



# Tidsskrift for helsesøstre

NR. 3-2012

LANDSGRUPPEN AV HELSESØSTRE NSF



Hjemmebesøk kan  
forebygge depresjon

**Sykepleien**



## Hjelp til barn som tisser i sengen

Sengevæting er i de aller fleste tilfeller fysisk betinget. Det skyldes ofte manglende produksjon av det hormonet som styrer urinproduksjonen eller en blære som er for liten i forhold til barnets alder.

Noen barn vokser fra sengevætingen med alderen, mens andre barn har behov for behandling. Kontakt din lege for å få klarlagt årsaken til barets sengevæting.

Inntil rett behandling er funnet og for å unngå besvær og pinlige episoder i barnets hverdag kan DryNites® nattbukser være en stor hjelp. DryNites® har ekstra høy beskyttelse og er dessuten designet slik at de ligner på vanlige underbukser.

**DryNites® fås i 3 størrelser til både gutter og jenter.**



# DryNites®

Bestill en gratis prøve på [www.drynites.no](http://www.drynites.no)



LEDER:  
Astrid Grydeland Ersvik

## Velkommen, Jonas!

**Et av de** første oppdragene vår nye helseminister Jonas Gahr Støre hadde, var på Sykepleierkongressen nå i september. Han var tydelig på at han er mer enn minister for sykehusene og spesialisthelsetjenesten – han ønsker å vektlegge og styrke helsefremming, forebygging og den tidlige innsatsen. Gjennom sitt arbeid i WHO har han sett betydningen av innsats for familie-barn-helse, både for den enkelte og for den framtidige helsetilstanden i en nasjon. Han siterte det afrikanske ordtaket *It takes a village to raise a child* (som også er tittelen på en bok av Hillary Rodham Clinton). Det illustrerer betydningen av at vi alle har en rolle i å bidra til trygge oppvekstvilkår for barn. Jeg vet det er lett å love mye som ny minister, og særlig når vi går inn i et valgår. Jeg velger allikevel å tro at helseministeren har et genuint ønske om å styrke forebyggende helsetjenester til barn og unge. Det er derfor med spenning vi ser fram til statsbudsjettet. Vil gode ønsker omsettes i konkrete bevilgninger? Tiden er overmoden for å gå fra fagre løfter til handling! Tilsyn og rapporter har pekt på sentrale områder for styrking av helsestasjons- og skolehelsetjenesten: tydeligere lovverk og styring, opprettelse av nasjonalt kompetansemiljø, normering av stillinger. Når sykepleierforbundet snakker, så lytter Norge, sa Gahr Støre. Som NSF's største faggruppe vil Landsgruppen av helsesøstre ta helseministeren på ordet og bidra konstruktivt for å styrke innsatsen overfor barn, unge og deres familier.

**Kommunenes Sentralforbund (KS)** har fått utarbeidet rapporten «Kommunenes utfordringer i samhandlingsreformen - i lys av flere utvalgte indikatorer».

De ser på tiltak/utviklingsprosjekter kommunene bør iverksette for å møte utfordringene. Her nevnes knapt barn og unge eller helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Det er mer enn underlig all den tid en hovedintensjon med Samhandlingsreformen er å identifisere behov og sette inn tjenester så tidlig som mulig. Selv om rapporten ikke tar mål av seg å gi en fullstendig beskrivelse av utfordringsbildet, er det påfallende at tidlig innsats overfor barn og unge gjennomgående «glemmes» når samhandlingsreformen belyses. La meg minne om at det vil bli en vekst i antall fødte fram mot 2020, dette vil stille krav til både organisering og ressurser. Unngår vi – gjennom tidlig innsats - at omsorgen for ett barn overtas av barnevernet, har vi spart barnet for mye lidelse og samfunnet for millionutgifter. Helt i tråd med helseministerens ønsker.

**Helsesøstre som lokalt** barneombud - jeg ønsker meg helsesøstre som klart og tydelig taler barn og unges sak i lokalsamfunnet! Som et ledd i dette starter LaH og NSF i høst utprøving av etterutdanningstilbudet Helsesøstre som samfunnsaktør, en direkte oppfølging av prosjektet Pilot helsestasjon og skolehelsetjeneste. Helsesøstre utgjør hovedtyngden av bemanning i helsestasjon og skolehelsetjenesten, og kvaliteten på tjenesten avhenger derfor i stor grad av kvaliteten på helsesøstre. Gode helsesøstre er gode samfunnsaktører, barn og unges talspersoner i smått og i stort!

**Med ønske om** høstklare dager og en fin førjulsvinter til alle!

*Astrid E. Grydeland Ersvik*  
LEDER AV LANDSGRUPPEN AV HELSESØSTRE NSF

**TIDSSKRIFT FOR HELSESØSTRE** blir utgitt av Landsgruppen av helsesøstre, Norsk Sykepleierforbund, i samarbeid med Sykepleien. ISSN: 0802-1554

**ANSVARLIG REDAKTØR:**  
Astrid Grydeland Ersvik  
Tlf: 98 85 34 96  
lah@sykepleier.no

**ANNONSER:**  
Bente Gunn Håtuft  
Tlf: 48 10 88 50  
E-post: bente.gunn.haa-tuft@helse-bergen.no

**ABONNEMENT:**  
Astrid Grydeland Ersvik

**HJEMMESIDE:**  
www.sykepleierforbundet.no/helsesostre

**ANSV. REDAKTØR SYKEPLEIEN:**  
Barth Tholens  
Tlf. 22 04 33 50/40 85 21 79  
barth.tholens@sykepleien.no

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

**LAYOUT**  
Hilde Rebaard Evensen  
hilde.rebaard.evensen@sykepleien.no

Nina Hauge  
nina.hauge@sykepleien.no

Sissel Hagen Vetter  
sissel.vetter@sykepleien.no

**TRYKK:** Color Print A/S

**FORSIDEFOTO:** Colourbox

**REDAKSJONSKOMITE**  
Følgende helsesøstre har vært med i redaksjonskomiteen for Nordland:



**Ann Heidi Skjørseter,**  
helsesøster i Bodø kommune og fagperson på nettspørretjenesten for ungdom Klara-klok.no. Medlem av det kommunale kriseteam i Bodø.



**Kine Leithe Andersen,**  
helsesøster i Narvik kommune og faggruppe-leder LaH Nordland.



**Marit Lund Hansen,**  
fagkoordinator, helsesøster-tjenesten i Bodø kommune.

8

**KARTLEGGING:** Feil å kartlegge alle barn.



42

**TANNTASTISK:** Ny kampanje skal få fart på tannpussen.



# Innhold

NR. 3-2012



## «Det finnes en vei ut av hverdagens stress.»

*Helsesøster om mindfulness, side 64*

<b>3</b>	<b>LEDER:</b> Astrid Grydeland Ersvik
<b>8</b>	Kartlegging av barn - en feilslått løsning
<b>13</b>	LaHs styre og lokale faggrupeledere
<b>16</b>	Hjemmebesøk kan forebygge barseldepresjon
<b>24</b>	<b>LEDERSTAFETTEN:</b> Bjørg Ireen Fønnebø
<b>26</b>	Minneord for Else Davidsen
<b>28</b>	Tirsdagstreffet skal hjelpe psykisk syke
<b>32</b>	Ta vare på din fruktbarhet
<b>37</b>	Program for Helsesøsterkongressen 2013
<b>41</b>	Inkontinens rammer også unge

<b>42</b>	Tannstell: Tanntastisk skolesatsing på tenner
<b>44</b>	Tannstell: Brosjyrer på mange språk
<b>45</b>	Tannstell: Ny perm for helsestasjoner
<b>46</b>	Finn fram på Helsebiblioteket.no
<b>50</b>	Mobbing: Voksne skaper vennskap
<b>51</b>	Mobbing: Naustdal vil bli mobbefri
<b>52</b>	Kvinnegrupper for flyktninger
<b>54</b>	Stor undersøkelse av barnevernsklienter
<b>58</b>	Barn lærer mestring på helsesportsenter
<b>64</b>	Mindfulness på helsestasjon
<b>68</b>	Nyttig samarbeid om familiesenter
<b>70</b>	Studenter lærer i praksis
<b>74</b>	Nettsted om helse for ungdom

### FASTE SPALTER

<b>6</b>	Smånytt
<b>14</b>	Aktuelle bøker

## Lær om trafikk

På Trygg Trafikk sitt nettsted [trafikkogskole.no](http://trafikkogskole.no) finnes lærerike oppgaver for barn og unge. Det er spill, quiz og andre oppgaver. Nettstedet er ment å være et supplement til annen trafikkopplæring, og passer for alle trinn i skolen, også videregående.



Kilde: Trafikkogskole.no

SMÅNYTT

## Gir info om rettigheter

Elev.no er hjemmesiden til Elevorganisasjonen. På elev.no kan alle elever få informasjon om hvilke rettigheter de har og om skolen deres bryter loven. Tjenesten er opprettet fordi Elevorganisasjonen mener at mange elever blir urettferdig behandlet, eller ikke vet om hvilke plikter og rettigheter de har. Elevorganisasjonen tilbyr også rettighets-skolering for skoler.

Kilde: Elev.no

## Vil ha slutt på krenkelser

Barneombudet vil ha slutt på at barn blir krenket på skolen. Ombudet har derfor sendt ut brev til alle landets rektorer. I brevet blir rektor minnet om hvilke rettigheter barn har og hvilke plikter ledelsen ved skolen har til å hjelpe barna. To sjekklister følger med brevet. Sjekklisterne er laget som en huskeliste for skolens ledelse, med punkter som skal gjøre skolehverdagen trygg for elever og sørge for at elever og foreldre får være med på utformingen av skolemiljøet.

Brevet og sjekklisterne er et videre arbeid med problemstillinger Barneombudet belyste i rapporten Bekymringsmelding – krenkelser i skolen. Den tar for seg krenkelser i skolen og brudd på elevenes rett til et godt skolemiljø. Rapporten kan du lese på [barneombudet.no](http://barneombudet.no).

Kilde: Barneombudet.no



## «Mens vi prøver å lære barna våre om livet, lærer barna oss hva å leve handler om.»

Angela Schwindt

## Mest ADHD-medisin til gutter



Gutter bruker langt mer medisin mot ADHD enn jenter tidlig i barndommen og ungdommen, viser en norsk kartlegging. Det kan skyldes en underdiagnostisering av det som ofte sees på som en guttelidelse.

Forskere ved Universitetet i Bergen har sett på hva slags legemidler som har blitt skrevet ut for å behandle ADHD i perioden 2004-2008, hvor mye som er skrevet ut og hvem som har fått medisinene. Mens 3,6 prosent av guttene i alderen 11-15 år fikk medisiner mot ADHD i 2008, var tallet bare på 1,2 prosent for jenter.

Kilde: Forskning.no

## 54 med narkolepsi

Resultatene fra den norske undersøkelsen av narkolepsi viser at det er 54 tilfeller av narkolepsi hos barn og ungdom vaksinert med Pandemrix i Norge etter pandemien. 42 av disse hadde debut av symptomer i 2010. Halvparten av pasientene fikk symptomer på søvnsykdom innen 12 uker etter at de ble vaksinert. Resultatene er foreløpige, og ble lagt fram i september i år. Undersøkelsen er i regi av Nasjonalt kompetansesenter for ADHD, Tourette og narkolepsi.

Kilde: Dagensmedisin.no



## Flere overlever leukemi

Tall fra krefregisteret viser bedret overlevelse for akutt lymfatisk leukemi hos barn under 15 år. Akutt lymfatisk leukemi står for nesten en fjerdedel av barnekreftforekomsten. Fra 1985 til 2009 har overlevelsen bedret seg fra 75 til 84 prosent. Mellom 140–150 barn under 15 år rammes hvert år av en kreftsykdom. Leukemi og kreft i hjernen/det sentrale nervesystem står for 58 prosent av tilfellene.

Kilde: Krefregisteret.no

## Får like friske barn

Kvinner på 35–44 år får barn med like god helse seinere i livet som de som føder i alderen 25–34 år. Barna til de yngste mødrene risikerer statistisk sett noe mer helseplager. Det antyder ny analyse av 18 000 amerikanske barn og mødrene deres, utført ved Max Planck Institute for Demographic Research (MPIDR) i Rostock, Tyskland.

Kilde: Forskning.no



Tekst Johan Alvik Foto Colourbox



## Sjenerte kan få problemer

Sjenerte barn får oftere emosjonelle vansker i ungdomstiden, viser TOPP-studien, som er utført av blant andre forskere fra Folkehelseinstituttet.

Det er vanlig at småbarn i 0–4 års-alderen blir lett sjenerte og usikre i nye situasjoner, og vanligvis har ikke dette noen betydning for dem seinere i livet. Derimot har de barna som blir mer sjenerte gjennom barneårene, og som holder et stabilt høyt sjenansenivå i seinere barnealder, større risiko for å få lavere sosial kompetanse og høyere nivå av angstsymptomer i tidlig ungdomsalder, viser studien.

Kilde: Folkehelseinstituttet/fhi.no

## Rask hjelp mot psykose

Unge som er i ferd med å utvikle psykose, har fått et nytt lavterskeltilbud i Bergen. Tilbudet kalles TOPS. Ungdom og pårørende kan ta direkte kontakt med TOPS. Tilbudet skal bidra til at unge ikke går lenge med ubehandlet psykose, men får hjelp raskt. TOPS-teamet er en del av Avdeling for Tidlig Psykose ved Haukeland universitetssjukehus. I Stavanger har et tilsvarende team (TIPS) arbeidet på samme måte i ti år.

Kilde: Helse Bergen/helse-bergen.no

## Psykisk syk av mors misbruk

Barn av mødre som drikker har flere psykiske vansker enn barn av mødre som ikke drikker, mens fars alkoholmisbruk ser ut til å ha mindre å si. Likevel greier de fleste barn å tilpasse seg situasjonen, og klarer seg relativt godt. Dette kommer fram av en studie basert på data fra Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag (UngHUNT og HUNT2).

Det kan være mange grunner til at det er slik.

– Blant annet kan man tenke seg at mor i familien innehar en større del av omsorgsgiverrollen enn far, og dersom mor ikke er i stand til å utfylle denne rollen kan det medføre en større svikt i omsorgsgrunnlaget til barnet, forteller Kamilla Rognmo i en artikkel som er publisert i tidsskriftet BMC Public Health. Hun er førsteforfatteren bak artikkelen.

Kilde: Folkehelseinstituttet/fhi.no



# Kartlegging av barn – enkel og feilslått løsning

Et hvilket som helst barn risikerer å bli definert som avviker, når kartleggingsverktøy tas i bruk i barnehager. Det er én av mange grunner til å være skeptisk til slike verktøy.



Av Mari Pettersvold,  
førstelektor,  
Høgskolen i Vestfold



Av Solveig Østrem,  
førsteamanuensis,  
Høgskolen i Vestfold

Det eksisterer en urokkelig tro på at ved å avdekke avvik fra antatt normalutvikling hos små barn kan alle slags problemer i framtiden forebygges. Alt fra lese- og skrivevansker og frafall i videregående skole til vold, kriminalitet og sosial ulikhet skal elimineres gjennom «tidlig innsats». Kartlegging av barnehagebarns ferdigheter og kompetanser er en løsning det finnes stor tiltro til. I denne kronikken vil vi gå nærmere inn på at denne løsningen både er feilslått og forenklet. Gode intensjoner om tettere samarbeid og økt informasjonsflyt mellom ulike etater, gjør at barnehagens kartleggingspraksis også angår helsesøstrenes arbeid. Flere av kartleggingsverktøyene vi omtaler i kronikken, benyttes også på helsestasjonene. Region-sentrene for barn og unges psykiske helse (RBUP) er en sentral pådriver for at helsestasjonene skal ta i bruk standardiserte kartleggingsverktøy, gjerne i samarbeid med barnehager.

## Gode intensjoner på tvers av jus og etikk

Ansatte i barnehager samler inn opplysninger om barns mestring innenfor områder som språk, matematisk utvikling og sosial kompetanse. Som oftest skjer dette etter pålegg fra barnehageeier. Det finnes ikke nasjonale politiske føringer som tilsier at kartlegging skal gjennomføres, dette er initiert i de enkelte kommunene. En vanlig oppfatning blant lokale politikere og byråkrater er at kvalitet i barnehagene sikres gjennom bruk av standardiserte kartleggingsverktøy – som

TRAS, MIO og ASQ – og programmer som PMTO, ART og Steg for steg. I kommunale kvalitetsplaner for barnehage og oppvekst finner vi at verktøy og programmer nærmest blir «trylleord» på veien mot å nå ønsket mål. I de samme dokumentene er tilliten til de profesjonelle, og til deres faglig skjønn, nærmest fraværende.

Politikerens kartleggingsiver omfatter i mange tilfeller også helsestasjonene. Alle former for samarbeid og informasjonsflyt mellom barnehage og barnevern og helsestasjon framstilles som et udelt gode. Samarbeid på tvers av etatene er selvsagt både positivt og nødvendig, men det er et dilemma dersom informasjonsflyt innebærer at gjeldende personvernlovgivning og respekten for barns integritet ignoreres.

Mens personvernlovgivningen er tydelig, er hensikten med å registrere opplysninger om barn ofte uklare i praksis. En fellesnevner er imidlertid at det vises til et overordnet formål: Man vil gi alle barn et bedre liv. Gode intensjoner erstatter ofte gode argumenter. Lov om personopplysninger, som sier hvilke krav og plikter som gjelder når man registrerer sensitive opplysninger, regnes som noe som står i veien for formålet. Denne holdningen kommer til uttrykk både hos aktører som markedsfører kartleggingsverktøy og i kommuner der verktøyene brukes. Det sies at det å samle inn opplysninger om barna ikke er «farlig». Praksisen er opplagt i strid med personopplysningsloven, men «gevinsten» av verktøyene legger et mildt slør over det faktum at man beveger seg i en juridisk gråsoner.





**FRISKE BARN:** Barnehager kartlegger barn i stor skala, med fare for at normale barn blir sett på som avvikere. Tapere er de barna som virkelig trenger hjelp, men havner i behandlingsskø sammen med friske barn som ikke trenger hjelp. Illustrasjonsfoto: Colourbox.

### Barn som mestrer – og ikke mestrer

I boka *Mestrer, mestrer ikke. Jakten på det normale barnet*, har vi dokumentert hvordan lover og forskrifter brytes. Det mangler samtykke, opplysningene oppbevares og behandles ikke i henhold til loven. Vi har også dokumentert andre uheldige sider ved bruk av kartleggingsverktøy og pedagogiske programmer i barnehagen.

Vår kritikk går ut på at kartleggingen fører til at oppmerksomheten flyttes fra det som er viktig til det som kan måles, fra det som ligger i barnehagens samfunnsmandat til det som produsentene av kartleggingsmateriellet og programmene definerer som normalt. Dermed erstattes barnehagens egentlig formål av tilfeldige mål definert av et ekspertvelde utenfor barnehagen.

Videre retter vi et kritisk søkelys mot hvilket syn på barn som gjøres gjeldende. Vår gjennomgang av de mest brukte verktøyene viser at rammene for hva som forstås som et normalt utviklet barn, er så trange at et hvilket som helst barn risikerer å bli definert som avvikere. I alle verktøyene – enten de handler om språk eller matematikkforståelse eller sosial kompetanse – er tilpasning til sosiale konvensjoner et ideal. Det man definerer som et normalt barn, er et lydige barn som ikke yter motstand, men følger regler og innordner seg. Verktøyene er utformet slik at mange barn får stempelet «mestrer ikke». Det mest alminnelige blir omgjort til noe som må rettes på eller forebygges.

### God butikk

Vi retter også oppmerksomhet mot den kommersialisering av kunnskap kartleggingsverktøyene og programmene representerer. Fagpersoner som har markert seg som tilhengere av kartlegging av alle barn, er selv produsenter av kartleggingsverktøy. De som argumenterer for at barnehagen trenger programmer for sosial kompetanse, sinnekontrolltrening eller atferdsregulering, har også programmer å selge. Det ligger følgelig både faglig prestisje og økonomisk vinning i at deres materiell blir brukt i flest mulig kommuner og på flest mulig barn.

## «Praksisen er opplagt i strid med personopplysningsloven.»

At programmene holder det de lover, garanteres ved at det vises til studier der effekten av programmene er målt. Vi har imidlertid gått programmene og effektstudiene etter i sømmene. Det viser det seg at de som har undersøkt om programmene virker, også er direkte involvert i utvikling og salg av programmene. Der uavhengige forskere har studert effekten av tilsvarende programmer som tilbys i skolen, er konklusjonen at de ikke virker.

Det kan virke uskyldig å tilby hjelp til småting som alle kan kjenne seg igjen i. Men en slik rekrutteringsstrategi inngår i en voksende bekymringsindustri. Med



**KARTLEGGES:** Ansatte i barnehager samler inn opplysninger om barns mestring innenfor områder som språk og sosial kompetanse. Barn som ikke innordner seg kan havne i kategorien unormale. Illustrasjonsfoto: Colourbox.

«bekymringsindustri» mener vi at noen har fordeler av å skape bekymring for uønskete tilstander som kan tenkes å inntreffe en gang i framtiden. En faktor i bekymringsindustrien er at foreldre forledes til å tro at de bør bekymre seg for en mulig uheldig utvikling hos barnet. Det kan innebære at foreldre plutselig bekymrer seg for noe de aldri har tenkt på som et problem.

#### **Ikke rom for motforestillinger**

I kjølvannet av utgivelsen av *Mestrer, mestrer ikke* har vi blitt kontaktet av fortvilte foreldre som trenger råd for å stanse ivrige profesjonelle som vil utsette barnet deres for ulike tiltak. Dette er tiltak foreldrene aldri har bedt om, ikke er med på å vurdere eller på annen måte får ta stilling til. De frykter at tiltaket utløser en hel pakke av hjelpere og framtidige diagnoser. Takker de nei til «hjelpen», blir de mistenkeliggjort.

## **«Barnehagen taper penger på at barnet har hatt framgang.»**

En far i Trondheim har fortalt oss om sine erfaringer fra en barnehage der hjelpeapparatet nærmest er fast inventar. Barnehagen har offensive strategier for å rekruttere barn med «spesielle behov». Har barnet først fått en «diagnose» er det vanskelig å komme ut av systemet, siden kommunen har en infrastruktur som legger forholdene til rette for denne virksomheten. Dokumentflyten inkluderer en rekke kommunale instanser som

er usone og samkjørte. Faren gir uttrykk for at det ikke åpnes for korrektiver eller motforestillinger, og det er ikke mulig å diskutere dette i foreldresamtaler. Faktum er at barnehagen mottar ekstra ressurser for hvert barn med «spesielle behov». Derfor lønner det seg økonomisk å finne stadig nye utfordringer hos barnet, barnehagen taper penger på at barnet har hatt framgang. Dette er selvsagt et dilemma. Det er viktig med økte ressurser når det er behov for det, men hvis ressurs-situasjonen er så preker at barnehagen må konstruere «diagnoser» og «spesielle behov» for å få en forsvarlig bemanning, er det et alvorlig problem.

Gjennom arbeidet med boka har vi sett at foreldrenes erfaringer kan knyttes til summen av kommersielle interesser, faglig prestisje og politisk styringsiver. Politiske ambisjoner om tidlig innsats og synlige resultater passer som hånd i hanske for selgerne av kurs, verktøy, håndbøker og programmer. De som har noe å selge, er avhengig av vekst i psykososiale vansker, atferdsproblemer og antisosiale barn.

Det vi ser er at mange aktører styrer mot målsettinger for egen vinnings skyld eller for å oppnå faglig prestisje, ikke for å løse problemene som bør løses. De som lider mest ved den praksisen som finner sted, er barna som virkelig trenger hjelp. Når hjelpetiltakene rettes mot alle, blir disse barna enten oversett eller stående i lange køer til hjelpeapparatet. ■

**Les anmeldelsen av boken *Mestrer, mestrer ikke* på side 15.**

TIL VELDIG TØRR OG IRRITERT HUD  
VED ATOPISK EKSEM



## **LIPIKAR** BALM AP

Med La Roche-Posay kildevann

Gjenoppbyggende fuktighetskrem som forebygger kløe i huden ved atopisk eksem. Lett konsistens - klær kan tas på raskt.



Som supplement til medisinsk behandling og/eller som daglig pleie.

Kan anvendes av spedbarn, barn og voksne.

**0%** PARFYME  
PARABEN  
FARGESTOFF

FINNES PÅ APOTEKET



# Melkeproteinallergi eller laktoseintoleranse?

Det er stor forskjell på hva man kan spise.

Når et barn ikke tåler melk er det som regel snakk om melkeproteinallergi eller laktoseintoleranse. Melkeproteinallergi er mest vanlig hos barn under 1 år, og de fleste vokser det av seg før skolealder. De som har melkeproteinallergi må holde seg helt unna alle meieriprodukter.

Laktoseintoleranse oppstår gjerne ved 5 års alder, og blant etnisk norske er det 2-3% som har laktoseintoleranse. Det er ikke farlig å få i seg laktose når man er laktoseintolerant, men det kan være ubehagelig. Det er individuelt hvor mye laktose man tåler uten å få plager. Ofte tåles opp til 12 gram laktose om dagen, gjerne fordelt på flere måltider. En sjelden gang kan det være snakk om en melkeproteinintoleranse, men det forekommer svært sjelden etter 1 års alder.

Les mer på: [www.melk.no/helsepersonell](http://www.melk.no/helsepersonell).

## Klinisk ernæringsfysiolog svarer



**Spørsmål:** Sønnen min på 6 år har mye vondt i magen og er oppblåst, og jeg mistenker at det kan skyldes at han ikke tåler melk. Hvordan finner jeg ut om han reagerer på melk?

**Svar:** Mistenker du at sønnen din reagerer på melk eller andre matvarer, bør du kontakte lege. Det er bare lege som kan gi en

ordentlig allergi- eller intoleransediagnose. I utredningen vil legen spørre om hva barnet ditt spiser, hvilke plager han har, og det vil tas blodprøver og prikktester. Disse prøvene gir en indikasjon på om det kan foreligge en allergi. Ved positive allergiprøver skal det gjennomføres kostforsøk for å teste hvilke matvarer barnet reagerer på, og hvilke mengder som kan tåles. Ved negative allergiprøver kan man gjøre en pusteprobe for å se om barnet har nedsatt fordøyelse av laktose og dermed er laktoseintolerant. Ved melkeproteinallergi er det melkeproteiner man reagerer på, og man må holde seg helt unna alle meieriprodukter. Ved laktoseintoleranse kan man fortsatt spise og drikke en del meieriprodukter, slik at man vanligvis kan få sikret kalsiuminntaket ved hjelp av meieriprodukter.

Scan, og meld deg på!



«Abonnør på NYHETSBRV om kosthold og ernæring til barn og unge»

## Visste du at...

...det er stor forskjell på laktoseinnholdet i meieriproduktene? Derfor kan en med laktoseintoleranse fint få dekket behovet for kalsium og andre næringsstoffer ved å spise og drikke meieriprodukter.



## Eksempler på laktoseinnhold i noen meieriprodukter:

Produkt	Laktoseinnhold per porsjon
Ett glass ekstra lett melk (1,5 dl)	6,8 - 7,2 g
Ett glass syrnet melk (1,5 dl)	6 - 7,5 g
Ett glass laktoseredusert melk (1,5 dl)	0,3 g
Ett glass laktosefri melk (1,5 dl)	< 0,2 g
Ett lite beger yoghurt (125g)	5,4 - 8,3 g
Ett beger skyr (160g)	5,3 g
En porsjonspakke meierismør (12g)	0,07 g
Smøreost til en brødskive (15g)	0 - 0,5 g
Et halvt beger Cottage cheese (150g)	2,3 g
En brunostskive (8g)	3 - 3,7 g
En gulostskive (10g)	0 - 0,07 g

# LaHs styre og lokale faggruppelidere 2012-2014



## LaH NSF styre 2012-2014



### Leder:

**Astrid Grydeland Ersvik**  
Sjursvikveien 36,  
6507 Kristiansund N  
E-post: lah@sykepleier.no  
Tlf. 98 85 34 96



### Nestleder:

**Eli Taranger Ljønes**  
Ljønes, 8100 Misvær  
E-post: eli.tl@online.no  
Tlf. 97 471756/95 24 03 28



### Styremedlem/kasserer:

**Gro Tønseth**  
Midtgårdvegen 5,  
9100 Kvaløysletta  
E-post: grotonseth@  
gmail.com  
Tlf. 91 84 48 74



### Styremedlem/sekretær:

**Torun Rundhovde**  
**Mørenskog**  
Calle Gran Canaria 28,  
29649 Fuengirola, Espana  
E-post: torun.moren-  
skog@istorm.no/  
torunrm@gmail.com  
Tlf. +34 61 68 75 668  
94 8710 79



### Styremedlem/ kommersiell kontakt:

**Bente Gunn Håtuft**  
Litlevika 33, 5914 Isdalstø  
E-post: bente.gunn.haatuft@  
helse-bergen.no  
Tlf. 48 10 88 50



### Styremedlem:

**Irene Asheim Ivesdal**  
Holbergsgaten  
20 teil 308, 4300 Sandnes  
E-post: ireive@gmail.com  
Tlf. 91 88 13 00



### Varamedlemmer:

**Randi Stokke Johnsen**  
Einerkroken 10,  
3032 Drammen  
E-post: randi.john-  
sen@ebnett.no  
Tlf. 90 55 80 23



### Mae Iris Haarstad

Skåråvegen 9, 2672 Sel  
E-post: mae-iris.haarstad@  
oppland.org/maeiris@live.no  
Tlf. 91 64 85 38

## OSLO

**Kristin Sofie Waldum,**  
Fururabben 5E, 1361 Østerås  
j: 95 26 66 76 m: 41 22 09 77  
E-post: kristin.waldum@hel.oslo.kom-  
mune.no/kwaldum@online.no

## ØSTFOLD

**Renate Rosèn Skinne,**  
Skinneveien 36, 1747 Skjeberg  
j: 69 16 92 18 m: 99 25 17 57  
E-post: carolask@frisurf.no/rros@sarps-  
borg.com/lahostfold@gmail.com

## AKERSHUS

**Torunn Stenstad,**  
Fjellveien 3A, 1470 Lørenskog  
j: 67 20 17 05 m: 48 21 76 35  
E-post: tse@lorenskog.kommune.no

## HEDMARK

**Margit Nordstoga,**  
Krystallveien 3, 2322 Ridabu  
j: 48 19 47 90. E-post: margit.nord-  
stoga@hamar.kommune.no

## OPPLAND

**Ive Kristin Staune-Mittet,**  
Gneisen 22, 2611 Lillehammer  
p: 61 26 32 20 m: 41 38 12 38  
E-post: ivekristin@hotmail.com/  
ive.staune.mittet@lillehammer.kommune.no

## BUSKERUD

**Ann Karin Swang,**  
Paasche Aasensvei 7, 3514 Hønefoss  
m: 97 08 26 66  
E-post: ann.karin.swang@hotmail.com

## VESTFOLD

**Bente Julie Prydz,**  
Ollebakken 5, 3215 Sandefjord  
p: 41 60 60 08 j: 33 29 53 40/33 29 53 44  
E-post: bente.prydz@stokke.kommune.  
no/helsesoster.vestfold@gmail.com

## TELEMARK

**Lillian Olsen Opedal,**  
Malervn. 6, 3830 Ulefoss  
j: 35 95 71 20 m: 97 75 08 69 p: 99 22 47 27  
E-post: lillian.olsen.opedal@sauherad.kommune.no

## AUST-AGDER

**Tove Jansen,**  
Hegreven 4, 4818 Færvik  
j: 37 00 68 50 m: 48 88 22 05 p: 37 03 44 28  
E-post: tove.jansen@arendal.kommune.no

## VEST-AGDER

**Gunhild Båtnes Lislevand,**  
Kvernveien 19, 4630 Kristiansand S  
m: 97 19 02 07 E-post: Gunhild.Lisle-  
vand@kristiansand.kommune.no

## ROGALAND

**Sissel Rygg Bernhardsen,**  
Fjellprydveien 25, 4070 Randaberg  
m: 90 73 17 06  
E-post: sissel.rygg.bernhardsen@  
stavanger.kommune.no

## HORDALAND

**Britt Darlington,**  
Sætervegen 19b, 5236 Rådal  
j: 55 56 51 60 m: 99 24 71 09 p: 55 13 03 99  
E-post: britt.darlington@bergen.  
kommune.no/britt-dar@hotmail.com

## SOGN OG FJORDANE

**Solveig Heggheim,**  
Bøgardsvegen 81, 6800 Førde  
p: 57 82 05 59 m: 97 15 58 60  
E-post: solveig.heggheim@forde.kommune.  
no/solveig.heggheim@enivest.net

## MØRE OG ROMSDAL

**Elin Ukkelberg,**  
Myrvn. 25, 6421 Molde  
P: 90 83 35 52 j: 71 26 82 50/ 97 09 53 60  
E-post: elin.ukkelberg@frana.kom-  
mune.no/elin.ukkelberg@gmail.com/  
lah.more.romsdal@gmail.com

## SØR-TRØNDELAG

**Vibeke Olufsen,**  
Angelltrøvn 216, 7048 Trondheim  
m: 45 40 56 84  
E-post: Vibeke.olufsen@hist.no

## NORD-TRØNDELAG

**Elin Duvsete,**  
Sørskagvn 7b, 7650 Verdal  
m: 45 61 47 74 p: 74 04 01 73  
E-post: elinduvsete@ntebb.no/  
elin.duvsete@steinkjer.kommune.no

## NORDLAND

**Kine Leithe Andersen,**  
Sandmyrveien 7, 8516 Narvik  
P: 97 57 91 22  
E-post: kine.leithe.andersen@  
narvik.kommune.no

## TROMS

**Siv Normann Henriksen,**  
Boks 43, 9450 Hamnvik  
M: 99 01 28 24 p: 77 09 54 15  
E-post: siv.henriksen@  
ibestad.kommune.no

## FINNMARK

**Kjerstin Møllebakken,**  
Porsveien 14, 9912 Hesseng  
j: 78 97 76 70 /67  
m: 95 15 46 70  
p: 95 15 46 70  
E-post: kmo@svk.no

# Aktuelle bøker



Omslagsfoto Forlagene

## BOKANMELDELSE

Tittel: **Håret til Mamma**  
Forfatter: **Gro Dahle**  
Forlag: **Cappelen Damm**  
Anmelder: **Hilde Sprækenhus,**  
helsesøster i Vega kommune



### Vakker bok om depresjon

I boken *Håret til Mamma* møter vi Emma og hennes Mamma. Emmas Mamma er verdens fineste Mamma, med sol og stjerner i håret, et hår som danser og smiler. Men Mamma kan også være rar, redd og trist, og bare ligge på sofaen. Da er sola i håret til Mamma borte og i stedet er håret fullt av buster og floker. Emma er en modig jente som tar børsten fatt og vil ordne opp. Hun beveger seg inn i håret som er fylt av hviskende stemmer og gule øyne. Det er skummelt for en liten jente. Ingen ser eller hører henne. Heldigvis dukker en mann med briller og rake opp, som viser henne veien ut av håret. Og mens Emma får en brødskive og må vente tålmodig utenfor håret, tar mannen med raken ansvaret for å hjelpe Mamma. Boken avsluttes med det viktigste av alt; nemlig at Mamma er Emmas mamma, uansett.

