

Psykisk helse og rus blir gitt ut av NSF's Faggruppe for sykepleiere innen psykisk helse og rus, i samarbeid med tidsskriftet Sykepleien.

REDAKTØR

Kjersti Øvernes
Tlf: 40457969
Kjersti.Overnes@tromso.kommune.no

STYRET

Faggruppeleder

Kurt Lyngved
Tlf. 75 56 55 65/90 55 31 78
Kurt.lyngved@gmail.com

Nestleder

Espen Gade Rolland
Tlf 40842941
esprol@vestreviken.no

Kasserer

Bjarte Sælevik
Tlf: 45 45 26 48
Bjarte.saelvik@lyse.net

Sekretær

Olav Bremnes
Tlf. 95 78 40 64
olav@ntebb.no

Medlemsansvarlig

Torfrid Johansen
Tlf 99291294
Torfrid.Johansen@vestreviken.no

ABONNEMENT

Bjarte Sælevik
Tlf. 45 45 26 48
Bjarte.saelvik@lyse.net
Eller: abonnement@psykiskhelse-ogrus.no

WEBANSVARLIG:

Unn Elisabeth Hammervold
Tlf 90936740
unnhvold@online.no

HJEMMESIDE:

www.sykepleierforbundet.no/
psykiatrisykepleiere

ANSV. REDAKTØR SYKEPLEIEN

Barth Tholens
Tlf. 22 04 33 50/ 40 85 21 79
barth.tholens@sykepleien.no

DESKJOURNALIST

Johan Alvik
Tlf. 92 60 87 06
johan.alvik@sykepleien.no

LAYOUT

Hilde Rebård Evensen
hilde.rebaard.evensen@sykepleien.no

Nina Hauge
nina.hauge@sykepleien.no

Monica Hilsen
monica.hilsen@sykepleien.no

Sissel Hagen Vetter
sissel.vetter@sykepleien.no

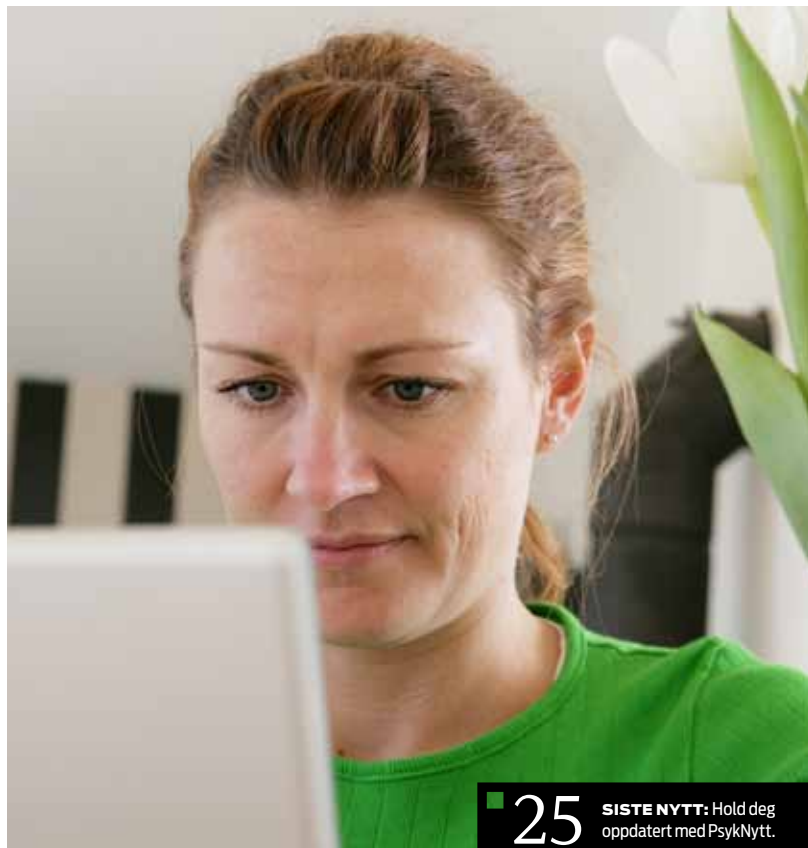
TRYKK Color Print A/S

FORSIDEFOTO: Colourbox

NESTE UTGAVE: 5. september 2013

Innsending av artikler

Skriv artikler helst som word-dokument. Merke bilder tydelig, gjerne med bildetekster i artikkel-dokumentet. Oppgi navn på de som er på fotoet og hvor fotoet er tatt, også navn på fotograf. Bilder bør ha 300 dpi i oppløsning. Innstilling på digitalt kamera: Beste kvalitet. Alle artikler merkes med navn, tittel, arbeidssted eller bosted. Epost-adresse bør også medfølge.



25

SISTE NYTT: Hold deg oppdatert med PsykNytt.

Innhold

NR.1-2013 • ÅRGANG 24



40

VOLD: For lite undervisning om vold mot barn.

«Bonden sviktar ikkje, verken dyr eller menneske.»

Anne Kallevik Grutle, side 18

51

PRISVINNER: Trond Jørgensen fikk Akuttpsykiatriprisen.



4 LPS fylkesledere

4 Verv medlemmer - vinn tur

5 **LEDER:** Kurt Lyngved

8 God omsorg på gård

18 Utviklende gårdsarbeid for ungdom

24 Søk stipend på 75000 kroner

25 Hold deg oppdatert med PsykNytt

26 Program landskonferansen

28 SPoR i Hedmark trenger flere aktive medlemmer

30 Spennende konferanse om tvil

32 Samers forhold til sykdom og helse

40 For lite undervisning om vold mot barn

51 Trond Jørgensen fikk Akuttpsykiatriprisen

FASTE SPALTER

6 Smånytt

22 **TILBAKEBLIKK:** Bondeviks depressive reaksjon

29 Aktuelle bøker

LPS fylkesledere 2012-2013

Liv Bech Johannessen	livbech.johannessen@lds.no	Oslo
Jørgen Due	jorgendue@bbnett.no	Oppland
Torfrid Johansen	torfrid.johansen@vestreviken.no	Buskerud
Björg Skjøtskift	Bjorg.Skjotskift@sykehuset-innlandet.no	Hedemark
Charlotte Walther	cwalth@online.no	Østfold
Kontaktperson Charlotte	cwalth@online.no	Akershus
Kontaktperson Charlotte	cwalth@online.no	Vestfold
Gitte Slåtta	Gitte.Slatte@sthf.no	Telemark
Eli Jorid Sveipe	Eli.Jorid.Sveipe@sshf.no	Aust Agder
Bodil Bakkan Nielsen	bodb@online.no	Vest Agder
Peter Hee Andersen	peterhee@lyse.net	Rogaland
Laila Heggernes Forsberg	laila.heggernes.forsberg@helse-bergen.no	Hordaland
Liv Stokkenes Jacobsen	liv.stokkenes.jacobsen@helse-forde.no	Sogn og Fjordane
Anne Synnøve Solvåg	Anne.SynnoveSolvag@molde.kommune.no	Møre og Romsdal
Janne Konstad	Lps.sortrondelag@gmail.com ;jannekonstad@hotmail.com	Sør-Trøndelag
Ingun Haug	Ingun.haug@hnt.no	Nord-Trøndelag
Marit Larsen	Marit.Larsen@bodo.kommune.no	Nordland
Åshild Fause	ashild.fause@uit.no	Troms
Anne-Lill Haabeth	annelillhaabeth@hotmail.com	Finnmark

VERV MEDLEMMER - VINN TUR TIL ISLAND

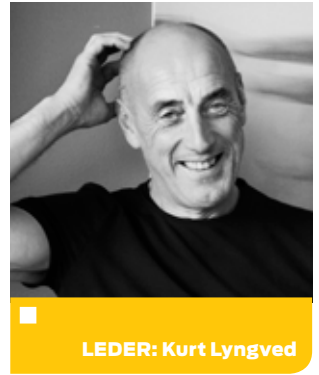
Landstyret SPoR ønsker å utfordre våre lokalgrupper til dugnad, arrangere vervingkampanje nå på våren. Vi ønsker at vår lokale styrer skal gjøre en ekstra innsats sammen med oss for å øke vår medlemsmasse. Vi tenker at vi har potensiale i rusfeltet.

Vi satser på min ti prosent økning og setter i gang fra dags dato, deadline er Landskonferansen i Trondheim. Det fylkesstyret som har vervet flest nye medlemmer i denne tiden vil gå av med seieren for en tur til Nordisk kongress på Island, inntil kr 7000. Det vil bli gitt ekstra premie, en oppmerksomhet for den lokalgruppen som klarer å verve flest fra Rusfeltet.

Send alle innmeldinger til Torfrid.Johansen@vestreviken.no så skal jeg holde tellingen sli at det rettmessige styret, styrene får sin premie.

Tekst: Torfrid Johansen Illustrasjonsfoto: Colourbox





Vi må si høyt ifra

Marslyset siver inn i stua mi og minner om at våren er i anmarsj. Her ute i øyriket på Helgelandskysten kan man så vidt høre noen skjøre fuglelåter som også bringer våren nærmere. Vi fylles av lyder og lukter og stemninger som setter an en tone i oss om at noe nytt er på gang og vi som har levd en stund kjenner den gryende forventning til årstiden som gjenskaper alt liv og skaper ny vekst. Vi tenker at foran oss ligger lange og mange dager med sol og varme før høsten og vinteren igjen legger seg over landskapet og sørger for at syklusen går sin gang. År etter år.

I denne syklusen lever vi mennesker våre liv og våre virkeligheter befinner seg innenfor disse rammer. Rundt omkring i landet prøver vi å leve våre liv på en måte som gir mening og innhold på vår vandring og som gjør at vi kjenner det er godt å være i live. Dessverre er det ikke slik at alle opplever det på denne måten og i alle aldersgrupper finnes de som strever for meningsfulle og angstfrie dager. Noen med så sterke symptomer at livsutfoldelsen hemmes og mennesket stenges mer og mer inne i sin ufrihet. Det er i dette scenariet vi sykepleiere som arbeider innen feltet psykisk helse og rus møter de som er brukere av våre tjenester. Enten dette er i spesialisthelsetjenesten eller ute i kommunene. Der mennesket trenger bistand i livsutfoldelsen møter vi dem og ut fra våre faglige og menneskelige utfordringer bidrar vi til å være en «medvandrer» og en «eksistensiell krykke» der det er behov for det.

Foran meg på bordet ligger en SINTEF rapport fra januar som sier noe om kommunale tiltak i psykisk helsearbeid i 2011. Det er mangt som kunne sies her, men det er spesielt to ting jeg biter meg merke i. Det er kommunenes tilbakemeldinger om kvalitet i tjenestene hvor de opplever store utfordringer som går på mangelfull boligsituasjon, vansker med å få til god brukermedvirkning, manglende kompetanse knyttet til rus og psykiske lidelser og manglende ressurser til å følge økningen i etterspørselen etter tjenester. Jeg har valgt ut det jeg kanskje synes er mest sentralt og der jeg bærer spesielle bekymringer. Gjennom opptrappingsperioden ble psykiske helsetjenester bygget ut og tilbudene ble etablert og på mange måter startet en slags antistigmatiseringsprosess. Etter opptrappingsperioden kan det se ut som om at tjenestenivået reduseres og tilgjengeligheten blir vanskeligere og dermed økende ventetid for å få hjelp. Det er alvorlig. Vi vet at stigmatisering og skam fortsatt er sentrale begreper knyttet til psykiske lidelser og jeg er oppriktig redd for at vanskeligere tilgjengelighet til tjenestene vil reversere den prosessen som jeg mener vi så starten på i opptrappingsperioden hvor

åpenhet rundt psykiske lidelser var i ferd med å etablere seg. Samhandlingsreformen er i sin implementeringsfase og det skjer mange bevegelser innenfor de ulike nivåene i helsetjenesten. I denne prosessen må vi være solide «vaktbikkjer» for brukerne av våre tjenester slik at de får hjelp på det nivå de har behov for. Vi må si høyt ifra når vi ser at mennesker ikke får den hjelp de har behov for der de er. Det er ikke bestandig det nytter her og nå, men vi må aldri gi oss på det vi mener er rett i denne sammenheng. Mange som sliter med vanskelige liv har knapt hørbar stemme, men sammen med dem kan vi rope så høyt at det høres slik at det får noen konsekvenser.

Det beste psykiske helsearbeid i et samfunn er å bidra til å forebygge at mennesker utvikler psykiske lidelser. Dette arbeidet er dessverre altfor lite prioritert i dag. Knapphet på ressurser er en sentral faktor fordi de eksisterende ressursene i stor grad går til dem som allerede har utviklet psykiske lidelser og/eller de som har utviklet ruslidelser. Vi må være sterke ambassadører for forebyggende psykisk helsearbeid for å kjempe frem folkehelsearbeid som styrker den psykiske helsen i befolkningen på en slik måte at andelen mennesker med psykiske lidelser stadig blir mindre. Rapporten foran meg sier noe om at «det er sannsynligvis nødvendig å vurdere å øremerke midler til forebygging om det skal være mulig for kommunene å prioritere dette arbeidet». Det er jeg langt på vei enig i og dette må realiseres fort. Vi vet at gevinsten av forebyggende arbeid ligger et sted i fremtiden og det er også det perspektivet politikerne må ha når de gjør sine vedtak. Nå vil vi se politikere med mot som tar fatt i det og ikke bare bruker folkehelsebegrepet og forebyggende helsearbeid som «godord» i passende anledning. Vi vil ha handling og vil ha innhold på begrepene operasjonalisert inn i vårt hverdagsliv.

Våren har jeg allerede nevnt og et av fenomenene våren bringer med seg er vår forsknings- og landskonferanse som dukker opp som en trekkfugl fra et sted og skaper møteplasser hvor fokuset er psykisk helse. Dette er en gammel tradisjon og jeg håper vi sees riktig mange i Trondheim i tidlige junidager til felles erfaringsutveksling, påfyll av kunnskap og sosiale møter med mange kollegaer fra hele landet. Med dette ønsker jeg dere alle en god vår der dere er og lykke til med alt det flotte arbeidet som gjøres over det ganske land.

Kurt J. Lyngved

FAGGRUPPELEDER

Dyrkes i det små

De fleste norske marihuanadyrkere har bare noen få planter. Forskere ved Universitetet i Oslo har funnet ut at de færreste velger å oppskalere produksjonen, fordi de mangler de nødvendige botaniske egenskapene, er dårlig skikket til å organisere en stor produksjon, mangler nødvendig startkapital for å investere i utstyr og eiendom og mangler kunnskap om hvordan man opererer i den kriminelle underverdenen.

Kilde: Forskning.no



Får ikke kreftdiagnose

Schizofrenipasienter har økt risiko for å dø av kreft eller hjertesykdom, ofte uten å ha blitt diagnostisert for sykdommene. Det viser en studie fra universitetene i Stanford og Lund. Mer enn seks millioner svensker deltok i studien, som strakte seg over sju år. 8277 av deltakerne hadde fått en schizofrenidiagnose i løpet av de to årene før studien begynte.

Kilde: PsykNytt

SMÅNYTT

Kreative er oftere psykisk syke

Personer som arbeider i kreative yrker blir oftere diagnostisert for en psykisk lidelse enn folk flest, viser forskning fra Karolinska instituttet. Forskerne fant at bipolar lidelse er vanlig hos personer med kunstneriske eller vitenskapelige stillinger. De fant også at flertallet av de andre psykiske lidelsene, slik som depresjon, angst, schizofreni og stoffmisbruk, var mer utbredt blant forfattere enn folk flest.

Studien vekker tanker om hvordan vi skal se på psykisk sykdom, mener mannen bak rapporten, Simon Kyaga fra Karolinska instituttet i Sverige.

– Om man har det synet at visse ting forbundet med pasientens sykdom er fordelaktige, åpner det for en ny måte å forholde seg til behandlingen, sier han i pressemeldingen.



Kilde: hjelptilhjelp.no og medicalnewstoday.com

«Sterke vindkast gir eika dype røtter.»

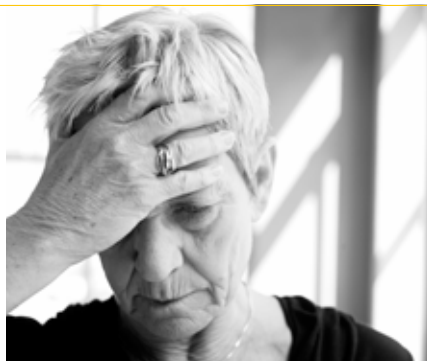
Georg Herbert, Britisk forfatter (1593-1633).

Angst av KOLS

KOLS-pasienter har dobbelt så høy sannsynlighet for å lide av angst eller depresjon sammenliknet med dem som ikke har KOLS. De psykiske plagene har sammenheng med pustevansker og andre symptomer på KOLS. Det

er Minna Hynninen som i sitt doktorgradsarbeid har studert dette. Hun fant også ut at pasienter som deltar i gruppebehandling med kognitiv atferdsterapi får redusert angst og depresjon.

Kilde: helse-bergen.no



Aktiv ungdom depper mindre

Ungdommer som driver fysisk aktivitet har bedre selvbilde enn inaktive. De har også mindre angst, depresjoner og er sjeldnere ensomme. Det viser forskning utført av doktorgradsstipendiat Tommy Haugen. En av årsakene kan være at de gjennom idretten opplever at de har kompetanse – altså en følelse av å være flink til noe.

Kilde: Forskning.no



Oslo-jenter sliter

Det er en klar økning i psykiske plager blant unge i Oslo, og jentene rapporterer om langt flere psykiske belastninger enn guttene. Det viser Ung i Oslo-undersøkelsen. Hele 51 prosent av jentene som deltok i undersøkelsen i fjor, svarte at de sist uke var «veldig mye» eller «ganske mye» plaget av følelsen at «alt er et slit». Rundt 10 000 ungdommer deltok i undersøkelsen.

