

Vold og traumatisk stress i utdanningene

Prosjektrapport



Siv Førde, Kjersti Alsaker, Hilde-Margit Løseth, Lars Malvin
Røsseland Kvinge, Randi Sviland, Venke A. Johansen og Marit Ubbe

28. juni 2018

Innhold

1. Innledning.....	4
1.1 Sammensetning og mandat	4
1.1.2 Arbeidsgruppens oppdrag:.....	4
1.2 Bakgrunn for prosjektarbeidet.....	4
1.2.1 Føringer i Opptappingsplan mot vold og overgrep (2017-2021).....	5
1.3 Arbeidsgruppens forståelse av mandat og arbeidsmåte	5
1.3.1 Problemstilling:	6
1.3.2 Målsetting	6
1.3.3 Fremgangsmåte.....	6
2. En fagspesifikk redegjørelse om vold og traumatisk stress	7
2.1 Etikk, verdier, holdninger og livsmot	7
2.2 Grunnlagsforståelse og menneskerettigheter	7
2.2.1 Vold, ulike definisjoner og typer	8
2.3 Potensielt traumatiserende hendelser	9
2.4 Posttraumatiske reaksjoner, risiko- og beskyttelsesfaktorer og konsekvenser av vold og overgrep	9
3. Voldskategorier	11
3.1 Selvpåført vold	11
3.1.1 Selvmord	11
3.1.2 Selvmordsforsøk.....	12
3.1.3 Selvskading.....	12
3.2 Mellommenneskelig vold	13
3.2.1 Barn som blir utsatt for vold, seksuelle overgrep og omsorgssvikt.....	13
3.2.2 Vold mot eldre.....	15
3.2.3 Forekomst av partnervold i Norge	17
3.3 Kollektiv vold	18
3.3.1 Vold og traumer fra krig og flukt.....	18
3.3.2 Terror og politisk vold i Norge.....	20
3.3.3 Trusler og vold rettet mot arbeidstakere i helse- og sosialfeltet.....	20
4. Å arbeide med volds- og traumeutsatte	21
4.1 Hjelp til hjelperne	21
4.2 Det profesjonelle ansvar og avvergeplikt/meldeplikt.....	22
5. Rammevilkår og planer for profesjonsutdanninger i helse- og sosialfag.....	24
6. Kartlegging av læringsutbyttebeskrivelser	25
6.1. Studieprogramnivå bachelor.....	25

6.2 Studieprogramnivå master.....	26
6.3 Studieprogramnivå videreutdanning	27
6.4. Læringsutbyttebeskrivelser emnenivå.....	29
6.4.1 Læringsutbyttebeskrivelser emnenivå bachelor.....	29
6.4.2 Læringsutbyttebeskrivelser emnenivå master.....	37
6.4.3 Læringsutbyttebeskrivelser emnenivå videreutdanninger	42
6.5 Tilbakemeldinger fra fagmiljø	49
6.6 Ressurser	52
6.6.1 Forskning, kompetanse og faglige prosjekter	52
6.6.2 Fagressurser	52
7. Styrking og systematisering av arbeidet tilknyttet vold og traumatisk stress på tvers av utdanningene innenfor helse – og sosialvitenskap ved HVL.....	53
7.1 Forslag til læringsutbyttebeskrivelser	53
7.2 Tema for undervisning bachelor-/ master-/ videreutdanninger og enkeltstående kurs	54
7.3 Undervisnings- og læringsformer.....	56
7.4 Forslag til studieprogram og kurs.....	56
8.0 Oppsummering.....	56
Referanser	58

1. Innledning

Fakultet for helse- og sosialvitenskap ved Høgskulen på Vestlandet (HVL) skal utdanne profesjonsutøvere som har kunnskap om sosiale og helsemessige problemer, inkludert omsorgssvikt, vold, overgrep, rus- og sosioøkonomiske problemer, og kunne identifisere og følge opp mennesker med slike utfordringer. For å kartlegge, styrke og systematisere arbeidet tilknyttet disse tema på tvers av utdanningene innenfor helse – og sosialvitenskap ved Høgskulen på Vestlandet, satte HVL ned en arbeidsgruppe høsten 2017. Initiativet kom fra dekan Mildrid Haugland.

1.1 Sammensetning og mandat

Arbeidsgruppen er sammensatt av ansatte fra høgskolens tre nærregioner og består av: Siv Førde, Kjersti Alsaker, Hilde-Margit Løseth, Lars Malvin Røsseland Kvinge, Randi Sviland, Venke A. Johansen og Marit Ubbe. Siv Førde ble valgt som gruppens leder, og Marit Ubbe som sekretær.

1.1.2 Arbeidsgruppens oppdrag:

1. Kartlegge læringsutbytte ved de ulike helse- og sosialfagutdanningene (både bachelor -, videre - og masterutdannings-nivå) ved HVL, og utarbeide et forslag til læringsutbytter som kan brukes i studieplaner, gjerne med progresjon i læringsutbytte i løpet av utdanningen.
2. Lage en oversikt over kompetanse ved HVL knyttet til tema.
3. Skissere tema som vil være aktuell for de ulike helse- og sosialfagutdanningene ved HVL og eventuelle kurs og/eller videreutdanninger omsorgssvikt, vold, overgrep, rus- og sosioøkonomiske problemer.

Gjennom det innledende arbeidet i arbeidsgruppen var det enighet om at ordlyden i oppdraget fremstår svært vidt. For å få et tydeligere bilde på hva oppdraget konkret skulle dreie seg om, har arbeidsgruppen sett på bakgrunnen for oppdraget og etableringen av gruppen.

1.2 Bakgrunn for prosjektarbeidet

Som følge av tallrike rapporter, høringer og statistikker har Stortinget fått grundig innsikt i de alvorlige konsekvensene av vold og krenkelser mot barn og voksne, både på individuelle, familiære, og samfunnsøkonomiske nivå. Stortinget gjorde derfor den 25. april 2017 et anmodningsvedtak (nr. 609) som lyder som følger:

Stortinget ber regjeringen bidra til å spre god praksis for samvirke i grunnutdanningene mellom relevante utdanninger, som helse- og sosialfag, politi, pedagogikk.

I etterkant av dette har man på departementsnivå foretatt utredninger, utarbeidet dokumenter og innkalt til og holdt møter med aktuelle instanser, og man har slått fast at kunnskap om vold og overgrep må heves i befolkningen. En sentral strategi i dette arbeidet er å innarbeide kunnskap om vold og overgrep i relevante profesjons- og fagutdanninger, som for eksempel i utdanning av politi, lærere, barnevernsarbeidere, sykepleiere og andre yrkesgrupper som kan møte voldsutsatte. Slik kunnskapsdanning er nedfelt i den nye Forskrift for felles rammeplan for helse- og sosialfagutdanninger/RETHOS. Kunnskapsdanningen skal ha et særlig fokus på tverrprofesjonelt arbeid. Utdanningsinstitusjonene skal sørge for at læringsutbytte i utdanningen skal medføre at studentene får økt kunnskap og ferdigheter om dette temaet og om betydningen av tverrprofesjonelt samarbeid for at kunnskapen skal kunne gjennomføres i praksis.

I universitet og høgskolerådets Rapport for felles innhold i helse – og sosialfag 2015 fremgår:

Alle som arbeider innen helse- og velferdstjenestene vil møte mennesker, barn, ungdom, voksne, eldre, som har opplevd traumer, store eller små. Det kan være skjulte traumer som ikke trenger å være årsaken til at en person henvender seg til helse- eller sosialtjenesten. Alle helse- og sosialfaglige kandidater må derfor kunne gjenkjenne tegn på bakenforliggende traumer, overgrep, vold, ruslidelse eller psykiske problemer, selv om det ikke ligger til egen profesjon eller jobbeskrivelse å ta tak i slik problematikk. De må ha tilstrekkelig kunnskap om helse- og velferdstjenestene til å kunne respondere i slike tilfeller, også ut over den lovpålagte henvisnings- og opplysningsplikten. Barn og unge er spesielt sårbare grupper og kandidatene forventes å kunne møte og bistå barn og unge som er utsatt for vold, overgrep eller andre traumatiske erfaringer, herunder krigs- og flukterfaringer. Mer generelt skal kandidatene kunne vurdere sine faglige kvalifikasjoner, og skal innhente bistand eller henvise mennesker videre der dette er nødvendig og mulig. Dersom den enkeltes behov tilsier det, skal yrkesutøvelsen skje ved samarbeid og samhandling med annet kvalifisert personell. (UHR, 2015, s. 34-35)

1.2.1 Føringer i Opptappingsplan mot vold og overgrep (2017-2021)

Regjeringen, ved Justiskomiteen, har utarbeidet en opptappingsplan mot vold og overgrep 2017-2021, Prop. 12 S (2016–2017). I denne skisseres nøkkelområder med tanke på kunnskapsutviklingen; forebygging skal prioriteres og styrkes, det skal arbeides med bedre beskyttelse for voldsofre, og gis bedre oppfølging og behandling av disse. Det presiseres at alle relevante sektorer skal synliggjøres som helsefremmende arenaer, og behovet for å øke kompetansen om vold og overgrep innenfor ulike sektorer og tjenester blir understreket.

Videre satses det på kompetansehevende tiltak for ansatte innenfor familievernet, barnevernet, politiet, domstolene, barnehager, grunn- og videregående skole, helse- og omsorgssektoren, asylmottak og krisesentre. Informasjonstiltak skal iverksettes for å øke kunnskapen om vold og overgrep i befolkningen og bryte ned tabuer. Arbeidet med å fremskaffe ny kunnskap og forskning om vold og overgrep skal styrkes. I dette ligger også at forskningsbehov skal utredes, og det skal utarbeides en plan for mer forskning om vold og overgrep. Betydningen av formidling av forskning og kunnskap blir trukket fram som vesentlig, både gjennom informasjon til befolkningen generelt og til særskilte grupper, og gjennom publisering av forskningsresultat.

Alle nivå er involvert i kompetansehevingen. På overordnet nasjonalt nivå er det utviklet en felles nasjonal kompetansestrategi om vold og overgrep. I Felles rammeplan for helse- og sosialfaglige profesjonsutdanninger presiseres læringsutbytter om vold og overgrep. Forskrift om felles rammeplan for helse –og sosialfagutdanninger/RETHOS danner utgangspunkt for tilpassing av temaet vold og traumatisk stress i utdanningene. Nasjonalt opplæringsprogram for kommunene i å samtale med barn og unge om vold og overgrep er under utvikling.

1.3 Arbeidsgruppens forståelse av mandat og arbeidsmåte

Etter å ha sett på bakgrunnen for vårt mandat, har arbeidsgruppen valgt å tolke oppdraget til primært å rette hovedfokus mot vold og traumatisk stress. Ut fra dette har gruppen valgt en problemstilling som utgangspunkt for sitt arbeid.

1.3.1 Problemstilling:

Hvordan kan HVL i sine profesjonsutdanninger innenfor helse- og sosialfag få en økt kunnskap om konsekvensene av vold og traumatisk stress og betydningen av forebygging og god oppfølging, både i et individuelt, relasjonelt og samfunnsperspektiv?

I gruppens arbeid med å finne svar på dette spørsmålet, er det tatt hensyn til to hovedperspektiv i den fagspesifikke tilnærmingen:

- a) Et helsefremmende perspektiv med tanke på å identifisere og beskytte reelle og potensielle voldsoffer, og forebygge voldelig atferd ovenfor voksne og barn både i nære relasjoner og i samfunnet for øvrig.
- b) Et klinisk perspektiv med fokus på behandling og pleie av mennesker med fysiske og psykiske skader etter vold, både i akutfasen og i et livsløpsperspektiv.

1.3.2 Målsetting

Rapportens mål er altså å bidra til økt bakgrunnsforståelse for alle fasetter i dette arbeidet. Dette med tanke på de ulike helse- og sosialfagutdanningene, både på bachelornivå, etter- og videreutdanninger, masterutdanninger og frittstående kurs/utdanninger. Videre er målsettingen å synliggjøre tilgjengelig kompetanse og forskning som allerede finnes i vår utdanningsinstitusjon gjennom en skisse basert på gruppens kartlegging av eksisterende praksis. Begrunnelse for at dette kun er skissert opp uten å gå i dybden, er at tilgjengelig kompetanse og forskning endrer seg fra år til år.

1.3.3 Fremgangsmåte

Arbeidsgruppen har søkt å klargjøre begrep i et faglig perspektiv. Dette for å legge til rette for en felles tverrfaglig grunnleggende forståelse av hva vold og traumatisk stress dreier seg om i vårt samfunn, samt forståelse av individuelle, relasjonelle og samfunnsøkonomiske kostnader. Videre, for å fremme forståelse av det ansvaret den enkelte student og profesjonsutøver har for å medvirke til at dette temaet får økt fokus i fagmiljøene og samfunnet for øvrig. Gruppen anser dette som spesielt viktig etter vår gjennomgang av de eksisterende læringsutbyttebeskrivelsene for studieprogrammene. Her synliggjøres en manglende felles grunnlagsforståelse av fenomenene vold og traumatisk stress og de utfordringene dette skaper for helse- og sosialvesenet. Arbeidsgruppen har derfor utdypet tema vold og traumatisk stress i en egen del som innleder rapporten.

I det videre arbeidet i denne rapporten, vil omsorgssvikt, rus- og sosioøkonomiske problemer bli belyst i sammenheng med vold og traumatisk stress. Arbeidsgruppen har valgt et helhetlig og humanistisk perspektiv for vårt arbeid. I vår fortolkning i mandatet inkluderer vi hele livsløp, barn og unge, voksne og eldre. Å identifisere problematikk og å følge opp mennesker med slike utfordringer er knyttet til kompetanse innen de ulike profesjonene. Arbeidsgruppen foreslår derfor at den enkelte utdanning utarbeider læringsutbyttebeskrivelser på overordnet og spesifikt nivå med utgangspunkt i Opptappingsplan og Forskrift om felles rammeplan for helse- og sosialfagutdanninger, slik at studentene etter fullført studie innehar kunnskap, ferdigheter og generell kompetanse, i henhold til punkt 7:

Har kunnskap om sosiale og helsemessige problemer inkludert omsorgssvikt, vold, overgrep, rus- og sosioøkonomiske problemer og kunne identifisere og

følge opp mennesker med slike utfordringer. Kandidaten skal kunne sette inn nødvendige tiltak og/eller behandling, eller henvise videre ved behov (Forskrift om felles rammeplan for helse- og sosialfagutdanninger).

2. En fagspesifikk redegjørelse om vold og traumatisk stress

Gjennom Opptappingsplan mot vold og overgrep (2017-2021) ønsker regjeringen å bidra til å forebygge vold og overgrep og å gi en faglig trygghet i arbeidssituasjonene ved å øke kunnskap og åpenhet. I følge Kompetanseløft 2020 skal helse- og omsorgssektoren også få:

Økt kompetanse om etikk og etisk refleksjon. Målet er å bli mer bevisst egne holdninger, verdier og tanker, samt lære seg å identifisere de etiske utfordringene og dilemmaene man møter i egen arbeidshverdag, blant annet knyttet til vold og overgrep (Barne- og likestillingsdepartementet, 2016, s.48).

2.1 Etikk, verdier, holdninger og livsmot

Mennesker er gjensidig avhengig av hverandre og holder alltid noe av den andres liv i sin hånd (Løgstrup, 2000). Hvor mye eller lite som er på spill kan være vanskelig å fortolke i situasjonen, men når tillit og det som er bærende i livet er krenket kan det være mye. Da stilles det særlige krav til relasjonskompetansen hos dem som skal yte omsorg og behandling. Vold og traumatisk stress rammer det grunnleggende i menneskets sårbare eksistensvilkår. Selv om traumeerfaringer kan deles inn i ulike typer har hvert enkelt individ sin spesielle historie med eventuelle tabuer, påført skam og opplevelse av skyld. Erfaringene er spesifikke for den enkelte, både når det gjelder det som har vært traumatiserende og det som bidrar til at det er mulig å få grep om sin tilværelse.

Skjellsettende livserfaringer og traumeopplevelser kan være mer og mindre tilgjengelige for den enkelte, og sanseutløste erindringer kan trigges i uforutsette og ofte ubegripelige situasjoner. Helsepersonell utfordres i sin evne til sansevart nærvær og til å anerkjenne den andres uttrykk. Respekt for grenser og det urørlige og ukjente er en forutsetning for å kunne utvikle trygghet i relasjoner. I vekselvirkning med en åpen holdning kan dette skape rom for at tillit kan vokse frem og støtte opp om håp og livsmot (Løgstrup, 2000).

Etiske utfordringer og dilemmaer knyttet til vold og overgrep kan oppstå i alle sektorer av helse- og omsorgstjenestene. Normer som er nedfelt i lovverket skal bidra til å støtte helsepersonell i slike situasjoner og til å fremme god etisk praksis. Kunnskap om taushetsplikt, opplysningsplikt og avvergingsplikt er viktig. I Opptappingsplan mot vold og overgrep påpeker imidlertid regjeringen at ulik forståelse av hvordan regler om taushetsplikt og opplysningsplikt i noen tilfeller kan «være til hinder for å kunne gi volds- og overgrepsutsatte et godt nok tilbud» (Barne- og likestillingsdepartementet, 2016, s. 24). Her understrekes det at helsepersonell må ha særlig kunnskap om fritak fra taushetsplikten når det foreligger mistanke om mishandling eller andre former for alvorlig omsorgssvikt. I konkrete arbeidssituasjoner innebærer dette at helsepersonell også må ha evne til å omsette slik kunnskap til klok handlingskompetanse.

2.2 Grunnlagsforståelse og menneskerettigheter

Vold representerer brudd på rettigheter nedfelt i Verdenserklæringen for menneskerettigheter artikkel 1, 2 og 3:

Artikkel 1.

Alle mennesker er født frie og med samme menneskeverd og menneskerettigheter. De er utstyrt med fornuft og samvittighet og bør handle mot hverandre i brorskapets ånd.

Artikkel 2.

Enhver har krav på alle de rettigheter som er nevnt i denne erklæring, uten forskjell av noen art, f. eks. på grunn av rase, farge, kjønn, språk, religion, politisk eller annen oppfatning, nasjonal eller sosial opprinnelse, eiendom, fødsel eller annet forhold. Det skal heller ikke gjøres noen forskjell på grunn av den politiske, rettslige eller internasjonale stilling som innehas av det land eller det område en person hører til, enten landet er uavhengig, står under tilsyn, er ikke-selvstyrende eller på annen måte har begrenset suverenitet.

Artikkel 3.

Enhver har rett til liv, frihet og personlig sikkerhet (FNs Verdenserklæring for menneskerettigheter, 1948).

2.2.1 Vold, ulike definisjoner og typer

Vold er et begrep med mange definisjoner, og benyttes både bredt og smalt. Arbeidsgruppen har i sitt arbeid derfor tatt utgangspunkt i Verdens Helseorganisasjons (WHO) forståelse av vold:

Forsettlig bruk av, eller trussel om, fysisk makt eller tvang, rettet mot en selv, andre enkeltpersoner, eller en gruppe. For å regnes som vold må handlingen resultere i, eller ha høy sannsynlighet for å resultere i død, fysisk eller psykisk skade, eller mangelfull utvikling (WHO 2014; dinutvei.no).

WHOs voldsdefinisjon omfatter også seksuelle og psykologiske overgrep, og mangel på handling, som omsorgssvikt. Reaksjoner på å være utsatt for ulike typer vold og dramatiske kriser vil ofte resultere i posttraumatisk-stress-reaksjoner på kort sikt for de fleste og lengre sikt for noen.

Estimerte tall fra WHO sin rapport fra 2002 viser et for mange overraskende bilde av hvilke hovedkategorier som i størst grad medfører død:

Selvpåført vold	815.000 dødsfall/år
Mellommenneskelig vold	520.000 dødsfall/år
Kollektiv vold	310.000 dødsfall/år

(Grovestimat for voldsrelaterte dødsfall i år 2002 (Krug et al., 2002).

Globalt sett dreper disse tre kategoriene av vold ca. en og en halv millioner mennesker hvert år.

Tallene i tabellen omhandler kun dødsfallene som direkte skyldes disse voldskategoriene.

Indirekte fører vold til mange flere dødsfall, for eksempel gjennom økning av rusmiddelmisbruk og risikoførelse (Alsaker, 2016). WHO forklarer disse tre kategoriene på følgende måte:

1. Selvpåført vold omfatter selvskading, selvmordsforsøk og selvmord (ca. 515 dødsfall pga. selvmord årlig i Norge de siste år). I dag har Norge, Sverige og Danmark helt like selvmordsrater (rundt 11 per 100 000), (Stoltenberg, 2015).
2. Mellommenneskelig vold som består av vold i nære relasjoner (familievold) og ikke-familiær vold.
3. Kollektiv vold som inkluderer krig, terrorisme, etnisk rensing; folkemord (Krug, et al., 2002, s. 87–123).

En nasjonal forekomststudie av vold i Norge i et livsløpsperspektiv (Thoresen & Hjemdal, 2014) viste blant annet at det var stor overlapp mellom de ulike formene for vold i barndommen, og videre at det var stor overlapp mellom vold og seksuelle overgrep i barndommen og vold og seksuelle overgrep som voksen. Forekomsten av seksuelle overgrep og voldtekt noen gang i løpet av livet var høyere hos kvinner enn hos menn. Like mange menn (5,1 %) som kvinner (4,9 %) hadde opplevd alvorlig fysisk vold fra foresatte i barndommen, noe som oftest forekom første gang i barnehage- eller småskolealder (Thoresen & Hjemdal, 2014).

