



Tidsskrift for helsesøstre

NR. 1-2015

LANDSGRUPPEN AV HELSESØSTRE NSF



Kalles det mobbing?

LaHs styre og lokale faggruppetledere 2014–2016



LaHNSF styre 2014-2016



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



Nestleder:
Ellen Kathrine Larsen
T: 95 78 57 21
E-post: ellen.kathrine.larsen@as.kommune.no



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



Kommersiell kontakt:
Eli Taranger Ljønes
T: 95 24 03 28
E-post: eli.tl@online.no



Sekretær:
Gudbjørg Øen
T: 92 01 69 89
E-post: gudbjorg.oen@folkehelsesenteret.no



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



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



Vararepresentant:
Lillian Olsen Opedal
T: 99 22 47 27
E-post: frmtloo@fylkesmannen.no

OSLO

Ingjerd Hvatum
Nordskarva 32, 1350 Lommedalen
M: 99 25 48 77
E-post: ingjerd.hvatum@gmail.com

ØSTFOLD

Siri Underdal
Ravineveien 2, 1890 Rakkestad
P: 98 04 38 06 J: 90 64 42 70/69 22 55 00
E-post: siri@licom.no, siri.underdal@rakkestad.kommune.no

AKERSHUS

Hanne Molander Ott
Jerpefaret 26 G, 0788 Oslo
M: 99 77 16 51 P: 22 49 65 40
E-post: hanne.molander.ott@baerum.kommune.no

HEDMARK

Kjersti Øien Skjold
Høgvollvegen 89 A, 2312 Ottestad
J: 91 17 52 08 P: 91 77 44 11
E-post: kjersti.oien.skjold@stange.kommune.no

OPPLAND

Ive Kristin Staune-Mittet
Gneisen 22, 2611 Lillehammer
J: 90 85 69 56 M: 41 38 12 38 P: 61 26 32 20
E-post: ive.staune.mittet@gmail.com/
ive.staune.mittet@lillehammer.kommune.no

BUSKERUD

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

VESTFOLD

Bente Julie Prydz
Ollebakken 5, 3215 Sandefjord
J: 33 29 53 40/33 29 53 44 P: 41 60 60 08
E-post: bente.prydz@stokke.kommune.no/helse-soster.vestfold@gmail.com/rydz@online.no

TELEMARK

Nina Mortensen
Viervn. 10 D, 3929 Porsgrunn
J: 95 20 13 87 M: 95 78 57 28
E-post: nina.mortensen@porsgrunn.kommune.no

AUST-AGDER

Lillian Tobiassen Ravnåsen
Skotheia 15, 4820 Froland
J: 37 23 55 83 M: 91 87 29 34
E-post: Lillian.Tobiassen.Ravnasen@froland.kommune.no

FINNMARK

Kjerstin Møllebakken
Porsveien 14, 9912 Hesseng
J: 78 97 76 70 M: 95 15 46 70
E-post: kjerstin.mollebakken@helsedir.no

ROGALAND

Anna Jondahl Risnes
Markageilen 59, 4322 Sandnes
T: 98 68 73 37
E-post: anna.jondahl.risnes@sandnes.kommune.no

VEST-AGDER

Anne Mette Røilid Vollan
Bordalen 12, 4639 Kristiansand
T: 99 12 94 33
E-post: Anne.Mette.Roilid.Vollan@kristiansand.kommune.no

HORDALAND

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

SOGN OG FJORDANE

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

MØRE OG ROMSDAL

Elin Ukkelberg
Myrvn. 25, 6421 Molde
J: 97 09 53 60 P: 90 83 35 52
E-post: elin.ukkelberg@frana.kommune.no/
elin.ukkelberg@gmail.com/
lah.more.romsdal@gmail.com

SØR-TRØNDELAG

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

NORD-TRØNDELAG

Elin Duvsete
Sørskagvn 7b, 7650 Verdal
M: 45 61 47 74
E-post: elinduvsete@ntebb.no/
elin.duvsete@verdalen.kommune.no/
lah.nordtrondelag@gmail.com

NORDLAND

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

TROMS

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

Innhold

NR. 1-2015

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

ANSVARLIG REDAKTØR

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

ANNONSER

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

ABONNEMENT

lah@sykepleier.no

HJEMMESIDE

www.sykepleierforbundet.no/
helsesostre

ANSV. REDAKTØR SYKEPLEIEN

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

DESKJOURNALISTER

faggruppeblad@sykepleien.no

Johan Alvik
Tlf. 92 60 87 06

Trine-Lise Gjesdal
Tlf. 90 60 87 79

Astrid Svalastog

LAYOUT

Hilde Rebård Evensen
hilde.rebaard.evensen@sykepleien.no

Nina Hauge
nina.hauge@sykepleien.no

Sissel Hagen Vetter
sissel.vetter@sykepleien.no

Monica Hilsen
monica.hilsen@sykepleien.no

TRYKK

Color Print A/S

FORSIDEFOTO

Scanpix/Microstock

NESTE UTGAVE

21. mai 2015

REDAKSJONSKOMITÉ

Fra venstre: Else Marit Solstad
Roland, Lillian Bjørnstad, Marit
Sandvik Tønnesen, Anne Mette
Røilid Vollan og Trine Finsådal
Kristensen.



- | | |
|---|---|
| <p>5 Leder: Kristin Sofie Waldum-Grevbo</p> <p>6 Smånytt</p> <p>8 Livets Tre – kurs for flyktninger</p> <p>12 Tilbakeblikk</p> <p>14 Nærhet på avstand</p> <p>16 Tilbud til unge som opplever samlivsbrudd</p> <p>20 Overvekt hos barn</p> | <p>28 Til beste for barn og unge</p> <p>30 På rett sted til rett tid</p> <p>34 Lederstafetten: Marit Høy Knudsen</p> <p>37 Helsesøsterkongressen 2015</p> <p>42 Mobbing i barnehagen</p> <p>52 Ny masterutdanning</p> <p>54 Foreldre er ikke eksperter</p> <p>58 Barnas stasjon</p> |
|---|---|

«Å hevde at foreldre er eksperter på sine barn er en altfor lettvinnt slutning.» Side 54



16

8



Logg deg inn på Akneakademiet

- 1 Akneakademiet er et opplæringskurs for deg som er helsesøster på en skole. I løpet av 15–20 minutter får du tips og råd om hvordan du best kan hjelpe en elev med akne.
- 2 Som helsesøster kan du også bestille kostnadsfritt materiale på akneakademiet.no. Bruk det, så vet ungdommene at de kan spørre dere om akne og få hjelp til behandling.

www.akneakademiet.no



Galderma Nordic AB
Seminariegatan 21, SE-752 28 Uppsala, Sverige
Tlf: +46 18-444 03 30. www.galderma.no

GALDERMA
Committed to the future
of dermatology

LEDER:
Kristin Sofie Waldum - Grevbo



Det er friskt å oppleve livet «sykt vanskelig» av og til

Helsestasjon- og skolehelsetjenesten er løftet opp til debatt på landets øverste politiske nivå. Den 13. januar var det høring i Helse- og omsorgskomiteen på Stortinget om skolehelsetjenesten. Landsgruppen av helsesøstre var selvsagt til stede. Tjenesten bør styrkes, men hvordan? Og har de som jobber i helsestasjons- og skolehelsetjenesten i dag tilstrekkelig kompetanse? Det snakkes om «å fange opp og sende videre». Debatten om hvordan vi kan holde barna friske gjennom et helsefremmende skolemiljø er nesten fraværende, selv om helsesøstre bringer den på banen.

- Da en elev på videregående kom til helsesøster og fortalte at han ikke kunne svømme, samarbeidet helsesøster og eleven om å samle en gjeng med samme utfordring. Dette førte til at det ble arrangert svømmekurs for en stor gruppe elever – helsefremmende og forebyggende.

- Verdensdagen for psykisk helse blir markert på mange skoler. Skolehelsetjenesten og elevråd samarbeider om temaarbeid i klassene med felles frokost og skolemiljøtiltak.

- Seksualundervisning med vekt på følelser og grenser gir rom for viktig refleksjon blant og med ungdom.

Målet er å hjelpe barn og unge til å mestre livet. Det er viktig å fortelle ungdom at det er normalt og helt friskt å oppleve livet «sykt vanskelig» av og til. Mange ungdommer har opplevd å få en diagnose når de egentlig bare har symptomer på en uholdbar hjemmesituasjon. De trenger hjelp og støtte for å håndtere livet sitt. Ensidig å fokusere på at 20 % av ungdommene har psykiske problemer, fratar ungdommene mulighet til egenmestring av vanskelige situasjoner i livet.

Uansett fagbakgrunn er mengdetrening viktig for å utvikle god kompetanse på barn og unge, og for å kunne gi dem den støtten de trenger for å kunne håndtere sine liv. Kompetanse på sykdomsmekanismer gir ikke automatisk kompetanse på livsmestring. Ved å omgås ungdom, lytte til dem og sortere tanker sammen med dem, opparbeides kompetanse på hva som er normalt, hvilke trender som rår og hvilke tiltak som fungerer. På skoler med en tilstedeværende skolehelsetjeneste er det få samarbeidspartnere som klager på manglende kompetanse. (Selv en professor ville ha problemer med å utrette mirakler med noen minutter per elev).

Ved å bli kjent med ungdom, er det lettere å finne de som bør henvises videre. Samtidig skal de som er til stede på skolen med sine psykiske vansker, med sin overvekt, med sine

vanskelige familieforhold også ivaretas. Trivselstiltak for alle elever og tilrettelegging av samarbeid med skolen, er nødvendig i tillegg til at de elevene som trenger det har individuelle konsultasjoner med en fagperson over tid.

Det er i dag et stort antall godt kvalifiserte sykepleiere som kjemper opp plassene på videreutdanningen til helsesøster, noen steder er dette også nå en masterutdanning. Mange helsesøstre har også andre relevante etter- og videreutdanninger. Dette vitner om at det er mye kompetanse i helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Det er likevel behov for mer systematikk knyttet til kompetanseutviklingen i tjenesten videre. Landsgruppen av helsesøstre mener fortsatt at opprettelse av kompetanse- og utviklingssenter for helsestasjons- og skolehelsetjenesten vil bidra til nødvendig oversikt og koordinering av fagutvikling og forskning på området.

For å kunne snakke om helsestasjons- og skolehelsetjenesten som en noenlunde lik størrelse, er det nødvendig å øremerke midlene til en styrking. Øremerkingen bør, for å ha effekt, knyttes til en bemanningsnorm. Dette vil både kunne sikre den tilgjengeligheten barn og unge fortjener og bidra til kompetanseutvikling. Det er i kraft av at fagpersoner er aktivt til stede i miljøet blant de unge at kunnskap utvikles.

Fra i høst har jeg vært en del av en liten gruppe studenter som tar master på høyskolen Diakonova i Oslo. Dette er et nytt tilbud der masterløpet er tilrettelagt spesielt for helsesøstre. Det mest oppløftende ved en slik utdanning, er at «vi helsesøstre» får redskaper til å løfte frem vår fag- og erfaringskunnskap på en strukturert måte. Det å høre de ulike problemstillingene blant kullingene gjør meg stolt på helsesøsterfagets vegne; Foreldrenes mobilbrukspåvirkning på tidlig samspill, erfaringer med bruk av hjemmebesøk ikke bare til nyfødte, frafall, søvn hos ungdom, er noen dem.

