

Tidsskrift for
Helsesøstre



LANDSGRUPPEN AV HELSESØSTRE NSF

Sykepleien



**Maler minner
om krig og flukt** Side 32

NYE ANBEFALINGER OM PREBIOTIKA

WAO anbefaler nå prebiotiske kostfibre til alle barn som ikke fullammes.¹



Pepticate og Pepticate PLUS er de eneste hypoallergene melkeerstatningene på markedet som inneholder den unike prebiotiske kostfiberblandingen scGOS/lcFOS (9:1), som i kliniske studier viser en forebyggende effekt på allergiske symptomer.²⁻⁴ Pepticate og Pepticate PLUS er mysebaserte, høygradig hydrolyserte produkter som brukes til barn med kumelkproteinallergi.

Brystmelk er spedbarnets beste føde. Pepticate er næringsmidler til spesielle medisinske formål. Skal brukes under medisinsk tilsyn etter nøye vurdering av øvrig ernæringsbehandling, inkludert amming.

Referanser: 1. Cuello-García CA, et al. World Allergy Organization-McMaster University Guidelines for Allergic Disease Prevention (GLAD-P): Prebiotics. World Allergy Organ J. 2016;9:10.doi: 10.1186/s40413-016-0102-7. 2. Moro G, et al. A mixture of prebiotic oligosaccharides reduces the incidence of atopic dermatitis during the first six months of age. Arch Dis Child 2006;91:814-819. 3. Arslanoglu S, et al. Early dietary intervention with a mixture of prebiotic oligosaccharides reduces the incidence of allergic manifestations during the first two years of life. J Nutr 2008; 138:1091-95. 4. Arslanoglu S, et al. Early neutral prebiotic oligosaccharide supplementation reduces the incidence of some allergic manifestations in the first 5 years of life. J Biol Regul Homestost Agents 2012; 26:49-59.

 WWW.KUMELKALLERGI.NO

Nutricia Norge AS. Tlf: 23 00 21 00. E-post: nutricia@nutricia.no. www.nutricia.no

 **NUTRICIA**
Pepticate

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@nsf.no

ANNONSER
Ellen Kathrine Larsen
Tlf: 95 78 57 21
elllar@nsf.no

ABONNEMENT
lah@nsf.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

Eivind Solfjell
Tlf. 93 61 81 12

LAYOUT
Hilde Rebård Evensen
Nina E. H. Hauge
Sissel Hagen Vetter
Monica Hilsen

TRYKK:
Sørmlands Grafiska

FORSIDEFOTO:
Mostphotos

NESTE UTGAVE:
23. august

REDAKSJONSKOMITÉ:
Helsesøstre i Oppland har laget denne utgaven av Tidsskrift for helsesøstre.

Følgende har vært med i redaksjonen:
Inger Balke
Øyfrid Moen
Ive Kristin Staune-Mittet
Trude Skjåk
Ylva Wergeland Krog

Innhold

01 - 2018



- 4 LaHs styre og lokale faggrupeledere
- 5 Leder
- 6 Smånytt
- 8 Mobilbruk kan være en stille form for omsorgssvikt
- 14 Digitalisering på agendaen
- 16 Tydelige, tilgjengelige og kompetente
- 18 Vi bør kunne administrere p-stav og spiral
- 22 Tilbakeblikk
- 24 Trygge foreldre i et nytt land
- 28 Reproduktiv og seksuell ungdomshelse
- 32 Flyktningbarn maler sine minner
- 36 Annerledesdagen på Øyer ungdomsskole
- 40 Enkle tips om bra mat
- 42 Helsesøster på hjemmebesøk
- 47 Hvordan helsesøstre bruker kunnskapskilder
- 56 Helsesøsters utfordringer med psykisk uhelse i skolen
- 61 Circle of security
- 65 Interkommunal prosedyresamling
- 68 Elektronisk journalsystem sikrer tidlig hjemmebesøk
- 71 UngHadeland skaper Fritid for Alle
- 74 Aktuelle bøker



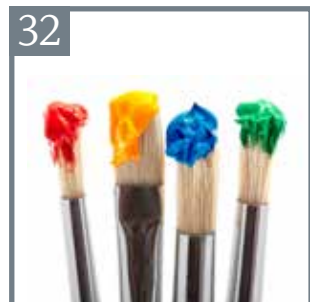
8



16



56



32



LaHs styre og lokale faggruppetledere 2018

LaH NSF styre

**Leder:**

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

**Nestleder:**

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

**Styremedlem:**

Kari Myglund Michaelsen
T: 41 61 32 14
E-post: kari.myglund.michael-
sen@vennesla.kommune.no

**Styremedlem:**

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

**Vararepresentant:**

Camilla Rørtveit
T: 91 82 25 57
E-post: camilla.rortveit@bun.
oslo.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: ellar@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

Tove-Kristin Westli
T: 91 62 70 51
E-post: tove.kristin.westli@
elverum.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

Jorunn Nina Lokøy
T: 41 61 86 09
E-post: jorunn.lokoy@
askoy.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

Kari Janne Ljones Kulø
T: 99 43 54 73
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

Elin Lunde Pettersen
T: 976 72 167 / 488 90 976
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

Tone Dervo
T: 99 79 03 62
E-post: tone.dervo@alta.kommune.no



FAKTA

Kristin Sofie Waldum-Grevbo

Leder av Landsgruppen av helsesøstre NSF

Kroken på døra for helsefremmende arbeid?

LaH NSF er svært kritiske til forslaget om endringer i formålet for helsestasjon og skolehelsetjenesten til å inkludere behandling og oppfølging av barn og unge med både psykiske og somatiske tilstander.

Hesledirektoratet lanserer samtidig den nye profesjonen «familiesykepleier», som skal jobbe både helsefremmende og forebyggende, slik helsesøstre gjør i dag, og behandler mot kronisk syke og andre behandlingstrengende barn i kommunene. Helsesøster, jordmor og barnesykepleier skal altså smeltes sammen og omdøpes til familiesykepleier.

God samfunnsøkonomi

Vi mener dette er kroken på døra for helsefremmende og forebyggende arbeid rettet mot barn, unge og familier. Hele tankegangen er også i strid med oppdaterte faglige retningslinjer for helsestasjons- og skolehelsetjenesten (fra samme direktorat), som legger til rette for å styrke det helsefremmende og forebyggende arbeidet.

Hvorfor er helsefremmende arbeid både viktig og god samfunnsøkonomi? Her følger noen få eksempler:

- Ved å møte alle foreldre og snakke om hvordan de håndterer sinne og andre følelser og diskutere handlingsalternativer, vil helsesøster kunne starte en refleksjon som gjør at fysisk og psykisk vold reduseres og godt samspill sikres.
- Forskning viser at god seksualundervisning, som sikrer at alle barn og unge får nødvendig kunnskap og hand-

lingskompetanse om seksuell helse, kan bidra til å forebygge seksuelle overgrep og partnervold.

- Gjennom undervisning og dialog med barn og unge og foreldre kan helsesøstre bidra til at befolkningen får et realistisk bilde av normale reaksjoner på livshendelser, samt hvordan dette kan håndteres uten medikamentell behandling. Mange unge føler seg fysisk og psykisk syke uten å være behandlingstrengende. Et økende antall benytter Paracet og Ibux hyppig, i tilfeller hvor søvn, mat, fysisk aktivitet og en sorteringssamtale ville være bedre medisin.
- Fraværeregelen på 10 prosent har ført til at «friske» ungdommer går til fastlegen for å få dokumentert ufarlige tilstander. Statistikken viser en økning i bruk av antibiotika og psykofarmaka som følge av legebesøket. Skolehelsetjenesten har på sin side de fleste steder sluttet å ha Paracet til utdeling og bidrar heller med undervisning om ikke-medikamentelle tiltak som kan hjelpe.

Vi skal ta kampen

Det er et paradoks at vi må kjempe med nebb og klør for å bestå som yrkesgruppe, samtidig som barn og unge roper høyt etter flere helsesøstre. Andre land misunner oss modellen med helsestasjons- og skolehelsetjeneste. En ting som er sikkert, er at vi kommer til å ta kampen for at det helsefremmende arbeidet, organisert gjennom barna og de unges egen tjeneste, skal bestå.

Over 3 700 helsesøstre i LaH NSF skal klare det i fellesskap! ■



Skann i butikk

NHS, Storbritannias offentlige helsevesen, vil nå tilby kreftundersøkelser i supermarkedene. Er du i risikogruppen for lungekreft, kan du gå til din lokale Tesco, i hvert fall i for eksempel London og Manchester, og få utført en lungeskanning. Målet er tidlig diagnostisering, og et pilotprosjekt har allerede gitt gode resultater: Der lungekreft ble påvist, var det fire ganger så stor sjanse for at det var snakk om et tidlig stadium av sykdommen, som kunne behandles med godt resultat.



Kilde: The Sun

Ungdommen nå til dags

– drikker ikke lenger. De siste tallene viser at ungdom, over store deler av verden, drikker mindre alkohol enn før – og at Norge går foran med en av de største nedgangene. Vi vet jo allerede at dagens ungdom er de skikkeligste på lenge; dette gjelder altså også alkoholbruk.

Rusforsker Hilde Pape sier til forskning.no at årsaken til nedgangen fortsatt er ukjent: – Dette er en gåte, uttaler rusforskeren.

Kilde: forskning.no



«Lykken er ikke fravær av problemer, men evnen til å overvinne dem.»

Ukjent

Treg av lite søvn

Får man ikke nok søvn, fører det til at noen hjerneceller bokstavelig talt blir tregere. Det var et av funnene i en studie utført av forskere ved University of California. Direkte opptak av nevronene i hjernene til tolv personer viste at søvnmangel fører til at de elektriske ladningene som hjernen kommuniserer med, ble avfyrt saktere og svakere.

Ifølge en av forskerne bak studien kan funnene bidra til å øke forståelsen av den biologiske årsaken til at søvnmangel svekker mange mentale funksjoner.

Kilde: npr.org



Nye pakker

I 2016 ble det vedtatt at all innpakning til både røyk- og snuspakker skal standardiseres, med en ekkel, gusjebrun farge (se bildet) som skal virke frastøtende på eventuelle nye brukere. Den svenske snusprodusenten Swedish Match gikk i sommer til sak mot staten, og mente at dette var et brudd på EØS-reglene. Nå har staten fått medhold, og Kreftforeningen er fornøyd med resultatet:

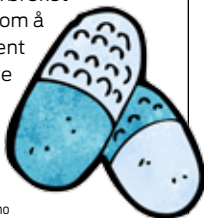
– Dette er et viktig skritt for at kommende generasjoner skal være tobakksfrie, sier generalsekretær i Kreftforeningen Anne Lise Ryel til kreftforeningen.no.

De nye pakningene er forventet å dukke opp i butikkene i løpet av juli.

Kilde: Kreftforeningen, Helsedirektoratet

Mindre antibiotika

Bruk av antibiotika blant barn og ungdom under 18 år har gått ned med 24 prosent siden 2012. Forbruket er lavest i de to nordligste fylkene. Målet om å redusere antibiotikabruken med 30 prosent innen 2021 er snart nådd for innbyggere under 18 år. Bruken av antibiotika var økende frem til 1970-tallet, deretter flatet det ut. Siden 2012 har bruken imidlertid gått nedover.



Kilde: Fhi.no

Fight HPV

Nå kan du spille deg til kunnskap om humant papillomavirus (HPV). Det er bare å laste ned appen Fight HPV, utviklet av Kreftregisteret.

HPV kan blant annet forårsake livmorhalskreft. Regelmessige underlivsundersøkelser og vaksinerer er de beste virkemidlene mot kreftformen, og målet er at spillet skal informere om viruset og få kvinner til å slutte opp om masseundersøkelsen mot livmorhalskreft.



Kilde: Kreftregisteret

Flere barn med fedme

Det er ti ganger flere barn og ungdom med fedme i verden i dag enn for 40 år siden. Andelen norske barn med fedme har stabilisert seg de siste ti årene. Det viser studien «Worldwide trends in body-mass index, underweight, overweight, and obesity from 1975 to 2016». Studien fant at fedme blant verdens barn og ungdom i perioden 1975 til 2016 økte fra mindre enn 1 prosent (tilsvarende fem millioner jenter og seks millioner gutter) i 1975 til nesten 6 prosent hos jenter (50 millioner) og nesten 8 prosent hos gutter (74 millioner) i 2016. Økningen i barne- og ungdomsfedme har akselerert i lav- og mellominntektsland, spesielt i Asia.

Kilde: Fhi.no



Færre psykiske problemer

Ungdom som driver med idrett, har færre psykiske problemer enn andre ungdommer, viser en studie utført av forskere ved Norges miljø- og biovitenskapelige universitet og Folkehelseinstituttet. Studien er basert på en spørreundersøkelse av 20 000 ungdommer. Nær 15 % av dem som drev med konkurranseidrett, hadde symptomer på psykiske problemer. Blant ungdom som drev med idrett, men ikke konkurrerte, hadde nær 19 % slike symptomer. Blant ungdom som ikke drev med idrett, var andelen 27 %.

Kilde: Fhi.no



Mobilbruk kan være en stille form for omsorgssvikt

Spedbarn trenger tilstedeværende foreldre, men foreldres mobilbruk kan bidra til å skape distanse mellom foreldre og barn. Denne avstanden kan hemme barnets evne til å regulere seg selv.

FAKTA

Av Silje Catrin Jensen,
Helsesøster, Helsehuset,
Harstad kommune

Artikkelen er først
publisert på sykepleien.no
DOI-NUMMER: 10.4220/
Sykepleiens.2017.64613

På kafé sitter man med hver sin mobil i hånden. På fotballtribunen, under podens trening, går tommelfingeren varm. Det scrolles mens det ammende barnet ligger til bryttet. Alle har den og samtlige bruker mange timer om dagen på den. Minner kan fanges og gjerne redigeres, før de foreviges.

Samtidig fanger den foreldrenes oppmerksomhet og frarøver deres sensitivitet for barnets signaler. Har helsesøstre oversett en markant oppmerksomhetstyy i samfunnet vårt?

Det finnes ulike typer medier. Artikkelen begrenser seg til smarttelefonen som et multimedie som representerer store bruksområder. Til tross for alle fordelene, så bærer den også med seg ulemper. Slik har «pubbing» oppstått som et nytt begrep. Det beskriver en ny sosial trend med tvangsmessig og overdrevent bruk av smarttelefon (1).

TNS Norsk Gallup (2) kaller folkegruppen født mellom begynnelsen av 1980–2000 for millennials. De utgjør cirka 36 prosent av Norges befolkning og bruker i gjennomsnitt 5,8 timer per dag på ulike medier, hvorav 36 prosent av tiden går med til bruk av mobiltelefonen. Det som er interessant,

Sammendrag: Foreldres samregulering og reguleringsstøtte er viktig for spedbarns og barns psykiske helse. Mobilbruk kan stå i veien for godt samvær med barna og kan representere en stille form for omsorgssvikt. Helsesøstre har, med sin fagkunnskap, et viktig oppdrag med å formidle forebyggende tiltak i møte med foreldrene på helsestasjonen.

er at denne gruppen, som bruker mest tid på mobil, også representerer store deler av foreldregenerasjonen for spedbarna.

Ikke til stede

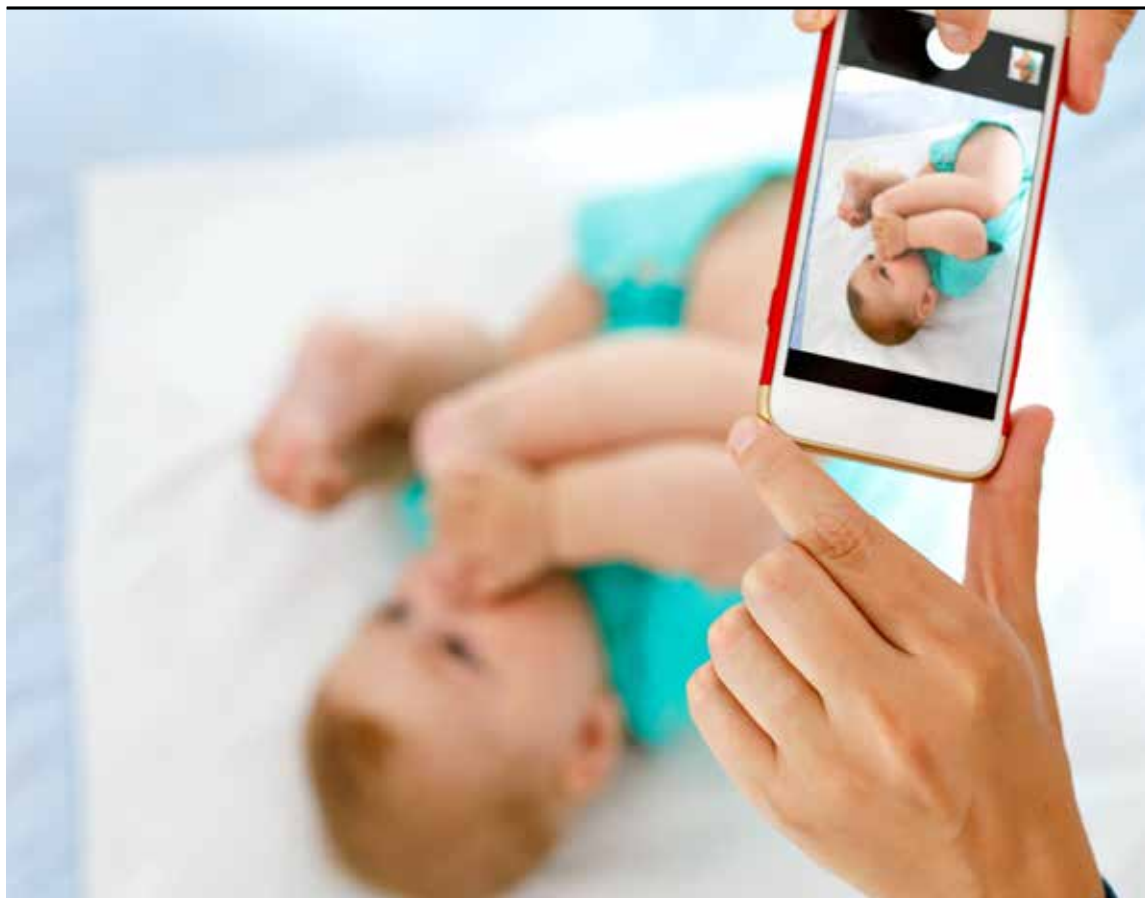
I min jobb har jeg blitt oppmerksom på at mobilen er med foreldre stort sett hele tiden. Den kan ringe og meldinger tikker inn mens de er til konsultasjoner hos helsesøster. På venterommet, mens barnet ligger på gulvet og pludrer, sitter foreldrene med hver sin mobil i hånda og trykker.

Barna på skolen forteller om ettermiddager med mye skjermtid og utilgiengelige foreldre. Instagram, Facebook, Snapchat og andre sosiale medier overøses av herlige bilder av barn i alle aldersgrupper. I tillegg postes det stadige oppdateringer om hvor herlig livet er, slik at alle kan se, men hva er det barnet ser?

I samfunnet generelt ser jeg et misforhold i tilstedeværelse – her og nå og tid – som blir brukt til mobilen. I hyggelige lag oss voksne imellom ansees det som generelt lite respektfullt å ta frem mobilen. Mine observasjoner er likevel at det gjøres relativt ofte, nesten på autopilot søker hånda etter mobilen. Til forskjell fra barn vil voksne gjerne si ifra hvis de føler seg oversett, mens barn fort kan tro at skal det være slik.

Viktig kontakt

God reguleringsstøtte til barnet gir et godt grunnlag for å forebygge psykisk uhelse ved fremtidige kriser eller traumer. Barnets oppmerksomhet, motoriske aktivitet, våkenhet og affekt berøres gjennom regulering fra omsorgspersonene (3). Barnet er avhengig



av deres regulering, da det har begrenset forutsetning for å regulere seg selv (3).

Et spedbarn som opplever respons fra sin omsorgsperson, vil erfare at det kan påvirke relasjonen dem imellom. Barnet bruker omsorgspersonen for å regulere egen aktivering. Dette er et viktig element for utvikling av trygg tilknytning og selvregulering (4).

Helsesøster har mye oppmerksomhet på tidlig samspill mellom foreldre og barn. Som helsesøster er jeg vant til å tenke forebyggende, og jeg tror at vi som yrkesgruppe har til dels oversett smarttelefon som foreldrenes «oppmerksomhetstyv».

Bevisstgjøring

Samspill og regulering knyttet til mediebruk generelt er et tema som foreløpig er lite skrevet om eller forsket på. Mine påstander om mediebruk er på grunnlag av observasjoner i egen praksis, samt samtaler med brukere, bekjente og andre fagpersoner. Samtlige kjenner seg godt igjen i utfordringene jeg beskriver, og får dårlig samvittighet som setter seg i magen.

Mediebruk er en nødvendighet, men jeg mener at det er på tide med bevisstgjøring av foreldre som en del av samspillsveiledning. Mobiltelefonen er med oss stort sett hele tiden og gjør oss tilgjengelig for omverden og omverden tilgjengelig for oss. Vi har den i lommen eller i vesken, den lyser, plinger og legger igjen røde varsler etter seg for å få vår oppmerksomhet. Det skaper et visst stress store deler av dagen som kan få konsekvenser for forholdet mellom voksne og barn.

Kritikere vil nok si at fedre satt svært opptatt med

HER OG NÅ: Spedbarn har ingen glede av å bli tatt bilde av. De får derimot stort utbytte av foreldre som er til stede, og som de får kontakt med. Foto: Irina Schmidt / Mostphotos

«Helsesøster har mye oppmerksomhet på tidlig samspill mellom foreldre og barn.»

avisen i deres barndom uten at de har tatt skade av det. En avis kan likevel være en mulighet for felles fokus og samtale når den ligger på bordet. I tillegg er det et stort poeng at avisen ikke tas med rundt når



man skal på do, på butikken, ut i hagen, på soverommet, på fjellet og så videre, i motsetning til mobilen. Avisen blir derfor mindre avhengighetsskapende.

Reparere samspill

Vi kan også møte på foreldre som tenker at barnet ikke har behov for full oppmerksomhet hele tiden. Det stemmer. Barn trenger å lære at samspill kan

«I og med at barnet selv ikke har reguleringsferdigheter, kan det lett bli overveldet.»

repareres, og det lærer de gjennom brudd i samspillet. Under en samspillsfrekvens kan telefonen ringe, mor snur seg unna barnet og svarer telefonen, og deretter gjenoppretter hun samspillet igjen. På denne måten får barnet gode erfaringer om at samspillet repareres, og barnet vil etter hvert utvikle selvreguleringsferdigheter.

Når samspillet ikke gjenopprettes, kan det oppstå samspillsproblemer og dysreguleringer (5). Bruk av mobil mens barnet ligger til brystet, kan føre til flere sekvenser hvor barnet søker blikkontakt hos mor, men blir oversett. Det er ofte ikke barnets gråt som blir oversett, for den hører man. Men når barnet blir hyperaktivert, skvetter til, får store øyne og armer som går, kan det være vanskelig for foreldre å se at barnet trenger hjelp til regulering.

Jeg mener at denne responsen fra foreldre kan likne mye på responsen vi ser i «still-face»-eksperimentet hvor omsorgsgiver skaper forvirring hos barnet ved å ha et uttrykksløst ansikt samtidig som at blikkontakt er opprettholdt (6). Dette kan sammenliknes med depresjon hos mor.

Når vi danser i takt

Barn trenger aktiv tilstedeværende og sensitive foreldre som kan være deres affektregulatorer (5). Ifølge tilknytningsteori knytter alle barn seg til sine omsorgsgivere uansett hvordan de blir behandlet. Det må de for å overleve. Men de knytter seg på ulike måter avhengig av det følelsesmessige samspillet mellom omsorgsgiver og barn (7).

Barn utvikler et syn på seg selv og sine omsorgsgivere på grunnlag av tidligere erfaringer med samspill. Det innebærer at barn som ofte får dekket sine behov

via omsorgsgiver, vil forvente at det samme mønsteret fortsetter. Mens barn som blir oversett, etter hvert ikke forventer å bli sett.

Smith og Ulvund sier at barnet fødes predisponert for sosialt samspill. Samspill handler blant annet om samregulering av atferd: At barnet lærer seg hvilket handlingsmønster som fungerer sammen med andre mennesker. Det innebærer samhörighet med felles oppmerksomhet som gir følelse av nærhet samt anledning for instruksjon, ved at barnet erverver seg forståelse av omverdenen gjennom samspill med den voksne (8). Dette observerer vi helsesøstre i konsultasjoner. Vi veileder foreldre hvis vi ser noe mangelfullt, som for eksempel stimulering og tur-taking.

Reguleringsstøtte

«Toleransevinduet» er et begrep fra Siegel (4). Det er et sentralt begrep innen traumepsykologi. Modellen gir en billedlig forklaring på spennet av aktivering som er optimalt for et menneske. Når man er innenfor toleransevinduet er man mest tilgjengelig for læring, fordi man er oppmerksom til stede i situasjoner og i relasjoner til andre mennesker.

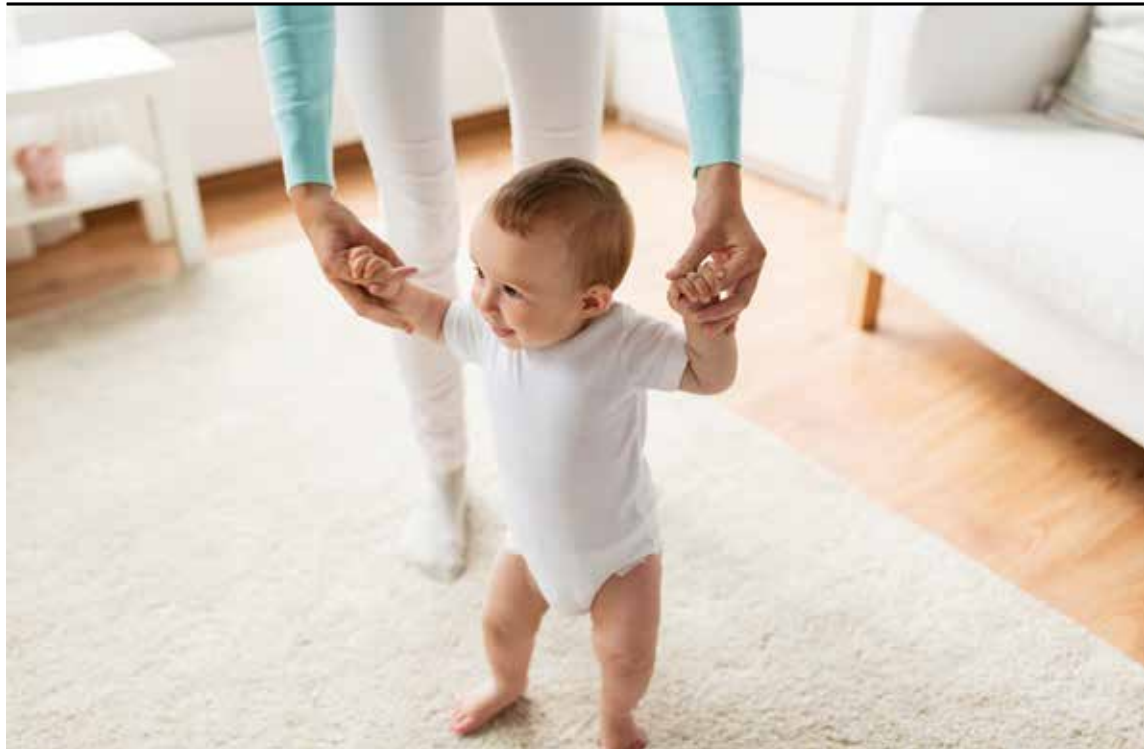
Grensene for toleransevinduet er individuelt. Hyperaktivisering kan vise seg som hjertebank, uro og rask respirasjon, mens hypoaktivisering viser seg som for eksempel avslapning av muskeltonus. Et barns toleranse for stress vil også variere ut fra dagsform og andre omstendigheter (4).

Spedbarn har et mye smalere toleransevinduet enn voksne. Det skal lite til før de føler at ting blir uheldig eller overveldende. Mye av det som er ukjent kan oppleves som truende – som høye lyder, brå bevegelser og andre stimuli som oppleves å være intense.

I og med at barnet selv ikke har reguleringsferdigheter, kan det lett bli overveldet. Omsorgspersonen må derfor være barnets reguleringsystem (4). Når mor trøster et barn når det er redd, er det en hjelp til selvregulering. I et samspill mellom mor og barn, vil dette være gjentakende og barnet vil etter hvert lære seg og regulere egne affekter. På den måten modnes barnets affektregulering etter hvert som det vokser til.

Hjelp til selvhjelp

Opparbeidelse av gode erfaringer gjennom å bli regulert i ulike situasjoner og gjennom ulike affekter, øker barnets toleransevinduet. Denne informasjonen lagres så i hjernen, slik at barnet blir rustet til å selv kunne regulere seg i større grad senere. (4). Nevrobiologisk forskning viser at det er sammenheng med hvilke



omsorgserfaringer man har og hvordan hjernen håndterer trusler og belastninger senere i livet (9).

De fleste foreldre ønsker å ruste barnet sitt så godt som mulig for fremtiden, og sannsynligheten for at barn en gang kommer til å møte trusler eller belastninger på et tidspunkt, er stor. Med denne forskningen som grunnlag, har helsesøstre en inngangsport for å snakke om hyppig mobilbruk som en trussel mot gode omsorgserfaringer.

I min praksis som helsesøster ser jeg at de trygge, rolige, tilstedeværende foreldrene gjerne har roligere barn. Barna er ofte mer tilfreds fordi foreldrene er sensitive for barnets signaler. De trenger ikke å bli høyaktivert før foreldrene reagerer, enten det gjelder sult, trøst, kontakt, tretthet eller affekter.

Når foreldre ikke svarer på barnets signaler eller er i stand til å dekke dets behov, vil det kunne føre til at barnets toleransevindu blir smalere. Det skal dermed mindre til for at barnet blir over- eller underaktivert, og det blir vanskeligere for foreldrene å tolke barnet. Dysregulerte barn kan gi foreldre dårlig selvtillit fordi de føler at de ikke forstår barnet sitt, og dermed fortsetter å svare med vedvarende sviktende samspill, slik man også kan se når mor har fødselsdepresjon (7).

Når reguleringen svikter

Mens vold og annen grov form for omsorgssvikt ofte er akutt, er phubbing en form for omsorgs-

svikt som kommer snikende. Det kan være vanskeligere for helsesøster å se alvorligheten i denne type oppmerksomhetssvikt. Som helsesøster og småbarnsmor vet jeg at barn krever mye av deg, opptil 24 timer i døgnet, i flere år. Man skal alltid passe på at barnet er tørt og bekvemt, respondere når barnet er sultent, stimulere, se, snakke med og trøste barnet. Jeg undrer meg over hvordan man får regnskapet til å gå opp, når det viser seg at foreldregenerasjonen i gjennomsnitt bruker 5,8 timer i døgnet på sosiale medier.

Flere foreldre jeg møter i konsultasjoner kommenterer «tidsklemma» som et aktuelt og frustrerende faktum. De føler at de ikke strekker til for barna sine på bekostning av ønsket kvalitetstid med familien. Det er på mange måter underlig, når det viser seg at foreldre aldri før har hatt så mye tid med barna sine som nå (10). En stor forskjell fra tidligere, er at den tiden foreldrene tilbringer med barna, samtidig brukes til å sjekke sosiale medier.

Barnas rollemodeller

Det er også et viktig poeng at foreldre er barnas rollemodeller. Barn lærer mest av det foreldre gjør, og minst av det foreldre sier. Ved å gå rundt med mobilen i hånda, gjør man det legitimt for barnet også når de vokser til. I tillegg vil barnet oppfatte foreldrene som lite engasjert og interessert.

SAMSPILL: Barnet bruker omsorgspersonen for å regulere egen aktivering. Dette er et viktig element for utvikling av trygg tilknytning og selvregulering. Foto: Mostphotos

Gerhardsen sier at man hjelper barnet til en god selvfølelse ved å sette av tid til barnet hver dag. Selvfølelsen preges av hvordan barnet blir møtt, noe som gjør at all den tiden du tilbringer sammen med barnet ditt vil være med på å forme selvfølelsen på en eller annen måte (11).

Man glemmer å være til stede i situasjonen. Spedbarn har ingen glede av å bli tatt bilde av, men barnet har stor glede av tilstedeværende foreldre. Vi lever fremdeles i gammeldagse kropp og hjerner som trenger nære

«Mange kommenterer tidsklemma, enda det viser seg at foreldre aldri før har hatt så mye tid med barna sine som nå.»

relasjoner – føle samhörighet, trygge rammer, å bli sett og være sammen – for å ha det godt.

Flere ulike faktorer bidrar til en uheldig utvikling hos barnet, som eksempelvis at foreldrene er asosiale eller svikter i oppmerksomheten (3). Dette kan muligens bli fremtredende ved foreldres hyppig bruk av sosiale medier. Foreldre blir uoppmerksom, og lite sensitive ovenfor barnets signaler. Foreldre vil trolig få en forsinket reaksjon med å hjelpe barnet å regulere seg inn i toleransevinduet, og barnet vil ofte være over- eller underaktivert.

