som aktører i sosial arbeid og omsorgsarbeid jobber for, og det er blitt argumenter for at tilnærmingen kan benyttes som handlingsmodell for profesjonelle aktører i slik arbeid (Den Braber, 2013). Tilnærmingen kan anvendes både som verktøy for å operasjonalisere ulike idealer og mål til mikronivå, og til å legitimere intervenerende handlinger der hensikten er å påvirke ulike brukergruppers handlingsrom mot individuelle og kollektive mål, og kan således bidra til «*a greater understanding of individual circumstances and the ability to identify potential interventions to promote capability development*» (Saleeby, 2007, p. 221). Tilnærmingen bygger på en frihetsdimensjon som kan omtales som «positiv frihet» hvor også profesjonelle, i tillegg til stat og kommune, har en rolle i og et ansvar for å styrke brukerens mulighets- og handlingsrom (Lid, 2012). Blant annet gjennom tilrettelegging og tiltak som utvider ulike aktørers muligheter og styrker deres betingelser i samfunnet.

Tilrettelegging og arbeid mot ulike mål og idealer ligger også som krav i FN-konvensjonen om rettigheter for mennesker med nedsatt funksjonsevne (Barne- Likestillings- og Inkluderingsdepartementet, 2013). I Norge ble konvensjonen undertegnet i 2007. Konvensjonens formål er å *«sikre personer med nedsatt funksjonsevne like muligheter til å realisere sine menneskerettigheter, samt bygge ned hindre som vanskeliggjør dette. Konvensjonen skal bidra til å motvirke diskriminering på grunn av nedsatt funksjonsevne.»* (Barne- Likestillings- og Inkluderingsdepartementet, 2013, p. 5). Målet for CRPD er å myndiggjøre og styrke mennesker med nedsatt funksjonsevne gjennom rettigheter på politisk, sosialt, kulturelt og økonomisk plan (Harnacke, 2013). Konvensjonen bygger på grunnleggende prinsipper som ethvert samfunn som undertegner denne i tur forplikter seg til å arbeide for. Blant annet erkjennelse av alle menneskers iboende verdighet, rett til innflytelse og selvstendighet, til å ikke bli diskriminert, deltakelse og inkludering i samfunnet, likestilling og like muligheter. I tillegg setter den krav til aktører som arbeider i habiliteringsfeltet og stipulerer at tiltak skal foregå gjennom *«likemannsarbeid»* for at personer med nedsatt funksjonsevne skal kunne *«oppnå og beholde størst mulig selvstendighet, utnytte sitt fysiske, mentale, sosiale og yrkesmessige potensial fullt ut, og oppnå full inkludering og deltakelse på alle livets områder.»* (Barne- Likestillings- og Inkluderingsdepartementet, 2013, p. 22). CRPD inneholder et flertall forpliktelser til å implementere rettigheter på moralsk grunnlag og det vil i mange tilfeller vanskelig la seg gjøre å implementere alle samtidig i ett samfunn (Harnacke, 2013). Spørsmålet som stilles er hvilke rettigheter som bør ha fortrinn, og det er blitt argumentert for at normative teorier som kapabilitetstilnærmingen kan bidra i slike spørsmål.

Kapabilitetstilnærmingen og Nussbaums (2009, 2011) tolkning kan bidra til å avgjøre hvilke aspekter som først og fremst bør oppfylles i et samfunn. Tilnærmingen kan dermed bidra som redskap eller teoretisk handlingsmodell for operasjonalisering og implementering av ulike idealer i det praktiske arbeidet på omsorgsfeltet (Den Braber, 2013). For det første for å bevisstgjøre hvilke idealer som bør være og er grunnleggende mål for arbeidet, i samarbeidet med brukerne selv. For det andre for å legitimere intervenerende tiltak som har til hensikt å påvirke brukerens muligheter til å oppnå fungeringer, både individuelle og kollektive mål. Utviklingshemmede vil i varierende grad ha mulighet til dette på egenhånd, samtidig som de i likhet med andre har krav på samme minimumsnivå av grunnleggende kapabiliteter, *«Even though some of those opportunities may have to be exercised through a surrogate»* (Nussbaum, 2011, p. 24). Slik jeg tolker Nussbaum kan ulike aktører, enten pårørende eller profesjonelle,

representere slike surrogater, hvorpå deres oppgave er å hjelpe og styrke mottakerens muligheter til å ha grunnleggende kapabiliteter og nå ulike mål. Et viktig poeng er at kapabilitetstilnærmingen i denne oppgaven først og fremst er en teori som vil anvendes til å tolke miljøterapeutenes beskrivelser fra det praktiske arbeidet, og i forlengelse av dette hvordan kapabilitetstilnærmingen kan fungere som en normativ modell.

4 Maktperspektiver på omsorgsfeltet.

I denne oppgaven er det valg å anvende maktteoretiske perspektiv på analysen av omsorgsaktørers beskrivelser fra praksis. Makt som tema er ikke nytt på omsorgsfeltet, men er både nedfelt i lovverk og retningslinjer som regulerer aktører i omsorgsarbeid, og i empowerment-tradisjonens idealer om myndiggjøring og maktoverføring. På helse- og omsorgsfeltet assosieres makt i stor grad med negative konnotasjoner og i sammenheng med former for tvang som hemmer aktørers autonomi og frihet. Konsekvensen av dette er at makt i det praktiske omsorgsarbeidet nærmest er et ikke-tema for profesjonelle aktører (Truls Juritzen, 2013; Owren, 2011d; Rønning, 2008). Samtidig gir litteraturen uttrykk for nødvendigheten av å stille spørsmål vedrørende makt i omsorg. Det vil si på makt som ikke nødvendigvis er et «onde», men som beveger seg mellom grensene for legitim handling, og som virker produktivt. For å gi en forståelse av makt som tema for denne oppgaven vil det gjøres et skille mellom makt som angår lovverket på helse- og omsorgsfeltet, og forståelsen av makt innenfor den samfunnsvitenskapelige diskurs. Videre vil ulike definisjoner og perspektiver på makt trekkes inn, primært med fokus på Max Webers klassiske definisjon (Engelstad, 2005; Weber, Fivelsdal, & Østerberg, 2000), og på Michel Foucaults arbeider vedrørende makt i det moderne gjennom perspektiver på disiplin, styringskunst og normalisering (Eliassen, 2016; Foucault, 1982; Foucault & Schaanning, 1999; Foucault & Østerberg, 1994). I forlengelse av Foucaults arbeider vil Truls Juritzen og Kristin Heggens begreper om «omsorgsmakt» og «produktive maktpraksiser» redegjøres for (Truls Juritzen, 2013; Truls Juritzen & Heggen, 2006, 2009). Begreper som bygger på studier av makt i omsorg tolket i lys av Foucault. Avslutningsvis i kapitlet vil det kort redegjøres for makt i kommunikasjon, det vil si språkets funksjon som maktresurs (Engelstad, 1999, 2005; Høibraaten, 1999).

4.1 Maktbegrepet i helse- og omsorgsperspektiv; tvang og makt.

Som beskrevet i kapittel 2, impliserer begrepene omsorg og omsorgsarbeid maktaspekter, hvor makt ligger latent i statusforskjellene i omsorgsrelasjonen (Sangvik, 2015; Wærness, 1982). I tillegg benyttes det eksplisitt et maktbegrep i omsorgsfeltet, som gjerne forstås nærmest synonymt med tvang. I helse- og omsorgstjenestelovens kapittel 9 § 9-2 defineres tvang og makt som «(...) tiltak som brukeren eller pasienten motsetter seg, eller tiltak som er så inngripende at de uansett motstand må regnes som bruk av tvang eller makt.» (2011). Lovverkets skille mellom tvang eller makt blir ikke, slik jeg ser det, gitt noen tydelig

innholdsmessig differensiering. Lovverket representerer den juridiske og legitime maktinstans, hvor utøvelse av makt legitimeres gjennom lovverket som berettiger visse aktørers handlinger ut i fra deres posisjon og rolle i feltet, og beroende på situasjonelle betingelser. I lovverket stilles det blant annet krav til formalkompetanse hos aktører for at disse skal ha myndighet til å utøve planlagte, og også uplanlagt maktutøvelse. Med unntak av nødverge viser lovverket blant annet til at for å bruke tvang og makt i forbindelse med planlagt skadeavverging eller der det anses som nødvendig med tiltak for å kunne dekke grunnleggende behov hos bruker, er det krav om at minst en tjenesteutøver «*minst må ha bestått utdanning i helse-, sosial- eller pedagogiske fag på høghskolenivå*» jf. §9-9. For å gjennomføre nødvendige og/eller planlagte tiltak må tjenesteutøveren oppfylle et minimumskrav om bachelor i en profesjonsutdanning, eksempelvis vernepleie, sykepleie eller lignende.

På den ene siden er temaet «tvang og makt» et viktig aspekt som ikke må ikke usynliggjøres. På den andre siden bør ikke makt reduseres til kun å handle disse om formene for makt og maktutøvelse. «*Tvang er utøvelsen av makt, men makt omfatter langt mer enn det som kan kalles tvang*» (Owren, 2011d, p. 224). På omsorgsfeltet er det også viktig at aktører som yter tjenester og omsorg forsøker å forstå og være bevisst de former for makt som i den praktiske tjeneste- og omsorgsutøvelse ikke inngår i «tvang», men som heller kan forstås som omsorgsmakt som både produserer subjekter og kan påvirke tjenestemottakernes liv og hverdag på sådan måte at den virker i grensene mellom den negative og positive forvaltning av livet, og hvor utøvelse av makt virker produktivt (Truls Juritzen, 2013; Truls Juritzen & Heggen, 2006, 2009).

4.2 Maktbegrepet i samfunnsvitenskapelig perspektiv.

Maktbegrepet assosieres ofte med negative konnotasjoner som dominans, tvang og overmakt (Engelstad, 2005). Ved siden av å være nedfelt i lovverk, er makt også et iboende fenomen i samfunnsstrukturens ulike deler; i institusjoner, posisjoner, relasjoner, kultur og handling. Ofte der makt er tema vises det til Max Weber og hans klassiske definisjon av maktbegrepet som «*ett eller flere menneskers sjanse til å sette gjennom sin vilje i det sosiale samkvem, og det selv om andre aktører skulle gjøre motstand*» (Engelstad, 2005, p. 19). I tillegg refereres det gjerne til Robert A. Dahl som, med basis i Weber, har utarbeidet en noe videre definisjon av maktbegrepet når han viser til at en aktør har makt «*i den grad A kan få B til å gjøre noe B ellers ikke ville ha gjort*» (Engelstad, 2005, p. 19). Både Weber og Dahls definisjoner

understreker at makt er et relasjonelt og sosialt fenomen mellom ulike aktører, enten aktørene er på individ- eller systemnivå (Engelstad, 2005). Definisjonen fra Weber blir omtalt også som «viljesmakt» (Mathiesen, 2010), hvor visse aktører får gjennomslag for deres vilje, på tross av eventuell motstand. Både Webers og Dahls definisjoner gir for flere kriterier som må være til stede for å kunne tale om makt (Engelstad, 2003, 2005). For det første at det handler om *relasjon* mellom aktører hvor relasjonen er asymmetrisk ved at den ene aktøren i større grad får gjennomslag for sin vilje enn den andre. For det andre handler det om *intensjon* hvor den ene aktøren har en interesse av å få den andre til å handle på visse måter. For det tredje et element av kausalitet, det vil si at skal handling omtales gjennom maktbegrepet må det være en hensikt og en virkning. Samtidig er det viktig å påpeke at makt ikke er en «ting» noen har, men en egenskap ved relasjonen. Maktforståelsen fra Weber, og således også Dahl, viser i tillegg til en forståelse av at makt er «*lokalisert hos konkrete aktører*» (Truls Juritzen, 2013, p. 19; Mathiesen, 2010). Når Webers definisjon av makt benyttes vises det til det han omtaler som et herredømmebegrep i snever forstand (Engelstad, 2005), der herredømme oppfattes «*identisk med det å kunne befale i kraft av autoritet*» (Weber et al., 2000, p. 72). Hvor *autoritet* kan forstås som legitim makt aktører besitter og/eller utøver (Hernes, 1990, p. 37). I begrepet om herredømme sikter Weber videre til handlingsdimensjonen og skriver;

«At når den eller de «herskende» kunngjør sin vilje (befaler), vil de påvirke, og påvirker de faktisk, handlesettet til andre (...) på en måte at disse, i en sosialt relevant grad, handler som om de har gjort innholdet av befalingen for dens egen skyld til maksime for sitt handlesett («lydighet»).» (Weber et al., 2000, p. 72).

Perspektivet på makt og herredømme fra Weber kan i helse- og omsorgstjenestene til en viss grad forstås gjennom paternalismebegrepet. Når Weber, og også Dahl, viser til makt som et fenomen forankret hos konkrete aktører betyr dette at en aktør til enhver tid vil ha makt over den andre i form av et «hersker» «underdanig» forhold, med andre ord som «statusoverlegen» og «statusunderlegen» (Wærness, 1982), og hvor en aktør har mulighet til å forgripe seg på den andres autonomi, og hemme individets frihets- og mulighetsbetingelser. Webers definisjon av makt er således relevant også i omsorgsarbeid, hvor denne forståelsen av makt kommer til syne i praktisk utøvelse både som direkte og indirekte beveger seg i nærheten av lovverkets definisjon av «tvang og makt». Samtidig gjør endringer i omsorgsideologi- og praksis det nødvendig tillegge andre perspektiver på makt, for å kunne tolke utøvelse av ulike former form makt i lys av dagens formelle og uformelle normer. Dermed ser jeg det som relevant å også

trekke inn maktperspektiver fra Michel Foucaults, og i forlengelse av dette – andre bidragsytere som trekke på Foucaults arbeider, og vedrørende makt i omsorg.

4.3 Michel Foucault og makt.

På tross av at den franske filosofen og historikeren Michel Foucault ikke anså seg selv som maktteoretiker, anerkjente han likevel makttematikken plassering i sitt arbeid (Foucault, 1982).

It is true that I became quite involved with the question of power. It soon appeared to me that, while the human subject is placed in relations of production and of signification, he is equally placed in power relations which are very complex. (Foucault, 1982, p. 778).

Foucault utarbeidet aldri én gjennomgående konsistent definisjon av maktbegrepet, og har blitt omtalt som maktteoretiker uten teori (Eliassen, 2016). Hans arbeid rundt makttematikken var i større grad knyttet til ulike perspektiver hvor han beskrev hva makt er og ikke er, og hvor han trakk inn former for makt som kan anses som komplementære bidrag til Webers teorier (Foucault, 1982; Foucault & Schaanning, 1999). Foucault understreket også at makt er en egenskap ved relasjoner med et nødvendig innslag av kausalitet, hensikt/virkning. Hans arbeid skiller seg likevel fra maktforståelsen etter Weber, ved at Foucault problematiserer begrensningene ved den tradisjonelle herredømmeforståelsen i et moderne samfunn (Eliassen, 2016; Foucault & Schaanning, 1999). Makt for Foucault er dynamisk, ikke-lokalisert og allestedsnærværende fenomen (Engelstad, 2005). Det vil si at makt ikke kan tolkes relasjonen mellom den undertrykte og den undertrykkende (Eliassen, 2016), da makt ikke er «*et generelt system av herredømme som utøves av en person eller gruppe over personer eller grupper*» (Foucault & Schaanning, 1999, p. 103). I stedet omtaler han makt som «*mangfoldet av de styrkeforholdene som er immanente i det feltet hvor de utøves og som er konstitutive for deres organisering*» (Foucault & Schaanning, 1999, p. 103). At makt er dynamisk betyr også at maktfenomenet endrer seg ut i fra hvilke aktører som til enhver tid utgjør maktrelasjonen og er samtidig betinget av situasjon og kontekst. Foucault var også kritisk til herredømmeperspektivet på grunn av dets begrensende og overgripende innhold (Eliassen, 2016, pp. 121-123). I det moderne samfunn kan ikke makt kun forstås gjennom begrensninger av påbud og forbud. I Foucaults beskrivelse av maktrelasjonen ligger også en nødvendig frihetsdimensjon. Hvis subjektet ikke har frihet, mulighet til å yte en form for motmakt, er det

ikke lenger en maktrelasjon, men en voldsrelasjon (Foucault, 1982). Hvis man kun søker å forstå makt på den måten, som relasjonen mellom suverenen og slaven, overser man maktens produktive og differensierende sider i møtet mellom aktører, og gjennom kunnskapsproduksjonen fra ulike vitenskaper.

Kunnskapen som produseres av ulike viten-skapende er for Foucault et avgjørende element ved maktrelasjonen, fordi *«viten-makt-matrisen manifesterer seg i normer som muliggjør tanken om sosiale patologier som igjen berettiger former for terapeutisk inngripen»* (Eliassen, 2016, p. 132). Ved å produsere og akkumulere kunnskap om individer gjennom registreringer og eksaminasjon legges grunnlaget for disiplinering og intervensjon der subjektene bryter med samfunnets forestillinger om normal/avvikende og forventninger til adferd og handling (Eliassen, 2016; Engelstad, 2005; Foucault & Østerberg, 1994). Gjennom kunnskap fremtrer behov for styring og disiplinering av andre (Eliassen, 2016; Foucault, 1982), da produksjonen av kunnskap og viten danner *«kanaler for påvirkning»* (Engelstad, 2005, p. 20). For å illustrere dette viser Fredrik Engelstad (2005) han til det han omtaler som en forenklet handlingsmodell for påvirkning;

Når aktører handler, søker de (i) å nå noen mål. De benytter seg av (ii) et sett kunnskaper om og oppfatninger av hvordan verden er. Når de handler, gjør de dette ved hjelp av (iii) ressursene de har til disposisjon, og de gjør det innenfor (iv) settet av muligheter som omgivelsene byr på. (Engelstad, 2005, p. 20)

I prinsipp kan en aktør omfatte både institusjoner, grupper eller individer. Når Engelstad (2005, p. 21) videre illustrerer den forenklede handlingsmodellen ovenfor, gjør han dette på mikronivå, eller i maktens mikrofysikk (Eliassen, 2016), i møtet mellom pasient og lege. Hvor legen gjennom sin ekspertise og sine ressurser kan handle på en sådan måte at det vil innvirke på pasientens handlingsrom og tankesett (Engelstad, 2005). Denne forenklede andlingsmodellen kan overføres også til relasjonen mellom miljøterapeut og bruker, hvor produksjon og akkumulasjon av kunnskap gir grunnlag for påvirkning og *«terapeutisk inngripen»* (Eliassen, 2016, p. 132). En terapeutisk inngripen som legitimeres av relasjoner, posisjoner og roller, og som kommer til uttrykk gjennom metoder for disiplinering, overvåkningsteknikker og registreringspraksiser – omtalt som maktens teknologier (Eliassen, 2016; Foucault & Schaanning, 1999; Vågan & Grimen, 2008).

Foucault viser i sitt arbeid også til et begrep om *governmentalité* (Eliassen, 2016). På norsk oversatt til blant annet styringsmentalitet (Lundgren, Juritzen, Engebretsen, & Heggen, 2012; Vågan & Grimen, 2008). Begrepet viser til maktens produktive sider, det vil si «*hvordan makt produserer kunnskaper og diskurser på den ene siden, og hvordan makt former individer eller subjekter på den andre siden.*» (Vågan & Grimen, 2008, p. 411). I motsetning til disiplinerings, som jeg kommer tilbake til i neste delkapittel, er *governmentalité* en mer indirekte for styring. Jeg skal ikke diskutere begrepet særlig utover dette, men det er likevel et viktig bidrag til forståelsen av makt som produktiv og for å forstå makt som «*the conduct of conduct*» (Foucault, 1982, p. 789), eller «*(...) handling i forhold til andres handlinger.*» (Eliassen, 2016, p. 159). Styre eller «conduct» handler om «... å lede mennesker til å oppføre seg som man ønsker med de midler som til enhver tid står til rådighet.» (Eliassen, 2016, p. 159). Det handler dermed ikke om *hva* makt er, men *hvordan* den utøves og gjennom *hvilke* former, teknikker, strategier eller praksiser (Foucault, 1982; Truls Juritzen, 2013). I tolkningen av praksisnære beskrivelser fra omsorgsfeltet vil Foucaults perspektiver dermed kunne gi en forståelse av maktens virke gjennom metoder for differensiering, disiplinerings og styring, og således hvordan utøvelse av makt påvirker og former subjekter. I forlengelse av dette vil jeg redegjøre for disiplinerings som maktform, og til andre aktører som har benyttet Foucault i arbeid knyttet til makt i omsorg.

4.3.1 Disiplinering.

Disiplinering som maktform i det moderne samfunn skiller seg fra suverenens herredømme ved at metoder for å forme kropp og subjekt endrer seg fra volds- og sanksjonsutøvelse til metoder for disiplin, læring og oppdragelse (Eliassen, 2016, p. 120). Heller enn «*voldsomme maktdemonstrasjoner*» (Foucault & Østerberg, 1994, p. 155) utøves disiplineringen gjennom synlige og mindre synlige metoder, hvor hensikten er å gjøre individer til objekt for ulike disiplinære mekanismer som hierarkiserer, differensierer og normaliserer. Tukt og straff byttes ut til med andre, mer humane, mekanismer for kontroll, oppdragelse og dressur, hvor eksaminasjon, overvåkning, dokumentasjon og registreringer gir produksjon av kunnskap som gir grunnlag for inngripen, styring og disiplinering (Eliassen, 2016; Foucault & Østerberg, 1994). I det moderne samfunn skjer det med andre ord en forskyvning hvor midler for kunnskapsproduksjon, og ulike vitensskaperes kontinuerlige registreringer, rapporteringer og beskrivelser av og om individet er avgjørende hvorpå det (Vågan & Grimen, 2008).

Foucault baserer disiplinerings virkemåter og metoder på ulike vitenskapere, blant annet militære, pedagogikken, medisinen og på førsekulære pastorens funksjon (Foucault, 1982; Foucault & Østerberg, 1994). Drillen fra militæret, hvor formålet var å «*optimalisere soldatens ytelser*» (Eliassen, 2016, p. 126) gjennom kontinuerlig læring og trening. Disiplin fra pedagogikken, hvor det etter hvert ble ansett som mer korrekt å belønne heller enn sanksjonere, og hvor eksaminasjon av elevene la grunnlag for differensiering og individualisering (Foucault & Østerberg, 1994, p. 164). «Skrift-makten» fra det medisinske felt ble også trukket frem som en metode, hvor man gjennom det skriftspråket gjør individet til et «*beskrivbart, analyserbart objekt (...) for å fastholde individets særegenhet og oppnå varig viten herom*» (Foucault & Østerberg, 1994, p. 170). Disiplinerings mekanismer for sosial kontroll virker gjennom en «maktens mikrofysikk» som former og griper inn hos subjektene, uten at disse nødvendigvis er bevisst på at de utsettes for handling som former og styrer (Eliassen, 2016). Normaliseringsteknikkene beskrevet i kapittel 2 om normalisering er eksempler på slike, og teknikkene bygger også på tolkning av Foucaults arbeid (Sandvin et al., 1998).

Disiplinen har også til hensikt å normalisere gjennom ulike aktører «*kontrollerer alle øyeblikk, sammenligner, differensierer, hierarkiserer, homogeniserer og utelukker*» (Foucault & Østerberg, 1994, p. 165). Foucault skiller mellom ulike typer «avvikende» i sitt arbeid, hvor jeg antar at utviklingshemmede inngår i kategorien for mennesker i behov av straff og dannelses (Grue, 2006). Aktørene som omgir denne og lignende grupperinger har, ifølge Foucault (1994, p. 179), en todelt funksjon i utøvelsen av kontroll. For det første å differensiere ved å stemple subjektene i retning av normalt/avvikende, farlig/ufarlig, hvorpå «*Alle de maktmekanismer som også i våre dager omgir den unormale*» har til hensikt å «*(...) merke ham ut og forandre ham (...).*» (Foucault & Østerberg, 1994, p. 179). For det andre handler det om at disiplinen kan bli gjenstand for internalisering av de aktører det rettes mot, og hvor disse i konsekvens disiplinerer seg selv gjennom såkalte selvteknologier (Vågan & Grimen, 2008). Videre skaper disiplinerende- og regulerende mekanismer miljøer hvor aktørene det rettes mot ikke bare formes og styres, men hvor målet er at disse også skal mestre å ta ansvar for eget liv og væren, handling og adferd (Eliassen, 2016, p. 232).

4.4 Omsorgsmakt.

Begrepet *Omsorgsmakt* er hentet fra Truls Juritzen, og Kristin Heggen, hvis samarbeid knytter seg til førstnevntes doktorgradsavhandling, samt artikler i forbindelse med denne. Begrepet er

tuftet på empiriske studier av ulike institusjoner i helse- og omsorgstjenestene, blant annet sykehjem, bolig for funksjonshemmede, og psykiatri. I tillegg har disse gjennomgått forskningslitteratur med fokus på makttematikken, også den senere makt- og demokratiutredningen (Truls Juritzen & Heggen, 2006). På bakgrunn av dette legger de frem noen kritiske innvendinger mot at fokuset på makt i omsorgsfeltet i stor grad tillegges strukturelle forhold. I konsekvens av dette, skriver de, blir fokuset i stor grad på omsorgsutøverne i avmaktssituasjoner mellom system- og individnivå, heller enn på omsorgsutøvernes forvaltning av makt i det praktiske arbeidet.