Landets kompetente helsesøstre skal fortsette kampen for den tilstedeværende helsestasjons- og skolehelsetjeneste av god kvalitet! Takk til Vest-Agder for innsatsen med et blad som belyser fagfeltet vårt fra flere nivåer.

Kristin Waldum - Grevbo

LEDER AV LANDSGRUPPEN AV HELSESØSTRE NSF

Ikke høyere fravær

Verken på lang eller kort sikt gir det å få barn høyere sykefravær blant kvinner. En ny studie fra Frischsenteret ved Universitet i Oslo har undersøkt hva det betyr for kvinners helse og sykefravær å få barn, melder Forskning.no. Forskerne finner ingen indikasjon på at det gir dårligere helse for kvinner å få barn.

Kilde: ABC nyheter.no



Rekordlav dødelighet

Andelen dødfødte og barn som dør innen første leveuke har aldri vært lavere. Det viser 2013-statistikken fra Medisinsk fødselsregister (MFR) som Folkehelseinstituttet publiserer i desember. Det ble født 59 979 barn i Norge i 2013, en liten nedgang fra 2012 da tallet på fødte var 61 368. Siden 2009 har antall fødte barn gått litt ned for hvert år.

Kilde: www.fhi.no

SMÅNYTT

Sunt melkefett

Professor og tidligere overlege Dag Bratlid mener Helsedirektoratets melkefettråd ikke henger på greip. I Helsedirektoratets gjeldende kostholdsanbefalinger står det at man bør begrense inntaket av meieriprodukter som inneholder mettet fett. Bratlid viser til at mye forskning tyder på at det mettede fettene i melk gir helsegevinster for barn.

– Både norske og flere internasjonale studier tyder på at melkefett er gunstig for barn. Disse studiene viser at barn som drikker mye helmelk synes å bli slankere, og utvikle mindre risiko for fedme, enn de som drikker lettmelkprodukter, sier han.

Kilde: TV2.no



«Mennesket er menneskets helsekilde.» Per Fugelli



Lærer ikke om homo-sex

Det skrives bare om heterofil sex i norske lærebøker. Dette passer dårlig med et norsk selvbilde som verdensmester i homotoleranse, mener professor Åse Rything ved Høgskolen i Østfold. Hun mener bøkene ikke gir informasjon verken om smittevern eller om seksuell lyst og tilfredsstillelse til elever som ikke orienterer seg heteroseksuelt. I en kronikk i Dagsavisen skriver hun at norske lærebøker, på «forbløffende samstemt vis» er ekskluderende når det gjelder homofil seksualitet.

Kilde: Dagsavisen

Fedme øker dødsrisiko

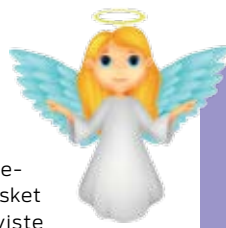
Forskere har analysert sammenhengen mellom mødres BMI og risikoen for spedbarnsdødelighet. I en artikkel publisert i British Medical Journal (BMJ) har svenske forskere, i en kohortstudie basert på opplysninger fra det medisinske fødselsregisteret, analysert data om én million kvinner og deres 1,8 millioner barn. Økende BMI var koblet til økt spedbarnsdødelighet fra 2,4 tilfeller per 1000 blant normalvektige kvinner (BMI fra 18,5 til 24,9) – til 5,8 tilfeller per 1000 kvinner med fedme målt ved BMI på 40 eller høyere.

Kilde: Dagens Medisin

Engler i hvitt

Forskeren Kjersti Nesje ved Høskolen i Oslo og Akershus har utfordret myten om sykepleieren som en engel i hvitt. Nesje har forsket på motivasjon hos sykepleiere. Studien viste blant annet at ønsket om å hjelpe andre ikke gjør sykepleierne mer engasjert i jobben. Det er med andre ord ingen forutsetning for å være engasjert i jobben som sykepleier at du har et sterkt ønske om å hjelpe andre.

Kilde: Forskning.no



Flaskematefri

Mødre som flaskemater sitt barn bør få likelydende rett til «flaskematefri» som mødre som ammer sitt barn etter endt barselpermisjon. Et måltid er mer enn mat, det er også et relasjonelt møte mellom omsorgsgiver og barn, skriver Ingjerd Hvatum leder for helsesøstre i Oslo (LaHNSF Oslo).

Kilde: Aftenposten.no



Tekst Trine-Lise Gjesdal Foto Colourbox

Krever en dobling

Norsk sykepleierforbund krever en dobling av antallet helsesøstre i Oslo, for å få avdekket omsorgssvikt og andre livstruende forhold som barn lever under.

– Det koselige tar ikke tid. Det er det andre som krever mye, blant annet barnevernsbarn som skal følges opp. Det er slike ting som tar tid, sier Astrid Midtun, helsesøster ved Ullern Helsestasjon til TV 2.

Helsesøstrene har sendt en bekymringsmelding til politikerne i Oslo, der de peker på at ingen bydeler følger normen om antallet helsesøstre per barn.

Kilde: www.tv2.no



Kan bekjempe dropouts



Nina Misvær, forsker, Høgskolen i Oslo og Akershus.
Foto: Benjamin A. Ward / HIOA

Flere helsesøstre i skolen kan hindre at så mange elever slutter i videregående skole, hevder helsesøster og forsker Nina Misvær ved Høgskolen i Oslo og Akershus. Misvær mener at svaret på hvordan noe av frafallet kan bekjempes ligger i forebyggende psykososialt arbeid og raskere hjelp tidlig i livet.

Tall fra Statistisk sentralbyrå viser at så mange som 31 prosent ikke fullfører videregående opplæring. En nasjonal rapport fra NOVA i oktober forteller at altfor mange elever i ungdomsskolen opplever stress og slit i hverdagen. Flere er preget av søvnproblemer, har et dårlig selvbilde og føler håpløshet. Dette er utfordringer som ikke gir et godt utgangspunkt for læring og mestring når unge skal over i videregående opplæring. Forskeren mener at helsefremmende og forebyggende tiltak må starte opp allerede fra første år på barneskolen og at listen over hva helsesøstre kan tilby, er lang.

Kilde: HIOA



Forteller sine historier ved hjelp av Livets Tre

Livets Tre er et gruppetilbud for enslige mindreårige flyktninger. Kurset skal styrke deres identitet og gi dem håp for fremtiden, gjennom å fokusere på gode minner, ferdigheter og ressurser.

■
Av **Else Marit Solstad Roland**, helsesøster, ungdomshelsetjenesten, Kristiansand

Kurset «Livets Tre» har blitt tilbudt alle enslige mindreårige flyktninger bosatt i Kristiansand kommune siden årsskiftet 2008/2009. Det er et gruppetilbud hvor ungdommen selv aktivt deltar og bidrar disse to kursdagene. Her legges det til rette for at ungdommene selv kan formidle sin livshistorie med vektlegging av de gode livserfaringene. Ofte kan enslige mindreårige ved ankomst til Norge oppleve seg definert av omgivelsene som særlig behovstrequende. Derimot fokuserer Livets Tre som metode på de gode minnene og opplevelsene, ferdighetene og ungdommens iboende ressurser. Formålet er at

formidlingen av eget liv og egen historie kan skape gjenkjennelse innad i gruppen og kan styrke identitet, skape sammenheng, mening og håp for fremtiden.

Historikk internasjonalt

Metoden Livets Tre er hentet fra narrativ praksis. Metoden er utviklet og utprøvd i Sør-Afrika i et samarbeid mellom Ncazelo Ncube-Mlilo fra organisasjonen REPPSI (Regional Psychosocial Support Initiative) i Zimbabwe og Sør-Afrika, og David Denborough fra Dulwich Centre Foundation i Australia i 2005. Metoden ble opprinnelig brukt

overfor barn som har opplevd krig eller hadde mistet sine foreldre på grunn av aids. Metoden er etter hvert blitt utbredt, og har sitt eget nettsted på Dulwich Centres hjemmeside.

Historikk lokalt

I 2008 ble metoden prøvd for første gang når det gjaldt enslig mindreårige flyktninger i Norge. Initiativtakere var familierapeut Gunnar Eide fra ABUP/SSHF-K (Avdeling for barn og unges psykiske helse på Sørlandet sykehus helseforetak – Kristiansand) i samarbeid med psykolog Ina Søviknes fra RVTS – Sør (Regionalt senter om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging). Dette skjedde i asylmottak for enslig mindreårige i Lyngdal i Vest-Agder. Tiltaket ble godt mottatt av ungdommene, men det var enkelte utfordringer. Særlig fordi frustrasjonsnivået generelt var høyere grunnet uavklart spørsmål om ungdommen fikk opphold i Norge eller ikke. Men også fordi det var lagt til ettermiddagen etter skoletid og de hadde mange andre aktiviteter som de ønsket å prioritere.

Fra høsten 2008 og i en periode på nærmere to år tok Kristiansand kommune imot 50–75 enslig mindreårige flyktninger. Høsten 2008 tok Gunnar Eide og Ina Søviknes kontakt med Kristiansand kommunes flyktningtjeneste for bosatte enslig mindreårige, barnevernsansatte i kommunen som var knyttet opp til disse ungdommene og skolehelsetjenesten på Kongsgård skolesenter. Vi satte i gang med forberedelser for å drive kurset Livets Tre for bosatte enslig mindreårige i Kristiansand. I løpet av det første året trakk RVTS seg ut og kurset ble deretter holdt i samarbeid mellom ABUP, Barnevern og Skolehelsetjenesten på Kongsgård skolesenter, altså et samarbeid mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten. I begynnelsen av 2009, startet vi opp med de første kursene i Kristiansand kommune.

Kurset ble implementert i skoletiden som en del av det totale skoletilbudet til enslig mindreårige. Skolen heter Kongsgård skolesenter og er kommunens norskopplæringscenter og grunnskole for dem som skal søke videre skolegang. Kurset holdes to dager etter hverandre. Dette første året måtte vi ha kurset 4–5 ganger for å få gitt tilbudet til alle. I senere år har det holdt med ett kurs i halvåret, da ankomst av nye enslig mindreårige har ligget stabilt på cirka ti ungdommer per år. De fleste enslig mindreårige som har blitt bosatte

i Kristiansand kommune er rundt 16–17 år gamle ved ankomst. Noen få har vært under 16, og har da gått på Mottaksskolen som er grunnskole og gir

«De har ofte behov for hjelp til å sette ord på ting.»

norskopplæring for barn i grunnskolealder. Disse har ikke deltatt på Livets Tre, men har fått tilbudet når de eventuelt har begynt som elever ved Kongsgård skolesenter. Det siste halvannet år, har også annen sårbar ungdom ved senteret fått invitasjon til å delta på kurset. Dette gjelder primært familie-gjenforente ungdommer som lenge har levd atskilt fra nærmeste pårørende. Dette gjelder som regel kun 1–2 personer av det totale antall deltakere i gruppa. Disse har med seg en pårørende eller lærer når deres tre skal presenteres.

