

**Undervis-
ning
som
Forebyg-
gende
Helsearbeid**

Rapporten beskriver arbeidet med et undervisningsprosjekt for befarselever, som er del av det forebyggende helsearbeidet rettet mot vernepliktig personell i førstegangstjeneste.

Janjan Struijk
Juni 1995

Index

	side
Innledning	3
Prosjektet	3
Ramme	3
<p>Videre har jeg valgt å beskrive prosjektet ved å fokusere på fem temaer som angir mulige avgrensede arbeidsfokus, og som jeg mener til sammen vil gi et noenlunde dekkende bilde av helheten og prosessen i prosjektarbeidet.</p>	
i Problem og målavgrensning	4
Hva menes her med begrepet "forebyggende arbeid?"	4
Hva skal forebygges?	6
Målformuleringer	9
Prioritering av det forebyggende arbeidet	9
ii Hvordan kan ressursene best brukes	11
Hva slags undervisning kan innfri disse ambisjonene?	12
Målgruppe	12
Budskap	13
Form	13
iii Utvikling av hjelpemidler tilpasset aktuelle fora	14
iv Få etablert kontinuitet i etterspørselen av det forebyggende arbeidet	17
v Rom for videreutvikling / evaluering	19
Litteratur	21
Appendix:	
1 Psykiske vansker og personellansvar, undervisningsmal	
2 Rundskriv ad undervisning om militærpsykologiske tema	
3 Arbeidsmål for Mentalhygienelag Østlandet 1994	

Innledning

Etter de første famlende tak som vernepliktig psykolog ved mentalhygienelag nordnorge våren 1992 ble jeg oppmerksom på et fenomen. En relativt stor del av henvisningene om psykologiske utredninger kom fra et bestemt kompani. Videre endte mange av sakene med dimisjon av soldaten. Det var her snakk om soldater som nylig hadde begynt sin verneplikt.

Da jeg først ble oppmerksom på fenomenet, begynte ubønhørlig hypotese-dannelsene; Har dette kompaniet fått tildelt en stor andel vanskeligstilte soldater?, Er den måten jeg gjennomfører behandlingen av soldatsaker en medvirkende årsak?, Er det blant soldatene oppstått en kultur av å "slippe billig"?, Gjør kompaniledelsen og troppsbefalet noe feil? Jeg hadde jo helst ikke lyst til å begynne en privat skyldfordeling. Isteden følte jeg litt på min egen usikkerhet, og da slo det meg at samme frustrasjon og typer spørsmål kanskje også fantes hos nevnte kompanibefal.

Kompanisjefen var entusiastisk da jeg foreslo et møte mellom meg og hans befal. Resultatet ble en morgenøkt med kompaniets befal, hvor jeg intervjuet dem om hvordan de opplevde det å være befal, hva de syntes de lærte, og hvordan de følte at de taklet vansker med soldatene.

Jeg lærte mye. Ulike muligheter og argumenter i forhold til episoden skal jeg komme tilbake til. Foreløpig kan den stå som konkret utgangspunkt for det videre arbeidet med forebyggende mental helsearbeid i forsvaret.

Prosjektet består i utviklingen av et godt og funksjonelt undervisningsopplegg som lar seg bruke til forebyggende helsearbeid i jobben som militærpsykolog. Hensikten er også å ta vare på arbeidserfaringer på en slik måte at de er tilgjengelige for andre psykologer som ønsker å jobbe på samme måte eller som vil utvikle forebyggende helsearbeid ytterligere.

Ramme for prosjektet er jobben som psykolog i forsvarets mentalhygienelag, og forståelsen av forsvarets særskilte ansvar for god helse hos vernepliktige mannskaper.

Det å skrive om arbeidet med et undervisningsprosjekt har vist seg å påvirke og bli til en del av selve prosjektet. Rapportering tilfører tydeliggjøring av arbeidet og av ulike argumenter og problemstillinger. Samtidig gir rapportskrivningen prosjektet en ekstra struktur som også blir en del av forståelsen av prosjektarbeidet.

i Problem og målgrensning

Hva slags helseproblematikk står vi ovenfor i vårt system av pliktig soldatopplæring? Og hva er det viktig å forebygge?

Arbeidet med undervisningsopplegget hadde foregått med liv og lyst i lang tid før de to ovenfornevnte spørsmål ble stilt av interesserte veiledere. Det jeg fra starten av hadde vært bevisst på, var at jeg skulle bruke en del av min arbeidstid til forebyggende virksomhet. Dette hadde jeg til og med fått synliggjort og kvantifisert i den reviderte virksomhetsplanen som er utarbeidet for mentalhygienelag østlandet (denne er vedlagt). Det ble gjort i tråd med den generelle arbeidsinstruksen som er gitt mentalhygienelagene av våre overordnede i Forsvarets Sanitet.

Den generelle arbeidsinstruksen lyder som følger:

Mentalhygienelagtjenesten er prinsipielt en annenlinje psykisk helsetjeneste med oppgave å drive forebyggende, diagnostisk, behandlende og rådgivende virksomhet ovenfor tjenestegjørende personell i forsvaret.

Angående behandling av enkeltpersoner bør henvisning komme fra primærhelsetjenesten (avdelingslege, sykestue), men det godtas også henvisning fra annet befal, og personell kan oppsøke tjenesten selv.

Mentalhygienelagtjenesten skal i sitt arbeid ha løpende kontakt med avdelingssjefer, troppsbefal, avdelingsleger, feltprester, velferdsbefal m.fl.

Det framgår tydelig at å drive forebyggende arbeid er tenkt som en integrert del av forsvarets psykiatritjeneste. Men tilbake til veileders krav om å gjøre rede for meg;

Hva menes her med begrepet “forebyggende” arbeid?

Spørsmålet hadde jeg unnlatt å besvare i en slags forvissing om at jeg har en intuitivt korrekt forståelse av hva “forebyggende arbeid” er.

