



Bacheloroppgave

VPL05 Vernepleie

Vernepleieren som aktør i rusomsorgen

The social educator as an actor within drug related care

Mai-Lene Juberg

Totalt antall sider inkludert forsiden: 49

Molde, 29.05.2009



Publiseringsavtale

Tittel på norsk: Vernepleieren som aktør i rusomsorgen

Tittel på engelsk: The social educator as an actor within drug related care

Forfatter(e): Mai-Lene Juberg

Fagkode: VPL05

Studiepoeng: 12

Årstall: 2009

Veileder: Ragnhild Sættem

Fullmakt til elektronisk publisering av oppgaven

Forfatter(ne) har opphavsrett til oppgaven. Det betyr blant annet enerett til å gjøre verket tilgjengelig for allmennheten (Åndsverkloven. §2).

Alle oppgaver som fyller kriteriene vil bli registrert og publisert i Brage HiM med forfatter(ne)s godkjenning.

Opgaver som er unntatt offentlighet eller båndlagt vil ikke bli publisert.

Jeg/vi gir herved Høgskolen i Molde en vederlagsfri rett til å gjøre oppgaven tilgjengelig for elektronisk publisering:

ja nei

Er oppgaven båndlagt (konfidensiell)?

ja nei

(Båndleggingsavtale må fylles ut)

- Hvis ja: **Kan oppgaven publiseres når båndleggingsperioden er over?** ja nei

Er oppgaven unntatt offentlighet?

ja nei

(inneholder taushetsbelagt informasjon. Jfr. Offl. §13/Fvl. §13)

Dato: 29.05.09

Antall ord: 11962

Innhold

1.0 INNLEDNING	1
1.1 Bakgrunn for valg av tema med begrunnelse.....	1
1.2 Presentasjon av tema og problemstilling.....	2
1.3 Avgrensning og begrepsavklaring.....	3
1.4 Oppgavens oppbygning.....	4
2.0 METODE OG TEORETISK PERSPEKTIV	6
2.1 Forforståelse og teoretisk referanseramme	7
2.2 Validitet og reliabilitet	9
3.0 TEORIDEL	10
3.1 Vernepleieren	10
3.2 Kompetanseområder	11
3.3 Kompetansebegrepet	11
3.4 Teoretisk kompetanse.....	12
3.5 Yrkesspesifikke ferdigheter	13
3.6 Personlig kompetanse.....	16
3.7 Funksjonshemning og Gap- modellen	17
3.8 Brukerperspektivet	21
3.9 Helhetlig menneskesyn	23
3.10 Introduksjon til rusomsorgen	25
3.11 Narkotikabehandlingens historie.....	25
3.12 Psykososiale behandlingsmetoder.....	26
3.13 Rusreformen.....	29
3.14 Opptappingsplan for rusfeltet	30
4.0 DRØFTING	32
4.1 Er mennesker med rusproblematikk en brukergruppe for vernepleiefaglig arbeid?.	32
4.2 Brukerperspektivet i behandling	36
5.0 AVSLUTNING	40
5.1 Oppsummering.....	40
5.2 Konklusjon	40
5.3 Refleksjon	41
LITTERATURLISTE	43

1.0 INNLEDNING

1.1 Bakgrunn for valg av tema med begrunnelse

Selv om den viktigste brukergruppen for vernepleiefaglig arbeid fortsatt er mennesker med utviklingshemning, gir kombinasjonen av å være både en helse- og sosialfaglig utdanning vernepleieren muligheter til å arbeide innenfor mange ulike arbeidsfelt. I rammeplanen beskrives formålet med vernepleierutdanningen på følgende måte:

Formålet med vernepleierutdanninga er å utdanne brukerorienterte og reflekterte yrkesutøvere som er kvalifiserte for å utføre miljøarbeid, habiliterings- og rehabiliteringsarbeid sammen med mennesker med fysiske, psykiske og/eller sosiale funksjonsvansker som ønsker og har bruk for slike tjenester (Bachelor i vernepleie. Fagplan 2008:3).

Dette innebærer at de arbeidsoppgavene en vernepleier skal utføre, ikke er direkte knyttet opp mot bestemte brukergrupper. Selv merker jeg at jeg er mest nysgjerrig på den sosialfaglige delen av utdanningen vår. Bakgrunnen til at jeg valgte temaet ”vernepleieren som aktør i rusomsorgen” er at jeg hadde fordypningspraksis i en behandlingstilbudet i en behandlingsinstitusjon for mennesker med rusavhengighet. Behandlingstilbudet var tverrfaglig, og basert på en helhetlig tilnærming til beboerne. Det gjorde at jeg vurderte praksisstedet som en mulig arbeidsplass for meg etter endt utdanning.

Muligheten til å få arbeide tverrfaglig innenfor et felt som for meg virker både spennende og utfordrende, gjør meg samtidig litt usikker på egen yrkesrolle. Gir utdanningen som vernepleier et grunnlag for jobb innenfor rusfeltet? Hva slags kompetanse tilegner vi oss gjennom studiet, og hvordan kan denne kompetansen være et supplement til de faggrupper som jobber innenfor rusfeltet fra før? Slik jeg opplever det, gir bachelorutdanningen i vernepleie et godt utgangspunkt for senere arbeid innenfor ulike felt, enten det er innenfor rus, psykiatri, barnevern, skole eller i mer tradisjonelle vernepleierstillinger rettet mot arbeid med ulike grupper funksjonshemmede. For å bruke en kjent metafor, er utdanningen ”litt som poteten, den kan brukes til alt”. Selv om vi i utdanningen har hatt minimalt med teori knyttet opp mot rusbruk og rusbehandling, tenker jeg at selve grunnutdanningen vår likevel kan være relevant for å arbeide som miljøterapeut innenfor rusomsorgen. Med

bakgrunn fra samtaler med klassekamerater har jeg grunnlag for å tro at det er flere som kunne tenke seg å arbeide med denne brukergruppen.

1.2 Presentasjon av tema og problemstilling

Problemstillingen jeg har valgt er ”*Vernepleierens kompetanse - en ressurs for rusomsorgen?*”.

Jeg har valgt å formulere problemstillingen som et spørsmål. Ved at jeg stiller spørsmål ved temaet viser jeg at jeg ennå ikke vet om vernepleierens kompetanse er relevant for arbeid i rusomsorgen, men at jeg gjennom prosessen med å skrive oppgaven vil belyse og drøfte temaet og forhåpentligvis kunne besvare problemstillingen. Samtidig vil det også være naturlig å se på utfordringer for vernepleieren. Jeg føler yrkesstolthet i forhold til profesjonsutdannelsen, men er samtidig ydmyk i forhold til andre profesjoners kompetanse innenfor rusfeltet.

Vernepleierens kompetanse vil være avhengig av i hvilken kontekst kunnskapene og ferdighetene skal anvendes (Fellesorganisasjonen for vernepleiere, barnevernspedagoger og sosionomer (FO) 2008). Formålet mitt med å skrive denne oppgaven er at jeg anser det som viktig at vi vernepleiere selv må bevisstgjøre oss hva vi har å tilby i arbeid med ulike brukergrupper. Ved at vi selv reflekterer over hva vår kompetanse egentlig innebærer, kan vi bli tryggere på vår egen yrkesrolle og skape vår egen yrkesidentitet, uansett hvilket arbeidsfelt vi velger oss. Slik kan vi også være foregangsfigurer og rekruttere vernepleiere inn på stadig nye arenaer, og på den måten utvikle profesjonen.

1.3 Avgrensning og begrepsavklaring

Jeg vil forholde meg til Elsa Marie Skaus kompetansetrekant, der profesjonell kompetanse deles inn i teoretisk kunnskap, yrkesspesifikke ferdigheter og personlig kompetanse. Jeg vil komme nærmere tilbake til dette i kapittel 3. Hva ligger egentlig i begrepet kompetanse? Begrepet stammer fra det latinske ordet *competentia*, som betyr sammentreff eller skikkethet. Skau definerer det å være kompetent på følgende måte:

Å være kompetent innebærer enten at en i kraft av sin stilling har rett, eller myndighet, til å gjøre noe, eller at en har de nødvendige kvalifikasjoner til å fylle en stilling, ivareta bestemte oppgaver eller uttale seg om et spørsmål (Skau 2005:55).

Slik jeg forstår Skau kan det å være kompetent dermed ha flere innfallsvinkler. Enten ved at du *har* de nødvendige kvalifikasjonene, som jeg vil drøfte i denne oppgaven, *eller* at man har en stilling eller en myndighet som kvalifiserer for å utføre oppgaver. Med vernepleierens kompetanse som *ressurs* tenker jeg i denne sammenhengen på det å være til nytte, å kunne bidra i en dynamisk samhandling med både brukere og faggrupper innenfor rusomsorgen. Ikke nødvendigvis for å tilføre noe nytt, men som en del av et tverrfaglig, helhetlig tilbud til brukerne.

Når jeg i denne oppgaven omtaler rus tenker jeg på narkotika. I Norge defineres narkotiske stoffer ut fra en liste med om lag 200 stoffer som Helsedirektoratet har utarbeidet. Legemidler som skaper avhengighet blir også definert som narkotika dersom de omsettes ulovlig og ikke er foreskrevet av lege (Fekjær 2009:32).

Når jeg henviser til arbeid innenfor rusomsorgen har jeg her valgt å utelate forebyggende arbeid, og heller ikke tatt med medikamentelle behandlingsmetoder. Jeg har avgrenset til å tenke at vernepleierens kompetanse kan komme til nytte i de psykososiale behandlingsmetodene innenfor rusomsorgen. Jeg vil gi en kort redegjørelse for ulike behandlingsmetoder i kapittel 3, men det er begrenset hvor mye jeg kan ta med på grunn av oppgavens omfang. Jeg vil istedet se nærmere på to former for gruppebehandling; så som ”terapeutiske samfunn” og ”Veksthusmodellen”, og knytte vernepleieren opp mot disse behandlingsformene i drøftingskapittelet.

Jeg har avgrenset temaet til å gjelde rus. Jeg er klar over at det er en stadig økning i brukergrupper som sliter med dobbeldiagnosen rusavhengighet og psykiske lidelser, men på grunn av oppgavens omfang vil ikke det være tema i denne oppgaven. Innledningsvis har jeg vist til at formålet med vernepleierutdanningen er knyttet opp mot arbeid med mennesker med fysiske, psykiske- og/eller sosiale funksjonsvansker. Jeg velger derfor å se på hvorvidt rusavhengighet i denne oppgavens sammenheng kan komme inn under begrepet funksjonsvansker, og hvordan vernepleierens kompetanse kan komme til uttrykk i gapet mellom individets forutsetninger og samfunnets krav.

1.4 Oppgavens oppbygning

Jeg har innledningsvis redegjort for valg av tema og problemstilling, og skrevet litt om bakgrunn for valg av tema. Oppgaven skal videre undersøke om vernepleierens kompetanse kan være relevant innenfor rusomsorgen. Jeg synes derfor det vil være naturlig å starte med en redegjørelse av hva som ligger i kompetansebegrepet, og vil der benytte Elsa Marie Skaus kompetansetrekant. Her vil jeg samtidig presentere helhetlig arbeidsmodell, vernepleierens arbeidsmodell for målrettet miljøarbeid. Jeg vil dra den røde tråden med vernepleierens kompetanse gjennom hele oppgaven.

Deretter vil jeg ta for meg begrepet funksjonshemning og presentere Gap- modellen i forhold til det. Kan vernepleieren være med på å minske gapet mellom samfunnets krav og individets muligheter på dette området? For å belyse gapet har jeg valgt sosiologiske perspektiv; som norm- og rolle teori og valg og bytte perspektivet. Jeg har videre vist til rehabiliteringsarbeid og tverrfaglig samarbeid for et helhetlig tjenestetilbud.

Under punktet om brukerperspektiv, har jeg definert brukermedvirkning iberegnet deltakelse i selvhjelpsgrupper. Jeg har knyttet møtet med brukeren opp mot vitenskapsteori om for forståelse og livsverden. Et helhetlig menneskesyn har blitt belyst ved hjelp av ulike vitenskapsteorier som har vært relevante for helse- og sosialfaglig utvikling.

Jeg vil så gå over til å presentere deler av rusomsorgen. Først vil jeg gi en oppsummering av narkotikabehandlingens historie. Deretter nevne kjente psykososiale behandlingsmetoder, herunder terapeutiske samfunn og veksthusmetoden. Jeg kommer til

å si hva rusreformen har betydd for behandlingstilbudet til rusavhengige, og til slutt vise til sentrale mål fra opptrappingsplanen for rusfeltet.

I drøftingskapitlet vil jeg først forsøke å knytte vernepleieren til rusavhengige som en aktuell brukergruppe, med fysiske, psykiske og/eller sosiale funksjonsvansker. Her knytter jeg sosiologiske begreper inn i drøftingen. Vernepleierens kompetanse innen målrettet miljøarbeid blir så trukket inn i forhold til å minske gapet mellom individets forutsetninger og samfunnets krav til funksjon. Jeg stiller spørsmålstegn ved hvorvidt denne kompetansen kan knyttes opp mot rusomsorgen. Her viser jeg til likhetstrekk mellom vernepleiefaget og rusomsorgen, ved at begge områdene har vært påvirket av medisinske og sosiale forklaringsmodeller på funksjonsvanskene, og begge har hatt innflytelse av ideologier som normalisering og empowerment tenkning i forhold til behandling og brukervedvirkning.