Gro Dahle klarer å beskrive for barn det voksne ofte synes er så vanskelig å sette ord på. I en poetisk tekst, nesten som dikt, beskriver Dahle hvordan Emma ser og opplever Mamma. Dahle er innom alle sidene ved depresjon; de gode dagene, utryggheten, det skumle og vanskelige, følelsen av å være alene, håpet og fremtiden. Teksten henvender seg like mye til barn som til voksne. Den forklarer depresjon for barn og legger ansvaret hos de voksne. Boken har et tydelig budskap om hvem som har ansvaret for å hjelpe, og hvor viktig det er at noen ser og hører.

De nydelige og detaljrike illustrasjonene av Svein Nyhus forsterker teksten til Gro Dahle og gjør at hele boken blir vakker. Leseren ser hvordan kaoset råder i hjemmet når Mamma ligger på sofaen, og man aner de skumle dyrene i håret etter hvert som Emma beveger seg dypere ned i mørket. Mannen med briller og rake er igjenkjennbar for en hver som har vært i kontakt med behandlingsapparatet i psykiatrien. Og det levnes ingen tvil hos leseren; Emmas Mamma er vakker!

Boken kan leses høyt for barn fra treårsalder og den er godt egnet for barn av foreldre med depresjon.

## BOKANMELDELSE

Tittel: **Hva er følelser?**  
Forfattere: **Birte Svaton**  
Forlag: **Cappelen Damm**  
Anmelder: **Hilde Sprækenhus,**  
helsesøster i Vega kommune



### Det er jammen bra vi har følelser!

Forfatteren begynner med å beskrive hva følelser er. Videre er boken delt inn i kapitler som beskriver ni ulike følelser, som glad, flau, ensom og stolt. Forfatteren avslutter boken med en oppsummerende side, der hun også stiller spørsmål til refleksjon; har dyr følelser? Hvilken farge har de ulike følelsene? Boken passer for barn fra treårsalder. Det legges opp til at voksne kan reflektere sammen med barnet.

I boken møter vi Åsne, Anders, Ali og Vilde. Hvert kapittel omhandler en følelse, beskrevet gjennom fortellinger om disse fire. I kapitlet trist møter vi Anders som ikke finner katten sin. Forfatteren beskriver hvordan Anders kjenner tristheten inni seg, og hvordan han reagerer når det viser seg at katten Påline er død. I fortellingene er voksne til stede og støtter barnet og viser vei når følelsene tar overhånd. På denne måten blir fortellingene også en rettesnor for de voksne som leser; hvordan kan man som voksen være til stede for et barn som er redd for mørket? Alle kapitlene avsluttes med en oppsummerende side om følelsen og forslag om hva man kan gjøre når man har den følelsen. Som i kapitlet om Anders og katten, der det spørres: «Hva gjør deg trist?» og «Når du er trist, kan det være fint om noen trøster deg, smiler til deg, sier at de liker deg».

Illustrasjonene av Bo Gaustad gir ingen tvil om hvilke følelser kapitlene omhandler. Fargene på tegningene matcher følelsene; misunnelig er grønn og sint er rød.

Boken passer som lesning på sengekanten. Den kan også brukes når barnet har vanskelig for å beskrive hva det føler, eller ikke vet hvordan det skal forholde seg til følelsen, eksempelvis når et barn er sint og reagerer med å slå. Forfatteren viser viktigheten av å lytte til kroppen og ta følelsene på alvor, samtidig som det er klare regler for hvordan man får uttrykke seg. Det er ikke lov til å skade andre! Boken er nyttig lesning for alle som omgås barn.

# «Utdannelse vil si å lære noe som du ikke engang visste at du ikke visste.»

Daniel J. Boorstin, amerikansk forfatter

BOKANMELDELSE

Tittel: **Mestrer, Mestrer ikke. Jakten på det normale barnet.**  
Forfattere: **Mari Pettersvold og Solveig Østrem**  
Forlag: **Res Publica**  
Anmelder: **Eli Taranger Ljønes, helsesøster/nestleder LaH NSF**



## Kritisk blikk på kartlegging

Boken kom ut tidligere i år og ble omtalt i flere medier. Den skapte debatt rundt bruken av kartleggingsverktøy i norske barnehager, hvordan disse utfordrer forståelsen av barnet, profesjonenes skjønn og personvernet. Boken setter søkelys på ulike kartleggingsverktøy som brukes i barnehager, blant annet TRAS, MIO, ALLE MED, ASQ, ART, Steg for steg, Morbarn-undersøkelsen med flere. Mange av disse brukes også i helsestasjoner rundt om i landet.

Forfatterne jobber ved Høgskolen i Vestfold. Mari Pettersvold er sosiolog, førstelektor og leder for Senter for barnehageforskning ved høgskolen. Solveig Østrem er PH.D. i teologi og førsteamanuensis.

Gjennom syv kapitler får vi en kritisk gjennomgang av argumentasjonen for at kartleggingsverktøy skal tas i bruk. Forfatterne redegjør for Godhetsmakten som gjør det vanskelig å argumentere mot innføring av kartleggingsverktøy. «Godhetsmaktens egen logikk gjør det politisk legitimt å registrere alt om alle fra vugge til grav. Problemet er at de gode intensjonene ofte erstatter etiske, juridiske, pedagogiske og samfunnsmessige hensyn.» Alle vil det gode for alle barn og gi tidlig hjelp. Forfatterne problematiserer hvordan dette gjør at barn med normal utvikling havner i «gråsoner» og diagnostiseres. De stiller spørsmål ved for eksempel funn i Folkehelseinstituttets Morbarn-undersøkelse som viser at blant 12 000 femåringer som deltar har 41 % vansker. Vi har også hatt en nesten tidobling av antall barn med diagnosen ADHD på elleve år. Om mer systematisk kartlegging fører til mer hjelp, mer sosial utjevning og mer integrering, er ikke dokumentert i følge forfatterne. Folkehelsen trues av at friske barn sykkeliggjøres er blant deres konklusjoner.

Et annet viktig moment forfatterne tar opp er hvordan kartleggingsverktøy som er produsert eksternt av eksperter på et spesifikt område, truer den profesjonelles faglige skjønn. I manualer til flere kartleggingsverktøy advares det mot at bruk av skjønn reduserer påliteligheten til resultatet. I følge forfatterne er det uforenlig med god praksis å ha for stor tro på at

kunnskap framstilt i form av tall, koder og farger er sannere og sikrere viten enn nyanserte beskrivelser bygget på profesjonelt og faglig skjønn.

Et kapittel tar for seg personvernet rundt bruken av slike verktøy og dokumenterer flere eksempler på kommuner som setter i gang omfattende kartlegging uten at tilstrekkelig informasjon og ditto samtykke er innhentet fra foreldrene. Mange kommuner mangler også tilstrekkelige rutiner for oppbevaring og sletting av data i tråd med personopplysningsloven.

Kapitlet «Kommersialisering av kunnskap om barn» redegjør for hvordan markedskreftene også spiller inn når ulike kartleggingsverktøy blir presentert.

Til slutt i boken følger et appendiks med oversikt over kartleggingsverktøy og programmer som er omtalt, basert på produsentenes egne presentasjoner, samt en rikholdig litteraturliste.

Boken mener jeg absolutt er aktuell for helsesøstre. Nye kartleggingsverktøy blir stadig presentert for helsestasjonen og ønskes inn for å brukes på alle barn. Kritiske røster er i ferd med å slippe igjennom. Denne boken er en av dem. Boken fremmer kritisk tenkning i møte med myndigheters forventninger til hva helsestasjonen skal være i framtiden.

I den debatten må også helsesøsters stemme høres. Denne boken håper jeg kan løfte diskusjonen både innad i helsesøstertjenesten og utad. Diskusjonen trenger vi for å være med å ta hånd om utviklingen av helsestasjon- og skolehelsetjenesten og samfunnets syn på barn og familie. Boken kan gi viktig korreksjon til utviklingen videre. Anbefales.

### Mer om kartlegging side 8

Forfatteren av boken *Mestrer, mestrer ikke* har skrevet om sitt syn på kartleggingsverktøy som blir brukt i barnehager. Les saken på side 8 i denne utgaven av Tidsskrift for helsesøstre.

# Hjemmebesøk etter kan forebygge depre

Helsesøsters informasjon og støtte på hjemmebesøket kan bidra til å forebygge utvikling av depressive symptomer hos barselkvinner.



■ Kari Glavin, PhD, helsesøster, første-amanuensis, Høgskolen Diakonova, Oslo

**H**jemmebesøk til foreldre med nyfødte barn har lang tradisjon for helsesøstre, og ifølge norske forskrifter skal dette helst tilbys innen to uker etter fødsel. En ny rapport fra Helsestilsynet (2012) viser imidlertid at svært mange familier med nyfødte ikke får hjemmebesøk fra helsestasjonen innen to uker etter hjemkomst. Dette til tross for at studier viser at mødre er mer tilfredse når det første møtet med helsesøster skjer på hjemmebesøk framfor et møte på helsestasjonen, og at helsesøstrene selv opplever at det gir et bedre grunnlag for den videre kontakten med familien (Hjälmhult 2009). Funn fra studien som presenteres i denne artikkelen viser at helsesøsters informasjon og støtte på hjemmebesøket også kan bidra til å forebygge utvikling av depressive symptomer hos barselkvinner.

## Bakgrunn

En spesielt sårbar periode i kvinners liv er tiden omkring svangerskap og fødsel. Barseldepresjon hos kvinner oppstår oftest fire til seks uker etter fødsel og i internasjonale studier finner man at mellom 8 og 15 prosent av alle mødre rammes av en barseldepresjon (Buist et al. 2002, Gale & Harlow 2003, Wickberg & Hwang 2003). Fire norske studier viser en forekomst på mellom 8,9 og 16,5 prosent (Berle et al. 2003, Dørheim et al. 2009, Eberhard-Gran et al. 2001, Glavin et al. 2009). Det vil si at flere tusen norske kvinner rammes av denne tilstanden hvert år. Mange tilfeller av barseldepresjon blir heller ikke oppdaget (MacArthur et al. 2002). Samspeillet mellom foreldre og barn i barnets første levemåneder er av stor betydning for barnet, og en depresjon hos mor etter fødsel kan ha negative effekter på barnets utvikling. Dersom mors psykiske helseproblemer blir langvarige, kan det føre til mangelfull psykomotorisk og emosjonell utvikling hos barnet (Cooper & Murray 1998, Hay et al. 2001, Luoma et al. 2001, Wickberg & Hwang 2003). Det er derfor viktig at en barseldepresjon forebygges eller oppdages så tidlig som mulig. Helsesøster møter disse kvinnene, både på hjemmesøk og regelmessig på helsestasjonen, i løpet av barnets første leveår (Sosial- og helsedirektoratet 2004).

Edinburgh-metoden er nå innført i cirka 150 norske kommuner og innebærer bruk av screeningsverktøyet Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) omtrent seks uker etter fødsel. En viktig del av denne metoden er møtet med foreldrene på hjemmebesøket omkring to uker etter hjemkomst fra barselavdelingen. På hjemmebesøket får foreldrene støtte og skriftlig og muntlig informasjon om kvinners psykiske helse i forbindelse med fødsel og barseltid. Helsesøster tilbyr også familien å ta kontakt med helsestasjonen før den ordinære seksukersundersøkelsen (Erdal 2007, Glavin 2012).

**Hensikt**  
Studiens hensikt var å undersøke forekomsten av depressive symptomer hos kvinner og om informasjon og støtte på hjemmebesøket to uker etter fødsel



# fødsel sjon

reduerte forekomsten av depressive symptomer seks uker etter fødsel. Bærum og Asker ble brukt som henholdsvis intervensjons- og sammenlikningskommune (Erdal 2007, Glavin et al. 2009, Glavin 2010).

## Metode

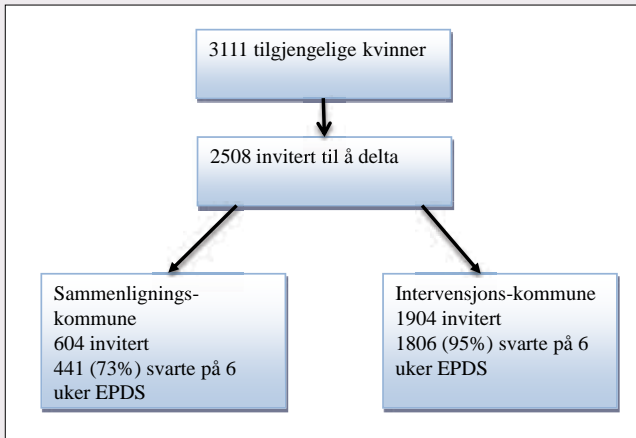
### Intervensjon

På hjemmebesøket to uker etter fødsel fikk kvinnene i intervensjonskommunen en brosjyre og muntlig informasjon om psykiske reaksjoner i forbindelse med fødsel og barseltid. De fikk også invitasjon til å kontakte helsestasjonen for første avtale seks uker etter fødsel. Helsesøster oppfordret

**«Flere tusen norske kvinner rammes av denne tilstanden hvert år.»**

til at far skulle være til stede på hjemmebesøket. Helsesøster hadde fått fem dagers opplæring om psykiske reaksjoner i forbindelse med fødsel og barseltid, bruk av screeningsinstrumentet Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) og lyttende og empatisk kommunikasjon (Glavin 2010). Kvinnene i sammenlikningskommunen fikk vanlig hjembesøk fra helsesøster uten det økte fokuset på psykiske reaksjoner i forbindelse med fødsel og barseltid.

**RAMMER MANGE:** Tiden rundt svangerskap og fødsel er en spesielt sårbar periode i kvinners liv. Illustrasjonsfoto: Colourbox.



FIGUR 1: Studiepopulasjon.

### Måleinstrument

Ved besøk på helsestasjonen seks uker etter fødsel fylte kvinnene i begge kommunene inn EPDS.

### Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)

Cox et al. (1987) utviklet denne selvverderings-skalaen for å avdekke depressive symptomer blant kvinner som nettopp har født. Skjemaet er oversatt til flere språk. Det består av ti spørsmål, hver med fire svaralternativer, og det tar omtrent fem minutter å fylle ut. EPDS er lett å score, hvert spørsmål er rangert på en 4-punkts skala (fra 0 til 3) som gir en sum score på 0–30. En høyere score indikerer mer alvorlige symptomer. Skjemaet vurderer intensiteten av depressive symptomer som er til stede i de foregående syv dager. En score på 0–9 indikerer ingen risiko for at kvinnen har symptomer på bar-

og i epidemiologiske studier, og er generelt godt akseptert av kvinner (Cox et al. 1996, Segre et al. 2010). Selv om sensitivitet og spesifisitet varierer på tvers av språk og kulturer, har sensitiviteten og spesifisiteten av EPDS vært tilfredsstillende i flere studier (Cox & Holden 2003, Eberhard-Gran et al. 2001, Lanes et al. 2011, Wickberg & Hwang, 2003). Skjemaet er beskrevet som et pålitelig screenings-verktøy (Buist et al. 2002) og har blitt anbefalt for screening av barselkvinner (Georgiopoulos et al. 2001, Wickberg & Hwang 2003). Det er imidlertid viktig å være klar over at EPDS er et screeningsinstrument som indikerer mulig tilstedeværelse av depresjon og ikke et diagnostisk verktøy. Derfor krever bruk av EPDS en klinisk vurdering og en samtale med helsepersonell etter utfyllingen (Cox & Holden 2003). Ifølge Seeley (2001) er EPDS kun så god som den personen som bruker den. Depresjonsscreening må også kombineres med en behandlingsskjede og systematiske henvisningsrutiner (Cox & Holden 2003, Stewart et al. 2004).

### Analyse

Databearbeiding og statistiske analyser ble gjort i SPSS 13,0 Illinois. P-verdier mindre enn 0,05 ble ansett som statistisk signifikant.

### Etiske overveielser

Kvinnene i begge kommunene ble informert om studien på hjemmebesøket. De fikk ny informasjon og skrev under samtykkeskjema for seks ukers undersøkelse. Studien er godkjent i regional etisk komité. De som ikke deltok i studien var ikke ulike med hensyn til alder og paritet fra deltakerne.

### Studiepopulasjon

Studiepopulasjonen var alle barselkvinner som fødte et levende barn i Asker og Bærum fra mai 2005 til desember 2006. Deltakere i studien var 2227 kvinner, 1790 fra intervensjonskommunen og 437 fra sammenlikningskommunen (Figur 1).

### Kommunene

Kommunene var ikke signifikant forskjellige med hensyn til sosiale og økonomiske parametere, som arbeidsledighet, andel barn og unge, innvandrere og utdanningsnivå (Figur 2).

### Resultater

Gjennomsnittsalder for kvinnene var 32,4 år (range 18–47). Gjennomsnittsalder for førstegangs fødende

## «Med den korte liggetiden som er i barselavdelinger er hjemmebesøket ekstra viktig.»

seldepresjon. En score på 10–12 indikerer en større risiko for det, og en score på 13 eller mer indikerer en stor risiko for at kvinnen har symptomer på barseldepresjon (Cox & Holden, 2003; Lanes et al. 2011.). Uavhengig av scoren, må man være spesielt oppmerksom på positiv respons på spørsmål 10 som spør om kvinnen har hatt tanker for å skade seg selv. En positiv score på spørsmål 10 må tas på alvor og følges opp (Cox & Holden, 2003).

EPDS har blitt brukt både i kliniske settinger

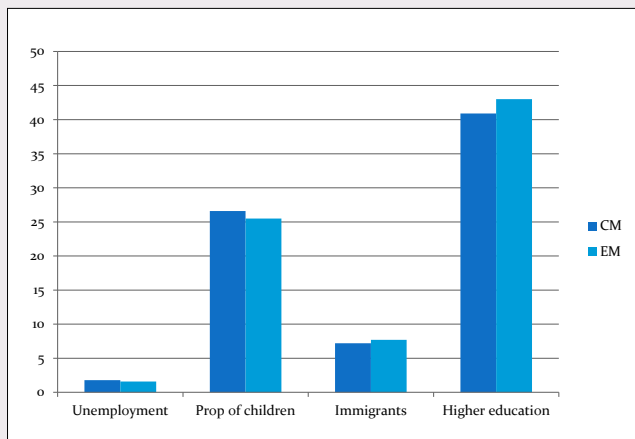
var 30,4 år (n = 901, range 18–43). Gjennomsnittsalder for flergangsfødende var 33,7 år (n = 1322, range 21–47). Med i studien var 39,6 prosent førstegangsfødende, 43,7 prosent som fikk sitt andre barn, 14,9 prosent som fikk sitt tredje barn og 1,8 prosent fikk sitt fjerde eller påfølgende barn (4-7) (Glavin et al. 2009).

Gjennomsnittlig EPDS score i begge grupper var 4,73 (range 0–25, n=2227). Forekomsten av depressive symptomer (EPDS  $\geq$  10) var 10,1 prosent. Det var imidlertid en signifikant forskjell ( $p < 0,01$ ) mellom kommunene med en forekomst på 14,4 prosent i sammenlikningskommunen og 9,0 prosent i intervensjonskommunen. Førstegangsfødende viste en høyere forekomst av depressive symptomer enn flergangsfødende, og kvinner på 36 år og over viste den høyeste forekomsten (Glavin et al. 2009).

### Diskusjon

Forekomsten av depressive symptomer hos barselkvinner i denne studien var 10,1 prosent. Barseldepresjon er rapportert å være den hyppigste psykiske lidelse etter fødselen, og den gjennomsnittlige forekomsten i en metaanalyse av 59 studier ble anslått til være 13,0 prosent (O'Hara & Swain 1996). I tre andre norske studier ble forekomsten rapportert til å være henholdsvis 10,0 prosent (Berle et al. 2003), 8,9 prosent (Eberhard-Gran et al. 2001) og 16,5 prosent (Dørheim et al. 2009). Dette bekrefter at barseldepresjon hos kvinner er viktig å ta på alvor også i Norge. Helsesøster møter familiene tidlig både på hjembesøk og seinere på helsestasjonen, og bør ha kunnskap og kompetanse både til å informere og støtte kvinner med barseldepresjon. Helsesøster bør også ha kompetanse til å intervensjonere og henvise videre ved behov.

I den foreliggende studien hadde førstegangsfødende mødre en høyere forekomst av depressive symptomer enn flergangsfødende (Glavin et al. 2009). Dette er også funnet i tidligere studier (Cox et al. 1993, Eberhard-Gran et al. 2002, Wickberg & Hwang 2003). Når vi delte inn i aldersgrupper, var forskjellen imidlertid bare manifest for kvinner i alderen 36 år eller eldre. Flergangsfødende kvinner i alderen 29–35 år hadde den laveste forekomsten av depressive symptomer. Flere risikofaktorer for å utvikle en barseldepresjon har vært beskrevet i litteraturen, men å være en eldre førstegangsfødende har ikke tidligere vært framhevet som en risikofaktor (Agoub et al. 2005, Eberhard-Gran et al. 2002). Siden fødealderen er økende i Norge, er det viktig



**FIGUR 2:** Kommunene CM=sammenlikningskommune EM=intervensjonskommune.

at helsesøster er oppmerksom på disse kvinnene. Helsesøster er i kontakt med de aller fleste familier med små barn i Norge og kan tilby tidlig intervensjon på en ikke stigmatiserende måte.

I denne studien fant vi imidlertid også en statistisk signifikant forskjell av depressive symptomer mellom kommunene. Forskjellen i forekomsten kan ha ulike forklaringer. En forskjell i svarprosenten mellom de to kommunene (73 prosent i sammenlikningskommunen og 95 prosent i intervensjonskommunen) kan ha forårsaket denne skjevheten, men ingenting tilsier det, da det ikke var noen forskjell i gjennomsnittlig alder og paritet hos dem som deltok i studien fra dem som ikke deltok, og kommunene var like med hensyn til økonomiske og sosiale parametere.

En annen forklaring er informasjonen og det økte fokuset på kvinners psykiske helse som helsesøster hadde på hjemmebesøket. Helsesøstre i intervensjonskommunen hadde gjennomgått opplæring om barseldepresjon og hadde dermed mer kunnskap om tilstanden. Støtte til kvinnen, i tillegg til informasjon, brosjyre og invitasjon til å kontakte helsestasjonen før neste avtale, kan forklare den betydelige forskjellen som ble oppdaget mellom de to gruppene. Andre studier støtter denne forklaringen. Dennis og Creedy (2004) fant at hjemmebesøk etter fødselen av helsesøstre eller jordmor forebygger tilfeller av barseldepresjon hos kvinner. I en annen studie som undersøkte den forebyggende effekten av informasjon om barseldepresjon, ble kvinner sendt en brosjyre seks uker etter fødselen. Sammenliknet med dem som

ikke mottok brosjyren, hadde disse kvinnene betydelig lavere EPDS score tre måneder etter fødsel (Heh & Fu 2003). Morrell et al. (2009) rapporterte nedgang i depresjonsscore blant kvinner som fikk støtte fra helsesøstre i Storbritannia. En studie av Brugha et al. (2011), også i Storbritannia, viste at barseldepresjon hos kvinner kunne forebygges i et universelt program. Mødrene i intervensjonsgruppen som fikk støtte fra en trent helsesøster, viste færre depressive symptomer sammenliknet med kvinner i kontrollgruppen seks måneder seinere. Tilsvarende effekt er funnet i en norsk studie (Glavin et al. 2010). Flere tidligere studier indikerer at langvarig barseldepresjon kan forebygges med intervensjon fra primærhelsetjenesten (Chabrol et al. 2002, Elliot et al. 2000, Ray & Hodnett 2004).

Alle familier som får barn i Norge skal tilbys hjemmebesøk av helsesøster inne to uker etter

## «Det har vært lite klinisk fokus på barseldepresjon i Norge.»

hjemkomst fra barsel (Sosial- og helsedirektoratet 2004). Med den korte liggetiden som er i barselavdelinger i dag er dette hjemmebesøket ekstra viktig for å støtte den nye familien. Støtte og informasjon fra helsesøster på hjemmebesøket kan altså ha en forebyggende effekt på depressive symptomer hos barselkvinner. En depresjon hos mor kan ha stor innvirkning på barnet og barnets utvikling (Cooper & Murray 1998, Hay et al. 2001, Luoma et al. 2001). Det kan også gå ut over parforholdet (Dennis & Creedy 2004). Å forebygge en barseldepresjon har dermed ikke bare gevinst for kvinnen, men også for barnet og familien, og må anses som en svært viktig oppgave for helsesøster.

Hjemmebesøket kan også ha andre fordeler. Forskning viser at førstegangsfødende føler seg sikrere i foreldrerollen når de mottar hjemmebesøk fra helsesøster (Willson & Adolfsson 2011). Hjemmebesøk kan også gi nye foreldre støtte i forhold til utviklingen til en familie (Jansson et al. 2003). En studie av Iversen og Kjøllesdal (2011) viste at mødre forventet at helsesøster tok kontakt tidlig etter hjemkomsten fra sykehuset, og de ønsket at den samme helsesøsteren fulgte familien opp på helsestasjonen. Kvinnene mente relasjonen til helsesøster var det viktigste. Kvinnene ønsket å bli tatt på alvor, bli tatt vare på, bli sett og ha en helsesøster som var omsorgsfull og som hadde tid til dem. Kvin-

nene ønsket at helsesøster var mer tilgjengelig og at de hadde fått flere hjemmebesøk (Iversen & Kjøllesdal 2011). Forskning støtter også at helsesøsters tidlig intervensjon til familier har positiv effekt på fysisk helse, mental helse, utvikling og bruk av helsetjenester (Ciliska et al. 2001). Forskning fra USA viser at regelmessige hjemmebesøk til risikofamilier gjennom barnets to første år bidrar til å forebygge emosjonelle problemer, språkproblemer og psykiske problemer hos barn. Det forebygger også omsorgsviskt (Kitzman et al. 2000, Kitman et al. 2010, Olds et al. 2002, Olds et al. 2007, Olds et al. 2010). Det er også dokumentasjon fra Storbritannia på at hjemmebesøk og identifikasjon og behandling av barseldepresjon kan ha positiv effekt på foreldrerollen og mor-barn interaksjon (Bull et al. 2004).

En undersøkelse av Økland og Hjämhult (2010) viser at norske helsesøstre mener det er et stort behov for hjemmebesøk til nye familier og at de er godt kvalifisert til å gjøre denne jobben. Undersøkelsen viste at foreldre med nyfødte i Bergen vanligvis mottar hjemmebesøk to uker etter fødsel, men på grunn av tidspress tilbød helsesøstrene noen ganger bare hjemmebesøk til førstegangsfødende. Undersøkelsen viser altså at helsesøstre ikke alltid tilbyr hjemmebesøk til familier med nyfødte barn selv om det er anbefalt i veilederen. Måten helsesøster presenterer tilbudet på kan også være avgjørende for om familien mottar tilbudet om hjemmebesøk. Hvis hjemmebesøket blir utelatt er det ikke nødvendigvis tidsbesparende, fordi foreldrene da ofte kommer hyppigere på helsestasjonen (Økland & Hjämhult 2010). Helsesøstrene i intervensjonskommunene i denne studien mente det endrete fokuset gjorde at hjemmebesøket ble mer meningsfylt, at det var viktig for foreldrene og at foreldrene opplevde at de fikk støtte og ble tatt vare på (Glavin et al. 2010a).

### Svakheter ved studien

Det faktum at vi ikke brukte andre instrumenter enn EPDS for å identifisere depresjonssymptomer hos kvinnene kan være en begrensning i denne studien. EPDS er imidlertid et godt akseptert screeningsverktøy og et vanlig brukt instrument i prevalensstudier (Buist et al. 2002, Bugdayci et al. 2004, Dindar & Erdogan 2007). Den norske valideringsstudien beregnet sensitiviteten til å være 100 prosent og spesifisitet å være 87 prosent ved bruk av en cutoff på 10 (Eberhard-Gran et al. 2001). Dermed bør EPDS være godt egnet som et screeningsverktøy i en norsk setting.



