

Hvilke **krav** stiller praksisfeltet til vernepleiernes **etiske praksis**?



Anita Tollefsen har arbeidet som høgskolelektor ved Høgskolen i Bergen i de siste fem årene. Hun har hovedfag i pedagogikk fra 2003 med hovedfagsoppgaven «*Skal vi være venner?*» – en hovedfagsoppgave som tar opp tema knyttet til vernepleiernes etiske handlingsberedskap. Anita Tollefsen har jobbet som sykepleier i pleie- og omsorgstjenestene i 12 år. Hun har erfaringer som pårørende, hun har en sønn med funksjonshemning.

Vernepleiere, sosionomer og barnevernspedagoger fikk i 2002 vedtatt et nytt yrkesetisk grunnlagsdokument. Her synliggjøres ulike etiske problemstillinger som vernepleieren må forholde seg til: Hvordan skal jeg møte det enkelte menneske på en god måte? Hvor skal lojaliteten min være – hos brukerne eller arbeidsgiver? Det å sette mål for andre mennesker; hvordan kan jeg legitimere det? Maktproblematikken som synliggjøres ved at brukerne er helt avhengig av min hjelp – når er det riktig å bruke tvang? Og hvordan skal jeg gå frem? Hva kan jeg gjøre for å forhindre unødvendig bruk av tvang? Hvordan sikre at jeg har forstått situasjonen riktig? Hva skal jeg si til pårørende når de spør?

Andre viktige spørsmål er: hva innebærer «det gode liv» for «Per»? Hva kan jeg som vernepleier gjøre for at «Per» skal få et godt liv? Forstår jeg «Per» riktig? Kan det være at «Per» sin adferd, som for meg fremstår som fremmed og uakseptabel, kan og bør forståes på en annen måte?

I alle disse spørsmålenes svaralternativer ligger det mange etiske problemstillinger som en som vernepleier må forholde seg til i sin yrkesutøvelse, og så gjøre et valg og handle. Det er bl.a. i slike valgsituasjoner at det som begrepsfestes som «etisk handlingsberedskap» er nødvendig både for å kunne «se» de etiske problemstillingene en står overfor, og inneha evne og mulighet til å handle riktig og godt. Slik etisk handlingsberedskap er dermed noe praksisfeltet krever at vernepleierne innehar. Spørsmålet blir da: hva betyr det?

Klargjøring av kvaliteter

Som lærer ved vernepleierutdanningen, har jeg en forpliktelse til å bidra til at våre fremtidige vernepleiere innehar de kvaliteter som

en etisk god praksis krever. Derfor ble det viktig for meg å klargjøre hvilke kvaliteter det var snakk om. Mine spørsmål som lærer var: hvordan kan jeg vurdere hvorvidt en student har denne «kompetansen» eller ikke? Hvilke dyktighetskriterier har etablert seg i vernepleierens praksis, hva bør kreves for at vernepleiere skal kunne sies å ha den kvaliteten som etterspørres?

Er det mulig å synliggjøre noen av disse kriteriene? Disse spørsmålene søkte jeg svar på i min hovedfagsoppgave i pedagogikk. Det jeg ønsket var å gi begrepet etisk handlingsberedskap et erfaringsbasert meningsinnhold.

Inspirert at Gadammers hermeneutiske filosofi, søkte jeg en horisontsammensmelting, hvor jeg som forsker sammen med ulike «stemmer» prøvde å få frem essensen i fenomenet «etisk handlingsberedskap» hos vernepleieren. For å sikre at denne horisontsammensmeltingen ikke ble gjennomført i en «samme-stemme» form, måtte jeg søke etter ulike «stemmer», men likevel stemmer som hadde kunnskaper både knyttet til etisk praksis og knyttet til vernepleierens yrkesutøvelse. Mine dialogpartnere bestod derfor av ulike «stemmer» ved at de til dels hadde svært ulike utgangspunkt, både hva gjaldt hvilke konkrete spørsmål de svarte på, hvilket vitenskaplig «nivå» «stemmene» utspringer fra og hvilken yrkeserfaring den enkelte hadde.

I og med at jeg har sykepleien som min bakgrunns horisont, var det viktig for meg å få tak på hva som særpreger vernepleierens yrkesutøvelse. Jeg tok derfor utgangspunkt i ulike undersøkelser, hvor utvalgskriteriene bl.a. var at undersøkelsene skulle belyse vernepleieryrkets praksis knyttet til arbeid i direkte samhandling med mennesker som har en psykisk utviklings-

hemning og at studiene skulle belyse hvilke krav som stilles til vernepleierens kompetanse. Kildematerialet ble da bestående av følgende: K. Jensen (1995, h. Folkestad (1997), Sandvin m.fl. (1998), L. Bollingmo (2002= og B.E. Johnsen (2002).

Først leste jeg gjennom hver enkelt undersøkelse for seg, for deretter å stille følgende

spørsmål til studien:

Hvilken funksjon skal vernepleieren ha? Hvilke krav stiller dette til vernepleieren? Hva vil ikke ivareta vernepleierens funksjon? Ut fra de svar som de respektive undersøkelsene

gav på mine tre spørsmål, kom jeg frem til 3 kategorier som kunne sies å karakterisere vernepleieryrket; nemlig at

1. yrkesutøvelsen krever at vernepleieren bruker hele sitt menneskelige register,
2. at yrkesutøvelsen er preget av usikkerhet og uforutsigbarhet, og ikke minst
3. at yrkesutøvelsen innebærer maktutøvelse og dermed at der er stor fare for maktmisbruk.

Jeg brukte Aristoteles(1999, 1999, 2001), MacIntyre (1994), Martinsen(1996, 2002, 2003) og Nerdrum(2000) sine tanker som teoretisk bakteppe.

Avgangsstudenter og lærere ved en av Norges vernepleierutdanninger ble bedt om å beskrive hvilke kriterier de mente måtte ligge til grunn for at en kan si at en person innehar etisk handlingsberedskap. Studentene fikk og i oppgave å beskrive situasjoner hvor de opplevde at etisk handlingsberedskap ble praktisert – og motsatt, beskrive situasjoner hvor de opplevde at etisk handlingsberedskap ikke ble praktisert. Dermed fikk jeg et erfaringsbasert kildemateriale som jeg

Mine dialogpartnere bestod derfor av ulike «stemmer» ved at de til dels hadde svært ulike utgangspunkt.

opplevde gav et nyansert bilde av hva etisk handlingsberedskap kan sies å implisere. Det er viktig å si i denne forbindelse at resultatet av min undersøkelse; denne horisontsammensmeltingen, ikke kan sies å være Sannheten; med stor S. Jeg kan som forsker ikke påberope meg noen form for nøytralitet i dette prosjektet. Jeg valgte bevisst å være delaktig i den dialogen som utspant seg, men da med utgangspunkt i de svarene som mine ulike kilder gav støtet til.