Forberedelser

Vi inviterer enslig mindreårige som har ankommet det siste halve året. Dette gjøres i tett samarbeid med skolens ledelse, primært skolens sosiallærer og aktuelle avdelingsledere. Ungdommene dette gjelder, pleier å danne en gruppe på 5–8 deltakere. Vi pleier å bruke skolens aula, da vi gjerne blir rundt 20 personer totalt. Lunsj er inkludert i kurset, og det serveres som regel pizza. Aktuelle tolker blir bestilt for å oppnå maksimal forståelse av det vi skal gå gjennom. I tillegg inviteres primærkontakter fra boligene. Dette er viktig fordi de er nærmeste pårørende her i Norge, og kan da



SKRIVER PÅ TREET: En kursdeltaker skriver på livstret sitt. Ulike deler av treet representerer forskjellige deler av livet. For eksempel representerer treetts røtter personens egne røtter, som kan omfatte oppvekst, familien med mer.



MEDARBEIDERE: Disse jobber med Livets Tre. Fra venstre: Else Marit Solstad Roland, Veton Beqiraj, Gunnar Eide, Camilla Løvslund, Trine Krosshus Bessesen.

ved selvsyn få med seg ungdommens opplevelse av Livets Tre.

Selve kurset

Innledningsvis på dag 1, etter velkomst og presentasjonsrunde, forklares begrepet psykisk helse på en enkel måte. Dette gjøres ved å ufarliggjøre begrepet og sammenlikne det med fysisk helse. Ungdommene er aktivt med på å definere begrepene. Et

«Ungdommene får være med på å definere hva livsstormer kan være.»

viktig element er å slippe ungdommene til når det gjelder spørsmål og kommentarer, og ikke minst gi grundig informasjon hva Livets Tre ikke er: At det ikke er snakk om å utlevere seg for noen, at det ikke handler om å fortelle om de vanskeligste og private livserfaringene. At det heller ikke er et slags forhør eller intervju. Erfaringer med sånt har ungdommene som regel fått i forbindelse med ankomst til Norge. Det er vesentlig å gi ungdommene trygghet for at det kun er de selv som bestemmer hva de vil dele i gruppa.

Gjennomgang

Etter innledningen går en av lederne gjennom treet og forklarer metoden. De får så utdelt hvert sitt tre. De får et A3-ark med et ferdig tegnet tre. Noen få velger å tegne sitt eget tre. Det er rikelig tilgang til

skrive- og tegnesaker på bordet. Ledere, observatører og alle voksne til stede, inkludert tolker, hjelper til med utfylling av treet hvis det skulle stoppe opp litt for den enkelte. Noen ganger trengs det repetisjon av hva treet enkelte deler står for, og det kan forekomme deltakere som ikke har lært å lese og skrive. Da får de hjelp til skrivingen. Noen fargelegger veldig, andre mindre, noen bruker for eksempel sort til å markere perioder i livet som har vært vanskelig.

Røttene på treet representerer den enkeltes røtter; der du vokste opp, familien, hus- eller kjæledyr og andre gode minner fra barndommen. Det kan også være dans, sang, matkultur, religion, gruppetilhørighet.

Jorden treet står i representerer der den enkelte bor nå. Hverdagssystemer og fritidsaktiviteter som gir forutsigbarhet og gir mestring.

Trestammen: Dine ferdigheter – det du er god til, og det du selv eller andre setter pris på hos deg.

Greiner: Håp, drømmer og ønsker for fremtiden - for deg selv og andre.

Bladene: Mennesker som betyr noe for deg. Kan også være personer som ikke lever lenger.

Frukt: Gaver i livet. Det dreier seg primært om billedlige gaver, som for eksempel trygghet i oppveksten. Knyttes gjerne opp mot bladene, at viktige personer ofte har gitt den enkelte konkret og viktig støtte i spesielle situasjoner.

Presentasjon

Ungdommene presenterer trærne sine for hverandre. De ledes gjennom dette av en av oss ledere. Noen er ivrige og forteller mye selv, andre foretrekker å få spørsmål. Tolken oversetter. Spørsmålsformen her er åpen, undersøkende, nysgjerrig på å få fram alle faktorer som styrker identiteten til deltakeren, og hjelper ungdommen til å sette ord på faktorer i eget liv som har ført til mestring og god selvfølelse. Ungdommene kan være sjenerte, og de har ofte behov for hjelp til å sette ord på ting, spesielt når det gjelder å si noe fint om seg selv som menneske. I tillegg kommer de ofte fra kulturer der identiteten som tilhørende i en gruppe, det være seg klan eller storfamilie, blir sett på som viktigere og har mer status, enn fokuset på seg selv som individ. Krumtappen i presentasjonen er når de andre i gruppa inviteres til å komme fram med gule «positiv-lapper» hvor de har skrevet noe fint om vedkommende som presenterer treet sitt. Det kan være egenskaper som ungdommen kanskje ikke

har hørt at noen har satt ord på før. Som dyktig på skolen, snill, høflig og hjelpsom. Ikke minst har ofte den enkeltes historie og egenskaper signifikant betydning for de andre. Deltakerne opplever som regel denne tilbakemeldingen fra de andre som oppløftende og styrkende.

Trær i storm

På dag 2 har deltakerne som regel oppnådd trygghet i gruppen, og de er mer klare for å ta fatt på stormene, som symboliserer vanskelige livserfaringer. I narrativ forståelse heter det at det er skapt et fundament for å snakke om vanskeligheter i livet. Dette gjelder de unge, men også i høy grad oss «hjelpere». Historier om kultur, identitet, håp og drømmer for framtiden, gjør at vi møter dem med en annen forståelse enn hvis vi skulle ha gått rett på stormene. Innledningsvis får ungdommene selv være med på å definere hva livsstormer kan være. Det er en generell tilnærming til begrepet, både på individnivå og i forhold til det å være enslig mindreårig som gruppe. Det vil si at stormer i livet blir noe som alle mennesker opplever i større eller mindre grad. Som det å miste et familiemedlem i dødsfall, sykdom, flytting/flukt, krig etc.

Det siste året har vi valgt å konkretisere livets stormer på denne måten: Et tau legges på gulvet. Den ene enden symboliserer livsstormen på sitt verste, den andre enden representerer livet helt uten storm, når alt er bra. En eller flere deltakere blir bedt om først å stille seg på tauet der hvor de mener livsstormen var verst. De velger selv om, og eventuelt hvor mye, de vil fortelle om selve stormen. Hovedfokus er ikke på stormen i seg selv. Så blir de bedt om å flytte seg til det punktet på tauet som representerer livet i dag. Da flytter de seg nærmere den enden av tauet som symboliserer at livet er bra. Noen har foretatt store bevegelser, andre mindre, men alle har som regel opplevd at livet har blitt noe lettere. De blir så bedt om å si noe om hva som har gjort at livet er lettere nå. Det kan være handlinger de selv har foretatt. Det kan være hjelp de har fått. Noen nevner tro og religion som en viktig støttefaktor. Noen kan si at det å ha fått et nytt liv i Norge har vært en medvirkende faktor.

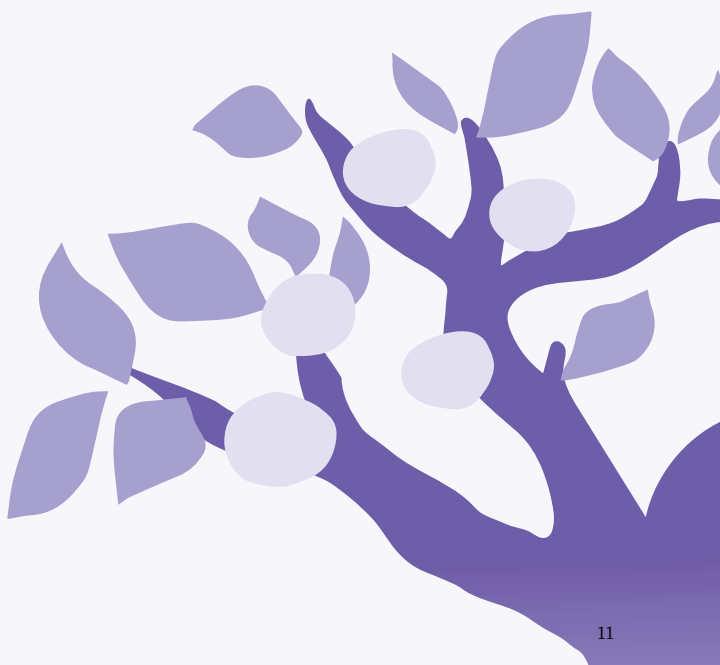
Avslutning

Kurset avsluttes med utdeling av diplom som bekrefter gjennomføring, og som kan si noe om egenskaper ved den enkelte. Dette diplommet underskrives av kursledere og kan eventuelt brukes som

vedlegg til senere jobbsøknad. Ungdommene får også informasjon om hvor de kan henvende seg hvis de strever med dårlig søvn, tristhet og andre ting som gjør hverdagen vanskelig, og kan føre til fravær på skolen. Mange av ungdommene har gode samtaler med de ansatte på bokollektivene for enslig mindreårige. Andre ønsker å snakke med noen utenfor hjemmet eller trenger mer hjelp. Disse oppfordres ofte til å ta kontakt med helsesøster på skolen. Det kan være nok med noen samtaler hos helsesøster for at hverdagen igjen kan fungere. Andre ganger kan det være nødvendig med en henvisning til spesialisthelsetjenesten, som ABUP, via fastlegen. Ungdommene oppmuntres til å ta vare på livstreet som de har tegnet. For å kunne ta det fram for seg selv når de trenger å huske de gode ordene som ble sagt av andre. Eller det kan brukes videre i samtaler med helsesøster eller andre samtalepartnere. ■

Referanser:

1. Denborough, David and Ncube Mlilo, Ncazelo: Tree of life methodology - REPPSI/ Dulwich Centre Institute of Community Practice, www.dulwichcentre.com.au.
2. Eide, Gunnar og Nordenhof, Lise: «Felleskap og ferdigheter- veier til mestring i barne- og ungdomsgrupper.» Fagbokforlaget 2014.
3. Hansen, Helen Kolb: «The Fruit of Tree of life- an evaluative study of «Tree of life», a psychosocial support-tool with Narrative ideas, offered to unaccompanied child refugees. Masteroppgave ved Universitetet i Agder 2012.



PUTEKRIG I NORD: Bildet er fra 1952. Guttene var elever ved Europas nordligste internatskole, som lå på Nordkapp i Repvåg ytterst i Porsangerfjorden.

Ifølge bildeteksten fra den gang, var det en stor opplevelse for barna å få jevnaldrende kamerater å leke med. Mange av dem kom fra små avsidesliggende plasser. Det gikk både gutter og jenter på skolen, og elevene var fra sju år og oppover. Barna ble hentet av skoleskøyta. Et par av plassene hadde kai så skøyta kunne gå helt inn, men som regel måtte den ligge utpå sjøen og vente på robåten med ungen og kofferten. Det var barn fra anslagsvis 75 familier ved internatet i 1952. Internatskolen i Repvåg ble nedlagt i 1957, da det ble bygd nytt stort internat på Sarnes i Nordkapp.