**MOR OG BARN:** Samspillet mellom foreldre og barn i barnets første levemåner har stor betydning. Depresjon hos mor kan ha negative effekter. Helsesøster kan medvirke til at samspillet blir godt. Illustrasjonsfoto: Colourbox.



**BRA FOR FAMILIEN:** En depresjon hos mor kan gå ut over par forholdet. Å forebygge en barseldepresjon har dermed ikke bare gevinst for kvinnen, men også for barnet og familien. Illustrasjonsfoto: Colourbox.

### Konklusjon

En liten forskjell i informasjon og tilbud på hjemmebesøket to uker etter fødselen var assosiert med en signifikant forskjell i forekomsten av depresjonsymptomer hos kvinnene i de to gruppene. Hvis opplæring av helsesøstre og informasjon til foreldrene på hjemmebesøket kan forebygge tilfeller av barseldepresjon, synes dette å være en god investering. Førstegangsfødende kvinner viste en høyere forekomst enn flergangsfødende, og førstegangsfødende mødre over 36 år var mest sårbare. Tatt

## «Førstegangsfødende mødre over 36 år var mest sårbare.»

i betraktning at gjennomsnittsalderen til fødende øker i Norge, er det spesielt viktig for helsesøster å være oppmerksom på disse kvinnene.

Til tross for at barseldepresjon har vært forsket på lenge, har det inntil for få år siden vært lite klinisk fokus på barseldepresjon i Norge. Med en prevalens i Norge på minst 10 prosent og vissheten om at få av disse kvinnene blir oppdaget, bør barseldepresjon være av stor interesse for helsestasjonstjenesten. Resultatene fra den foreliggende studien og annen forskning om fordeler ved helsesøsters hjemmebesøk bør ha implikasjoner for ressursplanlegging og tilbud til barselkvinner i kommunen.

Denne studien var en del av et doktorgradsarbeid ved Universitetet i Oslo: Glavin K., Smith L. & Sørum R. (2009) Prevalence of postpartum depression in two municipalities in Norway. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 23, 705–710. Studien hadde ikke vært mulig å gjennomføre uten god hjelp fra helsesøstre i kommunene og prosjektleder/helsesøster Bodil Erdal. ■

### Litteratur

- Agoub M., Moussaoui D., Battas O. (2005) Prevalence of postpartum depression in a Moroccan sample. *Arch Womens Ment Health*, May;8(1):37–43.
- Berle JØ., Aarre TF., Mykletun A., Dahl AA. & Holsten F. (2003) Screening for postnatal depression. Validation of the Norwegian version of the Edinburgh Postnatal Depression Scale, and assessment of risk factors for postnatal depression. *Journal of Affective Disorders*, 76, 151–156.
- Brugha TS., Morrell CJ., Slade P. & Walters SJ. (2011) Universal prevention of depression in women postnatally: cluster randomized trial evidence in primary care. *Psychol Med*, 41(4), 739–48.
- Bugdayci R., Sasmaz CT., Tezcan H., Kurt AO. & Oner S. (2004). A cross-sectional prevalence study of depression at various times after delivery in Mersin province in Turkey. *J Womens Health*, 13: 63–68.
- Buist AE., Barnett BE., Milgrom J., Pope S., Condon JT., Ellwood DA., Boyce PM., Austin MP. & Hayes BA. (2002) To screen or not to screen – that is the question in perinatal depression. *Medical Journal of Australia*, 177, 101–105.
- Bull J., McCormack G., Swann C. & Mulvihill C. (2004) Ante- and post-natal home visiting: a review of reviews. (1st ed). Health Development Agency, London.
- Chabrol H., Teissedre F., Saint-Jean M., Teisseyre N., Rogé B. & Mullet E. (2002) Prevention and treatment of post-partum depression: a controlled randomized study on women at risk. *Psychological Medicine*, 32, 1039–1047.
- Ciliksa DK., Pinelli J., DiCenso A. & Cullum N. (2001) Resources to enhance evidence-based nursing practice. *AACN Clin Issues*, 12(4):520–8.

- Cooper PJ, & Murray L. (1998) Postnatal depression, clinical review. *British Medical Journal*, 316, 1884–1886.
- Cox JL, & Holden J. (2003) *Perinatal mental health: A guide to the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)*. Gaskell. London.
- Cox JL, Chapman G, Murray D, & Jones P. (1996) Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) in non-postnatal women. *Journal of Affective Disorders*, 39, 185–189.
- Cox JL, Holden J, & Sagovsky R. (1987) Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *British Journal of Psychiatry*, 150, 782–786.
- Cox JL, Murray D, & Chapman G. (1993) A controlled study of the onset, duration and prevalence of postnatal depression. *British Journal of Psychiatry*, 163, 27–31.
- Dennis CL, & Creedy D. (2004) Psychosocial and psychological interventions for preventing postpartum depression. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 18, CD001134. DOI: 10.1002/14651858.CD001134.pub2.
- Dindar I, Erdogan S. (2007) Screening of Turkish women for postpartum depression within the first postpartum year: the risk profile of a community sample. *Public Health Nursing*, 24: 176–83.
- Dørheim SK., Bondevik GT., Eberhard-Gran M. & Bjorvatn B. (2009) Sleep and depression in postpartum women: a population-based study. *Sleep*, Jul;32(7):847-55.
- Eberhard-Gran M., Eskild A., Tambs K., Samuelsen SO, & Opjordsmoen S. (2002) Depression in postpartum and non-postpartum women: prevalence and risk factors. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 106, 426–433.
- Eberhard-Gran M., Eskild A., Tambs K., Schei B. & Opjordsmoen S. (2001) The Edinburgh Postnatal Depression Scale: Validation in a Norwegian community sample. *Nordic Journal of Psychiatry* 55, 113–117.
- Elliott SA, Leverton TJ, Sanjack M, Turner H, Cowmeadow P, Hopkins J & Bushnell D. (2000) Promoting mental health after childbirth: a controlled trial of primary prevention of postnatal depression. *The British Journal of Clinical Psychology*, 39, 223–241.
- Erdal B. (2007) Prosjekt, "Tilpasningsvansker og psykiske reaksjoner hos kvinner i forbindelse med svangerskap, fødsel og barseltid", 2004–2006. Bærum kommune.
- Gale S, & Harlow BL. (2003) Postpartum mood disorders: A review of clinical and epidemiological factors. *Journal of Psychosomatic and Obstetric Gynecology*, 24, 257–266.
- Georgiopoulos AM, Bryan TL, Wollan P, & Yawn BP. (2001) Routine screening for Postpartum Depression. *Journal of Family Practice*, 50, 117–122.
- Glavin K. (2010) Women with postpartum depression – an early identification and intervention study. Faculty of Medicine. University of Oslo.
- Glavin K. (2012) Preventing and treating postpartum depression in women – a municipality model. *Journal of Research in Nursing*, 17(2), 142–156.
- Glavin K., Ellefsen B. & Erdal B. (2010a) Norwegian Public Health Nurses' Experience in Using a Screening Protocol for Postpartum Depression. *Public Health Nursing*, 27, 255–261.
- Glavin K., Smith L., & Sørum R. (2009) Prevalence of postpartum depression in two municipalities in Norway. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 23, 705–710.
- Glavin K., Smith L., Sørum R. & Ellefsen B. (2010) Redesigning community postpartum care to prevent and treat postpartum depression in women – a one year follow up study. *Journal of Clinical Nursing*, 19, 3051–62.
- Hay DF, Pawlby S., Sharp D., Asten P., Mills A. & Kumar R. (2001) Intellectual problems shown by 11-year-old children whose mothers had postnatal depression. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 42, 871–889.
- Heh SS, & Fu YY. (2003) Effectiveness of informational support in reducing the severity of postnatal depression in Taiwan. *Journal of Advanced Nursing*, 42, 30–36.
- Helsetilsynet (2012) Styre for å styrke. Rapport fra tilsyn med helsestasjonsvirksomheten. Rapport fra Helsetilsynet 1/2012.
- Hjälmlund E. (2009) Skal helsesøster tilby hjemmebesøk til alle foreldre med nyfødt barn? *Sykepleien Forskning*, 4, 18–27.
- Iversen HH, & Kjøllesdal JG. (2011) Utvikling av metode for å måle erfaringer med svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgen. PasOpp-rapport nr. 2–2011. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2011.
- Jansson A, Sivberg B., Wilde Larsson B. & Uden G. (2003) Hembesøk kan ge nyblivna föräldrar stöd at utvecklas som familj. Första mötet med barnhälsovården viktig för den fortsatta kontakten. *Läkartidningen*, 100 (15), 1348–50.
- Kitzman H., Olds DL., Sidoru K. et al. (2000) Enduring effects of nurse home visitation on maternal life course: A 3-year follow-up of a randomized trial. *Journal of the American Medical Association*, 283 (15), 1983–1989.
- Kitzman H., Olds DL., Cole RE. et al. (2010) Enduring effects of prenatal and infancy home visiting by nurses on children: follow-up of a randomized trial among children at age 12 years. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 164(5):412-8.
- Lanes A., Kuk JL. & Tamim H. (2011) Prevalence and characteristics of Postpartum Depression symptomatology among Canadian women: a cross-sectional study. *BMC Public Health*, May 11.
- Luoma I, Tamminen T., Kaukonen P., Laippala P., Puura K., Salmelin R. & Almqvist F. (2001) Longitudinal study of maternal depressive symptoms and child well-being. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, Dec;40 (12):1367-74.
- MacArthur C., Winter HR., Bick DE., Knowles H., Lilford R., Henderson C., Lancashire RJ., Braunholtz DA. & Gee H. (2002) Effects of redesigned community postnatal care on womens' health 4 months after birth: a cluster randomised controlled trial. *Lancet*, 359, 378–385.
- Morrell CJ., Slade P., Warner R., Paley G., Dixon S., Walters SJ., Brughu T., Barkham M., Parry GJ. & Nicholl J. (2009) Clinical effectiveness of health visitor training in psychologically informed approaches for depression in postnatal women: pragmatic cluster randomized trial in primary care. *British Medical Journal*, 338, a3045.
- O'Hara MV. & Swain AM. (1996) Rates and risk of postnatal depression—a meta-analysis. *International Review of Psychiatry*, 274, 740–743.
- Økland T. & Hjälmlund E. (2010) Hjemmebesøk til familier med nyfødt barn. Rapport fra kartlegging av helsesøsters tilbud ved helsestasjoner i Bergen. Bergen kommune og Høgskolen i Bergen.
- Olds DL., Kitzman H.J., Cole RE. et al. (2010) Enduring effects of prenatal and infancy home visiting by nurses on maternal life course and government spending: Follow-up of a randomized trial among children at age 12 years. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 164(5):419-24.
- Olds DL., Kitzman H., Hanks CJ. et al. (2007) Effects of nurse home visiting on maternal child functioning: Age-9 follow-up of a randomized trial. *Pediatrics*, 120(4), e832-e845.
- Olds DL., Robinson J., O'Brien R., Luckey DW., Pettitt LM., Henderson C.L., Rosanna K. Ng RK., Sheff K.L., Korfmacher J., Hlatt S. & Talmi A. (2002) Home Visiting by Paraprofessionals and by Nurses: A Randomized Controlled Trial. *Pediatrics*, 110, 486–496.
- Ray KL. & Hodnett ED. (2004) Caregiver support for postpartum depression (Cochrane Review). *The Cochrane Library*, Issue 1, 2004.
- Seeley S. (2001) Strengths and Limitations of the Edinburgh Postnatal Depression Scale. In *Postnatal depression and maternal mental health: A public health priority*. Conference proceedings. Community Practitioners' and Health Visitors' Association. London.
- Segre LS., O'Hara MW., Arndt S. & Beck CT. (2010) Screening and counseling for postpartum depression by nurses: the women's views. *MCN Am J Matern Child Nurs*, Sep-Oct;35(5):280-5.
- Sosial- og helsedirektoratet. (2004) Kommunenes helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjeneste. Veileder til forskrift av 3. april 2003 nr. 450.
- Stewart DE., Robertson E., Dennis CL. & Grace S. (2004) An evidence-based approach to post-partum depression. *World Psychiatry*, 2004 3, 97–98.
- Wickberg B. & Hwang CP. (2003) Post partum depression – nedstämthet och depression i samband med barnefödande. *Statens folkhälsoinstitut* 2003:59.
- Wilsson M. & Adolffson A. (2011) Mother's need of support and their expectations of the BVC nurse at the first home visit—an interview study. *Open Journal of Nursing*, 1, 51–58.

# Veiledning som metode

## LEDERSTAFETTEN

Barn, unge og foreldre er de som best kjenner egen situasjon og egne behov. Som leder er det viktig å få medarbeidere til å ha et bevisst forhold til råd og veiledning, og brukernes innflytelse på egen situasjon.

Som mennesker har vi vel alle erfart at egen motivasjon er avgjørende for om vi engasjerer oss i en sak. Høy grad av motivasjon fører til handling, og ønske om å gjøre jobben så godt som mulig. I helsestasjon- og skolehelsetjenesten er det mange oppgaver som er pålagt gjennom lov, forskrifter, retningslinjer for tjenesten og veiledere. I veilederen *Kommunenes helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten* fremheves rådgivning og veiledning sammen med brukermedvirkning som metode. Som helsesøster innebærer det at vi i møte med familier, barn og unge, planlegger og foreslår tiltak. Dette skal skje med brukermedvirkning, og brukerne må få nødvendig opplysning om hvorfor temaet er tatt opp, innsikt i undersøkelser og målinger som er gjort og hvilken hensikt tiltakene er ment å ha. Som leder er det viktig å bevisstgjøre egne medarbeidere på disse problemstillingene.

## «Helsesøsters rolle er å støtte foreldrene i sin foreldrerolle.»

I kollegiale sammenhenger kommer det ofte opp at man opplever det som vanskelig å få gode resultat av endringstiltak. Vi sliter med å ha gode nok metoder for å registrere og vurdere om tiltakene har ønsket effekt. Effekten av tiltak er ikke alltid lett å se eller oppdage på kort sikt. Faglig oppdatering,

evidens og forskning skal bidra til at vi har kunnskaper til å iverksette egnede tiltak. Når man selv ivrer og brenner for en sak, er det lett å prøve å få andre til å bli engasjert i samme sak. Som helsesøstre har vi et ansvar for å fungere som et hjelpemiddel for andres problemer. Vi skal tilegne oss kunnskap som er faglig begrunnet, vi skal gjøre oss tilgjengelige for brukerne, og vi skal ha en fremtreden som innbyr til tillit og respekt for brukerne. Allikevel opplever vi at endringstiltak for brukere i helsestasjon- og skolehelsetjenesten kan være vanskelige å gjennomføre med synlig eller ønsket resultat.

### Opplyst, men rådvill

Til tross for at dagens foreldregenerasjon er den mest utdannede noensinne, synes det allikevel å være et stort behov for veiledning og folkeopplysning. Det utdannes stadig nye eksperter, der helsesøstre er en av yrkesgruppene. Helsestasjonen har høy troverdighet

i befolkningen, og foreldrene bruker helsestasjonen til å søke råd og veiledning. Mange søker å finne svar i forskjellige medier, på nettet og i aviser og ukepresse. Mange foreldre opplever åpenbart et behov for å få en ekspertuttalelse i forkant av avgjørelser de opplever som viktige. Med klarhet og

autoritet kan ekspertene fortelle hva de bør gjøre eller ikke. I denne virkeligheten av ønsket rådgivning, må helsesøster være bevisst sin rolle. Mange av spørsmålene foreldrene søker råd om er spørsmål der foreldrene selv har de beste forutsetningene for å svare. Det er foreldrene som kjenner barnet best. Helsesøsters rolle er da å støtte foreldrene i sin foreldrerolle med å tørre å ta egne avgjørelser og stole på at disse virker, mere enn å gi råd. Kan det være slik at rådene man i sin iver gir kan fungere mot sin hensikt? Kanskje skaper det en forståelse av at «vanlig» foreldreskap ikke er tilstrekkelig? Kanskje er det til og med slik at jo flere råd og jo mere veiledning foreldrene får, desto mere usikre blir de? Andre ganger kan helsesøsters kunnskap og faglige vurdering være nødvendig for å gi gode og riktige råd når foreldrenes egen kunnskap ikke er nok. Balansert veiledning blir til syvende og sist helsesøsters vurdering i den enkelte situasjon.

Når det gjelder endringsbaserte tiltak er det ikke alltid at foreldrene søker råd, men at helsesøster påpeker et mulig problem utfra de undersøkelser og målinger som er gjort, eller med utgangspunkt i en faglig vurdering hun gjør. Endringsbaserte tiltak som gjelder barn skal som hovedregel ha innsatsen rettet mot foreldrene, mens tiltak for ungdom skal rettes mest mot ungdommen.

### Hvem eier bekymringen?

Den bekymringen helsesøster avdek-



■ I lederstafetten skriver helsesøstre i lederstillinger om aktuelle tema. Stafettpenningen sendes videre i hvert nummer.



## ■ Av Bjørg Ireen Fønnebø

Bjørg Ireen Fønnebø  
Ledende helsesøster  
Alstahaug kommune

ker er ikke nødvendigvis en bekymring foreldrene deler eller aktivt søker råd om. I vår iver og vårt engasjement kan det være lett å komme med forslag som foreldrene ikke er forberedte på eller enige i. Helsesøster må ta ansvaret for å etablere et klima og en atmosfære som innbyr foreldrene til samarbeid. Helsesøster må godta at foreldrene trenger tid til å akseptere problemet, og gi foreldrene mulighet til å komme med forslag til tiltak som passer for deres barn, deres familie og hverdag. Kunnskap om motiverende samtaleteknikker vil kunne være til nytte. For at endring skal skje må den det gjelder, eller den som har hovedansvaret for barnet, se problemet og være motivert for endring. Det første man må ta ansvaret for er å etablere møtepunkter for å bli kjent med hverandre. Man må ha mulighet for å etablere en form for «allianse» med familien. Helsesøster må akseptere at den som eier problemet kanskje har andre preferanser, tidsperspektiv, definisjoner av helse, og velger annerledes enn det helsesøster vet er et bedre valg. Den som har omsorgsansvaret må være en aktiv aktør, og være den som setter målene og tiltakene. Denne mobiliseringen må gjelde både i prosessen og i endemålet. Individuell mobilisering vil bedre kunne gi den som eier problemet en opplevelse av å ha kontroll over eget liv, gi forventning om mestring og en opplevelse av å inneha kompetanse om hva som er best for en selv eller sitt barn. Bare det å være i stand til å mobi-



**GI STØTTE:** Helsesøsters rolle er noen ganger å støtte foreldrene, slik at de våger å ta egne avgjørelser, skriver Bjørg Ireen Fønnebø.

lisere styrke til å ta valg, viser at vedkommende har kunnskap, ferdigheter, handlingskompetanse og ressurser til å foreta helsefremmende livsstilsvalg. Helsesøsters viktigste rolle er å støtte opp under denne opplevelsen. Helsesøsters rolle blir å være tilgjengelig, og hjelpe til å holde motet oppe hos foreldre og barn eller ungdommen når de opplever at motivasjonen svinger - vi vet at motivasjonen vil svinge. Det betyr å tilby råd og kunnskap, men ikke påtvinge råd og kunnskap de ikke vil ha eller ikke trenger. Dersom tiltakene og tidplanene ikke oppleves som egne valg, vil det ofte føre til at man vegrer seg, eller trekker seg helt ut av samtalen.

Fordi foreldrene gjør valg på vegne av sine barn må helsesøster på eget grunnlag gjøre sine vurderinger og bruke den fagkunnskapen og erfaringen hun har tilegnet seg. Av og til kan det bety at helsesøsters bekymring ikke samsvarer med foreldrene. Det blir da

helsesøsters vurdering om hun skal fortsette flere runder med foreldrene eller om hun skal henvise til annen instans. I mange situasjoner blir oppgaven bedre løst med samarbeid mellom flere typer helsepersonell. Ved å ha en åpen dialog med foreldrene, må en i felleskap komme fram til hvem som skal ha koordineringen og oppfølgingen av tiltakene, slik at det ikke oppleves som kaotisk for foreldrene.

### Barnets beste

Hva er det beste for barnet/ungdommen på kort og lang sikt? Et overordnet prinsipp for all offentlig innsats overfor barn og unge er hensynet til barnets beste. Ulike tjenester har imidlertid ulike oppfatninger og vurderinger av hva som er barnets beste. Det er en utfordring å komme fram til en enhetlig oppfatning om hva som vil være det beste for det enkelte barn eller ungdom, og på det grunnlaget gi et samordnet tilbud basert på individuelle behov.

# «Et overordnet prinsipp er hensynet til barnets beste»

## LEDERSTAFETTEN

### Et eksempel fra praksis

Ved Alstahaug helsestasjon har vi samarbeid med leger og Frisklivssentralen i tilbud til overvektige barn. Når problemstillingen avdekkes på helsestasjonen inviteres barn og foreldre til en samtale.

Gjennom samtalen skal foreldrene finne ut om de ønsker videre oppfølging. For å dyktiggjøre helsepersonellet til å føre gode samtaler, får alle tilbud om kompetanseheving i samtaleteknikk. Ved at flere faggrupper deltar på samme opplæring skal det bidra til større forståelse for hverandres situasjon, og til bedre å kunne planlegge opplegg der vi bruker vår kompetanse på rett tiltak.

Vi tar som utgangspunkt Nasjonale faglige retningslinjer for Forebygging, utredning og behandling av overvekt og fedme hos barn. Alle aktuelle familier har fått invitasjon til å delta på kurs om sunn mat med dietetiker, fysioterapeut og helsesøster. Det er fire samlinger over ett år. Lege har samtale med alle familiene hvert halvår, men helsesøster har oppfølgingsamtaler fra en til seks måneders mellomrom. Alle barnehagene i kommunen har fått tilbud om sunn-kost kurs. Hensikten er at alle instanser som naturlig arbeider med og rundt barnet skal ha oppdatert og mest mulig lik kunnskap på temaet kost. Foreldrene skal kunne oppleve trygghet i at

fagpersoner gir riktig svar når de søker råd og veiledning. Frisklivssentralen har treningstilbud med kondisjonstester som ledd i tiltakskjeden. Treningstilbudet går over åtte uker, med mulighet for forlengelse. ■

### Referanser:

1. Kommunenes helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten. (IS-1154) Helse- og sosialdirektoratet 2003.
2. Marit Sørensen, Sidsel Graff-Iversen: Hvordan stimulere til helsefremmende atferd? Tidsskrift for Lægeforeningen nr.6, 2001
3. Bjørgen, D. & Westlund, H. (2009). Rollen som motivator med brukererfaring
4. Barth, T., Børtveit, H. og Prescott, P. (2001): Endringsfokusert rådgivning. Oslo Gyldendal Akademiske

## MINNEORD

### Til minne om Else Davidsen

Vi fikk den triste beskjed at Else Davidsen døde 31.7.12.

Else Davidsen var født i 1946. Hun arbeidet i Stavanger kommune, først som sykepleier i hjemmebaserte tjenester og senere på Slåtthaug sykehjem. Elses ektemann arbeidet innen oljevirksomhet og på grunn av dette flyttet de en del. Else hadde derfor arbeidet som sykepleier flere steder i USA. I tillegg til flere stillinger innen sykepleiefaget i Norge.

Else tok Helsesøsterutdanning i Stavanger 2002 til 2004 og videreutdanning i psykisk helsearbeid 2005 til 2007 ved Universitetet i Stavanger.

Else arbeidet hos oss på Hinna helsestasjon i Stavanger fra 2004 til 2009. Først arbeidet hun som vikar, så som medarbeider i prosjekt Helsestasjon for ungdom i ungdomsskolene på Hinna. Senere arbeidet hun fast ved helse-

stasjon og skolehelsetjenesten. Hun var skolehelsesøster ved Godeset skole og ved Den Britiske skole.

Else var en jente i voksen alder med godt humør og mye engasjement og glede. Hun hadde alltid noe hyggelig å si, kom alltid med en god replikk, gav små hilsener med ros og visdomsord i posten og på våre møter, små gode gullkorn enten som hun hadde funnet i litteraturen eller som hun hadde skrevet selv. Hun gledet seg over livet og hun gav av seg selv. Vi fikk en uforglemmelig tur til hennes hytte på Vega. Det var en fantastisk tur fylt av sol og glede pluss opplevelser av Vegas vakre natur, med Else som fortalte og viste oss alt som fantes av kultur og natur på Øya.

Else var en kunstner i å lage tepper og bilder av lappeteknikk. Hun har laget mange vakre arbeider. Vi på Hinna helsestasjon har

fått bilder og løpere av henne som vi bruker her, de er i glade farger og utført med tanke på de som skulle ha dem.

På vår arbeidsplass på Hinna i Stavanger var hun med på å gjøre miljøet positivt og spennende.

Else sluttet her våren 2007 for å flytte hjem til Vega, nærmere familien og med bedre mulighet til å følge sin mann i hans arbeid i utlandet. Vi fikk vite senere samme år at hun hadde fått kreft, en sykdom som hun kjempet tappert imot.

Vi hadde så inderlig håpet å treffe henne igjen. Vi takker for alle gode minner hun gav oss.

*For helsesøstrene på Hinna helsestasjon Stavanger, Åse Gjengedal Knudsen.*



## Nyhet!

# Natusan® first touch. Utviklet for den nyfødte hudens unike behov.

Forskning viser at spedbarnshud er nesten en tredel tynnere enn voksen hud<sup>1</sup> og at den mister fuktighet raskere.<sup>2</sup> Dessuten får 60 prosent av spedbarna tørr hud i løpet av det første leveåret,<sup>2</sup> og opp til 50 prosent får utslett på stumpen i løpet av bleiealderen.<sup>3</sup>

Hudpleieproduktene i serien Natusan first touch er utviklet spesielt for den nyfødte hudens unike behov og inneholder verken parfyme eller fargestoffer. Bak Natusan ligger et omfattende dokumentasjonsarbeid og mer enn 60 års klinisk erfaring.



**Dokumentert mild for huden**  
Test av ingrediensene  
Test for sikkerhet og toleranse  
Dermatologisk testet



**No More Tears® – Mild mot øynene**  
Test av ingrediensene  
In vitro-tester, irritasjon og tåreflom  
In vivo-tester, irritasjon og kløe



Samtlige produkter



Sinksalve, badeolje, lotion og sjampo

<sup>1</sup>Stamatas GN et al. Infant skin microstructure assessed in vivo differs from adult skin in organization and at the cellular level. *Pediatric Dermatology*, 2009; July/Aug issue.

<sup>2</sup>Nikolovski J, et al. Barrier function and water-holding and transport properties of infant stratum corneum are different from adult and continue to develop through the first year of life. *J Invest Dermatol* 2008; 128:1728–36.

<sup>3</sup>Atherton D, Mills K. What can be done to keep babies' skin healthy? *RCM. Midwives* 2004;7:288–290.

For mer informasjon, send en e-post til [nordicconsumerservice@its.jnj.com](mailto:nordicconsumerservice@its.jnj.com)



Omsorg for livet

# Trivselstiltak skal hjelpe barn av psykisk syke

På Tirsdagstreffet kan psykisk syke foreldre dele erfaringer, mens barna deres får gode opplevelser gjennom lek og samtaler. På denne måten vil vi forebygge psykiske lidelser hos barna.



■ Kjellaug L. Lea, helsesøster Alstad barne-skole, gruppeleder i Tirsdagstreffet ved Mørkved familiesenter.

**T**irsdagstreffet er en nettverksgruppe for foreldre som strever psykisk og deres barn i alder 0 - 12 år. Det er et lavterskeltilbud. Brukerne definerer selv hva det vil si å streve psykisk, og de trenger ingen henvisning fra lege eller en diagnose for å benytte seg av tilbudet. Foreldrene og barna møtes annenhver uke. Vi har åpent mellom 16.00 og 19.30. Treffet ledes av fire gruppeledere.

Det vektlegges stor grad av brukerstyring. Brukerne er med og bestemmer innhold i treffet og minst én representant for brukerne er med i planleggingen, der det settes opp en halvårsplan.

Forskning viser at barn av psykisk syke er i risikogruppe for selv å utvikle psykiske problemer senere i livet. Dette ønsker vi å forebygge gjennom å styrke barnets beskyttelsesfaktorer.

Det gjør vi blant annet ved å

- styrke barnas kontakt med foreldrene og andre voksne.
- gi barna gode erfaringer gjennom lek og samvær med andre barn
- hjelpe til med å utvikle et språk for følelser og hjelp til å snakke sammen.
- gi barna mestringsopplevelser

## Bakgrunn

Høsten 2006 inviterte psykiske helsearbeidere i Bodø kommune til et møte for å drøfte manglende tilbud til barn med psykisk syke foreldre. Foreldre som hadde

deltatt på et gruppetilbud i tilknytning til innleggelse ved Nordlandssykehuset etterlyste et bedre kommunalt tilbud til seg og sine barn. I løpet av 2007 var treffet en realitet og ble vedtatt videreført i 2008 gjennom ordinær drift i et samarbeid mellom Helse- og sosialavdelingen (HS), og oppvekst og kulturavdelingen (OK). Treffet ble utformet i nært samarbeid med foreldreprerentant og fulgt og evaluert i masterstudien «Vi ses på tirsdag!» (Skogøy 2009).

## Felles middag

Tidsklemma er en del av hverdagen for de fleste barnefamilier. Det ble derfor tidlig bestemt at middagslaging skulle prioriteres. Dette for å få bedre tid til å være sammen.

Det har etter hvert vist seg at dette var nyttig også av andre grunner. Barna kan være med å forberede middagen og opplever mestring med det. De voksne skryter av maten og forteller hvor flinke barna har vært. Måltidet starter med at et av barna tenner et lys på bordet og barna velger en sang de vil synge, vi ønsker en god stemning ved bordet. Når alle har forsynt seg og falt til ro rundt bordet snakker vi hyggelig sammen om hva barna har opplevd siden sist vi møttes. Barna er flinke til å lytte til hverandre, men noen ganger må man rekke opp ei hånd for å komme til orde. Vår oppgave som gruppeledere er å påse at alle barna blir sett og bekreftet på en god måte.

Etter middag har vi en felles aktivitet, gjerne høyt-

lesning fra ei barnebok, en liten historie som tematiserer følelser som redsel, sinne, glede, tristhet, vennskap og forandring. En av foreldrene kan lese høyt hvis de ønsker.

Så deler man seg i to grupper. Foreldrene har samtalegruppe hvor de sammen med to gruppeledere eventuelt fortsetter på det temaet de startet med under høytlesningen. Andre tema som drøftes er utfordringer i forelderrollen og positivt samspill med sine barn.

#### Aktivitetsgruppe

Barna har sin aktivitetsgruppe. Også her kan man fortsette på det temaet som ble tatt opp i fellesstunden. Barna leker, tegner, maler og gjør andre hyggelige ting. En utfordring kan være å finne aktiviteter som fenger ved stor aldersspredning i gruppen.

Før vi avslutter kvelden møtes alle, og foreldrene ser hva barna har arbeidet med i løpet av kvelden og gir positiv tilbakemelding på dette.