Forebyggende tiltak

Det kan gi store forandringer i samtlige hjem om man begrenser tid på sosiale medier. Hva helsesøster opplever som et problem og hva foreldre ser på som en belastning i familien kan variere, men helsesøster sitter på fagkunnskap om samspill og må bringe dette på bane på lik linje med andre risikofaktorer, som for eksempel vold.

Til sammenlikning kan røyking være et vanskelig tema å snakke om, fordi samtalen må handle om foreldrenes måte å leve livene sine på og hvilke valg de tar. Men når forskning viser at det kan være sammenheng mellom krybbedod og foreldre som røyker, har man en innfallsvinkel som ofte vil engasjere foreldre.

På samme måte må man finne en innfallsvinkel for å ta opp mediebruk, som vil engasjere foreldrene i samtalen. Selv om foreldrene er eksperter på barnet sitt, er helsesøster ekspert på faget sitt. Helsesøster må tørre å stå i situasjoner som kan være ubehagelig, hvis det kan virke forebyggende.

Være på vakt

Helsesøsters oppgaver er å forebygge sosiale problemer, noe som kan springe ut fra, for eksempel, dårlig regulerte samspill mellom foreldre og barn. Å forebygge er bedre enn å reparere. Man kan redusere de negative faktorene eller forsterke de positive som fremmer folkehelse.

Vi som helsesøster må være ekstra på vakt der det er flere risikofaktorer til stede. Som for eksempel hos premature barn som kan være hypersensitiv og ha liten kapasitet til stimulering. Desto flere risikofaktorer barnet har, desto større sjanse er det for at barnet utvikler psykisk uhelse.

Alle barn vil lide under å ha foreldre som ikke viser ekte tilstedeværelse eller er sensitive i relasjonen. Jeg tenker at vi som helsesøster har en viktig jobb å gjøre med å løfte frem temaet i samtaler med foreldre.

Det kan tenkes at foreldreforberedende kurs kan være en fin første arena for å åpne opp rundt temaet. Da er foreldrene spente og klare for det nye barnet de venter. Når man først har snakket om temaet én gang, videreføres det lettere når man kommer på hjemmebesøk etter at barnet er født. Da er helsesøster på familiens arena, og hun/han vil kunne få et større innblikk i hvordan familien lever sin hverdag. ■

Referanser

1. NRK. Usosial mobiltitting har fått eget navn. 2014. Tilgjengelig fra: <http://www.nrk.no/kultur/usosial-mobiltitting-fatt-eget-navn-1.11660648> (nedlastet 26.05.2017).
2. Olsen E. Hvordan snakker du til millennials? Tilgjengelig fra: <http://www.tns-gallup.no/kantar-tns-innsikt/hvordan-snakker-du-til-mille...> (nedlastet 12.05.2017).
3. Grøholt B, Sommerchild H, Garløv I. Lærebok i barnepsykiatri. Oslo: Universitetsforlaget; 2008.
4. Nordanger DØ, Braarud HC. Utviklingstraumer. Regulering som nøkkelbegrep i en ny traumepsykologi. Bergen: Fagbokforlaget; 2017.
5. Hansen MB, Slinning K, Moe V. Håndbok i sped- og småbarns psykiske helse. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2010.
6. Braarud HC, Nordanger DØ. Kompleks traumatisering hos barn: en utviklingspsykologisk forståelse. Psykologtidsskriftet. 2011;48(10). Tilgjengelig fra: http://www.psykologtidsskriftet.no/?seks_id=154970&a=2 (nedlastet 29.05.2017).
7. Killen K. Barndommen varer i generasjoner – forebygging er alles ansvar. Oslo: Kommuneforlaget; 2013.
8. Smith L, Ulvund E. Spedbarnsalderen. Oslo: Gyldendal; 2004.
9. Nordanger DØ, Braarud HC. Regulering som nøkkelbegrep og toleransevinduet som modell i ny traumepsykologi. Psykologtidsskriftet. 2014;51(7). Tilgjengelig fra: http://www.psykologtidsskriftet.no/?seks_id=424651&a=2 (nedlastet 12.05.2017).
10. Ellingsæter AL, Leira A. Tidskrise i familien. Velferdsstaten og familien. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2004.
11. Gerhardsen E. Se på meg! Gode råd om barn og selvfølelse. Latvia: Cappelen Damm; 2012.

Er du på Instagram? Det er vi og!

Over 6.000 følger Sykepleien på Instagram. Her finner du bilder av og for sykepleiere. Følg oss du også!

Merk bilder fra din sykepleierhverdag med **#yrkesykepleier** så kommer ditt bilde kanskje i Sykepleien!



Sykepleien



Digitalisering på agendaen



Av Malin Iversen, barnehagesjef, Østre Toten kommune

Østre Toten kommune har satt digitalisering på dagsordenen og innført porteføljestyling som arbeidsform. Hva med et søknadsfritt optakssystem? En tanke er sådd ...

Men hva har dette med barnehagene å gjøre? I 2011 ble barnehagesektoren innlemmet i rammefinansieringen i kommunen. Barnehagesektoren i Østre Toten – som i så mange andre kommuner – opplevde at de økonomiske rammene ble strammet inn. På jakt etter nytt håp og nye muligheter så sektoren seg om etter nye måter å jobbe etter: Hva kunne vi forenkle, forbedre og fornye oss på?

En idé om å ha et digitalt kommunikasjonsverktøy mellom barnehagene og hjemmet dukket opp på barnehagekontoret. Hvordan skulle vi få det til med strammere rammer enn noen gang? Med engasjement og pågangsmot fra daværende barnehagesjef og ved involvering av IKT-medarbeider som var student på innovasjonsskolen, var ingenting umulig. «I hoppes», som vi sier på Toten, og så startet et spennende forbedringsarbeid der brukerinvolvering ble prioritert høyt.

Nytenkning

Det fantes flere leverandører av digitale kommunikasjonsverktøy. Kommunen kunne gjort som den pleide å gjøre – kjøpt ett av dem, installert det og si «ferdig med det». Isteden ble nye arbeidsformer utprøvd, der systemet ikke var i fokus, for å identifisere hvilke arbeidsprosesser barnehagene kunne forbedre. Hva slags gevinster skulle nye måter å kommunisere på gi oss?

Det ble gjort en grundig endringsanalyse, der foreldre, ansatte, administrasjon og IKT arbeidet sammen om å finne ut av dette. Tanker og ideer ble delt, og vi fikk identifisert nye gevinster som kunne forenkle, forbedre og fornye barnehagens og hjemmets måte å kommunisere på.

Lang historie kort: Østre Toten kom-

«'I hoppes', som vi sier på Toten.»

mune valgte MY Kid som den leverandøren som kunne levere det produktet som innfridde flest av brukerens ønsker, og som samtidig ga kommunen mulighet til å være med på å påvirke utviklingen videre i et «fyrårnsamarbeid».

Veien videre

Hvordan få en barnehageplass uten å søke? Kan det være et brukervennlig optakssystem som gjenbraker data kommunen allerede har? Kan helsestasjonen og barnehagesektoren få til et samarbeid rundt digitalisering?

Barnehagesektoren i Østre Toten har fått smaken på nytenking. Nytt prosjekt og forbedringsarbeid er på gang – «Optak barnehage». Etter brukerinvolvering har prosjektet Optak barnehage endret totalt arbeidsretning. Vi jobber nå med å få en automatisert måte å kjøre optak på, uten at foreldrene må søke om barne-

hageplass. Er dette mulig? Ja, det tror vi.

Digitalisering

Det offentlige vet allerede mye om barna og foreldrene. Folkeregisteret vet hvor de bor, Kontakt- og reservasjonsregister vet hvordan vi når foreldrene elektronisk, helsestasjonen følger allerede opp barna, lovverket definerer barnehageplass som en rettighet barna har, og Altinn kan ha lagret elektronisk samtykke fra foreldrene som åpner for gjenbruk og utveksling av data mellom offentlige instanser.

Med brukerne i sentrum skal vi ta utgangspunkt i behovene til de forskjellige partene i en optaksprosess og utvikle det som trengs på en smidig måte. Tett samarbeid og dialog skal prege utviklingen, slik at det som hjelper mest og best de forskjellige parter, prioriteres og utvikles.

Erfaringsdeling gir frukter

Barnehagesektoren i Østre Toten har med glede delt sine erfaringer fra forbedringsarbeidet tilknyttet kommunikasjonsverktøy i barnehagene og fra andre prosjekter som senere har sett dagens lys. Overføringsverdi fra barnehage har bidratt inn i prosjektet «Trøkk 3.0», som er rettet mot kommunikasjon mellom eldresenter og pårørende. Det har blitt en suksess.

Det oppskaleres på nytt i retning «helhetlig kommunikasjonsplattform». Dette skal konkretisere visjonen om kommune 3.0 / fellesskapskommunen – som gjennom å kople sammen samfunnet (inn-



DIGITALISERING: Barnehage-sektoren i Østre Toten kommune har fått smaken på nytenking. Illustrasjon: Gregory Baldwin / Ikon Images

byggere, næringsliv, politikere, ansatte, frivillige, lag og foreninger med flere) vil skape en kommunikasjonsplattform som muliggjør målrettet kommunikasjon på tvers av hele samfunnet.

Denne tilnærmingen til samfunnet, med den digitale understøtten, er noe som ikke finnes i Norge (i hvert fall ikke så vidt vi vet). Dette er innovasjon – å skape noe nytt til noe bedre. Hvordan

dette vil ende, kan vi ikke spå, men én ting er sikkert: Østre Toten kommune vil være med på innovasjonsarbeidet videre og sette digitalisering på dagsordenen. ■

ANNONSE

MAM Manual Breast Pump

Enkel, bekvem og individuelt tilpasningsbar

MAM

mambaby.com

ROTTERBAR TRAKT

REGULERBAR PUMPESTYRKE

ERGONOMISK PUMPEHÅNDTAK

Takk til alle som deltok på Helsesøsterkongressen!

Dersom dere ikke hadde mulighet til å motta et visningseksemplar av MAM brystpumpe samt MAM brystskjold, ta kontakt med oss så sender vi dere gjerne et visningseksemplar til helsestasjonen.

Bestill kostnadsfritt på mail
bvc@bambino-mam.se

Har du spørsmål er du velkommen til å ringe til vår sykepleier Mia Bramsgård på telefon +800 545 180 70



BPA
BPS
free



@mam

@mambaby_nordic



Tydelige, tilgjengelige og kompetente

Da vi fikk vedtatt en opptrappingsplan fra 2014 og en plan for skolehelsetjenesten i 2016, var det klart at den jobben vi hadde gjort over flere år, førte frem. Som leder ble jeg utfordret på de fleste områder, og tålmodigheten ble satt på en stor prøve.

Jeg ble utdannet helsesøster i 1992 og har vært leder i 21 av disse årene. I flere år jobbet jeg direkte med brukere samtidig som jeg var leder, inntil jeg ble ansatt som tjenesteområdeleder på heltid ved Lillehammer helsestasjon i 2006. Lillehammer har 28 000 innbyggere og rundt 290 fødsler hvert år.

Krevende balansegang

En viktig forutsetning for mitt lederansvar har vært å vite hva helsestasjonstjenesten har av oppgaver i henhold til forskrift og retningslinjer, og hva som skal til for at de blir utført forsvarlig og med god kvalitet.

Kravene til helsetjenester til barn og unge har endret seg mye de siste ti årene; det samme har kravene til kompetanse og egnethet hos helsesøstrene. Dette er alltid bakteppet når vi skal videreutvikle tilbudene.

Som leder blir du utfordret faglig og organisatorisk. En leder skal både lede og administrere. Denne balansegangen kan til tider være krevende og altopp-

man både bevare et godt arbeidsmiljø og sørge for at vi sammen kan skape et mestringssklima, slik at dette gir et tilbud til barnets beste.

Uholdbar situasjon

Da jeg startet opp ved Lillehammer helsestasjon, ga jeg meg selv tre–fem år til å få til endring og utvikling – spesielt for skolehelsetjenesten. Realiteten den gangen var at tre–fire helsesøstre «sprang» mellom tolv skoler og gjorde absolutt så godt de kunne ut fra de få ressursene som var tilgjengelige.

Det ble til og med sagt av enkelte ansatte at «skolehelsetjenesten kan vi like godt legge ned», da de ikke så noen hensikt i å jobbe på denne måten. Dette var en uholdbar situasjon for både de ansatte og skolene.

I 2007 gjennomførte vi derfor en kartlegging av tjenestene og en påfølgende omdisponering av stillingsressursene. Når vi gjennomgikk de disponible ressursene, ble det veldig tydelig hva vi manglet. Den statlige minstenormen ble brukt som grunnlag for omfordelingen.

Vi utarbeidet også en strategi for å få synliggjort dette arbeidet, for å vise både politikere og administrasjonen hvilke avvik den opprinnelige situasjonen medførte sett i forhold til de tjenestene vi egentlig var pålagt å tilby. Vi satte oss et felles mål som tjenestene skulle jobbe ut fra: De skulle være tydelige, tilgjengelige og kompetente.

Forebyggende og helsefremmende

Parallelt med dette ble det på nasjonalt nivå innført statlige føringer som samhandlingsreformen og folkehelseloven. En rød tråd i disse føringene var begreper

«Tre–fire helsesøstre ‘sprang’ mellom tolv skoler.»

slukende. Driften og målet med tjenestene er alltid viktigst – samtidig skal man skape rom for utvikling med gode og involverende prosesser, motivere, være visjonær og samlende.

Som leder må man være tydelig på målet, samtidig som kommunikasjonen og åpenheten med de ansatte står sentralt. I en endrings- og utviklingsfase skal

som «tidlig inn», «forebygging», «helsefremming» «samhandling», begreper som flere tjenester i kommunen nå begynte å ta i bruk.

For helsestasjonstjenestene var dette allerede kjente prinsipper. Som helsesøstre har vi spesialutdannelse og kompetanse nettopp innen forebyggende og helsefremmende arbeid, og med utgangspunkt i det ble vi også premissleverandør internt i kommunen.

Gradvis økte forståelsen og innsikten fra flere tjenester, ledere og politisk miljø om hvilket oppdrag og mandat helsestasjonstjenesten faktisk har i en kommune. Vi følte at vi frem til da hadde vært en «hemmelig tjeneste» som jobbet i det stille.

Opptappingsplan

Etter flere informasjonsrunder til politikerne i kommunen kom det et ønske om en opptappingsplan for skolehelsetjenesten. Endelig! Nå fikk vi virkelig en gylde mulighet til å dokumentere hva vi ikke utførte av oppgaver sett ut fra anbefalte retningslinjer, og det ble en mulighet til å synliggjøre behovet for å øke antallet stillinger.

Opptappingsplanen ble vedtatt i kommunestyret i 2014. Politikerne forutsatte i vedtaket at vi måtte utarbeide en plan for skolehelsetjenesten i Lillehammer for perioden 2015–2018. Denne planen ble utarbeidet og vedtatt i februar 2016, og tatt i bruk fra skoleåret 2016/17.

Styrking av helsestasjonene

I samfunnet for øvrig var det også flere sentrale politikere fra ulike partier som nå hadde begynt å snakke om hvor dårlig helsetilbudet til barn og unge var i skolene, og at de ønsket å styrke helsestasjonstilbudet over hele landet. Ikke minst kom ungdommene selv på banen og etterspurte et økt tilbud. Det ble derfor ikke vanskelig å få synliggjort hvordan tilbudene gjennom tiår hadde blitt bygget ned.

Som en følge av dette ga staten i 2014 blant annet frie midler til kommunene, som skulle gå til styrking av helsetjenestene til barn og unge, og da spesielt til helsestasjonstjenesten.

Jeg er kjent med at flere kommuner ikke bevilget pengene til styrking av helsestasjonene. For Lillehammer kommune ble det annerledes. Her hadde politikerne vedtatt en opptappingsplan av skolehel-



setjenesten. Vi fikk derfor en reell styrking av tjenesten.

For at vi året etter igjen kunne søke nye midler for 2016, måtte det dokumenteres at pengene var gått til det de var ment å brukes til. På denne måten kunne vi søke flere midler, og penger ble innvilget.

Veien videre

Vi er enda ikke i mål, men har kommet et godt stykke på vei. Det har vært en spennende reise! Skolehelsetjenesten er styrket på alle skolene, og det gir positivt utslag på kvalitet, innhold, tilstedeværelsestid og samhandlingen med andre tjenester.

Troverdigheten og tilliten til tjenesten bygges nå gradvis opp igjen. Dette hadde ikke vært mulig om ikke de ansatte, tillitsvalgt og teamkoordinatorene sto sammen med lederen om felles mål. Alle har vi i perioder vært frustrerte. En slik omstilling krever tålmodighet, kamplyst, engasjement, tro på saken, godt humør og energi – i tillegg til god ledelse på alle nivåer. Vi må være troverdige, saklige og synlige.

Neste konkrete mål er å implementere de nye retningslinjene for helsestasjonstjenesten og sikre kvaliteten i all deltjenestene. Det er klart presisert i de nye retningslinjene at dette er et lederansvar. Jeg ser frem til i enda større grad å kunne konsentrere meg om innholdet og kvaliteten i tilbudene, slik at vi kommer enda nærmere målet om tydelige, tilgjengelige og kompetente tjenester. ■

ERFARING: Brita Ødegaard har jobbet som helsesøster siden 1992. Foto: Privat



Vi bør kunne administrere p-stav og spiral

Våre erfaringer fra Lillehammer er at også helsesøstre fint kan administrere inntak og uttak av spiral og p-stav. Det handler om trening for å bli en trygg utøver.

FAKTA

Av Åshild Stangeland,
helsesøster, Lillehammer
kommune

regjeringens handlingsplan Snakk om det! Strategi for seksuell helse (2017–2022) (1) pekes det på at lett tilgjengelighet til prevensjon, god veiledning og tilgang til flere sikre prevensjonsmetoder har vært viktige tiltak i innsatsen for å forebygge uønskete svangerskap og abort.

Internasjonale kunnskapsoppssummeringer anbefaler økt bruk av langtidsvirkende prevensjon (LARC) som p-stav, hormonspiral og kobberspiral, og norske helsemyndigheter anbefaler i tråd med dette at flere kvinner gis mulighet til å velge p-stav og spiral (2).

Disse prevensjonsmetodene gir best beskyttelse mot graviditet, er mer brukervennlige enn andre typer prevensjon og er uten farlige bivirkninger.

Mengdetrening

På Lillehammer har vi opplevd en markant økning i bruk og etterspørsel av både p-stav og spiral siden 2016, spesielt i aldersgruppen 20–24 år. Etter at LARC har blitt tilgjengelig på helsestasjonen for ungdom, ser vi også en økning av bruken hos de yngre jentene, ned til 16 år.

«Vår erfaring er at det ikke er noen kvalitetsforskjell på hvem av oss som legger det inn.»

På Lillehammer helsestasjon jobber helsesøster og jordmor side om side, og både jordmor og helsesøster administrerer inntak og uttak av p-stav og spiral. Vi har satset på å samle denne kompetansen hos jordmor

og helsesøster, da vi stadig har nye leger.

På helsesøsterkongressen i år traff jeg mange flotte helsesøstre og ledere, som hadde en formening om at jordmødre er bedre kvalifisert til å legge inn spiraler. Vår erfaring er at det ikke er noen kvalitetsforskjell på hvem av oss som legger det inn; det er en prosedyre som må læres. Det handler mest om å få litt mengdetrening for å bli en trygg utøver.

Prosjekter

Et av prosjektene var Familieplanlegging og forebygging av aborter og uønskete graviditeter for ikke-vestlige minoritetskvinner i Lillehammer kommune, forkortet FAMILI.

Det begynte egentlig i 2013, før jordmødre og helsesøstre fikk utvidet rekvireringsrett. Kommunejordmødrene Berit Fougner og Guro Grøv Svensen startet opp et prosjekt for å gi ikke-vestlige minoritetskvinner et gratis kvinnehelsetilbud. Minoritetskvinner kunne komme til helsestasjonen for å ta celleprøver, få gratis prevensjon eller bare ta en prat om graviditet, fødsel, familieplanlegging og kvinnehelse generelt.

Bakteppet var en nasjonal satsing fra helsemyndighetene, da forskning viste at det tas flere aborter blant ikke-vestlige minoritetskvinner enn blant etnisk norske.

– Vårt mål var blant annet å hjelpe kvinnene, slik at de lettere kan kontrollere når de ønsker å få barn, sier Fougner og Svensen.

De har årlig fått prosjektmidler fra Fylkesmannen i Oppland og dermed hatt mulighet til å forlenge satsingen.

I forbindelse med prosjektet for minoritetskvinner kjøpte helsestasjonen blant annet inn en sterilisator



og annet nødvendig utstyr for å kunne administrere p-stav og spiral.

Trygg sex

Helsestasjonen hadde dermed nødvendig utstyr og kompetanse på plass da prosjektet Trygg sex – helsestasjon for studenter og unge voksne 20–25 år ble etablert i januar 2016. På samme tid kom rundskrivet om helsesøsters og jordmors utvidete rekvireringsrett (4).

Prosjektet var et samarbeid mellom helsestasjonen, studentsamskipnaden på Lillehammer og Sex og samfunn i Oslo. Et tilskudd fra Helsedirektoratet skulle gå til å styrke studenthelsetilbudet innen seksualitet for studenter og unge voksne i alderen 20–25 år.

Studentsamskipnaden avdeling helse utvidet sitt tilbud med økt kapasitet på campus Storhove, Høgskolen i Lillehammer. Helsestasjonen utvidet sitt ungdomshelsetilbud med kveldsåpent en gang i uken for studenter og unge voksne. Sex og samfunn bisto med kompetanseheving gjennom kurs, foredrag og veiled-

ning av helsepersonell med fokus på ung seksualitet.

Prosjektets hovedmål var å styrke tilbudet innen seksuell og reproduktiv helse til studenter og unge voksne i Lillehammer kommune. Det innebar å forebygge seksuelt overførbare infeksjoner, uplanlagte graviditeter og abort samt å øke kompetansen på seksuell og reproduktiv helse blant helsepersonell.

P-stav-opplæring

Prosjektet varte fra januar 2016 til juni 2017. Jenter mellom 20 og 24 år fikk gratis langtidsvirkende prevensjon i prosjektperioden. Da vi startet prosjektet, hadde vi allerede to kompetente jordmødre til å administrere LARC fra dag én. Som eneste helsesøster i prosjektet ønsket jeg å sikre meg kompetanse både på innleggelse og uttak av p-stav og spiral.

P-stav-opplæring, inn- og uttak, fikk jeg gjennom Sex og samfunn. For at jeg skulle få lagt inn spiral under veiledning, tok vi kontakt med Bayer. De formidlet kontakt med en jordmor fra Oslo jordmor og

LARC: På Lillehammer helsestasjon jobber helsesøster og jordmor side om side, og både jordmor og helsesøster administrerer inntak og uttak av p-stav og spiral. Foto: Ylva W. Krog



kvinnesenter, som kom til vår arbeidsplass og veiledet oss i innsetting av spiral.

Vi hadde på forhånd rekruttert kvinner som ønsket å få satt inn spiral, slik at vi kunne få gjennomført den praktiske veiledningen. Bayer har finansiering som er godkjent av Helsedirektoratet, og kan dermed tilby denne typen veiledning og opplæring kostnadsfritt.

I løpet av prosjektperioden fikk 110 kvinner spiraler og 256 kvinner p-staver, administrert av helsesøster og jordmor.

Økt bevissthet

Prosjektet har også resultert i at vi fortsetter å ha tilbud om helsestasjon for studenter og unge voksne, med midlertidig støtte fra Fylkesmannen, student-samskipnaden og høyskolen. Etter prosjektets slutt deler vi ikke lenger ut gratis p-staver og spiral, men vi har like stor pågang. Vi merker at studentene har fått økt bevissthet om sin seksuelle helse ved at de

«Samfunnet er forpliktet til å drive forebyggende arbeid for å holde antallet aborter lavt.»

i større grad har et ønske om mer informasjon om langtidsvirkende prevensjon.

Vi har ikke merket noen markant nedgang i etter-spørselen etter p-stav og spiral, selv om de over 20 år nå må betale for det selv. Flere av kvinnene som har fått satt inn p-stav, har ønsket å bytte prevensjonsmiddel, hovedsakelig fordi de har opplevd å få uregelmessige og hyppige blødninger. Mange av disse velger å gå over på hormonspiral i stedet for å gå tilbake til p-piller.

Forskningen tilsier at spiral er å foretrekke blant LARC-metodene på grunn av sjeldnere forekomst av ukontrollerte blødninger, færre hormonelle bivirkninger og lengre virkningstid sammenliknet med p-stav (3).

I starten av prosjektet var det mange av jentene som aldri hadde fått informasjon om eller blitt presentert muligheten for spiral. Et flertall trodde at unge kvinner som ikke hadde født barn, ikke kunne få satt inn spiral. De yngste på helsestasjon for ungdom visste ikke at bidragsordningen også gjelder for LARC. P-stav og spiral er dermed gratis for 16- og 17-åringer.

Vi er i en unik posisjon til å gi oppdatert og grundig

informasjon på helsestasjon for ungdom. Når vi da i tillegg kan gi tilbud om både innsetting og uttak av p-stav og spiral på helsestasjonen, opplever vi at terskelen for å velge nettopp LARC senkes betraktelig.

Ett av målene ved å gi helsesøstre og jordmødre mulighet til å administrere langtidsvirkende prevensjon, var å sørge for lettere tilgjengelighet til LARC-metodene (4). Våre erfaringer peker på at det er nettopp det som skjer. På Lillehammer helsestasjon har LARC blitt et reelt alternativ både for jenter opptil 25 år og minoritetskvinner.

Veien videre

Det lovpålagte helsestasjonstilbudet skal gjelde for ungdom opptil 20 år. I de nye retningslinjene (5) står det at det i noen kommuner kan være ønskelig å utvide helsestasjonen for ungdom til å omfatte ungdom opptil 25 år, spesielt i større byer og kommuner med høyskoler, folkehøgskoler eller andre studiesteder.

Forebygging av uønskete svangerskap og abort er viktig i folkehelsearbeidet (6). Med hjemmel i lov om svangerskapsavbrudd § 1 er samfunnet forpliktet til å drive forebyggende arbeid for å holde antallet aborter lavt (7). Når da kvinner i Norge i aldersgruppen 20–24 år er blant dem med høyest forekomst av selvbestemt abort, er det enda en grunn til at målgruppen for en ungdomshelsetjeneste i en studentby også bør omfatte denne aldersgruppen.

Både relevante forskningsresultater og Helsedirektoratets retningslinjer konkluderer med at LARC er et viktig hjelpemiddel for å redusere uønskete svangerskap (6, 8). På Lillehammer har vi både kompetansen og utstyret, og vi kan fortsette med å tilby kvinner i den aktuelle målgruppen LARC.

De unge jentene på helsestasjon for ungdom er sikret et tilbud om LARC, men de mellom 20 og 25 år har foreløpig bare et midlertidig tilbud, som foreløpig er avhengig av finansiering fra år til år.

Prosjektene FAMILI og Trygg sex har resultert i en stor forbedring av prevensjonstilbudet på helsestasjonen. Kvalitetsforbedringen har vært viktig for å kunne følge opp Helsedirektoratets anbefalinger og relevant forskning.

Andre må komme etter

Selv om vi har fått drahjelp av prosjektmidler, tenker jeg at noe tilsvarende er fullt ut gjennomførbart i andre kommuner. Ressursene som kreves for å etablere et tilbud om LARC, er litt teknisk utstyr og opplæring av ansatte.

Jeg kjenner bare til en annen helsesøster som legger inn spiraler: Mariann Olsvik, som jobber på Sex og samfunn i Oslo. Mulig det er flere, men på helsesøsterkongressen i 2017 ga de fleste uttrykk for at det fortsatt var en vei å gå. Hva er det som hindrer helsesøstre i å innføre et tilbud for ungdom på sine helsestasjoner med så god faglig begrunnelse?

Spiral er digg!

I starten av min sykepleierkarriere jobbet jeg på gastrokirurgisk avdeling og gikk rundt med en prosedyrebok i lomma. Vi ble stadig utfordret på nye prosedyrer og veiledet hverandre fortløpende. Denne siden av sykepleieren i meg har våknet til liv igjen. Dette er gøy! Øvelse gjør mester!

Ja, jeg innrømmer gjerne at det var litt skummelt i starten. Alt nytt må læres. Jeg klarer fortsatt ikke alltid å kjenne om livmoren er antevertert (foroverbøyd) eller retrovertert (bakoverbøyd), men det går bra likevel. Ja, jeg ble litt nervøs da en jente ble svimmel og kvalm og kastet opp etter innsettelsen. Denne typen reaksjon kan forekomme, men det er ikke så ofte vi ser det.

Vi forbereder dem på at det kan kjennes ut som intense menstruasjonssmerter. I forberedelsesfasen pleier vi også å nevne at det kan være lurt å ikke ha så mange planer etter innleggelsen. Da kan det være godt bare å dra hjem og legge seg under et varmt ullteppe.

Selv om innsettelsen kan være smertefull, sier flertallet at den var verdt det. Vi legger ofte en varm rispose over den nedre delen av magen; mange sier at det lindrer. Flere forteller at de trodde det skulle være mye verre enn det faktisk var.

Storparten er fornøyde med å ha sikker prevensjon i fem år, og slippe å huske å måtte ta en pille til et bestemt tidspunkt hver dag. Senest denne uken var det en 17-åring på kontroll som sa: «Spiral er bare så digg!» ■

Referanser

1. Helse- og omsorgsdepartementet. Snakk om det! Strategi for seksuell helse (2017–2022). Oslo; 2016. Tilgjengelig fra: https://www.regjeringen.no/contentassets/284e09615fd04338a817e1160f4b10a7/strategi_seksuell_helse.pdf (nedlastet 12.12.2017).
2. Helsedirektoratet. Spiral og p-stav (langtidsvirkende reversibel prevensjon – LARC) [internett]. Oslo: Helsedirektoratet [oppdatert 25.09.2017; sitert 08.12.2017]. Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/folkkehelse/seksuell-helse/spiral-og-p-stav-langtidsvirkende-reversibel-prevensjon-larc>
3. Dean G, Goldberg AB. Intrauterine contraception: devices, candidates, and selection. UpToDate; 2016. Tilgjengelig fra: <http://www.uptodate.com/contents/intrauterine-contraception-devices-candidates-and-selection> (nedlastet 12.12.2017).



SPIRAL: Forskingen tilsier at spiral er å foretrekke blant LARC-metodene. Bildet viser en demonstrasjonsmodell av hormonspiralen Mirena. Illustrasjonsfoto: Tom-Egil Jensen / NTB Scanpix

4. Helsedirektoratet. Utvidet rekvireringsrett til helsesøstre og jordmødre for prevensjonsmidler – Helsesøstre og jordmødres administrering av langtidsvirkende, reversibel prevensjon (LARC). Oslo; 2015. IS-13/2015. Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/publikasjoner/utvidet-rekvireringsrett-til-helsesostre-og-jordmodre-for-prevensjonsmidler-helse-sostre-og-jordmødres-administrering-av-langtidsvirkende-reversibel-prevensjon-larc> (nedlastet 12.12.2017).
5. Helsedirektoratet. Helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Nasjonal faglig retningslinje for det helsefremmende og forebyggende arbeidet i helsestasjon, skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom [internett]. Oslo: Helsedirektoratet [oppdatert 22.11.2017; sitert 08.12.2017]. Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/helsestasjons-og-skolehelsetjenesten>
6. Helsedirektoratet. Handlingsplan. Forebygging av uønskede svangerskap og abort 2010–2015. Strategier for bedre helse. Oslo; 2012. Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/745/Handlingsplan-forebygging-av-uønskede-svangerskap-og-abort-2010-2015-statusrapport-juni-2012-IS-2019.pdf> (nedlastet 12.12.2017).
7. Lov 13. juni 1975 nr. 50 om svangerskapsavbrudd (abortloven). Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1975-06-13-50> (nedlastet 08.12.2017).
8. WHO. Medical eligibility criteria for contraceptive use. Genève; 2009.

**GRATIS TANNPLEIE TIL BARN:**

Den første offentlige tannklinikken i Norge ble opprettet på Ankertorvet i Kristiania i 1910, etter at det ble vedtatt at alle barn i kommunen skulle få gratis tannbehandling. Bare én prosent av barna i folkeskolen fikk behandling det første året. Med begrensede midler og stor tannlegemangel var det først i 1935 at man fikk behandlet samtlige skolebarn. De andre store byene fulgte like etter i opprettelsen av skoletannpleie.

På dette bildet ser vi en liten pike i tannlegestolen hos Oslo kommunale folketannpleie i Møllergata 24. Året er 1941.

Kilde: Den norske tannlegeforenings tidende.