Kilde: Sxanpix.





Morild – nærhet på avstand

Nettstedet Morild har vært en interaktiv helsetjeneste på nett i ti år. Der får ungdom svar på spørsmål og kan lese om andre unge som opplever vanskeligheter.

Tekst Lillian Bondø Bjørnstad, helsesøster, Familiens Hus, Kristiansand og Rolf Rohde, barnevernspedagog/familietraapeut, avdeling for barn og unges psykiske helse, Sørlandet sykehus, Kristiansand

Nettstedet www.morild.org er kanskje den eldste interaktiv helsetjeneste på nett, med forankring i offentlig norsk helsevesen. Morild inneholder over tusen spørsmål og svar og mer enn to hundre historier fra barn og ungdom.

«Du som lever med store belastninger i familien er like forskjellig som andre barn og unge. På morild kan du lese om andre i samme situasjon, få informasjon, stille spørsmål og få svar.» Denne teksten er fra hovedsida på nettstedet.

Nærhet på avstand

«Nærhet på avstand» er et slagord som passer bra på morild. Gjennom svar-tjenesten opplever vi å komme nær til mange som skriver til oss og forteller om sine opplevelser, kanskje for første gang. Noen skriver også flere ganger. Ei jente har holdt kontakt med Morild i over fem år. Vi vet ikke hva hun heter eller hvor hun bor, men vi kjenner henne ganske godt. På den måten opplever vi nærhet på avstand når innsenderen er anonym og de som svarer skriver hvem de er og forteller litt om seg selv. I svar-panelet sitter fagfolk og erfaringskon-

sulenter, det er sosionom, psykiater, barnevernspedagog, helsesøster, prest, lærer, familietraapeut og voksne med erfaringskompetanse.

Snakkerom

Morild har også et passordbeskyttet snakkerom. Det er et samtaleforum der du er anonym og kan utveksle dine erfaringer med andre. Aktiviteten på snakkerommet varierer. Siden nyttår er det kommet fire ny deltakere der og til sammen er det 1458 innlegg for tiden. Deltakerne skriver anonymt om sine erfaringer og oppretter nye emner eller kommer med spørsmål til de andre. Noen følger de trådene som er der og kommenterer på det andre har skrevet. Snakkerommet har moderatorer som følger med på hva som skrives, men innholdet og formen bestemmes av dem som deltar. Marianne Trondsen, Sosiolog/PhD, Nasjonalt senter for samhandling og telemedisin, Universitetssykehuset Nord-Norge har gjort en studie der hun henter sine informanter fra «Snakkerommet» på Morild. Hennes avhandling heter: «Vi er ikke syke mennesker – vi har bare et behov for å

snakke». En kvalitativ studie av en internettbasert selvhjelpsgruppe for ungdom med en psykisk syk forelder.

Under fanen «viktige historier» står det: «Viktige historier er fortellinger om levd liv. På denne siden finner du mer enn 200 historier om hvordan det er å leve med psykiske problemer i familien. Noen er svært korte, noen er lange. Noen er ganske dramatiske, noen er triste, noen forteller om litt merkelige eller spesielle hendelser og noen er ganske morsomme. Alle er viktige.»

På siden oppfordres leseren til å sende inn sin historie: «Du som skriver om hendelser, tanker og følelser forteller din historie, slik du husker den og slik du velger å fortelle den. Måten du forteller på er med å forme ditt liv og din mulighet for å påvirke din virkelighet. Derfor vil vi også gjerne høre fortellinger om mestring, om når det går bra og om problemer som blir mindre eller blir borte.»

For å gi en oversikt over ulike typer spørsmål som kommer til Morild presenteres denne lista med et spørsmål, et fra hvert år fra 2005 til 2013:

- 17.03.05 Jente på 15 år lurte på hvor-

morild.org

dan hun skal hjelpe moren sin, uten å bli helt utslitt selv

- 14.06.05 Jente 15 har kuttet seg og trenger råd raskt
- 09.10.06 Tør ikke å ha venner med hjem fordi mamma kjeffer
- 09.05.07 Noen lurer på om en kan bli født med en psykisk sykdom
- 08.02.08 Mor til to barn lurer på om det er best å være i forholdet eller dra
- 26.02.08 Jente 20 år lurer på hvor mye en psykologtime koster
- 12.03.09 Jente 19 år lurer på om morens problemer er arvelige
- 04.11.10 Jente 18 år snakker ikke med sin mor. Hvem sitt problem er det?
- 30.05.11 En som forteller om ei venninne som anklager henne for alt mulig rart
- 10.05.12 En som skriver at mor er ustabil og kan hyle og skrike og spør om hva de bør gjøre når de blir veldig utrygge
- 17.10.12 Nysgjerrig jente på 17 år har en forelder med bipolar lidelse. Hun spør om barna da kan være disponert for personlighetsforstyrrelser
- 11.04.13 Mor til bekymret jente på 8 år lurer på hvor mye hun skal fortelle om far som sliter psykisk.



MORILD.ORG: Nettstedet www.morild.org inneholder spørsmål, svar og historier fra barn og ungdom.

En jente forteller

Hvis du vil vite hva som ble svart på disse spørsmålene må du besøke www.morild.org. Her følger en tekst fra ei jente som forteller litt om hvordan det oppleves å være barn som pårørende.

«Jeg husker tilbake til jeg var 5–6 år, hvordan jeg tok vare på min egen mor. Trøstet henne når hun gråt. Satt på sengekanten og strøk henne over håret. Roen jeg viste henne og uroen jeg hadde inni meg. Hadde mange ganger lyst til å kaste opp, skrike og løpe langt av gårde, bort fra henne. Men den dårlige samvittigheten, skammen og skyldfølelsen... og ikke minst min rolle i familien, stoppet meg fra å skrike – å si fra. Rollen min var å være mor for min egen mor.» ■

«Noen er ganske dramatiske, noen er triste.»

Snakker om det vonde

Hvordan oppleves foreldrenes skilsmisse for en ungdom? Hvor vanlig er det å snakke om det – dele tanker og følelser?

I Kristiansand kommune har de utviklet et gruppetilbud for unge som opplever samlivsbrudd.

■ Av **Nina Lindland Sletten**, familierapeut/klinisk sosionom, Strømme familiesenter, Kristiansand

Toby Tørresen, sosiallærer, Haumyrheia skole, Kristiansand

Vanlig, men vondt (VMV) heter tjenesten. Opplegget har vært et årlig tilbud ved Haumyrheia skole i Kristiansand siden 2006 og er utviklet gjennom et tverretatlig samarbeid mellom familierapeut Nina Lindland Sletten ved Strømme familiesenter og sosiallærer Toby Tørresen ved Haumyrheia skole. Fra 2010–2012 mottok prosjektet støtte fra Bufdir for å utvikle gruppetilbudet. Tjenesten har også høstet aner-

kjennelse fra daværende barneombud Reidar Hjermann.

Hvor lang tid vil det egentlig ta før sorgen går over? Hvilke utfordringer møter man på kort og lang sikt? Hvem er «eksperter» på skilsmisse?

Gruppeopplegget består av samtaler og aktiviteter og har et tydelig mestringsfokus. Opplegget kan grovt sett deles inn i tre hoveddeler: Fortid – nåtid – fremtid. I begynnelsen fokuserer en på utfordringer før, under og rett etter bruddet. Gjennom å snakke om fortiden, får en større forståelse for nåtiden og står bedre rustet til å gjøre valg i fremtiden. I gruppa setter ungdommene ord på tanker og følelser knyttet til samlivsbruddet, gir hverandre støtte, råd og tips og finner fram til nye måter å forstå og håndtere utfordringer på. Gjennom hele opplegget utfordres ungdommene til å bli bevisst og tydeliggjøre egne tanker og behov.

Opplegget er tatt i bruk ved flere ungdomsskoler

■ SAMLIVSBRUDD

Vanlig, men vondt (VMV) er et gruppeopplegg for ungdom som har opplevd foreldres skilsmisse. VMV har som formål å ivareta de unges behov ved samlivsbrudd.





VANSKELIG: Barn og unges reaksjoner på skilsmisse er større og mer gjennomgripende enn hva man har trodd. Illustrasjonsfoto: Colourbox.

i Kristiansand og Lillesand. Om lag 400 ungdommer har deltatt. Fra 2014 er opplegget forankret i Kristiansand kommune som en del av det forebyggende arbeidet for barn og unge.

Helsesøster er sentral

Helsesøster har vært og er sentral i gjennomføring av gruppene. For å starte gruppe kreves det to gruppeledere, og helsesøster har sammen med sosiallærere, miljøterapeuter og familierapeuter fra familiesentre deltatt som gruppeledere. Aktuelle gruppeledere gjennomfører et todagerskurs, og høsten 2014 har 35 personer i Kristiansand og Lillesand deltatt på kurs. Det er et mål å starte opp VMV-gruppe ved alle ungdomsskoler i Kristiansand, og helsesøstre ved skolene er en svært viktig samarbeidspartner for å oppnå dette.

Alle ungdommene i målgruppen får invitasjon om å bli med, og ungdommen tar selv stilling til om dette er noe de ønsker og har behov for å delta på.

Minst en forelder må gi sitt samtykke til at de deltar i gruppa. Ungdommene forteller om ulike reaksjoner på gruppedeltakelse, men hovedtendensen er at foreldre er positive til at de ønsker å være med i en slik gruppe.

I skoletiden

Gruppene foregår i skoletiden, og består av åtte samlinger á to timer. Det er variasjon blant ungdommene som deltar med tanke på avstand til bruddet. Ved alle skolene som har startet grupper er deltakelsen høy, noe som viser at behovet er til stede. Ungdommene evaluerer opplegget etter hver gjennomførte gruppe. Tilbakemeldingene er svært positive, noe følgende uttalelser kan stå som eksempel på;

«Jeg er mer konsentrert i timene på skolen. Før slet jeg med å følge med, men nå er det blitt lettere.»

«Det var godt å få vite at det var flere som hadde det litt samme som meg.»

«Jeg har fått et annet grunnlag for å ta valg i fremtiden.»

Egen krise

Vår erfaring er at barn og unges reaksjoner og utfordringer når det gjelder skilsmisse er større og mer gjennomgripende enn det mange har trodd og ment. Det er heller ikke så vanlig å snakke med andre om det, selv om mange opplever det.

«Jeg har ikke snakket med noen om skilsmissen før jeg kom i gruppa. Det er liksom ikke sånt tema en spør andre om.»

Mange ungdommer forteller at de heller ikke har

«Ungdom tenker og snakker som ungdom. Jeg føler meg mer forstått av de på samme alder.»

snakket med foreldrene om hvordan de har opplevd samlivsbruddet.

«Det er ikke lett å snakke med foreldrene om det som er vanskelig, når det vanskelige handler om dem.»

