DAGFINN ULLAND, ANNE BRITA THORØD
OG ERNA ULLAND (RED.)

PSYKISK HELSE

Nye arenaer, aktører og tilnærminger

UNIVERSITETSFORLAGET

Psykisk helse

Dagfinn Ulland, Anne Brita Thorød og Erna Ulland (red.)

Psykisk helse

Nye arenaer, aktører og tilnærminger

UNIVERSITETSFORLAGET

© Universitetsforlaget, Oslo, 2020
ISBN: 9788215042060
1. utgave, 1. versjon, Universitetsforlaget, 2020
E-utgaven baserer seg på 1. trykte utgave, Universitetsforlaget 2015, 2. opplag 2019

Elektronisk tilrettelegging: Universitetsforlaget
Omslagsdesign: Nina Lykke
Sats/design: Type-it AS, Trondheim

Illustrasjonen på side 208 er gjengitt med tillatelse fra Gyldendal Akademisk og fra Solfrid Raknes.

Materialet i denne publikasjonen er omfattet av åndsverklovens bestemmelser. Uten særskilt avtale med Universitetsforlaget er enhver eksemplarfremstilling og tilgjengeliggjøring bare tillatt i den utstrekning det er hjemlet i lov eller tillatt gjennom avtale med Kopinor, interesseorgan for rettighetshavere til åndsverk.

www.universitetsforlaget.no
post@universitetsforlaget.no

Innhold

1 Innledning 13

Velkommen til psykisk helse-feltet

Odd Volden, Anne Brita Thorød, Dagfinn Ulland og Erna Ulland

Hva om vi tok føringene helt ut? 13
Løsriving fra akademiske og profesjonelle tradisjoner 14
Dialogisme, salutogenese og bedringsforskning som formidlere mellom teori og praksis 15
Dialogisme som tekstlig anliggende 15
Barn og unge eller voksne? 16
Den multiple reduksjonismen 16
Fra linje til felt 17
Fra tjenestebruker til erfaringskonsulent 17
Universell utforming for psykisk helse 17
Vi snur pyramiden 18
Hvordan forholder vi oss til uro? 18
Hvordan forholder vi oss til kriser? 19
Andre tilnærminger 19
Flytende grenser 20
Organisering 20

Del 1 – Tilrettelegging

2 Et oppspill til universell utforming for psykisk helse 23

Odd Volden

Universell utforming 24
Et modifisert analyseapparat 25
Eksempel: Kværner Piping Technology 25
Foreløpige konklusjoner 27
Initiativet fra Funka 27
Fellesfaktorer, gruppefaktorer eller individuell tilrettelegging? 28
Utredninger, forhandlinger og kompromisser 29

3 Dialogiske omgivelser som betydningsfulle for mennesker med psykiske problemer 30
«Vi blir friskere av å gå her»
Inger Beate Larsen
Introduksjon 30
Dialog 31
Enhver samtale skaper sitt eget språk 31
Inkluderende fellesskap 33
Det gode sted – stedet for dialog og inkludering 34
Det gode sted 35

4 Dialogisk praksis på helsestasjonen, i barnehagen og på skolen 38
De aller minste 38
Kari Vik
Barnehagen 41
Ingrid Kristine Hasund
Barne- og ungdomsskolen 45
Aslaug Kristiansen
Videregående skole 49
Tore Dag Bøe

5 Fritid og sosial kapital 54
Anne Brita Thorød
Sosial kapital 56
Innenfor eller utenfor? 57

6 Psykisk helse-arbeid i nye barnesko 61
Heidi Aasen og Rolf Rohde
Kunst og kultur 61
Lek som skapende aktivitet 62
Kreativ virksomhet og estetiske innfallsvinkler i psykisk helse-arbeid 63
Min bokstav 63
Before I Die – et globalt kunstprosjekt 65
«Før jeg dør», som psykisk helse-arbeid 66
Kick Off – en leir med mening 66
Talkshow som forebyggende psykisk helse-arbeid 68
Kunnskap eller fornemmelse 69

7 Kultur og identitetsskapende prosesser 70
Gunnar Eide og Helen Kolb
Begrepsavklaring 70
Et samfunn i endring 70
Barn og unge 71