Kilde: NOVA



Rask psykisk hjelp

I fjor mottok 12 kommuner tilskudd på 1,7 millioner kroner hver for å etablere Rask psykisk helsehjelp. Det er et gratis lavterskeltilbud der folk med lette til moderate problemer med angst og depresjon kan ta direkte kontakt for å få behandling, uten å gå via lege. Målet er at de skal få hjelp innen én til to uker. Det overordnede ansvaret ligger hos en psykolog. Tilbudet gis som samtalebehandling med kognitiv terapi. Nedre aldersgrense for å få hjelp er 18 år.

Kilde: Helsedirektoratet.no

Trygg bolig gir mindre rus

En egen, trygg bolig med mulighet for å snakke med noen døgnet rundt, gir et godt botilbud for rusavhengige. Det kommer fram i intervjuer forskere har gjort med ansatte og beboere fra Liengbakken bofellesskap i Mo i Rana. Liengbakken er en heldøgns omsorgsbolig for rusavhengige med varige skader eller tilleggspromblettikk som følge av rusavhengighet.

Det er to faktorer som ifølge forskerne er helt sentrale for at dette botilbudet fungerer godt for mange.

– For det første er det ingen krav om rusfrihet i egen bolig – kun i fellesarealet. For det andre det er et døgnbemannet tilbud, og ytterdørene er låste, som gir trygghet i den forstand at beboerne selv kan bestemme hvem som skal komme på besøk, sier Annelin Gustavsen ved Nordlandsforskning til Foskning.no.

Kilde: Foskning.no

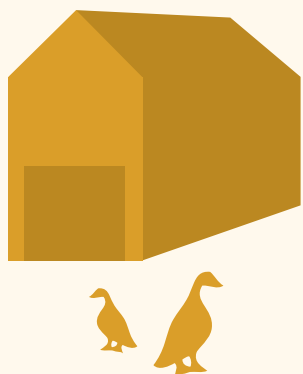


Stabilt antall dødsfall

I 2011 ble det i Norge registrert 262 narkotika-dødsfall. Av de døde var 201 menn og 61 kvinner. For perioden 2002 til 2011 har dødstallene i store trekk vært stabile med et gjennomsnitt på 269 dødsfall per år. Dødsfallene skyldtes i 2011 i hovedsak inntak av heroin (30 prosent), naturlige opiatte fra legemidler (24 prosent) og metadon (18 prosent).

Kilde: Statens institutt for rusmiddelforskning





God omsorg på

Grønn omsorg er et godt alternativ for mennesker som sliter med psykiske problemer og rus. For deltakerne i studien var det positivt å mestre arbeidsoppgaver og omgang med dyr, samt å samarbeide med andre.



Av **Arild Granerud**, Høgskolen i Hedmark, avdeling for folkehelsefag

Dette er en av fire delstudier innen Grønn omsorgs-forskning ved Høgskolen i Hedmark. Virksomheter innen grønn omsorg prøver på ulike måter å bruke kontakt med natur og dyr som en vei til bedring, helse og velvære. Delstudien fokuserer på konkrete erfaringer og personlige vurderinger til deltakere med hjelp av kvalitativ metode.

Bakgrunn

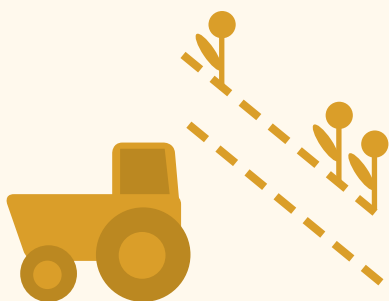
«Green Care» er et velkjent internasjonalt konsept og defineres som: «Utilization of agricultural farms – the animals, the plants, the garden, the forest, and the landscape – as a base for promoting human mental and physical health, as well as quality of life for a variety of client groups» (1). Grønn omsorg er en aktiv prosess som har som mål å forbedre helsen, både den fysiske og psykiske, og gi velvære. Det skal således ikke bare være en passiv opplevelse av naturen. Green Care er en virksomhet i vekst med nokså forskjellige former og i mange sammenhenger, fra sosiale og terapeutiske bruk av det grønne rom, til et utal av naturterapeutiske tilnærminger (Sempik, et al., 2010). Resultater fra virksomheter innen «Green Care» viser generelt på positive forandringer med hensyn til allmenn-tilstand, selvtilit, evne til å håndtere problemer, ta ansvar, opplevelse av mening, fysisk helse og sosiale ferdigheter (1, 2).

Å bruke dyr og natur i støtte, behandling og rehabilitering av mennesker i en vanskelig livssituasjon for å hjelpe dem «på sporet» igjen har blitt mer vanlig i Norge. I videste betydning uttrykker

de en forventning om at organiserte aktiviteter i kontakt med naturen i ulike former, for eksempel ved deltakelse i skogbruk, jordbruk og hagebruk, har en positiv innflytelse på mennesker. Intervensjon og intensjonalitet er avgjørende i begrepet Grønn omsorg – å bare tilbringe tid i naturen er ikke Grønn omsorg: «Alt som er grønt er ikke grønn omsorg» (2). Tjenester innen Grønn omsorg kan være rettet mot et bredt spekter av menneskelige behov, alt fra elever med spesielle behov, drop-outs fra (videregående) skole, arbeidsledige mennesker som trenger ekstra hjelp, mennesker med rusproblemer eller rusrelaterte problemer, mennesker med psykiske problemer, til mennesker med en kriminell forhistorie og eldre med demenssykdommer (3). I denne sammenheng ser vi på tjenester innen Grønn omsorg som i hovedsak er rettet mot mennesker med psykiske problemer og mennesker med rusproblemer. Det er dokumentert at sistnevnte kategori ofte opplever psykiske problemer i tillegg.

I sin norske utforming benevnes disse virksomhetene Grønn omsorg, Grønt arbeid og Inn på tunet (IPT). Hensikten er å tilby et variert tilbud til mennesker med svært ulike personlige og sosiale behov, i ulike aldrer og situasjoner i livet. Det er iøynefallende at i alle land har initiativene for Grønn omsorg gårdene i hovedsak vært tatt av bønder og ikke av helsetjenesten eller offentlig virksomhet. Grønn omsorg oppdrett startet som en bottom-up prosess der bønder danner den viktigste drivkraften for utvikling av Grønn omsorg (1). En ytterligere viktig begrunnelse for satsingen er

gård



å utvikle og diversifisere bondenæringen og små bedrifter på landsbygden, som bidrag for å beholde et levende lokalsamfunn i rurale områder (4). I Norge har også viktige drivkrefter vært landbruksorganisasjoner og fylkeslandbrukskontorene.

Grønn omsorg på gårdsbruk representerer et arbeidsmiljø der et mangfold av målgrupper utfører meningsfylte aktiviteter. Det tar i bruk et flerdimensjonalt syn på anvendelse av gårdsbruk, som – i tillegg til salgbare råvarer – bidrar til helse og sysselsetting, utdannelse eller terapi. Gårdene kan gi muligheter for mennesker å delta i de ulike rytmer av dagen og året, ta del i dyrking av mat eller arbeid med husdyr. Virksomhetene omfatter jordbruksbedrifter og gartneri og tar sikte på å integrere mennesker med fysiske, mentale eller emosjonelle funksjonshemminger av alle slag.

Rent konkret dreier seg Grønn omsorg/Grønt arbeid om:

- 1) avklaring av arbeidsevne,
- 2) arbeidspraksis,
- 3) sosialt varierte arbeidsoppgaver,
- 4) sosial fellesskap og sosial ferdighetstrening,
- 5) kontakt med dyr og natur (5).

Grønn omsorg-gårdene representerer som nevnt et arbeidsmiljø der et mangfold av målgrupper utfører meningsfylte aktiviteter. Det er en rekke ulike former for aktiviteter og tilnærminger innen feltet natur, jordbruk og aktivitet. Her kan nevnes hagebruksterapi, terapeutisk hagebruk, sansehage og helende landskap. Planter, hagebruk, hager og landskap blir brukt i terapi eller som en form for rekreasjon for å bedre trivsel eller for å



nå forhåndsdefinerte mål. Det samme gjelder ulike former for dyreassistert terapi, dyr i skolesammenheng og aktiviteter. Dyr brukes i terapi eller i en rekreasjons- eller pedagogisk sammenheng for å bedre trivsel eller for å nå forhåndsbestemte mål. Grønn omsorg har kvaliteter som for eksempel trygghet og forutsigbarhet som kan ligge i gårdsmiljøet.

Samarbeidet mellom NAV og gården/gårdbrukeren kan utformes etter to hovedmodeller. Valg av samarbeidsmodell har implikasjoner for fordelingen av ansvaret for inntak, veiledning, rapportering osv. Den ene hovedmodellen, som omfatter nesten alle gårder, innebærer at gården er underleverandør til en kommunal eller privat tiltaksarrangør, oftest en arbeidsmarkedsbedrift: «ArbeidsPraksis i skjermet virksomhet» bedrifter (APS). Tiltaksarrangør er formelt sett ansvarlig for Grønt arbeid tiltaket, kvalitetssikring og rapportering til NAV. APS har ansvar for kvaliteten hos sine underleverandører. Gården har fått delegert ansva-

UTVIKLENDE: Å ta vare på dyr kan gi en mestringsfølelse, som fører til personlig vekst og utvikling. Illustrasjonsfoto: Colourbox-



MENINGSFULLT: Personene i undersøkelsen beskriver arbeidet på gården som å finne tilbake til en hensikt med sitt liv. Illustrasjonsfoto: Colourbox

ret for den daglige tiltaksdriften og den direkte oppfølgingen og arbeidsledelsen av deltakerne, etter en samarbeidsavtale med tiltaksarrangør, basert på den kompetanse og kapasitet gårdens personell har. Hva slags aktivitet og tiltak som bedrives på gård avhenger av NAVs kravspesifikasjoner, behov hos brukerne og betingelsene på gården (6). Tidsbegrenset kontrakt med gården/virksomheten lages for hver person som får et slikt tilbud. Den andre modellen er at gården er selvstendig ekstern leverandør med avtale direkte mot NAV.

Gårder tilknyttet Grønn omsorg bør ha en allsidig gårdsdrift. I veileder fra NAV (6) og andre beskrivelser av Grønn omsorg blir følgende aktiviteter ofte nevnt som mulige arbeids- og aktivitetstilbud på den enkelte gård:

- Stell og føring av dyr, moderne fjøsdrift
- Skogsarbeid
- Ved- og planteproduksjon
- Maskinbruk og -vedlikehold
- Utvendig og innvendig vedlikehold
- Kjøkkenarbeid, matlaging
- Fysisk trening
- Gårdsvertskap
- Arbeidsoppgaver etter gårdens årsplan; dyrking og høsting
- Stell av og kjøring og riding på hest
- Stell av hunder og kjøring av hundespann.

Vanlig på alle slike gårder er en rolig rytme, der forandringer av planer kan gjøres etter deltakernes dagsform, vær og årstidsrelaterte forhold. Dagene starter som regel med felles transport til gården. Over en kaffekopp diskuteres dagens program og arbeidsoppgaver blir fordelt. Etter en arbeidsøkt er det felles lunsj. Den kan enten bli laget på gården i fellesskap, eller hver deltaker har med sin egen lunsj som da som regel er en matpakke. Etter en ny økt er det transport tilbake.

Gårdbrukeren skal være arbeidsleder og veileder for deltakerne. Det er ikke uvanlig med opplærings og undervisningssekvenser, samt støttende samtaler med gårdbrukeren/arbeidslederen. De skal ikke være terapeuter eller profesjonelle hjelpere. Men opplevelsen av en meningsfull arbeidstrening og arbeidshverdag på gården er høyere når deltakerne opplever gårdbrukeren som ansvarsfull, forståelsesfull og ha god kommunikasjon med deltakerne (7).

Dyreassistert terapi for mennesker med psykiske lidelser er godt dokumentert der en har brukt kontakten med katter og hunder. Lignende studier

er nå også publisert med bruk av husdyr i slik terapi for mennesker med psykiske problemer selv om dette fortsatt ikke er godt dokumentert (8). Hvert år kommer flere forskningsrapporter som viser at interaksjon med dyr har positiv effekt for men-

«Variasjonen i arbeidsoppgaver er verdsatt av de fleste deltakerne.»

nesker med psykiske problemer (9). Dyreassistert terapi med husdyr viste seg å ha positive påvirkning på egen aktivitet og mestringsevne blant mennesker med langvarige psykiske symptomer ifølge en norsk studie (10).

I en Europeisk case studie i regi av organisasjonen So Far: Social Services in Multifunctional Farms («Social Farming») viser blant annet hvor viktig holdningen til bonden er for kvalitet. De trekker frem viktigheten av at brukerne blir møtt som «vanlige» folk snarere enn blir sett på som pasienter. De opplever respekt uten fordommer. De uttrykker at bonden gir dem tillit og ansvar. Spesielt brukere med psykiske problemer omtaler at det er viktig å få respekt fra såkalte «normale» mennesker (3).

Innenfor Grønn omsorg er det mye fokus på brukernes ressurser, på det positive og utviklingsdyktige. Dette er en holdning som ligger vel i linje med et salutogenetisk perspektiv, utviklet og beskrevet av Antonovsky (11).

En annen sentral teoretisk forståelse av grønn omsorgsvirksomhet er Recovery. Selv om det er konsensus om hjørnesteinene i begrepet, er det fortsatt ingen offisiell og av de fleste fagfolk akseptert definisjon (12), Recovery blir beskrevet som «å komme seg», «å gjenvinne» eller å «hente seg inn igjen». Det dreier seg om bedringsprosesser, altså prosesser for å gjenvinne aktiv kontroll over eget liv. Et element som er felles for alle er at prosessen mot recovery alltid består av en kombinasjon av kollektive, sosiale prosesser og individuelle, intrapersonelle endringer, men der den personlige opplevelsen er avgjørende. Tjenester innen Grønn omsorg er knyttet til aktiviteter innen jordbruk, hagebruk og skogbruk. Anthony (13) definerer personlig recovery som:

«... a deeply personal, unique process of changing one's attitudes, values, feelings, goals,

skills, and/or roles. It is a way of living a satisfying, hopeful and contributing life even within the limitations caused by illness. Recovery involves the development of new meaning and purpose in one's life as one grows beyond the catastrophic effects of mental illness.»

Hensikten med delstudien Grønn omsorg fra deltakeres perspektiv er med kvalitative termer å beskrive og analysere deltakeres med psykiske problemer eller rusproblemer subjektive erfaringer relatert til virksomheter innen Grønn omsorg.

Metode

Studien er en av fire delstudier i forskningsprosjektet Mental Health Promotion by Recovery-Oriented Green Care Services (ROGCS), ved Høgskolen i Hedmark.

En eksplorativ, deskriptiv og kvalitativ metode er brukt for å få en forståelse av brukernes erfaring med Grønn omsorg. Den overordnede metoden for denne studien er inspirert av Grounded theory (14, 15). Den intervjuedes livsverden (16), dvs. den enkeltes dagligliv, står sentralt. Det kvalitative, semistrukturerte livsverdenintervjuet (17) ble brukt i datainnsamlingen.

«Samvær med familie og venner ble hyppigere.»

I studien ble det intervjuet 20 brukere av tjenestene, i aldrene 22 til 55 år (de fleste var mellom 35 og 40 år). Kjønnfordelingen var rimelig jevn, med 12 kvinner og 8 menn. Hensikten med Grounded Theory er å få en fortolket forståelse av den subjektive meningen av menneskers erfaring, i dette tilfellet fra deltakelse i Grønn omsorg. Dette kan ikke sees på som «sannheten» om virksomheten, men det er den «opplevde virkeligheten» som er resultatet av en samtale/intervju eller – uttrykt på en annen måte – en konstruksjon av virkeligheten, mellom informanter og forsker (14).

Studien fulgte anerkjente forskningsetiske prinsipper, og er godkjent av personvernombudet i NSD (18). Deltakelse bygger på informert samtykke.

Resultater

Enkelte av de intervjuede hadde langvarige og alvorlige psykiske lidelser som psykoselidelser, mens andre hadde mindre omfattende psykiske problemer som kunne tilskrives en utfordrende livssituasjon

som vanskeliggjorde vanlig arbeid. Felles for alle var et lengre opphold fra det ordinære arbeidslivet og en manglende tro på at de skulle klare en vanlig jobb igjen.

De fleste av intervjupersonene hadde lang erfaring med tilbudet innen Grønn omsorg. Et flertall hadde deltatt i over et år. Noen av deltakerne hadde også lengre erfaring enn dette. Intervjusubjektene med kortest erfaring hadde vært på gården i ca. 3 md. Den var stor variasjon i hvor lenge hver arbeidsdag varte for den enkelte. Et flertall av de intervjuede arbeidet med Grønn omsorg på gården 2 ganger per uke. Enkelte hadde et arbeidstilbud 3–4 dager pr. uke, men noen hadde trappet ned til 1 gang pr. uke. Arbeidsdagen på gården var vanligvis 4–6 timer. Men andre var på gården nesten hele dagen, ca. 7 timer.

Hovedkategorien for den samlede analysen var Et meningsfullt liv. Den viste at deltakerne hadde opplevd aktiviteter som viktig for dem alle. Kategoriene, som hovedkategorien bygger på er: Kontakt med dyr, Et «naturlig» arbeid, Ledelse og gruppeprosesser, Utfordringer og mestring, Sosialt fellesskap og tilhørighet. Kategoriene representerer erfaringene som informantene hadde på gården og det sosiale fellesskapet dette ga. Se tabell 2.