Omsorgsmakt handler om makten i relasjonen mellom omsorgsyter- og omsorgsmottaker (Truls Juritzen, 2013). Begrepet bygger på deres tolkning av Foucaults arbeider rettet mot maktens kapillærnivå, eller mikromakt som Juritzen (2013) og Juritzen & Heggen (2006, 2009) bruker i relasjon til hvordan makt fremtrer på individnivå gjennom *produktive maktpraktiser* som brukes i omsorgsarbeid. Makt i omsorg er et tvetydig fenomen som «*kan brukes på akseptable og konstruktive måter, men også utøves på uakseptable og destruktive måter*» (Truls Juritzen & Heggen, 2006, p. 62). Omsorgsmakt kobles også til Foucaults begrep om *governmentalité*, som «*conduct of conduct*», hvor Juritzen & Heggen beskriver at «*Pleiarbeidet er arbeid på den andres handlinger. Pleien omformer og bearbeider uønskede, ubehagelige, uakseptable og irrasjonelle trekk ved (...) væremåte*» (2009, p. 100). *Governmentalité*, også omtalt som styringsmentalitet, er en mer indirekte form enn disiplineringsmakten, det vil si at heller enn å virke direkte på subjektene, fungerer den innenfra og former deres tankesett (Lundgren et al., 2012). Der disiplinen utøves gjennom direkte intervensjon og ulike sanksjonerende mekanismer, handler styringsmentalitet om oppmuntring og belønning (Lundgren et al., 2012, p. 22). For eksempel vil kompetansehevende tiltak jf. prinsipper for empowerment, samt produksjonen av kunnskap være uttrykk for utøvelse av mer indirekte maktformer.

Tjeneste- eller omsorgsutøveren kan ifølge Juritzen & Heggen forstås som «*en forvalter av en hverdagslig maktutøvelse*» (2006, p. 75) som griper inn i alt mottakeren gjør, og til enhver tid av døgnet. Gjennom metoder for forvaltning av tjenestene og omsorgen for personer med utviklingshemning, og gjennom kunnskaps- og kontrolldimensjonen kan tjeneste- eller omsorgsutøveren forstås som den mektige part i en relasjon som konstitueres av asymmetri i rolle og egenskaper. Samtidig understrekes det at posisjonen som «den mektige» ikke er statisk, men beroende på situasjon og kontekst også tilfaller mottakersiden. På omsorgsfeltet er

aktørene regulert av lovhjemler som gir brukersiden rettigheter som har til hensikt å overføre makt fra den hjelpende sektor, og berettiger mostand eller at ulike planer skal skje på brukerens premisser (Askheim & Starrin, 2007; Truls Juritzen, Engebretsen, & Heggen, 2012). Samtidig er kunnskapsproduksjon et viktig aspekt ved omsorgsmakt. Juritzen & Heggen (2006, 2009) skriver at kunnskap om hvert enkelt individ, deres individuelle preferanser, utfordringer og behov, både definert av tjenesteyteren og mottakeren, legger grunnlaget for utøvelsen av det de omtaler som *produktive maktpraksiser*. Praksiser som ligger til grunn for omsorgsmakten, og i den profesjonelle utøvelsen og forvaltningen av de hverdagslige tjenester og omsorgsoppgaver som på ulike måter påvirker individ, handling og situasjon.

4.4.1 Produktive maktpraksiser.

Metodene for disiplineringsmakt, basert på kontroll og oppdragelse, skjer gjennom overvåkning, registrering, dokumentasjon, dagsordensmakt og intervensjon (Foucault & Østerberg, 1994), og kan i overført betydning tolkes innenfor det Juritzen & Heggen (2009) omtaler som produktive maktpraksiser. Produktive maktpraksiser metodene omsorgsarbeidere anvender i møtet med bruker eller pasient, og som medvirker til at førstnevnte kommer i posisjon til å påvirke brukerens adferd, handlinger og valg, spesielt i situasjoner som for bruker eller pasient kan være utfordrende, enten det er pleiesituasjon eller sosiale situasjoner. Gjennom ulike maktpraksiser skapes resultater ved at de profesjonelles funksjon og oppgave er å *«befordre, produsere, sette i bevegelse og frambringe effekter. (...) som en svært konkret, aktivt handlende vilje og evne til å få noe til, uten at man i utgangspunktet stempler maktutøvelsen som god eller ond»* (Truls Juritzen & Heggen, 2009, p. 100). Juritzen & Heggen (2009) tolker dette i lys av Foucaults produktive maktperspektiv, basert på de metoder eller strategier som kommer til uttrykk gjennom blant annet disiplinering, bekjennelse, rapporteringssystemer, overvåkning og intervensjon. Det er også dette normaliseringsstrategiene som ble presentert i kapittel 2 også bygger på (Sandvin et al., 1998). Strategiene fra Sandvin m.fl. kommer også til uttrykk i Juritzen & Heggens (2006, 2009) arbeider og gjennom hvordan personalet gjennom produksjon av kunnskap tilegner seg ulike strategier og teknikker for påvirkning og intervensjon i møte med bruker eller pasient. Strategier og teknikker som uttrykker hvordan former for styring og disiplinering medvirker til maktens produktive dimensjon og kommer til uttrykk i omsorgsarbeidet- og relasjonen.

4.5 Makt i språk og kommunikasjon.

Avslutningsvis i dette kapitlet vil jeg trekke inn betydningen av språk og kommunikasjon i utøvelse av ulike former for makt, og i maktrelasjonen. All samhandling forutsetter elementer av kommunikasjon, også samhandling der makt kommer til uttrykk (Engelstad, 2005). I teorien er det gitt uttrykk for at i samhandling der kommunikasjon og dialog ikke er tilstede kan man heller ikke tale om en maktrelasjon, men en tvangsrelasjon (Høibraaten, 1999), hvorpå språk og kommunikasjon kan benyttes som midler for kriteriet om motmakt som Foucault setter til maktrelasjonen (Foucault, 1982). I tillegg er det nødvendig å «*klargjøre sine forventninger ovenfor dem man vil beherske*» (Engelstad, 2005, p. 38), noe forutsetter at alle parter i maktrelasjonen har kommunikative ferdigheter. Språket fungerer som maktresurs blant annet gjennom «*språkets direkte handlingsrettede side*», ved at språket gir uttrykk for disiplin og sanksjonsmidler, samt bidrar til differensiering mellom rett og galt, normalt og avvikende (Engelstad, 1999, 2005). Diskurs er også et viktig begrep innenfor språket som maktresurs, og selv om oppgaven ikke er en diskursanalyse er begrepet nyttig for omsorgsaktørers diskursive føringer påvirket av feltspesifikk og formalkompetanse, og av idealer for myndiggjøring og/eller normalisering. En annen side av makt i språket er begrepet om kommunikativ makt (Høibraaten, 1999), hvor idealet er en tvangfri kommunikasjon og hvor makten ligger i «*kraften i de bedre argumenter*» (Engelstad, 2005, p. 22). Kommunikativ makt kan således tolkes innenfor empowerment-tradisjonen, og på idealer om tvangfri kommunikasjon hvor tjenesteyter i samarbeid og dialog med bruker kommer frem til gode løsninger tuftet på argumentasjon og forståelse for den andres situasjon.

5 Metode.

Formålet med masteroppgaven er å innhente praksisnær kunnskap innen helse- og omsorgsfeltet og fra profesjonelle aktører som arbeider som miljøterapeuter med mennesker med utviklingshemning. For å oppnå dette er det blitt gjennomført intervjuer med et utvalg på syv personer med ulik profesjonsfaglig bakgrunn, og med stilling og/eller funksjon som miljøterapeut i voksenhabiliteringen. Hensikten har vært å innhente miljøterapeuters subjektive erfaringer, refleksjoner og meninger fra det praktiske arbeidet for å kunne beskrive, forstå og tolke dette i lys av tidligere presentert teori og forskning. I dette kapitlet vil det bli gjort rede for prosessen ved det empiriske arbeidet i sin helhet. Målet er å gi leseren en «*thick description*» (Guba, 1981) og en form for transparens i arbeidet (Kvale & Brinkmann, 2015). Før presentasjonen av selve intervjuprosessen vil det bli gjort rede for egen forforståelse, etikk og vitenskapsteoretisk plassering. Videre vil arbeid og prosess vedrørende analyse- og strategi bli beskrevet. Avslutningsvis vil oppgavens kvaliteter, styrker og begrensninger diskuteres i lys av begreper om troverdighet, gyldighet og overførbarhet.

5.1 Forskerrollen og forforståelse.

Jeg har i flere år arbeidet med mennesker med utviklingshemning på ulike områder, noe som medfører at egen erfarings- og kunnskapsbakgrunn har medvirket i å forme og farge oppgaven gjennom hele prosessen. Et viktig poeng er at jeg verken har hatt stilling eller funksjon som miljøterapeut, og deler verken informantenes formalkompetanse eller ansvarsoppgaver. I stedet har jeg en viss kjennskap til deres metoder og fagteori både fra egen erfaringsbakgrunn, kurs, og fra teori innhentet underveis i arbeidet med oppgaven. I forkant av prosjektet har jeg derfor gjort meg kjent med ulike utfordringer, fallgruver og eventuelle fordeler ved å skrive masteroppgave innenfor eget felt. Å «forske» innenfor eget felt gjør det nødvendig å være bevisst egen forforståelse og tolkning, da dette kan bidra både som ressurs og «støy» i oppgaven, samtidig som det alltid vil være nødvendig å ha en viss kunnskap om det feltet man studerer (Tjora, 2017). Fordi prosjektet er utført innenfor eget felt, og derav til en viss grad egen «kultur», har jeg valgt å benytte trekk fra feltarbeid for å redegjøre for hvordan egen bakgrunn har medvirket til å både forme prosjektet, samspillet med informantene, samt analysen av datamaterialet. Selv om det er blitt benyttet intervju i det empiriske arbeidet, er det likevel flere likhetstrekk med «Feltarbeid i egen kultur» (Wadel, Wadel, & Fuglestad, 2014).

Egen kompetanse og erfaring fra feltet har både bidratt til «*gjensidig felleskunnskap*» (Wadel et al., 2014, p. 27) i møte med informantene og til en viss felles språklig forankring, noe jeg opplevde som en ressurs i møte med informantene. For det første medførte dette at selv om informantene i hovedsak var fremmede aktører utenfor eget nettverk gjorde det situasjonen enklere av pragmatiske årsaker – ved å besitte lignende erfaringer, forståelse og kunnskap ikke bare om feltet, men om systemet rundt og menneskene som inngår i feltet som «tjenestemottakere» eller «brukere». I forkant av intervjuene hadde jeg bestemt meg for å innta en såkalt «naiv» rolle (Tjora, 2017) hvor egen yrkeserfaring ikke nødvendigvis skulle uttrykkes med mindre det ble stilt spørsmål. Jeg ble ganske raskt «avslørt» uten at det medførte noen utfordring, heller det motsatte. Å ha en «naiv» innstilling betyr ikke nødvendigvis at man må være naiv, late som man ikke kan, men heller at man er naiv, ydmyk og åpen for informantens kunnskap ved intervjusituasjonen. Det handler om at man inntar en «lærlingerolle», som i prinsipp «*alltid vil være til stede i et forskningsprosjekt hvis vi aksepterer at det å studere folk nødvendigvis innebærer å lære fra dem*» (Wadel et al., 2014, p. 41). Ved noen av intervjuene var det jeg, som «forsker», som styrte intervjuet i som en mer formalisert situasjon, heller enn en åpen «samtale». Ved andre anledninger inntok informantene en form for lærer-elev rolle, hvor deres mandat var å forklare, beskrive og søke å få meg som studenten til å forstå, enten det hjalp lovverk, etikk eller eksempler fra det praktiske arbeidet. Dette var en situasjon jeg fikk inntrykk av at flere var kjent med fra veiledning av annet personal i boligen. Ved å gjøre informanten kjent med egen bakgrunn virket det i tillegg til å styrke egen kredabilitet innad i feltet og informantens tillit til meg både som «forsker». Dette tolker jeg på bakgrunn av at flere av informantene var relativt åpne, blant annet i deres kritikk av ulike instanser eller samarbeidspartnere i systemet rundt habiliteringen av deres brukere.

Årsaken til eventuelle mangler i datamaterialet kan kun knyttes til eget nivå som novise innen kvalitativ metode (Kvale, 1996; Kvale & Brinkmann, 2015). Som eksempel forsøkte jeg å unngå at ulike aspekter, som tilsynelatende kunne virke selvfølgelige, ble underkommunisert ved å stille «naive» spørsmål og oppfølgingsspørsmål. Dette fungerte til en viss grad, men ved transkripsjon var det flere steder hvor jeg arbeidet hardere for å oppnå dette. I visse tilfeller burde jeg også ha «gravd» der i stedet «reiste». I retrospekt burde jeg kanskje vært mer streng ved intervjuene, og tillatt færre digresjoner. Samtidig har digresjonene i mange tilfeller gitt interessante data. Avslutningsvis er det viktig å bemerke at egen yrkeserfaring har gitt det som kan beskrives som lengre tids «observasjon» innad i feltet, men hvor private observasjoner ikke inngår i datamaterialet. På tross av dette vil disse observasjonene påvirke min tolkning og

forståelse av informantenes beskrivelse, noe jeg så langt som mulig har forsøkt å være bevisst på for å ikke tillegge andres erfaringer samme meningsinnhold som egne.

5.1.1 Etikk.

Oppgaven er godkjent av Norsk Senter for Forskningsdata (NSD) (se vedlegg 1), og er i samsvar med deres retningslinjer og tilbakemeldinger for prosjektet. Oppgaven anses å fylle kravene til anonymisering, informasjon til deltakere, frivillig deltakelse og samtykke, samt behandling av opptak og senere transkripsjoner. Jeg har også gjort meg kjent med Helsepersonelloven (2001) om taushetsplikt. Jeg har ikke hatt til hensikt å innhente sensitive opplysninger om informantene, foruten kjønn og profesjonsutdanning. Eventuell tredjepartsinformasjon som har forekommet er blitt anonymisert fortløpende ved transkripsjon. For eksempel er kjønnskategorier blitt skrevet om til «hen» under transkripsjon. Ved bruk av kjønn i eksempler i oppgaven er alle benevnt med «han».

5.1.2 Vitenskapsteoretisk plassering.

Prosjektet er kvalitativt og tilhører den humanvitenskapelige tradisjon hvor mennesket og dets livsverden er objekt for kunnskap (Thagaard, 2013). I dette tilfellet har aktører med stilling og/eller funksjon som miljøterapeuter vært subjekter for intervju hvor deres erfaringer og refleksjoner er å anse som «kunnskap» eller «sannhet» (Kvale & Brinkmann, 2015). Ofte blir kvalitative intervju, dybdeintervju eller livsverdensintervju, beskrevet innenfor den fenomenologiske tradisjon og med dette som design for forskningen. I moderne kvalitativ forskning vil ett forskningsdesign, som fenomenologien, sjeldent rendyrkes, og prosjekter vil ofte finne tilhørighet innen flere tradisjoner (Tjora, 2017). Dette er også dekkende for dette prosjektet, som ikke kan sies å være rent «fenomenologisk» forankret, men også henter trekk blant annet fra den hermeneutiske tradisjon.

I oppgaven er det anvendt trekk fra den fenomenologiske tradisjon, og Tove Thagaard (2013, pp. 40-41) har argumentert for at trekk fra fenomenologien kan gi verdifull innsikt innen forskning på helse- og omsorgsfelt. I fenomenologien er fokus på individuelle subjekters erfaringer fra en avgrenset del av deres livsverden. Miljøterapeuter representerer subjekter i dette tilfellet, hvorpå deres erfaringer og meninger om ulike temaer eller fenomener er objekt for kunnskap (Kvale & Brinkmann, 2015). Semistrukturert intervju, anvendt i denne oppgaven, plasseres innenfor den fenomenologiske tradisjon på grunn av metodens åpne form, hvor intervjuet skal ha form en slags «åpen samtale» i formaliserte rammer. Målet er å innhente,

forstå og beskrive informantenes livsverden med utgangspunkt i deres opplevelser – hvor intervjuet foregår rundt bestemte temaer, men samtidig åpner for at samtalen kan lede i ulike retninger beroende på hver enkelt informant. Selv om egen forforståelse har vært viktig under hele prosessen, også i møte med informantene, og selv om den videre analysen er en forskersubjektiv fortolkning (Tjora, 2017) har mål også vært å forsøke å dempe egen forhåndskunnskap for å ikke farge datamaterialet og informantenes meninger mer enn nødvendig. Mening og meningsfortolkning er viktig i fenomenologien, samtidig som at målet er å forstå informantenes beskrivelser ut i fra deres perspektiv og på deres premisser. For å gjøre dette har det vært nødvendig med en form for naivitet i møte med informantene, en naivitet ved noen anledninger har vært mer reell enn ved andre, nettopp av de årsaker nevnt tidligere i kapitlet om egen forforståelse.

Egen forforståelse har likevel hatt en stor innflytelse under hele prosessen, både egen yrkeserfaring og teoretisk kunnskap. Innenfor den hermeneutiske tradisjon, i motsetning til den fenomenologiske, vektlegges forhåndskunnskap hvorpå denne i større grad anses som en nødvendig ressurs heller enn «støy» (Kvale, 1996; Tjora, 2017). Innen den hermeneutiske tradisjon heter det seg at «*All forståelse bygger på en forforståelse*» (Thagaard, 2013, p. 41), og selv om min rolle under intervjuene kan omtales som en «naiv» rolle har dette ikke vært tilfellet ved arbeidet med datamaterialet i etterkant. Hermeneutikken omtales som «*læren om fortolkning av tekster*» (Kvale & Brinkmann, 2015, p. 73), og arbeidet med datamaterialet kan ikke kun beskrives som meningsanalyse, som er fokus i fenomenologien, men også som forskersubjektiv tolkning og gjenfortolkning av datamaterialet og som tekst hvor analysen har hatt form av en frem- og tilbakevirkende prosess fra deler til helhet (Brinkmann & Tanggaard, 2015; Tjora, 2017). Hensikten har ikke bare vært å søke å forstå meningen bak kodede avsnitt, men også sett i sammenheng med helheten av hvert enkelt intervju og for datamaterialet i sin helhet. Denne frem- og tilbakevirkende prosessen har ikke kun vært i arbeidet med datamaterialet i seg selv, men også mellom teori og empiri i form av en abduktiv tilnærming (Miller & Brewer. John D., 2008; Tjora, 2017).

I ulike vitenskapsteoretiske tradisjoner har spørsmålet om objektivitet vært omdiskutert, og kvalitativ forskning og intervju som metode har vært gjenstand for kritikk grunnet manglende mulighet for objektivitet. Objektivitet nødvendigvis at man er fri for forhåndsantakelser eller meninger, men at det er «*frihet fra ensidighet*» (Kvale & Brinkmann, 2015, p. 273). Innen det kvalitative kan man også snakke om refleksiv objektivitet og dialogisk intersubjektivitet. Disse

formene for «objektivitet» styrkes ved at jeg i rollen som forsker reflekterer over og er bevisst egne fordommer og forhåndskunnskap, og således søker å oppnå en form for intersubjektiv forståelse både i møte med informantene og i arbeidet med datamaterialet. Kvalitativ forskning vil alltid inneha en form for subjektivitet eller intersubjektivitet, hvor selve intervjuet representerer det informantsubjektive, og det videre arbeidet representerer en mer forskersubjektiv forankring i dialog med teksten heller enn informanten (Tjora, 2017).

5.2 Kvalitativ metode.

Flere metoder ble vurdert i forkant av prosjektet, deriblant observasjon og fokusgruppeintervju. Disse ble forkastet av flere årsaker. For det første er det, som Tjora (2017) skriver, ofte pragmatiske årsaker som påvirker valg, blant annet ressurser i form av tid og økonomi. Samtidig skal oppgavens formål veie tungt ved avgjørelsen av hvilken metode som egner seg best til formålet (Kvale & Brinkmann, 2015). Formålet med denne oppgaven var å få tilgang til profesjonelle aktører, miljøterapeuter, subjektive erfaringer og refleksjoner om ulike temaer knyttet til omsorgsarbeidet. Fokusgruppeintervju ville medført at ulike deltakers subjektive formeninger vil kunne farge hverandre, og kan være vanskelig å strukturere på en sådan måte at det gir gode data. Observasjonsstudier også forkastet, både på grunn av ressurser, og på grunn av at tredjepartshistorier, som i denne omgang ikke er av interesse, ville forekommet. Dermed falt valget på det semistrukturert intervju som en velegnet metode.

Intervju er *«by their very nature, social encounters where speakers collaborate in producing retrospective (and prospective) accounts or versions of their pasts (or future) actions, experiences, feelings and thoughts.»* (Rapley, 2011, p. 16). Sitatet understreker hvorfor det er blitt ansett som hensiktsmessig å anvende intervju som metode i denne oppgaven. Hensikten har vært nettopp å innhente subjektive refleksjoner det praktiske arbeidet som i sum kan gi økt praksisnær kunnskap om ulike temaer i et avgrenset område av omsorgsfeltet. Intervju er også en metode som er kontekstuell og situasjonelt betinget, og fungerer i likhet med den hverdagslige samtale som en interaksjon mellom to aktører (Kvale & Brinkmann, 2015). Det vil si at intervjuet, og de data som genereres her, vil formes og farges intersubjektivt av de ulike partenes subjektive forståelse, fortolkning og forhåndskunnskaper om et gitt felt og/eller tema. I motsetning til ulike kvantitative forskningsopplegg er det intervjueren selv som er forskningsinstrumentet, og den nøytralitet og objektivitet som kvantitativ forskning vektlegger

er således ikke fullt ut mulig. Derfor er det viktig å være bevisst egne fordommer og forkunnskaper og gjøre rede for disse, som i delkapittel 5.1.

Hensikten med å anvende semistrukturert intervju er å skape rom i situasjonen for en mer fri og åpen samtale, samtidig som fokus er på forhåndsbestemt tematikk likevel opprettholdes (Kvale & Brinkmann, 2015). Når semistrukturert intervju er blitt benyttet er det for at informantene selv skulle influere samtalen ut i fra deres subjektive vurderinger om hvilket innhold de anså som viktig og relevant for de ulike temaene. Det ga også informantene muligheten til å selv komme med digresjoner eller trekke inn andre temaer som jeg ikke hadde tenkt ut på forhånd. Erfaringen fra dette er at det var variasjon mellom informantene hvilke temaer de tilla betydning, og således også variasjon i hvor mye det ble snakket om ulike temaer. For eksempel hadde noen større interesse av lovverket jf. kapitlene om tvang og makt, mens andre virket til å ha større interesse for deltakelse og aktivitet.

Semistrukturert intervju kan også by på visse utfordringer. I motsetning til standardiserte undersøkelser vil det være større variasjon i hvilke data som blir generert fra en informant til en annen. Denne variasjonen medfører at ved små utvalg, som i dette prosjektet, vil det i liten grad være mulig å kvantifisere, eller å generalisere til en populasjon. Dette er heller ikke målet ved kvalitativt intervju. Heller enn kvantifiserbare data er målet blant annet å se hvilke mønstre i datamaterialet som representerer likhet eller ulikhet (Rapley, 2011), hvor dataene går fra å være gjenstand for den informantsubjektive meningsdannelse til den forskersubjektive meningsfortolkning (Tjora, 2017). Variasjonen i hva informantene tillegger mening og hvordan de påvirker intervjuet vil også skape utfordringer for metning innen ulike temaer, noe jeg vil komme tilbake til.

5.2.1 Utvalg.

Rekruttering av informanter vil sjeldent være et rent strategisk utvalg, selv om det er idealet. Ofte må man ty til andre løsninger for å tilgang til tilstrekkelig antall informanter, og det er sjeldent slik at man kan velge og vrake (Rapley, 2011). Dette gjelder også for utvalget i denne oppgaven som både kan omtales som et strategisk utvalg og tilgjengelighetsutvalg hvor rekruttering også har foregått via «snøballmetoden» (Kvale & Brinkmann, 2015). Informantene i denne oppgaven er et strategisk utvalg fordi de oppfyller mine kriterier til deltakelse. Kriteriene inkluderer at informantene arbeider i bolig for personer med utviklingshemning av

moderat grad +/- . Informantene har i tillegg høyere utdannelse som gir de stilling og/eller funksjon som miljøterapeuter med ansvarsfunksjon henimot individuelle beboere i boligen.

Ved rekruttering tok jeg i første omgang kontakt, via e-post, med fem kommuner og enhetene i disse med. I mailen forelå forespørsel om bistand til å lokalisere aktuelle boliger, samt informasjonsskriv vedrørende prosjekt og deltakelse (se vedlegg 2). Av fem kommuner fikk jeg tilbakemelding fra tre hvor to av disse formidlet kontaktinformasjon til aktuelle aktører. Videre kontakt og informasjon ble gjort direkte med potensielle deltakere. Initialt stilte fem informanter seg til rådighet, ved senere tidspunkt ble det også opprettet kontakt med fire andre potensielle deltakere gjennom disse, hvorav to stilte til intervju. Totalt besto utvalget av syv informanter, hvor en av disse ble rekruttert gjennom eget nettverk. Informanten som ble rekruttert via eget nettverk ble forespurt deltakelse på grunnlag av kjennskap til dennes kompetanse innad i feltet. Dette intervjuet ble benyttet som testintervju, men med den hensikt å inkludere intervjuet på lik linje med andre. Tabellen nedenfor viser kjønn og profesjon, etter avtale med informantene.

