

# For lite undervisning om vold mot barn

Vold mot barn bør være et obligatorisk emne i alle profesjonsutdanninger, der studentene senere vil komme i kontakt med barn og ungdom gjennom sin yrkesutøvelse.



Av May Bente Hagen, psykiatrisk sykepleier Drammen

**H**ensikten med denne artikkelen er å presentere en kort versjon av min masteroppgave, med tittel: Vold i nære relasjoner i lys av barnets rettigheter og statens ansvarsforpliktelser – en etisk analyse av den Norske statens oppfyllelse av sine forpliktelser i forhold til artikkel 19 i Barnekonvensjonen.

En undersøkelse gjort av Nasjonalt kunnskapssenter mot vold og traumatisk stress viser at lærere, førskolelærere, barnevernspedagoger og andre relevante profesjonsutdanninger får for lite eller ingen undervisning om vold mot barn (1). På bakgrunn av blant annet denne undersøkelsen, laget regjeringen Handlingsplanen «Vendepunkt» (2) inneholdende 50 tiltak for å bekjempe vold i nære relasjoner.

Med utgangspunkt i det ovenstående formulerte jeg problemstillingen:

Oppfyller den den Norske stat sin menneskerettslige ansvarsforpliktelse gitt i artikkel 19 i Barnekonvensjonen når det ikke er obligatorisk undervisning om vold mot barn i profesjonsutdanninger der den profesjonelle yrkesutøver etter endt utdanning skal arbeide med barn og ungdom?

For å løse problemstillingen var det relevant å finne svar på følgende spørsmål:

1. Hvorfor er det viktig å fange opp barn utsatt for vold tidlig?
2. Hvilken nødvendig kompetanse bør statens forvaltere ha for å fange opp barn som er utsatt for vold?
3. Har statens forvaltere tilegnet seg nødvendig kunnskap som en nødvendig betingelse for å

iverksette tiltak som gjør det mulig å fange opp barn utsatt for vold i nære relasjoner?

## Tidligere forskning

Det foreligger etter hvert mange forskningsrapporter som viser sammenhengen mellom hva pasienter strever med av psykiske problemer, gjerne kalt seinskader, og overgrep de ble utsatt for som barn og ungdom (3). Klinisk erfaring viser at symptomer på seinskader – posttraumatiske og dissosiative reaksjoner – ofte ikke manifesterer seg før i voksen alder. Pasienten kommer ofte ikke i kontakt med hjelpeapparatet på grunn av ovennevnte reaksjoner i seg selv, men på grunn av tilleggspromatikk som for eksempel rus, spiseforstyrrelser, selvska- ding og suicidalitet (4). Dette kan forstås som mestringsstrategier for å dempe lidelsen pasienten strever med som følge av vold i nære relasjoner i oppveksten.

## Tilknytningsteorier om barnets utvikling

Psykologen Bowlby anså tilknytning som en medfødt biologisk motivasjonsevne som fremmer emosjonelle bånd til mennesker barnet søker nærhet til, og som på et primært evolusjonsmessig nivå øker sannsynligheten for overlevelse (5).

Når barn blir utsatt for omsorgssvikt, fysisk, psykisk og eller seksuell vold fra sine nære omsorgspersoner, er det fare for at tilknytningen til omsorgspersonen blir skadelidende (6). Forskning viser at dette er alvorligst i barnets første leveår. Dette kan få konsekvenser for nervesystemets modning, og barnets sosiale, emosjonelle og kognitive

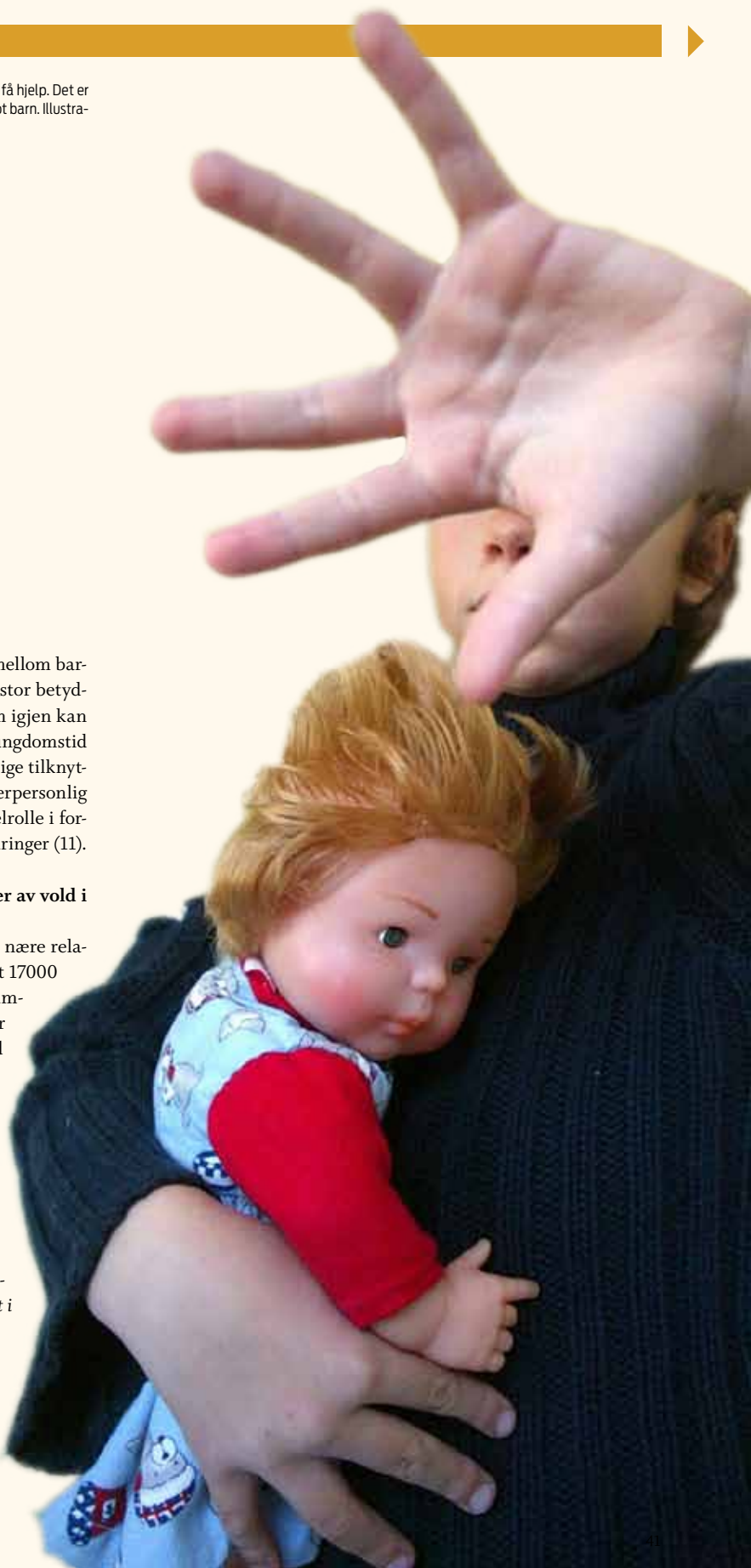
**FORSVARSLØS:** Barn som blir utsatt for vold må få hjelp. Det er viktig at helsepersonell har nok kunnskap om vold mot barn. Illustrasjonsfoto: Colourbox