Et meningsfullt liv

Hovedkategorien, som er dekkende for hele data-materialet, er: Et meningsfullt liv. Dette dekker i korthet innholdet som ligger i de fem kategoriene som analysen resulterte i. Deltakerne hadde fått tilbake livslyst. Å komme inn i en vanlig døgnrytme og oppleve å være etterspurt var vesentlig. Å være i et fellesskap, og å ha et fellesskap med dyr, der det fantes, hadde stor betydning for å ha en følelse av at livet hadde en mening, der den enkelte igjen kunne oppleve å ha en funksjon og finne sin plass.

At aktiviteter i Grønn omsorg oppleves som meningsfulle kan også forstås ut fra at de har en ytre og ofte ganske innlysende hensikt, som ikke er bundet i deltakeren. Det meningsfulle er basert på at deltakeren utfører et arbeid som må gjøres for sin egen skyld, ikke på grunn av deltakernes behov. Det meningsfulle i den sosiale konteksten ligger i at deltakerne i gruppen har samme posisjon og i stor grad den samme situasjonen og har behov for personlige endringer. Det er også forsterket ved å jobbe sammen og være forent i vanlige arbeidsoppgaver.



Hoved-kategori	Et meningsfullt liv				
Kategori	Kontakt med dyr	Et «naturlig» arbeid	Ledelse og gruppe prosesser	Utfordringer og mestring	Sosialt fellesskap og tilhørighet
Indikator	Nærhet og omsorg til dyr.	Kontinuitet i hverdagen – Regelmessighet gir mening med dagen og livet.	Å gjøre noe sammen, og klare oppgavene sammen.	Fysisk tung jobb kjennes meningsfylt.	Å gjøre noe sammen gir sosial tilhørighet.
	Dyr gir nærhet uten baktanker.		Å bli respektert.	Arbeid utendørs.	Likverdighet på gården.
	Mestring av dyrestell og aktivitet.	Meningsfull aktivitet.	Å spise sammen og samtale om dagens oppgaver og opplevelser.	Oppmuntret og utfordret til ukjent aktiviteter.	Økt sosialt liv utenfor gården.
	Dyr er avhengig av meg.	Mestring gir økt selvaktelse og opplevelse av å vokse.	En arbeidsleder som kan kommunisere og samle gruppen.	Opplevelsen av å jobbe seg sliten – kjenne sin egen kropp bli brukt.	Å bli sett som et helt menneske.
	Å mestre hest gir økt selvaktelse.	Å oppleve årets skiftninger – så og høste			Aktiv samfunnsdeltager.

Tabell 2: Erfaring med Grønn omsorg fra deltagerperspektiv. Skjematisk fremstilling av hovedkategori, kategorier og indikatorer.

Kontakt med dyr

En tydelig trekk i datamaterialet er viktigheten av å være i kontakt med dyr. På gårdene der de intervjuede deltar, er det mange forskjellige typer dyr, som høner, kaniner, sauer, kuer og hester, foruten kjæledyr som katter og hunder. Å møte dyr, å lære å ta vare på dyr og i noen tilfeller å lære å overvinne frykt for dyr, er spesielt positive opplevelser for deltakerne. De store dyrene, som hester, okser og kuer, ga størst utfordringer, men også mest positive opplevelser.

«Dyra er ikke så kompliserte å være i lag med, så kanskje, å være i lag med andre mennesker, kan fort bli komplisert».

Noen av dem som deltar innenfor Grønn omsorg har aldri hatt nærkontakt med store dyr tidligere, og har en viss spenning knyttet opp mot det å gå inn til disse dyrene. I de empiriske data, finnes det eksempler på hvordan deltakerne utviklet en dyp følelse av kjennskap til individuelle dyr, for eksempel gjennom å bruke dyrenes navn når de snakker om dem.

«Uansett, det gir deg en så god, indre følelse ... å være i fjøset, for å være sammen med dyr.»

I sin kontakt med dyrene må deltakerne møte behov som er umiddelbar og uten krav, og de får en umiddelbar bekreftelse på at dette behovet er oppfylt. Ikke minst å lære å ta vare på og oppfylle

behovene til dyrene utgjør store utfordringer som deltakerne opplever ofte at de lykkes å mestre. Dette fører til personlig vekst og utvikling.

Ut fra brukernes beskrivelser av dyr, ser det ut til at samhandlingen av dyr verdsettes av flere grunner, også fordi dyr ikke «dømmer» eller «krever», på samme måter som flere av deltakerne hadde opplevd at mennesker kan gjøre. Deltakerne ser med andre ord ut til å verdsette at dyr ikke legger press på dem, og ikke oppfører seg stigmatiserende og differensierende, og at dyrene samtidig er helt avhengig av omsorg fra deltakeren, for å overleve. Dyr er bare naturlige og de føler at dyrene har tillit til dem. De opplever en indre ro sammen med dyrene, og noen beskriver det som en slags meditasjon. Mange oppgir å være veldig glad i dyr, og sier at nærkontakt med dyrene bidrar til at de føler seg bedre.

«Jeg synes jeg ser at kuene, også de er helt spesielle individer, hver og en. Jeg synes de gir innmari mye, jeg kunne gå bare der og kose og klappe»

Et «naturlig» arbeid

Informantene var svært fornøyd med å arbeide eller være i virksomhet på en gård. De beskriver arbeidet på gården som å finne tilbake til en hensikt med sitt liv igjen. Å ta vare på dyrene er ifølge brukerne en av de mest framtidende aktivitetene i de tiltakene



UTFORDRINGER: Livet på en gård kan by på mange spennende utfordringer, som det å våge å ri på hest. Illustrasjonsfoto: Colourbox

innen Grønn omsorg som dekkes av denne studien. Men det finnes andre former for arbeid i friluft, som å arbeide i skogen med vedhogst eller å jobbe med dyrkingen av både store arealer og kjøkkenhager med planter de kunne bruke i egen husholdning. Å kunne se hvordan naturen gradvis endres etter som tiden gikk, å legge merke til hvordan årstidene kom og gikk, forsterket denne opplevelsen av meningsfullhet. Aktivitetene ble ofte utført i mindre grupper, med fra to til noen flere deltakere. Det er både arbeidsoppgaver knyttet til direkte til gårdens produksjon, eller som hadde andre funksjoner, så som matlaging for arbeidsgruppen, dekke på bordet eller rydde og vaske opp etter lunsjen. Variasjonen i arbeidsoppgaver er verdsatt av de fleste deltakerne, selv om noen foretrekker mer permanente arbeidsoppgaver, for eksempel arbeidsoppgaver i stallen.

Det varierte hva deltakerne foretrakk å gjøre, men noen fant trygghet i at arbeidsoppgaver ble rutine, og i å mestre en oppgave.

«Å jobbe i fjøset passer meg, fordi det er rutine. Og så har vi hester, og vi kutter tre og slike ting.»

Brukerne understreker hvor positivt det er at arbeidet ikke er kombinert med stress, hver og en har lov til å arbeide i sitt eget tempo. Et annet viktig trekk ved virksomheten som vektlegges av deltakerne er at de på slutten av dagen kan føle seg fysisk slitne, i stedet for å være mentalt slitne. Å måtte bruke kroppen og være ute i frisk luft gir en følelse av tilfredshet hos deltakerne. Noen nevner det som positivt å arbeide så en blir varm og svett, og på den måten gjenoppleve kroppens muligheter og styrker. Spesielt de mannlige deltakerne vektlegger dette.

«For meg personlig, trakk det meg opp fra gjørma. Jeg vil si det. Det trakk meg opp. For å være fysisk slitne, i stedet for å bli mentalt utslitt, og i stedet for å sitte hjemme, stirre i veggen og grave deg ned i gjørma.»

Kontinuiteten i hverdagen med å ha et arbeide eller virksomhet å gå til noen ganger i uka gjør at informantene opplever å komme inn i en mer normal døgn- og ukerytme igjen. Kontinuiteten blir styrket gjennom at noen venter dem, at de opplever at det er behov for deres innsats. Regelmessighet gir mening med dagen og livet ifølge informantene. De opplevde regelmessighet som viktig for å få en følelse av å komme i balanse med seg selv. Dette kan sees i sammenheng med at de erfarte å ha noe meningsfullt å fylle dagen med.

Ledelse og gruppe prosesser

Aktiviteter innen Grønn omsorg er strukturert, men ikke i form av faste behandlings- eller rehabiliteringsprosedyrer. Bortsett fra de ulike aktivitetene, der deltakerne arbeider i små grupper, er det de daglige samlinger og måltider som tilbyr muligheter for å snakke om både generelle og personlige saker. Å samtale om dagens oppgaver og opplevelser, og spise sammen som på en vanlig arbeidsplass ga opplevelse av gruppesamhold og en egen glede. Det vanlige er å snakke om og planlegge arbeidsoppgaver som skal gjennomføres samme dag som de skal utføres. Disse samtalene bidrar til følelsen av gruppetilhørighet.

Å arbeide i en gruppe er også et personlig skritt framover for mange av deltakerne.

« ... Vi jobber så godt sammen, to, tre personer, og etterpå er vi alle veldig fornøyd, og da både får jeg og gir jeg gode kommentarer om jobben vår og at vi fungerer

godt sammen, og stemningen er meget god og det gir en meget god følelse.»

Utfordringer og mestring

Deltakerne hadde alle ulike opplevelser av å ha mislykkes på ulike områder av livet. Spesielt nevnes hverdagslige utfordringer som for eksempel ikke klare å opprettholde en normal døgnrytme med arbeid, fritid, hvile og søvn. Det gjaldt også spesifikke utfordringer, som å mestre nye situasjoner, oppgaver og krav. Å delta i Grønn omsorg innebærer utfordringer av begge typer. Det var en personlig seier for deltakerne å klare å ta del i en organisert virksomhet, å følge en vanlig døgnrytme, å komme seg opp om morgenen og komme seg til gården til tross for å ty til den lette løsningen: å holde seg hjemme. Deltakernes utholdenhet er en viktig del av dette, men enda viktigere er den indre styrke deltakerne utvikler ved å mestre ulike typer utfordringer knyttet til aktiviteter i Grønn omsorg. Ikke uten stolthet, beskriver de hvordan de har overvunnet sin frykt for kyr og hester, hvordan de har, etter hvert, lært å komme nær og ta vare på disse dyrene, og selv begynte å ri på hestene, som ett eksempel.

«For meg var det veldig tøft, men jeg lærte etter hvert. Senere ble det helt greit, jeg klarte faktisk å komme nær til kua og å bruke min skulder å flytte henne, det gir deg en slik følelse av mestring. Du vokste i forhold til utfordringen.»

Det gir tilfredsstillelse og meningsfull innsikt for deltakerne å vite at de kan mestre en utfordring, som fører til personlig vekst og utvikling. På lengre sikt gir det brukerne mot til å teste andre utfordringer også.

Å bli fysisk sliten ble opplevd både som utfordring og mestring. Det var spesielt tydelig at mennene opplevde at dette ga en følelse av mestring. Deltakerne gjorde til tider arbeidsoppgaver som var fysisk krevende som å hogge ved i skogen, og da kunne hest bli brukt for å dra veden fram til gården. Veden ble kløyd med vedkløyver, stablet i rekker, og levert til kjøpere. Dette synes informantene var bra arbeid. Slikt arbeid er tungt, særlig når det er mye snø, noe som krever at de må finne løsninger sammen.

«For det trur jeg folk har godt av, å røre på seg, det virker positivt på hode og kropp.»

Sosialt fellesskap og tilhørighet

Det er ikke unikt for tiltak som Grønn omsorg å tilby sosialt fellesskap og sosial trening. Dette er for

eksempel en viktig del av behandlingen i terapeutiske samfunn. Likevel har deltakerne understreket at aspekter av sosial interaksjon er svært framtrædende innen Grønn omsorg. Å få anledning til å møte andre i samme situasjon, men i en kontekst tilpasset hver deltakers personlige evner, er en kvalitet som blir vel så verdsett som andre deler av Grønn omsorg.

«Det er flott å jobbe og bruke kroppen din, men det er den sosiale delen, som er verdt enda mer, i alle fall hvis du er i en gruppe som fungerer, hvis du nyter å være sammen med de andre i gruppen.»

Å gjøre noe sammen ga for mange en sosial tilhørighet. Det sosiale samholdet ble forsterket ved at deltakerne utførte aktiviteter sammen, og ved at disse aktivitetene ofte representerte nye opplevelser for deltakerne. Å ha måltider og noen samlinger sammen bidro også til denne følelsen. Et økt sosialt liv utenfor gården var noe nesten alle snakket om som betydningsfullt. Denne «bivirkningen» av Grønt arbeidsvirksomheten overrasket deltakerne. De syntes de fant tilbake til tidligere aktiviteter og venner igjen. Besøk og samvær med venner og familie ble hyppigere. Sosial tilhørighet på gården ga et overskudd til å få tilbake sitt tidligere sosiale overskudd utenom arbeidet.

Deltakerne intervjuet har også påpekt noen negative aspekter ved grønne omsorg. Det er koplet til økonomiske og administrative forhold, for eksempel mangel på koordinering mellom statlige eller kommunale myndigheter og tjenesteleverandører. Et annet aspekt som deltakerne påpeker som negativ er avtaleperiodene for tiltakene innen Grønn

«Å bli fysisk sliten ble opplevd både som utfordring og mestring.»

omsorg kan bli for korte. Det blir noe usikkert med planering og det blir vanskeligere for deltakerne å få til vekst og grunnleggende personlige endringer.

Diskusjon

Resultatene fra denne studien, som selvsagt har begrenset generaliserbarhet, peker entydig i en retning: Grønn omsorg har for de intervjuede deltakerne representert åpenbare positive opplevelser. I grunnen for disse erfaringene ligger aktivitetene i kontakt med dyr og natur som former kjernen

i Grønn omsorg. Deltakerne kommer inn i en sammenheng der psykiatriske diagnoser ikke er av interesse, og hvor symptomene forbundet med psykisk funksjonshemning er bare diskutert i den grad at de hindrer eller påvirker muligheten til å delta i gårdens aktiviteter. Virksomheten har ikke en terapeutisk karakter, men speiler mer et faktisk behov: det å ta vare på og ha ansvar for håndtering av dyr og natur. Dette skjer i en sosial, men ikke-stigmatiserende sammenheng, noe som betyr at arbeidsevnen i gruppearbeidet øker.

«Gruppen ble en arbeidsgjeng som hadde det fint sammen.»

Funnene viser betydningen av å mestre både arbeidsoppgaver og fellesskap med dyr og mennesker. Å gjennomleve utfordringene og ha opplevelse av å mestre gårdens arbeidsoppgaver var vesentlig for opplevelsen av et meningsfullt liv.

På samme måte var opplevelsen av ledelse og gruppeprosesser. Deltakerne var i et inkluderende miljø som ble ledet på en samlende måte og der gruppene ble en arbeidsgjeng som hadde det fint sammen. Å bli sett og inkludert, og å få til samarbeid i arbeidsgjengen var med på å gi et sosialt fellesskap og tilhørighet, noe som var med på å gi et meningsfullt liv. De to kvaliteter som bygger opp under hovedkategorien – utfordring og mestring samt sosialt fellesskap og tilhørighet – motsvarer to grunnleggende menneskelige karakteristika; på

ene siden å være et selvstendig individ som mestrer livets utfordringer, på andre siden å tilhøre en sosialt sammenheng, der en blir akseptert og inkludert. I dette møtet, mellom selvstendighet og avhengighet, prøver deltakerne i Grønn omsorg-virksomheter og stabilisere å utvikle sine liv.

Faktorer som Grønn omsorg deler med andre former for velferdsintervensjoner (JF. 2) kan tydelig gjenfinnes i resultatene. Framfor alt sees dette i at deltakerne:

- har utviklet en daglig rutine og struktur,
- har hatt fysisk aktivitet,
- har deltatt i produksjonen gjennom meningsfylte aktiviteter, preget av lite stress,
- har opplevd å jobbe sammen for en felles formål,
- har utviklet ferdigheter og økt selvtillit,
- har opplevd sosial interaksjon og mulighet til sosial kontakt.

Når det gjelder faktorer spesifikt knyttet til kontakten med natur og dyr i Grønn omsorg (Jf. 2) viser resultatene sterkest sammenheng i følgende deler:

- en følelse av samhörighet med naturen,
- å se på naturen som genuint fredelig,
- en opplevelse av at naturen har en beroligende effekt,
- en følelse av velvære gjennom troen på at natur og frisk luft er virkelig sunt, det gir mulighet for å pleie planter og dyr, og opplevelse av tilfredshet som følger,
- opplevelsen av et engasjement med et dynamisk system, der en ser skiftende årstider og vær.

Det synes åpenbart at både generelle og spesifikke faktorer knyttet til deltakernes erfaringer – og spesielt kontakten med dyr – har påvirket deres innstillinger til Grønn omsorg.

Grønn omsorg-virksomheter tilhører ikke primært psykisk helsevern eller behandling for rusproblemer. Bedring som en konsekvens av behandling eller pleie er således ikke fokusert. Men på en annen side peker deltakerne i intervjuene på endringer i sine personlige og sosiale forhold. De snakker om en bedret rytme når det gjelder arbeid/aktivitet og hvile, en økt mestrings-evne og tilfredshet med å klare nye utfordringer, en større lyst til å møte andre mennesker. Det synes dermed som at deltakerne egentlig beskriver trinn i retning mot recovery, slik det defineres av Anthony (13). I Anthonys beskrivelse vektlegges at recovery er en dypt individuell prosess som innebærer at

LITE STRESS: I grønn omsorg får deltakerne være med på meningsfylte aktiviteter uten stress. Illustrasjonsfoto: Colourbox



attityder, vurderinger, følelser, mål, evner og roller endres over tid. Muligheten å leve et rimelig godt liv på tross av gjenstående begrensninger er fokusert, likevel som viktigheten av å utvikle nye mål og ny mening i livet.