Hvem er jeg? 71
Hva er kultur? 72
Lik eller forskjellig – trenger vi flerkulturelle spesialister? 75
Forskjellige typer av hjelp 76
Hvem har definisjonsmakt? 76
Å ta tilbake definisjonsmakten 77
Narrativ praksis som verktøy for å ta tilbake definisjonsmakten 80
Gjennom det kjente utforskes det ukjente 80

8 Mening og meningsdannelse i en kulturell kontekst 82
Leiv Einar Gabrielsen og Dagfinn Ulland
Innledning og bakgrunn 82
Mening i et overordnet helseperspektiv – salutogenese 83
Mening og meningsdannelse – fra individ til fellesskap og kultur 84
Hva er kultur? 88
Definisjoner av kultur 90
Kulturell kompetanse er nyttig i et flerkulturelt samfunn 91
Kulturell kompleksitet og helse 92
Kulturell kompetanse er nyttig for profesjonsutøvere 92

Del 2 – Uro

9 Bekymringer og tidlig dialog 97
Tom Erik Arnkil og Erna Ulland
Forventninger setter betrakteren i bildet 98
Prøv dette i dag 99
«Tommelfingerregler» 101
Konklusjon 102

10 «Lytteposter og prøverom» 104
Psykisk helse-tjenester på Internett
Anders Johan W. Andersen
Introduksjon 104
Hva sier forskningen? 105
Hvordan ser det ut i Norge? 107
Nettbaserte tjenester – lytteposter og prøverom? 108
Avslutning 110

11 Mange ganger skal det ikke så mye til 111
Lett tilgjengelig kompetanse til rett tid
Bård Bertelsen, Hanne Johnsen, Harald Lindemann og Espen Odden
Innledning 111
Kort beskrivelse av to lavterskeltjenester 112
Noen grunnleggende perspektiver ved arbeid i lavterskeltjenester 113
Faglighet i lavterskeltjenester 115
Eksempler fra praksis 115
Hva skjer? 117
Konklusjon 118

Del 3 – Krise

12 Kriser og ulike tilnærminger til kriser 123
Vegard Øksendal Haaland, Marit Eriksen og Karl Erik Karlsen
Krisens dimensjoner og definisjoner 123
Mestringsevne 124
Krisens utløser 126
Symptomer og forløp 127
Intervensjon ved kriser 128
Komplikasjoner til kriser 129

13 Hjelp i den akutte krisen 131
Kristin Stokke
Det uvisse ved akutte kriser 132
Psykologisk førstehjelp 135
Oppsummering 139

14 Krisens sanne vesen sett med en behandlers øyne 140
Dag Øystein Brendefur
Innledning 140
Akutt krise 140
Langsom krise 141
Krisens individuelle karakter 142
Den ordløse smerten 143
Kriser hos det lille barnet 144
Hvordan overleve når du er liten og verden er et utrygt sted? 145
Dissosiering, overlevelse når verden blir utrygg 147
Følelser og kropp som husker tidligere kriseopplevelser 148
Krigsspråk eller kjærlighetsspråk 149
Mental slitenhet 150
Resiliens 151
Oppsummering 152

15 Når omsorgen svikter 153
Jorunn Gjedrem
Hva er god omsorg? 153
Hva er omsorgssvikt? 155
Risiko- og beskyttelsesfaktorer 156
Hvordan tar barnet skade av svikt i omsorgen? 157
Barnekonvensjonen og lov om barneverntjenester 157
Barneverntjenesten 157
Samarbeid mellom ulike instanser 159
Avslutning/oppsummering 160

16 Åpne samtaler mobiliserer ressurser i familien og pasienten .. 161
Jaakko Seikkula og Birgitta Alakare
Åpne grenser 161
Åpen dialog i organisert psykiatrisk praksis 163
Umiddelbar respons 163
Å inkludere det sosiale nettverk 164
Fleksibilitet ved varierende behov 165
Teamets ansvar 166
Psykologisk kontinuitet 166
Dialogisme 168
Åpne dialoger i terapimøte 168
Case: En fars stemme «leder til» psykose 170
Effektiviteten av den «åpne dialog-tilnærmingen» 172
Konklusjoner og refleksjoner 173