utvikling (7, 8, 9, 10). Tilknytningen mellom barnet og nære omsorgsgivere er altså av stor betydning gjennom de første leveårene, som igjen kan få betydning for livet videre gjennom ungdomstid og i voksen alder. Kvaliteten på den tidlige tilknytningen har også stor betydning for interpersonlig fortolkningsevne som spiller en nøkkelrolle i fortolkningen og forståelsen av sosiale erfaringer (11).

#### **Tidligere forskning om konsekvenser av vold i nære relasjoner:**

Når det gjelder konsekvenser av vold i nære relasjoner er det gjort en undersøkelse blant 17000 voksne (ACE – studien) som viser sammenheng mellom vold i nære relasjoner i barndommen og risiko for tidlig død som følge av sykdommer som er vanlige i voksenmedisinen, blant andre hjerte- og karsykdom, kreft, slag og diabetes (12). Professor i samfunnsmedisin, Anna Luise Kirkengen, som selv har skrevet en rekke artikler og bøker om emnet, viser også til studien og uthever i sin oversettelse av studieresultatene: «*det som anses som vanlig i voksenmedisinen, er et resultat av hva som ikke ble sett i barndommen*». (13).

Studier viser også endret nevrologisk utvikling hos voksne, og endringer i genuttrykket hos voksne (14, 15). Videre viser studier til utvikling av PTSD, dissosiative lidelser og andre alvorlige psykiske lidelser (16).



Diagnoser i henhold til ICD-10	Forekomst fysiske overgrep %		Forekomst seksuelt overgrep %	
	Kvinner	Menn	Kvinner	Menn
	Fra – til	Fra – til	Fra – til	Fra – til
PTSD (F43.1)	30–40	30–40	20–50	20–50
Dissosiative lidelser (F44)	60–80	60–80	60–100	60–100
Schizofreni (F20-F29)	40–50	50–60	40–50	20–30
Bipolar lidelse (F31)	30–40	20–40	40–50	20–30
Nevrotiske lidelser (F40-F42)	30–40	10–60	40–60	0–10
Depresjon (F32, F33)	30–40	30–40	20–40	20–30
Emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse (F60.3)	40–80	60–70	50–70	40–50
Andre personlighetsforst. (F60-F62)	50–60	40–50	40–50	20–30
Spiseforstyrrelser (F50)	20–60		30–50	
Ruslidelser (F10-F19)	30–40	20–30	60–80	10–20

Tabell nr. 1 Forekomst av seksuelle og fysiske overgrep i ulike diagnosegrupper.

**Tidligere forskning relatert til seksuelle og fysiske overgrep i ulike diagnosegrupper:**

Jeg vil her presentere en undersøkelse som viser at pasienter som har ulike og til dels alvorlige diagnoser har opplevd vold i oppveksten. Undersøkelsen er viktig fordi flere av diagnosene ikke utelukker genetisk årsak, men ofte blir forstått og begrunnet ut ifra en biomedisinsk sykdomsmodell, og kan slik tilsløre en vurdering hos hjelpeapparatet om vold kan ha medvirket til utvikling av lidelsen.

Undersøkelsen jeg viser til her er gjort av Fosse og Dersyd (17), og bygger på en gjennomgang av 250 studier. Den viser følgende forekomst av seksuelle og fysiske overgrep i oppveksten i ulike diagnosegrupper. Se tabell 1.

Diagnosene PTSD og dissosiative lidelser er de eneste diagnosene hvor traumat/traumene anses å være årsak til lidelsen, mens andre diagnoser ikke utelukker genetisk årsak. Likevel viser en del av diagnosegruppene i studien å ha til felles høy forekomst av fysiske og eller seksuelle overgrep, noe som indikerer at vold kan være én årsak til utvikling av ulike alvorlige psykiske lidelser.

**Tidligere forskning om undervisning om vold i nære relasjoner:**

Av tidligere forskning om undervisning om vold i nære relasjoner vil jeg her kort nevne det jeg fant mest sentralt for min analyse og drøfting:

- Nasjonalt kompetansesenter for vold og traumatisk stress gjennomførte i 2007 en kartleggingsundersøkelse ved relevante profesjonsutdanninger ved alle landets universiteter og høyskoler, i alt 353 institusjoner. Kun 23 respondenter oppga at emnet vold inngikk i den obligatoriske undervisningen (18).
- Kompetansesenter for voldsofferarbeid har allerede i 2003 påpekt særlig tre kunnskapsområder som må inkluderes i et undervisningsopplegg om vold i nære relasjoner, som: identifiseringskompetanse, behandlingskompetanse og nettverkskompetanse (19).

**Metodologi og teoretisk forankring**

Metodene som er brukt i studien er litteraturstudie, teksttolkning, hermeneutikk, og etisk analyse hvor jeg argumenterer normativt, samt bruk av relevante teorier om vold og barnets moralske utvikling. Jeg diskuterer også i studien hvilke konsekvenser pasienter utsatt for vold i nære relasjoner i oppveksten strever med, og hvordan de blir møtt når de tar kontakt med hjelpeapparatet for sine plager. Jeg har anvendt teorier

om menneskesyn, spesielt menneskesynet som ligger til grunn for den biomedisinske sykdomsmodellen i motsetning til et humanistisk og helhetlig syn på pasient og sykdom, teori om konsekvenser av vold for hjernens utvikling, konsekvenser for barnets tilknytning til omsorgspersoner, samt teori om barnets moralske utvikling, i analysen.

### Etiske grunnbegrep

Av etiske grunnbegrep har jeg i masteroppgaven tatt utgangspunkt i begrepene *verdighet*, *integritet* og *autonomi*, der verdighet, ifølge Kant ses som en reinhet, eller hellighet i det menneskelige liv, som er lik for alle mennesker, og som er fundamental for etikk, lov og menneskerettigheter i dag (20).

