

Tidsskrift for
Helsesøstre



LANDSGRUPPEN AV HELSESØSTRE NSF

Sykepleien



**Kjærlighet
og grenser**


En metode

Økende sovemedisinbruk blant unge

Bruken av sovemedisiner blant unge har tredoblet seg de siste ti årene.¹ I gjennomsnitt sover unge to timer for lite hver natt, og én av fire kvalifiserer for diagnosen insomni.²

Sedix™ – mot uro og søvnproblemer

Sedix™ er et tradisjonelt plantebasert legemiddel som demper uro og letter innsovning.³ Det er ikke rapportert fysisk avhengighet eller «hangover» ved bruk av legemiddelet.⁴

 Uten resept i alle apotek



- ✓ Ingen registrert avhengighet⁴
- ✓ Ingen registrert sløvhets⁴
- ✓ For voksne og barn over 12 år³

Sedix «Tilman»

F Plantebasert sedativum. Beroligende.

Reseptfritt legemiddel. Tabletter, filmdrasjerte, 200 mg. Hver tablett inneholder: Tørket ekstrakt av pasjonsblomst (*Passiflora incarnata*) 200 mg, hjelpestoffer. Fargestoff: Rødt jernoksid (E 172), titanoksid (E 171). **Indikasjoner:** Tradisjonelt plantebasert legemiddel til bruk hos voksne og barn > 12 år for å lindre milde symptomer på uro, som nervøsitet, bekymring eller irritabilitet, og for å lette innsovning. Bruksområdet for et tradisjonelt plantebasert legemiddel er utelukkende basert på lang brukstradisjon. **Dosering: Lindring av mild uro:** 1–2 tabletter morgen og kveld. **Lette innsovning:** 1–2 tabletter om kvelden 1/2 time før leggetid. **Administrering:** Tas sammen med rikelig væske. Bør ikke brukes > 6 måneder i strekk. **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for innholdsstoffene. **Forsiktighetsregler:** Pga. utilstrekkelig data anbefales ikke bruk hos barn < 12 år, med mindre anbefalt av lege. Kan påvirke evnen til å kjøre bil og bruke maskiner. Pasienter som opplever dette, skal ikke kjøre bil eller bruke maskiner. **Interaksjoner:** Ingen data. Samtidig bruk av syntetiske sedativer (f.eks. benzodiazepiner) anbefales ikke, med mindre anbefalt av lege. **Fertilitet, graviditet og amming:** Utilstrekkelig data. Anbefales ikke under graviditet og amming. **Bivirkninger:** Seponeringsbivirkninger er lite sannsynlig. Ingen bivirkninger er rapportert. **Overdosering/forgiftninger:** Ingen tilfeller rapportert. **Egenskaper: Klassifisering:** Tradisjonelt plantebasert legemiddel. Pakning: 28 stk. blisterpakning. Sist endret 28.09.2016.

¹ www.reseptregisteret.no; ² Folkehelse rapporten (nettutgaven) Helsetilstanden i Norge, Søvnvansker; ³ Sedix, preparatomtale, godkjent 30.08.2016;

⁴ European database of suspected adverse drug reports, www.adrreports.eu

Bruksområdet for et tradisjonelt plantebasert legemiddel er utelukkende basert på lang brukstradisjon.



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

ANSVARLIG REDAKTØR

Kristin Sofie Waldum-Grevbo
Tlf. 41 22 09 77
lah@sykepleier.no

ANNONSER

Eli Taranger Ljønes
Tlf. 95 24 03 28
eli.tl@online.no

ABONNEMENT

lah@sykepleier.no

HJEMMESIDE

www.sykepleierforbundet.no/
helsesostre

ANSV. REDAKTØR SYKEPLEIEN

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

DESKJOURNALISTER

faggruppeblad@sykepleien.no

Johan Alvik

Tlf. 92 60 87 06

Trine-Lise Gjesdal

Tlf. 90 60 87 79

LAYOUT

Hilde Rebård Evensen
Nina Hauge
Sissel Hagen Vetter
Monica Hilsen

TRYKK

Sörmlands Grafiska

FORSIDEFOTO

Colourbox

NESTE UTGAVE

8. juni 2017

REDAKSJONSKOMITÉ:

Aust-Agder har ansvaret for denne utgaven av Tidsskriftet for helsesøstre. Følgende har vært med i redaksjonen: Fv. Birgith Rebbe-stad, Anne Lise Skyttemyr og Maria B. Johannessen.



Innhold

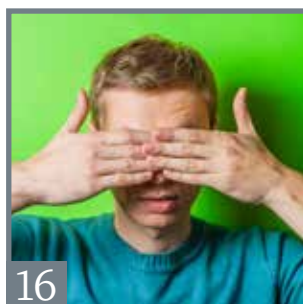


01 - 2017

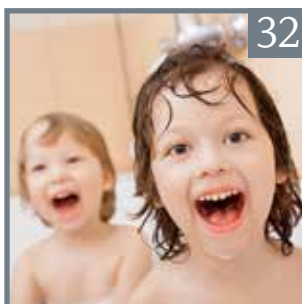
- 5 Leder
- 6 Kosthold ved kumelkproteinallergi
- 9 Om å være foreldre
- 12 Smånytt
- 14 Hjelp til livstilsendring
- 16 Våger du å se barnemishandling?
- 18 Full rulle mot overvekt
- 20 Kjærlighet og grenser
- 22 Trygghetssirkelen
- 28 Skal bli trygge i morsrollen
- 32 Barns seksuelle utvikling
- 36 Nye filmer om motorisk utvikling
- 40 Tilbakeblikk
- 42 Dugnad mot ulykker
- 44 Unikt tilbud til aleneforeldre
- 48 Barn som pårørende
- 50 Behandling i utlandet
- 52 Når de voksne strever, strever barna
- 52 Lederstafetten
- 58 Populære temadager
- 60 Aktuelle bøker
- 62 Lærer å mestre depresjon
- 66 Du er god nok i massevis



14



16



32



48



LaHs styre og lokale faggruppetledere 2017

LaH NSF styre

**Leder:**

Kristin Sofie Waldum-Grevbo
T: 41 22 09 77
E-post: lah@sykepleier.no

**Nestleder:**

Anne Kjersti Myhre Steffenak
T: 97 53 92 41
E-post: anne.myhre@hihm.no

**Styremedlem:**

Randi Stokke Johnsen
T: 90 55 80 23
E-post: rbsj.kasserer@gmail.com

**Styremedlem:**

Berit Granheim Karlsen
T: 91 64 68 01
E-post: beka@melhus.kommune.no

**Styremedlem:**

Mary-Line Mikalsen
T: 91 84 40 11
E-post: mary.line.mikalsen@tromso.kommune.no

**Styremedlem:**

Lise Gøransson
T: 45 03 60 81
lise.goransson@stavanger.kommune.no

**Vararepresentant:**

Eli Kristin Johansen
T: 98 47 73 75
E-post: ekj@levanger.kommune.no

**Vararepresentant:**

Merethe Bragstad
T: 91 64 51 61
E-post: mebrag@gmail.com

**Administrasjonsrådgiver:**

Ellen Kathrine Larsen
T: 95 78 57 21
E-post: elllar@nsf.no

Lokale faggruppetledere:

OSLO

Lone Kjær
T: 91 37 08 14
E-post: lone.kjar@bgo.oslo.kommune.no

AKERSHUS

Anne Baklund
P: 91 33 92 60 J: 46 82 40 54
E-post: anne.baklund@baerum.kommune.no

HEDMARK

Kjersti Øien Skjold
P: 91 77 44 11 J: 91 17 52 08
E-post: kjersti.oien.skjold@stange.kommune.no

OPPLAND

Ive Kristin Staune Mittet
T: 61 26 32 20 M: 41 38 12 38 J: 90 85 69 56
E-post: ive.staune.mittet@gmail.com/
ive.staune.mittet@lillehammer.kommune.no

BUSKERUD

Ann Karin Swang
M: 97 08 26 66
E-post: ann.karin.swang@hotmail.com

ØSTFOLD

Ingeborg Berg-Olstad
T: 99 15 28 88
E-post: lahostfold@gmail.no/
ibol.sarpsbord.com

VESTFOLD

Ida Grotle
T: 95 06 95 55
E-post: ida.grotle@horten.kommune.no

TELEMARK

Nina Mortensen
J: 95 20 13 87 M: 95 78 57 28
E-post: nina.mortensen@porsgrunn.kommune.no

AUST-AGDER

Anne Lise Skyttemyr
T: 99 11 95 93
E-post: anne.lise.skyttemyr@arendal.kommune.no

VEST-AGDER

Anne Mette Røilid Vollan
T: 99 12 94 33
E-post: anne.mette.roilid.vollan@kristiansand.kommune.no

ROGALAND

Anna Jondahl Risnes
T: 98 68 73 37
E-post: anna.jondahl.risnes@sandnes.kommune.no

HORDALAND

Bente Gunn Håtuft
T: 48 10 88 50
E-post: bente.gunn.hatuft@radoy.kommune.no

SOGN OG FJORDANE

Hilde Hoddevik
T: 90 98 04 67
E-post: hilde.hoddevik@outlook.com/
hho@eid.kommune.no

MØRE OG ROMSDAL

Ann Elin Skeide
T: 91 52 42 60
E-post: lah.more.romsdal@gmail.com

SØR-TRØNDELAG

Margrethe Sannesmoen Løvseth
T: 97 54 22 46
E-post: Margrethe.S.Lovseth@melhus.kommune.no/
mlovseth@icloud.com

NORD-TRØNDELAG

Gunhild Mo Forberg
T: 99 64 59 12
E-post: leder@lahnordtrondelag.no

NORDLAND

May Elin Holand
T: 94 83 02 89
E-post: may.elin.holand@bodo.kommune.no

TROMS

Siv Normann Henriksen
M: 99 01 28 24 J: 77 09 91 55
E-post: siv.henriksen@ibestad.kommune.no

FINNMARK

Kjerstin Møllebakken
P: 95 15 46 70 J: 78 97 76 70 M: 95 15 46 70
E-post: kmosvk@gmail.com



FAKTA

**Kristin Sofie
Waldum-
Grevbo**Leder av landsgruppen
av Helsesøstre NSF

Livsviktig å være modig!

Helsesøster Solveig Ude ble årets Osloborger. Det er den siste i en rekke av priser hun har mottatt de siste årene for sitt arbeid for å forebygge og avdekke fysisk og psykisk vold mot barn. Det er vel fortjent. Vi har kunnet lese hvordan hun stiller foreldre spørsmål om hvordan de håndterer sinne og vi har hørt den sterke historien om hvordan hun reddet lille Jakob da hun stusset på uforklarlige blåmerker.

Solveig har ikke alltid blitt møtt med heiarop. Hun har til tider blitt møtt med mye skepsis for sine arbeidsmetoder, og hun er flere ganger blitt kalt inn på teppet. Mange av oss ville gitt etter for presset om lojalitet til systemet, fordi det koster mye å kjempe. Solveig har derimot hele tiden hatt sin lojalitet hos barnet. Det interessante er at hun gjennom et langt yrkesliv bare fem ganger har opplevd at foreldre har brutt relasjonen med henne. Det betyr at det er mulig å snakke om et så alvorlig tema uten å ødelegge tilliten. Samtidig må vi tåle ubehaget hvis det skjer, for barnets skyld. Vi har alle noe å lære av henne når det gjelder mot og faglig integritet.

Alvorlig problem

Frihet fra vold er en grunnleggende forutsetning for vekst og livsutfoldelse og for å kunne leve et godt liv. Vold mot barn er et alvorlig folkehelseproblem som kan gi varige fysiske og psykiske skader,

i verste fall ender det med døden. Spedbarn og småbarn er en særlig utsatt gruppe når det gjelder enhver form for vold, overgrep og krenkende handlinger. Det er estimert at 5 -15 spedbarn blir alvorlig skadet av såkalt Shaken Baby Syndrome hvert år i Norge, og at om lag fem av dem dør. Helsesøster har en unik mulighet til å forebygge og avdekke vold mot de aller yngste barna. Helse- direktoratets nye retningslinjer for helsestasjonen, som lanseres i februar, vektlegger vold mot barn i større grad enn tidligere. Tema skal tas opp jevnlig på konsultasjonene i barnets første år.

Rammer en av fem

De største barna og ungdommene kan selv fortelle om sine erfaringer. En av fem norske ungdommer har opplevd fysisk vold fra minst én forelder i løpet av oppveksten, viser en rapport fra Norsk institutt for forskning om oppvekst velferd og aldring. Like alvorlig er det at 13 % har opplevd psykisk vold fra foreldre før fylt 18 år. Vårt mål er å påvirke denne statistikken i riktig retning ved hjelp av tidlig innsats.

Til syvende og sist er det opp til hver og en av oss å handle. Solveig Ude reddet livet til lille Jakob. Nå er det vår oppgave som helsesøstre å videreføre hennes viktige arbeid. Ved å være modige og kloke, ved å stille spørsmål, ta observasjoner og magesfølelse på alvor kan vi utgjøre liv eller død for barna. ■



Kosthold ved kumelkproteinallergi

Kumelkproteinallergi rammer 2–5 prosent av alle spedbarn i Norge. Ved både mistanke om og ved påvist allergi, er det viktig å kutte ut samtlige kumelkproteinholdige matvarer fra kosten. Dette gjelder for både ammende mødre og barn.

Tekst **Noémi Lengyel**, klinisk ernæringsfysiolog, Barne- og ungdomsavdelingen, Sørlandet sykehus

De aller fleste barn vokser av seg sin allergi i løpet av småbarnsperioden. Matallergi er en immunologisk reaksjon mot et protein (allergen) i matvaren. Immunsystemet reagerer på et ufarlig stoff som om det skulle være noe skadelig. Dette fører til en allergisk reaksjon. Ved kumelkproteinallergi reagerer kroppens immunsystem på proteiner i kumelk. Enten ved å produsere antistoffer (IgE) og/eller ved en aktivering av betennelsesceller. Man bruker da betegnelsene IgE-mediert kumelkproteinallergi og non-IgE-mediert kumelkproteinallergi.

Symptomene på allergien kan komme raskt eller som en forsinket reaksjon. Den IgE-medierte allergiske reaksjonen kommer vanligvis innen 1–2 timer etter inntak av melkeprotein. De første symptomene kan faktisk debutere umiddelbart.

De ikke-IgE-medierte reaksjonene kommer vanligvis en stund etter inntak av melkeprotein. Det kan ta alt fra noen timer til flere døgn før barnet får tydelige symptomer.

Plager fra mage-/tarmsystemet som diare, oppkast, magesmerter eller forstoppelse er vanlige. Dårlig tilvekst kan også være det eneste symptomet. Hudsymptomer som elveblest, eksem og kløe er også vanlige. Plager fra luft-

veier som kløe i munn og hals, hovne slimhinner og pustebesvær er ikke fullt så vanlige, men kan forekomme.

Mistanke om allergi

Ved både mistanke om og ved påvist allergi, er det viktig å kutte ut samtlige kumelkproteinholdige matvarer

«Kumelkproteinallergi debuterer ofte i barnets første leveår.»



ALLERGIREAKSJONER: Plager fra mage-/tarmsystemet som diare, oppkast, magesmerter eller forstoppelse er blant annet vanlige. Foto: Colourbox

fra kosten. Dette gjelder for både ammende mødre og barn.

Melk fra andre klovdyr som sau, bøffel og geit tolereres heller ikke og skal kuttes fra kosten.

Alle typer melk og melkeprodukter må fjernes fra kosten og erstattes av melkefrie melkerstatninger og andre melkefrie matvarer. I dagligvarehandelen finnes det mange melkeerstatninger basert på havre, ris, soya eller mandel. Disse kan fungere fint for større barn og voksne. Man skal være klar over at rismelk ikke er anbefalt for barn under 7 år på grunn av arsenikkinnhold. Rismelk har i tillegg et meget lavt proteininnhold og er dermed ikke en fullverdig erstatning for melk. Spedbarn og småbarn bør ha en spesialerstatning for allergikere. Dette kan man få på blå resept av barnelege.

Spesielle morsmelkerstatninger

Ved melkeproteinallergi er førstevalget melkefrie hydrolysatere. Eksempler på dette er Pepticate og Althera som inneholder laktose og Nutramigen som er laktosefri.

Om man ikke oppnår ønsket forbedring med disse preparatene, er det anbefalt å velge en aminosyrebasert morsmelkerstatning som for eksempel Neocate, Alfamino eller



ALLERGI: Alle typer melk og melkeprodukter må fjernes fra kosten og erstattes av melkefrie melkerstatninger og andre melkefrie matvarer. Foto: Colourbox

Puramino. Ved multimatvareallergi og ved alvorlig allergisk reaksjon mot melkeprotein er aminosyrebaserte morsmelkerstatninger første valget.

Melkefri grøt og berikning

Sinlac-grøt er et fullverdig grøtpulver tilsatt blant annet kalsium, jern og vitaminer. Denne kan man kjøpe i dagligvarehandelen. Holles grøtpulver kan man kjøpe i helsekostbutikker. Dette pulveret er ikke beriket med mineraler og vitaminer. Dette er viktig å informere om hvis denne grøten skal brukes. Sinlac-grøt kan lages med vann, mens Holles-grøt skal lages på morsmelk eller melkefri morsmelkerstatning.

Neocate spoon er et berikningspulver som brukes som supplement. Det skal ikke gis i flaske som morsmelkerstatning eller som et hovedmåltid som

grøt. Det finnes gode oppskrifter med Neocate spoon som kan tilsettes i fruktmos og serveres som et «yoghurt» mellommåltid. Neocate spoon har et høyt innhold av kalsium og proteiner. Det passer derfor fint for barn som ikke lenger drikker så mye melkefri morsmelk/morsmelkerstatning og har behov for mellommåltider som øker inntaket av protein og kalsium.


Melkefri kost i praksis

Matvarer som er basert på melk må unngås. Det gjelder vanlige morsmelkerstatninger som for eksempel NAN og Hipp. Man må naturligvis også unngå vanlige barnegrøter, meieriprodukter, sjokolade og iskrem. Følgende ingredienser må også unngås: Kasein/kaseinat, myse, melkealbumin, kolostrum, kjerneemelk, laktose (melkesukker), skum-

metmelkpulver og yoghurtpulver. Dette kan man lese på varedeklarasjonen.

Det finnes en rekke produkter som kan inneholde melkeprotein. Dette må man være oppmerksom på. Eksempel

«Spedbarnets ernæringsbehov dekkes vanligvis med morsmelk.»

på matvarer som kan inneholde melkeprotein er bakervarer, tørrposeprodukter, halvfabrikat mat av kjøtt, fisk og grønnsaker. Om produktene er merket «kan inneholde spor av ...» kan matvaren benyttes. 



Det finnes mange naturlig melkefrie matvarer. Rent kjøtt, fisk, grønnsaker, frukt, bær, poteter, ris, korn, nøtter og olje er eksempler på slike «rene» produkter.

For å oppnå optimal ernæring må man ha en god kombinasjon av disse matvarene, samt bruke «melk» og «yoghurt» basert på soya, nøtter, havre og ris med tilsatt kalsium og vitaminer.

Optimalt kosthold

Kumelkproteinallergi debuterer ofte i barnets første leveår. Dette er en avgjørende periode for tilvekst og utvikling. Når man kutter ut melk og melkeprodukter fra kosten, kutter man ned på inntaket av blant annet viktige proteiner, kalsium, magnesium, jod og vitaminene B2, B6 og B12.

En variert kost som er rik på gode proteinkilder som kjøtt, fisk, egg, belgfrukter, og er rik på grove kornvarer, grønnsaker, frukt og bær sikrer et godt inntak av proteiner, jod, magnesium, B6-, B12-vitaminer. Det er imidlertid viktig å få i seg tilstrekkelig mengde med melkefri melkerstatning med tilsatt kalsium og vitaminer, blant annet B2-vitamin (Riboflavin).

Spedbarnets ernæringsbehov dekkes vanligvis med morsmelk. Dette forutsetter dog at mor har et godt og variert kosthold. Næringsbehovet dekkes også ved bruk av en hypoallergen morsmelkerstatning.

Fra 4–6 måneders alder kan man starte med smaksprøver av fast føde. Etter hvert gir også grøtmåltider et godt ernæringsinntak i kombinasjon med morsmelk/morsmelkerstatning.

Kalsiuminntak

Kalsiuminntak er vanskelig å dekke ved melkefri diett. Småbarn har et kalsiumbehov på 600 mg per dag. Morsmelk og melkeprodukter er hovedkilden til kalsium. 600 mg



FAST FØDE: Fra 4–6 måneders alder kan man starte med smaksprøver av fast føde. Foto: Colourbox

kalsium dekkes fint ved inntak av 2 glass melk, 1 yoghurt og 2 osteskiver. Enkelte varer inneholder kalsium, men i mye mindre mengde enn melkeprodukter. Man må for eksempel spise 1,2 kg brokkoli for å få i seg 600 mg kalsium.

Mødre som ammer har behov for 900 mg kalsium per dag. Dette tilsvarer 7–8 dl soya eller havremelk. Det er ofte behov for kosttilskudd for å dekke totalbehovet av kalsium og B2-vitami-

ner. Det anbefales ofte multivitamineralttilskudd for ammende.

Det anbefales kostveiledning ved kumelkproteinallergi for både ammende mor og barn. Ammeperioden er en sårbar periode som gir økt behov for næringsstoffer. Det kan være vanskelig å sikre optimalt næringsinntak ved melkefri kost. Ved god veiledning kan balansert og riktig kosthold opprettholdes og man får sikret optimal vekst og utvikling hos barnet. ■



Samtalegrupper om å være foreldre

Arendal kommune har arrangert samtalegrupper – der temaet er foreldrerollen – siden 2008. Parallelt med at den psykiske helsen hos foreldre har blitt bedre, har også barnas hverdag blitt bedre.

Tekst **Inger Marie Espeland**, psykiatrisk sykepleier, Arendal helsestasjon

Brukere innen *Psykisk helsetjeneste – voksne* kan få vedtak om oppfølging i samtalegrupper når tjenestekontoret behandler deres søknad, eller så kan oppfølging i samtalegruppe bli som følge av revurdering av tjenesten etter først å ha fått individuell oppfølging.

Tjenestekontoret fatter vedtak om ti samlinger i samtalegruppe, med mulighet for ytterligere samlinger. Revurderingssamtale klargjør videre dette forløp. Oppfølgingen starter med en individuell samtale der en presenterer innhold og opplegg vedrørende samtaletilbudet. Deretter inviteres bruker til å fortelle hva hun/han mestrer og hva som representerer utfordringene. Dersom brukeren går fra individuell oppfølging til oppfølging i samtalegruppe, inviteres brukers tidligere psykiatrisk sykepleier/vernepleier til overføringssamtalen. På denne måter ivaretas bruker i overføringen og oppfølgingen kvalitetssikres.