Kravet om eksplisitet klargjorde at det trengtes en presisering og avgrensning av dette “forebyggende”. Inntil da hadde jeg praktisert et hovedskille mellom “det forebyggende arbeidet” og “det kliniske arbeidet” i militærpsykologjobben. Samtaler med personer om deres personlige problemer og om vansker i tjenestesituasjonen, samt all rådgivning som gjelder konkrete saker, defineres som den kliniske delen av jobben. Slik blir det kliniske arbeidet definert ganske vidt¹. En såpass vid definisjon av det kliniske arbeidet tillater en noe sterkere avgrensning av hva som er det forebyggende arbeidet.

¹ Det kan diskuteres om en del av arbeidet - for eksempel når jeg gir råd til en kompanisjef angående en soldatsak - mere treffende kan kalles konsultasjon. Men den diskusjonen føres ikke videre her.

All generell rådgivning og mentalhygienelagets arbeid i forhold til den kultu- ren som de vernepliktige soldatene blir plassert i defineres som forebyggende arbeid. Viktige forhold å jobbe med er at opphold på en militær avdeling bør være noenlunde helsefremmende, og at det på avdelinger må finnes en viss kompetanse og fleksibilitet til å hanskens psykiske vansker som kan oppstå.

I NOU 1991:10 "Flere gode leveår for alle - Forebyggingsstrategier" blir det foreslått to hovedstrategier som sammen indikerer et bredt anlagt forebyggen- de helsearbeid. Under mottoet "flere gode leveår for alle" blir det skissert en "**befolkningsstrategi**" hvor strategien er å fremme helse gjennom gode leve- kår, og en "**høyrisikostrategi**", som retter seg mot å forebygge sykdom, skade og sosiale problemer. Her legges det et meget vidtfaavnende perspektiv og mål på hva som bør innbefattes som forebyggende arbeid.

Ved å bruke kjente definisjoner av forebyggende arbeid er det mulig allikevel å få en viss avgrensning av hva som her menes med forebyggende arbeid. Fra Caplan (1964) kjenner vi inndelingen i "primær-", "sekundær-" og "tertiær-" -forebyggende arbeid. For Mentalhygienelagets formål blir det meningsfylt å avgrense begrepet til "primærforebyggende arbeid". Fordi Mentalhygienela- get også jobber klinisk med samme målgruppe vil dette arbeidet komme iste- denfor eventuelt "sekundær- eller terciær- -forebyggende arbeid" Jeg fant videre en klar funksjonell beskrivelse av primærforebyggende arbeid hos Emory L Cowen (1983). Han sammenfatter slik (min oversettelse):

Forebyggende arbeid er arbeid som fremmer folks psykologiske helse og er til hinder for utviklingen av psykologiske problemer.

Forebyggende arbeid har som grunnleggende kvaliteter

- a** **å være orientert mot en gruppe (ikke individ)**
- b** **at målgruppen er antatt friske folk (eventuelt risikogruppe)**
- c** **å bygge på kunnskap som tilsier at tiltak gir ønsket virkning**

Denne avgrensningen er retningsgivende for hva som menes med "fore- byggende arbeid" ved dette undervisningsprosjektet.

Oppmerksomhet om hva som menes med forebyggende arbeid har vist seg å bli viktig også ved diskusjoner i det militære fagmiljøet. Ved presentasjon av avgrensningen på et militærpsykiatrimøte kom det reaksjoner mot å avgrense forebyggende arbeid til det primærforebyggende. Det ble mulig å klargjøre undervisningsprosjektets prioritering.

Det kom også spørsmål om hvorvidt jeg kunne gjennomføre samme undervis- ning på krigsskolen. Klargjøring av hva som er forebyggende arbeid gjør det

mulig å vurdere et slikt ønske i lys av hvorvidt dette ville virke forebyggende også for vår² målgruppe.

Men Hva skal forebygges?

Som en indikasjon på omfanget av psykiske problemer blant soldater kan vi granske **forsvarets statistikk over militære legebedømmelser for 1993**.

Det statistiske grunnlaget er registrering av det totale antall innsendte legebedømmelser for kalenderåret 1993, bestående av 12.632 bedømmelser ved innrykk (starttidspunktet for de vernepliktiges førstegangstjeneste), pluss 3376 bedømmelser foretatt i løpet av tjenestetiden. For samme år anslås antall vernepliktige som møtte til førstegangstjeneste å være ca 22.000 . Vernepliktige som blir erklært militært udyktig enten ved sesjon eller på annen måte før innrykk er ikke med i dette materialet. I tabellen nedenfor tas kun med de legebedømmelser som angir en endring til nedsatt helsestatus.

Legebedømmelser 1993	Samlet	Resultat etter helse-sjekk ved innrykk	Førstegangstjenesten forøvrig
Markering av nedsatt helse totalt	11044	7868	3176
Herav markeringer på nedsatt psykisk helse	2393	1063	1330
Erklært udyktig på medisinsk grunnlag totalt	2245	1237	1008
Erklært udyktig på grunn av psykisk helse	1240	609	631

Legebedømmelser 1963	
Registrerte "psykiske tilstander"	3574
Erklært udyktig på medisinsk grunnlag totalt	3647
Erklært udyktige på grunn av psykisk helse	1787

Det ble i 1993 foretatt i alt 11044 markeringer av nedsatt helse for vernepliktig personell inne til førstegangstjeneste. dette tallet kan **ikke** tolkes lik antall personer, fordi det er mulig for samme person å få markering på flere skadekategorier.

Antallet markeringer av nedsatt **psykisk helse** vil i større grad være lik antall personer, fordi det her er skilt ut en enkelt medisinsk kategori.

Tallene for erklært udyktige vil derimot være absolutt lik antall personer.

² Bruken av "vi" eller "vår" i rapporten viser til "mentalthygielenelagets ansatte" dersom ikke annet er oppgitt.

Ut fra grunnlagsmaterialet fra 1993 vil jeg påpeke at av alle som møtte til førstegangstjeneste ble ca 10% dimittert som udyktig på medisinsk grunnlag. Litt over **halvparten** av disse igjen ble dimittert som udyktig på grunn av sin psykiske helse.