Informantbetegnelse	Profesjonsutdannelse	Kjønn	Intervju varighet
N1	Vernepleie	Kvinne	47 minutter
N2	Vernepleie	Kvinne	30 minutter
N3	Vernepleie/Sosialpedagogikk	Kvinne	41 minutter
N4	Vernepleie	Mann	1t, 13 minutter
N5	Vernepleie	Kvinne	1t, 10 minutter
N6	Sosionom	Kvinne	49 minutter
N7	Sykepleie	Kvinne	51 minutter

Tabell 2

Miljøterapeut er ikke en vernet tittel, men rekrutterer fra ulike profesjoner (Utdanning.no, 2017). I denne oppgaven er vernepleie, sosionom og sykepleie representert. I tillegg til ansvarsfunksjonen kan miljøterapeutens oppgaver og stilling beskrives som en syntese mellom «miljøterapeutisk arbeid» og «miljøterapi» (Storø, 2016). I dette ligger både terapeutiske oppgaver hvor målet er å på ulike måter styrke brukerens praktiske og sosiale ferdigheter, miljøarbeid gjennom ansikt-til-ansikt-samhandling med brukerne i miljøet, samt utøvelse av

ulike tjeneste- og omsorgsoppgaver (Thomassen, 2016). Miljøterapi beskrives som en terapiform, mens miljøarbeid viser til «*holistisk arbeidsform*» hvor den profesjonelle har interesse og produserer kunnskap om alle sider ved brukeren, også aktiviteter og nettverk (Storø, 2016, p. 172).

Et utvalg på syv informanter kan karakteriseres som relativt lite. Litteraturen viser til at ved intervju, beroende på formål, benyttes ofte utvalg på 15 ± 10 personer (Kvale, 1996; Kvale & Brinkmann, 2015). Både Anne Ryen (2002) og Steinar Kvale (1996) argumenterer for at det ikke nødvendigvis er behov for store utvalg, men at fokus helle bør være på om man oppnår en form for informasjonsmetthet. Det vil si om intervjuer oppfatter at datamaterialet gir tilstrekkelig informasjon om ulike temaer ut i fra prosjektets formål. For mitt vedkommende er en slik «metthet» oppnådd i varierende grad for de ulike temaene ved intervju, men vil argumentere for at datamaterialet likevel er tilstrekkelig for å kunne belyse ulike temaer i prosjektet. I retrospekt ville «metthet» i større grad vært oppnådd ved å gjøre større endringer i intervjuguiden etter hvert som jeg fikk mer erfaringer med hvordan jeg skulle vinkle ulike temaer, som makt. Et større utvalg ville potensielt også gitt en slik effekt. På tross av liten respons for deltakelse valgte jeg å ikke rekruttere innad i eget nettverk utover den ene informanten. Årsaken til dette er at det var viktig for meg å ikke ha kjennskap verken til boligene, personalet eller brukere i egen kommune, primært for å ikke tillegge egen subjektive forforståelse av ulike temaer i større grad enn nødvendig.

5.2.2 Intervjuguide.

Intervjuguiden er utformet etter forslag fra ulike metodebøker (Kvale & Brinkmann, 2015; Tjora, 2017). Guiden (se vedlegg 3) er tematisk basert og grunnlagt på begreper som hentet fra teori tilhørende ulike profesjoner innen helse og omsorg. Formålet var å få tilgang til praksisnær kunnskap, beskrivelser og eksempler om hvordan de opplever arbeidssituasjonen sett i lys av sentrale begreper og idealer på feltet. Guiden har, i likhet med metoden, vært av semistrukturert karakter hvor spørsmålene primært har vært i stikkordsform og fungerer som en «huskeliste» under intervju (Rapley, 2011). Temaene slik de fremstår i intervjuguiden har tidvis variert noe både når det gjelder rekkefølge, formulering og også tidvis innhold. Eventuelle endringer har vært grunnet erfaringer gjort underveis i intervjuene, samt under hvert enkelt intervju grunnet ulike kompetanse og interessefelt hos informantene.

Makt ble ikke formulert som et eget tema i intervjuguiden (se vedlegg 3). Ved de første intervjuene ble det heller ikke stilt spørsmål direkte om makt eller maktbegrepet. Dette var et valg jeg tok i forkant grunnet andre aktørers erfaringer, blant annet Truls Juritzen. Juritzen stilte spørsmål om makt ved intervju av personal i sykehjem og opplevde at han *«(...) følte til tider jeg stod mitt på bordet og hoppet opp og ned mens jeg ropte MAK, MAK, MAK uten at det medførte at makt ble noe tema i større grad av den grunn ...»* (Truls Juritzen, 2013, p. 68). Heller enn «makt» ble det stilt spørsmål om påvirkning, regulering og lignende, samt situasjoner der dette kunne være nødvendig. I retrospekt ser jeg at jeg like gjerne kunne stilt spørsmål vedrørende makt i møte med dette utvalget. Da jeg stilte spørsmål om empowerment ved det fjerde intervjuet tok informanten selv opp makttematikken, og da som noe annet enn tvang. Dette medførte at jeg ved de tre resterende intervjuene stilte spørsmål angående makt, og med varierende resultateter. På den ene siden viste informantene til makt i forbindelse med lovverket om «tvang og makt» og til overgripende intervensjon. På den annen side ga informantene også uttrykk for at maktspekter ligger i rollen som profesjonell og i distinksjonene som skiller yter og mottaker, blant annet gjennom forskjeller i roller, ferdigheter og evner (kognitive så vel som praktiske), samt i personalets språk og kommunikasjon og i metoder for intervensjon og påvirkning.

5.2.3 Gjennomføringen av intervjuene.

Intervjuene ble gjennomført på informantenes respektive arbeidsplasser i arbeidstiden og på et tidspunkt med rom for å utføre intervjuet uten at jeg forstyrret arbeidet, eller andre forstyrret intervjuet. At intervjuene ble utført på arbeidsplassene har flere årsaker. For det første fordi det kunne forekomme taushetsbelagt informasjon om tredjepartsaktører. For det andre fordi informantene ved å være på arbeidsplassen og på jobb da allerede var i «rollen» som personal og miljøterapeut. For det tredje fordi arbeidsplassen representerer et trygt og vant sted for informantene, noe som kan medvirke til at informanten slapper mer av en situasjon som kan være uvant (Tjora, 2017). Jeg forventet at å intervju på arbeidsplass og i arbeidstid ville medføre varierende grad av forstyrrelser, noe som kun skjedde i svært liten grad. Ved to av intervjuene ble seansen avbrutt av annet personal, men kun i underkant av noen minutter og dette medførte ingen utfordringer videre i intervjuene.

Selve opplevelsen av intervjusituasjonen varierte mellom informantene, der noen uttrykte nervøsitet var andre mer fattet og inntok i større grad rolle som «lærer» eller «formidler». I intervjuene der informantene var mer nervøse ble også situasjonen og min rolle mer formalisert,

mens ved intervjuer der informantene var mer trygge i situasjonen var det i langt mindre grad jeg som tok styringen. Som eksempel var det variasjon i hvordan jeg stilte spørsmål. Ved noen intervju kunne jeg stille korte, mer abstrakte spørsmål hvorpå informanten beskrev og ga detaljerte eksempler og refleksjoner. Ved andre tilfeller var det nødvendig med mer presise oppfølgingsspørsmål. Under transkripsjon fra lyd til tekst ble jeg også oppmerksom på at jeg ved noen anledninger hadde stilt mer ledende spørsmål. Dette er ikke nødvendigvis et problem hva det gjelder intervjuenes kvalitet fordi at selv om mine spørsmål kunne være ledende var ikke nødvendigvis informanten enig i min fremstilling av det. Noen av de mer ledende spørsmålene hadde også som funksjon å få en avklaring av hva informanten mente med sin refleksjon eller beskrivelse, hvorpå informantene kunne avkrefte eller bekrefte min forståelse av det. Et eksempel var at ved et intervju stilte jeg et spørsmål i form av en oppsummering, hvorpå informanten bekreftet/avkreftet dette.

Eksempel 1:

R: Så det er viktig å ha helhetlig oversikt over hverdagen?

N7: Ja, det er det. Å se hele bildet.

Eksempel 2:

R: Men har du da bestemt selv om beboeren ikke har ønsket... eller?

N6: Nei, nei, nei!

Selv om noen av informantene var nervøse i større grad enn andre ga de likevel inntrykk av at de var positivt innstilte til å dele sine erfaringer og sin kunnskap, både positive innslag og kritikkverdige forhold innad på egen arbeidsplass og med henvisning til kommune og ulike samarbeidsinstanser i habiliteringen. Informantene uttrykte også at de opplevde intervjuene positivt, og flere kommenterte at det var interessant å kunne reflektere over ulike temaer som det kanskje ikke reflekteres over i like stor grad i arbeidshverdagen.

5.2.4 Utfordringer ved intervju.

Jeg har tidligere beskrevet noen av de utfordringene det empiriske arbeidet har medført, hvorpå dette i stor grad kan knyttes til meg som novise som intervjuer. Ved transkripsjon har jeg observert steder der jeg i større grad burde ha stilt oppfølgende spørsmål, samt steder der jeg som intervjuer burde ha vært flinkere til å lede informanter tilbake til tematikken av interesse. I tillegg har jeg observert steder der visse momenter har blitt underkommunisert. For eksempel

forhold knyttet til pårørende samarbeid, noe som uansett ikke er et overordnet fokus for dette prosjektet. På tross av dette vil jeg argumentere for at datamaterialet både har dybde og bredde.

5.3 Analysestrategi.

Under hvert intervju ble båndopptaker benyttet, hvorpå lydfilene ble transkribert fortløpende etter hvert enkelt intervju. Ved transkripsjon ble dataprogrammet Nvivo benyttet. Jeg erfarte at programmet gjorde transkripsjonsprosessen enklere og mer strukturert ved at programmets ulike funksjoner tillot å spole frem og tilbake ved intervjuer, pause, samt høre intervjuene i slow motion. I tillegg har programmet en funksjon der hvert avsnitt settes i tidsavgrenset kontekst. I mitt tilfelle ble et avsnitt startet ved mitt spørsmål, og avsluttet før neste spørsmål. Å transkribere medfører å omdanne en verbal samtale om til tekstfil, noe som kan by på flere utfordringer (Kvale, 1996). Intervjuet skjer i en kontekst hvor ikke bare den verbale tale er tilstede, men også kroppsspråk, tid/rom og følelsesmessige uttrykk som latter. I tillegg vil det talte språk og det skriftlige språk ha ulik struktur, oppbygning og form (Kvale & Brinkmann, 2015). I tillegg til å benytte Nvivos ulike funksjoner ved transkripsjon valgte jeg også i stor grad å transkribere tilnærmet ordrett og med informantenes «hum-ord», (latter) der dette var viktig og i deres dialektform. Sitater som er anvendt videre i analysen er omgjort til bokmålsform for å forenkle lesning, og hum-ord som «da», «lissom», samt påfallende dialekt er i stor grad endret, uten at selve meningsinnholdet har endret karakter.

Innen kvalitativ forskning finnes i liten grad presise metoder for analyse, og det analytiske arbeidet starter allerede under intervjuet hvor både informant og intervjuer tolker meninger og beskrivelser (Kvale, 1996). Under intervjuene forekom det ofte at informantenes besvarelser ble etterfulgt av lengre digresjoner eller eksempler hvor informanten gjennom disse forsøkte å vise hva som lå i deres initiale ytring. Ved andre anledninger ble det stilt oppfølgende spørsmål fra min side for å bekrefte eller avkrefte informantens meninger. I tillegg hadde jeg ved hvert intervju en notatbok som ble benyttet både under intervju, og snarlig i etterkant av intervju hvor jeg noterte begreper eller utdrag som jeg fant spesielt interessant. For eksempel «usynlig makt» eller at flere benyttet «medbestemmelse» i forlengelse av, eller overfor selvbestemmelse/medvirkning. Selv om analysen starter allerede intervju, ble det primære arbeidet utført under og etter transkripsjon, hvor teksten, transkripsjonen, ble det primære fokus videre.

Initialt ble det forsøkt å kode ved bruk av programmet Nvivo gjennom såkalt «meningsfortettende» koding, «*meaning codensation*» (Kvale, 1996, p. 192), hvor avsnitt i teksten ble redusert til koder for det jeg anså som meningsbærende poeng i teksten (Kvale & Brinkmann, 2015). For eksempel kunne ett større avsnitt forkortes til koden «etiske dilemmaer og ambivalens» eller «maktforhold mellom flere parter». Dataprogrammet var behjelpelig med struktur og oversiktligghet i datamaterialet, og for de initiale kodene. Likevel fant jeg programmet noe kaotisk, og etter å ha utført koding i dette ble transkripsjonene overført til dokumenter hvorpå videre analyse ble utført manuelt, både for hånd og i Word. Senere i arbeidet ble meningskategorisering, «*meaning categorization*» (Kvale, 1996, p. 196) benyttet i en mer tematisk form hvor ulike temaer eller koder ble satt opp, og hvor informantenes ulike beskrivelser eller meninger ble strukturert ut i fra disse. For eksempel «samarbeid med pårørende» med tilhørende beskrivelser hentet fra individuelle intervju som «utfordrende», «ressurs», «har opplevd utfordringer», «ikke opplevd særlige utfordringer» og lignende. Kodingen og kategoriseringen i analysearbeidet kan beskrives som både datastyrt og begrepsstyrt, det vil si både empirinært og med utgangspunkt i teori (Kvale & Brinkmann, 2015). Årsaken til dette er at mange av begrepene forekommer både i det empiriske og i det teoretiske og ble benyttet både av meg og av informantene ved intervju. For eksempel kan koder som selvbestemmelse, medvirkning og empowerment/myndiggjøring beskrives som både data- og begrepsstyrte, usynlig makt og medbestemmelse er datastyrte, mens relativ selvbestemmelse er hentet fra teorien (Nortvedt, 2008). Det ble ikke foretatt noen opptelling med mål om å produsere kvantifiserbare data. Metodene for analyse beskrevet over har en viss tilhørighet i den fenomenologiske tradisjon. Som skrevet tidligere har jeg også hentet trekk fra hermeneutikken hvor fortolkning av tekst, transkripsjonene, er avgjørende. Dermed kan også det analytiske arbeidet plasseres innenfor det som omtales som meningsfortolkning, «*meaning interpretation*» (Kvale, 1996, p. 201). Selv om målet på den ene siden har vært å fokusere på informantenes meninger og beskrivelse har jeg, i rollen som forsker, likevel innehatt et perspektiv og en (for)forståelse av hva jeg søker etter i teksten (Kvale, 1996). Analysearbeidet handler dermed ikke kun om det informantsubjektive, men også om det forskersubjektive (Tjora, 2017). Der førstnevnte skjer i intervjusituasjonen, og i samspillet med informanten hvor denne uttrykker sine subjektive beskrivelser og meninger, foregår den siste i interaksjon mellom forsker og den transkriberte teksten. Meningsfortolkning handler om at man distanserer seg fra det som blir sagt, og søker å tolke meninger ut i fra både egen oppfatning av hva det handler om og i sammenheng med det teoretiske og egen forhåndskunnskap (Kvale, 1996). Denne tolkningen har vært viktig for videre struktur og oppsettet av resultatet. I sum kan metoden(e)

for analyse i dette prosjektet omtales som ad-hoc metode eller bricolage av ulike metoder, da en standard metode innenfor kvalitative prosjekt sjelden blir anvendt (Kvale, 1996; Kvale & Brinkmann, 2015).

5.4 Oppgavens kvalitet.

Kvaliteten på forskningsprosjekter blir ofte vurdert på bakgrunn av kriterier for validitet og reliabilitet, begreper som kan tilsies å ha mer hold i kvantitative forskningsopplegg. Andre har argumentert for å bruke mer dagligdagse uttrykk, spesielt for å vurdere kvaliteten i kvalitative forskningsopplegg, blant annet troverdighet, tilforlatelighet og sikkerhet (Kvale & Brinkmann, 2015, p. 275). I dette prosjektet har jeg valgt å forholde meg til begreper om pålitelighet og troverdighet for å vurdere oppgavens kvalitet, begreper som også hører inn under det mer hverdagslige språk (Kvale & Brinkmann, 2015). Hvorvidt oppgaven kan tilskrives pålitelig og/eller troverdig handler ikke kun det empiriske arbeidet og presentasjonen av dette, men også oppgaven i helhet, samt aktørene som har bidratt i oppgaven, blant annet jeg i rollen som forsker og student og informantene og deres kompetanse og kredabilitet. Målet for metodekapitlet har vært å gi leseren en såkalt «thick description» (Guba, 1981) vedrørende alle sider ved arbeidsprosessen henimot transparens. Dette ved å vise til både egen kompetanse og for forståelse, informantenes kvalifikasjoner, samt ved å søke å redegjøre i detalj ved alle sider ved det empiriske arbeidet.

5.4.1 Overførbarhet.

Oppgaven er et kvalitativt prosjekt som bygger på intervju av et relativt lite utvalg, det er derfor ikke hensiktsmessig å snakke om muligheten til å generalisere. Generalisering har heller ikke vært hensikten med dette prosjektet. I stedet vil jeg argumentere for at oppgaven har et visst overføringspotensiale til andre aktører som opererer innenfor feltet for helse- og omsorg. Overføringsverdien ligger i at det er en viss grad av konsensus blant de individuelle informantene, samtidig som de på ulike måter presenterer meninger og eksempler som både skiller seg ad, men likevel har likhetstrekk. Jeg har også valgt å benytte meg av tidligere forskning på feltet som underbygger oppgavens relevans i feltet og for aktører i helse- og omsorg, blant annet Juritzen (2013), Juritzen & Heggen (2006, 2009) og Sandvin m.fl. (1998). I tillegg til de bidragsytere presentert i teorien har jeg også innhentet kunnskap fra andre artikler og bøker, som ikke nødvendigvis har funnet veien inn i selve oppgaven, og fra offentlige dokumenter og forskningsrapporter. Min hensikt er å innhente og øke den praksisnære

kunnskapen om omsorgsfeltet og fra aktører innenfor dette, noe jeg anser som gjort ved å intervju aktører som miljøterapeuter fra ulike profesjoner innen helse og omsorg. Oppgaven er et bidrag til feltet for omsorgsforskning hvor de teoretiske perspektivene anvendes som tolkning av dilemmaer og utfordringer som informantene, som profesjonelle aktører, opplever i realiseringen av sammensatte målsetninger i deres praktiske arbeid.

Samtidig er det viktig å understreke at ved kvalitative forskningsopplegg vil det vanskelig la seg gjøre å etterprøve både prosjekt og funn (Kvale & Brinkmann, 2015). For det første fordi at i kvalitativ forskning er det forskerens selv som person som er instrumentet, en annen aktør med annen kompetanse, både faglige, metodisk og feltspesifikk, vil sannsynlig finne andre funn. For det andre fordi et tilsvarende prosjekt sannsynligvis ville bestått av andre aktører. For det tredje på grunn av intervjuets form henimot en samtale, hvor spørsmålene eller temaene som er utarbeidet på forhånd er semistrukturert karakter og åpner i så måte for individuelle og subjektive tolkninger og beskrivelser, samt oppfølgingsspørsmål som vil være utfordrende å reproducere gitt intervjuets karakter.

5.5 Presentasjon av datamaterialet og struktur på analysen.

Formålet med denne oppgaven har vært å innhente praksisnær kunnskap og erfaringer fra profesjonelle aktører i arbeid med personer med utviklingshemning. Oppgaven bygger på intervju av et utvalg på syv miljøterapeuter med ulik profesjonsfaglig bakgrunn. Analyse og tolkning av datamaterialet har gitt mulighet til å trekke ut det jeg anser som sentrale mønstre, og som vil utgjøre strukturen for analysen. Del 1 av analysen vil primært være av deskriptiv art og for det første inneholde mål i arbeidet som har gjort seg fremtredende i datamaterialet, og hvor det vil redegjøres for et flertall delmål for livskvalitet. Videre i del 1 det jeg har omtalt som virkemidler for myndiggjøring trekkes inn, det vil si virkemidler informantene trakk frem som er viktige for å komme i posisjon til å påvirke brukernes liv og hverdag, og som primært tilfaller mellommenneskelige og relasjonelle aspekter. Del 2 av analysen omhandler trekk fra datamaterialet som kan tolkes i lys av perspektiver på makt, og i forbindelse med omsorgsmakt hvor både maktens mer direkte og indirekte sider vil trekkes inn. Avslutningsvis vil spørsmålet om normalisering i «myndiggjøringsfasen» bli diskutert, og videre hvordan kapabilitetstilnærmingen som handlingsmodell kan anvendes av miljøterapeuter og i habiliteringsfeltet.

6 Del 1: Miljøterapeutens ansvar, oppgaver, mål og midler.

Ved hvert intervju ble det stilt spørsmål om hva stillingen som miljøterapeut innebærer. To av informantene besvarte dette ut bakgrunn av deres profesjonsfaglige bakgrunn som vernepleiere, hvorpå en av disse viste til at «miljøterapeut» i liten grad ble benyttet som tittel på dennes arbeidsplass. Utvalgets størrelse og datamaterialet gir ikke grunnlag for å si noe konkret om hvorvidt det kan tillegges forskjeller mellom stilling som miljøterapeut og stilling der profesjonstittel blir benyttet, derfor vil det heller ikke differensieres mellom disse i oppgaven. Datamaterialet viser i stor grad konsensus om stillingens, eller funksjonens, innhold og oppgaver, men med noe variasjon i ansvarsoppgaver grunnet profesjonsbakgrunn og kompetansefelt. Sykepleieren uttrykte for eksempel større ansvar på sin arbeidsplass vedrørende somatikk, mens sosionomen uttrykte at hun har liten kompetanse innen atferdsterapeutiske temaer.

Informantene ga uttrykk for at deres ansvar og oppgaver er mangetydige. På den ene siden skal miljøterapeuten «*være i miljøet*», som informant N5 sa. Det vil si utføre og delta i ulike tjeneste- og omsorgsoppgaver, stell, pleie og bistand i likhet med øvrig personal. Informant N5 sa «*jeg gjør akkurat som alle andre, så jeg er ikke noe forskjellig der. Det er bare det at jeg har litt mer ansvar i tillegg*». På den andre siden er det nettopp dette ansvaret, som informant N5 nevner i sitatet, som skiller miljøterapeuten fra andre i personalgruppen. Flere av informantene ga også uttrykk for at deres stilling medfører større ansvar for individuelle brukere, samt utforming og utøvelse av tjenester, rutiner og tiltak. Informant N1 sa «*Hovedoppgaven min er å følge opp, altså ha et tjenesteansvar, sørge for at de jeg har tjenesteansvar for har riktige tjenester ut i fra deres behov for tjenester*». Å ha tjenesteansvar vil, ifølge informant N7, si «*at du har ansvaret ovenfor den brukeren du har det mot. De jeg har det for så legger jeg opp en dagsplan og har oversikt over dagene deres, legger en plan og tilrettelegger etter hvordan de er*». I dette ligger et ansvar for at individuelle brukere får de tjenestene de har krav på og behov for, og hvor utforming av tiltak, veiledning, tilrettelegging, opplæring og bistand inngår. Miljøterapeuten har også et ansvar, sammen med leder og andre i personalgruppen, for å veilede personal og påse at tjenester utøves korrekt og innenfor lovverket. Informant N1 sa «*Det handler ikke om at jeg vet bedre, men at jeg sitter med noen kunnskaper som jeg ikke trenger å sitte alene med hvis det kan gi andre mer kunnskap*». Målet er en trygg og forutsigbar hverdag

for brukeren, hvor viktigheten av en samstemt personalgruppe understrekes. Videre har miljøterapeuten også et ansvar for interne dokumentasjons- og rapporteringssystemer. Det ligger til deres ansvar å påse at dokumentasjonen er korrekt og oppdatert, og at tjenestene ytes på riktig måte. Dokumentasjons- og rapporteringssystemene er også viktige verktøy for å produsere og akkumulere kunnskap om hver enkelt beboer. Miljøterapeutene har også et ansvar for å samarbeide og kommunisere ulike aktører i og utenfor boligen, både gjennom dokumentasjonssystemer og i ansikt-til-ansikt-samhandling. Blant annet fastlege, spesialisthelsetjenester, habiliteringstjenesten, samt pårørende.