#### Forebyggende tiltak

Treffet er ment å være et forebyggende tiltak for barn. Det er utviklet i samråd med foreldrene selv og skal være et ikke-terapeutisk tilbud. Flere av foreldrene opplever treffet som forebyggende i forhold til egen psykisk helse. De møter likesinnede, deler erfaringer og får «lettet litt på trykket» slik at de føler seg bedre. Gruppetilbudet bidrar til å bygge ned tabuer rundt det å slite psykisk og styrker foreldrenes evne til å snakke egen og barnas sak. Gruppen bidrar til fellesskap med andre familier. Vi er lokalisert på Mørkved familiesenter som ligger noen kilometer utenfor Bodø by, men vi rekrutterer familier fra hele kommunen. Siden familiene bor spredt, er det opp til den enkelte å gjøre avtaler om de vil ha kontakt utenom hver fjortende dag.

## «Barn av psykisk syke er i risikogruppe for selv å utvikle psykiske problemer.»

Det søkes om inntak i treffet. Vi har en grense på fem til åtte familier, dette har med plassforhold og organisering å gjøre. Både voksne og barn er glade i å dra på turer i naturen. Vi har et flott uteområde og planlegger turer, men kan også ta det på sparket når det passer.

#### Må møte andre

I tirsdagstreffet blir man «tvunget» til å møte folk, til å være aktiv med ungene sine. Faren for isolasjon

enten frivillig eller ufrivillig er stor i familier som sliter i hverdagen. Hos oss skal barnet oppleve å bli møtt og sett utfra sitt utviklingsnivå, de større barna kan få hjelp til å sette ord på følelser og tanker. En gutt på ni år sier det slik: «Ho har en sykdom som gjør at ho kan bli veldig fort lei sæ og sur, og så e tirsdagstreffet sånn at vi ska vite at vi ikke e aleina med det.» (Skogøy 2009).

#### Erfaringer

Evaluering av Tirsdagstreffet viser at brukerne er fornøyd, men det har også vist at det er et behov for å identifisere disse familiene tidligere, og for



**SOSIALT:** På Tirsdagstreffet møter foreldrene andre voksne som er psykisk syke - og de får trening i å omgås andre. Illustrasjon: Colourbox.

en bedre koordinering i kommunen av tilbud. Flere av foreldrene har psykiske vansker som tidligere har medført innleggelse eller poliklinisk behandling. Flere av barna har vært i behandling på BUP.

Tverrfaglig samarbeid rundt barn av psykisk syke foreldre har vært gjenstand for mye famling og usikkerhet. Det er viktig at barnets nærmeste opplever å bevare sin foreldreautoritet.

Psykisk sykdom som depresjon og psykoser vil påvirke foreldrefunksjon og familielivet på forskjellige måter, det er viktig å skaffe seg en oversikt over barnets omsorgssituasjon.

I Føre Var prosjektet 2009-2011 ved prosjektleder Bjørg Eva Skogøy, blei det utformet et kartleggings-skjema til bruk i legetjenesten og i psykisk helsevern, og kommunen etablerte en koordinator for *Barn som pårørende* til å ta imot henvendelser.

Samhandling og koordinering i kommunen er viktig for å lykkes med å etablere forebyggende tiltak.

## «Det er viktig å bryte ned tabuer.»

Dette krever mer åpenhet rundt familier som strever psykisk og et fordomsfritt møte med mennesker i hjelpeapparatet som skaper tillit. Det er viktig å bryte ned tabuer rundt det å snakke med foreldre som strever psykisk om hva dette kan bety for foreldrenes omsorgsevne. Helsefremmende og forebyggende tiltak for denne målgruppen har et betydelig potensial for nytenking og utvikling av samhandling.

### Personalet

Vi som arbeider i treffet har forskjellig erfaringsbakgrunn og bidrar med vår tverrfaglighet. En er psykiatrisk hjelpepleier, en er utdannet førskolelærer, en sosionom og jeg som er helsesøster med videreutdanning innen psykisk helse og arbeider i barneskolen. Vi gruppelederne avslutter alltid treffet med å oppsummere kvelden og gi hverandre konstruktive tilbakemeldinger. Vi ser at vi kan utfylle hverandre og bidra med vår faglighet. I tillegg har vi hatt behov for veiledning på både praktiske og etiske problemstillinger, vi har fått det fra flere hold, nå i dag fra nytilsatt kommunepsykolog. Foreldrenes tillit bevares ved at vi er i dialog og innhenter samtykke for å snakke

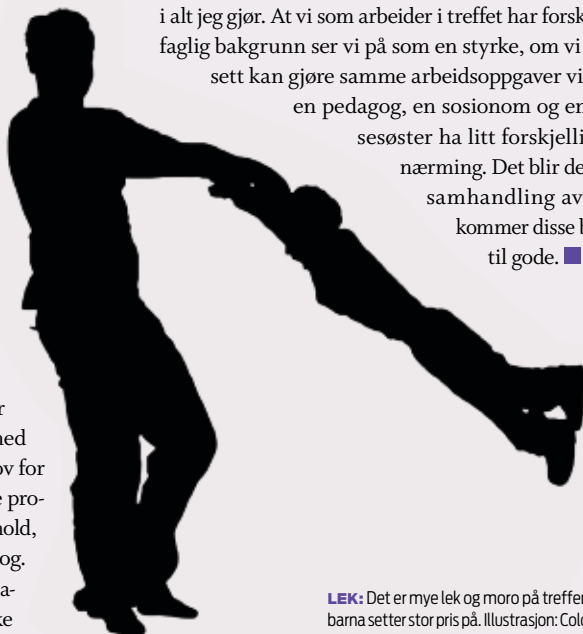
med enkeltbarn eller for å formidle kontakt til andre i barnevern, skole og barnehage og barnets helsesøster.

Vi er stadig åpen for utviklingsarbeid. Undertegnede startet i Tirsdagstreffet etter nyttår og har fått være med å drøfte måldokument for treffet og utforme et nytt skjema for en kartleggingssamtale før inntak i treffet. Denne «bli-kjent-samtalen» gir en bedre start for foreldre og barn og klargjør forventninger oss imellom. Vi vil jobbe for mer plass til individuelle samtaler med foreldre og barn og eventuelt mer foreldreveiledning underveis. Flere av brukerne har vært med over flere år, og det tyder på at de trives - eller at disse foreldrene ikke finner tilbud som kan erstatte tirsdagstreffet.

Fra 1.januar 2010 ble det vedtatt en lovendring som gir alt helsepersonell plikt til å bidra til å barn som pårørende får informasjon, og nødvendig støtte og oppfølging. Gjennom jobben i Tirsdagstreffet har jeg mulighet til å oppfordre foreldrene til å være åpen om sin situasjon ovenfor barnehage og skole. Overraskende nok har jeg opplevd at enkelte holder sin situasjon «hemmelig» også ovenfor barnets helsesøster, til tross for at de er i behandling innenfor psykisk helsevern. Dette mener jeg forhindrer at barnet får utvidet den støtte og oppfølging som det kunne ha fått og har krav på.

Tirsdagstreffet er et sosialt møtested for foreldre som strever psykisk, og ikke minst for deres barn; et trivselstiltak med en forebyggende hensikt. Det åpner absolutt opp for at jeg som helsesøster kan tenke helse i alt jeg gjør. At vi som arbeider i treffet har forskjellig faglig bakgrunn ser vi på som en styrke, om vi stort sett kan gjøre samme arbeidsoppgaver vil nok

en pedagog, en sosionom og en helsesøster ha litt forskjellig tilnærming. Det blir det god samhandling av som kommer disse barna til gode. ■



LEK: Det er mye lek og moro på treffene, noe barna setter stor pris på. Illustrasjon: Colourbox.

# HVOR VAR DET JEG FIKK TAK I...?



## Hodeomkretsband

Enkel og pålitelig måling av barns hodeomkrets.  
Laget av teflon – strekkes ikke som  
vanlige målbånd.



## Enuresealarmer

Kvalitetsalarmer for utlån til foreldre.  
Enkle i bruk. Vi gir veiledning og råd!



## Sammenleggbar spedbarnsvekt

Populær, lett og praktisk  
spedbarnsvekt for hjemmebesøk.

Før: kr 4990,-

**Nå: kr 3990,-**  
inkl. bæreseske, mva. og frakt!



**Helsestøster**butikken

[www.helsestøsterbutikken.no](http://www.helsestøsterbutikken.no) • Telefon: 21 09 54 40

ALLTID GRATIS FRAKT!

# Ta vare på din fruktbarhet

Foreningen Ønskebarn vil få ungdom til å beskytte seg mot kjønnsykdommer og ta vare på sin fertilitet.



■ Av **Renate Kurszus**, styreleder i Ønskebarn, norsk forening for fertilitet og barnløshet

**D**et er mange grunner til at folk strever med å få barn. Ofte er årsakene medisinske, det stilles diagnoser og man blir tilbudt behandling. Denne behandlingen kan bidra til å øke sjansene for at man lykkes med å få barn. Andre ganger er det ikke mulig å påvise noen bestemt årsak til at graviditet ikke inntreffer, og man er uforklarlig barnløs. Aldersaspektet er stadig under debatt. Problemstillingen er om vi her i Norge venter for lenge med å få barn i dag, slik at når man først forsøker er mulighetene ikke like gode som da kvinnen og mannen var yngre. Uansett, sorgen og lengselen er like stor når man ikke lykkes.

Noen vil hevde at det ikke er så mange det gjelder. Videre argumenteres det imot at samfunnet skal belastes med blant annet de økonomiske konsekvensene. Enkelte mener at dette ikke er samfunnets ansvar overhodet. Jeg mener at disse temaene absolutt er samfunnets anliggende. Jeg vil her sette søkelyset på en av årsakene til nedsatt fruktbarhet, og dermed også ufrivillig barnløshet, og argumentere for hvorfor det er så viktig at samfunnet bryr seg om dette problemet. Vi i Ønskebarn mener vi kan bidra til at barnløshet ikke blir et enda større problem i framtiden. Kampanjen «Ta vare på din fruktbarhet» er ett eksempel på noe man kan gjøre selv. Og for oss som jobber med ufrivillig barnløshet handler det om forebyggende arbeid.

## Forebyggende arbeid

Vi ser gjennom vårt samarbeid med andre europeiske pasientorganisasjoner at stadig flere blir opptatt av forebyggende arbeid. Det er ofte kampanjer som retter seg mot den yngre delen av befolkningen med den hensikt å forebygge. Israel, Belgia og Sverige har alle hatt ulike forebyggende kampanjer. Man kan si at både







**MORSLYKKE:** Å få barn er en av de store gledene i livet, og flere kan få oppleve denne gleden hvis de beskytter seg mot kjønns sykdommer. Illustrasjonsfoto: Colourbox.



Ønskebarn og andre pasientorganisasjoner tradisjonelt har vært mest opptatt av å jobbe med pasientene når de allerede er rammet av sykdom og er i en vanskelig livssituasjon. Jeg mener at noe av fokuset vårt, som pasientorganisasjon, må flyttes. Vi har også et ansvar for å hjelpe og veilede befolkningen slik at de ikke blir vår framtidspasienter. Altså å jobbe forebyggende. Selv om vårt arbeid i stor grad er tuftet på det faktum at det eksisterer pasienter, ønsker vi til syvende og sist ikke flere av dem.

Ufrivillig barnløshet er dessverre så «vanlig» i dag at politikere og helsemyndigheter ikke lenger kan nedprioritere verken temaet eller pasientene. For å lykkes med dette arbeidet må det flere endringer til. Jeg mener man må vri på den eksisterende tankegangen om hva vi vil med dagens seksualundervisning. Vi må prøve å endre synet mange har om ufrivillig barnløse og vi må ikke minst endre tankemåter for å kunne hjelpe og inkludere denne pasientgruppen i det flotte helsetilbudet vi har i Norge i dag. På landsbasis antar man at én av sju par er rammet av ufrivillig barnløshet. I Norge dreier det seg da om rundt 40 000 mennesker. I de fleste nabolag, skoleklasser, lunsjkantiner, middagsselskap og sosiale tilstelninger er det noen som har kommet til ved hjelp av assistert befruktning, er rammet av ufrivillig barnløshet eller vil bli det i fremtiden. Likevel tror de fleste at de ikke kjenner noen som strever.

#### Vanskelig å snakke om

Det er mange grunner til at folk strever med å få barn, og det er like mange grunner til at folk velger ikke å snakke om det. Det er vanskelig å snakke om ufrivillig barnløshet. Både for politikere, helsepersonell og for

**KAMPANJEKONDOMER:** «Bruk denne og få barn», står det på kondomene som deles ut til ungdom.

dem det rammer. Det handler om det mest private og intime i våre liv. Ønsket om å stifte familie, det er å få leve ut drømmer og håp for fremtiden. Ikke minst handler det også om seksuallivet vårt. De aller fleste deler noen tanker om fremtiden med familie og venner. De aller færreste deler mye av sitt seksualliv med andre. Seksualitet er flott og viktig, men det er også sårt og vanskelig. Alle har sex, da blir det også særlig sårbart for noen at de ikke kan få barn sammen. Utfordringene vi som jobber med denne pasientgruppen møter, er nettopp nødvendigheten av å snakke sammen kombinert med behovet for respekt for mennesket og enkeltindividet, og dets ønske eller ikke ønske om å dele noe med andre. For oss som jobber med opplysningsarbeid er det en utfordring både å motivere til åpenhet og respektere privatlivet. Men ufrivillig barnløse har behov for og nytte av å dele sine tanker med andre. Det kan være noen man har tillit til eller noen som har opplevd det samme. Undersøkelser viser at stress og psykisk belastning blir mindre hos dem som deler sine tanker med andre. Åpenhet kan også bidra til bedre forståelse for pasienters behov og ønsker, og ikke minst bidra til økt forståelse og aksept i samfunnet generelt. Fagfolk må snakke sammen, og kanskje viktigst i denne anledningen er at alle som jobber med ungdom og seksuell helse må snakke sammen. Derfor er det veldig flott at fagmiljøet som jobber med seksualitet og ungdom nå har på trappene et nasjonalt nettverk for å styrke arbeidet med seksualundervisning i skolen.

## Reproduktiv helse

Jeg har et sterkt ønske om å bidra til økt bevissthet blant unge mennesker om seksuell helse og betydningen av å ta vare på egen fruktbarhet. Tradisjonelt sett har seksualundervisningen i skolen i dag og de siste tiårene hatt et stort fokus på nettopp å forhindre graviditeter hos unge mennesker. De seinere årene har også seksualundervisningen i skolen dreid mot respekt for egen kropp og grenser. Videre å hindre spredning av kjønnssykdommer og sist, men ikke minst forhindre smitte av HIV. Vårt budskap skurrer uten tvil i denne sammenheng, og det kan være vanskelig å se meningen med det. La meg derfor utdype vårt budskap.

Vi vet at den seksuelle debutaldern blir lavere. Vi vet også at sexlivet til unge mennesker i dag blir stadig mer eksperimentelt og grensesprengende. For å sikre nettopp gode og trygge seksuelle opplevelser, riktig kunnskap og informasjon om seksuelt overførbare sykdommer har Helsedirektoratet utarbeidet en handlingsplan for seksuell helse «Forebygging av uønsket svangerskap og abort 2010–2015 – strategier for bedre helse». I denne planen er det en mengde tanker, innspill og forslag til tiltak for å ta vare på seksuell helse og øke unge menneskers kompetanse om dette temaet. Reproduktiv helse er også et tilbakevendende tema i handlingsplanen. Det står imidlertid lite om, om mulig ikke noe i det hele tatt, hva man skal gjøre for å ta vare på sin reproduktive helse, konsekvensene av å ikke gjøre det, og framtidssiktene til trygg, forutsigbar familieplanlegging dersom man gjør det. Det er her Ønskebarns kampanje kommer inn i bildet.

Etter min mening må det legges betydelig mer vekt på hva man selv kan gjøre for å ivareta egen fruktbarhet enn hva Helsedirektoratet i denne handlingsplanen gjør. Både i seksualundervisningen i skolen, men også i samfunnet generelt. Jeg tror ikke at det er tilstrekkelig at man begynner å tenke på dette når man har bestemt seg for at man vil ha barn. Denne tanken og kunnskapen må deles med ungdom lenge før dette. Jeg mener at den må introduseres når ungdom er i den alderen hvor de begynner å være seksuelt aktive. Kanskje også tidligere. Det er etter mitt syn ansvarsfraskrivelse og langt på vei å frarøve noen muligheten til å få barn i framtiden å ikke ta dette budskapet alvorlig og bidra til at det blir allment kjent blant seksuelt aktiv ungdom. Helsedirektoratets handlingsplan slår fast at

«...alle har rett til å kunne utøve eierskap over egen kropp og ha mulighet for å glede seg over og ha kontroll over sin seksualitet, fertilitet og seksuelle helse.»

Dersom dette skal være et mål må man også snakke om konsekvensene av ikke å bruke kondom og å bli

smittet av kjønnssykdommer. Man må gjøre unge mennesker bevisste på at blant annet ubehandlet klamydia kan redusere muligheten til å få barn både for kvinner og menn.

Vi vet alle at god familiepolitikk er viktig for Norge. Det vil imidlertid komme noen hinder i veien for dette. Regjeringens familiepolitikk må sørge for at alle som ønsker seg barn får mulighet til å drive med god, trygg og forutsigbar familieplanlegging. Da må man i samme satsingspakke sørge for at de som skal bedrive familieplanlegging i framtiden, altså dagens barn og ungdom er best mulig rustet til å starte familie. Familieplanlegging handler som kjent ikke bare om økonomi, trygge jobber og fast bosted. Det handler også om muligheten til å få de barna man ønsker seg.

## Kampanje for ungdom

«Ta vare på din fruktbarhet» er en forebyggende og opplysende kampanje. Målgruppen er som nevnt unge seksuelt aktive mennesker. Vi ønsker i første omgang å nå ungdom på videregående skole og i ungdomsskolen. Her vil helsesøster og helsestasjon for ungdom være relevante samarbeidspartnere for oss. Vi har liten tro på pekefingerkampanjer og budskap «til skrekk og advarsel». I tett dialog med elever på Westerdals Reklameskole har vi kommet fram til et friskt design med bruk av gjenkjennelige virkemidler som farger og symboler. Materialet består av flyers, stickers, kondomwraps og plakater. Kampanjen vil også ha en egen webside med tekst og linker.

## «Vi har liten tro på pekefingerkampanjer og budskap til skrekk og advarsel.»

Å endre holdninger, handlingsmønster og kunnskap tar tid. Mange vil også hevde at ungdom ikke er i «modus» til å reflektere over framtidig familieplanlegging. Det betyr imidlertid ikke at vi kan la være å gi dem informasjon og kunnskap. Budskapet, ikke bare i vår kampanje, men også den generelle seksualundervisningen må nok ofte modnes over tid. Hver enkelt elev og ungdom tar imot og fordøyer kunnskapen de blir servert ulikt. Vårt håp er at vi med denne kampanjen kan så et lite frø i hver enkelt ungdom. Kanskje ikke frøet begynner å spire før det har gått en tid, men den gang det begynner å spire håper vi at de da tenker noen tanker om hvilke valg de står overfor og husker på at man kan gjøre noe selv for å beskytte seg både mot kjønnssykdommer og mot infertilitet. ■

SLITER DU MED TØRR OG IRRITERT HUD?

# CARBADERM - ET NATURLIG VALG FOR HUDEN DIN!

- ✓ Uten parabener
- ✓ Virker raskt og bevarer fuktigheten
- ✓ Med eller uten parfyme

NYTT  
DESIGN!



Carbaderm er en fuktighetskrem med en unik sammensetning av karbamid, fuktighet og fett, som gjør at kremen virker raskt og effektivt for deg med problemhud eller tørr hud. Anbefales også som fuktighetsbevarer eller som hvilekrem. Kjøp den nå hos ditt nærmeste apotek.

**Carbaderm - et naturlig valg for huden din**

SH

 Følg Carbaderm på Facebook!

Mer info: [www.carbaderm.no](http://www.carbaderm.no)

# HELSE SØSTER KONGRESSEN

TROMSØ  
23-25. APRIL  
2013



LANDSGRUPPEN AV  
HELSEØSTRE NSF

## Mange møtes og mye mestres – om helsesøsters arbeid i et mangfoldig kulturelt samfunn.

**A**rets kongress avholdes i Tromsø, på Radisson BLU. Deler av arrangementet er også lagt til Rica Ishavshotellet, rett over gaten for kongresshotellet.

Troms er et fylke med kontraster og mangfold. På 69 grader nord med mørketid og midnattssol har tre kulturer fra gammelt av satt sitt preg på fylket - den norske, samiske og kvenske. I dag er over 120 ulike nasjonaliteter registrert i Tromsø by, landsdelens hovedstad. Dette mangfoldet gjenspeiler seg i samfunnet og gir oss helsesøstre mange og stadig nye utfordringer.

Tema for kongressen er «Mange møtes og mye mestres» – om helsesøsters

arbeid i et mangfoldig kulturelt samfunn, med fokus på etnisitet, oppdrager-, ungdoms- og ledelseskultur.

Helsesøstre møter nær sagt alle barn, unge og barnefamilier i Norge i dag. Vi møter et stort mangfold av ulike kulturer. Kongressen ønsker å presentere et program med vekt på kulturforståelse. Vi belyser oppdragelses-, ungdoms- og ledelseskultur, samt etnisitet.

Av utflukter tilbyr vi konsert i Ishavskatedralen - et kjent landemerke og turistattraksjon, gondolbane opp til Fløyfjellet 420 m.o.h.- med spektakulær utsikt over Tromsø by og omegn, samt besøk til Ølhallen, Tromsøs eldste pub, knyttet til verdens nordligste bryggeri. Her vil dere bli innviet i Tromsø sin by-

og ishavshistorie. Festmiddagen er det sosiale høydepunktet under kongressen. Vi byr på god mat, flott underholdning og rikelig anledning til å bli kjent med hverandre og helsesøsterkulturer fra nord til sør.

**Vi ønsker helsesøstre, forelesere og samarbeidspartnere hjertelig velkommen til innholdsrike dager i Nordens Paris - Tromsø!**

*Med vennlig hilsen lokal arrangementskomite: Merete Nypan, Lisbeth Karlsen Forn, Hilde Laholt, Kirsti Jensen, Oddveig Nymo Dalbakk, Randi Elisabeth Olsen, Britt Margareth Simonsen, Siv Henriksen, Bente Annie Solstrand og Åsa Karlsen*

## FORELØPIG PROGRAM (med forbehold om endringer)

### TIRSDAG 23.04.13

0900-1100	Registrering, besøk i utstillingsområdet
1100-1200	Åpning av kongressen
1200-1245	<b>Til helsesøstre: Verden trenger dere!</b> Mads Gilbert, anestesilege, professor og medmenneske, Universitetet i Tromsø
1245-1345	Lunsj, besøk hos utstillere
1345-1430	<b>Samisk ungdomskultur</b> , Siv Kvernmo, barnepsykiater/professor, Universitetet i Tromsø
1430-1515	Pause og besøk hos utstillere
1515- 1630	<b>Et liv i kulturelt mangfold</b> , Loveleen Rihel Brenna, selvstendig næringsdrivende, partner i SEEMA
1800	Utflukter
2000	Middag på hotellene

## ONSDAG 24.04.13

- 0830-1130 **Debattforum** – for medlemmer av LaH NSF
- 1130-1230 Lunsj, besøk hos utstillere
- 1230-1330 **Gode fagfolk vokser: Personlig kompetanse – en dobbel utfordring for helsesøstre.**  
Greta Marie Skau, førsteamanuensis, Høgskolen i Narvik
- 1300-1400 Pause, besøk hos utstillere, forflytning til paralleller
- 1400-1700 **Parallellsesjoner A/B/C** (hvert innlegg avsluttes med 5 minutter debatt- og kommentarrunde).  
Det legges inn en kort beinstrekk underveis.
- Parallellsesjon A. Oppdragerkultur**  
Hvordan veilede «verdens beste» mamma og pappa? Anne Nielsen, Foreldrepraxis  
Fremveksten av det moderne farskapet, Jørgen Lorentzen, Senter for tverrfaglig kjønnsforskning
- Parallellsesjon B. Ungdomskultur**  
**Psykologisk rådgivning for ungdom, der ungdom er.** Randi Elisabeth Olsen, ledende helsesøster  
og Rannveig Grøm Sæle, psykolog, Psykologisk Institutt, Universitetet i Tromsø  
**Fit Futures -en del av Tromsøundersøkelsen,** Anne-Sofie Furberg, prosjektleder og Annelene  
Moberg, helsesøster/prosjektkoordinator, Institutt for samfunnsmedisin, Helsefakultetet,  
Universitetet i Tromsø  
**Ungdoms seksualitet i et samfunn i endring,** Bente Træen, professor, psykologisk institutt  
Universitetet i Oslo
- Parallellsesjon C. Ledelseskultur**  
Workshop prosjektarbeid. Du vil få innføring i og et verktøy for utarbeidelse av gode prosjekt-  
planer og -søknader,
- 2000 **Festmiddag** med Hekla stålstrenga, se <http://www.facebook.com/heklastaalstrenga>

## TORSDAG 25.04.13

- 0900-1015 **Strategi for innvandrers helse,** Kirsten Mostad Pedersen, seniorrådgiver Helsedirektoratet
- 1015-1045 **Spesialistgodkjenning, hva så?** Liv Østli, Athenae AS
- 1045-1130 Pause, besøk hos utstillere, utsjekk
- 1130-1215 **Spesialistgodkjenning fortsetter**
- 1215-1300 **Tittel ikke avklart,** Anne Lindboe, Barneombud
- 1300-1345 **Sammen skaper vi de gode løsningene,** Jens Johan Hjort, ordfører i Tromsø  
Avslutning
- 1345-1445 Lunsj og avreise

## Påmelding

Det vil bli åpnet for påmelding primo januar. Informasjon om dette vil bli gitt i medlemsbrev og på nettsidene. Påmeldingsskjema med priser vil bli publisert på LaHs nettside [www.sykepleierforbundet.no/helsesostre](http://www.sykepleierforbundet.no/helsesostre)

## Reisemuligheter

Kongressen avholdes i sentrum av Tromsø by. Det er god kommunikasjon fra flyplassen til sentrum, ca. 10 min. med flybuss som stopper ved hotellene. Taxi er også et alternativ.

Ved påmelding, kan du også velge å bestille flyreise. VIA Travel vil deretter sende deg et reiseforslag som du må bekrefte før billetter sendes deg.

## Overnatting

Radisson BLU ([www.radissonblu.com/hotel-tromso](http://www.radissonblu.com/hotel-tromso)) og Rica Ishavshotellet ([www.rica.no/ishavshotel](http://www.rica.no/ishavshotel)) ligger ved havna og med et minutt's gange mellom hotellene. Vi har i tillegg avtaler med flere hotell i bysentrum. Nærmere informasjon om disse og tips til alternative overnattingssteder vil du finne i påmeldingsskjemaet.

## Kontaktinformasjon

Leder lokal komité HK13: Merete Nypan, [merete.nypan@tromso.kommune.no](mailto:merete.nypan@tromso.kommune.no) Tlf. 928 99 538

## Poster – presentasjon/abstract

Vi inviterer helsesøstre fra hele landet, og våre skandinaviske kolleger til å presentere posters (plakatpresentasjoner) på helsesøsterkongressen. Dette kan være presentasjon av prosjekt, forskning, rapporter osv. For å bli vurdert som poster, sender du inn et abstract – eller sammendrag – av det du vil presentere.

**Frist for innsending: 01.02. 2013**

### Retningslinjer for abstract/poster:

1. En egen komité vil vurdere innsendte abstracts, og velge ut de som blir presentert i form av poster. Det vil ikke være anledning til å gjøre vesentlige endringer i tittel eller innhold på posteren etter at den er antatt.

2. Om sammendraget:

- Inntil 250 ord – unntatt tittel og forfatterens navn
- Korresponderende forfatters navn, adresse og e-post (i kursiv)
- Forfattere: fornavn, etternavn, kommune/institusjon
- Blokkjustert tekst – rett høyre og venstre marg. Skandinavisk eller engelsk språk
- Bruk skrifttype Arial 10 pkt. og små bokstaver. Linjeavstand enkel (1,0)
- Bidragene skal inneholde problemstilling, metodisk tilnærming og kort om hovedfunn/resultater

3. Det er bare medlemmer i LaH NSF, samt fra våre nordiske samarbeidsforeninger i NoSB som kan presentere bidrag. Ikke-medlemmer kan bare delta som samarbeidende deltaker/forfatter

4. Antatte bidrag kan bare presenteres av deltakere som er registrert/har betalt deltakeravgift

5. Posterstørrelse er 100 x 70 cm. Størrelsen må overholdes! Poster vil bli festet til vegg med festepasta. Det vil ikke bli anledning til å ha bord eller annet utstyr ved posterpresentasjonen

6. Utvalgte posters vil bli utstilt under hele kongressen. Innsendere oppfordres til å være ved sine postere i alle pauser, for spørsmål og kommentarer

7. Posterpresentasjonen er gratis, men man må selv dekke reise, opphold og evt. øvrige kostnader



# Inkontinens rammer også unge

Det er en myte at inkontinens bare rammer de eldre. Unge jenter sliter mest, men fordi de ikke tør å snakke med noen får de heller ikke hjelp.

Tekst Pernille Berg Foto Marianne Otterdahl-Jensen

**T**abu og skam rundt inkontinens fører blant annet til dårligere sexliv og depresjon.

– Jeg skjønner ikke hvem som har fått nordmenn til å tro at det er så veldig sunt å drikke så mye for å «rense» kroppen, sier Sissel Overn, Norges første kvinnelige urolog. Daglig møter hun pasienter som konstant har så full blære at den rett og slett renner over.

Nordens største undersøkelse på inkontinens, med 6 462 besvarelse, hvorav 1180 nordmenn, viser at livene til de 350 000 nordmenn som lever med inkontinens i stor grad påvirkes til det negative. At problemet i tillegg følges av skam og tabu, og dermed påfører de som rammes en stor psykisk påkjenning, kjenner Overn godt igjen. Faktisk er nordmenn så skamfulle over problemet at hele 51 % ikke tør å ta det opp med legen sin.

– Det er paradoksalt at så mange skammer seg over lidelsen, og derfor unngår å snakke med andre om det og søke hjelp. Der er tydeligvis behov for opplysning, slik at man sammen med legen kan gjøre livet med inkontinens lettere – eller kanskje fjerne problemet helt, sier Sissel Overn.

## Stort tabu rundt alder

Alder er en av de store mytene rundt inkontinens, da det er en misoppfatning at problemet kun gjelder eldre mennesker. Dermed er det desto mer dramatisk for de under 40 år som lekker, fordi en føler seg så ensom.

57 % av de under 40 år svarer at livet og livskvaliteten er påvirket negativt som følge av lidelsen. Av de over 40 år svarer 38 % det samme. 53 % av dem under 40 svarer at de er flau



**SPESIALIST:** Urolog Sissel Overn forteller at mange kan få hjelp med inkontinens. Aller første skritt er å snakke om problemene.

og skammer seg over inkontinensen, mot 29 % av dem over 40 som svarer det samme. Hele 36 % av dem under 40 år har følt seg trist/deprimert som følge av lidelsen, mot 16 % av dem over 40 år.

## Menns sexliv påvirket

Den eneste parameteren der menn ligger høyere enn kvinner er når det kommer til sex. 31 % av mennene svarer at sexlivet er blitt mindre aktivt, mot 23 % av kvinnene.