VEILEDERE: Gjennom gruppeveiledning støttes foreldrene i deres omsorgsrolle. Bildet viser fra venstre helsesøster Ulf Johansson, minoritetsveileder Maisa Almuhana, helsesøster Åshild Stangeland og minoritetsveiledere Hiblo Mohamed Abdi og Masode Sultany. Foto: Karen Bleken

Trygge foreldre i et nytt land

For mange minoritetsforeldre er det utfordrende å mestre foreldrerollen her i Norge. Barna tilpasser seg norsk språk, verdier og væremåte, og foreldrene føler at deres respekt og status svekkes.

Tekst **Åshild Stangeland**, helsesøster, Lillehammer kommune

For å møte denne utfordringen har vi i flyktningehelse-tjenesten på Lillehammer tatt i bruk et veiledningsprogram, det såkalte International Child Development Programme (ICDP; se faktaboks). Gjennom gruppeveiledning ønsker vi å støtte foreldrene i deres omsorgsrolle og styrke deres evne til å være sensitive

overfor barna, noe som er viktig for å utvikle en trygg tilknytning (1).

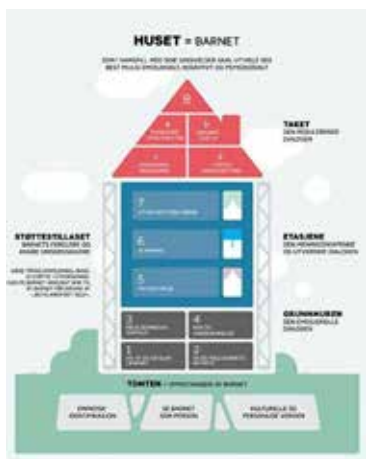
Ved å styrke foreldrerollen håper vi å forebygge psykososiale problemer hos barn og unge. Hva det innebærer å være en god forelder, er nødvendigvis ikke det samme i Norge som i et annet land.

Målet er at deltakerne så tidlig som

mulig skal kunne bygge bru mellom det de kommer fra, og det nye, og se verdiene de har med seg, i sammenheng med norske verdier. For barn som vokser opp i to kulturer, gir dette en mest mulig helhetlig utvikling (1).

Minoritetsspråklige veiledere

Målet med ICDP er å styrke omsorgen



ILLUSTRASJON: Marianne Fjetland / Håndbok for ICDP-veiledere, Bufdir 2016

FAKTA

ICDP

- ICDP står for International Child Development Programme.
- ICDP er et helsefremmende og forebyggende foreldreveiledningsprogram.
- Programmet tar sikte på å styrke barn og unges oppvekstvilkår gjennom veiledning av foreldre og andre omsorgspersoner. Foreldre får en mulighet til å møte andre foreldre for å utveksle erfaringer om foreldre–barn–forholdet.
- Det er flere varianter av ICDP-kurs. Minoritetsvarianten er for foreldre som trenger å snakke med andre om å være foreldre i et nytt land. Veiledningen organiseres i foreldregrupper hvor alle har samme språk, og ledes av sertifiserte veiledere.
- Opplegget for minoritetsvarianten av ICDP er tolv ukentlige samlinger à to timer.
- Programmet har tre dialoger og åtte temaer for godt samspill som enkle hjelpemidler for å bevisstgjøre omsorgspersoner på hvor viktig det er med godt samspill med sitt barn for en sunn følelsesmessig og mental utvikling.
- Programmet tilbys en rekke steder i Norge og i over tretti land verden over.
- Anbefalt av Unicef og WHO.

og oppveksten for barn og unge, ved å støtte foreldre og andre omsorgsgivere i deres omsorgsrolle (2). I flyktningehelsetjenesten gir vi tilbud om minoritetsvarianten av ICDP-programmet, som er beregnet for foreldre med minoritetsbakgrunn.

Vi setter sammen kursene etter språkgrupper; per i dag har vi kurs på tigrinja, arabisk, somalisk og dari. Det er alltid to veiledere. Den ene veilederen er en helsesøster i flyktningehelsetjenesten, den andre har minoritetsspråklig bakgrunn. Vi har foreløpig fire minoritetsspråklige veiledere med samme morsmål som de aktuelle gruppene.

Før vi fikk utdannet minoritetsspråklige veiledere, brukte vi en tolk gjennom hele kurset. Vi har erfart at en viktig suksessfaktor er å bruke en veileder som har samme språk- og erfaringsbakgrunn som deltakerne. Det skaper tillit, og foreldrene opplever seg sett og hørt på en helt annen måte enn om vi bare er etnisk norske veiledere med en tolk som ikke har kjennskap til ICDP.

Trygghet gjennom bevisstgjøring

Vi veiledere er bevisste på å bekrefte det positive som foreldrene allerede gjør. Vi bruker gjerne opplevelser

fra samspill med våre egne barn for å eksemplifisere et tema. Gjennom å være litt personlige har vi inntrykk av at foreldrene føler seg mer likestilte og tør å ta opp ting som kan oppleves utfordrende i samspill med barn.

Gjennom programmet møtes foreldre i grupper for å utveksle erfaringer om sitt forhold til barna sine på sitt eget språk. Målet er at den enkelte mor eller far skal bli trygge foreldre ved å

«Å være en god forelder er nødvendigvis ikke det samme i Norge som i et annet land.»

bli bevisste på hva de gjør som er bra for barna. De får ikke oppskrifter, men hjelp til å finne løsninger for seg og sine barn – gjennom samtaler og øvinger i gruppa, og ideer eller oppgaver som de prøver ut hjemme sammen med barnet sitt. Metoden går i stor grad ut på å lære foreldrene å bli mer bevisste på egen fremferd og hvordan den påvir-

ker barnet, og å fremme et positivt syn på barnet.

Tilbudet gis til foreldre som deltar i introduksjonsprogrammet på Lillehammer læringssenter, og andre minoritetsforeldre som ønsker å delta i en gruppe. Vi samarbeider med andre kommunale tjenester i rekrutteringen av foreldre.

Huset

Bildet av et hus (se over til venstre) er en god illustrasjon på de ulike temaene vi tar opp i gruppene. Det viktige poenget er at de forskjellige temaene skal bygge på hverandre:

Huset er et symbol på barnet, som ved hjelp av sine foreldre eller nære omsorgspersoner (støttestillaset) skal utvikle seg på en best mulig måte.

Å bygge et hus må gjøres i en bestemt rekkefølge. Først må man finne en god tomt, deretter bygger man grunnmuren for etasjene, og til slutt kan man legge taket.

Tomten

Den gode tomten handler om at all god omsorg forankres i et positivt syn på barnet. Klarer vi å se at barnet er en person med egne følelser og tanker? Klarer vi å forstå og møte



ICDP-HUSET: Huset er et symbol på barnet, som ved hjelp av sine foreldre eller nære omsorgspersoner skal utvikle seg på en best mulig måte. Foto: Karen Bleken

barnet som det mennesket han eller hun er? Hvilke verdier ligger til grunn for hvordan vi møter barnet?

Grunnmuren

Grunnmuren må være sterk for at det skal holde huset oppe. Et solid fundament er et bilde på det som bør være på plass mellom foreldre og barna våre før vi kan jobbe med å sette gode grenser. Et nøkkelord er å skape et godt samspill.

vi være gode veiledere for barn som vokser opp med verdier som på hjemmebane og ellers i samfunnet er ulike og kanskje motstridende?

Taket

Taket handler om den regulerende dialogen, om det å sette grenser på en positiv måte. Taket er en viktig del av et hus. Det beskytter mot regn, sol og vind. På samme måte er det viktig å hjelpe barnet til å utvikle forståelse og

ringer og diskutere. Vi lærer av hverandre.

- I møte med alt det nye i Norge er det lett å bli usikker på barneoppdragelse. Jeg har blitt tryggere nå.
- Jeg lærte mye av å diskutere kulturforskjeller.
- Jeg har også skjønnet at jeg faktisk kan lære av barna.
- Etter kurset begynte jeg å skjønne mine barn.
- Kjærligheten i familien har vokst.
- Jeg har bedre kommunikasjon med partneren min om barna. ■

«En viktig suksessfaktor er å bruke en veileder som har samme språk- og erfaringsbakgrunn som deltakerne.»

Tema 1, 2, 3 og 4 utgjør grunnmuren. Alle temaene i huset blir diskutert og berørt gjennom filmsnutter, sanger, dikt, hjemmeoppgaver og refleksjoner.

Etasjene

Etasjene i huset symboliserer tema 5, 6 og 7. Temaene handler om hvordan vi kan hjelpe barna til å skape mening og forstå hva som skjer. Hvordan kan

handlinger som er nødvendige for å forholde seg til den sosiale virkeligheten.

Etter tolv samlinger er dette noe av det foreldrene sier:

- Jeg setter grenser for barnet mitt på en annen måte.
- Jeg har bedre kontakt med barna mine nå. Vi lærte mye om barn og om Norge.
- Det er mye å hente på å utveksle erfa-

Referanser

1. International Child Development Programme. Håndbok for ICDP-veiledere. Oslo: Bufdir; 2016. 18/2016.
2. Bufdir. Foreldreveiledning i grupper (ICDP) [internett]. Oslo: Bufdir; 08.04.2015 [oppdatert 22.11.2017; sitert 08.12.2017]. Tilgjengelig fra: https://www.bufdir.no/Familie/veiledning_til_foreldre/foreldreveiledning_landsoversikt/
3. Folkehelseinstituttet. Gruppetiltak for foreldre styrker barnas utvikling [internett]. Oslo: Folkehelseinstituttet; 04.05.2017 [oppdatert 05.05.2017; sitert 08.12.2017]. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/nyheter/2017/gruppetiltak-for-foreldre-styrker-barnas-utvikling/>
4. Wesseltoft-Rao N, Holt T, Helland MS. Gruppetiltak og kurs for foreldre. Norsk praksis, erfaringer og effekt-evalueringer. Oslo: Folkehelseinstituttet; 2017. Tilgjengelig fra: https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/gruppetiltak-og-kurs-for-foreldre_050517_web_vedertid-forside.pdf (nederlandstet.12.12.2017).

Skolefrukt til elevene – flere muligheter!

For skoleåret 2017/2018 er det tilbud om Skolefrukt til alle norske grunnskoler subsidiert av staten. Det kan enten være foreldrebetalt ordning eller at skolen oppretter felles bestilling som blir betalt av kommunen, skolen, FAU eller andre.

Selv om det er abonnementsordning som tilbys til grunnskoler nå, så er det fullt mulig å ha gratis frukt til alle elevene på skolen. Staten subsidierer Skolefrukt med kr. 1,50, som er 1/3 av prisen til fruktleverandør. Pris til kommune, skole, foresatte eller andre blir derfor kroner 3,- (inkl. mva).

Dersom budsjettene ikke strekker til for frukt hver dag kan en for eksempel ha frukt/grønnsaker to til tre dager per uke. Skolen oppretter da et felles abonnement gjennom Skolefrukt.no som består av en fast bestilling på antall frukt/grønnsaker som skolen skal ha per dag, og skolen får faktura direkte fra lokal skolefruktleverandør basert på levert vare etter hver måned. Skolen kan justere antall dager per uke og/eller den faste bestillingen gjennom hele semesteret, og kan også gjøre midlertidige endringer dersom for eksempel mange av elevene på skolen skal på dagstur.

For mer informasjon. Se www.skolefrukt.no, ta kontakt med oss på support@skolefrukt.no eller ring vårt kundesenter på telefon: 815 20 123.



Eksempler på kostnad per skoleår:

Årlig kostnad for Skolefrukt med levering over **38 uker**. Pris kr. 3,- inkl. mva og frakt til skolen
Beregnet med ulike elevtall og at bestilling er 90 % av elevmassen.

Elever på skolen	60	100	200	300	400
Bestilling Skolefrukt (90 %)	54	90	180	270	360
2 ganger per uke	12 312	20 520	41 040	61 560	82 080
3 ganger per uke	18 468	30 780	61 560	92 340	123 120
4 ganger per uke	24 624	41 040	82 080	123 120	164 160
5 ganger per uke	30 780	51 300	102 600	153 900	205 200



Reproduktiv og seksuell ung i Nord-Gudbrandsdal

Prosjektet Ung i Nord-Gudbrandsdal skal styrke den reproduktive og seksuelle helsen for ungdom i seks kommuner nord i Gudbrandsdalen.

Tekst **Anne Enkerud Lien**, ledende helsesøster, Sel kommune og **Tone Svarverbakken**, merkantil, Sel helsestasjon, tidligere prosjektleder for Ung i Nord-Gudbrandsdal

Illustrasjonsfoto **Andrey Popov / Mostphotos**

Sel kommune har 6 000 innbyggere og Otta som regionsenter. I juni 2015 ble vi på helsestasjonen i Sel kontaktet av Helsedirektoratet, som lurte på om vi var interesserte i å komme på et møte med dem.

På møtet ble vi fortalt om mulighetene til å søke om midler til å jobbe med utfordringer knyttet til ung seksualitet. Hvorfor de tok kontakt med akkurat oss, vet vi ikke, men regionsenterstatus, høye aborttall blant unge jenter og mange positive klamydiaprøver kan være blant årsakene.

Færre brukere

Tidlig på nittitallet innførte Sel kommune helsestasjon for ungdom. Vi har opp gjennom årene prøvd oss frem med ulike modeller, blant annet for åpningstider. Vi har hatt åpent både på kvelds- og dagtid.

De siste årene har vi merket at ungdommene gradvis har sluttet å komme. Noen ganger var det faktisk ingen der. Vi har undret oss over dette og hatt tanker

om å gjennomføre en brukerundersøkelse.

Nå fikk vi denne muligheten. Utpå sommeren 2015 bestemte vi oss for å søke på midlene fra Helsedirektoratet, med mål om å øke antallet ungdommer som benytter seg av tilbudet vårt.

Søknaden blir skrevet

Å skrive en søknad er en prosess i seg selv. Kommunens ledelse, med rådmannen i spissen, må involveres, situasjonen per i dag må kartlegges, mål og tiltak må formuleres.

En forutsetning var at det ble inngått et samarbeid med Sex og samfunn. Vi ble også anbefalt å kontakte Rosa kompetanse. Etter flere telefoner til Helsedirektoratet, Sex og samfunn og kontakt med kommuneledelse ble søknaden utformet og sendt inn.

Spenningen var stor da vi i slutten av september 2015 fikk svar. Én million kroner var tildelt oss, en femdel av den totale potten på fem millioner. Sammen med Lillehammer var vi plukket ut til

å representere Oppland. I tillegg var Rogaland valgt ut.

Seks kommuner

En forutsetning for tildelingen var at det ble inngått et regionalt samarbeid, med Sel som vertskommune. Ungdommene tenker ikke kommunegrensene når de trenger hjelp. Vår erfaring var at ungdom fra de andre kommunene gikk på videregående skole her i Sel, og at vår egen ungdom gikk på skole i Lom eller på Dombås.

Nord-Gudbrandsdal består av seks kommuner. I tillegg til Sel er disse Skjåk, Lom, Vågå, Dovre og Lesja – små bygdekommuner med til sammen rundt 20 000 innbyggere, som har lang tradisjon for å samarbeide. Helsesøstre og jordmødre i de seks kommunene har hatt fire faste samarbeidsmøter i året fra tidlig på åttitallet.

Dermed var grunnlaget for samarbeid og fagnettverk allerede lagt for vår del. Etter hvert sa alle ja til å delta, og prosjektet kunne komme i gang. Prosjektet ble forankret i 6 K helse- og kommuneoverle-

«Spenningen var stor da vi i slutten av september 2015 fikk svar.»

domshelse



REPRODUKTIV HELSE: Det ble satt opp utestasjoner for selvtesting av klamydia på alle de tre videregående skolene i regionen. Disse er fremdeles i funksjon. Foto: Anne Enkerud Lien

geforum, som er det regionale samarbeidet for skole og helse i Nord-Gudbrandsdal.

Ungdomsutfordringer

Den største utfordringen er at ungdom flytter ut etter videregående; folketallet er dessverre på vei ned. Mulighetene for jobb og utdanning er små, selv om antallet lærlingplasser har gått noe opp de siste årene.

Frafallet i videregående skole ligger omtrent på landsgjennomsnittet, og henvisninger til BUP ligger på rundt 8 prosent. Legekantorene rapporterer om forholdsvis høye tall for abort og seksuelt overførbare infeksjoner (SOI). Fra Ungdata vet vi at også stillesitting er et økende problem.

Ungdom forteller at terskelen for å flytte ut er lavere hvis man har en ikke-heterofil legning. I små bygdesamfunn er det vanskelig å være åpen om kropp og seksualitet.

Overordnede mål

Målgruppen for prosjektet var alle ung-

dommer mellom 13 og 25 år som bor eller oppholder seg i region. De overordnede målene ble formulert som følger:

- etablere et senter for seksuell og reproduktiv helse for studenter og unge voksne i Oppland og Rogaland fylker, med bedre tilgjengelighet målt i antallet klinikker, åpningstider og geografiske plassering
- lage en strategi for seksuell helse, der målet er at ungdom skal få et godt og sunt seksualliv med respekt for seg selv og andre
- redusere antallet aborter og uønskete graviditeter
- redusere antallet tilfeller av seksuelt overførbare sykdommer.
- bedre den psykiske helsen
- bedre kvaliteten på generell og seksuell rådgivning rettet mot legning og kjønn
- øke kunnskapen om overgrep og hvordan man kan forebygge det

Prosjektets fem deler


1. Etablere et senter for ung seksualitet. Det vil si at helsestasjonen for ungdom,

som alle kommunene har, ble utvidet med en times åpningstid, og det ble laget en oversikt over hvilke dager de ulike kommunene hadde åpent. Da kunne de unge velge hvilken dag og kommune de ønsket å henvende seg til.

Fra en masteroppgave om emnet visste vi at ungdommen ønsket det slik. Det ble gjort en stor jobb med markedsføring ut mot ungdom på flere nivå.

På dette senteret administreres LARC. Både helsesøstre og leger setter inn p-stav; lege og noen av jordmødrene setter inn spiral. I prosjektperioden var all prevensjon gratis for alle mellom 13 og 25 år.

Ungdom får samtaler og veiledning om temaer som kropp, kjønn og legning, prevensjon, SOI og psykisk helse. Opphøringsprogram for HPV-vaksinering blir gjennomført samtidig.

2. Kompetanseheving for jordmødre, leger og helsesøstre i regionen. Dette har bestått av hospitering på Sex og samfunn, der femten personer har deltatt. Over fem dager gjennomgikk 

«Terskelen for å flytte ut er lavere hvis man har en ikke-heterofil legning.»



vi temaer som LARC i teori og praksis, seksualundervisning i skolen og SOI, sex og funksjonshemming, kropp, seksualitet og identitet, samt et meget nyttig halvdagskurs med Rosa kompetanse.

3. Ansatt prosjektleder (sykepleier) i 50 prosent stilling og ungdomshelselege i 10 prosent stilling. Av risikofaktorene som ble oppgitt i søknaden, var muligheten for at vi ikke fikk tak i helsesøster eller jordmor her i Distrikts-Norge. Dette løste vi ved at helsesøstre og jordmødre som er ansatt fra før, utførte arbeidet direkte ut mot ungdommen.

Prosjektlederen har blant annet laget prevensjonspermer til alle helsesøstre og jordmødre i regionen, etter mal fra Sex og samfunn. Alle benytter metodebok fra Sex og samfunn, enten i papirform eller på nett.

4. Minoritetshelse. Jordmor kaller inn alle kvinner med minoritetsbakgrunn seks uker etter fødsel, etter mal fra Lillehammer helsestasjon, med spesiell vekt på etterkontroll og prevensjonsveiledning.

Det ble også opprettet en kvinnegruppe med seks deltakere fra ulike land og kommuner, der målet var å lette integreringen i Norge. Samlingene hadde temaer som for eksempel reisen til Norge, vold i nære relasjoner, tvangsekteskap, og seksualitet og prevensjon.

Gruppen ble laget etter oppskrift fra Askim kommune, gjennom nettverket Hjelp som nytter i regi av RVTS øst. Gruppene for minoritetskvinner skal fortsette etter prosjektslutt.

En mannsgruppe var også planlagt, men fordi det ikke fantes mannlige ressurser til å gjennomføre gruppa, ble det ikke noe av dette.

5. Forebygge og behandle SOI. Det ble satt opp utestasjoner for selvtesting

av klamydia på alle de tre videregående skolene i regionen. Disse er fremdeles i funksjon.

Brukermedvirkning

Dette ble ivaretatt på flere plan. I oppstartsfasen ble det informert ute i elevråd på ungdomsskolene, og ungdommene fikk selv komme med innspill til hvilke tiltak som skulle innføres.

Det ble gjennomført møter med ungdomsråd i kommunene og i regionalt ungdomsråd.

Det ble også tatt kontakt med Skeiv ungdom, men på grunn av et lederskifte fikk vi ikke etablert et samarbeid med lokalforeningen her. I ettertid ser vi at Skeiv ungdom skulle deltatt, eller fått tilbud om å delta, i prosjektgruppen som hadde månedlige møter.

Mange ungdommer (mest jenter) har gjennom skolehelsetjenesten og helsestasjonen sagt fra om hvordan de ser for seg at tilbudet skal utformes.

Tiltak vi ikke fikk midler til

- SAMBA-team: SAMBA står for SAMarbeid BARN, og er et tverrfaglig team som skal arbeide med rus- og kriminalitetsforebygging, samt andre ungdomsutfordringer som kan oppstå i lokalsamfunnet. Teamet består av representanter fra blant annet kommunen, NAV, lege og politi
- helseuke i 9. klasse
- en app for Nord-Gudbrandsdal med informasjon om ungdomshelse
- utstyr. Vi fikk kjøpe en skjerm til bruk i gruppene og alt utstyr til å administrere p-stav og spiral. Benk til å ligge på fikk vi av fysioterapi-tjenesten i kommunen

Utfordringer

Det tar tid å iverksette nye tiltak, særlig når det er seks kommuner som samarbeider. Vi opplevde vansker med å få utdannet helsesøster/jordmor som prosjektleder. Men sykepleieren gjorde jobben på en god måte.

Ruskoordinatoren sa seg først villig til å ha en mannsgruppe, men på grunn av arbeidsmengden ble dette vanskelig. De vi spurte ellers, hadde fullt opp med arbeidsoppgaver.

En annen uforutsett utfordring var at noen leger i andre kommuner ikke kunne sette p-stav eller spiral på grunn av religiøs overbevisning.

Modell

I søknaden forpliktet vi oss til å være en modell for andre kommuner. Vi fikk laget en stor roll-up, som ble tatt med rundt der prosjektet skulle profileres. Prosjektlederen deltok med egen stand både på helsesøsterkongressen i 2016 på Lillehammer og på en landsomfattende folkehelsekonferanse i Bodø i 2016.

Prosjektlederen har også deltatt på Russens dag på en videregående skole. Der reklamerte hun for prosjektet og delte ut gratis kondomer. Dette var et samarbeid med helserådgiveren på skolen.

Ellers har det vært skrevet om prosjektet i avisa Norddalen, og vi har brukt Facebook for å informere. Vi har også hatt en artikkel i Tidsskrift for helsesøstre og god reklame på LaHs fagdag for helsesøstre i Oppland.

Erfaringer

Den mest positive erfaringen er at mange flere ungdommer kommer til helsestasjon for ungdom eller senter for seksuell helse. Men fortsatt er det stort sett bare jenter

«Ungdommene fikk selv komme med innspill til hvilke tiltak som skulle innføres.»

som oppsøker oss, og vi lurer på hva vi skal gjøre for å få guttene til å benytte seg av tilbudene.

I prosjektperioden har vi ført statistikk over hvor mange som har oppsøkt oss, og hvilke tiltak de har fått. I alt 578 jenter og 19 gutter har besøkt sentrene, inkludert teststasjonene. I tillegg kommer jenter som har tatt HPV-vaksine.

Vi fikk god kompetanseheving både på hospiteringen og gjennom kursdagene. Dette vil komme alle barn og unge til gode, også på skolene gjennom undervisning og helseuker, og vil bedre tilbudet til flyktninger på voksenopplæring.

Prevensjon

Klamydiastasjonene fungerer fint, og disse er lette å administrere nå i ettertid. Dette tilbudet benytter også guttene.

P-stav er et svært godt prevensjonsmiddel, men en del opplever mellombldninger. Noen har god erfaring med en «kur» med p-piller som tillegg i tre måneder. Å sette p-stav er også en treningssak, og helsesøstre og jordmødre i regionen kan nå sette p-stav. Nå er det noen i hver kommune som setter p-stav. Spiral er det lege som administrerer, samt noen av jordmødrene.

Til sammen har vi satt 137 p-staver og administrert 163 klamydiatester.

Seksuell legning

Få ungdommer tar opp temaer knyttet til seksuell legning. Vi må spørre oss selv: Er vi gode nok til å møte de unge og til å fronte tilbudet vårt vedrørende legning og kjønn?

Åpenhet, både i hva vi sier og hva vi gjør, er alfa og omega. Vi må vise at vi mener det vi sier, være ydmyke og ha gode holdninger. Som helsepersonell må

vi være klare til å ta imot det den unge har på hjertet og også stille spørsmål som kan vise vei videre. Dette er en treningssak, og man må vise med hele seg at man liker å arbeide med ungdom.

Ungdomshelselege

Vi har erfart at åpningstiden på senteret fra kl. 14.00 til 16.30 er riktig. Det er også en forbedring at ungdom kan velge kommune og dag de kan benytte seg av.

Vi har også god erfaring med å ha en ungdomshelselege på helsestasjon for ungdom. Hun kan følge opp ungdom med psykiske helseplager, som kan stå i fare for å falle ut fra videregående skole. Hun har i tillegg deltatt i planarbeid, blant annet med en plan for å forebygge fravær og frafall i videregående skole.

Sjekk for «alt»

Vi hadde god erfaring med at HPV-oppheftingsprogrammet kom, og mange ønsker vaksine. Vi har også hatt god erfaring med å si i alle sammenhenger at helsesøstre/jordmødre arbeider med hele mennesket, det vil si både fysisk, psykisk, seksuell og sosial helse.

Vår erfaring er at ungdom kommer og vil sjekkes for «alt» av SOI. Da blir ikke en klamydiatest godt nok. Det må være tilbud om urinprøve og blodprøve for andre smittsomme seksuelt overførbare sykdommer. Dette ivaretas i de nye retningslinjene. Her må vi utnytte mulighetene vi får til samtaler og spørsmål om seksualitet, grensesetting, rus og så videre.

Ungdom med sykdommer eller funksjonshemninger må ikke glemmes. Opplæringen vi hadde om dette temaet, var veldig bra; det var synd at ikke flere møtte opp. Vi angret i etterkant på at vi

ikke inviterte flere, blant andre ansatte innenfor tjenester for funksjonshemning og pleie og omsorg.

Ungdomsvennlighet

Vi tror det er viktig å ha et lokale som er ungdomsvennlig. Ta vekk leker og liknende hvis det er i de samme lokalene som helsestasjonen. Det anbefales å ha en egen avdeling for HFU eller et senter for ung seksualitet. Vi har også erfart at tilbud må markedsføres systematisk, gjerne årlig.

Alle tiltak burde fortsette

Ting tar tid, og et år går fort. Vi må ha mer tid for å kunne evaluere flere av tiltakene, blant annet ekstra timer hos jordmor etter fødsel, der spesielt minoritetskvinner vil bli prioritert. Selv om vi fikk utvidet prosjekttiden med tre måneder, skulle vi nok ønske at stillingene ble gjort faste, slik at alle tiltak kunne fortsatte.

Et samarbeid seks kommuner imellom er en utfordring i seg selv, da kommunene er ulike både i størrelse og organisering. Alle har det travelt fra før, og knapphet på ressurser når nye tiltak og oppgaver skal løses, kan være en utfordring. I vårt tilfelle gikk dette fint, siden alle var positive til å få det til.

Konklusjon

Helsestasjonen for ungdom / senter for seksuell helse har fått et stort løft gjennom prosjektet i hele Nord-Gudbrandsdal.

Vi vil anbefale andre kommuner å starte opp, og vi vil gjerne bidra med vår kunnskap hvis det er ønskelig.

Nå må vi fortsette det gode arbeidet som er satt i gang. Den viktigste faktoren for å lykkes med forebyggende helsearbeid er systematikk og tiltak som varer over tid. ■

«Mange flere ungdommer kommer til helsestasjon for ungdom eller senter for seksuell helse.»



Flyktningbarn maler sine minner

Barn som har opplevd krig og flukt, får tilbud om å være med i male- og samtalegrupper. I Østre Toten kommune startet vi første gruppe i 2010. Her er våre erfaringer.

Tekst **Anne-Grete Flatabø Engtrø**, helsesøster, Østre Toten kommune, flyktningehelsetjeneste og **May Bente Raudajoki**, spesialpedagog og NOA-kordinator (norsk som andrespråk)

Vi har tidligere skrevet en artikkel i Tidsskrift for helsesøstre nr. 3 2011. I denne artikkelen skal vi fortelle om våre erfaringer og gjennomføring av gruppene. For å ta dere inn i historien gir vi en kort repetisjon av det som sto i bladet i 2011.

Kort om metoden

- Den er utarbeidet av psykolog Kjerstin Almqvist fra Göteborg og er basert på doktoravhandlingen hennes, Refugee children.
- Male- og samtalegruppa skal gjøre barna/ungdommene bedre i stand til å mestre hverdagen, slik at de kan frigjøre tid og ressurser til læring og relasjonsbygging.
- Tanken bak male- og samtalegruppene er altså at barna skal få kontakt med følelsene sine gjennom å uttrykke seg ved hjelp av bilder.
- Gruppene holdes i skoletida og er en del av elevenes skoletilbud.

Temaer for samlingene

1. Presentasjon, lage fargeklatter og navneskilt
2. Mal fra ditt hjemland, eller landet dine foreldre kommer fra (ditt hjem, din skole, din by)
3. Mal deg selv og din familie
4. Mal deg selv på skolen

5. Mal en gang du var veldig redd
6. Mal noe trygt og godt som gjør deg glad
7. Mal krig og soldater, eller flukten
8. Mal noe du vil gjøre
9. Mal deg selv som stor/voksen. Fremtidsutsikter?
10. Avslutning og evaluering

Erfaringer

- Erfaringene har stort sett vært positive, men vi har av og til måttet tenke «utenfor boksen», og i noen tilfeller gjort tilpasninger. Vi kan oppsummere noen gjennomgående erfaringer:
 - Elevene får en pause fra stress i hverdagen. Mange lærere rapporterer om motorisk uro og lærevansker.
 - Lærere melder tilbake til oss om at barna gleder seg til å komme i gruppe.
 - Tilbudet er etterspurt av rektor og lærere, det rapporteres om bedre oppmerksomhet og bedre sosial fungering hos mange, men ikke alle.
 - I gruppa får elevene mulighet til å være seg selv, og det er fokus på hvordan de har det. De får bekreftelse og trygghet på at alle følelser er normale, og at det er helt greit å snakke om alt.
 - Mange viser at de trives i gruppa, til tross for både motorisk og verbal uro. Vi ser at de kan «senke skuldrene», de får et pusterom.

- Barna blir sett og hørt, og erfarer at de ikke er de eneste som har hatt både vonde og gode opplevelser.
- De deler tanker om krig og frykt, samtidig som mange av dem klarer å dele gode tanker om hjemlandet.
- De forteller om savn av familiemedlemmer og venner, og kan ofte beskrive landet sitt som både godt og vakkert, samtidig som de viser engstelse for dem som er igjen i hjemlandet.

Uvant for mange

Mange av elevene har jobbet lite eller ingenting med maling og pensel. Det kan for noen ta tid før de føler at dette er en god uttrykksform for å få tak i egne følelser. Når barna først har forstått betydningen av å bruke maling som et uttrykksmiddel, blir de mer konsentrerte. De bruker mindre tid på å male «fint», og bruker heller tiden til å tenke og kjenne på egne følelser.

Maling er en god uttrykksform og et godt hjelpemiddel også utenfor gruppa. Noen barn forteller at de har begynt å male hjemme, samt at de snakker mer med foreldrene om det de har inne i seg.

Tydelige bilder

Bildene er ofte veldig tydelige. Vi har sett flere eksempler på at barna maler seg selv som små og redde mennesker,



UTTRYKKER FØLELSER: Barna bruker tid på å kjenne på egne følelser, som de uttrykker gjennom å male. Illustrasjonsfoto: Mostphotos

mens for eksempel soldater fremstilles som kjemper med maskingevær.

Av hensyn til barna kan vi ikke publisere bilder de har malt, men forestill dere et detaljert bilde, der barnet plasserer seg selv som svært liten, liggende gjemt under dyna, der kun noen skremte øyne synes. Utenfor huset er det malt en kjempetor soldat, i grønne klær, med skummelt ansikt, og han bærer på et stort maskingevær.

Minner fra hjemlandet er likevel ofte fargerike, og barna forteller om gode opplevelser med leker og sklier. De snakker om vennene sine og skolen de gikk på, der de lekte mye. Sol og fargerike blomster er fremtredende i svært mange bilder.

Dette var vanskelig for oss gruppeledere å forstå i starten, da vi også er preget av nyhetsbildet, og har dannet oss en forestilling av hvordan det er der barna kommer fra. Vi kan ha et indre bilde av istykkerbombete bygninger og lite farger, der kun frykt er gjeldende.