Tidspunkt for markering av nedsatt helse, 1993	N	%	Innrykk	Videre tjeneste
Alle kategorier, minus psykisk helse	8651	100	79%	21%
Kategorien psykisk helse	2393	100	44%	56%

Vi ser også at hele 22% av alle legebedømmelsene var i kategorien "psykisk helse". Og mens det største antallet av de totale helsevurderingene blir foretatt ved starttidspunktet, blir det for kategorien psykisk helse gitt relativt flere markeringer i den resterende førstegangstjenesten. Dette viser at arbeidet med psykiske helseproblemer foregår mere jevnt utover soldatenes tjenestetid enn for de øvrige helseproblemer.

Arne Sund har i 1968 ferdigstilt en vitenskapelige avhandling med tittel "Psykiatriske lidelser hos unge norske menn under pliktig militærtjeneste i fred" I avhandlingen finnes en tilsvarende statistikk fra legebedømmelser gitt i 1963. Han noterer at det ble registrert 3574 psykiatriske tilstander hos korporaler og menige det året, noe som utgjorde 14% av alle medisinske markeringer. Antall personer som i 1963 ble erklært som udyktig til militærtjeneste av psykiatriske årsaker var 1787. Det utgjorde 49% av alle medisinske udyktighetserklæringer. Sund sin kommentar til statistikken dengang var:

"Antall udyktighetskjenner av psykiatriske årsaker har således ikke økt i årene 1961 - 1963. De utgjør imidlertid en tiltagende andel av det totale antall udyktige og representerer således et tiltagende problem" (s 30)

Sammenligning av statistikken for 1963 og 1993 viser at selv om det absolutte antall markeringer av nedsatt helse er lavere nå, så har den relative andelen av markeringer på psykisk helse økt ytterligere.

Sund (1968) hadde med sin undersøkelse til hensikt å belyse langtidsprognosen for ungdom som har vist psykisk svikt under militærtjenesten i Norge under fred.

Han har som utgangspunkt hatt tilgang på de medisinske opplysningene for alt militært menig personell som i en periode på 1950-tallet ble behandlet ved Oslo-Universitetets psykiatriske klinikk (N = 273) og poliklinikk (N = 154). De pasientene (N = 219) som hadde bosted på østlandsområdet ble kontaktet for en personlig oppfølgingsstudie 10 år etter. Han fikk en pasientgruppe på N = 203, og han trakk en kontrollgruppe på N = 105, hvorav han fikk undersøke N = 101 Sund foretok klinisk intervju av den enkelte, og hentet inn supplerende opplysninger fra helsevesen, strafferegister, militært rulleblad m.m.

Her refereres kort noen resultater fra undersøkelsen:

- # Av de vernepliktige i "pasientgruppen", ble i utgangspunktet 43% erklært udyktige, 26% ble erklært midlertidig udyktige, og 31% forble vurdert som tjenestedyktige. Ved etterundersøkelsen ble 73% erklært som udyktige, og bare 27% som tjenestedyktige. I kontrollgruppen var 12% erklært udyktige av psykiatriske årsaker og 9% av somatiske eller psykosomatiske årsaker, mens 79% var tjenestedyktige.
- # På etterundersøkelsestidspunktet hadde 59% av "pasientgruppen" - mot 13% av kontrollgruppen - mottatt behandling for psykiske lidelser, det være seg før, under og/eller etter militærtjenesten.
- # 15% av "pasientgruppen", mot 75% av kontrollgruppen ble vurdert som "psykisk påfallende" ved etterundersøkelsen.
- # Sund fant at 45% av "pasientgruppen", mot 10% av kontrollgruppen hadde vært arbeidsuføre på grunn av psykiatriske lidelser.
- # Sund sammenlignet også informasjon om; oppvekstsituasjon, søskenforhold, foreldres helse, helse som barn, alder, kroppshøyde, idrettsaktivitet, utdanning, yrke, sivilstand, boforhold, m.m.

Av Sund sin generelle diskusjon vil jeg trekke fram følgende refleksjoner:

"Undersøkelsen av kontrollgruppen i materialet tyder på at påfallende mange norske menn har psykiatriske lidelser. Denne store hyppighet er den mest nærliggende forklaring på at disse lidelsene er fremtredende under militærtjenesten" (s 159)

"Det er også nærliggende å rette søkelyset mot det militære miljø. ... Det gjelder også de tildels svært ulike holdninger de unge møtes med i disse ulike situasjoner. En kan spørre om de som har reelt behov for hjelp, støtte og holdningskorrigering, virkelig får dette på en adekvat måte. Dette er forhold som burde ofres spesiell oppmerksomhet. Vi må regne med at hyppigheten av de psykiatriske lidelser blir påvirket av holdningen til lidelsen i miljøet. Det samme forhold vil også kunne virke på lidelsenes uttrykksform ... ". (s 160)

Sund sin undersøkelse viser at det er behov for psykisk helsevern for soldater, og som en betydningsfull faktor for å beholde flest mulig ved god helse og som tjenestedyktige nevner han "det militære miljø".

Det blir en vesentlig forebyggingsoppgave å forhindre at vernepliktige soldater får økte psykiske vansker ut over hva som allikevel oppstår ved store livsforandringer.

Unødvendig belastning vil være:

- Soldatens problem får utvikle seg over tid uten at noe blir prøvd
- Soldaten blir oversett eller avvist slik at han opplever å måtte velge mellom sammenbrudd/sykdom eller en passiv resignasjonstilpasning
- Det å dimettere blir en tilleggsbelastning til de vansker som foranlediget dimitteringen
- Det oppstår et ambisjons- og/eller konkurranse- nivå som skaper tapere

Den konkret målformuleringen kan også bestå av det motsatte fortegn til disse punktene, og dermed poengtere **kvaliteter som er uforenlige** med den tilstand vi ønsker å forhindre:

Dette gir følgende målformuleringer for det forebyggende arbeidet:

- Soldater skal
 - trives
 - ha god helse
 - nå utdanningsmål
- Det skal være et ivaretagende miljø på avdelingen

Disse målformuleringene ligger også godt innenfor hva som prioriteres i de nasjonale helseplanene. I Stortingsmelding nr 37 "Utfordringer i helsefremmende og forebyggende arbeid" uttaler Sosialdepartementet at mye er ugjørt og at forebyggingspotensialet kan være stort på tre områder; 1. Mentale lidelser og psykososiale problemer., 2. Belastningslidelser, og 3. Ulykker og skader.