Del 4 – Lidelse

17 Lidelse som fenomen i psykisk helse-arbeid 177
Kjell Kristoffersen
Lidelsens kilder og lidelsens kraft 177
Lidelse skapt i møte mellom hjelpere og hjelpesystemer 181
Det gode møte med det lidende menneske 183

18 Klassifisering av psykiske lidelser 186
Psykisk lidelse – alt eller intet?
Vegard Øksendal Haaland, Marit Eriksen, Karl Erik Karlsen og Dagfinn Ulland
Samfunnets forventninger – aksept versus endring 187
Hvorfor diagnoser? 187
Utviklingen av diagnosesystemene / klassifisering av psykiske lidelser 189
Klassifikasjon som interaksjon 191
Klassifikasjonens dilemmaer 192
Diagnosen og pasienten 193
Et alternativ til kategoriene? 194

19 Hjelp til voksne er hjelp til barn 195
Par- og familieterapiens plass i psykisk helse-tjenester rettet mot barn og unge
Linda Irene Karlsen
Undersøkelsen 195
Endringer hos par og hvilke betydninger det kan få 196

20 Virksom behandling for barn og unge med tvangslidelse 204
Åshild Tellefsen Håland
En dag i tvangens grep 204
Innledning 205
Hva er OCD? 206
Eksponering med responsprevensjon (ERP) 207
Implementering av ERP-behandling i klinikken 208
Opplæring av terapeuter i ERP 209
Differensierte behandlingstilbud for OCD 210
Flerfamiliegruppe 210
Hvorfor har vi lyktes? 211

Del 5 – Organisering

21 Demokratiske tjenester. Den italienske erfaringen 215
Trine Habberstad
Innledning 215
Bakgrunn og innhold 215
Inspirasjonen fra Italia 217
Antistigmaprosjekt 218
Erfaringer fra Agder 221
Avslutning 222

22 Visjoner og realiteter i første linje 223
Psykisk helse-arbeid i Kristiansand kommune
Odd Kjøstvedt
Innledning 223
Den kommunale ambisjon 223
Den italienske inspirasjon 224
Kan psykisk uhelse forebygges? 224
Er vi enige om hjelpebehovet? 225
Relasjon er mer enn person. Person er mer enn profesjon 225
Det organisatoriske problem 226
Systematikk eller improvisasjon? 227
Mangfoldet 228
Borgerens ulike livsarenaer 229
Morgendagens psykisk helse-arbeid 230
Avslutning 230

23 Mellom barken og verden. Stilling: Erfaringskonsulent 231
Målfrid J. Frahm Jensen og Astrid Weber
Det begynte i 2006 232
Nye roller – nye utfordringer 232
Formålet med stillingene 233
Arbeidsoppgaver 233
Gjenkjennelse skaper tillit og håp 233
Stemmer i det offentlige rom 235
Medarbeider med brukererfaring eller erfaringskonsulent? 235
Erfaringskonsulentene møter fortsatt skepsis 236
Devaluerende språkbruk 237
Negative erfaringer oppveies av positive tilbakemeldinger 237
Gammelt tankegods utfordres 238
Erfaringskonsulenter bidrar på mange områder 238
Vi er kommet for å bli! 239

24 Fra asosial til sosial psykiatri? 240
Alain Topor
Innledning 240
Det sosiale og psykiatrien 240
Den farmakologiske revolusjonen 241
Postrevolusjonære problemer 242
En ny farmakologisk revolusjon og nye problemer 242
En annen vei 243
En sosialpsykiatrisk praksis 244
En sosialpsykiatrisk kunnskap 245
Sosiale relasjoner 247
Et sosialt paradigme 248

25 Psykisk helse som lokalt og globalt fenomen 249
Dagfinn Ulland, Anne Brita Thorød, Erna Ulland, Odd Volden og Anders Wahlstedt
Utgangspunkt i enkle prinsipper 249
Felt i utvikling 250
Er status quo evidensbasert? 250
Hvordan kan tjenestene bli bedre? 251
Medisinfrie tilbud skal realiseres 252
Global psykisk helse 252