Hensikten med gruppene

I samtalegruppene er det gruppeveileder fra *Psykisk helsetjeneste – voksne* som har ansvaret for tjenesten. Fra Forebyggende tjenester for barn, unge og familier deltar én gruppeveileder. Ved dette tverrfaglige samarbeidet er fagområdet både for barn og voksne sammen i samtalegruppens prosess.




FORELDRE MØTES: Med tilbudet som samtalegrupper gir, håper vi å kunne bryte generasjonsoverføringer slik at barn og unge kan vokse opp med god psykisk helse, skriver artikkelforfatterne. Foto: Colourbox

Kravet om taushetsplikt overfor det som sies i samtalegruppene er nødvendig for alle brukerne for at deltakelse skal føles trygt.

En forholder seg til familien som helhet. Det fremholdes bevisst fokus på foreldrerollen i forhold til de psykiske vanskene den enkelte har, og deres barn som pårørende. Det kan være behov for at det blir veiledning fra *Forebyggende tjenester barn, unge og familier* i samtaler individuelt parallelt med deltakelse i samtalegruppe, selv om

«hovedarenaen» er samtalegruppen. Nettverket generelt vektlegges også.

Samtalegruppene bygger på salutogenese, der en har oppmerksomheten mot faktorer som bidrar til at vi bedrer psykisk (og fysisk) helse og derved mestring. Salutogene-samtalegrupper har som mål at brukerne skal få økt innsikt i egen mestringsevne ved å øke bevisstheten om sitt eget potensial. Brukerne skal bli mer klar over hvilke indre og ytre ressurser de har, og derved øker evnen til å bruke 



HJELPER Å PRATE:
Barn får det bedre, når foreldrene har det bra.
Foto: Colourbox.

disse ressursene ved hjelp av passende utfordringer.

Brukere som deltar

I samtalegruppene deltar brukere både med et relativt stabilt symptombilde, men også brukere der de psykiske helseutfordringene kan variere med hensyn til lidelsestrykk. Av psykiske helseplager som brukere i gruppene har, er det særlig angst, depresjon og lav selvfølelse som mange strever med. Noen har imidlertid alvorlige og langvarige helseproblemer. Mange har tilleggsbelastninger som traumer i egen barndom, utfordringer med ekspartner/familie/venner, dårlig økonomi/manglende utdanning med mer. Det er brukere som har diagnoser som posttraumatisk stresslidelse, bipolar lidelse eller brukere som har forstyrrelser i sin personlighet uten at kriteriene for personlighetsforstyrrelse er til stede. Det er flere av brukerne som er fanget opp og blir hjulpet med søknad til *Psykisk helse-tjeneste – voksne* via tjenestene på Arendal Helsestasjon.

Samtalegruppens struktur

Samtalegruppene har inntil åtte deltakere. Vi har valgt «åpne grupper», som

forklares med at det tas inn ny deltaker i gruppen når det er ledig plass. I «lukket gruppe» begynner og avslutter alle samtidig. Fordelen med åpne grupper er at nye deltakere ser at de «eldre» har kommet videre. Det formidles håp og tanker om at det nytter å jobbe for å bedre den psykiske helsen. Samtidig opplever deltakere som har jobbet en stund med sin prosess

«Det blir gode drøftelser, andre vinklinger på det som blir sagt.»

i gruppen, å kunne gi av sine bruker erfaringer som støtte til nye medlemmer. Dermed får de også bekreftelse på egen rehabilitering. Varigheten for hver gruppesamling er to timer med 15 minutters pause, hver 2. uke. Samlingene holdes i et egnet lokale i kommunalt bygg i sentrum.

Om gruppeveilederne

Det at det er to veiledere i hver gruppe kvalitetssikrer i forhold til å tilrettelegge

FAKTA

Salutogene samtalegrupper

Salutogene samtalegrupper er et gruppetilbud:

Samhandlingsreformen fokuserer på forebygging, blant annet i form av lærings- og mestringstilbud i kommunene og gjør dermed slike mestringsorienterte gruppetilbud aktuelle og relevante for kommunehelsetjenesten. En viktig grunn til dette er at Salutogene samtalegrupper fokuserer på helse og helsefremming, fremfor bekjempelse av sykdom, som ellers gjerne er innfallsvinkelen i tradisjonell behandling av psykiske helseproblemer.

og ivareta gode gruppeprosesser. Veilederens rolle er i hovedsak å holde struktur og mestringsfokus. I et salutogent perspektiv vil gruppeveilederne balansere mellom å lytte empatisk til personens problemer, samtidig som de vil ha oppmerksomheten rettet mot hennes/hans styrker og ressurser. Fokus er holdningen og tanken om personens iboende vekstpotensial, i form av økt bevisstgjøring og bruk av personlige og kollektive ressurser.

En viktig grunnleggende holdning er å respektere at deltakerne er eksperter på seg selv, sin særegne situasjon og sine erfaringer. En salutogen tilnærming er innsiktsorientert på den måten at den belyser brukerens mestringsevne. Dette er evner som pasienter med psykiske helseproblemer kan ha liten innsikt i, fordi de ligger i skyggen av dominerende problemhistorier (Kolseth 2001).

Ved å være to veiledere, vil det også være lettere å fange opp innspill og signaler fra brukere, løfte frem refleksjoner over det som sies, holde tråden videre i samtalen og så videre. Det er også viktig at det er to som sammen både kan planlegge i forkant, ivareta kollegaveiledning i forhold til gruppeprosessen samt oppsummere i etterkant av gruppesam-

lingen. Dette ivaretar også gruppens møter dersom den en gruppeveilederen er på kurs, har ferie eller er syk.

Gruppetilbudets form og innhold

I hovedsak legges det opp til følgende struktur som følger Eva Langelands oppsett:

Første time: Her og nå runder. Deltakerne får mulighet til å si noe om hvordan de har det og hva de er opptatt av. Gruppen bestemmer om det er noe som en ønsker å utdype/reflektere rundt – ut fra det som deltakerne har tatt opp. Samtale omkring utvalgt tema/situasjon/opplevelse. Det er lagt inn en pause på 15 minutter før andre time.

Andre time: Fortsetter om det er behov for ytterligere å utdype/reflektere rundt tema. Eller et annet forhåndsbestemt tema en utdyper/reflekterer over. En kan presentere tema som tas opp neste gang. Hver enkelt deltaker kan oppfordres til å skrive refleksjonsnotat omkring dette tema til neste samling. Avsluttende runde hvor hver deltaker får anledning til å si noe om hvordan de har opplevd å være i gruppen.

For å kunne evaluere nytteverdi av tilbudet, brukes KOR (klient- og resultatstyrt praksis) både i starten og slutten av samtalegruppen. Det er utarbeidet eget skjema for samtalegrupper der det på den ene siden av skjemaet er egenvurdering og på den andre siden evaluerer metodene i samtalegruppen.

Grunntenkning og metoder

Samtalegruppene baserer seg på salutogenese som grunntenkning. I tillegg vektlegges brukermedvirkning, empowerment og recovery. Som metoder utover selve gruppeprosessen, vektlegges motiverende intervju, kognitiv terapi, mentalisering, oppmerksomt nærvær (mindfulness) og ulike reguleringsmetoder, psykoedukasjon og traumbasert omsorg.

I gruppen tar brukerne opp ulike temaer/hendelser fra sin hverdag. Med bakgrunn i den virkelighetsforståelse

den enkelte har av situasjoner/tanke-rekker, kan det være viktig å fokusere på økt forståelse for sammenheng, økt håndterbarhet basert på egne ressurser og opplevelse av økt mening i hverdagen og livet generelt.

Innspill brukerne får fra de andre i samtalegruppen, lager god og konstruktiv gruppeprosess som baseres på salutogenese. Det vil si hva som fremmer psykisk helse. Dette vil også være svært gjeldende med hensyn til hva som fremmer god foreldrefungering. Det å oppleve at de ikke er alene om de utfordringene de strever med, er også svært viktig erfaring. Det blir gode drøftelser, andre vinklinger på det som blir sagt og refleksjonene rundt dette kan føre til endret måte å tenke, føle og handle på.

I gruppen er brukerne både forståelsesfulle og støttende, samtidig som det kan være ganske tydelighet omkring enkelte tema/utspill. Det er en trygg og anerkjennende ramme mellom og rundt deltakerne i samtalegruppen. Man kan også ta opp bestemte tema til drøfting og refleksjon i samtalegruppen. Som for eksempel det å kjenne på dårlig samvittighet og skam. Det å snakke om selvspekt

«Samtalegruppene baserer seg på salutogenese.»

og hvordan man kan fremstå som mer tydelig, hvordan sette grenser for andre, økt mestringsevne, hva som gir hverdagen mening og glede.

Se på muligheter

Som en rød tråd er foreldrefungering og barn som pårørende. Det oppfordres til at gruppen som helhet kan møtes utenfor våre samlinger, gjerne sammen med barna, da flere har glede av å øke sitt nettverk. Målet er at deltakerne skal bli mer klar over hvilke indre og ytre ressurser de

har, og at de øker evnen til å bruke disse ressursene ved hjelp av passende utfordringer. Dette oppnås gjennom økt forståelse for sammenheng, økt håndterbarhet basert på egne ressurser og økt mening i hverdagen og livet generelt. Etter avtale i gruppen gjennomfører vi også et eget opplegg som går over fire samlinger med motiverende intervju i samtalegruppe. Opplegget følger et oppsett etter psykolog Tom Barth ved Bergensklinikken.

Selve gruppeprosessen og klimaet her baserer seg på dialog, relasjonsfokus og støttende ramme som sentrale virkemidler og det er stor grad av brukermedvirkning. Oppmerksomheten rettes mot sammenhengen mellom mestringsressurser og stressende faktorer, med løsningsfokus og økt opplevelse av helse som mål. Fra tidligere å tenke på sykdom og begrensninger, bygger vi i dag mer på muligheter og helsefremmende forhold.

Dokumentert effekt

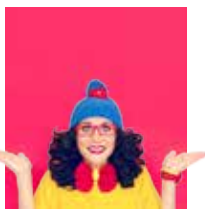
Eva Langelands doktorgradsarbeid viser blant annet at gruppebehandlingen gir signifikant bedre effekt på deltakernes mestringsopplevelse, sammenliknet med ordinært tilbud (Langeland mfl., 2006). Universitet i Bergen skriver at en evaluering etter senere gjennomførte salutogene samtalegrupper viser at deltakerne opplever behandlingen som nyttig. Den bidrar til en bedre hverdag og til bedre psykisk helse (Langeland og Vinje, 2010).

Vi har i Arendal kommune arrangert disse samtalegruppene siden 2008. Vår erfaring samsvarer med det som her er skrevet i forhold til nytteverdi for brukere og deres barn. Det er svært viktig å fremheve at parallelt med at den psykiske helsen og foreldrerollen bedres, viser også barna at de har en bedre hverdag slik foreldrene forteller. Med tilbudet som samtalegrupper gir, håper vi å kunne bryte generasjonsoverføringer slik at barn og unge kan vokse opp med god psykisk helse. ■



Slutt for Klara Klok

Etter 16 år legges den anonyme helsetjenesten for ungdom – Klara Klok – ned driften. Nettstedet har svart på spørsmål om følelser, seksualitet, kropp og helse samt rus gjennom den digitale e-helsetjenesten. Fra 1. januar ble det istedenfor opprettet en nasjonal svartjeneste for ungdom på Ung.no.



Kilde: Ung.no

Milliongave

I desember fikk helsesøstrene én million kroner i gave fra Den norske frimurerorden. Pengene skal gå til å arbeide for å forebygge og avdekke vold mot barn. Pengegaven ble høytidelig overrakt leder for Landsgruppen av helsesøstre – Kristin Waldum Grevbo – under en seremoni i Stamhuset til Den Norske Frimurerorden i Oslo. Hvert år åpner de norske frimurerne lomeboken for et godt formål.



Kilde: NSF

«Det er to varige gaver vi kan gi barna våre. Den ene er røtter, og den andre er vinger.» *William Hodding Carter jr.*

Utdanning av betydning

Foreldres utdanningsnivå teller mye for barnas prestasjoner, viser tall fra Statistisk sentralbyrå (SSB). Tallene gir et bilde av karakterer i grunnskolen og nasjonale prøver. Her fremkommer det også at innvandrelever gjør det dårligere på skolen enn andre. Uavhengig av skoletrinn eller prøver er elever med høyt utdannede foreldre overrepresentert på nivåene over gjennomsnittet. Når det kommer til fag, gir engelsk minst utslag, enda man ser en sammenheng også her. Dem som scorer lavest på mestringsnivå i lesing er barn som har innvandret til Norge. Hva gjelder forskjell mellom kjønn, er det små forskjeller i resultatene.

Kilde: Forskning.no/NTB



Bør vaksinere seg

Folkehelseinstituttet anbefaler at ungdom bør vurdere å vaksinere seg mot smittsom hjernehinnebetennelse. Det er her snakk om meningokokk-sykdom gruppe A, C, W og Y. Forekomsten av den smittsomme hjernehinnebetennelsen er i utgangspunktet lav i Norge, men for dem som blir smittet, er forekomsten høyest hos ungdom i alderen 16–19 år. Ungdom som skal delta i russefeiring, er især utsatt for smitte. Tett samvær med andre, festing og høyt inntak av alkohol, deling av flasker og sigaretter og lite søvne øker risiko for smitte. FHI anbefaler derfor at vaksinasjon skjer i god tid før russefeiringen.

Kilde: FHI

Delt samvær best

Barn som bor hos begge foreldrene etter en skilsmisse har det bedre enn barn som kun treffer den andre forelderen iblant, viser en svensk studie utført av Karolinska instituttet og Universitetet i Stockholm. Problemer med å veksle mellom foreldrenes to bosteder ser ut til å bety mindre med tanke på den verdien det gir å være sammen med begge foreldrene. Gutter kom best ut av delt bosted, noe som kan forklares med at særlig gutter trenger sine fedre i hverdagen.



Kilde: Forskning.no

Fattigdom og psyke

Forsker Mira Aaboen Sletten ved Stenter for velferds- og arbeidslivs-forskning ved HiOA har undersøkt hvilke ungdommer som er mest plaget med psykiske helseplager. Hun har undersøkt sammenhengen mellom psykiske helseplager og ungdommenes sosioøkonomiske bakgrunn. I følge tall fra Ungdata sliter fattige ungdommer mer enn dem som har familie med god økonomi og høyere utdanning.



Kilde: Viten+praksis

Sier ikke ifra

Opp mot 70 prosent av gutter som blir mobbet i skolen lar være å si ifra. Det viser en undersøkelse gjort av Uni Research i norske ungdomsskoler. Til sammen 15000 ungdomsskoleelever er intervjuet i undersøkelsen. André Baraldsnes er en av dem som har utført undersøkelsen. Han tror det blant annet er frykten for at ting skal bli verre og ikke bedre som spiller inn.

I undersøkelsen svarer nemlig mange av guttene at de ikke tror de kommer til å få den hjelpen de trenger dersom de varsler om mobbingen. Mange er også redde for at mobberne skal hevne seg dersom de sier ifra.

Kilde: Nrk.no



Levekår og bosituasjon

Det er forskjeller i ungdommenes levekår og livskvalitet ut ifra hvordan og hvor de bor i Oslo. Dette fremkommer av forskningsprosjektet «Ungdom, boligsituasjon og sosial ulikhet» hvor NOVA-forskere har studert ulike sider ved ungdommenes bo- og livssituasjon. Her fant de, blant annet, at ungdom som har en ugunstig bosituasjon, ved at de bor i leide eller trange leiligheter, sjeldnere er fornøyd med lokalmiljøet og egen helse. De har oftere depressive symptomer enn ungdom som bor bedre.

Kilde: HiOA.no





Hjelp til livsstilsendring



I Arendal kommune får foreldre til barn med overvekt tverrfaglig veiledning i livsstilsendring.

FAKTA

Av Mari Hoem,
Spesialfysioterapeut
i Arendal kommune
og leder for prosjektet
Friskere Familier

Frisklivssentralen i Arendal kommune startet i april 2016 et prosjekt for å gi barn med overvekt et tverrfaglig tilbud. Prosjektet omfattet i utgangspunktet en 50 prosent stilling ut 2016 med midler fra Fylkesmannen, der målet var å etablere et tilbud som kunne videreføres med eksisterende ressurser. Dette så vi imidlertid raskt at ikke var realistisk. I Arendal kommune er det mange fagpersoner med hensiktsmessig kompetanse som kan benyttes i et slikt tilbud, men det er behov for at noen tar ansvar for og koordinerer en tverrfaglig innsats. Prosjektperioden er derfor forlenget ut 2017 med noe omfordeling av både interne ressurser og eksterne prosjektmidler, og det jobbes med å få på plass en fast koordinerende stilling og dermed et varig tilbud.

Helsedirektoratet publiserte i juli 2010 nasjonale faglige retningslinjer for primærhelsetjenesten om forebygging, utredning og behandling av overvekt og fedme hos barn og unge (Helsedirektoratet 2010). Her er det tydelig at det er en kommunal oppgave både å forebygge utvikling av overvekt og å

fedme er viktig, men behandling av de barna som allerede har utviklet overvekt og fedme er nødvendig for å hindre utvikling av sykdom.

Foreldreveiledning i gruppe

Helsedirektoratet oppsummerer i de nasjonale faglige retningslinjene kunnskap om hva vi vet som virker i behandling av overvekt hos barn. Viktige stikkord her er tidlig innsats, tverrfaglig samarbeid, familiefokus, endringsarbeid og tid. Dette stemmer bra med tilbakemelding fra foreldre. I prosjektet er det gjennomført flere intervju med foreldre til barn med overvekt i Arendal kommune. Foreldrene gir tilbakemelding om at den største utfordringen er å gjøre endringer i familien – å endre vaner. De vet en del om hva de bør gjøre, men det er vanskelig å få det til i praksis. Her er det behov for hjelp og støtte. Foreldrene som ble intervjuet, var positive til veiledning i gruppe hvor de kunne treffe andre med tilsvarende utfordringer. De tok opp mange av de samme temaene som utfordrende i hverdagen: kosthold, aktivitet, grensesetting, mat og følelser. For å kunne gi god veiledning på disse områdene, er det behov for ulik fagkompetanse.

«Den største utfordringen er å gjøre endringer i familien.»

gi et tilbud til barn med overvekt. Ved alvorlig grad av fedme bør det samarbeides med spesialisthelsetjenesten. Den norske barnevekststudien viser at blant åtteåringer har en av sju gutter og en av seks jenter overvekt eller fedme. Dette er tall som ble samlet inn høsten 2015 og som ble publisert i mai 2016 (Folkehelseinstituttet 2016). Forebygging av

Må være motivert

Tilbudet til barnefamilier med overvekt i Arendal kommune har fått navnet Friskere Familier. Kriterier for å delta er at det er barn med overvekt i familien, og at foreldrene ønsker og er motiverte for livsstilsendring. Deltakelse er åpent for alle uavhengig av grad av overvekt. Foreldre er rollemodeller og tilrettelegger hverdagen for sine barn. Tilbudet er derfor rettet mot foreldrene, og det er dermed fleksibelt med tanke på barnets alder. Tilbudet omfatter individuell oppstartssamtale med hjelp til å lage egne mål, foreldreveiled-

ning i gruppe, samt individuell oppfølging etter behov. I første omgang tilbys månedlige gruppesamlinger i seks måneder. Tema for gruppesamlingene er kosthold, aktivitet, grensesetting, mat og følelser og hvordan få til endring i familien. Oppfølging videre tilpasses etter behov. Vi ønsker å hjelpe foreldrene til å finne gode aktiviteter for barnet og familien i det daglige, og ved å benytte allerede eksisterende aktivitetstilbud heller enn å bruke ressurser på å lage et eget aktivitetsopplegg for en liten gruppe.

Tverrfaglig oppfølging

Tilbudet Friskere Familier er et samarbeid mellom flere faggrupper. Helsesøstrene har en nøkkelrolle i rekruttering av familier, da de treffer alle barna rutinemessig både på helsestasjonen og i skolehelsetjenesten. Fastlegene har også en viktig rolle i rekrutteringen. De er dessuten viktige samarbeidspartnere for å kartlegge årsak til overvekt, og for å henvise til spesialisthelsetjenesten ved behov. Jeg er barnefysioterapeut, men har også kompetanse om barn og overvekt, samt endringsarbeid, herunder bruk av motiverende intervju. Jeg gjennomfører oppstartssamtaler og følger opp familiene individuelt etter behov i samarbeid med helsesøster, fastlege og eventuelt spesialisthelsetjeneste eller andre fagpersoner. I gruppe med foreldreveiledning er jeg med hver gang, med støtte av ulike fagpersoner etter tema. Helsesøstre er en viktig samarbeidspartner her med sin brede kompetanse. Ernæringsfysiolog leies inn av Frisklivssentralen til tema kosthold. Psykiatrisk sykepleier og helsesøster fra forebyggende tjenester i kommunen deltar på samling med tema mat og følelser. Støtte fra ulike fagpersoner gjør at vi forhåpentlig kan gi familiene som deltar, veiledning med god kvalitet.

Friskere Familier er i oppstarten. En gruppe er i

KOSTHOLD: Foreldrene får opplæring i hva som er bra å spise. Illustrasjonsfoto: Colourbox



gang, og vi planlegger fortløpende flere. Foreløpig vet vi ikke noe om effekten av tilbudet. En av utfordringene videre er å rekruttere aktuelle familier tidlig. Vi planlegger også «Bra Mat»-kurs tilpasset ulike grupper i samarbeid med ernæringsfysiolog. I første omgang gjelder dette småbarnsforeldre og ungdom sammen med foreldre. ■

Referanser

Barn, miljø og helse. Risiko- og helsefremmende faktorer. Rapport fra Folkehelseinstituttet, 2016. Tilgjengelig fra www.fhi.no

Nasjonale faglige retningslinjer for primærhelsetjenesten. Forebygging og behandling av overvekt og fedme hos barn og unge. IS-1734. Helsedirektoratet, 2010. Tilgjengelig fra www.helsedirektoratet.no



Våger du å se barnemishandling?

Er det et vanlig blåmerke eller tegn på barnemishandling du ser på barnet? En nettbasert håndbok skal gjøre helsearbeidere tryggere på når de må reagere.

Tekst **Heidi Elisabeth Sandnes**, Kommunikasjonsrådgiver ved Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress

Nylig kunne man lese følgende overskrift i Aftenposten: «Hun oppdaget blåmerker på seks uker gamle «Jakob». Så gjorde hun det få andre helsesøstre gjør.»

En helsesøster klarte å stille de vanskelige spørsmålene, og sikre de nødvendige bildebevisene av mistenkelige blåmerker. Et lite barn ble fjernet fra et hjem hvor han ikke var trygg. Hvor viktig og riktig det er å handle slik denne helsesøsteren gjorde, vet ansatte i helsesektoren godt. Men hva skal man se etter, og når kan man stole på mistanken om at noe er galt? Det kan være vanskelig å vite når man står oppe i

– Vi har laget denne håndboka for å hjelpe helsepersonell til å bli tryggere på sin egen kunnskap, slik at de våger å handle når det er nødvendig, sier barnelege og forsker ved NKVTS, Mia Myhre.