Det er verdt å merke seg at punkt 1. også omfatter psykososiale problemer som "*- kriser i forbindelse med økonomiske vanskeligheter, sosial isolasjon og omsorgssvikt.*" (s 23), og at ved punkt 2. så menes med belastningsskader også; "*psykososiale belastninger, dvs. ulike samfunnsmessige og mellommenneskelige forhold som påvirker individet*" (s 29)

Dette, sammen med andre flotte hensikter om forebyggende arbeid kan man lett komme til å lese som om det menes at alle personlige vanskeligheter og lidelse er skadelig. Akselsen (1991) har funnet det påkrevd å motvirke mytedannelse omkring dette. I artikkelen "psykiske problemer - en kilde til utvikling" viser hun til at man i andre kulturer enn vår vestlige mere eksplisitt tar med psykiske vansker som en naturlig del av livet;

"I buddhismen sees smerte som grunnlaget for livet. ... Det betyr at personlige problemer ikke betraktes som noe ensidig negativt som uten videre bør elimineres, men som en forutsetning for videre utvikling"

Det er altså ikke nødvendigvis vanskene og smerten **i seg selv** som skal hindres, det kan i verste fall virke mot sin hensikt. Det forebyggende arbeidet bør primært være rettet mot **mestring** av de opplevde vansker og smerte.

Prioritering av det forebyggende arbeidet

I Stortingsmelding 37 finnes det klare uttalelser fra Sosialdepartementet at dette arbeidet må prioriteres. Det refereres til sosialkomiteen som uttaler:

"Komiteen mener at forebyggende og helsefremmende arbeid må prioriteres høyt i framtida. Det må være et hovedsatsningsområde for den offentlige politikk i flere sektorer. Forebyggende arbeid må etter komiteens mening ikke skje på bekostning av medisinsk behandling. Det må legges opp til en helsetjeneste som har tilstrekke-

lig kapasitet til å ta hånd om den kurative virksomheten, samtidig som vi ved forebygging må redusere sykkeligheten”(s 38)

Utpekt spesielt som satsningsområder er som før nevnt: 1. Mentale lidelser og psykososiale problemer, 2. Belastningslidelser, og 3. Ulykker og skader. Samtidig understrekes at den tradisjonelle helsetjenesten ikke kan ta utfordringen alene:

“Det er en gammel erkjennelse at mer helsetjeneste ikke nødvendignis medfører en bedring i folkehelsen. Et velvillig estimat er at sykehus, legetjeneste, medisiner osv. i høyden kan influere på 10 pst av de vanlige indikatorene som brukes for å måle helse. De resterende 90 pst ligger utenfor sektorens innflytelse.”(s 35)

Og ikke minst framheves at:

“... vi må finne fram til virkemidler som fører i retning av det desentraliserte samfunnet der menneskene har reelle muligheter for å delta i utformingen av omgivelsene og influere på egen livskvalitet.”(s 79)

Selv om det ikke står direkte, så gir dette en kraftig føring for at forsvaret, som en offentlig institusjon, tar eget initiativ til og prioriterer dette arbeidet også innen eget miljø. Det betyr også at det som står skrevet i Mentalhygienelaginstruksen om forebyggende arbeid må tillegges prioritet, og at laget i tillegg til å drive forebyggende arbeid selv, kan fungere som støttespillere og rådgivere til lokale helsefremmende initiativ.

ii Hvordan kan ressursene best brukes?

Jeg oppdaget fort at det fantes forskjellige forventninger til mentalhygienelag-tjenesten ved forskjellige militære avdelinger. Særlig var det mangeartede og sprikende forventninger om undervisningsstøtte.

Ville jeg undervise om psykiske stridsreaksjoner?, ledelse i militæret?, kommunikasjon (det var vel jeg ekspert på?), psykiske lidelser?, m.m. Også hvem undervisningen skulle være for varierte sterkt. Det kunne gjelde vernepliktige soldater, leger, soldatenes befal, tillitsvalgte, kompanisjefer, FN-personell, ... Bak henvendelsene lå gjerne en historisk hevd ved avdelingene om hva slags hjelp de tidligere hadde mottatt fra psykologer. Mange henvendelser kom også fordi den undervisningsansvarlige hadde akutt instruktørmangel - "enten så kan du, eller så må vi spørre noen andre".

Slikt gir uvilkårlig en følelse av utilstrekkelighet.

Ren undervisning er i utgangspunktet ikke blant mentalhygienelagenes høyest prioriterte oppgaver, samtidig som dette arbeidet fort tar opp mye tid, både til forberedelser og ved at det tapper krefter under gjennomføringen.

Å takke nei til undervisningsoppdrag gir konsekvenser, det vil for eksempel lett føre til en avgrensning av kontakten med personell ved avdelingene.

Å takke ja til undervisningsoppdrag fører til at tiden som er til rådighet for undervisning fort blir brukt opp, slik at det allikevel blir mange avvisninger. Hvordan skal Mentalhygienelaget klare å gi et likeverdige tilbud til de forskjellige avdelingene som pålagt?

Som vernepliktig psykolog med lite undervisningserfaring ble det til at jeg innfridde ønskene fra de som sto på hardest, og det ble naturlig å følge opp tradisjonen på en avdeling med å undervise i "Stridspsykiatri". Dette ga et personlig utbytte i form av at jeg lærte temaet godt, og skaffet meg undervisningserfaring.

Men hvordan skulle jeg orke å drive med forebyggende helsearbeid i tillegg til det kliniske arbeidet og denne undervisningen?

En nyttig tanke syntes å være å jobbe for at mentalhygienelagtjenesten kan komme sterkere på tilbudssiden med undervisning, som et tiltak for å få en styring med hvilken undervisning som blir gjennomført.