Barn og ungdom er ofte lojale mot sine foreldre og når de opplever at foreldrene har det vanskelig, ønsker de ikke å belaste dem enda mer og kan derfor velge å holde egne reaksjoner for seg selv. Det kan være utfordrende å være tilgjengelige og rause voksne som rommer barnas smerte når en selv er i en krise, sier Ingrid Lund (Lund 2012).

Deler erfaringer

Noen ungdommer opplever konflikt mellom foreldrene, og ønsker ikke å snakke om skilsmissen med dem for å unngå å si noe galt om den ene til den andre. Som en følge av dette kan ungdommen gå rundt med vanskelige opplevelser knyttet til samlivsbruddet.

«Jeg begynte å lyve for å unngå problemer med det jeg sa, sa det de ville høre slik at de ikke skulle begynne å krangle.»

For mange ungdommer blir gruppene det første stedet de får satt ord på hvordan skilsmissen har vært og er for dem.

Å komme i gruppe og merke at en deler mange like følelser tross ulike historier, oppleves ofte som en lettelse. Mange beskriver det som å kunne gi slipp på alenefølelsen, og kjenne seg mer normal.

«Jeg har gått til psykolog, men har fått mer hjelp av å være i gruppa. Det er fordi vi har opplevd forskjellige skilsmisser, men har mange like følelser. Voksne

tenker og snakker som voksne. Ungdom tenker og snakker som ungdom. Jeg føler meg mer forstått av de på samme alder.»

Tanker som tidligere har tatt stor plass kan gjennom møter med andre i gruppa deles, sorteres og håndteres.

«Det har vært utrolig viktig for meg å være med i gruppa. Jeg har delt mesteparten av det jeg ville si. Jeg er mer konsentrert i timene på skolen. Før slet jeg med å følge med, men nå er det blitt lettere.»

Til hjelp

I gruppene deler ungdommene egne erfaringer knyttet til tema som bekymringer for foreldre, skyldfølelse, ansvarsfølelse, nye partnere, konflikter mellom foreldre, stress i hverdagen, ønsker om endringer og ikke minst et ønske om mer tid og kontakt med en eller begge foreldrene. For mange ungdommer er det ikke bare selve bruddet som er vanskelig, men også alle endringene som kommer i etterkant. I gruppa formidler de egne tanker og behov, henter mot og får forslag til håndtering fra de andre ungdommene i gruppa.

«Jeg har begynt å si mer ifra hva jeg synes burde gjøres annerledes, og viser mer at jeg er lei meg (når jeg er lei meg)».

Flere av ungdommene som deltar i gruppeopplegget formidler at det har betydning forskjell i forholdet deres til foreldrene.

«Det har hjulpet meg til å snakke med foreldrene mine om vanskelige ting.», «Jeg har fått troen på å gi foreldrene mine en ny sjanse.»

Selv om inngangsbilletten til gruppene er samlivsbrudd, snakker ungdommene også om andre viktige temaer som for eksempel rus og psykiske helse. For noen kan gruppedeltakelsen også innebære å få tidlig hjelp og oppfølging i forhold til slike utfordringer. Et tverretatlig samarbeid øker muligheten for god ivaretagelse og sikrer bedre videre oppfølging av den enkelte ungdom og deres familie.

Gruppeopplegget foreligger i en egen perm. En finner mer og utfyllende informasjon om «Vanlig, men vondt» på www.kristiansand.kommune.no/vmv. ■

Referanser:

1. Anonymiserte sitater fra ungdommer som har deltatt i gruppeopplegget.
2. Fedrelandsvennen 15. mars 2013 «Ungdom lærer å takle skilsmisse.»
3. Lund, Ingrid 2012 Tydelige voksne, når atferd utfordrer. Portal Forlag.
4. Sanner og Dønnestad 2006. Håndbok for forandring. Om verdighet i møte med dem som vokser opp og de som vil vokse. Forandringfabrikken forlag.
5. Sletten og Tørresen 2012. Vanlig, men vondt. Ungdom og samlivsbrudd.



SYNAGIS®
PALIVIZUMAB

RSV-profylakse til barn med risiko for alvorlig RSV-infeksjon¹

Synagis AbbVie

Immunoglobulin mot respiratorisk syncytialvirus.

ATC-nr.: J06B B16

PULVER OG VÆSKE TIL INJEKSJONSVÆSKE, oppløsning 50 mg og 100 mg: Hvert sett inneholder: I) Hetteglass: Palivizumab 50 mg, resp. 100 mg, glysin, histidin, mannitol. II) Ampulle: Vann til injeksjonsvæsker 1 ml. Ferdig tilberedt oppløsning har konsentrasjon 100 mg/ml.1

Indikasjoner: Forebygging av alvorlige nedre luftveisinfeksjoner som krever sykehussinleggelse forårsaket av respiratorisk syncytialvirus (RSV-virus) hos barn med stor risiko for RSV-virusykdom: Barn født i 35. svangerskapsuke eller tidligere <6 måneder i begynnelsen av RSV-virussongen, barn <2 år som har hatt behov for behandling for bronkopolmonal dysplasi i løpet av de siste 6 måneder, barn <2 år med medfødt hjertesykdom som er av hemodynamisk betydning.

Dosering: Anbefalt dosering er palivizumab 15 mg/kg kroppsvekt 1 gang i måneden i perioder med forventet RSV-risiko i befolkningen. Volum av tilberedt palivizumaboppløsning (ml) som skal administreres 1 gang pr. måned = [pasientvekt i kg] x 0,15. Når det er mulig, bør 1. dose gis for starten på RSV-virussongen. De påfølgende doser bør gis hver måned gjennom hele RSV-virussongen. Det anbefales at barn som er sykehusinlagt med RSV-virus og som får palivizumab, fortsetter med å få månedlige doser i hele RSV-virussongens varighet. For barn som har gjennomgått koronar-bypassoperasjon anbefales en injeksjon av 15 mg/kg kroppsvekt så snart barnet er stabilt etter ingrepet. Påfølgende doser bør fortsette månedlig gjennom resten av RSV-virussongen for barn som fortsatt har høy RSV-risiko. Injeksjonsvolum >1 ml bør fordeles på flere doser. Effekten ved andre doser enn 15 mg/kg, eller ved annen dosering enn månedlig i hele RSV-virussongen, er ikke fastslått. **Tilberedning/Håndtering:** Hetteglass uten konserveringsmiddel til engangsbruk. Både 50 mg og 100 mg hetteglass inneholder et overskudd som tillater opprekking av hhv. 50 mg og 100 mg når det er rekonstituert etter instruksjonene. For rekonstituering fjernes klaffen til korken på hetteglasset og gummiproppen rengjøres med 70% etanol eller tilsvarende. Synagis 50 mg oppløses i 0,6 ml vann til injeksjonsvæsker og Synagis 100 mg oppløses i 1 ml vann til injeksjonsvæsker. Både Synagis 50 mg og 100 mg gir 100 mg/ml palivizumab etter rekonstitusjon. Hetteglasset skal ikke ristes. Oppløsningen skal stå i romtemperatur i minst 20 minutter inntil oppløsningen er klar. Se for øvrig pakningsvedlegg. **Administrering:** Gis i i.m., helst anterolateralt i låret.

Kontraindikasjoner: Overfølsomhet for innholdstoffene eller for andre humaniserte monoklonale antistoffer.

Forsiktighetsregler: Allergiske reaksjoner inkl. svært sjeldne tilfeller av anafylaksi, anafylaktisk sjokk og dødsfall er rapportert. Medikamenter til behandling av allergiske reaksjoner bør være tilgjengelig for umiddelbar bruk ved administrering. En moderat til alvorlig akutt infeksjon eller febril sykdom kan berettiget utsettelse av bruken, med mindre utsettelsen utgjør en større risiko. En lett

febril sykdom som mild øvre luftveisinfeksjon, er normalt ikke grunn for utsettelse av palivizumab. Gis med forsiktighet ved trombocytopeni eller annen koagulasjonsforstyrrelse.

Interaksjoner: Palivizumab forventes ikke å interferere med immunresponsen på vaksiner. Palivizumab kan forstyrre immunbaserte RSV-virusdiagnostiske tester, f.eks. noen antigenpåvisningsbaserte analyser. Palivizumab hemmer virusreplikasjon i cellekultur og kan forstyrre virale cellekulturanalyser. Palivizumab forstyrrer ikke reverstranskriptase polymerasekjedereaksjonsbaserte analyser. Analyseforstyrrelser kan føre til falske negative RSV-virusdiagnostiske testresultater. Diagnostiske testresultater bør derfor brukes sammen med kliniske funn for å veilede medisinske beslutninger.

Bivirkninger: Mest alvorlig er anafylaksi og andre akutte overfølsomhetsreaksjoner. Feber, utsettelse og reaksjoner på injeksjonsstedet er vanlig. **Svært vanlige** ($\geq 1/10$): Hud: Utslett. **Øvrige:** Feber. **Vanlige** ($\geq 1/100$ til $< 1/10$): Luftveier: Apné¹. **Øvrige:** Reaksjoner på injeksjonsstedet. **Mindre vanlige** ($\geq 1/1000$ til $< 1/100$): Blod/lymfe: Trombocytopeni¹. Hud: Urticaria¹. Nevrologiske: Konvulsjon¹. **Ukjent frekvens:** Immunsystemet: Anafylaksi, anafylaktisk sjokk (dødsfall er rapportert i noen tilfeller)¹. ¹ Identifisert fra overvåking etter markedsføring.

Overdosering/Forgiftning: En dose på 22,27 mg/kg til ett barn har ikke vist medisinske følger. Doser opp til 85 mg/kg er rapportert, og i noen tilfeller ble bivirkninger rapportert tilsvarende de observerte for doser >15 mg/kg. **Behandling:** Pasienten overvåkes for tegn eller symptomer på bivirkninger, og hensiktsmessig symptomatisk behandling settes i gang umiddelbart.

Egenskaper: **Klassifisering:** Palivizumab er et humanisert IgG1k monoklonalt antistoff rettet mot en epitop på det A-antigenet settet på fusjonsproteinet til respiratorisk syncytialvirus (RSV-virus), og er sammensatt av humane (95%) og murine (5%) antistoffsekvenser. Palivizumab har potent nøytraliserende og fusjonshemmende aktivitet mot både RSV-virus type A og B. **Absorpsjon:** Månedlige intramuskulære doser på 15 mg/kg gir etter ca. 30 dagers bruk, laveste serumkonsentrasjoner på ca. 40 µg/ml etter 1. injeksjon, ca. 60 µg/ml etter 2. injeksjon og ca. 70 µg/ml etter 3. og 4. injeksjon. **Fordeling:** Distribusjonsvolum ca. 57 ml/kg. **Halveringstid:** Ca. 20 dager hos barn.

Oppbevaring og holdbarhet: Oppbevares ved 2-8 °C. Skal ikke fryses. Oppbevares i originalemballasjen for å beskytte mot lys. Holdbarhet etter rekonstitusjon er 3 timer.

Pakninger og priser: **50 mg:** 1 sett (hettegl. + amp.) kr 5388,90. **100 mg:** 1 sett (hettegl. + amp.) kr 9147,80.