Jeg vil deretter se på brukervedvirkning i rusomsorgen, og belyse om det kan være et dilemma for vernepleieren å arbeide innenfor den miljøterapien som drives etter veksthusmodellen.

2.0 METODE OG TEORETISK PERSPEKTIV

Valg av metode vil påvirke hvordan man arbeider for å belyse problemstillingen. Er man ute etter målbare resultater, vil sannsynligvis et positivistisk perspektiv, med bruk av kvantitative metoder kunne være hensiktsmessig. Er man derimot ute etter å få en dypere forståelse, på søken etter det kvalitative innholdet, vil det være naturlig å ta et hermeneutisk eller et fenomenologisk perspektiv.

Min oppgave har en hermeneutisk innfallsvinkel. Ulike teoretikere og forfattere har latt sine oppfatninger, fortolkninger og meninger komme til uttrykk gjennom språk og tekster. Når vi så leser disse tekstene, vil vi forsøke å forstå betydningen av dem, fortolke og bearbeide dem slik at vi kan sette dem inn i en forståelig sammenheng. Forenklet sagt kan det å veksle mellom å leve seg inn i andres opplevelser, for så å se på hvordan den samme situasjonen oppleves og kan tolkes av oss selv, kalles en hermeneutisk spiral. Den veksler mellom å se helheten og de enkelte deler hver for seg. For å kunne benytte en slik hermeneutisk innfallsvinkel for å tolke og forstå en meningssammenheng, er det viktig at vi har innsikt i vår egen forforståelse (Aadland 2004).

Jeg har benyttet kvalitativ metode, for å få en slags helhetsforståelse av vernepleierens kompetanse, og så knyttet den opp i mot rusomsorgen. Kvalitativ metode brukes gjerne i helse- og sosialfaglig sammenheng for å henviser til kvaliteten, det vil si innhold og særtrekk ved et fenomen (Repstad 1998).

Jeg har valgt å basere oppgaven på litteraturstudie, i overvekt faglitteratur som står på pensumlisten til bachelorutdanningen i vernepleie. Årsaken er at temaet for oppgaven tar utgangspunkt i vernepleierens kompetanse og fagfelt, noe som er vel beskrevet i pensumlitteraturen. Dessuten ønsket jeg at oppgaven skulle bli mest mulig etterprøvbart, ved å kunne henviser til publiserte kilder. Av den samme årsaken har jeg forsøkt å begrense bruken av internettkilder. I tillegg til pensumlitteratur har jeg fire bøker med selvvalgt litteratur som omhandler rusfeltet.

For å finne den litteraturen jeg har hatt behov for, har jeg gått fram på tre ulike måter. Jeg har for det første anvendt flere av de pensumbøkene jeg selv har hjemme, som jeg etterhvert har fått godt kjennskap til. Dessuten har jeg funnet fram i høgskolebibliotekets hyller, der de ulike temaene som er relevant for helse- og sosialfagene befinner seg.

Den tredje metoden jeg har benyttet, er å søke i Bibsys Ask, høgskolebibliotekets egen database. Jeg visste hvilken litteratur jeg ønsket å finne, derfor kunne jeg søke direkte på forfatter og tittel, istedet for å benytte bestemte søkeord.

2.1 Forforståelse og teoretisk referanseramme

Forforståelse kan oversettes med et sett av forutinntatte meninger og holdninger, det vi kan forutsette ut fra vår egen erfaringsverden. Hvordan vi oppfatter verden har igjen sammenheng med hvilke språk, begreper og teorier vi har til rådighet for forståelse (Aadland 2004).

Her tenker jeg at det er viktig å være klar over at min forforståelse vil være med å påvirke valg av litteratur. Jeg er selv vernepleier og regner med at min erfaringsbakgrunn fra vernepleierutdanningen kan skinne gjennom og farge oppgaven. Jeg har mindre kjennskap til rusomsorgen, og det vil derfor prege hva som blir tatt med som vesentlig i denne oppgaven. Min kontakt med rusfeltet skriver seg fra fordypningspraksis i langtidsbehandling for rusavhengige, og senere ekstravakter ved samme behandlingssted. Jeg har blitt møtt med velvilje og har følt meg integrert både blant beboere og det tverrfaglige personalet ved behandlingsstedet, deriblant et par vernepleiere. Jeg sitter derfor igjen med en forforståelse av at rusomsorgen kan være en relevant arbeidsarena for vernepleieren.

Jeg er bevisst på at i mitt valg av tema skjuler det seg et *ønske* om å finne holdepunkter for å få vernepleieren inn i rusomsorgen. Derfor vil jeg være bevisst på å problematisere forholdet i drøftingskapittelet, ved å forsøke å belyse temaet fra flere vinkler. Jeg er klar over at det jeg velger å trekke ut som det mest essensielle i denne oppgaven, vil være basert på min egen prioritering. Det at problemstillingen er formulert såpass åpen, innebærer at jeg kunne valgt å ta utgangspunkt i annen litteratur enn den jeg har valgt, og i så måte ha endt opp med en helt annen vinkling på oppgaven.

Som bakgrunn for de opplysninger jeg har gitt om vernepleierens kompetanse, ligger Fagplan for vernepleierutdanningen, basert på rammeplanen. Jeg har også støttet meg til 2008 versjonen av notatet ”Om vernepleieryrket” utgitt av seksjonsrådet for vernepleiere i FO (Fellesorganisasjonen for vernepleiere, barnevernspedagoger og sosionomer). For å belyse de ulike deler av vernepleierens kompetanse, har jeg benyttet teori av Elsa Marie Skau (2005).

I punktet om funksjonshemming og Gap-modellen har jeg i tillegg til notatet av FO, trukket inn litteratur skrevet av Askheim (2003). Her har jeg også brukt kommunal- og regionaldepartementet som kilde for universell utforming, samt vist til sosiologiske begreper som norm- og rolle, valg- og bytteperspektiv gjennom Garsjø (2001).

I punktet om ”Brukerperspektivet” har jeg flettet inn Brodtkorb, Norvoll og Rugkåsa (2001), samt kommunikasjons- og vitenskapsteori gjennom Eide og Eide (2000) og Aadland (2004).

Mine teoretiske referanser fra vitenskapsteori er Aadland (2004) og Repstad (1998). Vitenskapsteori har jeg trukket inn i metodekapittelet, i punktene som omhandler *brukerperspektivet* og *helhetlig menneskesyn* i teoridelen, og naturlig nok også i drøftingskapittelet.

Under tema ”Rus” har jeg benyttet tre anerkjente bøker, skrevet av forfatterne Dag Furuholmen, Arne Schanche Andresen og Hans Olav Fekjær. I tillegg har jeg tatt utdrag fra Opptappingsplan for rusfeltet, utgitt av Helse- og omsorgsdepartementet. Jeg valgte også å bruke Janne Paulsby (2009) som er støttet med midler fra Sosial- og helsedirektoratet til å skrive boka *En rød tråd*, der målgruppen er de som enten arbeider i rusomsorgen eller er på vei inn i feltet.

For fullstendig redegjørelse av teorivalg viser jeg til litteraturlisten.

2.2 Validitet og reliabilitet

Med bakgrunn i de innsamlede opplysningene i teoridelen, fra henholdsvis vernepleierutdanningen og rusomsorgen, forsøker jeg i drøftingsdelen å belyse hvorvidt disse fagfeltene passer sammen. Det er jo gjerne slik at når man vil at noe skal stemme, så plukker man mer eller mindre ubevisst ut teorier som kan sammenfalle med hverandre. Det kan være en mulig feilkilde som jeg forsøker å være bevisst på. Når det gjelder gyldigheten av litteraturen som er benyttet i oppgaven, har jeg basert meg på godkjent og anbefalt pensumlitteratur, samt anerkjent litteratur innenfor rusfeltet. Jeg har også valgt å trekke inn offentlige publikasjoner og utredninger. Slik jeg oppfatter det, er mitt teorivalg ikke kontroversielt, men bygget på forskningsbasert litteratur.

Jeg er samtidig nødt til å være kildekritisk. De fleste kvalitative tekster vil være preget av forforståelsen til den som skriver, og på samme måte vil oppgaven preges av min egen forforståelse, evne til å tolke teksten og formidle den videre, jamfør den hermeneutiske spiral.

Jeg vil forsøke å være så objektiv jeg kan i min framstilling av andres materiale, og referere tydelig til kildene underveis i teksten for å sikre reliabiliteten (påliteligheten) i stoffet.

Oppgavens validitet er basert på at valg av teori er egnet for å belyse problemstillingen, og at kvalitativ metode er et riktig valg for å arbeide med den. Jeg har valgt å bruke begreper i problemstillingen som er faglige nok til å være gyldige, herunder *kompetanse* og *ressurs*.

3.0 TEORIDEL

3.1 Vernepleieren

Forløpet til utdanningen som vernepleier, var 1- og 2- årige kurs på begynnelsen av 1950-tallet, grunnet behov for kvalifisert personell i arbeidet med mennesker med utviklingshemning. Vernepleierutdanningen som en treårig utdanning startet i 1961, men ble først formalisert av Sosialdepartementet i 1963. Selv om personer med utviklingshemning fortsatt er den sentrale målgruppen for utdanningen, kan vernepleierfaglig arbeid også knyttes opp mot andre brukergrupper. Gjennom rammeplanen fra 1999 ble kunnskapsgrunnlaget i utdanningen endret, og vernepleierne fikk utvidet kompetanse.

Vernepleierutdanningen skal kvalifisere for å utføre målrettet miljøarbeid, habiliterings- og rehabiliteringsarbeid sammen med personer med fysiske, psykiske og/eller sosiale funksjonsvansker (F0 2008:5).

Selv om de fleste vernepleiere arbeider innenfor kommunale pleie- og omsorgstjenester, kan man finne yrkesgruppen i arbeid med ulike brukergrupper innenfor helse- og sosialsektoren. Eksempler her kan være barn og ungdom med atferdsvansker i barnevernstiltak, blant barn og unge med særskilte behov i barnehager og skolevesen, eller hos mennesker med psykiske lidelser og/eller rusproblematikk.

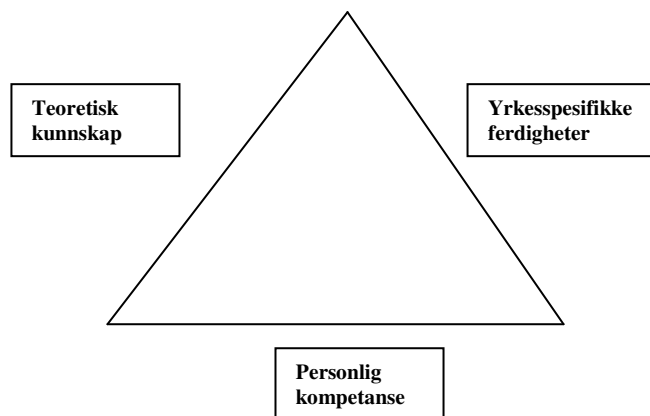
3.2 Kompetanseområder

Vernepleierutdanningen er inndelt i 4 hovedemner som danner grunnlaget for den faglige kompetansen. Jeg velger å nevne de ulike temaenes vektlegging i form av studiepoeng, da dette viser vektingen av de ulike emnene. Her finner vi samfunnsvitenskapelige og juridiske emner (42 studiepoeng), psykologiske og pedagogiske emner (24 studiepoeng), helsefaglige emner (45 studiepoeng) og miljøarbeid, habiliterings- og rehabiliteringsarbeid som utgjør hele 69 studiepoeng. Av disse totalt 180 studiepoengene utgjør praksisstudier og ferdighetstrening minimum 60 poeng.

For at man skal kunne ha et felles grunnlag for tverrfaglig samarbeid, er nå 30 av de 180 studiepoengene felles for alle helse- og sosialarbeiderutdanninger, men i tillegg er ytterligere 30 poeng felles for vernepleier- barnevernspedagog – og sosionomutdanningene (FO 2008).

3.3 Kompetansebegrepet

Skau (2005) viser til at kompetanse er et uttrykk for hvorvidt personen er skikket eller kvalifisert i forhold til for eksempel en yrkesrolle eller utøvelse av en oppgave. For at vi skal kunne ha et slags mål på hvilken kompetanse vi har, er det naturlig å dele opp kompetansen i mindre felt eller deler. Skau har laget en modell for vår samlede profesjonelle kompetanse, den såkalte kompetansetrekanten:



FIGUR 1A "Samlet profesjonell kompetanse" (Skau 2005:56)

Modellen består av teoretisk kunnskap, yrkesspesifikke ferdigheter og den enkeltes personlige kompetanse. Vår personlige kompetanse har tradisjonelt ikke vært tatt med i andre eksisterende forklaringer av kompetansebegrepet, det gjør at noe vesentlig har manglet, ifølge Skau (Skau 2005:55 f).