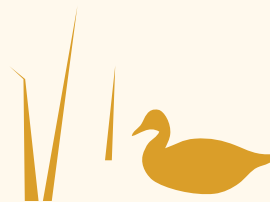
Sempik et al. (2) beskriver teorier og konstruksjoner som brukes i forbindelse med Grønn omsorg. En av de perspektivene som behandles er salutogenetisk teori, utviklet av Aaron Antonovsky (19). Her hevdes det at alle mennesker plasseres seg langs et kontinuum mellom helse og dårlig helse. Begrepet sense of coherence (SOC) bestående av tre områder; forståelighet, håndterbarhet og meningsfullhet. Selv om begrepet SOC kanskje ikke passer i helt med ideen om recovery, synes det klart at den dekker flere sentrale aspekter ved recovery. Ifølge vår undersøkelse, synes de tre områdene i SOC å dekke en stor del av de empiriske funn, den tredje området til en så stor grad at det ble valgt som overskrift for hovedkategorien.

Denne studien viser at Grønn omsorg kan være en forsterker av personers sosiale nettverk. Deltakelse gir en gruppetilhørighet som styrker sosiale bånd, både sterke og svake bånd (20). Gjennom å delta i arbeid og samvær med de andre deltakerne og gårdbrukerne fikk deltakerne mot og overskudd til å gjenoppta kontakten med andre innom sitt tidligere sosiale nettverk. Dette gjaldt både familienettverk og vennernettverk. De fikk styrket sin sosiale arena og økt mengde av samvær med mennesker de ville tilbringe tid sammen med. Fellesskap på gården ga et økt fellesskap også utenfor gården.

Oppsummering

Denne studien viser et sterkt samband mellom deltakernes erfaringer og sentrale teoretiske begreper og modeller innen aktuell forskning omkring bedring, mestring og recovery, koplet til hverdagsliv og sosial deltakelse. Studien styrker dermed antakelsen at virksomheter innen Grønn omsorg har en stor rolle å spille i utviklingen av et mer mangefasettert tilbud for mennesker med psykiske problem og/eller rusproblemer, i retning mot åpenhet og økt samfunnsdeltakelse.

Artikkelen bygger på rapporten: Granerud, A., Eriksen, B & Lund, I.E. (2012) Grønn omsorg fra deltaker og tilbyrers perspektiv. Delrapport i prosjektet Recovery-orienterte grønn omsorgstjenester. Elverum: Høgskolen i Hedmark, Rapport nr. 4/2012. ■



Referanser:

1. Van Dijk, M. and J. Hassink, Farming for health: Green-care farming across Europe and the United States of America 2006, Dordrecht: Springer. 357 s.
2. Sempik, J., R. Hine, and D. Wilcox, Green Care: A conceptual Framework. A report of the working group on health benefits of green care, 2010, COST 866, Green Care in Agriculture. p. 120.
3. Di Iacovo, F. and D. O'Connor, Supporting policies for Social Farming in Europe Progressing Multifunctionality in Responsive Rural Areas 2009, Firenze: Arsia - Agenzia Regionale per lo Sviluppo e l'Innovazione nel settore Agricolo-forestale.
4. Landbruks-ogmatdepartementet, Handlingsplan for Inn på tunet, m. Landbruks- og, Editor 2007: Oslo.
5. Meistad, T. and R. Nyland, Du må så før du høster <http://www.nav.no/805320684.cms> 2005: Oslo.
6. NAV, Veileder for NAV kontoret: Grønt arbeid – en god start på veien mot arbeidslivet, N. NAV, Editor 2011: Oslo.
7. Haugan, L., et al., Green care in Norway, in Volume 13 Farming for Health: Green-Care Farming across Europe and the United States of America, J. Hassink and M. Van Dijk, Editors. 2006, Springer: Dordrecht.
8. Berget, B., Animal-assisted therapy: effects on persons with psychiatric disorders working with farm animals, 2006, Universitetet, UMB: Ås. p. 1 b. (flere pag.).
9. Berget, B. and B.O. Braastad, Kunnskapsstatus og forskningsbehov for Inn på tunet 2008, Universitetet for miljø og biovitenskap: Ås.
10. Berget, B., Ø. Ekeberg, and B.O. Braastad, Attitudes to animal-assisted therapy with farm animals among health staff and farmers. Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing, 2008. 15(7): p. 576–581.
11. Antonovsky, A., Unraveling the Mystery of Health. How people manage stress and stay well. 1987, San Francisco: Jossey-Brass Publishers.
12. Davidson, L., et al., Recovery in Serious Mental Illness: A New Wine or Just a New Bottle? Professional Psychology, Research & Practice, 2005. 36(5): p. 480–487.
13. Anthony, W.A., Recovery from mental illness. The Guiding Vision of the Mental Health Service System in the 1990's. Innovations and Research, 1993. 2: p. 17–24.
14. Charmaz, K., The grounded theory method: An explication and interpretation, in More grounded theory methodology: A reader, B.G. Glasser, Editor 1994, Sociology Press: Mill Valley, CA. p. 95–115.
15. Glaser, B. and A. Strauss, The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research 1967, New York: Aldine de Gruyter.
16. Schutz, A., Hverdagslivets Sociologi 1975, København: Hans Rietzel.
17. Kvale, S., et al., Det kvalitative forskningsintervju 2009, Oslo: Gyldendal akademisk. 344 s.
18. Helseogomsorgsdepartementet, Om lov om medisinsk og helsefaglig forskning (helseforskningsloven): tilrådlig fra departementet av 29. juni 2007, godkjent i statsråd sam me dag. Ot. prp. ... Vol. nr 74, 2006–2007. 2007, (Oslo): (Regjeringen). 183 s.
19. Antonovsky, A., The salutogenic model as a theory to guide health promotion. Health Promotion International 1996. 11(1 Mar): p. 11–18.
20. Hummelvoll, J.K., Helt – ikke stykkevis og delt: psykiatrisk sykepleie og psykisk helse 2012, Oslo: Gyldendal akademisk. 614 s.

Ein bra stad å vere

På Straumøy gard tek me imot ungdom med særskilte behov og brukar aktivitetane på garden som ein reiskap for å få til utvikling og læring.



Foto Anne Kallevik Grutle

Av Anne Kallevik Grutle,
pedagog på Straumøy Gard
i Sveio kommune

Straumøy gard er ei godkjent Inn på tunet-verksemd og har sidan starten i 1996 teke imot elevar med særskilte behov frå hovudsakleg Sveio og Haugesund kommune. Gjennom alle åra etterpå har Anne Grutle som pedagog og bonden på garden, Leif Grutle, gjort seg erfaringar med elevar i arbeid, bygd opp system rundt elevane og Inn på tunet-verksemda og vore oppteken av kvaliteten i tilbodet. Etter kvart har tilbodet vore utvida til og å gjelde og andre grupper med særskilte behov.

Læring på mange plan

Inn på tunet handlar om å ta vare på dyr og menneske på alle nivå og i alle fasar av livet. Kvar inn på tunet-bonde og -gard legg til rette for ulike grupper ut frå sine menneskelege og fysiske ressursar og interesser, og ut frå lokalsamfunnet sine behov for alternative arenaer. Me som driv ei Inn på tunet verksemd gir slepp på både fritid og jamn inntekt, men får til gjengjeld vera med og gjere ein skilnad for menneske som slit i kvardagen. I smågruppe-

tiltaket har me per februar 2013 20 elevar frå ni ulike skular fordelt på fire dagar i veka. Hovudproduksjonen i jordbruksdrifta er kjøtt frå sau og ammekyr. I tillegg er det både geiter, griser, høns, hestar, lamaer og gjetarhundar på garden. Det er og litt produksjon av grønsaker til eige bruk, litt fiske og skogbruk. På Straumøy gard legg me stor vekt på læring og utvikling ut frå vår ståstad som pedagog og bonde, og gjennom nokre døme under vil eg visa kvifor Inn på tunet kan vere ein viktig arena for mange.

Taus kunnskap

Den eine sonen vår, Håkon, var to år og stod på ein grasbakke. Han tok opp ein stein og ei grein, spytta på steinen og gnei steinen på greina. Etterpå slo han gras med greina. For han var steinen eit bryne og greina var ljåen. Han hadde vore med faren og sett han slå gras med ljå, og som toåring hadde han alle bevegelsane inne. For meg blei dette ei veldig sterk oppleving. Etter å ha jobba som lærar i mange år



LANG REKKE:
Grisene kjem når det er mat å få. Foto: Anne Kallevik Grutle

for ungdomar

med fokus på lærebøker og teori, såg eg ein kunnskap som eg ikkje hadde reflektert særleg over, men som eg sjølv sagt hadde med meg, om enn noko ubevisst. I litteraturen er denne kunnskapen ofte nemnd som taus kunnskap der ein lærer gjennom å observere, delta og etter kvart overta arbeidet.

Som lærar har eg hatt mange elevar som har strevd med skulefag, og for å få til ei skulefagleg utvikling har eg vore med og pøst på med meir teori etter same malen som anna undervisning. Eg har med andre ord fokusert på det dei ikkje har kunne utan å endre metode, og eleven har fått endå ei stadfesting på kva dei ikkje kan, og attpåtil ofte forsterka ved at han eller ho har vore åleine med læraren. Opplevinga med Håkon førte til ei erkjening som endra meg som lærar og eg begynte å stille spørsmål, saman med mange andre lærarar, om metodane for læring som me brukte og som enno er i bruk, er løysinga for alle.

19 år gammal møtte eg ein bonde som eg seinare gifta meg med. Gardslivet var ein ny verd for meg, og gjennom våre ungar fekk eg innsikt i korleis ungane blei forma av gardsarbeidet. Eg såg korleis dei vaks inn i gardsdrifta. Etter kvart som dei var store nok til å delta i arbeidet, blei dette eit naturleg samtaleemne rundt middagsbordet. Dei vaks opp med eit familieliv der arbeidet var ein viktig del av kvardagen. Min påstand er at dei fekk oppfylt behova som Aaron Antonovsky meiner skal til for å ha eit godt liv og god helse; Oppleving av å forstå eller få oversikt over verda rundt seg, å kunne påverke sin eigen situasjon og sjå meininga med livet. Dei starta med å leike seg inn i arbeidet som toåringar til etter kvart å kunne ta ansvar for fjøsstellet som 13-14 åringar.

Edmund Edvardsen: I gamle dager foregikk opplæring i «naturlige» settinger, det vil si der samfunn var i gjære og noe var å gjøre. Opplæring og utøvelse var ett. Øvelsen inngikk i utøvelsen. (Frå artikkelen Den nye skolen av Edmund Edvardsen, professor i pedagogikk.)

Då garden på mange måtar er eit samfunn i miniatyr der det er lett å få oversikt, lett å påverke og forstå meininga med arbeidet, er dette ein god stad og vere for born, ungdomar og vaksne som slit med å finne seg sjølv og meininga med tilværet. Det er kort veg frå øvelse til utøvelse då det dei jobbar med på garden den eine dagen i veka kan bli ein erfaringsknagg til å henge skulekunnskapen på som dei jobbar med dei fire andre dagane. Utgangspunktet må vere at dei trivs med dyr og praktisk arbeid. Me vaksne er rollemodellar og lærer elevane å ta del i og utføre dei ulike arbeidsoppgåvene ved hjelp av den tause kunnskapsmodellen, og dei er på plass den dagen dei begynner å blande seg inn i drifta der dei kan ha meiningar om både føring av dyr og investeringar.

Eit døme på det er då me hadde problem med at elevane ikkje kunne ta kaninar ut av kaninbura for å klappe og luften dei når hundane var ute av hundegarden. Border colliar har eit veldig sterkt jaktinstinkt, noko som førte til at dei prøvde å ta kaninane der som elevane mista dei. Ein elev føreslo at me burde byggje eit så stort kaninhus at me kunne sitje inne i kaninhuset og ha dei på fanget der. Det førte til nytt kaninhus med to avdelingar, stort nok til at me kan vere der saman med kaninane. Hundane står no utafor og kikkar inn i luftegarden. Dette er eit av prosjekta som elevar har fått vere med på ut frå kva dei såg av behov. Andre gonger kan forslaga vere umoglege å gjennomføre på grunn av store kostnader og me må difor forkaste dei. I dette er det mykje læring då dei må forstå at det må vere ein balanse mellom tæring og næring.

Arbeid som reiskap for læring

Inn på tunet som omgrep er knytt til ei eller anna form for gardsdrift der ein brukar arbeidet og aktivitetane på garden som ein reiskap for å få til utvikling og læring. I det følgjande kjem det to av mange døme som viser læringssituasjonar hos to gutar som ligg på



SKOGSARBEID:

Elevane får vere med på mykje forskjellig arbeid. Foto: Anne Kallevik Grutle

heilt ulike funksjonsnivå for å gi litt innsikt i kva det er mogleg å leggje til rette for når det gjeld læring.

For ein del år sidan fekk me ein elev som ikkje hadde språk. Om vinteren jobbar me mykje i skogen, og medan me jobba saman med denne eleven blei det mykje til at me førte vår eiga samtale der guten blei inkludert gjennom sitt kroppsspråk. Me heldt på å rydde eit beite for einer, og idet eineren blei sagd av, sa eg «der kom han» som så mange gonger før. Som eit ekko høyrde eg guten seie det same. Han hadde for første gong sagt ein heil setning til meg. Etter kvart oppdaga me at det praktiske arbeidet var kjelda til språk for han, og det blei ein metode for å utvikle språket hans. I dag er han vaksen, jobbar som dreng og bur her på garden. Han kan til dels gjere seg forstått, og enno kjem det stadig nye ord og setningar når me jobbar saman.

Ei anna historie er «Arne» som er ein flink og

oppegående gut, men som gjennom heile si skuletid har slitt med og sitje i ro og få med seg det som blir forventa av skulefag. Han er ein gut som likar praktisk arbeid. Han har vore elev på Straumøy gard ein dag i veka i nokre år. Ein dag gjekk eg og han gjennom kompetansemåla i Kunnskapsløftet (læreplanen for grunnskule og vidaregåande opplæring) for og sjå om me kunne oppnå nokre av kompetansemåla gjennom arbeidet på garden, noko han var motivert til. Me tok for oss fag for fag, men eit fag ville han ikkje knyte til gardsarbeidet, matematikk. Etter kvart fann eg ut at det var det faget han sleit mest med. Me starta med å finne måtar å knyte faga opp mot det praktiske arbeidet, og etter kvart såg han at det kunne gjerast mykje nettopp med matematikkfaget. Det enda med at det var dette faget me jobba mest med. Me heldt mellom anna på med og byggje ein lavvo i tre der me hadde behov for og rekne ut materialmengd og pris. Dette førte til mykje øving med dei ulike rekningsartane, noko som er ganske grunnleggande for vidare arbeid i matematikk. Dei skriftlege arbeidsøktene i faget varte i 20-30 minuttar ein gong i veka, elles var det praktisk arbeid. I løpet av eit semester forbetra han karakteren i matematikk. Ein kommentar på veg ut etter ei teoriøkt var: «Eg trur jammen meg eg har bruk for matematikk, eg».

Det var som pedagog eg starta opp med Inn på tunet. Som lærar opplevde eg mange gonger at eg hadde elevar som eg såg hadde behov for noko anna enn det skulearenaen kunne gi dei for å få til læring og utvikling. Det er elevar som slit med skulefag og treng erfaringsknaggar for å forstå og kunna plasere teoretisk kunnskap, elevar som ikkje ser meininga med skulefaga og som ikkje finn seg til rette i skulemiljøet. Eg har og sett elevar som treng stimuli og opplevingar på grunn av fattig oppvekstmiljø, og elevar som treng ein arena der dei kan føle seg verdsett som den dei er med sine styrker og svakheiter. Mange av desse elevane treng tydelege rammer og har ofte behov for rutineprega arbeid for å føle seg trygge og finne ro. Dette er særleg viktig når dei begynner her, og me må vere tydelege på at me som driv garden er her for dei. Etter kvart som dei er på plass, kan rammene og strukturen løysast meir opp og dei kan vera med og påverka arbeidsoppgåvene.

Inn på tunet

Me starta med det som i dag blir kalla Inn på tunet i 1996-97. Våren 1997 fekk me vera med prosjektet Levande skule som Norges Landbrukshøgskule, i dag UMB, stod ansvarleg for. Dette prosjektet hadde åtte



pilotskular rundt i Norge der dei fekk hjelp til opparbeiding av uteareal og skulehage, og der målet og var å knyte skulen til ein eksempelgard. Me fekk vera med i dette prosjektet sjølv om me ikkje kunne knytast opp mot ein pilotskule. Klassen min blei forsøkskaninar der me prøvde ut korleis ein kan knyte praktisk arbeid og teori saman til ein heilskap og der det skulle vera ein raud tråd mellom gard og skule, matprodusent og konsument.

Frå starten med Levande skule har me utvikla ein Inn på tunet-gard der me per i dag driv tilbod til elevar i smågruppetiltak, verna arbeidstiltak, tek i mot klassar, tilbod til barnevern og avlasting. Hausten 2011 starta me eit butiltak for ungdom med psykisk utviklingshemming og som gjeld heile livsløpet i samarbeid med Sveio kommune.

Inn på tunet starta opp i si noverande form i Vestfold under omgrepet Grøn omsorg på slutten av 1980-talet. Prosjektet Bønder i bynære strøk i regi av Norges Vel på 1980-talet var starten på eit samarbeid mellom skule og gard. På 1990 talet kom prosjektet Levande skule i regi av UMB og Det norske hageselskap. Dette er no samla under Inn på tunet-omgrepet.

