

Karl Elling Ellingsen, Marit Selfors Isaksen & Dirk Lungwitz (2020). Lav kompetanse og utstrakt bruk av deltid truer faglig forsvarlige tjenester til personer med utviklingshemming. *Fontene forskning*, 13(1), 18-31

NØKKELOD: PROFESJONSKOMPETANSE, DELTID, FAGLIG FORSVARLIGE TJENESTER, KOMMUNALE TJENESTER



Karl Elling Ellingsen
Professor, NAKU, IPH,
NTNU
karl.e.ellingsen@ntnu.no



Marit Selfors Isaksen
vernepleier,
FOs ledelse
marit@fo.no



Dirk Lungwitz
Sosiolog
dirk.lungwitz@gmail.com

Lav kompetanse og utstrakt bruk av deltid truer faglig forsvarlige tjenester til personer med utviklingshemming

Forventningen om høy kompetanse i helse- og sosialsektoren følger den generelle kunnskapsutviklingen i samfunnet. Fellesorganisasjonen (FO) har satt 70 prosent som nedre grense for andel ansatte med bachelorgrad (FO, 2018) i tjenestene til personer med utviklingshemming. Vår studie viser at kun 10,7 prosent har vernepleierutdanning, og at 33,2 prosent ikke har formell helse- og sosialfaglig utdanning. Høy forekomst av deltidsstillinger er et utbredt problem i helse- og omsorgssektoren, og er en særlig belastning for personer med utviklingshemming. Vår studie viser generelt en høy grad av deltid. Særlig kritisk er det at over halvparten av de ansatte uten formell helse- og sosialfaglig utdanning, jobber mindre enn ti timer i uken. Konklusjonen er at kravet om faglig forsvarlighet forutsetter at andelen vernepleiere økes vesentlig og at bruken av kort deltid opphører.

Fra tidlig 1900-tallet og i stigende grad, har helse- og omsorgstjenester utviklet seg til å bli blant de viktigste offentlige oppgavene i Norge. Det henger sammen med økt kunnskap og nye, bedre og mer effektive behandlingstilbud. De fleste helse- og omsorgstjenester krever ansatte med høy grad av fagkunnskap, og ulike typer spesialisering (Kunnskapsdepartementet, 2012). Jo mer krevende og komplisert tjenesten er, og jo større faren for skade er, desto høyere krav til kompetanse, spesialisering og etterprøvbarehet. Eksempelvis pålegger Helse- og omsorgstjenesteloven (2011, §3-2 2. ledd) kommunene å knytte til seg lege, sykepleier, fysioterapeut, jordmor, helsesykepleier, ergoterapeut og psykolog.

Mangelen på fagutdannet personell i tjenestene til personer med utviklingshemming har vært dokumentert lenge. Opprettelsen av vernepleierutdanningen på Emma Hjorts Hjem med oppstart i april 1961 var begrunnet i dette. Senere utredninger og meldinger viser en vedvarende mangel på fagkompetanse i tjenestene. I 1977 var det 6,8 prosent vernepleiere blant de ansatte i botjenestene til utviklingshemmede, og i 1983 var det 8,7 prosent (NOU 1973:25, NOU 1985:34, s.21). I 1973 uttalte Lossius-utvalget at «Neppe noe arbeidsfelt i Norge har vært så avhengig av å benytte «ufaglært» arbeidskraft som i omsorgen for psykisk utviklingshemmede» (NOU 1973:25, s. 89). Andelen ansatte uten relevant helse- og sosialfaglig utdanning var i 1989 72 prosent (NOU 1994:8, s.18).

Hovedargumentet for å etterspørre personell fra fagprofesjoner på bachelornivå og høyere, er at dette er utdanninger som bygger på vitenskapelig og forskningsbasert profesjonskunnskap. Studentene tilegner seg slik kunnskap, de lærer å vurdere den kritisk i relasjon til aktuelle problemstillinger i praksis, og lærer prosedyrer og krav knyttet til bestemte praksiser. De lærer også om pasienter og brukeres grunnleggende rettigheter, om retten til selvbestemmelse og om etikk. Den økte vitenskapeliggjøringen av

profesjonsfagene, den omfattende forskningsaktiviteten og det generelt høye kunnskapsnivået i dagens samfunn, etterspørres og forventes også av profesjonene innen helse-, omsorg-, sosial- og velferdsfag. Utdanningene som leder fram til profesjonene ble tidligere styrt gjennom rammeplaner. I 2019 ble nye retningslinjer (RETHOS) og egen forskrift om retningslinjer for vernepleierutdanningen vedtatt (Forskrift om nasjonal retningslinje for vernepleierutdanning, 2019). Gjennom beskrivelser av læringsutbyttet legges føringer for hva som ansees som nødvendig og aktuell kunnskap og kompetanse i vernepleierutdanningen. Slik kunnskap er nødvendig, men alene ikke nok til å sikre kvaliteten eller at målene for tjenestene oppfylles. Det er også viktig hvordan tjenestene organiseres og ledes, fordi dette legger grunnlag for alt fra kvalitetsarbeid, strukturer, fordeling og omfang av tjenestene, og dags- og ukerytme. De ansattes kompetanse, men også organisering og ledelse regulerer den enkeltes mulighetsrom for aktivitet, deltakelse og livsutfoldelse (Larsen, 2018).

Siden 2013 har KS drevet prosjektet Heltidskommunen (Moland & Bråthen, 2019). Målet er å benytte høyt kvalifisert arbeidskraft fullt ut. Det handler også om å redusere antallet personer pasienter og brukere må forholde seg til når færre fyller en stillingshjemmel. Brukere og pårørende klager over at det er mange å forholde seg til, noe som påvirker informasjonsflyt og at de ofte opplever å ikke bli hørt eller å få være med og ta beslutninger (Helsetilsynet, 2017).

Fordi kompetanse står så sentralt, er det behov for å kartlegge status i tjenestene til utviklingshemmede. I denne artikkelen vil vi drøfte følgende problemstilling: Hvilket utdanningsnivå og hvilken fagbakgrunn har ansatte i helse- og omsorgstjenestene til utviklingshemmede, og hva er stillingsstørrelsene disse jobber i? I hvilken grad påvirker dette faglig forsvarlighet i tjenestene?

OFFENTLIGE FØRINGER OG JURIDISKE RAMMER FOR TJENESTEN

En rekke lover og bestemmelser setter rammer og normer for omfang, utforming og gjennomføring av tjenestene. Helse- og omsorgstjenestelovens formålsparagraf (2011, §1-1) inneholder i alt syv kulepunkter som beskriver kommunenes ansvar. De dekker alt fra helse, sykdom, skade, lidelser og nedsatt funksjonsevne, til sosial trygghet, levekår, likeverd, likestilling, forebygging, aktivitet, meningsfylt tilværelse, nødvendig opplæring, samhandling, respekt for den enkeltes integritet og verdighet, samt at ressursene skal utnyttes best mulig. Ansatte i tjenestene har omfattende oppgaver med å innfri lovkrav, og å oppfylle arbeidsgiveres og pasienters/ brukeres forventninger, behov, ønsker og mål. I tillegg til lovene legger også offentlige utredninger og meldinger føringer for tjenestene. Først og fremst som forarbeider til lovene, men også ved å gi en oppdatert forsknings- og kunnskapsstatus innen området for utredningen/ meldingen.