Dette gjør det samtidig mulig å få til et tettere samsvar mellom undervisningen og de målsettinger som vi mener er viktige å oppnå. Det vil for eksempel være mulig å innpasse undervisning som del av det forebyggende helsearbeidet som skal drives. Lykkes dette, vil det bli frigjort mere arbeidstid til undervisning, noe som igjen øker muligheten for å gi et likeverdige tilbud til avdelingene.

Hva slags undervisning kan innfri disse ambisjonene?

Med dette spørsmålet i fokus er det først naturlig å gjennomgå allerede eksisterende arbeid som har forebyggende virkning. Følgende liste kan gi et oversiktsbilde:

I regi av Mentalhygienelagtjenesten blir det gitt:

- * Seminar for befal med rollespill og diskusjon om handtering av psykiske problemer.
- * Informasjon om psykiatritjenesten til soldater og tillitsvalgte
- * Undervisning om psykiske (strids)reaksjoner og psykisk førstehjelp
- * Variert råd og veiledning i gruppemøter med personellansvarlige

Militærets aktiviteter forøvrig:

- * Lederopplæring med utgangspunkt i psykologisk viten.
- * Feltpresten har mye undervisning om etikk / holdninger / problemer.
- * Diverse utvalg som er fora for problemløsning (miljøutvalg, STØG, rusmiddelgruppe)
- * Arbeidsgruppe for selvmordsforebyggende arbeid
- * Trafikkholdningskampanje
- * Informasjon til soldatene om rusmisbruksproblematikk.

Dette viser at det eksisterer en mangeartet aktivitet med tydelige elementer av forebyggende helsearbeid. Er det da ikke bare å stå på og gjøre mere av det samme og mest mulig av alt?

Hvis vi må prioritere ut fra begrensede ressurser, hva blir da riktig å gjøre? Hva slags faktorer vil ha betydning med tanke på å oppnå maksimal virkning? Ved siden av faktorer som; undervisningens tema, og selve pedagogikken, tvinger det seg fram valg omkring hvem undervisningen best kan gis til, i hvilken mengde, og til hvilken tid og sted.

Målgruppe Befal utpeker seg som en naturlig, spennende og potent ressurs med tanke på å kunne oppnå forbedringer ved avdelingens måte å takle mulige psykiske vansker. Dette skyldes bl.a at:

- Befal står i en utøvende makt-, omsorgs-, og ansvars- posisjon ovenfor soldaten
- Mange befal er unge og ennå i kast med sin første lederutdanning, og har således lært en god del, men har samtidig lite erfaring å bygge på
- Befalet er gjerne ambisiøse på egne og militærets vegne, og er skoleflinke

Befalsgruppen blir et naturlig valg for vår undervisningsinnsats fordi de selv har så mye de kan bidra med ved sin avdeling. Det er hos befalsgruppen muligheten finnes for å få mangfoldig igjen for det vi yter, og som dermed vil være en maksimal utnyttelse av mentalhygienelagets ressurser.

Budskap Hva er det som kan dyrkes i militærkulturen, og især tilføres befalet, som vil virke forebyggende for soldatens helse?

Dette spørsmålet er så viktig, at det også oppleves som viktigere enn de konkrete svar som jeg klarer å gi. Spørsmålet har ikke minst betydning for videreutviklingsarbeidet ved virksomheten, noe som blir tatt opp i eget kapittel. Spørsmålet har særlig den funksjon at det er utgangspunkt for diskusjoner og refleksjoner internt blant oss som jobber i MHL-tjenesten, og her får vi ikke minst mange innspill fra befalet selv. spørsmålet rører grunnholdninger og menneskesyn.

Det svar jeg klarer å gi på spørsmålet, blir mest en ramme for og en oppsummering av hva jeg per i dag ser som viktig å tilføre befalet.

Det sentrale er: God kunnskap og sunn aktivitet omkring omsorgsansvar og helsespørsmål. Stikkord blir bl.a.:

- * At å være bevisst og ta omsorgsansvar er viktig
- * At deres egne personlige erfaringer er betydningsfulle
- * Bevissthet om sammenhenger mellom ledelse, samvær og helse
- * At det er tillatt å prøve og feile

Form Når det først er nevnt som en hensikt å få flerfoldig igjen for undervisningen, gir dette en viss føring for hvordan undervisningen bør legges opp.

Når det er ønskelig at elevene skal lære å ta ansvar i vanskelige situasjoner, mener jeg at dette ikke kan formidles utenat elevene får ansvar også i undervisningssituasjonen. Innholdet i undervisningstimene må kunne gå ut over de bredder jeg selv tilbyr.

Samtidig er det ønskelig at undervisningsformen er forenlig med, og kanskje til og med kan støtte opp under det daglig samarbeidet mellom Mentalhygienelagtjenesten og befalet.

Vår arbeidsform i rollen som rådgivende samarbeidspart i personellsaker kan dermed også vise retning for vår opptreden i undervisningssituasjonen. Det må være samsvar mellom "liv og lære". Vår oppgave blir i mindre grad å definere svar, og i større grad å skape refleksjon omkring viktig spørsmål.

Vårt arbeid forøvrig, som kliniker, rådgiver og samarbeidspart, gir oss samtidig god tilgang på praktiske erfaringer. Dermed kan vi gripe kontroversielle problemstillinger i full bredde ved å knytte dem til relevante eksempler. Og ved hjelp av en spørrende og aksepterende holdning til elevenes idéer og synspunkter kan vi i noen grad være kunnskaps- og kulturpåvirkere.

iii Utvikling av hjelpemidler tilpasset aktuelle fora

Da jeg første gang skulle undervise befalelever om psykiske vansker og personellansvar hadde jeg en god del å bygge på allerede. Jeg hadde undervist befalelever tidligere i andre tema, og jeg hadde holdt undervisning om det aktuelle temaet for utøvende befal på flere steder og på forskjellig måter tidligere.