2.3 Potensielt traumatiserende hendelser

Kriser eller krisesituasjoner relatert til traumatisk stress forstås som dramatiske og potensielt traumatiserende hendelser (PTH), som kan true eller svekke viktige funksjoner og verdier hos enkeltpersoner, familier eller lokalsamfunn. Begrepet benyttes relatert til hele livsløpet og gjelder både kvinner og menn. Betegnelsen krise benyttes når det er et omfang med få rammede og berørte, mens begrepet katastrofe benyttes når det er mange rammede og berørte der kommunen alene ofte ikke har tilstrekkelig kompetanse og ressurser til å ivareta alle utsatte. Slike hendelser kan, men behøver ikke, som begrepet potensielt uttrykker, resultere i akutte og langsiktige konsekvenser for den eller dem som er rammet. Kriser kan f.eks. være plutselig barnedødsfall, selvmord, ulike typer ulykker og andre akutte situasjoner med eller uten dødsfall, voldtekt eller ran, mv. (Helsedirektoratet, 2016).

Potensielt traumatiserende hendelser:

- Forårsaket av mennesker med hensikt som f.eks.: ran, mobbing, overfall, voldtekt, vold mot gravid mage, seksuelle overgrep, krig, terror
- Forårsaket av mennesker uten hensikt som f.eks.: alvorlige ulykker, trafikkulykker
- Være vitne til eller få innsyn i andres lidelse som: egen familie, sannhetskommisjonen i Sør Afrika, nære pårørende og etterlatte etter 22. juli-massakren på Utøya
- Alvorlig sykdom som for eksempel.: kreft, hjerteinfarkt
- Naturkatastrofer som f.eks.: tsunami, snøskred, jordskjelv, orkaner

2.4 Posttraumatiske reaksjoner, risiko- og beskyttelsesfaktorer og konsekvenser av vold og overgrep

De fleste mennesker vil reagere med psykiske symptomer på ekstreme påkjenninger, og det er en glidende overgang fra lette og helt allmenne reaksjoner, til de mer intense og invalidiserende reaksjonene (Sareen, 2014). Det er hensiktsmessig å benytte begrepet potensielt traumatiserende hendelse (PTH) på reaksjonene i etterkant av dramatiske kriseopplevelser, for å synliggjøre at

enkeltmennesker reagerer ulikt på å være eksponert for dramatiske hendelser (Bonanno et al., 2011 & Santiago et al., 2013).

Mange av dem som er fysisk skadet og/eller som har utviklet sterke posttraumatiske reaksjoner vil komme i kontakt med helse- og sosialtjenesten, herunder et bredt spekter av ulike tilbud på kommunalt og spesialistnivå innen både offentlig og privat regi.

En tankevekker er at mange ulike typer potensielt traumatiserende hendelser kan medføre posttraumatiske reaksjoner hos barn, deriblant sykehusinnleggelse. Det er for eksempel gjennomført mange studier som rapporterer høy prevalens av PTSD hos pasienter som har hatt opphold på generell intensiv avdeling (Davydow et al, 2008; Nilsen, 2014).

Traumatiske stresserfaringer og gjentatte smerteopplevelser relatert til sykehusinnleggelse kan for eksempel gi økt risiko for posttraumatiske reaksjoner (Rennick & Rashotte, 2009). Det viser seg at en fjerdedel av barn som har vært innlagt på intensivavdelinger opplever negative psykologiske reaksjoner, forårsaket av innleggelsen (Rennick & Rashotte, 2009).

Ivaretagelsen etter potensielt traumatiserende hendelser vil ofte ha betydning for hvordan det går videre. En følelse av å bli sviktet og ikke sett kan bli tydelig for mange etterpå, noe som forsterker håpløshet og mistillit. Omvendt, vil opplevelsen av kontroll og mestring og at noen forsøker å hjelpe, kunne bidra positivt. Tidlig psykososial oppfølging der en, blant annet, fokuserer på hva som er normale reaksjoner etter unormale opplevelser, på funksjon i hverdagen og betydningen av sosial støtte kan ha en gunstig effekt, og virke forebyggende med tanke på angstrelaterte plager og andre belastende langtidsreaksjoner (Des Groseilliers et al., 2013; Ozer et al., 2003; Sareen, 2014; Weisæth & Dalgard, 2000).

Posttraumatisk stress-forstyrrelse (PTSD) og angst/depresjon eller en kombinasjon av disse er de mest vanlig psykiske lidelsene i etterkant av voldsopplevelser (Johansen et al., 2013; Kilpatrick & Acierno, 2003; Santiago et al., 2013). Potensielt traumatiserende hendelser som seksuelle overgrep, direkte fysiske angrep, opplevelse av å være truet på livet eller i fare for å bli alvorlig fysisk skadet under overgrepet har blitt karakterisert som opplevelser som gir stor grad av risiko for å utvikle posttraumatiske reaksjoner (Brewin, et al., 2000; Kilpatrick & Acierno, 2003). En rekke kognitive og biologiske prosesser kan være kjennetegn og symptomer på posttraumatiske reaksjoner. Symptomer og kjennetegn innen «Den internasjonale statistiske klassifikasjonen av sykdom (ICD) og den amerikanske «Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders» (DSM) er klassifikasjonssystemer og diagnosekriterier som har mye til felles. Et karakteristisk kjennetegn er invaderende gjenopplevelse (intrusive re-experiencing) av hendelsen. Dette er ikke som et ordinært minne, men som om en er tilbake i situasjonen (intrusion /re-experiencing /flashbacks). Et annet kjennetegn er unngåelsesatferd (avoidance) og innsnevret følelsesliv, mens et tredje kjennetegn er økt sentralnervøs aktivering (hyper- /hypoarousal /exaggerated arousal) og det fjerde er negative emosjoner (negativ selvfølelse, frykt, sinne, skam, redusert interesse for tidligere aktiviteter, fremmedgjøring) (American Psychiatric Association, 2013, 1994; WHO, 1992). I tillegg kan mange oppleve en følelse av uvirkelighet og nummenhet og endret tidsoppfattelse.

Symptomer kan variere og «normalitetsbildet» er bredt, men det er når symptomene vedvarer over tid at det er grunn til bekymring. Det er viktig å ikke klassifisere normale plager og problemer i etterkant av unormale og dramatiske opplevelser som diagnoser. Hos de fleste demper reaksjonen seg etter en tid, men 10-25% av dem som har hatt sterke akutte symptomer har en

økt risiko for å utvikle kroniske plager (Sareen, 2014; Shalev, 2001). Alvorlige langtidsreaksjoner kan være en vedvarende aktivering med indre uro, økt antall triggere, konsentrasjonsproblemer, hukommelsessvikt, rusavhengighet, økt tendens til selvskadning og økt selvmordsfare. Mange som har langvarige symptomer tenderer til å isolere seg.

Plutselige hendelser gjerne kombinert med høy grad av hjelpeløshet og mangel på kontroll over situasjonen øker risikoen for posttraumatiske reaksjoner. Forskning og erfaring viser at det å være eksponert for en interpersonlig og intendert handling er sentrale risikofaktorer, dvs. at når noen med vilje og viten utsetter en annen for vold, så er det mer sannsynlig at vedkommende kan få sterke reaksjoner i ettertid enn ved andre enkelthendelser, som for eksempel ved ulykke eller naturkatastrofe (deRoos-Cassini et al., 2010; Santiago et al., 2013; WHO, 2014). Økt risiko er det også hvis man opplever et stort tap i tilknytning til situasjonen, for eksempel at nærstående personer omkommer eller ved tap av viktige funksjoner (Bonanno et al., 2011). Andre sentrale risikofaktorer kan være mangelfull forventning om egen mestring og mangelfull sosial støtte i tiden etterpå.

En rekke norske og utenlandske studier har vist klare sammenhenger mellom voldsutsatthet og helseplager, både av psykisk og somatisk karakter (Pape & Stefansen, 2004; Thoresen & Hjemdal, 2014). Menn er i størst grad utsatt for potensielt traumatiserende hendelser, mens det er økt forekomst av posttraumatiske reaksjoner blant kvinner. Tilsvarende har personer som på forhånd har depresjon eller angstrelaterte plager en økt forekomst av posttraumatiske reaksjoner. Sammenhengen mellom PTSD og redusert livskvalitet har vært påvist i flere studier (Giacco et al., 2013; Johansen et al., 2007). Det er mange voldsutsatte som ikke oppsøker helsevesenet når de har symptomer og plager, noe som bla. er et hovedfunn i en review-undersøkelse av McCart et al. (2010).

3. Voldskategorier

Arbeidsgruppen tar utgangspunkt i WHO's inndeling i voldskategorier i den videre beskrivelsen av disse.

3.1 Selvpåført vold

3.1.1 Selvmord

Selvmord blir av WHO (2014) definert som en aktiv, villet handling som fører til døden. Globalt er det å ta livet sitt den nest vanligste dødsårsak for de mellom 15 og 29 år. I følge Nasjonalt senter for selvmordsforskning og -forebygging (2018) har selvmordsraten i Norge fra år 2000 til år 2015 ligget stabilt på 12-14 per 100 000 innbyggere. Dette utgjør om lag 500-600 dødsfall årlig. Tall fra 2016 viser at raten for menn var 18,2 og for kvinner 8,6 per 100 000. Raten er altså over 2 ganger høyere for menn enn for kvinner (Helsedirektoratet, 2014).

Selvmord skyldes ofte et komplekst samspill mellom ulike risikofaktorer og belastende livshendelser. I følge Helsedirektoratet (2014) skjer selvmord i en kulturell sammenheng, hvor både den familiebaserte og samfunnsbaserte kulturen må sees i sammenheng. En må derfor ved selvmordsforebygging ikke bare ha fokus på individets psykiske tilstand, men se det inn i en større kulturell og samfunnsmessig kontekst. Vold i nære relasjoner øker risikoen for selvmordsforsøk, særlig blant kvinner (Devries K., 2011; McLaughlin J. 2012; Retterstøl N. 2002.) Kvinner som er utsatt for vold fra sin partner, har dobbelt så stor sannsynlighet for å oppleve depresjon sammenlignet med kvinner som ikke har erfart vold (Sørbø MF. 2014). Det er få studier om menn

som blir utsatt for vold fra partner, men det antas å være sammenhenger mellom depressive symptomer og erfaring med vold i nære relasjoner (Helsedirektoratet, 2014, s. 43-46).

Likevel er det noen kjente risikofaktorer knyttet til individet som er overrepresentert ved selvmord. Disse er dersom individet tidligere har gjort selvmordsforsøk, har psykiske lidelser som depresjon, psykose, personlighetsforstyrrelser eller har en ruslidelse (Helsedirektoratet, 2014). En kjenner også til en rekke psykososiale risikofaktorer for selvmord. Dette er kriser og relasjonsproblemer, belastende livshendelser som tapsopplevelser, det å bli utsatt for vold, seksuelt misbruk eller andre traumer (NSSF, 2018). Negative sosiale faktorer som sosial isolasjon, mobbing og arbeidsledighet, sosioøkonomiske problemer er også risikofaktorer. Det samme er alvorlig somatisk sykdom, tilgang til selvmordsmidler som skytevåpen, giftige husholdningsprodukter, broer og høye bygg eller legemidler som har giftig effekt ved overdosering. En har også sett at det kan ha en viss smitteeffekt når selvmord blir viet mye oppmerksomhet i media (WHO, 2014).

Faktorer som blir sett på som beskyttende, er det å ha evne til å søke hjelp for problemer, lett tilgang til helsetjenester, sterk tilhørighet til familie og støtte fra venner og nærmiljø/sosialt nettverk (skole, arbeidsplass, tros- og livssynssamfunn, lag og foreninger) (WHO, 2014), gode problemløsningsferdigheter, personlig, kulturell, sosial eller religiøs overbevisning som styrker ens ønske om å leve (Helsedirektoratet, 2014).

3.1.2 Selvmordsforsøk

Selvmordsforsøk kan sees på som en selvpåført skade eller forgiftning hvor intensjonen er å dø, og en regner med at det er 7-15 ganger flere selvmordsforsøk enn selvmord. Det vil si at et sted mellom 3500-7500 personer prøver å ta selvmord årlig (Helsedirektoratet, 2014). En antar at mellom 4-6000 personer behandles årlig i helsevesenet som følge av selvmordsforsøk (NSSF, 2018). Selvmordsforsøk er mer vanlig blant kvinner enn menn (Helsedirektoratet, 2014). I en tverrsnittsundersøkelse gjennomført av Tørmoen, Rossow, Larsson & Mehlum (2012) kom det frem at 4.5 prosent av ungdom i Oslo har forsøkt å ta selvmord. Som tidligere nevnt er det å ha gjennomført et selvmordsforsøk en betydelig risikofaktor for selvmord.

3.1.3 Selvskading

Selvskading defineres som skade en person påfører seg med vilje, men uten hensikt å dø (Helsedirektoratet, 2014). Det er altså snakk om en villet egenskade. Eksempel på selvskading kan være kutting, risting, brenning, overdosering og forgiftning. Alvorlighetsgraden ved selvskading varierer fra småskader til livstruende hendelser (NFFS, 2018).

Thorsen (i Øverland, 2006, s. 17) trekker i sin definisjon av selvskading frem at hensikten med handlingen er å håndtere smertefulle og overveldende tanker, følelser eller situasjoner. Sommerfeldt & Skårderud (2009) har i en litteraturgjennomgang funnet at selvskading har en rekke funksjoner for den som utfører handlingen. Det kan være avreagering, illusjon av kontroll, flukt fra ubehag, stoppe pågående tankekjør, straff, hevn og ydmykelse, oppmerksomhet og kommunikasjon.

Basert på samme litteraturgjennomgang har Sommerfeldt & Skårderud (2009) listet opp risikofaktorer for selvskading. Risikofaktorene baseres i stor grad på barndomserfaringer innenfor familiekonteksten, og er eksempelvis å bli utsatt for fysiske og seksuelle overgrep, omsorgssvikt, tap og separasjon fra foreldre og kvaliteten på tilknytningsbåndene til de nærmeste omsorgspersonene.

Øverland (2006) viser at selvskading har vokst frem som fenomen, fra å være noe en tidligere så på institusjoner innen psykisk helsevern, fengsler og lignende, til å være noe mange som jobber med ungdom må forholde seg til. Oftest debuterer selvskading i alderen 12 og 15 år (NFFS, 2018). Det finnes få nyere studier som kartlegger forekomst av selvskading nasjonalt, men i en studie gjennomført av Ystgaard, Reinholdt, Husby og Mehlum (2003) svarte 10,7 prosent av norske ungdommer at de har skadet seg med vilje. Selvskading er mer vanlig blant ungdom enn voksne, og mer vanlig blant kvinner enn menn (Helsedirektoratet, 2014). Forekomsten av selvskading synker ved alder, og blant den voksne befolkningen svarer ca. 4 prosent at de har en eller flere ganger skadet seg selv med vilje (NSSF, 2018).

3.2 Mellommenneskelig vold

3.2.1 Barn som blir utsatt for vold, seksuelle overgrep og omsorgssvikt

Vold, seksuelle overgrep og omsorgssvikt mot barn er uten tvil en av de største truslene mot folkehelsen i vår tid. Forskning viser at livskvaliteten som voksen, svekkes i takt med typer og omfang av volds- og overgrepserfaringer man har med seg fra sin oppvekst (Weber et al., 2016). De psykiske omkostningene av vold, overgrep eller omsorgssvikt i oppveksten illustreres særdeles sterkt av en mangedobling av risiko for selvskading eller selvmordsforsøk man gjennomgående finner hos utsatte senere i livet (Moore et al. 2015; Mossige & Stefansen 2016).

Internasjonale og norske studier har vist at vold, overgrep og omsorgssvikt mot barn forekommer hyppig (Felitti et al. 1998; Mossige & Stefansen, 2016; Myhre, Thoresen & Hjemdal, 2015). Tall fra barneverntjenesten, krisesentrene og politiet gir også et bilde av omfanget her i landet (SSB, 2016). Flere faktorer har betydning for hvor alvorlige konsekvensene blir i et individuelt perspektiv, for eksempel selve belastningene, individuelle forhold og forhold i barnets sosiale kontekst. Forskning viser at det er en markant forhøyet risiko for at barn som utsettes for vold, overgrep eller omsorgssvikt utvikler psykiske plager på kort og lang sikt, og at en kombinasjon med rusmisbruk og psykisk lidelse hos foreldre forsterker disse reaksjonene (Davis et al. 2011; Eiden et al., 2007; Torvik & Rognmo, 2011). De mest skadelige belastningene er de som pågår over tid, som skjer i tidlige leveår, og som påføres barnet i dets hjemmesituasjon (Braarud & Nordanger 2011). Slike belastninger omtales som komplekse traumer. Eksempler på komplekse traumer er gjentatte eller vedvarende barndomsopplevelser av vold, mishandling eller seksuell-, fysisk- og emosjonell misbruk i hjemmet, omsorgssvikt, hyppige separasjoner, eller vold mellom omsorgspersoner (Braarud & Nordanger, 2011).

Vold og seksuelle overgrep er også karakterisert som potensielt traumatiserende hendelser i og med at reaksjonen i ettertid, både hos barn og unge vil variere, på tilsvarende måte som hos voksne. Reaksjoner de utsatte erfarer, relatert til stress og aktivering under den dramatiske opplevelsen eller etterpå, er naturlige reaksjoner hos de fleste etter en unormal hendelse. Men noen har svært sterke reaksjoner som vedvarer med sterk intensitet over tid. Posttraumatiske reaksjoner hos barn og unge har fellestrekk med tilsvarende symptomer som hos voksne, i form av gjenopplevelse av påtrengende minner, unngåelse av tanker, følelser eller steder kombinert med en endring av fysiologisk stressrespons. Denne fysiologiske stressreguleringen kan arte seg som sterk (hyperarousal/fight or flight) og/eller lav (hypoarousal/freeze) aktivering. Mange opplever at de er i en kontinuerlig faresituasjon i hverdagen, med en kroppslig anspenthet der alarmberedskapen er høy. Andre plagsomme symptomer kan være utslag i form av søvnproblemer og økt irritabilitet. Negative endringer av tanker og følelser er også en del av

bildet, der barnets selvfølelse, tro og tillit til andre og til fremtiden kan svekkes (APA 2013; Alisic et al., 2014). Det er påvist i flere studier at eksponering for vold eller seksuelle overgrep kan medføre en kognitiv svikt som blant annet arter seg som konsentrasjons- og oppmerksomhetsproblemer. Slike plager kan for eksempel arte seg som forstyrret skolefungering og redusert mulighet for læring. Vold og seksuelle overgrep kan medføre en rekke psykiske reaksjoner, i tillegg til kroppslige skader. Alvorlige konsekvenser medfører ofte behov for oppfølging fra helsevesenet. Her er det viktig at fagpersoner har dette perspektivet med seg i møtet med barn og unge. Det er viktig å bidra til avdekking og forebygging av langvarige og permanente plagsomme konsekvenser.

Utsatthet for vold, seksuelle overgrep eller omsorgssvikt har stor betydning for livskvalitet og helse i et livsløpsperspektiv. I barnevoldsutvalgets rapport «Svikt og svik» poengteres det at mye av grunnlaget for senere helse og resiliens etableres gjennom god omsorg tidlig i livet. Konsekvenser av vold, overgrep og omsorgssvikt mot barn er mangfoldig og har ulike avgrensninger. I et forskningsmessig perspektiv vedrørende diagnostiske tilstander og sykdom trekkes for eksempel depresjon og posttraumatiske plager frem i noen studier, mens andre har fokus på psykososiale problemer som konfliktfylte relasjoner, risikoatferd og underprestering i skolen. Det forskes også på grunnleggende fungering, dvs. hvilke konsekvenser slike symptomer og belastninger kan få med henblikk på tilknytning og kognitive funksjoner senere i livet (Barne- og likestillingsdepartementet, 2017).

Et samspill mellom individuelle forhold og forhold ved det sosiale miljøet vil ha sentral betydning for reaksjoner og konsekvenser hos utsatte barn. Trygghet, et stabilt omsorgsmiljø og støtte fra familiemedlemmer eller andre trekkes frem som særs viktige beskyttende faktorer (Affi & Macmillan, 2011; Collishaw et al. 2007). Beskyttende faktorer som høy intelligens og kognitive evner, gode sosiale ferdigheter, selvtillit, opplevelse av å ha innflytelse over hva som hender, en opplevelse av at positive hendelser tilskrives egenskaper hos en selv, blir trukket frem. Barnets alder som utsatt for vold, seksuelle overgrep eller grov omsorgssvikt viser seg å ha stor betydning for reaksjoner og langvarige konsekvenser, i form av mer alvorlige konsekvenser hos de minste (Keiley et al., 2001). Tilsvarende finner flere forskere at kroniske og gjentakende belastninger tenderer til å gi svært alvorlige konsekvenser (Collishaw et al. 2007; Keiley et al. 2001).

Tverrfaglig og tverretatlig samarbeid er særlig viktig og nødvendig i saker som omhandler barn som har vært utsatt for vold og seksuelle overgrep. Tverretatlige konsultasjonsteam er eksempel på et slikt samarbeid. Konsultasjonsteammodellen i region vest er et tverrfaglig sammensatt lavterskeltilbud der ulike fagpersoner, tjenester i kommunen eller andre kan ta kontakt ved bekymring for at et barn utsettes for vold eller seksuelle overgrep. Intensjonen med etablering av konsultasjonsteammodellen i vest var å bidra til økt avdekking av vold og overgrep mot barn, samt å få en økt kompetanse vedrørende vold og overgrep på lokalt nivå (Nordanger et al., 2012). Her kan man få veiledning på hvordan man kan gå fram for å avklare situasjonen, og om arbeidet videre dersom bekymringen viser seg berettiget. Barnet kan også være anonymt i slik veiledning. Ressurssenter om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging, region vest (RVTS Vest) har siden 2007 initiert og fulgt opp ca. 30 tverretatlige konsultasjonsteam på kommunalt nivå i regionen. Myndighetene ønsker at det etableres slike team i alle kommuner.