Lossius-utvalgets anbefaling om å avvikle institusjonsomsorgen for personer med utviklingshemming fikk enstemmig støtte fra Stortinget. Utredningen inneholdt konkrete beskrivelser av forhold som utvalget fant uforsvarlige, blant annet mangel på kompetanse, som samlet sett var begrunnelse for utvalgets anbefaling. Beskrivelsene danner et referansepunkt for den nedre grensen for faglig forsvarlig og omsorgsfull hjelp slik det ble vurdert i 1985 (NOU 1985:34).

I 2003 kom meldingen «Nedbygging av funksjonshemmende barrierer». Den viste at kompetansen og kunnskapen i de kommunale tjenestene til utviklingshemmede ikke var tilfredsstillende (Sosialdepartementet, 2003). I 2013 ratifiserte Norge FN-konvensjonen om rettigheter til personer med nedsatt funksjonsevne (CRPD). I 2016 nedsatte Barne- og likestillingsdepartementet Kaldheim-utvalget. Utvalget fikk i oppgave «å analysere og vurdere hvilke endringer som er nødvendige for å sikre oppfyllelsen av grunnleggende rettigheter til mennesker med utviklingshemming» (NOU 2016:17). Kaldheim-utval-

get gikk inn på åtte områder og konstaterte at Norge brøt med CRPD på alle disse. Utvalget etterspør kompetanse i tjenestene, eksempelvis i skolesektoren, og peker på vernepleierkompetanse som spesielt relevant i tjenestene til mennesker med utviklingshemming. Utvalget påpekte stor mangel på forskning og data om tilstanden i tjenestene og situasjonen for utviklingshemmede. I meldingen «Fremtidens primærhelsetjeneste» fra 2015, slås det fast at mange pasienter/ brukere med sammensatte og komplekse behov ikke får den helsemessige oppfølgingen de har behov for. De får for få legetjenester, ofte oppfølging av ufaglært personell og andre med utilstrekkelig kompetanse, og de får lite habilitering. Det påvises manglende kompetanse blant personell i hjemmetjenesten som gjør at endringer i brukerens helsetilstand ikke fanges opp, eller fanges opp sent i sykdomsforløpet (Helse og omsorgsdepartementet, 2015).

I Norge har mål om inkludering, deltakelse, levekår og livskvalitet stått sentralt slik vi har sett i tidligere omtalte utredninger og meldinger, sammen med mål om å styrke rettighetene til personer med funksjonsnedsettelse (NOU 2016:13). Satsingen er i samsvar med internasjonale føringer. I den engelske rapporten «Valuing people» (Department of Health, 2001) pekes det på de fire målene menneskerettigheter, inkludering, frihet og valgmulighet som sentrale. I FN-konvensjonen om rettigheter til personer med nedsatt funksjonsevne fra 2006, beskrives blant annet retten til inkludering, valgfrihet og autonomi (United Nations, 2006).

Internasjonalt brukes livskvalitet som mål på tjenesters kvalitet. Et forskerpanel opprettet av International Association For The Scientific Study Of Intellectual And Developmental Disabilities(IASSID) utarbeidet en modell for å måle livskvalitet (Schallock et al., 2002). Modellen er inndelt i de åtte domene: «Self-determination, Social inclusion, Rights, Personal development, Emotional well-being, Physical well-being, Interpersonal relations, and Material well-being». For å sikre at personer med utviklingshemming har god livskvalitet, kreves ofte tiltak og

tjenester innen flere av de åtte domenene fordi kognitiv funksjonsnedsettelse påvirker mange livsområder (Mansell & Beadel-Brown, 2012). I hvilken grad de modellene og metodene som benyttes gir ønsket livskvalitet, inngår i en større internasjonal studie. Studien benytter livskvalitet som teoretisk rammeverk for å måle kvaliteten på tjenestene, og hvilke modeller og metoder som gir god eller økt livskvalitet (Bigby & Beadel-Brown, 2016).

FAGLIGE TILNÆRMINGER OG UTVIKLING

Hva som regnes som faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp overfor utviklingshemmede kan deles i epoker. Horndalen beskriver spennet i samfunnets tiltak overfor utviklingshemmede gjennom historien. Disse går fra grusomheter, via passivisering til en gryende faglig, moralsk og menneskelig tilnærming (Horndalen, 2001, s.19). Praksisen med «oppbevarings- og samlebåndsmensjonalitet» viste seg å være seiglivet, med en pleiehjemspraksis som varte til tiden etter andre verdenskrig (Horndalen, 2001, s.28). Fra rundt 1920 ble det gradvis økt fokus på miljøet og betydningen av dette. De første som benyttet dette som tittel var barnepsykolog Bruno Bettelheim og psykiater Emmy Sylvester i publikasjonen «A Therapeutic Milieu» (1948). Ti år senere kom Maxwell Jones med publikasjonen «The Therapeutic Community» (1959).

Overlege og direktør Ole B. Munch ved Emma Hjorths hjem så behovet for en profesjonsutdanning som skulle tilrettelegge for muligheter, og som måtte ha et bredt faglig grunnlag fra «psykologisk kunnskap, pedagogisk forståelse og kjennskap til leketerapi, beskjeftigelsesterapi og lignende» (Horndalen, 2001, s. 46). Ole B. Munch regnes som grunnleggeren av vernepleierutdanningen, og sa om begrepet verne at det handlet om å «tilrettelegge for muligheter» (Horndalen, 2001, s. 51). I opprettingen av profesjonsstudiet støttet den seg til slike miljøterapeutiske ideer som nevnt over (Horndalen, 2001, s.98). Miljøterapi, slik det ble introdusert i profesjonsstudiet, hadde utspring i miljøterapi slik det utviklet seg innen psykiatrien tidlig på 50-tallet. Målet var å skape en god atmosfære, som ble omsatt til å skape gode og tri-