Kvinner er adskillig mer bekymret for å tisse på seg enn menn, med 61 % mot 36 %. Kvinner er også mer engstelige for å lukte; 59 % mot 37 %. 42 % svarer at livskvaliteten er påvirket til det negative, og 38 % er flau og skamfulle.

– Jeg tror det vil hjelpe mange bare å vite at det er andre unge mennesker

der ute som dem. De er ikke alene og i mange tilfeller kan de få hjelp, forteller Overn.

Nordens største undersøkelse på inkontinens ble gjennomført i desember - januar 2012, av Kompas Kommunikasjon i samarbeid med de nordiske inkontinensforeningene. ■

## Mer informasjon

For ytterligere informasjon eller opplysninger om kampanjen:  
 Om inkontinens: Sissel Overn, Urolog, Overn klinikken i Hokksund, tlf.: 901 33 452 / sissel@overn.no  
 Om Kontinensforeningen: Yngvild Ytrehus, Generalsekretær, NOFUS, tlf. 55 24 00 25 post@nofus.no  
 Om undersøkelse og cases: Pernille Berg, Involve! PR, tlf. 924 55 582, pernille@involve.no  
 Opplysningskampanjen er støttet av Astellas Pharma

# Tanntastisk skolesatsing på tenner

Tanntastisk er et helsefremmende undervisningsprogram. Målet er å bedre ungdommers holdning til tannhelse og kosthold.

Tekst Lise Birkeland, tannpleier

**T**anntastisk forsøker å ta tak i deler av helseproblematikken. Elevenes forkunnskaper om tenner bearbejdes, korrigeres og utvikles i en helsefremmende retning.

Det er ofte naturlig å trekke fram skolens muligheter til å drive forebyggende og helsefremmende arbeid. Skolen representerer i stor grad en autoritet overfor barn og unge, og kan mer enn noen andre bruke tid og faglig og pedagogisk kompetanse i det

holdningsskapende arbeidet. Uten at andre samfunnsinstitusjoner, lag, foreninger, og ikke minst foreldre, trekker i samme retning, er det vanskeligere å skape varige endringer. Viktig er det også at skolen samarbeider med annet fagpersonell, for å underbygge og dokumentere det som blir sagt og gjort.

## Hvorfor undervise om tannhelse?

I løpet av de siste par årene har barn og unges tannhelse blitt gradvis bedre.

Undersøkelser fra 2011 viser at en dårlig trend fra de siste ti årene har blitt redusert. Barn og unge har færre hull i tennene. Dette er imidlertid en svært sårbar utvikling, og det skal ikke mye til for å snu denne positive utviklingen. Derfor er det forebyggende arbeidet viktigere enn noen gang for å opprettholde en god tendens.

Det er lettere å skape holdninger hos ungdom enn hos voksne, gode vaner skal være en ryggmargsrefleks.



**PÅ NETT:** Tanntastisk er et skoleprogram utviklet av Tannhelse Rogaland. Les mer på [tannhelserogaland.no](http://tannhelserogaland.no).

## Hva er Tanntastisk?

Tanntastisk er et skoleprogram utviklet av Tannhelse Rogaland FKF i samarbeid med Håvåsen skole, under veiledning av HEMIL-senteret, Universitetet i Bergen.

Prosjektet skal ha fokus på to hovedspørsmål:

- Hvordan unngå hull i tennene?
- Hvorfor unngå hull i tennene?

Tanntastisk retter seg mot elever på ungdomsskolen. I denne aldersgruppen har de aller fleste et forhold til tannklinikken, men det begrenser seg stort sett til jevnlig innkallinger til tannlege eller tannpleier. Dermed er det langt igjen til skremselfiler av dyre tannlegeregninger og manglende tenner i voksen alder. Det er noe som i utgangspunktet ikke angår en 13-14-



**TANNPUSS:** Tanntastisk skal bidra til at ungdom tar bedre vare på tennene sine, og får færre hull. Illustrasjonsfoto: Colourbox

åring. Helseplager utover det som skjer i munnhulen her og nå har et altfor lang-siktig perspektiv for dem.

Målet med Tanntastisk er å legge til rette for en opplæring som lar elevene få trygghet til egne evner. Slik at de kan utvikle holdninger og normer som leder til en helsefremmende livsstil, og på sikt redusere antall hull og syreskader.

#### **Forankring i Kunnskapsløftet og lovverket**

Etter at Lov om Folkehelse trådte i kraft 24. juni 2011 og Samhandlingsreformen 1. januar 2012, har både fylkene og kommunene et ansvar for å legge til rette for helsefremmende arbeid.

Forebyggende tannhelsearbeid er hjemlet i lov om tannhelsetjenesten,

som prioriterer forebyggende tiltak fremfor behandling.

Tanntastisk er knyttet opp mot læreplanverket for skolen, Kunnskapsløftet,

## **«Det er lettere å skape holdninger hos ungdom enn hos voksne.»**

gjennom målene til faget Mat og Helse. I tillegg er det naturlig å knytte det opp til de generelle aktivitets- og helsemålene i læreplanen.

Kunnskapsløftet formulerer fem grunnleggende ferdigheter som elevene skal tilegne seg, og alle fag har et ansvar for denne opplæringen. De

grunnleggende ferdighetene er: å kunne uttrykke seg muntlig, å kunne uttrykke seg skriftlig, å kunne lese, å kunne regne og å kunne bruke digitale verk-

tøy. Arbeidsheftet til Tanntastisk har oppgavetyper som er med på å hjelpe elevene å tilegne seg disse grunnleggende ferdighetene.

Kunnskap og kritisk vurdering av informasjon om helse, livsstil og ernæring er viktig for å kunne ta ansvar for egen kropp og helse. ■

# Tannstell på mange språk

På [www.tannvern.no](http://www.tannvern.no) finner du brosjyrer på en rekke språk. Du kan laste dem ned gratis.

**H**elsestasjonsbrosjyrene *Pass og puss fra første tann* og *Første besøk på tannklinikk* er oversatt til 22 språk. Ungdomsbrosjyren om syreskader er oversatt til 25 språk. Fra [www.tannvern.no](http://www.tannvern.no) kan du nå laste ned brosjyrene du trenger for dine fremmedspråklige brukere. Klikk på Bestill materiell, deretter Gratis fremmedspråklig materiell.

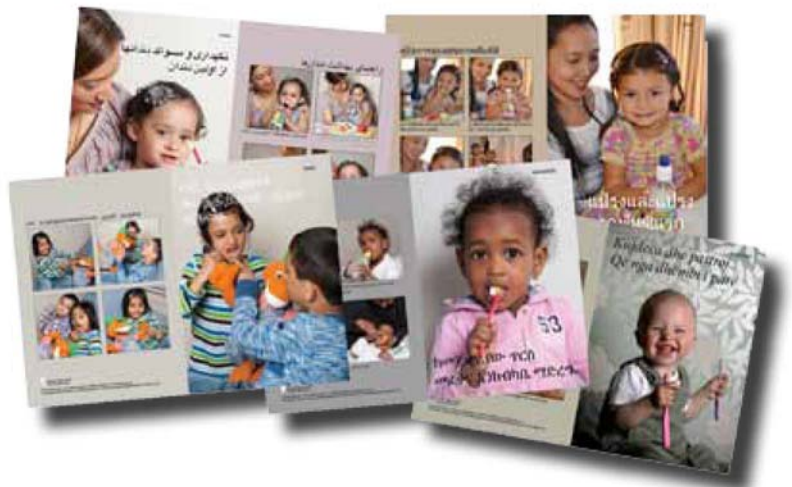
## Brosjyrene

I 2011 har oversettelser av brosjyremateriell vært et satsningsområde for Norsk Tannvern. Med økonomisk støtte fra Helsedirektoratet ble *Veiviseren – barn*, som opprinnelig var basert på billedspråk med korte tekster på norsk, oversatt til 15 språk og lagt på nettstedet til fri benyttelse. Nå er også *Pass og puss fra første tann* og *Første besøk på tannklinikk* oversatt til 22 språk.

Norsk Tannvern fortsetter tilrettelegging av materiell slik at språk ikke skal være en hindring i kommunikasjonen. I 2012 har Helsedirektoratet gitt tilskudd til oversettelse av brosjyren om syreskader. Er det dette du ønsker deg? Denne vil snart bli tilgjengelig på nettstedet. Den norske versjonen av alle brosjyrene ligger i materielloversikten for salg.

## Sosial ulikhet

Utfordringen i barns og ungdoms tannhelse i dag er sosial ulikhet. Helsesøstrene som følger barn med familien



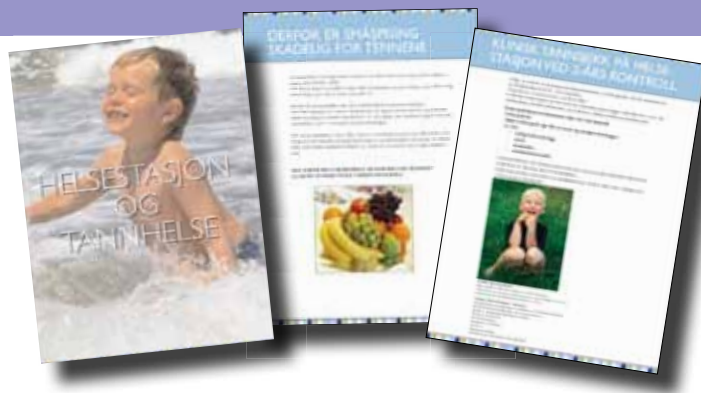
helt fra fødselen av har en unik mulighet til å komme tidlig med informasjon om tannframbrudd, og viktigheten av munn- og tannstell. Det krever derfor god samhandling mellom helsesøstertjenesten og tannhelsetjenesten slik at det blir gitt samsvarende informasjon og rådgiving. Det er blant annet viktig at kronisk syke barn eller barn med andre utfordringer henvises til tannhelsetjenesten før de fyller tre år, slik at tannsykdommer kan forebygges og problemer kan fanges opp.

## Samhandling i praksis

Helsestasjons- og skolehelsetjenesten har et ansvar for å gi foreldreveiledning og helseopplysning om tannhelse. Det inkluderer kostholdsveiledning, gode tann- og munnhygienevaner i henhold til anbefalt helsestasjonsprogram 0-5 år.

Dette omfatter:

- å legge til rette slik at tann- og munnhelse blir en naturlig del av helsestasjonens helsefremmende og forebyggende virksomhet
- å utarbeide skriftelige henvisningsrutiner i samarbeid med tannhelsetjenesten
- rutinemessig inspeksjon av barns tenner ved 1 eller 2 års alder, jamfør anbefalt helseprogram 0-5 år.
- målrettet undersøkelse av barns tenner når det ut fra en totalvurdering foreligger risikofaktorer som for eksempel medisinbruk, spesielle sykdommer eller syndromer, dårlig kosthold eller manglende munnhygiene.
- ved mistanke om karies, munn- og tannskader skal barna henvises til den offentlige tannhelsetjenesten.
- ved mistanke om spiseforstyrrelser



## Nyttig perm

Helsestasjonene er en av tannhelsetjenestens viktigste samarbeidspartnere. Permen «Helsestasjon og tannhelse» er laget for å kvalitetssikre det tverrfaglige samarbeidet.

Tekst Linda Næss, fagleder/jurist, Tannhelse Rogaland

og atferdsproblemer skal tannhelsetjenesten ta kontakt med helsestasjonen.

- Samhandling i praksis betyr at helsestasjons- og tannhelsetjenesten bør ha:

- forpliktende samarbeidsmøter hvor den totale tannhelsesituasjonen for distriktet, og henvisningsrutiner er på agendaen, og eventuelle endringer i nasjonale anbefalinger om kosthold, amming, fluor og meltingsrutiner til barneverntjenesten blir tatt opp.

- felles prosjekter for å utjevne sosiale ulikheter i helse, for eksempel tiltak mot overvekt, karies hos barn og ungdom.

### Stadig utvikling

Nettstedet [www.tannvern.no](http://www.tannvern.no) vil være i kontinuerlig utvikling. Vi håper brukerne gir tilbakemelding til Norsk Tannverns postkasse. Kom med forslag om hva du ønsker deg fra Norsk Tannvern eller gi tilbakemelding til den offentlige tannhelsetjenesten i ditt distrikt! Helsesøstre er en av tannhelsetjenestens viktigste samarbeidspartnere. God oppfølging og felles satsning kan være avgjørende for et barns totale helse i hele oppveksten. ■



Av Bente Stuveseth, tannpleier og daglig leder i Norsk Tannvern



**TANNPUSS:** Tannpuss må læres, og i permen finnes det tips som helsesøster kan gi videre til barn og foreldre. Illustrasjonsfoto: Colourbox.

Permen «Helsestasjon og tannhelse» er et enkelt oppslagsverk. Intensjonen er at tannhelsetjenesten og helsestasjonen skal gi lik informasjon, og at vi bruker samme språk. Permen er delt inn i fire kapitler og inneholder generell og spesiell tannhelseinformasjon

### Innhold i permen

- informasjon til bruk ved småbarnskontroller
- generell og spesiell tannhelseinformasjon
- aktuelle tema og brosjyrer
- ferdig utarbeidede brev til helsesøster og helsestasjonslege, som skal formaliserer samarbeidet.

til bruk ved småbarnskontroller.

Permen inneholder en veiledning om hvordan helsesøster praktisk kan utføre en klinisk tannsjekk på en 2-åring. Videre er det vedlagt henvisningsbrev som kan brukes når et barn trenger å komme til tannklinikken før normal innkallingstid. En samarbeidsavtale finnes også mellom tannhelsetjenesten og helsestasjonen som formaliserer samarbeidet. Dette er viktig i dag blant annet på grunn av samhandlingsreformen.

Interessen for «Helsestasjon og tannhelse» har vært stor. I tillegg til alle tannklinikken og helsestasjonene i Rogaland, som har fått permen utdelt, så er den tatt i bruk av helsestasjoner og tannklinikker i store deler av landet for øvrig. ■

# Oppvekst og sosial ulikhet

Sosial ulikhet i helse knyttet til barn og ungdom er tema for flere konferanser denne høsten. I Helsebiblioteket finner du rapporter om oppvekstens betydning for forhold senere i livet.

Tekst Ingrid Moen Rotvik, nettredaktør Samfunnsmedisin og folkehelse, Helsebiblioteket.no

**S**tatistisk sett lever vi lenger og er friskere jo høyere utdanning og inntekt vi har. De rikeste har litt bedre helse enn de nest rikeste, som igjen har litt bedre helse enn de tredje rikeste og så videre. Sosial ulikhet i helse danner dermed mønster av en *gradient* gjennom hele befolkningen og er derfor et problem som angår alle.

Et viktig virkemiddel for å redusere sosial ulikhet i helse er helsekonsekvensutredninger, som kan utvikles som et verktøy for å vise de virkninger ulike tiltak har på den sosiale fordelingen av helse.

«Gradientutfordringen» er navnet på Helsedirektoratets handlingsplan mot sosiale ulikheter i helse. Her heter det at:

En konsekvensutredning gir ikke løsningen, men bidrar til et bedre opplyst beslutningsgrunnlag. Eksempelvis kan den avdekke hvordan ulike grupper i samfunnet vil bli berørt og hvorvidt en beslutning vil medføre økte sosiale ulikheter i helse.

I Gradientutfordringen vises det til

nordiske studier som har vist at barn og unges helse er sosialt skjevt fordelt. En svensk kunnskapsoppsummering gjort for Statens folkhälsoinstitut fra 2002 viste at fysiske helseproblemer i gjennomsnitt var 60 % vanligere blant barn

## «Folk med det største behovet har ofte dårligst tilgang til helsetjenestene.»

av foreldre med lav sosioøkonomisk status, sammenliknet med barn av foreldre med høy sosioøkonomisk status. Tilsvarende ble funnet for psykiske problemer (70 % vanligere) og forekomsten av risikofaktorer for uhelse (i gjennomsnitt 80 % vanligere) (1).

### Den omvendte omsorg

Folk med det største behovet har ofte dårligst tilgang til helsetjenestene. I publikasjonen «Begreper og prinsipper for å utjevne sosiale helseforskjeller – Utjevning av helseforskjeller del 1» fra Helsedirektoratet, snakker man om geografisk (fysisk), økonomisk og kul-

turell tilgjengelighet av helsetjenester.

Ideen om ulik tilgang til helsetjenester ble gjort kjent i loven om den omvendte omsorg (Hart, 1971), som sier: «Tilgjengeligheten til god medisinsk omsorg har en tendens til å være

omvendt proporsjonal med behovet for den i den aktuelle befolkningen.» Denne såkalte loven ble utformet av Tudor Hart da han studerte situasjonen i kullgruvedalene i Wales (2).

### Spedbarnsdødelighet

I dagens Sverige er ulikhetene i spedbarnsdødelighet nesten eliminert. I publikasjonen «Strategier og tiltak for å utjevne sosiale ulikheter i helse – Utjevning av helseforskjeller del 2» påpekes at de viktigste faktorene når det gjelder Sverige er en sunnere og mer likhetsorientert økonomisk politikk og sosialpolitikk, sammenliknet med



**SUNN BARNDOM:** Alle barn fortjener en sunn og positiv barndom, uavhengig av om de har foreldre med store eller små ressurser.

mange andre land i Europa med ellers samme økonomiske utvikling. Men den svenske reduksjonen i sosiale ulikheter i spedbarnsdødelighet har funnet sted til tross for store sosiale forskjeller i det svenske samfunnet som helhet. Dette betyr at argumentet som noen ganger brukes om at det er utopi å fjerne sosiale ulikheter i helse, ikke har støtte i virkeligheten.

Rapporten tar for seg ulike veier som fører til sosiale helseforskjeller og presenterer forslag til politiske tiltak for å håndtere disse utfordringene. (3)

### Arven

Helsedeterminantene, faktorer som påvirker helsen på en positiv eller negativ måte, kan påvirkes av individuelle, kommersielle eller politiske beslutninger. Det kan være positive helsefaktorer, beskyttelsesfaktorer og risikofaktorer. Publikasjonen «Strategier og tiltak for å utjevne sosiale ulikheter i helse – Utjevning av helseforskjeller del 2» gir eksempler på disse:

- Positive helsefaktorer bidrar til at folk opprettholder god helse.
- Beskyttelsesfaktorer fjerner risikoen for eller øker motstandevnen mot sykdom.
- Risikofaktorer eller risikoforhold skaper helseproblemer og sykdommer som det er mulig å forhindre.

Virkningene i et livsløp overføres fra foreldre til barn siden de er nært knyttet

## «Vanskelige boforhold kan få konsekvenser for barns levekår.»

til sosial bakgrunn. Eksempelvis vil den sosiale posisjonen til foreldrene påvirke skoleprestasjonene til barna, noe som i sin tur påvirker arbeidsforholdene og lønnsnivået når barna vokser opp.

Det faktum at flere arbeiderklassekvinner røyker under svangerskapet, forklarer for eksempel delvis det høyere antall barn med lav fødselsvekt i lavere sosioøkonomiske grupper, noe som over

tid øker risikoen (og de sosiale helseulikhetene) for hjerteinfarkt, slag, høyt blodtrykk og type 2 diabetes når barna vokser opp.

Kronisk sykdom i barndommen – som er vanligere blant barn av personer i manuelle yrker – kan ha langsiktige følger for helsen seinere i livet. Dårlige sosioøkonomiske forhold har også sammenheng med enkelte former for usunn livsstil i oppveksten, eksempelvis røyking.

Det å redusere de generasjonsovergrepene årsakene til fattigdom og øke mulighetene for en sunn og positiv barndom er en av de største utfordringene i arbeidet med å redusere sosiale helseulikheter. (3)

### Utdanning

Utdanningssystemet spiller en viktig rolle i å forberede barna for livet. Utdanning gir dem de kunnskapene og ferdighetene de trenger for å nå sitt fulle helsepotensial – sosialt, emosjonelt og fysisk.

Mulige strategier og tiltak for å fremme rettferdig helse via utdanningssystemet nevnes i rapporten «Strategier og tiltak for å utjevne sosiale ulikheter i helse»:

- Innføre omfattende støtteprogrammer for barn i mindre privilegerte familier for å stimulere deres utvikling før de begynner på skolen. Det er påvist at noen av disse programmene gir langsiktige fordeler, blant annet større sannsynlighet for å fortsette på skolen, få en jobb, tjene

mer og redusere antall svangerskap blant tenåringer.

- Gi ekstra støtte til studenter fra mindre privilegerte familier.
- Hindre at barn avbryter skole og opplæring før de er ferdige, ved å sette inn tiltak og støtte på et tidlig tidspunkt.
- Gi ekstra støtte i overgangen fra skole til arbeid – særlig til dem som står svakt på arbeidsmarkedet.



**HELSE I SKOLEN:** Utdanningssystemet spiller en viktig rolle i å tegne og tiltak for å utjevne sosiale ulikheter i helse». Illustrasjons

- Utvikle og sikre omfattende voksenopplæringsprogrammer for folk med svært begrenset grunnutdanning eller yrkesopplæring.
- Beholde og utvikle programmer for helsefremmende skoler med vekt på likhet. Inkludert:
  - økt oppmerksomhet om, og tiltak rettet mot, det fysiske og psykososiale arbeidsmiljøet på skolene.
  - gratis, sunn skolelunsj.
  - fremme av fysiske aktiviteter som også kan appellere til overvektige barn, og som fremmer sunne vaner som daglig mosjon for resten av livet.
  - bedre opplæring om ernæring og matlaging.
  - opplæring av lærere for å sette dem i stand til å gjenkjenne og reagere på tid-





forberede barna for livet. Mulige tiltak for å fremme rettferdig helse gjennom utdanningssystemet omtales i rapporten «Strat-  
foto: Colourbox

lige faresignaler, for eksempel svært tidlig røykedebut – det vil si i 9–10-årsalderen – noe som man vet har sterk sammenheng med framtidig misbruk av alkohol og narkotiske stoffer.

– likhetsorienterte skadeforbyggingsprogrammer, der elever, lærere og foreldre er engasjert i å legge til rette for en sikker skole. Blant annet sikker transport og sikre gangveier til skolen. (Dahlgren, 1997). (s. 57) (3).

I publikasjon «Utdanning og helseulikheter» ser Jon Ivar Elstad, forsker ved Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring (NOVA) nærmere på hvilke mekanismer som ligger bak sammenhengen mellom utdanning og helse. Her diskuteres i mer detalj aspekter relatert til temaer som:

- Utdanning og helseforskjeller.
- Utdanning som årsak til helse.
- Foreldres utdanning og barns helse.
- Betydning av helserelaterte forhold for ungdoms utdanning.
- Skole og psykomatikk.

#### Boforhold

Vanskelige boforhold kan få konsekvenser for barns levekår og sosiale inkludering. Ett av problemene her kan være at enkelte bomiljø allerede er belastet med høy konsentrasjon av sosiale problemer.

Fagbevegelsens senter for forskning, utredning og dokumentasjon, Fafo, har laget en rapport (5) som baserer seg på en kvalitativ studie blant barnefamilier som bor i kommunal utleiebolig. Mange av familiene har til dels svært dårlig

bostandard og bor trangt. De opplever at dette begrenser barnas liv. Et annet problem som nevnes er områder med sterk overvekt av innbyggere som ikke-vestlig innvandringsbakgrunn. Foreldrene er bekymret for hvordan dette påvirker barnas livssjanser i det norske samfunn på sikt.

For mer detaljert informasjon om hvordan barn og unge i dag opplever sin hverdag og helsetilstand, se kunnskapsoppsummeringene fra Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten:

- Sosiale ulikheter i helse og bruk av helsetjenester blant barn i Akershus.
- Helseprofil for barn og ungdom i Akershus – ungdomsrapport.
- Helseprofil for barn og ungdom i Akershus – barnerapport (6).

Flere artikler, rapporter og kunnskapsoppsummeringer om sosial ulikhet i helse finner du på Helsebiblioteket.no sine sider for Samfunnsmedisin og folkehelse.

#### Referanser:

1. Gradientutfordringen: <http://www.helseidirektoratet.no/publikasjoner/gradientutfordringen-sosial-og-Helseidirektoratets-handlingsplan-mot-sosiale-ulikheter-i-helse/Publikasjoner/gradientutfordringen-sosial-og-Helseidirektoratets-handlingsplan-mot-sosiale-ulikheter-i-helse.pdf>
2. Begreper og prinsipper for å utjevne sosiale helseforskjeller – Utjevning av helseforskjeller del 1: <http://helseidirektoratet.no/publikasjoner/begreper-og-prinsipper-for-a-utjevne-sosiale-helseforskjeller-utjevning-av-helseforskjeller-del-1>
3. Strategier og tiltak for å utjevne sosiale ulikheter i helse – Utjevning av helseforskjeller del 2: <http://helseidirektoratet.no/publikasjoner/strategier-og-tiltak-for-a-utjevne-sosiale-ulikheter-i-helse-utjevning-av-helseforskjeller-del-2/Publikasjoner/strategier-og-tiltak-for-a-utjevne-sosiale-ulikheter-i-helse-utjevning-av-helseforskjeller-del-2.pdf>
4. Utdanning og helseulikheter: <http://helseidirektoratet.no/publikasjoner/utdanning-og-helseulikheter/Publikasjoner/utdanning-og-helseulikheter.pdf>
5. Bolig og oppvekst  
En studie av konsekvenser av å vokse opp under vanskelige boforhold: <http://www.fafno.no/pub/rapp/20207/index.html>
6. Helsebiblioteket, Samfunnsmedisin og folkehelse: <http://www.helsebiblioteket.no/Samfunnsmedisin+og+folkehelse/Sosial+ulikhet+i+helse/Oppsummert+forskning>

# Ny kampanje mot mobbing

Årets kampanje mot mobbing er i gang. Den kalles Voksne skaper vennskap, og målet er å få voksne til å hjelpe barn som ikke har det bra.

Tekst Helsedirektoratet

**K**ampanjen Voksne skaper vennskap ble åpnet den 3. september i år av statsrådene Kristin Halvorsen og Anne-Grete Strøm-Erichsen på et arrangement på Godlia skole i Oslo. Den er et ledd i det mangeårige anti-mobbe-tiltaket Manifest mot mobbing.

Formålet med kampanjen er å engasjere foreldre, lærere og andre voksne for å skape trygge rammer for barnas hverdag. Det var også noe av det tidligere helse- og omsorgsminister Anne-Grete Strøm-Erichsen satte fokus på i sin tale.

- Voksne må bry seg. Vi trenger modige voksne som reagerer når de ser barn som ikke har det bra. Dette er viktig for å skape tillit hos barna slik at de ser og forstår at det faktisk nytter å si ifra, sa hun til både voksne og elever.

Strøm- Erichsen fremhevet rollen til ansatte i helsestasjon og i skolehelsetjeneste.

- I skolehelsetjenesten har helsepersonellet en verdifull mulighet til å snakke med alle barn om skolemiljø, om ensomhet og om utestenging. Det skal være trygt å ta kontakt med helsesøster.

## Prosjekter mot mobbing

Det skjer mye innen skolehelsetjenesten. Som del av Manifest mot mobbing



**PASS PÅ BARN:** Kampanjen skal få lærere og andre voksne til å skape trygge rammer for barns hverdag. Og hjelpe barn å få venner.

har det blitt innvilget støtte til flere prosjekter om mobbing. Erfaringer fra disse prosjektene skal deles med de som jobber på helsestasjon og i skolehelsetjenesten for at de skal få ideer om hvordan de kan samarbeide om å bekjempe mobbing. Kampanjen er ment som en start på det forebyggende arbeidet i kommunene.

## Verktøy og mer informasjon

For mer informasjon om Voksne skaper vennskap, se [www.udir.no/mmm](http://www.udir.no/mmm). Her ligger det også verktøy for hvordan samtale med barn om vennskap og mobbing, samt et forslag til hvordan dette kan tas opp på foreldremøter. Rollen til helsesøster er også fremhevet i opplegget for foreldremøter. ■

# Auka innsats i Naustdal

Naustdal kommune ynskjer mobbefrie miljø der barn og ungdom oppheld seg. Eit nytt prosjekt skal styrke skulehelsetenesta sin innsats i det mobbeførebyggjande arbeidet.

**P**rosjektet er eit ledd i den nasjonale satsinga Manifest mot mobbing.

Helsesøster er tilsett i femti prosent stilling som prosjektleiar og skulehelsetenesta har difor ei klart koordinerande rolle i prosjektet, grunngeve utifrå vårt ansvar for å drive førebyggjande psykososialt arbeid og samarbeid med skular om tiltak som fremjar godt psykososialt og fysisk lærings- og arbeidsmiljø for elevane. Målet med prosjektet er å kome fram til felles forståing og tverretatlege forpliktande planar for det mobbeførebyggjande arbeidet. Prosjektet er finansiert av tilskot frå helsedirektoratet.

## Solid forankring

Prosjektet er forankra administrativt under rådmannen og politisk forankra både i helse- og oppvekstkomiteane. Dette er ein klar styrke som gjev god støtte når det oppstår utfordringar i prosjektprosessane. Skulane har hovudansvar for det mobbeførebyggjande arbeidet, og skulehelsetenesta si rolle i vår kommune har i hovudsak vore retta mot enkeltindivid. Vi samarbeider no systematisk for å kome fram til gode samarbeidsmodellar for det mobbeførebyggjande arbeidet både

for barnehagar, skular og fritidsmiljø. Prosjektet er tett knytt opp til skulen si satsing på læringsmiljø. Første halvåret i prosjektet har vore prega av prosessar, og å drøfte oss inn i felles forståing. Kva roller og ansvar har vi og kva forventar vi av kvarandre. Det er semje om at vi har eit overordna ansvar for å førebyggje mobbing og at heile kommunen slik sett er målgruppe, med fokus på vaksne som viktige rollemodellar. Tilsette i skulane gjev utrykk for at dei treng støtte utanfrå, og at alle som er saman med barn må vise tydelege haldningar mot krenkande åtferd.

## Heilskapleg satsing

Prosjektleiar har delteke fast på styremøter for barnehagane og rektormøter, likeeins møter i ungdomsråd og styremøter i idrettslaget. Det har vore lagt vekt på å informere om satsinga på foreldremøter og i media.

På vårparten har det vore mest samarbeid med barnehagane, der vi går i gang med ei felles tverrfagleg kompetanseheving med fokus på tidleg hjelp til barn i risiko. Vi har og vorte samde om faste samarbeidsmøter i alle barnehagane, der helsesøster, barnevern og eventuelt andre aktuelle fagpersonar

## Manifest mot mobbing

Sidan Bondevik-regjeringa starta Manifest mot mobbing i 2002, har regjeringa og sentrale nasjonale partar forplikta seg til å auke merksemda mot mobbing. Med Manifest mot mobbing 2011-2014 har regjeringa fornya den nasjonale innsatsen for fire nye år. I januar 2012 skreiv ordførar Håkon Myrvang under Manifest mot Mobbing i Naustdal kommune.

delte. Helsesøster har ansvar for å administrere denne samhandlinga, som handlar om felles fagutvikling og forståelse av barn.

For hausten går prosjektet inn i tettare samarbeid med skulane, der mellom anna skulehelsetenesta delteke på planleggingsdagar og vil bli invitert inn i skulemiljøutvala. Vi drøftar korleis elevane kan bli meir aktive i prosjektet og i det mobbeførebyggjande arbeidet, og skulane går i gang med å prøve ut modellar for elevmedverknad. Vi vil og etablere faste samarbeidsmøter på alle skulane der skulehelsetenesta og barnevernet delteke. ■



Av Turi Bruland, helsesøster, prosjektleiar for Manifest mot mobbing i Naustdal kommune

# Kvinnegrupper til nytte og glede

I Bodø driver flyktningkontoret gruppeaktiviteter for kvinner. Vi har hatt norsk-opplæring, møter om kjønnslemlestelse og samlinger for nyinnflyttede mødre. Kvinnene får ny kunnskap og nye kontakter.