Litteraturliste 256

Presentasjon av bokens bidragsytere 275

Register 279

1 Innledning

Velkommen til psykisk helse-feltet

Odd Volden,[1] Anne Brita Thorød, Dagfinn Ulland og Erna Ulland

«Hjelpen må bringes nærmere brukeren», lyder et slagord på helsefeltet. Få vil i dag bestride hovedbudskapet: Institusjonenes og de byråkratiserte tjenestenes tid er for lengst forbi (Rogan, 2011, Major, 2011, Andersen et al., 2008), men det fins et budskap eller to mellom linjene også. Selv om det er enighet om at hjelpen må bringes nærmere brukeren, er det ikke sikkert at enigheten er like stor når det kommer til spørsmål om hvor vi finner kunnskapsgrunnlaget for hjelpen, hva hjelpen består i, hvem hjelperne er, og hvor hjelperne bør lokaliseres. Det er heller ikke sikkert at begrepet «hjelpen» åpner feltet i tilstrekkelig grad. «Hjelp» kan lett komme til å peke i retning av at det er noen som er «hjelpeløse». Kan det være at universell utforming, tilgjengelighet og tilrettelegging er viktigere og riktigere steder å starte, også på psykisk helse-feltet?

«Brukeren» er heller ikke et uproblematisk begrep. Bør vi ikke først og fremst ta utgangspunkt i borgernes behov, slik at færrest mulig av oss ender opp som brukere av psykisk helse-tjenester?[2]

Vi mener at svarene på disse spørsmålene er åpenbare: *Universell utforming* er hovedinngangen til feltet; ikke sykdom, lidelse eller behandling. *Borgerne*, ikke pasientene eller brukerne, er den primære kategorien. Men det fins en kulturell treghet i velferdsstaten som gjør det vanskelig å få øye på både spørsmålene og svarene. Reformene på psykisk helse-feltet har primært resultert i administrative, samhandlende og geografiske endringer. Det er vanskeligere å spore de store endringene i fagforståelse, brukerperspektiv og tjenestedesign.

Hva om vi tok føringene helt ut?

Vårt utgangspunkt for å skrive denne boken er et ønske om å se hva vi finner dersom vi tar de politiske føringene på folkehelse, tilgjengelighet, helsefremming og forebygging helt ut. Det er ikke noe som hindrer oss i å rive i stykker de gamle kar-

---

1 Førsteforfatter til kapitlet.

2 Jf. NOU 2001: 22 (2001), som har den talende tittelen *Fra bruker til borger*.

tene og tegne nye. I denne sammenhengen møter vi likevel en utfordring: Hvordan kan vi på samme tid skrive forskningsbasert[3] og nyskapende?

Mye av kunnskapen vi i dag baserer våre eksisterende tjenester og tjenestedesign på, er *kontekstuavhengig*. De gode, kontaktskapende spørsmålene som stilles på psykologens kontor, fungerer antakelig i barnehagen, på skolen og på arbeidsplassen også. Nye aktører, arenaer og intervensjonstidspunkter fører ikke med nødvendighet til at tjenestene ikke kan karakteriseres som «kunnskapsbaserte».

Det er mye god psykisk helse-kunnskap å hente i støttedisipliner som gjerne har vært nedvurdert i «den gamle psykiatrien». Moderne psykisk helse-arbeid henter i dag like mye fra etnologi, sosiologi, sosialt arbeid, pedagogikk og kulturarbeid som fra medisin og psykologi.

Sist, men ikke minst: Vi slår et slag for *den kontekstavhengige kunnskapen*. Den er fortsatt sterkt undervurdert på psykisk helse-feltet. Den muligens evidensbaserte, men tidsavgrensede omsorgen man kan få i en døgnenhet, kan vanskelig måle seg med den amatørmessige, men til gjengjeld fleksible og permanente omsorgen fra et velfungerende nettverk. Et lærings- og mestringskurs kan knapt erstatte den gode familiefrokosten i bestemors kjøkken.