Undersøkelsen viser viktige problemstillinger som vernepleieren må ta stilling til; og synliggjør noen av de kvaliteter som kreves av en vernepleier i møte med mennesker som er utviklingshemmet.

Hvilke etiske utfordringer står vernepleieren overfor i møte med mennesker som har en psykisk utviklingshemning, og hvilke krav stiller dette til vernepleierens etiske praksis?

Vernepleieryrket krever at du gjør bruk av hele deg

Omsorgsarbeid er et relasjonelt arbeid hvor kvaliteten på selve relasjonen mellom yter og mottager, er en sentral del av vurderingen av kvaliteten på det arbeidet en utfører. Som Folkestad (1997) sier det: *«det er ikke et programmatisk ingeniørarbeid»*. Det krever at en må gjøre bruk av hele seg; hele sitt register av fornuft, følelser, kreativitet, humor, sensitivitet og tilstedeværelse både fysisk og psykisk; *«du må gå i deg sjølv»*, sa «Peter» for å kunne handle klokt i situasjonen. En må altså på grunnlag av ervervet erfaring; både hva gjelder ens følelsesliv, ens teoretiske forståelse og ens handlingsrepertoar, gjøre et valg og handle. *«du må bruke deg selv»*.

Deres ordforråd kan være svært redusert, slik at mange vil ha problemer med å sette «riktige» ord på sine behov og ønsker.

Det at vernepleierens yrkesetiske grunnlagsdokument fokuserer på møtet med mennesker som en sentral etisk utfordring, synliggjør at vernepleieren må bruke seg selv som menneske i møte med den som trenger hans/hennes hjelp. Dette er noe som fokuseres i alt omsorgsarbeid. Men hva betyr det spesifikt for vernepleieren? For vernepleieren innebærer møtet med mennesker som har en psykisk utviklingshemning, store utfordringer. Denne brukergruppen er mennesker som på ulike måter og i ulik grad trenger hjelp til å få tilfredstilt sine fysiske, psykiske, sosiale og/ eller åndelige behov – åndelig i den forstand at livet fremtrer som meningsfylt for den enkelte. Vernepleieren skal søke å «se» den andres opplevelse av situasjonen og søke å «forstå» den andre ut fra deres ståsted; altså utøve empati slik at man på grunnlag av denne følelsesmessige og kognitive forståelsen kan velge riktig handlingsalternativ. (Nerdrum, 2000) Dette i seg selv er en meget stor utfordring i arbeid med mennesker som ikke forstår eller klarer å mestre den verden de lever i. Deres måter å kommunisere / uttrykke hvem de er og hvordan de opplever sin situasjon, kan være svært forskjellig fra de erfaringene vi har ervervet gjennom samhandling med andre mennesker som ikke har en kognitiv svikt. Deres ordforråd kan være svært redusert, slik at mange vil ha problemer med å sette «riktige» ord på sine behov og ønsker, det kan være både manglende verbalt språk og manglende mimikk, hvor en kun kan forstå den andre gjennom små tegn uttrykt gjennom kroppsspråk, eller en må tolke adferd i større grad, evt. og utfordrende adferd preget av vold. (Johnsen, 2002) Altså krever det at en er villig til å ta den tid det tar å bli kjent

med og få erfaring i forhold til den andres uttrykksformer, for at en skal kunne forstå og «se» den andre.

Hvem er brukeren?

Det å ha fått diagnosen psykisk utviklingshemning, impliserer utfra WHO's diagnosekriterier bl.a. at der eksisterer en kognitiv svikt og en manglende tilpasningsevne hos det mennesket som har fått diagnosen. Kriteriene som i følge WHO's diagnosesystem må ligge til grunn for at en skal kunne få diagnosen psykisk utviklingshemning, blir problematisert både av Gjørum og Ellertsen (2002) og Johnsen (2002) ved at kriteriene helt utelukker det kontekstuelle aspektet. Årsaksforholdene til den kognitive svikten eller den manglende tilpasningsevnen er mangfoldig og til dels ukjent. Det faktum at mange mennesker med psykisk utviklingshemning og har medisinske tilleggsp problemer, gjør muligheten deres for tilpasning og bruk av kognitive funksjoner vanskeligere. Muligheten for at noe av årsaken til personens manglende tilpasningsevne kan ligge i de medisinske følgetilstandene, er helt klart og sannsynlig tilstede. Den manglende tilpasningsevnen, og det som fremtrer som kognitiv svikt, kan altså ha sin forklaring i kontekstuelle faktorer. Hvordan man tolker og årsaksforklarer den andres adferd, eller manglende adferd, får konsekvenser for hvordan en som omsorgsarbeider møter den andre og vil også få konsekvenser for hvilke tiltak vernepleieren mener bør/ må iverksettes.

Hvis en tolker all spesiell adferd som en del av selve funksjonshemmingen; at det er skaden som forårsaker adferden, kan en lett miste av

syne det den andre forsøker å formidle gjennom sin adferd. Johnsen (2002) advarer mot en ensidig diagnostisk forståelseshorison når en skal søke å forstå den andre; en må i større grad være situasjonsnær og se personen bak diagnosen, og ikke minst i større grad akseptere og respektere den andres annerledeshet.

Et annet faremoment er vår tendens til å generalisere inn i kategorier som gjerne har sitt grunnlag i fysiske egenskaper, slik som kjønn, alder, rase, eller som innen omsorgsyrkene, at en generaliserer ut fra hvilken diagnose den enkelte har. (Fraser & Burchell, 2001) Hvor ofte har jeg ikke fått kommentarer fra andre, som har fått kjennskap til at Kristoffer har Down Syndrom, at «de» (dvs Kristoffer og alle andre som har Down Syndrom) er jo så elskelige, omsorgsfulle og ikke minst musikalske. På grunnlag av hans fysiske særtrekk, kan man se at Kristoffer har Down Syndrom. Gjennom kategorisering og generaliseringer blir Kristoffer ofte redusert til å være Down Syndrom. På grunnlag av tidligere erfaringer, generaliserer man og danner seg et

forutinntatt bilde av hvordan den andre personen vil være; hvilke interesser han har og hvilke egenskaper han har. Hvis dette bilde festner seg i vårt møte med Kristoffer, eller andre som

har Down Syndrom, så har Kristoffer, Kari, Per etc. liten mulighet til å fremtre som den person han/hun er.

Det som preger omsorgsyrkene, er at de gjør bruk av ulike vitenskapers teorier, begreper, metoder og teknikker. Det være seg bl.a. innen pedagogikk, psykologi, medisin eller sosiologi, noe som gjør yrket til et sammensatt yrke. Dette bidrar til at en har mange forskjellige valgmuligheter i forhold til hvordan en kan søke å forstå

Gjennom historien har vi sett at mennesker med en psykisk utviklingshemning, har blitt forstått ut fra ulike perspektiv.

og hjelpe den hjelpetrengende. De ulike perspektivene / teoriene en benytter seg av for å forstå verden, vil aldri kunne «fange» verden. Vi ser det vi ser etter; brillene vi har på oss reduserer vikelighetens kompleksitet slik at den blir mer håndterbar og forståelig for oss.