Å avdekke og forebygge vold og seksuelle overgrep har vært prioritert fra myndighetenes side, noe som blant annet er sterkt poengtert i Opptappingsplanen mot vold og overgrep (2017-2021),

(Barne- og likestillingsdepartementet, 2016). Slike saker representerer noen av de mest komplekse utfordringer en står overfor i det barnefaglige feltet (Dybsland, 2007; Backe-Hansen et al., 2017). Mange fagpersoner bl.a. annet innen helse- og skolevesenet unnlater å gå inn i avdekkingsarbeid. Det er en utfordring å tørre. En litteraturgjennomgang av 8 kvalitative studier der fagpersoner intervjues (Albaek et al., 2018; Albæk & Milde, 2017) viser at egen hjelpeløshet, negative følelser og frykt for å bidra til en forverret situasjon for barnet var viktige momenter i forbindelse med fagpersonens opplevelse av situasjonen. De unnlater å se og å melde, til tross for at helsepersonelloven §33 er svært tydelig:

*Den som yter helsehjelp har lovpålagt plikt til **å være oppmerksom på forhold som kan føre til tiltak fra barneverntjenestens side, og plikt til å melde til barneverntjenesten når det er grunn til å tro at et barn blir mishandlet i hjemmet eller det foreligger andre former for alvorlig omsorgssvikt, herunder at barnet ikke får nødvendig medisinsk undersøkelse eller behandling (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018).***

Mange har fortalt at det var vanskelig å forholde seg til at vold og overgrep virkelig er sant (Backe-Hansen et al., 2017; Dybsland, 2007). Forskning og erfaring synliggjør en rekke unngåelsesstrategier, blant annet viste en litteraturgjennomgang (17 studier) at mangelfull kunnskap og lite erfaring, spesielt relatert til gjenkjenning og anerkjennelse av symptomer og tegn, var gjennomgående (Piltz & Wachtel, 2009). Grov omsorgssvikt kan være lettere å avdekke for eksempel gjennom dårlig hygiene og mangelfull oppfølging, enn vold og overgrep der det ofte er mer diffuse signaler på at barn har vært utsatt. I tillegg gir utforskning av traumer en konfrontasjon med en brutal og til tider ondskapsfull virkelighet (Albaek et al., 2018; Piltz & Wachtel, 2009).

Forebygging og god ivaretagelse kan ha en stor betydning, både ved å få stoppet den pågående volden og ved å motvirke negative langtidsreaksjoner.

Det er viktig at fagpersoner som har en bekymring om at et barn er utsatt, har et kompetent miljø å henvende seg til i fasen fra bekymring og mistanke og frem til avdekking for å få veiledning og støtte, slik at de kan tørre å se og høre barns signaler.

3.2.2 Vold mot eldre

Torontoerklæringen forklarer overgrep mot eldre slik:

Overgrep mot eldre er enkeltstående eller gjentatte handlinger, eller mangel på riktige handlinger, som forårsaker skade, nød eller lidelse for en eldre person. Overgrepene skjer i forhold hvor det i utgangspunktet er en forventning om tillit (The Toronto Declaration on the Global Prevention of Elder Abuse, 2010, s. 3).

Flere studier bekrefter at de fleste overgrep mot eldre skjer fra personer som står dem nær. Derfor synes offeret ofte det er vanskelig å fortelle om det til andre. Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS) utførte i 2012 en studie av overgrepsutsatte eldre over 65 år i Norge (Jonassen & Sandmoe, 2012). Gjennom intervju med 25 kvinner og 5 menn som hadde vært utsatt for overgrep, ble det avdekket hvordan disse opplevde sin livssituasjon, hvordan de håndterte situasjonen og hvordan de gikk frem for å hindre nye overgrep. Ifølge Jonassen &

Sandmoe (2012) er voldsutøver nære familiemedlemmer eller bekjente. Halvparten av informantene hadde vært utsatt for overgrep av sine voksne barn, åtte av sine ektefeller, fire fra naboer eller bekjente, og i tre tilfeller ble de eldre utsatt for overgrep av det de opplevde som et mangelfullt og til dels krenkende hjelpeapparat, den såkalte strukturelle volden (Jonassen & Sandmoe, 2012). Å bli utsatt for vold av dem som skal stå en nærmest, spesielt sine egne barn, oppleves svært krenkende, og mange eldre føler skyld for hva de kan ha gjort galt når det er ens egne barn som er voldsutøverene. De holder gjerne overgrepene skjult for omgivelsene, for å prøve å avdekke at slike situasjoner skjer. Når det gjelder den strukturelle volden gir den en opplevelse av overveldende avmakt, da den angivelig gir en opplevelse av å være forlatt også av myndigheter som forventes å gi hjelp og omsorg.

NKVTS gjennomførte også studien «Vold og overgrep mot eldre personer i Norge: En nasjonal forekomststudie» i 2017. Prosjektet inngår som en del av NKVTS sitt forskningsprogram om vold i nære relasjoner for perioden 2014-2018 (Sandmoe et al., 2017). Man fant at den samlede forekomsten av vold og overgrep mot eldre hjemmeboende personer etter fylte 65 år, var mellom 6,8 og 9,2 %. Det var ingen signifikante forskjeller mellom kjønnene. Av de 168 personene som oppga at de hadde vært utsatt for vold og overgrep, var det flest som oppga psykiske overgrep (98 personer) etterfulgt av fysisk vold (58 personer), seksuelle overgrep (26 personer) og økonomiske overgrep (21 personer). Det var ikke signifikante forskjeller i forekomsten av vold og overgrep mellom de yngste eldre (fra 66 til 75 år) og de eldste eldre (fra 75 til 90 år). Den samlede forekomsten av vold, overgrep og omsorgssvikt i løpet av det siste året, var mellom 5,2 og 7,2 %. (NKVS, 2017). Også her var det små kjønnsforskjeller. For dem som hadde blitt utsatt etter fylte 65 år, var utøver i nær relasjon til om lag åtte av ti utsatte. For de som var utsatt i løpet av det siste året, var utøver i nær relasjon til om lag ni av ti utsatte.

Resultatene fra denne studien indikerer at mellom 56 500 og 76 000 hjemmeboende personer i Norge har vært utsatt for vold eller overgrep etter at de fylte 65 år. Videre at vold og overgrep mot eldre personer i landet vårt er et alvorlig samfunns- og folkehelseproblem. I likhet med andre studier vises det klare sammenhenger mellom voldsutsatthet, uhelse, fysisk og sosial fungering og at eldre som har vært utsatt for alvorlig fysisk vold eller alvorlige seksuelle overgrep tidligere i livet, er mer voldsutsatt også i eldre år. Voldsutsatte eldre kontakter i liten grad tjenesteapparatet for hjelp, og vold og overgrep i den eldre delen av befolkningen er fortsatt et usynlig samfunnsproblem (NKVS, 2017).

For å være i stand til å oppdage vold og handle er det viktig å kjenne pasienten. Ved å gjenkjenne de faktiske endringer og de sykdommer som gjør seg gjeldende hos den eldre, vil det være noe enklere å oppdage vold. Blåmerker kan for eksempel forklares med hardhendt behandling, men kan også skyldes blodverdier som forhøyet INR (koagulasjonstid) og økt fare for hudblødninger. Kjennskap til hvilke observasjoner helse- og sosialarbeidere bør reagere på, vil bidra til å avdekke volden. Eldre opplyser at dersom øvrig familie involveres i hjelpe- og støttearbeidet i tillegg til hjelpeapparatet, kan den vanskelige situasjonen lettere avhjelpes.

Den eldre voldsutsatte skiller seg på noen områder ut fra yngre ved at de har levd et langt liv, og kreftene til å stå imot overgrepene er mindre enn før. Det samme gjelder evnen til å kompensere for helsesvikten som inntreffer før eller senere. Samtidig er det viktig ikke å generalisere. Hver

overgrepshistorie er unik. Festvåg (2015) viser i sin artikkel «Vold mot eldre» til to longitudinelle studier gjennomført i USA. I likhet med andre studier viser disse at både sykkelighet og dødelighet økte dramatisk for overgrepsutsatte med høy alder. Det var da blitt justert for andre faktorer som kunne ha innvirkning på sykkelighet og dødelighet. Sandmoe (2011) fant i sin doktorgradsstudie at ofrene for overgrep som hjemmesykepleien var kjent med, hadde stor grad av skrøpelighet og et omfattende hjelpebehov. Det å bli eldre innebærer for mange tap av sosiale kontakter. Familie og venner blir borte enten ved død eller fordi de selv ikke er i stand til å opprettholde kontakten som tidligere. Studier viser også at eldre med lite sosialt nettverk er mer utsatt for vold (Jonassen & Sandmoe, 2012), og det er evidens for at vold ofte innebærer en avskjæring fra det sosiale liv. Kanskje består volden av ikke å få lov til å ha kontakt med familie og venner.

3.2.2.1 Strukturell vold

Det viser seg ofte at å arbeide med mennesker som befinner seg i en avmakts- og avhengighetsposisjon, som noen gamle og syke gjør, oppleves krevende for mange omsorgsutøvere. Dette kan få følger for pasienten i form av strukturell vold. Julie McGarry og hennes kolleger gjennomførte i 2009 studien *Nursing older people* (McGarry et al., 2009). Hensikten var å utforske sykepleiestudenters opplevelse av hvilken omsorg eldre pasienter fikk i praksis, og å undersøke hvilke faktorer som påvirket deres fortolkning av det å arbeide med disse pasientene. Studien viser hvordan verdiene som studenter lærer i klasserommet kan bli uthulet når de er i praksis, i direkte arbeid med eldre og syke pasienter. Forfatterne peker på at erfaringene fra praksis-situasjoner er sentral for å utvikle og forme studentenes opplevelse av kvaliteten i praksis, og gjennom dette påvirkes også karrierevalgene til de nyutdannede sykepleierne. Noen av funnene viste at effektivitet og dårlig tid påvirker arbeidshverdagen til dem som arbeider fast i omsorgsykker, og påvirker dermed også omsorgen som utøves. Forfatterne mener at det er avgjørende at veiledere og lærere utvikler strategier for å fremme positive læringsmiljø som kan gjøre studentene i stand til å opprettholde tydelige verdier, og kunne realisere mulighetene for en god omsorgspraksis som er forenlig med kravene i praksis. De mener videre at "Mentors and practitioners need to act as role models in providing person-centred care" (McGarry et al., 2009). Det er av stor betydning i profesjonsutdanningene innen omsorgsfag å lære studenter å stå for en høy etisk standard, og ha fokus på egen og andres praksis for å hindre krenkende behandling i systemene og ivareta pasientenes verdighet. Det er av overmåte stor viktighet å holde oppmerksomheten i profesjonsutdanninger innen helse- og sosialfag mot mulighetene for at vold mot eldre er et stort helse- og samfunnsproblem i vårt land. Å gi studentene redskap som gjør dem i stand til å takle denne utfordringen, både med tanke på pasienter selv, og på viktigheten av rekruttering av gode og egnede profesjonsarbeidere er derfor vesentlig.

3.2.3 Forekomst av partnervold i Norge

En studie fra NKVTS basert på telefonintervju av 2435 kvinner og ca. 2000 menn i 2014 viste at like mange menn (16,3 %) som kvinner (14,4 %) rapporterer at de har opplevd mindre alvorlig partnervold noen gang i løpet av livet. Det vil si slag med flat hånd, klyping, kloring eller lugging. Kvinnene opplever imidlertid flere slike hendelser enn mennene. Flere kvinner (8,2 %) enn menn (1,9 %) har vært utsatt for alvorlig vold fra partner. Det vil si å bli sparket, tatt kvelertak på eller bli banket opp (Thoresen & Hjemdal, 2014).

Fra 1992 til og med 2016 har 61 772 kvinner, 620 menn og 45 545 barn hatt et opphold på et av landets krisesentre. Til sammen har de overnattet 2 505 217 døgn for å redde liv og helse. Årlig har landets krisesentre om lag 20 000 henvendelser. 1844 personer (voksne) hadde 2 469 opphold på et krisesenter i 2016. 2 471 personer kom til krisesentrene som dagbrukere 10 832 ganger for oppfølging og samtaler. Tallene viser at krisesentrene er en viktig rådgivningsinstans for voldsutsatte. 63 prosent av krisesenterbeboerne hadde innvandrerbakgrunn, og 21 prosent av innvandrerbeboerne rapporterte om en overgriper med norsk bakgrunn. Omtrent halvparten av de som kom til krisesentrene hadde med seg barn. Barna hadde nesten alltid en nær relasjon til overgriper, for 81 prosent av barna var voldsutøver en far og for 11 prosent var voldsutøver en stefar. Det viser seg at de som hadde med seg barn hadde levd lengre med volden enn de som ikke hadde med barn. 93 prosent av krisesenterbrukerne hadde vært utsatt for vold gjentatte ganger (Bufdir, 2016).

Ved krisesentrene i Norge var det 2028 beboere og 2302 dagbrukere i 2013. Av disse var 111 menn. Mennene hadde oftest vært utsatt for vold fra nåværende eller tidligere samboer/ektefelle/partner eller foreldre, familie og bekjent (Sogn & Hjemdal, 2010).

Kvinner som har opplevd fysisk vold rapporterer også mye psykisk vold. Kontrollerende atferd inneholder dominans og isolasjon og medfører at et tidligere godt nettverk forsvinner, gradvis blir mange nektet selvstendig økonomi, nektet arbeid, skolegang og hindret i sin kontakt med venner og familie. Det inntreffer et betydelig tap av sosial kapital. Slik vold kan føre til at en blir alene og i den andres makt, skam og skyld, konsentrasjonsproblemer, angst, uro, ensomhet og usikkerhet, stadig mindre omgang med og eventuelt tap av venner og familie, samt økende fravær på jobb (Alsaker, Moen, & Morken, 2014).

3.3 Kollektiv vold

3.3.1 Vold og traumer fra krig og flukt

Mennesker som kommer til Norge som flyktninger og asylsøkere har vært utsatt for vold og rystende opplevelser over tid. I tillegg til volden, de menneskelige tapene, sorgen, katastrofene og terroren som de har opplevd i hjemlandet og bærer med seg i minnet og i kroppen, kan lidelsene fortsette gjennom den strabasiøse og ofte farlige flukten, som kan vare gjennom måneder og år. Slik sett bærer disse menneskene med seg en rekke opplevelser som hver for seg er risikofaktorer for utvikling av psykiske lidelser og sosiale problemer (Rutter, 2012; Garbarino, 2008, Ungar, 2012; Lidèn & Eide, 2013; Varvin, 2008).

I det nye landet lever flyktningen videre med minnene fra krig og flukt, i et samfunn som ofte ikke har forutsetninger til å forstå hva de nye innbyggerne sliter med. Mange opplever marginalisering i det nye landet, og føler usikkerhet og angst med tanke på fremtiden. Usikkerheten knyttet til alderstester og hvilket svar de får på sine asylsøknader er også skremmende. Flere melder også om at usikkerheten gir opplevelsen av retraumatisering, en følelse som setter seg i kropp og sinn, og kan få konsekvenser for både den enkelte som er rammet og samfunnet man bor i (CMRD, 2003; Førde, 2007; Garbarino, 2008; Ungar, 2012; Førde, 2014).

Spesielt sårbare er asylsøkere og flyktninger under 18 år, som er uten foreldre eller andre med foreldreansvar, såkalte enslige mindreårige. Til enhver tid er det omtrent 100 000 barn alene på flukt i Europa (Fazel & Stein, 2002; UNICEF, 2016). Studier gjennom årene har vist at små barn plasseres i overbefolkede oppsamlings-leirer med uholdbare forhold, barn fengsles sammen med voksne kriminelle, og mange land tilbyr liten eller ingen tilgang til helsehjelp og utdanning. Flere land har nektet barn retten til å søke asyl, og det rapporteres om at også politi utøver en voldelig behandling av barna. Det rapporteres også om summariske utsendelser av barn uten forsikring om at de returneres til et sosialt hjelpesystem eller familie i opprinnelseslandet. Det er også evidens for at enslige flyktningbarn kidnappes, selges som arbeidskraft eller til illegal adopsjon, prostitusjon og organsalg. Svake og utydelige lover i medlemsstatene resulterer i både manglende vilje og reelle strategier blant politikere til å bekjempe rasisme, sjåvinisme og intoleranse, og helt frem til i dag er det blitt dokumentert alvorlige psykososiale problemer og lidelser blant flyktningbarn i ankomstlandet (Sourander, 1998; Fazel & Stein, 2002; CMRD, 2003; Tunström, 2004; Varvin, 2008; Valenta & Berg, 2012; Eide & Lidén, 2013; Førde, 2014; European Council, 2016). På tross av at FNs barnekonvensjon har vært gjeldende i lovs form i de fleste land i flere år, dokumenteres fortsatt groteske forhold for flyktningbarn i hele Europa, og et stort antall barn forsvinner sporløst, også i Norge, uten at noen leter etter dem (CMRD, 2003; Vignæs, 2013; European Council, 2016; UNICEF, 2016). Barn alene på flukt blir sjelden registret i europeiske land, og UNHCR anslår at det er store mørketall.

Statene i Europa har svært ulike terskler for hvilke land man vurderer som trygge for tilbakesendelse, alt etter hvilket forhold de ulike myndighetene har til menneskerettigheter. Det er også en kjensgjerning at virkningen av globale hendelser de siste årene med den medfølgende krigen mot terror har ført til økende fiendtlighet overfor asylsøkere i Europa. Denne fiendtligheten blir til tider hauset opp av en ensidig mediedekning og mangel på politisk ledelse vedrørende beskyttelsesaspektet og ivaretaging av asylretten. Det at regjeringer retter sitt hovedfokus i sin innvandringspolitikk på beskyttelse av egne grenser i stedet for å dele på ansvaret og utfordringene landene står ovenfor vedrørende beskyttelse av flyktninger, kan være en farlig unnlattessynd (CMRD, 2003; Førde, 2014). Etter mange bekymringsmeldinger til EU-parlamentet fra menneskerettighetsorganisasjoner over flere år, sendte Europa-kommisjonen i juni 2013 ut en pressemelding om at det nå var enighet om ordlyden i en ny felles avtale om et nytt asylsystem for landene innenfor EU. Med denne redigeringen håpet EU-kommisjonen at asylsøkere skulle få en tryggere mottakelse og bedre behandling av asylsøknaden sin i alle europeiske land, enn praksis hadde vært til da. I innledningen står det at:

Asylum must not be a lottery. EU Member States have a shared responsibility to welcome asylum seekers in a dignified manner, ensuring they are treated fairly and that their case is examined to uniform standards so that, no matter where an applicant applies, the outcome will be similar. (European Commission - MEMO/13/532 12/06/2013).

Det kan for øvrig se ut som om det er en lang vei å gå for at forholdene for asylsøkere og flyktninger bedres over hele Europa.

Helsefremmende arbeid handler om individuell, relasjonell og samfunnsmessig tilrettelegging til det beste for innbyggerne i samfunnet. For at profesjonelle hjelpere skal kunne være i stand til å

forstå flyktnings situasjon og legge forholdene til rette for bedring av helsesituasjonen deres, er det nødvendig å forstå hvordan samfunnet fungerer for denne gruppen både på nasjonalt og internasjonalt nivå. Spesielt gjelder dette barn.

Betydningen av den Europeiske Menneskerettighetskonvensjonen og forpliktelsene de ulike landene i Europa har, samt forståelse av hvilken vilje enkeltes land viser til å gjennomføre innholdet, er vesentlig faktakunnskap med tanke på hvilket engasjement hjelperen bør vise ovenfor flyktninger og deres situasjon. Det er også viktig å forstå de internasjonale og europeiske reglene vedrørende selve asylsøkerprosessen, samt betydningen av sammenhengen mellom lokal, nasjonal og internasjonal politikk, for bekjemping av vold og undertrykkelse. Det er viktig for profesjonelle hjelpere, myndigheter og andre å ha klart for seg at barn og unges opplevelse av å bli undertrykt, skaper fortvilte, sinte unge mennesker, og dermed mer vold, utrygghet og psykiske helseproblemer. En manglende politisk vilje til å prioritere beskyttelsesaspektet for flyktninger, gir også indirekte signaler til ekstreme krefter om at rasisme og voldelige handlinger kan aksepteres for å stenge ute mennesker som søker beskyttelse fra krig og vold. Mangel på kunnskap om det komplekse i flyktnings og asylsøkeres livssituasjon kan med andre ord føre til at volden fortsetter i lange tider, og bør ha stort fokus i en profesjonsutdanning innen helse- og sosialt arbeid.

3.3.2 Terror og politisk vold i Norge

Norge ble rammet av sitt største terrorangrep gjennom tidene den 22. juli 2011.

Gjerningsmannen utløste en kraftig bilbombe ved regjeringskvartalet i Oslo, som tok livet av åtte mennesker og gjorde stor skade på flere bygninger. Gjerningsmannen tok seg så videre til Utøya med skytevåpen og drepte 69 mennesker, der flesteparten var ungdommer.

Etter terrorangrepet på Utøya 22. juli 2011 var det stor forståelse for at de som overlevde, de etterlatte og alle familier som ble rammet av angrepet kunne trenge hjelp fra det offentlige hjelpeapparatet. Ekstraordinære hjelpetiltak ble derfor iverksatt umiddelbart.

Nilsen et al. (2017) har skrevet en rapport om oppfølgingen fra det offentlige hjelpeapparatet av de overlevende etter Utøya-terroren. Oppfølgingen fra hjelpeapparatet ble delt inn i fire hovedkategorier: (1) psykososial oppfølging etter Helsedirektoratets modell, og oppfølging fra (2) fastlege, bedriftslege og legevakt (3) psykisk helsehjelp og (4) spesialisert somatisk helsehjelp. Det fremkommer at omfanget av hjelpebehovet etter terroranslagene var høyt. En stor andel av de som overlevde fikk oppfølging av helsevesenet i en lengre periode etter hendelsen, blant annet hadde 95 % av deltakerne i en studie kontakt med helsetjenesten, både primær- og spesialisthelsetjenesten i perioden fem til 15 måneder etter terroranslagene (Stene & Dyb, 2015). Fremdeles, to og et halvt år etter hendelsen hadde 16,5 % av deltakerne behov for hjelp med å håndtere psykiske reaksjoner i stor eller svært stor grad (Stene, Wentzel-Larsen & Dyb, 2016). Det er utvilsomt et omfattende og langvarig behov for tverrfaglig oppfølging etter terrorangrep og andre menneskeskapte katastrofer.