Løsriving fra akademiske og profesjonelle tradisjoner

Biologi, nevrologi, psykologi, konsultasjoner, tester, diagnostikk, medisiner, psykoterapi og omsorg – dette er fortsatt i stor grad hovedmarkørene i de mest prestisjefylte studie- og praksisfagene på feltet. De fleste lærebokforfattere på feltet har sin bakgrunn i arbeid ved psykiatriske institusjoner og poliklinikker. Tradisjonelt er det der utdanningene har hatt sitt utspring, praksisplassene og stillingene har vært, og forskningen har hatt sitt utgangspunkt. Det er i lidelsen, sykdommen og dysfunksjonen feltet har hvilt. I lys av dette går det an å forstå at bevegelsene fra pasient til bruker, fra sengepost til poliklinikk og fra poliklinikk til fastlegens og helsesøsters kontor har representert tilstrekkelige sprang for mange. Det er ikke vår hensikt å devaluere dette arbeidet. Men utviklingen av psykisk helse-arbeid som fag og aktivitet kan ikke stoppe der. Verken fenomenene, tjenestene eller systemene kan ytes rettferdighet uten at vi forbeholder oss retten til å løsrive dem fra de akademiske, byråkratiske og profesjonelle tradisjonene som har rådet grunnen de siste par hundreårene.

---

3 Forskning er her forstått som utforskning eller evalueringer av det som allerede fins som praksis eller metoder.

Dialogisme, salutogenese og bedringsforskning som formidlere mellom teori og praksis

Den største utfordringen i denne sammenhengen er å vekte og integrere teori og praksis. Vi legger oss nærmere opp til praksis enn det som har vært vanlig. Vi anser psykisk helse-arbeid for å være et praktisk fag der vi ikke jakter på den riktige løsningen, men på *den beste*.[4] Det er derfor like viktig for oss å spørre om *hvor vi finner godt psykisk helse-arbeid*, som å lete etter svaret på spørsmålet om *hva godt psykisk helse-arbeid er*.

Vi tar utgangspunkt i tre holdninger eller prinsipper:

1 *Mennesker er dialogiske vesener*. Vi lever våre liv i samspill med hverandre på alle arenaer. Muligheter og utfordringer oppstår i nettverk og finner sin løsning i nettverk (Seikkula og Arnkil, 2007, Bakhtin, 1984a).
2 *Vi har grader av psykisk helse (det salutogene prinsipp)*. Alle er gode for noen, noen steder, på noen tidspunkter. Vi er avhengige av å stå i, forstå i og bli forstått i kontekster (Langeland, 2006, Antonovskij, 2005).
3 *Brukernes definisjoner av hva som er vanskelig og hva som hjelper, skal vektlegges sterkere (bedringsforskning)*. Vi ønsker å gi disse tilbakemeldingene like stor innvirkning på psykisk helse-faget og -tjenestene som medisinsk og psykologisk forskning tradisjonelt har hatt (Topor et al., 2011).

Disse holdningene eller prinsippene løser ikke alle utfordringer knyttet til forholdet mellom teori og praksis. Men den gjennomgående vektleggingen av det dialogiske, det fellesmenneskelige og brukerperspektivet gjør skillet mellom teori og praksis mindre interessant. Vi håper og tror derfor at dere som bruker denne boken vil finne at kunnskapen vi ønsker å formidle er tilgjengelig, integrert og anvendelig.

Dialogisme som tekstlig anliggende

Den dialogiske holdningen knytter ikke bare an til samtaler og fysiske samværsformer. Vi lever i en tid hvor kommunikasjonen mennesker og nettverk imellom har tatt en forbløffende vending i retning av det vi kanskje kan kalle «tekstlig samvær». Vi tenker primært på utviklingen i sosiale medier, men også på den utstrakte kommunikasjonen via e-post, tekstmeldinger, blogger, kommentarfelt og chat.

Dette vil prege vår framstilling på to måter: Vi bestreber oss på å skrive dialogisk, i den forstand at vi ønsker å skrive reflekterende for kompetente lesere, og vi

4 I et dialogisk og relasjonelt perspektiv vil «den beste løsningen» i praksis gjerne innebære et mangfold av gode løsninger.

gjør kommunikasjonen på Internett til en selvsagt del av psykisk helse-feltet i denne boken.

Barn og unge eller voksne?