Gjennom historien har vi sett at mennesker med en psykisk utviklingshemning, en gruppe som langt i fra er en ensartet gruppe, har blitt forstått ut fra ulike perspektiv og at praksisen har blitt dominert av noen spesifikke perspektiv, på godt og vondt, jf. Horndalen, (2001); Grimstad og Johansen (1986). Folkestad (1997) påpeker faren som ligger tilknyttet favorisering av perspektiv, nemlig at en overvurderer dette perspektivets nytteverdi eller omsorgsverdi, og undervurderer andre perspektiv. Lichtwarck og Sandvin (1999) fant i sin undersøkelse at det innen de ulike bofellesskapene eksisterte svært ulike omsorgsideologier, noe som kanskje kan tolkes dit hen at praksisen hadde etablert en slik favorisering av ideologier/perspektiver/metoder. En favorisering av ett perspektiv vil måtte medføre en begrenset tilgang til den helhetlige forståelse som skal ligge til grunn for omsorgsarbeidet. Mennesket er komplekst og vil aldri kunne la seg «fange» gjennom en teori eller et spesielt perspektiv. Det ville i så fall redusere mennesket til et objekt og dermed krenke menneskeverdet. Dette er noe de yrkesetiske retningslinjene for alle omsorgsyrene fokuserer gjennom å påpeke at den enkelte yrkesutøver skal ha et helhetlig perspektiv på mennesket. (FO, 2002; KUF 1999) Det innebærer at en ikke er fastlåst i ett perspektiv; en ideologi eller en metodisk tilnærming. Dette krever at vernepleieren skaffer seg erfaring gjennom en aktiv utprøving og derigjennom

Normaliseringsideologien har vært og er styrende ideologi både politisk og faglig.

skaffer seg gode kunnskaper og ferdigheter om de ulike perspektivenes /ideologiernes /teoriernes styrke, men ikke minst deres begrensninger.

Normaliseringsideologien

Normaliseringsideologien har vært og er styrende ideologi både politisk og faglig; en ideologi som i utgangspunktet var knyttet til brukernes levekår. Denne ideologien synes å ha blitt styrende for selve omsorgsutøvelsens mål-

setting, jf. Sandvin m.fl. (1998); nemlig å bidra til at mennesker, som har en psykisk utviklingshemning, ikke bare skal ha like rettigheter og likhet knyttet til levekår, de skal

bli så normal som mulig; de skal bli som oss. (Johnsen, 2002). Målet for vernepleieren er å bidra til «det gode liv» for den enkelte, dvs. å se den enkeltes potensialer eller «prosjekter» (Johnsen, 2002) Den enkelte skal få oppleve seg selv og sitt liv som verdifullt i seg selv, og det innebærer nettopp at han/hun aldri vil kunne bli helt «normal». Det som vel karakteriserer et menneske som har en psykisk utviklingshemning, er at de ofte nettopp skiller seg ut fra det normale gjennom spesiell adferd eller spesielle «prosjekt». Men dette spesielle; det som er annerledes, blir ikke verdsatt; det blir sett på som noe som må gjøres noe med. Hva blir så det normale som «de» skal utvikles til? Hvis normalitet er å bli lik de andre, så vil det ligge en fare i at vi i vårt ønske om å bidra til utvikling og selvstendighet / myndiggjøring, ikke klarer å se den enkeltes «livsprosjekt», men isteden søker å realisere egne prosjekt; at han/hun skal bli lik oss, jf. Johnsen (2002). Dette er kanskje å sette tingene vel mye på spissen i og med at mennesker med en psykisk utviklingshemning faktisk kan trenge

hjelp til å endre adferd, evt. og finne sine *livsprosjekter*. Men som «Marte» påpekte, vi må dog ikke gå i den andre grøften; yrkesutøvelsens kjerne er jo å bidra til at:» ...brukerne [får] *ein meiningsfull kvardag*». Da blir det viktig at vi som omsorgsarbeidere bidrar til at den enkelte opplever at han/hun mestrer denne hverdagen, og at han/hun får mulighet til å utvikle seg på egne premisser.

Det at normaliseringsideologien problematiseres i dagens faglige debatter, viser viktigheten av hele tiden å sette ord på det en gjør og at begrunnelsen for hvorfor en gjør det en gjør, hele tiden utprøves i dialog med andre. Det er ikke nok med erfaring, selv om erfaring alltid vil være grunnlaget en arbeider utfra; en må i tillegg sette sin egen og andres praksis under et kritisk lys for å ivareta en god etisk praksis. En må bruke sin fornuft og sette et kritisk blikk på egen og andres handlingsvalg; og stille spørsmål til begrunnelsene som ligger bak valget. Å forstå den andre krever en situasjonsnærhet hvor en er helt og fullt nærværende i situasjonen, både fysisk, psykisk og sosialt, og lar den andre tre frem som den han/hun er, altså at en som Martinsen (2002) påpeker, selv trer tilbake. Det er et krevende arbeid å lære seg å forstå den andre som kan fremtre så fremmed for oss. Det er ikke alltid lett å «se» og akseptere den andres annerledeshet slik at den enkelte beboer «*oppleve[r] støtte og bli[r] sett på egne prosjekter*» som Johnsen påpeker (2002 s. 63) Det kreves altså en personlig, sanselig og faglig tilstedeværelse både fysisk, psykisk og sosialt, – at en fremstår som et medmenneske som er beredt til å handle ut fra det situasjonen krever. Samtidig må man evne å «se» det komplekse bilde av situasjonen. En må

Vernepleierens målsetting er å bidra til at mennesker med en psykisk utviklingshemning får realisert «det gode liv».

gjøre bruk av sine erfaringer, være årvåken og situasjonsnær.