Integritet betyr «helhet» eller «uskadethet», der den personlige integritet kan betraktes som en fysisk og mental urørlighetssone som i utgangspunktet skal respekteres av andre (21), og relatert til de grunnleggende menneskerettigheter, omfatter integritetsbegrepet blant annet retten til liv, privatliv, og retten til ikke å bli utsatt for tortur og umenneskelig behandling (22).

Begrepet autonomi kan tolkes dels som selvbestemmelse og dels som medbestemmelse. Noe som også er sentralt for brukermedvirkning. Mens selvbestemmelse betyr rett til selvbestemmelse, innebærer medbestemmelse rett til å medvirke i beslutninger og/eller tiltak som angår ens beste interesser (23).

### Menneskesyn, livssyn og virkelighetsoppfatning

Det er en nær sammenheng mellom menneskesyn, moral og etikk. Moral handler om hvordan vi bedømmer, inntar holdninger, handler og til sist tar ansvar i konkrete situasjoner, mens etikk forstås som en filosofisk refleksjon over moral og det moralske liv. Hvilken virkelighetsoppfatning man har er viktig her, da livssyn, menneskesyn, og moral og etikk bygger på denne. Virkelighetsoppfatning handler om vi forstår virkeligheten som materie, ånd, både materie og ånd, eller et aspekt av begge. Et menneskesyn er en del av et livssyn, som igjen bygger på en virkelighetsoppfatning. I et livssyn inngår et syn på menneskelivet og dets forhold til virkeligheten (24).

Et menneskesyn består av tre komponenter som er nær relatert til hverandre:

- Ontologiske antakelser om mennesket (f.eks. om dimensjoner sjel og ånd).
- Vitenskapsbasert kunnskap om mennesket (for eksempel biologiske og psykososiale).

c) Vurderinger om mennesket og menneskets refleksjon over seg selv og sitt forhold til virkeligheten, universet eller verden. (Barbosa da Silva 2011).

Et helhetssyn på mennesket omfatter alle tre komponentene, mens et menneskesyn som kun vektlegger en eller to av komponentene har et reduksjonistisk syn på mennesket.

Den biomedisinske sykdomsmodellen har sitt grunnlag i et biomedisinsk menneskesyn og har sin forankring i naturvitenskapen som definerer sykdom som en kroppslig defekt, og ontologisk reduserer dermed mennesket til en defekt kropp. Denne oppfatningen av sykdom gjenspeiler det dominerende menneskesynet som finnes implisitt både i medisinsk vitenskap og en del av medisinsk praksis, inklusive psykiatri. Noen kritikere hevder at den biomedisinske modellen kan gi fullstendige beskrivelser og forklaringer på årsaken til psykosomatiske lidelser, psykiske sykdommer, sykdomsopplevelser og mentale fenomener i alminnelighet. Dette sett ut ifra modellen, som resultat av biofysiologiske og biokjemiske prosesser og ingenting annet, noe som viser tilbake til en materialistisk virkelighetsoppfatning og menneskeoppfatning. Den biomedisinske sykdomsmodellen kan ses som nødvendig og tilstrekkelig både for å forebygge mange kroppslige sykdommer og for diagnostisering og behandling av reint somatiske sykdommer. Men den har sine begrensninger og kan misbrukes av helsepersonell, når det hevdes at modellen er nødvendig og tilstrekkelig for diagnostisering, behandling og prognostisering av alle sykdommer, så vel somatiske som psykiske/mentale (Ibid.).

### John Rawls' teori om barnets moralske utvikling

Hvordan rettferdighetssansen ideelt sett utvikles, viser Rawls til tre psykologiske lover som korresponderer med ulike stadier i individets moralske utvikling, der det første stadiet er autoritetens moral. Her er individets forståelse av moralske regler begren-

**«Det fare for at tilknytningen til omsorgspersonen blir skadelidende.»**

set til å følge regler gitt av autoritetspersoner, som oftest foreldrene. Det første stadiet knytter han i sin enkleste form til barn. Med foreldres autoritet mener ikke Rawls at foreldre skal utøve streng og følelsesløs

maktbruk, men for å bygge opp om omsorg og tillit. Barn som opplever å bli elsket av sine foreldre, vil også stole på at foreldrene vil deres beste. Uten ennå å ha utviklet egen dømmekraft og kritisk vurderingsevne, vil de prøve å bli lik foreldrene og føle skyld hvis de skuffer dem, et stadium i utviklingen som samsvarer med den første loven for moralsk utvikling. Det viktigste som skjer i dette stadiet er at når barnet opplever seg elsket av sine omsorgspersoner, og gjenom at de får ros og oppmuntring, så lærer barnet også å elske seg selv og andre. I motsatt fall, mener Rawls, dersom barna ikke skjønner at reglene som er gitt dem, er gitt av kjærlighet og omsorg, slik at det bare blir strenge forbud og påbud som skal følges for å unngå fysisk eller psykisk straff, så vil ikke barna utvikle selvspekt, og den moralske utviklingen vil mislykkes. (25)

#### Normative etiske teorier

Normative etiske teorier, regler og prinsipper fungerer som kriterier for rett og urett, godt og vondt, og dermed som retningslinjer (normer) for våre handlinger. Av normative etiske teorier anvender jeg i min studie pliktetisk teori, konsekvensetisk teori og dydsetikk.

Pliktetikk, eller deontologi, fokuserer alltid på handlingen som sådan, uten å ta hensyn til dens konsekvenser (26). Pliktetiske teorier hevder at handlingens vesen, eller iboende egenskaper, og ikke i første rekke dens positive eller negative konsekvenser, avgjør om en handling er rett eller urett (Barbosa da Silva, 2011).

## «Barn som ikke har opplevd vold, er mindre tilbøyelige til å opptre voldelig.»

I regeldeontologisk etikk, som er en form for pliktetikk, anvendes alltid en regel som kriterium for hva som er rett handling og en handlende person har ikke mulighet, rett eller tillatelse til å ta hensyn til det unike i situasjoners og ulike individers egenart. Her står plikten, eller det rette i sentrum. Eksempler på slike regler er: du skal *aldri* drepe et uskyldig menneske, og du skal *alltid* hjelpe et menneske i nød (Ibid.).