Håndboka består både av generell informasjon om temaet, og spesifikk informasjon for ulike yrkesgrupper, deriblant helsesøstre.

– Helsesøstre er en svært viktig gruppe når det gjelder å avdekke barnemishandling, i og med at de møter barn fra de er så små at de ikke selv kan fortelle, og også følger barn videre gjennom oppveksten, understreker Myhre.

er ikke alle helsearbeidere flinke nok til å gjenkjenne mishandling.

– Særlig vold mot spedbarn er vanskelig å ta inn over seg. Det er lett å finne på unnskyldninger og unngå å trekke den riktige konklusjonen, sier Myhre.

I håndboka finner du informasjon om hvilke symptomer du skal se etter. Ingen symptomer eller skadetyper er i seg selv sikre tegn på mishandling. Det er symptomene og skadetyperne kombinert med sykehistorien og det kliniske helhetsbildet som skal vekke mistanke.

– Våg å tenke at det kan være barnemishandling når du ser blåmerker, spesielt hvis disse finnes på steder hvor barn vanligvis ikke slår seg. Spør hvordan skaden oppsto, og vurder om historien virker sannsynlig, sier Myhre.

Håndboka gir også råd om hvordan du skal gå fram når mistanken oppstår. Mens retningslinjene for jordmødre oppfordrer til å spørre alle gravide om de er utsatt for vold, gis det ikke en tilsvarende anbefaling for helsesøstre.

– Det kan være mer hensiktsmessig å stille indirekte spørsmål om strategier for oppdragelse og hvordan man håndterer utfordrende situasjoner med barnet, sier Myhre.

Det er i tillegg viktig å ha oversikt over hvem barnet bor sammen med, og spørre om det er noen spesielle utfordringer i familien. God dokumentasjon



«En helsesøster klarte å stille de vanskelige spørsmålene.»

Mia Myhre

situasjonen. Nettopp dette finner man svar på i den nettbaserte Håndbok for helsepersonell ved mistanke om barnemishandling, som finnes på www.nkvts.no/barnemishandling.

Informasjon for å trygge helsepersonell

Håndboka er utarbeidet av Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS) på oppdrag fra Helsedirektoratet. Den ble først lansert i 2013, men blir stadig oppdatert og utvidet.

Helsestasjonen er den eneste offentlige instansen hvor barn regelmessig og systematisk observeres i det første leveåret. Dermed har helsesøstre både unike muligheter og et klart ansvar for å avdekke vold og omsorgssvikt mot de aller yngste barna.

Våg å tenke at mishandling skjer

Fordi man ikke møter symptomer på barnemishandling så ofte, og fordi symptomene ikke alltid er så tydelige,



HJELP: Det er viktig at barn som blir utsatt for mishandling får den hjelpen de trenger.
Illustrasjonsfoto: Colourbox

i journal er spesielt viktig dersom det er mistanke om mishandling. Dette kan senere bli brukt i en eventuell fylkesnemnd- eller retts sak.

Hvor sterk må mistanken være?

For å gå til skrittet å melde til barnevernet, må det være mer enn en vag mistanke som ligger til grunn.

– Du må ha minst ett argument. Du må kunne si «dette kan være er mishandling fordi ... han hadde blåmerker et sted barn normalt ikke har blåmerker, eller fordi hun viser tegn på utrygg tilknytning til omsorgsgiver», forklarer Myhre.

Når du har et slikt argument, har du plikt til å sende en bekymringsmelding

til barnevernet. Ved mistanke om særlig alvorlig mishandling kan avvergeplikten innebære at helsesøster selv må melde fra til politiet i tillegg til bekymringsmeldingen.

Hva om man tar feil?

Helt sikker på at det dreier seg om mishandling kan man sjelden være. Da er det viktig å huske på at alt du skal gjøre, er å melde bekymring.

– Det er barnevernet som avgjør om det faktisk dreier seg om mishandling. Hvis det viste seg at man tok feil – da har man gudskjelov tatt feil. Da ber du om unnskyldning, og prøver å gjenoppta dialogen. Som regel kan man ved å være ærlig og ydmyk kommunisere godt med

FAKTA



Om håndboken på nett

Håndbok for helsepersonell ved mistanke om barnemishandling omhandler:

- kliniske tegn på barnemishandling i form av skader, symptomer og hendelser
- beste praksis for medisinsk utredning
- hensiktsmessig dokumentasjon og sikring av bevis
- råd om rutiner som kan øke sannsynligheten for at barnemishandling blir fanget opp i helsetjenesten
- lover og regler
- praktiske råd slik at både barnas og foreldres rettsikkerhet blir ivarettatt
- praktiske råd for tverrfaglig og tverretattlig samarbeid i tilfeller hvor det er mistanke om barnemishandling slik at barnet sikres rask medisinsk hjelp, beskyttelse og oppfølging.

disse foreldrene, som i likhet med deg er opptatt av sitt barns beste, understreker Myhre.

Men det kan også være slik at du fortsatt er bekymret, selv om barnevernet har avgjort at det ikke er grunn til mistanke. Da må du melde igjen – og igjen, inntil du blir hørt, eller blir sikker på at du tok feil. ■

«Et lite barn ble fjernet fra et hjem hvor han ikke var trygg.»



Full rulle mot overvekt

Overvektige barn i Grimstad får være med på aktivitetstilbudet Full rulle. Det kan gi økt bevegelsesglede og mestringsfølelse.

Tekst **Ingeborg Repstad Aamodt**, Helsesøster, Grimstad



AKTIV: Barna får være med på fysiske aktiviteter. Illustrasjonsfoto: Colourbox

Helsesøstrene på barnetrinnet tar rutinemessig høyde og vektmåling i forbindelse med trivselssamtalen på 3. trinn. I forkant av trivselssamtalen informerer helsesøster på foreldremøte om både samtalen og høyde-/vektmålingen, og videre oppfølging dersom man finner barn med overvekt/fedme. Foreldrene får også med seg et informasjonsskriv hjem.

Hos de barna som har en iso-kmi på 25-30-35 tar helsesøster på hver enkelt skole og ringer hjem. Her forteller hun om vekstkurven og hører hva foreldrene

«En del familier takker nei.»

tenker om utviklingen. I løpet av samtalen blir det bestemt hva slags oppfølging de ønsker og eventuell kontaktet av helsesøster med ansvar for videre oppfølging. Noen ønsker å delta i vårt aktivitetstilbud Full Rulle. Noen får individuell kostholdsoppfølging med henvisning til fastlegen. For noen barn kan det være aktuelt å henvise dem rett til spesialisthelsetjenesten. En del familier takker nei til tilbud og oppfølging.

Full Rulle

Gruppen startet opp i 2012 med bakgrunn av de nasjonale faglige retningslinjene. Gruppen er for barn med overvekt som har lite fysisk aktivitet i hverdagen, samt normalvektige barn uten noen fritidsaktiviteter. Gruppen er et samarbeid mellom skolehelsetje-

nesten og Frisklivssentralen og drives av helsesøster og fysioterapeut. Gruppen består av maks 12 barn sammen med en foresatt. Det er 8-10 samlinger på våren. På samlingene gjør vi ulike aktiviteter som geocashing, klatring, padling, lage mat på bål, dans, turer med mer. Vi samarbeider med flere aktører som for eksempel Friluftsrådet Sør og Barnas Turlag. Målet er å gi barna og foresatte økt bevegelsesglede og mestringfølelse gjennom de ulike aktivitetene, og at dette kan videreføres i hverdagen. I løpet av opplegget er det også kostholdskurs for foresatte. Hvert år er det gode tilbakemeldinger på tilbudet. Noen barn begynner i organiserte idretter/aktiviteter på fritiden.

Fra i år blir det tre kostholdskurs for foresatte parallelt mens barna holder på med aktiviteter. Vi ønsker å få mer fokus på kosthold og betydningen av gode levevaner fra tidlig barndom. Det blir ulike temaer i kurset som f.eks. motivasjon og tips for endring, familiemåltider og regulering av porsjonsstørrelser.

Forskningsprosjekt

I vår ble vi med i ett forskningsprosjekt «Helsefremming ved Frisklivssentrene - virker det, hvordan virker det og hvorfor». Universitetet i Bergen er ansvarlig for prosjektet og samarbeider med blant andre Universitetet i Agder. Dette er et spennende prosjekt som kan gi oss svar på om det er effekt av vårt gruppetilbud. Altså om barnet endrer levevaner etter å ha deltatt i Full Rulle. Prosjektet strekker seg over to år.

Statistikk

I Grimstad ligger vi stabilt under landsgjennomsnittet av overvekt/fedme hos 8-9 åringer. I skoleåret 2014/2015 var gjennomsnittet av gutter og jenter med overvekt eller fedme på 12,3 prosent. I skoleåret 2015/2016 var gjennomsnittet på 12,5%. ■



ALT TIL HELSESTASJONEN

VEKTER &
MÅLEUTSTYR



AUDIOMETER

SENGEVÆTING



STELLEMATTER

Helsesøsterbutikken



www.helsesosterbutikken.no

post@helsesosterbutikken.no • tlf 21 09 54 42



Kjærlighet og grenser

Gjerstad kommune ønsker å forebygge alkohol-, narkotika- og tobakksbruk blant tenåringer. Derfor tilbyr de programmet Kjærlighet og Grensen til elever på 7. trinn. Her bevisstgjøres elever og foreldre på viktige utfordringer i ungdomstida og får nyttige verktøy til hjelp både i foreldrerollen og som ungdom.

Tekst **Torill H. Sletten**, helsesøster i Familiehuset, Gjerstad kommune

K jærighet & Grenser (K & G) er et systematisert og kunnskapsbasert program som forebygger alkohol-, narkotika- og tobakksbruk blant tenåringer. Programmet bygger direkte på forskning om risiko- og beskyttelsesfaktorer. K & G styrker sosial kompetanse, bedrer samarbeidet skole-hjem og bygger gode foreldrenettverk. Kjærlighet og Grenser har vært i bruk i Norge siden 2004 og det er Kompetansesenter rus – region sør som står ansvarlig for programmet (<http://www.korus-sor.no/verktoy/kjaerlighet-og-grenser/>)

Praktisk gjennomføring

Målgruppen for Kjærlighet & Grenser er familier med barn i 10–14 års alder. Det tilbys samlinger ukentlig i 8 uker i skoletiden for ungdommene, og på kveldstid for foreldrene. To samlinger er familiekvelder. De ukentlige samlingene bygger rundt sentrale tema som blant annet positiv fremtidstro, kommunikasjon og familierelasjoner, venner og vennepress, den digitale verden, følelser og stressmestring samt alkohol, narkotika og tobakk. Det er utviklet undervisningsmaterieell til alle samlinger. Det veksles mellom film, diskusjoner og ulike aktiviteter.

Tverrfaglig samarbeid

I Gjerstad kommune koordineres og ledes programmet av helsesøster i

skolehelsetjenesten med god hjelp fra ulike samarbeidspartnere. Nasjonale retningslinjer oppfordrer til at skolehelsetjenesten bør ta initiativ til å samarbeide med skolen om planer og tiltak for å forebygge bruk av tobakk, alkohol og rusmidler blant alle barn og ungdom. Gjennom K & G har vi funnet en arena for tverrfaglig samarbeid rundt dette temaet.

Gjennom programmet knyttes et tettere samarbeid mellom skolehelsetjeneste og skole. Lærer har en aktiv rolle i gjennomføring i klassene sammen med helsesøster, samt er med og leder familiekveldene. I tillegg til helsesøster er det alltid en representant fra en annen tjeneste med. Det varierer noe fra år til

«Kjærlighet og Grenser har bred støtte tverrenhetlig i kommunen.»

år hvem dette er, men til nå har vi hatt med; MOT, psykisk helsetjeneste, helsestasjon, barnevernstjeneste, PP-tjeneste, ruskonsulent (NAV) og politi. Foreldre og elever får et ansikt på og informasjon om ulike hjelpetjenester i kommunen

samt utvidet fagkunnskap om ulike temaer. Ved familiekvelder deltar flest mulig tjenester sammen. Evalueringer viser at dette er en suksessfaktor i gjennomføringen av programmet i Gjerstad for både elever og foreldre.

For ledere av programmet gir gjennomføringen nyttig samarbeidskompetanse og man blir bedre kjent på tvers av tjenester og enheter. Det gir energi å gjøre noe sammen og det gjør terskelen for å samarbeide i andre sammenhenger lavere.

Muligheter innen forebygging

Ungdata-undersøkelsen er et nyttig verktøy for å identifisere problemområder og utfordringer i kommunen. De lokale resultatene av undersøkelsen gir ungdommene i lokalmiljøet en stemme, og gir viktig informasjon om hvilke tema som bør vektlegges i diskusjonene i K & G. Aktuelle resultater av Ungdata-undersøkelsen presenteres for foreldre og elever og brukes aktivt inn i programmet. På den måten blir Kjærlighet & Grenser et viktig målrettet verktøy i forebygging i kommunen.

I evalueringen gir foreldre og elever i Gjerstad tilbakemelding om at de i stor grad eller svært stor grad er fornøyd med programmet:

«Kjærlighet og Grenser har vært med på å gi gode samtaler hjemme rundt



TETT SAMARBEID: Lærer har en aktiv rolle i gjennomføring i klassene sammen med helsesøster, samt er med og leder familiekveldene. Foto: KoRus Sør

temaer og «hjemmelekser». God synergi ved å ha både samtale med ungene og foreldrene.»

«Vi er svært fornøyde og tror dette er noe som kan samle foreldregruppa før ungdommene begynner på ungdomsskolen, slik at vi kan enes om hva vi ønsker og forventer av hverandre og ungdommene.»

«Merker at barnet har forandret seg i positiv retning som følge av Kjærlighet og Grenser.»

«Veldig nyttig for meg og familien. Lært masse og veldig gøy!»

«Det viktigste jeg har lært er å ikke drikke alkohol og å si nei hvis BFF-en

din tvinger deg til å gjøre noe du ikke vil – vennepress.»

Oppspark til MOT i ungdomsskolen

Gjerstad er et lokalsamfunn med MOT, og ungdommene møter programmet MOT allerede på 7. trinn, i samme periode som Kjærlighet og Grenser gjennomføres. På den måten knyttes programmene sammen. K & G gir oppspark til fortsatt diskusjoner og arbeid rundt viktige tema for ungdom i MOT-øktene på ungdomsskolen. Samtidig kan man gjennom MOT forsterke og forlenge effekten av forebyggingsprogrammet Kjærlighet & Grenser.

Forankring er viktig

Forebygging tar tid og for å få resultater er det viktig å holde på over flere år. I tillegg finnes det mange forebyggingsprogrammer å velge mellom. Kjærlighet og Grenser har bred støtte tverrenhetlig i kommunen, og det er politisk vedtatt at vi skal holde på med programmet. Dette er i dag forankret i kommunens delplaner for oppvekst/utdanning og helse/omsorg i tillegg til ruspolitisk handlingsplan og skolens eget planverk. Dette har vært en lang prosess, men gir oss forutsigbarhet i videre planlegging, noe som er en forutsetning for å lykkes. ■



Et godt verktøy for helsesøstre

Helsestasjonen i Birkenes kommune bruker Trygghetssirkelen i det daglige arbeidet med barn og familier. Siden 2014 har verktøyet vært en del av det ordinære helsestasjonsprogrammet.

FAKTA

Av Cecilie Hodne,
ledende helsesøster,
Birkenes kommune

Circle of Security (COS) ble utviklet i USA av Glen Cooper, Kent Hoffman, Bert Powell og Bob Marvin. COS er basert på tilknytningsteori, og har som mål å fremme trygg tilknytning mellom barn og omsorgsperson. Alle barn har grunnleggende behov for tilknytning og utforskning. Tilkynningsbehovet er barnets avhengighet av og behov for beskyttelse og omsorg. Utforskningsbehovet består av barnets behov for selvstendighet, og for å undersøke og mestre verden. Disse to grunnleggende behovene er gjensidig avhengig av hverandre.

Trygghetssirkelen og COS-P

Trygghetssirkelen (se illustrasjon) viser hvordan omsorgspersonen, som er hendene på sirkelen, utgjør en sikker base som barnet kan utforske fra,

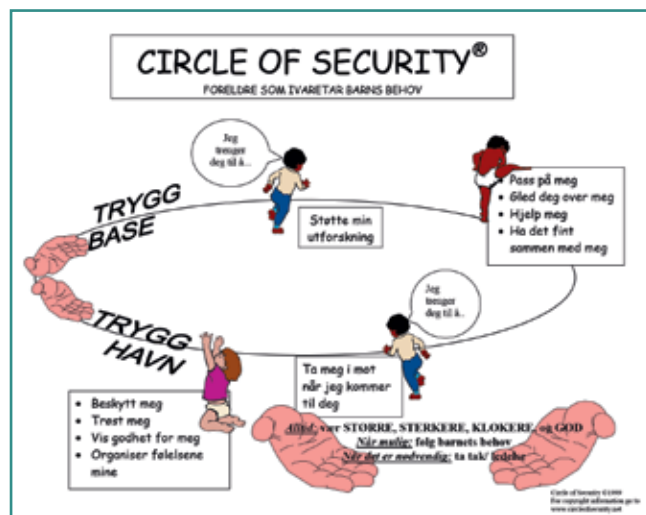
og en trygg havn som barnet kan vende tilbake til. I tillegg synliggjør den barnets behov «oppe» (utforskningsatferd) og «nede» (tilkynningsatferd) på sirkelen.

Omsorgspersonen skal være «større, sterkere, klokere og god», følge barnets behov når det er mulig, og ta ledelsen når det er nødvendig. Omsorgspersonene ledes også til å rette blikket mot seg selv, for å bli klar over hvilke følelsesmessige behov hos barnet som de strever mest med å møte. Begrepet «haimusikk» introduseres som en forklaring på hvordan barns ulike behov kan utløse ubehag hos omsorgspersonene og gjøre det vanskelig å møte barnets behov. Dette skjer oftest ubevisst. Ved at omsorgspersonene blir bevisst på og reflekterer over hvilke behov hos barnet som utløser haimusikk hos dem, og i hvilke situasjoner dette oftest skjer, får de mulighet til å velge å møte barnets behov til tross for ubehaget de føler.

Circle of Security Parenting (COS-P) er ett av flere ulike foreldreveiledningsprogrammer som er utviklet ut fra samme modell. I COS-P brukes en DVD og en kursmanual. I tillegg får foreldrene utdelt et hefte med ulike plansjer som gjennomgås i kurset. Filmen er delt inn i 8 kapitler. Det kreves 4-dagers kurs og sertifisering for å bruke materialet (1, 2, 3, 4).

Bakgrunn

I 2012 og 2013 fikk helsestasjonen i Birkenes kommune midler fra Helsedirektoratet til et prosjekt i samarbeid med PP-tjenesten og barnehagene. Gjennom prosjektet «Kognitiv utvikling 0–4 år» ønsket vi blant annet økt kompetanse på de minste barna, og hvilke faktorer som påvirker deres kognitive og psykososiale utvikling. Både Monica Holter, som



NYTTIG VERKTØY: Trygghetssirkelen.



NYTTIG VERKTØY: Trygghetssirkelen oppleves som et godt hjelpemiddel i arbeidet med å veilede foreldrene omsamspill. Foto: Colourbox

foreleste om «omsorgssituasjonens betydning for barns utvikling», og Heine Steinkopf som foreleste om «traumers betydning for barns utvikling» trakk frem Trygghetssirkelen som en nyttig tilnærming for å forstå hva barn trenger for å utvikle trygg tilknytning.

Vi som jobber på helsestasjonen ble i tillegg kjent med Trygghetssirkelen gjennom veiledning fra ABUPs sped- og småbarnsteam. Gjennom veiledning av ansatte og veiledning med familier fikk vi se hvordan trygghetssirkelen var en nyttig tilnæringsmåte for å kunne jobbe med relasjonen mellom barn og foreldre. Imidlertid syntes vi det var vanskelig selv å nyttiggjøre oss av denne modellen i konsultasjoner på helsestasjonen.

I desember 2013 fikk tre av helsesøstrene delta

på kurs i COS-P, og ble sertifiserte COS-P-veiledere. Vi opplevde det vi lærte som svært relevant både i jobb og som foreldre, og alle ønsket at vi hadde lært dette da våre egne barn var små. Vi snakket mye om hvordan vi kunne gi dette videre til flest

«Godt over 100 foreldrepar har fått tilbud om å være med i grupper.»

mulig. Etter hvert kom vi frem til at vi ønsket å tilby COS-P som en integrert del av helsestasjonsprogrammet, i barselgruppene på helsestasjonen. I tillegg ønsket vi å arrangere kveldskurs for å ha et tilbud til foreldre med eldre barn. Det ble prioritert





å bruke tilskuddsmidlene fra Helsedirektoratet til å gi flere i kommunen sertifisering i COS-P. Alle helsesøstrene, flyktningsykepleier, to PP-rådgivere og to fra barnehagene har fått sertifisering. På sikt ønsker vi å få til et systematisk tverrfaglig samarbeid rundt gjennomføring av COS-P-kurs. Men allerede nå ser vi at det har positiv effekt at flere yrkesgrupper og avdelinger i kommunen har felles kunnskap og forståelse.

Fra 2014 har Birkenes kommune hatt et samarbeidsprosjekt med RVTS Sør. Prosjektet «Trygge voksne» er tidlig innsats for inkluderende læringsmiljø, barns psykiske helse og voksne som trygge hjelpere og ledere. Alle ansatte i skole, barnehage og Ressurscenter (helsestasjon, psykisk helse og rus, flyktningsjeneste, SLT og PPT) samt alle kommunens ledere får opplæring i traumebevisst/opplevelsesbevisst praksis. Viktige grunnprinsipper i «Trygge voksne» er at vi forstår barn ut fra hva de har opplevd, og at uforståelig atferd kan være uttrykk for smerte. Dette samsvarer med et sentralt grunnsyn i Trygghetssirkelen; at barns atferd er kommunikasjon, og at selv om barn gjør feil og tester grenser, er gjentatt negativ atferd ikke deres førstevalg (2, 5).

Trygghetssirkelen i barselgrupper

Høsten 2014 startet vi opp med Trygghetssirkelen i barselgruppene. Det betyr at foreldrene til alle barn som har blitt født etter cirka 01.07.14 har fått tilbud


der vi vanligvis gjennomgår to kapitler hver gang. I tillegg har vi en gruppesamling ved cirka 4 måneders alder, der temaet er motorisk utvikling. Fysioterapeuten er til stede sammen med helsesøster på denne samlingen. Vi har også en gruppesamling ved cirka 8 måneders alder, der temaet er førstehjelp.

Vi har brukt Trygghetssirkelen systematisk i barselgruppene i litt over to år, og godt over 100 foreldre har fått tilbud om å være med i grupper. De fleste deltar i gruppene, men noen melder seg av før gruppen starter opp, og noen forsvinner ut etter hvert. De som av ulike grunner mister én eller flere gruppesamlinger, får som oftest tilbud om å se kapitlene de har gått glipp av enten i forkant av neste samling, eller ved en individuell konsultasjon hos helsesøster.