3.3.3 Trusler og vold rettet mot arbeidstakere i helse- og sosialfeltet

SSB sin Levekårsundersøkelse viser økt forekomst av vold og trusler om vold rettet mot helsepersonell de siste 10 årene (ssb.no, 2017). 203 000 av yrkesaktive i Norge (7,5 prosent) oppgir at de har vært utsatt for trusler eller vold det siste året (Agestad et al., 2015, s.3).

Hovedvekten av disse arbeider innen helse- og sosialarbeid. I tillegg til de fysiske skadene har disse arbeidstakerne også økt risiko for å utvikle muskel- og skjelett-lidelser samt psykiske lidelser (Arbeidstilsynet, 2013).

Arbeidsmiljøloven (AML §1, 2005) skal ivareta arbeidstakerne ved å sikre et trygt arbeidsmiljø. Gjennom ulike forskrifter slås det fast at det er arbeidsgivers plikt å kartlegge «forhold som kan medføre at arbeidstaker blir utsatt for vold og trussel om vold». § 4-3 slår i tillegg fast at den enkelte arbeidstaker «... så langt det er mulig beskyttes mot vold, trusler og uheldige belastninger som følge av kontakt med andre ...».

Fra 2017 ble det innført tre nye arbeidsmiljøforskrifter om forebygging og registrering av trusler og vold. Arbeidstilsynet gav ut en veileder som informerer om hvordan dette arbeidet bør inkluderes i den daglige driften (Arbeidstilsynet.no, 2017).

I følge Alfarnes et al. (2016) er risikoen for å bli utsatt for trusler og vold høyest blant helsepersonell innen psykisk helsevern, og miljøpersonale i akutt- og sikkerhetsavdelinger. Spesialist-helsetjenesten er mer utsatt enn dem som arbeider ved allmenn-poliklinikker. Alfarnes et al. (2016); Lillevik og Øien, 2010, s. 84-96) er blant flere som problematiserer at årsaksvariablene nesten utelukkende har fokusert på egenskaper ved pasienter/klienter (Almvik et al., 2000; Berring, 2006, s. 70-78; Woods & Ashley, 2007, s. 652-660; NOU, 2010:3, kapittel 9). Også flere påpeker at et mer helhetlig og relasjonelt fokus kan ha betydning i forebyggingen og håndteringen av trusler og vold (Schibbye, 2003, s. 163–183; Johnsen, 2004; Halvorsen, 2008). Å anerkjenne og undersøke relasjonelle forhold i tillegg til egenskaper ved pasient/klient, samt problematisere strukturelle forholds betydning, vil kunne gi viktige kunnskapsmessige bidrag for å minske trusler og vold både for pasienter/klienter og arbeidstakere innen helse- og sosialarbeid.

4. Å arbeide med volds- og traumeutsatte

4.1 Hjelp til hjelperne

En konsekvens av det relasjonelle perspektivet i hjelpe-arbeidet er å anerkjenne de påkjenningene mange arbeidstakere opplever innen helse- og sosialfeltet. Fenomener og begreper som «Compassion fatigue», sekundærtraumatisering, overføringsreaksjoner og utbrenthet handler alle om den følelsesmessige påvirkningen som hjelpere over tid kan oppleve i krevende og smertefulle samarbeidsrelasjoner (Isdal, 2017). Kunnskap og ferdigheter om disse fenomenene både individuelt, relasjonelt og strukturelt må derfor tas på alvor og integreres i kompetansen for profesjonsutøverne. Dette kan for eksempel være gjennom ulike former for undervisning, veiledning og andre studentaktive læringsformer.

Arbeidet med mennesker utfordrer hjelpere til stadige konfrontasjoner - med andre mennesker, med en selv, og med ekstraordinære opplevelser. Denne konfrontasjonen gjør at hjelperens syn på livet og verden til stadighet blir prøvd, og grensene for hjelperens humanisme blir utfordret. Hvis arbeidet består i hovedsak av å måtte håndtere andres traumer og psykologiske kriser, og gjennom dette gang på gang blir stilt ansikt til ansikt med vissheten om at disse traumene er resultatet av en villet handling av mennesker som ønsker å skade, vil disse opplevelsene før eller senere kunne komme til å overvelde en. Den rollen traumet spiller i omsorgsarbeidet og den

terapeutiske samhandlingen kan bli for skremmende for hjelperen, og de følelsene og reaksjonene man da kan kjenne på beskrives på flere måter.

En beskrivelse er situasjons-betingede motoverførings-reaksjoner, eller Event Counter Transference Reactions (ECTR). Slike reaksjoner regnes som integrert i arbeidet med voldsutsatte og traumatiserte, og antas å være nærmest uunngåelige og forventet (Lindy & Wilson, 1994; Dalenberg, 2000; Bang, 2003). Dersom slike reaksjoner oppstår hos profesjonsutøveren kan dette komme til å forstyrre det profesjonelle arbeidet. Måten hjelperen kommuniserer og oppfører seg på i en slik situasjon kan oppleves direkte ødeleggende av mennesker som befinner seg i en avmakts- og avhengighetsposisjon, og som trenger deres hjelp og støtte til å reise seg igjen etter voldshandlinger.

Sekundær traumatisering er et annet begrep. Denne tilstanden står i motsetning til den som er direkte berørt av traumet, og som er primært traumatisert. Ved slike reaksjoner kan hjelperer som arbeider med traumatiserte mennesker over tid gjennomgå en forandring med tanke på sitt verdensbilde, sin holdning til seg selv og sine klienter (Bang, 2003, s. 49). Man kan følgelig føle behov for å forsvare sin egen sårbarhet, og reagere på måter som kan få store konsekvenser både for pasient/klient og for hjelperen selv.

Slike reaksjoner og følelser kan også virke som byggesteiner til det vanskelige fenomenet «*conspiracy of silence*»; når følelser som oppstår i en situasjon vekker minner i hjelperen om liknende følelser fra egne tidligere vanskelige opplevelser, kan dette føre til at man går inn i en personlig allianse med seg selv, eller også med andre, om at «*dette snakker vi ikke om*». Ved på denne måten å holde avstand og fortrenge/fornekte spesielle opplevelser og situasjoner, og la være å ta tak i noe av det viktige som formidles gjennom en samhandling, unngår hjelperen å møte den som trenger hans hjelp på en empatisk måte. Dermed kan dette stenge for gode hjelpe- og endringsprosesser, og endatil skade (Lindy & Wilson, 1994, s.32).

Det er imidlertid viktig å ha klart for seg at det å kjenne på motoverføringsfølelser ikke nødvendigvis betyr at disse følelsene utvikler seg videre til uheldige motoverføringsreaksjoner. Ved å lære å kjenne igjen følelsene som det signalet de faktisk er, kan det bidra til at hjelperen får utvidet sin beredskap og selv oppdage hva som holder på å skje i en samhandling, før det fører til uheldige motoverføringsreaksjoner (Lindy & Wilson, 1994). Når hjelperen lærer å identifisere egne følelser og plassere dem der de hører hjemme, vil vedkommende kunne være bedre i stand til å unngå denne spesielle ødeleggende atferden som kommer i kjølvannet av følelsene. Dette kan begrense graden av ubevisst kommunikasjon fra hjelperens side, og kan dermed forårsake mindre skade hos både dem som trenger hjelp, og hos hjelperne selv (Dalenberg, 2002; Yalom, 2010; Joseph & Linley, 2008; Isdal, 2017; Rogers, 1980; Wicks, 2008; Schibbye, 2009; Bang, 2003).

4.2 Det profesjonelle ansvar og avvergeplikt/meldeplikt

Vold er kriminelle handlinger ifølge den norske straffeloven. Har du som profesjonell mistanke om at noen utsettes for vold medfører det plikt til å handle også når volden skjer i den private sfære (Helsepersonelloven §33, 2018).

Konkret mistanke eller informasjon om hendelser vedrørende vold eller seksuelle overgrep skal jfr. Avvergeplikten, straffelovens §139 anmeldes til politiet som er rette instans til å undersøke lovbrudd. Det er viktig å merke seg at når barn er utsatt så skal den potensielt mistenkte ikke

konfronteres med mistanken før anmeldelsen, og heller ikke gjøres oppmerksom på at det vil bli anmeldt. Overlat dette til politiet.

Avvergeplikt/meldeplikt: I en lovendring fra 2012 (lov av 25 juni 2012 nr. 47) ble avvergeplikten skjerpet og utvidet. Straffeloven §139 slår fast at den som unnlater å anmelde til politi, kan straffes med bot eller fengsel inntil ett år. Tidligere inntrådte avvergeplikten (§139) først når man hadde pålitelig kunnskap om at straffbare handlinger ville eller var i ferd med å bli begått. Etter lovendringen inntreer avvergeplikten når man holder det for sikkert eller mest sannsynlig at den aktuelle handlingen vil bli eller er begått. Når plikten til å varsle inntreer får den forrang foran taushetsplikten. Dette kan representere et dilemma i fortrolige samtaler mellom den profesjonelle og klient. En anbefaler av den grunn å informere klienten/pasienten om den varselplikt som hviler på en som profesjonell i starten av samtaler.

Dersom sannsynligheten for ny vold reduseres ved for eksempel at voldsutøver søker profesjonell hjelp og den voldsutsatte tar grep for å øke sin trygghet, kan det medføre at varselplikten ikke inntreer.

Informasjon om hvilke tilbud som finnes i Norge både for voldsutsatte, voldsutøvere og barn er av stor betydning for at den voldsutsatte kan ta reelle valg. Oppdatert informasjon kan hentes via din.utvei.no (Nasjonal nettportal om vold i nære relasjoner, voldtekt og andre seksuelle overgrep). Portalen driftes av Nasjonalt kunnskapscenter om vold og traumatisk stress (NKVTS) på oppdrag fra Justis- og beredskapsdepartementet.

Det er også av betydning at den profesjonelle innser at en enkelt faggruppe ofte ikke er nok for å tilby god hjelp og at den profesjonelle har mot og evne til å kontakte aktuelle medhjelpere på tvers av egen profesjon.

Hvilket stadium den voldsutsatte befinner seg i henhold til bevissthet, erkjennelse av alvorlighet og tanker om å bryte ut eller søke hjelp varierer. Det kan gå lang tid fra spørsmålet og tema bringes på bane til erkjennelse og motivasjon og styrke til å gjøre noe med det. Krisesentrene kan bidra til trygghet i en slik prosess mot økt autonomi.

Nære relasjoner er vanligvis en ressurs, men kan også være selve kilden til pasientens problemer. Å inkludere et spørsmål om pasienten føler seg trygg hjemme, eller om han/hun er redd for noen og om disse er i en nær relasjon og bor i samme hus som pasienten/klienten i mottakssamtaler er et viktig skritt. Er svaret ja, forplikter det hjelperen til å spørre nærmere. En av de viktigste effekter av Alternativ til vold sitt behandlingstilbud til volds-utøvere er at bruddfasen blir mindre farlig for de voldsutsatte.

Som profesjonell i møte med mennesker som opplever vold i nære relasjoner har du først og fremst et ansvar i å bidra til å hindre at volden fortsetter. Ved å gi informasjon til den voldsutsatte om hvilke hjelpemuligheter som finnes, gir du den voldsutsatte håp om en bedre fremtid og muligheten til selv å velge sin vei. Krisesentrene, Alternativ til vold, Senter mot incest og seksuelle overgrep (SMISO), politi, fri rettshjelp - advokathjelp, bistandsadvokat, sosialhjelp, besøksforbud, voldsalarm, voldsoffererstatning, psykisk hjelp, ressurscenter for menn, familiekontor, barnas hus, psykologisk hjelp til barna er noen hjelpemuligheter. Å gi slik informasjon hevder verdens helseorganisasjon er svært viktig i sine Guidelines (WHO, 2013).

Verdens helseorganisasjon har en egen konvensjon om vold mot kvinner, og anser dette som et stort samfunnsproblem i alle land (WHO, 2013). Organisasjonen presenterer en liste med kriterier som må være tilstede når kvinnen blir spurt om hun blir eller har blitt utsatt for vold. Kriteriene er blant annet:

- Konsultasjon må skje i en skjermet setting
- Helsepersonell må være støttende og ikke dømmende
- Gi praktisk råd, støtte og informasjon om relevante tilbud, som for eksempel juridiske rettigheter og mulighet for å øke sin (og eventuelle barns) sikkerhet der det er behov
- Ikke være invaderende og presse til samtale, men la kvinnen gi informasjon frivillig
- Være lyttende
- Spør om voldshistorikk
- Være støttende til at kvinnen kan utnytte sitt (ikke voldelige) sosiale nettverk

Basert på WHO 's Guidelines 2013 har Verdens helseorganisasjon i 2014 utviklet en klinisk håndbok for hvordan en kan hjelpe kvinner utsatt for partnervold og seksuell vold (Alsaker, 2016).

5. Rammevilkår og planer for profesjonsutdanninger i helse- og sosialfag

Forskrift om tilsyn med utdanningskvaliteten i høyere utdanning (Studietilsynsforskriften) legger føringer for oppbygging av utdanningsprogram i UH sektoren (2017). Et studieprograms læringsutbyttebeskrivelser skal beskrives i samsvar med Nasjonalt kvalifikasjonsrammeverk (NKR), være faglig oppdatert og ha tydelig relevans for arbeidsliv. Nasjonalt kvalifikasjonsrammeverk beskriver læringsutbytte for norske utdanninger og kvalifikasjonsnivået etter fullført utdanning.

De ulike nivåene i kvalifikasjonsrammeverket skal representere en progresjon som beskriver stigende grad av kompleksitet. Progresjon innen studiene skal kunne leses både vertikalt og horisontalt. «Progresjon vertikalt forstås som progresjon mellom nivåene innenfor hver av kategoriene kunnskap, ferdighet og generell kompetanse» (Kunnskapsdepartementet, 2011, s. 20). Horisontal progresjon er når et tema er beskrevet som kunnskap eller ferdighet på et nivå, mens samme tema på et høyere nivå beskrives som generell kompetanse. Gjennom bruk av verb viser en økt forventning til hva studenten skal kunne definert i kunnskap, ferdigheter og generell kompetanse.

I Forskrift om felles rammeplan for helse- og sosialfagutdanninger §1 Virkeområde og formål slås det fast at utdanningsinstitusjonene skal tilby praksisnære og forskningsbaserte helse- og sosialfagutdanninger med høy faglig kvalitet og relevans. Forskriften skal sammen med retningslinjene sikre at norske helse- og sosialfagutdanninger kjennetegnes nasjonalt og internasjonalt som kvalitativt gode profesjonsutdanninger i høyere utdanning.

Punkt 7 i læringsutbyttebeskrivelser i Forskrift om felles rammeplan forutsetter at studenten

har kunnskap om sosiale og helsemessige problemer inkludert omsorgssvikt, vold, overgrep, rus- og sosioøkonomiske problemer og kan identifisere og følge opp

mennesker med slike utfordringer. Kandidaten skal kunne sette inn nødvendige tiltak og/eller behandling, eller henvise videre ved behov (Kunnskapsdepartementet, 2017).

Med utgangspunkt i denne forskriften og Opptrappingsplan mot vold og overgrep kommer gruppen i det videre med forslag til læringsutbyttebeskrivelser.

Dokumentet skisserer ressurser i vår utdanningsinstitusjon. Gruppen foreslår også avslutningsvis eventuelle nye utdanninger og kurs for å oppfylle mer av innholdet i regjeringens opptrappingsplan, og mandatet fra HVL.

6. Kartlegging av læringsutbyttebeskrivelser

Læringsutbyttebeskrivelser for studieprogram og emnebeskrivelser ligger tilgjengelig på HVL sine nettsider. Arbeidsgruppen har gått gjennom disse for å se i hvilken grad forventet læringsutbytte dekker tema vold og traumatisk stress og derunder omsorgssvikt, rus, sosioøkonomiske problemer, Potensielt traumatiserende hendelser (PTH), selvmord og/eller overgrep. (Det gjøres oppmerksom på at ordet «traumer» ikke isolert er søkt på, da ordet alene kan bety både fysiske traumer som sår/brudd/etc., og psykiske traumer). Arbeidsgruppen har sett etter beskrivelser som dekker kunnskap om tema, identifisering, handlingskompetanse, relasjonskompetanse, bevissthet om voldsutbredelse i samfunnet, og om det er progresjon i læringsutbyttebeskrivelser gjennom studiet innen tema.

6.1. Studieprogramnivå bachelor

Læringsutbyttebeskrivelsene for de 15 bachelorutdanningen innen helse- og sosialfag som er vurdert dekker i liten grad tematikk vold og traumatisk stress. Ingen av grunnutdanningenes læringsutbyttebeskrivelser på studieprogramnivå har tydelige formuleringer som bredt dekker tematikk vold og traumatisk stress, men flere berører deler av tema som f.eks. sosiale problemer. Sosiale problemer er et bredt begrep som kan favne fenomener som vold, traumatisk stress, overgrep, sosioøkonomiske problemer, omsorgssvikt, selvmord.

Tabell 1. Oversikt over hvorvidt bachelorutdanningenes læringsutbyttebeskrivelse i studieplan inneholder søkeord: Vold, traumatisk stress, omsorgssvikt, rus, sosioøkonomiske problemer, Potensielt traumatiserende hendelser (PTH), selvmord og/eller overgrep.

Studieprogram	Inneholder søkeord	Hvilke ord som er nevnt
Bachelor i sykepleie (Bergen, Førde, Stord, Haugesund)	N (Nei)	
Bachelor i vernepleie (Sogndal)	N	
Bachelor i vernepleie (Bergen)	N	
Bachelor i sosialt arbeid (Bergen)	J (Ja)	Sosiale problem
Bachelor i sosialt arbeid (Sogndal)	J	Sosiale problem
Bachelor i barnevern	J	Sosiale problem

<u>Bachelor i ergoterapi</u>	N	
<u>Bachelor i radiografi</u>	N	
<u>Bachelor i fysioterapi</u>	N	
<u>Bachelor i bioingeniør</u>	N	

6.2 Studieprogramnivå master

Det er kun Master i psykisk helse- og rusarbeid som nevner et av søkeordene, rus, i sitt overordnede læringsutbytte. Ingen av de andre utdanningene på masternivå inneholder noen av søkeordene vold, traumatisk stress, omsorgssvikt, rus, sosioøkonomiske problemer, PTH, selvmord og/eller overgrep.

I tråd med de tidligere beskrevne rapporter, planer og retningslinjer forventes det nå at også studenter på masternivå skal ha kunnskap om dette temaet, spisset inn mot hver utdannings fagområder og på et nivå tilsvarende NKR nivå 7.

Tabell 2. Oversikt over hvorvidt masterutdanningenes læringsutbyttebeskrivelse i studieplan inneholder søkeord: Vold, traumatisk stress, omsorgssvikt, rus, sosioøkonomiske problemer, PTH, selvmord og/eller overgrep.

Studieprogram	Inneholder søkeord:	Hvilke ord som er nevnt
<u>Master i Jordmorfag</u>	N	
<u>Master i klinisk fysioterapi</u>	N	
<u>Master i klinisk helse- og omsorgsvitskap</u>	N	
<u>Master i klinisk sykepleie - anesthesisykepleie</u>	N	
<u>Master i klinisk sykepleie – barnesykepleie</u>	N	
<u>Master i klinisk sykepleie – diabetessykepleie</u>	N	
<u>Master i klinisk sykepleie – kardiologi</u>	N	
<u>Master i klinisk sykepleie – intensivsykepleie</u>	N	
<u>Master i klinisk sykepleie – helsesøster</u>	N	

<u>Master i klinisk sykepleie – operasjonssykepleie</u>	N	
<u>Master i kunnskapsbasert praksis i helsefag</u>	N	
<u>Master i organisasjon og leiing</u>	N	
<u>Master i psykisk helse og rusarbeid</u>	J	Rus
<u>Master i samhandling innan helse og sosialtjenestar</u>	N	
<u>Master i samfunnsarbeid</u>	N	

6.3 Studieprogramnivå vidareutdanning

I gjennomgang av læringsutbyttebeskrivelser på studieprogramnivå i vidareutdanningene fremkommer et tydelig skille mellom de utdanninger hvor tematikk vold og traumatisk stress er dekket og de utdanninger der tematikken ikke er tilstede.

Tabell 3. Oversikt over hvorvidt vidareutdanningenes læringsutbyttebeskrivelse i studieplan inneholder søkeord: Vold, traumatisk stress, omsorgssvikt, rus, sosioøkonomiske problemer, PTH, selvmord og/eller overgrep.

Studieprogram	Inneholder søkeord: N= nei, J= ja	Hvilke ord som er nevnt
<u>Aktiv omsorg – bevegelse naturopplevingar og deltaking</u> (30 sp)	N	
<u>Akuttsjukepleie for kommunehelsetjenestar</u> (30sp)	N	
<u>Avansert klinisk sykepleie</u> (30sp)	N	
<u>Den psykiske helsa til spedbarn og småbarn</u> (60 sp)	Studieprogrambeskrivelse er ikke tilgjengelig på nettsidene.	I oppbygging av emnene er rusproblematikk, avvikende omsorgsutøvelse, belastende livshendelser, herunder traumatisering og mishandling nevnt.