velige hjem, arrangere fritidstilbud, betydningen ansatte hadde som rollemodeller alt fra hvordan de var kledd, og hvordan de snakket (Horndalen, 2001, s.80). Det har røtter tilbake til 1930-tallet (Sullivan, 1931), og ble utviklet til det vi i dag kjenner innen psykiatrien som postatmosfære med bidrag blant annet fra Friis (1986). Fra midten av 1970-tallet og fram til avviklingen av sentralinstitusjonene kom atferdsterapien i bruk. Atferdsterapi ble etter hvert endret til målrettet miljøarbeid. Fokuset ble trening og opplæring, samt analyser av handlinger og atferders funksjon. Fortsatt handlet det om hverdagslivsmestring, samt å fremme aktivitet, deltakelse og selvstendighet. Når institusjonsomsorgen ble avviklet og erstattet med kommunale hjemmebaserte tjenester, ble ideene Munch sto for fornyet. Karen Jensen (1992, s. 109) beskriver hvordan vernepleiere og andre ansatte «tok i bruk den kulturelle kompetansen de hadde som kjennetegner et hjem og hvordan omsorgsoppgaver der bør løses». Vernepleie har fokus på livskvalitet og selvstendighet, med personens ønsker, behov og forutsetninger i sentrum, og en systematisk tilnærming med vekt på miljøterapeutisk arbeid. Vernepleiere har forankring i både helse- og sosialfag. Profesjonen og tjenestene til utviklingshemmede er også preget og påvirket av de prinsipper som internasjonalt kalles Active Support, og som i Norge går under betegnelsen aktiv støtte. Denne tilnærmingen kjennetegnes ved å involvere brukere i meningsfulle aktiviteter heller enn å passivisere dem (Mansell, Felce, de Kock & Jenkins, 1982). Aktiv støtte er en modell med stor utbredelse i Storbritannia og Australia, og med en forholdsvis omfattende forskning. Aktiv støtte har vært gjennom faser med justeringer og utvikling. Problemer, som at ansatte har latt konkurrerende prioriteringer styre, at det er ansatte som foretar valgene, og at det legges hovedvekt på husarbeid (Mansell & Beadel-Brown, 2012, s.26-27), har gjort det nødvendig å refokusere modellen. Fokuset rettes nå heller mot prinsippene enn mot prosedyrene, for eksempel å engasjere seg i aktiviteter og relasjoner både hjemme og i lokalmiljøet, og å gradere hjelpen (Mansell & Beadel-Brown, 2012, s.

27-28). Bigby og Beadel-Brown (2016) undersøkte hva som bidrar til å bedre livskvaliteten til personer med utviklingshemming i det vi omtaler som hjemmebaserte tjenester (Supported Accommodation). I studien inngår 44 artikler publisert i perioden 1970 til 2010. Artiklene omfatter totalt 1400 personer/ brukere, fra en rekke land, med forskjellige settinger / tjenester, som benytter ulike tilnærminger/ modeller som grunnlag for tjenestene, basert på ulike opplæringsformer, og som er innsamlet av forskjellige forsker-team. Bigby og Beadel-Brown (2016) har delt studiene inn i fem områder; i) front-linje-ledelse/ praksis, ii) kultur, iii) organisatoriske karaktertrekk, politikk og ressurser, iv) ressurser og setting og v) eksterne omgivelser. Basert på kriteriet livskvalitet som mål for tjenestene, finner de evidens for at tre områder er avgjørende og viktige. Det ene er betydningen av at ansatte arbeider etter prinsippene om aktiv støtte. Det andre er at nær-ledelse (front-line) sikrer at ansatte opprettholder praksis basert på aktiv støtte. Den tredje er knyttet til ressurser og organisering av bofellesskap med opp til maksimum seks personer, og tilstrekkelig med ansatte. Ikke for få, men heller ikke så mange at ansatte heller begynner å interagere med hverandre enn med bruker. Aktiv støtte er gjennom årene introdusert og implementert i en rekke land, heriblant Norge. Her finner en kobling mellom tilnærminger som Positiv atferdsstøtte (PAS), Lav affektiv tilnærming og aktiv støtte. Det drives en etter- og videreutdanning i PAS ved VID Vitenskapelig høyskole Sandnes, og Sandnes kommune har etablert en kultur for slik jobbing gjennom Enhet for funksjonshemming og et eget veiledningsteam som er opprettet.

Profesjonskunnskap, faglig skjønn og håndverk

Andrew Abbott (1988) sier at yrkesgrupper anvender kunnskap og ferdigheter til å oppnå eierskap eller kontroll over et arbeidsområde, og at dette skjer på to måter. Den første måten, kontroll over teknikker, knyttes til håndverk som vi i stor grad finner i yrkesfagene fra videregående skole og fagskolene. Den andre måten, gjennom abstrakt kunnskap, er kjennetegn på profesjoner og som i helse- og sosialsektoren

starter med profesjonene fra bachelorprogrammene og fortsetter videre til høyeste grad. Hos profesjonene har den praktiske kunnskapen utspring i den abstrakte kunnskapen. Ved første øyekast kan praksiser som bygger på teknikker, og praksiser som bygger på abstrakt kunnskap, framstå som identiske. I tillegg kan teknikkene som benyttes i håndverk være utviklet av profesjonene basert på abstrakt kunnskap. En vesensforskjell mellom håndverk og profesjon er kilden til kunnskapen, analysene, refleksjonene, de skjønsmessige bedømmelsene og alternative løsningene som benyttes.

Profesjonene tar ifølge Abbott kontrollen over arbeidsområdet eller yrket gjennom å kontrollere den praksisen som genereres av den abstrakte kunnskapen, ofte den profesjonsfaglige kunnskapen (Abbott, 1988). Som del av praksisforskningsprosjekt «Omfattende tjenester i andres hjem», skriver Oddbjørn Johansen og Odd Morten Mjøen om en studie av yrkesutøvelsen i kapitlet «Profesjonell yrkesutøvelse – styrt av dags- og ukeplaner». Ansatte uttaler i studien at «., men i hverdagen har du ikke sett noe forskjell på hvem som er vernepleier, hjelpepleier eller sykepleier.» (Johansen & Mjøen, 2019, s.163). De to skriver at det gjøres lite bruk av enkeltes ekspertkompetanse, og at det resulterer i en «håndverksversjon» av profesjonens kunnskap hvor praktiske handlinger utføres mens faglige refleksjoner er fraværende. Heller enn å utnytte en slik tverrfaglig kompetanse, legges det vekt på å gjennomføre rutinene og det som er bestemt i tiltaket. De faglige begrunnelsene for rutinene blir ikke klart kommunisert og heller ikke begrunnet ut fra den enkeltes behov (Johansen & Mjøen, 2019, s.164).

Et viktig trekk ved kompetanse er at den øker beredskapen og evnen til kritisk refleksjon og overprøving av våre første umiddelbare slutninger. Ikke for å avvise dem, men for å undersøke nærmere. Dette prinsippet finnes i kontradiksjon og differensialdiagnostikk. Om en person er glovarm, er det nyttig å kjenne til situasjonen før en antar at personen har feber, og før en bestemmer seg for å måle temperaturen. Å vite om vedkommende er sengeliggende eller

nettopp har fullført en triatlon er nødvendig i bedømmingen. Gjennom faglig resonnering over kartlagte bestemte situasjoner vil det situasjonsbestemte tre fram. Faglig skjønn fremstår med dette som en ferdighet, og del av det profesjonelle. Faglig resonnering kan på samme måte som faglighet, verbaliseres, nedtegnes og etterprøves (Ellingsen, 2014). Faglige skjønnsvurderinger i en gitt situasjon, overfor pasient eller bruker, kan skifte radikalt når situasjonen endres. Ofte er det nok med små endringer som kan være krevende å oppdage. De metodene som benyttes for å undersøke avhenger av kravene til nøyaktighet. Generalisten kan nøye seg med visse metoder, mens spesialisten benytter andre og mer nøyaktige metoder og utstyr.