Med det opplegget vi har valgt, har vi lagt inn fire ekstrakonsultasjoner i løpet av barnets 2–5 første måneder. Det betyr at det blir mange avtaler på helsestasjonen i denne tidsperioden, og noen foreldre gir uttrykk for at de synes det kan bli litt mye. Noen kan oppleve at de får to avtaler samme uke, for eksempel både en gruppesamling og en 3-månederskonsultasjon. For familier med lang reisevei forsøker vi derfor å legge eventuelle faste konsultasjoner rett før eller rett etter gruppesamlingen. Samtidig får vi anledning til å følge barna og familiene tett denne første tiden, og mange foreldre gir uttrykk for at de synes dette er positivt.

Erfaringer fra barselgruppene

Det kan iblant være utfordrende at barna er til stede under kurset. Noen ganger har eldre søsken vært med når foreldrene ikke har barnepass. I noen grupper blir det mye uro, og da er det vanskelig både å få med seg det som skjer på filmen og å få til en samtale i gruppa. Likevel ser vi at det ikke alltid er samsvar mellom vår opplevelse av om gruppa er «vellykket» og foreldrenes utbytte. Vi har flere eksempler på at foreldre som har vært i grupper der det har vært mye uro gir uttrykk for at de har hatt stort utbytte av det de har lært. Utsagn som «jeg tenker på sirkelen hver dag» og «det jeg lærte om trygghetssirkelen har hjulpet meg til å tenke annerledes om barnet mitt» gir oss bekreftelse på at å lære om trygghetssirkelen kan være til god hjelp for mange foreldre.

De fleste filmklippene på DVD-en viser foreldre sammen med barn i alderen 1–5 år, men det er også et eget kapittel som handler om spedbarn, i tillegg til enkelte klipp i de andre kapitlene. 

«De merker god effekt av at foreldrene deltar i COS-grupper.»

om å delta i gruppene. Alle blir satt opp og får innkalling til gruppene, og må selv melde fra hvis de ikke ønsker å delta. Helsesøster informerer muntlig og skriftlig om barselgruppene og Trygghetssirkelen på hjemmebesøket.

Barselgruppene starter opp når barna er 2–3 måneder gamle. Ettersom vi er en relativt liten kommune med gjennomsnittlig 70 fødsler årlig, kan barna skille litt i alder. Det er seks barn i hver gruppe, og to helsesøstre leder gruppa sammen. Selv om begge foreldrene oppfordres til å møte på gruppesamlingene, er det oftest mødrene som kommer. Men i flere av gruppene har det vært en eller flere fedre som deltar.

Vi har fire gruppesamlinger der vi går gjennom COS-P. Det er samlinger omtrent annenhver uke,



FOR BARSELGRUPPER: Trygghetssirkelen har blitt systematisk brukt i barselgrupper i litt over to år, og godt over 100 foreldrepar har fått tilbud om å være med i grupper. Foto: Colourbox



HJELP TIL Å FORSTÅ: Når barnets atferd er vanskelig for foreldrene å forstå og håndtere, er trygghetssirkelen et godt verktøy for å jobbe med det som ligger bak atferden i stedet for bare å forsøke å stoppe atferden. Foto: Colourbox

Vi ser at foreldre som har barn fra før ofte har lettere for å relatere det de lærer på kurset til egen hverdag. Det kan derfor tenkes at det hadde vært mer gunstig å gi tilbudet når barna er litt større. Vi tror imidlertid at færre da ville hatt mulighet til å delta på gruppene, og at det kanskje hadde blitt enda mer uro på gruppene når barna er større og mer mobile. For å ha mulighet til å nå flest mulig, tror vi at det er vesentlig at tilbudet gis når en av foreldrene fremdeles har permisjon.

Ettersom vi startet opp for over to år siden, er det nå flere familier som får tilbud om å delta i grupper for andre gang. Noen av disse har ønsket å delta en gang til, andre har ikke ønsket dette. For noen er det praktiske årsaker til at de takker nei, for eksempel at de har lang reisevei eller at de mangler barnepass til eldre søsken.

Ved å inkludere COS-P i barselgruppene, som alle foreldrene blir invitert til, sikrer vi at dette blir et universelt tiltak. Universelle tiltak er nødvendige for å utjevne sosiale ulikheter i helse, og gir ofte størst effekt på totalbefolkningen. I tillegg vil vi med universelle tiltak også nå risikogruppene. Vi erfarer at flere familier som kan defineres som risikofamilier har utbytte av å være med i gruppene. Blant annet har vi fått tilbakemelding fra ansatte i psykisk helse og rus i kommunen at de merker god effekt av at foreldrene deltar i COS-grupper i regi av helsestasjonen (6).

Kveldskurs

Vi arrangerer også kveldskurs i COS-P. Kurset har plass til inntil 12 deltakere, og er åpent for påmel-

ding for alle foreldre, uavhengig av barnas alder. Noen deltakere rekrutteres fra helsestasjonen eller andre instanser i kommunen. To helsesøstre leder kurset. Vi har seks samlinger på kveldstid, hver samling på cirka 1,5–2 timer.

Foreløpig har vi bare arrangert to kveldskurs. Det første kurset var fulltegnet. Deltakerne fikk utdelt evalueringsskjema, og vi fikk svært gode tilbakemeldinger på kurset. Da vi forsøkte å arrangere nytt kurs noen måneder senere, fikk vi ikke nok påmeldte, slik at kurset ble avlyst. Før vi skulle arrangere kurs nå i høst, fikk vi dekning både i lokalavis og lokalradio, og dette kurset ble også fulltegnet. Det er ennå ikke ferdig, og vi har derfor ikke noen evaluering fra deltakerne. På begge kveldskursene har vi hatt deltakere der mor har deltatt på barselgruppene, og vil ha med seg far på kveldskurset. Det har vært relativt stort aldersspenn på barna til deltakerne, fra 0–16 år. Selv om kurset i utgangspunktet er utviklet for småbarnsforeldre, er det også svært relevant for foreldre med større barn.

På kveldskurset har vi mer tid til hvert kapittel, og kan fordype oss mer i materialet. Vi har heller ikke barna til stede, slik at foreldrene har mulighet til å ha oppmerksomheten rettet mot det som skjer på filmen og i samtalen. Det er derfor ganske selvstøtt at dette er mer lærerikt og gir større utbytte for foreldrene.

Andre tiltak

Det er nødvendig med relativt gode norskkunnskaper for å kunne delta i barselgruppene eller kveldskurs med COS-P, og dette gjør at noen faller utenfor tilbudet. Vi har mange fremmedspråklige i kommunen, både bosatte flyktninger og arbeidsinnvandrere, i tillegg til at vi har asylmottak med 130 plasser. Det har vært en egen COS-gruppe for arabisktalende småbarnsforeldre fra asylmottaket, som ikke kan nok norsk til å kunne delta på norskspråklig kurs. Flyktningssykepleier har ledet denne gruppa, med hjelp av arabisk tolk, og det var tre samlinger i gruppa. Vi var på forhånd klar over at kulturelle forskjeller kunne spille inn på hvordan Trygghetssirkelen ble forstått av gruppedeltakerne. Vi støtte også på noen overraskelser, som at eksempler som brukes i kursopplegget er uforståelige eller irrelevante for gruppedeltakerne. Det var selvstøtt behov for å stoppe filmen oftere for at tolken skulle få tid til

å oversette det som ble sagt av fortellerstemmen. Det viste seg at dette var vanskelig for tolken, og førte til at gjennomgangen tok enda lengre tid enn beregnet. Til tross for utfordringene knyttet til denne gruppa, tror vi at gruppedeltakerne hadde nytte av COS-P. Flyktningpsykepleier har erfart at flere av deltakerne i ettertid har snakket om det de lærte i gruppen.

Trygghetssirkelen brukes også i individuell foreldreveiledning. Noen foreldre går gjennom alle kapitlene i COS-P sammen med sin helsesøster. Dette er ressurskrevende, men vi forsøker å gi tilbud til de som av ulike grunner ikke kan delta i grupper. For andre brukes deler av opplegget eller bare selve plansjen med Trygghetssirkelen. Noen har allerede vært gjennom alle kapitlene i barselgruppene, men kan trenge veiledning i forhold til konkrete problemstillinger. Vi har også brukt trygghetssirkelen i veiledning av ansatte i barnehager og skoler, både alene og sammen med ABUP eller PP-tjenesten.

Avsluttende refleksjoner

Vi opplever at Trygghetssirkelen er et godt hjelpemiddel for å veilede foreldrene om samspill. Vi ser at den forståelsen som foreldrene opparbeider seg gjennom COS-P i barselgruppene er nyttig når de senere tar opp samspillsvansker på helsestasjonen. Da har vi allerede en felles plattform og et felles språk gjennom Trygghetssirkelen, og det er lettere å gi veiledning. Når barnets atferd er vanskelig for foreldrene å forstå og håndtere, er trygghetssirkelen et godt verktøy for å jobbe med det som ligger bak atferden i stedet for bare å forsøke å stoppe atferden.

For å få gode gruppesamlinger, ser vi at det er viktig med grundige forberedelser. Før kveldskurset settes det av god tid til forberedelse umiddelbart før gruppesamlingene. I en travel arbeidshverdag er det vanskelig å sette av tid til forberedelse rett i forkant av barselgruppene, men siden vi har disse gruppene jevnlig, er alle helsesøstrene godt kjent med stoffet som skal gjennomgås. Vi har også brukt mye tid på å gå gjennom DVD-en og manualen i fellesskap, slik at vi er samkjørte i forhold til hva vi vektlegger. Vi ser at det er en stor fordel å være to gruppeledere, særlig i grupper der deltakerne er stille. Vi får svært gode tilbakemeldinger fra foreldre på at vi bruker egne opplevelser som eksempler.

Vi ser også noen svakheter med Trygghetssirkelen og COS-P. Blant annet bruker fortellerstemmen på DVD-en fremmedord og faguttrykk, som ikke umiddelbart er forståelig for alle. Blant annet kunne uttrykk som «subtillt» og «primær» omsorgsgiver med fordel vært byttet ut med mer folkelige uttrykk. I tillegg synes vi at DVD-en ikke alltid gir foreldre hjelp til å skille mellom barnets behov og barnets ønsker.

Alt i alt er vi svært fornøyd med Trygghetssirkelen som verktøy både i helsestasjonsarbeid og

«Vi har også brukt trygghetssirkelen i veiledning av ansatte i barnehager og skoler.»

skolehelsetjeneste. Vi tror at alle foreldre og alle som jobber med barn har noe å lære av Trygghetssirkelen. Trygghetssirkelen er et konkret og nyttig hjelpemiddel til å snakke med foreldre om samspill, og gjør det lettere å få foreldrene til å reflektere over seg selv og barnet. Som hjelpere har vi inntrykk av at foreldrene opplever denne veiledningen som trygg, og ikke anklagende. I tillegg har opplæringen i COS-P gitt oss mer kunnskap om viktige aspekter ved samspill og tilknytning, noe som har medført forbedringer i observasjoner og dokumentasjon av samspill mellom barn og foreldre. Til sist – og det er også viktig – tror vi at Trygghetssirkelen har gjort oss til bedre foreldre for våre egne barn. ■

Referanser

1. Powell, Bert; Cooper, Glen; Hoffman, Kent og Marvin, Bob: Trygghetssirkelen – en tilknytningsbasert intervensjon. Gyldendal Akademisk 2015.
2. Powell, Bert; Cooper, Glen og Hoffman, Kent: COS-P Facilitator. DVD Manual 5.0. 2009. Revidert norsk versjon 2013.
3. Brandtæg, Ida; Torsteinson, Stig og Øiestad, Guro: Hva er tilknytning? Psykologforeningen 2015 (endret 15.11.2016). <http://www.psykologforeningen.no/publikum/velkommen-til-psykologhjelp/hv...> (Nedlastet 18.11.16)
4. Bråten, Beret og Sønsterudbråten, Silje: Foreldreveiledning – virker det? En kunnskapsstatus. Fafo-rapport 2016:29
5. RVTS Sør: Kompetansutviklingsprogram voksne. Storsatsing for barn og unge, Birkenes. <http://traumebevisst.no/program/trygge-voksne/> (Nedlastet 13.11.16)
6. Helseidrettsrådet: Prinsipper for tiltaksutforming. (Sist oppdatert 06.06.2016). <https://helseidrettsrådet.no/folkhelse/folkhelsearbeid-i-kommunen/veiv...> (Nedlastet 18.11.16)



Skal bli trygge i morsrollen

Aktiviteter og samtale står på programmet når Unge mødre-gruppen i Arendal treffes på helsestasjonen.

FAKTA

Av Sanna M. Witzøe,
Helsesøster, Arendal
helsestasjon

Janne Lise Bakken,
Helsesøster, Arendal
helsestasjon

Unge mødre gruppen er basert på en modell fra Silkeborg i 2003 og var i starten drevet av prosjektmidler. Etter et par år ble den innlemmet i driften ved Arendal helsestasjon. Gruppetilbudet driftes som en 20 prosent stilling som er delt på to helsesøstre med videreutdanning i sped- og småbarns psykiske helse (ved Rbup).

Vi starter opp en ny gruppe hver høst, hvor vi følger mødrene gjennom et skoleår. Det er lagt opp til treff hver andre uke fra kl 16–19. Gruppen består av 8–10 unge mødre og deres barn. Mødrene påmeldes fra jordmor, helsesøster på helsestasjon, helsestasjon for Ungdom, helsesøster i videregående skole og barnevern. Mødrenes alder er fra 16–23 år. Vi prioriterer de yngste mødrene, samt ut fra behov hvis

«De kan støtte og hjelpe hverandre.»

det er mange påmeldte. Gruppen er kun for mødre og barna (noen er gravide ved oppstart) og hovedvekten av mødrene er alene om omsorgen for barnet.

Spiser sammen

Gjennom gruppen får de mulighet til samvær og aktiviteter med andre unge mødre, og de får råd og veiledning vedrørende barns utvikling og behov. Mødrene får utveksle erfaringer med hverandre, dele sorger og gleder med noen som vet hvordan det er å være ung mor. De kan støtte og hjelpe hverandre, etablere nye vennskap, og bli mer bevisst hvordan planer for fremtiden kan realiseres.

Alle gruppetreffene er sammen med barna, foruten et treff hvert halvår hvor vi går ut og spiser på restaurant med mødrene. Et vanlig gruppetreff består av at vi møtes på helsestasjonen kl 16. To av mødrene går med en av oss til kjøkkenet hvor vi sammen lager middagsmåltid for hele gruppen. Den andre av oss er igjen med mødrene og barna ute på venterommet, hvor det er sofa og god plass til lek på gulvet. Der samtaler vi om det som opptar dem. Vi dekker langbord og spiser et godt måltid sammen. Etter måltidet samles vi alle sammen igjen ute på venterommet hvor vi har kveldens tema.

Vi journalfører i barnets journal etter hvert treff, og det blir gitt tydelig informasjon til mødrene om at dette blir gjort på lik linje med konsultasjoner ved helsestasjonen. Vi samarbeider tett med barnas helsesøstre, og vi er i kontakt med barnevernet når det er aktuelt.

Støtte og veiledning

Målsettingen er å styrke, trygge og støtte mødrene i morsrollen til barnas beste. Gi støtte og veiledning til mødrene for et godt samspill med barnet. Hjelp til en god og trygg atmosfære for barnet å vokse opp i. Mulighet til å tilegne seg dagligdagse erfaringer gjennom fellesskap, måltid, tradisjoner og aktiviteter med barna. Bevisstgjøring i forhold til fremtiden, som fullføring av VGS, hører utdanning, arbeid og økonomi.

Tema for gruppen

Bli-kjent-fasen: Vi legger vekt på god tid til denne fasen hvor mødrene skal bli kjent med hverandre og med oss helsesøstre. Vi forklarer mødrene at



for at gruppa skal bli god å være i, er det viktig at de lytter til hverandre og respekterer hverandres ulikheter. Det legges også stor vekt på at det som snakkes om i gruppen skal holdes fortrolig mellom mødrene. Det er viktig at mødrene møter hver gang, eller melder avbud hvis de er forhindret fra å møte. Vi oppfordrer dem til å bruke hverandre utenfor gruppen.

Her og nå-tema: Dette er temaer mødrene selv tar opp og ønsker en prat rundt. Dette er ofte temaer som barnas utvikling, stell, barneoppdragselgelse, påkledning, kost/spising, søvn, besteforeldres påvirkning i foreldrerollen, samvær med barnefar, konflikt i barnefordeling, ansvarsfordeling i hjemmet og fødselsopplevelse.

Samspill: Samspillsveiledning står i fokus på

SAMVÆR: Unge mødre kan ha nytte av å møte andre som er i samme situasjon. Illustrasjonsfoto: Colourbox





BABYSVØMMING: En tur i svømmehallen er moro for både mor og barn. Illustrasjonsfoto: Colourbox

hvert gruppetreff, samtidig har flere av treffene samspill som et planlagt tema hvor vi går mer i dybden. Vi ønsker at barnet utvikler en trygg tilknytning til sine mødre. Vi vektlegger sensitivitet, inntoning og det å forstå barnas signaler (Moe, Slinning, Hansen, 2010). Vi har brukt heftet «8 Tema for godt samspill» fra Bufetat som utgangspunkt for samspillsveiledningen (Hundeide 2008), samt at vi veileder ut fra Circle Of Security (Powell, Cooper, Hoffman, Marvin 2015). Nå er vi i gang med opplæring i Circle of Security Parenting, for å styrke tilbudet til unge mødre i Arendal kommune.

Nav: Det å oppmuntre mødrene til videre utdanning eller fullføring av videregående skole er svært viktig for å sikre fremtiden økonomisk for mor og barn, og for å forebygge sosiale ulikheter.

«Mange av mødrene motiveres til å ta videre utdanning.»

Ved et av gruppetreffene på høsten har vi besøk av en ansatt ved Nav for å informere mødrene om hvilke rettigheter og muligheter de har med tanke på utdanning og jobb. Det settes av tid til individuell veiledning for mødrene i tillegg til gruppeveiledning.

Prevensjon og seksuell helse: Helsesøster fra Helsestasjon for Ungdom kommer på et treff for å veilede mødrene om temaet. Hun informerer også om HFU som tilbud til mødrene.

Fysioterapeut: Vi har barnefysioterapeut tilknyttet Arendal helsestasjon med oss på et gruppetreff. Da er fokuset veiledning til mødrene i hvordan å legge til rette for å støtte barnet i den naturlige motoriske utviklingen. Det blir også gitt råd i forhold til egentrening for mødrene.

Barn og sang: Musikk og sang er viktig for barn, da musikk er et språk barnet er født med. Mødrene lærer at musikk er en kilde til glede og energi, og hvordan man kan bruke musikk på ulike måter. Vi har besøk fra Kulturskolen på et av treffene for formidling av musikk og sang til mødrene og barna.

Barn og bøker: Barn elsker å bli lest for, og lesestunder gir nærhet og trygghet. Samtidig utvikles språk, kunnskap, ferdigheter og fantasi. Derfor har vi et av treffene på Arendal bibliotek hvor vi samarbeider med bibliotekar fra barneavdelingen. Vi har med oss mat, og hygger oss sammen i bibliotekets barneavdeling.

Tradisjoner: Det er svært ulikt hvilke erfaringer og tradisjoner mødrene har med seg fra egen oppvekst. Tradisjoner gir trygghet og rammer i oppveksten, og vi ønsker å kunne formidle noen gode tradisjoner gjennom det vi gjør sammen i

gruppen. Vi markerer noen høytider og årstider, som for eksempel å bake og pynte pepperkakehjerter til jul.

Turer: Det at barn får være ute med foreldre har stor betydning. Vi ønsker at mødre blir kjent med nærområder og vil gjerne vise dem hvor bra det er for barn å være ute i naturen. Ved at vi er i naturen sammen med mødre oppmuntres de til å bruke skog og mark som lekeplass med barnet sitt. Flere av treffene på våren har vi ute på ulike barnevennlige naturområder i kommunen. Vi har en dagstur til Kristiansand Dyrepark på slutten av gruppeperioden. Denne turen ser mødre frem til og har stor glede av.

Vannglede: Bading kan være en koselig aktivitet hvor mor kan være sammen med barnet sitt på en annen måte enn ellers. Vi har mødre og barna med til Frolandia badeland, hvor det er oppvarmet

babybasseng. Dette er ofte mor og barns første møte med basseng i trygge omgivelser.

Vi opplever at unge mødre gruppe er et sted hvor mødre kan være sammen med barnet sitt på en positiv måte og få gode opplevelser. De kan prate med andre om dagligdagse utfordringer og få støtte i hverdagen. Vår erfaring er at mange av mødre fra gruppen motiveres til å ta videre utdanning. Gjennom gruppetreffene arbeider vi for at mødre skal kunne skape trygge rammer for oppveksten, til barnas beste. ■

Referanser:

Powell, Bert, Cooper, Glen, Hoffman, Kent, Marvin, Bob: Trygghets sirkelen – en tilknytningsbasert intervensjon. Gyldendal Norsk Forlag 2015

Moe, Vibeke, Slinning, Kari, Hansen, Marit Bergum: Håndbok i Sped- og småbarns psykiske helse. Gyldendal Norsk Forlag 2010

Hundeide, Karsen: Program for foreldreveiledning 8 temaer for godt samspill. Bufetat 2008

ANNONSE

MAM Manual Breast Pump

Enkel, bekvem og kan tilpasses etter behov

ROTERTBAR TRAGT

Kan vinkles og roteres 360°, hvilket gjør det mulig å pumpe ud fra alle mælkekirterne, så risikoen for brystbetændelse mindskes. De indbyggede puder giver en bekvem følelse og gør, at tragtten fæstner bedre på brystet.

KUN 4 DELE



REGULERBAR PUMPESTYRKE

Det er nemt at indstille styrken på pumpen fra svag til kraftig, hvilket gør det lettere at finde en bekvem måde at pumpe på.

PUMPEHÅNDTAG

Det ergonomiske håndtag sikrer et fast og godt greb.

Bestill en brystpumpe til fremvisning kostnadsfritt på bvc@bambino-mam.se



Har du spørsmål er du velkommen til å ringe til vår sykepleier Evelina Rosén på telefon +46 8 545 180 70



mambaby.com



Brystpumpen fås hos utvalgte apotek og barneutstyrbutikker



Barns seksuelle utvikling

Ved 2- og 4-års konsultasjonen er barns naturlige seksuelle utvikling et tema. Helsestasjonen skal gi veiledning, slik at foresatte har nok kunnskap til å kunne snakke med barna om kropp, kjønn og seksualitet, trygghet og grenser.