Definisjon av Inn på tunet:

Inn på tunet (IPT) er tilrettelagte og kvalitets-sikrede velferdstjenester på gårdsbruk. Tjenestene skal gi mestring, utvikling og trivsel. Gårdsbruk er en eiendom som benyttes til jord-, skog- eller hagebruk. Aktiviteten i tjenestetilbudet er knyttet opp til gården, livet og arbeidet der.

Inn på tunet er ein arena for oppvekst, helse og omsorg på alle plan der garden er reiskapen ein brukar for å få til ei utvikling, ei læring eller for å gi omsorg til dei som treng det. Inn på tunet kan brukast til alt frå læring på høgt nivå til berre ein god stad og vere. Det krev at ein ser kvar einskild som kjem inn på tunet og legg til rette for at brukaren av tiltaket får stetta sine behov.

For å kunna kalle seg ein Inn på tunet-gard og for å kunne bruke Inn på tunet-logoen må ein oppfylle visse kvalitetskrav. Dette omfattar mellom anna krav til helse, miljø og tryggleik og er å finne på Matmerk sine sider matmerk.no. I tillegg vil kjøpar av tenestene som ofte er kommune, fylkeskommune og NAV, ha sine krav til garden og bonden. Desse krava er ofte knytt til brukaren sine rettar og behov for vern og blir nedfelt i avtalar mellom kjøpar og bonde.

Bonden som ressurs

Gjennom arbeidet med Inn på tunet, og då særleg

i arbeidet med elevar med særskilte behov, har eg opplevd at mange har fått styrka sjølvkjensla si og kome inn i ei positiv utvikling. Eg har stor tru på at me klarer å oppnå mykje av det som Aaron Antonovsky peikar på som viktig for god helse og eit godt liv. På ein liten vestlandsgard som Straumøy gard er det lett å få oversikt, både når det gjeld garden som arena og dei ulike oppgåvene. Elevane lærer fort å kjenne dei ulike husdyrromma, namn på ulike bakkar og hagar, skogen, fjorden og øya vår. Det er lett å påverke livet på garden gjennom til dømes å gi dyra mat. Dyra lagar mykje lyd og er urolege når

Utgangspunktet må vere at dei trivs med dyr og praktisk arbeid.

me kjem om morgonen, men når alle gjer sin del av jobben tek det ikkje lange tida før dyra fell til ro, ei ro som smittar over på oss menneske. Eit anna døme kan vera når me må få inn avlinga før regnet kjem eller når me gjennom godt samarbeid klarer å felle eit tre. Som tidlegare nemnt er elevane på plass den dagen dei blandar seg opp i drifta på garden. Då har dei klart og gjennomskode kva dei er ein del av. Dei har oppdaga nokre samanhengar og ser løysingar som til dømes då dei såg behovet for eit nytt og større kaninhus.

Me har og hatt mange opplevingar som fortel oss at me som driv og eig ein Inn på tunet-gard kan vere ein viktig faktor for eleven si utvikling og læring. For mange elevar representerer bonden noko veldig stabilt og jordnært, ein som alltid er der og som ikkje så fort blir bytta ut. Bonden er sjeldan sjuk og er sjeldan på kurs og møte. Dyra skal ha mat sju dagar i veka to gonger om dagen. Elevane får ei oppleving av at bonden sviktar ikkje, verken dyr eller menneske. Dei får og ei veldig konkret oppleving av bonden som eigar og forvaltar av natur, dyr, bygningar og maskinar, og er det noko som sviktar, er det bonden sjølv som må ordne opp i det. Me har fått mange tilbakemeldingar frå tidlegare elevar om at me i ein periode av livet deira har vore viktige for dei, og det er ofte med stoltheit dei kan fortelje oss og andre kva arbeid dei har vore med på. Kanskje me har gitt nokre menneske viktige augneblink og gode opplevingar som dei tek med seg inn i sitt vaksne liv? Eg både håpar og trur det. ■

FORTALTE OM DEPRESJONEN:

I 1998 ble statsminister Kjell Magne Bondevik sykmeldt på grunn av en depressiv reaksjon. Da han etter tre og en halv ukes sykdomsfravær møtte pressen, ble han møtt av en vegg av fotografer. I ettertid har Bondevik sagt at han er glad for at han var åpen. I et intervju med Psykisk Helse i 2007 fortalte han at han hadde mottatt om lag tusen brev som følge av sykmeldingen. Han sa: «Mange av dem som skrev hadde sjøl problemer og sa at min åpenhet hjalp dem til å snakke. Noen ville også oppsøke faglig hjelp. Jeg er glad for mitt bidrag i så henseende.»







Søk stipend

Marie Kristofa Lysnes' stiftelse

utlyser et stipend på kr. 75 000

Det er et fagstipend som deles ut årlig, og stipendet deles nå ut for andre gang av stiftelsen.

Stipendet tildeles en sykepleier som arbeider eller planlegger å arbeide med et prosjekt som vil styrke utdannelsen av sykepleiere gjennom økte forskningsbaserte og kliniske innsikter og praktiske ferdigheter.

Marie Lysnes arbeidet gjennom et langt liv for å heve kvaliteten på sykepleierutdanningen og sykepleie innen det psykiske helsefeltet.

Stipendtildelingen har til hensikt å videreføre denne innsatsen i en aktuell og fremtidsrettet form.

Søknadsfrist 1. mai 2013.

Stipendet deles ut på Landskonferansen i Trondheim 6. juni 2013.

Søknad med prosjektbeskrivelse sendes til:
Faggruppen for sykepleiere innen
psykisk helse og rus
v/ Olav Bremnes innen 1. mai 2013,
på e-post: olav@ntebb.no

Mer info om Marie Lysnes på:
http://www.sykepleien.no/ikbViewer/Content/810786/marie_lyses_legat_8487.pdf



NSF's faggruppe for sykepleiere
innen psykisk helse og rus

Hold deg oppdatert om rus og avhengighet

PsykNytt er en blogg som samler de viktigste nyhetene fra fagfeltet og hjelper deg å finne fram i faglig informasjon. Abonnement er gratis.

Tekst Runar Eggen, Nettredaktør i PsykNytt

Med denne tjenesten blir det mye enklere å holde seg oppdatert. PsykNytt oppsummerer artikler fra sentrale tidsskrifter og nettsteder og presenterer stoffet på lettesteleset. Tittel, ingress og begynnelsen på engelske artikler blir oversatt til norsk, og så følger lenker videre til originalkilden. PsykNytt har nyheter fra en rekke tidsskrifter og nettsteder, som for eksempel Tidsskrift for Den norske legeforening, Sykepleien, Tidsskrift for Norsk Psykologforening, rop.no (tidligere dobbeltdiagnose.no) og Helsedirektoratet.

Forskjellige artikler

Redaksjonen skriver også en del egne artikler. Da dreier det seg ofte om hvordan du kan finne det du trenger i arbeidet eller hvordan du kan gjennomføre vanskelige samtaler, bestemte oppgaver eller terapier. Artiklene om retningslinjer og skåringsverktøy har vært spesielt populære. PsykNytt har også hatt artikler om hvordan bli bedre i motiverende intervju, mindfulness (oppmerksomt nærvær), mentalisering og kognitiv terapi.

Helsebiblioteket

PsykNytt utgis av Helsebiblioteket, og mange av artiklene hjelper deg å finne fram i all informasjonen som finnes i biblioteket. Helsebiblioteket abonnerer

på sentrale oppslagsverk, og PsykNytt har hatt en serie om hva oppslagsverkene sier om behandling av forskjellige lidelser. Du får også informasjon om hvilke tidsskrifter Helsebiblioteket gir tilgang til innenfor forskjellige fagområder.

Den siste tiden har apper for smarttelefoner vært mye i vinden, og PsykNytt har hatt flere artikler om apper innen psykisk helsearbeid og selvhjelp. PsykNytt kan leses like godt på mobiltelefon som på pc.

Passer for alle

PsykNytt har blitt godt mottatt av

fagmiljøer over hele landet og har nå i underkant av 2000 abonnenter. Tjenesten passer for alle som arbeider med, eller er interesserte i, psykisk helse. Nytt nummer av PsykNytt kommer hver mandag, og tjenesten finnes bare på nettet. PsykNytt er registrert som tidsskrift hos Nasjonalbiblioteket og har fått tildelt ISSN (International Standard Serial Number).

Ansvarlig redaktør er spesialist i psykiatri Øystein Eiring. Nettadressen er www.psyknytt.no. Du kan abonnere ved å sende en e-post til nettredaktør Runar Eggen (adresse: runar.eggen@helsebiblioteket.no). ■



PÅ MOBIL: PsykNytt kan leses like godt på mobiltelefon som på pc. Illustrasjonsfoto: Colourbox

Bli med på Landskonferansen



NSFs faggruppe av sykepleiere innen psykisk helse og rus, SPoR, arrangerer landskonferanse i Trondheim 5. - 7. juni 2013. Konferansen har fått navnet «Levva livet - psykisk helse i livsløpsperspektiv». Mer informasjon om program og påmelding: <https://www.sykepleierforbundet.no/faggrupper/psykiatriske-sykepleiere>

Her er foreløpig program for konferansen:

ONSDAG 5. JUNI	
09.30	Åpning. Velkommen. Ved Kurt Lyngved, leder SPOR. En hilsen fra Norsk Sykepleierforbund. Kulturelt innslag
09.45	Hva virker innen psykisk helsearbeid? Lokalt og globalt perspektiv på utfordringer innen praksis og forskning. Ved professor i psykisk helsearbeid, klinisk spesialist i psykiatrisk sykepleie og familietераpeut Kari Kvaal.
10.45	Pause
11.15	Alminnelighetens potensial - om bedringsprosesser og psykisk helse i et sosiologisk perspektiv. Ved PhD i sosiologi Astrid Helene Skatvedt.
12.15	Lunsj
13.00	Utdeling av «Marie Lysnes stipend».
13.15	Betydningen av salutogenese og helsefremming for psykiatrisk sykepleie. Ved psykiatrisk sykepleier og dr. polit. førsteamanuensis Eva Langeland.
14.15	Pause
14.30 -17.00	Parallelle sesjoner. Frie foredrag. Sykepleie innen fagfeltet psykisk helse og rus.
18.00	Omvisning med forfriskning på Rockheim.
19.30	Rocka buffet på Clarion Hotel & Congress.

TORSdag 6. JUNI	
08.00	Registrering
09.45	Åpning. Ved direktør for Helse Nord-Trøndelag Arne Flaot og leder for SPOR Kurt Lyngved.
10.00	Forebyggende arbeid til gravide med rus og/eller psykisk lidelse. Ved psykologspesialist Karianne Framstad Holden og prosjektleder Tone Haugan.
10.45	Kaffepause med pausebuffet og utstillerbesøk.
11.00	Erfaring med fokus på psykisk helse i videregående skole. Ved psykologspesialist Jo Magne Ingul.
11.45	Pause
12.00	Traumer etter 22/7, forskning på langtidsvirkning hos berørte og pårørende. Ved overlege, psykiater Lars Weisæth.
12.45	Lunsj
14.00 – 14.45	Parallelle sesjoner A1 Tidlig intervensjon til ungdom med psykiske plager. Ved psykiatrisk sykepleier Else Marie Juul. A2 Grupper for barn av psykisk syke og/eller foreldre med rusproblemer. Ved vernepleier Jorunn Mari Børstad. A3 Erfaring med kognitiv miljøterapi. Ved psykiatrisk sykepleier Elisabet Løvaas og ergoterapeut Asbjørn Johansen.
14.45	Pause med pausebuffet og utstillerbesøk.
15.00 – 15.45	Parallelle sesjoner B1 Forebyggende arbeid i forhold til aggresjon og utagering. Ved psykiatrisk hjelpepleier Kjell Nynes og psykiatrisk sykepleier Torbjørn Moe. B2 Hvordan leve med psykisk sykdom i familien. Samtale med en mor. Ved psykiatrisk sykepleier Ingun Haug og mor Jorunn Vollmo. B3 Ett års erfaring med samhandlingsreformen. Ved psykiatrisk sykepleier Olav Bremnes.
16.00	Årsmøte i SPOR
19.00	Festmiddag

i Trondheim



FREDAG 7. JUNI

09.00 – 09.45	Parallelle sesjoner
	C1 Arbeid og psykisk helse. Ved prosjektleder og ergoterapeut Stig Evensen.
09.45	C2 Motiverende intervju. Ved psykiatrisk sykepleier Paula Sofie Haugan.
	Pause med utstillersbesøk.
10.45-10.45	Parallelle sesjoner
	D1 Hvordan har veien tilbake til jobb vært, og hvilke utfordringer har jeg møtt på veien. Ved erfarer Petter Nilsen.
10.45	D2 Pårørende grupper i alderspsykiatrien. Ved enhetsleder Elin Vikan Røsæg.
	Kaffepause med pausebuffet og utstillersbesøk.
11.15	Eldre og psykisk helse – utelatt eller glemt? Nye nasjonale føringer. Ved seksjonsleder Kenneth Ledang.
12.00	Pause
12.15	Fra krisemaksimering til kriseminimalisering. Modell for håndtering av akutt krise og kronisk suicidalitet hos pasienter med emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse. Ved psykiater, overlege Sara Germans.
13.00	Lunsj
14.00	Musikalsk innslag. Ved MOT-ambassadør Julie Vikestad Olsen.
14.15	Ekspertrollen på individ- og systemnivå. Hvordan unngå at brukeren og kommunen står med lua i handa? Illustrert gjennom temaene behandling og tvang. Ved sykepleier og sosiolog Trond Hatling.
15.00	Avslutning med utdeling av posterprisen.
15.15	Vel hjem!

KONFERANSEBY: Trondheim er vertskapsby for årets landskonferanse.
Foto: Colourbox

Bli med i lokallaget

Spor i Hedmark er et nesten sovende lokallag, men slik ønsker vi ikke at det skal fortsette.

Tekst Bjørg Skjøtskift, leder LPS/Spor Hedmark



Her kommer en utfordring til LPS/Spor-medlemmer i Hedmark: Har du lyst til velges inn i styret eller bli aktiv på annen måte? LPS/Spor Hedmark har 72 medlemmer i 2012. De fleste bor i midt- og sørfylket, og bare 10–12 bor i Tynset-området. I nåværende styre sitter én fra midtfylket og fire fra nordfylket. Litt skjevt? Det ble ikke sånn fordi tynsetingene gjorde et kupp, men fordi det ikke var flere i midtfylket som stilte. Det betyr i praksis at det nesten ikke er noe virksomhet sør for Tynset. Nå holder vi styremøter via høyttalende telefon eller videooverføring. Det fungerer noenlunde. Like fullt er det umulig å være et eneste styremedlem i et stort område og klare å holde en virksomhet i gang. Det

«Det er godt å kjenne gode kolleger.»

er heller ikke praktisk mulig å bo på Tynset og lage arrangementer på Hamar eller Kongsvinger.

Vi trenger fagforbund

Slik er det altså når Sykepleierforbundet fyller 100 år, når gode helsetjenester og kompetente sykepleiere etterspørres som aldri før, og når det er store omveltninger og reformer i psykisk helsevern. Samtidig er sykepleiefaget og rollen vår under press. For

eksempel er det blitt vanlig å mene at det ikke spiller noen rolle hva slags fagbakgrunn en har i arbeidet med de sykeste. Psykisk helsevern i kommuner og spesialisthelsetjeneste trenger fagforbund der også det reinte faglige har prioritet og fokus. LPS – nå Spor, kan brukes som en fin arena for sykepleiere med faglig bevissthet!

Mange muligheter

Det er mange måter å bruke Spor på. Det er opp til hvert enkelt lokallag hva vi skal være og hva vi vil drive med. Vi kan være aktive og arrangere flotte kursdager, eller vi kan begrense oss til å holde medlemsmøter med mål å styrke samhold og faglig identitet. I Nord-Østerdal er vi for eksempel en kollegagruppe som via LPS har holdt kontakt gjennom mange år. Vi lar kapasitet, interesse og behov styre aktivitetsnivået. Vi har arrangert noen åpne, tverrfaglige kurs, mens vi i perioder bare har møttes til sosialt samvær eller en utflukt et par ganger i året. Flere ganger har vi klart å kombinere samværene med et faglig aktuelt teaterstykke eller lignende. Det er godt å kjenne gode kolleger!

Vi som sitter i styret nå, mener at et framtidig styre bør bestå av leder og flest medlemmer fra sentrale strøk i Hedmark, altså Elverum, Hamar, Kongsvinger. Ta kontakt og bli med på å dra lokallaget i gang igjen! ■

Aktuelle bøker



Tekst Johan Alvik Omslagsfoto Forlagene

BOOKOMTALE



Lær om hiv

Bakgrunnen for boken er hva HIV- positive pasienter har fortalt om sine møter med helsevesenet. Historier og erfaringer som har gjort forfatteren sikker på at helsearbeidere har behov for mer informasjon om behandling av denne gruppen pasienter.

For å møte behovet presenterer forfatteren Åse Haugstvedt faktakunnskap om hiv- infeksjon, og illustrerer faktakunnskapen med fortellinger fra fem hiv- positive pasienter.

*Hiv for helsepersonell,
Universitetsforlaget*

BOOKOMTALE



Hjelp ved rus

Boken gir en framstilling av hvordan rusproblemer kan forstås og identifiseres, og belyser hvordan helsepersonell kan yte helsehjelp. Boken er delt i tre deler. Del en presenterer perspektiver på rusproblemer og helsehjelp, del to tar for seg ulike behandlingstilnærminger, og del tre omhandler tiltak, hjelp og støtte. Ønsket er å bidra til en nyansert forståelse av og kunnskap om rusproblemer, både de helsemessige konsekvensene og hva som skal og kan være god helsehjelp til personer med rusproblemer og deres familier.