<u>Eldre, demens og alderspsykiatri</u> (15 sp)	Mangler læringsutbyttebeskrivelse	
<u>Familieterapi og nettverksarbeid</u> (60sp)	N	
<u>Frivillig arbeid</u> (15 sp)	N	
<u>Gottmann parterapimetode</u> (30 sp)	N	
<u>Innføring i rettleiing</u> (15 sp)		
<u>Innføring i rettleiingspedagogikk</u> (6 sp)	N	
<u>Klinisk radiografi</u> (30 sp)	N	
<u>Klinisk sjukepleie – gastrosykepleie</u> (60 sp)	Studieplan er ikke tilgjengelig på HVL sine sider. Studiet er under revisjon.	
<u>Klinisk sjukepleie – Lungesykepleie</u> (60 sp)	Studieplan er ikke tilgjengelig på HVL sine sider. Studiet er under revisjon.	
<u>Klinisk sjukepleie – Nevrosjukepleie</u> (60 sp)	Studieplan er ikke tilgjengelig på HVL sine sider. Studiet er under revisjon.	
<u>Klinisk sjukepleie – stomisjukepleie</u> (60 sp)	Studieplan er ikke tilgjengelig på HVL sine sider. Studiet er under revisjon.	
<u>Klinisk sjukepleie – Uroterapi</u> (60sp)	Studieplan er ikke tilgjengelig på HVL sine sider. Studiet er under revisjon.	
<u>Kunnskapsbasert praksis</u> (15 sp)	N	
<u>Medisinske laboratorieanalyser</u> (20sp)	N	
<u>Pleie og behandling av ikke-helende sår</u> (30sp)	N	
<u>Rusproblematikk og rusarbeid</u> (60sp)	J	Rus
<u>Teknologi i helse og omsorg</u> (30 sp)	N	

<u>Tverrfaglig videreutdanning i psykisk helsearbeid – Stord/Haugesund</u> (60sp)	N	
<u>Tverrfaglig videreutdanning i psykisk helsearbeid – Førde</u> (60sp)	J	Rus
<u>Tverrfaglig videreutdanning i psykososialt arbeid med barn og unge</u> (60 sp)	J	Sosiale problem, rusmiddelmissbruk, inngående kunnskap om kva konsekvensar krenking, vald og traumer mot barn har for deira utvikling og helse , krig og flukt, beskyttelses- og risikofaktorar
<u>Tverrfaglig videreutdanning i rehabilitering</u> (30 sp)	N	
<u>Tverrfaglig videreutdanning i rusproblematikk</u> (60 sp)	J	Rus
<u>Veiledningspedagogikk</u> (30 sp)	N	
<u>Videreutdanning for off-shore sjukepleie</u> (30 sp)	Studieplan er ikke tilgjengelig på HVL sine nettsider	
<u>Vurdering av barnets beste</u> (30 sp)	J	Omsorgsvurdering

6.4. Læringsutbyttebeskrivelser emnenivå

Ettersom svært få program dekket tematikk om vold og traumatisk stress valgte arbeidsgruppen å undersøke de ulike emnebeskrivelsenes læringsutbyttebeskrivelser.

6.4.1 Læringsutbyttebeskrivelser emnenivå bachelor

Flere av bachelorutdanningene har læringsutbyttebeskrivelser som tar opp tematikk tilknyttet sosiale utfordringer, kommunikasjon og konflikter. Disse temaene dekker veldig bredt og kan omhandle vold og traumatisk stress. Alle utdanningene har emnebeskrivelser som dekker kommunikasjon godt, men begrepet betyr ikke nødvendigvis at studenten skal ha relasjonskompetanse eller kan avdekke, ta opp og snakke med pasienter og brukere om vanskelige tema som vold og traumatisk stress. Rus benevnes i flere emnebeskrivelser og da ofte i tilknytning til psykisk lidelse. Ingen av utdanningene har emnebeskrivelser som knytter rus og vold sammen. Vold er heller ikke benevnt annet enn i emnebeskrivelsen for BSD320 Praksisstudier i sykehjem på desentralisert sykepleie og da i tilknytning vold mot eldre. Dersom fenomenet vold kun fremkommer i undervisning der tema kobles til rus og psykisk lidelse bortforklarer dette det faktum at vold og traumatisk stress også fremkommer i situasjoner der hverken rus eller psykisk lidelse er årsak. Dette flytter fokus over på årsaksforklaringer for voldsutførers adferd heller enn fenomenet vold og offerets opplevelse og konsekvensene av handlingen.

Tabell 4. Emnebeskrivelser fra bachelor utdanningene som inneholder søkeordene vold, traumatisk stress, omsorgssvikt, rus, sosioøkonomiske problemer, PTH, selvmord og/eller overgrep.

Program	Emne	LUB
Bachelor i sykepleie Bergen		
	BSSV2: Samfunnsvitenskapelige perspektiver på sykepleie i spesialisthelsetjenesten	<ul style="list-style-type: none"> - Gjør rede for og gjenkjenner traumatiske kriser, krisereaksjoner og ulike mestringsstrategier hos pasienter og pårørende
	BSS7A Utøvelse av sykepleie i psykisk helsevern	<ul style="list-style-type: none"> - Ha kunnskap i forhold til avvik, stress, krise, sorg og tap i sin samhandling med pasientene
	BSSV3 Samfunnsvitenskap for sykepleie i hjemmebasert omsorg, psykisk helsevern og helsefremmende og sykdomsforebyggende arbeid	<ul style="list-style-type: none"> - Har kunnskap om traumer - kan identifisere psykososiale og kulturelle faktorerens betydning for utvikling og håndtering av sykdom og lidelse, og for helsefremming, forebygging, behandling og rehabilitering
	FELLES-3 Kommunikasjon, tverrfaglig samarbeid og konflikthåndtering for helse- og sosialfag	<ul style="list-style-type: none"> - Kjenner til strategier for konflikthåndtering og konfliktløsning - Anvender konfliktløsningsstrategier
Desentralisert sykepleie Bergen		
	BSD300 Medisinsk og kirurgisk sykepleie	<ul style="list-style-type: none"> - Har kunnskaper om betydningen av konflikthåndtering
	BSD320 Praksisstudier i sykehjem	<ul style="list-style-type: none"> - Oppdager og håndterer vold mot eldre i private og offentlige relasjoner
	BSD330 Sykepleierens funksjon og oppgave innen geriatri og geriatrisk sykepleie	<ul style="list-style-type: none"> - Har kunnskap om psykisk helse og selvmord blant eldre - Oppdager og håndterer vold mot eldre i private og offentlige relasjoner
	BSD340 Praksisstudier i hjemmesykepleien	<ul style="list-style-type: none"> - Oppdager og håndterer vold mot eldre i private og offentlige relasjoner
	BSD400 Sykepleierens funksjon og oppgaver i psykisk helsearbeid inkludert psykiatri	<ul style="list-style-type: none"> - Har kunnskap om stress, krise, sorg og tap

	BSD410 Praksisstudier i psykiatrisk institusjon eller hjemmebasert psykiatritjeneste	<ul style="list-style-type: none"> - Har kunnskap om stress, krise, sorg og tap som anvendes i samhandling med pasienter og deres pårørende
	BSD420 Kommunikasjon, pedagogikk, psykologi, etikk, samhandling og konfliktløsning	<ul style="list-style-type: none"> - Har kunnskap om hvordan konflikter kan oppstå og kan bidra til å motvirke og løse konflikter. - Har kunnskap om ulike kriser og sorg-reaksjoner
Sykepleie Førde (Inkludert januaropptak og deltid)		
	SK155 Etikk, jus og psykologi	<ul style="list-style-type: none"> - har kunnskap om utviklingspsykologi, kognitive funksjonar og normale psykologiske reaksjonar på sjukdom og krise
	SK165 Kommunehelseteneste og psykisk helsearbeid/helsevern	<ul style="list-style-type: none"> - har innsikt hovudgruppene av psykiske lidingar/ rusavhengigheit, behandlingsmodellar og terapeutisk relasjonsarbeid
Sykepleie Stord/Haugesund		
	PRAKH(S)B2103 Praksisstudier i psykisk helsearbeid/helsevern	<ul style="list-style-type: none"> - Har kunnskap om relevante psykiske og rusrelaterte lidelser, behandling, rehabilitering, ulike metoder inklusiv miljøterapi og sykepleie som benyttes i psykisk helsearbeid/helsevern. - Har kunnskap om relevante kommunikasjonsformer, spesielt kommunikasjon som fremmer brukermedvirkning og samhandling med pasienter og deres pårørende. - Har kunnskap om informasjon, veiledning og undervisning som er relevant for pasienter og deres pårørende innenfor feltet psykisk helsearbeid/helsevern. - Har kunnskap om sykepleieprosessen som metode i utøving av sykepleie til pasienter med psykiske og rusrelaterte sykdommer. - Identifiserer, vurderer, prioriterer, planlegger, utfører, følger opp, rapporterer og

		<p>dokumenterer behov for sykepleie til pasienter/brukere med psykiske og rusrelaterte lidelser, og i forhold til tilleggslidelser. Dette utføres i samråd med pasienten, pårørende og andre medarbeidere.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Viser innsikt i kommunikasjonens betydning for å fremme tillit og sikre trygghet hos pasienter og deres pårørende - Viser evne til kritisk refleksjon over egen evne til å utøve sykepleie til pasienter/brukere med psykiske og rusrelaterte lidelser.
	PRAKH(S)B2104 Praksisstudier i hjemmesykepleie	<ul style="list-style-type: none"> - Har kunnskap om aktuelle ressurser i lokalsamfunnet/kommunen - for eksempel besøkstjeneste, frivillighetssentral, pasient og brukerorganisasjoner.
	PRAKH(S)B3103 Praksisstudier i psykisk helsearbeid/helsevern	<ul style="list-style-type: none"> - Har kunnskap om relevante psykiske og rusrelaterte lidelser, behandling, rehabilitering, ulike metoder inklusiv miljøterapi og sykepleie som benyttes i psykisk helsearbeid/helsevern. - Identifiserer, vurderer, prioriterer, planlegger, utfører, følger opp, rapporterer og dokumenterer behov for sykepleie til pasienter/brukere med psykiske og rusrelaterte lidelser, og i forhold til tilleggslidelser. Dette utføres i samråd med pasienten, pårørende og andre medarbeidere. - Viser evne til kritisk refleksjon over egen evne til å utøve sykepleie til pasienter/brukere med psykiske og rusrelaterte lidelser.
	SYKH(S)B2041 Sykepleie og samfunnsvitenskapelige fag 4.1	<ul style="list-style-type: none"> - Kan utveksle synspunkt for hvordan samfunnsmessige strukturer og sosiale rammer virker inn på det enkelte individ og samspill mellom aktører.

Sosialt arbeid Bergen		
	BSO212 Samfunnsarbeid med fokus på barn og unge	<ul style="list-style-type: none"> - Reflekterer over risikofaktorer og beskyttelsesfaktorer i barn og unges oppvekstmiljø
	FELLES-3 Kommunikasjon, tverrfaglig samarbeid og konflikthåndtering for helse- og sosialfag	<ul style="list-style-type: none"> - kjenner til strategier for konflikthåndtering og konfliktløsning - anvender konfliktløsningsstrategier
	BSO311 Refleksjon over fag og yrke	<ul style="list-style-type: none"> - Kan identifisere sosialpolitiske problemstillinger og utfordringer i sosialt arbeid - Kan gjøre rede for sentrale aspekter ved skjønnsutøvelse i sosialt arbeid - Kan identifisere maktaspekter og vurdere deres betydning for handlingsvalg innen ulike arbeidsområder - Kan identifisere og reflektere over etiske problemområder og dilemmaer i utøving av sosialt arbeid - Kan utøve skjønn i tverrprofesjonell kontekst
Sosialt arbeid Sogndal		
	SOS5-107 Sosialt arbeid i velferdstenestene	<ul style="list-style-type: none"> - har kunnskap om, og kan gjøre greie for tverrprofesjonelle bidrag for å sikra barn og unge sine levekår - kan analysere sosiale problem på individ gruppe og samfunnsnivå
	SOS5-204 Sosialt arbeid – normalitet og avvik	<ul style="list-style-type: none"> - kunne anvende kommunikasjon og relasjonsforståing i arbeidet med utsette grupper
	BS5-201 Kommunalt barnevern	<ul style="list-style-type: none"> - kunnskap om kva konsekvensar det kan ha for barn å leve i utsette livssituasjonar, og analysere og diskutere dette ut frå eit barneperspektiv
	SOS5-309 Sosialt arbeid – samansette livsproblem	<ul style="list-style-type: none"> - kan gjera greie for kjenneteikn ved brukargrupper og aktuelle diagnosar ved ulike psykiske lidingar, rusavhengigheit, om samtidige psykiske lidingar og rusproblem (ROP- lidingar)

		<ul style="list-style-type: none"> - har kunnskap om profesjonelle familiesamtalar og om familieperspektiv på psykisk helse - har kunnskap om konflikter og har kjennskap til metodar for å arbeide i konfliktfylte situasjonar - har kunnskap om ulike typar rus- og/eller valdsproblematikk og konsekvensar for den som vert utsett for vald - kan arbeide med brukarar med samansette livsproblem - kan bruke motiverande samtale i møte med brukarar - kan bruke kunnskapar i emnet i vurderinga av tiltak overfor barn og familiar - kan reflektere over sosionomrolla i arbeidet med menneske med samansette livsproblem - kan reflektere over kunnskapsgrunnlaget og eigne haldningar overfor brukargruppa
Barnevern		
	BVP5-106 Barn og unges kvardagsliv, oppvekst og utvikling	<ul style="list-style-type: none"> - kunnskap om barn og ungdom i ein norsk migrasjonskontekst og om einslege mindreårige flyktningar sin situasjon
	BVP5-205 Kommunikasjonskompetanse, ungdom og marginalisering	<ul style="list-style-type: none"> - har kunnskap om ungdom og ruskultur og kva som kan vere tenleg rusarbeid og behandling. - har kunnskap om teoriar som forklarar korleis avvik/kriminalitet kan springe ut av samhandlingsprosessar og generelle samfunnsforhold - har kunnskap om familierettslege problemstillingar
	BS5-201 Kommunalt barnevern	<ul style="list-style-type: none"> - kunnskap om kva konsekvensar det kan ha for barn å leve i utsette livssituasjonar, og analysere og diskutere dette ut frå eit barneperspektiv - kunnskap om barnevernstenesta sitt

		<p>arbeid med plassering utanfor heimen, oppfølging og ettervern av barn og ungdom</p> <ul style="list-style-type: none"> - analysere utviklingsstøttande samspel og samspelsvanskar mellom barn og foreldre - kunnskap om barnesamtalar med avdekkande fomål og ferdigheiter i dette
	BVP5-206 Praxis og praksisrefleksjon	<ul style="list-style-type: none"> - vere ein profesjonell yrkesutøvar i konfliktfylte saker
	BVP5-312 Forskingsmetode, psykiske helse og barnevern	<ul style="list-style-type: none"> - kunnskap om samanhengen mellom strukturelle forhold, kultur og psykisk helse blant utsette barn og unge. - Kjennskap til tvangsparagrafane i arbeid med psykisk helse og rus - nytte familieperspektiv på barn og unge si psykiske helse - bruke tilnæringsmåtar og perspektiv på psykisk helse til å forstå barn og familiar i utsette livssituasjonar og grunnkje handlingsalternativ
Ergoterapi		
	FELLES-3 Kommunikasjon, tverrfaglig samarbeid og konflikthåndtering for helse- og sosialfag	<ul style="list-style-type: none"> - kjenner til strategier for konflikthåndtering og konfliktløsning
Radiografi		
	FELLES-3 Kommunikasjon, tverrfaglig samarbeid og konflikthåndtering for helse- og sosialfag	<ul style="list-style-type: none"> - kjenner til strategier for konflikthåndtering og konfliktløsning
Fysioterapi		
	FELLES-3 Kommunikasjon, tverrfaglig samarbeid og konflikthåndtering for helse- og sosialfag	<ul style="list-style-type: none"> - kjenner til strategier for konflikthåndtering og konfliktløsning
Vernepleie Bergen		

	FELLES-3 Kommunikasjon, tverrfaglig samarbeid og konflikthåndtering for helse- og sosialfag	<ul style="list-style-type: none"> - kjenner til strategier for konflikthåndtering og konfliktløsning
	BVP120 Menneskets psykologi, utvikling og læring	<ul style="list-style-type: none"> - har kunnskaper om kriser og ulike tilnærminger til kriser
	BVP232 Miljøarbeid, habilitering og rehabilitering - med fokus på tilrettelegging og tiltak	<ul style="list-style-type: none"> - kan anvende ulike tilnærminger i møte med utfordrende atferd
	BVP212 Miljø- og aktivitetspraksis	<ul style="list-style-type: none"> - kan avdekke omgivelsesfaktorer som hemmer eller fremmer personens helse og trivsel, deltagelse og mestring
	BVP221 Samfunnsfaglige og juridiske emner	<ul style="list-style-type: none"> - har bred kunnskap om ulike problemstillinger knyttet til makt, tvang og selvbestemmelse -
Vernepleie Sogndal (heltid og deltid)		
	VPL5-107 Menneske, funksjon og utvikling	<ul style="list-style-type: none"> - kunnskap om profesjonell kommunikasjon og relasjonskompetanse
	VPL5-307 Kvalitet og forbetningsarbeid	<ul style="list-style-type: none"> - om kommunikasjon, relasjonar og konflikthåndtering i møte med brukar, pårørande og kollegaer - om sosiale problem og levekår, med spesiell vekt på funksjonshemma sin situasjon - anvende kunnskap om organisering av miljø og bruk av metodar som førebyggjer bruk av tvang og makt i arbeid med personar med utfordrande atferd, og treffe begrunna val.
Bioingeniør		
	FELLES-3 Kommunikasjon, tverrfaglig samarbeid og konflikthåndtering for helse- og sosialfag	<ul style="list-style-type: none"> - kjenner til strategier for konflikthåndtering og konfliktløsning

6.4.2 Læringsutbyttebeskrivelser emnenivå master

Flere av masterutdanningene beskriver læringsutbytte knyttet til søkeordene på emnenivå. Jordmorfag, Psykisk helse- og rusarbeid, Klinisk sykepleie, herunder Barnesykepleie; Kliniske studier 1 og 2 samt Helsesøster, har konkrete læringsutbytter knyttet til vold og traumer. I tillegg er det læringsutbytter knyttet til konflikt. Disse har generelle beskrivelser.

Master i samfunnsarbeid og Master i samhandling innenfor helse- og sosialtjenesten har tematikk som dekker deler av temaet (rusproblematikk) og åpner derfor opp for at volds- og traumeproblematikk kan inngå i undervisning og anbefalt litteratur/pensum. Det gjelder også for deler av læringsutbyttet for Master i psykisk helse- og rusarbeid. Dette er kommentert inne i tabellen.

Noen masterprogram har ingen emnebeskrivelser som nevner søkeordene og har heller ikke læringsutbyttebeskrivelser som kan tolkes dithen at vold og traumatisk stress er dekket.

Tabell 5. Emnebeskrivelser fra masterutdanningene som inneholder søkeordene vold, traumatisk stress, omsorgsvikt, rus, sosioøkonomiske problemer, PTH, selvmord og/eller overgrep.

Program	Emne	LUB
Master i jordmorfag		
	JOR505 Grunnleggende jordmorfag, ved normale og avvikende forhold. Kvinnehelse - seksuell og reproduktiv helse	- har inngående kunnskap om vold i nære relasjoner
Master i psykisk helse- og rusarbeid		
	PHA501 Mennesket, psykiske lidelser, krevende livserfaringer, rusproblematikk, fysisk og psykisk helse og det sosiale miljø	<ul style="list-style-type: none"> - Har avansert kunnskap om sammenhenger mellom krevende livserfaringer og psykisk fysisk og rusrelaterte helseproblem - Har inngående kunnskap om sammenhenger mellom vold i nære relasjoner og helseproblem - Har inngående kunnskap om sosiale forhold som arbeidsledighet og fattigdom og relasjonen til psykisk helse og rusproblem - Kan analysere sammenhenger mellom krevende livserfaringer og psykiske/ fysiske og rusrelaterte helseproblem kan analysere hvordan biologiske, psykologiske og sosiale og samfunnsmessige forhold kommer til uttrykk teoretisk og

		med hensyn til behandlingsperspektiver og ulike perspektiv på psykiske/fysiske og rusrelaterede helseproblem
	PHA502 Kommunikasjon, samhandling, konfliktforståelse, og konfliktløsning	- Har inngående kunnskap om konfliktforståelse og konfliktløsning
	PHA506 Utvikling og utøvelse av relasjonskompetanse i praksis	- Kan anvende kunnskaper om kommunikasjon og samhandling knyttet til tvangs- og konfliktsituasjoner og analysere etiske dilemma knyttet til profesjonsutøvelsen
Master i samfunnsarbeid		
	MASA105 Introduksjon til sosialteori Sjekk om for generelt?	<ul style="list-style-type: none"> - Har inngående kunnskap om vilkår for sosial deltaking og om ulike årsaker til redusert deltaking (ekskludering, marginalisering, sjølvvald perifer deltaking, sjølv-ekskluderingar greie for ulike former for makt, og kunna forklara korleis makt er ein dynamisk faktor i sosialt liv, korleis makt kan forståast som kunnskap og nettverk, eller som evne til ressursmobilisering. - Brukar kunnskap om korleis sosiokulturelle, fysiske eller kognitive skilnader mellom folk innverkar i sosiale situasjonar, og kunna gjera greie for korleis tid, rom og stad fører til at utvalde skilnader vert tillagt vekt medan andre vert ignorert
Master i klinisk sykepleie:		
Anestesisykepleie	-	
Barnesykepleie		
	BARN505 Kliniske studier 2	- Kjenner til handlingsalternativer ved

		omsorgssvikt eller barnemishandling
	BARN506 Kliniske studier 3	- Kjenner til handlingsalternativer ved omsorgssvikt eller barnemishandling
Intensivsykepleie	-	
Operasjonssykepleie	-	
Helsesøster		
	HEL502 Helsefremmende og forebyggende arbeid med barn og unge	- Kan oppdage og følge opp barn med signaler på omsorgssvikt, mistriivsel og utviklingsavvik
Kardiologi	-	
Diabetes	-	
Master i klinisk fysioterapi:		
Muskel-, skjelett-, revmatiske og ortopediske helseproblemer	-	
Hjerte og lungelidelser	-	
Psykiske og psykosomatiske helseplager		
	MAFY560 Relasjoner, kommunikasjon og fysioterapi ved livsbelastninger, kriser og traumer	<ul style="list-style-type: none"> - har avansert kunnskap om belastningslidelser, sammensatte tilstander, psykiske lidelser, rus og særlige helseutfordringer i forbindelse med migrasjon - har avansert kunnskap om kroppslige reaksjoner, spor og uttrykk for livets mange ulike typer og grader av belastninger og i lys av individuelle, kulturelle og samfunnsmessige perspektiv - har kunnskap om hvordan mennesker kan reagere i traumatiske situasjoner og om hvordan traumer kan gi symptomer, lidelser og sykdom