De tre sidene av kompetansen utgjør en helhet, hvor de både påvirker og avhenger av hverandre. I enkelte jobbsituasjoner kan den ene siden være mer framtredd enn andre, og det kan da være at vi kan jobbe aktivt for å styrke en annen side. Kanskje kan det være at vi etter noen år i yrkesutøvelsen som vernepleier har utviklet gode yrkesspesifikke ferdigheter og har en god relasjon til brukerne vi samhandler med. Likevel kan det da være på sin plass å oppdatere seg på nyere teori som er relevant for yrkesutøvelsen, for å styrke den teoretiske siden av kompetansetrekanten.

Jeg vil nå gå litt nærmere inn på hver enkelt av disse komponentene, og se hvordan grunnlaget for vernepleierens kompetanse blir lagt.

3.4 Teoretisk kompetanse

Innenfor aspektet *teoretisk kunnskap* finner vi faktakunnskapene vi kan lese oss til og som blir formidlet til oss på skolen. Herunder kommer vitenskapsteori og forskningsmetoder, jus, stats- og kommunalkunnskap, psykologi og sosiologi for å nevne noen. Jeg vil senere under punktet ”Helhetlig menneskesyn” komme nærmere inn på ulike vitenskapsteorier som har hatt innvirkning på vernepleierens idegrunnlag; slik som positivisme, hermeneutikk og kritisk teori. I tillegg får vi mye teoretisk kunnskap gjennom de helsefaglige emnene som tar for seg medisinske og naturvitenskapelige emner, pleie og omsorg og psykisk helsearbeid. Skau (2005) gjør oppmerksom på at selv om teoretisk kunnskap er høyt verdsatt innenfor en rekke miljøer, har den kunnskapen lett for å bli svekket. Det kan ha med at fagstoffet blir utdatert, eller også at kunnskapen etterhvert blir mer eller mindre glemt (Skau 2005).

Studiet har 69 studiepoeng innenfor miljøarbeid, habiliterings- og rehabiliteringsarbeid.

I forbindelse med dette arbeidet har vernepleieren en helhetlig arbeidsmodell som har vist seg nyttig både på individ- og systemnivå. Her ivaretas brukerens interesser gjennom alle faser av modellen. Jeg kommer nærmere tilbake til helhetlig arbeidsmodell under neste punkt om vernepleierens yrkesspesifikke ferdigheter.

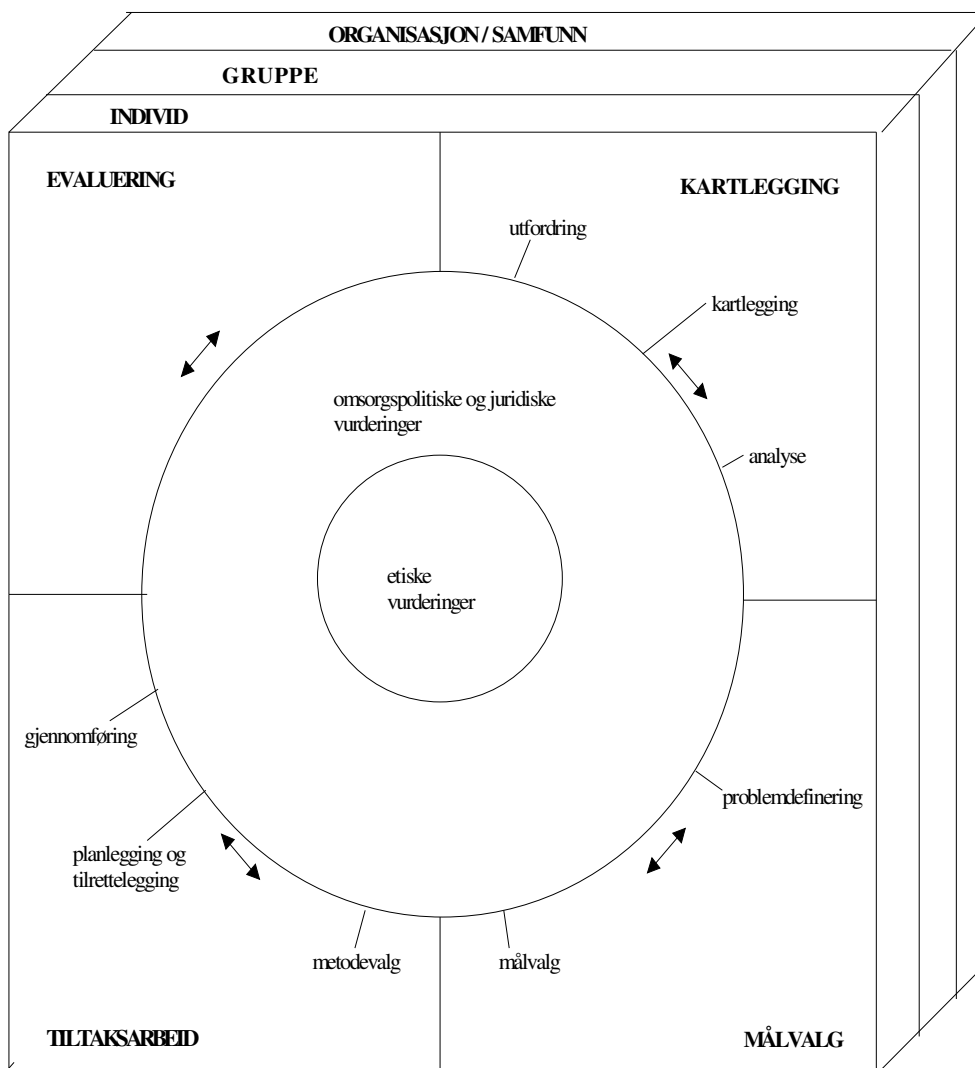
Videre får vi innføring i vernepleiefagets utvikling, ideologi, etikk og yrkesrolle. Jeg vil under punktet om "Brukerperspektivet" se nærmere på begrepet brukermedvirkning i forhold til vitenskapsteoretiske begreper som forforståelse og livsverden. Det blir lagt vekt på å kunne reflektere over grunnleggende begreper som en del av den helse- og sosialfaglige basiskunnskapen. Når vi snakker om teoretisk kunnskap menes både flyktig kunnskap vi pugger utenat uten å bearbeide, men også den teorien vi bearbeider og som blir integrert i oss. Ved bachelorutdanningen i vernepleie ved Høgskolen i Molde er studiet organisert med mappesystem som tilrettelegging for læring. Skriveprosessen med mappene skjer gjennom bearbeidelse underveis i studiet, både når det gjelder individuelle mappekrav og gruppekrav for basisgruppene. Hensikten er nettopp det å få oss studenter til å reflektere og forstå teorien framfor å gjengi den. På den måten blir vi utfordret til å stille oss kritisk til det som blir formidlet, og sammenligne ulike teorier.

3.5 Yrkesspesifikke ferdigheter

Den andre siden av kompetansetrekanten er yrkesspesifikke ferdigheter. Disse ferdighetene rommer de teknikker, metoder og praktiske ferdigheter som hører til utøvelsen av et yrke. Medisinkompetanse som medikamenthåndtering og prosedyrer innen ulike pleie- og omsorgs oppgaver er en del av vernepleierens yrkesspesifikke ferdigheter.

Praktiske ferdigheter som vernepleier er vel og bra å ha, men man blir ingen god helse- og sosialarbeider uten at disse praktiske ferdighetene knyttes sammen med personlig kompetanse og teoretisk kunnskap. Hvorfor handler jeg som jeg gjør? For en vernepleier er helhetlig arbeidsmodell en metode for å arbeide med målrettet tiltaksarbeid, rehabilitering og habilitering (se figur 1 B). Selv om det er en arbeidsmodell, vil anvendelsen av helhetlig arbeidsmodell knytte den profesjonelle kompetansen til en vernepleier sammen. I tillegg til å vite hvordan vi skal bruke modellen, må vi anvende relevant teori i kartlegging og analyse. Det krever at vi er noenlunde oppdatert på teorien

som gjelder, og har kunnskap om hvordan vi kan søke den fagkunnskapen vi behøver. Dessuten må vi ha brukeren i fokus og samarbeide med ham i alle fasene. Her kommer vår personlige kompetanse inn i bildet. Arbeidsmodellen brukes med bakgrunn i den erfaring vernepleierutdanningen har gitt innenfor teoretisk og erfaringsbasert kunnskap, og kan dermed knyttes opp mot både teoretisk kunnskap og yrkesspesifikke ferdigheter. Gjennom alle tre studieårene har helhetlig arbeidsmodell vært en overordnet modell for systematisk arbeid innenfor målrettet miljøarbeid, habilitering/rehabilitering og/eller omsorg og pleie.



FIGUR 1B ”Helhetlig arbeidsmodell” (Bachelor i vernepleie. Fagplan. Høgskolen i Molde).

Studentene bruker arbeidsmodellen både i individuelle oppgaver og i forbindelse med gruppearbeid. Det legges opp til at de får lære modellen grundig å kjenne, fra de første møter med å løse case-oppgaver, til å anvende modellen på henholdsvis individ- og gruppe/system-nivå i de ulike praksisperiodene.

Helhetlig arbeidsmodell består av ulike faser; kartlegging (herunder analyse), målvalg, tiltak og evaluering. Disse fasene står i et gjensidig forhold til hverandre, og arbeidsmodellen kan derfor forstås som en prosess. Ved hjelp av modellen kan man tydeliggjøre hvordan man velger å arbeide målrettet med endringsprosesser, alltid med begrunnelser av de valg og prioriteringer som blir foretatt. Det som er essensielt med helhetlig arbeidsmodell, er at den skal ivareta de mål som er sentrale for tjenestemottakeren. Dermed er det en forutsetning at vernepleiere samarbeider med brukerne underveis, i alle fasene av arbeidsmodellen, og at de ser sammenhengen mellom behov og ressurser. For å kunne fremme et godt samarbeid, enten det er med tjenestemottakerne, pårørende eller andre faggrupper man er avhengig av, gjelder det å ha gode kommunikative og relasjonelle ferdigheter. I og med at arbeidsmodellen er basert på en helhetlig prosess, kan vernepleieren være avhengig av kunnskap fra ulike fagområder, og har forståelse for nytten av tverrfaglig tilnærming for å yte best mulig tilpasset hjelp (FO 2008).

Arbeidet med helhetlig arbeidsmodell skal skriftliggjøres. På den måten kan arbeidet kvalitetssikres, og bidra til å skape kontinuitet og kvalitet i tjenesteytingen. ”Krav om faglig forsvarlighet og dokumentasjon er forankret både i Lov om sosiale tjenester, Helsepersonelloven og Pasientrettighetsloven” (FO 2008:16). Med fokus på etiske dilemmaer og avveininger, omsorgsideologiske og juridiske vurderinger i alle fasene, legges det til rette for at kravet om faglig forsvarlighet blir imøtekommet.

Som en kort oppsummering, har jeg nå først redegjort for den teoretiske kunnskapen til vernepleierne. Deretter har jeg trukket fram helhetlig arbeidsmodell som den overordnede modellen for vernepleiefaglig arbeid. Bruk av modellen er en del av vernepleierens yrkesspesifikke ferdigheter. Jeg vil nå se på den siste siden av kompetansetrekanten.

3.6 Personlig kompetanse

Den samlede profesjonelle kompetansen består også av vår personlige kompetanse. Den er individuell og består av de erfaringer og holdninger vi bærer med oss. Det er måten vi er på, både overfor oss selv og i relasjoner med andre. Denne utviklingen er en modningsprosess som vi må jobbe med hele livet. Det skjer ved at vi først gjør oss erfaringer, som vi siden fortolker og bearbeider til en ny forståelse. Våre mellommenneskelige kvaliteter er ikke noe vi kan lese oss til, men noe vi utvikler i samspillet med andre mennesker. Derimot kan vi ha god nytte av å jobbe aktivt med personlig kompetanseutvikling, for eksempel gjennom en helse- og sosialfaglig utdanning som legger vekt på ferdigheter innen kommunikasjon, samhandling og konfliktløsning. Ved at vi lærer oss nye begreper og får innsikt i ulike teorier, kan vi lære oss å sette ord på de tanker og refleksjoner vi gjør oss rundt det vi opplever og erfarer (Skau 2005:52 ff).

Det er vanskelig å sette noe mål for hvordan den personlige kompetansen til et menneske er, siden det er en kvalitativ kompetanse. Men det å møte andre med respekt som et likeverdig medmenneske er grunnleggende i all samhandling. Skau vektlegger også god dømmekraft som et tegn på personlig kompetanse (Skau 2005). Et eksempel på god dømmekraft kan være i forhold til å gi riktig tilpasset hjelp til brukeren. Herunder handler det om å kunne identifisere brukernes ressurser og hjelpebehov. Vernepleierne tilpasser hjelpen slik at det legges til rette for størst mulig grad av selvbestemmelse, uten å unnlate å gi den hjelpen som er nødvendig (FO 2008:14).