Det som vel særlig karakteriserer omsorgsarbeidet knyttet til mennesker med psykisk utviklingshemning, er de tette bånd, den nærhet som etableres mellom vernepleieren og den enkelte beboer. Aristoteles (1999) påpeker nettopp at det gode liv er et liv i samspill med andre mennesker; at mennesket er avhengig av

relasjonelle forhold hvor følelsene på mange måter danner grunnlaget for den gode relasjonen; – nemlig vennskapet. Sandvin m.fl. (1998) viser gjennom sin studie «*hvor viktige personalet er som*

sosiale personer i beboernes dagligliv» (s. 95) Dette sosiale samspillet er helt nødvendig for at omsorgsarbeideren skal kunne forstå og kunne hjelpe mennesker med utviklingshemning i all sin annerledeshet, til å mestre sitt liv. Det å knytte nære medmenneskelige bånd er en nødvendighet for å kunne realisere det gode liv. Vernepleierens målsetting er å bidra til at mennesker med en psykisk utviklingshemning får realisert «det gode liv». En kan kanskje si at det å etablere nære relasjonelle bånd mellom yrkesutøver og hjelpemottager i denne sammenheng blir en av vernepleieryrkets *dyktighetskriterier* (MacIntyre, 1994). Vernepleieryrket er vel det omsorgsyrket, som i motsetning til de andre helse- og sosialfaglige yrkene, krever at en som omsorgsgiver til de grader må være kroppslig tilstede i samhandling med brukerne. En av Bollingmos (2002) informanter sier følgende: «*En som er kompetent er glad i henne*» Når en er glad i en annen person, så vises dette også gjennom kroppslig handling. Det at beboer og omsorgsutøver går tur arm i arm, eller sitter sammen i sofaen nærmest oppi armkroken på

hverandre, eller at en beboer sitter på fanget til et personale, er ikke et uvanlig syn. Aristoteles påpeker at nærhetsrelasjonene mellom mennesker er av en stor betydning for at «det gode liv» skal kunne realiseres. Det nære vennskapet fremheves som et sentralt element i det gode liv, hvilket innebærer at vennskap må søkes realisert. For mange mennesker som har en psykisk utviklingshemning, så består deres sosiale nettverk av nærmeste familie og et stort antall profesjonelle omsorgsarbeidere. Dermed blir omsorgsarbeideren ofte en viktig nærpersion; en venn for den andre. Dette krever et engasjement og en personlig involvering i den andres liv fra omsorgsarbeiderens side. Det som karakteriserer vennskapet er *gjensidigheten* og *uavhengigheten* i relasjonen. Gjensidighet gjennom at en gjengjelder de følelser som mottas; også kroppslig – at en god klem blir gjengjeldt. Uavhengighet gjennom at den andres annerledeshet blir ivare tatt. (Vetlesen og Nortvedt, 1996)

Det å gjøre bruk av egne følelser i yrkesutøvelsen blir dermed en nødvendighet for å kunne forstå og kunne hjelpe den andre. Den som ikke føler vil være umenneskelig sier Aristoteles. Dette innebærer at dette yrket krever et pløyningsarbeid i egen person; at en kjenner seg selv og er villig og beredt til å kjenne på egne følelser; både de positive og de som ofte betraktes som negative. Moralsk dømmekraft impliserer nettopp at en kan sette ord på de erfaringene en gjør seg og at en kan «sansse» i utvidet betydning, hva som står på spill og handle rett i situasjonen.

Dog er der også her utfordringer som vernepleieren må være seg bevisst. Undersøkelser viser at når en som omsorgsarbeider opplever mye negativitet i samhandlingen med den andre, så

vil dette kunne få negativ innvirkning på selve praktiseringen av empati; empatiutøvelsen vil bli skadelidende uten at en selv er det bevisst, (Nerdrum, 2000; Kinge, 1999). Dermed blir det spesielt viktig at en er klar over faremomentene og at en er villig til å sette ord på de følelsene / opplevelsene / erfaringene en gjør seg i samhandlingen med den andre. Særlig viktig blir dette når en selv opplever «uakseptable» følelser, så som sinne, frustrasjon, utålmodighet.

Karen Jensen (1995) viser gjennom sin undersøkelse hvor vanskelig nettopp dette kan bli. Slike «negative»/ «vanskelige» følelser overfor den svake part; hjelpemottageren, strider nærmest helt imot det som blir kalt en moralsk praksis hvor empati blir å betrakte som et sentralt element. «Fokus skal være brukeren»; «empati er andreorientert», du skal være personlig, men ikke privat» er prinsipper som vernepleieren læres opp til skal styre hans/hennes moralske praksis. Når en som omsorgsarbeider opplever «negative» følelser overfor hjelpemottageren, kan skyldfølelse og dårlig samvittighet, kanskje og en opplevelse av at en ikke egner seg til jobben, at en som yrkesutøver får en manglende mestringsopplevelse, og dermed utvikling av utbrenthet, bli følgen. Både Jensen (1995) og Bollingmo (2002) viser gjennom sine undersøkelser hvor viktig det er å ha møtepunkter, hvor

disse følelsene blir satt ord på og akseptert. Gjennom å vise seg så åpent og ærlig, gjør man seg sårbar. Man risikerer mye. Dette krever at det også innen personalgruppen etableres nære bånd, hvor omsorgens fordring om å ta vare på den andre, ivaretaes. Og ikke minst at de vanskelige følelsene aksepteres, samtidig som en er villig til og åpen for å «se» og «ta imot» nye

Gjennom å vise seg så åpent og ærlig, gjør man seg sårbar.

perspektiv knyttet til hva som forårsaker de vanskelige / negative følelsene. At en aktivt utprøver egen følelsesmessige persepsjon av den andre / situasjonen. For som Aristoteles påpeker: «*Etikken tar altså [...] ikke sikte på å forandre følelsene, men å påvirke de handlinger som følelsene gir støtet til*» (Stigen, 1999, s. XI)

Usikkerhet og uforutsigbarhet

Vernepleieren har en formidabel oppgave; han/hun skal nemlig hjelpe det enkelte menneske «*til å mestre livet*» (Sandvin m.fl., 1999, min understreking); til å realisere sine potensialer som Aristoteles påpeker vil være det «gode liv». Det å «sansse» den enkeltes potensialer er i seg selv en formidabel oppgave, som krever årvåkenhet og varhet. Dette fordi det ofte, spesielt hos mennesker som blir karakterisert som dypt psykisk utviklingshemmet, er slik at han/hun faktisk ikke selv vet eller har oppfatninger om hvilke prosjekt han/hun ønsker å realisere, eller at han/hun ikke evner å uttrykke dette på en forståelig måte. Det er lett å trække feil gjennom å fokusere på egne «prosjekt» istedenfor den andres.

Det at målene for yrkesutøvelsen i stor grad må søkes, og at det er vernepleieren som må definere disse målene, er ofte en nødvendighet. Dette har sin bakgrunn i at mennesker med psykisk utviklingshemning ofte har manglende evne til å forstå og forklare /ytte egne mål. At yrkesutøvelsen i utgangspunktet skal ivareta brukerens autonomi gjennom å ivareta brukermedvirkning, blir tydeliggjort både i lovgivning og yrkesetiske retningslinjer. Når brukeren ikke evner å forstå eller uttrykke sine behov /ønsker, så blir det særs viktig at vernepleieren innehar den

kompetansen som kreves for å kunne definere målene; med den andres beste som utgangspunkt. Spørsmålene som vernepleieren da må stille vil være: hva er/ innebærer det «gode liv» for ham /henne? Hvilke potensialer har Per og Kari; og hvordan kan jeg bidra til at «Per» og «Kari» får realisert sine individuelle potensialer? Her trengs kyndighet og moralsk klokskap som innebærer at en er situasjonsnær, at en har bruker i fokus og gjør bruk av «hele seg». Men ikke minst at en hele tiden lever med usikkerheten; at usikkerheten blir akseptert og ivarettat. «*Samtidig er det veldig viktig at etiske spørsmål bør opp til jevnlig vurdering og at det ikke finnes fasitsvar som passer i alle situasjoner. Vi skal ut i arbeid med andre mennesker,...*», sa «Marte». Poenget blir at en i en samhandlingssituasjon aldri kan basere sine handlinger på rutinemessige etablerte handlingsvalg; til det vil hver situasjons annerledeshet være for stor.