Allikevel fungerte undervisningen for elevene dårlig. Det ble ikke den store diskusjonen eller problematisering rundt kasuistikker som de jobbet med. Når elevene ble engasjerte, kunne det like gjerne være omkring spørsmål som hadde liten praktisk forankring eller relevans. Antageligvis var ikke jeg flink nok til å ta tak i baller som hang i luften. Hvertfall ble det hele tamt og tomt! Men temaet er da alt for spennende til at det behøvde å bli slik! Min konklusjon var at jeg måtte finne en bedre måte å få til formidlingen på.

Arbeidet som fulgte leder fram til den undervisningspakken som er vedlagt.

Ved en anledning da jeg kom til en avdeling for å undervise, viste min vert meg et skriv om "Innrykksreaksjoner". Det hadde han fått fra hærens krigsskole. I innledningen stod det at dette opprinnelig var skrevet av vernepliktige psykologer. I skrivet var det nedfelt en hel rekke erfaringer og refleksjoner som tidligere vernepliktige psykologer har gjort seg, og som de hadde hatt ønske om å formidle. Skrivet inneholdt erfaringer og råd mye i samsvar med hva jeg selv kunne tenke meg å formidle. Inntil da var jeg ikke klar over at et slikt skriv fantes.

Denne type tilfeldig eller manglende erfaringsoverlevering henger nok sammen med den hyppige utskiftningen av vernepliktige psykologer. Uten bevisst og planmessig erfaringsformidling vil etterfølgende psykolog måtte starte helt på bar bakke.

De erfaringer vi gjør med det kliniske arbeidet i militæret gir oss en del konkret kunnskap om hva som er vesentlige faktorer i forskjellige personellsaker, og om hvordan man må samarbeide for å få løst saker. Som "fagfolk" har vi et viktig ekstra perspektiv i vanskelige saker. Jeg mener at det er behov for, og at det vil være svært verdifullt, om vi klarer å formidle videre sentrale punkter av slik kunnskap. Undertegnede er av dem som opplever at det å formidle er en vanskelig utfordring. Det er ikke noen selvfølge å lykkes i å fortelle om egne erfaringer og kunnskap på en forståelig måte.

Første handgrep for å oppnå kvalitet i formidlingen måtte bli å sørge for en måte å samle og holde fast ved mentalhygienelagets ervervede praksiserfaringer .

Ved å gjennomføre forskjellige undervisningsopplegg, seminarer og møter, øker også følingen med hva som er aktuelle kunnskapsnivå, spørsmål, problemstillinger og forventninger for undervisningen. Slike erfaringer er verdifull for å utforme en undervisningssituasjon slik at målgruppen klarer å forholde seg bra til introduserte temaer, kunnskap og erfaringer. En undervisningsmal vil også være til stor hjelp for å ta vare på disse formidlingserfaringene.

Det å knytte kunnskap til en undervisningsmal har mulighet til å ta vare på flere nivåer av erfaringer; den kliniske erfaring, erfaring om formidling/-pedagogikk, og erfaring om målgruppen. Slik sett kan en undervisningsmal være et potent verktøy for forebyggende helsearbeid.

Den vedlagte undervisningsmalen er et konkret produkt med mål å være en effektiv del av forebyggende helsearbeid.

Undervisningen starter med å invitere elevene til å fortelle hva de forventer å se av "innrykksreaksjoner" hos de soldatene de snart skal være befal for. Dette er elevene flinke til å svare på, både når det gjelder å beskrive symptomer, og å reflektere rundt årsaker.

Temaet er valgt fordi dette er noe de kan kjene igjen fra sine egne reaksjoner på å begynne i militæret, og denne vinklingen er et forsøk på å sikre at temaet holdes på et hverdagslig plan og om **normale** psykiske reaksjoner. I tillegg vil det faktum at elevene kan fortelle til meg om hva dette er, være en vinkling som lar meg påpeke og støtte opp om deres egen kompetanse omkring psykisk helse. . Tidspunktet for undervisningen er også valgt med hensikt; fortrinnsvis like før elevene er ferdig med sin elevperiode, og når de har begynt å se fram mot å få sine første soldater å være sjef for. Etter hvert som elevenes beskrivelser av hva de kommer til å stå ovenfor av psykiske reaksjoner blir klargjort, melder spørsmålet seg om hva de kan **gjøre** med dette.

Min erfaring med soldater, befal og befelselever har gjort at jeg har kunnet lage et par gruppeoppgaver - "episoder" - som representerer aktuelle situasjoner de kan komme opp i, samt at episodene presenteres slik at de er forståelige og engasjerende for elevene.

Et viktig aspekt er at jeg forsøker å få elevenes aktivitet i undervisningen til å ligne den de vil kunne bruke i den naturlige settingen: De skal løse oppgavene i en gruppe, som representerer den naturlige samarbeidssituasjonen befal kan benytte seg av, de skal svare på jordnære spørsmål om sin egen rolle i forhold til "episodene", og de skal svare på oppgaven i form av en presentasjon til medelevene, istedenfor direkte til meg som instruktør.

På denne måten prøver jeg samtidig å nedtone en eventuell "ekspertrolle" som jeg som psykolog ellers lett får. Det er et forsøk på å formidle at elevene selv har reell innsikt og kompetanse til å løse de vansker de selv står i.

I og med at “episodene” engasjerer og får elevene til å forklare seg til hverandre, gir dette meg mulighet til bifalle løsningsforslagene, be dem om utdypninger, spørre etter hvordan de har ressonert, og komme med noen egne betraktninger som jeg føler passende.

Denne delen av undervisningen gjennomføres altså på en måte som ligner en del på en framtidig samarbeidssituasjon, både dem imellom, og i forhold til meg som tilgjengelig rådgiver.

Dette gir elevene forhåpentligvis en konkret forståelse av at de har mulighet til å handle fornuftig i personellsaker som oppstår, og en konkretisering av hva slags samarbeid de kan vente seg fra mentalhygienelagtjenesten.

Hovedstikkordene for forebyggende effekt mener jeg er å skape:

trygghet hos elevene på det å våge å møte vanskelige personellsaker de kommer til å bli stilt ovenfor, gjerne ved at de lærer seg å be om hjelp, og

handling; det at de prøver seg fram, og dermed bidrar både til gode løsninger, og til egen erfaringsbygging.