Vi er uenige med dem som tenker at det må være et klart skille mellom fagbøker i psykisk helse-arbeid rettet mot voksne og fagbøker i psykisk helse-arbeid rettet mot barn og unge. Vi tror tvert imot at en bok om psykisk helse-arbeid som ikke avgrenser seg mot ett eller flere alderssegmenter, vinner mer enn den taper. Barn og unge har foreldre. Nærstående voksne som har god psykisk helse, er de vesentligste bidragsyterne til barns og unges psykiske helse. Voksne med psykososiale funksjonsnedsettelser kan utgjøre en risikofaktor for barns og unges psykiske helse. Barn og unge vil ofte være smertebærere for andre, det være seg jevnaldrende som mobber, eller foreldre som ikke får livet til å fungere. Tilsynelatende velfungerende voksne trenger ikke nødvendigvis å bidra positivt til barns og unges psykiske helse.

De fleste av oss som er involvert i arbeidet med denne boken, har utdannelse og erfaring relevant for både voksenfeltet og barn- og ungefeltet. Boken springer ut fra et miljø hvor familieterapi i ulike former står sentralt. Det gir et godt utgangspunkt for å se i alle retninger: inn i seg selv, inn i familien; ut i vennekretsen, nærmiljøet, barnehagen, skolen og arbeidsplassen; og oppover og nedover på aldersstigen.

Den multiple reduksjonismen

Forskningen, profesjonaliseringen, spesialiseringen og byråkratiseringen på feltet har bidratt til oversikt, innsikt og løsninger. Men vi stilles også overfor noen nye problemer. Ett av dem er det vi kanskje kan kalle «den multiple reduksjonismen» (Volden, 2014).

Vi lever for det meste godt med at deler av kroppen iblant må undersøkes og «repareres». Vi kan leve med at blikket der og da ikke er på hele mennesket. Vår evne til avansert kommunikasjon gjør at vi som oftest kan kompensere greit for midlertidig reduksjon. Når det kommer til psykiske lidelser, er det ofte mer komplisert. Kommunikasjonssvikt og relasjonsproblemer er en viktig fellesnevner for psykisk lidelse og psykososiale funksjonsnedsettelser. Omfattende reduksjonisme overfor mennesker med psykososiale funksjonsnedsettelser kan derfor være vanskelig å kompensere for:

> En diagnose kan forsterke din følelse av annerledeshet. Et individualisert behandlingsforløp kan frata ditt nettverk mulighetene til å gjenfinne og gjenhente deg … Dette kan oppsummeres i en parafrase over et kjent medisinsk paradoks: Behandlingen var vellykket. Pasienten overlevde. Borgeren døde (Volden, 2014).

Vi ønsker å ta dette på alvor. Det betyr, slik vi ser det, at fagbegrepet må revurderes, at fagfolk må omplassere seg, og at andre aktører og stemmer må slippe til i en helt annen grad enn det som har vært tilfelle hittil.

Fra linje til felt

Henvisninger, ventelister, vurderinger, diagnoser, manualer, behandlingslinjer; ja, hele det medisinske paradigmet, og dets organisatoriske motstykke, psykisk helsevern, kan ikke lenger utgjøre hovedmodellen og hovedarenaen for psykisk helsearbeid.

Psykisk helse og psykisk helse-arbeid er i spill for alle, på alle arenaer, alltid. Det betyr i sin tur at vi må bevege oss fra linje til felt. Slik vi i dag forholder oss til kunstfeltet og idrettsfeltet, må vi nå også forholde oss til psykisk helse-feltet som overordnet arena og størrelse: «På psykisk helsefeltet kan vi identifisere aktører, interesser, prosesser og resultater. Vi kan undersøke maktforhold og analysere diskurser. Vi kan bevege oss uanstrengt mellom ulike sektorer. Vi kan rive her og bygge nytt der» (Volden, 2014).