FAKTA

Av Jorunn Eikeland Olsen, helsesøster og sexologisk rådgiver, Birkenes kommune

De foresatte er viktige for å hjelpe barn til å få en sunn og trygg seksualitet. Grunnlaget for utvikling av seksuell selvrådere, mestring og glede legges tidlig i barneårene (Træen 2007).

I nasjonal faglig retningslinje presiseres det at foresatte bør oppmuntres til å snakke med barnet om kropp, identitet og seksuell utvikling gjennom hele barnets oppvekst. Kunnskap om, og et positivt forhold til egen kropp og seksualitet er viktig for seksuell glede, for å utvikle en trygg seksuell identitet og sikrer seksuelle handlingsmønstre som voksne. Dersom barnets foresatte reagerer negativt på det barnet opplever som gode følelser knyttet til egen kropp, vil barnet kunne tolke gode seksuelle følelser som noe negativt når de dukker opp (Vidalen og Langfeldt, 2014). Dette er noe av bakgrunnen for at seksualitet skal tas opp som eget tema på 2- og 4 års konsultasjon på helsestasjonen.

Psykolog og sexolog Thore Langfeldt skriver i boka «Barn og seksualitet» at barneårene har stor betydning for hvordan vi kommer til å fungere seksuelt, og at vi tidlig lærer hvordan vi skal forholde oss til kroppskontakt og berøring.

Barns seksualitet

Barns seksualitet kan ikke sammenliknes med voksen seksualitet. Barns seksualitet er preget av nysgjerrighet og utforskning.

Barn begynner tidlig å utforske egen kropp. Selv små barn under ett år kan oppnå orgasme selv om dette ikke forekommer ofte. Det er helt vanlig at barn onanerer, og cirka 90 prosent av alle barn gjør dette. Om lag 5–10 prosent oppnår orgasme. Når barn blir litt større, kan de lære onani av andre barn, og det er ikke uvanlig at de onanerer sammen også. Noen foreldre kontakter av og til helsestasjonen hvis de har bekymringer for om dette er normal atferd hos barna deres.

Det som er viktig å formidle ovenfor foreldrene da er at dette er normal atferd blant barn. Videre må vi som helsesøstre snakke med de foresatte om viktigheten av at de som foreldre anerkjenner barna i deres utforskning.

Fra barna er 3–4 år er det vanlig at de kan leke seksuelle leker sammen. Denne leken er også basert på nysgjerrighet og utforskning. Og den kan ikke sammenliknes med hvordan voksne er seksuelle sammen. «Doktor leken» eller «mor, far og barn» er gode eksempler på hvordan barn leker seksuelle leker sammen. I denne alderen begynner barn gjerne å bli opptatt av at de ser forskjellige ut, og kan fryde seg stort over å oppdage hverandres kjønnsorganer. De seksuelle lekene er stort sett sunne og de er med på å gjøre barnet mer kompetent i forhold til å respektere grenser.

Barn liker helst å få leke seksuelle leker uten innblanding av voksne. Dette bør stort sett respekteres av de voksne, men slik jeg ser det kan det være klokt å følge litt diskret med dersom du oppdager at barna leker denne type lek. Hvis man oppdager dem, og det er en uskyldig seksuell lek, er det viktig å anerkjenne det de gjør og ikke kjeft på dem eller gjøre dem skamfulle eller flau. Skamfølelse og skyldfølelse omkring seksualitet som man får tidlig i barneårene kan være vanskelig å bli kvitt selv om man blir voksen. I noen få tilfeller vil det være riktig å stoppe den seksuelle leken, for eksempel dersom det virker som barn blir presset til å være med på leken eller når maktfordelingen blir skjev mellom barna. Noen barn kan leke ut seksuelle overgrep de selv har blitt utsatt for på andre barn. Man vet at cirka 30 prosent av seksuelle overgrep blir utført av andre barn/unge.

Hvordan ta opp temaet?

På 2-års konsultasjon bør vi informere foreldrene om at det er normalt at barn utforsker kroppen



VIKTIG FUNDAMENT: Grunnlaget for utvikling av seksuell selvråderett, mestring og glede legges tidlig i barneårene. Illustrasjonsfoto: Colourbox

sin, og at det er del av en sunn og normal utvikling. Vi kan også oppfordre de foresatte til å sette ord på, og snakke med barna om hele kroppen, også kjønnsorganene. De foresatte bør bruke naturlige anledninger til å ta opp temaet. Det er også viktig å ta opp med foreldrene at de må respektere barnets grenser ved for eksempel å ikke tvinge dem til å gi klemmer eller å sitte på fanget til andre dersom barnet gir uttrykk for at de ikke ønsker dette.

Som foreldre er det viktig å anerkjenne at barna bestemmer over egen kropp og senere også gjøre dem bevisste på dette. Dette er et tema som bør bli utdypet mer på 4-års konsultasjon.

På 4-års konsultasjon bør vi gjenta at barna er nysgjerrige på og utforsker både sin egen og andres kropp, og at dette er sunt og normalt. Det

er også viktig å snakke med de foresatte om at de bør tenke gjennom hva de skal svare når barna eventuelt spør om temaer som har med kropp

«Barneårene har stor betydning for hvordan vi kommer til å fungere seksuelt.»

og seksualitet å gjøre. Barna trenger gode svar uten bortforklaringer. Det finnes flere bøker om temaet, og disse kan anbefales for å få en god samtale rundt seksualitet. Samtalen med barn bør bestå av lette ord, som gjør temaet forståelig for dem. Dersom barna ikke spør, bør de foresatte





ÅPEN KOMMUNIKASJON: Unge er best rustet til å bestemme over sin egen seksualitet dersom foreldre har kunnet kommunisere åpent med dem gjennom oppveksten. Illustrasjonsfoto: Colourbox

oppfordres til å finne naturlige anledninger til å ta opp teamet kropp og seksualitet med dem, for eksempel når barnet bader eller steller seg. Videre

«Barna trenger gode svar uten bortforklaringer.»

i konsultasjonen bør helsesøster informere om seksuell lek for de foresatte. Temaer som kjønn, mangfold og seksuell orientering blir også en del av denne konsultasjonen. Helsesøster bør gi råd om hvordan slike temaer bør omtales overfor barnet.

Brosjyrer til konsultasjon

Brosjyrer kan være et godt hjelpemiddel når vi skal ta opp temaet seksualitet i forhold til mindre barn. Ofte er det bare en av de foresatte som følger barnet til helsestasjonen, så da kan en brosjyre bidra til å gjøre det lettere å snakke om barnets seksuelle utvikling når de kommer hjem.

Avslutning

Helsedirektoratet sier at grunnlaget for seksuell glede, mestring og trygg identitet legges tidlig i barndommen, og at unge er best rustet til å bestemme over sin egen seksualitet dersom foreldre har kunnet kommunisere åpent med dem gjennom oppveksten. Direktoratet sier videre at foreldre kan ha behov for støtte og veiledning i en slik kommunikasjon (veivisere i lokale folkehelseiltak, Helsedirektoratet.no). Barn som opplever at foreldrene anerkjenner og dem og snakker med dem om kropp og seksualitet vil ha bedre forutsetninger for god helse som ungdom og voksne. ■

Referanser

- Langfeldt, Thore: «Barns seksualitet», 2000
- Stevnhøj, Anna Louise: «Børn og seksualitet», 2011
- Skarpsno, Hanne E.: «Barn, seksualitet, utfordringer i barnehagen» 2013
- Aasland, Margrete Wiede: «Si det til noen», 2009
- Helsedirektoratet: «Høringsutkastet til nasjonal faglig retningslinje for det helsefremmende og forebyggende arbeidet i helsestasjon, skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom»



HELSEØSTER KONGRESSEN

HELSEØSTERS ROLLE
i samhandlingens tid

LILLESTRØM
19. - 21. september 2017



LANDSGRUPPEN AV
HELSEØSTRE NSF

www.nsf.no/helsesostre





Nye filmer om motorisk utvikling

Gode verktøy til bruk i helsestasjon i det forebyggende og helsefremmende arbeidet med motorisk utvikling har vært savnet og etterspurt. Nå er det utviklet to aktuelle filmer som er tilgjengelig for bruk.

FAKTA

Av Astrid S. Littland,
Høgskulen på Vestlandet

Astrid S. Realfsen,
Bergen kommune

Annlaug Hammerland,
Bergen kommune

Karen Klepsvik,
Høgskulen på Vestlandet

Ingrid Leversen,
Nasjonalt senter for mat,
helse og fysisk aktivitet,
Høgskulen på Vestlandet

Den motoriske utviklingen starter fra barnet er født. Sansene mottar signaler og hjernen tar imot og prøver å håndtere informasjonen. Barnet trenger hjelp til å forstå og til å tolke verden – samspillet er i gang. Det er svært mye som skjer fra barnet er nyfødt og til det reiser seg opp for å gå. For at en god motorisk utvikling skal finne sted må både kropp og hjerne stimuleres. Foreldre kan være usikre på hva de kan forvente og hvordan de på best mulig måte kan støtte sitt barn til en god bevegelsesutvikling (Steine, 2010). På helsestasjonen er motorisk utvikling et tema gjennom alle konsultasjoner (Sosial og helsedirektoratet, 2004).

Motorisk utvikling 0–15 måneder

Filmen om motorisk utvikling i barnets første leveår ble utarbeidet til undervisningsformål for barnehagelærerstudenter ved Høgskolen i Bergen. Filmen blir også brukt av studenter på master i klinisk sykepleie, spesialisering helsesøster, og det ble klart at filmen med litt bearbeidelse, var godt egnet til bruk for foreldre på helsestasjonen. Vanskelige faguttrykk er nå tatt bort og det er lagt på kommentarer slik at filmen kan brukes i det helsefremmende og forebyggende arbeid på helsestasjonen.

Gjennom 18 minutter følger vi Marius og Tomine sin motoriske utvikling steg for steg, fra de er fem dager gamle til de er 15 måneder. Her får man informasjon om hva som er viktig på de ulike alders-

trinnene for å legge til rette for optimal motorisk utvikling.

Filmen er delt inn i fire sekvenser tilpasset alder og utvikling på barnet. Filmen kan ses i sin helhet eller sekvenser. Sekvensene er: 0–3 måneder, 3–5 måneder, 5–9 måneder og 10–15 måneder. Filmen er oversatt til somali, arabisk og engelsk og er tekstat på norsk og engelsk.

Eksempel på praktisk bruk

Under hjemmebesøk til familien eller ved første konsultasjon på helsestasjon kan foreldre gjøres oppmerksom på filmen i tilknytning til aktuelt tema. Helsesøster kan formidle nettadressen og oppfordre begge foreldre til å se den første sekvensen 0–3 måneder sammen. Under konsultasjon ved 2–4 uker, kan helsesøster etterspørre om de har sett sekvensen 0–3 måneder. Dersom foreldrene ikke har det, kan helsesøster oppfordre til dette, eventuelt kan sekvensen ses sammen på helsestasjonen. Under konsultasjon ved 4 måneder kan helsesøster vise de to neste sekvensene (3–5 måneder og 5–9 måneder). Siste sekvens 10–15 måneder kan vises ved 10 måneders konsultasjonen.

Når filmen skal brukes under konsultasjonene er det viktig at aktuell sekvens er lastet opp og ligger klar på verktøylinjen på datamaskinen, det er da enkelt å vise hele eller deler av en aktuell sekvens.

Helsesøstre som bruker filmen på helsestasjonen opplever at foreldrene ser filmen når de får nettadressen

**0 TIL 15 MÅNE-
DER:** Tomine og
Marius utforsker
hver sin leke. Foto:
Brian Holmedal



1 TIL 6 ÅR: Barn
fra Tveitevannet
barnehage som
leker i en venn-
skapsdisse. Foto:
Brian Holmedal



MOTORISK UTVIKLING:
For at en god motorisk utvik-
ling skal finne sted må både
kropp og hjerne stimuleres.
Illustrasjonsfoto: Colourbox



på hjemmebesøk. Filmen er oversiktlig og lett å bruke. Den blir svært godt mottatt av foreldre, og helsesøstrene erfarer at de ikke bruker mer tid ved å vise filmen enn når de kun informerer om motorisk utvikling.

Filmen kan lastes ned gratis her: <http://mhfa.no/ressurser/barns-motoriske-utvikling-0-15-maaneder/>

Motorisk utvikling 1–6 år

Denne filmen tar for seg den videre motoriske utvik-

lingen etter barnets første leveår og gir en innføring i motorisk læring og utvikling hos barn fra 1–6 år. Den viser utviklingen av de grunnleggende motoriske ferdighetene som å gå, løpe, hoppe, kaste, klatre og hinke. Den legger også vekt på de koordinative egenskapene. I filmen ser vi barn fra Tveitevannet barnehage i Bergen. Naturen er rammen og filmen viser og forteller hvor bra naturen er for motorisk læring og utvikling hos barn.





MESTRING OG KOMPETANSE: Familier med minoritetsbakgrunn trenger ofte ekstra informasjon og veiledning om hvordan de kan stimulere barna til god motorisk utvikling. Illustrasjonsfoto: Colourbox

I dag går ni av ti barn i Norge mellom 1 og 5 år i barnehage. Over 90 prosent av disse barna har heltidsplass og tilbringer nærmere 40 timer i uken der (Utdanningsdirektoratet, 2016). Helsestasjonen følger fortsatt med på barnets utvikling, men gjennom mindre hyppige konsultasjoner enn ved første leveår. Barnehagen blir derfor særlig sentral i arbeidet med å følge barnets utvikling og stimulere til god motorisk utvikling og læring i denne perioden (Rammeplan for barnehagen, 2006).

Barnehagene har et nært samarbeid med familien, og helsesøster kjenner som oftest familiene

«Grovmotoriske ferdigheter er svært viktig for mestring.»

godt gjennom hyppig kontakt første leveår. Helsestøstres kompetanse om normal utvikling og vekst, og kjennskap til det enkelte barn og familie er viktig i møte med foreldre som kan få nødvendig tilpasset informasjon og veiledning på helsestasjonen. Samarbeid med barnehagen blir derfor viktig for å sikre en god oppfølging der dette er nødvendig.

Filmen om motorisk utvikling 1–6 år kan brukes som en informasjonsfilm til foreldre i forbindelse med konsultasjoner på helsestasjonen. Helsestøster kan formidle nettadressen til foreldrene. Gjennom å

se filmen kan foreldre lære mer om barns motoriske utvikling og hvordan de selv kan være med på å stimulere til motorisk læring hos sine barn.

Filmen kan lastes ned gratis her: <http://mhfa.no/ressurser/barns-motoriske-utvikling-1-6-ar/>

Ved kartlegging av motoriske ferdigheter på 4 års konsultasjonen vil helsesøster kunne oppdage de barna som er noe klossete grovmotorisk og de stille barna som ikke på eget initiativ løper og klatrer. Familier med minoritetsbakgrunn trenger også ofte ekstra informasjon og veiledning om hvordan de kan stimulere barna til god motorisk utvikling. Grovmotoriske ferdigheter er svært viktig for mestring og sosial kompetanse i alderen fram mot skolestart.

Helsestøstre kan her samarbeide med barnehagene om tilrettelegging for økt stimulering. Da kan filmen være et godt verktøy både som informasjonsfilm til alle foreldre og som utgangspunkt for økt stimulering til barn som trenger noe ekstra. ■

Referanser

Kunnskapsdepartementet (2006). Rammeplan for barnehagens innhold og oppgaver Steine, A. (2010). Jeg er meg – du er deg: barns motoriske og sansemotoriske utvikling 0–2 år. Bergen, Fagbokforlaget Sosial og helsedirektoratet (2004).

Kommunenes helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjon og skolehelsetjenesten. Veileder til forskrift av 3. april 2003 nr. 450 Utdanningsdirektoratet (2016). Barnehagespeilet. Tall og analyse av barnehager i Norge.

59.000

følgere kan ikke ta feil.
Følg oss på Facebook du også!



facebook.com/Sykepleien

Flere og flere følger Sykepleien på Facebook og bidrar med sine erfaringer, deler og liker. Vi er veldig glade for engasjementet – det bidrar til godt innhold. I tillegg får vi enda mer fingeren på pulsen i redaksjonen.

Følg oss du også om du ikke allerede gjør det!

Hilsen Sykepleien

Sykepleien





SVENSK BISTAND: Svenska Norges-hjælpen var svensk frivillig hjelp til det tyskokkuperte Norge under 2. verdens-krig. Rundt 800 lokale komiteer i Sverige samlet inn penger, mat og klær til Norge i årene 1942 og helt frem til 1946. Frem til frigjøringen i mai 1945 hadde våre nordiske naboer sendt oss om lag 65 tusen tonn mat. Hjelpen gikk i hovedsak til skolebarn og eldre. Svenska Norges-hjælpen sørget også for at det ble foretatt helsekontroller av norske skolebarn, som det fremkommer av bildet. Det er anslått at den svenske bistanden, under krigen, utgjorde rundt 72 millioner svenske kroner. Omregnet til dagens verdi tilsvarer dette 2,5 milliarder kroner. En fun fact i denne forbindelsen er at Voksenåsen hotell- og konferansesenter i Oslo er Norges nasjonalgave til Sverige for den uvurderlige hjelpen vi fikk under krigen.

Kilde: Wikipedia/Voksenåsen



Dugnad mot ulykker



Risikorydding er en kampanje som gir råd om hvordan man kan forebygge at barn skader seg, både hjemme og ute. Voksne oppfordres til dugnad.

Tekst **Karoline Sandvold**, Kommunikasjonsmedarbeider Skadeforebyggende forum

Hvert år må 550 000 nordmenn ha behandling som følge av en skade etter en ulykke, og 120 000 av disse er barn. Rundt 7500 barn i alderen 0–15 år legges hvert år inn på sykehus på grunn av personskader. De som er mest utsatt er barn i alderen 1–3 år – og dem over ni år. Vi har ingen liv å miste, så med kampanjen Risikorydding gjør vi noe med det: Ved å informere om potensielle farer kan vi unngå skader i og rundt boligen, og i nærmiljøet – der de fleste ulykkene skjer – slik at liv og helse kan spares.

Personskader bidrar til helsekøer, de medfører store offentlige utgifter og de

«La oss skape et tryggere Norge – sammen!»

FAKTA

På nett

Kampanjen Risikorydding kan du følge på Facebook (@Risikorydding) og få tips om en tryggere hverdag. Sjekklistene og informasjon finnes på www.risikorydding.no

forårsaker mye personlig lidelse. For den enkelte kan dette innebære kortvarig smerte og ubehag til langvarig lidelse og varig mén – og i verste fall tap av liv. For vi skader oss hele tiden, uansett hvilken alder vi er i. For barn er fallulykker hovedårsaken til mange skader, der brudd- og hodeskader kan være noen av følgene. Barn er også spesielt utsatt for skåldingskader fra varme drikker og kokende innhold fra kjeler og varmeovner.

– Omtrent 2000 mennesker mister livet i ulykker hvert år. Ulykker må tas på alvor, for de påvirker ikke bare den skadde. De rammer også pårørende som må legge til rette for pleie og oppfølging, eller som i verste fall mister et kjært familiemedlem, sier Eva J. Vaagland fra Skadeforebyggende forum som står bak kampanjen Risikorydding.

Kan gjøre Norge tryggere

Gjennom Risikorydding ønsker vi at borettslag, idrettslag, skoler, barnehager, familier og venner skal danne dugnader og gjøre hjemmet sitt, nabolaget, byen eller kommunen tryggere – sammen. På nettsiden, www.risikorydding.no, vises det hvordan en dugnad kan utføres, helt fra prosessen starter med planlegging til mobilisering av frivillige og utførelse. Det gis tips om hva

man bør være oppmerksom på – enten det er i hjemmet eller andre steder som i langrennssporet, på sykkel eller i fjellet. Med disse sjekklistene gis det en idé om hva man bør være observant på i de ulike områdene. Brosjyrer som beskriver dugnadsprosessen, fargerike plakater, fargeleggingsark og postkort kan bestilles av Skadeforebyggende forum.

Bevisstgjøring om hvilke risikoforhold som oftest finnes – og oftest fører til ulykkesskader – er et sentralt element i kampanjen. Kunnskap om farer og forebygging er samlet på www.risikorydding.no.

Barn er utsatt

Ulykkesskader rammer alle befolkningsgrupper og aldersgrupper, men en av de mest utsatte aldersgruppene er barn og unge voksne. Samtidig ser vi stadig nye aktiviteter og produkter som er produsert for barn, som medfører risiko. Bruk av trampoliner, ståhjulinger, hoverboards er eksempler på aktiviteter som ofte fører til mange skader etter fall og sammenstøt.

– Barn skal kunne få leve i trygge omgivelser, men skal ikke overbeskyttes. Mestring er en vesentlig del av oppveksten – og av forebyggingen, sier Eva J. Vaagland. Hun forteller videre at barn selvfølgelig skal hoppe på trampo-

«Vi har ingen liv å miste.»

liner, men det er viktig at det blir satt regler for bruk slik at alvorlige ulykker unngås.

Kartlegge risikoer

Barn har et høyt aktivitetsnivå som gjør dem utsatt for skader og ulykker. De bruker store deler av dagen sin i barnehage og på skole, men det er i hjemmet det er størst risiko for skader og ulykker. Det er viktig at barn får lov til å tøyte grenser og utfordre seg selv, men mange har ikke evnen til å tenke konsekvenser, og derfor må vi voksne holde øye med dem og følge med der vi kan.

– Ulykker kan skje når og hvor som helst – og ofte når vi ikke forventer det. Vi skal ikke slutte å leve, men det gjelder å være oppmerksom på omgivelsene rundt oss i hverdagen og ikke ta unødvendige sjanser, sier Eva J. Vaagland.

Dessverre kan ikke alle ulykker unngås, men de fleste kan forebygges. Det er vårt mål med Risikorydding. Så la oss skape et tryggere Norge – sammen!

Kampanjen Risikorydding er grunnfinansiert av Gjensidigestiftelsen. ■

RISIKORYDDING.NO

FORGIFTNING SKADER MANGE!

- Oppbevarer du medisin trygt – også på badet?
- Oppbevarer du parfymeprodukter utenfor barns rekkevidde?
- Oppbevarer du rengjøringsmidler utenfor barns rekkevidde?

550 000 mennesker må ha behandling for skader hvert år. De fleste skadene kan unngås.

RYDD OPP, REDD LIV!

RISIKORYDDING.NO

PASS OPP FOR SKÅLDING!

- Har du barnesikret komfyren og stekeovnen?
- Sørger du for å aldri bære eller holde barn og varme ting samtidig?
- Passer du på å slå av alle plater og apparater når du er ferdig?

550 000 mennesker må ha behandling for skader hvert år. De fleste skadene kan unngås.

RYDD OPP, REDD LIV!

BLIKKFANG: Plakater med nyttig informasjon skal minne folk på at de må gjøre det trygt for barn å ferdes på stedet. Plakatene er gitt ut av Skadeforebyggende forum.



Unikt tilbud til aleneforeldre

Kristiansand folkehøyskole er den eneste folkehøyskolen i landet med en egen linje til dem som har barn. «Barn og oppvekst» er skreddersydd for aleneforeldre.