Jeg vil oppsummere den *samlede profesjonelle kompetansen*; teoretisk kompetanse, yrkesspesifikke ferdigheter og personlig kompetanse gjennom en målformulering fra vernepleierutdanningen:

Et mål for vernepleierutdanningen er å utdanne individorienterte og reflekterte yrkesutøvere med handlingskompetanse basert på oppdatert kunnskap. Yrkesutøvelsen skal fremme tjenestemottakers muligheter for selvbestemmelse og deltakelse. Tjenesteyting er basert på respekt for menneskets integritet, samt nærhet, engasjement og gode relasjonsferdigheter i forhold til den enkelte (FO 2008:7).

Ifølge Skau innebærer profesjonell kompetanse å bruke både hodet, hjertet og hendene i yrkesutøvelsen, samt at man er bevisst sine grenser og sine muligheter for utvikling (Skau 2005).

3.7 Funksjonshemning og Gap- modellen

Hva er egentlig funksjonshemning? Begrepet har vært gjenstand for mange diskusjoner gjennom årenes løp, og det vil være naturlig å tenke at måten man definerer funksjonshemning på, vil være av betydning for hvordan man møter funksjonshemmede mennesker. Jeg vil i denne oppgavens sammenheng ikke gå dypere inn og diskutere ulike variasjoner av begrepet funksjonshemning, bare kort nevne at det finnes begreper som den ”medisinske” og ”sosiale” modellen av funksjonshemning.

Den *medisinske* modellen har sitt utspring i klassifiseringssystemer utarbeidet av Verdens Helseorganisasjon på slutten av 1970 –tallet, og innebærer en tredeling av funksjonshemningen (Impairment, disability, handicap), som på norsk kan oversettes med at grunnlidelsen fører til funksjonsnedsettelse som igjen medfører rollebegrensning. Den *sosiale* modellen ser imidlertid funksjonshemningen som et samfunnskapt fenomen, og ser bort fra egenskaper ved individet som en medvirkende årsak til funksjonshemningen (Markussen 2000).

I Regjeringens handlingsplan for funksjonshemmede (1994- 1997) er følgende definisjon lagt til grunn:

Funksjonshemning er et misforhold mellom individets forutsetninger og miljøets krav til funksjon på områder som er vesentlig for etablering av selvstendighet og sosial tilværelse (Askheim 2003:140).

Her er det viktig å legge merke til at definisjonen av funksjonshemning ikke gir uttrykk for at begrepet står for nedsatt evne til funksjon. Det er heller snakk om at det finnes *hinder* for de muligheter en person har. I denne definisjonen av funksjonshemning er det *miljøet* eller *konteksten* som setter begrensninger for individet. Denne forståelsen sier noe om at funksjonshemning ligger i samspillet mellom den enkelte og omgivelsene, og registreres ut fra hvilken innvirkning det får på personens livssituasjon. Funksjonshemning går dermed på den enkeltes mulighet til å delta i samfunnet, og er ikke knyttet til nedsatt evne eller biologiske tilstander.

Vi kan ut fra denne definisjonen tenke at funksjonshemning kan være kontekstuell, det vil si at den kan være situasjonsavhengig. En slik tankegang kan si at det er misforholdet

mellom miljøets krav og individets forutsetninger som gjør mennesker funksjonshemmet, og tilrettelegging av miljøet kan derfor være med på å fjerne eller redusere funksjonshemmingen.

Vernepleierutdanningen tar som nevnt utgangspunkt i misforholdet mellom individets forutsetninger og miljøets krav. Dermed rettes oppmerksomheten både på individets forutsetninger og rammefaktorer i miljøet. Like viktig som å øke en persons egenkompetanse, er å påvirke og endre de ytre faktorene som virker funksjonshemmende for individet (FO 2008). Vernepleieren bruker sin faglige kompetanse gjennom å arbeide målrettet for å endre rammefaktorer og individuelle forutsetninger.

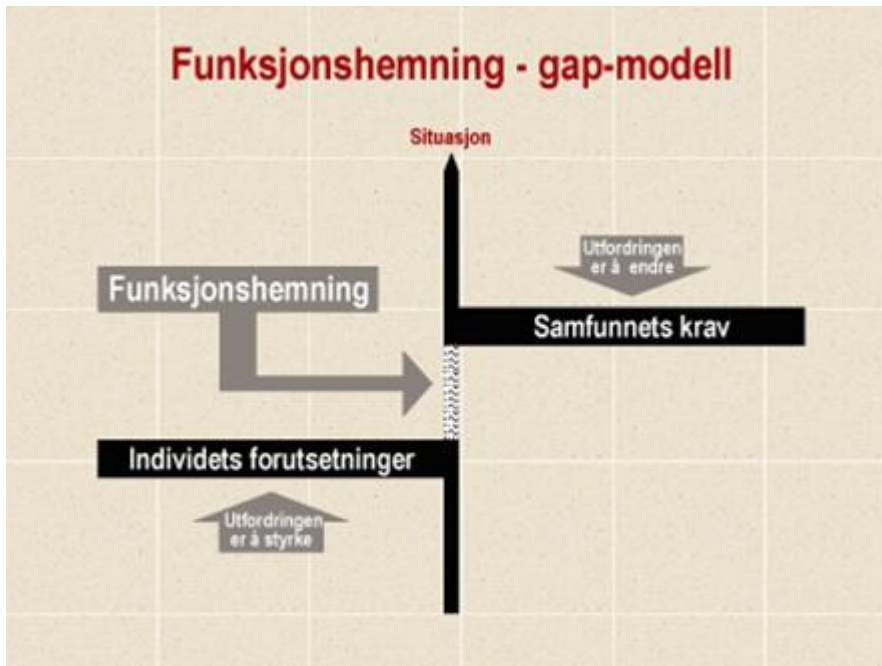
Vi kan si at vernepleieren systematisk tilrettelegger de ulike faktorer i miljøet rundt individet for å skape trygghet, tilgjengelighet og deltakelse. Her kan vi tenke alt fra hjelpemidler til tilrettelegging av bolig. For at tjenestemottakerne skal kunne delta i de ulike samfunnsaktiviteter, må det samtidig arbeides med å fjerne de fysiske barrierene i samfunnet som kan virke funksjonshemmende. Et eksempel på fysisk tilrettelegging er universell utforming.

Universell utforming er utforming av omgivelsene på en slik måte at de kan brukes av alle mennesker, i så stor utstrekning som mulig, uten behov for tilpasning og en spesiell utforming. Hovedsiktemålet med universell utforming er å oppnå likestilling og deltakelse ved å fjerne eksisterende barrierer og hindre at nye oppstår (Kommunal - og regionaldepartementet 2008).

Gap- modellen (figur 1C) viser gapet mellom samfunnets funksjonskrav og individets forutsetninger. Det er i dette gapet man tenker seg at funksjonshemmingen oppstår. Vi kan tenke oss at det blir stilt krav til både fysiske, psykiske og sosiale funksjoner. Jo større misforhold det er mellom samfunnets krav og den enkeltes fysiske, psykiske eller sosiale funksjonsforutsetninger, jo større blir gapet.

Denne måten å forstå funksjonsvansker på gjør at jeg synes det kan være interessant å se nærmere på gap- modellen i forhold til rusavhengighet. I kapittel 4 vil jeg drøfte funksjonsvansker ut fra sosiologi, læren om mennesket som et sosialt og samfunnsmessig vesen. Med sosialisering menes den prosessen hvor man vokser inn i samfunnsmønsteret og gjør det til en del av seg selv. Internalisering vil si å gjøre samfunnets normer, verdier

og definisjoner til sine (Garsjø 2001). Såkalte ”utsatte grupper” (for eksempel rusavhengige, mennesker med psykiske lidelser, innvandrere) vil på grunn av egenskaper eller handlinger som avviker fra de gjeldende normer og regler i samfunnet, kunne havne i gapet mellom egne forutsetninger og samfunnets krav.



FIGUR 1C ”Gap – modellen” (FO 2008:10) .

Norm- og rollesystemet forfekter at individet blir tilpasset til systemet. Tenkningen legger vekt på at vi samhandler ut fra allerede gitte normer og tradisjoner. En annen sentral retning innenfor sosiologien er valg- og bytte perspektivet. Det peker på at mennesket velger sine handlinger på grunnlag av den raskeste og mest effektive veien til måloppnåelse, som samtidig gir et best mulig resultat. Peter Berger har kalt norm og rolleperspektivet ”samfunnet i mennesket”, mens valg og bytteperspektivet blir kalt ”mennesket i samfunnet” ut i fra hvordan perspektivene vektlegger menneskets handlefrihet i forhold til samfunnsnormene (Berger 1991, Garsjø 2001:97). Som figur 1C viser, blir utfordringen å arbeide for at samfunnets krav reduseres samtidig som man forsøker å styrke den enkeltes funksjonsforutsetninger. Hensikten blir å minske dette gapet, og dermed fjerne eller redusere funksjonshemningen. Profesjonsutdanningen innen vernepleie er spesielt utviklet med dette formålet for øyet.

Vernepleiernes kompetanse innenfor habiliterings- og rehabiliteringsarbeid er en måte å møte denne utfordringen på. I og med at habiliteringsarbeid først og fremst er knyttet opp mot tiltak for barn og unge med medfødte eller ervervede funksjonshemninger, velger jeg å holde meg til rehabiliteringsarbeid i denne oppgaven. Rehabilitering kan defineres slik:

Tidsavgrensa, planlagde prosessar med klare mål og verkemiddel, der fleire aktørar samarbeider om å gi nødvendig assistanse til brukaren sin eigen innsats for å oppnå best mogeleg funksjons- og meistringsevne, sjølvstende og deltaking sosialt og i samfunnet (Stortingsmelding nr 21).

Ivar Lie peker på at rehabiliteringen må målstyres i en helhetlig prosess der brukermedvirkningen står sentralt. Det innebærer at selv om man kan ha noen felles oppfatninger og retningslinjer for en rehabiliteringsprosess, er det den enkelte bruker selv som preger utformingen av planen (Lie 1999). En tjenestemottaker har rett til å få utarbeidet en individuell plan dersom han har behov for langvarige og koordinerte tjenester innenfor helse- og sosialtjenesten. Dette gjelder også tjenestemottakere innenfor rusfeltet, selv om det ennå er mange av disse brukerne som mangler individuelle planer (Helse- og Omsorgsdepartementet 2008).

For å kunne sikre brukerne langvarige, koordinerte tjenester, er det nødvendig at ulike faggrupper bidrar med sin kompetanse for å gi et helhetlig tjenestetilbud. Å skulle definere tverrfaglig samarbeid på en kort og presis måte oppleves vanskelig, da det er mange faktorer å ta hensyn til. Jeg velger å sitere et utdrag fra Lauvås og Lauvås:

Tverrfaglig samarbeid er interaksjon mellom representanter fra ulike fag med et dobbelt formål: sikre kvalitet i arbeidet ved at den samlede faglige kompetanse blir utnyttet maksimalt, og utvikle et felles kunnskapsgrunnlag på tvers av fag og stimulere til faglig utvikling innenfor bidragende fag (Lauvås og Lauvås 2004:53).

3.8 Brukerperspektivet

Som jeg allerede har vært inne på, er brukermedvirkning sentralt i vernepleiefaglig arbeid. Å bidra til at brukerne oppnår så høy livskvalitet som mulig, er det overordnede målet for vernepleierutdanningen. Betegnelsen *bruker* inkluderer både pasient, klient eller pårørende som enkeltindivider eller deres interesseorganisasjoner. *Medvirkning* innebærer å ha en aktiv rolle som deltaker og medvirker i behandlingsprosessen, og ikke være en ensidig og passiv mottaker av hjelp. Det er en relasjon mellom individet på den ene siden, og hjelpeapparatet på den andre siden. Økt innflytelse og kontroll kan virke terapeutisk og helsefremmende, og dermed føre til økt livskvalitet (Brodtkorb, Norvoll og Rugkåsa, 2001:142-143).

Når det snakkes om brukerinnflytelse, er det et vidt begrep som rommer alt fra svak brukermedvirkning til full brukerstyring (Rønning og Solheim 1998, Andersen mfl. 2000, Askheim 2003). Det har skjedd en utvikling i forhold til fokuset på brukermedvirkning, i takt med omsorgspolitiske og ideologiske strømninger i tiden. Normaliseringstenkningen som i mer enn 30 år har vært en sentral målsetting for norsk omsorgspolitikk, har blitt kritisert for å ville normalisere brukerne, i betydningen *alminneliggjøre*. Kritikken går blant annet på at avgjørelsen bør ligge hos hver enkelt i forhold til hvordan han/hun ønsker å leve livet sitt, selv om det innebærer å leve annerledes enn det som oppfattes som et normalt liv. Funksjonshemmede går selv imot normaliseringstankegangen, fordi de oppfatter den som assimilerende og diskriminerende (Askheim 2003:85 ff).

Normalisering har blitt avløst av empowerment- strømninger, som vi kan oversette med myndiggjøring, eller overføring av makt. Det innebærer at brukerne krever sin rett til kontroll over eget liv, sine tjeneste- og hjelpebehov. I empowerment ligger synet om at den fremste eksperten på eget liv er brukeren selv, og at han eller hun derfor må ha større innflytelse over tjenestetilbudet. Askheim (2003) viser videre til at det finnes både en individuell og en strukturell dimensjon av empowerment tilnærmingen:

Den individuelle dimensjonen er rettet mot prosesser og aktiviteter med sikte på å øke individets kontroll over sitt eget liv. Den strukturelle dimensjonen handler om samfunnsmessige barrierer og maktforhold som opprettholder ulikhet og urettferdighet og hindrer egenkontroll (Askheim 2003:124).