Menneskelivet er komplekst, hvor mennesket påvirkes av sine omgivelser i vid forstand, samtidig som det enkelte menneske påvirker situasjonen og selve relasjonen, (Wadel, 1990). Det situasjonelle aspektet ved all omsorgspraksis innebærer usikkerhet knyttet til

Jeg vil si at usikkerheten faktisk er et vesentlig element i den etiske handlingsberedskapen.

handlingsvalget. Som Aristoteles påpeker; det krever moralsk klokskap nettopp å «se» det unike i situasjonen og gjøre det rette handlingsvalget og samtidig være klar over at en ikke med sikkerhet kan vite at valget en gjorde var det riktige. Det er langt i fra sikkert at det du gjorde i går, i det som fremstår for deg som en tilsvarende situasjon i dag, har samme effekt.

Skal man «gripe inn» eller la den andre få utføre det han/hun har satt seg fore, hva skal en gjøre, hvordan skal man gripe inn, i hvilke grad skal man gripe inn, hvorfor og når, er sentrale

spørsmål i yrkesutøvelsen. Vernepleieren må være beredt på det uventede og kunne, og ikke minst være villig til, å handle i situasjonen der og da. «Monika» sa det slik:

«Du kjem opp i mange forskjellige situasjonar som krev av deg at du kan handle etisk og moralsk rett»

Det å bl.a. ikke kunne være sikker på hva den enkelte personen forstår, ei heller være trygg på at en har forstått og «sett» den andres prosjekter, gjør at yrkesutøvelsen må utøves med usikkerhet som grunnlag. Gjennom å akseptere denne usik-

kerheten; å hele tiden være beredt til å «se» med nye øyne på egen og andres praksis, utvikles en varhet og ydmykhet som er nødvendig for å kunne utøve klok moralsk dømmekraft (phronesis) i den enkelte situasjon. Hvis en ikke er situasjonsnær og årvåken overfor egen fortolkning av den andre og situasjonen, vil den enkelte beboers mulighet til utvikling av nye prosjekt, nye forklaringer, nye ønsker og behov, nye uttrykksmuligheter bli fastlåst.

Implisitt i denne beredskapen ligger en vilje og evne til å handle; til å våge å gå imot etablert praksis. Usikkerhetens funksjon er nemlig å fremelske det kritiske spørsmål og den kritiske dialog. At en hele tiden aktivt er innstilt på å «se» det som er forskjellig i den unike situasjonen fra den erfaring en har ervervet hittil; dvs. at en bruker sine sanser i vid betydning. – At en hele tiden søker å sette ord på det en gjør; både i forhold til hvorfor, hvordan og når. Gjennom dialog med andre kloke, erfarne mennesker, hvor en er villig til å bli konfrontert og ønsker motstand på egne tanker og handlinger, vil usikkerheten bidra til at du faktisk er i beredskap; at du er parat til å handle i situa-

sjonen som møter deg. Jeg vil si at usikkerheten faktisk er et vesentlig element i den etiske handlingsberedskapen. Gjennom å akseptere og leve med usikkerheten i «bagasjen», vil varsomheten, lydhørheten og ydmykheten i yrkesutøvelsen ivaretaes; og dermed omsorgens fordring; at en tar vare på den andre og ivaretar hans eller hennes annerledeshet. Derigjennom vil den

andre oppleve seg som et verdifullt menneske; og oppleve at han/hun er menneskelig.

Sandvin m.fl. (1998) trekker frem tre ulike strategier som de fant at personalet ved de ulike bofelle-

skapene benyttet for å unngå usikkerheten i yrkesutøvelsen:

- Ansvarsfraskrivelse; at en ikke våger å ta et selvstendig valg og stå for det
- Produksjon av myter; at en konstruerer forklaringer som er fjernt fra virkeligheten
- Utforming av regler; at reglene styrer yrkesutøvelsen.

Dette er strategier som vil kunne redusere ubehaget, men som og vil innebære at omsorgen som moralsk praksis i liten grad ivaretaes. Vernepleieren må tåle å «stå» i den usikkerheten. Det er nettopp denne usikkerheten i arbeidet som krever at en innehar en beredskap; at en gjennom øving og utprøving har forberedt seg så godt som mulig for å kunne møte de ulike situasjonene en vil komme opp i. En skal gjennom å gjøre seg mange ulike erfaringer; bli erfaren og dyktig, inneha en viss trygghet på egen kompetanse. Men i arbeid med mennesker må en være parat til å gå inn i nye og mer eller mindre ukjente situasjoner; en må våge å risikere.

Det er nettopp denne usikkerheten i arbeidet som krever at en innehar en beredskap.

«Per» sa det slik: *I hverdagen og i yrkeslivet opplever vi alle situasjoner der vi ikke vet hvordan vi skal handle»*

De fleste av mine informanter påpekte viktigheten av å kjenne og følge de yrkesetiske retningslinjene, normene for akseptabel oppførsel og regelverk. «Marit» skrev følgende:

«I tillegg til dette er det også det som er gitt av regler og lover for min yrkesgruppe, som avgjør hvordan jeg handler»

Uttaelsen kan tolkes dit hen at det er reglene, lovene, normene som skal styre den enkeltes handlingsvalg. At en på forhånd har fått redskap som vil sikre at den moralske praksis blir ivare tatt. Dermed vil usikkerheten knyttet til det situasjonsspesifikke lett kunne forsvinne. En slipper ubehaget, en kan fraskrive seg ansvaret ved å vise til regelverket. En kan få en standardisering av virkeligheten som Folkestad (1997) poengterer.

En annen fare er at usikkerheten ender i handlingslammelse; at man blir stående og vurdere; veie for og imot slik at situasjonens mulighet forsvinner ut i løse luften. Det krever at en har utviklet erfaring

og er villig til å gjøre seg nye erfaringer gjennom aktiv utprøving knyttet til praksisfeltets ulike dyktighetskriterier jf. MacIntyre (1994). Gjennom en slik

aktiv utprøving hvor en er motivert til å jobbe hardt for å forstå de ulike handlingsalternativenes begrunnelser, så vil man kunne utvikle et rikt register av handlingsalternativer, både fra eget hverdagsliv og gjennom aktiv deltagelse i yrkets praksis. (Eikeland, 2000) En klok handling vil dog ta det situasjonelles unikhet i betraktning og dermed kunne tilpasse handlingsvalget utfra hva situasjonen krever. Det innebærer at en gjør bruk av sin fantasi og sin kreativitet og er villig til å forsøke nye ting.