#### Analyse av regjeringens handlingsplan mot vold i nære relasjoner

Regjeringen har utarbeidet en handlingsplan mot vold i nære relasjoner. I min masteroppgave har jeg forholdt meg til handlingsplanen som var aktuell mens jeg skrev oppgaven, altså den som heter «Vendepunkt» 2008–2011. Tiltaksplanen inneholder 50 tiltak der jeg hovedsakelig fokuserer på det som har med undervisning å gjøre og som er relevant for min oppgave. Dette tiltaket handler om at regjeringen skal bidra til å styrke samarbeidskompetansen i hjelpeapparatet. Mer presist viser jeg til tiltak 28 i denne handlingsplanen som presiserer at det er behov for å styrke kompetansen til lærere og førskolelærere og annet relevant personell når det gjelder å avdekke vold mot barn, gi støtte til barn som har vært utsatt, og kunnskap om hvilke instanser som kan bistå når det avdekkes av vold.

Status pr. 2011 viser til at allmennlærerutdanningen er erstattet av to nye grunnskolelærerutdanninger, hvor det er fastsatt to overordnede krav til kandidatens læringsutbytte der det blant annet er vektlagt i forskriften kunnskap om barn i vanskelige situasjoner og om barns rettigheter, likeledes evne til å identifisere spesielle behov hos elevene, iverksette nødvendige tiltak og å samarbeide med foresatte og faglige instanser.

Det er ikke i forskriften presisert hva spesielle behov er. Og ifølge Lov om universiteter og høyskoler § 1-5, kan statlige institusjoner ikke gis pålegg om læreinnholdet, innholdet i forskningen eller det kunstneriske og faglige utviklingsarbeidet.

#### Kritisk analyse av vold mot barn i lys av art. 19 i barnekonvensjonen

For å kunne løse min masteroppgaves problemstilling gjorde jeg en kritisk analyse av flere tekster, blant andre Barnekonvensjonens artikkel 19 som lyder som følger:

Partene skal treffe alle egnede lovgivningsmessige, administrative, sosiale og opplæringsmessige tiltak for å beskytte barnet mot alle former for fysisk eller psykisk vold, skade eller misbruk, vanskjøtsel eller forsømmelig behandling, mishandling eller utnyttning, herunder seksuelt misbruk, mens en eller begge foreldre, verge(r) eller annen person har omsorg for barnet (27).

FNs barnekomité sin generelle kommentar nr. 13 som omhandler artikkel 19 i barnekonvensjonen ble utgitt i 2011 (28). Den viser til at utstrekningen av vold mot barn på verdensbasis er alarmerende. På bakgrunn av dette mener barnekomiteen at målsettingen om å få volden til å opphøre må bli

massivt styrket og utvidet, i den hensikt å få slutt på en praksis som bringer barns utvikling i fare, og å styrke samfunnets potensial for ikke-voldelige løsninger av konflikter.

Mest relevant for min studie er barnekomiteens anbefaling om at primær forebygging gjennom folkehelseprogrammer, utdanning, sosialtjeneste og andre som kommer i befatning med barn bør prioriteres høyt. Komiteen mener at for å realisere Barnekonvensjonen, er det viktig å fremme barns grunnleggende rett til respekt for menneskeverdet og fysiske og psykiske integritet, gjennom å forebygge alle former for vold. Dette begrunnes i at et respektfullt og støttende oppvekstmiljø fritt for vold, støtter og realiserer barns individuelle personlighet, og fremmer utvikling av sosialt ansvarlige og aktivt bidragende borgere til lokalsamfunnet og storsamfunnet. Dette støttes av forskning som viser at barn som ikke har opplevd vold og som utvikler en sunn oppførsel, er mindre tilbøyelige til å opptre voldelig både som barn, og når de blir voksne. Slik vil, mener barnekomiteen, forebygging av vold i en generasjon, redusere sannsynligheten for vold i neste.

### Drøfting av problemstillingen

For å løse min masteroppgaves problemstilling stilte jeg tre forsknings spørsmål. Et av dem er:

#### Hvorfor er det viktig å fange opp barn som utsettes for vold tidlig?

Svaret på dette spørsmålet er at de utsatte barn kan få hjelp i rett tid. Dersom dette ikke skjer, kan barnet oppleve de helseproblem som jeg har presentert tidligere.

For å forebygge negative konsekvenser som vold mot barn har for tilknytningen til omsorgspersoner, og som kan få videre konsekvenser fysisk og psykisk, vil en rimelig antakelse være at hvis man styrker kunnskapen om vold i nære relasjoner i de ulike organer som staten forvalter, kan man forebygge fysiske og psykiske problemer av helsemessig karakter hos barn som utsettes for vold. Fra et etisk ståsted er fysisk og psykisk vold mot barn det samme som krenkelse av barnets integritet, verdighet og autonomi og grunnleggende rettigheter. Ettersom barn ikke er autonome i juridisk forstand, er det dels foreldrene og dels statens forpliktelse å beskytte barnet gjennom å følge art. 19 i barnekonvensjonen.

Vold har negative konsekvenser for barnets opplevelse av trygghet og tillit til seg selv og andre på en slik måte at det begrenser livsutfoldelsen. Mennes-



**TAR SKADE:** Barn som blir utsatt for vold kan ta skade av det både på kort og lang sikt. Blant annet kan vold få konsekvenser for barnets sosiale, kognitive og emosjonelle utvikling. Illustrasjonsfoto: Colourbox

ker som har fått en slik start i livet finner en gjerne igjen innenfor psykisk helsevern og i kriminalomsorgen. Det kan se ut til at mennesker som har vært utsatt for vold i nære relasjoner tidlig i oppveksten kan ende opp som uføretrygdede med begrenset økonomi og dermed begrensede muligheter til å delta i aktiviteter de ellers ville deltatt i, og med fare for å falle ut av et sosialt liv (29, se også referanse 28). Med andre ord, får de ikke glede av sin autonomi som selvrådende mennesker, slik de kunne hatt uten voldserfaringer.

Når det gjelder Rawls teori om «de to moralske evnene» – som er evnen til rettferdighetssans og evnen til å ha en oppfattelse av det gode – viser han til viktigheten av å gi barna best mulige oppvekstvilkår som sikrer deres moralske utvikling slik at de kan fungere i kulturen som omgir dem (30). Dette er også i samsvar med art. 6 i Barnekonvensjonen – å gi barn best mulige oppvekstvilkår og utvikling – hvor art. 6 også kan ses i sammenheng med art. 19 i barnekonvensjonen. Når foreldre ikke oppfyller sine plikter må staten følge barnekonvensjonen og gripe inn for å ta vare på barnets beste interesser. Dette krever at statens forlengete armer (f.eks. lærere, førskolelærere, barnevernspedagoger



**KOMPETANSE:** Helsepersonell må være i stand til å identifisere om barn blir utsatt for vold, og vite hva de skal gjøre om de oppdager det. Illustrasjonsfoto: Colourbox

og helsesøstre) har den nødvendige kompetanse og forutsetninger som behøves.