*Helsehjelp til personer med rusproblemer,
Cappelen Damm/ Akribe*

BOOKOMTALE



Helsearbeid i kommunene

Forfatterne presenterer mangfoldet i psykisk helsearbeid i kommunene, gir et helhetlig bilde av den kommunale praksisen og beskriver muligheter for utvikling. De viser hvordan man kan identifisere individuelle hjelpebehov og ulike metoder for kartlegging og endringsarbeid. Boken vier mye plass til psykologens bidrag til kommunalt psykisk helsearbeid, lovverkets føringer og behov for samhandling og kompetanseutvikling på tvers av etater og tjenester. Forfattere er psykologene Bibi Schjødt, Anne Kari Hoel og Ragnhild Onsøien.

Psykisk helse som kommunal utfordring, Universitetsforlaget

BOOKOMTALE



Barn forteller

Boken er en dokumentar om barneskjebner. Hanne Johnsen har fotografert og intervjuet utsatte barn og unge, og noen av disse har hun fulgt i fire år. Barna deler sine erfaringer og hardt ervervede kunnskaper om frykt, vold, rus og omsorgssvikt, men også sin opplevelse av utvikling, mestring og håp. Intervjuene med barna ligger til grunn for fagkapitlene. Disse er skrevet av psykologer, psykiatere, sosionomer og andre som har jobbet med og forsket på utsatte barn.

Noen av intervjuene kan man se på gyldendal.no, ved å legge inn en kode som følger med boken.

Vekst i det vanskelige, Gyldendal

Ta deg tid til å reflektere over tvil

Tvil er en annerledes konferanse som utfordrer skråsikkerheten. I år vil programmet løfte frem en rekke aspekter ved begrepet «stemme».

Siden 2002 er det avholdt åpne arrangementer i Norge, Danmark og Tyskland omkring tema tvil, satt opp mot skråsikkerhet, slik den kommer til uttrykk i ulike sammenhenger.

Tvilsdagene har utviklet seg gjennom årene. Mens åpningskonferansen i 2002 og oppfølgeren i 2003 fokuserte på tvil i seg selv, har programmet flere ganger løftet frem ulike problemstillinger som migrasjon, anerkjennelse, autoritet, dannelse, tillit og makt. I år vil det være kvinnene som fører ordet.

Om Tvilskonseptet

Hjelperen, læreren eller sykepleieren trenger å reflektere over sitt eget ståsted. Vi handler under påvirkning fra flere parter; pasienter, elever, eiere, media og allmenne samfunnsinteresser og skal ivareta en rekke ulike hensyn i tillegg: fra kollegaer, faglige krav, etiske retningslinjer, lover og forskrifter og kravet til effektivitet. Hvilket ståsted har de vi ønsker å møte eller hjelpe? Hva bidrar til dialog? Hva fremmer livsglede, egenaktivitet og mestringsevne?

■ Tid og sted

De tverrfaglige tvilsdagene går av stabelen onsdag 25. – fredag 27. september for tolvte året på rad. Arrangementet finner sted i Lærernes Hus i Osterhaus gate 4A på Grønland i Oslo. Det er et moderne konferansesenter åpnet i august 2009.

Tvil er viktig fordi «spesialisten» aldri kan slå seg helt til ro med å ha funnet den evigvarende løsningen, fordi fagkunnskap aldri kan erstatte den subjektive opplevelsen og fordi det løpende må tas vanskelige avgjørelser som berører enkeltmennesker.

Bak årets konferanse står en tverrfaglig arrangørgruppe.

Om årets arrangement

I år vil programmet løfte frem en rekke aspekter ved begrepet «stemme». Dagene danner på mange måter et refleksjonsrom, der tvil som metode danner en motvekt til det som i en hverdag kan oppleves som et ensidig «klar tale», effektivisering, testing og kontroll. Dette gir seg også utslag i hva slags språk vi bruker når vi snakker om hverandre, om arbeid og utdanning, om skole, sykehus og behandlingsinstitusjoner.

Pågående profesjonsdebatter og dilemmaer innen helsevesen, skole, barnehage, sosialt arbeid og kulturformidling skal dermed løftes frem. Aktive kunstnere vil på en meget integrert måte formidle sine erfaringer og ny innsikt.

Arrangørene i Oslo 2013 har som mål å bidra til ny innsikt og en bredere begrunnet praksis i det daglige. TVIL2013-STEMME skal utfordre institusjoner og ulike fags selvtilstrekkelighet ved å bryte opp det vi «alltid» har ment i møte med- ja nettopp: andre stemmer og nettverk.

Arrangørgruppen

I likhet med tidligere år har prosjektledelsen invitert en tverrfaglig arrangørgruppe til samarbeid om programmering og gjennomføring.

Bergenssklinikkene: Stiftelsen Bergenssklinikkene er et regionalt og nasjonalt kompetansesenter, som siden 2003 har hatt tvil som ett av sine faglige styringsverktøy i arbeidet.

Korus øst: Kompetansesenter Øst er organisert under Sykehuset Innlandet HF, avdeling for rusrelatert psykiatri og avhengighet og har vært med i arrangørgruppen to ganger.

Kompetansesenter rus - Oslo: Nye i tvilssamarbeidet i fjor.

Norsk Sykepleierforbund: Partnere i 2009 og 2010 og er altså nå tilbake igjen. Grunnlaget for all sykepleie er respekten for det enkelte menneskes stemme og iboende verdighet. Dette utfordrer også ansatte og arbeidsgivere innenfor helsevesenet.

Utdanningsforbundet: Partipolitisk uavhengig fagforening for pedagogisk personale innenfor alle utdanningsnivå.

Arbeidet med TVIL2013 blir koordinert av Wilhelmsen Kulturformidling i Bergen, som utvikler tverrfaglige arenaer for møter mellom kunst og ulike fag. Prosjektleder Sverre Chr. Wilhelmsen har ledet tvilssamarbeidene siden oppstarten.

Berit Bareksten, frittstående tvilskon-sulent, er utdannet sosiolog og er særlig

opptatt av kunstens potensial som leverandør av materiale til innsikt og refleksjon i samfunnshelse- og sosialfaglige sammenhenger.

Medvirkende

Tvilsdagene har utviklet seg gjennom årene. Mens åpningskonferansen i 2002 og oppfølgeren i 2003 fokuserte på tvil i seg selv, har programmet flere ganger løftet frem ulike problemstillinger som migrasjon, anerkjennelse, autoritet, dans, tillit og makt.

På programmet vil det denne gangen være kvinnene som i hovedsak fører ordet. Markante stemmer fra ulike sektorer vil her både bringe til torgs og vil bli utfordret av de stille, ofte knapt hørbare stemmer i samfunnet, som likevel kan vise seg å ha stor styrke. Fra SPoR-perspektivet vil Unn Hammervold løfte frem brukerstemmen i en av sesjonene onsdag ettermiddag og i tillegg medvirke i et tverrfaglig verksted fredag morgen.

Programmet er bygget opp slik at det har en sentral plassering, avvikling

på ukedager, det har plenumssesjoner, verksteder vandreprom, paneler, debatter og aktive kunstnere som syr det hele sammen, blant andre musiker Marie Bergman, sang- og sceneartist Herborg Kråkevik og forfatter Merethe Lindstrøm. For øvrige medvirkende sjekk www.tvil.no

Tvilsforedraget 2013

Tvilsdagene har utviklet seg gjennom årene. En overbyggende tvilsforelesning til innledning av arrangementet ble innstiftet i 2010. Tvilsforedraget skal belyse både årets tema og tvilen som sådan. Åsa Linderborg, kultursjef i Aftenbladet, debattant og forfatter, vil holde Tvilsforedraget 2013. Hun er opptatt av arbeiderklassens stemme i offentligheten. Debutboken, den selvbiografiske Meg eier ingen, er allerede en klassiker blant svenske barndomsskildringer. Boken omhandler hennes oppvekst med faren i Vesterås og hun aktualiserer temaer som alkoholisme og sosial tilhø-

righet i beskrivelsen av Leif, en outsider som er herder på stålverket, og samtidig en samfunnsbevisst og kjærlig pappa – men med manglende omsorgsevne.

De fleste intellektuelle vet at verden er urettferdig. Men de har likevel problemer med å forstå det fullt ut siden de ikke har opplevd det selv, sier hun selv om bakgrunnen for at hun valgte å skrive boken. Hub skriver i en radikal tradisjon der samfunnet leses gjennom klasse- og maktforhold – også på den måten er det en klar forbindelse mellom tematikken i TVIVL2012-MAKT og årets tema STEMME.

«I år vil kvinnene føre ordet.»

2013 er året som rommer 100-årsmarkeringen av kvinners stemmerett i Norge. Tvilsdagene vil også gjenspeile det. ■



Av Kurt Lyngved, faggrupeleder og NSF's representant i planleggingsgruppen for TVIL2013-STEMME



Illustrasjonsfoto: Colourbox



Samers snakker ikke om helse og sykdom

Samers forståelse av helse og sykdom, samt måten de kommuniserer på, kan føre til samhandlingsproblemer mellom samiske pasienter og norsk helsevesen.



Av Berit Andersdatter Bongo, l. amanuensis, Høgskolen i Finnmark, Institutt for helsefag

Denne artikkelen omhandler samers forståelse av helse og sykdom, og viser en del verdier og tradisjoner i samisk kultur. Jeg har spesielt fokus på hvordan kommunikasjon og kommunikasjonsmåter uttrykker forståelse og verdier som har med helse og sykdom å gjøre. Artikkelen viser en del resultater og funn fra doktorgradsarbeid fra 2012, og baserer seg på intervjuer av samer i Finnmark.

Min oppvekstbakgrunn fra Alta er flerkulturell med henholdsvis norsk, samisk og kvensk språk og kultur. Jeg lærte ikke samisk på skolen. Etter hvert snakket vi barn bare norsk sammen, slik at jeg ikke fikk videreutviklet mitt samiske språk. Under min sykepleierutdanning ble det undervist i moderne vestlig sykdomsoppfatning og kommunikasjonsteorier, og spesielt om viktigheten av åpen og direkte kommunikasjon. Selv om jeg stadig møtte samiske pasienter på sykehusene hvor jeg hadde praksis, var det ingen fokus på pasienter med noe annet språk enn det norske. Slik var det den gang over hele landet.

Som sykepleier fikk jeg beskjed om å ikke snakke samisk med de samisktalende pasientene på avdelingen. Men ønsket om å arbeide blant samiske pasienter ble sterkere. Jeg sa opp min stilling på sykehuset og fikk jobb i Guovdage-

ainnu suohkan/Kautokeino kommune, der jeg arbeidet som sykepleier på mange felt. Jeg søkte en stilling ved Norges Samemisjons syke- og aldershjem i bygda, men organisasjonen prioriterte sykepleiere som bekjente seg som «personlige kristne», framfor søkere med samisk språk og kultur. Dette var en av mange situasjoner som førte til at til at det i 1980- årene ble opprettet foreninger for samiske sosialarbeidere, leger og sykepleiere. De bidro til at det ble satt fokus på samiske pasienters behov og rettigheter, blant annet gjennom offentlige planer og utredninger, og oppretting av Senter for samisk helseforskning.

Siden jeg kom utenfra og hadde norsk utdanning, betraktet jeg på mange måter Guovdageainnu-samfunnet utenfra, men samtidig var jeg en del av det. Jeg møtte mye som jeg ikke skjønnte hva var, selv om jeg forsto språket. Det virket som om der var felles forståelser som aldri ble uttrykt i ord. Høsten 1998 leste jeg et intervju hvor en samisk kvinne fortalte at hun angivelig skulle være bærer av neavrrit (djevler) som hun overførte til andre, slik at de ble syke. Dette utfordret meg sterkt. Spørsmålet ble: Hvor godt kjente jeg egentlig de kulturelle forståelsene i det samiske samfunnet når det gjaldt helse og sykdom?



I STILLHET: Mange samer snakker ikke om helse og sykdom. Normen er å klare seg selv og ikke vise svakhet. Illustrasjonsfoto: Scanpix/Terje Rakke

Det førte meg til hovedfagsarbeidet: en undersøkelse der jeg intervjuet personer som var oppfattet som bærere i sitt samfunn, og til en doktorgradsavhandling i 2012.

Det er forsket på samisk, kvensk og norsk folkemedisin, på tradisjonell kunnskap om helbredere og på religiøsitet og virkelighetsforståelse i et samisk lokalsamfunn. I sykepleiefaget er det gjort studier av helbredelse, varsler og hjelpere (Henriksen 2010, Nymo 2003, Mehus, 2002) og Andersen, K. B. (2007) som har gjort studie om: erfaringer om bedringsprosesser ved alvorlige psykiske lidelser i sjøsamisk område. Nymo, R. (2011) med studie om: Helseomsorgssystemer i samiske markebygder i nordre Nordland og Sør-Troms: praksiser i hverdagslivet: «En ska ikkje gje sæ over og en ska ta tida til hjelp».

Nærmest min artikkel ligger Dagsvolds studie (2006). «In gille huma» – de tause rommene i samtalen: samiske fortellinger om kreft. Hun framhever at norsk kreftomsorg har sterkt fokus på å snakke om sykdommen, og å sette ord på tanker og følelser for å bearbeide krise. Men studien viser at en unngår å snakke om kreftsykdom i det samiske samfunnet. Det kommuniseres mye gjennom stillhet. Dagsvold viser at dette kan knyttes til eldre samisk tradisjon og religion.

Vitenskapsteoretiske perspektiver og metodologi Gadamers filosofiske hermeneutikk i en samisk horisont

Hensikt har vært å få frem en horisont av forståelser av «helse og sykdom» i samiske samfunn, dermed blir den filosofiske hermeneutikken relevant, fordi den avklarer menneskenes grunnleggende måte å være i verden som forstående. Jeg støtter meg her til Hans-Georg Gadamer (1900-2002). Gadamer er særskilt interessant i forhold til mitt tema, da forståelse i hans filosofi omfatter et aktivt forhold til historien og tradisjonen. Med utgangspunkt i studiet av historiske tekster, hevder han at historien tilhører ikke oss, det er derimot vi som tilhører historien. Vi fødes inn i en bestemt kultur og samfunn, og dermed inn i en bestemt historie. Tradisjonens vesen er bevaring, og bevaring er virksom i enhver historisk endring. Bevaring er imidlertid en fornuftshandling. Tradisjoner og fornuft er altså ikke motsetninger. I virkeligheten rommer tradisjonen alltid et moment av frihet og av historien selv (Gadamer, 2010, s. 319). Ifølge Gadamer er erfaringen av å bli tiltalt av overleveringen en grunnleggende forutsetning for tradisjonens videreføring (Gadamer, 2010, s. 320). Jeg opplever at urfolksmetodologien utfyller hermeneutikken ved at den legger vekt på at



samiske begreper og tradisjoner må få tale til oss i dag. Gadamer peker da også på at forståelse alltid rommer en anvendelse av teksten på fortolkerens nåtidige situasjon (2010, s. 346).

Begrepet forståelseshorisont danner et hovedperspektiv i denne artikkelen. Gadamer definerer begrepet horisont som alt som er synlig fra et gitt punkt. «Å opparbeide en horisont betyr alltid at man lærer å se ut over det nære og altfor nære, skjønt ikke i den hensikt å se bort fra det, men for å se det bedre, det vil si innenfor en større helhet og i riktigere dimensjoner» (Gadamer, 2010, s. 344).

Han advarer mot å tro at nåtidshorisonten utgjør en fast bestand av oppfatninger og vurderinger, og at fortidens annerledeshet framhever seg mot denne horisonten som mot en fast grunn. Horisonten er noe vi vandrer i og som vandrer med oss, alltid i bevegelse ved gjensidige overleveringer mellom menneskenes liv. Det er i møte med det som er fremmed for oss at horisontsammensmeltning skjer, da denne fremmedheten forandrer vår horisont, og ny forståelse eller mening skapes. All vår forståelse er avhengig av en kontinuerlig horisontsammensmeltning. Ifølge Gadamer er nåtidshorisonten stadig i ferd med å dannes, i og med at vi hele tiden må sette våre fordommer eller forforståelser på prøve, en utprøving som omfatter møtet med fortiden og den overleveringen vi kommer fra. Nåtidshorisonten dannes altså slett ikke uavhengig av fortiden. I denne sirkulære bevegelsen ser en samtidig hvordan forståelse skapes gjennom en veksling mellom delforståelse og helhetlig forståelse. Gadamer skriver at i denne prosessen ligger det utelukkende en fordring om åpenhet til

let mellom nåtid og tradisjon i det samiske samfunnet. Derfor beveger horisontene seg innenfra. De funn jeg har gjort viser at det ikke har skjedd en horisontsammensmeltning mellom den samiske helse- og sykdomsforståelsen og den biomedisinske forståelsen i det norske helsevesenet. Det er til og med vanskelig å finne ord som kan betegne dette feltet uten å redusere den samiske forståelsen til den medisinske norske.

Gadamer sier at det ikke finnes lukkede horisonter, og at en lukket kulturhorisont er en abstraksjon. Men jeg opplevde at horisonten var nesten totalt lukket. Samisk forskning på dette feltet må rette seg til de to verdener. Den retter seg først til det samiske samfunnet og spesielt til samiske helse- og sosialarbeidere. Men den retter seg også til det norske samfunnet, og spesielt til det norske helsevesenet. Gadamer påpeker at en horisont er noe en må bevege seg inn i. Det er et håp at den samiske forskningen, inkludert denne artikkelen, kan bidra til å åpne den samiske forståelseshorisonten også for norsk helsepersonell, der de kan våge seg inn og se at der er noe å spørre om.