Det er derfor svært viktig at vi ikke legger føringer eller tviler på det barna forteller.

Barna forteller

Vi spør ofte om barna ønsker å utdype det de forteller. Det er lettest for barna å snakke om de gode opplevelsene, vanskeligere å snakke om det som er vondt og skremmende. Barn kaster gjerne ut

«Mange av elevene har jobbet lite eller ingenting med maling og pensel.»

et utsagn, for så å trekke seg igjen.

Noen barn trenger tid på å tørre å fortelle, og de trenger å være trygge på at de voksne tåler å høre historien deres.


Når de først er blitt trygge, forteller de fleste om både vonde og gode tanker og opplevelser.

Noen barn maler skrekk og frykt, og sliter med å klare å finne noe positivt med hjemlandet. Disse bildene males ofte i grått og svart, og hvis de bruker farger, er det innslag av kraftig rødt eller mørke farger.

I tilfeller der barna ikke bruker farger, og ikke klarer å finne noe positivt, vurderes det tiltak i form av ekstra oppfølging lokalt, eller henvisning til BUP.

Ulike opplevelser

Barn fra samme land kan ha ulike opplevelser, der noen har sett og opplevd krigen, mens andre har kommet seg ut før krigen nådde deres område. Når disse barna er samlet i samme gruppe, kan vi oppleve at de korrigerer hverandre, og benekter det noen forteller.

Gruppelederne må da være tydelige på at hver enkelt har sin opplevelse, og sin egen forståelse av det 



de har sett, hørt eller opplevd. Det er normalt å huske forskjellige ting, og det betyr ikke at kun den enes oppfatning av virkeligheten er den riktige.

Når vi gjør barna oppmerksomme på dette, viser de mer omsorg for hverandre, og de aksepterer at den samme historien kan ha blitt forstått forskjellig fra person til person. De lærer at følelser er det vi har inne i oss, at ingen kan bestemme hvilken følelse vi skal ha.

Kjønnforskjeller

Vi har observert at det er en forskjell på gutter og jenter når man skal snakke om følelser. Dette er ikke spesielt for flyktninger, vi ser det samme i grupper for norske barn. I våre grupper har vi erfart at gutter på 4.–7. trinn har lett for å legge lokk på følelsene, der de for eksempel benekter at de har vært redde.

Imidlertid kommer frykten til uttrykk i andre sammenhenger. Gutter forteller at de har lært strategier for å forsvare seg, som ikke passer inn i norske skole. Kidnapping er for eksempel vanlig flere steder, og guttene forteller at de har lært at de må slå dersom de kommer opp i truende situasjoner.

Dette skaper utfordringer i skolehverdagen, der vold ikke aksepteres, selv om det er for å forsvare seg. Mange barn sliter med å omstille seg og med å tilpasse seg det nye livet.

Enslige mindreårige

I forbindelse med at vi en periode hadde mottak for enslige mindreårige asylsø-

kere, ble det gitt et tilbud til barn under 15 år. På grunn av kapasitet deltok ikke helsesøster på dette, det var et opplegg i

«Noen barn maler skrekk og frykt, og sliter med å klare å finne noe positivt ved hjemlandet.»

skolens regi, men May Bente var ansvarlig for gjennomføringen.

Alle disse er flyttet ut av kommunen, og vi vet ikke hvordan det har gått med dem siden. Imidlertid ga de uttrykk for at de syntes det var godt å få snakke om flukten. Det lettet på det indre trykket, sa de.

Samarbeid med foreldre

Gjennom forsamtale og samtaler med foreldrene underveis opplever vi økt forståelse for at det er viktig for barna å få mulighet til å uttrykke seg på en trygg arena. For barna kan det være vanskelig å snakke om vonde følelser hjemme, da de instinktivt forstår at foreldrene kan bli triste av det de forteller.

Kulturen, og forståelsen i mange land, er gjerne at man skal prøve å glemme, og mange tror at det man ikke snakker om, blir glemt. Forskning viser imidlertid at dette ikke stemmer, noe

vi bruker tid på å forklare foreldre og barn.

Hva er status i dag?

Vi har hatt ulik størrelse på gruppene, som oftest fem, men også fire og seks deltakere. Seks deltakere ble for mange, vi har kommet frem til at det kan være maksimum fem deltakere, i alle fall på barneskolenivå. På ungdomsskolenivå har vi kun hatt ei gruppe som har fulgt dette programmet.

Siden starten i 2011 har vi hatt tilbud om ei gruppe hvert skoleår. Erfaringene og tilbakemeldinger både fra skolens personell og foreldre er stort sett positive. Dette begynte som et prosjekt, men er nå tatt inn som et fast tilbud i Østre Toten kommune. Fra skoleåret 2017/18 gis det tilbud om gruppe både på høst- og vårhalvåret.

Gjennom årene vi har drevet gruppe, har vi henvist flere barn til BUP. Vi erfarer at barna tas tidlig inn til vurderingssamtale, og det er et godt samarbeid mellom behandler på BUP og lokal støttetjeneste. Noen av barna trenger kun kortvarig tilbud ved BUP, mens andre har vært pasienter der over flere år, med komplekse utfordringer.

De første deltakerne har gått ut av grunnskolen, og ut av helsestasjonstjenestens oppfølging. De fleste klarer seg bra og følger normal skolegang, men vi ser også ungdommer som strever psykisk også etter grunnskolen.

Årsakene kan være sammensatte, og det er vanskelig å si sikkert om vanskene skyldes traumer, om de er et resultat av lang venting på avgjørelse i asylsaken, eller en kombinasjon av flere faktorer.

Veien videre

Gruppene er etterspurt av skolen, og vi ser at det er behov for et utvidet tilbud. Fra høsten 2017 har vi fått økte ressurser, slik at vi nå kan tilby to grupper per skoleår.

Alderen på elevene varierer fra 2. trinn opp til 7. trinn, men det tas hensyn til felles bakgrunn og funksjonsnivå i utvelgelsen. Helsesøsters kunnskap om familiene er avgjørende for planlegging og sammensetning av gruppedeltakere.

Det er nytt at vi har hatt grupper for nylig ankomne barn, kvoteflyktninger. Det er behov for evaluering av om vi skal fortsette å gi tilbud til barna så tidlig. Med «tidlig inn»-perspektivet tenker vi at det er viktig med tidlig innsats, for på den måten å kartlegge, fange opp og sette inn tiltak overfor de barna som har ekstra behov for oppfølging. Det må likevel gjøres en evaluering av om vi bør vente til barna er blitt tryggere i sitt nye liv.

I ei gruppe hadde vi en blanding av elever med felles bakgrunn, men ulik lengde på botid. Vi så både positive og negative aspekter ved denne blandingen, der de nylig ankomne lett ble overveldet av de med lengre botid og dermed større kunnskap om det norske systemet. Samtidig kunne de med mer erfaring hjelpe sine venner til å forstå mer av hvordan det er i Norge og på den norske skolen.

Vi har flere ganger drøftet om vi skal tilby søsken å delta i samme gruppe. Det er fordeler og ulemper med dette, men vi har kommet frem til at det, av hensyn til barna, er nødvendig at de får tilbud samtidig. Bakgrunnen for dette standpunktet er at kommunen har bosatt mange familier som har kommet som kvoteflyktninger fra områder der det er aktiv krigføring.

Vi ser det som nødvendig med tidlig innsats overfor disse barna, og deres familier. Barna er nokså jevne i alder, og det blir vanskelig for dem å forstå at én får tilbud, mens den andre ikke får. Når vi nå har mulighet til å drifte to grupper per skoleår, vil vi se om vi skal endre praksis for søsken i samme gruppe.

Endringer siden starten

Vi er strenge på valg av deltakere. Det er svært viktig at vi ikke blander barn som aldri har opplevd krig og flukt, med barn som har hatt slike opplevelser. Det kan skape frykt i stedet for trygghet.

I grupper med barn der foreldre har opplevd flukt, men ikke barna, tilpasses temaene til dem. Krig og soldater er et tema uansett, fordi disse barna vet at det er krig der foreldrene kommer fra, og gjør seg tanker og forestillinger det er viktig å snakke om. De fleste foreldre vil skjerme barna, men de får

«De fleste av deltakerne klarer seg bra og følger normal skolegang.»

likevel med seg mer enn foreldrene tror, blant annet gjennom tv, radio og sosiale medier.

Tverrfaglig samarbeid

Vi vil understreke betydningen av det gode tverrfaglige samarbeidet i organi-

seringen og gjennomføringen av gruppen. Skolens medvirkning og velvilje er avgjørende for at det er mulig å gi dette tilbudet. Kommunens ledelse er positiv, viser god innsikt og ser nytten av tilbudet, slik at vi har mulighet til å gi disse sårbare barna en arena for samtaler og en tettere oppfølging.

Våren 2017 fikk to kommunalt ansatte sertifisering som ICDP-veiledere, minoritetsversjonen (Internasjonal child development programme). Dette er et program vi har ønsket oss i mange år, for å kunne gi bedre og målrettet veiledning til foreldre med minoritetsbakgrunn. Alle foreldre som følger introduksjonsprogrammet, får nå denne veiledningen som en del av skolens fagtilbud.

Helsesøster Anne-Grete F. Engtrø er en av veilederne, og har dermed en unik mulighet til å treffe foreldrene og barna parallelt. Dette ser vi allerede nå er en stor fordel. Barnas fortellinger kan anonymiseres og trekkes frem i veiledningen. Barns utfordringer og behov, og hvordan foreldre kan gi omsorg, bekrefte og støtte, drøftes i veiledningen med foreldrene.

I tillegg blir veileder godt kjent med foreldrene, og terskelen for å ta kontakt senkes. Gjennom foreldreveiledning økes forståelsen for barns spesielle situasjon som flyktninger. ■





Annerledesdagen på Øyer ungdomsskole

Skolehelsetjenesten i Øyer ville gi ungdommen noe tilbake etter deltakelsen i Ungdata-undersøkelsen. Resultatet ble en annerledesdag på Øyer ungdomsskole.

Tekst **Liv Kari Enge**, Helsesøster, Øyer kommune

Øyer kommune arrangerte vi en skole-dag utenom det vanlige for hele Øyer ungdomsskole våren 2017. På skolen går det ca. 160 elever. Bakgrunnen var den årlige trivselsundersøkelsen og Ungdata-undersøkelsen.

Ungdata er en ungdomsundersøkelse som tilbys alle landets kommuner og fylkeskommuner, og som kartlegger lokale forhold. Resultatene lokalt kan sammenliknes med landet for øvrig.

Undersøkelsen tar for seg ulike temaer

knyttet til ungdommers liv og livssituasjon og gir et innblikk i hvordan det er å være ung i dag. Den har spørsmål knyttet til blant annet foreldre, venner, skole, trivsel, fritidsaktiviteter, mediebruk, levevaner og helse.



ØYER UNGDOMSSKOLE: 160 elever fikk en annerledes dag i regi av skolehelsetjenesten. Foto: Øyer ungdomsskole

Ungdata gir mulighet til å analysere regionale variasjoner og trender over tid, og til å gå i dybden på ulike temaer. I vår kommune blir dataene fra Ungdata-undersøkelsen gjennomgått i ettertid i flere ulike fora i kommunen. De er med som en viktig del av utviklingen av det forebyggende helsetilbudet til ungdommene. Ungdata- og elevundersøkelsene er kunnskapsgrunnlag for forebyggende ungdomsarbeid og politikkutvikling i kommunen.

Skoleovertakelse

Brukermedvirkning er viktig i skolehelsetjenesten, slik at brukerne blir hørt når tjenesten utvikles videre. Skolehelsetjenesten tok derfor initiativ til at undersøkelsen skulle gi ungdommene noe tilbake. Vi så på områder der ungdommene hadde skåret mindre bra, eller som de opplevde som utfordrende.



SKOLEOVERTAKELSE: De forskjellige etatene i Øyer kommune gikk sammen for å overta en hel skoledag på Øyer ungdomsskole. Her er det politiet som snakker om trafikksikkerhet. Foto: Sigurd Refsvik

«De som hadde tilrettelagt undervisning, skulle også kunne delta.»

Det var på denne bakgrunnen at ungdomsteamet kom frem til at de ønsket en hel dag der de forebyggende tjenestene satte viktig temaer på dagsordenen.

Skolen var veldig positiv til forslaget, særlig siden de hadde planer om ekskursjon for lærerne, og ikke hadde en plan for hvordan de skulle organisere skoledagen. Skolehelsetjenesten tok på seg ansvaret for å sette i gang forarbeidet. Prosjektet Annerledesdagen ble så etablert.

Planene

De kommunale tjenestene som er knyttet opp mot ungdom i kommunen, ble samlet. Vi diskuterte hvordan vi kunne bruke en annerledesdag, og ulike forslag til struktur på dagen. Gruppen ønsket å rette dagen inn mot de områdene som utpekte seg som utfordrende for de unge.





I det første møtet var skolehelse-tjenesten, psykisk helse, inspektør fra ungdomsskole, barne- og ungdomsfysioterapeut, NAV, barnevern, politi og kultur ved ungdomskonsulent til stede. Siden en del elever er avhengige av buss, ble rammene for annerledesdagen en hel skoledag fra skolebussen kom, til de ble hentet igjen.

Det ble drøftet mye rundt antall elever. Vi bestemte oss for å inkludere alle trinn, men tilpasse undervisningen etter alder. De som hadde tilrettelagt undervisning, skulle også kunne delta. Ikke alle lærerne

av nakenbilder av seg selv og andre, og hvordan man bør forholde seg til ukjente på nett.

Barne- og ungdomsfysioterapeuten snakket om at fysisk aktivitet er mer enn bare idrett. Bakgrunnen var at et økende antall elever velger bort idrett, og at det er noen som ikke vil være med på gymmen. En danseinstruktør satte i gang danser, hvor alle skulle være med.

I tillegg gjennomførte de en uformell spørreundersøkelse, hvor elevene ble spurt om hva de ønsket av fysisk aktivitet i og utenfor gymtimene.

hadde som ansvar å bli med rundt på de ulike stasjonene.

Ordføreren og sektorleder for oppvekst fulgte hver sin gruppe. I tillegg hadde vi noen studenter som ønsket å følge hver sin gruppe, samt en forelder som var plukket ut av FAU for å være med.

Elevene fikk vanlig pause midt på dagen for å spise. Vi dekket langbord ved kantine, slik at elevene satt sammen. Til lunsj fikk elevene servert varm grøt fra Øyer og Tretten sanitetsforening. Grøten ble gitt av Tine Tretten.

Som en oppfølging fikk elevene i opp-gave å skrive et refleksjonsnotat om hvordan de hadde opplevd denne dagen.

«Til lunsj fikk elevene servert varm grøt fra Øyer og Tretten sanitetsforening.»

skulle delta på ekskursjonen, og en lærer tok rollen som rektor. Noen assistenter som kjente elevene godt, særlig de elevene med tilretteleggingsbehov, ble også igjen.

Vi valgte ut seks temaer vi ville konsentrere oss om:

- Utenforskap og inkludering
- Sosiale medier
- Trafikksikkerhet
- «Jeg – bra nok?»
- Fysisk aktivitet er mer enn trening
- Søvn og psykisk helse

NAV ønsket å snakke om inkludering og utenforskap. Det er viktig for dem som ikke føler dette på kroppen, å lære noe om hvordan det kan være å føle seg utenfor fellesskapet. NAV løftet også frem hvilke rettigheter man har, og hvordan man kan få hjelp hvis man føler seg utenfor fellesskapet. NAV snakket også om rettigheter og krav rundt sommerjobb.

Politiet ønsket å snakke om ungdom og trafikksikkerhet. Selv om det er en positiv trend rundt ungdom og trafikksikkerhet, er det fortsatt viktig å forebygge uønskete hendelser med ungdom i trafikken.

Helsesøstrene trakk frem ungdom og sosiale medier. De snakket om hvordan man kan ta gode valg og være sikker og trygg på nett, med spesielt fokus på deling

Psykisk helse ønsket å snakke om søvn og psykisk helse. Det å snakke om normalvariasjoner av nedstemthet og hvordan det kan henge sammen med søvn, ble viktig i denne seansen. Det siste temaet var i regi av Antidoping Norge, under overskriften «Jeg – bra nok?». De snakket om det å trene for å endre kroppen samt hvordan bruk av kosttilskudd påvirker kroppen.

Gjennomføringen

Dagen startet med at vi samlet elevene i gymsalen for opprop og inndeling i grupper. Vi hadde fått ordføreren til å stå for en høytidelig åpning av dagen. Hun snakket om viktigheten av en slik dag, om sine ønsker for ungdommene i kommunen og at det var viktig at hun som politiker fikk ha dialog med dem.

Vår ungdomskonsulent sang og spilte gitar om det å føle seg bra nok som den man er. Helsesøster viste også en YouTube-snutt om det å være bra nok som den man er.

Elevene ble så delt inn i seks grupper, som rullerte mellom de forskjellige stasjonene igjennom dagen. Hver stasjon tok førti minutter, og de hadde fem minutter mellom stasjonene til å flytte til den neste. Hver gruppe hadde følge av en voksen, som

Evaluering

Dagen ble til som et resultat av godt, tverrfaglig samarbeid. Elevene ga veldig gode tilbakemeldinger. De syntes temaene hadde vært relevante og nyttige. Antidoping Norge ble spesielt trukket frem. Elevene sa også at det var nyttig å bli kjent med de ulike etatene i kommunen.

Foreldrene som var med på dagen for å hjelpe til med gjennomføringen, ønsket seg et foreldremøte på kvelden, hvor alle foreldrene kunne få innblikk i temaene. De mente at det var viktig at også foreldrene fikk mer kunnskap på områdene.

Det ble også løftet frem fra noen av ungdommene at det var en lang dag med mye undervisning. De hadde ønsket seg noe mer aktivitet, slik som dans med fysioterapeuten, som et lite avbrekk. Særlig gjaldt dette for dem som hadde dans som siste post på programmet.

Det var et mål for skolehelsetjenesten at Ungdata ikke bare skulle bli et styringsverktøy i de kommunale planene, men også gi de unge helseopplysninger der de hadde behov for det. Det mener vi at vi fikk til med denne dagen.

Sektorleder for oppvekst og sektorleder for familie og inkludering var positive etter dagen. Vi fikk også gode tilbakemeldinger fra ordføreren. Det er derfor et ønske fra barne- og ungdomsteamet at dagen blir fast på ungdomsskolen hvert år. ■



Jern gir styrke og utholdenhet

Et godt kosthold er viktig for barn i vekst. Blant annet må barnet få nok jern.

Jern styrker immunforsvaret, og gir overskudd til lek og læring.

Stabburet Leverpostei er en god kilde til jern, og har en smak alle barn liker.

Styrke starter et sted.



Les mer om jern på stabburetleverpostei.no



Enkle tips om bra mat

Brosjyren «Smart mat ved skolestart» inneholder råd om sunt kosthold for barn.

Tekst **Grethe Sjaamo**, ledende helsesøster og **Catrin Wenus, Hilde Nysæther Frantzen** og **Maylinn Lykken**, prosjektgruppen Ernæringsløft Buskerud

2006 ble brosjyren «Barn og vekt» utviklet av helsestasjonene og frisklivssentralen i Modum kommune. Hovedmålgruppen var overvektige barn og deres foresatte med fokus på BMI og percentiler. Helsesøstre i Modum ønsket en ny brosjyre med et bredere fokus for å nå flere, også familier med normalvektige barn. Prosjektgruppen i Ernæringsløft Buskerud ble

en naturlig aktør for å utvikle den nye brosjyren. Ernæringsløft jobber for å øke kunnskapen om ernæring blant ansatte i primærhelsetjenesten gjennom kurs og formidling av metoder og verktøy.

Metode

Med bakgrunn i metoden «Behov-Løsning-Test» (BLT), hvor brukeren er i

fokus, utførte vi følgende kartlegginger i forkant av utviklingen:

1. Nettbasert kartlegging blant helsesøstre i Buskerud med digitalt spørreskjema (surveymonkey.com).
 2. Intervju med tre helsesøstre i ulike kommuner.
 3. Intervju med to foresatte.
- Hensikten var å undersøke om bruk av brosjyre er en god måte å formidle



FAKTA

Ernæringsløft Buskerud

- Prosjektet er rettet mot alle kommuner i Buskerud med midler fra Fylkesmannen.
- Frisklivssentralen i Modum er prosjektansvarlig.
- Målet er å øke kompetanse innen ernæring hos ansatte i primærhelsetjenesten.
- Aktiviteter hittil har blant annet vært fagdager, workshops, utvikling av ernæringsverktøy der brukermedvirkning står i fokus samt utvikling av nettside.
- Prosjektgruppen består av to kliniske ernæringsfysiologer og en med bachelor i ernæring og journalistikk.

NYTTIG: Brosjyren «Smart mat ved skolestart» inneholder råd om kosthold for barn. Brosjyren er utviklet av Frisklivssentralen i Modum kommune.

kostholdsinformasjon på, og om det er behov for en egen brosjyre til bruk i skolestartundersøkelsen. I tillegg ble det kartlagt hvilke temaer brosjyren burde inneholde.

Resultater av kartlegging

I alt 29 helsesøstre fikk tilsendt spørreskjema, 60 prosent svarte. Respondentene representerte både store, mellomstore og små kommuner i Buskerud. 88 prosent mente brosjyre er en gode måte å formidle kostholdsinformasjon på. Litt over 82 prosent bekreftet at det var behov for en ny brosjyre. Intervju med foresatte viste et behov for brosjyre med klare budskap rettet mot det praktiske, og med tydelige illustrasjoner.

Utvikling av brosjyren

Gjennom kartlegging blant helsesøs-

tre og foresatte ble det tydelig hvilke temaer brosjyren skulle omhandle. Teksten ble utformet av prosjektgruppen i samarbeid med frisklivsansatte med bakgrunn som psykolog, fysio-

«Det skal undersøkes i hvilken grad den blir brukt av helsesøstre.»

rapeuter og pedagog i samarbeid med helsestasjonen. Prosjektgruppen valgte å ta egne bilder til brosjyren, for å sikre et mindre reklamepreg og flere etnisiteter. Det ble gjort avtale med to barnehager slik at vi selv kunne ta bilder av barn i aktivitet, barn som lager mat

og spiser. Matbilder ble tatt hjemme på kjøkkenet til medlemmer i prosjektgruppen. Kreator kommunikasjon AS fikk oppdraget med layout.

Innspill fra brukere og helsesøstre underveis i prosessen med å utvikle brosjyren var avgjørende for innholdet.

Brosjyren ble trykket i 5 000 eksemplarer og sendt til alle helsestasjoner i Buskerud høsten 2016. Den er også tilgjengelig som både digital og utskriftsvennlig versjon på frisklivssentralen.no sine sider: <http://frisklivssentralen.no/ernaeringsloftverktøy/>

Veien videre

Prosjektgruppen ønsker å følge opp bruken av brosjyren. Det skal undersøkes i hvilken grad den blir brukt av helsesøstre, og om den oppleves nyttig for barna og deres foresatte. Dette arbeidet er planlagt gjennomført i 2018. ■



Illustrasjonsfoto: Mosphotos

Helsesøster på hjemmebesøk

Det er opplest og vedtatt at helsesøsters hjemmebesøk til den nyfødte familien er viktig. Men hvordan fungerer egentlig hjemmebesøket?

FAKTA

Av Inger Balke, helsesøster og universitetslektor, Institutt for helsevitenskap, NTNU Gjøvik

Når svangerskap og fødsel er overstått, starter for alvor familieetableringen og nye roller for foreldrene i nyfødt-familien. Å komme hjem med et nyfødt barn er starten på en ny og spennende livsfase, som også kan være utfordrende. Det er fint å få følge mennesker i denne prosessen, og hjemmebesøket til nyfødte er startkontakten med helsestasjonen.

At helsesøsters hjemmebesøk til den nyfødte familien er viktig, er på mange måter opplest og vedtatt.

Men hvordan fungerer det egentlig? Og hvilke mekanismer styrer utfallet av besøkene?

Bakgrunn

Helsesøsters hjemmebesøk til nyfødte har en lang og sterk tradisjon i Norge. Helsesøster skal gi informasjon, støtte og veiledning ut fra individuelle behov. Det etableres tidlig kontakt, og grunnlaget legges for den videre oppfølgingen av barnet på helsestasjonen (1).

Betydningen av hjemmebesøket til nyfødte blir


HJEMMEBESØK:

De statlige anbefalingene er at helsesøster besøker alle nyfødte 7–10 dager etter fødselen, samt oppfølgingsbesøk etter 14–21 dager, etter individuell vurdering. Illustrasjonsfoto: Dan Burch / Mostphotos

stadig fremhevet som viktig, særlig med tanke på at barselkvinner reiser tidlig hjem fra føde-/barselavdelingen (2). I 2014 kom det nasjonale retningslinjer for barselomsorgen, der det anbefales at helsesøster besøker alle nyfødte 7–10 dager etter fødselen, samt oppfølgingsbesøk etter 14–21 dager, etter individuell vurdering (3).

Dette er tatt inn som en sterk anbefaling i de nye nasjonale faglige retningslinjene for helsestasjonen (4). Ifølge SSB fikk 88 prosent av alle nyfødte i Norge i 2016 hjemmebesøk innen to uker etter hjemkomst.

Metode

Gjennom masteroppgaven min (5) fikk jeg anledning til å ta et dybdykk i den spennende arbeidsmetoden som hjemmebesøk er. Jeg foretok en kvalitativ studie av foreldres og helsesøsters opplevelser av helsesøsters hjemmebesøk, i den hensikt å danne et grunnlag for kvalitetsutvikling av hjemmebesøket som metode.

Datainnsamlingen ble foretatt ved hjelp av semi-strukturerte, individuelle intervjuer av mødre som hadde hatt hjemmebesøk, samt fokusgruppeintervjuer av helsesøstre. Foreldre og helsesøstre ble rekruttert via tre helsestasjoner, og personell på helsestasjonene var behjelpelige i rekrutteringsprosessen.

Målgruppene fikk invitasjoner med informasjon om studien, og deltakerne ga skriftlig samtykke til deltakelse. Det ble rekruttert sju mødre med barn i alderen to–ni måneder, samt to fokusgrupper med helsesøstre. Det ble foretatt lydopptak og transkribering av alle intervjuene, og dataene ble analysert med en innholdsanalyse (6).

En god relasjon

Fra helsesøstrenes side ble det å få en god relasjon med foreldrene fremhevet som svært viktig. De sa at dette er lettere å oppnå når det første møtet skjer i hjemmet, og at hjemmebesøk som regel medfører et godt forhold til foreldrene, som gjør det enklere å følge opp hvis problemer oppstår.

Helsesøstrene opplevde besøket som vellykket når de fikk foreldrene til å åpne seg og snakke om mer enn bare de ytre tingene, for eksempel mors- og farsfølelser.

Mødrene satte også pris på en god relasjon til helsesøster. De likte å ha en fast helsesøster som de kjente, og opplevde hjemmebesøket som en god start på kontakten med helsestasjonen.

De fleste opplevde at hjemmebesøket ble på deres premisser, og at helsesøster var imøtekommende,

blid og hyggelig. En naturlig og avslappet stemning førte til at det ble lettere å stille spørsmål og be om veiledning, også om ting de på forhånd ikke hadde tenkt som aktuelt:

«Det har gjort at jeg også kan ta opp ting som ikke bare har med barnet å gjøre, men om hvordan vi gjør det hjemme – jeg og pappaen. Litt om livet ellers. Hun er veldig åpen for å snakke om sånt.»

For helsesøstrene var det viktig å skape en god relasjon, fordi de da kan yte bedre tjenester. Mødrene mente at den gode relasjonen medfører bedre utbytte av hjemmebesøket og den videre kontakten med helsesøster.

Når helsesøster går aktivt inn for å være vennlig og imøtekommende, oppnår hun lettere en god relasjon med mødrene. Hjemmebesøket blir på mors premisser og handler om hennes ressurser og sterke sider (7).

En god relasjon åpner for gjensidighet og maktfordeling og legger grunnlaget for konstruktiv kommunikasjon (8). Dette er nødvendig for en positiv veiledningsprosess i alt helsefremmende arbeid (9), ikke minst hvis vanskelige ting skal tas opp.

Ydmykhet

En mor ga også uttrykk for at hjemmebesøket kan føles invaderende: «Det er kanskje jeg som er veldig privat, men det er uvant å få noen som du ikke kjenner, inn i hjemmet ditt i en sårbar periode ...»

«Det oppleves jo som du blir vurdert – ikke bare barnet ditt.» Mor

Det krever en bevisst ydmyk holdning fra helsepersonellens side når tjenester skal utføres i hjemmet, på tjenestemottakers arena. I enkelte tilfeller kan det være utfordrende å balansere rollen som fagperson mot ønsket om en god relasjon. Ulikhet i makt kan medføre ulike perspektiver, som går ut over den gjensidige forståelsen i en dialog (9). Dette understreker betydningen av bevissthet om maktposisjoner i alt sosialt arbeid.

Samtidig kan helsesøsters rolle bli uklar dersom foreldre oppfatter henne mer som en venn enn en fagperson (7, 10). Men både helsesøstre og mødre var tydelige på at relasjonen mellom helsesøster og foreldre har betydning både for effekten av veiledning og informasjon og for verdien av den bekreftelse og anerkjennelse foreldrene opplever.



Bekreftelse og anerkjennelse

For mødrene var det viktig at helsesøster ga bekreftelse på at alt var i orden med barnet. De trengte hennes anerkjennelse av måten de ga omsorg på, og fordi de oppfattet helsesøster som en trivelig og trygg fagperson, betydde hennes bekreftelse ekstra mye:

«Ja, det gjorde meg tryggere. En kan jo mene mye om det å trenge en ekstern bekreftelse, men det var veldig godt der og da, når alt var nytt.»

De som hadde ammeproblemer, opplevde at de

«Flere ønsket å ha det rent og ryddig til helsesøster kom.»

fikk hjelp og veiledning; trygghet og anerkjennelse var viktig for at mødrene fortsatte å amme. Det var viktig med tett oppfølging, og de opplevde det som betryggende at helsesøster fulgte med på barnets vekt.

Det var også tilfeller der mor fikk aksept fra helsesøster om at det var greit å gi opp ammingen. Mange opplever ammepress, både fra omgivelsene og fra egne oppfatninger om hva det vil si å gjøre det beste for barnet sitt. En mor sa det slik:

«Helsesøster sa at det var viktigere at jeg fikk overskudd til å ta meg av ungen min enn å drive og slite med ammingen. Det var godt å få støtte til å gå over til morsmelktillegg.»

Mestringsperspektiv

Helsesøstrene sa at de ønsket å la foreldrene styre samtalen på hjemmebesøket og ta utgangspunkt i deres behov, og de fremhevet trygghet og bekreftelse som de viktigste målene for hjemmebesøket.

Basert på mine intervjuer ble dette i høy grad oppnådd, men det var også en mor som følte at helsesøster ikke hørte på henne. Ifølge denne moren kjørte helsesøster bare på med sine egne oppfatninger, uten hensyn til hva mor trengte av råd og veiledning, blant annet om amming og søvn.

Helsestasjonsarbeidet skal ta utgangspunkt i et mestringsperspektiv og bidra til å bygge opp under familiens egne ressurser (4). Sensitivitet og struktur innad i familien er viktige beskyttelsesfaktorer for barn (11). En «nyfødt» familie er sårbar, og foreldrene trenger støtte og veiledning i sine nye roller og ansvar som følger med dem.

Når foreldrene er trygge, gir det en god start på og et godt fundament for familiedannelsen. Foreldre som

føler at de mestrer foreldreoppgavene, blir tryggere og yter bedre for barna sine (12).

Denne tryggheten på å være gode nok foreldre er et viktig fundament, og på mange måter en selvforsterkende prosess som helsesøster kan bidra til gjennom sin støtte til foreldrene. Motsatt kan mangel på støtte i denne tiden medføre utrygge foreldre som får et dårligere samspill med barnet sitt.

Forventninger og undring

Det var overraskende mange av mødrene som ga uttrykk for at de var usikre på hva hjemmebesøket innebar. De visste lite på forhånd og hadde plukket opp informasjon fra litt ulike kilder. Dette tyder på at det er mangelfulle rutiner for hvordan informasjon om hjemmebesøk gis.

Noen visste litt fordi de hadde hatt hjemmebesøk før, mens andre hadde informasjon fra venner eller familie, eller de hadde fått informasjon fra jordmor eller på fødeavdelingen.

Mødrene sa at de forventet at helsesøster ville gi veiledning og støtte, og det opplevde de fleste at de fikk. De forventet å få stille spørsmål, og at helsesøster skulle gi råd og være interessert i barnet og familien. Enkelte sa at de ønsket å være forberedt, og hadde spurt noen de kjente om hva som skulle skje. Noen hadde forberedt seg ved å skrive ned spørsmål før besøket:

«Jeg spurte svigerinna mi hva som egentlig skjedde på hjemmebesøket, for jeg visste veldig lite. Vi forberedte oss litt på hva vi skulle spørre om, og det gjorde at jeg følte at det var jeg som styrte samtalen.»