### **Krenkelse som en reduksjon av pasienten/mennesket til en defekt kropp:**

Flere studier viser også at det finnes pasienter som har opplevd vold i oppveksten som kan ha vært utsatt for feilbehandling innenfor den psykiatriske helsetjenesten (31 og 32, se også referanse 29).

Dersom det er slik at pasienter har vært og kanskje fortsatt er utsatt for feilbehandling, kan dette ha sin grunn i et ikke-humanistisk menneskesyn og dermed synet på sykdom og helse. Konsekvenser av et slikt syn, og som kan føre til feilbehandling, er for eksempel når pasienten søker kontakt med hjelpeapparatet og legen bare fokuserer på symptomer som angst, spiseforstyrrelser, selvskading, rus eller suicidalitet, og velger å behandle pasienten medikamentelt, uten å undersøke de tilgrunnliggende årsaker bak symptomene. Andre eksempler er undersøkelser som viser at omsorgssvikt ikke blir tilstrekkelig oppdaget i hjelpeapparatet, men ofte blir forstått som ADHD, angst eller depresjon (33). Tar en utgangspunkt i helsepersonell skolet innenfor medisinsk disiplin hvor den biomedisin-

ske sykdomsmodellen og det biomedisinske synet på mennesket er rådende, sannsynliggjør dette en forklaring på at helsepersonell fokuserer på symptomlindring, og at pasienter opplever at de ikke blir tatt på alvor når de søker hjelp for sine problemer som følge av vold i oppveksten.

### **Hvilken nødvendig kompetanse bør statens forvaltere ha for å kunne fange opp barn som er utsatt for vold i nære relasjoner?**

Kompetansesenter for voldsarbeid har særlig fastslått tre kunnskapsområder som må inkluderes i et undervisningsopplegg om vold i nære relasjoner som *identifiseringskompetanse*, som vil si kunnskap og kompetanse som gjør den enkelte profesjonsutøver i stand til å oppdage at vold skjer, som vil si spesifikke kunnskaper om signaler på voldsutsatthet og tolkning av signaler. *Behandlingskompetanse*, som vil si kunnskap om den enkelte profesjons spesifikke faglige kunnskaper, som blant annet gjelder behandling av psykiske følgeskader og behov for økonomisk og juridisk bistand. Med *nettverkskompetanse* menes at en kjenner til andre instanser og hvordan en kan samarbeide med disse, noe som forutsetter kunnskap om de ulike instansenes spesifikke kunnskaps- og virksomhetsområder.

### **Har staten tilegnet seg nødvendig kunnskap som en nødvendig betingelse for å iverksette tiltak som gjør det mulig å fange opp barn utsatt for vold?**

Som tidligere forskning viser, har ikke de berørte parter – statens forvaltere – inkludert i rammeplan for utdanningen, identifiseringskompetanse, behandlingskompetanse og nettverkskompetanse som nødvendige betingelser for å oppfylle sine forpliktelser ifølge artikkel 19 i barnekonvensjonen.

#### **Oppfyller myndighetene sine forpliktelser?**

Av ulike normative etiske teorier har jeg valgt å anvende pliktetisk teori, konsekvensetisk teori og dydsetikk, da jeg ser disse som mest relevante for analyse av oppgavens tekstmateriale med tanke på mitt svar på problemstillingen.

Barnekonvensjonens artikler er normer basert på et kristen-humanistisk menneskesyn, og består av regler og prinsipper, som igjen er basert på ulike etiske verdier som blant annet integritet, verdighet/menneskeverd, autonomi, rettferdighet, respekt og trygghet. Verdier er grunner for normer, mens normene er til for å forsvare og verne om verdiene.

Artikkel 19 i barnekonvensjonen er en norm som har ordlyden: «Partene skal». Dette «skal» kan tolkes kantiansk: altså «du skal handle slik at du bruker

mennesket ikke bare som et middel, men også alltid som et mål i seg selv». Ifølge regeldeontologisk etikk anvendes alltid en regel som et kriterium for hva som er rett handling. Barnekomiteens generelle kommentar nr. 13 viser til at uttrykket «Staten skal ...» ikke overlater noe til tilfeldighetene når det gjelder forståelsen av begrepet, og at uttrykket «alle former for...», menes uten unntak. Jeg tolker dette som klare regler som faller inn under regelbasert eller regeldeontologisk etikk (jf. Kant).

I lys av regeldeontologien forstår jeg forpliktelsene barnekomiteen har definert, som at statens forvaltere, ulike profesjoner som kommer i kontakt med barn gjennom sin yrkesutøvelse – må ha kunnskap om hvordan de kan identifisere barn som er utsatt for vold, som grunnlag for videre tiltak. Her ser jeg regeldeontologisk etikk som nødvendig og tilstrekkelig og begrunner dette med at det ikke har andre konsekvenser enn at det kan gi mulighet for at det kan iverksettes videre tiltak som kan hjelpe barnet og familien. Slik anser jeg art. 19.1 i Barnekonvensjonen i utgangspunktet å være av rein regeldeontologisk karakter, både rettslig i og med at Barnekonvensjonen er inkorporert i norsk lov, og etisk med begrunnelse svaret mitt på forskningsspørsmål 1 som viser at det kan få alvorlige konsekvenser for et barn når det ikke får hjelp tidlig.

### **Etisk kompetanse**

Aristoteles' og Thomas' teleologiske etikk (formåls-etikk), sier at man bør handle slik at man ved hjelp av egnete eller riktige midler kan nå handlingens mål (Barbosa da Silva, 2011). Utgangspunktet for forskriftene til ulike høyere utdanninger er at statlige institusjoner ifølge Lov om universiteter og høyskoler ikke kan gis pålegg om læreinholdet, innholdet i forskningen eller det kunstneriske og faglige utviklingsarbeidet. Det vil si at undervisningsinstitusjonene har selvråderett og at regjerende myndigheter har fratatt seg selv retten til å presisere innholdet i undervisningen. I profesjonsutdanninger der vold i nære relasjoner bør være et tema, kan det stilles spørsmål ved om staten har utelukket seg selv fra å implementere viktige tiltak, og dermed muligheten for å oppfylle artikkel 19 i Barnekonvensjonen?