Innen tjenestene til personer med utviklingshemming er miljøterapi et eksempel på abstrakt eller teoretisk kunnskap som gir grunnlag for faglige praksiser, og miljøterapeutisk arbeid utgjør et av hovedområdene i profesjonsstudiet. Det finnes flere retninger innen miljøterapi, dels begrunnet i den historiske utviklingen og dels om de har utspring i atferdsteori eller psykodynamisk teori (Ellingsen, 2020). Felles for disse er at de foregår i og forholder seg til spillet mellom omgivelsene og personen. De emosjonelle reaksjonene og kognitive prosessene som aktiviseres i slike samspill, krever at personen styrkes til å påvirke, dels kontrollere og dels tilpasse seg omgivelser på en positiv og hensiktsmessig måte. Noen opplever vansker med å integrere tanker og følelser med handlingene, og kan oppleve emosjonelt trykk som er krevende å regulere. Særlig om personen er under press, stresset eller har en kognitiv funksjonsnedsettelse. Om vedkommende ikke greier å kontrollere reaksjonen selv (indre regulering), oppstår det i noen situasjoner behov for ytre regulering.

I tjenestene til utviklingshemmede aktualiserer denne type situasjoner behovet for miljøterapeutisk kompetanse. Slik kompetanse strekker seg fra det grunnleggende som holdninger og verdier til det spesifikke i form av kunnskap, ferdigheter og erfaring. Her finner vi observasjon, analyse, faglig skjønnsvurdering, evaluering, justering og avtrapping av til-

tak. Hensikten med den miljøterapeutiske tilnærmingen er ikke å hindre eller fjerne personens emosjonelle uttrykk, men å støtte personen i å finne ut av dem, og måter å regulere og deaktivere det emosjonelle trykket på. Miljøterapeutisk arbeid innebærer at terapeuten er i stand til å stå i situasjoner hvor pasient og bruker behøver støtte til å trygges, og å få anledning til å jobbe med sin egen utvikling og endring. I denne formen for miljøterapeutisk arbeid løses ikke oppgaven alene gjennom ferdige oppskifter og prosedyrer. Dette er arbeid som forutsetter tilgang på abstrakt kunnskap ervervet gjennom profesjonsstudier, og hvor terapeuten stadig gjør bruk av faglig refleksjon, veiledning og supervisjon basert på den konkrete situasjonen.

GJENNOMFØRING OG METODE

Denne artikkelen baseres på en registerdataundersøkelse i regi av Fellesorganisasjonen FO og Nasjonalt kompetansemiljø om utviklingshemming (NAKU). Studien bygger på eksisterende anonymiserte data fra Visma MinGat-timeregistreringssystemet eller Visma økonomisystem, som FO-tillitsvalgte i kommunene/ bydelene har benyttet for å svare på spørsmålene i studien. Forespørselen ble sendt direkte til tillitsvalgte, som dermed fungerte som portvoktere. Bare i noen få unntak har fylkesledere i FO fungert som portvokter og svart på vår undersøkelse.

Formålet med studien

Forskningsspørsmålet er: Hvilken bakgrunn har de som jobber i de kommunale helse- og omsorgstjenestene til personer med utviklingshemming, og hvor store stillingsbrøker jobber de i? For å kunne svare på forskningsspørsmålet, ble følgende informasjon fra kommunenes timeregistreringssystem (Visma MinGat) eller fra kommunenes økonomisystem samlet inn:

1. Hvilke kompetansekrav kreves for stillingen?
 2. Hvilken kompetanse har den ansatte i stillingen?
 3. Hva er stillingskoden til stillingen?
 4. Hva er stillingsprosenten til stillingen?
- Med kompetansekrav menes det (minste)-krav

fra stillingsbeskrivelsen og/eller utlysningsteksten. Med kompetanse menes det høyeste fullførte utdanning pr. 01.09.2018. Med stillingskode menes det stillingskode pr. 01.09.2018, og ikke stillingskoden som står i stillingsbeskrivelsen eller som sto i utlysningsteksten. Med stillingsprosent menes det stillingsprosent pr. 01.09.2018, og ikke stillingsprosenten som står i stillingsbeskrivelsen eller som sto i utlysningsteksten. All informasjon måtte fylles ut for hver stilling som finnes i de utvalgte kommuners tjeneste. I tillegg ble følgende bakgrunnsvariabler for kommunen registrert: kommunenavn/bydel, om kommunen samarbeider med andre kommuner for å yte tjenester til personer med utviklingshemning, og antall årsverk kommunen har for å yte tjenester til personer med utviklingshemning.

METODE

Et representativt utvalg av 210 norske kommuner/bydeler ble trukket tilfeldig fra Statistisk Sentralbyrås (SSB) kommunekatalog (N=454). Spørreskjemaet ble sendt ut elektronisk via NTNUs verktøy SelectSurvey, der til slutt 110 kommuner og 10 bydeler leverte komplette besvarelser (svarprosent 57). Alt i alt representerer disse 120 kommuner/bydeler litt over 8.500 ansatte som gir tjenester til personer med utviklingshemning. Datainnsamlingen har foregått i perioden september 2018 til mars 2019, inklusive pilotprosjekt og purring i to omganger. Etter at datainnsamlingen var avsluttet i mars 2019, gjennomførte vi en frafallsanalyse for å avdekke eventuelle skjevheter i utvalget, som kunne påvirke resultatene. Frafallsanalysen viser at utvalget i studien representerer norske kommuner på en representativ måte, både med hensyn til geografisk fordeling etter SSB sine kriterier og med hensyn til kommunestørrelsen etter den vanlige fordelingen hos SSB.

Etiske vurderinger

Under planlegging av prosjektet vurderte vi om datainnsamlingen blir gjennomført forsvarlig med hensyn til etiske krav ved å veie nytte og risiko mot hverandre. Vi vurderte at personvernet er sikret gjennom

å bare samle inn anonymiserte data via det vi har kalt portvoktere. Utforming av skjemaet er også påvirket av personvernforordningen General Data Protection Regulation (GDPR). I tillegg vurderte vi kriterier hos Norsk senter for forskningsdata (NSD), og vurderte det som ikke relevant for denne kartleggingen, siden vi ikke har samlet inn identifiserbare data. Vi vurderte det slik at kartleggingen heller ikke krever godkjenning fra Regional Etisk Komite (REK) fordi vi ikke har samlet biologisk materiale eller helseopplysninger.

Pilotprosjekt

For å teste spørreskjemaet, gjennomførte vi i september 2018 et pilotprosjekt, der vi spurte 20 norske kommuner om å besvare spørreskjemaet. Svarene inngikk i datasettet og er en del av denne kartleggingen.

Datagrunnlag

Datagrunnlaget i denne kartleggingsstudien er todelt. På den ene siden ble det samlet inn anonymiserte data fra litt over 8.500 ansatte i deltakende kommuner. På den andre siden ble det samlet inn data for 110 kommuner og 10 bydeler, som etterpå ble komplettert med bakgrunnsdata fra SSB, som kommunestørrelse, fylke og landsdel.

Analyse

Vi har tatt utgangspunkt i vårt forskningsspørsmål, og gjennomført en deskriptiv studie. Det ble gjennomført en bivariat analyse til å beskrive fordelingen av ulike variabler, for eksempel utbredelsen av deltid etter utdanningsnivå, uten å identifisere årsaker. Resultatene fra studien danner utgangspunkt for drøfting. All datafangst i denne studien ble gjennomført med hjelp av Excel og alle analyser ble utført i SPSS.