Fra tjenestebruker til erfaringskonsulent

I det aktuelle psykisk helse-miljøet denne boken springer ut av, tilhører flere av de tydeligste og mest kreative stemmene ikke mennesker som primært er ansatt på bakgrunn av fag. I Agder har det de siste ti årene blitt engasjert og ansatt erfaringskonsulenter i ulike stillinger, roller og posisjoner. Dette bidrar til at dialogene og feltet blir rikere. Nye aktører bidrar til nye prosesser og til å åpne og gjenopplive prosesser som har gått i stå, på alle nivåer. Når man ansetter mennesker med lidelses-, bruker- eller brukerorganisasjonserfaring, bidrar man også til lede utviklingen på feltet i harmoni med den demokratiske utvikling vi har sett på andre samfunnsområder gjennom tidene: Slaver, eiendomsløse, arbeidere, kvinner, etniske og seksuelle minoriteter har i tur og orden gått fra å være maktesløse tilskuere til å bli kraftfulle deltakere.

Universell utforming for psykisk helse

Universell utforming har så langt vært et begrep som har rettet seg mot å sikre tilgjengelighet og tilrettelegging for mennesker med sansetap, bevegelseshemninger og andre fysiske funksjonsnedsettelser. Vi ser ingen grunn til at mennesker med psykososiale funksjonsnedsettelser skal fortsette å stå utenfor dette paradigmet. Slagordet «alle har en psykisk helse» gir ikke mening om det ikke følges opp av kon-

krete anvisninger for samvær mellom mennesker på ulike arenaer. Dialogismen, bedringsforskningen og den salutogene tenkningen må i større grad konkretiseres og operasjonaliseres slik at det som virker kan realiseres på alle arenaer. Til tross for store innsatser på psykisk helse-feltet ser vi at det fortsatt er foruroligende mange som støtes ut av skole og arbeidsliv. Vi har for lengst sagt farvel til «den psykiatriske pasienten» (Volden, 2011). Men vi har kanskje glemt å ønske den nye borgeren velkommen – i nærmiljøet, på skolen og i arbeidslivet? Det er på tide å gjøre det nå, både verbalt og ved å vise i konkrete handlinger at hun er like velkommen og har de samme rettighetene som alle andre.

Vi snur pyramiden

Universell utforming, tilgjengelighet, tilrettelegging, helsefremming og forebygging representerer den grunnleggende forståelsen i denne boken. Vårt disposisjonsmessige hovedgrep er «å snu pyramiden». Vi starter med det som er felles, det som er viktig og nyttig for alle, uansett alder, helsetilstand og sosial tilhørighet.

Dette er noen av spørsmålene vi forsøker å finne svar på i bokens del 1:

Hvordan ser en barnehage, en skole, et nabolag, en arbeidsplass eller et bysentrum ut når det bidrar til god psykisk helse? Hvilke fenomener (funksjonsnedsettelser, lidelser, problemer) må vi bli flinkere til å ta høyde for på de ordinære arenaene? Hvor finner vi et godt språk for dette? Hvordan gjør vi barnehagen, skolen, nabolaget og arbeidsplassen dialogisk?

Hvordan forholder vi oss til uro?

Selv om vi har veldig mye å gå på når det gjelder universell utforming og å øke tilgjengeligheten til de ordinære arenaene, vil vi aldri kunne organisere bort all eksistensiell og psykisk smerte og alle mellommenneskelige konflikter. Når vi har gjort det vi kan for å skape trygge omgivelser for så mange som mulig, men likevel bekymrer oss, for Ali eller Kari, for familien to hus bortenfor, for den irritable læreren på våre barns skole, for vår ektefelles arbeidsmiljø eller for vår egen livslede, trenger vi kunnskap om uroens anatomi og manifestasjoner, og om hvordan vi kan og bør forholde oss til uro – vår egen og andres. Bokens del 2 dreier seg om hvordan vi forholder oss til ulike former for uro som kan oppstå på forskjellige steder i et nettverk: Hva er uro? Hvor finner vi uro? Hva skaper uro? Fins det grader av uro? Hvem bærer uroen? Hvem eier uroen? Hvem kan ta opp uroen? Hvordan kan vi fordele uroen? Hva innebærer en dialogisk tilnærming til uro?[5] Vi tenker at økt kunnskap

5 Selv om vår innfallsvinkel til fenomenet uro er noe annerledes, er det vanskelig å la være å nevne Skårderud (1998) i denne sammenhengen.