For å nå handlingens mål er en viktig brikke i dette puslespillet ifølge min vurdering, at profesjoner som har muligheter for å oppdage om et barn er utsatt for vold, bør ha økt identifiseringskompetanse som forutsetning for videre tiltak, og at

andre profesjoner som vil komme i kontakt med barn får vold mot barn inkludert som et tema i sin undervisning, og at dette blir en obligatorisk del av undervisningen.

### **Dydetikk som nødvendig verktøy**

Barnekonvensjonen spesifiserer statens plikter og barnets rettigheter. Det bør framheves at å vite sine plikter gjennom etiske regler og prinsipper er nødvendig, men ikke tilstrekkelig for å kunne realisere eller virkeliggjøre pliktene. Ifølge Aristoteles må man også utover kunnskap om plikter ha moralske dyder. Dette fordi vi iblant vet hva vi bør gjøre, men vil ikke gjøre det og iblant vet vi hva som er rett og godt, vil gjøre det men kan ikke gjøre det, dvs. har ingen motivasjon, kraft og lyst til å gjøre det.

Forskjellen mellom etiske prinsipper og regler (normer) og etiske eller moralske dyder er at normene foreskriver plikter – hva som bør gjøres, mens dydene – som drivkreftene – motiverer oss til å gjøre det som er våre plikter, dvs. det vi bør gjøre. Som Dag Karterud (34), skriver er «det mest utfordrende feltet i etikk, sammenhengen mellom verdier og holdninger, og hva vi sier og gjør». Dette innebærer at det ikke alltid er mulig å gjøre det vi vil, f.eks. om vi ikke kan, og iblant gjør vi ikke det vi vil og kan. For å kunne gjøre det vi vil og kan – og som er vår moralske ansvarsforpliktelse – trenger vi holdninger eller dyder, både moralske og ikke-moralske dyder. Ivar Asheim (35) definerer holdning som «et

## **«Den norske staten oppfyller ikke sine plikter.»**

fast atferdsmønster med en viss stabilitet over tid, slik at det gjør handlinger forutsigbare». Angående forholdet mellom holdning og handling sier han: «Holdningene er så å si den basis enkelthandlingene fremgår av, det innarbeidede mønster de følger» (ibid.). Dette motsvarer en definisjon av dyd som vane (dvs. som en fast karakteregenskap) og hvor funksjonen er å motivere handlinger. I det følgende skal noen moralske dyder som er relevante for min studie tas opp: tillit, velvilje (eng. benevolence), medlidenhet (eng. compassion), sannferdighet, rettskaffenhet og empati.

Dyden tillit er viktig i relasjonen mellom pasienten og helsepersonellet fordi pasienten for det meste er avhengig av helsepersonellet, til og med når pasienten skal gi sitt informerte samtykke til



en klinisk intervensjon eller behandling. Uten god informasjon fra helsepersonellet kan ikke pasienten vite hva hun/han skal gi sitt informerte samtykke til. Med andre ord trenger pasienten riktig eller pålitelig informasjon om behandlingens karakter og konsekvens. Om pasienten ikke har tillit til helsepersonellet kan han/hun ikke stole på informasjonen, noe som gjør det vanskelig å treffe en beslutning. Om helsepersonellet ikke er tillitsfullt eller oppleves slik, ved f.eks. å gi irrelevant, mangelfull, eller i verste fall feil informasjon til pasienten som hun/han skal legge til grunn for sitt informerte samtykke, kan man ikke si at pasienten handler autonomt, dvs. anvender sitt informerte samtykke. For eksempel vil en person som søker psykisk helsehjelp for problemer som en konsekvens av vold i nære relasjoner i oppveksten i utgangspunktet ha tillit til at helsearbeideren (legen, sykepleieren etc.) har kunnskap om årsaker som kan ligge til grunn for problemene vedkommende ønsker hjelp i forhold til, og dermed tillit til at helsearbeideren vil tilby rett behandling. Der som helsearbeideren (her legen eller psykologen) ikke vektlegger nyere kunnskap om behandling av traumerelaterte lidelser, men i stedet diagnostiserer problemene som symptomer ut ifra den biomedisinske sykdomsmodellen, hvor behandlingen ofte rettes mot symptomlindring og bruk av medisiner, kan konsekvensen være at pasienten ikke får hjelp for sine egentlige problemer. Og en feilbehandling, i dette tilfellet – basert på feilaktig diagnostikk –

kan forverre pasientens tilstand, istedenfor å virke positivt som pasienten forventer.

Dyden velvilje (eng. benevolence) som ifølge Beaucamp&Childress (36) «korresponderer til» det etiske prinsippet som innebærer å gjøre godt (eng. beneficence) har samme funksjon som dyden barmhjertighet (eng. compassion). Disse dydene motiverer den handlende personen til å gjøre det som godhetsprinsippene og den ekte paternalismen krever.

Alle disse og nærliggende moralske dyder kan kalles verdiskapende egenskaper hos omsorgspersonalet, dvs. gode karakteregenskaper «som krävs för att bl.a. skap en god relation med patienten som i sin tur er en nödvändig betingelse eller förutsättning för patientens upplevelse av god omvårdnad» (37). Videre «verdskapende egenskaper har betydning for opplevelsen og oppfatningen av en god omsorg», og «pleierens verdskapende egenskaper er nødvendige for pasientens opplevelse av å være respektert i sin integritet og verdighet og kjenne seg bekreftet i sin unike identitet» (38). Jeg ser på identifiserings- og behandlingskompetanse som yrkesferdigheter (eng. skills) som bør brukes i kombinasjon med moralske dyder som tillit, velvilje, empati, mot og barmhjertighet.

#### Løsning av oppgavens problemstilling

I lys av hva jeg kom frem til i analyseresultatet, samt gjennom tolkning av oppgavens forskningsspørsmål og problemstilling, er min konklusjon at staten gjennom sin handlingsplan og annet forsøker å oppfylle

**PENSUM:** Alle som skal jobbe med barn bør lære om vold i nære relasjoner. Illustrasjonsfoto: Colourbox



sine forpliktelser i forhold til Barnekonvensjonen, men gjør ikke dette tilstrekkelig av de grunner som gis i det følgende:

1. Statens forvaltningsorganer har ikke den nødvendige kunnskap og profesjonelle erfaring om barn som har opplevd traumer i tidlig alder på grunn av vold i nære relasjoner. For eksempel mangler de profesjonelle, som arbeider med barn, identifiseringskompetanse til å identifisere barn som har vært utsatt for vold.
2. Emnet vold i nære relasjoner, spesielt vold mot barn, er ikke obligatorisk i alle profesjonsutdanninger som har omsorg for barn og ansvar for barnets helse, velvære og utvikling.
3. Undervisning om vold i nære relasjoner er ikke obligatorisk i utdanningen for relevante profesjoner der studentene i sitt yrke kommer til å arbeide med barn.