Vurdering av validitet og reliabilitet i undersøkelsen

Siden kartleggingen skjedde med hjelp av registerdata fra kommunens egne fagsystemer, anses relia-

biliteten i datamaterialet som meget god. Åpenbare feilkilder som misforståelser om innhold i spørsmålene, feilregistrering eller skrivefeil er nærmest eliminert med valgt fremgangsmåte; data fra kommunens registre ble overført som filer i Excel. Studiens innholdsvaliditet anses som meget høy, siden valgte variabler i studien svarer på vårt forskningsspørsmål. Samlet sett mener vi derfor at man kan trekke gyldige slutninger og generaliseringer basert på formålet med kartleggingsstudien.

RESULTATER

Resultatene viser at ansatte med fagbrev er den største gruppen og utgjør 38,6 prosent av alle ansatte. Deretter kommer ansatte uten godkjent utdanning, som utgjør 33,2 prosent av alle ansatte. Ansatte med utdanning fra universitets- og høyskole, herunder profesjonsstudiene, utgjør den minste gruppen med en andel på 28,2 prosent.

For ansatte med fagbrev, viser kartleggingen at 51,9 prosent har fagbrev som helsefagarbeider. Til sammenlikning hadde 21,6 prosent fagbrev i omsorgsarbeid. Vi ser videre at 10,6 prosent går i andre helsefagstillinger eller andre stillinger på fagarbeidernivå, og en gruppe på 6,2 prosent går i stillinger som miljøterapeut med fagbrev. Videre viser

studien at 4,0 prosent er ansatte med utdanninger på universitets- og høyskolenivå som går i fagarbeiderstillinger, trolig fordi det ikke er ledige stillinger tilsvarende deres utdanningsnivå. Dette er oftest ansatte som jobber i større byer eller bydeler. Det er også en andel på 5,2 prosent der det ikke er oppgitt stillingskode.

For ansatte med universitets- og høyskoleutdanning viser studien følgende fordeling basert på oppgitte stillingskoder: (Se tabell 1)

Blant dem som har universitets- og høyskoleutdanning finner vi at kategorien (stillingskoden) «Miljøterapeut med 3-årig universitets- og høyskoleutdanning» er den største innen denne hovedkategorien, og utgjør 38,8 prosent. En rekke profesjonsutdanninger kvalifiserer for denne stillingskategorien og vi finner også noen få vernepleiere her. Kategorien «Ansatte med vernepleierutdanning» er nest størst med 38,1 prosent, og utgjør totalt 912 vernepleiere i studien. Det tilsvarer 10,7 prosent av alle ansatte. Om vi regner med vernepleierne fra kategorien «miljøterapeut» ligger den totale andelen fortsatt under 11 prosent. Kategori «underkvalifisert» refererer til stillinger med krav om utdanning på U/H-nivå der den ansatte ikke oppfyller utdanningskravet.

Vi har også sett på hvilke stillingsstørrelser ansat-

**Tabell 1:
Fordeling av ansatte i forhold til type U/H-utdanning (n = 2.394)**

Miljøterapeut m/3-årig U/H-utdanning	38,8 %
Vernepleier	38,1 %
Sykepleier	7,1 %
Enhetsleder/Avdelingsleder	3,5 %
Ernæringsfysiolog	1,8 %
Tverrfaglig spesialutdanning/Mastergrad	1,7 %
Sosionom	1,5 %
Underkvalifisert	2,0 %
Uoppgitt kode	5,6 %
SUM	100,0 %

Tabell 2: Gjennomsnittlig stillingsprosent fordelt etter utdanningsnivå (n = 8.175)	
Utdanningsnivå	Gjennomsnittlig stillingsprosent
Stillinger u/krav til utdanning	41,6 %
Stillinger m/krav til fagbrev	63,7 %
Stillinger m/krav til U/H-utdanning	82,1 %

te går i. Tabell 2 gir oversikt over gjennomsnittlig stillingsstørrelse etter utdanningsnivå:

Tabellen viser at gjennomsnittlig stillingsstørrelse øker med utdanningsnivået - jo høyere utdanning, desto større stillingsandel. Denne sammenhengen er signifikant ($p=0,05$). Gjennomsnittlig stillingsprosent for alle ansatte uavhengig av utdanningsnivå er 63,2 prosent.

SSB benytter inndelingen kort deltid, lang deltid og heltid. I tabellen under er ansatte fordelt basert på disse tre kategoriene og ut fra utdanningsnivå. Det gir følgende fordeling: (Se tabell 3)

Kategorien *ufaglært* er ansatte uten formell godkjent utdanning for tjenestene. Kort deltid er fra 1 til 19 timer per uke, lang deltid er fra 20 til 36 timer per uke, mens heltid er fra 37 til 40 timer per uke. Normal arbeidstid er 37,5 timer per uke, og avkortet i enkelte turnuser. Dette er ikke justert for i tabell 3.

Vi finner at det er en signifikant sammenheng mellom utdanningsnivå og arbeidstid/ stillingsstørrelse - jo høyere utdanning, desto større stillingsprosent

($p=0,05$). Vi finner at 69 prosent av alle ansatte går i deltidsstillinger. Tabellen viser videre at 61,8 prosent av ansatte uten godkjent utdanning går i kort deltid. Av disse (61,8 prosent) jobbet 66 prosent mindre enn ti timer pr. Uke. De utgjør 13,5 prosent av alle ansatte i studien. Vi har kalt dette for «særlig kort deltid». Stillingsstørrelser mindre enn ti prosent er utelatt fra kartleggingen. Andelen ansatte i særlig kort deltid, og særlig ansette uten formell utdanning må derfor regnes enda større enn våre tall tilsier.

Ser en på vernepleiere, finner vi at 66,0 prosent jobber heltid, 25,4 prosent jobber lang deltid, og 8,6 prosent jobber kort deltid.

I vår studie finnes det tre kommuner som deltar i prosjektet «Heltidskommune», som er drevet av KS siden 2013. Basert på tallene fra vår undersøkelse finner vi at 31 prosent av alle ansatte i helse- og omsorgstjenestene til personer med utviklingshemming i disse tre kommunene, jobber heltid. Nær 70 prosent jobber fortsatt en eller annen form for deltid.

Tabell 3: Arbeidstid etter utdanningsnivå (n = 8.142)				
Utdanningsnivå	Registrert arbeidstid (inndeling etter SSB-standard)			
	Kort deltid	Lang deltid	Heltid	SUM
Ufaglærte	61,8 %	28,3 %	9,9 %	100,0 %
Fagarbeidere	24,8 %	47,4 %	27,8 %	100,0 %
U/H-utdannet	14,4 %	26,3 %	59,3 %	100,0 %

DISKUSJON

Studien viser at andelen ansatte med vernepleierutdanning som arbeider i de hjemmebaserte tjenestene til utviklingshemmede er svært lav, og nær uendret fra 1973 og fram til 2019. I 2018 er kun 10,7 prosent av de ansatte i de kommunale helse- og omsorgstjenestene vernepleiere. Situasjonen er kritisk når en ser dette ut fra FOs mål om en andel på 70 prosent ansatte med bachelorutdanning, i lys av den generelle utviklingen i samfunnet og av sosialpolitiske mål for disse tjenestene. I utredningen «Fremtidens Kompetansebehov I – kunnskapsgrunnlaget» framkommer det at det også i framtiden vil være mangel på vernepleiere (NOU 2018:2).