Kontroll

Mødrene undret seg på forhånd over graden av kontroll – om helsesøster skulle sjekke hvordan de håndterte den nye situasjonen med barnet. Flere ønsket å ha det rent og ryddig til helsesøster kom:

«Jeg lurte litt på hvor mye kontroll det er. Skal hun se om vi klarer å skifte bleier, eller om det er støvete her? Men de sa ettertrykkelig at det skulle de ikke, og jeg visste jo for så vidt det. Jeg følte heller ikke at det var kontroll, men hjelp og støtte, og det kan egentlig være greit at de vil se hvordan det er hjemme hos folk. For er det helt kaotisk, så ser de jo at de må følge litt mer med.»

De fleste mødrene følte seg altså ikke veldig kontrollert ved hjemmebesøket, men de trodde at helsesøster ville sjekke ting som stell og hygiene, og generelle oppvekstforhold. De opplevde ikke dette som påtrengende,



KONTROLL: Mødrene undret seg på forhånd over graden av kontroll – om helsesøster skulle sjekke hvordan de håndterte den nye situasjonen med barnet. Illustrasjonsfoto: Dan Burch / Mostphotos

«Overraskende mange av mødrene var usikre på hva hjemmebesøket innebar.»

men var mer opptatt av veiledningen og samtalen de fikk. Noen mødre mente også at kontroll var viktig for å sikre at nyfødte barn generelt har det bra.

Alt i alt sa mødrene at de satte pris på hjemmebesøket, og at de kanskje ikke hadde forstått hvor bra det var de selv opplevde det. Men det kom også frem at det til en viss grad kunne føles invaderende, og at foreldre kanskje ikke alltid opplever helsesøster så imøtekommende som hun selv ønsker å være. Dette kan gi en følelse av å bli vurdert som omsorgsperson: «Det oppleves jo som du blir vurdert – ikke bare barnet ditt, men hele deg.»

Helsesøstrene tok selvkritikk på at de tok det for gitt at hjemmebesøket formål var allment kjent, og at de derfor ikke ga god nok informasjon i forkant. Siden det ikke er utarbeidet rutiner for hvordan foreldrene skal få informasjon om hjemmebesøket, hersket det usikkerhet om hva de kan forvente.

Mødrene i studien var vanlig fungerende foreldre som ikke følte at de selv hadde noe å frykte ved å bli «kontrollert». De mente at det er positivt at helsesøster besøker alle, fordi det ikke er noen selvfølge at alle har det bra. Usikre forventninger kan likevel være et

hinder for konstruktiv kommunikasjon, og det kan også være en utfordring for å oppnå tillit og en god relasjon (8).

I spenningsfeltet mellom støtte og kontroll

I de nasjonale retningslinjene for helsestasjonstjenesten (4) er det nedfelt en forventning fra helsemyndighetenes side om at helsesøster skal bidra til å avverge og oppdage ulike avvik og tegn til mistrivsel og omsorgssvikt.

Helsesøstrene i fokusgruppene nedtonet betydningen av at hjemmebesøket har et kontrollaspekt. Samtidig fremhevet de at det gir mer innblikk i forholdene rundt barnet og hvordan familien fungerer, enn om de bare møtes på helsestasjonen. Ved hjemmebesøk er det lettere å fange opp problemer, og hvis hjemmet fremstår som «kaotisk», blir de bekymret:

«Jeg ser selvsagt ikke på om det er tørket støv, men får jo et visst inntrykk av hvordan ting er. For når jeg ser at det er kaotisk, lurer jeg på om alt er på stell for den lille, ikke sant.»

Når helsesøstrene gir tilbudet om hjemmebesøk, legger de det frem på en slik måte at det blir vanskelig

å avslå, og de snakker lite om at det er frivillig. En mor beskrev det slik:

«Jeg opplevde det ikke som et tilbud, det var bare sånn det skulle være. Det var ikke sånn 'Kan jeg komme?', men 'Jeg kommer!'»

Det fremstilles som en vanlig rutine, som alle takker ja til; helsesøstre ønsker ikke å fremstå som noen som kommer for å kontrollere, selv om de vil bli bekymret hvis noe virker «kaotisk», som nevnt over.

Ifølge Neumann (10) er helsesøstre gode til å ha fokus på det friske og alminnelige, og til å gi støtte ved hverdagsproblemer, mens de er mer tilbakeholdne med å gå inn i situasjoner der de får en bekymring. Tilbudet fra helsestasjonen beskrives i offentlige publikasjoner som «frivillig veiledning», og begrepet «helsekontroll», som var brukt i tidligere forskrifter, er tatt ut.

Samtidig fastslår pasient- og brukerrettighetsloven (13) at foreldre har plikt til å sørge for helsekontroll av barnet sitt. Det kan virke paradoksalt at helsemyndighetene har en intensjon om at helsestasjonen skal oppdage avvik, når det ikke samtidig legges til rette for at helsesøsters rolle og profesjonelle status tydeliggjøres (10).

Helsesøstre nedtoner kontrollfunksjonen fordi det er uklart om de i det hele tatt har denne, og i så fall hvordan den skal utøves. Mødrene følte seg mer anerkjente og trygge i morsrollen når de fikk en god

«Helsesøstre ønsker ikke å fremstå som noen som kommer for å kontrollere.»

relasjon til helsesøster, og helsesøstre mente at en god relasjon med foreldrene ga bedre resultater. Relasjonsbyggingen og den gode tilliten mellom foreldre og helsesøster kan bli vanskelig å oppnå hvis kontrollaspektet blir for dominerende.

Konklusjon

Denne studien viser at en god relasjon mellom helsesøster og foreldre er viktig for at hjemmebesøket til nyfødte skal oppleves positivt for begge parter. Foreldrene opplever støtte og trygghet, og de trenger bekreftelse på at de er gode nok omsorgsgivere for det nyfødte barnet sitt. Helsesøstre ser det universelle hjemmebesøket som den beste starten på kontakten med familien.

Studien avdekker et spenningsfelt mellom støtte og kontroll. Kontroll- og maktaspektene og det at tjenesten er frivillig, åpner for videre refleksjon rundt hjemmebesøket funksjon. Hvilken betydning har det for relasjonsbyggingen og utbyttet av besøket?

Bedre rutiner for informasjon om hjemmebesøket kan demme opp for misforståelser og avhjelpe usikkerhet hos foreldrene, og mye tyder på at utbyttet blir best når foreldrene er forberedt.

Det er også et spørsmål om det er nødvendig med en rolleavklaring rundt kontrollaspektet ved hjemmebesøket og annet helsestasjonsarbeid. Som regel er helsesøster den eneste fra offentligheten som besøker alle hjem der det er et nyfødt barn. Som en helsesøster sa det: «Snart er det bare vi og feier'n som er innom hos folk.» ■

Referanser

1. Forskrift 3. april 2003 nr. 450 om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2003-04-03-450> (nedlastet 29.11.2017).
2. Helsetilsynet. Korleis tek fødeinstitusjonen og kommunen vare på behova til barselkvinnar og det nyfødde barnet i barseltida? Oslo; 2011. Rapport 3/2011.
3. Helseledningskontoret. Nytt liv og trygg barseltid for familien: Nasjonal faglig retningslinje for barselomsorgen. Oslo; 2014. IS-2057. Tilgjengelig fra: <https://helseledningskontoret.no/retningslinjer/nasjonal-faglig-retningslinje-for-barselomsorgen-nytt-liv-og-trygg-barseltid-for-familien> (nedlastet 29.11.2017).
4. Helseledningskontoret. Nasjonal faglig retningslinje for det helsefremmende og forebyggende arbeidet i helsestasjon, skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom. Oslo; 2017. Tilgjengelig fra: <https://helseledningskontoret.no/retningslinjer/helsestasjons-og-skolehelsetjenesten> (nedlastet 29.11.2017).
5. Balke I. Snart er det bare vi og feieren som er innom hos folk: en kvalitativ studie av helsesøsters hjemmebesøk til nyfødte. (Masteroppgave.) Gjøvik: Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, Institutt for helsevitenskap; 2013.
6. Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Educ Today*. 2004 februar;24(2):105–12.
7. Aston M, et al. The power of relationships: exploring how Public Health Nurses support mothers and families during postpartum home visits. *J Fam Nurs*. 2015 februar;21(1):11–34.
8. Aamodt LG. Familien mellom mange hjelpere: refleksjoner i sosialfaglig arbeid. Bergen: Fagbokforlaget; 2005.
9. Branstad A. Fra monolog til dialog. I: Hauge HA, Mittelmark MB, red. Helsefremmende arbeid i en brytningstid. Bergen: Fagbokforlaget; 2003.
10. Neumann CEB. Det bekymrede blikket: en studie av helsesøsters handlingsbetingelser. Oslo: Novus forlag; 2009.
11. Kvello Ø. Barn i risiko: skadelige omsorgssituasjoner. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2010.
12. Killén K. Sveket: omsorgssvikt er alles ansvar. Oslo: Kommuneforlaget; 1994.
13. Lov 2. juli 1999 nr. 63 om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven). Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=Pasient-%20og%20brukerrettighetsloven> (nedlastet 29.11.2017).



Hvordan helsesøstre bruker kunnskapskilder

Helsesøstre regner seg som kompetente til å finne og vurdere nasjonale retningslinjer, men føler seg mindre kompetente til å vurdere forskningsbasert kunnskap.

Befolkningen har stadig større tilgang på forskning. Derfor må sykepleiere og helsesøstre være forberedt på å kunne besvare spørsmål og diskutere funn fra forskning. I høringsversjonen til de nye nasjonale faglige retningslinjene for helsestasjons- og skolehelsetjenesten er målsettingen å tilby helsefremmende og forebyggende helsetjenester i tråd med de kravene som stilles til forsvarlighet og god kvalitet (1).

Kunnskapsbasert praksis innebærer å ta faglige avgjørelser basert på en kombinasjon av systematisk innhentet forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap og pasientens ønsker og behov i den gitte situasjonen (2–4). Et viktig prinsipp i kunnskapsbasert praksis er å søke etter oppsummert forskning og kunnskapsbaserte oppslagsverk og retningslinjer før man leter etter enkeltstudier (5), slik S-pyramiden viser (se figur 1).

Tidligere studier

En norsk studie utført blant sykepleiere i kommunehelsetjenesten (6), viste at de mest brukte kunnskapskildene var egen erfaring, kollegaers erfaring, kunnskap fra sykepleierutdanningen, pasientens ønsker og helse-lovgivning. Funn fra forskning ble sjelden brukt.

Noen sykepleiere leste artikler i Sykepleien Forskning, men denne kunnskapen ble ikke brukt til å ta kliniske avgjørelser. Sykepleierne rapporterte også at de hadde begrenset forståelse for hvilken betydning det har å oppdatere sin faglige kunnskap.

I en studie blant helsesøstre undersøkte Austvoll-Dahlgren og Helseth hva som hindrer eller fremmer bruk av forskning i konsultasjoner om barnevaksinasjon. De undersøkte også hvilke kunnskapskilder som var mest brukt (7). De mest brukte kunnskapskildene var nasjonale retningslinjer og annen informasjon fra Nasjonalt folkehelseinstitutt (FHI).

Helsesøstrene uttrykte at forskning var viktig som grunnlag for å ta gode avgjørelser i praksis. Videre var forskning viktig som grunnlag for å møte foreldrenes krav og for å kunne utvikle seg faglig. Likevel var helsesøstrene motvillige til å søke etter forskningsartikler. Helsesøstrene opplevde ikke at det var deres oppgave å søke etter kunnskap fra forskning på egen hånd, men at deres ansvar og rolle var å stole på informasjon og retningslinjer fra offentlige myndigheter.

En oversiktsartikkel viste tidligere kjente barrierer som at sykepleiere i spesialisthelsetjenesten og i primærhelsetjenesten manglet tid, kunnskap og ferdigheter i å finne og vurdere forskningsartikler (8). Oversiktsartikkelen inkluderte studier om implementering av kunnskapsbasert praksis fra flere ulike land.

Hensikt med studien

Det finnes mange internasjonale og flere norske studier som kartlegger sykepleieres bruk av kunnskapskilder i spesialisthelsetjenesten (9–12). Færre studier har vært utført blant sykepleiere i primærhelsetjenesten, men det finnes stadig flere studier også på dette feltet

FAKTA

Av Maren Weurn, helsesøster og høyskolelærer, Karlsøy kommune og RKBU-Nord, UiT Norges arktiske universitet

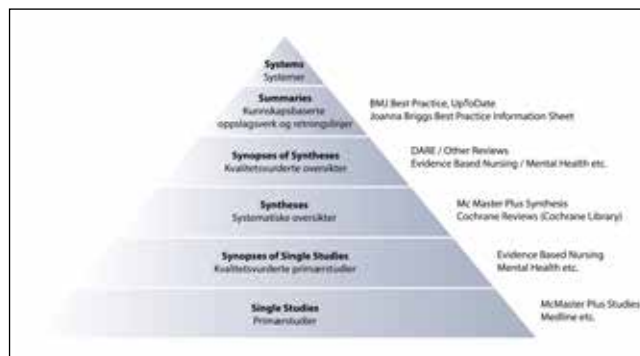
Line Kildal Bragstad, ergoterapeut og postdoktor, Avdeling for sykepleievitenskap, Universitetet i Oslo,

Kari Glavin, helsesøster og professor, Høgskolen Diakonova

Artikkelen er først publisert på sykepleien.no, 24.11.2017
DOI-NUMMER: 10.4220/Sykepleienf.2017.6/4242



FIGUR 1: S-pyramiden





(6, 13, 14). Ingen tidligere studier har kartlagt norske helsesøstres bruk av kunnskapskilder generelt.

Hvis vi vet hvordan helsesøstre bruker kunnskapskilder, kan det innvirke på hvordan helsesøsterutdanningene underviser om kunnskapsbasert praksis. Det kan også gi kunnskap om behov for etterutdanningskurs for praksisfeltet. Det er viktig at helsesøstre arbeider kunnskapsbasert. Det er behov for å se nær-

snittsstudien, var yrkesaktive helsesøstre i Norge. Ifølge Statistisk sentralbyrå var det 4 368 sysselsatte helsesøstre i 2014 (15). Utvalget i denne studien ble rekruttert blant medlemmene i Landsgruppen av helsesøstre (LaH) med registrert e-postadresse.

LaH formidlet spørreundersøkelsen i et nyhetsbrev til 3 130 e-postadresser. Undersøkelsen pågikk i tidsrommet 26. oktober 2015 til 5. desember 2015. De sendte ut to påminnelser.

«Tidsskrift for helsesøstre var det mest leste tidsskriftet, mens andre tidsskrifter ble mindre brukt.»

mere på hvilke kunnskapskilder helsesøstre bruker når de tar faglige avgjørelser.

Hensikten med denne studien var å kartlegge 1) hvilke kunnskapskilder helsesøstre benytter i praksis, 2) hvilke ferdigheter helsesøstre har i å finne og vurdere forskning og nasjonale retningslinjer, 3) hvilke hindringer helsesøstre møter når de skal finne og vurdere forskning og nasjonale retningslinjer, og 4) hva som påvirker ferdighetene i å vurdere forskningsbasert kunnskap.

Metode

Utvalg og datainnsamling

Populasjonen vi ønsket å undersøke i denne tverr-

Øversetting og tilpassing av spørreskjemaet

Vi ønsket å undersøke om det allerede fantes et utarbeidet spørreskjema som kunne brukes i denne undersøkelsen. Derfor søkte vi etter studier hvor det var benyttet spørreskjemaer knyttet til evaluering av kunnskapsbasert praksis (14, 16–18). For å gjøre en ytterligere avgrensing vurderte vi spørreskjemaer som allerede var oversatt til norsk, og som var brukt til studier i Norge (9, 10, 17, 19–21).

Spørreskjemaet «Developing Evidence-Based Practice Questionnaire» (DEBP) (18) var det som passet best etter hensikten med studien vår. Spørreskjemaet er oversatt til norsk etter Verdens helseorganisasjons prosedyre for oversettelse (10, 19). Den norske versjonen har tittelen «Kartlegging av faktorer som influerer på utvikling av kunnskapsbasert praksis» (UKBP). Den norske oversetteren Anne Dalheim har gitt oss tilatelse til å bruke spørreskjemaet.

Vi måtte tilpasse spørreskjemaet til helsesøstres arbeidssituasjon. Derfor utelot vi spørsmål i det opp-

Sammendrag

Bakgrunn: Helsesøsteryrket er i stadig utvikling og må tilpasse nye satsingsområder, nye faglige krav, nye oppgaver og mer ansvar.

Hensikt: Hensikten med studien var å kartlegge 1) hvilke kunnskapskilder helsesøstre benytter i praksis, 2) hvilke ferdigheter helsesøstre har i å finne og vurdere forskning og nasjonale retningslinjer, 3) hvilke hindre helsesøstre møter når de skal finne og vurdere forskning og nasjonale retningslinjer, og 4) hva som påvirker ferdighetene i å vurdere forskningsbasert kunnskap.

Metode: Studien er en tverrsnittsstudie der 708 helsesøstre besvarte et nettbasert spørreskjema. Vi benyttet statistiske analyser for å undersøke bruken av kunnskapskilder og faktorer som kan påvirke ferdigheter i å vurdere forskningsbasert kunnskap.

Resultater: Nasjonale retningslinjer, kunnskap fra helsesøsterutdanningen, personlig erfaring og kommunens retningslinjer

var de mest brukte kunnskapskildene. De største hindringene de oppga, var for lite tid til å finne forskning og utfordringer med å forstå engelskspråklige artikler. Helsesøstrene vurderte at de i stor grad var kompetente til å finne og vurdere nasjonale retningslinjer, men i mindre grad kompetente til å vurdere forskningsbasert kunnskap. Helsesøstre med mastergrad og helsesøstre i fulltidsstilling hadde signifikant høyere odds for å vurdere seg selv som kompetente til å vurdere forskning.

Konklusjon: Nasjonale retningslinjer er helsesøstrenes mest brukte kunnskapskilde. For å kunne ha en kunnskapsbasert yrkesutøvelse må helsesøstre ha kompetanse til å vurdere anbefalingene i nasjonale retningslinjer sammen med andre kunnskapskilder. Et fremtidig nasjonalt kompetanse- og utviklingscenter for helsestasjons- og skolehelsetjenesten vil kunne spille en viktig rolle for å implementere nasjonale retningslinjer og kvalitetssikre lokale prosedyrer i kommunene.



rinnelige spørreskjemaet som tydelig var tilpasset sykepleiere på sykehus. Disse spørsmålene omhandlet informasjon om pasienten, diskusjon med leger samt ny behandling og medikamenter.

Vi endret også enkelte spørsmål slik at de ble tilpasset helsesøstre. For eksempel ble «min personlige erfaring med å utøve sykepleie til pasienter over tid» endret til «min personlige erfaring med å utøve helsesøsteryrket over tid».

Videre la vi til noen spørsmål i den tilpassete versjonen. Disse spørsmålene omhandlet kunnskapskilder som veiledning, tverrfaglig samarbeid, hospitering og tilbakemelding fra brukere. Til sist utelot vi en del av det opprinnelige spørreskjemaet som omhandlet endringer i praksis, da hensikten med studien vår ikke var å se på endring av praksis.

Spørreskjemaet

Det tilpassete spørreskjemaet for helsesøstre ble prøvd ut i en pilotundersøkelse på en helsestasjon med ti helsesøstre. Vi fjernet spørsmål nummer 2 om «min intuisjon om hva som synes å være det rette for brukeren eller familien» fordi helsesøstrene tolket det ulikt.

Vi utelot dessuten spørsmål nummer 4 om «det som har fungert for meg over lang tid». Helsesøstrene synes det var vanskelig å skille dette spørsmålet fra spørsmål nummer 3 om «måten jeg alltid har gjort

det på», som vi beholdt. Reliabilitetstesting viser at det tilpassete spørreskjemaets interne konsistens er god (Chronbachs $\alpha = 0,87$) (22).

Spørreskjemaet hadde ett innledningsspørsmål: «Jobber du som helsesøster?» De som svarte nei på dette spørsmålet, ble utelukket fra undersøkelsen. Videre hadde spørreskjemaet 40 obligatoriske spørsmål som ble gradert på en fempunkt Likert-skala. På slutten av spørreskjemaet var det også et åpent spørsmål «Har du noe å tilføye?» med mulighet til fritekstkommentar. Vi oppga at det ville ta omtrent åtte til ti minutter å svare på undersøkelsen.

Spørreskjemaet var inndelt i fire deler. Den første delen etterspurte hvilke kilder til kunnskap helsesøstrene benyttet i arbeidet sitt. I del to spurte vi helsesøstrene om hvordan de vurderte sine ferdigheter i å finne, vurdere og bruke ulike kilder til kunnskap. I del tre etterspurte vi hvilke hindringer helsesøstrene opplevde når de skulle finne og vurdere forskningsartikler og nasjonale retningslinjer.

Del tre av det opprinnelige spørreskjemaet UKBP om ferdigheter i å finne, vurdere og bruke ulike kilder til kunnskap ble flyttet frem og ble til del to. Vi kartla demografiske variabler i siste del av spørreskjemaet.

Etiske hensyn

Studien ble meldt inn til og godkjent av Norsk senter

KUNNSKAPSBA- SERT PRAKSIS:

De senere årene har det kommet mange nye retningslinjer som helsesøstre må sette seg inn i og følge. Dermed blir retningslinjer en stadig viktigere kilde til kunnskap. Bildet viser helsesøstre på Bekkestua helsestasjon. Foto: Ingar Storfjell / NTB Scanpix

for forskningsdata (NSD), tidligere Norsk samfunnsvitenskapelige datatjeneste. Vi sikret anonymiteten ved at spørreskjemaet ble sendt ut på e-post gjennom Questback. Det var frivillig å delta, og vi informerte deltakerne om at når de svarte på undersøkelsen, samtykket de også i å være med på undersøkelsen.

Dataanalyse

Vi benyttet deskriptiv statistikk for å beskrive utvalget og få oversikt over frekvensfordelingen av alle kategoriske variabler (se tabell 1). Videre brukte vi logistisk regresjonsanalyse for å undersøke hvilke faktorer som kunne ha betydning for helsesøstrenes oppfatning av egen kompetanse i å vurdere forskningsbasert kunnskap.

I den logistiske regresjonsmodellen kontrollerte vi for kommunestørrelse fordi vi har grunn til å tro at arbeidsvilkårene kan være forskjellige i kommuner av ulik størrelse (23). Signifikansnivået i alle analyser ble satt til 0,05. Vi analyserte alle svarene bortsett fra fritekstsvarene i statistikkprogrammet SPSS for Mac, versjon 23. Fritekstsvarene ble analysert gjennom innholdsanalyse (24).

Resultater

708 av 3 130 helsesøstre svarte på spørreskjemaet, som tilsvarende svarprosent på 22,6. Fra studien ekskluderte vi 70 helsesøstre som svarte nei på innledningsspørsmålet om de jobbet som helsesøstre. 638 helsesøstre som svarte på hele spørreskjemaet, ble inkludert.

To tredjedeler av de inkluderte helsesøstrene var i alderen 41–60 år, og over halvparten hadde jobbet som helsesøster i seks til tjue år. Omtrent en fjerdedel oppga å ha en lederfunksjon, og nesten seks prosent oppga at de hadde mastergrad (se tabell 1). Etter innholdsanalysen inndelte vi fritekstsvarene i tre hovedtemaer: tid, kompetanse og holdninger.

Helsesøstres kunnskapskilder

Helsesøstrenes rangering av kunnskapskildene viste at nasjonale retningslinjer og føringer, kunnskap fra helsesøsterutdanningen, personlig erfaring samt kommunens retningslinjer og prosedyrer var de fire mest brukte kunnskapskildene. Andre kunnskapskilder som de brukte mye, var eksterne kurs og interne fagmøter samt kunnskap som helsesøsterkollegaer delte.

Tidsskrift for helsesøstre var det mest leste tidsskriftet, mens andre tidsskrifter ble mindre brukt. Kunnskapskilden som de brukte minst, var artikler publisert i engelskspråklige tidsskrifter (se figur 2).

TABELL 1: Deskriptiv statistikk over utvalget, n = 638

Alderskategori	n	%
23–40 år	156	24,5
41–50 år	215	33,7
51–60 år	215	33,7
61 år +	52	8,2
Antall år i yrket som helsesøster		
0–5 år	173	27,1
6–10 år	133	20,8
11–20 år	212	33,2
21–30 år	93	14,6
31–40 år	26	4,1
41 år +	1	0,2
Stillingsprosent		
100 %	357	58,8
70–99 %	197	30,9
40–69 %	58	9,1
Under 40 %	8	1,3
Hovedarbeidsfelt som helsesøster*		
Helsestasjon	389	61,0
Skolehelsetjeneste	379	59,4
Videregående skole	82	12,9
Helsestasjon for ungdom	113	17,7
Vaksinasjonskontor	38	6,0
Annet	131	20,5
Kommunestørrelse		
< 2000 innbyggere	13	2,0
2001–5000 innbyggere	71	11,1
5001–20000 innbyggere	187	29,3
20001–50000 innbyggere	200	31,3
> 50001 innbyggere	167	26,2
Har du en lederfunksjon?		
Ja	153	24,0
Nei	485	76,0
Har du en mastergrad?		
Ja	37	5,8
Nei	601	94,2

*Helsesøstre ble bedt om å krysse av for de to arbeidsfeltene de brukte mest arbeidstid på.

Ferdigheter og hindringer

Helsesøstrene oppga at de i stor grad var kompetente til eller eksperter i å finne og vurdere nasjonale retningslinjer. Færre rapporterte at de var kompetente til eller eksperter i å finne og vurdere forskningsbasert kunnskap.

De oppga at den største hindringen i å finne forskningsartikler var at de ikke hadde tilstrekkelig tid (se figur 3). Det kom også tydelig frem i fritekstkommentarene i undersøkelsen at de manglet tid til å finne forskning. Vanskeligheter med å forstå engelskspråklige artikler var også en stor hindring. Helsesøstrene følte seg heller

ikke sikre på om de kunne bedømme kvaliteten på forskningsartikler.

For lite tid var et ubetydelig problem når det gjaldt å finne nasjonale retningslinjer og veiledere. Under fem prosent av helsesøstrene oppga at de var helt enige eller enige i at det var vanskelig å finne nasjonale retningslinjer og veiledere. Kun ti prosent rapporterte at de var helt enige eller enige i at det var vanskelig å vurdere hvilken betydning retningslinjer har for praksisen deres.

Kontrollert for alder, arbeidserfaring, stillingsprosent, kommune størrelse og lederfunksjon var det to faktorer som var viktige for helsesøstrenes egen vurdering av kompetanse til å vurdere forskning. Helsesøstre med mastergrad hadde over 3,5 ganger så høye odds (OR 3,72, $p = 0,033$) for å vurdere seg selv som ganske god til, kompetent til eller ekspert i å vurdere forskning sammenliknet med helsesøstre uten mastergrad.

Helsesøstre i 100 prosent stilling hadde 1,5 ganger så høye odds (OR 1,49, $p = 0,045$) for å vurdere seg selv som ganske god til, kompetent til eller ekspert i å vurdere forskning sammenliknet med helsesøstre i deltidsstilling (se tabell 2).

Fritekstsvaer

Tid

Helsesøstrene føler at de har altfor lite tid i den daglige jobben til å lese og søke opp forskningsartikler og fagstoff: «Dette må jeg gjøre hjemme for å holde meg oppdatert.» På grunn av stort arbeidspress forteller de at det ofte blir tilfeldig om de holder seg oppdatert.

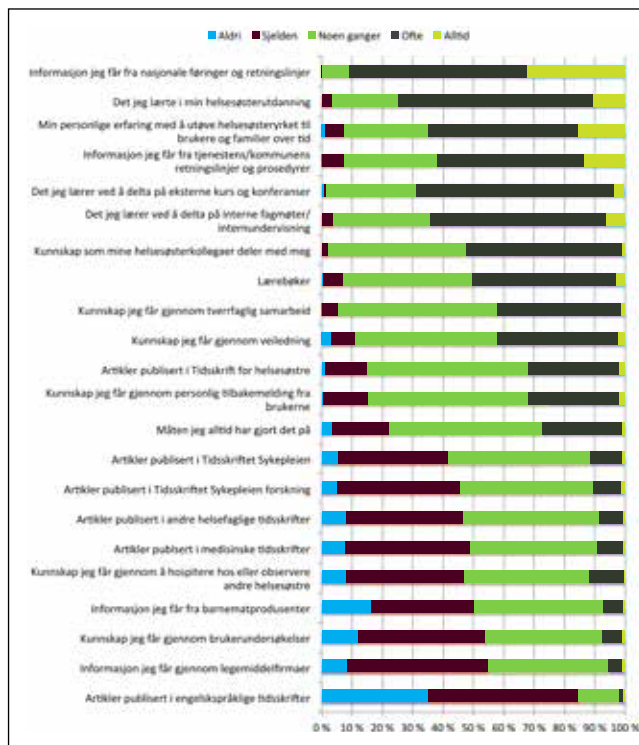
Kompetanse

Helsesøstrene mener de får liten støtte fra ledelsen til kurs og videreutdanning, og at kurs og videreutdanning verken gir uttelling i form av lønn eller andre arbeidsoppgaver. De mener at masterutdanning er viktig for å forstå og anvende kunnskap: «Jeg har tatt flere etterutdanninger etter helsesøsterutdannelsen og på den måten holdt meg faglig oppdatert. Det er trist at faglig kompetanse ikke verdsettes bedre ute i kommunene.»

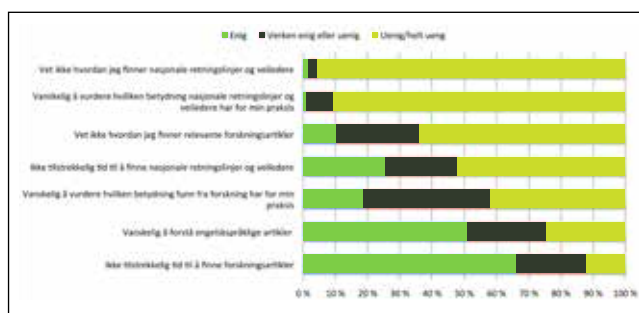
Holdninger

Helsesøstrene mener det er nødvendig med mer oppmerksomhet på forskningsbasert kunnskap i praksis: «Det er altfor mye synsing, og at vi alltid har gjort [det slik].» De opplever at fag kommer langt ned på

FIGUR 2: Helsesøstres bruk av ulike kunnskapskilder



FIGUR 3: Hindringer i å finne og vurdere forskning og nasjonale retningslinjer



lista, og at det er ulik praksis og holdninger til det å holde seg oppdatert.

Diskusjon

Denne studien viser at nasjonale retningslinjer er den mest brukte kunnskapskilden til helsesøstre. De største hindringene for å finne og vurdere forskning er mangel på tid, vanskeligheter med å forstå engelskspråklige artikler og usikkerhet når det gjelder å

bedømme kvaliteten på forskning. Mastergrad og stillingsstørrelse har signifikant betydning når det gjelder helsesøstrenes vurdering av hvilken kompetanse de har til å bedømme forskning.

Kunnskapskilder

De senere årene har det kommet mange nye retningslinjer som helsesøstre skal sette seg inn i og følge. Dermed blir retningslinjer en stadig mer betydningsfull kunnskapskilde for helsesøstre (25–29). Nasjonale

«Helsesøstre mener de får liten støtte fra ledelsen til kurs og videreutdanning.»

retningslinjer er faglig normerende, og det skal gode grunner til for å avvike fra disse, selv om helsepersonell må bruke faglig skjønn i vurderingen (1).

I vår studie oppgir over 90 prosent av helsesøstre at de ofte eller alltid bruker nasjonale føringer og retningslinjer som kunnskapskilde i praksis. Dette funnet samsvarer med funnene i en studie fra 2012 om helsesøstres bruk av kunnskapskilder når det gjelder barnevaksinasjon (7).

TABELL 2: Logistisk regresjon – faktorer som kan påvirke helsesøstres egenrapporterte ferdigheter i å vurdere forskningsbasert kunnskap*

	Oddsratio (95 % konfidensintervall)	P-verdi
Mastergrad (1 = ja)	3,72 (1,12–12,40)	0,033
Stillingsprosent (1 = 100 %)	1,49 (1,01–2,20)	0,045
Arbeidserfaring (1 = 11+ år)	1,13 (0,67–1,90)	0,641
Lederfunksjon (1 = ja)	0,91 (0,55–1,50)	0,700
Alder		0,771
23–40 år	1,47 (0,59–3,66)	0,408
41–50 år	1,14 (0,51–2,53)	0,746
51–60 år	1,06 (0,51–2,22)	0,870
61+ år: referanse	1,0	
Kommunestørrelse		0,89
< 2000	2,01 (0,42–9,94)	0,379
2000–5000	0,77 (0,41–1,45)	0,414
5001–20000	1,61 (0,97–2,68)	0,067
20001–50000	1,47 (0,90–2,41)	0,124
> 50001: referanse	1,0	
Konstant	1,91	0,352

*Avhengig variabel: vurdering av forskningsbasert kunnskap (0 = fullstendig nybegynner/novise, 1 = ganske god / kompetent / ekspert)
Hosmer-Lemeshow-test p = 0,966

Kritikk mot retningslinjer

Flere nasjonale retningslinjer kan både være positivt og negativt. Det finnes lite forskning og kunnskap om hvordan utviklingen med stadig flere nasjonale retningslinjer påvirker yrkesutøvelsen til helsesøstre. Mange hevder at den enkleste måten helsesøstre kan basere sin praksis på relevant og oppdatert forskning, er å følge nasjonale retningslinjer. På den annen side går kritikken mot retningslinjer ofte ut på at de kan overforenkle pasientbehandlingen.