Av **Borghild Rydland**, flyktninghelsesøster i Bodø. Hun har arbeidet i flyktningfeltet siden 1999 i Tromsø og Bodø, og vært med på å lage ulike gruppetilbud for voksne flyktninger, ungdom og barn.

**E**tt av gruppetilbudene til kvinnelige flyktninger i Bodø har vært samtalegrupper. Hensikten med gruppene har vært å praktisere norsk. Virkningen er også at det skapes nettverk, kunnskapsformidling og at hjemmeværende kvinner kommer seg ut. Slik kan en si at tiltaket er primærforebyggende psykisk helsearbeid.

Gruppen bestod hovedsakelig av kvinner som var bosatt i kommunen. Et par kvinner fra asylmottak har og vært med. Samlingene ble holdt en kveld i uka i fire uker. Det ble fire intensive og hyggelige kvelder. Kvinnene snakket blant annet om hva de ønsker å beholde av sin egen kultur når de bor i Norge, og hva de liker og ikke liker ved den norske kulturen. For de som hadde vansker med å uttrykke seg på norsk hjalp resten av gruppen til. Det kom fram mange fortellinger om livet i Norge. Den første gruppen ble avsluttet med middag hjemme hos en av deltakerne. I den andre gruppen brakte kvinnene med seg hjemmebakke kaker som alle hygget seg med. Deltakerne ønsket at samtalegruppen skulle vare lengre, så neste semester økes tilbudet til åtte uker.

Det er viktig at møtelokalet ligger sentralt og er lett å komme til med buss eller til fots, og at stedet er rolig slik at gruppen kan snakke uforstyrret. Siden dette tilbudet er frivillig og på kveldstid måtte deltakerne ta seg dit på egen hånd.

## Samtaler om lemlestelse

Et annet tiltak har omhandlet temaet skadelige tradisjoner. Her bestod arbeidet av to møter med hovedsakelig somaliske kvinner til stede. Dette var et tiltak i arbeidet mot kvinnelig kjønnslemlestelse og kom i gang etter

initiativ fra en av de somaliske kvinnene i etterkant av at hun deltok på informatørkurs sammen med flyktninghelsesøster. Fra kommunen møtte to flyktninghelsesøstre samt tidligere leder av flyktningkontoret.

Første møte ble filmen *Moolade* vist. Dette er en film fra afrikansk miljø. Den er innspilt i Burkina Faso og omhandler temaer som kvinnelig kjønnslemlestelse, alder for ekteskapsinngåelse og likestilling. Det ble holdt en innledning om filmen og hvorfor vi ville vise den. En av de somaliske deltakerne tolket. Kvinnene kjente seg godt igjen både i tematikk og den kulturelle setting som filmen viste.

I møte nummer to drøftet damene tiltak som de savner i kommunen, så som svømmeopplæring for kvinner og barn, trim og å lære å strikke og sy. I kjølvannet av dette ble kvinnene lovet til frivillige og nettverksskapende tiltak, der de startet strikkeopplæring. Undervisningen og samtalene om kvinnelig kjønnslemlestelse er blitt fulgt videre opp av flyktninghelsesøster gjennom Bodø voksenopplæring der hun har hatt undervisning både i manne- og kvinnegrupper.

## Tiltak for mødre

Det siste tiltaket er en gruppe der sju nyankomne somaliske kvinner ble samlet for å høre hvilken informasjon det er kvinnene savner som nybosatt i byen. Halvparten av kvinnene var gravide. En av hensiktene her var å utvikle gruppeveiledning for innvandrerkvinner i familiesenteret. Dette ble gjort i regi av Sentrum familiesenter, LOFT-prosjektet.

Kvinnene brakte opp temaer som barneoppdragelse i Norge, kosthold, barns behov for søvn og svangerskapsomsorg og fødsel. Det ble videre satt opp fire

møter som tok opp ett tema hver gang. Det ble til følgende: helsesøster snakket om søvnbehov hos barn, jordmor informerte om oppfølging ved svangerskap og fødsel, det ble gitt informasjon om tjenestene i familiesenteret, og temaet barneoppdragelse og grensesetting ble tatt opp. I disse samlingene ble det lagt vekt på å utveksle erfaring som kvinnene hadde fra hjemlandet samtidig som de fikk lære hvordan vi gjør det i Norge. Ettersom temaene var bestemt av kvinnene selv, deltok de aktivt. Fra profesjonssiden deltok familiesenterkoordinator, leder av LOFT-prosjektet, flyktninghelsesøster og leder av åpen barnehage. Jordmor var til stede en gang. Det ble leid inn tolk.

Møtene ble holdt i lokalene til Åpen barnehage som er et tilbud i Sentrum familiesenter. Dette fordi kvinnene skulle bli kjent med barnehagen og lære å benytte seg av tilbudet, da flere var gravide eller hjemmeværende med små barn.

De få som var startet med norskopplæring fikk deltakelse i gruppen godskrevet som en del av introduksjonsprogrammet. Det er viktig å ivareta god logistikk og finne møtetidspunkt som passer for kvinnene, og hjelpe til slik at de finner fram til møtelokalet, eventuelt bidra med bussbillett, for å sikre oppmøte.

Erfaringen herfra viser at kvinnene raskt ble kjent med hverandre og dannet nettverk. De fikk ny kunnskap samtidig som de reflekterte over praksis fra hjemlandet og kunne støtte hverandre på erfaringer derfra.

Siden flere av deltakerne var gravide, var de naturlig nok mye opptatt av svangerskap og det å føde barn i Norge. Her var kunnskapen fra jordmor til god hjelp. Det vil være interessant en gang å utforske hva de ulike deltakerne, både de profesjonelle norske og de somaliske kvinnene, i gruppen legger i begrepet barneoppdragelse og hva består kulturforskjellene egentlig i – for, som en av deltakerne sa: «norske og somaliske

vil det samme, men vi oppdrar barna ulikt». Kanskje har noen og enhver myter å bli kvitt.

### Oppsummering

Min egen erfaring som helsesøster fra dette tiltaket er at tilgjengelighet til tilbudet spiller en rolle. Dersom kvinnen er ny i byen, ikke kan norsk og er hjemme med små barn, kan hun være for bundet til å kunne ta seg fram på egen hånd til både helsestasjon og familiesentertilbud. Da er det nyttig å samarbeide

## «Det skapes nettverk, kunnskapsformidling og hjemmeværende kvinner kommer seg ut.»

med flyktning- /innvanderhelsekontor og norskopplæring for både å få kjennskap til nybomsatte kvinner og sikre at de kan benytte seg av ulike tilbud. En flink tolk er et must, og det må tas hensyn til samtalemnet og tolkens kjønn, for det kan være vanskelig å snakke åpent om kvinnehelse dersom kvinnene ikke har tillit til tolken.

Gruppetilbud for ulike språkgrupper kan være nyttig i en fase der kvinnene ikke har lært seg nok norsk til å føle seg trygge i grupper sammen med norske kvinner. Det er en grei måte å nå flere kvinner på, samtidig som kvinnene kan hjelpe hverandre i sitt nye samfunn. Det skaper nettverk og motvirker ensomhet og isolasjon. De styrkes også på at de har kunnskap og erfaringer å bygge på fra eget hjemland samtidig som de får ny kunnskapen om hvordan man tenker i Norge. ■

Illustrasjon: Colourbox



# Omfattende undersøkelse av barneverns klienter

I undersøkelsen Det nye barnevernet har foreldre med barn i barnevernet svart på en rekke spørsmål. Ett av funnene er at gutters vansker vurderes som mindre etter at de er fylt 16 år, mens det motsatte gjelder for jenter.



Av Willy Lichtwarck, seniorforsker og professor ved Nordlandsforskning/Universitetet i Nordland

**D**et nye barnevernet (DNBV) er et forsknings- og utviklingsprosjekt som startet i 2008, og avsluttes i 2014. Prosjektet er et samarbeid mellom Høgskolen i Sør-Trøndelag, Høgskolen i Lillehammer, Nordlandsforskning og følgende tolv kommuner/bydeler: Bodø, Rana, Gjøvik, Ringsaker, Vestre Toten, Kristiansand, Stavanger, Sandnes, Molde, Midtre Namdal, og bydelene Midtbyen og Heimdal i Trondheim kommune. I tillegg samarbeider prosjektet med Barne-, familie- og ungdomsdirktoratet.

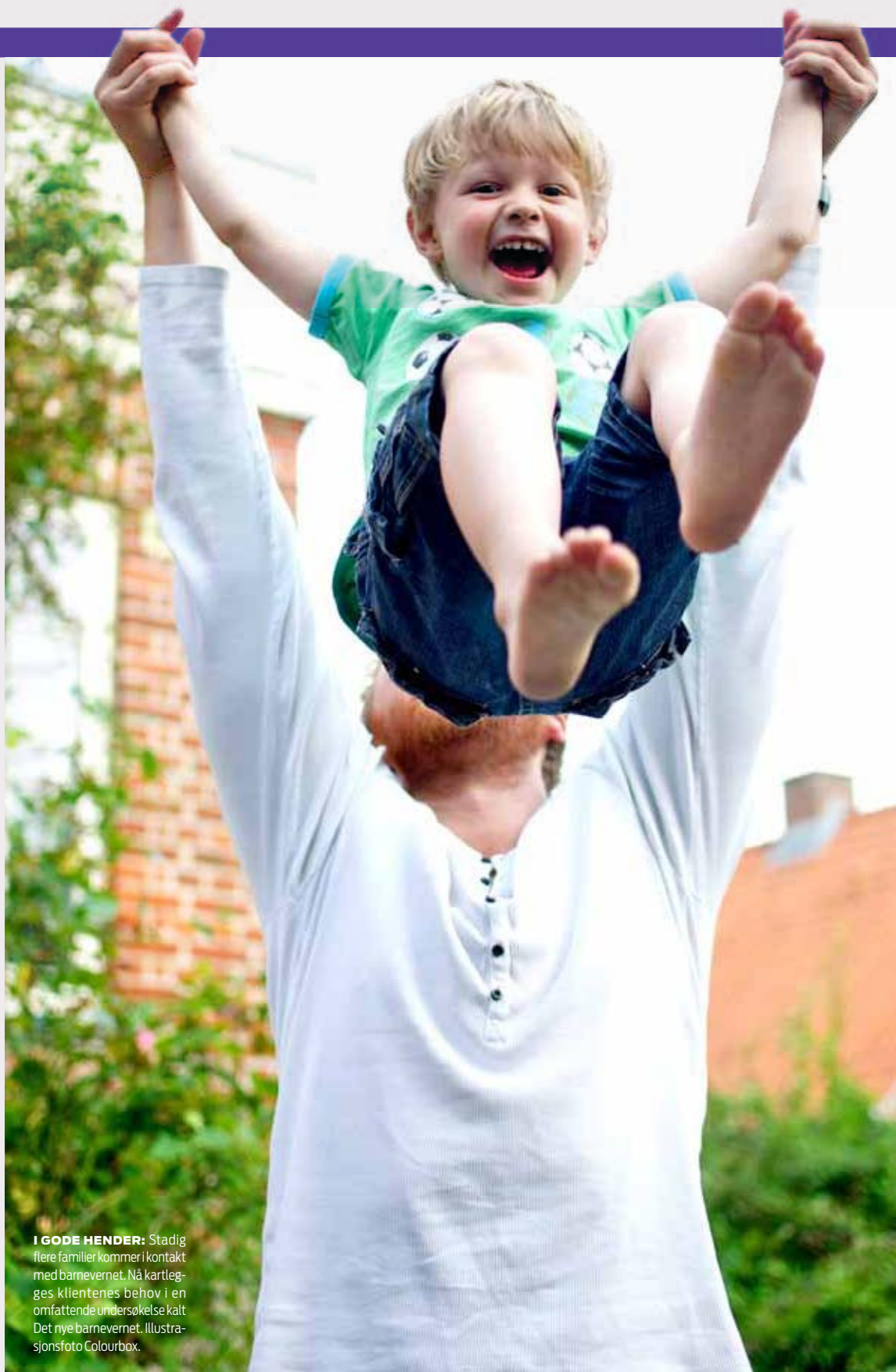
Prosjektet er delt i tre faser. Den første fase er en spørreundersøkelse som ble besvart av 715 foreldre med barn i barnevernet. Den andre fase er kvalitative intervjuer med foreldre, barn og barnevernsarbeidere. Blant annet har vi brukt livsløpsintervju som metode i ett av intervjuene med foreldrene. I

**«Barnevernets tiltak skal være effektive og kunnskapsbaserte.»**

intervju med barn fokusere vi på deres hverdagsfortellinger. I prosjektets tredje fase vil vi sammen med de kommunen som er med, forsøke å omsette den kunnskap som fase 1 og fase 2 har generert til praktisk handling.

Denne artikkelen presenterer data fra prosjektets fase 1. Stadig flere familier kommer i kontakt med barnevernet. Vi trenger å vite mer om disse familiene, fordi registerdata basert på kommunenes rapportering i forbindelse med Barnevernsstatistikken, ikke kan gi en tilstrekkelig oversikt over barnevernets brukere eller tiltakene de får. Forskningsprosjekter og evalueringer av ymse slag har ofte avgrenset formål. De gir ikke et helhetsbilde. Utviklingen i barnevernet i seinere år har gått i retning av at man vektlegger samarbeid med familier som sliter. Barnevernets tiltak skal være effektive og kunnskapsbaserte. En hemsko i denne forbindelse er at vi ikke vet nok om forholdet mellom familienes behov og barnevernets innsats i form av tiltak. Dette er et tema som bare kan belyses med representativt forskningsmateriale av såpass omfang at det lar seg gjøre å dele brukerfamilier opp i kategorier ut fra de empiriske funnene. I praksis vil oppmerksomhet rundt behov og tiltak medføre et temmelig bredt utvalg av relevante variabler som tas med i undersøkelsen.

Hensikten med surveyen var derfor å framskaffe et representativt materiale som kunne belyse levevilkår og tiltak gitt fra barnevernets side i familier som har kontakt med kommunale barneverntjenester. Materialet skulle også gi en plattform for nærmere undersøkelse av brukerfamilier i prosjektets annen fase.



**I GODE HENDER:** Stadig flere familier kommer i kontakt med barnevernet. Nå kartlegges klientenes behov i en omfattende undersøkelse kalt Det nye barnevernet. Illustrasjonsfoto Colourbox.

### Jenter større belastning enn gutter

Foreldre forteller at jenter har større problembelastning enn gutter. Mønsteret er at jenter tilskrives større problembelastning med alder. Guttenes vansker vurderes som mindre etter 16-årsalder. 12 prosent av barn på 6 år har ifølge foreldrene dårlig sosial fungering, og det gjelder begge kjønn. Prosentandelen øker til 43 prosent for jenter som er 16 år og 27 prosent for gutter i samme alder. Disse funnene er litt oppsiktsvekkende vurdert i lys av stereotype oppfatninger om barn og ungdom i barnevern. En tenker gjerne på gutter som utagerende og «vanskelige». I seinere år har en riktignok vært oppmerksom på økt rusbruk og risikofølelse blant tenåringsjenter, men foreldres vurderinger i denne sammenheng kan også avspeile kjønnspsi-



**TRØBBEL I TENÅRENE:** Jenter får større problemer med alderen, mener mange foreldre som har deltatt i spørreundersøkelsen Det nye barnevernet. Illustrasjonsfoto Colourbox.

fikke forventninger. Enda en faktor som kan spille inn her, er at jenters vansker får mindre oppmerksomhet, slik at tersklene for å få hjelp er høyere for dem. Dette har vært drøftet i forbindelse med tilgang til hjelp i forbindelse med psykiske vansker. Utagerende atferd hos gutter skaper bry og tiltrekker oppmerksomhet, mens internaliserende vansker som er hyppigere hos jenter, lettere blir oversett.

Helse synes å ha stor betydning for foreldres vurdering av unges fungering. Bare en tredjedel av barn og unge har god fysisk og psykisk helse, ifølge foreldre. En femtedel er kategorisert som «middels» og hele 46 prosent som «dårlig». 56 prosent av jentene og 45 prosent av guttene er kategorisert som dårlig i 16-årsalderen. Tilsvarende prosentandeler for 6-årsalderen er 28 for gutter og 18 for jenter. Hva angår psykisk helse, har 16 prosent av barna i utvalget fått en psykiatrisk diagnose. Dette er en lav andel sett i lys av funn fra norsk og utenlandsk epidemiologisk forskning, som ville gi et anslag på minst 40–50 prosent forekomst av psykiske vansker som trenger behandling og oppfølging for barnevernbarnas vedkommende. I tillegg var det 20 prosent av barna der foreldrene mente at barna hadde psykiatriske vansker som burde vært diagnostisert.

### Foreldres problembelastning

Foreldres vansker i bredere forstand (psykososiale vansker heller enn vansker/trekk som kan innebære risiko for barna), er ikke blitt gjenstand for systematiske studier i barnevernforskning. Flertallet i utvalget (61 prosent) hadde opplevd tre eller flere av stressorene i løpet av de to siste årene. 16 prosent hadde opplevd fem eller flere. De med meget stor belastning kjennetegnes først og fremst av sykdom – især psykiske problemer – og konfliktfylt familieforhold og arbeidsledighet. Vansker som har vært kjent som «tunge» med bakgrunn i sosialpsykologisk forskning i mange år (tap av pårørende, flytting, samlivsbrudd), veier ikke så tungt for barnevernforeldre sammenliknet med psykiske vansker og familiekonflikter. Bekymring for barna er også framhevet, men dette forekommer ganske ofte også hos dem som rapporterer mindre belastning samlet sett.

Det er grunn til å anta at foreldrenes psykososiale belastninger og mestring av foreldrerollen vil ha konsekvenser for barnas fungering. I datamaterialet er det ikke uten videre mulig å fastslå årsakssammenheng, men det er mulig å undersøke om det er noen samvariasjon mellom foreldrenes belastninger og mestring, og barnas fungering. Analyser viser at både for foreldre med liten og stor psykososial belastning,



er det en sammenheng mellom barnets fungering og mestring av foreldrerollen. Likeså er det større andel barn som fungerer godt hos foreldre med liten psykososial belastning sammenliknet med dem som har stor psykososial belastning. Det er også et tydelig samspill mellom psykososial belastning og mestring av foreldrerollen. Det viser seg at høyeste andel barn som fungerer dårlig (55,4 prosent) er hos foreldre med stor psykososial belastning og dårlig mestring av foreldrerollen. Motsatt er høyeste andel barn med god mestring (55,8 prosent) hos foreldre med liten psykososial belastning og god mestring av foreldrerollen.

### Behov

DNBV-surveyen var basert på opplysninger og vurderinger gitt av foreldre, og det kan være aktuelt å stille spørsmål om hvor pålitelig disse opplysninger er, og om funnene i undersøkelsen kan bære preg av ulike former for bias, med for eksempel nedtoning av problematiske og vanskelig forhold. Dette virker for oss lite sannsynlig, fordi funn på ulike områder har en klar intern konsistens. For eksempel foreldre med store psykososiale belastninger, som har barn med det de oppfatter som dårlig fungering, er de som oftest rapporterer om utfordringer i forhold til mestring av foreldrerollen. Foreldrenes vurdering av barnas psykisk helsetilstand stemmer godt med hva vi ville vente ut fra epidemiologiske funn.

En tenker gjerne at problemer hos barn og unge, og vansker foreldre opplever, henger sammen. DNBV materialet viser ingen korrelasjon mellom barnas fungering og foreldres psykososiale byrder. Det finnes mange foreldre som rapporterer få psykososiale stressorer, som oppgir at barnet deres fungerer dårlig. Det omvendte finner vi også: barn som foreldrene mener fungerer middels bra eller til og med meget bra, selv om disse foreldre rapporterer mange stressorer. Bare i 16 prosent av familiene rapporteres både store fungeringsproblemer hos barn, og mange stressorer hos foreldre.

Som nevnt er det bare en sjettedel av barn og unge i materialet som har en diagnostisert psykisk lidelse, og dette kan ikke betraktes som annet enn tegn på alvorlig underdekning av behovene, på linje med situasjonen som kommer fram i undersøkelser fra andre land. Multivariat analyse av vårt materiale har vist at foreldres persepsjon av psykiske vansker hos sine barn og unge, er klart den mest utslagsgivende faktor når foreldre svarer at barn og unge har behov

for hjelp. Sett i lys av dette er underdekning av behovet for diagnose, og dermed eventuell behandling og oppfølging beklagelig i dobbelt forstand. Mange barn og unge får ikke den hjelp de trenger. I tillegg blir barnevernets muligheter for å møte behovene på et område som er svært viktig sett fra foreldrenes side, betydelig svekket.

### Drøfting

Hva angår levekår og familienes bakgrunn og økonomiske vilkår, kan en se likhetspunkter mellom våre funn og funnene fra Clasen og Kristoffersens (2008). DNBV-surveyen viser at familier der foreldre har lav yrkesmessig status eller svak eller ingen forankring i arbeidslivet, er overrepresentert blant barnevernets brukere. Tre fjerdedeler av familiene har lav sosio-økonomisk status. Over halvparten har ikke inntekt fra arbeid. Mange foreldre mangler videregående eller høyere utdanning. De fleste av barna bor ikke sammen med begge foreldre. Det er imidlertid viktig å ha i mente at en del familier fra andre sosiale lag får hjelp fra barnevernet. Problemene som rammer disse kan være alvorlige, med høy grad av konflikt og

## «Kanskje er tiden inne for å drøfte et mer utvidet barnevernsbegrep?»

store påkjenninger for foreldre og barn. Barnevernet kan bli trukket ganske seint inn i slike familier, når problemene har virkelig tatt tak. Mangel på sammenliknbart materiale fra barnevernet på 80-tallet og tidligere gjør det umulig å si om flere brukere fra middelklassen finnes i barnevernet enn før.

Utvidelsen av barnevernet i seinere år har først og fremst ført til rekruttering av flere familier fra marginale grupper. Noen mottar kun ulike former for avlastningshjelp og begrensede økonomiske ytelser, men langt flere får tiltak som tar sikte på å støtte familiefungering og sikre barn.

En kan stille spørsmål om barnevernet er den riktige instans som skal svare på disse foreldrebehov. Vårt materiale gir mange eksempler på situasjoner der barnevernet har gitt hjelp etter at NAV og den kommunale helsetjeneste ikke har gitt familien noe tilbud. Kanskje er tiden inne for å drøfte et mer utvidet barnevernsbegrep? ■

# Lærer barn å mestre

På Valnesfjord Helsesportsenter får barn med nedsatt funksjonsevne sportslige utfordringer som gir mestringsfølelse.

Tekst og foto Linda Lillevik, frilansjournalist

**V**alnesfjord Helsesportsenter ligger utenfor Bodø. Olaf Berger er ledsager for sønnen Tom, som har epilepsi. Tom deltar på sykkelkurs. Pappa Olaf vektlegger senterets fokus på mestring.

– Min opplevelse var at Tom egentlig kunne sykle, men han manglet tilliten til seg sjøl for å gjøre det. Etter noen dager på sykkelkurset, sykler han. Han er blitt mer trygg på seg sjøl, mer modig når det gjelder syklingen, sier Olaf Berger. Han er for øvrig kommunelege i Lenvik i Troms, og har også et faglig blikk på senterets framgangsmåte overfor deltakerne.

– Slik jeg ser det, legger Valnesfjord Helsesportsenter vekt på opplevelse av mestring. Jeg var først overrasket over hvor korte treningsøkter det var lagt opp til. Men etter hvert skjønnte jeg at de korte øktene førte til at barna ville ut og trene mer. Det er nok noe som de fleste ikke opplever i hverdagen. Den målsettingen som er her, at alle barna opplever at de mestrer enhver situasjon, er godt ivare tatt.

Han nevner også variasjonen i senterets aktiviteter, som svømming, ridning og klatring i klatrevegg.

– Klatring er flott. Det mestrer de aller fleste, og de opplever mestring i veldig stor grad. Det er spennende å stå ti meter over gulvet, og bli heist ned igjen. Barna opplever at det de kan, det er helt utmerket. Selv i fellestreningene fikk instruktørene hvert barn til å føle seg som verdensmester.

Sønnen Tom har hatt stort utbytte av det to uker lange kurset.

– Jeg tror at når vi kommer hjem fra sykkelkurset, så er han så trygg på seg sjøl at jeg faktisk kan ta han med ut og sykle i trafikken. Og det er mye mer enn jeg kunne ha drømt om, sier Olaf Berger.

## Trivsel for alle

For Sunita Kardey fra Vadsø var helsesøsters engasjement avgjørende.

– Det var helsesøster som fortalte meg om Valnesfjord Helsesportsenter, sier hun. Sønnen Chand Deep deltar på kurset «Intensiv trening». Han har fått være med på blant annet sykling, ridning, svømming og bueskyting. Mamma Sunita er overveldet over mottakelsen på senteret.

– Nå vet jeg at det er en kjempefin plass for barn og voksne. Vi trivdes her fra første dag. Vi ble satt i en gruppe sammen med sju andre barn og deres ledsagere. Vi ble fort kjent med alle, og ungene har hatt det fint sammen. Det har vært en veldig fin gruppe i være i.

Jeg har ikke hørt fra Chand Deep at han kjeder seg i det hele tatt. Han har vært veldig aktiv her.

Chand Deep (12) sier:

– Det jeg liker best med å være her, er å være i lag med andre folk. Jeg liker alle aktivitetene vi har holdt på med, men klatring i klatrevegg er aller best.

## Sofie må styre selv

Også Sofie Jonette Berg (10) fra Bodø liker å klatre.

– Og så har jeg fått 25-metersmerke i bassenget, jubler Sofie.

Sofie har såkalt åpenstående ductus, en sjelden hjertefeil som i hennes tilfelle

## For hele landet

Valnesfjord Helsesportsenteret er et nasjonalt kompetansesenter for barn og unge med nedsatt funksjonsevne. Senteret ligger litt utenfor Bodø. Barn og unge fra hele landet er velkomne til senteret.

gjør at blodtrykket til lungene øker, som igjen fører til redusert oksygenopptak, med det resultat at hun blir fortere sliten enn andre barn. På Valnesfjord Helsesportsenter får hun testet sine grenser.

Sofies mamma, Magda Knutsen, forteller:

– Sofie trenger fysisk aktivitet, men hun må styre mengden selv, og sette grenser for når det er nok. Blir hun for sliten, setter hun seg rett ned og klarer ikke å fortsette. Vi trengte å vite hvordan vi skal holde hennes fysiske form oppe, og samtidig la henne styre det selv. Fastlegen snakket med en fysioterapeut i kommunen, som igjen foreslo at vi skulle søke henne til et to ukers opphold ved Valnesfjord Helsesportsenter. Jeg visste om senteret fra før, men trodde det utelukkende var en treningsplass for hjerteopererte og slagpasienter. Jeg visste at de skulle satse mer på barn og unge, men hadde egentlig ikke tenkt at det var noe for oss. Sofie gledde seg veldig til å komme, for hun visste at det er hester på senteret, sier Magda Knutsen.

## Morsomme aktiviteter

Sofie har vært i samme gruppa som Chand Deep og seks andre barn.

– Det var bra å komme hit. Jeg pleier å



**KLATREVEGGEN:** Sofie Jonette Berg (10) har en hjertefeil som gjør at hun blir fortere sliten enn andre barn. På Valnesfjord Helsesportsenter får hun testet sine grenser.

ri på hesten som heter Lady. Jeg liker alle best å svømme og klatre i klatreveggen. Når vi skulle ned, måtte vi holde i tauet og stå inntil veggen og fire oss ned, sier Sofie.

Padling har også stått på programmet, noe Sofie likte veldig godt. Hun synes ikke det var vanskelig å bli kjent med de andre barna i gruppa. Alle er gode venner, og det er ingen krangling, forteller hun.

Også fritidsaktiviteter må til når man er på kurs:

– Vi har hatt bingo, og da vant jeg en sparebøsse. Jeg har allerede fem kroner på den. Pengen fikk jeg av mamma.

På arbeidstua har barna malt på spagris, laget trykk på stoffveske og malt krus. Bassenget er flittig i bruk om ettermiddagene, sammen med foreldrene. Skolearbeidet blir ivaretatt av dyktige lærere, og barna har med seg oppgaver de skal jobbe med i den daglige skoletimen. For på Helsesportsenteret er det kun én skoletime, men desto mer fysisk aktivitet enn ungene er vant til.

### **Mamma Magda har bare gode ord å si om Sofies opphold.**

– Vi er veldig fornøyde. Det har vært varierte aktiviteter, og det er flinke folk som jobber her. De ser hva ungene trenger, og hva de kan prestere. Barna får prestere på sitt nivå og de ser at de mestrer ting som

fjord Helsesportsenter, Tove P. Bergkvist, er ikke forbauset over barnas trivsel:

– Det som er spesielt her, er at barn og unge kommer til oss for en periode med intensiv trening, hvor de driver med aktiviteter som de også kan holde på med hjemme. Når du først har styrke,

## **«Selv i fellestreningene fikk instruktørene hvert barn til å føle seg som verdensmester.»**

kanskje ellers ville ha vært skummelt å prøve. De får prøve igjen og igjen, og det er kjempefin rettleiding. Det Sofie synes er artig, og som hun mestrer, gir en liten ekstra piff, og da klarer hun litt til, virker det som. Hadde det vært kjedelig, hadde hun gitt seg så fortore.

### **Enestående tilbud**

Leder for habiliteringstemaet ved Valnes-

smidighet og utholdenhet nok til å utføre aktiviteten, og du lærer deg den, så vil det også være en sosial kapital som du tar med deg hjem, og som du kan bruke i lag med andre.

Teamlederen forteller at foreldre og lærere på skolen ofte erfarer at barna ikke vil være med på aktiviteter, og lar dem slippe. Det er i utgangspunktet ikke bra. Men når barna kommer hit, skjer



**FORNØYDE MØDRE:** Magda Knutsen og Sunita Kardey har begge fulgt barna sine til senteret. – Det er en kjempefin plass for barn, sier Kardey.



**TRYGG PÅ SYKKEL:** Olaf Berger (8) har epilepsi. På Valnesfjord Helsesport-senteret fikk han trening i å sykle.

aktiviteten i en annen sammenheng enn barna er vant til fra før. Her deltar de i en gruppe, der alle i gruppa strever med ulike utfordringer. For barna er det noe gjenkjennbart.

– Med den kompetansen som finnes her, vet vi hvordan vi skal tilrettelegge aktiviteten, for at barna skal mestre. Dette kan være aktivitetshjelpemidler og spesielt utstyr, som noen av barna med fysisk funksjonsnedsettelse trenger. Det være seg tilrettelagt akebrett eller pulk for kunne være i akebakken. Eller det kan være metodiske eller pedagogiske valg som er utslagsgivende.

Bergkvist understreker at mestringen det enkelte barn opplever, stryker barnets selvfølelse.

#### Foreldre ressurs

– Vi vet at foreldre, som er ledsagere, er den viktigste ressursen til barna. Det å få til et bra opplegg, der ledsagerne får innblikk i hva som foregår, er også viktig. Det at ledsagerne ser at dette ikke er noe hokuspokus. Vi kan ikke trylle, selv om det noen ganger kan virke sånn, med tanke på hva barna gjør, hva de er med på, hvor mye de utfordrer seg.