Vi tar for gitt at helsepersonell er autoriserte og har medisinsk utdanning, og vi forventer å møte spesialister innen sine fag når vi har behov for slike tjenester. Flere offentlige utredninger og tilsynsrapporter slår fast at det altfor ofte skjer feil på grunn av mangel på kvalifisert personell (Helsetilsynet, 2017). Lovbestemmelser i helse- og omsorgstjenesteloven (2011, §3-2) gir pålegg om at kommunene skal ha ansatte med bestemte profesjoner. Også for de oppgavene som kan løses av ansatte med kompetanse på yrkesfagnivå er det økende krav om sertifisering gjennom forskrifter og standarder blant annet fra leverandører og nasjonale bransjestandarder, som ansatte må ha dokumentert kunnskap om. Dette gjelder i mindre grad innen yrkesfag innen helse- og omsorgsfagene. I noen tilfeller ser en snarere at de gis dispensasjon for å utføre oppgaver som krever profesjonsutdanning for å gjøre. Utdeling av medikamenter er et slikt eksempel.

Johansen og Mjøen (2019) oppsummerte intervjuene med ansatte i tjenestene til personer med utviklingshemming slik at ansatte i liten grad gjør bruk av sin profesjonskunnskap, at de i liten grad driver faglig refleksjon, og at de mer driver etter en håndverksversjon med vekt på rutiner og er styrt av dags- og ukeplaner. Ansatte uttaler at «i hverdagen ser en ikke forskjell på hvem som er vernepleier, hjelpepleier eller sykepleier» (Johansen & Mjøen, 2019, s.163). Abbott (1988) hevder, som nevnt tidligere, at skil-

let mellom håndverk, her representert med hjelpepleie, og profesjon, her representert med vernepleie og sykepleie, ikke i første omgang handler om hvordan det utføres, men hva det er avledet av. Håndverket avledes av teknikker, mens profesjonelt arbeid avledes av abstrakt kunnskap. Arbeidet kan utføres på tilsynelatende like måter, og se likt ut og er derfor ikke en tilstrekkelig dokumentasjon av at ansatte ikke gjør bruk av profesjonskunnskapen sin. Kommunale tjenester til personer med utviklingshemming skjer i stor grad hjemme hos den enkelte, ofte med kun en ansatt til stede. En stor del av den faglige refleksjonen foregår i det stille. Det skjer ved at den ansatte gjør sine observasjoner og reflekterer alene «i situasjonen». Den andre måten er at de tar med seg sine observasjoner ut av den konkrete situasjonen for refleksjoner «over situasjonen» alene eller sammen kolleger (Schön, 2001). Det siste kan skje gjennom planlagt veiledning, behandlingsmøter og liknende. Dette kan skje gjennom å avholde fagmøter hvor faglig refleksjon settes på agendaen. Tid for faglig møtevirksomhet er begrenset, og ansatte i mindre stillinger ofte unntatt fra å delta. I denne type situasjoner vil krav om faglig forsvarlighet forutsette enten at situasjonene er forutsigbare, oversiktlige og faglig sett enkle, alternativt at ansatte har høy profesjonskunnskap og kan foreta faglige skjønnsvurderinger med valg av riktig prosedyrer og praksis. Rutiner og regler for gjennomføring av arbeidsoppgaver innen kommunale helse- og omsorgstjenester er ikke uvanlig, og er i noen grad konkretisering av de tjenestene personen har vedtak om. Både ansatte og brukere har behov for å planlegge dagen for å ha oversikt og forutsigbarhet over hva som skal skje. Rutiner ivaretar også til en viss grad at tjenestene utføres i henhold til det enkeltvedtaket om tjenester som er fattet. Det andre er at slike planer også styrer ansatte, og at det ikke er helt opp til enkeltansatte å planlegge dagen sammen med bruker. Planer og rutiner kan noen ganger oppleves for styrende, og i seg selv skape vansker. Å vite når en skal avvike fra planen og rutinen, og i hvilken grad rutine skal følges, ligger innenfor det faglige skjønnet og er

bestemt av hvilken frihetsgrad skjønnet har (Ellingsen, 2014). Å drive fram godt faglig arbeid med forskningsmessig belegg for effekt innen sentrale mål, stiller tydelige krav om struktur og faglighet (Bigby & Beadel-Brown, 2016).

Uttalelsen til Johansen og Mjøen (2018) om at en ikke ser forskjell på vernepleiere, hjelpepleiere og sykepleiere er uttrykk for i hvilken grad en finner hierarkiske strukturer med klart atskilte eller spesialiserte oppgaver for ulike yrkesgrupper. Normalt vil en finne at de kommunale hjemmetjenestene deles mellom hjemmehjelp og hjemmesykepleie. Det gir et klarere skille mellom hjelpepleiere og sykepleiere og ikke minst hvilke oppgaver som utføres av hvilken av de to tjenestene, noe en ikke finner på tilsvarende måte i tjenestene til personer med utviklingshemming. Uttalelsen kan slik sett også forstås som uttrykk for den særlige måten disse tjenestene er organisert på. Tjenesten er ofte organisert «en til en» med liten avgrensning av hvilke oppgaver en kan bli nødt til å løse, noe som gjør at en må spørre om tjenestene er faglig forsvarlige hvis ansatte ikke har yrkesfaglig eller profesjonsfaglig utdanning. Når kun 10 prosent av de ansatte har profesjonsbakgrunn som vernepleier, mangler en ofte den kompetansen som kan gjøre faglige refleksjoner og skjønnsvurderinger. Snur vi litt på det hele kan vi spørre: «Hva hadde forskerne (Johansen & Mjøen 2018) forventet at ansatte ville svare?» At vernepleierne i hovedsak utfører profesjonsfaglige og spesialiserte oppgaver? Den historiske bakgrunnen for vernepleierprofesjonen som legger vekt på hverdagsmestring, aktivitet og deltakelse, hjemmebaserte tjenester i en åpen kommunal omsorg og internasjonal forskning om aktiv støtte, peker i liten grad mot en slik arbeidsdeling.