6.1 Mål i habiliteringen: Livskvalitet.

Informantenes beskrivelser og redegjørelser rundt ulike temaer ved intervju har dannet grunnlaget for det jeg har tolket som sentrale målsetninger i datamaterialet, og som aspekter ved livskvalitet. Flertallet av informantene ble også stilt eksplisitt spørsmål vedrørende livskvalitet og hva de mener er viktig at de som miljøterapeuter og personal arbeider mot for at individuelle brukere skal kunne oppleve god livskvalitet. På spørsmål om stillingens oppgaver uttrykte informant N2 at hennes oppgave er *«å tilrettelegge for at de får det bra og kan ha et fint, flott liv, forhåpentligvis»*. Informant N3 sa *«Jeg er her i forhold til de og å tilrettelegge deres liv så de får det best mulig i sin hverdag»*. Informant N1 sa *«Jeg er en samarbeidspartner som sammen med bruker, tjenestemottaker, skal komme fram til gode løsninger som gir livskvalitet»*. Noen av informantene uttrykte ambivalens mot å definere betingelser og innhold for livskvalitet, og det ble poengtert at livskvalitet er individuelt og subjektivt betinget. Informant N1 sa *«Livskvalitet er noe for meg. Livskvalitet for hvem det nå skal være ellers er noe de selv må si noe om»*. Informanten presiserte at hun verken som privatperson eller profesjonell aktør har rett til å definere hvilke kriterier som må oppfylles for at andre skal oppleve å ha et godt liv. Likevel ga flere av informantene uttrykk for at livskvalitet er et mål, og pekte på ulike aspekter som kan anses som «subjektive» betingelser for livskvalitet (Barstad, 2014; Carlquist, 2015). På spørsmål om hvilke potensielle mål de som miljøterapeuter legger vekt på beskrev informant N1 at *«Vi skal tilrettelegge for medbestemmelse, best mulig innflytelse og deltagelse i samfunnet på vanlig måte ut i fra deres interesser og behov»*. Informant N7 sa at det handler om å kunne *«ta del i samfunnets aktiviteter, daglige aktiviteter som andre mennesker. At de har en meningsfull fritid, at de har noe å gjøre, at de får til noe og at de får bestemme litt sjøl»*. Spørsmålet om livskvalitet byr dermed på et paradoks; På den ene siden er det beboerne selv som skal gi uttrykk for hvilke betingelser som nødvendigvis må

oppfylles for at de skal oppleve å ha livskvalitet, på den annen side er det likevel nødvendig at de profesjonelle aktørene er bevisst på og medvirker til både å definere og forme betingelsene for livskvalitet og mulighetene for å oppnå dette.

Ovenfor er det trukket frem noen av betingelsene for livskvalitet som informantene ga uttrykk for, både eksplisitt og implisitt, og som jeg har tolket som delmål for livskvalitet. Videre i dette kapitlet vil disse målene redegjøres for, tolket innenfor begreper om innflytelse, deltakelse, helse og mestring.

6.1.1 Delmål 1: Innflytelse.

Innflytelse er tolket på bakgrunn av informantenes refleksjoner og beskrivelser ved spørsmål om selvbestemmelse, medvirkning og til en viss grad empowerment, samt eksempler informantene trakk inn på eget initiativ. På spørsmål om selvbestemmelse og medvirkning ble det i liten grad uttrykt noe klart skille fra informantenes side, og begrepene vil omtales nærmest synonymt her. I tillegg ble begrepet «medbestemmelse» benyttet av flere informanter, både i forlengelse av selvbestemmelse og medvirkning, og som et slags paraplybegrep for disse. Empowerment ga en viss variasjon i konnotasjoner, men med liten innholdsmessig variasjon, hvor det i hovedsak ble beskrevet som å styrke brukernes mulighet for innflytelse av eget liv og i sammenheng med selvbestemmelse og medvirkning, og som maktoverføring.

I følge informant N3 handler innflytelse, selvbestemmelse eller medvirkning om «å la beboeren ha så mye selvbestemmelse som mulig. Så mye innflytelse i eget liv som de kan ha». Informant N7 sa «Det er jo at alle skal få lov å bestemme over seg sjøl, sin kropp, sin hverdag. De, brukerne, skal være med dem også». Informant N1 beskrev at miljøterapeutens rolle i forbindelse med individuelle beboeres innflytelse er å «sørge for å ivareta den enkeltes behov for medbestemmelse, innflytelse i egen hverdag, og tilrettelegge så godt som mulig for det». Informant N4 sa at «man skal, så langt som mulig bestemme sjøl, ha kontroll over eget liv sjøl. Vi er her på brukernes premisser og ikke motsatt». Informantene uttrykker tydelig at brukerens rett til å influere og bestemme i egen hverdag skal være styrende, og at deres oppgave og ansvar ligger i å tilrettelegge for og påse at retten til å ha innflytelse opprettholdes. Samtidig ga flere av informantene uttrykk for at retten til selvbestemmelse, innflytelse, medfører dilemmaer og etiske gråsoner i det praktiske arbeidet, som vil bli trukket frem utover i analysen. Flere av informantene anvendte begrepet «medbestemmelse» synonymt eller i sammenheng med selvbestemmelse og medvirkning, noe som kan tolkes som at innflytelse er noe som skjer i

samspill *med* miljøterapeutene hvor disse i regi av deres posisjon og stilling påvirker brukernes innflytelse. I en slik forståelse handler medbestemmelse om at ulike aktører i omsorgsrelasjonen i varierende grad og i ulike kontekster *med-virker* og *med-bestemmer*. Reell selvbestemmelse eller innflytelse for personer med utviklingshemning vil betinges av deres forutsetninger for å mestre dette uten intervensjon fra andre aktører som miljøterapeuter (Bjørnrå, 2008; S. Johansen, 2008; Lysvik, 2008; Nortvedt, 2008). Personalet er ofte de aktører som brukeren forholder seg mest til i hverdagen, noe som gir personalet et ansvar til å ha et aktivt forhold til hvordan de møter brukerne. Ved å tilrettelegge for med-bestemmelse, selv-bestemmelse, innflytelse og mulighet til å mestre vil «*de kanskje føle at de er verdt noe*» som informant N2 sa. Det samme kan sies om hvordan personalet møter brukerne. Skal slike ting oppnås på samfunnsnivå, må det nødvendigvis starte på individnivå.

Det gjelder rett og slett påfyll, kompetansepåfyll i å kunne ta egne valg, påvirke egen hverdag, og det kan være en vanskelig jobb. Det krever bevissthet, og det krever å gi den enkelte tid til å komme fram til gode løsninger sjøl der hvor det er mulig. [Informant N1].

For å styrke muligheten til å influere viste informantene til at veiledning, samarbeid og ulike målrettede aktiviteter kan anvendes som kompetansehevende tiltak. Hensikten er å gi brukeren mulighet til å reflektere over egne valg, og hvor den profesjonelle fungerer som en partner for dialog og refleksjon. Målet er at brukeren gjøres i stand til å mestre forutsetningene for innflytelse, selvbestemmelse og beslutningskompetanse (Nortvedt, 2008).

Man må jo nesten si det til dem at du er herre over ditt liv på en måte, du styrer ditt liv. Ja, og det skal du vite at ingen kan gjøre noe med deg, du har lov å si nei. Det er din kropp, det er ditt liv. Man må nesten si det, for hvis ikke så tror jeg de kanskje bare er med på å bli styrt rundt. [Informant N7].

I noen tilfeller må brukeren også gjøres bevisst på dennes faktiske rett til å bestemme og medvirke. Hvis brukeren er vant med å nærmest bli styrt av signifikante andre vil han eller hun i konsekvens la seg styre uten at vedkommende yter motstand eller reflekterer over dette.

Medbestemmelse: utfordringer og ambivalens.

Retten til selvbestemmelse kan og vil by på daglige utfordringer ifølge informantene, i tillegg ga noen av informantene uttrykk for ambivalens knyttet til dette. Diagnosen utviklingshemning

representerer ikke en homogen gruppe, og det vil være variasjon i til hvilken grad hver enkelt mestrer betingelsene for å ha og bruke selvbestemmelse, medvirkning og for å bli ansett som beslutningskompetente. Variasjonen er også situasjonelt betinget hvor det i ulike kontekster vil knyttes usikkerhet til hvorvidt individet forstår konsekvensene av valg (Nortvedt, 2008). I noen tilfeller vil det være nødvendig at personalet intervensjoner i individets handlingsrom, enten gjennom påvirkning og overtalelse, eller ved at den utviklingshemmede blir definert som ikke-beslutningskompetent (Helsedirektoratet, 2015). På den ene siden handler det om at «*Man må få lov å ta valg, selv om de valga kanskje ikke nødvendigvis er bra for personen*» ifølge informant N6. På den andre siden vil det være situasjoner som gjør det nødvendig for personalet å innskrenke brukerens handlingsrom der brukeren ikke anses å ha forutsetningene for å være beslutningskompetente. Informant N5 sa «*alle har jo ikke samtykkekompetanse*» og brukte som eksempel samtykkekompetanse i forbindelse med nødvendig helserett «*De vil ikke skjønne at man må til tannlegen for å ordne hvis det er skade, hvis ikke vil tennene råtne*». Flere av informantene trakk inn helse og helserelaterte avgjørelser som eksempel på situasjoner som utfordrende grunnet variasjon i evne til å forstå nødvendigheten av å benytte ulike helsetjenester, samt konsekvensene av valg, for eksempel å ikke gå til tannlege ved tannpine, ikke gjøre kostholdsendringer ved diabetes eller unngå legebesøk ved smerte. I slike tilfeller vil personalets observasjoner og miljøterapeutens argumentasjon og dokumentasjon bidra til at brukeren defineres som ikke-kompetent i situasjonen, i samråd med andre aktører som fastlege, fylkesmann og eventuelt verge. Flere av informantene uttrykte at det er sjeldent noen blir fratatt beslutningskompetansen, og at retten til å selv bestemme går langt. Her ligger også grunnlaget for den ambivalens som ble uttrykt av noen av informantene. Informant N3 sa «*Det er fint at man har medbestemmelsesrett. Da er det innmari dumt at man ikke skjønner konsekvensene av å spise Grandiosa og drikke cola hver dag*». På den ene siden beskrives retten til å selv bestemme og ta avgjørelser i eget liv og hverdag positivt og som et mål for deres arbeid. På den annen side legger de ikke skjul på at mange har behov for veiledning og påvirkning for å kunne håndtere sin hverdag uten påfølgende negative konsekvenser, hvor informantene viser til ulike strategier og teknikker for intervensjon og påvirkning. Strategier som bidrar til å forsterke forståelsen av selvbestemmelse som relativ heller enn reell (Lysvik, 2008).

6.1.2 Delmål 2: Deltakelse.

Deltakelse var ikke et eget tema i intervjuguiden, men ble trukket inn på spørsmål om normalisering og adferdsregulering av informantene og som oppfølgingsspørsmål fra min side. Deltakelse handler om å ha mulighet til å delta i situasjoner eller aktiviteter som hvert enkelt

har interesse av og/eller finner glede i. Dette inkluderer aktiviteter i og utenfor boligen, både aktiviteter tilrettelagt spesielt med tanke på utviklingshemmede og ordinære aktiviteter i samfunnet. Flere av informantene viste til at i deres ansvar for å tilrettelegge, handler det også om å tilrettelegge for deltakelse i ulike aktiviteter.

Hvis man skal på en konsert, så tilrettelegger man jo for at den personen kommer seg på konsert, at man får en plass som er tilrettelagt for at den personen skal få en best mulig opplevelse. At man sier ifra til for eksempel konsertarrangøren at nå kommer vi med en rullestolbruker, vi har behov for det og det, kan dere hjelpe oss med det? [Informant N2]

I andre tilfeller er det ikke mobilitet og hjelpemidler som gjør tilrettelegging nødvendig. Potensielle adferdsutfordringer hos individuelle brukere vil også gjøre det nødvendig å tilrettelegge på den sånne måte at personalet har mulighet til å skjerme brukeren og/eller andre deltakere. Informant N6 beskrev at det handler om å ha kjennskap til ulike «triggere», det vil si elementer som kan utløse adferd som kan karakteriseres som utfordrende. Informant N5 viste som eksempel at ulike «triggere» kan utløse angst eller aggressiv adferd i sosiale settinger hvor personalet raskt må kunne få brukeren ut av situasjonen. Ved å ha kjennskap til slike triggere og ved å ha gode rutiner på dette kan personalet i ulike situasjoner og aktiviteter tilrettelegge for å unngå dette ved at man, uten nødvendigvis å gjøre brukeren bevisst på det, plasserer seg i nærheten av utgang eller utenfor den største folkemengden. Informant N5 viste også til at i noen tilfeller er det nødvendig å tilrettelegge en aktivitet spesielt for brukergruppen fordi ikke alle mestrer de normative forventningene i aktiviteten. Informant N5 viste til at tidvis ble det satt opp kino spesielt med tanke på en brukergruppe som kanskje ikke mestrer de normative forventningene andre har til kinoopplevelsen. På den ene siden for å gi brukergruppen mulighet til å delta på en slik aktivitet, og hvor det vil «være rom for at det er lyd på en annen måte» som informant N5 sa. Informant N2 uttrykte at det handler om «at de skal få delta på like premisser, at de får delta på turer og sånt som vi andre gjør, restaurantbesøk ...». På den andre siden for å skjerme andres opplevelse av forestillingen hvor informant videre beskrev at «Hvis vi to går på kino og det sitter noen og hyler bak oss så ville vi kanskje reagert for det ødelegger kinoopplevelsen».

I eksemplet om kino handlet det primært om at noen uttrykker seg med et lydnivå som i visse situasjoner vil oppleves skjemmende av andre deltakere, mens i andre situasjoner vil ikke slike handlinger oppleves som brudd på aktivitetens uformelle normer. Deltakelse i ulike aktiviteter,

både tilrettelagte og ikke-tilrettelagte setter således krav til at brukeren til en viss grad mestrer både sosiale og praktiske ferdigheter noe som kan by på utfordringer i det sosiale samspill. På den ene siden «skal de også være integrert i samfunnet. Det er rom for at de skal få være seg, får lov å sitte å hyle sammen med fuglene eller... ja» som informant N5 sa, og videre at «De har sin problematikk og dem må vi selvfølgelig ta hensyn til, men det er også viktig at så langt det lar seg gjøre så må vi få dem ut i samfunnet». På den andre ble det gitt uttrykk for nødvendigheten å ta hensyn til individuelle forutsetninger for å delta i ulike kontekster hvor informant N5 understreket at «Ikke alle kan være med på alt» selv om inkludering og deltakelse er sterke målsetninger.

Deltakelse i relasjoner og tilknytning.

Ved intervju ble det stilt spørsmål om hvordan miljøterapeutene kan medvirke til å hjelpe brukerne med å skape eller opprettholde relasjoner og tilknytning til ulike aktører som venner og familie. Informantene ga uttrykk for at relasjoner kan være, og ofte er, utfordrende for personer med utviklingshemning. Informant N3 sa «Det å ivareta relasjoner det kan være veldig vanskelig, så det trenger de ofte hjelp til.». Informant N4 sa «Nettverksbygging er jo noe vi forsøker å jobbe opp mot, men det er fryktelig utfordrende». I likhet med WHO's (2017) definisjon av nedsatt kognitiv evne, uttrykte også informantene at utfordringene kan tillegges manglende forutsetninger for å forstå hvordan man skaper og opprettholder relasjoner. En av informantene uttrykte også at variasjonen i kognitiv evne medfører utfordringer med å finne likesinnede som de kan ha en relasjon til. Informant N4 sa «Noen brukere faller mellom to stoler, som egentlig er kognitivt sterke da, som gjør at andre med utviklingshemning egentlig blir på for lavt funksjonsnivå, samtidig som mennesker uten utviklingshemning blir for høyt». Noen av informantene kritiserte også ulike kommuner for å ikke legge til rette for aktiviteter og møteplasser for personer med utviklingshemning.

På den ene siden viste informantene til at de arbeidet for å legge til rette for å skape og opprettholde relasjoner til både venner, familie og naboer i boligene. Informant N2 sa «Vi prøver å legge til rette for at alle skal få en god relasjon til andre rundt seg, familie, venner og, ja, naboer» og videre «legge til rette for at de skal ha kontakt med familien sin». Flere av informantene pekte også på at det ikke kun handlet om aktiviteter utenfor boligen, men også innad i boligen.». Informant N2 sa «Vi har også sånn at vi av og til, støtt og stadig, har litt felles aktiviteter eller reiser på turer. Legger til rette for at de [brukerne] skal kunne være sammen da». Sosialisering innad i boligen kan både tolkes som et mål i seg selv, og som et

middel for sosial ferdighetstrening ved at beboerne blir gjort oppmerksom på hvilke regler for adferd og handling som blir ansett som riktig i slike situasjoner. I mange tilfeller er det nødvendig å veilede individuelle og gjøre individuelle brukere oppmerksomme på hvilke forventninger som ligger både i relasjoner og i samspill med andre. Informant N3 sa «*Det er jo ikke alltid logisk hva de skal gjøre, så kan vi gå inn og veilede. Si at det er lurt at du tar en telefon, eller skal vi hjelpe?*». Samtidig er det en balanse mellom det å oppfordre til sosial omgang og sosial ferdighetstrening, og å anerkjenne brukerens rett til å motsette seg sosialisering. Brukerens rett til å influere skal være avgjørende, og som informant N1 sa «*Tenker vi sosial da, sosial ferdighetstrening for eksempel, eller det å være i sosiale settinger, så er jo pri en at tjenestemottaker sjøl ønsker å være i en sånn setting*».

6.1.3 Delmål 3: Helse.

Helse var ikke i et tema i intervjuguiden, men et tema som flerparten av informantene trakk inn i ulike sammenhenger, og hvor det ble uttrykt større utfordringer knyttet til kosthold og livsstilssykdommer. Personer med utviklingshemning har økt risiko for overvekt og somatikk relatert til kosthold og livsstil sammenlignet med befolkningen for øvrig (Tøssebro et al., 2015), noe også informantene viste til. Noen av informantene uttrykte at i retten til selvbestemmelse ligger også en «rett» til å ta valg som i ytterste konsekvens kan medføre store helsemessige utfordringer, i likhet med alle andre. Informant N3 sa «*En som har diabetes da, men som velger å likevel spise helt feil. Det har jo vedkommende lov til hvis det ikke foreligger et vedtak, tvangsvedtak. Det skal veldig mye til for å få det*». Samtidig pekte informantene på at lovverket åpner for intervensjon ved fare for liv og helse, og for å benytte forebyggende tiltak der disse ikke inngår i definisjonen av «tvang og makt» (Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester, 2011). Informant N7 sa «*De trenger veiledning, noen vil, istedenfor å spise middag, så vil de spise godter hver dag*». Informant N5 sa «*De er jo voksne personer, men de trenger litt hjelp for å skjønne ting og se konsekvensene av det*». Som informantene peker på ligger det til deres oppgave, både som personal og som ansvarlig for tjenester, å veilede og hjelpe brukerne i situasjoner relatert til helse også ved å tilby såkalte ernæringskurs. Informantene viser til at det først og fremst handler om forebygging og å arbeide i forkant. Informant N5 viste til eksempler der livsstilsvaner kan og har medført helsemessige utfordringer, og hvor hun som miljøterapeut har forsøkt ulike metoder for å forebygge eller minske disse utfordringene på sikt.

Jeg tenker jo det at hvis personen fortsetter som han gjør, så har han diabetes om tre år. Hvis han får diabetes så får han ikke noe av det [godteri], ikke sant. Da må vi ta bort alt av sjokolade, brus, godteri. Da tenker jeg at det er bedre at vi forebygger. [Informant N5].

I likhet med innflytelse handler det om å benytte metoder for å heve andres kompetanse om og rundt egen helse og å overføre informasjon og kunnskap om sunne og usunne vaner og konsekvensene av disse til brukeren. I tillegg viste informantene til strategier for motivasjon og forsterkninger for å forsøke å endre brukeres vaner henimot kostholdsending eller økt aktivisering. Metoder som informant N5 beskrev at til tider befinner seg «*akkurat på grensa*» av det som er innenfor grensene i lovverket. Som eksempel viste hun til at noen vil ha utfordringer med å begrense inntaket av mat i den grad at vedkommende spiser alt han eller hun kommer over, enten det er tilberedt eller ikke. For å redusere konsekvensene av dette ble det igangsatt tiltak der brukeren ikke har tilgang til all maten på leilighet, men hvor deler av matbeholdningen befinner seg et annet sted i boligen, og hvor personalet kan supplere ved behov. «*Personen kan spise, det står jo ting i kjøleskapet, men ikke alt står der. Så fyller jo vi bare på hvis den har spist opp*» forklarte informant N5. At tiltaket er «*på grensen*» tolker jeg som at det er blitt satt i gang med konsensus fra bruker, i den grad brukeren har forutsetninger for å medvirke og forstå tiltakets omfang. Samtidig viser informantene til at retten til å selv bestemme kan by på utfordringer ved forslag og innføring av ulike former for tiltak. Retten til å ta valg og bestemme i eget liv og utforming av tjenester er også et rett til å motsette seg eventuelle forsøk på intervensjon og påvirkning, også helsehjelp, om enn innenfor lovverkets grenser. Noen av informantene påpekte at ved mindre grad av motvilje, og i situasjoner der konsekvensene kan bli graverende på sikt, vil de ofte fortsette å forsøke å få gjennomslag. Informant N4 påpekte viktigheten av det han omtalte som «*tillitsskapende arbeid*» som ligger i alle aktører innen helse sitt ansvar, enten man er personal i bolig, tannlege eller fastlege. I tillegg ble det vist til at andre aktører kan medvirke til å påvirke brukeres vilje henimot tiltak, blant annet fastlege eller spesialister ved å orientere og informere om behov og konsekvenser med en annen form for ekspertise enn det som tilfaller miljøterapeutens rolle.

6.1.4 Delmål 4: Mestring.

Ved intervju ble det stilt spørsmål om hvordan miljøterapeutene er med på å opprettholde og utvikle brukernes ferdigheter, og om strategier, rutiner eller metoder for dette. Informantenes beskrivelser kan tolkes som en todeling av mestringsbegrepet, mellom praktisk og sosial mestring. Å mestre, enten det er praktisk og/eller sosialt, er ofte en forutsetning for å ha

mulighet til å ha innflytelse, delta i aktiviteter og relasjoner, og i noen grad innenfor helsemessige aspekter. Sosial og praktisk mestring handler om å mestre ulike aspekter i eget liv og hverdag som samtidig kan bidra til å styrke brukernes mulighet til å løsrive seg fra den «hjelpende sektor» (Askheim & Starrin, 2008). Mestring kan forstås både som middel og som mål i seg selv. Som mål handler det ifølge informant N1 om «*at de selv skal takle mest mulig sin hverdag, utfylle mest mulig sin hverdag*». Personalets oppgaver ligger i å gi tjenester som veiledning, rådgivning og ferdighetstrening, og som på sikt kan skape rom for å opprettholde eller øke brukernes potensial for mestring. I mange situasjoner vil både praktiske og sosiale ferdigheter være nødvendige og utfylle hverandre, likevel har jeg valgt gjøre en todeling av disse nedenfor.

Praktisk mestring.

Praktisk mestring handler om å mestre praktiske, daglige gjøremål, aktiviteter som ofte blir tatt for gitt av personer uten nedsatt funksjonsevne. Informantene viste blant annet til aktiviteter som tilfaller eget stell og pleie, spisesituasjon, mobilitet, husarbeid, samt økonomi og bruk av betalingsmidler. For voksne personer med utviklingshemning handler det ifølge informantene primært om å ivareta og opprettholde brukerens ferdigheter, og kun til en viss grad forsøke å øke. Noen av informantene pekte på at det handler om å gi brukerne ferdighetene til å i større grad ha kontroll over egen hverdag og gjøremål som inngår i disse, uten at andre aktører intervensjonerer mer enn nødvendig. «*Vi er veldig opptatt av at vi ikke skal ta bort ting fra dem*» sa informant N5 og pekte på viktigheten av å «*være flink til å faktisk la de få lov til å ordne ting sjøl*». Informant N5 brukte til påkledningssituasjonen som eksempel og sa «*Jeg skal ikke gå inn og kle på hvis jeg vet at personen klarer å kle på seg selv, det jeg vet de klarer*». Der det er behov kan personalet benytte metoder for veiledning og instruksjon. Informant N4 brukte oppvasksituasjon som eksempel og sa «*Hvis man skal vaske opp «husk nå må du ta først proppen i, fylle oppi vann og såpe, og så ...»*». Informantene viste også til eksempler på tilrettelegging via hjelpemidler, for eksempel ved dusj- og toalett, informant N5 sa «*Noen trenger mye hjelpemidler, men faktisk med å ha det så klarer de å gjøre noen ting sjøl, klarer å sitte aleine på do på grunn av man har hjelpemidler tilrettelagt rundt, klarer å kle av seg selv*».

Poenget informantene gjør er at for at brukerne skal kunne opprettholde og eventuelt øke sine ferdigheter er det nødvendig at de «*får lov til å gjøre det de sjøl mestrer*» som informant N2 sa. Noen av informantene opplevde at enkelte i personalgruppen til tider «*overkjører*» enkelte

brukere som informant N7 sa, og beskrev erfaring med at noen oppfatter enkelte brukere som trege eller lite effektive, eller fordi enkelte i personalgruppen nærmest syntes synd på dem. Informant N7 sa «*når de klarer ting sjøl så er det jo veldig viktig å ikke sy puter under armene på dem, selv om man kanskje syns synd på dem fordi de ikke klarer å gjøre det selv. Men de trenger faktisk det for å vokse og for å utvikle seg videre*». Informantene gir dermed en forståelse av at det kan være en utfordrende, men viktig balanse mellom å gi hjelp og å la brukeren utføre oppgaver selv. Informant N5 beskrev at hennes rolle er å være til stede «*så står jeg heller ved siden av og hjelper til hvis jeg ser at det er vanskelig og de kanskje begynner å bli sinna*». Hun presiserte videre at selv om ikke alle mestrer alt er det viktig at de får mulighet til å gjøre det de faktisk kan, delta i det de kan «*om det så bare er å skjære en gulrot, så kan de skjære den og så kan vi koke. Så får de den mestringsfølelsen, føle at jeg deltar i egen hverdag, det er mitt liv*». Hvis personalet intervensjonerer og overtar i enhver situasjon, også der brukeren mestrer vil konsekvensen være at de «*til slutt bare sitter der*» som informant N5 sa.