Urfolksmetodologi

Den andre metodologiske tilnærmingen i avhandlingen er urfolksmetodologien. Spesielt har Porsanger (2005) vært en viktig bidragsyter i forhold til det samiske perspektivet. Min oppfatning er at urfolksmetodologien bruker begrepet *árbevierru* på tilsvarende måte som Gadamer's begrep *tradisjon*. Porsanger sier at den hermeneutiske tilnærmingen kan være en god tilnærmingssmåte i samisk forskning, under forutsetning av at kildematerialet er tilpasset til tid, sted og kulturhistorisk kontekst. Det er spesielt interessant for meg hvordan Porsanger (2005) bruker samiske hverdagsbegrep som analytiske begreper i sin forskning. Ved å bruke hermeneutikk og urfolksmetodologien sammen, åpnes det dermed for bruk av samiske begreper i analysearbeidet, begreper som mine samiske deltakere benytter. Dette er et bidrag til utvikling av et vitenskapelig samisk språk ut fra samisk hverdagsspråk. Det er viktig, fordi det ofte kan være problematisk å få frem den eksakte betydningen og forståelsen i innholdet av de samiske begrepene når de skal oversettes til norsk. Porsanger hevder at urfolksmetodologien bør få større plass i forskningen, slik at en sikrer at urfolks egen forståelse, kunnskap og deres verdier kommer frem (Porsanger, 2004, s. 117). Denne metodologien opplever

«Jeg fikk beskjed om ikke å snakke samisk med pasientene.»

en tekst, fortelling eller en situasjon. Derfor har spørsmålet forrang i den hermeneutiske prosessen. Å spørre er å plassere noe i det åpne. Men spørsmålets åpenhet er ikke grenseløs, det er tvert imot avgrenset av spørsmålshorisonten.

Horisontsammensmeltning handler altså ikke om å gå opp i den andre, som Gadamer peker på, eller om at en skal oppnå enighet. Det betyr tvert imot at det åpnes en felles, overordnet horisont som gir rom for nye spørsmål og nye dialoger, i dette tilfel-

jeg er i samsvar med den hermeneutiske tenkningen. Gadamer skriver at den som har forståelse, ikke anvender sin viten og bedømmelsesevne på den andre som om denne ikke berørte ham, men tvert imot tenker ut fra en spesifikk tilhørighet, som forbinder ham med den andre.

Intervjuarbeidet er utført fra høsten 2007 frem til høsten 2008. Utvalget omfatter både kvinner og menn (6 menn og 15 kvinner). Utvalget omfatter både yngre og eldre samer, alder mellom 29 år og 70 år. Gjennomsnittsalder blant deltakerne er 49,8 år. Av 21 deltakere er 15 samiske helse- og sosialarbeidere, hvorav ni av disse har ulike videreutdanninger innenfor sine fagfelt. Deltakerne er fra Finnmark, regner seg som samer og snakker samisk. De synes å ha godt kjennskap til samiske tradisjoner. Intervjuene er utført på samisk, tatt opp på bånd og deretter oversatt fra samisk til norsk.

Artikkelen har ikke som utgangspunkt at det finnes en fastlagt og avgrenset samisk oppfatning av «helse» og «sykdom». Kunnskaper og verdisystemer varierer fra urfolksskulturer til urfolksskulturer, skriver Porsanger (2005). Det er derfor nødvendig å benytte ulike kunnskaper, og være var på både de mangfoldige og generelle årbevierru (tradisjoner) i ulike samiske områder.

En samisk kommunikasjonsform

Deltakerne tydeliggjør gjennom flere eksempler hvordan den samiske helse- og sykdomsforståelsen uttrykkes i den samiske kommunikasjonsformen. Det som er spesielt med deres kommunikasjonsform, blir av deltakerne forklart som og «humadit vuokkasit» (å snakke sammen på en god og passende måte).

Deltakerne forklarer at kommunikasjonsformen er en verdifull sami årbevierru (samisk tradisjon), forankret i deres kultur. Denne kommunikasjonsformen er ikke noe de har valgt å innta, men er en overført kunnskap og tradisjon, som er skapt i den samiske kulturen gjennom generasjoner, understreker deltaker 10. Deltaker 19 sier:

«Våre samiske kropper bærer med seg all den erfaring og kunnskaper som vi har fått med oss fra barndommen av.»

Deltaker 11 sier:

«Selv om vi kaller oss for moderne mennesker i dagens samfunn er vår tradisjonskunnskap lagret i våre kropper.»



TO KULTURER: Norske helsearbeideres direkte måte å snakke om sykdom på, kan være uvant for samiske pasienter. Illustrasjonsfoto: Colourbox

I Bourdieus språkbruk vil det dreie seg om en kulturell kapital, som forvaltes gjennom kroppslig habitus.

Funnene viser hvordan den samiske forståelsen av *dearvvašvuohta* skiller seg ut fra den forståelsen av helse som vi møter i media og helseopplysning. Den ser derimot ut til å ha felles trekk med en norsk folkelig forståelse.

Begrepet *dearvvašvuohta* handler om det å kunne leve godt og ha det bra. Som en av deltakerne, 20, oppsummerer: «Det dreier seg om hele ditt liv.» Det er etter hvert blitt tydelig at samtidig som det dreier seg om det personlige livet, er hovedfokuset ikke på individet, men på forholdet mellom mennesker, og på forholdet menneskene har til den synlige og den usynlige verden. Deltakerne gjør tydelig at den indirekte kommunikasjonsformen oppfattes som en verdifull arv i forhold til *dearvvašvuohta* – det å kunne leve godt. Den tause og indirekte kommunikasjonsformen er altså viktig på to måter: Fordi det er slik «helse» og «sykdom» formidles, og fordi man



mener at kommunikasjonsformene i seg selv er helsefremmende.

Det sies at stillhet og nærhet med andre fremmer *dearvvašvuotta*, liksom godt humør og mye latter. Forståelsen blir tydeliggjort gjennom eksempler fra hverdagslivet, som viser hvordan en gjennom ordløs kommunikasjon kan formidle trøst til mennesker som er i en vanskelig livssituasjon, samtidig som verdighet og respekt for enkeltmennesket blir uttrykt og ivaretatt.

Denne forståelsen kan belyses gjennom Gadamer, som sier at det ligger i helsen vesen at den selv holder seg innenfor særskilte grenser. Helse er der som en velvære, og om helsen ikke lar seg måle, så er det nettopp fordi helse er en tilstand av

indre balanse og er i overensstemmelse med seg selv. I menneskets natur er helsen til daglig skjult og holder seg taus, men man kjenner at man er et levende menneske som er foretaksom, full av liv, og ikke tynget av tretthet og anstrengelser. Det er helse (Gadamer, 2003, s. 10-24).

Samisk kommunikasjonsform blir i tillegg nevnt som konfliktforebyggende i samhandling mellom mennesker. Her blir blant begrepet samisk etikk introdusert som en del av den indirekte samiske kommunikasjonsformen. Barna lærer tidlig å bli herdet gjennom kommunikasjonsformene, slik at de får opparbeidet styrke til å takle uventete situasjoner senere i livet. Forebyggende helsearbeid blir brukt om det å innstille seg på at ting kan gå galt, fordi en aldri kan være for sikker hva livet bringer med seg.

Den samiske forståelseshorizonten når det gjelder «sykdom»: Gjennom tausheten om sykdommene, mener deltakerne at det vises høflighet og respekt. Deltakerne beskriver en habitus der samisk omsorg ytes gjennom taushet og stillferdige tiltak i humørfylte møter. Det vises en trøstende funksjon, uten mye bruk av ord. Om noen viser tegn til at de ikke har det bra, velger en å innta en vente- og se- innstilling til situasjonen. Problemer og tristhet får være i fred inntil situasjonen er mer er avklart. En slik væremåte blir beskrevet som en beskyttelsesfaktor for enkeltmennesket. Det kommer frem at den som ikke har det bra ofte vil være alene, og selv ta ansvar for sitt liv, da en ikke ønsker å vise sin svakhet overfor andre. En bør ha en indre styrke til å bære det en møter i livet.

Funnene viser to ulike forståelseshorisonter i forhold til det som på norsk blir kalt for psykiske lidelser. Ut fra deltakernes forståelse blir en slik tilstand ikke betegnet som sykdom. De diagnostiske begrepene på dette området blir oppfattet som meningsløse og intetsigende. Det deltakerne forteller, kan tyde på at det er lite aksept for det som på norsk blir kalt for nerveplager eller psykiske lidelser. Slike plager blir betraktet som et alvorlig stort nederlag innad i det samiske samfunnet. En tosidighet blir tydelig her, fordi årsaken til en forvirringstilstand blir plassert utenfor personen som er blitt utsatt for dette. Det er andre personer eller krefter som har forårsaket tilstanden. Det

PSYKISK SYKDOM: Det er lite aksept for psykiske sykdommer i det samiske samfunnet, ifølge deltakerne i undersøkelsen. Å ha en psykisk lidelse blir betraktet som et nederlag. Illustrasjonsfoto: Colourbox



framkommer at en slik forståelse kan være en trøst og et bidrag for å mestre hverdagen. En unngår likevel å bli stemplet som en svak person. Både ulike ånder og de de dødes energi ser fortsatt ut til å ha en sentral funksjon i samisk hverdagsliv, slik at de både kan være gode hjelpere og påføre det onde på levende mennesker. Den samiske forståelsen ser her ut til å være sterkt forankret i den samiske førkristne samiske religion, hvor de døde hadde en sentral plass i den levende hverdagen (Pollan, 1993).

Møte med norsk helsevesen

Deltakerne peker på en tendens til at samiske pasienter blir usynlige og tause i møte med et norsk helsevesen. De framhever at også samiske ungdommer har behov for å bruke samisk språk, og opplever at de blir møtt med større forståelse av samiske helsearbeidere gjennom kommunikasjon uten bruk av mange ord. Samiske helsearbeidere opplever at samiske pasienter kan bli forvirret i møte med norske helsearbeidere som er for direkte. Det sies at også norske helsearbeidere opplever at de står i fare for å misforstå samiske pasienters problemer. Pasienters myndiggjøring gjennom direkte kommunikasjon, informasjon og medvirkning er i dag et uttalt mål. Men det er mange situasjoner i helsevesenet der det er avgjørende at helsepersonell kan kommunisere på en varsom og indirekte måte, også uavhengig av kulturforhold. Bedre kjennskap til samiske kommunikasjonsformer og helse- og sykdomsforståelse kan kanskje bidra til å nyanse den generelle forståelsen av kommunikasjon i helsevesenet, der det i dag legges stor vekt på det språklige og i økende grad også det skriftlige.

De samiske deltakerne viser at de må forholde seg til to verdener med ulike kunnskapssyn og verdier. Det å måtte forholde seg til to virkelighetsforståelser i måtene å forstå og forholde seg til helse og sykdom på, skaper naturlig nok etiske dilemmaer når en samisk pasient skal få tilbud i et norsk helsevesen. Samiske helsearbeidere opplever at de ikke er tilstrekkelig i stand til å gi helsetilbud til samiske pasienter slik de vet at samiske pasienter forventer av dem. Mangel på kunnskaper om den samiske pasients levemåte fører til at samiske helsearbeidere til tider må arbeide gratis overtid. Utdanning i et norsk system fører også til usikkerhet om en er i stand til å gi gode nok helsetilbud til samiske pasienter, da det ikke finnes noe samisk faglitteratur som de kan støtte seg til. Sist men ikke

minst fortelles det om den sorgen de må oppleve i sitt arbeid når de må se at den samiske pasient ikke får det som i norsk helselov heter likeverdig helsetilbud til alle i Norge.

Oppsummering og avslutning

Funnene tyder på at «helse og sykdom» blir forstått innenfor en horisont av samiske tradisjoner

«Ånder og de de dødes energi ser fortsatt ut til å ha en sentral funksjon.»

og samisk habitus. Derfor kan vi si at det dreier seg om en samisk forståelseshorisont, selv om den høyst sannsynlig ikke er den eneste horisonten for forståelse av «sykdom» og «helse» i samiske samfunn og i ulike samiske tradisjoner.

Deltakerne understreker at «sykdom» blir betraktet som noe fremmed, noe som kommer utenfra, og som uttrykker et nederlag for den det gjelder. Også begrepet «helse» blir beskrevet som utvendig og unødvendig. De norske begrepene «helse og sykdom» kan i og for seg oversettes til samisk, men i denne forståelseshorisonten får de en annen mening enn på norsk.

Den samiske horisont vil bevege seg ettersom det samiske samfunnet endrer seg. Men den har vært temmelig lukket. De fleste deltakerne sier at den samiske forståelsen i dag er fortsatt mye skjult. Denne forståelsen handler altså om menneskets plass i tilværelsen. Det er naturlig siden sykdom og helse dreier seg om liv og død. Funnene har vist en gjennomgående trekk om at ingen vet hva fremtiden vil bringe med seg, og at menneskene kan lite fra eller til når det gjelder liv og død. Det er forståelse som viser at menneskene generelt innstiller seg på å godta det livet bringer med seg. Dermed bør de ikke oppføre seg som de selv skal mestre det som skjer. I denne forståelseshorisonten ser det ut til at individet er mindre viktig enn forholdet mellom menneskene, og menneskenes forhold til den synlige og usynlige verden.

Deltakerne har forklart at selv når det ikke brukes ord, kan det likevel være en fullverdig kommunikasjon mellom menneskene. Tausheten blir brukt bevisst som beskyttelse. Som vi har sett er det ikke gitt vanlige mennesker å opphøre seg og



forutsi hva fremtiden vil bringe. Normen at en ikke skal snakke om sykdom, kan kanskje forstås slik at en ikke skal overskride denne grensen. En har ikke rett til å felle dommer med ord. Derfor skal en ikke snakke om sykdom. Det er som regel heller ingen grunn til å snakke om helse. En slik forståelses-horisont kan naturlig nok komme i motsetning til den vitenskapelige forståelseshorisonten, der man nettopp forsøker å få kontroll over problemene, og der forståelsen må gjøres uttrykkelig og skriftlig. Funnene viser hvordan denne motsetningen er kilde til flere typer samhandlingsproblemer mellom samiske pasienter og det norske helsevesenet.

Funnene viser også at den indirekte og tause kommunikasjonsformen ikke er uttrykk for mangler, eller behov for utvikling, i den samiske kulturen. Selv om den ikke er uten vanskeligheter, må den betraktes som en verdi for det samiske samfunnet. Det ligger et paradoks i det å skulle skriftliggjøre denne tause forståelsen. En forandrer det en vil beskrive. Men selv om den tause forståelsen blir beskrevet med ord, vil den kanskje fortsatt være taus, i møtet med den samiske pasient. ■

SAMISK TROMME

Trommer som dette ble brukt av sjamaner i førkristen tid. Den samiske trommen ble forbudt under kristning av samene på 1700-1800-tallet da den ble knyttet til djevelens verk. Det snakkes derfor lite om den samiske trommen i samisk samfunn. Dette gjelder spesielt de eldre mens de unge er mere åpne for å bruke trommen i forhold til samisk joik og musikk. Forøvrig viste den samiske trommen hele livet og livsgrunnlaget for samene under den førkristne tid for samene. Trommen består av et dekorert reinskind, spent på en ramme. Sjamanen brukte reinhorn til å slå på trommen.