I rapporten «Det gjelder livet» konkluderer Helseilsynet (2017) med at det er alvorlig svikt i tjenestetilbudet hos 45 av 57 utvalgte kommuner. Manglene er mange, alt fra dårlig styring, høyt risikonivå og dårlig oppdaterte ansatte med liten informasjon om brukere de bistår, og om hvordan arbeidet skal utføres. Helseilsynet beskriver mangel på grunnleggende

kunnskap om utviklingshemming og om målrettet miljøarbeid, utilstrekkelig opplæring i enkeltbrukeres funksjonsnivå, diagnoser, utfordringer og behov, og eksempler på at mange ansatte ikke kan føre journal (Helseilsynet 2017). Helseilsynet avdekket også at avviksmeldinger ikke nødvendigvis utløser tiltak for å korrigere praksis og forbedre rutiner. Dette bildet er urovekkende når vi sammenholder det med den kunnskapen vi har om hva som må til for å skape gode miljø og godt grunnlag for livskvalitet. Selv om en kan tenke seg at ansatte uten formell utdanning kan utføre praktiske oppgaver, følge innarbeidede rutiner og fastlagte gjøremål, oppstår det situasjoner som krever profesjonskunnskap slik at pågående praksis endres i samsvar med situasjonen. De aller fleste situasjonene dreier seg om «en-til-en» forhold, hvor den ansatte ikke har andre å rådføre seg med. Studien vi har gjennomført viser at 33,2 prosent av alle ansatte i kommunale helse- og omsorgstjenester til personer med utviklingshemming ikke har noen form for helse- og sosialfaglig utdanning. Dette er nesten identisk med tall fra SSB som i 2010 var 34,3 prosent og i 2017 var 31,4 prosent (SSB, 2018). I tillegg viser studien at ansatte uten helse- og sosialfaglig utdanning i stor grad jobber i mindre stillinger. Når avvik oppstår i disse tjenestene, er det et organisatorisk og ledelsesmessig problem som kommunene har ansvaret for. I et intervju med VG uttalte Helseilsynets direktør basert på Tilsynsrapporten fra 2017, at situasjonen «ikke kunne vært verre» (Mikkelsen, 2019).

Ansettelse og utarbeidelse av arbeidsplaner hører hjemme under organisering, og arbeidsgiver har virkemidler for å styre dette. I meldingen «Likestilling kommer ikke av seg selv» (Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet, 2013) har man sett på bruken av deltid og peker på at omfattende bruk av deltid har negative konsekvenser både for arbeidstaker, arbeidsgiver og ikke minst for brukerne. Meldingen peker videre på vansker med rekruttering, kvalifisering, likestilling og sykefravær som følge av utbredt bruk av deltid. Resultatene våre viser at 69 prosent av alle i disse tjenestene arbeider del-

tid, og det er høyere enn tallene for hele pleie- og omsorgssektoren, som er 66,4 prosent (KS, 2018). I rapporten «En ny vei mot heltidskultur» finner en at i arbeidsmiljø med større andel av heltidsansatte er det bedre fordeling av arbeidsoppgaver, lettere rekruttering av kompetent arbeidskraft, sterkere fagmiljø og kvalitetsgevinst for brukerne (Moland & Bråthen, 2019; Moland, 2015; Moland & Bråthen, 2012). I vår studie finnes det som nevnt tre kommuner som deltar i prosjektet «Heltidskommune», som er drevet av KS siden 2013. Basert på tallene fra vår undersøkelse finner vi at 31 prosent av alle ansatte i helse- og omsorgstjenestene til personer med utviklingshemming i disse tre kommunene, jobber heltid, det vil si at nær 70 prosent fortsatt jobber deltid. Det er nær identisk med tallene fra 2013 (Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet, 2013, s.59). Organisering, bemanning og ledelse har stor betydning for hvordan tjenestene oppleves av bruker, og det har betydning for effektivitet og utnyttelse av ansattes kompetanse. De avvikene som avdekkes av Helsetilsynet (2017) har sammenheng med organisering og ledelse av virksomheten. I dette inngår ansvaret for den omfattende bruken av ansatte i kategorien «uten godkjent utdanning innen helse og sosial» (33,2 prosent) og bruken av deltid hvor 60 prosent av ansatte uten utdanning jobber kort deltid. Over halvparten av disse jobber mindre enn ti timer i uka. Totalt utgjør de 13 prosent av hele arbeidsstyrken. Så lenge dette fortsetter er det stor sannsynlighet for at situasjonen forblir slik beskrevet av Helsetilsynet med fremtidige avvik.

KONKLUSJON

I 2013 ratifiserte Norge som nevnt FN-konvensjonen om rettigheter til personer med nedsatt funksjonsevne. En rekke lover, blant annet Helse- og omsorgstjenesteloven (2011) som regulerer store deler av de tjenestene som er undersøkt i denne studien, bygger opp under de samme rettighetene. Mål om inkludering, deltakelse, demokrati og livskvalitet er blant de rettsgodene som lovene sikter mot. Personer med utviklingshemming har de samme rettigheter som

alle andre, og har i mange sammenhenger også flere rettigheter. Likevel kommer det stadig nye meldinger om brudd på lover, regler og enstemmige vedtak fra Stortinget. Vi ser dette gjennom utredninger og meldinger slik tidligere vist, blant annet ved at Helsetilsynet og mediene ved flere tilfeller har fungert som «kikkhull» inn i lukkede eller vanskelig tilgjengelige «rom». I 2018 og 2019 har det vært presseoppslag som svekker tilliten til kommunenes innsats for å sikre utviklingshemmedes rettigheter. Forholdene er av en slik karakter at både kommunale og statlige myndigheter må ta ansvar, og iverksette tiltak.

Basert på vår undersøkelse er det to forhold som peker seg ut. Det ene gjelder den lave andelen av ansatte med profesjonskompetanse, særlig den lave andelen vernepleiere. Det andre gjelder den utstrakte bruken av deltid, ikke minst det vi har omtalt som særlig kort deltid som representerer en særlig utfordring for kravet til faglig forsvarlige tjenester. Mangelen på kompetanse i tjenestene løses gjennom et styrket rekrutteringsarbeid fra kommunene og økt utdanningskapasitet fra statlig hold. Bruken av deltid er arbeidsgivers ansvar, altså kommunene.

Måten tjenestene organiseres og ledes på, har stor betydning. Fra internasjonal forskning finnes dokumentasjon på at prinsippet om aktiv støtte og «nærledelse» er avgjørende. Helsetilsynets rapportering av sviktende oppfølging av avviksmeldinger tilsier at slike meldinger må følges opp både der tjenesten foregår og sentralt i organisasjonen. Ved hvert sjekkpunkt, enten det dreier seg om nye utredninger eller nasjonale tilsyn, avdekkes alvorlige forhold som ikke synes å bli gjort noe med.

Alle bruddene på CRPD i tjenestene til personer med utviklingshemming (NOU 2016:17) og de alvorlige avvikene som Helsetilsynet (2017) har rapportert, berører kravet om faglig forsvarlighet i tjenestene. Krav om faglig forsvarlighet tilsier en kraftig øking av vernepleiere og at bruken av personell uten helse- og sosialfaglig utdanning i kort deltid opphører.

SUMMARY

Low or none formal competence and extended use of part time threatens the professional standards of services to persons with intellectual and developmental disabilities.