Sosial mestring.

Sosial mestring handler om å mestre forutsetningene for å være bevisst på, forstå og handle ut i fra formelle og uformelle normer i samfunnet og i møte med andre aktører. På den ene siden handler det om å ha kunnskap om og agere ut i fra de formelle normene i et gitt samfunn. Informant N5 sa «*De som alle andre kan ikke gjøre noe alvorlig, de har samme lovverk som vi har, de har heller ikke lov til å slå noen*». På den andre siden handler det om å stille forventninger til handling og adferd innenfor de uformelle normene i det sosiale samspill. Informant N6 omtalte dette som forventninger til «*folkeskikk*» og viste til at i likhet med andre aktører må det også stilles forventninger til utviklingshemmedes adferd og fremtreden, nettopp for at de skal anerkjennes både som voksne og som kompetente aktører, også med deres «*annerledeshet*» (Goffman, 1956; Honneth & Holm-Hansen, 2008). Informanten erfarte at visse aktører nærmest unnskyldte former for adferd med henvisning til diagnosen utviklingshemning, noe hun mente medfører konsekvenser for mestring av sosiale ferdigheter og viser til manglende forståelse for utviklingshemmede som mennesker.

Hvis du ikke setter forventninger til funksjonshemmede så tenker jeg at det syns jeg er litt trist. For da tenker du at de er dårligere enn deg sjøl. Jeg syns det er viktig å ha forventninger, fordi at det å ha forventninger til andre er en form for å si at du tenker at de kan bedre, eller at «du» kan mer da. Det å behandle dem som du ville gjort med andre. [Informant N6].

Informantene gir uttrykk for at det ligger miljøterapeutenes og personalets ansvar og oppgave å bidra til både opprettholde og øke brukernes sosiale ferdigheter, blant annet gjennom sosial ferdighetstrening, veiledning og ved å være bevisst egen adferd i møte med brukerne. Samtidig er det ikke gitt at mottakeren av slike tiltak har forutsetningene for å forstå eller internalisere formålet med slike tiltak. «*Det er ikke sikkert alle skjønner konsekvensene av handlingene sine*» sa informant N5, enten det gjelder formelle eller uformelle normer. Informanten sa videre at «*da må jo vi beskytte dem og andre, vi som er personal*» og viste til at deres ansvar ikke kun ligger å arbeide i forkant, men også ansvar for å unngå at utfordrende situasjoner for graverende konsekvenser for bruker eller andre aktører. Beskyttelse, som informant N5 viser til, handler også om å søke å beskytte brukerne fra stigmatisering og konsekvenser av dette, og således kunne oppnå større grad av inkludering ved at brukerne mestrer sosiale normer.

6.2 Oppsummering.

Informantene ga uttrykk for høyt bevissthetsnivå knyttet til ulike målsetninger som tillegges deres ansvar og oppgaver, og som er sentrale aspekter i offentlige retningslinjer og lovverk henimot myndiggjøringstenkningen. Miljøterapeutenes beskrivelser og refleksjoner kan tolkes som at idealer om innflytelse, inkludering og deltakelse er forankret i deres praktiske arbeid. Samtidig uttrykker informantene gjennom deres eksempler at de daglig møter utfordringer og dilemmaer i møte med brukerne og i realiseringen av slike idealer. I tillegg byr det på utfordringer ved spørsmål om hvem som skal definere betingelsene for livskvalitet og til hvilken grad miljøterapeuter og personal skal og bør intervenere for å påvirke brukernes mulighet til å realisere ulike målsetninger. Dilemmaer og utfordringer trukket frem i dette kapitlet vil utforskes videre i neste kapittel som omhandler de virkemidler informantene uttrykker å ha til rådighet i møte med brukerne og i arbeidet mot ulike idealer forstått som mål i habiliteringen av mennesker med utviklingshemning. Virkemidler som bidrar til at miljøterapeuten kan komme i posisjon til å influere brukerens liv og hverdag.

7 Virkemidler for myndiggjøring: Fra relasjon til posisjon.

Flere av informantene uttrykte, både implisitt og eksplisitt, at for å komme i en posisjon der de som miljøterapeuter kan komme i en posisjon der de kan innvirke i brukeres liv henimot individuelle eller kollektive mål, må visse betingelser være til stede. Noen av mine spørsmål ved intervju omhandlet hva informantene anså som viktig i møte med brukere, hvordan de får tilgang til den kunnskap de trenger om individuelle brukere, og ikke minst hvordan de som profesjonelle aktører kan innvirke på brukernes liv. Informant N1 sa «*Trygghet, tillit, respekt i en relasjon, når det er oppnådd så kommer man også litt i posisjon til å kunne, på en måte, gi råd, veiledning, bistå mest mulig*». Ved en senere anledning sa hun «*at det å ha en god relasjon til tjenestemottaker i utgangspunktet kan gjøre det lettere å komme i posisjon for igjen kunne motivere eller...ja*». Selv om informantene ga uttrykk for en viss grad av variasjon i hvilke trekk de mente var viktige for å oppnå relasjon, anser jeg informant N1s beskrivelse som en god oppsummering av de variasjonen i datamaterialet. Kun informant N1 ga eksplisitt uttrykk for en relasjons/posisjons-tenkning, mens dette ble mer implisitt uttrykk av andre informanter som ga uttrykk for at relasjonelle betingelser ofte må være oppnådd for å kunne ha en påvirkning både hos bruker og i deres tjenester og hverdag. Det handler her om mellommenneskelig kompetanse og kunnskap om forventninger til roller, til forholdet mellom nærhet og distanse i møte med brukerne, om likhetsidealer i det praktiske arbeidet, om kommunikasjon og dialog i samarbeid, og til respekt og anerkjennelse for brukerne som mennesker.

7.1 Mellom nærhet og distanse; Likhetsidealer og behov for differensiering.

I institusjoner som bemannede boliger/bofellesskap er nærhet til og interaksjon med brukerne en stor del av arbeidsdagen (Mørch, 1994; Skau, 2011). Informant N7 sa «*i en bolig så blir det jo alltid det, fordi man er sammen hele tiden*». I privatlivet kan man i prinsipp velge hvilke signifikante andre man ønsker å forholde seg til. På arbeidsplassen og i møte med brukerne forholder dette seg annerledes noe som gjør det nødvendig at personalet har høyt bevissthetsnivå i møte med individuelle brukere, og til forventningene som tillegges deres rolle og til den mer formelle relasjonen mellom profesjonell og bruker. Det handler om å mestre

balansen mellom nærhet og distanse til brukeren, om likebehandling av brukere selv om man kan ha en bedre relasjon til visse enn andre, og det handler om å tilpasse seg som profesjonell i møte med tjenestemottakerne. Dette kan være en utfordrende balanse mellom idealer om likhet og nødvendig differensiering. Det er derfor viktig at personalet er bevisst grensene mellom nærhet og distanse, og mellom det å opptre profesjonelt og det være personlig i møte med hver enkelt beboer. Denne balansen krever høy grad av bevissthet, noe informantene peker på at kan være utfordrende.

Jeg prøver å være så profesjonell som mulig, og jeg tror det er mange som misforstår det med å være profesjonell og det å gi av seg sjøl. Fordi at det betyr ikke at man ikke kan ha nærhet selv om man er profesjonell, men man trenger ikke bli personlig av den grunn. [Informant N4].

Selv om nærhet en viktig del av omsorgsarbeidet er det likevel en mer formalisert relasjon enn for eksempel forholdet mellom foreldre og barn (Goffman, 1956). Det er derfor nødvendig at personalet mestrer balansen mellom den profesjonelle og en mer kameratslig rolle, mellom det å gi av seg selv som tjenesteyter og som privatperson (Mørch, 1994; Skau, 2011). Informant N7 sa «*det er jo godt med relasjoner da, men man skal jo lissom tenke profesjonelt også, at det ikke blir for nært*». Informant N4 uttrykte at det også handler om å ha balanse mellom kravsituasjoner og å tilføre noe positivt, «*i den grad kravsituasjoner ikke er noe positivt*» som han sa. I tillegg ble det beskrevet at man i rollen som personal må være bevisst på hva man deler fra det private, hvem man deler det med og i hvilken setting. Flere hadde observert situasjoner der personal diskuterte eller delte utfordringer på fellesarealer enten med bruker eller med brukere til stede. Når omsorgsrelasjonen beskrives som en asymmetrisk relasjon handler det ikke kun om statusforskjeller, men også forskjeller i kunnskap om hverandre (Vågan & Grimen, 2008). Noen av informantene uttrykte at det ligger i deres ansvar, både som miljøterapeut og personal, å oppnå målet om gode relasjoner. Informant N4 sa «*det er litt sånn min fordømte plikt, det er jo at jeg skal bli likt. Ikke til enhver pris, jeg skal ikke selge meg sjøl, men de skal like meg*».

Informantene ga også uttrykk for at omsorgsarbeidet i prinsipp foregå ut i fra det som kan tolkes som et «likhetsideal», det vil si et ideal om likebehandling av alle, uten at dette betyr at alle skal behandles likt. Det handler om at enten man er miljøterapeut eller personal for øvrig skal man møte alle på like premisser, «*gå inn med et åpent sinn til alle*» som informant N3 sa, selv

om det av ulike årsaker, enten personlige, kognitive eller adferdsmessige, er lettere å få en god relasjon til noen enn andre.

Det er jo forskjell på mennesker og, ikke sant, noen har man jo bedre relasjoner med enn andre, men som miljøterapeut så må man prøve å ha en like god relasjon til alle sammen, selv om man kanskje ikke har det, på en måte. Man skal jo gjøre det beste for alle, uansett. [Informant N2].

På den ene siden skal det arbeides ut i fra et ideal om likhet i møte med individuelle brukere. På den andre siden er differensiering i møte med de ulike individene nødvendig. Flere av informantene uttrykte at de skal være i boligen på brukernes premisser, også i den betydning at relasjoner må formes på brukerens premisser og til deres forventninger til relasjonen og dens innhold. Informant N7 sa «*Det syns jeg er veldig spennende, den biten med at man må tilpasse seg andre ut i fra hvordan de er, og ut i fra hvordan du blir kjent med dem*». Dette var også noe som ble trukket frem av informant N1 i etterkant av intervjuet; hvordan rollen som personal gjør det nødvendig å nullstille seg etter hvert besøk og endre sin «rolle» ut i fra hvem man samhandler med, og med basis i kunnskap om hvert individs personlighet, preferanser og forventninger.

Et eksempel: Humor som verktøy.

Flere av informantene trakk frem humor som eksempel på et verktøy som ofte anvendes i arbeidet, men som må benyttes med omhu, og nødvendiggjør tilpasning og differensiering i møte med individuelle brukere. Humor kan være utfordrende både å anvende og å mestre, og kan ifølge informantene bli oppfattet både positivt og negativt, beroende på hvem og hvordan. Informant N6 sa «*Jeg bruker mye humor, jeg er litt opptatt av å bruke humor. Så jeg kan tulle og tøyse litt. Jeg føler det er veldig lett å få innpass på folk med humor*». Flere uttrykte lignende erfaringer med at humor kan gjøre det lettere å oppnå gode relasjoner, men det krever kompetanse og evne til å tilpasse seg brukerens forutsetninger til å forstå og delta. Informant N4 sa «*Jeg forsøker så godt som mulig å møte brukeren på det nivået brukeren er. Altså, det kognitive nivået, men også med interesser*». Informant N7 uttrykte lignende forståelse og sa «*Noen er jo mere barnslige, kanskje, og da være barnslig sammen med dem*». Humoristiske innslag må også tilpasses brukerens forventninger og preferanser. Informant N7 sa videre at «*Noen kan man tulle med, bruke humor, mens andre må man være litt mer seriøse med, og ikke tulle så mye da, for de skjønner kanskje ikke ironi*». Informant N3 sa «*noen brukere syns det er gøy at man tuller og tøyser og fjaser litt, mens andre er mer «nei, huff orker ikke»*». Ikke alle

setter pris på bruk av humoristiske innslag, og dette må også respekteres. Hvis brukeren opplever humor i tjeneste- og omsorgssituasjonen som noe negativt kan det få negative konsekvenser for samhandling og relasjon. På den ene siden kan humor være en byggestein for kontakt, samhold og relasjon og bidra til å *«øke fortrolighet, redusere engstelse, øke pasienters evne til å se sin egen situasjon i et nytt perspektiv og øke pasienters selvrespekt»* (Tyrdal, 2002, p. 59). På den andre siden kan humor også virke fremmedgjørende og differensierende, og således underbygge skillet mellom hjelperen og den hjelpetrengende og deres funksjonsnivå (Truls Juritzen & Heggen, 2006; Tyrdal, 2002).

7.2 Samarbeid, kommunikasjon og dialog.

Informantene trakk også frem samarbeid, kommunikasjon og dialog som viktige betingelser for å oppnå gode relasjoner. Miljøterapeuten samarbeider med ulike aktører i og utenfor boligen, blant annet andre i personalgruppen, fastlege og sykehus, habiliteringstjeneste og pårørende, aktører som er viktige i akkumulasjonen og produksjonen av kunnskap. Men, først og fremst er det samarbeid og kommunikasjon med brukerne selv som er avgjørende. Flere av informantene viste til at det ligger til deres ansvar å forsøke å legge til rette for kommunikasjon og dialog med hver enkelt bruker, så langt det er mulig og også der et individ defineres som non-verbal. Informant N4 sa *«Om det er multihandicappa eller andre som ikke selv kan uttrykke seg, så må vi jobbe hardt med å finne måter å kommunisere på»*. Informant N2 sa *«alle uttrykker jo noe, men det er ikke alle som er like verbale, som kan fortelle hvordan de har det»*. I noen tilfeller vil det være mulig og nødvendig å benytte ulike hjelpemidler for kommunikasjon der en aktør ikke kan kommunisere verbalt, *«for noen har andre måter de kommuniserer på, så da må du bruke det da, sånn at de skjønner deg»* som informant N7 sa. I tilfeller der brukeren ikke har forutsetninger for å kommunisere verbalt eller via hjelpemidler vil det likevel søkes å kommunisere med brukeren i den grad det er mulig. Informant N2 sa *«Da er det viktig for meg å se at de trives, at de kanskje smiler. Det er jo et veldig tydelig uttrykk på mange for hvordan de har det»*. I målet om innflytelse gir informantene også uttrykk for at brukeren skal være den primære aktør i sitt liv og hverdag. Det betyr at i den grad det er mulig skal brukerens stemme høres slik at han eller hun kan medvirke i ulike aspekter som kan eller vil ha en innvirkning i deres liv og livskvalitet. Informantene uttrykte at samarbeid, kommunikasjon og dialog har spesielt to viktige funksjoner som kan tolkes i lys av myndiggjøring og kunnskapsproduksjon.

For det første handler det om å styrke brukerens mulighet og evne til å påvirke og styre i eget liv. Informant N1 beskrev at miljøterapeuten skal være «*en samarbeidspartner som sammen med bruker, tjenestemottaker, skal komme frem til gode løsninger*» og hvor dialog mellom personal og bruker styrker brukerens medvirknings- og beslutningskompetanse.

Det å henvende seg til brukeren og ikke til den personen som man har en opplæring sammen med, eller hilser på brukeren sammen med da. Prøve å la brukeren være den som styrer samtalen, eller, ja, styrer det første møtet. [Informant N2].

For det andre pekte flere av informantene på at brukeren og samhandling med brukeren er deres primære og viktigste kilde til kunnskap om hvert enkelt individ. Informantene pekte på at ved å legge til rette for og arbeide for å kommunisere og ha en dialog med hver enkelt kunne de få tilgang til brukerens forståelse av egne behov og utfordringer, og ikke minst individuelle ønsker, preferanser og mål. Flere viste også til at dokumentasjons- og rapporteringssystemer, samt andre aktører er viktige for både produksjon og akkumulasjon av kunnskap. Som informant N4 sa «*Jeg får mest ut av egen erfaring. Det er viktig å se ting og oppleve ting sjøl. Hvis jeg baserer det kun på hva andre har erfart og opplevd så er det mye subjektivitet i det*». Informanten viste videre til at samhandling og dialog med brukeren også ga mulighet for å observere brukerens adferd og tankesett som også er viktige betingelser for å vite hvordan han skal møte en bruker og på hvilke måter han som miljøterapeut/vernepleier kan påvirke dennes hverdag.

7.3 Respekt og anerkjennelse.

På spørsmål om hva som er viktig i møte med brukerne viser flere av informantene til respekt og anerkjennelse. Respekt er noe informantene bruker eksplisitt, mens beskrivelser som å bli sett og hørt, at brukerne skal tas på alvor, møtes med medmenneskelighet og behandles som likeverdige er blitt tolket innenfor begrepet om anerkjennelse. Informant N7 sa «*Egentlig sånn du møter alle andre mennesker*». Flere av informantene brukte varianter av «respekt for den de er, der de er» som et arbeidsprinsipp. Denne prinsippet kan tolkes på flere måter i sammenheng med andre beskrivelser i datamaterialet og inngår i det Honneth (2008) og Humerfelt (2010) omtaler som «solidarisk» eller «sosial» verdsettelse. For det første handler det om å verdsette og respektere hver enkelt bruker ut i fra deres individuelle kjennetegn og forutsetninger, og på tross av ulike utfordringer anerkjenne deres menneskeverd og plass i samfunnet. I det

foregående kapitlet om mål ble det blant annet vis til eksempler hvor informantene understreker brukernes rett til å være en del av samfunnet og til å unngå stigmatisering, hvor aktører på individnivå har et ansvar et visst ansvar for å overholde og medvirke til slike mål. For det andre handler det om å anerkjenne brukernes meninger og tolkninger om egen situasjon og rundt egne behov, selv om disse ikke samsvarer med personalets definisjon av utfordringer. Samarbeid konstituerer med-bestemmelsesaspektet. Informant N1 understreket viktigheten av å *«møte de med respekt der de er og la de få beholde sin personlige integritet»* og beskrev videre at for å oppnå dette er det *«kjempeviktig å gå inn sammen med bruker og vurdere hva er viktig for meg? Når har jeg det bra?»*. Det handler ifølge informant N7 om å *«vise respekt, egentlig, og at man tar dem seriøst, for det opplever man kanskje at ikke alle gjør»*. For det tredje handler det om å respektere og anerkjenne brukernes rett til privatliv og at boligen primært er et hjem, ikke kun en arbeidsplass. Informant N4 beskrev det som et prinsipp om *«Ditt hjem, min arbeidsplass»*. Man skal opptre som når man er på besøk i det private, banke på, tørke av seg på beina, ikke snoke i private anliggende. Informant N7 sa at det er viktig å *«respektere at de har sine private ting de gjør som kanskje ikke de vil at vi skal se eller vite om. Det er lov å ha hemmeligheter, men vi spør gjerne, vi er jo nysgjerrige på alt»*. Informantene beskrev også aspekter som kan tolkes som «rettslig anerkjennelse» (Honneth & Holm-Hansen, 2008; Humerfelt, 2010) og viser i stor grad til lovverk som regulerer deres handlingsrom og tjeneste- og omsorgsutøvelse. I helse- og omsorgsfeltet vil sosial og rettslige anerkjennelse gli over i hverandre da flere uformelle normer blir formelle gjennom lovverket og gjennom retningslinjer for habilitering og for omsorg i andres hjem.

Tillit.

Tillit blir nevnt av informantene i mindre grad enn det jeg forventet. At tillittstematikken i mindre grad blir fokusert på, betyr ikke at tillit ikke er viktig i omsorgsrelasjonen. Tillit er på mange måter *«et nøkkelement for at pasienten skal «åpne seg» og underlegge seg behandling»* (Vågan & Grimen, 2008, p. 416). Vektleggingen av respekt og anerkjennelsesdimensjoner kan være uttrykk for at disse potensielt må oppnås før man kan snakke om tillit. Det kan også være slik at tillit blir tatt for gitt, som en form for selvfølgelighet, og dermed underkommuniseres.

7.4 Oppsummering.

I dette kapitlet har ulike virkemidler, uttrykt som betingelser for relasjon og samspill, for å komme i posisjon til å imøtekomme og oppnå ulike mål for arbeidet blitt presentert. Informantene har gitt uttrykk for viktigheten av å være bevisst egen rolle i møte med bruker, og på de forventninger som ligger til grunn for samhandling og samarbeid i omsorgsrelasjonen, samt viktigheten av å møte hver enkelt bruker med respekt og anerkjennelse for den de er for å kunne oppnå gode eller positive relasjoner. Informantenes beskrivelser og refleksjoner har gitt uttrykk for at aspektene, eller virkemidlene presentert ovenfor har to viktige funksjoner i deres arbeid. For det første handler det om å legge til rette for og møte hver enkelt bruker på en sådan måte at idealer om myndiggjøring kan styrkes. For det andre handler det om at virkemidlene gir tilgang til kunnskap om hver enkelt bruker, hvor informant N1s beskrivelse av at *«for å komme i posisjon, må du ha en relasjon»* kommer til sin rett. Kunnskapen som produseres fra ulike aktører, både brukere, personal og eksterne samarbeidspartnere bidrar til miljøterapeutens forståelse av hvilke utfordringer, behov og mål det bør og må arbeides mot, både individuelt og kollektivt. Innenfor produksjonen av kunnskap er dokumentasjons- og rapporteringssystemer viktige verktøy som for det første sikrer brukernes tjenester, og for det andre gir miljøterapeuten mulighet til å *«se hele bildet»* og *«hele mennesket»*, noe flere understreket viktigheten av. Informant N1 sa *«Jeg bruker det til evaluering, følger opp tiltaka som er satt i gang gjennom rapporteringer og evaluerer om det blir fulgt opp i tråd med tiltaket, om rapportering foregår i tråd med det som er bestemt»*. Evalueringen handler om å se *«har det skjedd? Når skjedde det? Hvor ofte skjer det? Og om vi kanskje kan se hva som er grunnen»* sa informant N2. Kunnskap om brukeren, ikke bare behov og utfordringer, men også adferds- og handlingsmønster gir miljøterapeuten forståelse for hvilke strategier eller metoder som kan benyttes for å *«minske, redusere eller fjerne avvik»* og for å skape miljøer og hverdag noe informant N4 uttrykte eksplisitt, og andre mer implisitt. Produksjonen og akkumulasjonen kan dermed tolkes som betingelser for utøvelsen av ulike former for makt, både makt som ligger latent i de asymmetriske statusposisjonene mellom personal og bruker, og i de strategier og praksiser som anvendes både for å skape en hverdag, og for å forme miljøer og subjekter.

8 Del 2: «Vi skaper en hverdag»: Om makten i omsorg.

Som beskrevet i kapittel 5 om metode ble det ikke stilt eksplisitte spørsmål om makt før det fjerde intervjuet, hvor informanten selv trakk inn makt som tema. Heller enn makt ble det stilt spørsmål vedrørende andre temaer hvor makttematikken lå implisitt, blant annet om atferdsregulering, motstand, påvirkning og empowerment. Makt som «tvang og makt» ble også trukket inn av flere av informantene, og med henvisning til lovverk og grenser for intervensjon og påvirkning jf. disse (Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester, 2011; Lov om pasient- og brukerrettigheter, 2001). Totalt sett opplever jeg at datamaterialet gir grunnlag for å tolke informantenes beskrivelser i lys av makteoretiske perspektiver, for å belyse hvordan makt kommer til uttrykk gjennom informantenes beskrivelser og eksempler på metoder, strategier og praksiser i arbeidet.

I de fire siste intervjuene ble det også gitt eksplisitte refleksjoner om makt utenfor tvangs- og maktdimensjonen, blant annet trakk informantene i variasjon frem makt i rollen som personal og miljøterapeut, makt i språket, makt tilhørende andre aktørers posisjon, samt det informant N6 omtalte som «usynlig makt». I tillegg ligger det implisitt beskrivelsen av deres funksjon og ansvar som miljøterapeuter. Blant annet sa informant N4 sa «*Vi går jo inn og skaper miljøer for psykisk utviklingshemmede. Vi skaper en hverdag, en forutsigbar hverdag som den brukeren klarer å mestre*», og informant N1 pekte på en relasjonell/posisjonell forståelse i arbeidet. Å skape en hverdag kan tolkes som å komme i en posisjon hvor miljøterapeuten som profesjonell og i rollen som ekspert kan påvirke, styre og forme individ og miljø. I dette kapitlet vil jeg utforske flere av de aspekter som kan tolkes som elementer i det jeg har valgt å omtale som miljøterapeuters makt i omsorg, eller omsorgsmakt, og som gir uttrykk for maktutøvelsens direkte og indirekte former på individnivå, i maktens mikrofysikk (Eliassen, 2016; Truls Juritzen & Heggen, 2006).