Yrkesutøvelsen innebærer maktutøvelse og dermed stor fare for maktmisbruk

I arbeidet for og med mennesker som har en psykisk utviklingshemning, er avhengighetsforholdet mellom yrkesutøver og hjelpemottager synlig og tilstedeværende i særlig sterk grad, et avhengighetsforhold som vi alle har, men vanligvis i mye mindre grad.

Makt er knyttet til det relasjonelle aspektet ved å være menneske. Løgstrup illustrerer makten som ligger i selve relasjonen mellom menneskene på en god måte gjennom kanskje et av hans mest brukte sitater:

«Den enkelte har aldri med et andet menneske at gøre uden at han holder noget af dets liv i sin hånd» (i Martinsen, 1996)

Makt innebærer en mulighet til å få gjennomført sin vilje overfor et medmenneske. Makten ligger i muligheten, ikke utøvelsen. Vår avhengighet til andre mennesker innebærer nettopp denne muligheten til å påvirke relasjonen slik at en oppnår det en ønsker. Og det er nettopp det vernepleieren har som mulighet og mål; de har en kompetanse som legitimerer at vernepleieren gjennom sin yrkesutøvelse skal bidra til at den enkelte bruker får realisert sine potensialer gjennom nettopp å

påvirke den andre; hvor målet er et godt liv. Når vi nå tar for oss hvilke etiske utfordringer vernepleierne står overfor i sin yrkesutøvelse, så er makt et fenomen man ikke kommer unna.

Det som kommer klart frem i undersøkelsen er at vernepleierne utøver makt i sin yrkesutøvelse stort sett hele tiden. Makten viser seg gjennom bl.a. *strukturering* av hverdagen gjennom detaljerte dagsplaner og ukeplaner, *regulering* i forhold til aktiviteter, adferd og matinntak, *disiplinering* i form av sanksjoner av

Ved å bruke disse begrepene kan maktaspektet ved yrket kanskje usynliggjøres.

ulik karakter knyttet til ønsket og uønsket adferd. Maktutøvelsen kommer sterkest til syne gjennom at vernepleieren utøver *grensesetting, begrensning, forbydning og tvang*. (Folkestad, 1997) En benytter også andre begrep når en skal beskrive yrkesutøvelsen; for eksempel *påminning, fokusering, veiledning, motivering* og evt. *konkretisering*, begrep som mer knyttes til pedagogisk arbeid, hvilket en og må si at vernepleieryrket er, ved at de har en oppdragende funksjon. (Folkestad, 1997) Ved å

bruke disse begrepene kan maktaspektet ved yrket kanskje usynliggjøres eller i hvert fall søkes minimalisert. At maktmisbruk er en problemstilling som må taes på alvor, synliggjøres særlig sterkt gjennom de beskrivelsene som ble gitt når studentene opplevde at etisk handlingsberedskap ikke ble praktisert. Det både Folkestad (1997) og Sandvin m.fl (1998) synliggjør gjennom sine undersøkelser, er at vernepleierne har et ambivalent forhold til maktaspektet ved yrkesutøvelsen.

Overfor mennesker som har behov for hjelp til å mestre livet, så vil det være nødvendig nettopp å utøve både det jeg kaller aktiv makt og passiv makt. Miljøarbeiderens systematiske kartlegging, problemformulering, utformingen av mål og gjennomføringsplan, vil være det jeg vil kalle *passiv maktbruk*. Hvor en ikke i direkte samhandling med bruker søker å påvirke, men gjennom definering, kartlegging og planlegging og regelutforming, utøver makt som påvirker vår forståelse av den andre og dermed selve relasjonen mellom omsorgsutøver og beboer. Også manglende initiering; dvs. å «gi den andre handlingsrom», la den andre få prøve seg ved ikke å gripe aktivt inn; ved å tre tilbake som Martinsen påpeker, vil komme inn under begrepet *passiv maktbruk*.

Ulike faglig utarbeidede treningsopplegg kan få en stor autoritetsmakt,

Med *aktiv maktbruk* mener jeg maktbruk som innebærer en aktiv handling overfor en person; at en gjennom handlingen direkte påvirker den andre til å gjøre slik som du som omsorgsperson ønsker, f.eks ulike treningsopplegg. At du får gjennomført din vilje i samhandlingssituasjonen, ved aktivt å gripe inn i situasjonen, vil være *aktiv maktbruk*. Nå må det sies at begrepene aktiv maktbruk og passiv maktbruk, begge innebærer aktiv handling fra

vernepleierens side. Vernepleieren står alltid i valg-situasjoner, på lik linje med alle mennesker.

Valgene en gjør impliserer handling. Det å velge å «tre tilbake» – å ikke aktivt

gjøre en inngripen i situasjonen, er og må være et aktivt, bevisst valg og dermed en aktiv handling. Som Folkestad (1997) påpeker; målet er tilpasset hjelp; det å strukturere, regulere, begrense og også til tider utøve grensesetting og tvang, er ikke nødvendigvis maktmisbruk. Det er en *aktiv maktbruk* som kan være nødvendig, og som nettopp ivaretar omsorgens fordring; å ta vare på den andre. Mange mennesker med psykisk utviklingshemning har nettopp behov for bl.a. å få strukturert hverdagen for å *bidra til oversikt og forutsigbarhet* i en for dem kanskje kaotisk verden. Begrensning og tvang kan være nødvendig for å hindre skade på seg selv eller andre. Trening av ulike ferdigheter vil være nødvendig og ønskelig, nettopp for å søke realisert den enkeltes prosjekter. Men det er klart at der ligger en fare i at det kan utøves illegitim makt, og dermed at omsorgens funksjon ikke ivaretas.

Aristoteles påpeker følgende: «*Likeledes finnes det når det gjelder handlinger et for mye, et for lite og en mellomting*» (Aristoteles 1999, s. 35) Det kreves moralsk klokskap å vite hva som er «middelveien»; dvs. hva som er for mye og hva

som er for lite og handle i overensstemmelse med denne kunnskapen i den aktuelle situasjonen en står i. Dette krever årvåkenhet og et bevisst forhold til egen maktutøvelse; og ikke minst at en hele tiden har et kritisk blikk både på egen og andres praksis.

Ulike faglig utarbeidede treningsopplegg kan få en stor autoritetsmakt, – at en i stedet for å være nærværende og fullt tilstede i situasjonen; velger å handle utfra på forhånd fastlagte beskrivelser av *hvordan* tiltaket skal gjennomføres, av *hvem*, når tiltaket skal gjennomføres, gjerne med klokkeslett eller annen tidsangivelse, og evt. *hvor* eller i *hvilke situasjoner*. (Linde og Nordlund, 2003). Vernepleieren skal være et medmenneske; ikke en «robot» sier en av Bollingmo (2002) sine informanter. Hans informanter var vernepleiere som var erfarne utøvere av aktiv makt, (dvs. tvangsutøvelse). De opplevde seg selv ofte som roboter pga av de rigide prosedyrene som knyttet seg til ulike tvangstiltak.