Tekst **Lene Maritha Fredriksen**, faglærer barn og oppvekst, Kristiansand folkehøyskole

Ved Kristiansand folkehøyskole bor foreldre og barn i tilrettelagte leiligheter, og barna er i barnehage mens foreldre får undervisning på dagtid. Ett av målene med linjen er å trygge elevene i foreldrerollen.

– Vi legger derfor stor vekt på foreldreveiledning, sier Gudrun Thomassen som er linjeleder.

Et livsforvandlerende år

Linjen har vært i drift i ett år, og vi ser at det har gitt mye til foreldrene. Samtidig har det vært noe vanskelig å rekruttere denne gruppen. Vi forstår at det er mer omfattende å flytte med små barn. Mange er i NAVs støtteordninger og videre støtte blir derfor et viktig spørsmål. Vi er avhengig av å ha det offentlige med på laget – at de ser verdien av dette året. At det gagnar både barnet og foreldrenes fremtid. Det er viktig at de forstår at dette ikke er et «kose-år», men at det er strategisk arbeid for å styrke denne gruppen. Vi ser at dette skoleåret nettopp er det startskuddet mange trenger for å tenke fremover med hensyn til å fortsette skolegang. Det å sette seg mål for fremtiden og begynne vandringen mot dette er viktig.

Variert undervisning

Tilbudet omfatter undervisning om barns utvikling, hva som påvirker oss i

foreldrerollen, barnets behov i forhold til omsorg og utvikling, grensesetting, samspill samt individuell veiledning. Vi har COS-kurs, besøker ulike instanser som jobber med barn, samt tilbyr praksis i barnehage, leirsted og lignende. Lærerne på linja har både pedagogisk og helsefaglig kompetanse.

I tillegg er det viktig å ha fokus på livet som skal leves, på framtidstro og motivasjon til å komme inn i yrkeslivet. Vi har tema om økonomistyring samt karriereveiledning via karrieresenteret i Kristiansand, og vi hjelper dem videre med søkeprosessen. Elevene som fullfører et folkehøgskoleår får dessuten to

«Reflekterte foreldre som har det godt med seg selv, vil komme barna til gode.»

tilleggs poeng som kan være greit å ta med seg videre.

Vekst og utvikling

Et folkehøgskoleår handler i stor grad

om å vokse som menneske. Både fellesfag og linjefag handler mye om refleksjon over store spørsmål.

I tillegg har elevene tilbud om ulike valgfag. Disse elevene har samme mulighet til å velge fag hvor de kan utvikle seg selv, sprengre grenser og erfare skjulte sider, slik seg hør og bør på en folkehøyskole. Reflekterte foreldre som har det godt med seg selv, vil komme barna til gode.

Valgfagene spenner i alt fra hverdagspsykologi, friluftsliv, travridning, båtførerprøve, jakt, strikking, massasje, ulike treningstilbud, studietid for dem som vil ta opp fag, til musikk, kreativt arbeid, prosjektarbeid, droneflyving og mye mer.

Mange aktiviteter

Skolen holder til i naturskjønne omgivelser på Dvergsnestangen, med både lekeplass, gymsal og eget spa med boblebad som kan benyttes av elevene.

Vi har et mangfold av aktiviteter og valgfag samt at vi drar på turer både i Norge og utlandet. Barna er med på fellestur til Danmark og fjelltur til Hovden. I tillegg har vi egen linjetur til Gran Canaria, hvor barna selvsagt også er med, samt flere mindre utflukter med seilbåten Grace, padleturer og utflukter til omkringliggende øyer.



PÅ LEKEPLASSEN: Skolen strekker seg langt for å tilrettelegge for både undervisninger og foreldreskap. De er opptatt av at barna skal være mest mulig sammen med sin forelder. Foto: Alf Jørgen Dovland

Skolens drives under Frikirkens verdigrunnlag, og dens visjon er å gi elevene «framtid og håp». Fellesfaget, med samme navn, har påfølgende gruppesamling for å gi elevene rom for å reflektere rundt livets store spørsmål: Hvem er jeg? Hvem vil jeg være? Vi ønsker å stimulere til refleksjon og bevissthet i forhold til valgene vi tar som også påvirker dem rundt oss, ikke minst barna.

Ulike tro og livssyn

Vi har gode veiledere knyttet til skolen, og elever som ønsker individuelle samtaler får tilbud om dette. Alt er gratis og innenfor skoletilbudet.

Vi ønsker å bidra til gode holdninger både som medmenneske, som samfunnsborger og ikke minst i foreldrerollen. Målet er at elevene skal få

et positivt syn på seg selv, fremtiden og sin egen rolle i felleskapet. Vi har stort fokus på nestekjærlighet, bistand

« Dette skal være et ordentlig folkehøgskoleår for aleneforeldrene. »

og bærekraft. Mange av prosjektene våre er i samarbeid med Strømme-stiftelsen.


Elevmassen representerer ulike tro og livssyn. Men alle er innforstått med verdigrunnlaget som ligger til grunn for skolen. Vi har en klar rusfri profil,

noe som er bra når man skal ha barn på området.

Solid start

Rektor Tor Inge Askeland forteller at oppstarten av både skolen og linja har vært en spennende reise. Han tror barna har det veldig bra her, men legger likevel ikke skjul på at det krever mer logistikk å planlegge med barn som en del av elevflokk.

– Alle fellesturer vi har hatt sammen som skole har gått veldig bra og det har definitivt vært en positiv miljøfaktor å ha barn her, sier han.

Vi legger vekt på at dette skal være et ordentlig folkehøgskoleår for aleneforeldrene som kommer og jeg tror det bare er sunt for dem å reise et stykke hjemmefra for å begynne her. Vårt 



NATURSKJØNNE OMGIVELSER: Skolen holder til på Dvergsnestangen med både lekeplass, gymsal og et eget spa med boblebad. Foto: Alf Jørgen Dovland

ønske er at de skal komme inn i et nytt miljø og samtidig vokse som foreldre, sier rektoren.

Har plass til flere

I år har skolen tre barn, deriblant en baby. Men det er ingen problem. Vi strekker oss langt i å tilrettelegge for både undervisning og foreldreskap. Vi er opptatt av barns beste så dette barnet skal være mest mulig sammen med sin mor. Vi har byttet ut barnehage med en trygg og god dagmamma til timer der det er vanskelig å ha babyen med i undervisningen. Ellers legger vi inn aktiviteter som babysang, åpen barnehage og mor har gjerne med en stipendiat dersom valgfaget krever det. Vi er fagpersoner, som ser hvert enkelt behov. Personalet har både bakgrunn fra barnehage, syke-

pleie, familierapi og rådgivning. Og vi er vant til å observere og tilrettelegge.

Også barna ser ut til å trives. De er populære blant de andre elevene på skolen og får masse oppmerksomhet. Fjorårets barn smiler bredt når de kommer ned i spisesalen på besøk. Det er tydelig å se at dette har vært et år som har gitt dem gode minner.

Skape gode minner

Vi håper etter hvert at det skal komme flere søkere til denne linja, men ser at vi har et arbeid å gjøre i forhold til å gjøre tilbudet kjent. Denne brukergruppa vurderer neppe dette som et alternativ, og er ikke på nettsidene våre.

Vi tror at et slikt år kan både gi gode minner og være en opplevelse, men at det også har en livsforvandlerende og lang-



SPENNENDE OG KREVENDE: Rektor Tor Inge Askeland forteller at det krever mer logistikk å planlegge med barn som en del av elevflokket. Foto: Alf Jørgen Dovland



LINJELEDER: Gudrun Thomassen er ansvarlig for linjen barn og oppvekst ved Kristiansand folkehøgskole. Foto: Alf Jørgen Dovland

tidsvirkende effekt. Langtidsvirkende ved at man får et bedre utgangspunkt. Kan vi trygge en forelder, så vet vi at det kommer neste generasjon til gode. Det er meningsfullt.

Selvtillit som mor

Sofie Solstad Skjølberg angreir overhodet ikke over at hun tok med sønnen og flyttet til Kristiansand folkehøgskole for et år. Hun forteller at hun har vokst mye dette året. Og hun har fått mye selvtillit, både som mor og som person.

– Det har vært nytt og spennende både for meg og Arne Kornelius, men også veldig gøy. Jeg føler jeg har fått være med på alt, pluss litt ekstra legger hun til. ■

For mer informasjon se www.kristiansand.fhs.no



Honorar på
500 kroner!

Vil du være stemmen fra praksis?

Sykepleien Forskning trenger sykepleiere som kan kommentere forskningsartikler fra praksisfeltet. Kommentarene skal være korte og handle om hvordan innholdet i artikkelen har klinisk relevans. Hvis du vil bidra, får du god hjelp og veiledning underveis. Slike praksiskommentarer er populære og viktige, både for forfatterne og sykepleiere i praksis.

Som takk for hjelpen får du kr 500,-.

Send e-post til oss i dag så tar vi kontakt med deg: forskning@sykepleien.no



Barn som pårørende

«Utsikten» er en samtale- og aktivitetsgruppe for barn og foreldre. Her møtes foreldre som strever med rus eller psykiske problemer.

FAKTA

Av Elisabeth G. Hopstock,
helsesøster ved Arendal
helsestasjon

Liv Karin Engebretsen,
pedagog

Utsikten er en barne- og foreldregruppe i regi av Forebyggende tjeneste for barn, unge og familier, Helsestasjonen og Psykisk helse og rustjenesten for voksne i Arendal kommune. Tilbudet er for familier der en eller begge foreldrene har eller har hatt psykiske vansker, et problematisk forhold til rus eller utøvelse av vold. Utsikten, som er navnet til gruppen, ble til i samarbeid med barna da vi tidligere hadde gruppen i lokaler med en fantastisk utsikt over byfjorden i Arendal. De tre tjenestene deler utgiftene mellom seg, cirka 7000 kroner per gruppeforløp.

Bakgrunn

Forskning viser at barn har det vanskelig når foreldrene strever. Mange opplever at det hjelper å komme sammen med andre som sliter med noe av det samme, for å utveksle erfaringer og oppleve at de ikke er alene om å ha utfordringer. Voksne kan tro at barna ikke merker noe, men forskning viser

når livsbelastningene er store, men viser også at det skjer lite i relasjonen mellom foreldre og barn når barna går i gruppe. Vi har derfor invitert til barne- og foreldregruppe slik at begge får den samme informasjonen og opplevelsen. Utsikten har åtte ukentlige samlinger à to timers varighet. Det er ikke terapigruppe, men en blanding av samtale- og aktivitetsgruppe.

Målsetting for tiltaket er å hjelpe foreldre og barn til å komme i gang med å snakke om det som er utfordrende i deres familie. Deltakerne skal få styrket identitet, mestringsfølelse og selvfølelse. Barna får tilpasset informasjon og kunnskap om psykisk sykdom og rus, og om hjelp som finnes.

Temaer for barn og foreldre

- Bli kjent, blant annet tegne nettverkskart med barn og foreldre sammen.
- Psykisk sykdom og helse, hva er det? Bidra til å bryte ned tabuer rundt det å være psykisk syk. Barna får kunnskap om det å være psykisk syk, og det å være barn når mor eller far strever psykisk, har et problematisk forhold til rus eller utøver vold.
- Hjernes fungering og toleransevinduet. Traumebevisst omsorg.
- Følelser når mor eller far har utfordringer: Hva gjør det med meg? (Sinne, redsel, skam, håp, skuffelse og så videre.)
- Hva som er «gode nok» foreldre. Snakke om hva som er viktig oppvekstvilkår for at barn sikres god utvikling på alle måter.
- Hvordan er jeg utenpå og inni?
- Mentalisering – at foreldre ser sine barn innenifra og seg selv utenifra.
- Psykologisk førstehjelp.
- Hvordan og hvor kan jeg få hjelp når jeg har det

«Deltakerne skal få styrket identitet, mestringsfølelse og selvfølelse.»

at barna har sine bekymringer og forestillinger. Jo mindre barn og unge vet, dess lettere har de for å fylle tomrommet med fantasier hvor de lett kan gi seg selv skylden.

Vi begynte med et tilbud kun til barn i 2004, og har siden 2008 utviklet og gjennomført et gruppetilbud til både barn og foreldrene deres for å styrke barna til en god utvikling. Forskning viser at det er bra for barn å gå i barnegrupper



vanskelig? Dele erfaringer og tanker med andre barn og foreldre i samme situasjon.

- Gi barna gode opplevelser i barnegruppen og i fellesgruppen med foreldrene.
- Alle har rett til å ha det gøy!
- Avslutning med oppsummering og evaluering, samt underholdning fra barna. Utdeling av diplom og bilde.

Organisering

Informasjon om gruppen sendes ut til samarbeidspartnere i kommunen og spesialisthelsetjenesten. Gruppeledere er Inger Marie Espeland, Anne Tveito, Elisabeth Grimmert Hopstock og Liv Karin Engebretsen.

Vi har samtaler med hver familie før vi starter opp med gruppesamlinger, såkalt forsamtaler. Programmet legges opp etter den alderen barna har i gruppen. Vi har hatt flest grupper med barn i alderen 4.–7. klasse men vi har også hatt 1.–3. klasse og ungdommer i ungdomsskole-alder.

Vi har én utflukt med ulike aktiviteter. De øvrige samlingene er temasamlinger. Vi bruker noen formingsaktiviteter for å understreke og jobbe med temaene. Samlingene er på Arendal helsestasjon. Oppmøte er kl. 15.30. Vi starter da opp med et måltid før vi enten har noe felles tema eller vi deler oss i foreldre- og barnegruppe. Vi møtes så til en felles lek før vi avslutter kl. 17.30.

Vi holder samtale med den enkelte forelder og barn i etterkant for å se om det er noe kommunale tjenester kan bidra med videre, såkalt ettersamtaler. Vi inviterer til en gjenforening innen to til tre måneder etter avsluttet gruppe.

Evaluering

Vi har en evalueringsrunde med skjema til alle delta-

kere siste gruppesamling. Her er en oppsummering av noe av det barna svarte:

1. Hvordan synes du det har vært å være med på Utsikten?

- Gøy! Trodde jeg var den eneste som hadde det dårlig. Trodde vi skulle lære å glemme det og så er det det motsatte vi lærer. Jeg har følt at jeg har sittet bak en stengt dør og ventet på mamma.
- Vært bra, og litt kjedelig å snakke så mye.
- Bra.
- Utrolig – Veldig gøy:)
- Kjempe gøy. 20 utropstegn.

2. Hva har vært bra?

- Alt – jeg synes dere skal fortsette med dette.
- Å leke.
- Klatreparken var bra– greit å snakke.
- At dere tar imot alle som har syke foreldre.
- Egentlig alt.

3. Er det noe du skulle ønske var annerledes?

- Mere felles lek.
- Nei, vært bra.
- Flere ganger i klatreparken..
- Nei.

4. Er det noe mer snakk om hva foreldrene strever med etter at dere begynte i gruppen?

- Ikke så mye, men tror det blir det når vi får snakke med dem som behandler mamma.
- Litt.
- Ikke så mye mer snakk om det. Mamma er syk cirka tre ganger i året. Jeg merker at hun blir syk litt på forhånd fordi hun blir stille, roligere og sitter mer i sofaen
- Pappa svarer i hvert fall når jeg spør, men jeg vet ikke alltid hva jeg skal spørre om og så liker jeg ikke å snakke så mye om sykdom og sånt. ■



Behandling i utlandet

På sydspissen av Gran Canaria ligger Valle Marina. Hit kommer omlag 200 barn og ungdom – med kronisk lungesykdom og atopisk eksem – på behandlingsreiser hvert år.

Tekst **Atle Botnedal**, sykepleier og helsesøster, leder, Behandlingsreiser på Valle Marina, Gran Canaria

Det er onsdag og jeg står i ankomsthallen på Gran Canarias flyplass. Jeg venter på 24 barn i alderen 3–12 år og deres ledsagere. De skal på behandlingsreise til Valle Marina og er valgt ut til å delta på et 4-ukers opphold i regi av seksjon for behandlingsreiser ved Oslo universitetssykehus. 4 uker med sol og sjøbad, klimabehandling, og undervisning og veiledning i behandling venter.

Arbeidsstab

Siden 1982 har barn og ungdom med kronisk lungesykdom og atopisk eksem kunnet reise til utlandet for klimabehandling. Det bevilges penger til dette over statsbudsjettet hvert år. Barn i alderen 3–12 reiser med ledsager, og ungdommer i alderen 13–19 år reiser alene. I tillegg til barn og foreldre kommer 5–6 sykepleiere og 1 lege som skal jobbe med gruppen. På Valle Marina har vi 2 faste sykepleiere, inkludert meg selv, og en idrettspedagog i 20 prosent stilling.

Sykepleiere som jobber i dette programmet er barnesykepleiere og/eller helsesøstre eller andre sykepleiere som har interesse i å jobbe med barn og ungdom. De søker etter å ha tatt kontakt med seksjon for behandlingsreiser i Oslo eller undertegnede.

Årlig rekrutterer vi 50–60 stillinger for sykepleiere og leger i engasjement

på 4 uker. Mange av dem som jobber i engasjementsstillingene kommer igjen, år etter år, men vi har også en god nyrekruttering.

Stabilt og godt klima

På sørspissen av Gran Canaria er det et godt og stabilt klima for behandling av sykdommene. På Kanariøyene er somrene behagelige og vintrene milde. En evigvarende vår med solfylte dager, blå himmel og stabile temperaturer uten store svingninger i løpet av året.

Hemmeligheten bak det unike og komfortable klimaet, ligger i den friske passatvinden, Golfstrømmen og påvirkningen fra høytrykket som ligger over Azorene om vinteren. Den

«Det er mulig å se at trivselen øker betydelig både hos barn, ungdom og ledsagere.»

eksepsjonelle beliggenheten gjør at øygruppen drar nytte av slike meteorologiske faktorer mellom og i kontakt med både høytrykk og sirkulerende vind fra vest.

Innvilges reise

Barn og unge som er med på behandlingsreiser, har sendt inn søknad via spesialist i barnemedisin og/eller hudspesialist. Fastlege kan også søke dersom de legger ved epikriser fra spesialist som bekrefter diagnosene. Og diagnosene kan være mange innenfor området kronisk lungesykdom og atopisk eksem. Mange barn har også kompliserende allergi i tillegg.

Barna får på denne måten 4 uker med bedre lungefunksjon og oftest fravær av kompliserende infeksjoner. Og barn med atopisk eksem får hel hud med fravær av sår, kløe og tørrhet. Det er mulig å se at trivselen øker betydelig både hos barn, ungdom og ledsagere med bedringen som oppnås med klimabehandling. Ledsagerne, som oftest foreldre, får nødvendig kunnskap for å behandle oppbluss av sykdom i hjemmesituasjonen. Barna får også undervisning om sine sykdomstilstander tilpasset alder.

Fysisk aktivitet

Barn med kroniske lungesykdommer har ofte oppbluss hjemme med forverring og infeksjoner. Mange av barna med primær cili dyskinesi, atelektase, bronkiektasier og kronisk obstruktiv lungesykdom (KOLS) har jevnlig, og noen ganger daglig, fysioterapi for slimobilisering. Ofte fører slimoppfopping



SOLO OG VARME: 4 uker med sol og sjøbad, klimabehandling, og undervisning og veiledning i behandling venter på Valle Marina, Gran Canaria. Illustrasjonsfoto: Colourbox

til infeksjoner og disse barna har ofte antibiotika som behandling. På behandlingsreiser kan de ha naturlig bevegelse og fysisk aktivitet som gjør at de får god slimmobilisering.

Forberedelser

Barn med atopisk eksem har mye utslett, sterk kløe og tør hud som hovedproblemer. Noen får ofte sekundær infeksjon i eksemet. Vi ber foreldre smøre barna godt med behandlingskrem (sterke steroider) før de kommer til oss slik at de har en best mulig hud før de kommer. Kanskje noen kan tenke seg hvordan det er å putte salt i åpne sår? Slik blir det for disse barna når de skal bade i havet for første gang. Derfor bør

huden være hel og mest mulig fri for sår. Behandlingen hos oss består i smøring med riktig styrke og mengde behandlingskrem (steroider), rikelige mengder fuktighetskrem, sjøbad og soltørking. Og noen må også ha riktig kløedemping med Polaramin® og Vallergan®.

Aktiviteter

Under oppholdet går barna fra 3–6 år i privat barnehage på dagtid og skolebarna går på Den norske skole, Gran Canaria. Ledsagerne har undervisning mens barna er i barnehage og på skole. Temaene for denne undervisningen er barnas sykdommer, behandling og mestring av hverdagen.

Organisert aktivitet er det noen gan-

«Ledsagerne har undervisning mens barna er i barnehage eller på skole.»

ger i uken. Enten ved at det er kroppssøving på skolen eller ved at idrettspedagog har opplegg for alle barna.

I helgene er det lagt opp til felles utflukter etter samråd med ledsagere. Da kan barna frydefullt få være i dyrepark, badeland med sjøvannsbasseng og sklier og besøke noen av Gran Canarias severdigheter.

Kriterier for tur

Mange kommer for første gang, og noen har vært her én eller flere ganger tidligere. Av dem som søker, får cirka 1/3 innvilget tur. Årlig får omlag 200 barn og ungdom dette tilbudet. Vanligvis går det minst to år fra barna har reist en gang til de kan reise neste gang. Det er medisinske kriterier som er gjeldende for uttaket.

Etter 4 uker har vi blitt godt kjent med barn og ledsagere, og de med oss. Det er trist for alle å ta farvel med behandlingsreiser, selv om de fleste da lengter hjem til resten av familien og venner.

Så står jeg i avgangshallen på Las Palmas flyplass og tar farvel med alle sammen som reiser hjem – brune og fornøyde etter 4 ukers opphold.

Når alle er vel sjekket inn og kommet seg gjennom sikkerhetskontrollen er det bare å snu arket, gå en etasje ned og ønske en ny gruppe velkommen. ■



Når de voksne strever, strever barna

Arendal kommune har utviklet en arbeidsmodell for å hjelpe gravide og småfamilier som strever. Modellen fanger opp dem som har problemer med å ivareta omsorgen for barna sine.

FAKTA

Av May Karin Holanger, helsesøster/koordinator for fag og oppvekstteam, Arendal helsestasjon

Arendal kommune fikk være med i Modellkommuneprosjektet fra 2007 til 2014. Det ble utviklet en modell for det tverrfaglige og tverretatlige arbeidet i forhold til bekymring rundt gravide eller familier med barn i alderen 0–6 år. Resultatet ble en veileder for modellen «Vi ser – vi samhandler» til bruk for ansatte i både barne- og voksentjenestene i kommunen. Denne artikkelen tar for seg oppvekstteamet og hvilke erfaringer Arendal helsestasjon har gjort seg siden oppstarten av prosjektet ved årsskifte 2013.