### Konklusjon

I lys av punktene 1,2 og 3 er mitt svar på problemstillingen følgende:

Den Norske staten oppfyller ikke sine plikter i lys av art. 19 i FNs konvensjon om barnets rettigheter når det gjelder undervisning om vold mot barn i profesjonsutdanninger.

Noen anbefalinger:

På bakgrunn av min konklusjon er følgende anbefaling til de regjerende myndigheter:

- a) Vold i nære relasjoner, spesielt vold mot barn, bør være et obligatorisk emne i alle profesjonsutdanninger som vil komme i kontakt med barn og ungdom gjennom sin yrkesutøvelse.
- b) Identifiseringskompetanse bør inkluderes i forskriftene til profesjonsutdanninger der studentene i sitt yrke kommer til å arbeide direkte med barn.
- c) Behandlingskompetanse og nettverkskompetanse bør inkluderes i forskriftene til alle profesjonsutdanninger som kommer i kontakt med barn utsatt for vold i sitt arbeid. Dette gjelder spesielt økt kunnskap hos dem som møter de minste barna, som jordmødre og helsesøstre, siden skadene (tilknytningsskadene) er alvorligst når volden skjer tidlig.
- d) Undervisningstilbudet styrkes og institusjonaliseres som planlagte, permanente, varige og regelmessige undervisningstilbud ved grunn-, videre- og spesialistutdanningene.
- e) Regjerende myndigheter bør ha større styringsrett

overfor universiteter og høyskoler når det gjelder profesjonsutdanninger der vold bør være et tema.

Med tanke på punkt b og c over er det ett forhold som ble tydelig gjennom analysen og som bør bemerkes. Det kan se ut til at den dominerende biomedisinske sykdomsmodellen hindrer helsepersonell fra å søke kunnskap innenfor de psykologiske og psykoterapeutiske fagområder i tillegg til det psykiatriske fagområdet som tar utgangspunkt i den biomedisinske sykdomsmodellen. I så fall hindrer den biomedisinske sykdomsmodellen staten i å oppfylle sine forpliktelser i forhold til å realisere art. 19 i Barnekonvensjonen. Dette på grunnlag av blant annet undersøkelser som viser at omsorgssvikt ikke blir tilstrekkelig oppdaget i hjelpeapparatet, men ofte blir oppfattet som ADHD, angst eller depresjon.

Det er også viktig å legge til at staten er ansvarlig for å respektere, beskytte og oppfylle rettighetene, men ulike aktører, som jurister, medisinerer, økonomer, og andre fagfolk, må være premissleverandører til diskusjonen om hvilke tiltak som er nødvendige, om menneskerettighetene skal bli realisert (39).

### Forslag til videre forskning

- Forhold i samfunnet som forsterker og/eller vedlikeholder eventuelle helsemessige negative konsekvenser hos mennesker som har vært utsatt for vold i nære relasjoner i oppveksten.
- Voldserfaringer hos barn (og voksne) som har fått diagnosen ADHD. Dette for å kartlegge om det finnes pasienter som har blitt feiltdiagnostisert og som dermed får feil behandling.
- Hva opplever pasienter som får/har fått «traumebehandling» har vært til hjelp i behandlingen?
- Sammenhengen mellom vold i nære relasjoner i barndommen og uførhet i voksen alder. ■

### Referanser:

1. Øverlien, C., Sogn, H. (2007) Kunnskap gir mot til å se og trygghet til å handle. Rapport nr. 3. Nasjonalt kunnskapscenter om vold og traumatisk stress NKVTS
2. Justis- og politidepartementet, Barne- og familiedepartementet, Sosial- og helsedepartementet (2008-2011). Regjeringens handlingsplan «Vold i nære relasjoner». Lokalisert på [www.regjeringen.no/upload/JD/Vedlegg/Handlingsplaner/Vendepunkt.pdf](http://www.regjeringen.no/upload/JD/Vedlegg/Handlingsplaner/Vendepunkt.pdf).
3. Felitti, V. J., Anda, R., Nordenberg, D., Williamson, D., Spitz, A., Edwards, W., ... Marks, J. (1998). Relationship of Childhood Abuse and Household Dysfunction to Many of the Leading Causes of Death in Adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American Journal of Preventive Medicine*, 14, 245–258.
4. Anstorp, T., Benum, K., Jakobsen, M. (2006). Å arbeide med traumer er å arbeide med dissosiasjon. I: Dissosiasjon og relasjonstraumer.