The presence of highly competent professionals is an expectation in the health and social sector and follows the general development of formalized competence in the society. The labor organization Fellesorganisasjonen (FO) has set this expectation at 70 percent as the lower limit of persons with a bachelor degree from relevant health or social professional educations in services for persons with intellectual and developmental disabilities (IDD). Our study shows that only 10,7 percent are social educators, and that 33,2 percent have no formal health or social education training. A high degree of part time workers is widespread and a problem in health and social services, and an extra burden for persons with IDD. Our study shows a general high use of part time staff. It is especially critical that our findings show that among employees with no formal health or social education, more than 50 percent work less than ten hours a week. To meet demands of professional standards, the amount of social educators must increase, and use of short part time must be reduced.

Key words: Professional competence, part time staff, professional standards, public sector, intellectual and developmental disabilities, social educator

REFERANSER

Abbott, Andrew (1988). *The system of Professions*. Chicago: University of Chicago Press.

Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet (2013). *Likestilling kommer ikke av seg selv*. (Meld. St. 44 (2012-2013)). Oslo: Departementet.

Bigby, Christine & Beadel-Brown, Julie (2016). Improving Quality of Life Outcomes in Supported Accommodation for People with Intellectual Disability: What Makes a Difference? *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 31(2), 182-200.

Department of Health (2001). *Valuing People: A New Strategy for Learning Disability for the 21st Century* (Cm 5086). London: The Stationery Office.

Fellesorganisasjonen (FO) (2018). *FOs helhetlige opptrappingsplan for kvaliteten i tjenestene til personer*

med utviklingshemming. FO.no. Hentet fra https://www.fo.no/getfile.php/1311512-1548934686/Dokumenter/FO%20mener/Politikk/Innspill%20til%20regjering%20og%20partier/2018/Opptrappingsplan%202018_interaktiv%284%29.pdf

Friis, Svein (1986). Characteristics of a good ward atmosphere. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 74(5), 469-473.

Ellingsen, Karl Elling (2014). Vernepleierfaglig kompetanse og faglig skjønn. I Karl Elling Ellingsen (Red.) *Vernepleierfaglig kompetanse og faglig skjønn* (s. 23-46). Oslo: Universitetsforlaget.

Ellingsen, Karl Elling (2020). Det historiske, ideologiske og verdimeslige grunnlaget for miljøterapi. I Trine Lise Bakken (Red.) *Håndbok i miljøterapi. Til barn og voksne med kognitiv funksjonshemming* (s.17-

26). Bergen: Fagbokforlaget.

Forskrift om nasjonal retningslinje for vernepleierutdanning (2019). Forskrift om nasjonal retningslinje for vernepleierutdanning (FOR-2019-03-15-411). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2019-03-15-411?q=retningslinje%2overnepleier>

Helse- og omsorgstjenesteloven (2011). Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (LOV-2011-06-24-30). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>

Helse- og omsorgsdepartementet (2015). *Fremtidens primærhelsetjeneste* (Meld. St. 26 (2014-15)). Oslo: Departementet

Helsetilsynet (2017). *Det gjelder livet*. Rapport 4/2017. Oslo: Helsetilsynet.

Horndalen, Bjørn (2001). *Ideologi, fag og virkelighet. Vernepleierutdanningen gjennom 50 år*. Oslo: Universitetsforlaget.

- Jensen, Karen** (1992). Hjemlig omsorg i offentlig regi: En studie av kunnskapsutvikling i omsorgsarbeidet. Oslo: Universitetsforlaget.
- Johansen, Oddbjørn og Mjøen, Odd Morten** (2019). Profesjonell yrkesutøvelse – styrt av dags- og ukeplaner? I Jan Tøssebro (Red.), *Hverdag i velferdsstatens bofellesskap* (s.158-178). Oslo: Universitetsforlaget.
- Jones, Maxwell** (1953). *The Therapeutic Community*. New York: Basic Books.
- KS** (2018). KS' PAI-register. <https://www.ks.no/contentassets/2186963/dfdba48fbagae2763a04bef3b/heltid-og-stillingsstorrelser-i-hpo.html>
- Kunnskapsdepartementet** (2012). *Utdanning for velferd*. (Meld.St.13 (2011-2012)). Oslo: Departementet
- Larsen, Erik** (2018). *Miljøterapi med barn og unge. Institusjonen som terapeut*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Mansell, Jim & Beadel-Brown, Julie** (2012). *Active Support: Enabling and Empowering People with Intellectual Disabilities*. Philadelphia, Jessica Kingsly Publisher.
- Mansell, Jim, Felce, David, de Kock, Ursula and Jenkins, Judith** (1982). Increasing purposeful activity of severely and profoundly mentally-handicapped adults. *Behaviour Research and Therapy*, 20, 593–604.
- Mikkelsen, Maria** (2019, 27. januar). *Helsetilsynet refser tilbudet til utviklingshemmede: - Det kunne ikke vært verre*. VG. Hentet fra: <https://www.vg.no/nyheter/innenriks/i/6nae9Q/helsetilsynet-refser-tilbud-til-utviklingshemmede-det-kunne-ikke-vaert-verre>
- Moland, Leif E.** (2015). *Større stillinger og bedre drift. Evaluering av programmet Ufrivillig deltid*. Fafo-rapport 2015:25.
- Moland, Leif E. & Bråthen, Ketil** (2012). *Hvordan kan kommunene tilby flere heltidsstillinger?* Fafo- rapport 2012:14.
- Moland, Leif E. og Bråthen, Ketil** (2019). *En ny vei mot heltidskultur*. Fafo-rapport 2019:15
- NOU 1973:25** (1973). *Omsorg for psykisk utviklingshemmede*. Oslo: Sosialdepartementet.
- NOU 1985:34** (1985). *Levekår for psykisk utviklingshemmede*. Oslo: Sosialdepartementet.
- NOU 1994:8** (1994). *Kompetanseutvikling i arbeid med psykisk utviklingshemmede*. Oslo: Sosial- og helsedepartementet.
- NOU 2016:17** (2016). *På lik linje*. Oslo: Barne- og likestillingsdepartementet.
- NOU 2018:2** (2018). *Fremtidens kompetansebehov I – Kunnskapsgrunnlaget*. Oslo: Kunnskapsdepartementet.
- Schalock, Robert L, Brown, Ivan, Brown, Roy, Cummins, Robert A., Felce, David, Matikka, Leena, Keith, Kenneth D. & Parmenter, Trevor** (2002). Conceptualization, measurement, and application of quality of life for persons with intellectual disabilities: Report of an international panel of experts. *Mental Retardation* 40(6), 457–471.
- Schön, Donald Alan** (2001). *Den reflekterende praktiker. Hvordan profesjonelle tenker, når de arbejder*. Århus: Forlag Klim.
- SSB** (2018). Offentlig innsamlet informasjon via SSB på oppdrag fra Helse- og Sosialdepartementet, upublisert.
- Sosialdepartementet** (2003) *Nedbygging av funksjonshemmende barrierer. Strategier, mål og tiltak i politikken for personer med nedsatt funksjonsevne*. (St.meld. nr. 40 (2002–2003)). Sosialdepartementet.
- Sullivan, Harry Stack** (1931). Socio-psychiatric Research: Its implications for the Schizophrenia Problem and for the Mental Hygiene. *The American Journal of Psychiatry*, 10, 977-991
- United Nations** (2006). *Convention on the Rights of Persons with Disabilities*. New York, NY: United Nations.