Satsingsområder

Vi har virkelig fått øynene opp for at et barn sjelden har det bedre enn sine foreldre. Ofte er barna symptombærere på at de voksne ikke har det bra. Vårt mål er at vi skal hjelpe den gravide/småbarnsfamilien før barna får symptomer. Da må voksentjenestene og barnetjeneste samarbeide

«Vi har virkelig fått øynene opp for at et barn sjelden har det bedre enn sine foreldre.»

mye tettere enn vi tradisjonelt har gjort. Vi hadde 4 satsingsområder i prosjektet:

- Økt kompetanse på målgrupper som vekker bekymring

- Handlingsveileder for både barne- og voksentjenester
- Oppstartssamtale om våren for nye barn som begynner i barnehage på høsten
- Oppvekstteam for gravide og familier med barn 0–6 år.

Samarbeid på tvers

Vår erfaring er at det tar lang tid å implementere en ny modell i en kommune. Denne gangen var vi veldig interessert i å få til et samarbeid med alle tjenester i kommunen som kommer i kontakt med voksne som har vansker med å ivareta omsorgen for barn. Eksempler på slike tjenester er NAV, psykisk helse voksne, miljøarbeidertjeneste, fastleger, hjemmesykepleie, krisesenter, fengselshelsetjenesten, voksenopplæringen og integrering av flyktninger. Dette kommer i tillegg til alle tjenestene som jobber med barn, og der vi blir bekymret for barnet.

Viktige møter

Enten man møter de voksne eller barnet i tjenesten, benyttes den samme modellen. For å komme i gang med tilbudet rettes det først en skriftlig henvisning til oppvekstteam, og koordinator fra teamet følger opp. Vi har 3 obligatoriske møter i oppvekstteamet: 1. Forsamtale, 2. Oppvekstteam og 3. Oppfølgingsmøte. I alle møtene er det viktig å bruke tid på:

- Å skape en trygg atmosfære



- Avklare foresattes forventninger
- Avklare foresattes medvirkning i møtene
- Avklare hva som er viktig for familien/familiens behov
- Veien videre, dato for neste møte og avtaler med de ulike tjenestene
- Tilbakemelding fra foresatte på møte
- Oppsummere og utarbeide referat.

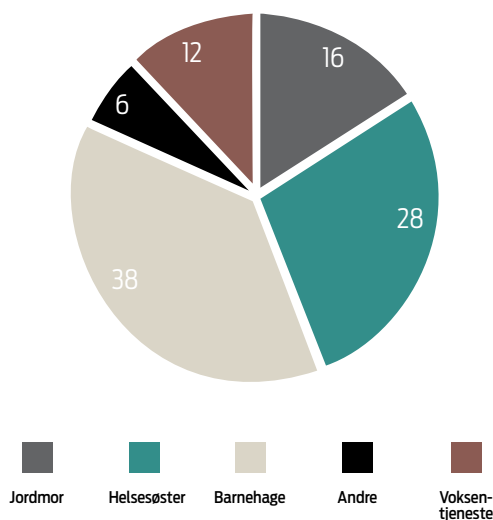
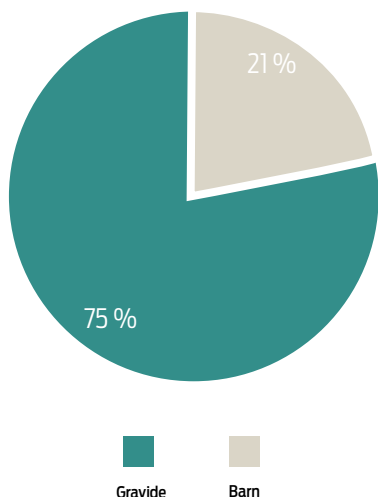
Praktisering av modellen

Først kontakter koordinator de foresatte og avtaler

en forsamtale. Her inviteres foresatte, den som har henvist og barnets helsesøster, eventuelt jordmor om det dreier seg om en gravid. Sistnevnte har ansvar for å skrive referat. I forsamlingen er det viktig å kartlegge familiesituasjon for alle barn og voksne, og avklare bekymring hos foresatte og den som har henvist. Det er viktig å få frem familiens behov for så å presentere kommunens tjenester. Avslutningsvis skal man bli enige om hvilke tjenester som inviteres og gjennomgå rammene for oppvekstteamet.

FØRE VAR: Prosjektet «Vi ser – vi samhandler» skal hjelpe voksne, før barna får symptomer. Foto: Colourbox



FIGUR 1: Henvisende instans

FIGUR 2: Henviste


Det er avklart med alle tjenestene at oppvekstteam har høy prioritet slik at alle som blir innkalt, kommer til møtet og presenterer sine tjenester på en positiv måte

Hos oppvekstteamet, som holder til på helsestasjonen, går man først gjennom referatet fra forsamtalen. Deretter vil alle tjenestene presentere hva de har å tilby familien. Til slutt må man finne ut hvilke tjenester familien ønsker tilbud fra (minst en, ofte flere og ofte i samarbeid med flere).

I oppfølgingsmøtene følger man opp det som har skjedd siden siste møte. Både foreldre og tjenestene involveres. Til slutt evaluerer man tiltakene før man bestemmer seg for veien videre. Én tjeneste får ansvaret for å følge familien helt frem til skolestart. Og de møtes minimum en gang i halvåret. Tjenesten som har oppfølgingsansvar sørger for at foresatte får gitt skriftlig tilbakemelding på hvordan det var å møte oppvekstteamet, vurdere tiltakene og om familien har fått det bedre.

Gode tilbakemeldinger

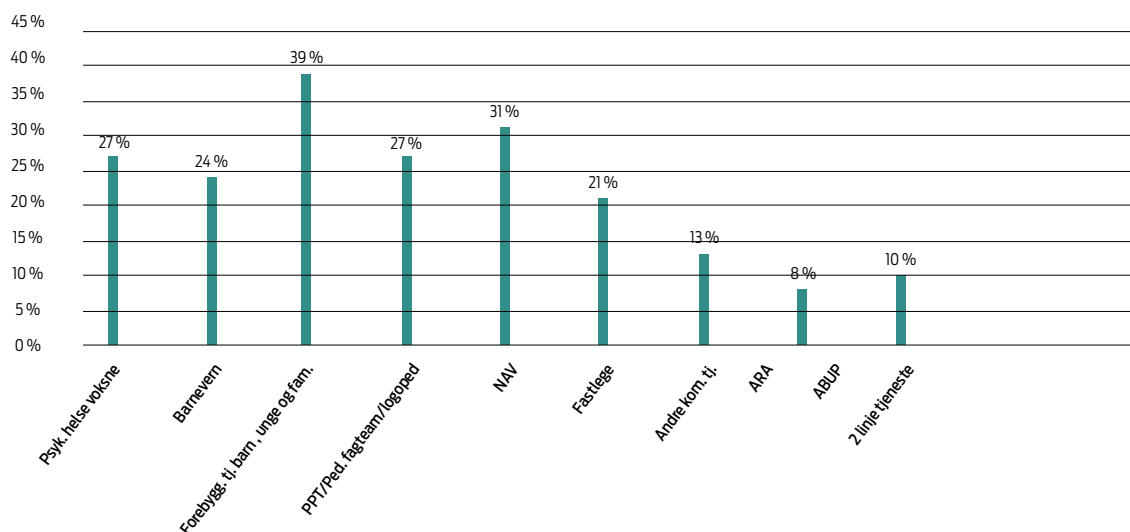
Evaluering fra de tre siste årene fra foresatte på en skale fra 1–6 hvor 6 er best:

- Hvor fornøyd er dere med Oppvekstteam-møtene?: 4,8.
- Har du som gravid fått det bedre?/Har ditt barn og din familie fått det bedre?: 4,4.

Evalueringen fra de ansatte er ikke klar, men vi får stadig muntlige gode tilbakemeldinger fra de av tjenestene som har vært involvert i denne arbeidsmodellen. Det viser seg at man hjelper barna ved å hjelpe de voksne. Det handler om å hjelpe de voksne med problemer knyttet til, for eksempel, psykisk helse, tidligere rusproblematikk, egne oppvekstsvilkår, dårlig økonomi, konflikter/dårlig samspill i familien eller kriser i familien.

De fleste barna som følges opp av «gruppen» PPT/pedagogisk fagteam og logoped følges av et pedagogisk fagteam. Det betyr at barnet blir observert i barnehagen og at det blir gitt veiledning til dem som jobber i barnehagen og til foreldre i forhold til hva som blir observert. I tillegg kan det bli aktuelt å henvise videre til PPT. Mange av familiene har takket ja til tilbud om Homestart og frivillige tilbud.

FIGUR 3: Oppfølgende instans



Forskning underbygger

Vi ser at samarbeidet med NAV er spesielt viktig. Bekymringer rundt økonomi stjeler mye oppmerksomhet og krefter hos omsorgspersonene.

I Anne Kjeldsens (Doktorgradsstipendiat ved FHI) Ph.d. avhandling (2013): «Longitudinal profiles of externalising behaviour from infancy to mid-adolescence: Early predictors, timing of risk factors, and late adolescence outcomes», blir det lagt vekt på at atferdsproblemer hos barn kan oppdages tidlig:

«Allerede ved 1,5 års alderen kan vi oppdage om barn står i fare for å få vedvarende atferdsvansker gjennom barne- og ungdomsårene. Denne kunnskapen gjør at vi nå kan komme tidligere inn med viktig forebygging og behandling.»

Kjeldsen har undersøkt hvordan atferdsproblemer typisk utvikler seg hos barn mellom 1,5 og 14,5 år. Hun har også sett på sammenhengen mellom slike utviklingsmønstre og psykisk helse hos de samme barna da de fylte 18 år.

Resultatene viser at belastninger på familien er en hovedfaktor når så små barn utvikler langvarige atferdsvansker. «De viktigste problemene er i for-

«Allerede ved 1,5 års alderen kan vi oppdage om barn står i fare for å få vedvarende atferdsvansker.»

holdet mellom mor og far, foreldres helsesituasjon og familiens levekår. Ung alder hos mor virker også inn. Det ser altså ut til at forhold ved familien spiller større rolle enn forhold ved barnet.»

En annen studie som understreker viktigheten av å ta hele familien på alvor er: Barn som pårørende – resultater fra en multisenterstudie (2015). «Rapporten ser nærmere på livssituasjonen til barn som pårørende og hvordan barna mestrer hverdagen med foreldre som har rusmiddelproblemer, psykisk lidelser og/eller alvorlig somatisk sykdom.»

Disse studiene underbygger våre erfaringer. At hele familien får det bedre når barne- og voksen-tjenestene går sammen om å hjelpe familier som sliter. ■

**Aslaug
Andersdotter
Hustadnes**

Leder og helsesøster
ved Arendal helsestasjon

Vi utgjør en forskjell

Jeg har fremtidstro på helsesøsteryrket, en grasrotteneste som har en unik posisjon i befolkningen.

Avære leder kan være krevende, stressende og ensomt. Som leder må du være lojal både oppover og nedover i organisasjonen. Du må forholde deg til politiske vedtak. Du jobber mye, og det meste er usynlig arbeid for medarbeiderne dine. I ekstra krevende perioder har jeg måttet minne meg selv på hvorfor jeg har valgt å være leder i 20 år. Min ledestjerne har gjennom alle år vært at jeg kan påvirke tjenestene våre til det beste for dem vi er her for, brukerne våre, barn, unge, foreldre og foresatte.

Jeg har fremtidstro på helsesøsteryrket, en grasrotteneste som har en unik posisjon i befolkningen. Det trengs ingen henvisning for å komme inn og jeg vet at helsesøster kan gjøre en forskjell i menneskers liv. Mitt håp er at de fleste som har møtt helsesøster på helsestasjonen eller i samtale på skolen skal gå ut med en god følelse og kjenne at helsesøster har gjort en forskjell i deres liv.

«Jeg har motivert med likestilling og pensjonspoeng.»

I 2016 var det 40 år siden jeg ble utdannet som sykepleier i Drammen. I siste praksisperiode var jeg 14 dager i praksis hos helsesøster i Nesbyen. Innholdsrike dager som ble bestemmende for mitt videre yrkesvalg.

Etter 2,5 års jobb ved barneavdelinger i Oslo, ble det helsesøsterutdanning på Statens utdanningscenter for helsepersonell på Bygdøy. I 1980 startet jeg som helsesøster i Bærum kommune. Spennende og utfordrende! Etter 17 år som helsesøster søkte jeg min første jobb som leder. I den perioden tok jeg videreutdanning i organisasjon og ledelse ved Diakonova. Året ga nødven-

dig kompetanse på veien videre. Jeg har nå vært leder de siste 20 årene. De siste ti har jeg jobbet i Arendal kommune, en mellomstor sørlandskommune med cirka 44000 innbyggere. I løpet av årene her har jeg vært leder for mange ulike faggrupper som barnevern, sosial, PPT, logoped og lønns- og regnskapsmedarbeidere. Alle årene har jeg ledet helsesøstertjenesten. Siste 2,5 årene har jeg vært leder ved Arendal helsestasjon som har 35–40 ansatte, med helsesøstre, jordmødre, sekretærer, leger, turnusleger og fysioterapeuter.

I april deltok jeg på helsesøsterkongressen på Lillehammer. Det var en flott kongress med godt fagprogram og vel gjennomførte dager. Årets tema var «Relasjonskompetanse – en av bærebjelkene i helsesøsteryrket». En god tittel som jeg støtter fullt ut. Uten gode evner til relasjonsbygging hjelper det lite å ha verktøykasser med gode metoder og skjemaer. På kongressens siste dag kom Jan Spurkeland på podiet, en imponerende sprek 75-åring som fremdeles reiser landet rundt og deler sin store kompetanse om relasjonens betydning. Relasjonskompetanse, som blant annet handler om å bygge gode relasjoner, er også en svært viktig ferdighet i lederyrket.

Å bruke tid på å bli kjent med mine medarbeidere har vært viktig for meg. Det handler om å gi og få. Som leder bør en også dele noe fra eget liv. Jeg har jobbet mye med arbeidsmiljø. Det har vært viktig for meg å skape et arbeidsmiljø sammen med medarbeiderne med mål om at alle skal oppleve trygghet, tilhørighet, trivsel og arbeidsglede i hverdagen. Det er medarbeiderne som daglig møter alle brukerne våre, barn, unge, foresatte og samarbeidspartnere. Medarbeiderne har sjelden mange møter med hver bruker, derfor må hvert møte være best mulig. Opplever bruker et dårlig møte, vet vi at det skal mange gode møter til for å rette opp



inntrykket. I våre sosiale medier spres dårlige opplevelser mye raskere enn gode opplevelser.

Vi trenger derfor gode medarbeidere som er faglig oppdaterte, som trives i jobben og opplever arbeids glede i møte med brukerne. Som leder må jeg legge til rette for medbestemmelse og mestring.

Vi er alle 24 timers mennesker, det vil si at vi de fleste av døgnet timer ikke er på jobb. Som leder bruker jeg å spørre mine medarbeidere i den årlige medarbeidersamtalen om det er noe i deres livssituasjon jeg bør kjenne til, det kan være syke barn, ungdommer som strever, gamle syke foreldre eller samlivsproblemer. Det er opptil den enkelte hva de ønsker å dele med meg. Som leder vil jeg ha bedre forståelse for situasjonen hvis vanskelige perioder oppstår og det kan være behov for litt ekstra tilrettelegging. På den måten kan lengre sykmeldinger unngås.

Da jeg flyttet til Sørlandet i 2006 visste jeg lite om landsdelen bortsett fra at det var mye sol og sommer. For meg som sunnmøring oppvokst i et annet klima var det fristende. At Aust-Agder strevde med svært store levekårsutfordringer, større enn Finnmark, var overraskende for meg.

En annen stor overraskelse var alle de deltidsarbeidende kvinnene, også blant helsesøstrene. Jeg har alltid

vært opptatt av at kvinner må ha utdanning og en jobb det går an å leve av, det vil si 100 prosent stilling og ikke være avhengig av en partner for å greie seg. Jeg har jobbet i ti år med at de helsesøstrene som ønsker det skal få fast 100 prosent stilling. Ved pensjonerings eller tilførsel av nye ressurser har fast ansatte en fortrinnsrett til utvidelse av stilling. På denne måten har jeg bygd opp stillingene til 100 prosent. Som helsesøstre er vi alle rollemodeller for våre døtre, familie, venner, kollegaer og brukere. Er det behov for permisjon en periode finnes gode ordninger for det.

Jeg har motivert med likestilling og pensjonspoeng. Mange kvinner begynner seint i yrkeskarrieren å tenke på pensjonspoeng, da er det ofte få år igjen av yrkeslivet. Er du uheldig og opplever samlivsbrudd sent i livet kan det bli en økonomisk vanskelig pensjonstilværelse.

Et annet område jeg har vært opptatt av som leder er å ha et godt forhold til media. Jeg har sett på media som en mulighet til å få oppmerksomhet på det vi står i til daglig. Som ved Helsedirektoratets millionsatsing til våre tjenester, media har vært en nyttig samarbeidspartner for å få fokus på dette. For øvrig mener jeg det må øremerking til for at det skal resultere i nye helsesøster- og jordmorårsverk i alle kommunene. ■

LEDER: Aslaug Andersdatter Hustadnes har vært leder i 20 år. Foto: Privat.



Populære temadager

I tillegg til det ordinære tilbudet, arrangerer helsesøstrene i Grimstad temagrupper for barnefamilier. Hensikten er å skape gode møteplasser for foreldrene. Ordningen er svært populær.

Tekst **Christel A. H. Johnsen**, helsesøster, Grimstad helsestasjon og **Birgitte S. Dreijer**, helsesøster, Grimstad helsestasjon

Grimstad helsestasjon har som ambisjon å tilby sine innbyggere et bredt og variert tilbud. De faste konsultasjonene gjennomføres individuelt, men helsesøstrene ved Grimstad helsestasjon ser det som nyttig å også ha ulike gruppetilbud til småbarnsfamilier. Hensikten er å bidra til økt brukermedvirkning samt legge til rette for sosial kontakt mellom foreldre og barn. Det viser seg at mange foreldre setter pris på ekstraservicen. Og temagruppene blir anbefalt til andre familier.

5 temagrupper

Grimstad helsestasjon har valgt å arrangere følgende temagrupper i 2016 og 2017: Trillegruppe, barseltreff, førstehjelp, søvn, vanlige sykdommer hos barn – hva gjør vi?

Alle temasamlingene er gratis, og det kreves ingen påmelding. Hver samling varer i cirka 90 minutter. Det arrangeres kurs som ICPD, Godt Samliv og annet i samarbeid med Familiens hus. Det kommer i gjennomsnitt 10 foreldre på hver samling.

Trillegruppe arrangeres hver uke i skoleruta. Vår erfaring fra 2016 er at dette er et svært populært tilbud som mange benytter seg av. Helsestasjonen bidrar med en turlleder hver uke og en av hjemmekonsulentene er alltid med



VANLIGE SYKDOMMER: Helsestasjonslegen Stian Flo undersøker et barn. Foto: Christel A. H. Johnsen

og leder an. Mange som er i permisjon er med på denne turen ukentlig. Etter

«Foreldrene oppfordres underveis til å bidra med egne erfaringer.»

trilleturen er det mulighet for lunsj og kaffe på Dømmesmoen kafé som ligger i tilknytning til helsestasjonen.

Barseltreff og førstehjelp

Helsestasjonen arrangerer barseltreff hver måned. Her møtes familier med nyfødte i 4-ukersalderen til et sosialt treff. Formålet med gruppen er å stimulere til sosial kontakt, og at familiene tidlig blir kjent med helsestasjonen. Foreldre med nyfødte skal kunne treffe hverandre og selv ta initiativ til videre kontakt senere. Helsesøster samler inn kontaktopplysninger som deles ut til de oppmøtte. En barnefysioterapeut informerer om motorisk utvikling, forebygging av skjev hodefasong og bekkenbunnstretning under treffet. Helsesøster tar opp temaer som samspill, ernæring, søvn, gråt og språk.

Temagruppe om førstehjelp til småbarn blir arrangert gjennomsnittlig 4 ganger per halvår. Helsesøstrene viser en film som viser aktuelle problemstillinger som drukning, når noe setter seg fast i halsen, forgiftning, brannskader og feberkramper. Helsesøstrene demonstrerer HLR, stabilt sideleie, Heimlich-manøver og svarer på spørsmål. Foreldrene oppfordres underveis til å bidra med egne erfaringer fra førstehjelp.



TRILLEGRUPPE: Foreldre i Grimstad kan både trimme og knytte kontakt med de andre foreldrene i gruppen. Det er en uformell og ypperlig måte å bli kjent med andre i samme situasjon. Foto: Anne Brit Collett

Veiledning om søvn og sykdom

Helsestasjonen opplever at foreldre har stort behov for veiledning når det gjelder søvn. Derfor var det naturlig å lage en temagruppe om søvn. Vi snakker om barnets søvnrytme, innarbeiding av rutiner, hvordan man kan lese barnets signaler og hormonelle forandringer. Temagruppen er et fint sted å dele erfaringer. Mange foreldre har barn fra før, og deler gjerne sine personlige erfaringer med de andre i gruppen.

Tre ettermiddager i høsthalvåret i 2016 har det vært arrangert temagrupper om vanlige sykdommer hos barn. Temaet blir tatt opp av lege Stian Flo ved helsestasjonen. Målet

«Målet med gruppen er å bidra med økt kunnskap.»

med gruppen er å bidra til økt kunnskap angående vanlige sykdommer hos barn. Foreldrene får informasjon om infeksjonssykdommer, tegn på alvorlig sykdom og når det er tid for å oppsøke lege. Legen snakker også om vanlige barnesykdommer, for eksempel hvordan man håndterer feber, ulike utslett og når barnet skal være hjemme fra barnehagen. ■

FAKTA

Grimstad kommune

Grimstad er en sørlandskommune i Aust-Agder med et eget universitet. Antall innbyggere er om lag 22 600 per februar 2016. 25 prosent av befolkningen er under 18 år. Grimstad helsestasjon får cirka 250 nyfødte barn hvert år, i tillegg til om lag 270 innflyttere i alderen 0–5 år.

Grimstad helsestasjon er nest størst i Aust-Agder med totalt 17,65 årsverk fordelt på 23 ansatte. Her jobber det helsesøstre, jordmødre, merkantil personal, psykisk helsearbeider (flyktningehelse), lege, fysioterapeuter og hjemmekonsulenter.