		<ul style="list-style-type: none"> - kan vurdere kroppsfunn, livshistorie, aktuell livssituasjon og eventuelle krisereaksjoner hos den enkelte pasient og tilpasse relevant behandling - kan analysere og vurdere aktuelle problemstillinger og reflektere sammen med pasienten over hvilken betydning livssituasjon, relasjoner og sosiokulturelle aspekter kan ha for helse og sykdom
Master i klinisk helse- og omsorgsvitenskap	-	
Master i kunnskapsbasert praksis i helsefag	-	
Master i organisasjon og leiing - helse- og velferdsleiing	-	
Master i samhandling innan helse og sosialtjenestar		
	RP5-400 Rusproblematikk - ulike perspektiv i forståinga av rus (valgemne)	<ul style="list-style-type: none"> - avansert kunnskap om rusmiddelbruk som eit kroppsleg, sosialt og kulturelt fenomen - inngåande kunnskap om ulike perspektiv på rus - inngåande kunnskap om rusmiddelbruk og rusrelaterte vanskar på individ og samfunnsnivå - relatere ulike teoriar om rusvanskar til kvarandre og gjere dei relevante i forhold til problemstillingar henta frå praksis eller empirisk forskning - anvende relevante teoretiske perspektiv på rusmiddelbruk - formidle og diskutere rusfaglege problemstillingar, særleg med grunnlag i

		sosialfaglege og samfunnsvitskapelege tilnærmingar
	RP5-401 Rusproblematikk - samansette utfordringar (valgemne)	<ul style="list-style-type: none"> - inngåande kunnskap om samanhengar mellom rusmiddelbruk og psykiske, somatiske og sosiale vanskar, og konsekvensar av desse - avansert kunnskap om sosialisering, tilhøyr og tryggleik relatert til rusmiddelbruk - inngåande kunnskap om arbeidsliv og meistring relatert til rusmiddelbruk - avansert kunnskap om kompleksiteten kring rusmiddelbruk og samansette utfordringar som langvarig rusmisbruk kan føre til - analysere ulike konsekvensar av rusmiddelbruk og kunne nytte relevante teoriar i sjølvstendig arbeid - kan studenten med utgangspunkt i relevante teoriar, kritisk analysere rusmiddelbrukarar sitt hjelpebehov i eit heilskapsperspektiv og bidra til nytenking
	RP5-402 Rusproblematikk – rusarbeid og behandling (valgemne)	<ul style="list-style-type: none"> - inngåande kunnskap om politiske føringar for rusarbeid og behandling - inngåande kunnskap om arbeidsmodellar, samhandlingsformer mellom kommunale tenester, spesialisthelsetenesta og frivillig sektor - setje i verk relevante tiltak i kommunalt rusarbeid, og fremje samhandling med spesialisthelsetenesta og frivillig sektor - utvikle modellar for tverrfagleg samarbeid mellom ulike forvaltningsnivå i rusfeltet, og i høve til frivillig sektor

		<ul style="list-style-type: none"> - analysera grunnlag og føresetnader for samarbeid med brukarar, pårørande og spesialisthelsetenesta. - analysere brukarforløp og føresetnader for samhandling i rusfeltet - anvende og kommunisere kunnskap om evidensbaserte behandlingsformer, organisering og sakshandsaming i rusfeltet - analysera, reflektere over og diskutere etiske problemstillingar.
	<p>PS118 Psykososialt arbeid med barn, unge og deira familiar</p> <p>- ulike praksisar, teoriar og etiske dilemma (valgemne)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - avansert kunnskap om barn og barndom som sosiale og historiske konstruksjonar med medfølgande foreldreskapskonstruksjonar - avansert kunnskap om betydninga av tverrfagleg psykososialt arbeid blant barn og unge, sett frå perspektivet individ og samfunn i lokal, nasjonal og internasjonal kontekst - inngåande kunnskap om ulike strategiar og tilnæringsmåtar i det psykososiale arbeidet med barn og unge - analysere problemstillingar om hjelpeapparatet si rolle i samhandling med barn og unge med samansette og sektor-overgripande tenestebehov - identifisere eigne fagteoretiske perspektiv, metodar og etiske utfordringar i arbeid med barn, unge og familiar i krise - kommunisere med barn, unge og deira familie på ein måte som støttar dei i deira navigering mot ein psykososial tilstand som både dei og samfunnet opplever som god

6.4.3 Læringsutbyttebeskrivelser emnenivå vidareutdanningar

Det er 32 vidareutdanningar innen helse- og sosialvitenskap. Arbeidsgruppen har gått gjennom emnebeskrivelsene i disse utdanningsprogrammene for å se om begrepene vold, traumatisk

stress, omsorgssvikt, rus, sosioøkonomiske problemer, PTH, selvmord og overgrep er brukt i læringsutbyttebeskrivelsene. Videreutdanningene innen psykisk helse og rus, familieterapi og barnevern berører flere av tema.

Tabell 6. Emnebeskrivelser fra videreutdanningene som inneholder søkeordene vold, traumatisk stress, omsorgssvikt, rus, sosioøkonomiske problemer, PTH, selvmord og/eller overgrep.

Program	Emne	LUB
Aktiv omsorg – bevegelse naturopplevingar og deltaking (30 sp)	-	
<u>Akuttjukepleie for kommunehelsetjenest ar (30sp)</u>	Studieprogrammet består av ett emne med flere tema	
	Tema 6: Smertelindring og rusproblematikk	
<u>Avansert klinisk sykepleie (30sp)</u>	-	
<u>Den psykiske helsa til spedbarn og småbarn (60 sp)</u>	Studieprogram- beskrivelse er ikke tilgjengelig på nettsidene.	I oppbygging av emnene er rusproblematikk, avvikende omsorgsutøvelse, belastende livshendelser, herunder traumatisering og mishandling nevnt.
E-pedagogikk	-	
<u>Eldre, demens og alderspsykiatri (15 sp)</u>	Mangler læringsutbyttebeskrivel se	
<u>Familieterapi og nettverksarbeid (60sp)</u>		
	FSP-501/2 Personlig og profesjonell utvikling, del 1 og 2	- kan analysere perspektiver knyttet til etikk, makt og diskriminering og marginalisering.
	FSP-301 Former for systemisk arbeid	- kan anvende sine spesialiserte kunnskaper og ferdigheter for å kunne identifisere og utnytte teoriene og metodene slik at de kan anvendes i samarbeid med mennesker som opplever problemer og ønsker hjelp til mestring av ulike vanskelige livssituasjoner
<u>Frivillig arbeid (15 sp)</u>	-	

<u>Gottmann parterapi</u>metode (30 sp)		
	GMP810 Gottman parterapi metode, fordypningskompetanse	- gjør rede for hvordan en kan bruke metoden også for par med vansker som PTSD, alkoholisme, vold i parrelasjonen, utroskap
<u>Innføring i rettleiing</u> (15 sp)	-	
<u>Innføring i rettleiingspedagogikk</u> (6 sp)	-	
<u>Klinisk radiografi</u> (30 sp)	Emner er ikke på HVL sine nettsider	-
<u>Klinisk sjukepleie – gastrosykepleie</u> (60 sp)	Studieplan er ikke tilgjengelig på HVL sine nettsider. Studiet er under revisjon.	-
<u>Klinisk sjukepleie – Lungesykepleie</u> (60 sp)	Studieplan er ikke tilgjengelig på HVL sine nettsider. Studiet er under revisjon.	-
<u>Klinisk sjukepleie – Nevrosjukepleie</u> (60 sp)		-
<u>Klinisk sjukepleie – stomisjukepleie</u> (60 sp)	Studieplan er ikke tilgjengelig på HVL sine nettsider. Studiet er under revisjon.	-
<u>Klinisk sjukepleie – Uroterapi</u> (60sp)	Studieplan er ikke tilgjengelig på HVL sine nett sider. Studiet er under revisjon.	-
<u>Kunnskapsbasert praksis</u> (15 sp)	-	-
Lindrane behandling, pleie og omsorg 2	Studiet består av et emne. Studieplan/emnebeskriv	-

	else er ikke på HVL sine nettsider.	
Medisinske laboratorieanalyser (20sp)	-	-
Pleie og behandling av ikkje-helende sår (30sp)	-	-
Psykologi	Studiet består av et emne. Studieplan/emnebeskrivelse er ikke på HVL sine nettsider.	-
Rus-problematikk og rusarbeid (60sp)		-
	PSI-300 Fagleg grunnlag for psykisk helsearbeid og rus-problematikk	<ul style="list-style-type: none"> - inngående kunnskap om komorbide tilstandar i rus/psykisk lidning - avansert kunnskap om forskings- og erfaringsbaserte behandlingsformer for rus og psykiske lidningar - nytte anerkjent kunnskap om rus og psykiske lidningar og behandling på ein sjølvstendig måte -
	RP5400 Rus-problematikk – ulike perspektiver i forståinga av rus	<ul style="list-style-type: none"> - avansert kunnskap om rusmiddelbruk som eit kroppsleg, sosialt og kulturelt fenomen - inngående kunnskap om ulike perspektiv på rus - inngående kunnskap om rusmiddelbruk og rusrelaterte vanskar på individ og samfunnsnivå - formidle og diskutere rusfaglege problemstillingar, særleg med grunnlag i sosialfaglege og samfunnsvitskaplege tilnærmingar
	RP5 Rus-problematikk – samansette utfordringar	<ul style="list-style-type: none"> - inngående kunnskap om samanhengar mellom rusmiddelbruk og psykiske, somatiske og sosiale vanskar, og konsekvensar av desse - avansert kunnskap om sosialisering, tilhøyr og tryggleik relatert til rusmiddelbruk

		<ul style="list-style-type: none"> - inngående kunnskap om arbeidsliv og meistring relatert til rusmiddelbruk - avansert kunnskap om kompleksiteten kring rusmiddelbruk og samansette utfordringar som langvarig rusmisbruk kan føre til - analysere ulike konsekvensar av rusmiddelbruk og kunne nytte relevante teoriar i sjølvstendig arbeid - kan studenten med utgangspunkt i relevante teoriar, kritisk analysere rusmiddelbrukarar sitt hjelpebehov i eit heilskapsperspektiv og bidra til nytenking
	RP5 – 402 Rus-problematikk – rusarbeid og behandling	<ul style="list-style-type: none"> - inngående kunnskap om arbeidsmodellar, samhandlingsformer mellom kommunale tenester, spesialisthelsetenesta og frivillig sektor - setje i verk relevante tiltak i kommunalt rusarbeid, og fremje samhandling med spesialisthelsetenesta og frivillig sektor - utvikle modellar for tverrfagleg samarbeid mellom ulike forvaltningsnivå i rusfeltet, og i høve til frivillig sektor - analysere grunnlag og føresetnader for samarbeid med brukarar, pårørande og spesialisthelsetenesta - analysere brukarforløp og føresetnader for samhandling i rusfeltet - anvende og kommunisere kunnskap om evidensbaserte behandlingsformer, organisering og sakshandsaming i rusfeltet - analysere, reflektere over og diskutere etiske problemstillinga
<u>Teknologi i helse og omsorg (30 sp)</u>	-	-
<u>Tverrfaglig videreutdanning i psykisk helsearbeid – Stord/Haugesund (60sp)</u>	Kun noen emnebeskrivelser er tilgjengelig på HVL sine nettsider.	-

Tverrfaglig videreutdanning i psykisk helsearbeid – Førde (60sp)		-
	PSI – 300 fagleg grunnlag for psykisk helsearbeid og rusproblematikk	<ul style="list-style-type: none"> - inngående kunnskap om komorbide tilstandar i rus/psykisk lidning - avansert kunnskap om forskings- og erfaringsbaserte behandlingsformer for rus og psykiske lidningar - nytte anerkjent kunnskap om rus og psykiske lidningar og behandling på ein sjølvstendig måte
	PSI-304 Krevjande livserfaringar og psykiske lidningar i eit livsløpsperspektiv (fordjupningsemne)	<ul style="list-style-type: none"> - avansert kunnskap om korleis krevjande livserfaringar påverkar psykisk helse/ lidning - sjølvstendig anvende kunnskap om krevjande livserfaringar - nytte anerkjent kunnskap om ulike krevjande livserfaringar sin innverknad på psykiske lidningar på ein sjølvstendig måte - kommunisere og formidle faglege problemstillingar om krevjande livserfaringar, einsemd og valdsproblematikk - nytte teori og vurdere psykisk helse/lidning relatert til kulturelle, eksistensielle og åndelege forhold <p>Tema:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Barn og omsorgssvikt - Krevjande livserfaringar sin innverknad på kommunikasjon og relasjon - Kulturelle, åndelege og eksistensielle utfordringar - Helsefremming og førebygging - Om prosjektplan - Eldre med psykiske lidningar og ruslidningar, einsemd og sjølvmondsproblematikk - Aggresjon og valdsproblematikk - Nettverksarbeid i lokalsamfunnet i eit folkehelseperspektiv
	PS1-305 Fordjuping i klinisk psykososialt arbeid	<ul style="list-style-type: none"> - avansert kunnskap om metodar/intervensjonar for å utvikle

		terapeutisk relasjon til menneske med psykisk lidning og samansette problem
	PS1-302 Organisering av tenesta på individ og systemnivå i psykisk helsearbeid	<ul style="list-style-type: none"> - Tema: - Familien sin situasjon når ein i familien har psykiske helseproblem/rusproblem - Psykisk helsearbeid og rusarbeid – politiske føringar
<u>Tverrfaglig videre- utdanning i psykososialt arbeid med barn og unge (60 sp)</u>	Studieplan er ikke tilgjengelig på HVL sine nettsider.	
<u>Tverrfaglig videre- utdanning i rehabilitering (30 sp)</u>	-	
<u>Tverrfaglig videre- utdanning i rus- problematikk (60 sp)</u>	Kun noen emnebeskrivelser er tilgjengelig på HVL sine nettsider.	
	RUS6103 Samtidige rus- og psykiske lidningar (ROP)	<ul style="list-style-type: none"> - har omfattande kunnskap i dobbeldiagnose-/gråsoneproblematikk, symptom og diagnostisering rus og samtidig psykisk lidning - har inngående kunnskap om følgjer av å vere utsett for alvorlege krenkingar, vald og overgrep - har inngående kunnskap om utsette grupper sine spesielle hjelpebehov når rus er ein vesentleg faktor i miljøet deira - kan analysere ulike etiske dilemma innanfor rusfeltet - kan utøve fagleg forsvarleg intervensjon ved krise- og avrusingsproblematikk
	RUS6104 Brukarstyring og samhandling mellom tenestenivå	<ul style="list-style-type: none"> - har inngående kunnskap om nasjonale, regionale og lokale styringsverktøy av betydning for rusfeltet - har inngående kunnskap om aktuell forskning og utviklingsarbeid som fremjer planlegging, leiing og samordning av rus- og psykiatritenester

		<ul style="list-style-type: none"> - kan analysere og evaluere faglege problemstillingar med utgangspunkt i rammevilkår og etiske implikasjonar for rusfeltet - kan analysere, vurdere og drøfte aktuelle teoriar og metodar innanfor rusfeltet
<u>Veiledningspedagogikk</u> (30 sp)	-	
<u>Videre-utdanning for offshore sjukepleie</u> Haugesund (30 sp)	Emnebeskrivelser/LUB er ikke tilgjengelig på HVL sine nettsider	
<u>Vurdering av barnets beste</u> Bergen (30 sp)		
	VBB100 Vurdering av barnets beste	<ul style="list-style-type: none"> - har spesialisert innsikt i sentral forskning om omsorgsvurderingar og tydinga av ei heilskapleg forståing av barn og foreldre - kan gjennomføre heilskaplege omsorgsvurderingar ved å analysere og vurdere barnets beste i lys av aktuelle teoriar og metodar - kan analysere etiske problemstillingar knytt til utgreiingar og avgjerder om barns omsorgssituasjon - kan nytte avansert kunnskap om barn og unges utvikling og foreldres situasjon i arbeid med komplekse omsorgsvurderingar - kan kommunisere om faglige dilemma, uvisse og tvil i vurderingar av barns omsorgssituasjon

6.5 Tilbakemeldinger fra fagmiljø

Ettersom læringsutbyttebeskrivelser i varierende grad dekker tematikken vold og traumatisk stress etterspurte arbeidsgruppen mer informasjon om i hvilken grad og hvordan dette tema undervises fra utdanningsledere og studieprogramansvarlige. Tilbakemeldingene gav noe mer presis informasjon. Arbeidsgruppen fikk informasjon om hvordan tema undervises av et begrenset utvalg av utdanningene. Arbeidsgruppen har satt inn disse få tilbakemeldingene som ble sendt fra fagmiljø i teksten under:

Bachelor i vernepleie, Bergen

- Studentene har om seksuelle overgrep i 2. året i emne BVP202.

- Et obligatorisk kurs i terapeutisk mestring av vold i emne BVP232 i 2 år.
- Tema selvmordsforebygging dekkes i emne BVP202 med Kari Dyregrov.
- Undervisning om rus- og psykiske lidelser dekkes i emne BVP202.
- Utdanningen har erfaringskonsulenter i BVP202 som snakker om omsorgssvikt, vold, rus- og sosioøkonomiske problemer.

Bachelor i vernepleie, Sogndal

- Jobber for tiden med å få inn mer om dette temaet i utdanning.
- Ønsker å samarbeide med fagmiljø i Bergen om dette.

Bachelor i sosialt arbeid, Bergen

- Selvmord og selvmordsforebygging dekkes i emnet BSO203. Studentene har en tre timer lang forelesning om emnet holdt av Kari Dyregrov, samt i alt 63 sider pensum om tema.
- kriser og kriseteori (3 timer) og sorg (3 timer) undervises på BSO203.
- Vold og traumatisk stress tematiseres gjennom hele emnet BSO204. Emnet har forelesninger om psykisk helse, rus, sammensatte utfordringer, utviklingstraumer og konsekvenser av dette for voksne. I undervisningen er det brukt kasus hvor selvmordstanker er en viktig del, og hvor studentene skaffer informasjon fra pensum/søk/feltintervju.
- I emnet BSO211, Barnevern, Sosialt arbeid med familier er vold og traumatisk stress gjennomgående som tema i undervisning. Spesifikk undervisning med tema «vold i nære relasjoner med fokus på barn» gis av Kjersti Alsaker i en 3 timers forelesning.

Bachelor i ergoterapi

- Utdanningen fokuserer på rus – og sosioøkonomiske problemer i alle tre studieårene, men har per i dag ingen lærer-ressurser eller spesiell kompetanse på dette i sin stab.
- Det undervises ikke spesifikt om vold og traumatisk stress på denne utdanning.

Bachelor i sykepleie, Førde

Emne SK165 Kommunehelseteneste og psykisk helsearbeid:

- Vald i nære relasjoner: I kommunehelseteneste, heimesjukepleie og psykisk helsearbeid vert det undervist 2 timar om vald i nære relasjonar. Vald mot eldre er tematisert som ein del av geriatriundervisninga. Vi nyttar Krisesenteret som praksisplass i psykisk helsearbeid, og dei studentane samt den studentgruppa dei tilhøyrer i praksisperioden får meir innsikt og kompetanse innan valdsproblematikk. I kva grad dette vert tematisert og problematisert elles i praksisstudiane varierer frå praksisplass til praksisplass.
- Rusproblematikk: I kommunehelseteneste, heimesjukepleie og psykisk helsearbeid vert det undervist 2 timar, i tillegg jobbar studentane med studieoppgåver og case. Fleire av studentane har praksis på rusinstitusjonar. Mange har praksis i lokalbasert psykisk helsearbeid. Et rusrelatert arbeid er integrert i tenesta.
- Sosioøkonomiske problem er tematisert i introduksjon til psykisk helsearbeid og i undervisninga i rusproblematikk og i heimesjukepleie.

Sjølvmordsforebygging:

I kommunehelseteneste, heimesjukepleie og psykisk helsearbeid vert det undervist 2 timar om suicidalitet inkl forebygging. Dette er også aktuelle problemstillinger i praksisstudie ved fleire praksisplassar innan psykisk helsearbeid både i spesialist og lokalbaserte tenester.

SK162 Somatisk sjukdom og skade

- Overgrep, med her meinast seksuelle overgrep. Informasjon frå overgrepsmottaket.

SK157 Helsefremmande og førebyggjande arbeid:

- Tema Migrasjon og helse: berører noko av dette, blant anna omskjæring mm.
- Tema Sex og samfunn: fokus på korleis snakke med minoritetsetniske om seksualitet, her var også omskjæring berørt.
- Tema Sosiale forskjellar i helse, 2 t undervisning
- Tema barn og unge, helsestasjonsundervisning, samt skolehelsetjenesten.
- Tema rus, rusavhengighet og rusmidler, så vidt inne på rus og voldsproblematikk, blant anna voldtekt – og mulig forebyggjande tiltak diskuteres – også i et samfunnsperspektiv
- Tema helsefremmede arbeid, akan og flere andre forebyggjande tiltak tatt opp.

Master i klinisk fysioterapi

Starter en tredje studieretning; fysioterapi ved psykiatriske og psykosomatiske helseplager, høsten 2018. Studieretningen tar opp temaene vold og traumatisk stress.

Master i klinisk sykepleie, spesialitet intensiv og operasjonssykepleie

Felles temadag om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging

Master i klinisk sykepleie intensiv med RVTS-Vest (Regionalt senter for Vold, Traumer og sjølvmoedsførebygging- Helse Vest). - temadag om barn på intensiv- hvor barneansvarlig intensivsykepleier deltar. Spesielt fokus er å være oppmerksom på barn som kan være mishandlet- inkl. seksuelt misbruk og oppfølging gjennom kliniske studier hvor tematikken dukker opp. Intensivsykepleier har en sentral funksjon mht. til evt. å oppdage, registrere, melde.