Sist endret: 15.09.2014

Referanse: Synagis SPC

Diagnosen ingen vil ha

Det er stor avstand mellom profesjonen og foreldres syn på fedme. En forståelse av vitenskapsteori kan derimot bidra til en mer reflektert tilnærming.

Innledning

Nye prosedyrer ble innført for vekt og høydemåling på helsestasjonen og i skolehelsetjenesten i 2012 (Helsedirektoratet, 2010b). Året før kom en veileder som gir retningslinjer om oppfølging av barn med overvekt, der helsesøster får en tydelig rolle i oppfølgingen (Helsedirektoratet, 2010a). Overvekt og fedme defineres ut fra kroppsmasseindeks (KMI), som beregnes ved å dele vekten (kg) med kvadratet av høyden (m²): $KMI = \frac{kg}{m^2}$. For barn fra 2–18 år brukes kjønns- og aldersjusterte kurver, ISO-KMI (Helsedirektoratet, 2010a). For å gi et tilbud til familier der det oppdages overvekt hos barnet, utviklet og startet vi «Prosjekt Friskus» (vedlegg 1) som en pilot på helsestasjonen i en bydel i kommunen, januar 2013, i samarbeid med den lokale idrettsklubben og Universitetet i Agder (UiA). Tilbudet retter seg mot familier med barn i alder 6–10 år, der det oppdages overvekt på førskolekonsultasjon eller på vekt/høydekonsultasjon på tredje trinn. Etter vekt/høydemåling i år 2012 ble 43 familier tilbudt oppfølging. Ni takket ja. Disse foreldrenes erfaringer

med livsstilsendring knyttet mot overvekt hos barn er tema for min masteroppgave.

Helsesøstre, inkludert meg selv, fikk varierte reaksjoner når vi snakket med foreldrene til barna som fikk avdekket overvekt. Flere mente det måtte være en målefeil. Noen ville ordne opp i dette selv. Andre mente barna ville «vokse det av seg», og noen ble sinte og mente vi ville slanke barna deres. Forskning støtter at familier opplever barrierer mot å ta imot hjelp for sine overvektige barn (Towns & D'Auria, 2009; Gage et al., 2012). I samtaler på helsestasjonen opplever jeg også at mange helsesøstre er usikre når de skal tilnærme seg overvektige barn og deres familier. Tid, utstyr og mangel på kunnskap nevnes som barrierer. Flere sier de gruer seg før kontakten med familiene. Dette støttes av forskning (Edvardsson, Edvardsson & Hornsten, 2009; Gerards et al., 2012; Turner, Shield & Salisbury, 2009). Forskning viser også at tidlig intervensjon med livsstilsendring rettet mot hele familien er sentralt, fordi det er så mye vanskeligere å gå ned i vekt når barnet er over puberteten. (Spear

FRISKUS MOT FEDME

Friskus er et tilbud til familier med barn som har begynnende overvektsproblematikk i Kristiansand kommune. Målgruppen er barn i barneskolens 1.–3. trinn. Henvísningen skjer via helsesøster eller fastlege. Hver familie får tilpasset

oppfølging på bakgrunn av en kartleggingssamtale, og følges gjennom et skoleår. Tilbudet baserer seg på tiltak som har vist seg å være helt sentrale for å få til livsstilsendringer som varer.

- Inntil åtte veiledningssamtaler

rettet mot egne utfordringer.

- Barneaktivitet/trening en gang i uken med fokus på aktiviteter som gir mestring og lyst til å bevege seg mer.
- Kostholdkurs/veiledning.

Kilde: kristiansand.kommune.no/friskus



ØKENDE PROBLEM: Overvekt hos barn og unge er en stor utfordring på verdensbasis og et økende problem også i Norge. Illustrasjonsfoto: Microstock.

et al., 2007; Summerbell et al., 2012; Danielsson et al., 2012). For å kunne forebygge må man få til en god kommunikasjon. Dette forutsetter en felles forståelse av om det foreligger et problem, og hva dette problemet eventuelt består i. Jeg vil se på ulike sykdomsoppfatninger som preger min profesjonelle tilnærming som helsesøster og hvordan denne forståelsen tas med i møtet med familier som har overvektige barn. Jeg ønsker også å se på ulike konsekvenser dette kan få for min helsesøsterpraksis i arbeidet med overvekt og vil diskutere dette i lys av vitenskapsteori.

Hoveddel

Sykdomsoppfatning i helsestasjons- og skolehelsetjenesten

Helsestasjons- og skolehelsetjenesten har lange tradisjoner i det forebyggende arbeid i Norge, og har utviklet seg fra å være forebyggende tiltak

for fattige og vanskeligstilte mødre ved århundreskiftet, til å bli en offentlig helsetjeneste for spe-, småbarn og skolebarn 0–20 år, og deres familier (Helsedirektoratet, 04/2003). Helsesøs-

«Det kan være vanskelig for foreldre med overvektige barn å se problemet.»

ter er utdannet sykepleier med videreutdanning i helsefremmende og forebyggende arbeid. Hun har barn/unge 0–20 år, og deres familier, som sin målgruppe. Begrepene helsefremmende og sykdomsforebyggende arbeid er tydelig nedfelt i rammene rundt helsestasjonsvirksomheten og helsesøsters arbeid (Helsedirektoratet, 04/2003). Med helsefremmende arbeid forstås tiltak som



SAMTALE: God kommunikasjon er viktig når helse-søster skal få foreldre med på en livsstilsendring. Noen innser ikke at de har et overvektig barn. Illustrasjonsfoto: Microstock.

skal bedre forutsetningene for god helse og ta sikte på å fremme trivsel, velvære og muligheter til å mestre de utfordringer og belastninger mennesker utsettes for i dagliglivet. Med sykdomsforebyggende arbeid forstås tiltak som rettes mot å redusere sykdom, skader eller tidlig død (Helsedirektoratet, 2010a). Helsefremmende arbeid er ressursorientert og bygger på ressurser hos familiene og i omgivelsene rundt dem. Helsetjenesten skal foreslå helsefremmende og sykdomsforebyggende tiltak rettet mot kommunens utfordringer, og målet er å fremme god helse. Den tenkning og de rammer som omgir min praksis, er med på å forme min forforståelse og prege meg som fagperson. Dette påvirker igjen hvordan jeg møter brukerne og hvordan jeg arbeider for å fremme helse og forebygge sykdom knyttet til overvekt/fedme (Laake, Olsen & Benestad, 2008). Kunnskap om, og refleksjon rundt dette er viktig for å sikre at brukerne møtes på den måten som fremmer deres helse best mulig

Hvordan vi ser på og tilnærmer oss sykdom og helse i helsestasjonsvirksomheten, er preget av de vitenskapssyn og filosofiske retninger som har dominert profesjonene som har hatt sitt arbeid der. Positivismen er en filosofisk retning som har hatt stor betydning for vitenskap, samfunnsut-

vikling og forskning, også innen sykepleiefag. En positivistisk orientert vitenskap søker årsaksforklaringer basert på erfaringsmessige kjensgjerninger og vitenskapelige resultater. Den oppsto som filosofisk retning midt på 1800-tallet i Frankrike og var sterkt påvirket av naturvitenskapelig tenkning. All sann kunnskap måtte være av samme slag som den kunnskap som kom fram når naturlovene ble studert (Mathisen, 2008). Anerkjente metoderegler og kunnskapskrav skulle følges for å gi troverdig kunnskap. Kunnskapen skulle kunne prøves empirisk.

Årsak-virkning begrepene var og er sentrale, og kravene om validitet-relevans og gyldighet, og reliabilitet-pålitelighet, må være oppfylt (Dalland, 2012; Grimen & Terum, 2009).

Florence Nightingale var også påvirket av ideer fra positivismen. I en forklarende vitenskap var og er ikke opplevelsen av sykdom viktig, og Nightingale mente at korrekt og metodisk observasjon av pasientene var det sentrale i god sykepleie. På bakgrunn av objektive funn og registreringer kunne legen gi pasienten riktig behandling (Nightingale, 2010). Hennes observasjoner og nedtegnete statistikker, samt egne erfaringer fra Krimkrigen, viste at flere soldater døde fordi hygienen var dårlig og smittsomme sykdommer ble spredt mellom

soldatene, enn av krigsskader. Klarte sykepleierne å dokumentere uheldige faktorer i miljøet og fjerne/forebygge disse, kunne man forbedre folkehelsen. Dette er forløperen til forebyggende sykepleie, slik vi kjenner den i dag. Positivismen hadde stor påvirkning på sykepleien som fag helt fram til midt på 70-tallet, og det er ikke vanskelig å spore den i dagens praksis på helsestasjonen og i skolehelsetjenesten, både i tenkning, forståelse og praktisk arbeid som for eksempel i smittevern og vaksinasjon.

De siste 25 år har både hermeneutiske og fenomenologiske ideer hatt sterk framvekst i sykepleiefaget. Fra jeg ble utdannet i 1990 og fram til nå, har hermeneutikken vært svært viktig. Hermeneutikk handler om å forstå og tolke menneskenes eksistens, og var svært sentral i min sykepleierutdanning. Sentral her er også den hermeneutiske sirkel som understreker at meningen med noe forstås når delene settes inn i helheten der den hører hjemme. Dalland (2012, s. 56-59) sier at delene og helheten virker på hverandre i et gjensidig samspill. Mennesket skal ses som en helhet, ikke som sin sykdom, men som mennesker med en sykdom. Kroppen og sjelen er integrert i samspill med omgivelsene, noe som også poengteres sterkt under helsesøsterstudiet (Helsedirektoratet, 2010a). Med stolthet hevder helsesøstre å ha et helhetlig syn og en hermeneutisk tilnærming til sine brukere. Det er den måten vi fremmer faget vårt på. Dalland (2012, s. 56-59) sier videre at for å forstå helheten blir kommunikasjon like viktig som observasjon. Pasientenes opplevelse av sykdom, smerter og å miste funksjoner er like sentralt som å hele selve sykdommen, og kan være et bilde på at både den forklarende og forstående vitenskap er viktig for å se hele pasientens/brukerens bilde. I dette spenningsfeltet beveger vi helsesøstre oss i vårt daglige arbeid. Hermeneutisk tankegang ligger dypt integrert, samtidig må vi forholde oss til veiledere som sier noe om å agere på normavvik for å forebygge utvikling/videreutvikling av sykdom.

Vi ser også en endring i definisjonene som er viktige i grunnlaget for helsesøsters arbeid. Fra å se helse som fravær av sykdom, handler det mer om å ha overskudd til hverdagens krav, og å leve et godt liv på tross av sykdom (World Health, 1946; Grund & Hjort, 1982). Levekår, sosiale aspekter og politikk flettes inn i et utvidet helsebegrep. Dette stiller andre krav til tilnæringsmåter, der herme-

neutikken får en sentral plass. Vår nye folkehelselov sier at alle etater skal drive helsefremmende arbeid (Folkehelseoven, 2011). Vi blir alle en slags dugnadsarbeidere for bedre helse.