Det gjelder å være årvåken, se situasjonen og våge å se situasjonen med «nye» øyne og handle på en måte som ivaretar den enkeltes menneskelighet og den situasjonsspesifikke tolkning.

Vernepleieren skal i samarbeid med brukeren «tilrettelegge for et trygt, spennende, trivelig og godt liv», sier Bollingmo, (2002, s. 3) De skal gjennom tilrettelegging av miljøet skape et godt læringsmiljø hvor en tar utgangspunkt i de individuelle ressurser hos den enkelte, nettopp for å ivareta brukers selvbilde og integritet. Dette er som tidligere sagt, et arbeid som krever varmsomhet og sensitivitet. Maktaspektet i yrket kommer også tilsyne i dette; bl.a. gjennom å skulle definere hva som er et godt, spennende

og meningsfylt liv for den enkelte. I dette ligger der enorm makt, vernepleieren har ordet i sin makt i motsetning til brukeren som ofte mangler både evne til å uttrykke og forstå sin virkelighetsopplevelse.

Vernepleieren søker gjennom systematisk kartlegging, målformulering, analyse, valg av tiltak, valg av metodisk tilnærming, iverksetting av tiltak og evaluering, å bidra til at den enkelte opplever «økt livskvalitet, utvikling, læring eller opprettholdelse av ferdigheter», (Linde og Nordlund, 2003, s. 26). Dette kommer til uttrykk i en skriftlig

Jeg vil påstå at det viktigste dyktighetskriteriet som er funnet gjennom denne undersøkelsen, er at den som innehar etisk handlingsberedskap, faktisk er glad i sine medmennesker.

utformet individuell plan. I dette arbeidet, som er lovpålagt å utarbeide for de som har behov for langvarige og koordinerte tilbud, ligger der mye passiv maktbruk. Denne søkes minimalisert gjennom å fokusere på viktigheten av brukermedvirkning. (Linde og Nordlund, 2003) Jeg vil påstå at i arbeidet i alt profesjonelt omsorgsarbeid, så vil den passive maktbruken være tilstede i stor grad, til tross for vellykket brukermedvirkning, og dermed og en stor fare for passiv maktmisbruk. «Marit» skrev følgende som kan illustrere dette:

«Da vi skulle skrive individuell plan i praksis, møtte jeg på flere etiske spørsmål. Det var vanskelig å skulle skrive om en annen person og på en måte utlevere alt om dem. Dette brukte jeg en del tid på, og diskuterte mye med meg selv og med veileder. Jeg tror at det å skulle skrive noe så konkret og måtte være så rett på en måte. Jeg personlig lærte mye av denne prosessen. Det var nesten som jeg så personen med litt andre øyne etter hvert som jeg arbeidet. Jeg var veldig redd for å fremstille personen feil og derfor måtte alle områder diskuteres nøye. Noen ting synes jeg ble for personlig å

ta med, men veileder mente at bilde kunne bli feil om en utelot det. Sånne etiske problemer måtte jeg ta stilling til flere ganger i arbeidet med individuell plan»

Sandvin (1998) viser gjennom sin studie, konflikten eller spenningen som ofte kan oppstå i bofellesskapene; nemlig spenningen mellom individualitet og felleskap. Denne spenningen har resultert i en usikkerhet som ofte blir håndtert gjennom etablering av regler; en regulerer adgangen til fellesrommet ved å tidfeste når det er tillatt – ikke tillatt å oppholde seg der. Begrunnelsen er at det er mer «normalt» å leve sine sosiale liv inne i leilighetene. Her gjør man bruk av både aktiv og passiv makt. Passiv makt gjennom å utforme regler, aktiv gjennom å påse at regelen blir fulgt av beboerne enten gjennom instruksjon, påminning eller tvang i ytterste fall. Ved å begrunne dette med at det er mer normalt å ha et sosialt liv inne i egne leiligheter; så blir det normaliseringstankegangen som styrer handlingsvalget, istedenfor den spesifikke situasjon; den enkeltes behov. Kari Martinsen (1996) sier følgende:

Hvis vår verdiforutsetning stivner til en ideologi, en fast struktur med bestemte trekk, kan det lett føre til overgrep. Det er da ikke meg i møte med den andre, men ideologien som blir viktig. I ideologiens navn vet en med usvikelig sikkerhet hva som tjener den andre best. Med god samvittighet kan overgrepene foretas» (s. 87)

Gadamer (1999) påpeker gjennom sin filosofi, at vi er «ganske innesperret i et språk» (s. 4) Språket danner på en måte grenser for hva vi forstår og hvordan vi tolker verden. Våre fordommer er en nødvendighet for å kunne forstå og erfare i det hele tatt. Jeg tror det var noe av dette «Marit» opplevde; at gjennom de begrep /

ord hun benyttet når hun skulle beskrive den andre, så ble forståelsen av den andre påvirket og sannsynligvis begrenset. Det ble viktig for «Marit» å finne de «rette» ordene. Faren er at en gjennom beskrivelsene kategoriserer og generaliserer den andre; at bildet vi skaper av den andre objektiverer hjelpemottageren; at mennesket blir et kasus, et objekt. Gadamer påpeker at «det er slik at forståelse alltid forblir usikker og relativ» (s. 8) Det må være vårt utgangspunkt, at vi som «Marit» skal være usikker på hvilke ord vi skal bruke; og ikke «tror» som «Marit» kanskje gjorde, at det er mulig å finne de helt «rette» ordene. Ord vil aldri kunne beskrive mennesket.

Hvilke krav stiller praksisfeltet til vernepleierens etiske praksis?

Jeg vil påstå at det viktigste dyktighetskriteriet som er funnet gjennom denne undersøkelsen, er at den som innehar etisk handlingsberedskap, faktisk er glad i sine medmennesker; og at de evner å vise gjennom sin væremåte både fysisk, psykisk og sosialt at de bryr seg om den andre og ønsker ham/ henne vel. At de gjennom sine handlinger viser at de er glad i personen slik han er; – ikke fokuserer på hva han/hun kan bli, men aksepterer og verdsetter den andres annerledeshet. Og at denne kompetente praktikerer for å bruke Johnsen (2002) og Aristoteles sine ord; sammen med brukeren søker å realisere den enkeltes livsprosjekter / potensialer.