Empowerment innebærer en endring i forhold til de profesjonelles tradisjonelle yrkesrolle, i og med at brukerinnflytelsen blir forsterket. For å arbeide i tråd med tankegangen, bør den profesjonelle medvirke til at brukerens potensial for selvbestemmelse realiseres. Det medfører å møte brukeren med solidaritet; respekt og likeverd (Vetlesen 2001b, Askheim 2003:204).

I selvhjelpsgrupper står brukerperspektivet sterkt. En selvhjelpsgruppe kan være en gruppe der likesinnede møtes for å dele erfaringer og støtte og rådføre seg med hverandre (Djupvik og Eikås 2002). Selvhjelpsgrupper kan man finne innenfor ulike samfunnsområder, for eksempel rusomsorgen, psykiatri, eller blant mennesker med psykisk utviklingshemning. Gruppemedlemmene er de fremste ekspertene på egen livssituasjon og kan bruke gruppene for å bygge opp sin egen selvtillit og kompetanse. Selv om gruppene skal styres av deltakerne, så har de behov for rådgivere for blant annet å bidra med støtte og struktur på møter. Rådgiverne må ha tro på gruppemedlemmenes evner og muligheter, og ikke overta styringen. Det kan være et dilemma i forhold til når en skal gripe inn, og når en skal holde seg i bakgrunnen (Goodley 2000, Askheim 2003:196).

Det finnes ulike syn på hvordan et godt samarbeid mellom tjenesteyter og tjenestemottaker kan fremmes. Med bakgrunn i en hermeneutisk innfallsvinkel, vil det forutsettes at vernepleieren møter den andre der han er, dersom han skal kunne fange opp brukerens ønsker og behov og ivareta brukermedvirkningen. Her er det ikke kun snakk om fysisk tilstedeværelse, men det handler om å møte den andre i hans livsverden. Livsverden er den verden vi kjenner til og forstår, hvor vi er sosialt deltakende, tenker, føler og kommuniserer med andre. Å møte en annen handler om forståelse og innlevelse, både i sin egen og andres livsverden. Hermeneutikken tar utgangspunkt i å bevisstgjøre seg sin egen forforståelse (erfaringer og holdninger) for å kunne møte brukeren i en felles livsverden basert på gjenkjennelse (Aadland 2004).

Filosofen Levinas har et noe annet syn på møtet med et annet menneske, som ofte betegnes som "Den Annen." Han bygger sin etikk på en analyse av møtet med den andre. Slik jeg forstår det mener han at vi må erkjenne oss at det finnes en annen virkelighet enn den vi kjenner til og forstår, uten at vi skal måtte gjøre den lik vår egen og dermed forårsake at noe går tapt. Levinas mener at i respekten for annerledesheten, ligger det et etisk perspektiv.

”Den Annens fremmedhet – at den Annen ikke kan reduseres til meg, mine tanker, mine besittelser – fullbyrdes nettopp som etikk” (Levinas: *Totalité et Infini:13*, Eide og Eide 2000:99).

3.9 Helhetlig menneskesyn

Jeg vil trekke fram tre ulike vitenskapsteorier som har vært sentrale innenfor vernepleiefaglig arbeid og utvikling, og det er positivisme, hermeneutikk og kritisk teori. Ifølge Aadland er våre oppfatninger av virkeligheten preget av vitenskapsteoretiske tankemønstre, enten det gjelder saker som opptar oss i hverdagen, eller dypere spørsmål om mennesket og meningen med livet (Aadland 2004:20). Selv om de ulike teoriene og deres tilhengere tradisjonelt har vært preget av motsetningsforhold, kan man likevel se hvordan de ulike perspektivene utfyller hverandre for å gi et mer helhetlig syn på helse- og sosialfaglig arbeid (Aadland 2004). Et helhetlig menneskesyn er beskrevet i FOs Yrkesetiske grunnlagsdokument:

Helse- og sosialfaglig arbeid legger til grunn et helhetlig syn på mennesket og på hvordan individ og samfunn påvirker hverandre. Yrkesutøveren skal bidra til at ulike deler av hjelpeapparatet samarbeider om å gi brukeren/klienten et helhetlig hjelpetilbud. Et helhetssyn på mennesket innebærer at forskjellige instansers innsats må ses i sammenheng (FO 2002:4).

Sitatet sier noe om at en helhetsforståelse av mennesket tar utgangspunkt i at individet er i spill med sine omgivelser, hvor det foregår en gjensidig påvirkning. For å ha en helhetlig tilnærming bør helse- og sosialarbeidere ta hensyn til de psykiske, fysiske, sosiale og somatiske faktorer som gjelder for den enkelte, og samarbeide tverrfaglig for å ivareta brukerens helhetlige behov.

Som jeg har vært inne på tidligere, forutsettes det at vernepleiere har ulike typer kunnskap å bygge på, basert på de 4 hovedemnene som danner grunnlaget for den faglige kompetansen. Disse er som nevnt samfunnsvitenskapelige og juridiske emner, psykologiske og pedagogiske emner, helsefaglige emner og til sist miljø-, habiliterings- og rehabiliteringsarbeid. Vitenskapsteoriene har vært betydningsfulle for å skape en overordnet helhetsforståelse for de ulike emnene. Ulike menneskesyn vil være

utgangspunkt for ulike faglige teories måte å oppfatte et ”problem” eller en utfordring på, og for hvilke metoder som velges for å løse det.

Positivism tar for seg objektiv, målbar faktakunnskap. Forenklet kan man si at så lenge noe er beviselig, er det sant eller omvendt. Positivismen har et klart skille mellom observasjon og tolkning. Med utgangspunkt i de vernepleiefaglige emner, har teorien klare grener innenfor blant annet naturvitenskapelige emner som anatomi og fysiologi, og endel atferdsanalytisk arbeid. Kvantitativ metode er inspirert av blant annet positivisme, og er en metode som brukes for å avdekke sannsynlig sikker kunnskap, gjennom data som kan telles eller måles (Aadland 2004).

Hermeneutikk derimot, er fortolkningskunnskap. Det handler om forståelse og innlevelse, både i sin egen og andres livsverden, noe som forutsetter at man har selvinnsett i egen forforståelse (erfaringer, holdninger til temaet). I et hermeneutisk perspektiv tolkes både tekst, språk og handling, og hermeneutikken har dermed hatt innflytelse på kvalitativ metode, som tar for seg særtrekk og egenskaper ved et fenomen (Aadland 2004). I vernepleiefaglig sammenheng brukes hermeneutiske metoder for eksempel i samhandlings- og kommunikasjonsrelasjoner gjennom miljø- habiliterings- og rehabiliteringsarbeid.

Dersom man tenker seg at positivismen er opptatt av utenforliggende objekter som er logiske og kan verifiseres, kan man tenke seg hermeneutikken som noe subjektivt som foregår inne i oss, basert på vår forforståelse og tolkning. Midt i mellom disse kan man ”plassere” kritisk teori. Den knytter fakta og forståelse sammen ved å si at språket, samspillet, handlingen eller konteksten virker inn på hvordan vi forstår og handler. Denne fornuften skapes gjennom samvær og dialog med andre (Aadland 2004:217 f).

Fornuften er nøkkelen til et godt samfunn, språket er mediet som fornuften utvikles gjennom, og den tvangsfrie diskursen (samtalen, diskusjonen) er det språklige stedet for kritisk drøfting av kriteriene for den rette utviklingen (Aadland 2004:220).

Habermas trekker de tre måtene å forstå verden på, inn som kriterier som må være tilstede i all kommunikasjon. Han poengterer at man kan stille krav om at en god kommunikasjon

må være sann (objektivt syn), den må være riktig ut fra de gjeldende normer (sosialt syn) og ekte og troverdig sett med subjektive øyne (Aadland 2004:222). Kritisk teori stiller seg kritisk til andre teories forenklete, ensidige framstilling av virkeligheten, og er også bekymret for maktforhold som råder i systemet/samfunnet vårt. Det innebærer blant annet tanken om hvor mye skjult makt som ligger hos den som har overtak i språk og kunnskap (Aadland 2004).

3.10 Introduksjon til rusomsorgen

Jeg har hittil tatt for meg vernepleierens kompetanseområder, og presentert teorier som har hatt innvirkning på vernepleierens fagområde. Jeg vil nå gå over til å presentere deler av rusomsorgen. Først vil jeg gi et kort tilbakeblikk i narkotikabehandlingens historie. Deretter kommer jeg til å gi en liten innføring i psykososiale behandlingsmetoder, herunder terapeutiske samfunn og veksthusmetoden. Jeg kommer til å si hva rusreformen har hatt å si for behandlingstilbudet til rusavhengige, og til sist vise til sentrale mål fra opptrappingsplanen for rusfeltet.

3.11 Narkotikabehandlingens historie

Med henvisning til Furuholmen og Schanche Andresen (2007), vil jeg gi et sammendrag av rusbehandlingsforløpet i Norge og vise hvordan synet på rusavhengighet har variert i løpet av de siste 60 årene.

På 1960- tallet så man fremdeles narkomani som en sykdom, der behandlingen besto av hvile og pleie ved Statens klinikk for narkomane. 1970-tallet var preget av psykiatri som forklaring på misbruket, og de rusavhengige ble enten integrert sammen med psykiatriske pasienter, eller i egne spesialavdelinger i Oslo. Behandlingsmetodene tok utgangspunkt i det enkelte psykiatriske tilbuds ideologi, og omhandlet psykofarmaka, separasjon og hvile, eller psykoterapi, ergoterapi og terapi i grupper. Etterhvert ble det etablert egne psykiatriske ungdomsteam, for å ivareta ungdommene både i og utenfor institusjonene. Teamene hadde en bred faglig bredde, men var teoretisk hovedsakelig forankret i psykodynamisk teori (Furuholmen og Schanche Andresen 2007:23).

Den sosialpsykiatriske og sosiologiske tenkningen gjorde seg gjeldende på slutten av 1970-tallet, og la utenforliggende årsaker som økonomi, samfunnsstruktur og politikk, samt sosiale relasjoner til grunn for rusmisbruk. Undertrykkingsmekanismer var en del av årsaksbildet. Hassela- kollektiver og uteseksjoner vokste fram, de sistnevnte også med fokus på individuell psykoterapi. Solliakollektivet mente manglende kunnskap og moral var forklaringen på misbruket. I begynnelsen av 1970-tallet var de ideologisk opptatt av å drive alternativt jordbruk, der hensikten var å lære misbrukerne god moral og alternativ livsførsel i et solidarisk fellesskap. Noen få år senere og fram til 1980- tallet ble kollektivene påvirket av politikk og klassekamp, før de igjen gikk over til miljøvennlig jordbruk ved inngangen til 1990-tallet (Furuholmen og Schanche Andresen 2007:24).

Det Terapeutiske Samfunn ble startet i 1982, og så fra første stund på psykologisk problematikk som årsak til misbruk. I ettertid har det vist seg at det ble lagt for mye vekt på gruppeterapeutisk arbeid, mens tilnærming til samfunnet utenfor institusjonen ikke fikk nok oppmerksomhet. Sykdomsmodellen vokste fram med fornyet styrke fra slutten av 1990-årene, noe som har medført store endringer innenfor rusbehandling, både hva gjelder metoder og ideologi. Samtidig trekker forfatterne fram at de modellene som nå er nevnt, har vært med på å utvikle *dagens* behandlingsapparat, spesielt nevnes kollektivene og Veksthuset. Kollektivene som tidligere baserte seg på miljøvennlig landbruk for å styrke solidaritet og moral blant de rusavhengige, har nå innlemmet psykologi og helhetlig tenkning i sin arbeidsform (Furuholmen og Schanche Andresen 2007:25 f).

3.12 Psykososiale behandlingsmetoder

Innenfor behandlingstilbudet for mennesker med rusmiddelproblemer finnes nå et variert spekter, med ulike behandlingsintervensjoner både innenfor offentlig og privat regi. Denne oppgaven er avgrenset til å gjelde psykososiale behandlingsmetoder.