Diskusjon av vitenskapsteoretiske problemer knyttet til sykdomsoppfatning i helsestasjon- og skolehelsetjenesten

Her vil jeg se på og diskutere hva som kjennetegner brukernes, profesjonens og samfunnets perspektiv på sykdomsoppfatning knyttet til overvekt/

«Noen ble sinte og mente vi ville slanke barna deres.»

fedme i min helsesøsterpraksis, forholdet mellom perspektivene, og hvilket perspektiv som dominerer. Jeg vil også se på om sykdomsoppfatningen er tinglig eller relativ, altså avvik fra en norm.

Avvik fra en norm er en kjent og viktig tilnæringsmåte til sykdomsforebyggende arbeid i helsesøsters arbeidshverdag. Overvekt/fedme defineres



PÅ RETT VEI: Det er lettere for barnet å gå ned i vekt før puberteten inntreffer, så en livsstilsendring bør skje tidlig. Illustrasjonsfoto: Colourbox.

i medisinen ut fra et avvik fra en fastsatt norm grunnet i god dokumentasjon på at avviket kan føre til alvorlig sykdom og uhelse om utviklingen får fortsette (Helsedirektoratet, 2010a). Overvekt og fedme er klassifisert med egne diagnosenummer, T83 og T82, i International Classification of Primary Care (2013). Veileder for helsestasjon og skolehelsetjeneste sier også at avvik i blant annet vekt skal følges opp i samarbeid med hjemmet og tiltak skal settes i gang (Helsedirektoratet, 04/2003). Erfaringer fra praksis, samt forskning, viser at foreldre ikke alltid opplever helsetrusselen i normavviket på samme måte som helsepersonell, men har en mer relativ forståelse (Juliusson et al., 2011). Siden overvektsproblematikk er økende, kan befolkningens syn på hva som er overvekt være i endring, og det kan være vanskelig for foreldre med overvektige barn å se problemet fordi deres barn ser ut akkurat som mange andre. Når foreldrene ikke «eier» bekymringen, men får den «servert» er det vanskelig å komme i posisjon til endringsarbeid

Profesjonene definerer hva som er normalt og unormalt og vi kan ha en skjult forventning om at brukeren bør gjøre som vi sier. Tidligere har vi hatt stor tro på at økt kunnskap gir endring i helseatferd, og helsepersonell er blitt kritisert for sin paternalistiske «vi vet hva du bør gjøre» holdning.

«Befolkningens syn på hva som er overvekt kan være i endring.»

Også i dagens helsefremmende arbeid kan vi si at det ligger et moraliserende perspektiv. Enkeltmennesket har og får et stort ansvar for egen helse, og forskning viser at ulikheter i helse øker fordi såkalt «ressurssterke» mennesker tar til seg anbefalinger fra forskning mens mer «ressursvake» ikke gjør det i samme grad (Helsedepartementet, 2006/2007). Det er et viktig mål å utjevne ulikheter i helse. Grimen (2009, s.191-220) peker på at profesjonene har makt ved å være døråpnere til tjenester som andre trenger. I profesjonsstatusen ligger et løfte om å levere godt dokumenterte tjenester til samfunnet. Vi tenker at mennesker i dag kan mye og at avstanden til fagkunnskap er mindre nå enn før, noe som kan utjevne ubalansen i maktforholdet. Grimen (2009,

s.191-220) peker på det motsatte. Han sier også at vi ikke bare må reflektere over hva vi tenker om sykdom og helse, men hvordan vi formidler det. Utøvereffekten og faktorer som påvirker relasjonen blir viktige midler for å nå fram med budskapet og blir en del av den hermeneutiske sirkel. Duncan & Sparks (2008, s. 23-35) peker på at relasjonsfaktorer utgjør 30 % av effekten ved endringsarbeid, og trekker fram varme, empati, respekt, aksept, og positiv nysgjerrighet som viktige faktorer. Vi må vise vilje til å forstå familiens ståsted og utgangspunkt og møte dem der de er.

Ulike perspektiver på sykdom og helse preger vårt syn på hva som er et problem og når man bør jobbe med endring. Hofmann (2008, s.115-127) sier i sin bok at ordet sykdom kan ha ulike betydninger i ulike situasjoner, for ulike mennesker. Ved å bruke de engelske betegnelsene «disease», «illness», og «sickness» kan betydningen bli klarere. Han betegner «sickness» som den sosiale sykerolle, å bli oppfattet som syk i sosiale kontekster, «disease» som å ha en sykdom med funn og klassifiseringer gjort av helsepersonell, og «illness» som å være syk, den subjektive opplevelsen av sykdom. Når det ikke er samsvar mellom profesjonen, brukerne og samfunnets syn, er dette utfordrende og kan gjøre det vanskelig å komme i posisjon til endringsarbeid.

Når avvik i vekt oppdages, blir foreldrene presentert for problematikken av helsesøster, som profesjonsutøver. Fokuset er ofte på «disease», som igjen henger tett sammen med syn på sykdom som avvik fra en norm. Mange foreldre ser ikke normavviket, eller «disease trusselen» i sitt barns overvekt og opplevelsen av sykdom er ofte fraværende, både hos foreldrene selv og på vegne av barna. Det blir et gap mellom helsepersonell og foreldres sykdomssyn der vi har mange objektive tegn, men mangler den subjektive forståelsen som er så viktig i endringsarbeid (Barth & Näsholm, 2007). Når foreldrene henvender seg til omgivelsene, som familie, venner, og til og med barnehage og skole, får de ofte støtte.

Barnet oppfattes heller ikke som syk i sosiale kontekster og problematikken blir ofte bagatelisert.

Overvekt/fedme er forbundet med stigma og skam, og det kan være mange årsaker til at foreldre ikke ønsker å forholde seg til problematikken og ta inn over seg at dette gjelder deres barn (Øen, 2012). En nylig publisert artikkel viser at barn



OVERVEKTIGE FORELDRE: Barn som er overvektige har ofte foreldre som er overvektige. En livsstilsendring bør omfatte hele familien. Illustrasjonsfoto: Microstock.

med overvekt har lavere livskvalitet enn normalvektige barn, men foreldrene mangler innsikt i dette og scorer sine barn til å ha god livskvalitet (Lin et al., 2013). Veileder for helsestasjon- og skolehelsetjeneste (04/2003) sier at foreldrene har hovedansvaret for sine barn og helsepersonell skal støtte opp under dette ansvaret i samsvar med familien. For meg som helsesøster oppleves dette som en etisk konflikt, der helsepersonell ser et behov for intervensjon, mens enkeltindividets rett til egne valg står sterkt. Dette oppleves som særlig problematisk fordi overvekt krever at foreldrene må på banen som endringspiloter og tar valg på vegne av barna (Birch & Davison, 2001). Hva da hvis foreldrene ikke har innsikt i at dette er vanskelig for barnet? Overvekt/fedme er van-

skelig å gjøre noe med når barna er ungdom og ferdig med puberteten. Problematikken tas med inn i voksenlivet med de konsekvenser dette får for fysisk og psykisk helse. På mange måter er det et vindu som lukkes (Danielsson et al., 2012). Samtidig vet vi at selvbestemmelsesrett, autonomi og brukermedvirkning er helt sentrale faktorer ved endringsarbeid, også i forhold til overvekt/fedme. Disse faktorene påvirker ytre og indre motivasjon i et komplisert samspill, som igjen har betydning for varige endringer av levevaner (Deci & Ryan, 2002). Ulikheter i sykdomssyn mellom profesjonstøttere og brukere har stor påvirkning på arbeidet med overvektsproblematikk, og det setter krav til måten vi som helsepersonell kommuniserer med, og møter brukeren på.

Samfunnets syn på overvekt/fedme påvirker hvordan foreldrene ser på at det påvises overvekt hos deres barn. Latner & Stunkard (2003, s.452-455) viser i sin artikkel at barn ser på overvektige barn på en negativ måte. De blir valgt sist når lekekamerater skal velges, og kan være utsatt for mobbing og erting. Fra media vet vi at slankekurer og vektnedgang, er tema som selger. I filmverdenen finnes flere eksempler på at «de slemme» eller «dumme» har overvekt/fedme, som «Dudleif» i «Harry Potter», og ord som «feit» og «tjukkas»,

«Fedme virker å være diagnosen uten særlig status og verdi.»

er ord som brukes i dagligtale om mennesker med overvektsproblematikk. Det hadde blitt tatt ille opp om man stigmatiserte hudfarge eller legning på samme måte, men når det gjelder fedme er det kanskje andre regler som gjelder? Vi vet også at mange av de barna som er overvektige, har en eller to overvektige foreldre (Hesledirektoratet, 2010a).

Egne nederlag og vonde følelser rundt overvekten kan være et hinder for foreldrene for å ta inn at dette gjelder deres barn. Skam over å ha «mislyktes» som foreldre, over å streve med å si nei og sette grenser for barnet med hensyn til aktivitet og kosthold kan være så vanskelig å forholde seg til, at man lar være (Birch & Davison, 2001; Fueemler et al., 2012). Fedme og overvekt virker å være diagnosen uten særlig status og verdi. Det ser ut som den enkelte og samfunnets syn på fedme, er at det er en problematikk de fleste ikke ønsker å forbindes med, og at dette synet dominerer. Sammen med mangelen på sykdomsopplevelse knyttet til barnets overvekt, og opplevelsen av avviket i vekt som noe relativt, kan dette styrke bildet mange profesjonsutøvere har av overvektsproblematikk som komplisert og vanskelig å tilnærme seg.

Kan andre sykdomsoppfatninger bidra til bedre forståelse av mitt fagfelt?

Hofmann (2008, s.171-185) sier at vår oppfattelse av sykdom har stor betydning både for enkeltindivider, profesjoner og samfunn, og å søke forståelse for sykdomsopplevelsen synes like viktig som de biologiske sykdomsaspektene. Overvektsproblematikk er sammensatt og komplisert og forskning understreker betydningen av en helhetlig og hermeneutisk tilnærming (Klepp & Aarø, 2009). Om

forelderen med det overvektige barnet strever med grensesetting eller står midt i en vanskelig skilsmisse bør dette være med som en del av tilnærmingen til problematikken. Et ensidig fokus kun på avviket i vekt med enkle løsninger som «spis mindre, gå mer», fører sjeldent til endring og begrenser oss i å hjelpe (Hofmann & Ribe, 2008). Kanskje bør vi se med «nye øyne» på de sykdomsoppfatninger som ligger til grunn for arbeidet vårt? Vi må våge å se på betingelsene for at andre mennesker kan tenke annerledes om sykdom enn oss. De hermeneutiske sirkler utfordrer oss til å se på helheten i en situasjon. Hva betyr det egentlig? Historiene brukerne forteller oss er viktige brikker i de hermeneutiske sirklene rundt dem. En økt bevissthet om at sykdom kan bety ulike ting for ulike mennesker i ulike situasjoner er kanskje det viktigste i denne sammenheng. Ved at brukerne deltar i defineringen av egne sykdoms- og helseutfordringer, kan de si hva sykdom betyr for dem og det livet de lever. Makten forskyves fra helsepersonell som «ekspertene» til brukerne som «vet hvor skoen trykker» og lever sine liv ut fra det. Mye av vårt arbeid handler om å gi brukerne bedre beslutningskompetanse slik at de selv blir i stand til å ta gode valg i forhold til egen helse og opplever å mestre egen hverdag (Øen, 2012; brukerrettighetsloven, 1999). Dette utfordrer våre tilnæringsmåter, også til overvektsproblematikk. De valgene som brukerne tar må gjøres på best mulig grunnlag. Vi må sikre oss at de forstår konsekvensene av de valg de gjør, også på vegne av sine barn.