Dette må sammenholdes med de forebyggingsmål som er skissert på slutten av temadelen “Problem og målgrensning”

iv Få etablert kontinuitet i etterspørselen av det forebyggende arbeidet

Temaet kan synliggjøres og spissformuleres som et spørsmål om **markedsføring**.

Vi kan ikke skylde på lav etterspørsel når vi jobber lite med en problemstilling. Hvis vi mener at en ytelse fra oss er viktig for vår målgruppe, må vi også presentere og tilby ytelsen. Det er snakk om å være synlige med våre tilbud for brukerne, og at brukerne er seg bevisst sitt behov for våre tjenester.

Å ta denne vinklingen på kontinuitet synliggjør at det ikke er nok å ha et godt tilbud for at det skal nå fram til brukergruppen. Vinklingen gir dessuten perspektiv på at det er mulig å få hjelp av brukergruppen selv med arbeidet å holde kontinuitet i våre tjenester.

Forebyggende arbeid er gjerne godt synlig i taler og planer, men har lett for å fortrenses i hverdagens konkrete økonomi- og tids -prioriteringer.

Når vi i tråd med vår instruks vurderer hvordan vi skal imøtekomme avdelingens behov for våre tjenester, så må vi ta hensyn til at konkrete behov for forebyggende arbeid sannsynligvis ikke blir meldt fra om. Og at når vi får innmeldt konkrete behov for forebyggende arbeid, så er det gjerne som følge av at avdelingen har et alvorlig og presserende problem som når det skjer tragiske ulykker. Da blir behovet formulert klart: "hvordan kan vi hindre at det skjer igjen?"

En måte å innføre forebyggende helsearbeid på er å framheve den risiko man løper ved å la det forebyggende arbeidet være. Bevissthet om tragiske dødsfall, selvmord og personellansvar er med på å gi særlig det selvmordsforebyggende arbeid prioritet i forsvaret. " Som personellansvarlige må jobben gjøres riktig, ellers får det fatale følger, og man blir stilt til ansvar for feil som er gjort".

Med en markedsføringstankegang i minnet, framstår det fort en del alternative måter som også vil kunne øke andelen av det forebyggende arbeid.

Her kan bl.a. nevnes:

- Være lydhør og spørre brukerne hva de ønsker hjelp til
- skreddersy tilbud i samarbeid med bruker
- Avlaste undervisningsansvarlige med oppgaver og samtidig forhandle fram å gjøre vinkle dette på vår egen måte
- Fortelle om våre tilbud

- Holde "god" undervisning som engasjerer brukeren

Etterhvert som erfaringene med å undervise økte, ble vi også mere sikre på at vi hadde noe å tilby som var bra og ønskelig for avdelingene. Det ble fristende å ringe rundt og "markedsføre" oss selv. Men hvordan skulle vi få tid til det? Telefonisk kontaktetablering oppleves som meget tidkrevende og uoversiktlig for oss.

Løsningen ble å bruke forsvarets formelle kanaler. Framgangsmåten denne gang var å stile et brev til samtlige avdelingers sjef, med en melding om at avdelingen selv tok kontakt med oss. Et formelt brev ville på den enkelte avdeling bli delegert til de undervisningsansvarlige som avdelingssjefen følte at dette angikk. Slik ønsket vi å få personer med undervisningsansvar rundt omkring på avdelingene til å ta kontakt med oss, for å diskutere sitt behov for undervisningsstøtte fra oss.

En hake ved en slik formell framgangsmåte er at denne type henvendelser lett blir "liggende i en skuff" og ikke reagert på. Brevet måtte m.a.o. utformes på en slik måte at det høynet sjansene for respons. Etter å ha kladdet brevet innhold, fikk vi derfor vår egen avdelings sjef til å redigere brevet til en mest mulig hensiktsmessig form. Jeg tror at oppmerksomhet på detaljer rundt kommunikasjon, og særlig vår avdelingssjefs bidrag var årsak til at alle avdelinger som fikk brevet, henvendte seg til oss.

Dette ga oss en god mulighet til både å imøtekomme avdelingenes følte behov, og å tilby hva vi syntes burde prioriteres. Brevet følger som vedlegg til rapporten.

Det er når vår prøving og feiling med undervisning har utviklet seg over en viss tid, at det blir mulig å utrede hvilket ressursbehov som er nødvendig for å opprette aktiviteten på et ønskelig nivå. Da vil undervisningsansvarlige og avdelingssjefer kunne uttrykke konkrete behov, noe som vi kan bruke til å arbeide for at Mentalhygienelaget har tilstrekkelig med ressurser for å imøtekomme disse behovene.

En annen måte å jobbe for kontinuitet på er ved å få prioriterte undervisningstilbud inn i "undervisningsplanene" som de undervisningsansvarlige har til rettesnor for opplæringen. "Undervisningsplanene" har fram til nå vært meget detaljerte anbefalinger, men i tråd med forsvarets omstillinger forøvrig, blir også undervisningsretningslinjene lagt om til å bli mer "målorientert". Dette innebærer et hovedfokus på **hva** som skal læres og større frihet for den undervisningsansvarlige i hvordan dette skal gjøres. Her er det åpenbart rom for interessante innspill fra oss også.

v Rom for videreutvikling / evaluering

Innsats for å oppnå kontinuitet i virksomheten kan etter min vurdering lett resultere i en stor mengde av arbeidsoppgaver som må gjentas og gjentas. Tiltakene kan ende opp som en statisk pakke, som oppleves som en lite fristende byrde å gjennomføre, særlig for eventuelle personer som kan tenkes å følge opp arbeidet som nå gjøres.

Evaluering og videreutvikling er nødvendig for kvalitetssikring av arbeidet. Og i tillegg vil jeg påstå at det er den viktigste faktoren for at selve arbeidet fortsetter.