Oversikt over seks medvirkende faktorer til skadelig rusmiddelbruk, med utgangspunkter for behandling og forebygging:

STIKKORD	BETYDNING	INTERVENSJON/ BEHANDLING	FOREBYGGING
Mestringsdimensjonen: Problemer med å mestre situasjonen edru ("Jeg tør bare når jeg er rusa").	Usikkerhet dempes fordi rus forklarer atferd og nederlag. Viktigst hos selvusikre, ressursfattige. (Rus som alibi for nederlag).	Øke mestringssevne og ferdigheter, individets trygghet og selvtillit.	Økning av trygghet og selvtillit er en allmenn samfunnsoppgave (for skole, foreldre etc.).
Holdningsdimensjonen: Positive holdninger til rusmidlet.	Rusmisbrukere har positive holdninger og forventninger til rusmidler.	Faktisk informasjon om rusmidler. Korrigere gale oppfatninger.	Rusinformatjon er en oppgave for spesifikt rusforebyggende arbeid.
Lyst- /impulsdimensjonen: Rus legitimerer handlinger og unnlater ("Det ville ikke skjedd hvis jeg var nykter").	Viktig hos de fleste, særlig ved ungdomsfull. (Rus som alibi for handlinger).	Bevisstgjøring av ubevisste motiver. Evt. Påvirke omgivelsene så rus ikke lenger virker skyldfritakende.	Bevisstgjøring av rusmidlers funksjoner er en oppgave for spesifikt rusforebyggende arbeid.
Gruppedimensjonen: Tilhørighet i sosial gruppe forutsetter rusbruk.	Viktigst i sosiale avvikergrupper. Men alle påvirkes av andre menneskers rusbruk.	Gi kontakt med alternative miljøer (eks. AA, religiøse grupper etc.).	Reduksjon av allmenn rusbruk er en oppgave for rusforebyggende arbeid.
Identitetsdimensjonen: Å være "narkoman" el. "alkoholiker" legitimerer sosiale nederlag	Viktig for sosialt utslåtte, som ikke har levd opp til andres og egne forventninger om jobb, bolig, familie etc.	Hjelpe til bedre posisjon <i>eller</i> akseptering av situasjonen.	Å redusere andelen tapere/ressursfattige er en allmenn samfunnsoppgave.
Bedøvelsesdimensjonen: Dempe vonde følelser (rusmidler som gift/medisin).	Viktig hos en del utslåtte passive brukere.	Hjelpe til økt toleranse for uønskede følelser.	Å redusere lidelse eller øke toleranse for den er en allmenn samfunnsoppgave.

FIGUR 1D "Medvirkende faktorer til rusbruk" (Fekjær 2009:246)

Psykososiale behandlingsmetoder er ulike former for kognitiv behandling. Fekjær forklarer denne behandlingen som en endring av tankesystemer, oppfatninger og forklaringer som er avgjørende for menneskets følelser og handlinger (Fekjær 2009). For å oppnå endring kreves det både vilje og evne til forandring. For å styrke motivasjonen for endring, har psykologen William R. Miller systematisert samtaleteknikker til en metode kalt *motiverende samtale*. Den motiverende samtalen er sentral i rusbehandling, der brukeren gjerne sliter med vakkende motivasjon og sterk ambivalens. Hensikten er å skape en slitesterk beslutning, gjennom å drøfte fordeler og ulemper ved atferdsendring uten å være konfronterende overfor brukeren. At forandring er mulig vil understrekes av behandleren gjennom den motiverende samtalen (Fekjær 2009:249).

En annen sentral dimensjon innen rusbehandling er utviklet av psykologen Albert Bandura. Utgangspunktet er positiv tenkning, som Bandura gjennom et nyansert, forskningsbasert grunnlag videreutviklet og ga betegnelsen *mestringstillit*. Tanken er at mestringstillit kan få folk til å overkomme selv tilsynelatende håpløse problemer. Mange kan ønske å oppnå endring, men mangler i utgangspunktet tro på at de kan klare det. Dermed kan de fremstå som umotiverte for behandlingsprogrammet. Å ta en dag av gangen, eller dele målene inn i mindre delmål, kan øke sjansen for å lykkes og dermed øke mestringstilliten hos brukerne (Fekjær 2009:253).

Innenfor rusbehandling er det vanlig med gruppebehandling, der man kan jobbe i en terapeutisk prosess sammen med andre likesinnede. Selvhjelpsgrupper innenfor rusfeltet har vokst fram over hele verden, slik som Anonyme alkoholikere (AA), og Anonyme Narkomane (NA). Gjennom slike grupper lærer brukerne av hverandres erfaringer, og utvider sine egne mestringsstrategier. Fekjær framholder at gruppebehandling er ekstra nyttig for klienter som har opplevd relasjonelle skader og nederlag, sosial isolasjon, har manglende sosial trening, svak evne til selvhevdelse og et negativt selvilde (Fekjær 2009:268).

Terapeutiske samfunn

Terapeutiske samfunn ser rusmisbruket som uttrykk for underliggende psykososiale vansker. Hensikten med et opphold i et terapeutisk samfunn er å opparbeide seg nok selvtillit og tilegne seg de ferdigheter som er nødvendig for å kunne leve rusfritt ute i samfunnet. Målet er at brukeren endrer syn på seg selv fra å være en rusbruker til å få en

ny identitet som et individ som fungerer normalt i samfunnet. Gjennom oppholdet i behandling, får klientene oppgaver og utfordringer som de får tilbakemeldinger på underveis, både av medbeboere og ansatte ved behandlingsstedet. Det er beboerne som driver behandlingsstedet selv, gjennom oppgaver som trener dem for livet utenfor institusjonen. Oppgavene går blant annet ut på å foreta innkjøp, lage mat, vaske hus, betjene sentralbord og lignende. Verv og oppgaver går på omgang mellom beboerne, etterhvert som de opparbeider seg ansiennitet i institusjonen. Det legges med dette til rette for utvikling av mestringsfølelsen (Fekjær 2009:272).

En form for terapeutisk samfunn er Veksthusmodellen. Det er samtidig et miniatyrsamfunn der beboerne arbeider, bor, opplever fellesskap og konflikter (Furuholmen 1993). Her finnes det regler for akseptert atferd, og et eget veksthuspråk med symboler og ritualer som skiller seg fra andre terapeutiske samfunn. Veksthuset er en hjelp til selvhjelp metode, som stiller krav til beboerne på det praktiske, personlige og sosiale plan. Her lærer de at for å oppnå noe, må de være villige til å satse og forsake noe på veien. I følge Furuholmen er Veksthuset opptatt av at utfordringene som gis til beboerne skal stå i samsvar med deres utvikling, både i arbeidsstrukturen og i de terapeutiske gruppene. Mens de er i behandling, har de muligheten til å ”trene” på å fungere i ulike arbeidsroller og prøve og feile i mellommenneskelige situasjoner (Furuholmen 1993:56).

3.13 Rusreformen

Rusreformen trådte i kraft i januar 2004, og førte til en omorganisering av behandlingstilbudet for rusavhengige. Tidligere var det Fylkeskommunen som hadde behandlingsansvaret, men det ble nå overført til staten ved de regionale helseforetakene (Paulsby 2009:35). Den eneste regionen som har etablert rusbehandling i eget rusforetak, er region Midt-Norge. Ellers i landet kommer rusbehandlingen inn under somatikk eller psykisk helsevern (Paulsby 2009:8).

Rusbehandling er nå en del av spesialisthelsetjenesten, og rusavhengige har med dette pasientrettigheter mens de er i behandling. Pasientrettigheter innebærer fritt valg av behandlingssted. Fortsatt er det den kommunale sosialtjenesten som har det gjennomgående oppfølgingsansvar, både i forkant og etter avsluttet behandling. Dersom det etter endt behandling i institusjon skulle vise seg at det er behov for oppfølgende tiltak,

er institusjonene pålagt å varsle sosialtjenesten i god tid før behandlingsperioden er over (Paulsby 2009:35).

Rett til individuell plan ved behov for langvarige og koordinerte tjenester er nå lovhjemlet i både helselovgivningen og lov om sosiale tjenester. Dermed kan både sosialtjeneste og lege henvise til tverrfaglig spesialisert behandling for rusavhengige som følge av rusreformen 2004 (Paulsby 2009:35).

3.14 Opptrappingsplan for rusfeltet

Opptrappingsplanen for rusfeltet viser hva regjeringen har valgt som satsningsområder for perioden 2007 - 2010. I opptrappingsplanen er hele rusfeltet sett i sammenheng ut fra den helhetlige politikken som regjeringen fører. Det er et mål å bedre kvaliteten på tjenestene og satse på økt kompetanse i rusarbeidet. Her vises det blant annet til behovet for å ansette flere med helse- og sosialfaglig bakgrunn, samt behovet for en videreutvikling av tjenestene gjennom tverrfaglig kompetanse. I ”Opptrappingsplan for rusfeltet” står det blant annet følgende i forhold til å styrke kvaliteten i tjenestene:

Forbedringsarbeidet skal ha et tverrfaglig og psykososialt perspektiv. Spesielt viktig er det at kommunene i større grad ser sammenhengen mellom rusmiddelproblemer og psykiske lidelser, og mellom rusproblematikk og sosial mestring og inkludering. Tiltak for personer med rusmiddelproblemer skal ses i sammenheng med øvrig rehabiliteringsarbeid (Helse- og Omsorgsdepartementet 2007:29).

Det fremste målet med rehabiliteringstjenester er at de skal ta utgangspunkt i brukernes behov og muligheter, slik at de opplever mestring og deltakelse. Hensynet til brukernes behov må inn allerede under utviklingen av tjenestene, for å legge til rette for en god samhandling. Både brukerne og deres pårørende bør medvirke gjennom behandling og rehabilitering, noe som krever en grunnleggende kunnskap om brukervedvirkning og brukerperspektiv hos både ledelse og ansatte. Individuell plan er et verktøy som skal sikre brukervedvirkning og innflytelse gjennom hele planprosessen. Opptrappingsplanen går

inn for å styrke bruken av individuell plan, og samtidig øke brukerinnflytelsen (Helse- og Omsorgsdepartementet 2007).

Her vil jeg trekke ut tre målområder for rusfeltet som med bakgrunn i den presenterte teorien er relevant for vernepleierens kompetanse, og det er fokuset på brukermedvirkning, bruk av individuell plan i rehabiliteringsarbeid og satsingen på tverrfaglig samarbeid.

4.0 DRØFTING

Jeg vil nå drøfte den presenterte teorien opp mot problemstillingen:

”Vernepleierens kompetanse – en ressurs for rusomsorgen?”

4.1 Er mennesker med rusproblematikk en brukergruppe for vernepleiefaglig arbeid?

For først å knytte mennesker med rusavhengighet opp mot vernepleiefaglig arbeid, ønsker jeg å repetere formålet med vernepleierutdanningen:

Formålet med vernepleierutdanninga er å utdanne brukerorienterte og reflekterte yrkesutøvere som er kvalifiserte for å utføre miljøarbeid, habiliterings- og rehabiliteringsarbeid sammen med mennesker med fysiske, psykiske og/eller sosiale funksjonsvansker som ønsker og har bruk for slike tjenester (Bachelor i vernepleie, Fagplan 2008:3).

Mennesker med fysiske/psykiske og/eller sosiale funksjonsvansker vil ut fra formålet være aktuelle brukergrupper for vernepleiere. Ifølge Fekjær (2009) er det veldig utbredt at psykiske lidelser forekommer blant rusmisbrukere, på samme måte som det er en overhyppighet av rusproblemer innenfor psykiatrien (Fekjær 2009:307). Dette underbygges av Furuholmen og Schanche Andresen (2007) som viser til at det både i Norge og internasjonalt avdekkes økt psykiatrisk sykkelighet relatert til rus, noe som delvis kan ha sammenheng med at det finnes bedre kartleggingsmetoder nå enn man hadde tidligere (Furuholmen og Schanche Andresen 2007:52).

I forhold til fysiske vansker kan det forventes at belastede rusavhengige vil slite med nedsatt allmenntilstand og ha økt forekomst av infeksjoner, hepatitt C, kjønnssykdommer og HIV. I tillegg fører gjerne rusmisbruk med seg mangel på personlig hygiene, dårlig ernæring og tannsykdommer. Det er også en økt hyppighet av ulykkesforekomster og skader blant rusmisbrukere (Furuholmen og Schanche Andresen 2007:72). Det kan ifølge Fekjær (2009) være et paradoks at det ikke nødvendigvis er de ulovlige stoffene som fører til helseplagene, men heller bruken av sprøyter og livsførselen som følger med rusmisbruket. Sprøytebruken kan føre med seg betennelser, infeksjoner og overføre

sykdomssmitte mellom brukere som deler usterile sprøyter. Livsførselen kan på sin side føre til dårlig ernæring og hygiene, samt fravær av lege- og tannlegebesøk. Fekjær legger også til at røyking og alkoholbruk gjerne kommer i tillegg til stoffmisbruket, og at helseplager som følge av tobakk og alkohol er noe som er forsket på og dokumentert (Fekjær 2009:193 ff).

I forhold til sosiale funksjonsvansker, beskriver Furuholmen og Schanche Andresen (2007) rusmisbrukere som en gruppe som kan mangle tilhørighet, venner og familie. For mange bunner problemene i mangel på sosiale ferdigheter, normer og ferdigheter i forhold til kontakt med andre mennesker. Stoffmisbrukerkulturen har istedet ført til at de sitter igjen med normer som er avvikende i forhold til samfunnet ellers, både når det gjelder holdninger, verdinormer, språk og idealer (Furuholmen og Schanche Andresen 2007:72).

Paulsby (2009) framhever at problemet til mange rusavhengige kan være usikkerhet i forhold til å opptre i nye roller som rusfrie. Det er ikke bare samfunnets stigmatisering (merkelapp) som er problematisk, de kan også oppleve stigma i forhold til seg selv. Sosiale ferdigheter, deriblant ulike former for kommunikasjon, læres gjennom oppveksten. Ifølge Fyrand (2005) kan det være fare for at disse kodene for kommunikasjon aldri er blitt helt internert hos de rusavhengige før de havnet i rusmiljøet (Fyrand 2005, Paulsby 2009:21).