Master i klinisk sykepleie, spesialitet barnesykepleie og helsesøster

-4 timer forelesning om seksuelle overgrep.

Tverrfaglig videreutdanning i psykisk helse, Haugesund

- 2 temadager om rus
- 3 temadager om traumer
- 2 timer om seksuelle overgrep
- 1 temadag med fokus på barn og traumer/vold.

Videreutdanningen i eldre, helse og samfunn

- Vold og traumatisk stress blir behandlet på system- og individ-nivå.
- Anne Lise Holm underviser om eldre og selvmord.
- Målfrid Kolnes er ressursperson innen vold/overgrep og rusbruk – og har all undervisning knyttet til dette.

I juss og etikk- undervisningen arbeider studentene med vold og traumatisk stress gjennom caseoppgaver, også pasientsituasjoner fra egen praksis.

Undervisning om de aktuelle temaene:

- Vold/overgrep mot eldre - 3 timers undervisning
- Risikofylt rusmiddelbruk hos eldre - 3 timer
- Selvmordsforebygging hos eldre - 2 timer

Tverrfaglig videreutdanning i psykososialt arbeid med barn og unge, Førde (60sp)

Temaet er ivaretatt både i studieplanen og tema for undervisning gjennom alle 4 emner i 2 år. Det innebærer at studentene skal ha

- inngående kunnskap om kva konsekvensar krenking, vald og traumer mot barn har for deira utvikling og helse
- avansert kunnskap om beskyttelses- og risikofaktorar, og korleis å støtte barn og unge i deira forhandling og navigasjon mot ein resiliens som opplevast positiv av både barnet sjølv og samfunnet elles
- inngående kunnskap om fleirkulturell forståing, og korleis krig og flukt kan påverke den psykiske tilstanden til flyktningbarn i det nye landet (Sitat Studieplanen 2016-2018)

Tema med ulike vinklinger blir gjennomgått i alle emnene, både via timesundervisninger og dagseminar. Det oppsummeres slik:

Hvordan krenkede barn blir syke voksne (Kirkengen), omsorgssvikt, seksuelle overgrep, etiske dilemma og konfliktområde i praksis, makt, hjelp og krenkelser i psykososialt arbeid med barn og ungdom, sosiale marginaliseringsprosesser, fattigdom og sosial ulikskap i helse, problemstillinger knyttet til migrasjon, identitetsutvikling, homofili, erfaringer fra barn, ungdom og familie i sorg og krise, barn som lever i familie med vold/ rusproblem, psykiske lidelser, samlivsbrudd, fysisk og psykisk omsorgssvikt og mishandling, foreldre/søskens død, ensomhet og mobbing, krigsopplevelser og traume, skoleproblem og tilpasningsvansker, tristhet, selvsikading og selvmord, innagerende og utagerende atferd, vold og kriminalitet, rusmisbruk, traumatisering, PTSD, suicidalitet, traumer og resiliens, hjelp til hjelperne (compassion fatigue, overførings- og motoverføringsreaksjoner, sekundær traumatisering), samt overordna konvensjoner, lover og forskrifter, menneskerettigheter, barnekonvensjonene, barnevernlova o.l.

6.6 Ressurser

6.6.1 Forskning, kompetanse og faglige prosjekter

Høgskolen har tre forskningsgrupper som berører tema vold og traumatisk stress: Psykisk helse og rus (en i Bergen og en i Førde) og Pasientopplevelser og pasientsikkerhet ved akutt og/eller kritisk sykdom (POPS). Det varierer hvorvidt prosjekter i disse gruppene har fokus på vold og traumatisk stress. Enkelte fagpersoner utmerker seg ved å ha særlig kompetanse innen tematikk, men arbeidsgruppen har valgt å ikke nevne spesifikke personer som for tiden innehar kompetanse på ulike aspekter ved vold og traumatisk stress. Ulike studieprogram krever ulik og oppdatert fagkompetanse og den enkelte fagseksjonsleder og emneansvarlig oppfordres derfor til selv å nytte til seg denne kompetansen.

Arbeidsgruppen har gjennomgått fakultetets PhD-prosjekter, men ingen av disse viser treff på søkeordene vold, traumatisk stress, omsorgssvikt, rus, sosioøkonomiske problemer, PTH, selvmord og/eller overgrep.

6.6.2 Fagressurser

Eksempler der man kan søke etter oppdatert forskning og andre fagressurser: Nasjonalt kunnskapscenter om vold og traumatisk stress (RVTS) med de regionale kunnskapscentrene, Nasjonalt kunnskapscenter for sjølvordsforskning og forebygging (NSSF), Regionalt

kunnskapssenter for barn og unge (RKBU), Senter for krisepsykologi (SFK), Nasjonalt senter for legevaktmedisin (NKLM), Bergensklubben, atv.no (Alternativ til vold), kriser.no, din.utvei.no.

7. Styrking og systematisering av arbeidet tilknyttet vold og traumatisk stress på tvers av utdanningene innenfor helse – og sosialvitenskap ved HVL

For at gruppen skulle kunne gjennomføre sitt mandat, valgte vi å ta utgangspunkt i vår problemstilling: *Hvordan kan HVL i sine profesjonsutdanninger innenfor helse- og sosialfag implementere kunnskap om betydningen av vold og traumatisk stress både i et individ-, relasjon- og samfunnsperspektiv?*

Med bakgrunn i problemstillingen og beskrivelsene av teori og erfaring i rapporten, kartlegging av læringsutbyttebeskrivelser, samt hvilken kompetanse som finnes tilgjengelig, har arbeidsgruppen formulert følgende forslag til hvordan styrke og systematisere arbeidet tilknyttet vold og traumatisk stress på tvers av utdanningene innenfor helse- og sosialvitenskap.

I mandatet for arbeidsgruppen, punkt 3, bes gruppen om å skissere tema som vil være aktuell for de ulike helse- og sosialfagutdanningene ved HVL og relevante kurs og/eller videreutdanninger. Dette har vi gjort både gjennom å foreslå generelle læringsutbyttetekster og skissert tema i eget avsnitt, samt ved å sette søkelys på hvilke ressurser og læringsmetoder som kan benyttes.

7.1 Forslag til læringsutbyttebeskrivelser

Som konkretisering av læringsutbyttebeskrivelse punkt 7 i Forskrift om felles rammeplan for helse- og sosialfag (jfr. punkt 5 i rapporten) har arbeidsgruppen formulert forslag til læringsutbyttebeskrivelser og foreslår at disse integreres i og tilpasses det enkelte studieprogram og tilhørende emner. I henhold til nasjonalt kvalifikasjonsrammeverk må læringsutbyttebeskrivelser tilpasses progresjon i studiet og nivå.

Kunnskap

Kandidaten/studenten ...

- har kunnskap om sosiale og helsemessige problemer ved omsorgssvikt, vold, overgrep, rus- og sosioøkonomiske problemer og konsekvensene dette kan medføre, i et livsløpsperspektiv.
- har innsikt og bevissthet omkring hvordan vold og traumatisk stress kan komme til uttrykk kognitivt, affektivt og gjennom kroppslige reaksjoner hos pasient/bruker, voldsutøver, profesjonsutøver og seg selv.
- har kunnskap om forebygging, risiko- og beskyttelsesfaktorer og bedringsprosesser knyttet til denne problematikken
- har kunnskap om etikk og relevant lovverk

Ferdighet

Kandidaten/studenten...

- kan identifisere og følge opp mennesker med sosiale og helsemessige problemer ved omsorgssvikt, vold, overgrep, rus- og sosioøkonomiske problemer
- kan sette inn forebyggende tiltak, ivaretagelse og/eller behandling, eller henvise videre ved behov.
- Kan foreta eller henvise til trygghetsplanlegging og fare/risiko-vurdering både hos utsatt og overgriper
- har kommunikasjon- og relasjonskompetanse, og kan gjennom sansevert nærvær balansere mellom åpenhet og tilbakeholdelse

Generell kompetanse

Kandidaten/studenten...

- forstår sammenheng mellom individuelle og samfunnsmessige reaksjoner og konsekvenser av vold og traumatisk stress
- Har forståelse for og innsikt i betydningen av egne reaksjoner i møte med enkeltmennesket.
- analyserer og kritisk vurderer hvordan omsorgssvikt, vold, overgrep, rus- og sosioøkonomiske problemer påvirkes av kulturelle og samfunnsmessige forhold
- Innehar profesjonsrelevant handlingskompetanse og klinisk skjønn i tråd med lovverk og etiske retningslinjer relatert til vold og traumatisk stress

7.2 Tema for undervisning bachelor-/ master-/ videreutdanninger og enkeltstående kurs

Det finnes mye forskningsbasert kunnskap om vold og traumatisk stress med ulik tilnærming. Lista under er basert på allerede eksisterende undervisnings-tema fra de få utdanningene som har fokus på dette. Lista under må sees på som et innledende forslag til diskusjon og planlegging, og tilpasses den enkelte profesjonsutdanning.

- Vold, og ondskapens dikotomi
 - naturlig og moralsk ondskap
 - den lille ondskapen
 - i den beste hensikt
- Traumatisk stress, posttraumatisk stress
- Potensielt traumatiserende hendelser (PTH)
 - forårsaket av mennesker med hensikt
 - forårsaket av mennesker uten hensikt: Ulykker/katastrofer
 - Å være vitne til og/eller å få innsyn i andres lidelse
 - alvorlig sykdom
 - naturkatastrofer
- Selvmord/ villet egenskade
- Kommunikasjonsmetoder i samhandling med traumatiserte
 - betydningen av kjærlighet og kongruens i samhandlingen

- modenhet og varme
- Lover, regler og etiske dilemma
- Ikke familiær vold
- Vold i nære relasjoner
 - konsekvenser for individ og samfunn, handlingsberedskap
 - hvordan oppdage/avdekke/bevisstgjøre/handle
 - kjønnet perspektiv
 - barneperspektiv
 - aldersperspektiv
- Følger etter krig og terror, asylsøkere og flyktninger
 - PTSD, behandling, rehabilitering,
 - tap og sorg
 - kulturelle forhold
 - psykososial oppfølging av asylsøkere og flyktninger i Norge
 - det tar en landsby å oppdra et barn, ansvarsdeling og omsorg
- Forebygging og psykososial ivaretagelse
 - Forebygging av langvarige plager og symptomer
 - Psykososial ivaretagelse
 - Risiko og beskyttelse
 - Selvhjelp
- Makt og avmakt i samhandlingsperspektiv
 - omsorgssvikt, overgrep, rus- og sosioøkonomiske problemer
 - når systemer svikter
- Pleielidelser/pleiekultur/systemisk vold
 - strukturelle forhold som påfører pasienten lidelse
 - fordømmelse og straff
 - maktutøvelse
 - uteblitt pleie
 - sykesengmanér
 - krenkelse av pasientens verdighet
- Hjelp til hjelperne
 - følelsesmessige reaksjoner hos personale som arbeider med traumatiserte
 - smittet av vold
 - utbrenningssyndrom/følelsesmessig utmattelse
 - depersonalisering og redusert personlig arbeidsprestasjon
 - compassion fatigue/sekundær traumatisering
 - veiledning som forebyggende virkemiddel
- Resiliens og positiv psykologi, hva løfter mennesker over nullpunktet?
- Rettighetsperspektiv på helse

7.3 Undervisnings- og læringsformer

Utdanningene må tilpasse tematikk og innhold til program, emner og nivå.

I planlegging og gjennomføring av undervisning om tema må det rettes oppmerksomhet mot den store utbredelsen av voldserfaringer i samfunnet. Ut fra tallmateriale og arbeidsgruppens egne erfaringer i undervisningssituasjonen, er det grunn til å anta at mange av våre studenter selv vil ha personlig erfaring med omsorgssvikt, vold, overgrep, rus- og sosioøkonomiske problemer. Undervisning i tema kan følgelig vekke reaksjoner og i verste fall retraumatisere studenter. Det er derfor viktig å ha en bevissthet og beredskap med tanke på håndtering av dette, både i forberedelse, valg av undervisningsformer og arbeid i etterkant. Selve temaet krever en tett dialog og at det er anledning til refleksjon og ferdighetstrening. Vi anbefaler derfor i størst grad undervisning i klasserom der studenter og lærer er fysisk sammen (undervisning, veiledning, øvelser, prosjekt eller lignende). Fag- og prosessveiledning vil være av stor nytte slik arbeidsgruppen ser det, der det er fokus på brukererfaring og erfaringsutveksling. Oppfølging og læring kan også skje via film, e-læring/selvstudie for utvalgte studenter som vurderes å kunne klare dette.

7.4 Forslag til studieprogram og kurs

Med tanke på veien videre anbefaler arbeidsgruppen å utvikle en studieretning med fordypning innen vold og traumatisk stress på totalt 60 sp som kan inngå i en mastergrad. For at flest mulig skal kunne tilegne seg kunnskap om tematikk bør det i tillegg utarbeides et 15 sp emne, åpent for alle studenter som har fullført bachelorgrad. Emnet skal kunne inngå i mastergrad. Emnet bør være åpent for hospitanter fra andre institusjoner og fakultet.

8.0 Oppsummering

Det pedagogiske utviklingsarbeidet innenfor helse- og sosialfagene for å bekjempe vold og traumatisk stress, hviler på menneskets rett til å leve fri for vold, krenkelser og undertrykkelse. Verdens Helseorganisasjon (WHO) presenterer denne tilnærmingen gjennom et teoretisk og praktisk perspektiv på helsearbeid i dokumentet «**Rights- Based Approach to Health**» (WHO, 2016; WHO 2002). Faglitteratur fra både WHO, UNHCR og UNICEF gir omfattende beskrivelser og omtale av begrepet og forslag til praktisering av innholdet. *Harvard School of Human Rights* (2013) gir også en grundig og nyttig innføring. Denne tilnærmingen til helse er nyttig i praksisbasert forsknings- og pedagogisk utviklingsarbeid, samt for utøvelse av praksis både i den sivile og i den profesjonelle verden. Rettighetsbasert tilnærming til helse er også i tråd med Yrkesetiske retningslinjer for helse- og sosialarbeidere. Slik er arbeidsgruppens anbefalinger for retning innen forsknings- og utviklingsarbeid i temaet vold og traumatisk stress ved HVL, godt fundamentert også innenfor disiplinens retningslinjer.

Arbeidsgruppen har diskutert faglige utfordringer og viktigheten av at alle utdanninger bør ha en felles begrepsforståelse av ord og begrep, som kan bidra til mer tverrfaglig samarbeid for å både forebygge og behandle vold og traumer. Arbeidsgruppen har gjennom denne rapporten derfor lagt grunnlag for en felles forståelse av begrepene vold og traumatisk stress. Vi foreslår at det er dette betydningsinnholdet som legges til grunn i det videre arbeidet med å løfte fram tematikken i utdanningene.

I henhold til mandatet har arbeidsgruppen:

1. kartlagt læringsutbyttebeskrivelsene ved de ulike helse- og sosialfagutdanningene ved HVL
2. utarbeidet forslag til læringsutbytter som kan brukes i studieplaner og emnebeskrivelser
3. kartlagt en oversikt over kompetanse ved HVL knyttet til tema slik den fremgår vår 2018
4. skissert tema som vil være aktuell for undervisning innen de ulike helse- og sosialfagutdanningene
5. foreslått studieprogram og kurs

Arbeid med omsorg og behandling av mennesker som har vært utsatt for krevende livserfaringer knyttet til vold og traumatisk stress fordrer mot til å stå i sansevert nærvær i relasjonen, for å fornemme egne så vel som den andres reaksjoner. Det fordrer betydelig egeninnsats for å utvikle bevissthet, refleksjon og evne til å forholde seg medfølende og profesjonelt til etiske dilemma som kan oppstå i møte med viktige og til tider kompliserte aspekter ved menneskelivet og samfunnet. I dette ligger betydningen av systematisk trening for å skjerpe sin bevissthet om egen væremåte i kommunikasjon, og betydningen den har for å skape trygghet i konkrete situasjoner i møte med spesielt sårbare pasienter og brukere.

Avslutningsvis håper arbeidsgruppen at vårt arbeid gjennom denne rapporten kan være et konstruktivt bidrag til utvikling av studieplaner der vold og traumatisk stress får en naturlig og synlig plass i profesjonsutdanningene.

Referanser

Aagestad et al (2015) *Faktabok om arbeidsmiljø og helse*. Hentet fra:

<https://stami.no/arbeidsmiljo-og-helse-i-norge-2015/> Lastet ned 26.03.18

Afifi, T.O., & Macmillan, H.L. (2011). Resilience following child maltreatment: a review of protective factors. *Canadian Journal of Psychiatry*, 56(5):266–272.

Alfarnes, S.A., Bygdås T. M., Wiik L., Brækkke A., Nguyen L., Bjørnstad M., Haug D. E., (2016) Forebygg trusler og vold mot ansatte i psykisk helsevern. Hentet fra:

<https://psykologisk.no/2015/06/forebygging-av-trusler-og-vold-mot-ansatte-i-psykisk-helsevern/>
Lastet ned 26.03.18

Albaek, A. U., Kinn, L. G., & Milde, A. M. (2018). Walking Children Through a Minefield: How Professionals Experience Exploring Adverse Childhood Experiences. *Qual Health Res*, 28(2), 231-244. doi:10.1177/1049732317734828

Albæk, A. U., & Milde, A. M. (2017). Avdekking av vold og overgrep – som å lose barn gjennom et minefelt. *Psykologisk.no*, 1-6.

Alsaker, K. (2016) Vold i nære relasjoner. I K. Underlid, K. Dyregrov & F. Thuen (Red.), *Krevende livserfaringer og psykisk helse*. Cappelen Damm Akademisk ISBN 978-82-02-48576-4.

Alisic E., Alyson K., Zalta K.A, van Wesel F., Larsen S.E., Hafstad G. S., Hassanpour K., Smid G.E. (2014) Rates of post-traumatic stress disorder in trauma exposed children and adolescents: meta-analysis. *The British Journal of psychiatry*, 204:335-340

American Psychiatric Association (2013) *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (DSM-5®)

American Psychiatric Association (1994) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (Fourth Edition ed. Vol. (4th edn) (DSM-IV)). Washington, DC: APA.

Arbeids- og sosialdepartementet (2005) *Lov om arbeidsmiljø, arbeidstid og stillingsvern mv*. Hentet fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2005-06-17-62> Lastet ned 26.03.18

Arbeidstilsynet (2017) *Vold og trusler i forbindelse med arbeidet. Forebygging, håndtering og oppfølging*. hentet fra

<https://www.arbeidstilsynet.no/contentassets/0cbb3bc6069a4008a3e4873900177c2f/veileder---vold-og-trusler-i-forbindelse-med-arbeidet.pdf> lastet ned 19.06.2018.

- Backe-Hansen, E., Smette, I., & Vislie, C. (2017) Kunnskapsoppsummering Vold mot barn og systemsvikt. *NOVA*, 4/17.
- Bang, Susanne (2003) *Rørt, rammet og rystet. Faglig vekst gjennom veiledning*. Gyldendal akademisk forlag, Oslo
- Barne- og likestillingsdepartementet (2016) *Opptappingsplan mot vold og overgrep (2017-2021) Prop 12 S*.
- Barne- og likestillingsdepartementet (2017) *Svikt og svik — Gjennomgang av saker hvor barn har vært utsatt for vold, seksuelle overgrep og omsorgssvikt NOU nr 12*
- Berring LL (2006) Sygeplejestrategier i mødet med voldelige og truende psykiatriske pasienter. *Klinisk sygepleje* 20, 70 - 78.
- Bonanno, G. A., Westphal, M., & Mancini, A. D. (2011) Resilience to loss and potential trauma. *Annu Rev Clin Psychol*, 7, 511-535. doi: 10.1146/annurev-clinpsy-032210-104526
- Braarud, H. & Nordanger, D. Ø. (2014) Regulering som nøkkelbegrep og toleransevinduet som modell i en ny traumepsykologi. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, Vol 51, nummer 7, 2014, side 530-536
- Braarud, H. & Nordanger, D. Ø. (2011) Komplekse traumer hos barn: En utviklingspsykologisk forståelse. *Tidsskrift for norsk psykologforening*, 10, 968-972
- Brewin, C. R., Andrews, B., & Valentine, J. D. (2000) Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *J Consult Clin Psychol*, 68(5), 748-766.
- Bufdir (2016) *Rapportering fra krisesentertilbudene 2016*
- Collishaw, S., Pickles, A., Messer, J., Rutter, M., Shearer, C., & Maughan, B. (2007) Resilience to adult psychopathology following childhood maltreatment: Evidence from a community sample. *Child Abuse & Neglect*, 31(3):211-229.
- Committee on Migration, Refugees and Demography (2003) *The Situation of young migrants in Europe*. Parliamentary Assembly of Council of Europe: Doc. 9645, 31 January 2003. <http://assembly.coe.int/nw/xml/XRef/Xref-XML2HTML-en.asp?fileid=17086&lang=en>
- Cornelis, M. C., Nugent, N. R., Amstadter, A. B., & Koenen, K. C. (2010) Genetics of post-traumatic stress disorder: review and recommendations for genome-wide association studies. *Curr Psychiatry Rep*, 12(4), 313-326. doi: 10.1007/s11920-010-0126-6
- Dalenberg, Constance J, (2000) *Countertransference and the treatment of trauma*. American Psychological Association. Washington DC
- Davis, R. N., Davis, M. M., Freed, G. L., & Clark, S. J. (2011) Fathers' Depression Related to Positive

and Negative Parenting Behaviors With 1- Year-Old Children. *Pediatrics*, 127(4):612–618.