Selv om barna i gruppa har ulike utfordringer, har ofte ledsagerne stor nytte av å snakke sammen.

– Det likemannsarbeidet som skjer

mellom foreldrene er veldig viktig. Vi prøver å legge opp til at det er de positive erfaringene foreldrene kan dele med hverandre. Vi ønsker å holde et positivt fokus og et mulighetsfokus. Kanskje noen som kommer hit første gang, egentlig ikke på forhånd er klar over hvor nyttig det er. Også for dem selv.

#### Veiledningsfunksjon

Bergkvist forteller også at Helsesport-senteret har en veiledningsfunksjon overfor skolene.

– Etter et opphold skriver vi en tverrfaglig rapport, der vi beskriver hva



**«Vi kan ikke trylle, selv om det noen ganger kan virke sånn.»**

Tove P. Bergkvist

vi har gjort og om de anbefalte tiltak. Dersom helsesøster eller andre som har med barnets habilitering har spørsmål, kan de ringe oss.

Bergkvist forteller videre at alle barnas lærere blir invitert på besøk, noe som bekostes av kommunen selv.

– Tilbakemeldingene fra lærerne som er på besøk, er at det er nyttig å komme hit. Læreren får se barnet i en annen setting enn den som er på skolen. Da ser også de et annet barn; hvor tøff barnet

er, og hvilke utfordringer barnet går løs på, hva det virkelig mestrer, hvilken rolle barnet tar i denne gruppa, sammenliknet med rollen barnet har i en stor klasse, hvor de blir borte i mengden.

#### Helsesøster er viktig

Mange foreldre vet ikke hvordan de skal gå fram for å få et opphold for sine barn. Helsesøster, som er medlem i ansvarsgrupper, og ofte er leder for gruppa, kan henvise barnet til Valnesfjord Helsesport-senter.

– Det er slik at både lege eller annet autorisert helsepersonell, for eksempel

helsesøster, kan henvise hit. I en søknad må det stå hva som er målsettingen med oppholdet, beskrivelse av funksjonsnivå og om hvorfor det er viktig å få et opphold. Valnesfjord Helsesportssenter er et ledd i et barns habiliteringsprosess, så det er en bra å få med hvorfor det er viktig med opphold ved senteret nå.

Dersom det ikke er fastlegen som søker om opphold, er det likevel viktig at fastlegen er innforstått med at det sendes en søknad, avslutter Bergkvist. ■

# Alt det gode fra melken – bare bedre

Å drikke ordentlig melk av kopp er et stort steg, både for det lille barnet og de stolte foreldrene. Kumelk inneholder mange næringsstoffer, men for små barn inneholder den nødvendigvis mye protein og salt. I tillegg inneholder kumelk veldig lite jern og umettet fett i forhold til barnets behov.

Derfor har Nestlé utviklet NAN Juniormelk som har en optimal og balansert sammensetning for små mager. Perfekt til smårollinger fra de er 18 måneder. Drikkes varm eller kald og fra flaske eller kopp – alt etter ønske. For selv om ernæringsbehovene er de samme, er jo alle barn forskjellige.

Les mer om NAN 4 Juniormelk på [www.nestlebaby.no](http://www.nestlebaby.no)  
Flere spørsmål? Send en e-post til [barnemat@no.nestle.com](mailto:barnemat@no.nestle.com)



## LOETTE 28 ANTIKONSEPSJONSMIDDEL ATC-NR: G03A A07

**TABLETTER, filmrasjere:** Hver aktiv tablett inneholder: Levonorgestrel 100 µg, etinyløstradiol 20 µg, laktosemonohydrat, hjelpestoffer. Fargestoff: Rødt jernoksid (E 172), titandioksid (E 171). Hver inaktiv tablett inneholder: Laktosemonohydrat, hjelpestoffer. Fargestoff: Titandioksid (E 171).

**INDIKASJONER:** Antikonsepsjon.

**DOSERING:** Tabletten må tas som angitt på pakningen, hver dag til omtrent samme tid. 1 tablett tas daglig i 28 etterfølgende dager. Etter at den siste inaktive tablett er tatt, starter en med nytt brett dagen etter. I løpet av de 7 dagene med inaktive tabletter inntrener en bortfallsblødning. Oppstart: Ingen tidligere hormonell prevensjonsbruk (i løpet av den siste måneden); Medisineringen skal starte på dag 1 i kvinnens normale syklus. Det er tillatt å starte på dag 2-7, men da anbefales i tillegg en annen prevensjonsmetode (f.eks. kondomer og sæddrepende middel) i løpet av de 7 første dagene en tar tabletten.

**SKIFTE FRA ET ANNET KOMBINASJONSPREPARAT:** Medisineringen bør starte dagen etter den vanlige tabletfrie perioden eller perioden med inaktive tabletter til foregående kombinasjonspreparat. Skifte fra et rent progestogenpreparat (minipille, progestogoninjeksjon/implantat): Kvinnen kan når som helst skifte fra minipille og begynne med preparatet neste dag. En bør starte dagen etter fjerning av et implantat eller, dersom en bruker injeksjon, dagen etter neste injeksjon skal foretas. I alle disse situasjonene, anbefales å bruke en tilleggsprevensjon de 7 første dagene en tar tablettene. Etter abort i 1. trimester: Medisineringen kan starte umiddelbart. Andre prevensjonsmetoder er ikke nødvendig. Etter fødsel eller abort i 2. trimester: Siden den umiddelbare postpartumperioden er assosiert med en økt risiko for tromboemboli, skal p-piller ikke anvendes tidligere enn 28 dager etter fødsel, hos ikke ammende eller etter abort i 2. trimester. Tilleggsprevensjon anbefales de 7 første dagene. Dersom samleie har funnet sted, må graviditet utelukkres før en starter med et kombinasjonspreparat, ellers må kvinnen vente på sin første menstruasjonsperiode. Effekten av p-pillene reduseres når tabletter glemmes eller ved oppkast. Se pakningsvedlegg.

**KONTRAINDIKASJONER:** Skal ikke brukes av kvinner med noe av følgende: Tromboflebitt eller tromboemboliske lidelser, dyp venetrombose, en tidligere historie med dyp venetrombose eller tromboemboliske lidelser, cerebrovaskulære eller kardiovaskulære lidelser, trombose valvulopati, arvelig eller ervervet trombofil, migrene/hodepine med fokale nevrolgiske symptomer, slik som aura, tromboemboliske sykdommer, alvorlig diabetes med vaskulære forandringer, alvorlig ubehandlet hypertensjon, kjent eller mistenkt cancer mammae, cancer i endometriet eller andre verifiserte eller mistenkte østrogenavhengige neoplasier, kolestatisk gulsott under graviditet eller gulsott ved tidligere bruk av p-piller av kombinasjonstypen, leveradenomer eller leverkreft, udiagnostiserte unormale vaginalblødninger, verifisert eller mistenkt graviditet, hypersensitivitet overfor noen av preparatets innholdsstoffer.

**FORSIKTIGHETSREGLER:** Før behandling initieres, foretas grundig undersøkelse inkl. mammaundersøkelse, blodtrykksmåling, samt en grundig familieanamnese. Hypoglykemi og typen av etterfølgende undersøkelser bør være basert på etablerte retningslinjer og tilpasset individet. Forstyrrelser i koagulasjonssystemet skal utelukkes hvis det i nærmeste familie allerede i yngre år har forekommet tromboemboliske sykdommer (først og fremst dyp venetrombose, hjerteinfarkt, slaganfall). Ved unormale vaginalblødninger skal undersøkelser gjennomføres for å utelukke kreft. Kvinner fra familier med økt forekomst av brystkreft eller som har benigne brystknuter, må følges opp spesielt nøye. Sigarettrøyking øker risikoen for alvorlige kardiovaskulære bivirkninger ved bruk av p-piller. Denne risikoen øker med alder og mye røyking og er ganske markert hos kvinner over 35 år. Kvinner som bruker p-piller må på det sterkeste anbefales ikke å røke. Bruk av kombinasjons-piller er assosiert med økt risiko for arterietrombose og tromboemboli. Rapporterte hendelser inkl. hjerteinfarkt og cerebrovaskulære hendelser (iskemi og blødningsslag, transitorisk iskemisk attack). Eksposering for østrogen og progestagener bør minimeres. Forskrivning av kombinasjons-piller med minst mulig østrogen- og progestageninnhold anbefales. Risikoen for arterietrombose og tromboemboli øker ytterligere hos kvinner med underliggende risikofaktorer. Må brukes med forsiktighet hos kvinner med risikofaktorer for kardiovaskulære lidelser. Eksempler på risikofaktorer for arterietrombose og tromboemboli er: Røyking, hypertensjon, hyperlipidemi, overvekt og økt alder. Kvinner som bruker perorale kombinasjons-piller og som har migrene (spesielt migrene med aura), kan ha økt risiko for slag. Opptrøtten på emboli (f.eks. akutte brystmerter, tungpustethet, syns- eller hørselsforstyrrelser, smerter og hevelse i en eller begge underkremittene) under behandlingen skal preparatet seponeres og pasienten undersøkes nøye. Bruk av kombinasjons-piller er assosiert med økt risiko for venetrombose og tromboemboli. Den økte risikoen er størst blant førstegangsbukere det første året. Risikoen er imidlertid mindre enn under graviditet. Venøs tromboembolisme er dødelig i 1-2% av tilfellene. Risikoen øker ytterligere hos kvinner med tilstander som predisponerer for venetrombose og tromboembolier.

**EKSEMPEL PÅ RISIKOFAKTORER FOR VENETROMBOSE OG TROMBOEMBOLIER ER:** Overvekt, kirurgisk inngrep eller skader som øker risikoen for trombose, nylig gjennomgått fødsel eller abort i 2. trimester, forlenget immobilisering og økt alder. Om mulig, bør behandlingen med kombinasjons-piller avbrytes 4 uker før og 2 uker etter elektiv kirurgi hvor det er økt risiko for trombose og ved forlenget immobilisering. Bruk av p-piller er assosiert med godartede adenomer i lever, selv om insidensen av disse er sjeldne. Risikoen synes å øke med varigheten av behandlingen. Disse ytrer seg som akutte buksmerter eller akutt intraabdominal blødning. Preparatet skal da seponeres og pasienten undersøkes nøye. Ruptur kan forårsake død gjennom intraabdominal blødning. Kvinner som tidligere har hatt kolestase forårsaket av perorale kombinasjons-piller, eller har hatt kolestase under graviditet, har større risiko for å få denne tilstanden ved bruk av perorale kombinasjons-piller. Pasienter som bruker perorale kombinasjons-piller bør derfor overvåkes nøye, og dersom tilstanden vender tilbake, bør behandlingen avbrytes. Det er rapportert tilfeller av retinalvaskulær trombose. P-piller må seponeres dersom det forekommer uforklarlige delvis eller fullstendige synsforstyrrelser, proptose eller dobbeltsyn, papilledem, eller skader i retinavaskulaturen. Glukoseintoleranse er rapportert og kvinner med diabetes eller nedsatt glukoseintoleranse skal følges nøye opp. Dersom kvinner med hypertensjon velger å bruke p-piller, må de overvåkes nøye og dersom signifikant økning av blodtrykk oppstår, må preparatet seponeres. Bruk av perorale kombinasjons-piller kan være assosiert med økt risiko for cervical intraepitelial neoplasi eller invasiv livmorhalskreft hos enkelte kvinnepopulasjoner. Imidlertid er det fremdeles kontroversielt hvorvidt omfanget av slike funn kan skyldes forskjeller i seksuell atferd eller andre faktorer. Adekvate diagnostiske tiltak er indisert ved udiagnostisert abnormal underlivsblødning. Utvikling eller akutt forverring av migrene eller utvikling av hodepine med annet forløp som er tilbakevendende, vedvarende eller alvorlig, krever at p-piller seponeres og at årsaken vurderes. Kvinner med migrene (spesielt migrene med aura) som bruker kombinasjons-piller kan ha økt risiko for slag. Gjenombruddsblødninger og sporblødninger sees spesielt de 3 første månedene. Adekvate diagnostiske tiltak må iverksettes for å utelukke kreft eller graviditet ved gjennombruddsblødninger på samme måte som ved annen unormal vaginalblødning.

Dersom patologi er blitt utelukket, kan fortsatt bruk av de perorale kombinasjons-pillene eller bytte til annen formulering løse problemet. Noen kvinner kan oppleve postpille amenoré muligens med anovulasjon, eller oligomenoré, spesielt når slike forhold har eksistert tidligere. Kvinner som behandles for hyperlipidemi skal følges tett. En liten andel kvinner vil få ugunstige lipidforandringer når de bruker p-piller. Ikke-hormonell prevensjon bør vurderes ved ukontrollert dyslipidemi. Vedvarende hypertriglyseridemi kan forekomme. Økninger i plasmatriglyserider kan føre til pankreatitt og andre komplikasjoner. Akutt eller kronisk leverdysfunksjon kan nødvendiggjøre seponering inntil leverfunksjonen normaliseres. Pasienter som blir klart deprimeret når de bruker p-piller, må forsøke å klarlegge om symptomene er relatert til medikamentet. Kvinner med en sykehistorie med depresjon skal observeres nøye og preparatet skal seponeres dersom det utvikles alvorlig depresjon. Pasienter bør informeres om at preparatet ikke beskytter mot hiv-infeksjon (AIDS) eller andre seksuelt overførbare sykdommer. Preparatet bør ikke brukes ved sjeldne arvelige problemer med galaktoseintoleranse, en spesiell form for hereditær laktasemangel (Lapp lactase deficiency) eller glukose-galaktosemalabsorpsjon. Utsettelse av menstruasjonen: Menstruasjonen kan utsettes ved først å ta de rosa tablettene og så kaste brettet uten å ta de 7 hvite tablettene. Start deretter direkte på et nytt brett.

**INTERAKSJONER:** Nedsatt serumkonsentrasjon av etinyløstradiol kan føre til økt insidens av gjennombruddsblødninger og uregelmessig menstruasjon, og kan muligens redusere effekten av kombinasjons-piller. Ved samtidig bruk av preparater som inneholder etinyløstradiol og forbindelser som kan redusere plasmakonsentrasjonen av etinyløstradiol, anbefales en ikke-hormonell prevensjonsmetode (kondom og spermdrepende middel) i tillegg. Ikke-hormonell prevensjonsmetode anbefales brukt i tillegg i minst 7 dager etter seponering av substanser som kan føre til redusert plasmakonsentrasjon av etinyløstradiol. Ved langvarig bruk av slike substanser bør ikke kombinasjons-pillen anvendes som primær prevensjon. Det anbefales å bruke tilleggsprevensjon over en enda lengre periode etter seponering av forbindelser som inducerer hepatiske mikrosomale enzymer og fører til redusert plasmakonsentrasjon av etinyløstradiol. Det kan enkelte ganger ta flere uker inntil enzyminduksjonen er fullstendig normalisert, avhengig av dosen, behandlingsvarigheten og elminasjons-hastigheten til den induserende forbindelsen. Diaré kan øke tarmmotiliteten og dermed redusere hormonabsorpsjonen. På samme måte kan medikamenter som reduserer tarmoverføringstiden redusere hormonkonsentrasjonene i blodet. Interaksjoner kan oppstå med medikamenter som induserer mikrosomale enzymer som kan minke etinyløstradiolkonsentrasjonen (f.eks. karbamazepin, oksykarbamazepin, rifampicin, barbiturater, fenylbutazon, fenytoin, griseofulvin, topiramid, enkelte proteasehemmere, ritonavir). Atorvastatin kan øke serumkonsentrasjonen av etinyløstradiol. Medikamenter som opptrer som kompetitive inhibitorer for sulfonering i gastrointestinalgveggen kan øke biotilgjengeligheten av etinyløstradiol (f.eks. askorbinsyre, paracetamol). Substanser som hemmer CYP 3A4 isoenzymer, f.eks. indinavir og flukonazol, kan også øke biotilgjengeligheten av etinyløstradiol. Konsentrasjonen av etinyløstradiol vil kunne minke etter inntak av visse antibiotika (f.eks. ampicillin, tetracyklin) pga. redusert entero-hepatisk resirkulering av østrogen. Etyniløstradiol kan interferere med metabolismen av andre medikamenter ved å inhibere hepatiske mikrosomale enzymer, eller ved å indusere hepatisk medikamentkonjugering, spesielt glukuronidering. Plasma- og vevskonsentrasjonene vil følge til en viss grad minke (f.eks. lamotrigin) eller øke (f.eks. ciklosporin, teofyllin, kortikosteroider). Toleandomycin kan øke risikoen for intrahepatisk kolestase ved koadministrering med perorale kombinasjons-piller. Det er rapportert at bruk av perorale kombinasjons-piller øker risikoen for galaktoré hos pasienter som behandles med flunarizin. Gjenombruddsblødninger er rapportert ved samtidig bruk av johannesurt (Hypericum perforatum). Effekten av preparatet kan reduseres, og ikke-hormonell tilleggsprevensjon anbefales ved samtidig bruk med johannesurt.

**GRAVIDITET/AMMING:** Studier antyder ingen teratogen effekt ved utilsikket inntak i tidlig graviditet. Overgang i placenta: Se Kontraindikasjoner. Overgang i morsmelk: Både østrogen og gestagener går over i morsmelk. Østrogener kan redusere melkeproduksjonen samt endre morsmelkens sammensetning. Bør ikke benyttes under amming.

**BIVIRKNINGER:** Bruken av kombinasjonspreparat er assosiert med en økt risiko for arterielle og venøse tromboser og tromboemboliske tilstander, inkl. hjerteinfarkt, slag, transitorisk iskemisk attack, venøs tromboemboli og pulmonær emboli. En økt risiko for cervixneoplasier og cervixkreft er en økt risiko for brystkreft. Hyppige (>1/100): Gastrointestinale: Kvalme, oppkast, magekramper, oppblåst mage, smerter. Hud: Akne. Metabolske: Vektforandring (økning eller reduksjon). Nevrologiske: Humørforandring inkl. depresjon, angst, søvnløshet, endret libido. Urogenitale: Gjenombruddsblødninger, og/eller sporblødning, dysmenoré, endret menstruasjonsmengde, cervicerosjon og -sekresjon, vaginit inkl. candidiasis, amenoré. Øvrige: Hodepine, inkl. migrene, væskeretensjon, ødemer, brystmerter, ømme bryster, forstørrede bryster, sekresjon fra brystene. Mindre hyppige: Gastrointestinale: Endret appetitt. Hud: Kløe, vedvarende melasmer, hirsutisme, hårtapp. Metabolske: Endring i serumlipidnivå, inkl. hypertriglyseridemi. Sirkulatoriske: Hypertensjon. Syn: Intoleranse for kontaktlinser. Sjeldne (<1/1000): Gastrointestinale: Kolestatisk gulsott, gallesten, galbælbrelidelse (forverrer eksisterende lidelse og påskynder utvikling hos symptomfrie), pankreatitt, leveradenomer, leverkarsinomer. Hud: Erythema nodosum, erythema multiforme, angioødem, urticaria. Metabolske: Nedsatt glukoseintoleranse, forverring av porfyri, senkning av serumfolatnivået. Nevrologiske: Forverring av chorea. Sirkulatoriske: Forverring av varikøse vener. Syn: Opticusneuritt, retinal vaskulær trombose. Urogenitale: Postpille amenoré, spesielt når slike forhold har eksistert tidligere. Øvrige: Hemolytisk uremisk syndrom, anafylaktiske reaksjoner inkl. urticaria og angioødem, forverring av systemisk lupus erythematosus.

**OVERDOSERING/FORGIFTNING:** Symptomer: Kvalme, oppkast, brystømhet, svimmelhet, buksmerter, tretthet/uttømmelse, blødninger ved seponering hos kvinner. Behandling: Intet spesifikt antidot. Dersom videre behandling av overdose er nødvendig, rettes denne mot symptomene. Se Giftnormasjonens anbefalinger G03A.

**ANDRE OPLYSNINGER:** Bruk av p-piller kan påvirke resultatene av enkelte laboratorietester, inkl. biokjemiske parametre knyttet til lever-, tyreoidale-, binyre- og nyrefunksjoner, plasmanivå av proteiner (f.eks. kortikosteroidbindingsglobulin og lipid/lipoprotein-fraksjoner), parametre i karbohydratmetabolismen og koagulasjons- og fibrinolyseparametre. Vanligvis holder endringene seg innen normale laboratorieverdier.

**PAKNINGER OG PRISER:** 3 x 28 stk. (kalenderpakn.) kr 242,70.

Sist endret: 19.08.2009  
(priser oppdateres hver 14. dag, ev. refusjon hver måned)

# LOETTE®

LEVONORGESTREL 100µg / ETINYLØSTRADIOL 20µg

“Anbefalt **førstevalg** er p-piller som inneholder enten **levonorgestrel** eller **norethisterone**, med lavest mulig dose av østrogen.”<sup>1</sup>

**Loette** inneholder levonorgestrel og den **laveste tilgjengelige dose** etinyløstradiol (20 µg).<sup>2</sup>

Les mer på  
[WWW.PFIZER.NO/LOETTE](http://WWW.PFIZER.NO/LOETTE)



- Trygg bruk av p-piller
- Alle p-piller av kombinasjonstypen gir en liten økning i risiko for blodpropp, og noen kvinner bør velge annen prevensjon.
  - Grundig vurdering av alle som skal begynne med p-piller, informasjon om bivirkninger og risikofaktorer, samt rask oppfølging ved mistanke om blodpropp er viktig.

1. Dunn, N: Oral contraceptives and venous thromboembolism; BMJ 2009;339:b3164 2. Loette SPC 12.08.2010

# Senk stresset med mindfulness

Det finnes en vei ut av hverdagens stress. Metoden kalles mindfulness og ved Familiens hus i Ringsaker lærer vi bort teknikken til foreldre.



## Innledning

Artikkelen viser hvordan mindfulness kan anvendes som tilnærming innenfor helsestasjonens forebyggende arbeid. Artikkelen gir først en innføring om mindfulness, og tar deretter for seg konkrete eksempler på hvordan mindfulness kan anvendes i kursgrupper og i arbeidet som helsesøster, samtidig som det også beriker fagpersonenes eget liv. Mindfulness kan oversettes med oppmerksom tilstedeværelse.

Av **Joril Solberg**, helsesøster, arbeider ved helsestasjonene og Familiens hus i Ringsaker kommune.



## Hva er mindfulness?

Mindfulness kan defineres som «en viljestyrt og aksepterende oppmerksomhet rettet mot ens opplevelser fra øyeblikk til øyeblikk» (Lund, 2010). Mindfulnessøvelser retter seg mot å trene på å bringe oppmerksomhet til tilværelsen akkurat her og nå, og anvendes innenfor en rekke psykologiske behandlingsmetoder for både voksne og barn (Epstein, 2007; Germer, Siegel & Fulton, 2005; Greenland, 2010; Hayes, Strosahl & Wilson, 2003; Hick, Bien & Segal, 2008; Kabat-Zinn, 1990; Segal, Williams & Teasdale, 2002; Willard, 2010).

Jon og Myla Kabat-Zinn introduserte i boka *Everyday blessings: The inner work of mindful parenting* (1997) begrepet «mindfulness i foreldrerollen» som har gitt inspirasjon til kurs som kombinerer oppmerksom tilstedeværelse med foreldreskap (Altmaier & Maloney, 2007; Duncan & Bardacke, 2010; Lund, 2011; Reynolds, 2003). Mindfulness i foreldrerollen handler om å være oppmerksomt til stede i det man gjør som forelder mens man gjør det, slik at man kan håndtere balansegangene og stresset i familielivet på en bærekraftig måte (Lund, 2012).

## Erfaringer fra Familiens hus

Artikkelforfatterne er ansatt som helsesøster og psyko-

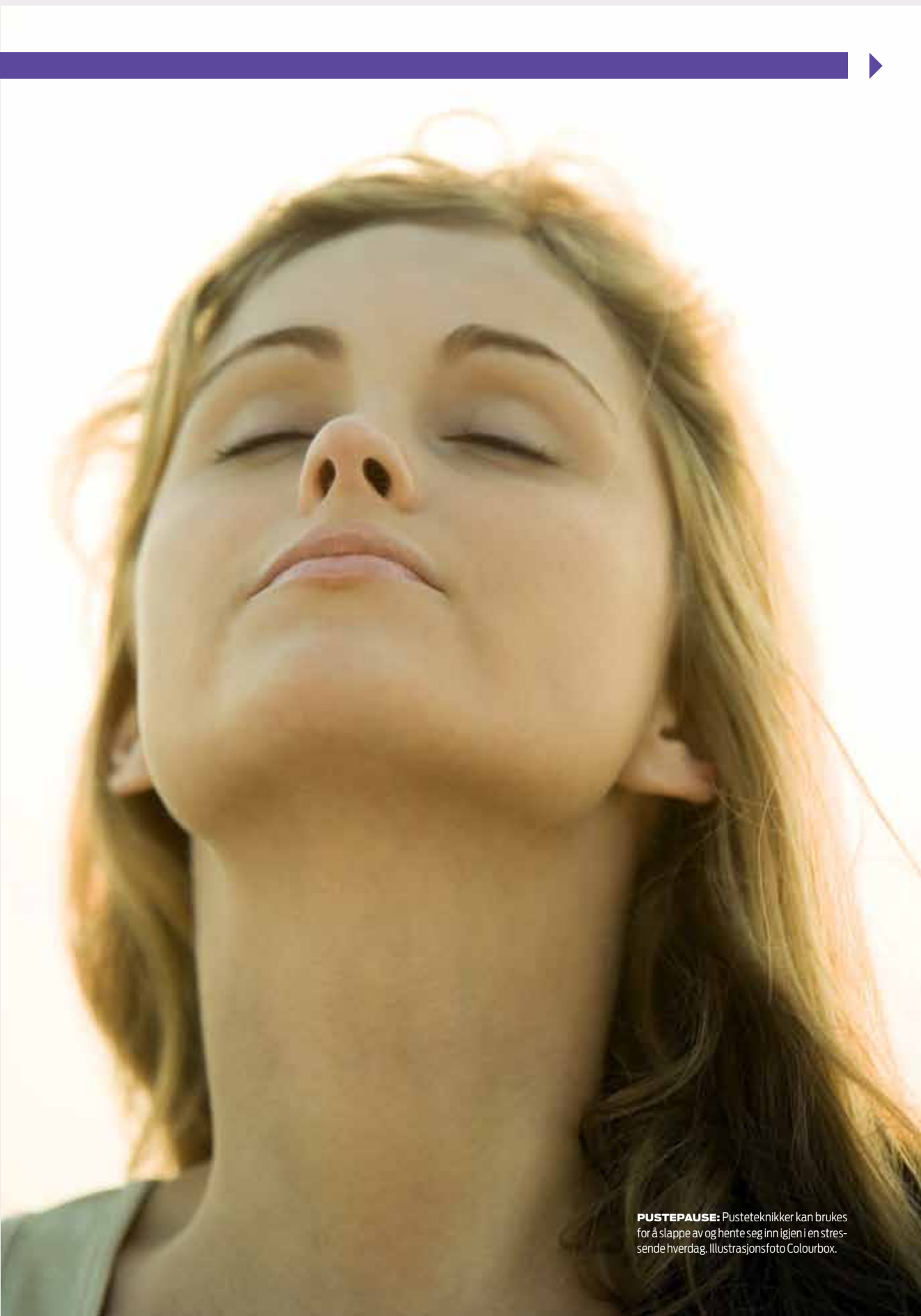
log i Familiens hus i Ringsaker kommune. Erfaringene som presenteres er hentet herfra, og vi vil derfor først ta for oss hva som kjennetegner Familiens hus i vår kommune. «Familiens hus» er en permanent samhandlingsarena mellom helsestasjonene, barnevernet, PP-tjenesten og psykisk helse for voksne. Innenfor Familiens hus finner innbyggerne blant annet Åpen barnehage, svangerskaps- og helsestasjonstjeneste, skolehelsetjeneste, fysioterapi, familieveiledere, psykologer, samt tiltak som foreldrekurset «De Utrolige Årene», samlivskurs, stressmestringskurs for mødre og foreldreveiledning i tråd med PMTO-modellen. Psykologene i Familiens hus tilbyr lavterskel helsehjelp. Familiens hus har som målsetning å «bidra til å styrke barn, unge og deres familiers tro på egne ressurser og styrke deres mestring i hverdagen».

## Senk stresset i familien-kurset

Kurset «Senk stresset i familien» (Lund, 2011; 2012) går over åtte uker med en to timers samling per uke. Deltagerne er 8–15 foreldre som har barn i alderen 0–15 år. Hensikten er forebygging av at foreldre utvikler psykiske vansker som følge av stressbelastning. Kurslederne er en psykolog og en helsesøster. Hver kurssamling inneholder miniforedrag fra kurslederne med påfølgende gruppedialog om utvalgte temaer knyttet til stressmestring, selvfølelse, mindfulness, tilknytning, foreldreteknikker og mindfulness i foreldrerollen. For at deltagerne skal oppnå stressreduksjon i praksis, settes det av mye tid til øving på mindfulnessøvelser i alle kurssamlinger.

Helsesøster Joril Solberg har nå vært med på å lede kurset fire ganger, og sier følgende om kurset: «Det er lærerikt å holde kurs om mindfulness, og det skjer indre prosesser hos meg hele tiden – aha-opplevelser





**PUSTEPAUSE:** Pusteteknikker kan brukes for å slappe av og hente seg inn igjen i en stressende hverdag. Illustrasjonsfoto Colourbox.

som gir dypere innsikt i hva som er så bra med mindfulness. Mindfulness er egentlig så enkelt, men samtidig utfordrende å få til i praksis.»

Kurset «Senk stresset i familien» har så langt ikke blitt testet ved hjelp av kontrollgruppedesign, men resultatene fra en liten pilotstudie er publisert (Lund, 2012). De kvantitative før til etter testresultatene i denne studien viste lovende tendenser. I den anonyme brukerundersøkelsen som ble utført tre måneder etter kursets avslutning, svarte en mor: «Jeg har blitt mer oppmerksom på det jeg gjør i hverdagen, mer bevisst på det jeg gjør sammen med barna.

## «Mindfulness kan anvendes innenfor helsestasjonens forebyggende arbeid.»

Jeg legger mer merke til hva barna gjør, og hva de vil.» En annen mor sier hun har brukt det hun lærte på kurset til å få en mer konstruktiv hverdag: «Med full jobb, henting, middag, knapt med tid og mye stress har vi greid å fordele oppgaver mellom oss slik at det praktiske fungerer mye bedre. Hverdagen går i hop på en positiv måte, og vi får mer kvalitetstid sammen.» Kurset bygger på Selvføleles- og mindfulness-fokusert terapi (SMFT), en manualbasert tilnærming som er under utarbeidelse (planlagt utgivelse ca. 2013).

«Det er flott å holde kurset og bidra til bevisstgjøring for mødre som lever et hektisk og stressende

småbarnsliv,» kan helsesøster Solberg fortelle, og fortsetter: «Veldig positivt å høre mødre fortelle at de lærer å være mer oppmerksomt til stede for barna sine og ta vare på øyeblikkene her og nå. Mindfulness er en flott tilnærming til å jobbe forebyggende og målrettet for at foreldre skal bli tilstedeværende i samspeillet med sine barn.»