Akkurat som samspillet mellom befal og soldater er en omskiftelig prosess, så vil samspillet mellom oss som driver forebyggende helsearbeid og personellet ved militæravdelingene innebære en tilsvarende prosess. Dette betyr at vi også trenger rom for erfaringsbygging, individuelle variasjoner i utøvelse og spesielle tilpasninger til de aktuelle situasjonene vi konfronteres med.

Utviklingen av undervisningsopplegget så langt har vært basert på:

- # Innsamling og granskning av allerede eksisterende informasjonsskriv og undervisningsopplegg. Tildels også bruk av disse.
- # Diskusjoner med kolleger om form, innhold, og prioritet.
- # En vurdering og tilpasning av undervisningsopplegget i forhold til den øvrige type og mengde opplæring elevene får.
- # Loggføring av forberedelser og gjennomført undervisning.
- # Tilbakemeldinger fra undervisningsansvarlig befal om at temaet er viktig og undervisningen er ønsket.
- # Egen opplevelse av respons på undervisningen (hvilke oppgaver engasjerer elevene?, hvor dyptgripende og jordnær blir diskusjonen?)

Det er interessant å se de nevnte punktene som en aktiv del av det forebyggende arbeidet, og ikke som noen "fase" som vi legger bak oss før vi går videre. Punktene gjentas som del av kvalitetsikringsarbeidet.

Undervisningssituasjonen er dessuten vel egnet som utgangspunkt for ytterligere evaluering. Undervisningssituasjonen har en viss standard ramme og likhet i innhold fra gang til gang, den kan tidfestes, og det er rom for at det som skjer kan observeres og beskrives i rimelig detalj.

Det er for eksempel mulig å spørre tidligere elever hvilken nytte de har hatt av undervisningen.

Det er mulig å observere hvordan vanskelige personellsaker blir løst.

Det er mulig å undersøke og analysere hvilke forventninger som finnes til hvem, hva og hvordan vanskelige personalsaker bør løses.

Det er mulig å undersøke hvilken undervisning personellet har fått.

Det er lett å komme på mange interessante spørsmål som kan ha relevans for den videre kvalitetsikringen av det forebyggende helsearbeidet. Her er mye gjort !

Nettopp fordi det stadig dukker opp nye og ubesvarte spørsmål er det viktig å bevare muligheten for å fortsette å delta i denne syklusen av diskusjoner, undervisning, observasjoner, og tilbakemeldinger. Og det må da særlig være dette som berettiger at vi trengs som fagpersonell.

Litteratur

- Axelsen E. 1991. Psykiske problemer-en kilde til utvikling. Tidsskrift for Norsk Psykologforening, 28, 299-304.
- Caplan G. 1964. Principles of preventive Psychiatry. New York: Basic Books.
- Cowen E. L. Primary prevention in mental health, past, present and future. i Preventive Psychology. Theory, Research and Practice, Felner R.D. et.al. (ed), New York: PergamonPress, 1983.
- Eid J. 1989. Psykologtjenester og rekrutteres psykiske helse i sjøforsvaret. Militærpsykologiske Meddelelser, Forsvarets psykologiske og pedagogiske senter.
- Eid J. & Rimehaug T. 1986. Vernepliktig Militærpsykolog - Noen refleksjoner omkring en yrkesrolle. Tidsskrift for Norsk Psykologforening, 23, 405-409.
- Eitinger L. 1953. Militærlivets innflytelse på unge norske menns psykise liv. En klinisk og sosialpsykiatrisk undersøkelse. Universitetets Psykiatriske Klinik, Oslo
- Fjeldstad W. 1991. Konsultasjon Modeller og Erfaringer. Tano
- Fløistad I. 1986. Organisasjonsutvikling i Forsvaret. Tidsskrift for Norsk Psykologforening, 23, Supplement, 38-43.
- Hanoa R. 1978. Militærtjeneste og helse. Hvem blir fritatt for og hvem greier tjenesten? Gyldendal, Oslo.
- HFL 400-1. 1989. Ledelse. Lederskap. 2. ed. Forsvarets Overkommando, Luftforsvarsstaben.
- Hytten K. & Tande T. 1985. Mobbing i Forsvaret. Erfaringer fra en pilotundersøkelse i brigaden. Forslag til tiltak mot mobbing. Kontor for psykiatri - FSAN Forsvarets psykologitjeneste, Oslo.
- Mehlum L. 1991. Forebyggelse av Selvmord i Forsvaret. Utredning fra Ekspertgruppe for selvmordsforebyggende arbeide i Forsvaret. Forsvarets Overkommando.
- NOU 1991:10 Flere gode leveår for alle. Forebyggingsstrategier.
- Ommundsen R. 1985. Forebyggende helsepsykologi. Tidsskrift for Norsk Psykologforening, 22, 483-496.
- Riis E. 1986. Militærpsykologien i Norge. Tidsskrift for Norsk Psykologforening, 23, Supplement, 21-37.

Rund B.R. & Lofnes P. 1977. Psykologens rolle og oppgaver ved Forsvarets mentalhygienelag. Tidsskrift for Norsk Psykologforening, 9, 28-32.

Sund A. 1968 Psykiatriske lidelser hos unge norske menn under pliktig militærtjeneste i fred. En sosialpsykiatrisk personlig etterundersøkelse av pasienter med kontroller Universitetets Psykiatriske Klinikk, Oslo.

Stortingsmelding nr 37 (1992-93) Utfordringer i helsefremmende og forebyggende arbeid Sosialdepartementet

Struijk J. J. 1991. Trivsel blant rekrutter i militæret. Hvor ligger problemene og hva kan gjøres, Embetseksamen i psykologi, selvvalgt oppgave, Universitetet i Oslo,

Struijk J. J. 1994. Noen vanlige reaksjoner hos soldater ved innrykk til førstegangstjeneste. 2. ed. Sanitetsregimentet, Skjetten.

Teigen Å. 1992. Refleksjoner rundt sanitetstjenesten i fred - militært og/eller klient-sentrert. Sanitetsnytt, 2, Forsvarets Sanitet, Oslo Mil/Huseby

UD 3-1. 1974. Veiledning i Militært Lederskap. Forsvarets overkommando/-Hærstaben, Oslo.