8.1 Profesjonell makt.

Flere av informantene uttrykte at det ligger makt både i det å være personal og i det å ha en stilling som miljøterapeut. Informant N7 sa «*Man har jo en makt ovenfor dem ved at man er personal, egentlig. De respekterer oss mange ganger*». Informanten viste til at etter hennes erfaring medfører også hennes profesjonsfaglige bakgrunn, og stilling som miljøterapeut, at brukerne i større grad anerkjenner og respekterer hennes posisjon, og derav også eventuell

intervensjon; «Jeg ser at en del, når de vet at jeg er vernepleier, så tror de at jeg er høyere enn de andre. Det er faktisk noen brukere som ser det er et hierarki». Hun pekte videre på at i mange tilfeller gir hennes stilling større mulighet for innflytelse og gjennomslag hos brukere der andre i personalgruppen møter mostand. Informantens beskrivelse kan tolkes i lys av begrepet om formalisert verdsettelse eller respekt, hvor brukeren viser aktelse både for hennes rolle i omsorgsrelasjonen, og sammenlignet med andre i personalgruppen (Goffman, 1956). Informant N4 viste til også til dette da han brukte begrepet «rolleforskjeller», og viste til at det ligger ulike forventninger både til de ulike aktørene i omsorgsarbeidet, og deres posisjon, både den formelle og den uformelle, i møte med brukerne, noe som medvirker til å opprettholde en potensielt nødvendig differensiering mellom aktørene. Informant N4 ga uttrykke eksplisitt at det ligger makt i rolleforskjellene mellom det å være personal og det å være bruker, og viste til det faktum at «stort sett så har vi kognitive forskjeller». Ulikhet og differensiering som bakgrunn for makt i omsorg kan oppsummeres gjennom informant N7s beskrivelse;

De vet jo at vi jobber her, på en måte, og de bor her. Det vet at de trenger hjelp, at det er derfor de bor her. Så det er kanskje med på å bygge avstanden mellom, og at man får kanskje litt mere makt som personal. [Informant N7].

Forskjellene som understrekes ytterligere gjennom begreper eller merkelapper som man velger å anvende om ulike aktører i omsorgsrelasjonen. Som informant N4 sa «Det ligger mye makt i ord. Bare det at vi kaller de, at vi velger å kalle de som bor her for brukere, ikke sant, det er jo makt bare i det». Informantene benyttet begreper som tjenesteyter, beboer og bruker i variasjon, men virket samtidig til å være bevisst på skillet mellom deres og brukerens rolle, også beskrevet gjennom Wærnes (1982) definisjon av omsorgsarbeid og mellom aktørene som statusoverlegne og underlegne. Status basert på de ulike rollene aktørene har i «hjelperelasjonen», og på forskjeller i formalkompetanse, posisjon og kognitiv funksjonsevne. Oppsummert kan datamaterialet tolkes dithen at informantene utviser en bevissthet rundt den maktposisjon de står i ovenfor tjenestemottaker.

8.2 «Vi har master i manipulasjon».

Informant N4 uttrykte ved flere anledninger at «vi har master i manipulasjon», primært med henvisning til vernepleieprofesjonen, men sett i lys av datamaterialet som helhet kan formuleringen likevel overføres til miljøterapeuter generelt. Dette er et interessant ordvalg, da

manipulasjon ofte anses som et negativt ladet ord og defineres som evnen til å «*påvirke andre ved midler de ikke har oversikt over og kan verge seg mot*» (Gundersen, 2015), eller når aktører «*treffer avgjørelser som bevisst tar sikte på å affisere andre uten at de vet om det, eller hvordan de rammes*» (Hernes, 1990, p. 106). Manipulasjon forstått slik plasserer begrepet innenfor herredømmeperspektivet, hvor en aktør har «makt over» en annen ved å anvende metoder for påvirkning som mottakeren ikke nødvendigvis forstår eller er bevisst på. Begrepet kan også forstås i lys av maktens produktive og disiplinerende sider, hvor manipulasjon da ikke nødvendigvis er «godt» eller «ondt», men heller et verktøy for terapeutisk inngripen med den hensikt å påvirke andres valg, adferd, handlinger og muligheter; «*På sitt doméne manifesterer den disiplinære makt hovedsakelig sin styrke ved å manipulere objekter*» (Foucault & Østerberg, 1994, p. 168). Selv om kun informant N4 bruker begrepet manipulasjon kan andres beskrivelser av strategier og praksiser tolkes i lys av begrepet. Praksiser og strategier som påvirker brukernes valg- og handlingsrom, og som gir uttrykk for informantenes makt i omsorgen.

8.2.1 «Makt i ord».

At det er «*mye makt i ord*», som informant N4 sa, handler ikke kun om hvilke merkelapper man anvender eller tillegges, det handler også om hvordan språk og kommunikasjon kan forstås som former for makt. Det handler om hvem som besitter evnen til å bruke språket som middel for å styre, disiplinere og manipulere andre. Informantene viser til at brukerens innflytelse og selvbestemmelse skal være avgjørende i alle situasjoner, så sant det ikke medfører større konsekvenser. «*Man kan ikke gjennomføre noe uten av beboerne er enige i det som skal skje*» som informant N3 sa. Likevel ga flere av informantene uttrykk for at så lenge brukerens motvilje ikke er for markant vil det fortsatt være rom for å forsøke å påvirke. Flere av informantene trakk frem kommunikative virkemidler som argumentasjon og motivasjon, og som kan tolkes i lys av perspektiver på språkmakt og kommunikativ makt (Engelstad, 1999, 2005; Høibraaten, 1999). Spesielt gir datamaterialet grunnlag for å tolke informantenes beskrivelser i lys av språkets «*direkte, handlingsrettede side*» (Engelstad, 2005, p. 38), hvor hensikten er å veilede, regulere, disiplinere og styre brukerne henimot handlinger og valg innenfor de normative forventningene, basert på personalets definisjoner av dette, uten at personalets handlinger går over grensen for inngripen i lovverket (Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester, 2011). I tillegg viste informantene til det som kan tolkes i lys av kommunikativ makt, eller idealet herredømmefri kommunikasjon, hvor målet er å vinne frem

med argumentasjon, og dermed søke å overføre egen definisjon og forståelse av verden gjennom dialog og refleksjon (Engelstad, 2005; Høibraaten, 1999).

Motivasjon, argumentasjon og overtalelse.

Motivasjon og strategier for motivasjon ble trukket frem av alle informantene, og virker til å være den minst inngripende og mest legitime formen for påvirkning. Informant N3 uttrykte at motivasjon «*det er liksom det eneste midlet vi har*», men er det egentlig det? Motivasjon kan foregå både verbalt eller gjennom såkalte avtalestyringssystemer, uansett form er det nødvendig med former for språklige- og kommunikative virkemidler for at disse skal ha en funksjon. Hensikten med motivasjon er å tilføre forsterkere som på kortere eller lengre sikt kan bidra til å påvirke en aktør positivt, eller som informant N4 sa «*å forsterke går egentlig på å tilføre eller fjerne noe som øker sannsynligheten for at noe skal skje*». Motivasjon kan tolkes som et system for både direkte og indirekte styring og disiplinering, hvor motivasjon inngår i miljøterapeutens terapeutiske inngripen, og hvor det benyttes midler for å belønne eller sanksjonere med en gitt hensikt. I metodene for motivasjon ligger det også en nødvendig bruk av argumentasjon for at miljøterapeuten skal kunne få gjennomslag for sine forslag fra brukerne. Som informant N3 uttrykte, og som flere av de andre informantene også understrekte må brukeren selv både være med på og medvirkende i forslaget. Argumentasjonens funksjon er for det første å gi mottakeren kunnskap og heve dennes kompetanse om ulike temaer og om potensielle konsekvenser. For det andre handler argumentasjon om at skal miljøterapeuten få gjennomslag for noe så er det nødvendig at brukeren inntar miljøterapeutens definisjon og forståelse av eventuell utfordring og løsning. Bruk av argumentasjon og kommunikative «manipulasjonsmidler» må gjøres «*på det nivået brukeren er*», som informant N4 sa, hvorpå han pekte på at slike midler handler om å forsøke «*argumentere seg fram til at det er lurt og hvorfor det er lurt. Prøve å realitetsorientere og informere. For det er jo informert samtykke vi snakker om, og da må man jo forstå konsekvensen av å si nei*». Argumentasjonen blir således en del av «manipulasjonen» og av overføring av den andres forståelse av riktig/galt og hva som anses nødvendig i en gitt situasjon. I tillegg viste informant N4 til begrepet «oppfordring», og skilte dette fra motivering på sådan måte at det virker å tilhøre argumentasjonen, og potensielt overgangen fra argumentasjon til overtalelse.

Jeg er i hvert fall veldig bevisst på å prøve alt fra motivering til det vi kan kalle litt oppfordring, men alltid med en begrunnelse dersom tjenestemottaker ikke ønsker eller ikke, eller jeg forstår at han ikke forstår konsekvensen av å la vær eller ikke gjøre. [Informant N1].

Uansett om det er motivasjon eller oppfordringer viser informantene til viktigheten av å forklare eller argumentere for *hvorfor* de anser det som viktig, *hva* behovet er, og *hvilken* hensikt et forslag eller tiltak har. Likevel kan balansen mellom motivasjon og oppfordring, uten at det går over grensen til overtaling være utfordrende. Informant N1 sa «*Jeg kan nok sterkt ha oppfordra til ting, uten å tvinge, men sånn at min oppfordring er såpass sterk at bruker, tjenestemottaker har akseptert at vi prøver det*», noe hun omtalte som en potensiell etisk gråsoner. Informant N6 sa «*Du kan motivere så my at du overtaler, hvis du skjønner, og det er en grense for hvor greit den overtalinga egentlig er*». Hun pekte også på nødvendigheten av skjønnsmessige vurderinger da ingen bruker og ingen situasjon er like. Noen situasjoner kan være såpass prekære og medføre såpass store konsekvenser på sikt at det vil anses som nødvendig med sterkere grad av intervensjon, men som likevel kan anses som innenfor grensen for «tvang og makt». Informant N5 brukte et eksempel der en brukers livsstil, kosthold og aktivitet, på sikt vil medføre store konsekvenser, og hvor brukeren uttrykker motvilje mot endring, men som hun sa «*her ville jeg ikke stoppa, for det er viktig for hans helse*». Selv om arbeidet ideelt sett skal foregå etter prinsipper om medvirkning og selvbestemmelse vil det også være tilfeller hvor miljøterapeuten anser en situasjon såpass utfordrende at denne, i samarbeid med andre i personalgruppen, tar beslutningen på vegne av brukeren. Som eksempel viste informant N5 til en situasjon der brukerens kosthold var i ferd med å gi større helsemessige konsekvenser, og hvor brukeren tidligere forsøk på veiledning og motivasjon ikke hadde hatt ønsket virkning, «*da måtte vi bare sette beinet ned*» som hun sa, hvorpå det ble innført en form for restriksjon på enkelte matvarer. Disse ble ikke fjernet fra leilighet, men satt ute av syne for brukeren for på den måten å redusere forbruket. I hennes eksempel handlet det ikke om tvangsvedtak, men om informert tiltak av mindre karakter, og hvor jeg oppfattet at det var konsensus fra brukerens side, om enn etter større eller mindre grad av oppfordring fra personal.

«Førvalg».

Noen av informantene viste også til at hvordan man bruker språket, formulerer seg, kan bidra til å innsnevre andres valgmuligheter. Som eksempel ble det vist til at ved å bruke lukkede spørsmål i noen situasjoner vil bidra til at man får gjennomført en rutine, selv om brukeren kanskje ikke har lyst. Informant N7 brukte dusj som eksempel, og sa at heller enn å spørre når en bruker vil dusje, kan det være mer gunstig å spørre om beboeren vil dusje klokken 19 eller 20, hvorpå han eller hun velger en av disse, da valget om å si nei ikke er synlig til stede. For andre kan lukkede spørsmål, førvalg eller innsnevring av valg handle om at brukeren ikke

mestrer å ta valg eller velge mellom flere alternativer, hvorpå personalet ser det nødvendig å gjøre førvalg. Informant N4 sa «*Da har man jo selvbestemmelse i den grad at man i hvert fall får være med å bestemme selv, men det er klart – jeg er jo inne og påvirker det, i og med at jeg gjør et førvalg*»

Jeg tenker det noen ganger ligger litt i grenseland, tvang kanskje. At man får to valg, og begge er lønnsomt for meg som arbeidstaker, jeg som personal, men ingenting er kanskje lønnsomt for det den brukeren vil da. At du sier, du kan velge mellom det eller det, mens egentlig så gjelder begge de tinga noe jeg vil, men da har den et valg. [Informant N7].

Som informant N7 peker på kan slike metoder for inngripen by på etiske og skjønnsmessige dilemmaer, og bevege seg mellom grensene for hva som er greit i møte med brukeren. Hennes beskrivelse gir også uttrykk for at i noen tilfeller handler det ikke om intervensjon eller påvirkning på grunn av utfordringer eller behov, men også for å på en måte «tvinge» frem en handling som viser at personalet har gjort jobben sin, fulgt rutinene, gjort sine oppgaver «riktig» på den måten at det er rutiner eller planer blir gjennomført.

Et eksempel: Adferdsregulering: «De kan jo bli stigmatisert ute».

Informantene ble stilt spørsmål vedrørende adferdsregulering, hvor både deres beskrivelser av dette, samt beskrivelser på spørsmål om normalisering ga uttrykk for eksempler på direkte og indirekte disiplinering eller styring av brukerne. Selv om inkludering og deltakelse uansett funksjonsevne er et mål, ga informantene likevel uttrykk for i deres ansvar og oppgaver ligger også ansvar for å forsøke å påvirke brukernes adferd og fremtreden for således å unngå stigmatisering av andre i ulike aktiviteter. Det vil si at på den ene siden skal samfunnet tilpasses og åpne for inkludering av personer med utviklingshemning, på den andre siden betyr det at også personer med utviklingshemning må gjøres bevisst på samfunnets normative forventninger til adferd, handlinger og fremtreden, og til de handlingsregler som ligger til grunn i det sosiale samspill (Goffman, 1956, 1986).

Forventninger til adferd og fremtreden, og til definisjonen av rett og galt ligger latent i informant N6s bruk av ordet «folkeskikk». Flere av informantene viste til eksempler på styring og disiplinering, som i variasjon gir uttrykk for mer direkte og indirekte former for makt. Blant annet sa informant N6 «*Hvis det står en ute og roper i gangen og jeg er på kjøkkenet så svarer jeg ikke tilbake ved å rope. Det er ikke vanlig folkeskikk*». Dette er et eksempel på mer indirekte

styring, hvor formålet er å lære gjennom å vise, ved å nærmest stå modell for «folkeskikk» og dermed inneha en form for oppdragende rolle. I andre situasjoner benyttes mer direkte former for disiplinering, som ikke nødvendigvis er negativt ladet, men også kan være det. Tidligere i dette kapitlet ble motivasjon trukket inn, hvor det handler om å tilføre noe positivt for å påvirke muligheten for at noe skal skje. I sammenheng med motivasjonsmidler ble også andre atferdsterapeutiske virkemidler trukket inn, hvor informant N4 blant annet pekte på «ekstinksjon», hvor man ikke tilfører, men fjerner noe med samme tilsiktede virkning som å tilføre. For eksempel ved å ikke gi oppmerksomhet ved utfordrende adferd, eller ved at man ikke deltar i situasjoner eller aktiviteter som har vist seg å bidra til å «trigge» brukerens adferd negativt, *«at man kanskje ikke utfører de forskjellige tinga som utløser adferden»*, som informant N2 sa. Dette er to eksempler på ytterpunkter som likevel ikke går over grensen for bruk av fysisk tvang og makt. I tillegg ble det pekt på veiledning som et viktig middel for å gi kunnskap om hvordan adferd, handlinger og fremtreden påvirker ulike situasjoner, og hvilke forventninger som ligger til grunn. Informant N2 pekte viste til viktigheten av at man *«veileder den personen ut fra adferden, at sånt noe gjør man ikke her og her, men der [leilighet] er det kanskje greit»*. Informant N6 sa *«Jeg er nok litt opptatt av at de skal lære seg vanlig folkeskikk, jeg tenker at det er viktig at de ikke lærer seg å rope, for hvordan vil det bli? De kan jo bli stigmatisert ute»*. Flere av informantenes beskrivelser kan tolkes som at hensikten med de ulike formene for det som kan omtales som styring og disiplinering (Foucault & Østerberg, 1994) handler om å redusere eller fjerne stigmatiserende mekanismer. Hva som betegnes som stigmatiserende må ses ut i fra individuelle og situasjonelle betingelser, og hvor retten til å være og gjøre «annerledes» skal tas i betraktning. Det betyr også at det er et stort hopp mellom omsorgsaktørers makt til å bruke disiplinerende- og styrende mekanismer ovenfor brukerne, og det å bruke direkte disiplinering eller sanksjon gjennom fysisk tvang og makt.

Jeg tenker at så lenge ting ikke er stigmatiserende, så griper vi ikke veldig inn. Jeg tenker at det å løpe baklengs rundt i butikken for eksempel, eller gå baklengs, det er stigmatiserende, for det er noe andre reagerer veldig på. Det å spytte på gulvet inne i butikken, det er noe vi vil prøve å stoppe da. Men at vedkommende alltid skal stå til høyre i køen for eksempel, det tenker jeg at, ja det er sært og det er ikke normalt, det er tvang, men sånn er det på en måte. Det er ikke stigmatiserende. Det er ingen som legger merke til det eller syns det er rart. Eller det kunne man kanskje synes hvis man visste om det. Jeg syns ikke det gjør noe så lenge det ikke går ut over andre. [Informant N3].

Informantenes beskrivelser gir også uttrykk for at skjønnsmessig vurdering er nødvendig i definisjonen av hva som er eller kan bidra til stigmatisering i ulike situasjoner og for individuelle aktører. Informant N3 pekte som eksempel på at bekledning kan være utfordrende, der noe kan virke stigmatiserende på individet, vil det i andre tilfeller være identitetsdannende, på tross av at bekledning kan skille seg markant ut. Skjønnsmessig vurdering gjelder også for hvilke virkemidler for påvirkning, styring eller disiplinering som anser behov av å anvende i møte med ulike aktører. I tillegg ligger det en utfordrende balanse mellom det å oppfordre og påvirke til adferd og fremtreden som på den ene siden skal bygge på idealene om anerkjennelse av forskjellighet, men samtidig skal øke muligheten for å mestre forventningene til «normal» folkeskikk (Humerfelt, 2010).

Definisjonsmakt.

Enten miljøterapeuten bruker strategier for motivasjon og overtalelse, gjør førvalg og tar beslutninger eller benytter ulike strategier for å regulere adferd handler det i stor grad om at miljøterapeuten har en stilling hvor det ligger i deres posisjon, og derav makt, å definere hvilke utfordringer og behov som gjør seg gjeldende, og med virke strategier disse kan løses (Engelstad, 2005). Retten, eller makten, til å definere legitimeres av miljøterapeutens stilling og posisjon i møte med brukeren og i en relasjon og et arbeid som preges både av kognitive forskjeller og av rolleforskjeller. Retningslinjer og lovverk for arbeidet medfører at personalet skal legge til rette for samarbeid, medvirkning og selvbestemmelse hos brukeren. Det betyr også at brukeren har rett til å ha mulighet til å reflektere over og gi uttrykk for deres definisjon av utfordringer og behov (Askheim & Andersen, 2001; Gutierrez, 1990). Kognitiv nedsatt funksjonsevne gjør at det er variasjon til hvilken grad individuelle brukere faktisk mestrer dette. Informant N4 sa *«hadde brukeren kunnet gitt hundre prosent uttrykk, så hadde vi på en måte kunne gjort det litt enklere, men der vi må basere oss på hva vi mener om hva brukeren ville ønska»*. Implementering av såkalte regulerende og disiplinerende tiltak medfører også at miljøterapeutene og personalet gjør seg bevisst og definerer hva som kan karakteriseres som rett/galt, sunt/usunt eller hvorvidt brukernes adferd og handlinger i tråd med uformelle og formelle normer. Definisjoner som nødvendigvis må uttrykkes i dialog og gjennom kommunikasjon med brukerne, hvor målet er at de skal heve sin kompetanse, forstå og således handle og/eller agere i samsvar med disse. Dette kan tolkes henimot at personalets, miljøterapeutenes strategier for intervensjon og instruksjon har som mål at brukeren skal internalisere disse normene og ta i bruk verktøy for selvregulering. Noe som kan være utfordrende og beror på ulike aktørers forutsetninger for å gjøre dette.

8.3 Flerpartsmakt.

Trekkene beskrevet hittil gir en dyadisk forståelse av makt i omsorgsrelasjonen mellom profesjonell og bruker. Dette er en grov forenkling da et nettverk sjeldent kun består av to «aktører» (Kadushin, 2012). Informantene viser også til at andre aktører enn bruker og personal som inngår i omsorgsrelasjonen, både aktør i helse- og omsorgsfeltet og i brukerens nettverk, også innehar former for makt, og som kan tolkes i lys av maktens dynamiske karakter, og som endrer seg beroende på situasjon, kontekst og hvilke aktører som inngår i relasjon og samhandling (Eliassen, 2016; Foucault & Schaanning, 1999). Med andre ord vil ulike situasjoner preges av hvilke aktører som inngår i situasjon og relasjon, og det vil derfor variere hvem og til hvilken grad en aktør fremstår som den statusoverlegne og med evne til å påvirke andre i samspillet. Engelstad omtaler dette som «maktsirkler» (2005, p. 23), og flere av informantene viste til andre aktører som har makt, eller autoritet (Hernes, 1990), i regi av deres rolle eller stilling, både ovenfor bruker og ovenfor dem som miljøterapeuter. Blant annet ble foreldre/pårørende, fastlege og fylkesmann trukket frem, hvor førstnevnte representerer den familiære formen for paternalisme og maternalisme, mens fylkesmann og fastlege representerer en aktører med makt legitimert gjennom deres formalkompetanse og posisjon (Engelstad, 2005; Hernes, 1990).

Foreldre/pårørende.

Informantene beskriver at de i stor grad opplever foreldre/pårørende som en ressurs i hverdagen, både som støttespillere, samarbeidspartnere og som innehavere av kunnskap som er viktig for personalet i arbeidet. Samtidig viste flere av informantene til at samarbeidet med pårørende til tider kan by på utfordringer. Informant N4 sa «*Det er ikke bestandig like lett å få til et godt samarbeid mellom pårørende og oss, men jeg tenker at det er da vi får til en gullgruve som vi kan høste ut av*». Pårørendes intervensjon i arbeidet kan medføre visse utfordringer, spesielt der foreldre har andre forventninger og krav til kommunens og personalets oppgaver og tjenester. «*Ofte så har pårørende en helt annen forståelse av brukeren, en helt annen opplevelse av brukeren, og en helt annen forventning også om hva vi skal bidra med og hva vår jobb er*», sa informant N4. I tillegg inngår foreldre i et maktforhold med både sine barn og boligens personal. Informant N4 sa «*Det er et maktforhold mellom oss og brukerne, men det er også et maktforhold mellom brukerne og sine foreldre. I tillegg til det så er det et maktforhold mellom oss og foreldre/verge*», noe som kan både være positivt og utfordrende. Foreldrenes paternalistiske og/eller maternalistiske roller (Skau, 2011) medfører at de ofte har stor mulighet

til å påvirke brukeren, dens valg og handlingsrom, noe som enten kan bidra til å understøtte personalets forslag, eller motvirke deres mulighet for påvirkning.

De blir kanskje mer påvirka av mamma og pappa enn oss noen ganger. Da vet du kanskje at det er valget til mor eller far som egentlig står bak, og så må du prøve å overtale eller få dem til å forstå at det kanskje kan være rett det vi mener. For det er jo det vi mener er rett, og det er kanskje det vi jobber for. Hvert fall noen ganger. Noen ganger har jo foreldrene rett, og da er det jo bare å legge seg flate og si beklager. [Informant N7].

Informant N4 beskrev at årsaken til foreldrenes intervensjon kan handle om motvilje mot å gi fra seg «kontrollen» over sine barn, også når barnet i juridisk forstand er myndig; «*Det er en løsrivelsesprosess. Og det er nok ikke alle foreldre som er like klar for å slippe det grepet som man har, for man er jo barn hele livet*». Flere av informantene hadde observert det samme, at foreldre av barn med utviklingshemning ofte føler større behov for fortsatt kontroll, da barnet på mange måter, og på tross av å leve et voksent liv, alltid vil være et barn i kognitiv forstand.

Fastlege.

Informantene trekker også frem fastlegen som en viktig samarbeidspartner og som en aktør som i visse situasjoner vil ha større grad av innflytelse og myndighet i møte med brukeren. Spesielt pekes det på utfordringer av helsemessig eller medisinsk karakter hvor miljøterapeuten møter motvilje enten fra bruker eller også fra brukerens foreldre ved forslag om endringer eller tiltak. Informant N7 sa «*Noen ganger tenker jeg at da får man inn en tredjepart, en lege for eksempel. For da er den [legen] mer myndig enn det kanskje jeg som sykepleier eller en annen miljøterapeut har*». Informant N5 uttrykker i tillegg at ved forslag om endringer for eksempel i kosthold vil argumentasjonen til tider få mer tyngde og gjennomslag hvis man viser til legens formaninger eller ved at brukeren selv får informasjon av lege eller andre i det medisinske felt. Informant N5 sa «*For det er noe eget når de får høre det fra spesialistene*».