Kritikken går også ut på at de ikke tar høyde for konteksten og multimorbiditeten til pasientene siden retningslinjene ofte omhandler én sykdom eller isolert tilstand (30, 31). Det er ikke forsket på i hvilken grad denne kritikken rammer helsesøstre med tanke på hvordan de bruker retningslinjene.

Studien vår sier heller ikke noe om hvordan helsesøstre bruker retningslinjene i den praktiske hverdagen. Likevel kan det synes som om retningslinjer påvirker helsesøstres arbeidshverdag stadig mer siden de rapporterte at de bruker dem så ofte.

Studien om hva som fremmer eller hindrer helsesøstres bruk av forskning i konsultasjoner om barnevaksinasjon (7), kan tyde på at helsesøstre mener at deres ansvar er å følge nasjonale retningslinjer og ikke søke opp forskning på egen hånd.

Nasjonale retningslinjer er bygget på kunnskapsoppsummeringer, og de er derfor mer til å stole på enn enkeltstudier som utgangspunkt for å ta faglige avgjørelser. Helsesøstre bør likevel kunne begrunne sine handlinger bedre enn med at «dette er anbefalt i nasjonale retningslinjer». Det kan være spesielt problematisk at flere retningslinjer er utgitt for flere år siden uten at de er oppdatert med nyere forskning.

Nasjonale retningslinjer viktigere for helsesøstre enn sykepleiere

I studien vår oppgir omtrent 50 prosent av helsesøstre at de ofte eller alltid bruker kommunens retningslinjer og prosedyrer som kunnskapskilde. I studier blant sykepleiere i primærhelsetjenesten er nasjonale retningslinjer rangert som en lite brukt kunnskapskilde, mens lokale prosedyrer fra sykehuset eller kommunen brukes ofte (6, 10).

Helsesøstre må oftere enn andre sykepleiere i primærhelsetjenesten forholde seg direkte til føringer fra nasjonale retningslinjer. Da er det ikke uventet at studien viser at nasjonale retningslinjer er en viktigere kunnskapskilde for helsesøstre enn for sykepleiere uten videreutdanning i primærhelsetjenesten. Bruker ikke funn fra forskning

I tråd med tidligere forskning blant sykepleiere (6, 32, 33) viste studien vår at helsesøstrene som svarte på undersøkelsen, sjelden bruker funn fra forskning direkte i praksisen sin. Dette kan gi grunn til bekymring. I forebyggende helsearbeid kan det være ekstra krevende å overføre eller «oversette» funn fra forskning til praksis. Det er for eksempel ikke uvanlig at programmer eller tiltak som er dokumentert effektive, ikke oppnår forventet effekt når de utføres i en annen sammenheng eller befolkningsgruppe enn de først var utprøvd i (34).

En metode eller intervensjon som har vist seg å være effektiv i en befolkningsgruppe, har ikke nødvendigvis samme effekt i en annen sammenheng. For å svare på hvorvidt intervensjonen har effekt, er det alltid nødvendig å vurdere ikke bare selve intervensjonen, men også sammenhengene mellom intervensjonen og konteksten den foregår i (35). Det er derfor grunn til å anta at helsesøstre har behov for kompetanse til å vurdere forskning. De trenger også kompetanse om hvordan forskningen kan implementeres i ulike kontekster.

Hindringer og ferdigheter

Studien vår viser at den største hindringen for å bruke forskning er mangel på tid. Dette funnet samsvarer med funn fra tidligere studier (8, 10, 14, 20, 36). Helsesøstrene utdypet tidsmangelen i fritekstkommentarene. Nesten 40 prosent av helsesøstrene rapporterte også at de var helt enige eller enige i at det var vanskelig å vurdere hvilken betydning funn fra forskning har for deres praksis, som stemmer overens med funn i andre studier (10, 13, 14).

De fleste helsesøstrene synes dessuten at det er vanskelig å forstå engelskspråklige artikler, noe som også er rapportert i andre land der engelsk ikke er morsmålet (37). Språkbarrieren begrenser helsesøstrenes mulighet til å innhente og vurdere ny kunnskap fra forskning. Det kom også frem i fritekstkommentarene at helsesøstrene fokuserte på faglig oppdatering og forskning, men at tiden satte begrensninger.

Dette funnet samsvarer imidlertid ikke med studien som viste at andre sykepleiere i kommunehelsetjenesten hadde liten forståelse for betydningen av å oppdatere kunnskapen sin (6). Funnet vårt kan forklares med at alle helsesøstre har en videreutdanning, som kan ha betydning for hvordan de ser på faglig oppdatering.

Mastergrad har betydning

Helsesøstre med mastergrad hadde mer enn 3,5 ganger så høye odds for å vurdere seg som ganske god til,

kompetent til eller ekspert i å vurdere forskning sammenliknet med helsesøstre uten mastergrad. Det har vært mye debatt om behovet for masterutdanninger generelt. Debatten har gått både for og imot utviklingen med at flere og flere videreutdanninger for sykepleiere blir mastergrader (38–40).

Sykepleiere er enige i at kunnskapsbasert praksis er nyttig i klinisk arbeid, men de mangler kunnskap til å gjennomføre det i praksis (41). Sammen med andre studier støtter studien vår at helsesøstre med master-

«Helsesøstrene som svarte på undersøkelsen, bruker sjelden funn fra forskning direkte i praksisen sin.»

grad vil ha bedre kompetanse til å vurdere funn fra forskning (36, 42).

Helsesøstre i 100 prosent stilling hadde 1,5 ganger så høye odds for å betrakte seg selv som ganske god, kompetent eller ekspert i å vurdere forskningsbasert kunnskap. Andre studier viser også at det har betydning for implementering av kunnskapsbasert praksis hvor mange timer ukentlig man arbeider (43). Det er rimelig å anta at redusert arbeidstid gir tilsvarende redusert mulighet til å lese fag- og forskningslitteratur eller delta på kurs og fagmøter i arbeidstiden.

Implikasjoner

For å kunne ha en kunnskapsbasert yrkesutøvelse må helsesøstre ha kompetanse til å vurdere flere kunnskapskilder og ikke utelukkende forholde seg til nasjonale retningslinjer og lokale prosedyrer. Denne studien sier ikke noe om hvordan helsesøstre benytter de ulike kunnskapskildene. Det vil derfor være behov for videre forskning på dette området.

Utdanningen

Studiens resultater bør ha betydning for hvordan helsesøsterutdanningen underviser om kunnskapsbasert praksis for å trygge nye helsesøstre i å bruke ulike kunnskapskilder. Kommunene og høyskolene bør også vurdere etterutdanningskurs om kunnskapsbasert praksis og bruk av kunnskapskilder til helsesøstre.

Kommunene

Helsesøsteryrket er omfattende, og helsesøstre arbeider selvstendig, noe som kanskje krever at helsesøsterut-





danningen bør være på masternivå. Det er også viktig at kommunene bruker ressursene som helsesøstre med mastergrad innehar, til å utvikle tjenesten i kommunene.

Det er i dag ingen instans som har et overordnet ansvar for å implementere nasjonale retningslinjer og kvalitetssikre lokale prosedyrer i kommunene. Det har lenge vært arbeidet for å etablere et nasjonalt kompetanse- og utviklingscenter for helsestasjons- og skolehelsetjenesten (44–46). Landsgruppen

«Den største hindringen for å bruke forskning er mangel på tid.»

av helsesøstre ser også et stort behov for et slikt senter og har videreført arbeidet med å etablere det. Dette arbeidet bør intensiveres og vil kunne spille en viktig rolle i arbeidet mot målet om kunnskapsbasert praksis i helsesøstertjenesten (47).

Styrker og begrensninger

Det var 708 helsesøstre av 3 130 inviterte som besvarte undersøkelsen. Det tilsvarer en svarprosent på 22,6. Denne svarprosenten samsvarer med andre sammenliknbare studier (48). I 2014 var det totalt 4 368 yrkesaktive helsesøstre i Norge.

I denne studien har vi lyktes i å innhente svar fra 16,2 prosent av hele populasjonen (15). Det at vi valgte å rekruttere via LaH, kan ha introdusert skjevheter i utvalget. Imidlertid har vi ingen data som kan verifisere hvorvidt helsesøstre utenfor LaH er vesentlig forskjellige fra dem som er medlemmer i LaH. Det er derfor vanskelig å vurdere hvorvidt funnene er representative også for de helsesøstre som ikke har svart. Vi mener likevel at resultatene i denne studien kan gi en pekepinn på forholdene i tjenesten.

En begrensning ved studien vår er imidlertid at vi bare får svar på hva helsesøstre rapporterer at de gjør, og ikke hva de faktisk gjør i praksis. Studien kan heller ikke svare på hva som er mulige årsaker eller virkninger. Den kan kun beskrive assosiasjoner mellom variablene.

Endringene i henhold til det opprinnelige spørreskjemaet UKBP ble såpass omfattende at resultatene fra denne studien ikke uten videre kan benyttes til å sammenlikne direkte med resultatene fra studier der DEBP eller UKBP er brukt.

Konklusjon

Denne studien viser at nasjonale retningslinjer er helsesøstrenes mest brukte kunnskapskilde. Helsesøstre med mastergrad og helsesøstre som arbeider i 100 prosent stilling, opplever at de er bedre til å vurdere forskningsbasert kunnskap enn helsesøstre uten mastergrad, eller som arbeider i redusert stilling.

Praksisfeltet bør vurdere hvordan disse ressursene kan utnyttes bedre. Utdanningsinstitusjonene bør også vurdere hvordan de underviser i kunnskapsbasert praksis og tilby etterutdanningskurs for helsesøstre. Opprettelsen av et nasjonalt kompetanse- og utviklingscenter for helsestasjons- og skolehelsetjenesten vil kunne ha stor betydning for bruk av kunnskapsbasert praksis og kunnskapsutvikling i helsesøstertjenesten. ■

Takk til Anne Dalheim for tillatelsen til å bruke den norske oversettelsen av spørreskjemaet «Developing Evidence-Based Practice Questionnaire» (DEBP): «Kartlegging av faktorer som influerer på utvikling av kunnskapsbasert praksis» (UKBP).

Referanser

1. Helsedirektoratet. Nasjonal faglig retningslinje for det helsefremmende og forebyggende arbeidet i helsestasjon, skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom – høringsversjon. Helsedirektoratet; 2016.
2. Nortvedt MW, Jamtvedt G, Graverholt B, Nordheim LV, Reinart LM. Jobb kunnskapsbasert! En arbeidsbok. Oslo: Akribe; 2012.
3. Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. Kunnskapsbasert praksis 2016. Tilgjengelig fra: <http://www.kunnskapssenteret.no/kunnskapsbasert-helsetjeneste> (nedlastet 30.10.2017).
4. Sosial- og helsedirektoratet. Kommunenes helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten: Veileder til forskrift av 3. april 2003 nr. 450. Sosial- og helsedirektoratet; 2004. Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/Documents/Helsestasjon%20og%20skolehelsetjeneste/Kommunens-helsefremmende-og-forebyggende-arbeid-i-helsestasjons-og-skolehelsetjenesten.pdf> (nedlastet 21.11.2017).
5. DiCenso A, Bayley L, Haynes RB. Accessing pre-appraised evidence: fine-tuning the 5S model into a 6S model. *Evidence-Based Nursing* 2009;12(4):99–101.
6. Berland A, Gundersen D, Bentsen SB. Evidence-based practice in primary care – An explorative study of nurse practitioners in Norway. *Nurse Education in Practice*. 2012;12(6):361–5.
7. Austvoll-Dahlgren A, Helsest S. Public health nurses' barriers and facilitators to the use of research in consultations about childhood vaccinations. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 2012;26(2):271–8.
8. Mallion J, Brooke J. Community- and hospital-based nurses' implementation of evidence-based practice: are there any differences? *British Journal of Community Nursing*. 2016;21(3):148–54.
9. Stokke K, Olsen NR, Espehaug B, Nortvedt MW. Evidence based practice beliefs and implementation among nurses: a cross-sectional study. *BMC Nursing*. 2014;13(1):8.
10. Dalheim A, Harthug S, Nilsen RM, Nortvedt MW. Factors influencing the development of evidence-based practice among nurses: a self-report survey. *BMC Health Services Research*. 2012;12:367.

11. Maaskant JM, Knops AM, Ubbink DT, Vermeulen H. Evidence-based practice: A survey among pediatric nurses and pediatricians. *Journal of Pediatric Nursing*. 2013;28(2):150–7.
12. Renolen Å, Hjalhmult E. Nurses experience of using scientific knowledge in clinical practice: a grounded theory study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 2015;29(4):633–41.
13. Patelarou AE, Patelarou E, Brokalaki H, Dafermos V, Thiel L, Melas CD, et al. Current evidence on the attitudes, knowledge and perceptions of nurses regarding evidence-based practice implementation in European community settings: a systematic review. *Journal of Community Health Nursing*. 2013;30(4):230–44.
14. Nilsson Kajermo K, Alinaghizadeh H, Falk U, Wändell P, Törnkvist L. Psychometric evaluation of a questionnaire and primary healthcare nurses' attitudes towards research and use of research findings. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 2014;28(1):173–85.
15. Statistisk sentralbyrå. Helse- og sosialpersonell. 2014. 4. kvartal 2014. Tilgjengelig fra: <http://www.ssb.no/arbeid-og-lonn/statistikker/hesospers/aar/2015-06-12?fanetabell&sortnummer&tabell=229477> (nedlastet 15.08.2016).
16. Leung K, Trevena L, Waters D. Systematic review of instruments for measuring nurses' knowledge, skills and attitudes for evidence-based practice. *Journal of Advanced Nursing*. 2014;70(10):2181–95.
17. Upton D, Upton P. Development of an evidence-based practice questionnaire for nurses. *Journal of Advanced Nursing*. 2006;53(4):454–8.
18. Gerrish K, Ashworth P, Lacey A, Bailey J, Cooke J, Kendall S et al. Factors influencing the development of evidence-based practice: a research tool. *Journal of Advanced Nursing*. 2007;57(3):328–38.
19. Dalheim A. Faktorer som influerer på implementering av kunnskapsbasert praksis (masteroppgave): Bergen: Høgskolen i Bergen; 2011.
20. Hommelstad J, Ruland CM. Norwegian nurses' perceived barriers and facilitators to research use. *AORN Journal*. 2004;79(3):621–34.
21. Svarthaug LA. Kunnskapsbasert praksis blant anestesijøkleiere i et norsk helseforetak. (Masteroppgave): Gjøvik: Høgskolen i Gjøvik; 2012.
22. Polit DF, Beck CT. *Nursing Research: Generating and assessing evidence for nursing practice*. 10. utg. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2017.
23. Waldum-Grevbo KS, Haugland T. En kartlegging av helsesøsterbemanningen i skolehelsetjenesten. *Sykepleien Forskning*. 2015;10(4):352–60. Tilgjengelig fra: <https://sykepleien.no/forskning/2015/11/en-kartlegging-av-helsesosterbemanningen-i-skolehelsetjenesten> (nedlastet 30.10.2017).
24. Ryghaug M. Å bringe tekster i tale – mulige metodiske innfallsvinkler til tekstanalyse i statsvitenskap. *Norsk statsvitenskapelig tidsskrift*. 2002;4:303–27.
25. Helsedirektoratet. Nasjonale faglige retningslinjer for veiing og måling i helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Oslo: Helsedirektoratet; 2010. Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/nasjonal-faglig-retningslinje-for-veiing-og-maling-i-helsestasjons-og-skolehelsetjenesten> (nedlastet 21.11.2017).
26. Helsedirektoratet. Nasjonale faglige retningslinjer for primærhelsetjenesten. Forebygging og behandling av overvekt og fedme hos barn og unge. Oslo: Helsedirektoratet; 2010. Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/nasjonal-faglig-retningslinje-for-forebygging-utredning-og-behandling-av-overvekt-og-fedme-hos-barn-og-unge> (nedlastet 21.11.2017).
27. Helsedirektoratet. Nasjonal faglig retningslinje for barselomsorgen. Nytt liv og trygg barseltid for familien. Helsedirektoratet; 2014. Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/nasjonal-faglig-retningslinje-for-barselomsorgen-nytt-liv-og-trygg-barseltid-for-familien> (nedlastet 21.11.2017).
28. Sosial- og helsedirektoratet. Faglige retningslinjer for oppfølging av for tidlig fødte barn. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet; 2007. Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/nasjonal-faglig-retningslinje-for-oppfolging-av-for-tidlig-fodte-barn> (nedlastet 21.11.2017).
29. Sosial- og helsedirektoratet. Retningslinjer for undersøkelse av syn, hørsel og språk hos barn. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet; 2006. Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/nasjonal-faglig-retningslinje-for-undersokelse-av-syn-horsel-og-sprak-hos-barn> (nedlastet 21.11.2017).
30. Alanen S, Kaila M, Välimäki M. Attitudes toward guidelines in Finnish primary care nursing: a questionnaire survey. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*. 2009;6(4):229–36.
31. Brean A. Et kaos. *Tidsskrift for Den norske legeforening*. 2016;136(8):687.
32. Boström AM, Kajermo KN, Nordström G, Wallin L. Registered nurses' use of research findings in the care of older people. *Journal of Clinical Nursing*. 2009;18(10):1430–41.
33. Estabrooks CA, Rutakumwa W, O'Leary KA, Profetto-McGrath J, Milner M, Levers MJ, et al. Sources of practice knowledge among nurses. *Qualitative Health Research*. 2005;15(4):460–76.
34. Rychetnik L, Bauman A, Laws R, King L, Rissel C, Nutbeam D, et al. Translating research for evidence-based public health: key concepts and future directions. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 2012;66(12):1187–92.
35. Kemm J. The limitations of evidence-based public health. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*. 2006;12(3):319–24.
36. Baird L, Miller T. Factors influencing evidence-based practice for community nurses. *Br J Community Nurs*. 2015;20(5):233–42.
37. Khammaria M, Haj Mohammadi M, Amani Z, Rezaeian S, Setoodehzadeh F. Barriers to implementation of evidence based practice in Zahedan teaching hospitals, Iran, 2014. *Nursing research and practice*. 2015. Tilgjengelig fra: <https://www.hindawi.com/journals/nrp/2015/357140/> (nedlastet 21.11.2017).
38. Torgersen AI. Mastersyke blant sykepleiere. *Sykepleien*. 2015;103(1):75. Tilgjengelig fra: <https://sykepleien.no/meninger/innsill/2015/01/mastersyke-et-sykepleiefenomen> (nedlastet 30.10.2017).
39. Lerdal A. Vi trenger funksjonsorienterte mastergrader. *Sykepleien*. 2014;102(06):103. Tilgjengelig fra: <https://sykepleien.no/2014/06/vi-trenger-funksjonsorienterte-mastergrader> (nedlastet 30.10.2017).
40. Skogsås B. Praksisveilederes refleksjoner om akademisering av spesialutdanningene. *Sykepleien Forskning*. 2016;11(1):56–64. Tilgjengelig fra: <https://sykepleien.no/forskning/2016/02/praksisveilederes-refleksjoner-om-akademisering-av-spesialutdanningene> (nedlastet 30.10.2017).
41. Skela-Savi B, Hvali-Touzery S, Pesjak K. Professional values and competencies as explanatory factors for the use of evidence-based practice in nursing. *Journal of Advanced Nursing*. 2017;73(3):1910–23.
42. Cotterill-Walker SM. Where is the evidence that master's level nursing education makes a difference to patient care? A literature review. *Nurse Education Today*. 2012;32(1):57–64.
43. Hellier S, Cline T. Factors that affect nurse practitioners' implementation of evidence-based practice. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*. 2016;28(11):612–21.
44. Glavin K. Utkast til plan for nasjonalt kompetanse/utviklingscenter for helsefremmende og forebyggende arbeid rettet mot barn og unge. Oslo: Høgskolen Diakonova; 2005.
45. Hertzberg A, Haug H. Evaluering av utviklingscenter for Helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Oslo: HUS, HeSo; november 2004.
46. Glavin K, Bild H, Hønningstad G, Brevik S, Jacobsen S, Petersen K. Forsknings- og utviklingscenter for helsestasjons- og skolehelsetjenesten, foreløpig utkast til prosjektbeskrivelse. Oslo: IRHUS; 1998.
47. Landsgruppen av helsesøstre NSF. Nasjonalt kompetanse- og utviklingscenter for helsestasjons- og skolehelsetjenesten: En idé- og planskisse fra en prosjektgruppe i regi av Landsgruppen av helsesøstre NSF. 2009. Tilgjengelig fra: [https://www.nsf.no/Content/254457/NASJONALT%20kompetansesenter%20%20Presentasjon%20\(2\).pdf](https://www.nsf.no/Content/254457/NASJONALT%20kompetansesenter%20%20Presentasjon%20(2).pdf) (nedlastet 21.11.2017).
48. Sarna L, Bialous SA, Wells M, Kotlerman J, Wewers ME, Froelicher ES. Frequency of nurses' smoking cessation interventions: report from a national survey. *Journal of Clinical Nursing*. 2009;18(14):2066–77.



Helsesøsters utfordringer med psykisk uhelse i skolen

Helsesøstre i skolen bruker mer enn halvparten av tiden sin på elever med psykiske plager. Hvordan opplever de hverdagen sin? Og hvordan kan de bli bedre rustet til å hjelpe ungdommer som sliter?

FAKTA

Av Øyfrid Larsen Moen, førsteamanuensis, Institutt for helsevitenskap, NTNU Gjøvik

Artikkelen er først publisert på sykepleien.no
DOI-NUMMER: 10.4220/Sykepleiens.2017.64615

Ettersom jeg har jobbet som helsesøster og forsker, ble jeg nysgjerrig på hvordan helsesøstre i dag opplever å arbeide med elever i skolen som har psykiske plager. Jeg fikk med meg kollega Hege Kletthagen, som er psykiatrisk sykepleier, til å finne ut av dette. Vi foretok en spørreundersøkelse blant helsesøstre som arbeider i skolen med elever mellom 11 og 18 år.

Via spørreskjemaer fikk vi besvarelse fra 284 helsesøstre fra 163 små og store kommuner i Norge. Vi brukte beskrivende og sammenliknende statistikk for å analysere resultatene (1). Spørreskjemaet hadde også noen åpne spørsmål hvor vi fikk utsagn fra helsesøstrene. Disse utsagnene ble analysert med kvalitativ innholdsanalyse (2).

Majoriteten hadde videreutdanning som helsesøster. 31 prosent hadde i tillegg videreutdanning innen psykiatri. Mange hadde også andre kurs innen psykisk helse. Spredning i ansiennitet var fra nyutdannet til 40 års erfaring. Alle respondentene var kvinner.


Komplekst bilde

Helsesøstrene opplevde at de møtte flere ungdommer med psykiske plager nå enn for fem år siden. Én helsesøster uttrykte det slik: «Generelt er det viktig å poengtere at majoriteten av elevene har det bra,

er tilfreds med lærerne sine og skolen generelt.» Likevel viser forskning at om lag 20 prosent av alle ungdommer sliter med psykiske plager som angst og depresjon. Det gjelder spesielt jenter (3).

Flere studier viser til at jenter er mer sårbare i forhold til stress, har lavere selvbilde og mer angst- og depresjonssymptomer enn gutter (4). Helsesøstrene i gjeldende studie beskrev også at de møtte mange ungdommer med slike plager. De beskrev også at elever sliter med rus, søvnproblemer og selvskading og at noen har selvmordstanker.

Andre elever har problemer knyttet til sosiale relasjoner og for eksempel foreldre som skilles. Psykiske plager henger ofte sammen med atferdsproblemer, problemer med venner og skoleprestasjoner (5, 6).

Det er et komplekst bilde helsesøstrene arbeider med i det daglige. Helsesøstre skal primært jobbe helsefremmende og forebyggende. Den nye veilederen til skolehelsetjenesten har en sterk anbefaling om at helsesøstre skal fange opp dem 

Sammendrag: Helsesøstre beskriver i denne studien at de bruker mer enn halvparten av sin arbeidstid i skolen på elever med psykiske plager. Helsesøstre som fagpersoner – for ungdom i skolen – etterspør verktøy og kurs i psykisk helse. De ønsker også mer støtte fra barne- og ungdomspsykiatrien for å styrke arbeidet mot denne elevgruppen. En ny veileder anbefaler sterkt at helsesøstre i skolehelsetjenesten skal oppdage elever som har psykiske lidelser eller plager. Hvordan er de rustet til å møte dette kravet?

«En helhetlig tilnærming og forståelse er helsesøstrenes styrke.»



UNGDOMMER SOM SLITER: Helsesøstrene i studien beskriver at de møter mange ungdommer med psykiske plager som angst og depresjon. Illustrasjonsfoto: Mostphotos



som har psykiske plager. Hvordan dette skal gjøres, er lite konkret beskrevet.

Tilgjengelighet

Helsesøstrene la vekt på at de må være tilgjengelige for ungdommene. Over 60 prosent av helsesøstrene beskrev at de bruker mer enn halvparten av tiden sin på ungdommer med psykiske plager. De opplevde denne delen av jobben som givende, men vanskelig.

Å ha en åpen dør er viktig, men mye av tiden består av rutinearbeid. Andre har ikke et kontor som er tilgjengelig eller egnet for samtaler. Helsesøstres tilgjengelighet er beskrevet i en studie hvor svært få av norske kommuner tilfredsstillte normtallene for stillinger i skolehelsetjenesten (7).

Helsesøster er kanskje en av dem som ungdommene tør å henvende seg til om vanskelige forhold i livet (8). Tilgjengelighet handler også om å være synlig og ha en åpen dør. En problemstilling kan også være at når helsesøster praktiserer åpen dør, kan også tilgjengeligheten bli begrenset ved at hun er opptatt.

Ungdom med psykiske plager har i en annen studie beskrevet at helsesøsters kontor var så bortgjemt og at helsesøster var så lite synlig, at de syntes det var vanskelig å oppsøke ham/henne (9).

Egen kompetanse

Helsesøstrene etterspurte spesielt opplæring og veiledning knyttet til arbeidet med ungdommer med psykiske plager. Av opplæring var enkle intervensjoner og vurderinger av ungdommers psykiske helse vurdert som viktigst.

Helsesøstre anvender ulike forskningsbaserte intervensjoner (10), som individ- og familiestøt-

«Helsesøster er kanskje en av dem som ungdommer tør henvende seg til.»

tende samtaler (11), skolebaserte programmer på gruppenivå (12) eller opplæring om psykisk helse av hele elevgruppen (13). Eller intervensjoner som blir gjennomført av miljøarbeider i skolen som gjennomføres i Arendal kommune hvor elever i videregående med depresjon, lærer å mestre depresjon (14).

Flere nyttige intervensjoner som ble beskrevet av helsesøstrene som deltok i studien var kurs i depre-

sjonsmestring (KID), depresjonsmestring for ungdom (DU), psykologisk førstehjelp og mestringskatten. Ingen av disse intervensjonene er standardiserte og slik vil tilbudet i ulike kommuner i landet variere kraftig.

Styrke kvaliteten

Kjennskap til ulike intervensjoner avhenger derfor av kurs eller videreutdanning i psykisk helse. Det er kanskje en av grunnene til helsesøstrene, i denne studien, som nettopp hadde en videreutdanning eller kurs i psykisk helse, i mindre grad etterspurte enklere intervensjoner enn andre helsesøstre. De hadde lært om disse i sin videreutdanning eller på kurs.

Vi kan spørre oss om helsesøsterutdanningen er endret slik at den møter dagens samfunnsendring med mer plager i ungdomsgruppa. På den annen side hadde mange av dem som deltok i studien jobbet lenge som helsesøster, noen opp mot 40 år. Dermed kan kurs i psykisk helse – med fokus på enkle intervensjoner og vurderinger – kanskje kan være en av løsningene for å styrke helsesøstrene og deres kompetanse.

En standardisering av tilnærminger både på gruppe- og individnivå kan styrke kvaliteten på den tjenesten som gis.

En profesjonell guide

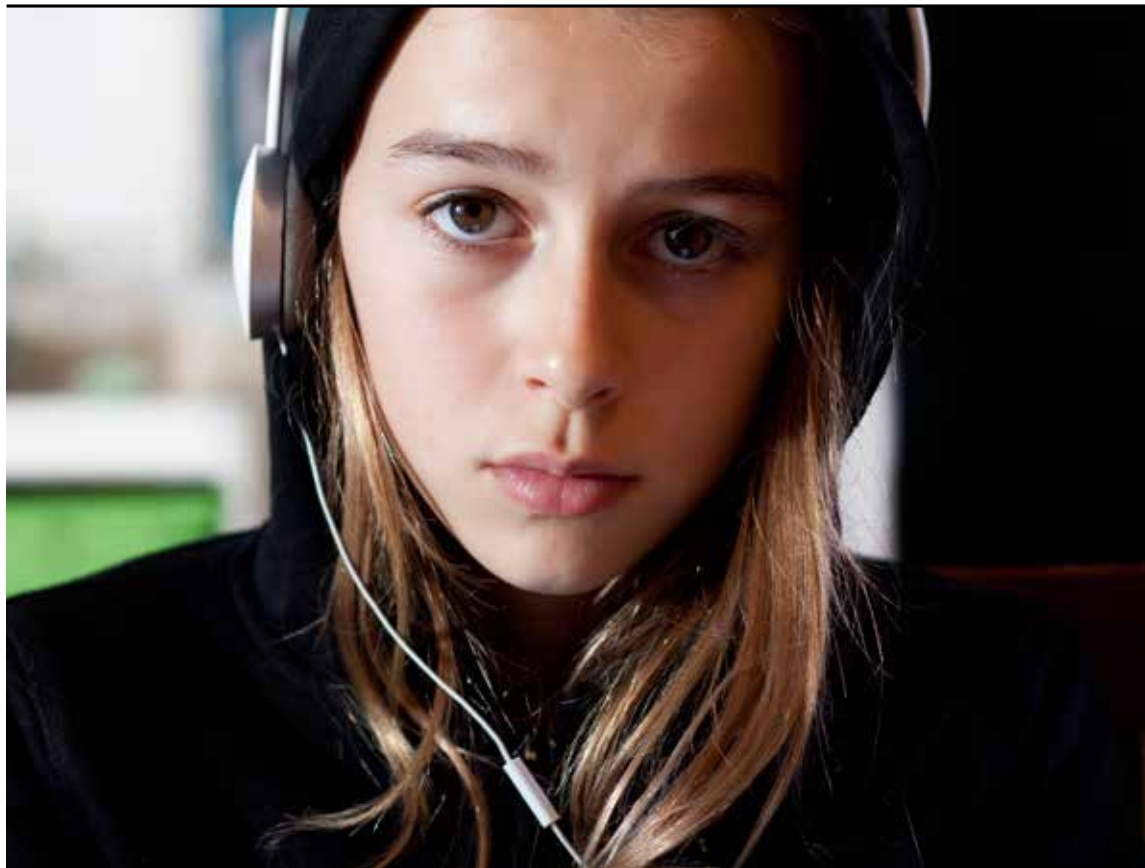
De med videreutdanning i psykisk helse viste også at de var faglig tryggere på når de måtte henvise ungdom til annet helsepersonell. Vurderinger rundt hvem som bør henvises og hvem helsesøster kan ha ansvaret for videre, ble dermed mindre ved mer utdanning innen psykisk helse.

I følge WHO trenger ikke alle intervensjoner å bli utført av en spesialist i psykisk helse (15). Mange av disse ungdommene trenger en profesjonell voksenperson som kan guide dem gjennom de utfordringene som følger ungdomstiden.

En av helsesøstrene beskrev det slik: «Det er viktig å bruke ressurser på å forsikre seg om at ungdom kan håndtere stress og press som er en del av livet.» Helsesøstrene hadde også tro på at de kunne være en betydningsfull person som kan støtte elever med psykiske plager.

Taus kunnskap

Andre har større psykiske plager og trenger oppfølging hos psykolog eller psykiater. Flere helsesøstre



trenger å bli mer faglig robuste i denne delen av sitt arbeid. Enkle intervensjoner som styrker helsesøstrene i sitt arbeid uten at de trenger videreutdanning i psykisk helse, er på sin plass. En helsesøster sa: «Det er vanskelig for noen ungdommer å sette ord på det de synes er vanskelig – så vi trenger noen verktøy for å hjelpe dem til å få satt ord på følelsene».