### Mindfulness i arbeidet som helsesøster

Når man arbeider med å formidle mindfulness i kursgrupper, merker man at det har en praktisk overføringsverdi også til foreldreveiledning og annet helsesøsterfaglig arbeid som utføres på en helsestasjon. Helsesøster Solberg utdyper dette på følgende måte: «Jeg kan ha stressende dager med mange konsultasjoner, hjemmebesøk, samtaletilbud til skolebarn og vaksinasjonsdager. Jo tidligere jeg legger merke til at jeg er stresset, desto bedre forholdet jeg meg til det, slik at jeg kan regulere og mestre stresset på en ålreit måte. Mindfulness gjør meg oppmerksom både på omgivelsene og følelsene mine. Jeg bruker pusteanker-øvelsen for å slappe av og hente meg inn. Ved å sette av et par minutter til øvelsen, får jeg mer energi til å fortsette». Videre forteller Solberg: «Det er gøy å formidle mindfulness til lydhøre småbarnsforeldre som lever et hektisk, stressende småbarnsliv, og lærerikket for meg som helsesøster å bli klar over hva som kjennetegner sunt og usunt stress.»

Som en forlengelse av å være kursholder i «Senk stresset i familien»-kurs, har Solberg også ved flere anledninger blitt forespurt om å holde foredrag om stressmestring på foreldremøter i barnehager. «Flere foreldre har kommet bort til meg i pausen og undret seg over at det skal så lite til å bli til stede som forelder,» sier hun. «Jeg forsøker å formidle at det finnes en vei ut av hverdagens stress. Kanskje sitter jeg og funderer på hva jeg må få unna på jobb i morgen mens jeg samtaler med en forelder? Med mindfulness blir jeg tilstedeværende helsesøster her og nå igjen.»

### Fagpersonens eget liv

Helsesøster Solberg har også opplevd utbytte som person og forelder av å arbeide med mindfulness: «Jeg har lært meg at hvis oppmerksomheten hele tiden er i framtiden, har jeg mindre kapasitet i øyeblikket til å prestere, og det blir lettere stress. Det har vært en flott bevisstgjøring for meg; mindfulness har hatt en overføringsverdi både til jobben som helsesøster og som mamma til tre tenåringsgutter. Jeg nyter livet mer her og nå.»

### ■ Hva er lavterskel psykologtjenester?

- Gir direkte hjelp uten henvisning fra fastlege, med lite venting og byråkrati.
- Er tilgjengelig for alle barn, unge og deres familier.
- Alle som jobber med foreldre og barn kan bestille tjenester.
- Kommer tidlig inn i saker hvor det er mistanke om psykiske lidelser hos barn, unge eller foreldre.
- Gjør en kortfattet kartlegging, og vurderer om det er behov for å henvise videre.
- Gir kortvarig behandling til barn, unge og foreldre.
- Fremmer informasjon om temaer som psykisk helse, foreldreferdigheter, stressmestring.
- Bidrar med konsultasjon og veiledning til andre ansatte i kommunen.

### Kurslederutdanning

I samarbeid med RBUP Øst og Sør planlegges det en kurslederutdanning for psykologer og helsesøstre som ønsker opplæring for å arrangere «Senk stresset i familien»-kurs. Det legges opp til et samlingsbasert kursprogram hvor man første semester lærer teori og praktisk anvendelse av mindfulness i eget liv. Andre semester leder man kurs i sine kommuner, under veiledning fra RBUP. Tredje semester arrangerer man sine første selvstendige kurs, og blir sertifisert som kursledere. For mer informasjon, se RBUP sine hjemmesider ([www.r-bup.no](http://www.r-bup.no)) eller ta kontakt med studiets leder psykolog Ole Christer F. Lund ([oclund@hotmail.com](mailto:oclund@hotmail.com)). ■

### Referanseliste

Altmaier, E. & Maloney, R. (2007). An Initial Evaluation of a Mindful Parenting Program. *Journal of Clinical Psychology*, 63(12), 1231–1238.

Duncan, L. G. & Bardacke, N. (2010). Mindfulness-based Childbirth and Parenting Education: Promoting Family Mindfulness During the Perinatal Period. *Journal of Child Family Studies*, 19, 190–202.

Epstein, M. (2007). *Psychotherapy Without the Self: A Buddhist Perspective*. New Haven: Yale University Press.

Germer, C. K. (2005). *Teaching Mindfulness in Therapy*. I C. K. Germer, R. D.

Siegel & P. R. Fulton (red.). *Mindfulness and Psychotherapy*, 113–129. New York: Guilford Press.

Greenland, S. K. (2010). *The Mindful Child: How to Help your Kid Manage Stress and Become Happier, Kinder and more Compassionate*. New York: Free Press.

Hayes, S. C., Strosahl, K. D. & Wilson, K. G. (2003). *Acceptance and Commitment Therapy: An Experiential Approach to Behaviour Change*. New York: Guilford Press.

Hick, S. F., Bien, T. & Segal, Z. V. (red.) (2008). *Mindfulness and the Therapeutic Relationship*. New York: Guilford Press.

Kabat-Zinn, J. (1990). *Full Catastrophe Living: Using the Wisdom of the Body and Mind to Face Stress, Pain and Illness*. New York: Delta.

Kabat-Zinn, M. & Kabat-Zinn, J. (1997). *Everyday Blessings: The Inner Work of Mindful Parenting*. New York: Hyperion.

Lund, O. C. F. (2012). Oppmerksom tilstedeværelse i forelderrollen: Pilot-testing av et forebyggende kurs. *Tidsskrift for kognitiv terapi* 1 (13), 6–14.

Lund, O. C. F. (2011). Senk stresset i familielivet – Mindfulness i forelderrollen. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Lund, O. C. F. (2010). Forsiktighetsregler ved anvendelse av oppmerksom tilstedeværelse. *Tidsskrift for kognitiv terapi*, 4(11), 21–26.

Reynolds, D. (2003). Mindful Parenting: A Group Approach to Enhancing Reflective Capacity in Parents and Infants. *Journal of Child Psychotherapy*, 29(3), 357–374.

Segal, Z. V., Williams, J. M. G. & Teasdale, J. D. (2002). *Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Depression. A New Approach to Preventing Relapse*. New York: Guilford.

Williard, C. (2010). *Child's Mind: Mindfulness Practices to Help our Children be more Focused, Calm, and Relaxed*. Berkeley, CA: Parallax Press.



## Nytt på nett om akne!

– Logg deg inn nå på [www.akneakademiet.no](http://www.akneakademiet.no)

Nå finnes det to nye nettstedet om akne som er frie for produktinformasjon – Akneakademiet og [omkviser.no](http://omkviser.no).

Akneakademiet er et opplæringskurs for deg som er helsesøster på en skole. I løpet av 15–20 minutter får du tips og råd om hvordan du best kan hjelpe en elev med akne.

Og elever som vil vite mer om kviser, kan du henvise til [omkviser.no](http://omkviser.no)! Siden er skrevet for ungdom, slik at de lett skal ta til seg informasjonen som står der.

# OMKVISER.NO

**GALDERMA**  
Committed to the future  
of dermatology



# Samhandling gjør

For ti år siden ble Familiesentret på Fauske startet. Det har ført til et flerfaglig utviklingsarbeid som vi bare kunne drømme om på 1990-tallet.



Irene Larsen, enhetsleder  
Barne- og familieenheten,  
Fauske kommune

**19**. september i år var det ti år siden Fauske Familiesenter ble opprettet. Senteret har vært en berikelse for både klientene og de ansatte. Familiene får raskere hjelp og de ansatte opplever et felles ansvar om å gi best mulig hjelp.

## Bakgrunn

Da «Opptrappingsplanen for psykisk helse 1999-2006» kom, ble det fra Sosial – og helsedepartementet lagt stor vekt på å integrere barn og unge i kommunenes planer for psykisk helse. Fylkesmannen i Nordland var en pådriver for at dette arbeidet skulle komme i gang. I den forbindelse ble det i Fauske kommune ved årsskiftet 99/00 etablert en tverretattlig arbeidsgruppe, representert med ledere fra helsesøstertjenesten, sosial- og barneverntjenesten, pedagogisk psykologisk tjeneste (PPT) og barne- og ungdomspsykiatrien i indre Salten (BUPiS). Gruppens oppgave var å kartlegge andelen barn og unge med psykosomatikk, og sette i verk tiltak. Som resultat av kartleggingen ble det stilt noen spørsmål som ble retningsgivende for et tverretattlig arbeid retta mot førskolebarn, tidlig intervensjon og foreldreveiledning. Et spennende kompetanseoppbyggingsprosjekt kom i gang, der en felles faglig plattform ble lagt. At det ble satt fokus på barn og unges psykiske helse resulterte i ansettelse av to foreldreveildere på helsestasjon. Det grundige og systematiske arbeidet som ble gjort fra 1999 til 2001 var nok utslagsgivende for at Fauske kommune ble valgt som en av seks kommuner i landet til å delta i det statlige forsøksprosjektet med Familiesenter 2002-2004.

Familiesentret på Fauske har en sterk folkehelse- og nærmiljøforankring hvor overordnet målsetting er å fremme trivsel og god helseutvikling, samt fore-

bygge utviklings- og helserelevante problemer hos barn, unge og deres foreldre.

At både den administrative og politiske ledelsen var involvert i utviklingsarbeidet var av stor betydning, og avgjørende for sentrets videre eksistens utover prosjektperioden. Å planlegge endringer og utviklingsarbeid i samsvar med befolkningens behov gir troverdighet både administrativt, og ikke minst politisk.

*«Mange endrings- og reformforsøk er basert på at endring implementeres best gjennom formelle systemer for beslutning. Det er en tillit til at formelle systemer gir effektivitet og koordinering mellom makro og mikro, og at de formelle systemer er styret av rasjonell logikk. Rasjonell iverksettelsesteori forutsetter hiarkisk styring som sikrer at resultatet blir som forventet, og at ledelsens intensjoner blir oversatt til ny praksis». (1)*

## Erfaringer

Å arbeide etter modellen Familiesenter er riktig, og ha et eget hus er viktig. Profesjonene sier at gå tilbake og arbeide som tidligere, på hvert sitt «nes», ikke er noe alternativ. En av de ansatte i BUP sier: «Det er nesten litt rart å tenke seg tilbake til tiden før Familiesentret, hvor alle satt på forskjellige plasser. Jeg har veldig positiv erfaring med denne modellen. Inntrykket mitt er at det har etablert seg hos folk flest, at folk vet om Familiesentret. Jeg tenker at det er et godt tilbud til folk i kommunen. Gjennom Familiesentret er førstelinjetjenesten mere samordnet, noe vi i andrelinjetjenesten knytter oss til.»

De viktigste erfaringene er at de ansatte opplever et felles ansvar, det gjør at de slipper å være alene om dagligdagse utfordringer og problemer. De tar tak i det de ser på et mye tidligere tidspunkt enn tidligere. Familiene får raskere svar og hjelp, og de opplever

# oss bedre

å bli sett og tatt på alvor. Å arbeide i Familiesentret sikrer kvaliteten på tjenestene på en god måte. Profesjonene har ulik fagbakgrunn, flerfaglig arbeid vektlegges. Familien er deltakere både i den åpne barnehagen og i sentrets øvrige tilbud som omhandler ulike tiltak rettet til foreldre og barn 0-20 år.

## Å se fremover

Flerfaglig samhandlingen har ført til mange spennende og gode tiltak og prosjekter i denne 10-årsperioden. Et av prosjektene er «Modellkommuneforsøket 2007-2014», en statlig og kommunal satsning på tiltak for barn av psykisk syke og/eller rusmisbrukende foreldre. Målet er å utvikle modeller for langsiktig, systematisk og riktig hjelp til barn fra svangerskapet og frem til skolealder. Arbeidsgruppen har jobbet frem verktøy, samhandlingsprosedyrer og handlingsplaner. En systematisering som sikrer kvaliteten av tjenesten.

Et annet tiltak er «Familiemøtet» som er utviklet i nært samarbeid med barne- og ungdomspsykiatrien. Et møte for familiene som sliter med mer sammensatte problemer. Familien legger selv fram sin sak og får den belyst av profesjoner med ulik bakgrunn og der alltid BUP er med og helst fastlegen. Gjennom refleksjon sammen med profesjonene kommer familien frem til måter å håndtere sine utfordringer på. Det handler om å snakke med familien og ikke om dem.

Fauske kommune har i sitt programnotat for folkehelsearbeidet 2010-2014, barn og unge som satsningsområde. Der Fauske Familiesenter skal være en motor i kommunes helsefremmende og forebyggende arbeid rettet mot foreldre, barn og unge. Det skal utformes en fremtidig modell som blant annet skal sørge for en helhetlig intervensjonsmodell for foreldrestøtte, der en fokuserer på samarbeid mellom de

aktører som har sin virksomhet rettet mot foreldre. Foreldrestøttemodellen skal rettes til alle foreldre, støtten skal omfatte ulike aldersgrupper under barns oppvekst 0- 20 år. Foreldrestøtten skal føre til økende antall helsefremmende arenaer og møteplasser for foreldre. Ved utforming av foreldrestøtten skal det anvendes vitenskapelig forskning som finnes innen området. Arbeidet er prosjektorganisert og ledes av foreldrestøttekoordinator.

I ett perspektiv er ti år kort tid, opprettelsen av Familiesentret på Fauske har ført til et flerfaglig utviklingsarbeid som vi bare kunne drømme om

**«Flerfaglig samhandling har ført til mange spennende og gode tiltak.»**

på 1990-tallet. I dag arbeides det på tvers ikke bare sammen med barnevern, PPT og BUP men med barnehager, skoler, kultur, frivillige lag og foreninger. Vi som arbeider med barn, unge og foreldre i Fauske kommune ser med spenning og glede frem til de neste ti årene. ■

## Referanser

1. I disiplinenes Grenseland, Finstad; 2007:231

## ■ Les mer

For å lære mer om etablering av Familiesenter, nå kaldt Familiens hus, er det verd å lese boka «Familiens hus – organisering og faglige perspektiver» 2011, Universitetet i Tromsø.

# Studenter lærer i praksis

Praksisperiodene i helsesøsterstudiet gir studentene kompetanse i å håndtere uforutsigbare og utfordrende situasjoner. Refleksjon i ettertid kan hjelpe dem til å opprettholde og videreutvikle sin kompetanse.



■ Av Nina Finn, ledende helsesøster i Ballangen kommune i Nordland.

**E**n stor del av helsesøsters virksomhet foregår i samhandling med brukere og andre samarbeidspartnere. I samarbeid og kommunikasjon ligger alltid et element av uforutsigbarhet og usikkerhet fordi den andre deltar i samspeillet ut fra sin bakgrunn, sin forståelse og med sine hensikter. Disse møtene kan være utfordrende for den erfarne praktiserende. For studenten som er i ferd med å lære faget, kan det være en utfordring i enda større grad. Forelesninger og teoriundervisning gir studenten et viktig kunnskapsgrunnlag, men for å lære å stå i og håndtere samspillsituasjoner, må studenten få anledning til å trene på slike situasjoner i praksis. Praksisstudiet er den delen av helsesøsterutdanninga som kan gi studenten denne muligheten og er derfor en svært viktig arena for helsesøsterstudentens læring.

Ut fra egen erfaring antar jeg at konsultasjoner som endrer seg underveis, som avviker fra det planlagte og som bringer fram problemstillinger man ikke var forberedt på og som må håndteres der og da i samspill med brukeren, er kjente erfaringer for helsesøstre. Dette er også den typen situasjoner som studentene i mitt materiale velger å fortelle om som særlig lærerike situasjoner fra praksisstudiet i helsesøsterutdanninga.

En studentent beskriver dette i fortellingen om hjemmebesøket til en familie med prematurt barn:

«Da jeg kom hjem til dem var mor veldig lei seg og hun ville fortelle om hvordan hun hadde det. Barnet var hun nesten ikke interessert i å snakke om. Det var nesten som hun sa at «barnet har det bra. Det er jeg som ikke har det bra og du er kommet hit for å snakke med meg!» Jeg tenkte jo liksom sånn at jeg har jo mitt program og jeg må jo gjøre det jeg skal ut fra sjekklista

for hjemmebesøk. Men hver gang jeg prøvde å snakke om de temaene jeg hadde planlagt, dreide mor samtalen over på sin egen situasjon.»

## Lærer mens de er i situasjonen

Hensikten med mitt valg av tema for mastergradsarbeidet var å løfte fram praksis som læringsarena og undersøke hvordan studenter lærer i praksis og hva som kjennetegner de lærings situasjonene i praksisstudiet som helsesøsterstudenten opplever som lærerike. Med dette ønsket jeg å bidra til at praksisfeltet blir i stand til å legge til rette for gode lærings situasjoner for helsesøsterstudenter i praksis.

For å få innblikk i både de delene av lærings erfaringen som er lett å sette ord på og de delene som man kan få tilgang til ved å se på beskrivelser av situasjonen og sammenhenger her, ba jeg informantene om å fortelle om en lærings situasjon fra praksisstudiet som de vurderte som spesielt lærerik.

Fortellingene er en vesentlig del av undersøkelsen min og analysen av dem viser noen fellestrekk: Studentene går aktivt inn i situasjonen og tar aktivt ansvar og utfører konsultasjonen på egen hånd. Situasjonen endrer seg mens den pågår slik at studenten må avvike fra de planene hun har lagt på forhånd. Og studenten må manøvrere mellom ulike hensyn og krav der det ikke er entydige løsninger.

Disse funnene stemmer godt overens med det Donald Schön angir å være karakteristisk for de situasjonene den handlende praktiker møter i praksis. Han framhever at situasjonene ofte er unike og i endring på en sånn måte at det aldri er fastlagt hvilken retning situasjonen vil ta når praktiserende går inn i den. Planer



**PÅ BESØK:** I praksisperiodene får studentene brukt det de har lært på skolen, samtidig som de må stole på egen dømmekraft. Det gir verdifull erfaring. Illustrasjonsfoto: Colourbox.

og utarbeidede prosedyrer som den handlende har med seg, kan bare til et visst punkt vise henne hvordan hun skal handle når hun står i situasjonen. Praktikerens må selv skape mening underveis i situasjonen og formulere dens problemer. (Schön, 1983 og 1987)

Fortellingene i mitt materiale viser at studenten går inn i situasjonen ved å bygge opp en forståelse av den, finne en løsning som passer og prøve den ut. Situasjonen svarer med å ta en retning som studenten må vurdere og bruke som et grunnlag til å prøve ut andre løsninger dersom det første forsøket ikke ser ut til å løse problemet. I denne dialogen med situasjonen og dens aktører tar studenten i bruk kunnskap i form av innlært teori fra forelesninger og litteratur og egen erfaring fra tidligere praksis. Mine funn viser, slik Schön også beskriver (Schön, 1983 og 1987), at den handlende praktikerens tar i bruk teoretisk kunnskap i den grad den kan bidra til at hun forstår og kan håndtere de utfordringene hun stilles overfor. Dette innebærer ikke en underordning av teori, men heller

en sidestilling av ulike typer kunnskap. Erfaring fra tidligere handling blir også en viktig del av praktikerens kunnskapsgrunnlag. I fortellingene i oppgaven min

## «Studenten må manøvrere mellom ulike hensyn og krav der det ikke er entydige løsninger.»

står studenten nettopp i denne typen læringsprosess der hun utvikler sin base av kunnskap ved å gå inn i situasjoner og løse de problemene som åpenbarer seg i møtet med praksis.

### Læring ved refleksjon

I arbeidet mitt finner jeg også at studentenes refleksjon over situasjonen etter at den er avsluttet har stor betydning for studentens læring. Det kan være at studenten tenker tilbake på situasjonen slik at hun kan

finne ut hva som skjedde, hvorfor situasjonen utviklet seg som den gjorde og hvilken virkning handlingene hun utførte fikk. Det dreier seg om å bygge opp forståelsen av den situasjonen en har vært i og utvide denne forståelsen. I mitt materiale foregår denne refleksjonen hovedsakelig sammen med veilederen, og studentene framhever noen forhold som er viktige for deres læringsprosess: Studentene er trygge på praksisveilederen slik at de også tør å ta fram det som ikke gikk så bra som de ønsket og en eventuell følelse av utilstrekkelighet i situasjonen. Dette er viktig for at dialogen skal handle om reelle problemstillinger både med tanke på studentens utvikling av kunnskap, men også for at veilederen skal få innblikk i studentens forståelse av praksis slik at hun kan legge til rette for de lærings situasjonene som studenten trenger for å utvikle seg videre.

Studentene forteller også at støtte fra veilederen er svært viktig for at de skal tørre å gå aktivt inn i og stå i vanskelige og utfordrende situasjoner i praksis.

## «Studentene forteller at de opplever viktig læring når de får ansvar.»

Det er viktig at det settes av tid til veiledning. I mitt materiale får studentene spontan veiledning ved behov, men poengterer viktigheten av den planlagte veiledningen der det er satt av tid til refleksjon og studenten får full oppmerksomhet fra veilederen.

Mine informanter uttrykker også et ønske om at veilederen skal bidra til at de opplever utfordring i veiledningen ved at veileder går ut over det som faktisk skjedd i den aktuelle situasjonen og hjelper studenten til å sette ord på ulike tolkninger av situasjonen og trekke linjer til aktuell teori. I dette materialet kan det se ut til at dette er en mulighet til læring som kunne ha vært utnyttet i større grad. Når det gjelder utfordring i forhold til å hjelpe studenten til å ta på seg utfordrende arbeidsoppgaver, er veilederne her aktive og studentene forteller at de opplever viktig læring når de får ansvar.

En av informantene beskriver dette slik:

«Vi hadde for eksempel et foreldreforbereende kurs, og da pushet veilederen min meg litt slik at jeg fikk ganske mye ansvar. Jeg fikk veldig mye ansvar. Og det var lærerikt det også. Da kommer det inn dette med å mestre – at det gir sånn veldig drive til å lære videre.»

### Konklusjon:

Arbeidet mitt viser at praksisstudiet rommer en viktig

mulighet til læring for studenter som er i ferd med å bli helsesøstre med kompetanse til å håndtere en uforutsigbar og utfordrende praksis. Refleksjon over egne erfaringer fra praksis viser seg å være viktig for studentens læring i praksisstudiet. Når studenten lærer å reflektere over egen praksis, lærer hun dessuten en måte å forholde seg til praksis på som kan hjelpe henne med å opprettholde og videreutvikle sin kompetanse også etter at hun er ferdig utdannet helsesøster.

Informantene i dette materialet forteller om veiledere som viser stor vilje og setter av tid til å legge til rette for studentens læring og som gir støtte og bekreftelse til studenten. Dette er et arbeid som er viktig og krevende, men som også gir mye tilbake til praksisfeltet. Ved at studenten stiller spørsmål får praksisveilederen mulighet til å se sin egen praksis gjennom studentens øyne. Etablerte mønstre kan dermed bli synlige og gjenstand for refleksjon og vurdering.

Praksisveilederen skal være studentens veiviser inn i praksis ved å veilede, støtte, utfordre og sørge for at studenten får mulighet til å velge gode lærings situasjoner. Den refleksive dialogen mellom veileder og student er både et redskap for å utvikle kunnskap og en mulighet til å identifisere studentens ressurser og behov. Dette er viktig for at veilederen skal kunne tilpasse gode lærings situasjoner som gir studenten mulighet til å utvikle seg fra å gå sammen med veilederen som observatør til å bli en kompetent helsesøster. Å gå gjennom en slik utvikling tar nødvendigvis tid. Et svært viktig poeng er derfor at omfanget av praksisdelen i helsesøsterutdanningen er tidsmessig stort nok til at studenten får mulighet til å utvikle seg til å bli i stand til å gå aktivt inn i samspillet med helsesøstertjenestens brukere på en faglig og god måte. ■

### Referanser:

- Schön, D. A. (1985) *The reflective practitioner: How professionals think in action*, (Aldershot, Avebury).  
 Schön, D. A. (1987) *Educating the reflective practitioner*, (San Francisco, Calif, Jossey-Bass).

### ■ Masteroppgave

Artikkelen bygger på Nina Finn sin masteroppgave i helsefag ved universitetet i Tromsø desember 2011 med tittelen: Helsesøsterstudenters kunnskapsutvikling i praksisstudier.

Metode: Data ble innhentet ved hjelp av kvalitative semistruktuerte intervju som ble fortettet til fortellinger og videre analysert ved hjelp av fortellingsanalyse med fokus på innhold. Intervjuene inneholdt også informantens refleksjoner over mer generelle spørsmål omkring læring i praksisstudiet. I analysen ble disse refleksjonene sammenholdt med fortellingene.





**MÖLLER'S**  
GRUNNLAGT 1854



Prisbelønnet for sin smak!



## Hvorfor er Möller's Tran viktig for barn og gravide?

Under svangerskapet og i barndommen skal barnets kropp og hjerne utvikle seg og vokse. Da er riktig ernæring ekstra viktig. Möller's Tran inneholder en unik kombinasjon av naturlige næringsstoffer som er viktige for fosterets og barnets helse.

*“Gi daglig tilskudd av vitamin D fra fire ukers alder ved å gi tran”  
- Helsedirektoratet*



**Anna Oppedal Tokheim,**  
Möller's ernæringsfysiolog

### Optimal utvikling av hjernen

Möller's Tran er rik på den spesielle omega-3-fettsyren DHA, som er nødvendig for å bygge cellene i hjernen. Forskning viser at mors inntak av DHA er viktig for optimal utvikling av hjerne-, nerve- og synsfunksjon hos fosteret og hos spedbarnet i ammeperioden. Det er viktig at barnet fortsetter å få tilført DHA for hjernens og synets videre utvikling. En skje Möller's Tran (5ml) gir 1,2 gram omega-3, hvorav hele 0,6 gram DHA.

### Utvikling av et sterkt skjelett

Möller's Tran er en god kilde til vitamin D. Vitamin D er viktig for opptak av kalsium i kroppen, og dermed avgjørende for optimal utvikling av skjelettet til fosteret og barnet. Her i Norge, hvor vi har lite sol, viser det seg at mange får for lite vitamin D. En skje Möller's Tran gir 10 mikrogram vitamin D som er den anbefalte daglige dosen til små barn, gravide og ammende kvinner.

### Trygt kvalitetsprodukt

Möller's Tran er et naturprodukt laget av norsk arktisk fisk fra Lofoten og Vesterålen. På vei fra fisk til flaske gjennomgår Möller's Tran strenge kvalitetskontroller i alle produksjonstrinn for å sikre et produkt av høyeste kvalitet.

Lær mer om hvordan Möller's Tran lages på [mollers.no](http://mollers.no)

Grønt nr: 800 80 555

**HUSK!**

Bestill Möller's Tran til din helsestasjon på [www.mollers.no/helsepersonell](http://www.mollers.no/helsepersonell)

# Helse på nett

Klara-klok.no er en spørretjeneste for ungdom på internett. Her kan de være anonyme og få svar fra dyktige fagfolk.



Av **Ann Heidi Skjørseter**, helsesøster på helsestasjon og skole i Bodø. Tidligere leder for HfU, Bodø. Fagperson i Klara-klok.

Internett er ungdommens store arena, hvor de tilbringer mye tid både på skolen, jobb og i fritiden. Her lever de sine sosiale liv, spiller, dater og innhenter ulik informasjon.

Som en motvekt til en del useriøs helseinformasjon på internett, åpnet helsespørretjenesten Klara Klok i mars 2000. Først bare som et fylkeskommunalt tilbud i Nordland, men allerede høsten 2002 ble det lansert som en nasjonal netttjeneste.

Nettstedet ble også opprettet på bakgrunn av en del misnøye fra ungdom i Nordland hva tilbudet i skolehelsetjenesten angikk, samt at helsesøstre i skole og HfU opplevde at gutter i liten grad tok kontakt.

## Informasjonsbase

Spørsmål og svar til og fra Klara Klok, publiseres på nettet og er tilgjengelig for både spørsmålsstilleren og andre brukere. På denne måten fungerer tjenesten også som en informasjonsbase for søk etter helseinformasjon.

Målgruppen er barn og unge i alderen 10–30 år. På Klara klok kan brukerne stille spørsmål i kategoriene helse, forhold og familie, rusmidler og seksualitet som igjen har flere underkategorier. Spørsmålsstillerne får svar fra et bredt sammensatt fagpanel som består av flest helsesøstre. Dette sikrer at ungdom og unge voksne får kvalitativ god helseinformasjon. Resten av fagpanelet består

av leger, jordmødre, psykiatriske sykepleiere, sexologisk rådgiver, psykolog, prest, tannlege, fysioterapeut, sosionom, barnevernspedagog og ernæringsfysiolog.

I tillegg er det fire nasjonale tjenester som besvarer spørsmål innenfor sitt spesialfelt, og det er Røyketelefonen, Rustelefonen, Dopingtelefonen og Sex og Samfunn. Noen spørsmål besvares av kun en fagperson, mens andre spørsmål er så komplekse at det kreves svar fra ulike fagpersoner. Spørsmålsstillerne er anonym, og kan heller ikke spores.

Nett-tjenesten Klara klok er tilgjengelig hele døgnet, slik at brukerne kan lese og stille spørsmål når det måtte passe de. Det tar en uke fra spørsmålet blir sendt inn, til svaret kommer.

## Mange spørsmål

I 2011 kom det inn 106 617 spørsmål til Klara klok. Det er en økning i antall mottatte spørsmål 35,2 % sammenliknet med 2010. Antall besøkende på nettstedet er 3 785 629. Kjønnfordeling på dem som stiller spørsmål, viser at cirka 30 prosent er gutter.

Det er UNG i Nordland ved Nordland fylkeskommune som eier og drifter helsespørretjenesten Klara-Klok ([www.klara-klok.no](http://www.klara-klok.no)) og drifter informasjonssportalen Unghelse ([www.unghelse.no](http://www.unghelse.no)). UNG i Nordland innehar konsesjon fra Datatilsynet for driften av nettstedet Klara Klok, og den finansieres av Helsedirektoratet.

Det er tydelig at ungdommene tørr å være mer åpne og direkte med spørsmålene sine på Klara klok enn i skolehelsetjenesten. ■

**TØR SPØRRE:** Omtrent 30 prosent av de som stiller spørsmål på Klara-klok er gutter. Trolig er mange av de som bare er inne på nettstedet og leser også gutter. Illustrasjonsfoto: Colourbox



***"-Den plagsomme  
svettingen forsvant."***

***STOP 24 - antiperspiranten som  
effektivt stopper sjenerende svetting.***

STOP 24 er en antiperspirant som virker effektivt på alle problemområdene. STOP 24 er enkel å bruke, den demper aktiviteten i svettekjertlene lokalt og har en langvarig effekt. STOP 24 selges på apotek og nettapotek uten resept.

**Kjøp den nå hos ditt nærmeste apotek.**



SE HVORDAN  
STOP24 VIRKER PÅ  
[WWW.STOP24.NO](http://WWW.STOP24.NO)



**STOPPER SJENERENDE SVETTE**

Besøk oss på: [facebook.com/Stop24norge](https://facebook.com/Stop24norge)

Avsender  
Sykepleien  
Postboks 456 Sentrum  
NO-0104 Oslo



## KAMPANJEPRIS PÅ FAGLIGE VEIVISERE

Landsgruppen av helsesøstre har utarbeidet **Veiviser for skolehelsetjenesten i videregående skole, Adoptivfamilien - Veiviser for helsestasjons- og skolehelsetjenesten**, samt et **Foreldrehefte**.

Vi tilbyr nå heftene til halv pris: kroner 75,- pr. veiviser og kr. 50,- pr. foreldrehefte

Heftene bestilles på [lah@sykepleier.no](mailto:lah@sykepleier.no) eller tlf. 988 53 496.

Oppgi ønsket antall av hvert hefte og leveringsadresse.  
NB! Faktura sendes ikke separat, men vedlegges forsendelsen.