Fylkesmann.

Noen av informantene viste også til at ulike retningslinjer og lovverk regulerer grensene for hva som ligger innenfor deres myndighetsområde. Ved tiltak som går inn under «tvang og makt» vil det være nødvendig å søke om godkjenning fra andre instanser. Informant N6 sa «*vi har jo på en måte ikke reell makt. Det blir jo opp til fylkesmann å bestemme*». Dette gjelder alle former for tiltak som inngår i lovverkets definisjon av tvang og makt. Informant N5 brukte mat

som eksempel og sa «*hvis du skal fjerne all mat, så må du ha vedtak på det fra fylkesmann*», hvorpå fylkesmann i sin stilling representerer den juridiske og legitime autoritet og makt.

8.4 Diskusjon: «Usynlig makt» og maktens grenser.

I denne delen av analysen har jeg trukket inn ulike former for makt som har kommet til uttrykk gjennom informantenes refleksjoner og beskrivelser, eksplisitt og implisitt, knyttet til makt i omsorg, og i deres beskrivelser av ulike strategier og praksiser i arbeidet. Informantenes beskrivelser, tolket i lys av ulike perspektiver på makt, har gitt grunnlag for å vise til ulike former for makt som kommer til uttrykk i det praktiske arbeidet og i møte med brukerne, både som omsorgsmakt og gjennom ulike (produktive) maktpraksiser (Truls Juritzen, 2013; Truls Juritzen & Heggen, 2006, 2009). Blant annet er det blitt trukket frem makt som ligger i miljøterapeutens rolle og posisjon gjennom deres formalkompetanse og som «ekspert» i møte med annet personal og brukere. I tillegg er det blitt vist til hvordan deres beskrivelser og praksiser gir uttrykk for språk- og argumentasjonsmakt, beslutningsmakt, definisjonsmakt, overmakt og produktive makt. Det vil si både de direkte og indirekte sidene ved maktutøvelse. Avslutningsvis i dette kapitlet om makt vil jeg trekke frem to aspekter jeg anser som viktige i relasjon til denne tematikken; Informant N6s begrep om «usynlig makt», og i den forbindelse maktens grenser.

Informant N6 brukte et begrep om «usynlig makt» på spørsmål om makt ved intervju. Makt kan utøves synlig og usynlig, og mottakeren trenger ikke nødvendigvis å være bevisst på at den utsettes for former for makt. Spørsmålet som gjør seg gjeldende er hva som ligger i begrepet «usynlig makt», og hvor maktens grenser går? «*Hvis alt er makt, er ingenting makt*» (Engelstad, 1999, p. 12). At makt er allestedsnærværende betyr ikke at alt er makt, eller at alle handlinger kan tolkes som uttrykk for maktens former (Engelstad, 1999, 2005). Skal en handling betegnes som utøvelse av makt, eller tolkes i lys av maktperspektiver, må det for det første være et element av kausalitet til stede, en hensikt og en virkning (Engelstad, 2005). For det andre betinges det av kunnskap, det vil si en asymmetrisk akkumulasjon og produksjon av kunnskap om individer som gir tilgang til å «*se hele bildet*», forstå «*enigmaet bak adferden*», som informant N4 sa, både i seg selv og i det miljø som omgir den. Kunnskap som er avgjørende for å forstå hvilke mekanismer for påvirkning som kan gi en tilsiktet virkning. Miljøterapeutens funksjon er således todelt. For det første fungerer de som vitenskapsfolk, eller kunnskapsprodusenter både om brukerne som subjekter, og i samfunnet for øvrig. For det andre

fungerer miljøterapeuten som en disiplinerende og oppdragende aktør i besittelse av midler som inngår i den terapeutiske inngripen. Motivasjon er et eksempel på en handling som ikke kan tolkes som makt i enhver situasjon det benyttes. Først når motivasjonen inngår som et ledd i det terapeutiske arbeidet hvor målet er å potensielt kunne påvirke brukernes handlinger og valg, også der brukeren utviser en viss grad av motstand, kan det forstås som uttrykk for makt. Miljøterapeutens maktutøvelse og omsorgsmakt forsterkes også i mange tilfeller av at andre aktører viser aktelse, respekt eller anerkjenner deres posisjon i statushierarkiet, og i omsorgsrelasjonen hvor miljøterapeutens ansvar, samt formelle og uformelle kompetanse opprettholder den sosiale differensiering mellom aktørene, og legitimerer den terapeutiske inngripen.

Hva så med begrepet om «usynlig makt»? Informant N6 sa «*Vi har jo på en måte en usynlig form for makt. Hvis man bruker den makta man har feil, så har vi makt, tenker jeg.*». Sett i sin helhet viser informanten til at usynlig makt angår handling som går over grensene for legitim utøvelse slik det blir beskrevet i helse- og omsorgstjenesteloven (Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester, 2011). Jeg skal komme tilbake til dette, for det er noe veldig interessant ved begrepet «usynlig makt». Hva vil det si at makten er usynlig, og hvem er den usynlig for? For det først er det ikke nødvendig at aktørene som handler er bevisst på at deres handlinger er uttrykk for makt. Selv om jeg har tolket ulike aspekter ved datamaterialet innenfor perspektiver på makt, er det ikke nødvendigvis slik at informantene anser sine handlinger som makt, eller er bevisst på at makt ikke nødvendigvis er det samme som lovverkets definisjon av «tvang og makt». For det andre må ikke nødvendigvis maktens iboende karakter i andres handlinger være synlige eller bli bevisstgjort for de aktører som er objekt for den terapeutiske inngripen. Makt er evnen til å påvirke andres handlingsrom, hvor asymmetri i ressurser i relasjonen gir posisjon som statusoverlegen- eller underlegen, og hvor disse ressursene innvirker på aktørenes mulighet til å influere den andres valg, handlinger og vilje (Engelstad, 2005; Weber et al., 2000), og til å produsere subjekter gjennom styring og disiplinering (Eliassen, 2016; Foucault, 1982; Foucault & Østerberg, 1994). Hvis vi anser formell og uformell kompetanse som ressurs, vil diagnosen utviklingshemning i mange tilfeller medføre at aktører som inngår i denne kategorien i møte med profesjonelle aktører som miljøterapeuter vil ha mindre ressurser. Diagnosen medfører variasjon i forutsetningene for å reflektere over og stille spørsmål ved andres handlinger og påvirkning. Det vil si at selv om et av kriteriene for at en relasjon skal kunne omtales som en maktrelasjon er muligheten til å utøve motstand eller motmakt, vil det faktum at makten ikke nødvendigvis er synlig i konsekvens medføre også valget om å øve motmakt er usynlig. På den

ene siden er friheten til å gjøre motstand ideelt sett alltid til stede gjennom retten til selvbestemmelse, på den andre siden vil denne friheten ikke alltid være synlig i praksis.

Sitatet fra informant N6 uttrykte også at hvis man bruker makt feil, da har man makt, noe som kan tolkes innenfor den helse- og omsorgsfaglige forståelse av makt. Da er spørsmålet hvor grensene går for informantene? Informantene gir uttrykk for at etiske dilemmaer og såkalte «gråsoner» i arbeidet og i møte med brukerne er daglig kost. For det første fordi arbeidet angår mennesker med rett til å selv bestemme og medvirke i eget liv og hverdag. For det andre angår arbeid med mennesker med behov av bistand, veiledning og hjelp til å styre adferd, handlinger og valg. Idealet er selvbestemmelse, samtidig som det er nødvendig med skjønnsmessig og individuelt baserte vurderinger av hvor langt retten til selvbestemmelse går, og når man kan og bør «*pushe på*», som informant N4 sa. Informant N6 understreket nødvendigheten av skjønnsmessig vurdering «*fordi alle mennesker er forskjellige, de som bor her også, i diagnoser og hvilke vanskeligheter de har og hvordan de tenker*» og viste videre til at gråsoner, etiske dilemmaer og grensene for makt «*er en vurdering fra person til person, og fra sak til sak*». Idealet er at selvbestemmelse og retten til å si nei skal være prinsipp for arbeidet. Informant N7 sa at «*Sier de nei til en ting, så betyr det faktisk nei, det må man respektere*», samtidig ligger det i hennes formulering av at «*man kan ikke bare overkjøre hele tiden*» at selvbestemmelse som rettighet og ideal i møte med den praktiske arbeidshverdagen ikke alltid kan realiseres. I møte med ulike utfordringer og medfølgende konsekvenser er det heller ikke gitt at retten til selvbestemmelse skal følges slavisk. Det må derfor være en balanse der – mellom skjønnsmessig og prinsippfast praksis i møte med retten til medvirkning og selvbestemmelse, uten at andres intervensjon må tre over grensen for «tvang og makt» (Askheim & Andersen, 2001; Helsedirektoratet, 2015). I tillegg er kanskje det største overgrepet, som informant N1 sa å velge å ikke handle, «*for unnfallenhet, det tenker jeg er det største overgrepet man gjør i jobben, enten man er miljøterapeut, faglært eller assistent*», for som informant N2 sa «*kanskje vi gikk over streken akkurat da, men kanskje vi avverga noe?*». Informant N2 peker dermed på det Owren (2011a) har beskrevet, at selv om idealet er selvbestemmelse, vil det i noen situasjoner være en fin balanse mellom myndiggjøring og omsorgssvikt.

9 Avslutning: Spørsmålet om normalisering, og kapabilitetstilnærmingen som handlingsmodell.

Analysens to deler kan anses som mitt svar både på oppgavens primære problemstilling, og på underproblemstillingene som vedrører miljøterapeutenes mål og middel, og hvordan deres beskrivelser kan forstås som uttrykk for ulike former for makt i omsorg. Gjennom analysens struktur og innhold har målet også vært å legge grunnlaget for å også besvare de to siste problemstillingene, ut i fra min tolkning av informantenes beskrivelser ved intervju. For det første spørsmålet vedrørende normalisering i en potensiell overgang til myndiggjøringsfasen, og en tid der idealer for empowerment og myndiggjøring er sterkt fremtredende i både lovverk og offentlige dokumenter. For det andre spørsmålet om hvorvidt kapabilitetstilnærmingen som handlingsmodell kan fungere som et redskap for aktører i omsorgsfeltet, som miljøterapeuter, til å operasjonalisere dagens idealer for arbeidet med mennesker med utviklingshemning.

9.1 Normalisering eller empowerment? Disiplinering i møte med selvbestemmelse.

Ved å stille spørsmål om miljøterapeutens målsetninger for arbeidet og de virkemidler de opplever å ha til rådighet, samt ved å fokusere på perspektiver for omsorgsmakt og maktens former i tjeneste- og omsorgsutøvelsen, fremtrer et bilde av hvordan miljøterapeuters arbeid står i et spenningsforhold mellom normalisering og empowerment. På den ene siden er det blitt vist til tiltak for å lære brukerne «folkeskikk» og oppnåelse av muligheter og livsbetingelser på lik linje med andre i samfunnet. På den andre siden har informantene i stor grad trukket frem deres ansvar som profesjonelle for å styrke idealer om innflytelse og myndighet hos brukerne.

Ved intervju ble det stilt spørsmål vedrørende informantenes forståelse av normalisering. Deres refleksjoner rundt begrepet gir mulighet til å forstå normaliseringens potensielle plass også i dagens praksis. Noen av informantene uttrykte ambivalens knyttet til normaliseringsbegrepet enten grunnet erfaring med begrepet fra den faktiske «normaliseringsfasen», andre på grunn av forståelsen av normalisering som «å gjøre normal». Informant N1 utdannet seg på midten av 1990-tallet, og beskrev begrepet som «*helt utslitt*». Normalisering, slik hun ble kjent med det, beskrev hun som det jeg har valgt å omtale som en «*fasadenormalisering*». «*Det skulle ikke være gjenkjennbart at du bodde i en bolig med*

bemanning», som hun sa. Videre beskrev hun at «Du skulle oppsøke legekantor på vanlig måte, som alle andre. Du skulle benytte deg av de vanlige tjenestene, som alle andre. Det er normalt sånn og det er normalt sånn». Andre knyttet begrepet til normalitet, hvorpå det ble uttrykt ambivalens mot å definere hva som ligger i det «normale». Informant N2 sa «Det er jo ingenting som er normalt heller da, vi er jo ikke alle like normale vi heller. Normalt for meg er jo ikke normalt for deg, på en måte». Hennes forståelse av normalisering kan dermed tilsies å være mer i tråd med en allmenn forståelse av begrepet hvor det nærmest handler om å «gjøre normal». Sistnevnte informant var utdannet i senere tid, etter 2010, og antagelig er det ikke særlig fokus på normalisering i pensum for vernepleien lenger.

Selv om informant N1 ga uttrykk for at normalisering er et utslitt begrep, svarte hun likevel på videre spørsmål om hvordan normalisering kan forstås i dag. Som svar på dette viste hun at det ligger til hennes ansvar og oppgaver som miljøterapeut og legge til rette for normale livsbetingelser, og da hver enkelt persons subjektive opplevelse av til hvilken grad de opplever livskvalitet. Videre pekte hun på at *«Ting i livet til den enkelte er så normalt som det kan få blitt ut i fra den personen det gjelder, og ut i fra ønskene og behovene. Så lenge det er tilrettelagt så er det normalt»*. Min forståelse av informantens svar er at normalisering i dag ikke handler om å ha normale livsbetingelser som alle andre, men normale livsbetingelser ut i fra hvert enkelt individs ønsker, behov og muligheter for å oppnå det han eller hun ønsker og verdsetter. Samtidig ligger det eksplisitt og implisitt i informantenes beskrivelser at de likevel har en rolle i å definere normalt og avvikende, ved at de observerer, dokumenterer og evaluerer, og ved å benytte ulike praksiser for terapeutisk inngripen hensikten kan tolkes som å utstyre brukerne med nødvendig kunnskap og kompetanse, men også styre og disiplinere dem henimot å kunne nå mål om deltakelse, relasjoner, mestring og innflytelse. Informant N4 var den eneste av informantene som anvendte ordet «normalt» på eget initiativ og i relasjon til spørsmålet om hans stilling;

Der man har avvik fra det man kan kalle, i gåseøyne normalt, så er vår jobb å tilrettelegge for å minske eller redusere eller fjerne de avvika sånn at de klarer så skape en så god hverdag som mulig. Om det gjelder fysisk tilrettelegging eller om det gjelder miljøregler, eller hva det nå gjelder, så er vi i stor grad inne og ser hele mennesket i forhold til de vi har med å gjøre. [Informant N4].

Beskrivelsen av å redusere eller fjerne «avvik fra det normale» kan tolkes på flere måter sett i sammenheng med datamaterialet som helhet, og i sammenheng med analysens kapitler. For det første er det rettet mot individer, deres adferd, handlinger og fremtreden. Reduksjon av avvik forstått slik betyr ikke at brukerne skal «gjøres normale», men at brukerne, gjennom terapeutisk inngripen og produktive maktpraksiser, forsøkes å formes eller styres ved både direkte og indirekte. Direkte gjennom ulike strategier for påvirkning henimot endring, gjennom atferdsregulerende tiltak, og gjennom strategier for motivasjon og intervensjon. Praksiser hvor brukeren gjøres bevisst på behov eller utfordringer, og hvor miljøterapeuten i samarbeid med brukeren går inn for endring eller utvikling. Indirekte gjennom ulike metoder for kompetansehevende tiltak, veiledning og rådgivning. For det andre handler det å redusere eller fjerne «avvik fra det normale» om å tilrettelegge miljøer og situasjoner på en sådan måte at brukeren opplever mestring, kontroll i eget liv, og i større grad mulighet til å nå individuelle mål, være seg selvstendighet og innflytelse eller inkludering og deltakelse, enten det gjelder praktisk eller sosial mestring.

Informantenes beskrivelser kan dermed tolkes i innenfor normaliseringsteoretiske perspektiver, noe, og hvor det er indikasjoner på at normalisering fortsatt har implikasjoner i en tid der empowerment-tradisjonen har sterk innflytelse i offentlige dokumenter, retningslinjer og lovverk. Samtidig er fokuset på idealer om selvbestemmelse og innflytelse, og på kompetanse- og kunnskapshevende tiltak i tråd med Gutierrez (Askheim & Andersen, 2001; 1990) prinsipper for empowerment i praksis. Empowerment, ifølge informant N4, handler om å at «*brukeren tar makta over egen situasjon som tradisjonelt sett kanskje har tilhørt oss*». Informantenes beskrivelser av egen praksis kan tolkes som metoder for hjelp og støtte til å nå mål om å ha myndighet og makt i eget liv. Til hvilken grad prinsippene for empowerment, og idealene for myndiggjøring er mulig å realisere må likevel baseres på skjønnsmessig vurdering og på individuelle og situasjonelle betingelser og forutsetninger hos hver enkelt bruker.

9.2 Kapabilitetstilnærmingen som handlingsmodell.

Delmålene presentert i kapittel 6 og i relasjon til livskvalitet er i samsvar med ulike kategorier benyttet både i levekårsundersøkelser, i statlige mål og visjoner og i CRDP (Barne- Likestillings- og Inkluderingsdepartementet, 2013; NOU 2016:17, 2016; Tøssebro et al., 2015). Disse målene kan tolkes som idealer både på samfunnsnivå og på individnivå i arbeidet for og med mennesker med utviklingshemning. For aktører i omsorgsfeltets kan det likevel være

utfordrende å forstå hva som ligger i deres ansvar og hvilke mål det bør arbeides for i mikro. Den tidligere normaliseringspolitikken medførte at begrepet om normalisering mistet innhold, og til at aktører i tjeneste- og omsorgsyttende arbeid således manglet operasjonalisering av mål, midler og metoder (Askheim & Andersen, 2001; Owren, 2011a). Lignende kritikk er også rettet mot dagens myndiggjøringspolitikk og til målsetninger for dagens habilitering. At samfunnet har et ansvar for å skape muligheter for inkludering, deltagelse, innflytelse, brukervedvirkning og myndiggjøring er en side av saken. Spørsmålet er hvordan profesjonelle aktører i det daglige arbeidet skal forstå og forvalte slike idealer. Dette er også bakgrunnen for valget om å trekke inn kapabilitetstilnærmingen som teoretisk handlingsmodell, og Nussbaums liste over grunnleggende kapabiliteter som et potensielt redskap for aktører i tjeneste- og omsorgsarbeid, som miljøterapeuter, for å operasjonalisere og gi teoretisk forståelse av hvilke mål det bør og skal arbeides mot på individuelle betingelser.

Det er blitt argumentert for at kapabilitetstilnærmingen kan benyttes som teoretisk handlingsmodell for aktører i sosialt arbeid for å legitimere anvendelsen av ulike intervensjoner praksiser (Den Braber, 2013). Praksiser som i denne oppgaven er blitt tolket i lys av ulike perspektiver på makt. Kapabilitetstilnærmingens fokus er på hvert enkelt individs mulighet og frihet til å velge hva han eller hun ønsker å gjøre, være eller bli, det vil si på muligheten til å oppfylle individuelle mål som kan bidra til subjektiv opplevelse av livskvalitet og et godt liv, som beskrevet i kapittel 3.2. Bruken av kapabilitetstilnærmingen kan dermed medvirke både til å legitimere utøvelsen av ulike maktpraksiser når det gjøres med den hensikt å gi brukeren reelle muligheter og frihet til å velge det han eller hun har grunnlag for å verdsette. Å ha den reelle friheten, muligheten, krever nemlig at brukeren har den kompetanse og kunnskap nødvendig for å anerkjennes som beslutningskompetent, og for å kunne stå til ansvar for egne beslutninger. Dermed er vi inne i et slags paradoks, hvor utøvelsen av ulike maktpraksiser- eller strategier er nødvendig for å disiplinere og styre den andre til å kunne ha reell frihet. Dette krever både bevissthet og kompetanse fra de profesjonelles side. Men, skal kapabilitetstilnærmingen brukes på denne måten må det ikke være som hvilepute for maktbruk som trår over grensene mot det illegitime. Det betyr at i tillegg til økt etisk og faglig ansvar i stillingen som miljøterapeut, tillegges også et økt ansvar for å overføre kunnskap og kompetanse til øvrig personal. Dette ansvaret tilfaller ikke kun aktører med stilling som miljøterapeut eller lignende posisjoner og ledere, men også stat og kommune må ta ansvar for å bidra til økt kompetanse for aktører i arbeid i helse og omsorg. Dette understrekes både av informantene i dette prosjektet, og gjennom nyere forskning og rapporter på feltet (NOU 2016:17, 2016).

Jeg anser kapabilitetstilnærmingen som samsvarende med det lovverk og de retningslinjer som det opereres med i dagens praksis i habiliteringsfeltet, og i arbeidet med mennesker med utviklingshemning. På den ene siden er det viktig å understreke at kapabilitetstilnærmingen mest sannsynlig ikke vil bidra til en reduksjon i etiske dilemmaer og gråsoner som personalet møter i det daglige arbeidet, da denne som teoretisk handlingsmodell i seg selv ikke tilfører noen metoder til feltet. På den andre siden kan kapabilitetstilnærmingen medvirke til å operasjonalisere og i større grad gjøre tilgjengelig en forståelse av hvilke grunnleggende mål det bør arbeides for på individnivå, og hvordan utøvelse av makt som ikke tilhører lovverkenes definisjon av «tvang og makt» vil være en nødvendig bestanddel for å oppnå frihet, valgmuligheter og individuelle mål for mennesker med nedsatt kognitiv funksjonsevne.

Litteraturliste.

- Alkire, S. (2005). Why the Capability Approach? *Journal of Human Development*, 6(1), 115-135. doi:10.1080/146498805200034275
- Askheim, O. P. (2003). *Fra normalisering til empowerment : ideologier og praksis i arbeid med funksjonshemmede*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Askheim, O. P. (2012). *Empowerment i helse- og sosialfaglig arbeid : floskel, styringsverktøy, eller frigjøringsstrategi?* Oslo: Gyldendal akademisk.
- Askheim, O. P., & Andersen, J. (2001). Fra trening til myndiggjøring: har vi en vernepleierutdanning i utakt med seg selv? *Embla*, 7(7), 27-35.
- Askheim, O. P., & Starrin, B. (2007). *Empowerment: i teori og praksis*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Askheim, O. P., & Starrin, B. (2008). Empowerment - Et moteord? In O. P. Askheim & B. Starrin (Eds.), *Empowerment i Teori og Praksis*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Barne- Likestillings- og Inkluderingsdepartementet. (2013). *Konvensjonen om rettighetene til mennesker med nedsatt funksjonsevne*. Retrieved from <https://www.regjeringen.no>.
- Barne- Likestillings- og Inkluderingsdepartementet. (2015). *Regjeringens handlingsplan for universell utforming 2015-2019*. Retrieved from <http://www.regjeringen.no>.
- Barstad, A. (2014). *Levekår og livskvalitet : vitenskapen om hvordan vi har det*. Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Bjørnrå, T. H. (2008). Selvbestemmelse og hjelp til selvbestemmelse: Problemer, paradokser og utfordringer. In T. H. Bjørnrå, W. Guneriusen, & V. Sommerbakk (Eds.), *Utviklingshemning, Autonomi og Avhengighet* (pp. 116-132). Oslo: Universitetsforlaget.
- Brinkmann, S., & Tanggaard, L. (2015). *Kvalitative metoder : en grundbog* (2. udg. ed.). København: Hans Reitzel.
- Bufdir. (2015, 28.04.2015). Hva er utviklingshemning? Retrieved from <https://www.bufdir.no>
- Carlquist, E. (2015). *Well-being på norsk*. Retrieved from: <https://helsedirektoratet.no>
- Den Braber, C. (2013). The introduction of the capability approach in social work across a neoliberal Europe. *Journal of Social Intervention : Theory and Practice*, 22(4), 61-77. doi:10.18352/jsi.380
- Disch, P. G., Cappelen, K., & Førland, O. (2014). *Forskning for bedre kommunale helse- og omsorgstjenester. En håndbok om hvordan kommunene kan medvirke og tilrettelegge for forskning*.
- Dæhlen, D. (2006). Vernepleierprofesjonen og den allmenne tillitskrise : en diskusjon av tre strategier for å skape tillit (pp. 107-125). Lillestrøm: Høgskolen i Akershus, 2006.
- Eliassen, K. O. (2016). *Foucaults begreper*. Oslo: Spartacus.
- Engelstad, F. (1999). Innledning. In F. Engelstad (Ed.), *Om Makt: Teori og Kritikk* (pp. 7-14). Oslo: Ad Notam Gyldendal AS.
- Engelstad, F. (2003). *Hva er makt?* Retrieved from <http://www.uio.no>
- Engelstad, F. (2005). *Hva er makt* (Vol. 11). Oslo: Universitetsforl.
- Folkestad, H. (2004). *Institusjonalisert hverdagsliv : en studie av samhandling mellom personale og beboere i bofellesskap for personer med utviklingshemning*. (Doktoravhandling), Høgskolen i Bergen, Bergen.
- Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinering, 2017 C.F.R. (2012).
- Foucault, M. (1982). The Subject and Power. *Critical Inquiry*, 8(4), 777-795.