- Universitetsforlaget.
5. Bowlby, J. (1988). *A secure base: Parent-child attachment and healthy development*. New York: Basic Books.
  6. Allen, J.G. (2001). *Traumatic relationships and serious mental disorders*. England: Wiley
  7. Dutra, L., Bureau, J. F., Holmes, B., Lyubchik, A. & Lyons-Ruth, K. (2009): Quality of Early Care and Childhood Trauma. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 197, 383-390.
  8. MacDonald, H. Z., Beeghly, M., Grant-Knight, W., Augustyn, M., Woods, R. W., Cabral ... Frank, D.A. (2008). Longitudinal association between infant disorganized attachment and childhood posttraumatic stress symptoms. *Development and Psychopathology*, 20, 493-508.
  9. Ogawa, J. R., Sroufe, L. A., Weinfield, N. S., Carlson, E. A. & Egeland, B. (1997). Development and the fragmented self: Longitudinal study of dissociative symptomatology in a nonclinical sample. *Development and Psychopathology*, 9, 855-879.
  10. Pasquini, P., Liotti, G., Massotti, E., Fassone, G. & Picardi, A. (2002). Risk factors in the early family life of patients suffering from dissociative disorders. *Acta Psychiatr Scand*, 2002: 105, 110-116.
  11. Fonagy, P. (2003). The Development of Psychopathology from Infancy to Adulthood: The Mysterious Unfolding of Disturbance in Time. *Mental Health Journal*, 24(3), 212-239.
  12. Felitti et al. (2002). The relationship of adverse childhood experiences to adult health: turning lead into gold. *Z psychosomatic Med. Psychotherapy* 48, 359-369.
  13. Kirkengen, A.L. (2005). *Hvordan krenkede barn blir syke voksne*. Universitetsforlaget.
  14. Vythilingam, M. et al. (2002). Childhood Trauma Associated With Smaller Hippocampal Volume in Women With Major Depression. *American Journal of Psychiatry*, 159 (12), 2072, 9p.
  15. Meany et al. (2008). Promoter-Wide Hypermethylation of the Ribosomal RNA Gene Promoter in the suicidal Brain. *Plos ONE* 3(5): e2085. Doi:10.1371/journal.
  16. Dutra, L., Bureau, J. F., Holmes, B., Lyubchik, A. & Lyons-Ruth, K. (2009): Quality of Early Care and Childhood Trauma. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 197, 383-390.
  17. Fosse, R. & Dersyd, A. K. (2007). Forekomsten av traumeutsatte pasienter ved distriktpsikiatriske sentre i spesialisthelsetjenesten. Aker UHF: RVTS øst. Lokalisert på [ost.rvts.no/Details.asp?aid=53](http://ost.rvts.no/Details.asp?aid=53).
  18. Sogn, H. (2007). Undervisning om vold ved universiteter og høyskoler. Notat nr. 2. Nasjonal kunnskapssenter mot vold og traumatisk stress.
  19. Hjemdal, O.K., Stefansen, K., (2003). *Voldsofferarbeid-Kompetanse behov, kompetansetilførsel og undervisningsmaterieill*. HiO, Kompetansesenteret for voldsofferarbeid.
  20. Kant I. (1981) *Groundwork for the metaphysics of moral* [translated by James W. Ellington] 2nd Ed. Indianapolis and Cambridge: Hackett Publishing Company, 72 p.
  21. Andersson, M. (1994). *Integritet som begrepp och princip*. En studie av ett vårdetisk ideal utveckling. Åbo: Åbo Akademi Förlag.
  22. Harck, S., Hartlev, M. (2000). *Retten til værdighed og egen identitet*. Grundretigheder. Jurist og økonomiforbundets Forlag, København.
  23. Barbosa da Silva, A. (2009). *Autonomy, dignity and integrity in health care ethics – a moral philosophical perspective*. I: Aasen, H., Halvorsen, R., Barbosa da Silva, A. (red.), *Human rights, dignity and autonomy in health care and social services: Nordic perspectives*. Antwerp: Intersentia.
  24. Barbosa da Silva, A. (2011). *Etikk og menneskesyn i helsetjeneste og sosialt arbeid*. Gyldendal Norsk Forlag.
  25. Rawls, J. (1971/2011). *A Theory of Justice*. Universal Law Publishing Co.
  26. Frankena, W. K. (1973). *Ethics*. New Jersey, Englewood Cliffs: Prentice-Hall, Inc.
  27. FNs Konvensjon om barnets rettigheter av 20. november 1989. Lokalisert på [regjeringen.no/upload/kilde/bfd/bro/2004/0004/ddd/pdf/v178931-fns\\_barnekonvensjon.pdf](http://regjeringen.no/upload/kilde/bfd/bro/2004/0004/ddd/pdf/v178931-fns_barnekonvensjon.pdf)
  28. United Nations Committee on the Rights of the Child. General Comment No. 13 (2011), Article 19: The right of the child to freedom from all forms of violence. United Nations Convention on the Rights of the Child CRC/c/gc/13. Lokalisert på [barneombudet.no/files/21/83/2/file/crc-c-gc-13\\_en\\_auv.pdf](http://barneombudet.no/files/21/83/2/file/crc-c-gc-13_en_auv.pdf)
  29. Jepsen, E.K.K., Svagaard, T., Thelle, M. I., McCullough, L. & Martinsen, E. W. (2009). Inpatient Treatment for Adult Survivors of Childhood Sexual Abuse: A Preliminary Outcome Study. *Journal of Trauma & Dissociation*, 10, 315-333
  30. Rawls, J. (2003). *Rettferdighet som rimelighet – en reformulering*. PaxForlag
  31. Blindheim, A. (2012). *Ettervirkninger av traumatiserende hendelser i barndom og oppvekst*. (Vedlegg 2). I: Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet. (2012). *Bedre beskyttelse av barns utvikling: Ekspertutvalgets utredning om det biologiske prinsipp i barnevernet*. (Norges offentlige utredninger [NOU] 2012:5). Oslo: Departementet nes servicesenter Informasjonsforvaltning. Lokalisert på [regjeringen.no/pages/36931483/PDFS/NOU201220120005000DDDDPDFS.pdf](http://regjeringen.no/pages/36931483/PDFS/NOU201220120005000DDDDPDFS.pdf)
  32. Anstorp, T., Hovland, B.I., Torp, E. (red.) (2003). *Seksuelle overgrep – en felles utfordring*. I: *Fra skam til verdighet: Teologisk og psykologisk arbeid med vold og seksuelle overgrep*. Universitetsforlaget.
  33. Ormhaug, S. M., Jensen, T. K., Hukkelberg, S. S., Holt, T. & Egeland, K. (2012). *Traumer hos barn – blir de gjemt eller glemt? Kartlegging av traumatiske erfaringer hos barn og unge henviset til BUP*. Tidsskrift for Norsk Psykologforening, 43(3), 234-240.
  34. Karerud, D. (2009). *Menneskerettigheter og sykepleie*. Norsk Tidsskrift for sykepleieforskning, 11(4), 42-43.
  35. Asheim, I. (1994). *Mer enn normer*. Grunnlagsetikk. Oslo: Universitetsforlaget.
  36. Beauchamp T. L. & Childress, J. F. (2001) *Principles of biomedical ethics*. (5. utg.). Oxford: Oxford University Press.
  37. Barbosa da Silva, A. (red.), Ljungquist, M. (2003). *Vårdetik for ett mång kulturellt Sverige*. Lund, Studentlitteratur.
  38. Ljungquist, M. (2006). *Pleiepersonelletts verdiskapende egenskaper som en nødvendig betingelse for god pleie og omsorg*. I: Barbosa da Silva, A. (red.). *Etikk og menneskesyn i helsetjeneste og sosialt arbeid*. Gyldendal Norsk Forlag.
  39. Aasen, H.S. (2006). *Helse og menneskerettigheter: Internasjonale og nasjonale utfordringer*. Nordisk tidsskriftet for menneskerettigheter, 24 (4), 271-382.



**Følg oss  
på Facebook**

Siste nytt om NSF's faggruppe for sykepleiere innen psykisk helse og rus finner du på vår facebook-side. Søk på SPoR så kommer du til siden.