Mange av helsesøstrene i denne studien hadde lang erfaring, og erfaring genererer taus kunnskap (16). Så hvordan få gjort til kjenne den tause kunnskapen? Helsesøstrene etterspurte veiledning. Her kan de med lang erfaring dele sine kunnskaper og artikulere den tause kunnskapen. Sammen kan de reflektere og lære av hverandre. Om veiledningen blir gitt av spesialisthelsetjenesten, kan kunnskapsutvekslingen bli enda bedre.

Opplevelsen av samarbeid

Samarbeid med lærere ble sett på som personavhengig, avhengig av om læreren anså engasjement og kunnskap om psykisk helse som viktig. Det blir beskrevet som vanskelig for helsesøster å overbevise læreren om at den tiden eleven tilbrakte sammen

med helsesøster var vel anvendt tid for å forebygge psykiske plager. Men helsesøstrene må også vise sin kompetanse i samarbeid med andre yrkesgrupper da de tradisjonelt sett har hatt fokus på fysisk utvikling og helse (17).

På en annen side viser det seg at ungdom henvender seg til helsesøster med fysiske plager som kan brukes som inngangsport for å snakke om eventu-

MER SÅRBARE:

Studier viser til at jenter er mer sårbare i forhold til stress, har lavere selvbilde og mer angst- og depresjonssymptomer enn gutter. Illustrasjonsfoto: Mostphotos

«Helsesøstrene opplevde at de møtte flere ungdommer med psykiske plager nå enn for fem år siden.»

elle psykiske plager (11, 18). En helhetlig tilnærming og forståelse – som er helsesøstrenes styrke, fremfor de med spesialisert kunnskap i for eksempel psykisk helse – kan være grunnen til at hun/han er en av de første ungdommene henvender seg til.

Retningslinjer

Helsesøstrene etterspurte retningslinjer og krav



til samarbeid mellom helsesøster og lærer. Én helsesøster sa: «Vi skulle hatt mer tid til kunnskapsutveksling i arbeidet knyttet til elever med psykiske plager.» Kunnskapsutvekslingen trenger ikke å gå på bekostning av taushetsplikten, understreket flere.

Samarbeid med fastlegen ble også problematisert. Ikke fordi fastlegen eller helsesøster ikke ønsket samarbeid, men grunnet fastlegens kapasitet med hensyn til pasienter og tid til rådighet. Helsesøstrene beskrev at de sjelden ble invitert til samarbeid med fastlegen selv om de jobbet med de samme ungdommene. Dette er bekreftet i andre studier (19, 20).

Selv om helsesøster tok kontakt med fastlegen og initierte videre utredning eller oppfølging fra spesialisthelsetjenesten, fikk ikke helsesøster epikrisen rutinemessig etter spesialistvurderingen. Dette gjorde oppfølgingen av eleven vanskelig, selv om det var nettopp helsesøster som satt med oppfølgingen og mange rapporterte at de sto mye alene i oppfølgingen av elever med psykiske plager.

Viktig rolle

Helsesøster er en viktig og godt plassert fagperson i møte med ungdommer. Slik sett er de godt egnet til å avdekke om noen har psykiske plager eller lidelser. Men for å kunne utnytte sitt potensial må helsesøster få veiledning, tilstrekkelig kunnskap, riktige verktøy og tilpassete intervensjoner for å være trygg i sin rolle.

Utarbeidelse av nasjonale retningslinjer og standardiserte verktøy og intervensjoner kan bidra til mer likhet i tjenesten på tvers i landet. Det bør forskes videre på enkle intervensjoner og «verktøy» som er anvendbare i helsesøsters praksis i skolehelsetjenesten. ■

Denne artikkelen bygger på en studie som er publisert i to artikler:

Moen ØL, Skundberg-Kletthagen H. Public health nurses' experience, involvement and attitude concerning mental health issues in a school setting. *Nordic Journal of Nursing Research*. 2017 DOI:10.1177/2057158517711680

Skundberg-Kletthagen H, Moen ØL. Mental health work in school health services and school nurses' involvement and attitudes, in a Norwegian context. *Journal of Clinical Nursing*. 2017;26:5044–51. DOI:10.1111/jocn.14004

Referanser

- Field A. *Discovering statistics using IBM SPSS statistics: and sex and drugs and rock 'n' roll*. Los Angeles: SAGE; 2013.
- Elo S, Kyngäs H. The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing*. 2008;62(1):107–15.
- Kieling C, Baker-Henningham H, Belfer M, Conti G, Ertem I, Omigbodun O, et al. Child and adolescent mental health worldwide: evidence for action. *The Lancet*. 2011;378(9801):1515–25.
- Moksnes UK, Løhre A, Lillefjell M, Byrne DG, Haugan G. The association between school stress, life satisfaction and depressive symptoms in adolescents: Life satisfaction as a potential mediator. *Social Indicators Research*. 2016;125(1):339–57.
- Nordfeldt S, Arvidsson E, Bernfort L. *Sjukvårdens och skolans insatser för barn med AD/HD-föräldras erfarenheter*. Linköping: Linköpings universitet; 2006.
- Bremberg S, Dalman C. A knowledge: Concepts, measurement methods and prevalence of mental health, mental illness and psychiatric disorders in children and adolescents. (En kunnskapsöversikt: Begrepp, mätmetoder och förekomst av psykisk hälsa, psykisk ohälsa och psykiatriska tillstånd hos barn och unga). Stockholm: Forté; 2015.
- Waldum-Grevbo KS, Haugland T. A survey of school nurse staffing in the school health services. *Sykepleien Forskning*. 2015;10(4).
- Larsson M, Björk M, Ekebergh M, Sundler AJ. Striving to Make a Positive Difference. *The Journal of School Nursing*. 2014;30(5):358–65.
- Steffenak AKM, Wilde-Larsson B, Hartz I, Nordström G. Experience of psychotropic drug use among young people with mental health problems. *Nordic Journal of Nursing Research*. 2015;35(4):241–8.
- Dahl BM, Clancy A. Meanings of knowledge and identity in public health nursing in a time of transition: interpretations of public health nurses' narratives. *Scandinavian journal of caring sciences*. 2015;29(4):679–87.
- Clausson E, Berg A. Family Intervention Sessions One Useful Way to Improve Schoolchildren's Mental Health. *Journal of family nursing*. 2008;14(3):289–313.
- Garmy P, Jakobsson U, Carlsson KS, Berg A, Clausson EK. Evaluation of a School-Based Program Aimed at Preventing Depressive Symptoms in Adolescents. *The Journal of School Nursing*. 2015;31(2):17–25.
- Bjørnsen HN, Espnes GA, Eilertsen M-EB, Ringdal R, Moksnes UK. The Relationship Between Positive Mental Health Literacy and Mental Well-Being Among Adolescents: Implications for School Health Services. *The Journal of School Nursing*. 2017. Tilgjengelig fra: <http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1059840517732125> (nedlastet 11.12.2017).
- Ottersland B. Lærer å mestre depresjon. *Tidsskrift for Helsesøstre*. 2017;17(01):62–4.
- WHO. Adolescents and mental health 2017 Tilgjengelig fra: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/mental_h... (nedlastet 11.12.2017).
- Clancy A, Svensson T. Perceptions of public health nursing consultations: Tacit understanding of the importance of relationships. *Primary Health Care Research & Development*. 2010;11(4):363–73.
- Ministry of Health and Care Services. Municipalities Health Promotion and Prevention in Health Clinics and School Health Services. (Kommunenes helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Veileder til forskrift av 3. april 2003 nr 450). Oslo2003. s.1–68.
- Puskar KR, Bernardo LM. Mental Health and Academic Achievement: Role of School Nurses. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing*. 2007;12(4):215–23.
- Steffenak AKM, Nordström G, Hartz I, Wilde-Larsson B. Public health nurses' perception of their roles in relation to psychotropic drug use by adolescents: a phenomenographic study. *Journal of Clinical Nursing*. 2015;24(7-8):970–9.
- Moen ØL, Hedelin B, Hall-Lord ML. Public health nurses' conceptions of their role related to families with a child having Attention-deficit/hyperactivity disorder. *Scandinavian journal of caring sciences*. 2014;28(3):515–22.



Circle of security

– foreldrenes erfaringer

Foreldre som gjennomfører Circle of Security-kurs i regi av helsestasjonen, tilegner seg ny kunnskap, bedrer relasjonen til egne barn og øker forståelse for barnas behov.

FAKTA

Av Hanne Kristin Alstergren, barne- og familieveileder, Sør-Aurdal kommune

Foreldrenes erfaringer fra deltakelse på helsestasjonens COS-P-kurs (Circle of security – Parenting) tilsier at de har lært mye; samtlige snakker begeistret om kurset, også ett–tre år etter COS-P-intervensjonen.

De forteller blant annet at de har en større forståelse for barnas behov, og at de i større grad har blitt klar over sin egen påvirkning i relasjonen og at egne erfaringer fra barndommen kan virke inn på hvordan de reagerer. Alle opplever bedret relasjon til sine barn.

Resultatene gir oss ny kunnskap om erfaringer og opplevelser foreldrene har etter gjennomført intervensjon, og indikerer at deltakerne har hatt et positivt utbytte av intervensjonen.

Denne artikkelen presenterer de viktigste funnene i en kvalitativ studie gjennomført i forbindelse med en master i psykososialt arbeid med barn og unge.

«Samtlige snakker begeistret om kurset, også ett–tre år etter COS-P-intervensjonen.»

Studien tok for seg nettopp de opplevelser og erfaringer foreldrene sitter igjen med etter å ha deltatt på et COS-P-kurs i regi av helsestasjonen.

Bakgrunn

Jeg er utdannet helsesøster og har arbeidet ved en helsestasjon i tjue år, de siste tre årene som barne- og familieveileder. Der ser vi på nært hold det forskerne formidler: Samspillet mellom foreldre og barn er av avgjørende betydning for barnets fysiske, psykiske, intellektuelle og psykososiale utvikling.

Regelmessig veiledning om dette samspillet, og

fokus på hva foreldrene kan gjøre for å fremme trygg tilknytning og god regulering hos barnet, vil ifølge retningslinjene (1) bidra til et godt oppvekstmiljø.

Veiledning er også viktig for å forebygge vold, overgrep og omsorgssvikt, ved at foreldrene blir oppmerksomme på egne tanke- og reaksjonsmønstre og får verktøy som gjør dem bedre i stand til å takle utfordringer ved foreldrerollen.

Med dette som bakteppe var det i denne masterstudien naturlig å utforske et av de nyere verktøyene for å styrke tilknytning mellom barn og deres foresatte, COS-P.


COS-P-intervensjonen

Foreldreveiledningsprogrammet COS-P er en tilknytningsbasert (2) forebyggende intervensjon. Målet er å fremme tilknytningen mellom barn og omsorgsgiver. Verktøyet er utviklet i USA av Cooper, Hoffmann og Powell (3).

COS-P har vært i bruk i Norge siden 2010, og er således forholdsvis nytt her hos oss. COS-P-kurs gjennomføres ved flere helsestasjoner, og kan benyttes universelt til alle foreldre.

Trygghetssirkelen

COS-P omtales gjerne som «trygghetssirkelen» på norsk (se figur på side 64). Trygghetssirkelen er et veikart for å forstå barnets følelser og behov. Ved introduksjon av trygghetssirkelen blir foreldrene presentert for «hendene», som illustrerer foreldrene. Hendene skal være den trygge basen som gir barna trygghet til å utforske og oppdage verden.

Når barnet kjenner behov for å vende tilbake, får foreldrene bekreftet at de er den trygge havnen barna vender tilbake til når de trenger å gjenopprette kontakten. De kommer inn igjen og får påfyll i «følelseskoppen» sin. Når «koppen» er fylt opp, 



er de igjen klare for å våge seg opp på sirkelen og ta en ny runde.

Herav kommer uttrykket «sirkelhistorier»: Foreldre ser denne dynamikken naturlig hos barna sine når de blir klar over den. Barnets utforskningsbehov er illustrert øverst på sirkelen, og barnets tilknytningsbehov nede på sirkelen.

Barnets forskjellige behov når de befinner seg på

«Veiledning er viktig for å forebygge vold, overgrep og omsorgssvikt.»

toppen av sirkelen, er beskrevet med uttrykk som «pass på meg», «gled deg over meg», «hjelp meg» og «ha det fint sammen med meg». Nederst er behovene «beskytt meg», «trøst meg», «vis godhet for meg» og «organiser følelsene mine».

Mentaliseringsevne

Foreldrene ser videoklipp av samspill, der barnet viser ulike følelsesmessige tilstander og demonstrerer ulike nonverbale signaler. Hensikten er å få foreldrene til å se og utforske hvilke behov barnet signaliserer, og gjennom dette øke sin mentaliseringsevne (4).

COS-P introduserer også begrepet «haimusikk», med referanse til følelsen av intens og fryktingnyttende musikk, som i filmen Haisommer. Dette er et bilde på en ubehagelig følelse som kan stenge for omsorgspersonens emosjonelle tilgjengelighet.

Ungsinn.no har klassifisert COS-P som «sannsynlig virksomt» etter gamle vurderingskriterier, men det er foreløpig ingen norske studier som omhandler effekt eller virkning av COS-P (5) for gruppen foreldre ved helsestasjonen.

COS-P foregår over åtte samlinger.

Metode

For å få en nærmere forståelse av hva foreldre sitter igjen med etter en COS-P-intervensjon, valgte jeg en kvalitativ metode. Fremgangsmåten ble å foreta dybdeintervju av åtte foreldre som hadde gjennomført COS-P-kurset ved en helsestasjon i løpet av de tre siste årene. Foreldrene ble rekruttert av helsesøstre i regionen.

Resultater og drøfting

Det er klart at foreldrene opplever å ha fått ny innsikt i det å være forelder. Flere har integrert en annen måte å tenke på og sier at de har blitt tryggere i forelderrollen

og mer bevisste om hva som er viktig for barnet.

Uttrykk som «aha-opplevelser» og «ny innsikt» benyttes av flere foreldre. De har fått en kunnskap de ikke har kjent til eller vært bevisst på tidligere. En mor forteller at hun har med seg COS-tankegangen i nesten alle situasjoner:

«Det er nesten alle, jeg er mye mer bevisst på hvorfor jeg gjør ting uten at det blir sånn konstruert altså, men jeg vet at det jeg gjør nå, det får den og den effekten og ikke minst i den situasjonen der jeg ser jeg håndterer det dårlig, så vet jeg mye mer om hvorfor, og da kan jeg jo stoppe det mye før, så det er den store forskjellen.»

Varig kunnskap

Funnene tilsier at denne kunnskapen fortsatt er tilgjengelig ett–tre år etter intervensjonen, og at utbyttet har blitt tydeligere etter en stund hos noen av foreldrene. De gir uttrykk for at de har hatt en læringsprosess som har fortsatt etter kurset, og at en del av prinsippene i kurset har blitt tydeligere gjennom daglige foreldrepraksiser etter kurset.

Flere ønsker en oppfølging også når barna blir eldre. Resultatene viser også at kunnskapen er aktuell for foreldre med eldre barn og ungdom, og faktisk også for de voksnes egne relasjoner med partnere og andre.

Tilknytning

Resultatene indikerer at foreldrene har tilegnet seg deler av Bowlby's tilknytningsteori (2). Ifølge denne teorien er behovene for omsorg og beskyttelse, og for å mestre og undersøke verden, grunnleggende for alle barn.

De siste femti–seksti årene har utviklingspsykologien vist oss at tilknytningsfunksjonen går langt ut over den fysiske tryggheten. Det å ha nærhet til trygge voksne er også avgjørende for barnets psykologiske utvikling (2). En far som omtalte seg selv som selvstøttet, sier:

«For mine unger er det jo viktig at jeg er bevisst at de har behov, de har følelser de ikke vet hvordan de skal uttrykke, eller de vet kanskje ikke hva de føler i det hele tatt ..., og at jeg er der for å hjelpe dem på vei til å skjønne det og uttrykke det.»

Nærhet

Flere utsagn indikerer at foreldrene bruker mer tid sammen med barnet, leser signalene hos barnet bedre og er i større grad tilgjengelige for nærhet til barnet. Dette er i tråd med tilknytningsteoriens grunnleggende budskap. Det er avgjørende for barnet å ha nærhet til trygge



voksne for å få en positiv psykologisk utvikling (2).

COS-P-intervensjonen har valgt ut helt sentrale prinsipper fra tilknytningsteorien, og det kan se ut til at programmet har lyktes med å formidle vanskelig teori på en pedagogisk måte.

Følelseskoppen

Klare bilder og mye tid til refleksjon gjør at foreldre husker og kan anvende prinsippene i praksis. En mor håndterer egne følelser med ny innsikt:

«At vi skulle være den trygge, den sterke, det gjorde noe med meg.»

Funnene viser at deltakere med språklige barrierer, dysleksi eller konsentrasjonsvansker tilegner seg innholdet i materialet i COS-P på en hensiktsmessig måte. Foreldrene ser for seg «følelseskoppen» som barnet har behov for å fylle, og øker sin bevissthet og sensitivitet for barnets tilknytningsbehov.

Flere sier de ser hendene for seg og opplever seg selv som hendene som skal være de «store, sterke, trygge» og ta ledelsen:

«Før med Lars, visste jeg ikke om sirkelen, så det var vanskelig å sende ham ut, så jeg knyttet han sånn [viser med hendene en liten sirkel] slik at sirkelen ble så veldig tett.»

Barnets behov

Flere forstår sine egne reaksjoner på en annen måte og lar ikke indre arbeidsmodeller styre instinktivt. De velger i stedet å møte barnets behov for nærhet eller utforskning i større grad. Dette viser en økt mentaliseringsvevne hos foreldrene, noe som igjen reduserer sjansen for ubevisste handlinger i affekt (6).

Evnen til å forstå barnet og dets behov kalles foreldrementalisering (7). Et barn som opplever å bli møtt på sine behov når det har behov for trøst og omsorg, vil utvikle indre forestillinger om seg selv som elsket og verdifull.

Barn som ikke har denne erfaringen, vil ikke i samme grad stole på sine omgivelser og at omsorgsgiveren bidrar med trøst og omsorg.

Tilknytningsmønstrene er plastiske og kan endres hele livet (8). En mor sier:

«Jeg tror han syntes det er veldig koselig, så var det ei stund jeg bare tok meg fem minutter og bare la meg ved siden av han om morgenen for eksempel, da har jeg merka at han stort sett har hatt en veldig bra dag på skolen, da jeg tok meg tid og spurte om han hadde det bra og om han hadde sovet godt og ja, slike små ting da.»

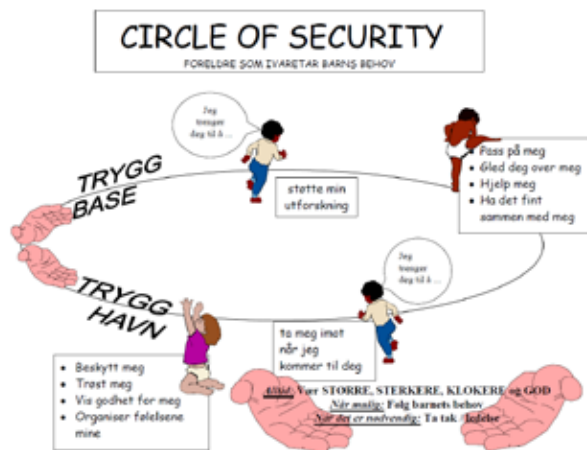
Haimusikk

Foreldrene reflekterer over seg selv som omsorgspersoner. Gjennom å bli kjent med eget ubehag, den såkalte haimusikken, klarer foreldrene å skille mellom egne følelser og barnets behov. De vurderer ikke bare atferden til barnet, men tolker den ut fra en økt forståelse for barnets følelser (9).

Resultatene viser at foreldrene har fått redskaper til å styrke egen sensitivitet og tilgjengelighet overfor sine barn. En av dem fremhever:

«Haimusikken. Det tror jeg nok var en sånn aha-opplevelse, at en har litt lett for å trekke seg litt vekk fra de ubehagelige tinga som en ikke takler helt sjøl, når en ikke helt håndterer det når en ser det samme reaksjonsmønsteret i ungdom sin da.»

TILKNYTNING: Samspillet mellom foreldre og barn er av avgjørende betydning for barnets fysiske, psykiske, intellektuelle og psykososiale utvikling. Illustrasjonsfoto: Everst/Mostphotos



KILDE: Circle of Security

Timeout

Foreldrene forteller at de er mer bevisste på å håndtere eget temperament. Funnene viser at de er flinke til å ta en timeout, der de reflekterer over sine reaksjoner. I stedet for å kjeffe på barna velger de å ta en pause selv for så å gjenoppta relasjonen til barnet i en roligere atmosfære.

De viser også en økt forståelse for å være sammen med barnet etter at de har gitt seg selv en timeout fordi de gjenkjenner ubehaget, det vil

«Trygghetssirkelen er et veikart for å forstå barnets følelser og behov.»

si sitt eget sinne, det som kan betegnes som haimu-sikk. Dette er igjen en indikasjon på økt sensitivitet og bedre mentaliseringsevne.

Foreldre som tidligere har tatt en timeout i form av at barna eksempelvis må «sitte på krakken», har funnet andre og bedre måter å håndtere dette på etter kurset. «Straff» og sanksjoner er byttet ut med nærhet og kontakt.

Mindre utagering

Flere opplever mindre utagering hos barna. Foreldrene opptrer mer sensitivt, slik at barna ikke trenger å maksimere sine uttrykk som opprørthet eller fortvilelse for å øke foreldrenes tilgjengelighet. Dette kan tyde på at tilknytningen mellom foreldre og barn har blitt styrket (10).

Foreldre anvender sin nye kunnskap på relasjoner til mennesker generelt, utover egne barn. Deres nye innsikt og forståelse relateres til økt mentalisering over egne reaksjoner. Parforhold og nære relasjoner nyter godt av økt opplevelse av sammenheng (11):

«Ja, det var som om jeg fikk en videre forståelse, om hvorfor jeg er som jeg er. Eller var som jeg var, eller hva jeg skal si.»

Konklusjon

Informantene opplever et betydelig utbytte etter COS-P-intervensjonen. Resultatene viser at de alle har en bedre relasjon til egne barn. Dette styrker mitt grunnlag for å tilby COS-P i min egen kommune, i likhet med flere helsestasjoner andre steder i landet (12).

Det er tydelig at helsestasjonen og helsesøstrene har vært viktige for å motivere foreldre til å delta på dette kurset. Alle har hatt kontakt med helsesøster i forkant og blitt rekruttert gjennom denne kontakten. Den praktiske tilretteleggingen er også avgjørende.

Resultatene av denne kvalitative studien er oppløftende. Fraværet av vitenskapelig dokumenterte effekter indikerer at det er behov for randomiserte, kontrollerte studier av denne typen foreldreveiledning. ■

Referanser

1. HelseDirektoratet. Helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Nasjonal faglig retningslinje for det helsefremmende og forebyggende arbeidet i helse stasjon, skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom [internett]. Oslo: HelseDirektoratet [oppdatert 22.11.2017; sitert 19.12.2017]. Tilgjengelig fra: <https://helseDirektoratet.no/retningslinjer/helsestasjons-og-skolehelsetjenesten>
2. Bowlby J. A secure base: parent-child attachment and healthy human development. London: Basic Books; 1988.
3. Hoffmann KT, Marvin RS, Cooper G, Powell B. Changing toddlers' and preschoolers' attachment classifications: the Circle of Security intervention. *J Consult Clin Psychol*. 2006 desember;74(6):1017–26.
4. Circle of Security International. Parenting training DVD. Circle of Security International; 2012.
5. Bråten B, Sønstervedbråten S. Foreldreveiledning – virker det? En kunnskapsstatus. Oslo: Fafo; 2016.
6. Kvello Ø. Barn i risiko: skadelige omsorgssituasjoner. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2010.
7. Høgh-Olesen H, Dalsgaard T, Skårderud F, red. Moderne personlighetspsykologi. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2016.
8. Bowlby J. Attachment and loss. New York: Basic Books; 1969.
9. Stern DN. The interpersonal world of the infant: a view from psychoanalysis and developmental psychology. New York: Basic Books; 1985.
10. Brandtzæg I, Smith L, Torsteinson S. Mikroseparasjoner: tilknytning og behandling. Bergen: Fagbokforlaget; 2011.
11. Antonovsky A. Helsenens mysterium: den salutogene modellen. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2012.
12. Hodne C. Et godt verktøy for helsesøstre. *Tidsskrift for helsesøstre*. 2017;(1):22–7.



Interkommunal prosedyresamling



Felles prosedyrer på tvers av flere kommuner – kan det være mulig? Sammen med koordinator i samfunnsmedisin ved Nord-Gudbrandsdal lokalmedisinske senter (NGLMS) har seks kommuner øverst i Gudbrandsdalen fått til dette på en glimrende måte.

Tekst **Kjersti Åvangen Flittie**, fagansvarlig helsesøster, Lesja kommune, på vegne av helsesøstre og jordmødre i Lesja, Dovre, Sel, Vågå, Lom og Skjåk og samfunnsmedisiner ved NGLMS

Helsesøstre og jordmødrene i de seks kommunene Lesja, Dovre, Sel, Vågå, Lom og Skjåk øverst i Gudbrandsdalen har samarbeidet siden 1972. De har hatt faste møter fire ganger i året, og møtested har rullert mellom kommunene. Dette samarbeidet ble utgangspunktet for en etablering av felles prosedyrer for helsestasjonen og jordmortjenesten.

Det hele startet i 2012 da helsesøstre i noen av kommunene reiv seg i håret og lurte på hvordan de skulle gripe fatt i arbeidet med å utarbeide prosedyrer for tjenesten sin.

Samtidig fikk samfunnsmedisiner i regionen, Hege Lorentzen, nyss om at det skulle utføres tilsyn i helsestasjonstjenesten. Hun inviterte seg inn på et av de faste samarbeidsmøtene som jordmødrene og helsesøstre skulle ha på det tidspunktet.

Tilsynet var varslet, men ingen visste hvilken kommune som skulle under lupen. Vi hadde nå en gylden anledning til å ta tak i arbeidet. Hege fikk forankret i 6K helse (helsesjefene i de samme seks kommunene) at hun kunne være med på dette arbeidet.

Viktig med forankring

Høsten 2012 begynte et samarbeid om

internkontroll (IK) mellom helsesøstre og jordmødrene i Nord-Gudbrandsdal og koordinator i samfunnsmedisin ved NGLMS.

Det ble opprettet et IK-utvalg for helsestasjonen og skolehelsetjenesten, der følgende helsesøstre deltok fast de første årene: Kjersti Åvangen Flittie (Lesja), Oddny Garmo (Dovre), Synnøve Harerusten (Sel), Aud Marit Sveinhaug Mar-

«Tilsynet var varslet, men ingen visste i hvilken kommune.»

stein (Vågå), Liv Marie Øyjordet (Lom) og Anna Kvåle (Skjåk).

Jordmor Anne Marie Berstad (Vågå) representerte jordmødrene i regionen. Hege Lorentzen deltok fast. Anne Enkerud Lien (Sel) deltok i forbindelse med godkjenningssjessene. Arbeidet med internkontroll var forankret i 6K helse.

Som et ledd i arbeidet med å videreutvikle gode tjenester og ivareta krav etter lov og forskrift ble det utarbeidet en felles mal for et IK-system. Våren

2013 ble IK-systemet tilpasset lokalt i alle kommunene. Det ble også besluttet å utarbeide en felles prosedyresamling for helsestasjonene og jordmortjenesten i regionen.

Alle helsesøstre i Nord-Gudbrandsdal ble forespurt om de ønsket å utarbeide forslag til prosedyrer innenfor en rekke områder. Våren 2015 ble det besluttet å inkludere prosedyrer som var utarbeidet av jordmødrene som ledd i kvalitetssikring av jordmørvakta i samlingen.

Praktisk gjennomføring

For den konkrete utarbeidelsen fordelte vi prosedyrene oss imellom. Vi har prøvd å tilpasse oss hverandre, slik at vi i fellesskap har kommet frem til en prosedyre som alle kommunene kan stå inne for.

Om det er en prosedyre som ikke gjelder alle kommunene, så er det kun de kommunene som praktiserer den, som også godkjenner den.

Vi har brukt mye tid på det vi synes var utfordrende. Den største utfordringen var at vi hadde ulike lokale variasjoner i hvordan vi utøvde tjenesten, så vi måtte prøve å få til en felles plattform for arbeidet vårt.

Gangen i utarbeidelsen av prosedyrer

Før høsten 2016:

- Nye prosedyrer som skal inn-





SAMARBEID: Helsesøstre og jordmødre i seks kommuner øverst i Gudbrandsdalen har samarbeidet siden 1972. Illustrasjonsfoto: Mostphotos

arbeides, blir vurdert fortløpende og i forbindelse med den årlige oppdateringen/revisjonen.

- En eller flere personer utarbeider et forslag til en prosedyre.
- Alle forslag til prosedyrer drøftes i IK-utvalget.
- Bearbejdede forslag til prosedyrer sendes til høring til alle helsesøstre, jordmødre, helsestasjons-/skolehelse-tjenesteleger, kommuneoverleger og aktuelle samarbeidspartnere (internt i egen kommune).
- IK-utvalget vurderer innspill og ferdigstiller prosedyrene.
- Prosedyrene godkjennes i den enkelte kommunen – de fleste av fagansvarlige for helsestasjonen / jordmødrene.
- Alle prosedyrer som omfatter oppgaver som leger utfører eller er ansvarlige for, godkjennes av aktuell lege i

«Ved påfølgende tilsyn i to kommuner var resultatet null avvik.»

den enkelte kommunen.

- Prosedyrer som er sentrale for jordmorkvakt, drøftes i kvalitetsutvalget ved NGLMS før endelig godkjenning.
- Fra høsten 2016 drøfter IK-utvalget forslag til nye prosedyrer. Dersom det er behov for godkjenning av andre enn helsesøstre, følges rutinen for oppdatering. Dersom det ikke er det, godkjenner fagansvarlige for den enkelte helsestasjonen prosedyren.

Prosedyren sendes deretter ut til orientering til alle berørte, med mulighet

til å gi innspill. Dersom det kommer innspill, vurderer IK-utvalget disse og oppdaterer prosedyren.

Oppdatering

- IK-utvalget går gjennom prosedyresamlingen en gang i året og ellers ved behov, drøfter innhold og oppdaterer i henhold til ny kunnskap.
- Samlingen godkjennes deretter av ansvarlige i kommunen.

Koordinator i samfunnsmedisin sender prosedyrer som skal godkjennes av lege, med frist på 14 dager for tilbakemelding.

Inndeling av prosedyrene

Del 1: Bakgrunn

- Helsestasjonstjenesten 0–5 år

Del 2:

- Skolehelsetjenesten
- Helsestasjon for ungdom

Del 3:

- Svangerskapsomsorgen/jordmor-tjenesten inkludert jordmorvakta

Del 4: Generelle undersøkelser

- Foreldreveiledningsmetoder
- Legemiddelhåndtering i barnehage, skole og skolefritidsordning
- Smittevern
- Vold, selvskading og selvmord
- Journalføring og taushets-, melde- og opplysningsplikt
- Oppfølging av arbeidsinnvandrere og flyktninger

Status etter innføring av felles prosedyrer

Ved påfølgende tilsyn i to kommuner var resultatet null avvik.

Vi har en årlig revidering, der vi går gjennom alle prosedyrene og oppdaterer dem etter praksis per dags dato i den enkelte kommunen, og etter nye retningslinjer, veiledere eller andre anbefalinger som har kommet til det siste året.

Utfordringen i dette arbeidet er å være forberedt til møtene i en hektisk helsesøster- og jordmorhverdag.

«Den største utfordringen var lokale variasjoner i hvordan vi utførte tjenestene.»

Etter modell fra helsesøstrene og jordmødrenes prosedyrearbeid har det blitt utarbeidet tilsvarende prosesser for blant annet psykisk helsetjeneste, smitteverneverlegene og psykososialt kriseteam. Det har også blitt laget felles prosedyrer for vold i nære relasjoner for alle seks kommuner.

Skjemaet til høyre er et eksempel på en slik prosedyre, for seksmåneders-konsultasjon. ■

Seksmånederskonsultasjon

Forfatter: Ann Kristin Vorkinn / Kjersti A. Flåte / IK-utvalg	Neste oppdatering: november 2018 / IK-utvalg	
Godkjent i den enkelte kommune	Lege: Kjersti Avangen Flåte	Davre: Oddny Garmo
Sst: Anne Eikedal Lien	Vagk: Aud Mari Sveinhang Martinsen	Lom: Liv Marie Øyjordet
Skjåk: Rannveig Brønhaug	Opprettet: 13.08.14	Siste utgave: 20.10.17

Formål
Vurdere helsetilstand / kartlegge risiko- og beskyttelsesfaktorer med tanke på tidlig intervensjon. Oppdage ev. skjueutvikling og funksjonshemming. Sikre oppfølging av barnas behov og foresattes behov og ønsker. Støtte foresatte i egen mestring.

Målgruppe
Alle barn som er seks måneder, med foresatte

Ansvar
Helsesøster og lege

Aktivitet/beskrivelse
Konsultasjon hos helsesøster, 30–45 min. Konsultasjon hos helsestasjonslege, inntil 30 min.