Et annet viktig dyktighetskriterium som er synliggjort gjennom denne undersøkelsen, er det jeg vil kalle aktiv utprøving; at den som innehar en etisk handlingsberedskap viser en vilje og et pågangsmot til å gå inn i en utprøvende dialog, både i forhold til seg selv, yrkets

Den profesjonelle helse- og sosialarbeideren innehar en enorm makt.

faglige kunnskapsinnhold og handlingsrepertoar. At en våger å risikere. Studien viser hvor viktig denne aktive utprøvingen er for å kunne utvikle erfaring og et rikt handlingsrepertoar, – noe som er nødvendig for å unngå rutinisering og vanebasert praksis. Det synliggjøres at dette krever en åpenhet og vilje til å endre både på seg selv og yrkets praksis gjennom å være konfronterende overfor andres yrkesutøvelse og ikke minst søke konfrontasjon på egen væremåte og forståelseshorison, hvis det viser seg nødvendig for å ivareta omsorgsarbeidets funksjon. Dette funnet samsvarer med Bollingmo (2002) sitt funn; at det er nødvendig med møtepunkter hvor ulike «stemmer» deltar i dialogen for å sikre en kompetent praksis.

Det siste hovedkriteriet som jeg vil fremheve som et sentralt funn i denne undersøkelsen er at en som innehar etisk handlingsberedskap, det Aristoteles kaller *phronêsis*, må være situasjonsnær, og være klar over at ingen situasjon er lik. Dette innebærer usikkerhet; at en våger å handle til tross for usikkerheten som alltid vil være tilstede i den etiske praksis. «*der finnes ikke fasitsvar*». Det kreves med andre ord mot. Dette samsvarer med MacIntyre (1994) sine dyktighetskriterier, hvor bl.a. mot og ærlighet blir fremhevet som sentrale i enhver praksis. En må våge å gå inn i det ukjente med en åpenhet og sensibilitet for det som er annerledes i situasjonen i forhold til den erfaring en innehar. Samtidig som en har en trygghet igjennom at en faktisk har utviklet erfaring i praksisens hva, hvorfor, hvordan og når; noe som krever en aktiv utprøving.

Et annet viktig funn som er gjort gjennom denne horisontsammensmeltingen knytter seg til omsorgsarbeiderens maktutøvelse. Den profesjonelle helse- og sosialarbeideren innehar en enorm makt, og det er vel nettopp dette aspektet ved yrkesutøvelsen som i spesiell grad er blitt

synliggjort. Undersøkelsen viser tydelig hvor lett det er å trå feil ved å utøve makten på en slik måte at omsorgens moralske funksjon, ikke ivaretaes. Dette kommer tydeligst frem av beskrivelsene studentene gir knyttet til opplevelser hvor de opplevde at etisk handlingsberedskap ikke ble praktisert. Men undersøkelsen viser og hvor nødvendig det er nettopp å bruke den makt en har til å fremme den andres beste. At en våger å handle til beste for den andre og at en påtar seg det ansvar dette innebærer. Den som innehar etisk handlingsberedskap er seg bevisst denne makten og ivaretar maktens etiske funksjon; å ta vare på den andre; spesielt overfor de som trenger vår hjelp til «å mestre livet».

Litteratur:

- Aristoteles, 2001, *Nicomachean Ethics* Oversatt av Joe Sachs
- Aristoteles, 1999, *Etikk. Et hovedverk i Aristoteles' filosofi, også kalt Den nikomakiske etikk.* Oversatt av Anfinn Stigen, 3. utg.. Gyldendal Norsk Forlag
- Bollingmo, Leif, 2002, *Hvordan oppleves det å utøve legalisert tvang og makt? –reflektert etisk praksis som kompetanseområde i møte med utfordrende adferd. – en studie og fortolkning av tjenesteyteres refleksjoner av hvordan det oppleves å utøve tvang og makt etter sosialtjenesteloven kapittel 6A, Hovedfagsoppgave i helsefag hovedfag, Universitetet i Bergen.*
- Eikeland, Olav, 1997, *Erfaring, dialogikk og politikk. Den antikke dialogfilosofiens betydning for rekonstruksjonen av moderne empirisk samfunns-vitenskap. Et begrephistorisk og filosofisk bidrag.* Univeritetsforlaget
- FO, 1998, *Yrkesetiske prinsipper og retningslinjer.*
- FO, 2002, *Yrkesetisk grunnlagsdokument for barnevernpedagoger, sosionomer og vernepleiere.*

- Folkestad, Helge, 1997, *Ramme inn og gi handlingsrom. En studie av vernepleiere som arbeider i bofellesskap for mennesker med psykisk utviklingshemning, om deres arbeidsmåter for å yte tilpasset hjelp til beboerne*, Hovedfagsoppgave i Helsefag, Universitetet i Bergen
- Gadamer, H.G. og Maliks, R.K, 1999, Det levende ordet. Reidar Kiljan Maliks i samtale med Hans-Georg Gadamer. Samtaler i samtiden.
- Horndalen, Bjørn, 2001, *Ideologi, fag og virkelighet. Vernepleierutdanningen gjennom 50 år.* Universitetsforlaget
- Horndalen, Bjørn, 2002, Hva kvalitetssikrer profesjonsetikken? Nærhet og distanse i helse- og sosialyrkene. Upublisert materiale.
- Johnsen, Bjørn-Eirik, 2002, *Den innbilt fremmede. Om omsorgen for mennesker med psykisk utviklingshemning.* Høgskolen i Harstad. Skriftserien 2002/10
- Lichtwarck & Sandvin, 1999, *Trivsel, kompetanse og utviklingsmuligheter. En studie av arbeidsmiljøet i omsorgen for utviklingshemmede i Bergen kommune.* NF-rapport nr. 10/99
- Linde, Sølvi og Nordlund, Inger, 2003, *Innføring i PROFESJONELT MILJØARBEID. Systematikk, kvalitet og dokumentasjon.* Universitetsforlaget.
- Martinsen, Kari, 1996, «Omsorg i sykepleien – en moralsk utfordring» i Karen Jensen (red), «Moderne omsorgsbilder», Ad Notam Gyldendal
- Martinsen, Kari, 2002, *Øyet og kallet 2.* opplag, Fagbokforlaget
- Nerdrum, Per, 2000, *Training of empathic communication for helping professionals HiO-rapport 2000 nr. 17*
- NOU 1994:8 *Kompetanseutvikling i arbeidet for psykisk utviklingshemmede»* Oslo, Sosialdepartementet
- Sandvin, Søder, Lichtwarck & Magnussen, 1998, *Normaliseringsarbeid og ambivalens. Bofellesskap som omsorgsarena,* Universitetsforlaget
- Vetlesen og Nortvedt, 1996, *Følelser og moral,* Ad Notam Gyldendal
- Wadel, Cato, 1990, *Den samfunnsvitenskapelige konstruksjon av virkeligheten,* SEEK A/S Flekkefjord.
- Østrem, Knut, 1994, Kompetansebehov for arbeid med psykisk utviklingshemmede. Vedlegg I i NOU 1994:8 *Kompetanseutvikling i arbeidet for psykisk utviklingshemmede,* Oslo,