Foto: Scanpix/
Microstock/Oleg
Mitiukhin



Referanser:

- Andersen, K. B. (2007). Å berges: erfaringer om bedringsprosesser ved alvorlige psykiske lidelser i sjøsamisk område. Masteroppgave i psykisk helsearbeid, Høgskolen i Hedmark; Høgskolen i Vestfold; Høgskolen i Gjøvik, Elsevierum.
- Andersen, K. B. (2010). «Å berges»: en studie av noen brukerefaringer fra et sjøsamisk område. I: A.C. Silvikén & V. Stordahl (Red.), Samisk psykisk helsevern: nye landskap, kjente steder og skjulte utfordringer s.226-252. Kárášjohka: Čálliid Lágádus.
- Bongo, B.A. (2012) «Samer snakker ikke om helse og sykdom. Samisk forståelseshorisont og kommunikasjon om helse og sykdom. En kvalitativ undersøkelse i samisk kultur. Avhandling (ph.d.), Universitetet i Tromsø, Det helsevitenskapelige fakultet, Institutt for helse- og omsorgsfag, Tromsø.
- Bongo, B. A. (2006). En bærer i den samiske kulturen. I: U. Knutstad (Red.), Smitte s. 76–99. Oslo: Cappelen akademisk forlag.
- Bongo, B. A. (1986). Sykepleie som mellommenneskelig aspekt. Hva betyr kulturell bakgrunn og identitet i utøvelse av god sykepleie? Sámi Medica: Sámi Doaktáriid Searvi Áigecála. Samisk legeforening, Karasjok, Bd.3/1986 s. 19-22.
- Bourdieu, P. (2006a). Kapitalens former. Agora. Nr. 1-2 s.5-26.
- Bourdieu, P. (2006c). Strukturer, habitus, praksiser. Agora. Nr. 1-2 s. 53-74.
- Dagsvold, I. (2006). «In gille huma» – de tause rommene i samtalen: samiske fortellinger om kreft. Masteroppgave i sykepleie og helsevitenskap, Universitetet i Tromsø, Tromsø.
- Dagsvold, I. (2010). Det kultursensitive helsemøtet. Kunnskapsmessige utfordringer. I: A.C. Silvikén & V. Stordahl (Red.), Samisk psykisk helsevern: nye landskap, kjente steder og skjulte utfordringer. s. 34–54. Kárášjohka: Čálliid Lágádus.
- Dunfield, S. (2000). Medisinplantene, er det fortsatt bruk for dem? I: I. Altern & G.-T. Minde (Red.), Samisk folkemedisin i dagens Norge: rapport fra seminar i regi av Institutt for sosiologi og Senter for samiske studier, Tromsø 26.–27. nov. 1998 s. 47–56. Tromsø: Senter for samiske studier, Universitetet i Tromsø.
- Gadamer, H.-G. (1999). Forståelsens historisitet som det hermeneutiske princip. I: J. Gulddal & M. Møller (Red.), Hermeneutikk: en antologi om forståelse s. 127–183. København: Gyldendal.
- Gadamer, H.-G. (2003). Den gåtfulla hälsan: essäer och föredrag. Ludvika: Dualis.
- Gadamer, H.-G. (2010). Sannhet og metode: grunntrekk i en filosofisk hermeneutikk. Oslo: Pax.
- Gadamer, H.-G., & Jordheim, H. (2003). Forståelsens filosofi: utvalgte hermeneutiske skrifter. Oslo: Cappelen.
- Magga, O.H. (1982). Momenter om tospråklighet. Kautokeino: Sámi Instituhtta.
- Mákke Jovsset Egel [Egil Utsi]. (1984). Dearvasvuoda- ja sosialsuorggi sánit ja dadjanvuogit. Medisinske og sosiale ord og uttrykk fra samisk til norsk. Tana: Jár gálæd' dji.
- Marton, V. (2006). «Nå ska du høre ka æ mene med arv.» Samisk forståelse av arv som en utfordring i medisinsk genetik. Avhandling (dr.med.), Universitetet i Tromsø, Institutt for samfunnsmedisin, Tromsø.
- Mathisen, S. R. (1987). Blodstoppsformer. Tradisjon- tidskrift for folkeminne-vitenskap 17. (s. 47-61) Universitetsforlaget. Oslo.
- Mathisen, S. R. (1988a). Continuity and change in the tradition of folk medicine. Scandinavian Yearbook of Folklore 1988. Stockholm: Almqvist & Wiksell. Vol. 44. s. 169-198.
- Mathisen, S. R. (1988b). Forestillinger om de underjordiske og de døde i nordnorsk folkemedisinsk tradisjon. I: Hålogymninne, Hålogaland Historielag Hefte 1- 69.årg. 17. bind s.365-380.
- Mathisen, S. R. (1989). Faith healing and concepts of illness: An example from Northern Norway. Temenos Studies in Comparative Religion presented by Scholars in Denmark, Finland, Norway and Sweden. Vol.25/1989.Akateeminen Kirjakauppa (Academic Bookstore) Helsinki: Suomen uskontotieteellinen seura.

22. Mathisen, S. R. (2000). Folkemedisin i Nord-Norge. Kulturelt fellesskap og etniske skiller. I: Altern, I. & G.T. Minde (Red.), Samisk folkemedisin i dagens Norge: Rapport fra seminar i regi av Institutt for sosiologi og Senter for samiske studier, Tromsø 26.–27. nov. 1998 s. 15–33. Tromsø: Senter for samiske studier, Universitetet i Tromsø.
23. Mathisen, S. R. (2004). Sykdom, sykdomsforståelse og helbredelse: innledning. Draugen i Flatvika og andre fortellinger: muntlig tradisjonsmateriale fra Porsanger, Kvalsund og Revsbotn s. 37–39. Russenes: Smørfjord bygdelag.
24. NOU (1995:6). Plan for helse- og sosialtjenester til den samiske befolkning i Norge. Oslo: Sosial- og helse departementet.
25. NOU (1998:21). Alternativ medisin. Oslo: Sosial- og helsedepartementet.
26. NOU (2000:14). Frihet med ansvar: om høyere utdanning og forskning i Norge. Oslo: Kirke-, utdannings- og forskningsdepartementet.
27. Nymo, R. (2003). «Har løst å kle på sæ kofte, men tør ikke og vil ikke»: en studie av fornorskning, identitet og kropp i markebygdene i Ofoten og Sør-Troms. Hovedoppgave i sykepleievitenskap, Universitetet i Tromsø, Tromsø.
28. Nymo, R. (2011). Helseomsorgssystemer i samiske markebygger i nordre Nordland og Sør-Troms: praksiser i hverdagslivet: «En ska ikkje gje sæ over og en ska ta tida til hjelp». Avhandling (ph.d.), Universitetet i Tromsø, Det helsevitenskapelige fakultet, Institutt for helse- og omsorgsfag, Tromsø.
29. Pasient- og brukerombudet (2011). Sammendrag av årsmeldinger fra pasient- og brukerombudene 2011. www.pasientombudet.no/images/rapporter/291740580461.pdf
30. Pollan, B. (1993). Samiske sjamaner: religion og helbredelse. Oslo: Gyldendal.
31. Porsanger, J. (2004). An Essay about Indigenous Methodology. Nordlit (15), s. 105–120.
32. Porsanger, J. (2005). «Bassejoga cáhxi»: gáldut nuortasámiid eamioskoldaga birra álgoálbmotmetodologiijaid olis. Avhandling (dr. art.), Romssa universitehta humanisttalaš fakultehta, Romsa.
33. Porsanger, J. (2010). Self-Determination and Indigenous Research: Capacity Building on Our Own Terms. I V. Tauli-Corpuz, L. Enkiwe-Abayao, R. de Chavez, m.fl. (Red.), Towards an Alternative Development Paradigm: Indigenous Peoples' Self-Determined Development – (s. 433–446). Baguio City Philippines: Tebetta Foundation: Indigenous Peoples? International Centre for Policy Research and Education.
34. Prieur, A., & Sestoft, C. (2006). Pierre Bourdieu: en introduktion. København: Reitzel.
35. Sosial- og helsedepartementet (2001). Mangfold og likeverd. Regjeringens handlingsplan for helse- og sosialtjenester for den samiske befolkning i Norge. Oslo: Sosial- og helsedepartementet.
36. Turi, J. (1965). Mui»talus sámiiid birra. [Stockholm]: Skolöverstyrelsen.
37. Utsi, E. (1998). Medisinsk lommepratør: norsk-samisk. Kárášjohka: Davvi Girji.
38. Vandbakk, Ø. (1986). Språkbarrierer innen primærhelsetjenesten – egne erfaringer s. 23–32. I: Sámi Medica: Sámi Doaktáriid Searvi Áigecála. Samisk legeforening, Karasjok Bd. 31986.
39. Vars, L. (2007). Hvorfor bør man og hvordan kan man bevare samenes tradisjonelle kunnskap? I: J.T. Solbakk, (Doaim./red./ed.) Árbievrolas mahttu ja dahkkinvuigatvuohta. Tradisjonell kunnskap og opphavsrett. Traditional knowledge and copyright s.123–166. Karasjohka: Samikopiija.
40. Wadel, C. (1991). Feltarbeid i egen kultur: en innføring i kvalitativt orientert samfunnsforskning. Flekkefjord: SEEK.



EN ANNERLEDES KONFERANSE,
som utfordrer skråsikkerheten.
En tverrfaglig og dynamisk
arena for refleksjon, debatt og
kunstformidling.
Målet er å inspirere til en
bredere begrunnet praksis i det
daglige: et klokere og mindre
forutinntatt grunnlag for gode
valg.

ARRANGØRGRUPPE:
Norsk Sykepleierforbund
Utdanningsforbundet
KoRus Øst
Stiftelsen Bergensklinikkene
Kompetansesenter Rus – Oslo
Wilhelmsen Kulturformidling

**FOR INFORMASJON OG
PÅMELDING:** www.tvil.no

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

Hensikten 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, selvskading 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

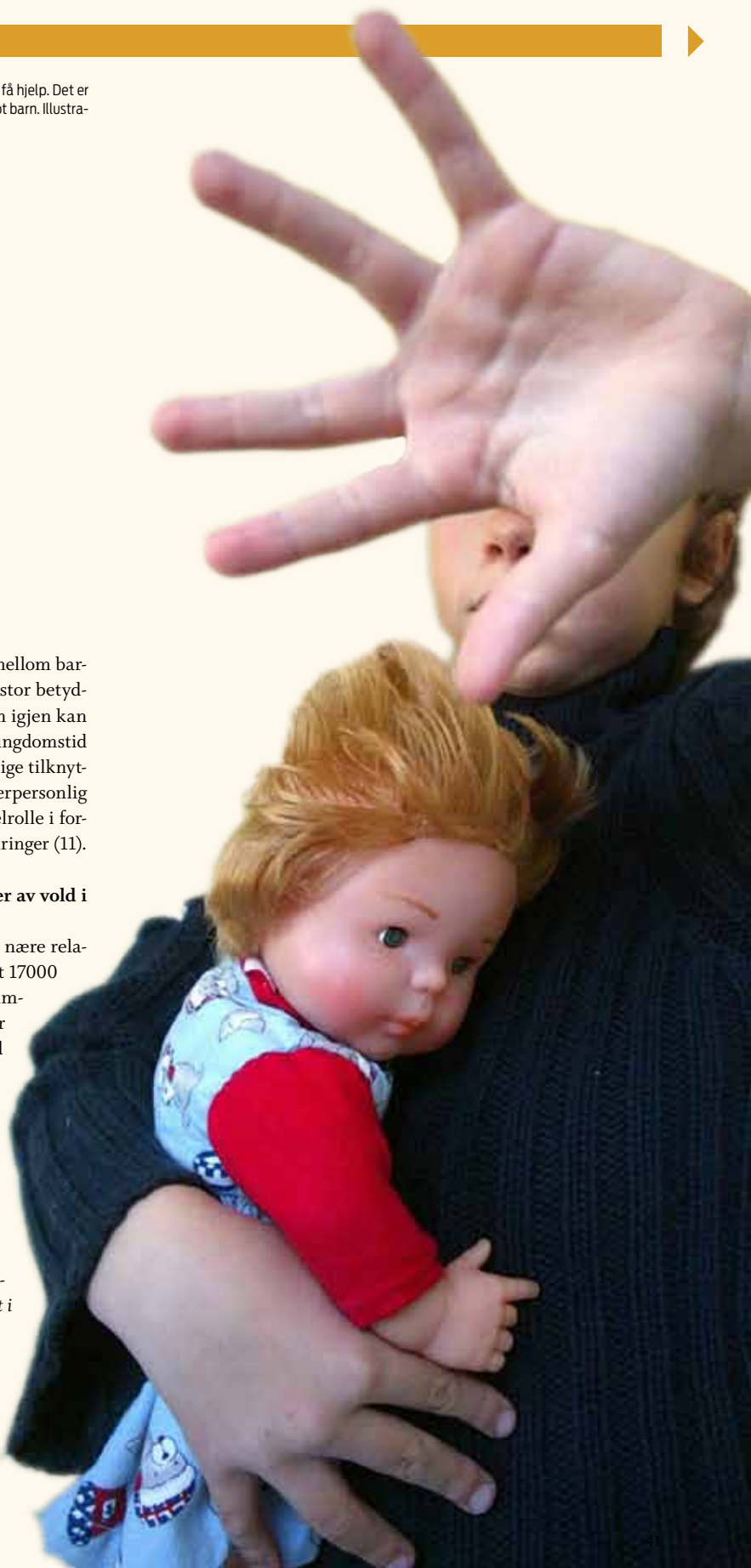
FORSVARSLØS: Barn som blir utsatt for vold må få hjelp. Det er viktig at helsepersonell har nok kunnskap om vold mot barn. Illustrasjonsfoto: Colourbox

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:

- a) Ontologiske antakelser om mennesket (f.eks. om dimensjoner sjel og ånd).
- b) 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 rent 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 selvrespekt, 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 voldsaken 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 forskningsspørsmål. 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 forpliktelsen 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 (formålsetikk), 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.

Dydsetikk 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. Dermed vil 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 «verdiskapende egenskaper har betydning for opplevelsen og oppfatningen av en god omsorg», og «pleierens verdiskapende 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, medisiner, 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 feilaktig agnostisert 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.
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 distriktpsykiatriske sentre i spesialisthelsetjenesten. Aker UHF: RVTS øst. Lokalisert på ost.rvts.no/Details.asp?aid=53.
 18. Sogn, H. (2007). Undervisning om vold ved universiteter og høyskoler. Notat nr. 2. Nasjonalt 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 vårdetiskt 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: Inter-sentia.
 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/pdfv/178931-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/sfiles/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). Ettvervirkninger 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/NOU201220120005000DDDPDFS.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. Karterud, 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 för ett mångkulturellt Sverige. Lund, Studentlitteratur.
 38. Ljungquist, M. (2006). Pleiepersonellens 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 tidsskrift for menneskerettigheter*, 24 (4), 271-382.



**Følg oss
på Facebook**

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

Redder folk fra selvmord

Trond Jørgensen fikk årets akuttpsykiatripris for sitt arbeid med mennesker som er i selvmordskrise. Juryen vektla spesielt hans innsats med å etablere behandlingsskjeder.

Tekst og foto Johan Alvik

Akuttpsykiatriprisen er en stor anerkjennelse og et tegn på at arbeidet jeg og andre legger ned i selvmordsforebygging blir lagt merke til, sier Trond Jørgensen (58), om prisen han fikk under Den nasjonale konferansen i akuttpsykiatri i Oslo 8. februar i år. Jørgensen er utdannet sykepleier og har arbeidet innen psykiatrien siden 1985. Han jobber nå som oversykepleier og teamleder ved enhet for konsultasjon og Liasonpsykiatri ved Akershus Universitetssykehus.

Opprettet behandlingsskjeder

I sin begrunnelse for å gi Jørgensen prisen, viste juryen blant annet til hans arbeid med å opprette behandlingsskjeder for pasienter som er innlagt etter villet egenskade eller selvmordsforsøk. En behandlingsskjede er et forpliktende samarbeid mellom flere instanser, som skal sørge for at pasientene får god behandling etter at de er utskrevet fra sykehus. Trond Jørgensen var med å utvikle en slik kjede for første gang i 1997, da han jobbet ved Aker Universitetssykehus. Prosjektet var initiert av og i samarbeid med seksjon for selvmordsforskning og forebygging.

– Mange pasienter fikk ikke oppfølgingen de trengte etter at de ble utskrevet fra sykehuset, og de kom tilbake med en ny skade eller et nytt selvmordsforsøk, sier Trond Jørgensen.

For å bedre oppfølgingen, etablerte Jørgensen og hans kolleger en behandlingsskjede. Etter utskriving fra sykehuset fikk alle pasientene blant annet



PRISVINNER: – Det er bra at arbeidet vi gjør for å forebygge selvmord blir lagt merke til, sier årets-vinner av Akuttpsykiatriprisen, Trond Jørgensen.

tilbud om rask oppfølging fra psykiatrisk sykepleier i bydelen der de bodde.

– Det ble et betydelig fall i antall reinnleggelser, sier Jørgensen.

Nytt prosjekt

Jørgensen jobber nå ved Akershus universitetssykehus, og han har satt i gang

til hele sykehusets nedslagsfelt, som består av 21 kommuner og tre bydeler i Oslo. Det er et stort arbeid å legge til rette for en behandlingsskjede eller kanskje flere kjeder som skal favne omtrent ti prosent av Norges befolkning, sier Trond Jørgensen.

Helsedirektoratet anbefaler at mennesker som har forsøkt å gjøre selvmord, følges opp etter at de er utskrevet. Dette blir ikke alltid gjort godt nok, ifølge Jørgensen. Han håper at helsevesenet vil gjøre mer for å hjelpe pasienter som har forsøkt å begå selvmord.

– På tross av den kunnskapen vi har er det fortsatt mange helseforetak i Norge som ikke fyller Helsedirektoratets retningslinjer og anbefalinger for behandling og oppfølging av pasienter som har vært innlagt etter villet egenskade eller selvmordsforsøk. Så her er det fortsatt mye arbeid som gjenstår, sier han.

Sprer kunnskap

Jørgensen har vært opptatt av å spre kunnskap om temaet selvmord, selvmordstaferd og forebygging i mange år. Dette har han gjort ved blant annet

«Det ble et betydelig fall i antall reinnleggelser.»

arbeid med å få en behandlingsskjede i fylket.

– I første omgang i tre pilotkommuner, men i løpet av 2014 skal vi utvide

å gi forelesninger på universitet, høyskoler og kongresser. Årets Akuttpsykiatripris besto av et maleri, diplom og 10 000 kroner. ■



Bli medlem i SPoR

SPoR, NSF's Faggruppe for sykepleiere innen psykisk helse og rus, er en av sykepleierforbundets faggrupper. Medlemmene er sykepleiere som arbeider i eller har interesse for psykisk helsearbeid og rus. Formålet er å utvikle og øke kompetansen innen vårt fag, slik at vi til enhver tid kan yte den sykepleie befolkningen har behov for.

Medlemsfordeler:

- Du får rabatt på konferanser og arrangementer i regi av SPoR.
- Du får tilsendt fagbladet Psykisk helse og rus.

Hvem kan bli medlem?

- Sykepleiere som arbeider innen fagfeltet psykisk helse og rus, eller som er interessert i fagfeltet,

og som er medlemmer av NSF.

- Sykepleiere som ikke er medlemmer av NSF kan tegne abonnement på tidsskriftet Psykisk helse og rus.
- Sykepleierhøgskoler, helseinstitusjoner og firma kan også tegne abonnement fagbladet.

Medlemskap koster kr 450,- pr. år

Ønsker du og bli medlem av faggruppen kan du sende epost til medlem@psykiskhelseogrus.no eller registrere deg på NSF hjemmesider: <https://www.sykepleierforbundet.no/faggrupper/psykiatriske-sykepleiere>.

Ønsker du kun abonnement på tidsskriftet kan du sende e-post til kjersti.overnes@tromso.kommune.no