Foreldresamtale med veiledning/helseopplysning hos helsesøster

- Tema som foresatte ønsker å ta opp
- Barnets trivsel og vektøkning
- Ernæring: amming / annen ernæring, introduksjon av fast føde, drikke av kopp, tran, D-vitamin eller andre tilskudd
- Samspill:
 - Barnets temperament og initiativ til kontakt
 - Barnets følelser, entusiasme
 - Prater foresatte med barnet?
 - Er barnet urolig, eller skriker det mye?
 - Hvem trøster barnet best, og hvordan blir det gjort?
- Sovn:
 - Barnets søvnrutine og sovestilling
 - Må barnet ammes eller bysses/bæres for å sovne?
 - Sovestilling på ryggen
 - Samsoving
 - Temperatur og sove ute
- Familietsituasjon, foresattes fysiske og psykiske helse, ansvarsfordeling, nettverk
- Tannhelse, tannstell, kosthold og gode vaner
- Språk og lek, foreldrenes mobil-/skjermbruk, bruk av sosial medier
- Sikring i hjemmet – forebygging av ulykker og skader (gjennomgang av brosjyre)
- Vold i nære relasjoner

Helseundersøkelse hos helsesøster

- Vekt, lengde og hodeomkrets
- Generell observasjon: vold, overgrep, omsorgssvikt
- Generell vurdering: ernæringsstatus/kroppsporsjoner
- Psykomotorisk utvikling: kroppskontroll, bevegelsermønstre. Holder hodet og kroppen rett når sitter på fanget? Står når holdes? Samling mot sentrum, begge hendene inn mot midten, med bevegelse i føttene, bytte leke fra hånd til hånd, gripe og slippe? Støtter seg på strake armer med åpne hender? Interesse for å forflytte seg?
- Øyne: blikkontakt, skjeling. Barnets interesse for gjenstander i rommet
- Hørsel: Vender øyne og hodet etter stemmer og lyder?
- Psykososialt: barnets kontaktevne, smil og latter, prater barnet aktivt, lytter til egne stemme, konsonanter? Økende interesse for omgivelsen på avstand? Se også «samspill»

Helseundersøkelse hos lege, ref. nasjonal faglig retningslinje (godkjenning lege)

- Oppfølging av funn fra undersøkelse hos helsesøster
- Generell observasjon: vold, overgrep, omsorgssvikt
- Syn: strabisme
- Hjerte: rytme, bilyder, perifer sirkulasjon, eventuelt lysespekter dersom bilyd
- Genitalia: vaginalåpning, testikler i skrotum, brokk
- Hud/underhud: farge, utslett, sår, blødninger, lymfeknuter, kuler, perifer sirkulasjon
- Munnundersøkelse: undersøk munnhule og tenner
- Hodet: omkrets, form, sømmer, fontanel. Observert skjevhet (toricollis)
- Luftveier: respirasjonsfrekvens, horbar pust, anstrengt pust, auskultasjon
- Abdomen: lever, milt, oppfyllinger
- Hoffer: hudfalter, benlengde, abduksjon
- Ekstremiteter og rygg: bevegelighet, feilstillinger

Oppfølging

- Oppfølging ved behov – henvisning ved bekymring og i tråd med faglige anbefalinger
- Gi ny time til neste konsultasjon

Bilder og illustrasjoner

Vedlegg
Aktuelle brosjyrer og annet informasjonsmaterieell

- [Helsestasjonspermen «Sammen foreldre og barn» – Bufetat](#)
- [Barnets miljø og sikkerhet 6 måneder – 2 år](#)

Kompetanse
Helsesøster og lege

Utstyr
WinMed 3. Vekt, målband, lengdekasse, Stetoskop. Oskop. Oftalmoskop.



Elektronisk journalsystem sikrer tidlig hjemmebesøk

Tidlig hjemmebesøk av jordmor og helsesøster avhenger av god informasjonsflyt mellom sykehus og helsestasjon. Nye samhandlingsrutiner har sikret dette og bidratt til et papirløst journalsystem i Gjøvik kommune.

Tekst **Eva Bævre**, helsesøster med e-helseansvar, Gjøvik kommune,
Beate Solberg, helsesøster, Gjøvik kommune

Helse- og omsorgsdepartementets forskrift om IKT-standard i helse- og omsorgstjenesten har som mål å fremme sikker elektronisk samhandling mellom virksomheter i helse- og omsorgstjenestene. I forskriften stilles det krav om at pasientjournalen skal føres elektronisk, og krav til bruk av standarder ved elektronisk samhandling.

KomUT (Kommunal utbredelse) er et kompetansenettverk som skal støtte opp under kommunenes videreutvikling av sin elektroniske samhandling og nye IKT-tiltak i kommunehelsetjenesten. Norsk Helsenet har gjennom KomUT-prosjektet som mål at hele Norge skal ta i bruk elektroniske epikriser mellom sykehus og helsestasjon innen 31. desember 2017.

Spesialisthelsetjenesten har ansvar for å informere helsestasjonene, slik at det kan tilbys hjemmebesøk raskt etter fødsel av både jordmor og helsesøster. Tidligere ble all informasjon fra fødeavdelingen til helsestasjonen oversendt skriftlig, via post.

FAKTA

- Gjøvik kommune har ca. 30 000 innbyggere og et fødselstall på rundt 300 årlig.
- Kommunen har en stillingsressurs i helsestasjonstjenesten på 40 prosent med ansvar for e-helse og internt kvalitetssikringsarbeid.
- E-helse er «bruk av informasjons- og kommunikasjonsteknologi (IKT) for å forbedre effektivitet, kvalitet og sikkerhet i helse- og omsorgstjenesten».
- Direktoratet for e-helse ble opprettet 1. januar 2016.
- Gjøvik helsestasjon benytter HsPro som elektronisk pasientjournalsystem.

I helsestasjonstjenesten opplevde vi ofte at det kunne ta opptil en uke fra utskrivelse til vi mottok fødselsmeldingen. Dette medførte et gap i barselomsorgen fra hjemreise fra sykehuset og frem til

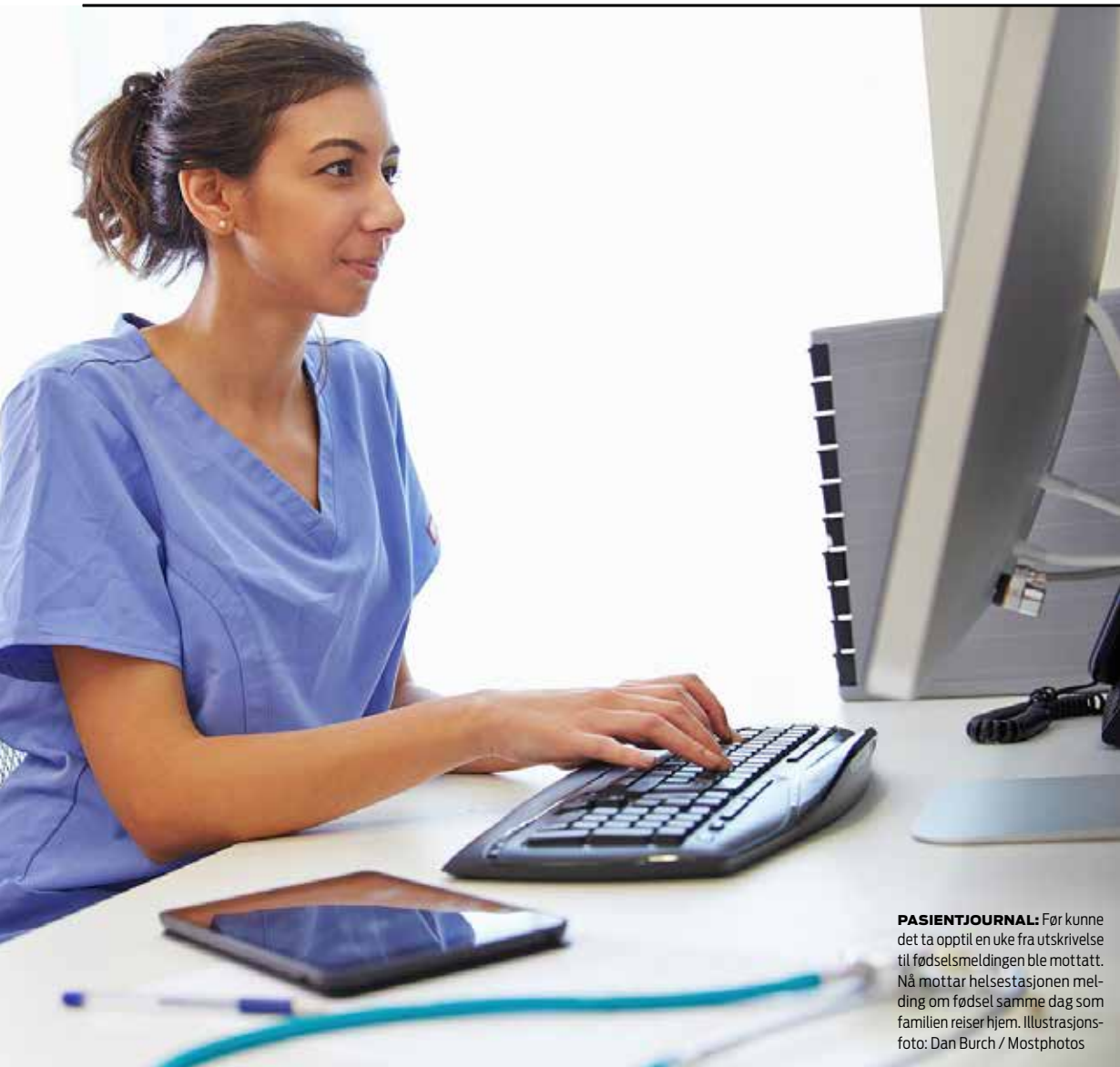
helsesøster og jordmor hadde praktisk mulighet til å kontakte familien.

Pilotprosjekt elektronisk epikrise

Vi ønsket å bedre informasjonsflyten mellom sykehuset og kommunehelsetjenesten og sørge for en sømløs overgang mellom tjenestene. Med dette som utgangspunkt ble det høsten 2016 etablert et pilotprosjekt som ble kalt «elektroniske epikriser mellom Sykehuset Innlandet (SI) og Gjøvik helsestasjon».

Prosjektet var et samarbeid mellom

«Tidligere ble all informasjon fra fødeavdelingen til helsestasjonen oversendt skriftlig, via post.»



PASIENTJOURNAL: Før kunne det ta opptil en uke fra utskrivelse til fødselsmeldingen ble mottatt. Nå mottar helsestasjonen melding om fødsel samme dag som familien reiser hjem. Illustrasjonsfoto: Dan Burch / Mostphotos

KomUT, Sykehuset Innlandet og Gjøvik kommune. Målet var elektronisk samhandling i form av epikriser til helsestasjonen.


Det ble nedsatt en prosjektgruppe bestående av representanter fra helsestasjonen, kontortjenestene ved fødeavdelingen på Gjøvik, KomUT, IKT-avdelingen i kommunen og Sykehuspartner HF.

Prosjektgruppen utarbeidet en prosjektplan. Det var behov for opplæring ved helsestasjonen både funksjonelt og teknisk. KomUT hadde ansvar for dette

«Nyfødte barn får tildelt personnummer før utreise fra sykehuset.»

i samarbeid med teknisk og klinisk personell i kommunen. Sykehuspartner HF hadde ansvar for opplæring ved fødeavdelingen og sørget for at alle ble kjent med rutinene.

Når epikriser skal sendes elektronisk, brukes det elektroniske adresser både på

avsender og mottakersiden (EDI-adresser). Meldingene sendes via Norsk Helsenett. For at meldingene skal kunne mottas i journalsystemet, må de sendes med fullt personnummer. Det vil si at nyfødte barn får tildelt personnummer før utreise fra sykehuset. 



Parallelle rutiner

Etter kartlegging og prosjektplanlegging begynte fødeavdelingen på Gjøvik å sende epikriser elektronisk til helsestasjonen, først på mor, deretter ble også barneepikrisene inkludert.

I piloten valgte vi å ha parallelle rutiner, slik at vi mottok både papirepikriser og elektroniske epikriser i åtte uker for å avdekke eventuelle feil. Enhetene hadde en tett dialog i denne fasen. Det ble ikke registrert avvik i perioden.

Erfaringer

Det var avgjørende i prosjektets første fase at partene hadde avsatt nødvendige ressurser når papirutiner skulle erstattes med elektroniske rutiner, og at teknisk personell i kommunen var med fra oppstart. En viktig faktor var at avsender, Sykehuset Innlandet, hadde god kompetanse og rutiner på plass. Kommunen hadde i tillegg en representant i KomUT, og vi hadde god hjelp fra egen IKT-avdeling.

Så snart prosjektet var i gang, ble det en veldig god opplevelse for prosjektgruppa å se hvor raskt informasjonen kom frem.

I helsestasjonstjenesten hadde vi i utgangspunktet en uavklart tanke om at selve behandlingen av meldingene skulle innebære merarbeid. Vi hadde også problematisert hva vi skulle gjøre hvis meldingene kom på avveie.

I praksis viste det seg at postbehandling av elektroniske epikriser gjøres raskere enn ved mottak av skriftlige epikriser. Fordi epikrisen er merket med navn og fullt personnummer, kan den ikke bli borte.

Elektronisk samhandling gir mulighet til sporing. Det kan forekomme feil fra avsender, at meldingen for eksempel blir sendt til feil kommune, eller at den ikke blir sendt. Dette er feil som også forekom tidligere med skriftlige meldinger, men som vi ser svært sjelden nå.

Vi mottar nå epikriser på både mor og barn noenlunde samtidig. Det gir oss en

mulighet til raskt å etterlyse barneepikrisen, eller epikrisen på mor dersom den ene skulle utebli.

Rutiner og overvåking

Kommunen har utarbeidet lokale rutiner for meldingsovervåking og behandling. På Gjøvik helsestasjon er det tre helsesøstre som har ansvar for å behandle elektroniske meldinger i pasientjournalssystemet

«Vi hadde også problematisert hva vi skulle gjøre hvis meldingene kom på avveie.»

etter en fastsatt turnus. Meldingene behandles daglig på virkedager.

Gevinster

I praksis mottar nå helsestasjonen melding om fødsel samme dag som familien reiser hjem. Det blir lettere å planlegge hjemmebesøk fra jordmor innen tre dager og fra helsesøster innen ti dager, slik retningslinjene krever. Det er også enklere å koordinere hjemmebesøk av både jordmor og helsesøster, for å kunne gi en helhetlig oppfølging.

Informasjonssikkerheten er bedre ivarerettet. Epikrisen legger seg direkte inn i kvinnens eller barnets journal, og det er kun meldingsansvarlig og ansvarlig helsesøster eller jordmor som har tilgang til denne.

Ansvarlig helsesøster skrev tidligere inn epikriseteksten i journalen manuelt. Dette skjer nå automatisk, noe som både er tidsbesparende og medfører kvalitets-sikring. Avvikling av papirutiner gir også mindre utskrifter, pakking, porto og håndtering.

Utfordringer

For å kunne gjennomføre og kvalitets-

sikre elektroniske samhandlingsrutiner kreves det personale med kompetanse på elektronisk samhandling, både i kommunal IKT-avdeling og lokalt i helsestasjonstjenesten.

Det kreves også personalressurser som kan utføre overvåkningsrutiner for elektronisk samhandling. I vår helsestasjon er disse kontrollrutinene lagt til en helsesøster med definert e-helseansvar. Det vil si at vedkommende har systemansvar, jobber opp mot kommunens IKT-avdeling og programleverandør og har det overordnede ansvaret for overvåking og rutiner.

Dette gir oss kompetanse, og e-helse blir et tydelig ansvarsområde i vår avdeling. I tillegg kreves det gode rutiner, både internt og mellom samarbeidspartnerne. Det er også nødvendig med opplæring og support av ansatte, særlig i implementeringsfasen.

Samhandling i praksis

Etter pilotperioden er rutinene som omhandler elektronisk samhandling, innført permanent.

Meldingsansvarlig mottar meldinger, lager journal på nyfødte og videresender meldingene til ansvarlig jordmor eller helsesøster som behandler den, alt ved noen få tastetrykk.

Der man før hadde hastverk med å kontakte nye foreldre raskt etter fødselen, må man nå gi dem tid til å etablere seg hjemme med barnet før vi tar kontakt. Det betyr at både helsesøster og jordmor har bedre tid til å planlegge hjemmebesøkene.

Helsestasjonen har nå utvidet prosjektet og mottar også elektroniske epikriser fra andre sykehusavdelinger som barnepoliklinikker og ØNH. Vi opplever dette som en enkel og sikker behandling av journalpost.

Fra 2017 har Gjøvik helsestasjon kun elektroniske journaler på nyfødte og er godt på vei til å få et papirløst og sikkert journalsystem.

Pilotprosjektet er nå videreført til andre helsestasjoner i Oppland. ■



UngHadeland skaper Fritid for Alle

Kultur og helse er i vinden, og stadig flere rapporter viser at det er sammenheng mellom kulturdeltakelse og folkehelse. For undertegnede var det derfor naturlig å ta på seg jobben som prosjektleder for Fritid for Alle i Gran kommune.

Tekst **Inger Reidun Fleischer**, prosjektleder Fritid for Alle, Gran kommune




FRITID MED MENING: Klatring arrangeres av Juniorklubben (samarbeid med Gran IL) i regi av UngHadeland. Tilrettelagt tilbud til barn i alderen åtte–tolv år. Foto: Privat

Frivillighets-Norge og kommunene må samarbeide for å sikre at målene i regjeringens Frivillighetserklæring oppfylles. Gran kommune og UngHadeland har tatt erklæringen på alvor og har som mål at alle barn og unge, uavhengig av bakgrunn og behov, skal kunne delta i minst én jevnlig fritidsaktivitet i uka.

Meningsfull fritid

Fritid for Alle startet som et prosjekt under UngHadeland (kulturkontoret i Gran og Lunner kommune) i 2015. Målet var å fange opp barn og unge som faller utenfor det ordinære aktivitetstilbudet, og å bidra til å skape en meningsfull fritid for disse.

Retten til en meningsfull fritid er en del av FNs barnekonvensjon og dermed ratifisert som norsk lov. Det er et stadig økende behov for forebyggende arbeid i en tid hvor antallet barn og unge med psykiske problemer er økende, andelen barn som lever i familier med vedvarende lavinntekt, er økende, frafallet fra videregående skole er stort, og antallet unge som havner i NAV-systemet, peker i samme negative retning.

Bakgrunnen for prosjektet i Gran kommune var en erkjennelse av nettopp denne utviklingen. Mange sto uten aktivitetstilbud på fritiden. Frafallet i videregående skole var 



høyt, mange barn og unge i kommunen slet med psykiske vansker, og vi lå over landsgjennomsnittet for barn og unge som lever i familier med vedvarende lavinntekt.

Systematisk arbeid

UngHadeland og Kulturkontoret i kommunen ble – ikke helt tilfeldig – plattformen for prosjektet. UngHadeland (www.unghadeland.no) er nettportalen for ungdom på Hadeland og tilbyr kultur- og fritidsaktiviteter, ferieaktiviteter og organiserer fritidsarenaene (det mange kjenner som fritidsklubber).

UngHadeland har blitt et godt innarbeidet konsept blant innbyggerne på Hadeland, både i den voksne befolkning og blant ungdommene, gjennom systematisk arbeid over flere år. UngHadeland er knutepunktet i kommunen og ut mot frivillige lag og foreninger.

Gjennom systematisk og målrettet arbeid har vi gjennom UngHadeland identifisert barn og unge i kommunen som ikke deltar i fritidsaktiviteter. Det tilbys individuell oppfølging for å kartlegge interesser og hobbyer hos den enkelte. Der det er nødvendig, bruker vi Fritid med Bistand, en trinnvis metode for å

støtte barn og unges sosiale inkludering i selvvalgte fritids- og kulturaktiviteter.

Alle skal med

Barn og unge med spesielle behov tilbys oppfølging gjennom fritidskontakttjenesten – gjennom både individuell oppfølging, tilrettelagte aktivitetsgrupper og støtte inn i en ordinær fritidsaktivitet.

UngHadelands arbeid med å skape en meningsfull fritid for alle barn og unge understøttes av Fritidserklæringen

«Mange sto uten aktivitetstilbud på fritiden.»

fra 2016. Med denne erklæringen står kommunene, frivilligheten og staten sammen om en felles innsats for at alle barn, uavhengig av foreldrenes sosiale og økonomiske situasjon, skal få mulighet til å delta jevnlig i minst én organisert fritidsaktivitet.

Fritidserklæringen innebærer en erkjennelse av at deltakelse i fritidsaktiviteter ikke er en selvfølge for alle barn. Ifølge regjeringen deltar 80 prosent av

norske barn i en organisert aktivitet på fritida, mens andelen barn fra fattige familier er mellom 60 og 70 prosent. Med Fritidserklæringen slås det fast at målet er at alle barn skal ha mulighet til å delta.

UngHadeland + frivilligheten = sant

Nøkkelen til å nå målet om å skape en meningsfull fritid for barn og unge ligger i samarbeidet med frivilligheten. Frivillige lag, foreninger og organisasjoner er viktige arenaer for barn og unge, og deltakelse på fritiden er en av de viktigste kildene til å bygge identitet og skape mening i tilværelsen.

UngHadeland samarbeider blant annet med Hadeland RC-klubb (radiostyrte biler), hvor det tilbys gratis RC-kjøring for ungdom.

UngHadeland samarbeider også med Lunner Motorsport, hvor det arrangeres åpne kjøredager for ungdom om våren og sommeren. Her får tjuetretti ungdommer muligheten til å teste crosskjøring. De mest ivrige – og de som trenger det mest – kan delta ukentlig på kjøring gjennom våren og høsten. Lunner Motorsport oppbevarer og vedlikeholder utstyr, og stiller med instruktører og veiledning, mens forsikring, engangslisenser, crossykler og



SKI-NM PÅ LYGNA: UngHadeland var ansvarlig for UngScene for 5 000 skoleelever gjennom dagene med Ski-NM. Foto: Privat



CROSSKJØRING: Bilde fra crossprosjektet i samarbeid med Lunner Motorsport. Foto: Privat

kjørestyr finansieres av UngHadeland.

Gjennom et slikt samarbeid får mange muligheten til å delta, uavhengig av bakgrunn og sosioøkonomisk status. Tilsvarende samarbeid er også etablert med Eggemoen Motorsport, hvilket gjør at ungdommen på Hadeland tilbys gratis gokartkjøring.

Tverrfaglig samarbeid

God utveksling av informasjon om eksisterende løsninger og behov bidrar til et bredere og bedre tilbud. Det er også behov for å samarbeide om å gi god og tilpasset informasjon til barn, ungdom og foresatte som står utenfor de organiserte fritidstilbudene. Dette gjelder tilbud i både offentlig og frivillig regi.

Gran kommune har etablert en tverrfaglig plattform for å sikre informasjon om fritidsaktiviteter både internt i kommunen og utad til barn og unge og deres familier. I helse- og kulturnettverket er både helseøstertjenesten, barnevernstjenesten, NAV, psykisk helsetjeneste, flykntingstjenesten, SLT-koordinator og kulturkontoret representert.

Her presenteres fritidstilbud, og det drøftes hvilke muligheter som finnes på fritiden generelt, og også hva som tilbys av tilrettelagte aktivitetstilbud

og finansiering m.m. for barn og unge som trenger dette.

Støtte og tilskudd

UngHadeland søker aktivt på tilskuddsmidler og har mottatt gaver og tilskudd fra ulike ordninger og lokale gavestifere. Disse pengene brukes blant annet til å finansiere ferietilbud, deltakeravgift/kontingenter i fotballaget eller korpset, eller til å legge til rette for flere fritidsaktiviteter.

«UngHadeland er knutepunktet i kommunen.»

Kostnader knyttet til deltakelse i fritidsaktiviteter varierer sterkt. Vi vet fra før at enkelte idretter koster mer enn andre, både knyttet til deltakelsen i seg selv, og utstyret som kreves. Og ikke minst kan deltakelse på turer, stevner og turneringer koste.

Gjennom UngHadeland kan familier søke om å få kontingenter dekket. I tillegg kan lag og foreninger ta kontakt når de har unge som deltar i deres aktiviteter,

men ikke har mulighet til å betale kostnader knyttet til aktiviteten.

Gjennom konseptet Ferie for Alle i Gran kommune tilbyr UngHadeland finansiering av ferietilbud i sommer, høst- og vinterferie. Så langt har 150 barn og ungdom (og deres familier) fått finansiert ferietilbud gjennom denne ordningen.

Velutstyrt

UngHadeland har i samarbeid med frivilligsentralene på Hadeland etablert BuaHadeland (www.buahadeland.no). BUA står for Barn – Unge og Aktivitet og er en gratis utlånssentral for sports- og fritidsutstyr. I BUA kan man låne utstyr helt gratis, på samme måte som man låner bøker på biblioteket.

BuaGran og BuaLunner, som er underavdelinger av BuaHadeland, åpnet i juni i år, og har allerede blitt godt kjent og vel mottatt blant innbyggerne på Hadeland. Alt utstyret til utlån er helt nytt, og ungdommen selv deltar også i driften av BUA og er med på å bestemme hva slags utstyr som skal tas inn.

Etableringen av BuaHadeland er et ledd i arbeidet med å gi alle de samme mulighetene til deltakelse på fritiden – det er i hvert fall ikke utstyret det skal stå på! ■

Aktuelle bøker

Omslagsfoto Forlagene



ANMELDELSE

Tittel: *Er jeg god nok?* og *Ingen er perfekt*
Forfatter: Anne Vibeke Fleischer og Rikke Mølbak, Kåte From og Rikke Mølbak
Forlag: Gyldendal Akademisk
Anmelder: Kristine Holmen Strømsvåg, helsesøster, Lillehammer kommune

Er jeg god nok? og Ingen er perfekt

Bøkene som blir anmeldt her, inngår i serien «Psykologi for barn». Det finnes elleve ulike temaer i serien, som «Problemsinne og sinne-mestring», «Familievold», «Sorg», «Overvektige barn», «Skilsmisse» og «Sosiale medier». For hvert tema kommer det to bøker; en for barn 4–8 år, og en for barn 9–13 år. Hver bok inneholder letteste historier om den aktuelle problemstillingen. Fortellingene egner seg til høytlesning og samtale med barn. Med hver fortelling følger spørsmål som kan hjelpe samtalen i gang. Siste del av bøkene er for den voksne. Her ser man nærmere på bakgrunn og årsak, hvordan barnet opplever seg selv og sin utfordring, og hvordan den voksne best kan hjelpe barnet. Bøkene er laget for lærere, helsesøstre, foreldre og andre som er i kontakt med barn.

Da bøkene omhandler samme tema til barn i ulik alder omtales de under ett. Temaet i disse to bøkene er barn, perfektjonisme og selvkritikk. Målgruppen preges av sjenerthet, forsiktighet og frykt for nederlag og feil i en slik grad at barnets utvikling hemmes. Det kan bety at de ikke får vist hva de kan og hvem de er, eller at de lar være å delta i frykt for å ikke mestre. Dette er en gruppe barn som lett kan bli oversett i en hektisk hverdag, og i en tid da idealer som individualisme og selvrealisering er viktig.

Samtidig vet vi at barns oppvekst i større og større grad preges av krav til prestasjoner innen skole og idrett, og krav til utseende og klær. Nettopp i møtet mellom det forsiktede og tilbakeholdne barnet, og samfunnets økte krav til barns prestasjoner, er det viktig å synliggjøre disse barnas utfordringer.

I boken for 9–13 år handler historiene om Ida og Noah. I boken for 4–8 år handler de om Nora og Andreas. Trolig er handlingen gjenkjennbar og hverdagslig for de fleste barn i barnehagealder eller på barneskolen. På et tidspunkt i fortellingene oppstår en utfordring som må løses. Noen ganger løses det på en god måte, andre ganger ikke. Det er nettopp her de gode samtalen med barn kan ha sitt potensial. For barn kan det være både ufarlig og lærerikt å heller snakke om hvordan Ida og Noah i fortellingene håndterer sine utfordringer, i stedet for å tilkjenne egne vanskeligheter. De fleste fortellingene er gode, men handlingen og avslutningen i noen få av dem oppleves som noe konstruert og unaturlig. Men det er mange historier å ta av, åtte i den ene boken, og ti i den andre, så her er det bare å velge seg ut noen favoritter! Som helsesøster vil bøkene kunne utvide mitt repertoar i både individuelle samtaler og grupper. Konseptet med bøker om ulike temaer som det kan være utfor-

drende å snakke med barn om, tilpasset ulike aldre, er genialt. Jeg blir nysgjerrig på resten av serien, for eksempel bøkene om overvektige barn eller sinnemestring.

Bøkene er tynne, nærmest utformet som hefter, på 50–60 sider. De er oversiktlige og letteste, og er illustrert med enkle tegninger. Hver historie går over en til to sider og bokstavene er store. Historiene kan brukes i individuelle konsultasjoner, men kan like gjerne brukes som høytlesning i ei gruppe, med påfølgende diskusjon. Spørsmålene som tilhører den enkelte fortelling oppleves som relevante, og vil bidra til at voksne og barn sammen kan reflektere rundt problemstillingen.

Den voksne blir allerede i forordet bedt om å lese etterordet først. Etterordet beskriver det perfektionistiske og selvkritiske barnet godt gjennom korte eksempler/case og fakta. Betydningen av arv og miljø omtales, og viktigheten av å komme tidlig inn med tiltak. Ulik type innsats beskrives, både rettet mot miljøet rundt barnet, mot de voksne rundt barnet, og rettet mot barnet selv. I sum gir dette en god innføring i hvordan man kan forstå og hjelpe perfektionistiske og selvkritiske barn.

Det er betryggende at det helt til slutt informeres om når det kan være aktuelt å henvise til andre instanser eller spesialisthelsetjenesten. Dessuten er det tips til nettsteder for den som ønsker å lese mer. Forfatterne og redaktøren er fra Danmark, og er lærer og spesialister innenfor nevropsykologi, pedagogisk psykologi og klinisk barnenevropsykologi. Deres bakgrunn gir faglig tyngde til innholdet, og en god balanse mellom de enkle fortellingene for barn, og fagdelen for voksne. Oversatt fra dansk til norsk av Heikki Gröhn, og illustrert av Claes Movin.



ANMELDELSE

Tittel: *Barn og migrasjon: mobilitet og tilhørighet*
Forfatter: Hilde Lidén
Forlag: Universitetsforlaget
Anmelder: Marit Egdetveit, helsesøster, Lillehammer helsestasjon

Barn og migrasjon

Boka tar for seg ulike forhold som er med på å forme barndommen og voksenlivet til barn som forlater hjemlandet sitt og migrerer til et vestlig land. Det kan være enten de kommer hit alene som enslige mindreårige, eller at de reiser sammen med en forelder eller en annen voksen.

Boka gir mye kunnskap om kultur og tradisjoner rundt familielivet i disse barnas hjemland. Det er viktig kunnskap for å forstå hvorfor de velger å reise.

Det blir også satt fokus på barnespesifikke former for forfølgelse i hjemlandet, og på hvordan barn blir utnyttet underveis på reisen fra hjemlandet til et nytt land.

Boka gir innsikt i hvordan innvandrings- og integreringspolitikken i landet de kommer til, berører barna i deres daglige liv og deres fremtid. Eksempler på det er usikkerhet og uforutsigbarhet rundt oppholdstillatelsen, og det å være uten kjente omsorgspersoner i et fremmed land.

Boka har også et kapittel om kultur og tradisjoner rundt ekteskapsinngåelse, og hvordan dette praktiseres i ulike land.

Forfatteren har intervjuet barn, og gjennom deres fortellinger blir temaene som blir tatt opp i boka knyttet sammen med historier fra virkeligheten.

Jeg vil anbefale boka for alle som møter disse barna i sitt arbeid på helsestasjonen og i skolen. Den gir kunnskap og flerkulturell forståelse som er nyttig i møtene med barna og ungdommene for å forstå dem bedre.

Disse barna har opplevelser og erfaringer med seg som er forskjellige fra det andre barn har, og det påvirker dem i deres søken etter forankring og tilhørighet i et nytt samfunn.

Gode vaner for god helse

SAMTALEVERKTØY OM KOSTHOLD OG AKTIVITET

Samtaleverktøyet 2017

Gode vaner for god helse

– barn, kosthold og fysisk aktivitet

inneholder 15 plansjer og en veileder



Bestill vårt pedagogiske verktøy som gjør det enklere å snakke med familier om viktigheten av sunn mat og nok fysisk aktivitet for barn. Materialet passer bl.a. å benytte på 4-årskontrollen og skolestartundersøkelsen.

Rådene er i tråd med nasjonale anbefalinger om kosthold og fysisk aktivitet. Samtaleverktøyet er utviklet i samarbeid med helsesøstre og fysioterapeuter, og er oppdatert i 2017.

Du som er helsesøster/helsesøsterstudent kan få tilsendt materialet gratis. Mappen er i A4 format og inneholder 15 temaplaner og en veileder.