Davydow, D. S., Gifford, J. M., Desai, S. V., Needham, D. M., & Bienvenu, O. J. (2008) Posttraumatic stress disorder in general intensive care unit survivors: a systematic review. *Gen Hosp Psychiatry*, 30(5), 421-434. doi: 10.1016/j.genhosppsy.2008.05.006

Devries, K, Watts, C, Yoshihama, M, Kiss, L, Schraiber, LB, Deyessa, N, ... Jansen, H (2011). Violence against women is strongly associated with suicide attempts: evidence from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence against women. *Soc Sci Med*, 73 (1): 79–86.

Din utvei. *Definisjoner på vold*. Hentet 13. desember 2017 fra <https://dinutvei.no/om-vold/241-definisjoner-av-vold>

Direktoratet for arbeidstilsynet. (2013) *Vold og trusler på arbeidsplassen, forebygging, håndtering og oppfølging*. Arbeidstilsynets publikasjoner, 2013. Hentet fra: <http://noa.stami.no/arbeidsmiljoindikatorer/psykososialtorganisasjon/vold-mobbing-trakassering/vold-og-trusler/> Lastet ned 26.03.18

Direktoratet for arbeidstilsynet (2017) *Veileder om vold og trusler i forbindelse med arbeidet*. Hentet fra: <https://www.arbeidstilsynet.no/contentassets/0cbb3bc6069a4008a3e4873900177c2f/veileder---vold-og-trusler-i-forbindelse-med-arbeidet.pdf> Lastet ned 26.03.18

Dybsland, R. (2007) *Fra bekymring til handling. Hvilke vurderinger ligger til grunn for at fagfolk i skolen melder bekymring om seksuelle overgrep og vold mot barn til konsultasjonsteamene*. Masteroppgave i barnevern, Universitetet i Bergen

deRoon-Cassini, T. A., Mancini, A. D., Rusch, M. D., & Bonanno, G. A. (2010) Psychopathology and resilience following traumatic injury: a latent growth mixture model analysis. *Rehabil Psychol*, 55(1), 1-11. doi: 10.1037/a0018601

Des Groseilliers I. B., Marchand, A., Cordova, M. J., Ruzek, J. I., Brunet, A., & (2013) Two-year follow-up of a brief dyadic cognitive-behavioral intervention designed to prevent PTSD. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 5(5), 462-469.

Edwards, V. J., Dube, S. R., & Williamson, D. F. (2002) Adverse childhood experiences, alcoholic parents, and later risk of alcoholism and depression. *Psychiatric Services*, 53(8):1001-1009.

Eiden, R.D., Edwards, E.P., & Leonard, K.E. (2007) A conceptual model for the development of externalizing behavior problems among kindergarten children of alcoholic families: role of parenting and children's self-regulation. *Developmental Psychology*, 43(5):1187– 1201.

Eide, K. & Lidèn, H. (2013) Mottak av enslige mindreårige asylsøkere. I: H. Lidèn,

K. Eide, K. Hidle, A. K. E. Nilsen & R. Wærdahl (Red.) *Levekår i mottak for enslige mindreårige asylsøkere*. Institutt for Samfunnsforskning, Rapport 2013:3. Oslo. Agderforskning. Høgskulen i Telemark

European Council (2016) *Compilation of data, situation and media reports on children in Migration*. Last update: 11.07. 2016 – updates highlighted
http://ec.europa.eu/justice/fundamental-rights/files/rights_child/data_children_in_migration.pdf

Norsk sykepleieforbund (2011) *Etiske retningslinjer for sykepleiere*

Fazel, M. & Stein, A. (2002) The mental health of refugee children. I: *Arch Dis Child* 2002; 87:366-370 doi:10.1136/adc.87.5.366. *Community child health, public health, and epidemiology*. Accepted 25.july 2002. UK

Felitti, V., Anda R.F, M., Nordenberg, D., Williamson, D.F., Spitz A.M., Edwards, V., Marks J.S. (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.

Festvåg, Line Syvertsen (2015). *Vold mot eldre. Ansvar. Sykepleier må bidra aktivt til å avdekke og forhindre vold mot eldre*. Sykepleien Doi: 10.4220/SYKEPLEIENS.2014.0180

FNs Verdenserklæring for menneskerettigheter (1948) Hentet 15.5.18 fra <https://www.fn.no/Om-FN/Avtaler/Menneskerettigheter/FNs-verdenserklæring-om-menneskerettigheter>

Kunnskapsdepartementet (2017). *Forskrift om felles rammeplan for helse- og sosialfagutdanninger*

Freire, Paulo (2001). *Education for critical Consciousness*. I : Freire, Ana Maria Araujo and Maced, Donaldo (eds): *The Paulo Freire Reader*. The Continuum International Publishing Group Inc, New York 2001

Førde, S. (2007). *Refugee children and resilience; participation, empowerment and subjective wellbeing*. Masteroppgave. Master of Philosophy in Health Promotion, Universitetet i Bergen.

Førde, S. (2014). *Tapt barndom, eller..? Barns navigering fra traumer og krenkelser mot psykisk styrke*. Bergen: Fagbokforlaget WHO, UNHCR og UNICEF

Garbarino, J. (2008). *Children and the dark side of human experience. Confronting global realities and rethinking child development*. Springer Science + Business Media, New York. DOI: 10.1007/978-0-387-75626-4

Giacco, D., Matanov, A., & Priebe, S. (2013). Symptoms and subjective quality of life in post-traumatic stress disorder: a longitudinal study. *PLoS One*, 8(4), e60991. doi: 10.1371/journal.pone.0060991

Habermas, J. & Kalleberg, R. (1999). *Kraften i de bedre argumenter*. Oslo. Ad.notam, Gyldendal

Halvorsen GS (2008). Relasjonen mellom hjelper og hjelpesøkende. Hva gjør den virksom? Nordisk Tidsskrift for Helseforskning 4, 3-8.

Harvard school of human rights (2013). *Health and Human Rights Resource Guide*
FXB Center for Health and Human Rights and Open Society FoUndations. Fifth Edition. Harvard school of human rights/ Harvard University <http://harvardfxbcenter.org/>
<http://www.opensocietyFoUndations.org>

Helsedirektoratet (2014). *Handlingsplan for forebygging av selvmord og selvskading 2014-2017*. Oslo

Helsedirektoratet. (2016). *Mestring, samhörighet og håp. Veileder for psykososiale tiltak ved kriser, ulykker og katastrofer IS-2428*.

Helse- og omsorgsdepartementet (2018) Lov om helsepersonell m.v. (Helsepersonellloven).

Isdal. P. (2017) *Smittet av vold*. Fagbokforlaget Vigmostad og Bjørke. Bergen

Jagland, T. (2002). *Vår sårbare verden*. Aschehoug og co. Oslo

Jensen, T. K. (2009). *Barn og ungdom utsatt for seksuelle overgrep – Blir de hørt? I R. Hjermann & K. Haanes (Red.) Barn (s. 274-282). Universitetsforlaget: Universitetsforlaget*

Johansen, V. A., Eilertsen, D. E., Nordanger, D., & Weisaeth, L. (2013). Prevalence, comorbidity and stability of post-traumatic stress disorder and anxiety and depression symptoms after exposure to physical assault: an 8-year prospective longitudinal study. *Nord J Psychiatry, 67*(1), 69-80. doi: 10.3109/08039488.2012.732112

Johansen, V.A., Wahl, A. K., Eilertsen, D.E., Weisaeth L., Hanestad, B.R., (2007). The predictive value of Post-traumatic stress disorder symptoms for quality of life. A longitudinal study of physically injured victims of non-domestic violence. *Health and Quality of life Outcomes, 21*; 5: 26

Johnsen ME (2004) Violence on Inpatient Psychiatric Units: State of the Science. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association 10*, 113 - 121.

Jonassen W. & Sandmoe, A. (2012). *Overgrep mot eldre i Norge – erfaringer og løsningsstrategier*. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress, Rapport 3/2012.

Joseph, S. P. & Linley, A. red. (2008). *Trauma, Recovery and Growth. Positive Psychological Perspectives on Posttraumatic Stress*. John Wiley & sons Inc, New Jersey

Keiley, M. K., Howe, T. R., Dodge, K. A., Bates, J. E. & Petti, G. S. (2001). The timing of child physical maltreatment: A cross-domain growth analysis of impact on adolescent externalizing and internalizing problems. *Development and Psychopathology, 13*(4):891-912.

Kilpatrick, D. G., & Acierno, R. (2003). Mental health needs of crime victims: epidemiology and outcomes. *J Trauma Stress, 16*(2), 119-132.

Krug, E.G., Dahlberg, L.L., Mercy, J.A., Zwi, A.B., Lozano, R (2002). *World report on violence and health*, Genève: World Health Organization.

Kunnskapsdepartementet (2011). *Nasjonalt kvalifikasjonsrammeverk for livslang læring (NKR)*

Kunnskapsdepartementet (2017). *Forskrift om tilsyn med utdanningskvaliteten i høyere utdanning (Studietilsynsforskriften)*

Lillevik, O G og Øien, L (2010). Kvaliteter hos hjelperen som bidrar til å forebygge trusler og vold fra klienter. *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning*, nr. 2 – 2010, 6. årgang Hentet fra: <http://septentrio.uit.no/index.php/helseforsk/article/view/1191/1131> Lastet ned 26.03.18

Lindy, J D. & Wilson J. P. (1994). *Countertransference in the treatment of PTSD*, The Guilford Press, New York – London

Helse- og omsorgsdepartementet (1999) *Lov om helsepersonell*. Hentet fra <http://www.lovdatabank.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>

Løgstrup, K. E., & Engen, B. (2000). *Den etiske fordring*. Oslo: Cappelen

McGarry, J, Aubeeiuck, A., Simpson, C., Williams, G. (2009) Nursing students' experience of care. I: *Nursing older people* 21.7 (2009): 16-22. Volume 21 | Number 7, Fagfelleurdert artikkel / (double blind review)

McLaughlin, J, O'Carroll, R, O'Connor, R (2012). Intimate partner abuse and suicidality: a systematic review. *Clin Psychol Rev*, 32 (8): 677–689.

St. Meld. nr. 21 (1999). *Menneskeverd i sentrum. Handlingsplan for menneskerettigheter* Oslo: Utenriksdepartementet

Mignard, E, (2005). *Detention of asylum Seekers in the 15 European Union Member States*. Positive Housing www.pdfactory.com

Moore, S. E., Scott, J. G., Ferrari, A. J., Mills, R., Dunne, M. P., Erskine, H. E. et al. (2015). Burden attributable to child maltreatment in Australia. *Child Abuse & Neglect*, 48: 208-220.

Mossige, S., & Stefansen, K. (red). (2016). *Vold og overgrep mot barn og unge. Omfang og utviklingstrekk 2007–2015*. NOVA Rapport 5/2016.

Myhre, M. C., Thoresen, S., & Hjemdal, O. K. (2015). *Vold og voldtekt i oppveksten: En nasjonal intervjuundersøkelse av 16- og 17-åringer*. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress. (NKVTS Rapport 1/2015).

Nilsen, C. B. (2014). *Prevalence and risk factors for developing posttraumatic stress disorder in a general intensive care population - a literature review*. (Master thesis), Lovisenberg Deaconal University College.

Nilsen, L. G., Stene, L. E., Glad, K. A., Hafstad, G. S., & Dyb, G. (2017). *Oppfølgingen av de som overlevde på Utøya. Erfaringer med tiltakene fra det offentlige hjelpeapparatet*. Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress. (Rapport 3/2017).

Nordanger, D. Ø., & Braarud, H. C. (2017). *Utviklingstraumer. Regulering som nøkkelbegrep i en ny traumepsykologi*: Fagbokforlaget.

Nordanger, D. Ø., Braarud, H. C., Albæk, M., & Johansen, V. A. (2011). Developmental trauma disorder: En løsning på barnetraumatologifeltets problem? (Developmental trauma disorder: Can it solve child traumatology's problem?). *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 48 1086–1090.

Nordanger D Ø, Johansson E R, Nordhaug I, Dybsland R, Johansen V A (2012). Konsultasjonsteam modellen i Vest-Norge: De første systematiserte erfaringene, *Norges Barnevern*, 1-2, 4-14, Universitetsforlaget

NOU 2010: 3 (2010). Drap i Norge i perioden 2004 – 2009 Kap. 9: Voldsrisikovurdering og voldsrisikohåndtering blant pasienter med alvorlig psykisk lidelse. Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/NOU-2010-3/id602257/sec10> Lastet ned 26.03.18

Nasjonalt senter for selvmordsforskning- og forebygging (NSSF) (2018). *Fakta om selvmordsforsk.* Hentet 31.05.18 fra: <https://www.med.uio.no/klinmed/forskning/sentre/nssf/kunnskapsressurser/fakta-selvmord-selvskading/index.html>

Ozer, E. J., Best, S. R., Lipsey, T. L., & Weiss, D. S. (2003). Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults: a meta-analysis. *Psychol Bull*, 129(1), 52-73.

Pape, H., & Stefansen, K. (2004). *Den skjulte volden? En undersøkelse av Oslobefolkningens utsatthet for trusler, vold og seksuelle overgrep (The hidden violence? A study of exposure to threats, violence and sexual assault among the citizens of Oslo)*. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress

Piltz, A., & Wachtel, T. (2009). Barriers that inhibit nurses reporting suspected cases of child abuse and neglect. *Australian Journal of Advanced Nursing* 26(3), 93–100.

Rawlings, A., Paliokosta, P., Maisey, D., Johnson, J., Capstick, J., & Jones, R. (2014). *A Study to Investigate the Barriers to Learning from Serious Case. Reviews and Identify ways of Overcoming these Barriers. Research report.*: Kingston University, Institute for Child Centred Interprofessional.

Rennick J.E., McHarg L.F., Dell'Api M., Johnston C.C., Stevens B. (2008). Developing the Children's Critical Illness Impact Scale: capturing stories from children, parents, and staff. I *Pediatric Care Med.* May; 9(3): 252-60. doi: 10.1097/PCC.0b013e31816c70d4.

Retterstøl, N, Ekeberg, Ø, Mehlum, L (2002). Selvmord – et personlig og samfunnsmessig problem. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Rogers, Carl (1980). *A way of being. The founder of the human potential movement look back on a distinguished career.* Houghton Mifflin, Boston

Rutter, Michael (2012). Resilience: Causal pathways and social ecology. I: Ungar, Michael, (red). *The social ecology of resilience. A handbook of theory and practice.* Springer Science and Business Media LLC

Sandmoe A. (2011). Older people at risk for being abused by someone close to them: A quality study of community care services in Norway and Australia. Doktoravhandling. Oslo: University of Oslo, 2011.

Sandmoe, A, Wentzel-Larsen, T, og Hjemdal, O.K (2017). *Vold og overgrep mot eldre personer i Norge. En nasjonal forekomststudie.* Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress A/S, Rapport nr 9/2017. ISBN 978-82-8122-130-7. ISSN 0809-9103. adresse: www.nkvts.no

Santiago, P. N., Ursano, R. J., Gray, C. L., Pynoos, R. S., Spiegel, D., Lewis-Fernandez, R., Fullerton, C. S. (2013). A systematic review of PTSD prevalence and trajectories in DSM-5 defined trauma exposed populations: intentional and non-intentional traumatic events. *PLoS One*, 8(4), e59236. doi: 10.1371/journal.pone.0059236

Sareen, J. (2014). Posttraumatic stress disorder in adults: impact, comorbidity, risk factors, and treatment. *Can J Psychiatry*, 59(9), 460-467.

Schibbye A-LL (2003). Å bli kjent med seg selv og den andre. I Andersen A. J. W & Karlsson B. red *Psykiatri i endring - forståelse og perspektiv på klinisk arbeid.* Gyldendal Akademisk, Gjøvik

Schibbye A-LL (2009). Relasjoner: et dialektisk perspektiv på eksistensiell og psykodynamisk psykoterapi. Oslo: Universitetsforlaget

Shalev, A. Y. (2001). What is posttraumatic stress disorder? *J Clin Psychiatry*, 62 Suppl 17, 4-10.

Sommerfeldt, B, Skårderud, F. (2009). Hva er selvskadning? *Tidsskr Nor Legeforen* nr. 8, 2009; 129: 754-8

Statistisk sentralbyrå (SSB) (2017). *Levekårsundersøkelse 2013/2017* Hentet fra: <https://www.ssb.no/arbmiljo/> Lastet ned 26.03.17

Statistisk Sentralbyrå (2016). *Barnevern; Stadig fleire barn med omsorgstiltak*.

<http://www.ssb.no/sok?sok=barnevernet>

Statens Arbeidsmiljøinstitutt (STAMI) (2015). *Faktabok om arbeidsmiljø og helse 2015 – status og utviklingstrekk*. Oslo 2015: Statens arbeidsmiljøinstitutt

<https://brage.bibsys.no/xmlui/handle/11250/284148?show=full>

Steine, I. M., Winje, D., Krystal, J. H., Bjorvatn, B., Milde, A. M., Grønli, J., & Pallesen, S. (2016). Langvarig taushet om seksuelle overgrep. Prediktorer og korrelater hos voksne som opplevde seksuelle overgrep som barn. *Tidsskrift for Norsk psykologforening* 53, 888-899.

Stene, L. E., & Dyb, G. (2015). Health service utilization after terrorism: A longitudinal study of survivors of the 2011 Utøya attack in Norway. *BMC Health Services Research*, 15 (158)

Stene, L. E., Wentzel-Larsen, T., & Dyb, G. (2016). Healthcare needs, experiences and satisfaction after terrorism: A longitudinal study of survivors from the Utøya attack. *Frontiers in Psychology*, 7 (1809)

Stoltenberg, C. (2015). *Folkehelse rapporten 2014. Helsetilstanden i Norge*. Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt

Søftestad, S. (2005). *Seksuelle overgrep. Fra privat avmakt til tverretattlig handlekraft*. Oslo: Universitetsforlaget.

Sørbo, MF (2014). Helsekonsekvenser av vold mot kvinner. I: Narud, K (red.). *Vold mot kvinner*. Oslo: Cappelen Damm Akademisk.

The Toronto Declaration on the Global Prevention of Elder Abuse (2010). Hentet fra http://www.who.int/ageing/projects/elder_abuse/alc_toronto_declaration_en.pdf Lastet ned 03. 11 2012.

Thoresen., S., & Hjemdal., O. K. (2014). *Vold og voldtekt i Norge, En nasjonal forekomststudie av vold i et livsløpsperspektiv* (Vol. Rapport 1 / 2014): NKVTS.

Tones, K. & Green, J. (2004). *Health promotion. Planning and Strategies*. SAGE

Torvik, F. A., & Rognmo, C. (2011). *Barn av foreldre med psykisk lidelse eller alkoholmisbruk: Omfang og konsekvenser*: <https://www.fhi.no/globalassets/migrering/dokumenter/pdf/rapport-20114-barn-av-foreldre-med-psykiske-lidelser-eller-alkoholmisbruk-omfang-og-konsekvenser.pdf>

Tørmoen, A.J. Rossow, I. Larsson, B. & Mehlum, L. (2013). Nonsuicidal self-harm and suicide attempts in adolescents: differences in kind or in degree? *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* (48): 1447-1455

Ungar, Michael (2012). *Social Ecologies and their contribution to resilience*. I: Ungar, Michael, (red). *The social ecology of resilience. A handbook of theory and practice*. Springer Science and Business Media LLC

UNICEF (2016). Unaccompanied refugee and migrant children in Europe 'falling between the cracks'. *United Nations News Centre* 6. Mai 2016.

<http://www.un.org/apps/news/story.asp?NewsID=53872#.V8Fi16NhKpp>

Universitet og Høgskolerådet (2015) Felles innhold i de helse- og sosialfaglige profesjonsutdanningene. 1. juni 2015. Hentet fra https://www.uhr.no/_f/p1/iac4ec92c-90e1-4fca-8c71-6d88568834a0/2015-felles_innhold_290515_1500.pdf

Universitet og Høgskolerådet (2015). *Utdanning i endring. Nye muligheter for FoU + Utdanning*. Inspirasjonsnotat fra en arbeidsgruppe satt ned av Universitets- og høgskolerådet. Mars 2015. Hentet fra:

http://www.uhr.no/documents/Utdanning_i_endring_Nye_muligheter_for_FoU_Utdanning.pdf

Valenta, Marko og Berit Berg red. (2012). *Asylsøker i velferdsstatens venterom*. Universitetsforlaget, Oslo

Varvin, Sverre (2008). *Flyktningepasienten. Behandling, rehabilitering og utvikling*. Universitetsforlaget AS, Oslo

Vignæs, Maria Knoph (2013). *106 asylbarn forsvant*. Dagbladet, 8.juli 2013

Weber, S, Jud, A., & Landolt, M. A. (2016). Quality of life in maltreated children and adult survivors of child maltreatment: a systematic review. *Quality of Life Research*, 25(2):237-55.

Weisæth, L., & Dalgard, O. S. (2000). *Psykisk helse Risikofaktorer og forebyggende arbeid*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Wicks, Robert J. (2008). *The resilient clinician*. Oxford University Press Inc. New York

Woods P & Ashley C (2007). Violence and aggression: a literature review. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* Hentet fra: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/j.1365-2850.2007.01149.x> Lastet ned 26.03.18

WHO (1992). *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.

World Health Organisation (2016). *Human rights based approach to health*. <http://www.who.int/trade/glossary/story054/en/>

World health organisation (2002). *25 questions and answers on health and human rights*.

Health & Human Rights, Publication Series, Issue No.1, July 2002

World health organisation (2014) Preventing Suicide: a global perspective. Hentet 31.05.18 fra:
http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/131056/9789241564779_eng.pdf;jsessionid=823D61262C9A61E4A521D07489430E4A?sequence=1

Yalom, Irvin (2010). *The gift of therapy. An open letter to a new generation of therapists and their patients*. Piatkus, London

Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (2011)

Ystgaard, M., Reinholdt, N. P., Husby, J. & Mehlum, L. (2003) Villet egenskade blant ungdom.
Tidsskr. Norsk Legeforening. 123: 2241-5

Øverland, S. (2006) *Selvskading, en praktisk tilnærming*. Fagbokforlaget: Bergen