Som nevnt tidligere, handler sosialisering om den prosessen der man vokser inn i samfunnsmønsteret og gjør det til en del av seg selv. Ut fra en sosiologisk tenkemåte er omgivelsenes virkning på atferd og holdninger betydelig. Å gjøre samfunnets normer, verdier og definisjoner til sine egne, kalles internalisering (Garsjø 2001). De som ikke tilpasser seg de sosiale omgangsformene (normene) i samfunnet de er en del av, står gjerne i fare for ikke å oppnå aksept og istedet bli stemplet som avvikere.

Repstad (1992) forklarer norm- og rolleperspektivet ut fra at vår personlighet formes av våre personlige erfaringer, og at vi tilpasser oss de rådende normer for handling i det miljøet vi deltar i (Repstad 1992, Garsjø 2001). Dette perspektivet ser på mennesket som instinktsvakt og institusjonssterkt. Det blir kalt harmoniperspektivet, i den forstand at man oppnår trygghet og harmoni dersom man lever etter de gjeldende normer og regler. Enkelte personer eller grupper kan stemples som avvikere uansett om de har fulgt normene eller ei,

og det igjen kan skape forventninger om avvikende normer og atferd (Martinussen 1993, Garsjø 2001).

Dersom jeg forstår rusavhengighet ut fra et norm- og rolleperspektiv, vil disse brukerne være avvikere i forhold til de normer og regler som gjelder i samfunnet. De vil dermed kunne oppleve å bli stemplet, og få rettet forventninger om avvikende atferd mot seg. I forhold til rusmiljøet de er eller har vært en del av, vil de derimot kunne kodene for hvordan de skal oppføre seg, og det kan føre til en følelse av tilhørighet og identitet i rusmiljøet som de normalt ikke finner andre steder. Norm- og rolleperspektivet blir kritisert med bakgrunn i at mennesket har sin egen, frie vilje.

Valg- og bytte perspektivet tillegger på sin side mennesket evne og vilje til selvstendig tankegang, og dermed ansvar for egne valg (Garsjø 2001). Dette perspektivet bygger på en mål-middel tankegang, der aktørene handler ut fra ulike handlingsalternativer, og velger på en rasjonell måte det som passer dem best. Repstad (1992) forklarer avvik ut fra valg- og bytteperspektivet:

Avvik blir ut fra denne tradisjonen noe rasjonelt. Gitt de eksisterende valgbetingelsene, er det rasjonelt for individet å være avviker – da i betydningen en som velger annerledes og mer smart og rasjonelt enn den store hop (Repstad 1992, Garsjø 2001:96).

Dersom jeg inntar et valg- og bytteperspektiv i forhold til rus, vil rusbruket slik jeg forstår det skyldes individets frie valg, dersom det har vært valgalternativer tilstede. Ut fra en mål- middel tankegang kan rusen være et middel for å nå målet. Med bakgrunn i Fekjærs skjema (Figur 1D), velger jeg å vise til *gruppedimensjonen* som eksempel. Gruppedimensjonen viser at tilhørighet i en sosial gruppe forutsetter rusbruk. Fekjær legger til at rusbruk som forutsetning for tilhørighet er viktigst i sosiale avvikergrupper, men at alle mennesker blir påvirket av andres rusbruk. *Bedøvelsesdimensjonen* er et annet eksempel med henvisning til samme skjema (Fekjær 2009:246). Her kan rusmidler være et middel, en medisin for å slippe unna vonde opplevelser man helst vil fortrenge. Et valg- og bytte perspektiv tilsier at brukeren velger rusmidlet fordi det er det mest rasjonelle alternativet for ham der og da.

Som jeg tidligere har vært inne på, viser Gap-modellen (figur 1C) gapet mellom samfunnets krav til fysiske, psykiske og sosiale ferdigheter og individets forutsetninger på de samme områdene. Dermed rettes oppmerksomheten både på individets forutsetninger og rammefaktorer i miljøet. Gap-modellen illustrerer at utfordringene er to-delte; for å minske gapet må samfunnets krav endres og individets forutsetninger styrkes. FO framhever at vernepleieren gjennom målrettet arbeid bruker sin faglige kompetanse til å endre rammefaktorer og individuelle forutsetninger. Målrettet miljøarbeid defineres som

en systematisk tilrettelegging av fysiske, psykiske og sosiale faktorer i miljøet for å oppnå bedret livskvalitet og personlig vekst og utvikling hos den enkelte tjenestemottaker (FO 2008:9).

Vernepleierens samlede kompetanse i forhold til å arbeide målrettet med brukere som har fysiske, psykiske og/eller sosiale funksjonsvansker har blitt belyst i teoridelen. Hvordan kan den kompetansen knyttes opp mot rusfeltet? Et fellestrekk mellom tradisjonelle arbeidsfelt for vernepleiere og arbeid i rusomsorgen er at brukergruppene er såkalte ”utsatte grupper” som kan oppleve å stå på utsiden av samfunnet. I teoridelen har jeg vist til at synet på rusmisbruk i likhet med funksjonshemming har blitt årsaksforklart ut fra henholdsvis medisinske og sosiale modeller. Med utgangspunkt i Furuholmen og Schanche Andresen (2007) viste jeg til rusbehandlingens historie, der behandlingen gjennom tidene varierte i forhold til hvilket syn på rusmisbruket som var det rådende ut fra en omsorgspolitisk tankegang. På samme måte har måten å se *funksjonshemming* på variert ut fra omsorgsideologiske og politiske strømninger i samfunnet, parallelt med at paradigmer som normalisering og empowerment har satt sitt preg på graden av brukervedvirkning (Askheim 2003).

Paulsby (2009) knytter begrepene normalisering og empowerment opp mot rusomsorgen. Normalisering blir ifølge Paulsby en utfordring for rusomsorgen. Hun hevder at rusavhengige utsettes for stigmatisering og blir sett på som avvikere i forhold til det ”normale” samfunnet. Det fører ifølge Paulsby til at det lages en deling mellom oss – og dem, i betydningen av at *vi* er flertallet og *de* er avvikerne (Paulsby 2009:11). Hun viser til at empowerment både innebærer en personlig og en politisk dimensjon. Personlig handler det om å ta ansvar og kontroll over eget liv, gjennom å øke selvtiliten og bedre selvbildet, noe økte kunnskaper og ferdigheter kan føre til. Politisk medfører det å gi de avmektige

gruppene status som likeverdige samfunnsborgere. Det innebærer samtidig å endre maktforhold og sosiale forhold som er til hinder for individuell behandling og valgfrihet (Paulsby 2009:11).

Hensikten med et opphold i et terapeutisk samfunn er å opparbeide seg nok selvtillit og tilegne seg de ferdigheter som er nødvendig for å kunne leve rusfritt ute i samfunnet. Målet er at brukeren endrer syn på seg selv fra å være en rusbruker til å få en ny identitet som et individ som fungerer normalt i samfunnet (Fekjær 2009:272). Et opphold i et terapeutisk samfunn vil dermed, slik jeg oppfatter det, kunne ha deler av både normalisering og empowerment tenkning knyttet til seg.

4.2 Brukerperspektivet i behandling

I vernepleierens yrkesetiske grunnlagsdokument forstås brukermedvirkning ut fra begrepet empowerment, myndiggjøring. Det innebærer at brukeren gis mulighet til å mobilisere og ta i bruk egne ressurser, for slik å oppleve mestring, innflytelse og styring over livet sitt. Verdighet og respekt for den enkelte står sentralt, og det kan være at helse- og sosial arbeideren opplever at hans egen faglige innflytelse og kontroll svekkes til fordel for brukerenes økte makt, ansvar og kontroll (FO 2002).

Hvordan samsvarer vernepleierens syn på brukerrollen med brukermedvirkning i terapeutiske samfunn? Har det en overføringsverdi eller kan det føre til et dilemma for vernepleieren om han har for stort fokus på brukerenes ønsker og behov?

Jeg vil bruke Veksthuset som eksempel. Her er oppholdet i behandling basert på frivillighet. Etter at rusreformen (2004) trådte i kraft, ble rusbehandling underlagt spesialisthelsetjenesten. Det innebærer som tidligere nevnt pasientrettigheter som fritt valg av behandlingssted (Paulsby 2009:35). Brukeren har ut fra dette selv valgt å være i behandling, lengden på programmet, samt *hvor* han ønsker behandling. Her kan både beliggenhet og behandlingsform være innvirkende faktorer på valget.

Retten til individuell plan ved behov for langvarige og koordinerte tjenester er lovhjemlet i både helselovgivning og sosialtjenesteloven. Opptrappingsplanen for rusfeltet går inn for å styrke bruken av individuell plan, for samtidig å øke brukerinnsflytelsen (Helse- og

omsorgsdepartementet 2007). Ved Veksthuset starter skrivingen av Individuell plan og behandlingsplan allerede ved inntak i programmet. Det er med og sikrer at hver enkelt medvirker og har medbestemmelse i sitt eget behandlingsprogram. Ifølge virksomhetsbeskrivelsen til Veksthuset Molde definerer behandlingsplanen hvilke mål, ressurser og utfordringer den enkelte har, og beskriver hvilke tiltak som planlegges gjennom behandlingen. Denne planen blir revidert flere ganger underveis i behandlingsprosessen (Veksthuset Molde 2009).

Vernepleieren har god kjennskap til utarbeidelse av Individuell plan gjennom utdanningen, og er gjerne den som blir gitt oppgaven å skrive individuelle planer innenfor de mer tradisjonsrike arbeidsplassene for vernepleiere. Helhetlig arbeidsmodell, vernepleierens overordnede arbeidsmodell, brukes her både på individ og systemnivå. Den kan brukes i behandling, for sammen med brukeren å tydeliggjøre hvilke valg man står overfor når man skal arbeide målrettet med endringsprosesser.

Ved Veksthuset organiseres miljøterapien gjennom en arbeidsstruktur, der alle beboerne får posisjoner og ansvar, som det knyttes oppgaver og forventninger til. Gjennom denne arbeidsstrukturen ivaretas organiseringen av hverdagen og de praktiske gjøremålene. Strukturen inneholder samtidig en rekke virkemidler som skal tydeliggjøre atferd og følelser. Som tidligere nevnt finnes det regler for akseptert atferd, og et eget veksthuspråk med symboler og ritualer som skiller seg fra andre terapeutiske samfunn. Selv om strukturen er brukerstyrt, har personalet en overordnet ledelsesfunksjon (Veksthuset Molde 2009).

Kan det være at virkemidlene som blir brukt i veksthusstrukturen kan oppleves som hemmende for brukermedvirkning? Ifølge FO er en sentral utfordring for vernepleierne å legge til rette for deltagelse og selvbestemmelse i hverdagslivet. Informasjonen om Veksthuset forteller oss at personalet har en overordnet funksjon, selv om strukturen er brukerstyrt. Yrkesetiske retningslinjer fra FO vektlegger relasjonen mellom yrkesutøver og klient. Her står det at helse- og sosialarbeidere har ansvar for å vedkjenne seg at det finnes et maktforhold i relasjoner med brukerne, og at en del av vernepleierens kompetanse ligger i å kunne utøve myndighet uten å krenke den det gjelder (FO 2002:7).

Habermas ønsker en balanse mellom den enkeltes *egenstyrte livsverden* og utenfrastyringen som han kaller *systemverden*. Livsverden er den verden vi lever i, er aktiv deltakende i og kjenner ut fra vår egen felles bakgrunn av forståelse. Med systemverden tenker Habermas på maktapparatet. Helse- og sosialarbeiderne vil også være en del av systemverdenen dersom de glemmer brukerperspektivet, og griper inn i enkeltmenneskets livsverden og ukritisk håndhever lover og regler. Det kan ifølge Habermas være med på å svekke styrken av livsverdenens betydning (Aadland 2004:224 ff).

Ut fra teorien til Habermas forstår jeg beboerne i et behandlingssamfunn som en livsverden basert på deres felles erfaringsbakgrunn. Tenkningen peker på at dersom vi som helse- og sosialarbeidere overtar styringen i et selvhjelpssamfunn, og håndhever virkemidler og ritualer uten å se saken fra brukerperspektivet, vil vi kunne invadere deres livsverden med vår systemverden.

For å kunne utvikle et meningsfullt samarbeid med klienten, er det nødvendig å ta utgangspunkt i hans eller hennes ståsted. Søren Kierkegaard formulerer det på følgende måte:

Hvis det i sandhed skal lykkes at føre et menneske hen til et bestemt sted, maa man først og fremst passe paa at finde ham der hvor han er, og begynde der. Dette er hemmeligheden i all hjelpekunst. Enhver der ikke kan det, han er selv i innbildning, naar han mener at kunde hjelpe en anden (Furuholmen og Schanche Andresen 2007:288).