- Foucault, M., & Schaanning, E. (1999). Seksualitetens historie : 1 : Viljen til viten *La volonté de savoir* (Vol. 1, pp. 103-114, 147-195). Oslo: EXIL.
- Foucault, M., & Østerberg, D. (1994). *Overvåkning og straff : det moderne fengsels historie* (2. utg. ed.). Oslo: Gyldendal.
- Garsjø, O. (2008). *Institusjon som hjem og arbeidsplass : et arbeidstaker- og brukerperspektiv* (2. utg. ed.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Gitlesen, J. P. (2010, 13.10.2010). Diagnose: Norsk Forbund for Utviklingshemmede - NFU. Retrieved from www.naku.no
- Goffman, E. (1956). The Nature of Deference and Demeanor. *American Anthropologist*, 58(3), 473-502. doi:10.1525/aa.1956.58.3.02a00070
- Goffman, E. (1986). *Stigma. Notes on the Management of Spoiled Identity*. New York: Simon & Schuster Inc.
- Grue, L. (2004). *Funksjonshemmet er bare et ord : forståelser, fremstillinger og erfaringer*. Oslo: Abstrakt forl.
- Grue, L. (2006). Normalitetens Oppfinnelse. In T. Hylland Eriksen & J.-K. Breivik (Eds.), *Normalitet* (pp. 25-48). Oslo: Universitetsforlaget AS.
- Guba, E. (1981). Criteria for assessing the trustworthiness of naturalistic inquiries. *Educational communication and technology*, 29(2), 75-91. doi:10.1007/BF02766777
- Gundersen, D. (2015). Manipulere. Retrieved from <https://www.snl.no>
- Gutierrez, L. M. (1990). Working with women of color: an empowerment perspective. *Social Work*, 35(2), 149-153.
- Harnacke, C. (2013). Disability and Capability: Exploring the Usefulness of Martha Nussbaum's Capabilities Approach for the UN Disability Rights Convention. *The Journal of Law, Medicine & Ethics*, 41(4), 768-780. doi:10.1111/jlme.12088
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2015). *Omsorg 2020: Regjeringens plan for omsorgsfeltet 2015-2020*. Regjeringen Retrieved from <https://www.regjeringen.no>.
- Helsedirektoratet. (2015). *Rettsikkerhet ved bruk av tvang og makt overfor enkelte personer med psykisk utviklingshemming : lov av 24. juni 2011 nr. 30 om kommunale helse- og omsorgstjenester kapittel 9* Rundskriv, IS, Vol. IS-10/2015. Retrieved from <https://helsedirektoratet.no>
- Helsedirektoratet. (2017). Veileder om rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinering. Retrieved from <https://www.helsedirektoratet.no>
- Helsepersonelloven. (2001). Lov om Helsepersonell mv. (Helsepersonelloven. Retrieved from <http://www.lovdata.no>
- Hernes, G. (1990). *Makt og Avmakt; En Begrepsanalyse* (3 ed.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Honneth, A., & Holm-Hansen, L. (2008). Den intersubjektive anerkjennelsens mønstre: Kjærlighet, rett, solidaritet *Kamp om anerkjennelse: om de sosiale konflikters moralske grammatikk* (pp. 101-139). Oslo: Pax.
- Horndalen, B. (2006). Vernepleierutdanningens tidligste historie (pp. 9-20). Lillestrøm: Høgskolen i Akershus, 2006.
- Humerfelt, K. (2010). Et faglig skjønn forutsetter anerkjennelse av brukerne (pp. 131-149). Bergen: Fagbokforl., cop. 2010.
- Hylland Eriksen, T. (2006). Innledning: I de enøydnes land. In T. Hylland Eriksen & J.-K. Breivik (Eds.), *Normalitet* (pp. 25-48). Oslo: Universitetsforlaget AS.
- Høibraaten, H. (1999). Kommunikativ makt og sanksjonsbasert makt hos Jürgen Habermas. In F. Engelstad (Ed.), *Om Makt: Teori og Kritikk* (pp. 223-261). Oslo: Notam Gyldendal.

- Johansen, K., & Grimstad, J. (1986). *Sluttrapport "Vernepleierprosjektet"*. Retrieved from Sør-Trøndelag:
- Johansen, S. (2008). Er fleksible systemer like fleksible for alle? In T. H. Bjørnrå, W. Guneriussen, & V. Sommerbakk (Eds.), *Utviklingshemning, Autonomi og Avhengighet* (pp. 20-38). Oslo: Universitetsforlaget.
- Juritzen, T. (2013). *Omsorgsmakt - Foucaultinspirerte studier av maktens hvordan i sykehjem*. (Doktoravhandling), Universitet i Oslo.
- Juritzen, T., Engebretsen, E., & Heggen, K. (2012). Myndiggjøringens forførende makt. In K. Heggen & E. Engebretsen (Eds.), *Makt på nye måter* (pp. 122-137). Oslo: Universitetsforl., cop. 2012.
- Juritzen, T., & Heggen, K. (2006). Omsorgsmakt ; relasjonsnære sonderinger mellom makt og avmakt. *Sosiologi i dag*(3/2006), 61-82.
- Juritzen, T., & Heggen, K. (2009). Produktive Maktpraksiser i Sykehjem. *Tidsskrift for Velferdsforskning*, 12(2), 94-104.
- Kadushin, C. (2012). *Understanding social networks : theories, concepts, and findings*. Oxford: Oxford University Press.
- Kassah, A. K., & Kassah, B. L. (2009). Modeller og tilnærminger *Funksjonshemning : sentrale ideer, modeller og debatter* (pp. 17-36). Bergen: Fagbokforl.
- Kebbon, L. (1993). Normaliserng - Klisjé og Virkelighet. In J. T. Sandvin (Ed.), *Mot Normalt? Omsorgsideologier i Forandring* (pp. 149-164). Oslo: Kommuneforlaget.
- Kittelsen, A., Berven, L., Testad, I., Landmark, B., Moen, Å., Ramberg, S., . . . Mekki, T. (2010). *Utvikling gjennom kunnskap : utviklingssenter for sykehus og hjemmetjenester - en nasjonal satsing : overordnet strategi 2011-2015* Strategi / Helsedirektoratet, Kommunenes Sentralforbund. (1990). *HVPU : historisk bakgrunn for reformen* (Vol. S 16/90): Kommuneforlaget.
- Kvale, S. (1996). *Interviews : an introduction to qualitative research interviewing*. Thousand Oaks, Calif: Sage.
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3 ed.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Lid, I. M. (2012). Variasjoner i funksjonsevne som vilkår: En diskusjon av funksjonshemming og menneskesyn i lys av Martha Nussbaums politiske filosofi. *Norsk Filosofisk tidsskrift*, 47(02), 130-142.
- Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester. (2011). Helse- og omsorgstjenesteloven. Retrieved from www.lovdata.no
- Lov om pasient- og brukerrettigheter. (2001). Pasient- og brukerrettighetsloven. Retrieved from www.lovdata.no
- Lundgren, V. G., Juritzen, T., Engebretsen, E., & Heggen, K. (2012). Makt. In E. Engebretsen & K. Heggen (Eds.), *Makt på nye måter* (pp. 19-23). Oslo: Universitetsforl., cop. 2012.
- Lysvik, L. S. (2008). Bestemmelse og medbestemmelse. In T. H. Bjørnrå, W. Guneriussen, & V. Sommerbakk (Eds.), *Utviklingshemning, Autonomi og Avhengighet* (pp. 100-114). Oslo: Universitetsforl., cop. 2008.
- Mathiesen, T. (2010). Innledning: Makt og medier *Makt og medier : en innføring i mediesosiologi* ([5. utg.]. ed., pp. 44-54). Oslo: Pax.
- Meld. ST. 45 (2012-2013). (2013). *Frihet og likeverd : om mennesker med utviklingshemming*
- Miller, R. L., & Brewer. John D. (Eds.). (2008). *The A-Z of Social Research*. London: SAGE Publications Ltd.

- Mitra, S. (2006). The Capability Approach and Disability. *Journal of Disability Policy Studies*, 16(4), 236-247.
- Mørch, W.-T. (1994). Profesjonalitet og profesjonell service *Omsorgsoppgaver. Profesjonell omsorg, tvang og rettssikkerhet* (pp. 99-110). Oslo: Ad Notam Gyldendal AS.
- NAKU. (2015). Utvikling. Retrieved from <http://naku.no>
- Neumann, C. E. B., Olsvold, N., & Thagaard, T. (2016). Omsorg som sosialt fenomen, forskningsfelt og velferdstjeneste. In C. E. B. Neumann, N. Olsvold, & T. Thagaard (Eds.), *Omsorgsarbeidets sosiologi*. Bergen: Fagbokforl.
- NHI. (2015, 27.04.2015). Psykisk Utviklingshemning (PUH). Retrieved from www.nhi.no
- Nortvedt, P. (2008). Profesjon og paternalisme. In A. Molander & L. I. Terum (Eds.), *Profesjonsstudier I* (pp. 251-260). Oslo: Universitetsforl., cop. 2008.
- NOU 2016:17. (2016). *På lik linje - Åtte løft for å realisere grunnleggende rettigheter for personer med utviklingshemning*. Oslo: Departementets sikkerhets- og serviceorganisasjon Retrieved from <https://www.regjeringen.no>.
- Nussbaum, M. (2009). *Frontiers of justice*: United States: Harvard University Press.
- Nussbaum, M. (2011). *Creating Capabilities : The Human Development Approach Creating Capabilities*
- Owren, T. (2011a). Et blikk tilbake. In T. Owren & S. Linde (Eds.), *Vernepleiefaglig Teori og Praksis* (pp. 85-107). Oslo: Universitetsforl.
- Owren, T. (2011b). Funksjonsnedsettelse og Funksjonshemming. In T. Owren & S. Linde (Eds.), *Vernepleiefaglig Teori og Praksis - Sosialfaglige Perspektiver* (pp. 28-42). Oslo: Universitetsforlaget.
- Owren, T. (2011c). Myndiggjøring og kritisk refleksjon. In T. Owren & S. Linde (Eds.), *Vernepleiefaglig Teori og Praksis* (pp. 241-263). Oslo: Universitetsforlaget.
- Owren, T. (2011d). Spørsmålet om makt. In T. Owren & S. Linde (Eds.), *Vernepleiefaglig Teori og Praksis* (pp. 223-240). Oslo: Universitetsforlaget.
- Rapley, T. (2011). Interviews. In C. Seale, G. Gobo, J. F. Gubrium, & D. Silverman (Eds.), *Qualitative Research Practice* (pp. 16-34): Sage Publications Ltd.
- Robeyns, I. (2003, 09.12.2003). The Capability Approach: An Interdisciplinary Introduction. Retrieved from <http://commonweb.unifr>
- Ryen, A. (2002). *Det kvalitative intervjuet : fra vitenskapsteori til feltarbeid*. Bergen: Fagbokforl.
- Rønning, R. (2008). Brukermedvirkning og Empowerment - Gammel vin på ny flaske? In O. P. Askheim & B. Starrin (Eds.), *Empowerment i Teori og Praksis* (pp. 34-46). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Saleeby, P. W. (2007). Applications of a Capability Approach to Disability and the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) in Social Work Practice. *Journal of Social Work in Disability & Rehabilitation*, 6(1-2), 217-232. doi:10.1300/J198v06n01_12
- Sandvin, J. T. (1993). Fra Normalisering til Sosial Integrasjon. In J. T. Sandvin (Ed.), *Mot Normalt? Omsorgsideologier i Forandring* (pp. 169-202). Oslo: Kommuneforlaget.
- Sandvin, J. T., Söder, M., Lichtwarck, W., & Magnusson, T. (1998). *Normaliseringsarbeid og ambivalens : bofellesskap som omsorgsarena*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Sangvik, M. (2015, 04.11.2015). Hva er omsorgsforskning? Retrieved from <http://www.omsorgsforskning.no>
- Sen, A. (1999). *Development as freedom*. Oxford: Oxford University Press.
- Sen, A. (2009). *The idea of justice*. London: Allen Lane.

- Skau, G. M. (2011). *Gode fagfolk vokser : personlig kompetanse i arbeid med mennesker* (4. utg. ed.). Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Solvang, P. (2002). *Annerledes : uten variasjon, ingen sivilisasjon*. Oslo: Aschehoug.
- Storø, J. (2016). Omsorg i Barnevernet. In C. E. B. Neumann, N. Olsvold, & T. Thagaard (Eds.), *Omsorgsarbeidets sosiologi*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Söder, M. (1993). Normalisering og Integrering. Omsorgsideologier i et Samfunn i Endring. In J. T. Sandvin (Ed.), *Mot Normalt? Omsorgsideologier i Forandring* (pp. 41-66). Oslo: Kommuneforlaget.
- Söderström, S., & Tøssebro, J. (2011). *Innfridde mål eller brutte visjoner? Noen hovedlinjer i utviklingen av levekår og tjenester for utviklingshemmede*. Retrieved from Trondheim: <https://samforsk.no>
- Tetzchner, S. v., Hesselberg, F., & Schiørbeck, H. (2008). Funksjonshemning, Habilitering og Livskvalitet. In S. v. Tetzchner, F. Hesselberg, & H. Schiørbeck (Eds.), *Habilitering. Tverrfaglig arbeid for mennesker med utviklingsmessige funksjonshemninger* (pp. 1-28). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Thagaard, T. (2013). *Systematikk og innlevelse : en innføring i kvalitativ metode* (4. utg. ed.). Bergen: Fagbokforl.
- Thomassen, O. J. (2016). Håndverksrasjonalitet - et alternativ til barmhjertighetsdiskursen i sykepleie. In C. E. B. Neumann, N. Olsvold, & T. Thagaard (Eds.), *Omsorgsarbeidets Sosiologi* (pp. 55-80). Bergen: Fagbokforlaget.
- Thorsen, K. (2012). Mennesker med utviklingshemning og livsberetninger om livsløp og aldring. In K. Thorsen & E. J. Grassman (Eds.), *Livsløp med Funksjonshemming*. Oslo: Cappelen Damm AS.
- Tjora, A. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis* (3. utg. ed.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Tyrdal, S. (2002). Humor i kommunikasjonen. In S. Tyrdal (Ed.), *Humor og helse - i teori og praksis: Fra smilehull til latterkrampe, Bok 2*. Oslo: Kommuneforlaget AS.
- Tøssebro, J. (1996). En bedre hverdag? Utviklingshemmedes levekår etter HVPU-reformen *En bedre hverdag? Utviklingshemmedes lvekår etter HVPU-reformen*. Oslo: Kommuneforlaget.
- Tøssebro, J. (2005, 30.05.2006). Utviklingshemmedes levekår 10 år etter HVPU-reformen. Retrieved from <https://forskningsradet.no>
- Tøssebro, J., Kittelsaa, A., & Wik, S. E. (2015). *Levekår for personer med nedsatt funksjonsevne. Fellestrekk og variasjon*. Retrieved from Trondheim: Utdanning.no.
- Utdanning.no. (2017, 02.03.2017). Yrkesbeskrivelse Miljøterapeut. Retrieved from <https://utdanning.no>
- Vågan, A., & Grimen, H. (2008). Profesjoner i Maktteoretisk Perspektiv. In A. Molander & L. I. Terum (Eds.), *Profesjonsstudier* (pp. 411-425). Oslo: Universitetsforl., cop. 2008.
- Wadel, C., Wadel, C. C., & Fuglestad, O. L. (2014). *Feltarbeid i egen kultur* (Rev. utg. av Carl Cato Wadel og Otto Laurits Fuglestad. ed.). Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Weber, M., Fivelsdal, E., & Østerberg, D. (2000). *Makt og byråkrati : essays om politikk og klasse, samfunnsforskning og verdier* (3. utg. ed.). Oslo: Gyldendal.
- WHO. (2017). Definition: Intellectual Disability. Retrieved from <http://www.euro.who.int>
- Wærness, K. (1982). Omsorg som kvinnearbeid i velferdsstaten *Kvinneperspektiver på sosialpolitikken* (pp. 18-46). Universitetsforlaget: Oslo.
- Øvrelid, B. (2008). Empowerment er svaret, men hva var spørsmålet? In O. P. Askheim & B. Starrin (Eds.), *Empowerment i Teori og Praksis* (pp. 47-58). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Vedlegg 1



Sigrunn Tvedten

Handelshøyskolen Institutt for historie, sosiologi og innovasjon Høgskolen i

Sørøst-Norge

Raveien 215

3184 BORRE

Vår dato: 15.09.2016

Vår ref: 49252 / 3 / MSS

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 13.07.2016.

Meldingen gjelder prosjektet:

49252

Makt og medvirkning i omsorg

Behandlingsansvarlig Høgskolen i Sørøst-Norge, ved institusjonens øverste leder

Daglig ansvarlig

Sigrunn Tvedten

Student

Ronja Johanne Menes

Personvernombudet har vurdert prosjektet og finner at behandlingen av personopplysninger er meldepliktig i henhold til personopplysningsloven § 31. Behandlingen tilfredsstiller kravene i personopplysningsloven.

Personvernombudets vurdering forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, ombudets kommentarer samt personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering.

Dokumentet er elektronisk produsert og godkjent ved NSDs rutiner for elektronisk godkjenning.

Endringsmeldinger gis via et eget skjema, <http://www.nsd.uib.no/personvern/meldeplikt/skjema.html>. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://pvo.nsd.no/prosjekt>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 01.05.2017, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Kjersti Haugstvedt

Marie Strand Schildmann

Kontaktperson: Marie Strand Schildmann tlf: 55 58 31 52

Vedlegg: Prosjektvurdering

Kopi: Ronja Johanne Menes 103787@hbv.no

Vedlegg 2

Forespørsel om deltakelse til intervju.

Bakgrunn og formål.

Jeg ønsker med dette å invitere til intervju i tilknytning til mitt masterprosjekt om makt og medvirkning i arbeid med mennesker med utviklingshemning. Prosjektet er knyttet til studiet Tverrfaglig Master i Samfunnsvitenskap, ved Høgskolen i Sørøst-Norge.

Formålet med studien er å se nærmere på miljøterapeuters/tjenesteansvarliges subjektive erfaringer i arbeid med mennesker med utviklingshemning. Intervjuet vil ta for seg temaer knyttet til selvbestemmelse, medvirkning, myndiggjøring, normalisering, samt livskvalitet og makt. I sammenheng med dette vil personalets rolle og funksjon i arbeidet også være interessant. I den forbindelse ønsker jeg å intervju 10-15 personer som arbeidet innen voksenhabilitering/bemannet bolig/bofellesskap med mennesker som har mild til moderat utviklingshemning. Det er viktig at du som stiller til intervju innehar stilling som miljøterapeut, eller på annen måte har tjenesteansvarlig funksjon knyttet til din stilling, samt har utdanning på høyere eller lavere nivå.

Hva innebærer deltakelse i studien?

Deltakelse i dette prosjektet innebærer at du kan stille til intervju innen januar 2017. Intervjuet vil ha en varighet på ca. 1 time. Sted og tid for intervju vil være etter avtale med deg. Det er ønskelig å benytte taleopptaker, samt notater, under intervjuet, etter avtale med deg.

Du har rett til å anonymiseres. Det vil si at ingen personopplysninger om deg, eller informasjon som identifiserer din arbeidsplass, vil forekomme i oppgaven. I oppgaven vil det bli brukt pseudonym, og all informasjon vil kun bli brukt på generelt grunnlag. Det vil dog være ønskelig å kunne benytte din stillingstittel, men dette også etter avtale med deg.

Det er viktig at din taushetsplikt overholdes. Derfor vil det ikke forekomme spørsmål eller informasjon som kan knyttes opp mot en spesifikk tredjepart, verken beboere eller ditt arbeidssted.

Etter intervjuet vil det være ønskelig å kunne kontakte deg hvis det er behov for avklaring av svar, eller ved oppfølgingsspørsmål, dette etter avtale med deg.

Planlagt tidspunkt for avslutning av prosjekt er mai-2017, ved endringer i prosjekt eller dato, vil jeg ta kontakt med deg.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Opplysninger knyttet til deg vil bli behandlet konfidensielt. I sin helhet vil det kun være tilgjengelig for student. Jeg gjør oppmerksom på at deler av intervju vil kunne være til veileders disposisjon ved veiledning av student.

Ved avslutning av prosjekt vil alle opplysninger knyttet til deg anonymiseres. Det vil si at direkte personopplysninger vil slettes, i likhet med lydopptak. Intervjuet vil omskrives og anonymiseres på så måte at det ikke vil være identifiserbart.

Frivillig deltakelse.

Det er frivillig å delta i studien, og du kan når som helst trekke ditt samtykke uten å oppgi grunn. Dersom du trekker deg, vil alle opplysninger om deg bli anonymisert, og eventuelt intervju vil ikke benyttes videre i prosjektet.

Dersom du ønsker å delta, eller har spørsmål knyttet til prosjektet, ta kontakt med Ronja Menes på telefon 980 13 995, eller på e-post: ronja.menes90@gmail.com.

For kontakt med veileder av prosjektet, ta kontakt med Sigrunn Tvedten ved Handelshøyskolen på telefon 310 09 102, eller e-post: Sigrunn.Tvedten@hbv.no

Med vennlig hilsen

Ronja Menes.

Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, NSD - Norsk Senter for Forskningsdata
A/S

Samtykke til deltakelse i studien.

Jeg bekrefter å ha mottatt informasjon om deltakelse i studien, og er villig til å delta.

Signatur..... Dato.....

Vedlegg 3

Intervjuguide.

1. Velkommen. Informasjon.

- a. Tema for intervju: Dine erfaringer som tjenesteansvarlig/miljøterapeut i arbeidet med mennesker med utviklingshemning.
- b. Hva intervjuet skal brukes til: Masteroppgave. Studentprosjekt.
- c. Informasjon.
 - i. Taushetsplikt.
 - ii. Anonymisering.
 - iii. Rett til å trekke seg.
 - iv. Samtykkeerklæring.
 - v. Forespørsel om å bruke opptager.
- d. Jeg vil i første omgang stille noen generelle spørsmål. Deretter vil jeg komme til å be deg beskrive en del begreper som du kanskje er kjent med, og vil gjerne ha eksempler på hvordan disse brukes i hverdagen, hvilke utfordringer som ligger til grunn og annet relevant. Der det er relevant vil jeg komme med noen oppfølgingsspørsmål, samt andre spørsmål. + spørsmål knyttet til personal, informasjon, veiledning m.m.

2. Spørsmål.

Generelle:

- Utdannelse.
- Hvor lenge har du arbeidet innen dette?
- Kan du beskrive hva jobben din innebærer?

Begreper:

- Selvbestemmelse.
 - o Hva er?
 - o Hvordan utøves det? Kan du gi eksempler?
 - o Utfordringer?
 - o Til enhver pris?
 - o Hvordan veilede til «riktig» valg?
- Brukermedvirkning.
 - o Hvordan gjennomfører du brukermedvirkning?
- Myndiggjøring/empowerment.
 - o Hva handler myndiggjøring om i din jobb?
 - o Hvordan myndiggjør du?
- Normalisering.
 - o Hva er normalisering?
 - o Hva er din rolle i tilknytning til dette?
- Adferdsregulering?
 - o Hva innebærer det?
 - o Hva er din «jobb» i dette?
 - o Kan du gi eksempler på situasjoner?

- Eventuelle «verktøy» du bruker.

Møte med beboer. Veiledning, påvirkning:

- Hva er viktig for deg i møte med beboer/bruker?
 - Hvordan skaper du positive relasjoner?
 - Hvordan får du kunnskaper om en beboer, hvilke behov vedkommende har, og hvilke funksjoner og muligheter?
- Kan du beskrive forholdet mellom deg og beboerne? (relasjonen).
- Hvordan medvirker du til å opprettholde eller utvikle ferdigheter hos beboer? Sosiale, praktiske, osv?
- Eventuelle tiltak o.l.: Hvordan tas dette opp med beboeren? Hvordan inkluderes beboeren i muligheter, tiltak osv.
 - Viss kunnskapsforskjell generelt. Bevisst på dette i arbeidet?
- Hvilken er du med på å gi ulike beboere informasjon om rettigheter og muligheter generelt?
 - Eks fritid, arbeid, støttekontakt osv.
- Hvordan er du med på å veilede eller påvirke valg og handlinger i hverdagen?
 - I forhold til ting/situasjoner som er knyttet til personen selv?
 - I forhold til ting/situasjoner i samfunnet?
- I visse situasjoner er det kanskje forskjell på hva beboeren vil, og hva du som personal ønsker å gjennomføre eller at beboeren skal gjøre. Hvordan løser du dette? Hva gjøres?

Livskvalitet:

- Hva mener du er viktige faktorer for livskvalitet for denne gruppen?
- Hvordan medvirker du til at beboerne skal ha god livskvalitet?
 - Påvirkning og veiledning?
 - Helse. Hvordan ivareta?
 - Integritet. Hvordan ivareta?
 - Følelser. Hvordan ivareta?
 - Ha tilknytning/relasjoner? Hvordan ivareta?

Personal:

- Hva er dine oppgaver i forhold til annet personal?
- Hvordan gir du informasjon til annet personal i forhold til rutiner, tiltak, andre ting knyttet til bruker?
 - Hvem får hvilken type informasjon?
- Hvem snakker du med i forhold til nye tiltak eller behov hos beboere?
- Hvor og når tas ting opp med tanke på beboerne?
 - Interne møter, overlapping, i forbifarten?
- Rapporter og dokumentasjon: Hva brukes det til?
 - Hvem leser rapportene?

Noe du vil legge til?