Aktuelle bøker

Omslagsfoto Forlagene

ANMELDELSE

Forfatter: Carolina Øverlien
Forlag: Universitetsforlaget
Anmeldere: May Helena. M. Pedersen og Eirin Wahlstrøm Mykland. Skolehelsetjenesten i Arendal kommune



Ungdom, vold og overgrep – skolen som forebygger og hjelper

Boka omtaler fire ulike historier som omhandler barn eller unge som utsettes for vold, seksuelle overgrep eller omsorgssvikt. Fortellingene beskriver ungdom som opplever vold i hjemmet, barn som opplever foreldre som drikker store mengder alkohol og barn/ungdom som blir utsatt for seksuelle overgrep. Etter hver fortelling beskriver forfatteren temaene i fortellingen som for eksempel omsorgssvikt. Forfatteren forklarer så hva omsorgssvikt er slik at leseren kan forstå bedre og lære mer om begrepet og hva en skal gjøre når en oppdager barn/ungdom som utsettes for omsorgssvikt. Kapittelet avsluttes med spørsmål som lærer og ungdommer kan diskutere sammen og med henvisninger til hvor en kan finne mer informasjon om emnet hvis ønskelig. Dette går igjen i alle kapitlene som gir en oversiktlig fremstilling av emnene. Forfatteren belyser emnet ved å beskrive hva det er og hva en som barn/ungdom og som lærer kan gjøre hvis en oppdager omsorgssvikt. I slutten av boka er det et kapittel som er skrevet for ungdom og et for lærerne. Her er råd til ungdommen om hva en kan gjøre, hvem en kan kontakte og hva som da vil skje. I kapittelet som er skrevet for lærerne gir forfatteren en liste over hvem som kan hjelpe barnet/ungdommen når en voksen oppdager omsorgssvikt, seksuelle overgrep eller vold. Kapittelet gir en beskrivelse

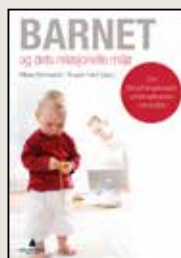
av ulike oppgaver som de ulike instansene innehar. Som skolehelsetjenesten, barnevernet, PPT, krisesenteret, RVTS, barnehus og etc.

Forfatteren får frem mange ulike typer av vold og overgrep. I kombinasjon med teori om hva begrepet er og hvor ofte det forekommer, får leseren nyttig informasjon om hvordan en skal ivareta ungdommen samtidig som leseren kan kjenne seg igjen i mange av fortellingene som fremstilles i boken. Jeg opplever at forfatteren gir en grundig gjennomgang av emnene i boken og gir tips/råd om videre fremgang. Hun gir rom for refleksjon ved at det er spørsmål til diskusjon etter hvert kapittel. Boken er enkelt fremstilt, slik at det er lett å slå opp emnene. Innholdsfortegnelsen er oversiktlig og ryddig. Jeg tenker at det er en bok som er lett å lese for dem som arbeider med ungdom.

Boken viser til fortellinger som ansatte i skolen kan kjenne seg igjen i. Forfatteren kombinerer teori, refleksjon og praksis. Boken er lett å lese og gir god informasjon. Den er informativ og kan brukes som oppslagsverk med tanke på hvilke instanser som er aktuelle å kontakte ved mistanke om overgrep/omsorgssvikt. Da boka tar utgangspunkt i fortellinger som kan relateres til skole er denne boken spesielt egnet for ansatte i skolen. For skolehelsetjenesten er den også aktuell, spesielt for dem som er nyutdannede.

ANMELDELSE

Forfatter: Rikke Schwartz,
Susan Hart (red.)
Forlag: Gyldendal Norsk Forlag AS
Anmelder: Birgith Rebbestad,
Helsesøster i Arendal kommune



Barnet og dets relasjonelle miljø

Forlaget beskriver boken som «en bruksbok om den barnepsykologiske undersøkelsen ut fra en tilknytningsbasert, utviklingspatologisk og neuroaffektiv modell».

Tradisjonelt har en brukt metoder med fokus på kognitive og kommunikative psykiske funksjoner i psykologisk undersøkelse av barn, mens barnets emosjonelle og relasjonelle kompetanse ofte har vært mindre belyst. Barnet og det relasjonelle miljø er ment å være en bok om tilknytningsbasert undersøkelsesmetodikk, hvor målgruppen er dem som driver med barnepsykologiske undersøkelser.

Boken er tredelt og hver del har underkapitler. Første del, som er skrevet av forfatterne av boken, omhandler empirisk teori som gir forståelse av barns utviklingsprosesser og grunnlag for tolkninger av data fra undersøkelser som er representert senere i boken. Utviklingspsykopatologi beskriver de faktorer som kan holde barnets utvikling på sporet eller bringe den på avveie, mens nevroaffektiv utviklingspsykologi gir forståelse for barnets emosjonelle utvikling.

Bokens første del har også et kapittel som omhandler den psykologiske undersøkelses teori/metode og en undersøkelsesmetodisk veileder. Andre del er skrevet av flere medforfattere som hver representerer følgende undersøkelsesmetoder: Care Index (CI) er en vurdering av konkret mor-barn relasjon og differensiering mellom samspillsmønstre hos hhv. omsorgsviktende og adekvate mødre, hvor barnet er mellom 0-2,5 år.

Parent-Child Early Relational Assessment (PCERA el. ERA) vurderer kvaliteten på affekt og atferd i for-

eldre-barn samspill som et kvalitativt og kvantitativt mål for den underliggende relasjonen, hvor barnet er 0-5 år.

Story Stem Assessment Profile (SSAP) vurderer tilknytningsmønstre hos barn i alderen 4-8 år ved dokkelek.

Child Attachment Interview (CAI) vurderer tilknytningsmønstre hos 8-14 åringer Emotional Availability Scales (EAS) Vurderer følelsesmessig interaksjon mellom foreldre og barn i alderen 0-5 år.

Den Refleksive Funksjonsskala (RF) er et skåringsinstrument for å måle mentalisering ut fra narrativ/intervju hos voksne over 18 år. Adult Attachment Projective Picture System (AAP) vurderer tilknytningsmønstre og defensive strategier hos barn over 14 år og voksne.

Marschak Interaktion Method (MIM) vurderer følelsesmessig samspill mellom foreldre og barn i alle aldre.

Bokens siste del er skrevet av Rikke Swartz og omhandler kasusformulering med bakgrunn i data fra undersøkelse med relevante anvisninger om behandling. Forholdet mellom forskning og klinisk praksis drøftes.

Jeg synes oppbygningen av boken med teori, metode og kasusformulering er logisk, samtidig som den gir en god tilnærming til tematikk rundt tilknytningsbasert undersøkelsesmetodikk. Boken er beregnet på psykologer, men kan leses av også andre. I mitt arbeide på en helsestasjon for barn 0-5 år driver jeg ikke med barnepsykologiske undersøkelser, men boken gir meg god teori og mange refleksjoner rundt temaer knyttet opp mot barn og foreldres relasjon til hverandre.

Forfatterne har tidligere gitt ut boken «Fra interaksjon til relasjon» som er en forløper til denne boken.



Lærer å mestre depresjon

Deprimerte elever i videregående skole får tilbud om mestringskurs i Arendal. De lærer hva som skjer ved depresjon og hvordan de kan bli bedre.

FAKTA

Av Brit Ottersland, helsesøster i Arendal kommune, pt. Sam Eyde videregående skole

Sam Eyde videregående skole i Arendal gir elevene tilbud om kurs i skoletiden. Tilbudet er rettet mot elever som har mild til moderat depresjon, med alder 14-20 år. Kurset er utviklet av psykolog Trygve A. Børve, og basert på kognitiv atferdsteori og terapi, og støttet av helsedirektoratet.

Miljøterapeut Kristine Reiersen fra forebyggende tjenester i Arendal kommune og jeg ble sertifiserte kursledere av psykolog Børve i november 2015, og vi holder nå på med vårt andre kurs på Sam Eyde videregående skole.

Lærer metoder

Mål for mestringskurset (DU-kurs) er å hjelpe elevene å forstå egne tanker, følelser og reaksjoner bedre. De skal forstå hva som skjer ved depresjon og lære metoder for å mestre depresjonen slik at de kan bryte et skadelig mønster.

Effektene av DU-kurs er undersøkt i en prepost-studie. Resultatene viser en stor nedgang i symptomer på depresjon hos kursdeltakerne i løpet av intervensjonstiden (Kilde: Trygve A Børve, Rådet for psykisk helse, ungsinn.no). Internasjonalt er det

gjort omfattende forskning på kognitivt baserte kurs som metode for å behandle og forebygge depresjon av mild og moderat grad, med gode resultater. Det er også laget tilsvarende kurs for voksne.

Kursets struktur:

- kartleggingssamtaler av alle elever som ønsker å delta på kurset.
- kartlegging av depressive symptomer, ti punkter (disse skal ha vart i minst to uker), minst fire av disse symptomene må de svare at de har
- informasjon om kurset
- kontraindikasjoner hos ungdommen for å delta på kurset er rusavhengighet, bipolarlidelse og ADHD (v/ADHD diagnose må eleven evt. være tilstrekkelig medisinert) utelukke sorgreaksjon og somatisk lidelse

Under kartleggingssamtalene får de følgende informasjon:

- innhold og metode for kurset
- brosjyrer om kurset som de kan gi til skole og familie om de ønsker det
- informasjon om første kursdato og tidspunkt
- grupperegler (disse gjentas ved første samling, og de skriver da under på at det som kommer opp av personlige opplysninger i gruppa, forblir der, alle har rett til å prate og være stille i gruppa og at fravær skal varsles kursleder)

Rekruttering av kursdeltakere skjer via individuelle samtaler i skolehelsetjenesten ved Sam Eyde vgs. og i forebyggende tjenester barn, unge og familier i Arendal kommune. I tillegg har vi god erfaring med å informere bredt til alle elever ved skolen om kurset, via storskjermer i fellesarealene på skolen og Fronter.

Vi får lov til å holde kurset i skoletiden, bare vi fordeler samlingene til ulike tider slik at det ikke går

FAKTA

Praktisk info om DU

- anbefalt antall kursdeltakere per gruppe er 8-13 ungdommer
- ti kurssamlinger, to skoletimer hver gang
- samlingene er hver uke, i åtte uker, dernest er det 3-4 uker mellom 8 og 9, og 9 og 10 samling
- ungdommene oppfordres til å trene på det de har lært for å bli vant til å bruke metodene, mellom samlingene
- kursdeltakerne får kursbok ved første samling
- kursbok brukes av hver enkelt under samlingene
- løsning av oppgaver i gruppa, og som hjemmelektse



utover samme fag når de er borte fra undervisningen. Helsesøster skriver bekreftelse på dokumentert fravær etter hver samling, slik at fraværet på 20 timer ikke kommer på vitnemålet.

Vi booker et møterom for ti samlinger før kurset starter på skolen. Det er viktig med et rom som er passe stort, som ligger litt fra allfarvei og om mulig med godt dagslys inn.

Evaluering av kurset

Siden det både er lite helsesøsterressurser i forhold til behovet og i tillegg er vanskelig å få hjelp av spe-

sialisthelsetjenesten til denne gruppen, synes jeg DU-kurs er et godt tilbud til å hjelpe flere ungdommer samtidig. Flere psykologer og fastleger har gitt uttrykk for at de synes det er veldig bra at DU-kurs er kommet inn på videregående skole. Enkelte av kursdeltakerne har i tillegg et tilbud fra spesialisthelsetjenesten.

Det er et krevende kurs for ungdommen, og for å få best mulig effekt, forutsetter det at de møter opp til samlingene og helst jobber litt med stoffet hjemme. De har fått øvingsoppgaver vi har gått igjennom på slutten av hver samling, som de opp-

HJELP: Elever som er deprimerte kan ha nytte av å lære teknikker som hjelper dem å bryte destruktive tanke-mønstre. Illustrasjonsfoto: Colourbox





NYTTIG: Elevene ga uttrykk for at de lærte nyttige metoder som de kunne bruke videre i livet. Illustrasjonsfoto: Colourbox

fordres til å se litt på hjemme, før vi ved neste samling går igjennom disse.

Arbeidet i gruppa

Oppmøtet har variert noe fra gang til gang. Som forventet, var det noe frafall av kursdeltakere. Ti av tolv ungdommer fullførte kurset, noe som ansees som bra da det forventes minst 15 prosent frafall på DU-kurs. Vi har nettopp startet med nytt kurs, med elleve påmeldte ungdommer. Først tenkte vi at det bare var å starte nytt kurs rett over ferien, men vår erfaring er at det er lettere å rekruttere ungdommer senere på høsten. Ellers er det viktig å være strukturerte som kursholdere, slik at man rekker gjennom både teori og gruppeøvinger ved hver samling. Gruppedynamikken er viktig for arbeidet i gruppa.

Vi har hatt evaluering av kurset med ungdommene som fullførte det første kurset, og der fikk vi følgende tilbakemelding:

- Elevene gav uttrykk for at de hadde lært nyttige metoder som de kunne bruke videre i livet, selv om flere gav uttrykk for at de synes teorien var vanskelig i starten (og det syntes Kristine og jeg også da vi gikk på kurs!)

«Resultatene viser en stor nedgang i symptomer på depresjon.»

- Flere sa at synes det var veldig godt å være i en gruppe, der andre hadde det på noenlunde samme måte som dem.
- Noen uttalte at det opplevdes som veldig trygt at alle kursdeltakerne hadde underskrevet en taushetsplikt mht personlige opplysninger som måtte komme i gruppa og hva den enkelte hadde som navn, før kurset startet.
- Flere av ungdommene gav uttrykk for at de synes det var bra med den litt perifere romplasseringen som vi hadde hatt under samlingene.

- Ungdommene satt stor pris på at skolen spanderte mye kaker med mer siste gang kurset ble holdt!
- Elevene gav uttrykk for at vi som kursledere samarbeidet godt, og de synes det var bra at vi hadde litt humor oppi dette alvorlige temaet.

Samarbeid

Miljøterapeut Kristine har samarbeidet flere ganger før, men aldri så langvarig og tett som nå. Jeg har hatt en utrolig dyktig samarbeidspartner i forbindelse med kurset. Vi har fordelt oppgavene, og byttet rundt på dem ved behov. En åpen og ærlig dialog, uten konkurranse om hvem som skal gjøre hva. Med humor og en latter på lur, glir det meste greit. Tverrfaglig arbeid er gull verd, og ønsker at jeg kan ha mere tid til det i fremtiden! ■

FAKTA

Hjelpemidler

- SMS påminning til kursdeltagerne, dagen før neste kurssamling
- PowerPoint presentasjon (laget dette før 1 kurs) basert på opplæring og kurs bok/arbeidsbok.
- flipp over (øvingsoppgaver ol)
- filmsnutter
- musikkvideoer
- gruppeoppgaver
- Facebook gruppe (for DU-kurs instruktører)

Kursbok

Innhold i kursboken, 10 kapitler:

- hvordan følelser oppstår
- situasjoner og tanker som kan gi tristhet
- å styre følelsene med tanker
- å styre følelsene med handlinger
- å tenke på bedre måter
- trening i uvante tanker: positiv tenkning og kontakt
- bedre kontakt med andre
- mestring og kognitive teknikker
- daglig bruk av metodene: arbeid og øvelse
- daglig bruk av metodene: arbeid og øvelse-avslutning

Flere modeller i kursboken benyttes for å illustrere teorien. ABC-modellen er den mest brukte, som blir benyttet gjennom hele kurset.

ABC-modellen. A er situasjon, B er tanke, og C er konsekvens i form av følelser og handlinger. Denne utvikles i sin kompleksitet utover i kurset.

Oppdag Sykepleiens digitale verden

Desktop

Du kan besøke Sykepleiens nettsider via din datamaskin. Gå inn på www.sykepleien.no

Nettsidene gir deg løpende nyhetsformidling, debatt-, fag- og forskningsartikler og et fullstendig arkiv. Her finner du også vår stillingsportal SykepleienJobb, med relevante stillinger over hele landet.



Mobil

Ønsker du å lese Sykepleien når du er på farta

er mobilutgaven et perfekt alternativ. Adressen er den samme - www.sykepleien.no, og innholdet er tilpasset mindre skjermer. Her kan du holde deg oppdatert hvor enn du befinner deg!

Det kan være lurt å bokmerke nettstedet www.sykepleien.no. På denne måten dukker det opp et ikon på hjemskjermen, slik at du slipper å skrive nettadressen hver gang. Dette gjør du enkelt i mobilens nettleser.



Facebook

Er du på Facebook? Det er vi også!

Ved å like oss på Facebook kan du holde deg faglig oppdatert om hva som skjer. Vi legger løpende ut poster og linker til relevante artikler. På denne måten får du faglig informasjon, og kan diskutere viktige temaer med andre sykepleiere.

Tast inn «Sykepleien» i søkefeltet når du er på Facebook, og du kommer automatisk til vår Facebook-side. Klikk på «Like»-knappen for å følge med på våre oppdateringer.

Følg Sykepleien Forskning om du er interessert i nyheter innen forskning for sykepleiere. www.facebook.com/SykepleienForskning

Instagram

Her kan du legge ut bilder og se hva andre legger ut. Tagger du det med **#yrkesykepleier** kan du også få bildet ditt i bladet.



Sykepleien



Du er god nok i massevis!

La meg fortelle deg om Anny. Hun bodde i gangavstand for små føtter og hun vinket fra vinduet sitt helt til jeg kom meg hjem. Hun var alltid hjemme og hadde verdens tryggeste fang. Anny hadde angst, tvangshandlinger og forsøkte flere gang å ta livet sitt. Jeg elsket henne.

Tekst **Lill Sverresdatter Larsen**, forbundsstyremedlem, NSF

Anny forlot omtrent aldri sitt hjem. Hun fikk kuler på hal-sen og raste ned i vekt. Men hun gikk ikke til legen. Det er mange grunner til hvorfor personer med psykiske lidelser har vesentlig lavere gjennomsnittsalder.

Som barn skjønte jeg ikke at hun var syk. Jeg diltet etter henne, fra vindu til vindu – flere runder om dagen. Vi sto opp på stoler for å åpne skap, flyttet en ting over til andre siden for så å lukke skapet. Jeg fikk ofte pepperkjeks fra et av skapene. Kung Oskars pepperkjeks som jeg kunne dyppe i melk. Som voksen ble jeg fortalt at det betydde mye for henne at hun fikk lov til å være min dagmamma. Jeg var på besøk hver dag fra jeg var rundt fire år og til hun døde da jeg var fjorten. Hun fulgte meg ut med samme hilsen alltid: «Må du leve og blomstre og komme snart igjen ... og ikke snuble i trappa». En stor del av min trygghet i dag har jeg ervervet gjennom tid sammen med henne. Vi har stått på de samme fjell.

Hun tok Valium. Noen ganger mye. To selvmordsforsøk kan jeg huske, men hun passet på at det ikke var jeg som fant henne. Disse gangene havnet hun

på sykehus. Da hun kom hjem igjen var hun stille og unnvikende i blikket, men snart var hun den samme. Jeg fikk pynte henne på håret, hun sparte på tomme hermetikkbokser og lekte butikk sammen med meg. Sammen sang vi «milde Jesus, du som sagde». Vi løste kryssord, leste Se & Hør, vasket klær i kjelleren og brettet klærne når de luktet sommer. Hos Anny var det alltid blomstrete katter. Hun ga meg sin bestemors Postel fra 1850 og lærte meg å lese gotisk skrift. Min første lest strikket jeg sammen med henne som

«Jeg mener vi må trene på å gi omsorg.»

fireåring i strikkeklubben JARL som besto av henne, meg og et par andre unger. På vedkassen satt hun og så utover bygda, fortalte om gamle dager og lo høyt av mine spørsmål som «hva betyr din peis egentlig?». Vi la ut på ekspedisjoner til fjells og gikk på ski over myra for å drikke kakao og spise

brødskive med knust rips. Vi fant bjørnespor og ble tatt bilde av for avisen. Fordi hun hentet gebisset frem før bil-desesjonen, ble hun fremmed.

Hendene hennes var finest av alt. Hun viste bilder, pekte og forklarte med lange, tynne fingre. Jeg så, men skulle ønske jeg husket. Jeg var mer opptatt av å stryke, og klemme på de tydelige blodårene hennes. Unntatt slike stunder, var hendene hennes aldri i ro. Hun kunne snakke om det samme, gang på gang. Det var nesten som om hun sang, en slags rytme i det hun fortalte mest til seg selv.

Andre voksne pratet fra tid til annen om henne, at «ho hadde nerva». Jeg tenkte det var noe fint. Da jeg fikk spørsmål om hva jeg skulle bli når jeg ble stor, svarte jeg: «Jeg vil bli som Anny», og skjønte ikke latteren som fulgte. I dag skjønner jeg mer. Om det er noen døde mennesker jeg skulle ønske jeg kunne møtt igjen så er det henne. Jeg ville sagt at ho var god nok i massevis og at jeg fortsatt prøver å bli som henne.

Det snakkes mer om psykisk sykdom i dag, og vi har andre diagnoser enn «nerver». Begrep som «deppa» og



ANNY: I et blogginnlegg, forteller Lill Sverresdatter Larsen om sin dagmamma fra barndommen. Foto: Privat



«angst» er allemannseie. Likevel blir vi, kan hende, litt stillere, spør mindre og besøker sjeldnere personer som lever med psykiske lidelser over lengre tid. Anny var nesten aldri utenfor hjemmet, men folk kom hjem til henne. Hun spådde i kaffegrut og lo høyt. Hun hadde omsorg for mange, og mange hadde omsorg for henne.

Jeg mener vi må trene på å gi omsorg. Det vil være av særlig betydning for personer med psykiske helseutfordringer, og det kan i grunn være hvem som helst av oss. Sykepleiere er ikke alene om å gjøre omsorg, men vi er «eksperter» på omsorgstori. Det er gode grunner til hvorfor studiet består av så mange timer etisk refleksjon. Vi skal være i stand til å håndtere akutte hendelser og forstå kliniske symptomer på sykdom – men

vi er nødvendige også for de pasientene hvor endring ikke kan ses fra dag til dag. Personlig, ser jeg betydningen av sykepleieres omsorgsperspektiv i psykisk helsearbeid og minner om NSF's landsmøtevedtak om at fremtidens spesialsykepleiere i psykisk helse må ha minst 30 studiepoeng fordypning i sykepleie.

Noen ganger tar jeg meg selv i å tenke på hva Anny ville ha sagt eller ment om det jeg gjør. Kan hende ville hun ha ment seg utlevert her? Jeg tror hun ville vært enig om at slike tema bør belyses. De som kjente henne vet at jeg mener det godt, veldig godt.

Sånn til sist, tenk på om det er noen du kan besøke på veien ut? ■

*Fra blogginnlegg
sverresdatter.wordpress.com 29. juni.*

VI VET IKKE HVA BARNA BLIR NÅR DE VOKSER OPP...

...MEN VI VET HVA DE BØR SPISE I DAG!

Stabburet Leverpostei er naturlig rik på jern, vitamin B₁₂ og folat. Dette er mineraler og vitaminer alle barn trenger, og lett kan få for lite av. Jern styrker immunforsvaret og gir overskudd til små og store prestasjoner.



Styrke starter et sted.

NYHET - GLUTENFRI!



En glutenfri og lettere postei



Originalen siden 1949



Mild postei av kylling



En grovere postei med mer smak

Fri for melk og gluten



En saftig og smøremyk ovnsbakt postei



Portjonspakninger er praktisk og lettivint til matpakken

Mer informasjon om jern og kosthold finner du på stabburetleverpostei.no