På den andre siden hevder Furuholmen og Schanche Andresen (2007) at beboerne vil oppleve større *trygghet og klarhet* i hverdagen om de ansatte har styring med prosessen. Forfatterne mener at dersom alle arbeider mot samme mål ut fra en felles ideologi og strategi, vil det utgjøre en samlet sterk påvirkning overfor beboerne. De forstår hvor de ansatte vil, og det blir lettere for dem å forholde seg til om dette er noe de kan tenke seg å være med på eller ikke (Furuholmen og Schanche Andresen 2007:128).

Dette synet støttes av George de Leon. Han vektlegger at alle ansatte må dra i samme retning. For å få til det ser han for seg en felles opplæring, forankret i forskning og dokumenterte erfaringer:

Slik opplæring må ta for seg både virksomhetsideen, verdigrunnlaget (behandlingsideologien) og det teoretiske grunnlaget som danner rasjonelen for intervensjonene i det daglige miljøarbeidet. Slik må problem- og løsningsforståelse bli felles eiendom ut fra hva den rusmiddelavhengige trenger i rehabiliteringsforløpets ulike faser (Furuholmen og Schanche Andresen 2007:285).

Vil felles forståelse forutsette at de ansatte har noenlunde lik erfaring og utdanningsbakgrunn?

Det finnes en del felles emner i de helse- og sosialfaglige grunnutdanningene som er egnet for å danne felles forståelse, felles holdninger og enkelte samsvarende ferdigheter. Derfor er utdanningsforløpene lagt opp med 30 studiepoeng felles for alle helse- og sosialarbeidere, og ytterligere 30 studiepoeng felles for vernepleier- barnevernspedagog og sosionomutdanningene (FO 2008). Det vil også kunne gjøre det enklere å jobbe tverrfaglig, noe som anses som nødvendig for å løse de sammensatte problemene innenfor helse- og sosialsektoren.

Veksthuset i Molde vektlegger på sin side ulike typer spesialisering og en personalgruppe med ulik faglig bakgrunn. Tanken deres er at det finnes mange innfallsporter til den enkelte person, og ulike psykologiske teorier og metoder vil være med å gi en bredde i tilnærming og helhetsforståelse av mennesket. Derfor har de bredt sammensatte tverrfaglige team bestående av psykologer, sykepleiere, pedagoger, vernepleiere, sosionomer og barnevernspedagoger. De fleste har tilleggsutdannelser innenfor psykisk helse, rus eller gruppearbeid (Veksthuset Molde 2009).

5.0 AVSLUTNING

Dette kapittelet er inndelt i tre deler; oppsummering, konklusjon og refleksjon.

5.1 Oppsummering

Her følger en kort oversikt over hovedpunktene i drøftingen.

Jeg startet innledningsvis med å drøfte hvorvidt mennesker med rusproblematikk er en mulig brukergruppe for vernepleierens fagkompetanse. Herunder drøftet jeg sosiale funksjonsvansker opp mot sosiologiske begreper som norm- og rolle og valg- og bytte perspektivet. Jeg viste til Gap-modellen og vernepleierens kompetanse innen målrettet miljøarbeid for å minske gapet mellom individets forutsetninger og samfunnets krav. Deretter så jeg på likhetstrekk i utviklingsforløpet hos vernepleiefaglig arbeid og psykososiale behandlingsmetoder, ut fra paradigmer som normalisering og empowerment.

I neste punkt drøftet jeg brukerperspektivet i behandling. Jeg problematiserte vernepleierens syn på brukervedvirkning opp mot brukervedvirkning i et terapeutisk samfunn som Veksthuset, og dro inn begreper som livsverden og systemverden i drøftingen. Til slutt drøftet jeg hvorvidt lik utdannings og erfaringsbakgrunn for ansatte er en forutsetning for felles forståelse og tilnærming.

5.2 Konklusjon

Jeg vil nå trekke konklusjoner av drøftingen i forhold til problemstillingen i oppgaven:
”Vernepleierens kompetanse – en ressurs for rusomsorgen?”

Med bakgrunn i teorien jeg har vist til i drøftingen, vil rusavhengige kunne være en brukergruppe for vernepleierens fagkompetanse. Her viser jeg til formålet med vernepleierutdanningen:

Formålet med vernepleierutdanninga er å utdanne brukerorienterte og reflekterte yrkesutøvere som er kvalifiserte for å utføre miljøarbeid, habiliterings- og rehabiliteringsarbeid sammen med mennesker med fysiske, psykiske og/eller sosiale funksjonsvansker som ønsker og har bruk for slike tjenester (Bachelor i vernepleie. Fagplan 2008:3).

Med bakgrunn i teorien som er presentert i drøftingen og redegjørelsen av vernepleierens kompetanse innenfor målrettet miljøarbeid, ser jeg vernepleierens kompetanse som en ressurs innenfor rusomsorgen. Likhetstrekk i utviklingstrekk og påvirkning av omsorgsideologiske paradigmer gjør at arbeids feltene kan relateres til hverandre, og gir vernepleierens kompetanse overføringsverdi til arbeid i rusomsorgen.

Vernepleieren kan være en ressurs for rusomsorgen i forhold til sin kompetanse i utarbeidelse av Individuell plan og behandlingsplaner. Samtidig kan han gjøre nytte av sin helhetlige arbeidsmodell der brukermedvirkning ivaretas gjennom hele prosessen.

Derimot kan det være en utfordring for vernepleieren å arbeide innenfor Veksthusmodellens miljøterapi dersom brukerens selvbestemmelse kan overstyres av de ansatte. Som nevnt lærer beboerne at de må være villige til å ofre og forsake noe på veien for å oppnå endring (Furuholmen 1993:56). Det kan oppleves som et dilemma siden vernepleierens mål er å arbeide for økt selvbestemmelse hos brukeren i hverdagen.

Drøftingen viser at profesjonsgrupper innenfor rusomsorgen kan ha ulike utdanningsbakgrunn, da tverrfaglighet øker sjansen for en helhetlig tilnærming.

5.3 Refleksjon

Jeg ser at det er veldig mye mer jeg kunne ha tatt med i denne oppgaven. Det kunne for eksempel ha vært interessant å arbeide videre med temaet brukermedvirkning i miljøterapi, gjerne innenfor rusomsorgen. På grunn av oppgavens omfang fikk jeg ikke presentert bredden i Veksthusets miljøterapi. Det finnes en håndbok som omhandler organisering, regler og virkemidler på Veksthuset, og jeg forstår betydningen av at de ansatte jobber i samme retning slik behandlingsprogrammet er lagt opp. Det kan skape større forutsigbarhet og trygge rammer for både beboere og ansatte. Her er jeg tilbøyelig til å være enig med George de Leon, som mener en felles opplæring av ansatte må til for å skape *forståelse* for intervensjonene i miljøterapien. Dette omfatter både virksomhetside, behandlingssideologi og teoretisk grunnlag.

Uansett er det viktig å reflektere over hvordan man møter den andre. Det kan være en annen *form* for omsorg i miljøterapien enn vernepleieren vanligvis forbinder med ordet,

noe som krever en bevisstgjøring i forhold til at det å gi omsorg handler om å balansere mellom hjelp, makt og kontroll (FO 2008:13). Den som mottar omsorgen, vil kunne si noe om hvorvidt miljøterapien oppleves som omsorg eller ei. Det er først når vi lytter til beboernes opplevelse at vi får brukermedvirkningsperspektivet. Hensikt og overordnet mål vil være det samme for både vernepleieren og de som arbeider innen rusomsorgen, og det er å bidra til at de som mottar tjenestene får økt livskvalitet.

LITTERATURLISTE

Aadland, Einar (2004). *Og eg ser på deg... Vitenskapsteori i helse- og sosialfag*. Oslo: Universitetsforlaget

Askheim, Ole Petter (2003). *Fra normalisering til empowerment. Ideologier og praksis i arbeid med funksjonshemmede*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Brodtkorb, Elisabeth; Reidun Norvoll og Marianne Rugkåsa (2001). *Mellom mennesker og samfunn. Sosiologi og sosialantropologi for helse- og sosialprofesjonene*. Oslo: Gyldendal Akademisk

Djupvik, Alf Roger og Magne Eikås (2002). *Organisert velferd. Organisasjonskunnskap for sosionom; barnevern- og vernepleiarstudiet*. Oslo: Det Norske Samlaget

Eide, Hilde og Tom Eide (2000). *Kommunikasjon i relasjoner. Samhandling, konfliktløsning, etikk*. Oslo: Gyldendal Akademisk

Fekjær, Hans Olav (2009). *Rus. Bruk, motiver, skader, behandling, forebygging, historie*. Oslo: Gyldendal Akademisk

Furuholmen; Dag (1993). *Boka om Veksthuset*. Oslo: J.W. Cappelens Forlag as i samarbeid med Veksthuset

Furuholmen, Dag og Arne Schanche Andresen (2007). *Fellesskapet som metode. Om miljøterapi og rus*. Oslo: Cappelen Akademisk Forlag

Garsjø, Olav (2001). *Sosiologisk tenkemåte. En introduksjon for helse- og sosialarbeidere*. Gjøvik: Gyldendal Akademisk

Helse- og omsorgsdepartementet (2008). *Opptrappingsplan for rusfeltet. 2007-2010*. Offentlig publikasjon 1-1120B

Lauvås, Kirsti og Per Lauvås (2004). *Tverrfaglig samarbeid – perspektiv og strategi*. Oslo: Universitetsforlaget

Lie, Ivar (1999). *Rehabilitering og habilitering. Prinsipper i praktisk organisering*. Oslo: Ad Notam Gyldendal A/S

Markussen, Eifred (red.) (2000). *Menneskeverd. Funksjonshemmet i Norge*. Oslo: Gyldendal Akademisk

Paulsby, Janne (2009). *En rød tråd. Integreringsarbeid med tidligere rusavhengige etter langtidsbehandling*. Trondheim: Stavne Gård KF avd. Brygga i Trondheim

Repstad, Pål (1998). *Mellom nærhet og distanse. Kvalitative metoder i samfunnsfag*. Oslo: Universitetsforlaget AS

Skau, Greta Marie (2005). *Gode fagfolk vokser. Personlig kompetanse i arbeid med mennesker*. Oslo: Cappelen Akademisk Forlag

Notat

Fellesorganisasjonen (FO). Seksjonsrådet for vernepleiere (2008). *Om vernepleieryrket*. Oslo: LO Media. Aktuell

Fellesorganisasjonen (FO). (2002). *Yrkesetisk grunnlagsdokument for barnevernspedagoger, sosionomer og vernepleiere*. Oslo: LO Media. GAN Grafisk

Internettokumenter:

Helse- og omsorgsdepartementet (1998-99). *St.meld. nr. 21. Ansvar og meistring. Mot ein heilskapeleg rehabiliteringspolitikk*. Tilgjengelig fra URL:
<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/19981999/Stmeld-nr-21-1998-99-/2/1.html?id=431043> (Nedlastet 17.05.09).

Høgskolen i Molde (2008). *Bachelor i vernepleie. Fagplan*. Tilgjengelig fra URL:
[https://fronter.com/himolde/links/files.phtml/49d082529835d.612311370\\$549652266\\$/Felles+for+alle+studie+prcent+E5r/Planverk/Revidert+fagplan+juli+2008+_prcent_29.doc](https://fronter.com/himolde/links/files.phtml/49d082529835d.612311370$549652266$/Felles+for+alle+studie+prcent+E5r/Planverk/Revidert+fagplan+juli+2008+_prcent_29.doc)
(Nedlastet 13.05.09).

Kommunal- og regionaldepartementet (2008). *Universell utforming og tilgjengelighet i ny plan- og bygningslov*. Tilgjengelig fra URL:
[http://www.regjeringen.no/nb/dep/krd/tema/bolig- og bygningpolitikk/universell-utforming-i-bygg/universell-utforming-og-tilgjengelighet-.html?id=526390](http://www.regjeringen.no/nb/dep/krd/tema/bolig-+og+bygningpolitikk/universell-utforming-i-bygg/universell-utforming-og-tilgjengelighet-.html?id=526390) (Nedlastet 09.05.09).

Rusbehandling – Veksthuset Molde (2009). Tilgjengelig fra URL:
http://www.rus-midt.no/templates/StandardMaster_79252.aspx (Nedlastet 23.05.09).

Selvvalgt litteratur:

Fekjær, Hans Olav (2009). *Rus. Bruk, motiver, skader, behandling, forebygging, historie*. Oslo: Gyldendal Akademisk. Kap. 2, 22, 28, 29, 35 (80 s.)

Furuholmen, Dag (1993). *Boka om Veksthuset*. Oslo: J.W. Cappelens Forlag as i samarbeid med Veksthuset. Del 3 (50 s.)

Furuholmen, Dag og Arne Schanche Andresen (2007). *Fellesskapet som metode. Om miljøterapi og rus*. Oslo: Cappelen Akademisk Forlag. Kap. 1, 2, 3, 5, 11 (100 s.)

Helse- og omsorgsdepartementet (2008). *Opptrappingsplan for rusfeltet. 2007-2010*. Offentlig publikasjon 1-1120B

Paulsby, Janne (2009). *En rød tråd. Integreringsarbeid med tidligere rusavhengige etter langtidsbehandling*. Trondheim: Stavne Gård KF avd. Brygga i Trondheim. Kap. 1-4 (30 s.)