De hermeneutiske sirkler skal og bør romme mye. Ved å se barnet og familien i det miljøet de lever, samtidig som vi bruker praksiserfaringer og forskning, og dette settes inn i en sammenheng, søker vi å møte hver familie på best mulig måte ut fra det vi til enhver tid vet (Nortvedt et al., 2012).

Oppsummering

Gjennom denne oppgaven har jeg sett på ulike sykdomsoppfatninger som preger helsesøsters arbeidshverdag og hvordan forforståelse og rammer rundt meg preger møtet med brukerne og påvirker mitt helsefremmende og sykdomsforebyggende arbeid knyttet mot overvekt hos barnet. Jeg har også sett på, og diskutert vitenskapsteoretiske problemer knyttet til ulike sykdomssyn hos brukerne, profesjonen og samfunnet, og sett på noen av de utfordringene dette gir i min helsesøsterpraksis. Avstanden mellom profesjonens syn på

overvekt/fedme som avvik fra en norm og fokus på disease, og foreldrenes syn virker stor. Foreldrene ser ofte ikke disease-trusselen. De «eier» ikke problemet. De vil ikke ha sickness rollen. Overvekt/fedme som diagnose har ingen status og verdi og gir ingen goder. Illness-opplevelsen hos foreldrene mangler, selv om det er barnet deres som «eier» overvekten og lever med de utfordringene det får i dagliglivet. Og vi, som helsepersonell blir stående litt på sidelinjen med våre normavvik og undre oss

over hvorfor vi ikke kommer i posisjon til endringsarbeid. Forståelse for vitenskapsteori kan bidra til en mer reflektert tilnærming til sykdom og helse i vår helsesøsterpraksis. En primærhelsetjeneste som er levende, i utvikling og tør å utfordre de begreper den tufter sin tjeneste på, som synet på sykdom og helse, er svært viktig for å møte samfunnets behov for helsefremmende og sykdomsforebyggende arbeid, også i forhold til vår økende utfordring knyttet til overvekt hos barn og unge. ■

Referanser:

(2013) ICPC-2: den internasjonale klassifikasjonen for primærhelsetjenesten. I: Oslo, Helsedirektoratet; KITH AS.

Barth, T. & Näsholm, C. (2007) Motiverende samtale – Ml: endring på egne vilkår. Bergen, Fagbokforl.

Birch, L. L. & Davison, K. K. (2001) Family environmental factors influencing the developing behavioral controls of food intake and childhood overweight. *Pediatr Clin North Am*, 48 (4), s. 893–907.

Brukerrettighetsloven, P. o. (1999) Lov om pasient og brukerrettigheter mv. av 2. juli 1999 nr. 63. Tilgjengelig fra: <<http://www.lovdata.no/all/nl-19990702-063.html>> [Nedlastet 02.07.1999].

Dalland, O. (2012) Metode og oppgaveskriving for studenter. Oslo, Gyldendal akademisk.

Danielsson, P., Kowalski, J., Ekblom, O. & Marcus, C. (2012) Response of severely obese children and adolescents to behavioral treatment. *Arch Pediatr Adolesc Med*, 166 (12), s. 1103–8.

Deci, E. L. & Ryan, R. M. (2002) Handbook of self-determination research. Rochester, N.Y., University of Rochester Press.

Duncan, B., Sparks, J., Fjeldstad, T. & Tuseth, A.-G. (2008) I fellesskap for endring: en håndbok i klient- og resultatstyrt praksis. Oslo, Gyldendal akademisk.

Edvardsson, K., Edvardsson, D. & Hornsten, A. (2009) Raising issues about children's overweight – maternal and child health nurses' experiences. *J Adv Nurs*, 65 (12), s. 2542–51.

Folkhelseloven (2011) Lov om folkehelsearbeid mv. av 24. juni 2011 nr. 29. Tilgjengelig fra: <<http://www.lovdata.no/all/nl-20110624-29.html>> [Nedlastet 2011-06-24].

Fuemmeler, B. F., Yang, C., Costanzo, P., Hoyle, R. H., Siegler, I. C., Williams, R. B. & Ostbye, T. (2012) Parenting styles and body mass index trajectories from adolescence to adulthood. *Health Psychol*, 31 (4), s. 441–9.

Gage, H., Erdal, E., Saigal, P., Qiao, Y., Williams, P. & Raats, M. M. (2012) Recognition and management of overweight and obese children: a questionnaire survey of general practitioners and parents in England. *J Paediatr Child Health*, 48 (2), s. 146–52.

Gerards, S. M., Dagnelie, P. C., Jansen, M. W., De Vries, N. K. & Kremers, S. P. (2012) Barriers to successful recruitment of parents of overweight children for an obesity prevention intervention: a qualitative study among youth health care professionals. *BMC Fam Pract*, 13, s. 37.

Grimen, H. & Terum, L. I. (2009) Evidensbasert profesjonsutøvelse. Oslo, Abstrakt.

Grund, J. & Hjort, P. F. (1982) Helseplan for 1980-åra: omlegging og utvikling. Oslo, Gyldendal.

Helsedepartementet. (2006/2007) Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller. St.meld. Stortingsmelding nr. 20 (2006-2007). (2006/2007). Oslo, Helsedepartementet.

Helsedirektoratet (04/2003) <veileder-til-forskrift-kommunens-helsefremmende-og-forebyggende-arbeid-i-helsestasjons-og-skolehelsetj.pdf>. Veileder. Oslo, Helsedirektoratet.

Helsedirektoratet (2010a) <Nasjonal-faglig-retningslinje-for-forebygging-utredning-og-behandling-av-overvekt-og-fedme-hos-barn-og-unge.pdf>. nasjonale faglige retningslinjer. Oslo, Helsedirektoratet.

Helsedirektoratet (2010b) <nasjonal-faglig-retningslinje-for-veing-og-maling-i-helsestasjons-og-skolehelsetjenesten.pdf>. Nasjonale faglige retningslinjer. Oslo, Helsedirektoratet.

Hofmann, B. & Ribe, E. (2008) Hva er sykdom? Oslo, Gyldendal akademisk.

Juliusson, P. B., Roelants, M., Markestad, T. & Bjerknes, R. (2011) Parental perception of overweight and underweight in children and adolescents. *Acta Paediatr*, 100 (2), s. 260–5.

Laake, P., Olsen, B. R. & Benestad, H. B. (2008) Forskning i medisin og biofag. Oslo, Gyldendal akademisk.

Latner, J. D. & Stunkard, A. J. (2003) Getting worse: the stigmatization of obese children. *Obes Res*, 11 (3), s. 452–6.

Lin, C. Y., Su, C. T., Wang, J. D. & Ma, H. I. (2013) Self-rated and parent-rated quality of life (QoL) for community-based obese and overweight children. *Acta Paediatr*, 102 (3), s. e114–9.

Mathisen, J. (2008) Positivisme. *Sykepleien Forskning*, 2008 (3), s. 52–53.

Nightingale, F. (2010) Notes on Nursing: What It Is, and What It Is Not. Cambridge, Cambridge University Press.

Nortvedt, M. W., Jamtvedt, G., Graverholt, B., Nordheim, L. V. & Reinart, L. M. (2012) Jobb kunnskapsbasert!: en arbeidsbok. [Oslo], Akribe.

Spear, B. A., Barlow, S. E., Ervin, C., Ludwig, D. S., Saelens, B. E., Schetzina, K. E. & Taveras, E. M. (2007) Recommendations for treatment of child and adolescent overweight and obesity. *Pediatrics*, 120 Suppl 4, s. S254–88.

Summerbell, C. D., Moore, H. J., Vogeles, C., Kreichauf, S., Wildgruber, A., Manios, Y., Douthwaite, Wzw of the literature. *J Pediatr Nurs*, 24 (2), s. 115–30.

Turner, K. M., Shield, J. P. & Salisbury, C. (2009) Practitioners' views on managing childhood obesity in primary care: a qualitative study. *Br J Gen Pract*, 59 (568), s. 856–62.

World Health, O. (1946) Constitution of the World Health Organization. [Geneva?], World Health Organization.

Øen, G. (2012) Overvekt hos barn og unge: forstå, forebygg, behandle og fremme helse. Bergen, Fagbokforl.

Til beste for barn og unge

For første gang skal Helsedirektoratet utvikle en nasjonal faglig retningslinje for det helsefremmende- og forebyggende arbeidet ved helsestasjoner, skolehelsetjenesten og helsestasjon for ungdom.

Tekst **Astrid H. Kvalnes**, prosjektleder og seniorrådgiver,
Jorunn Lervik, arbeidsgruppeleder for helsestasjon,
Ingunn Holden Bergh, arbeidsgruppeleder for skolehelsetjenesten og helsestasjon for ungdom

Med en sterk og faglig god innsats mot barn og unge kan vi bidra til at de møter voksenalivet med god helse, gode mestringsopplevelser og evne til å ta vare på seg selv. Vi møter alle utfordringer i livet, og retningslinjen skal bidra til at barn og unge takler det på best mulig måte.

Arbeidet med den nye retningslinjen er prosjektorganisert med en styringsgruppe, prosjektleder og to

ket at tjenesten hadde flere avvik fra dagens veileder, og tilbudet var ulikt ivaretatt i ulike deler av landet. Tilsynet avdekket også mangel på lokal forankring, ledelse og styring. Derfor er det viktig at helsestasjon og skolehelsetjenesten nå styrkes.

Lovverket

Da den nye helse- og omsorgstjenesteloven kom i 2012, ble tjenes-

og forebyggende arbeid til hele befolkningen – også barn og unge.

Kunnskapsbasert

En god helsestasjon, skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom er avhengig av at tjenesten utnytter tilgjengelig kunnskap og erfaring. Vi skal ta i bruk ny kunnskap, og vi skal slutte å gjøre det som er utdatert. Rådene og anbefalingene som gis i en retningslinje skal være konkrete, samt bidra til å redusere uønsket variasjon og fremme god kvalitet i tjenesten.

Å utvikle en nasjonal faglig retningslinje som skal dekke et helhetlig tjenestetilbud for aldersgruppen 0–20 år i alle deltjenestene, er et omfattende og krevende arbeid som tar tid. Framdriften i arbeidet er god. Akkurat nå jobbes det for eksempel med å systematisere og søke etter den beste kunnskapen på feltet.

Faglig oppdatert


Tjenesten omfatter mange oppgaver.

«Vi skal ta i bruk ny kunnskap, og vi skal slutte å gjøre det som er utdatert.»

arbeidsgruppeledere med hver sin eksterne arbeidsgruppe med lang erfaring fra feltet. I tillegg er det en bredt sammensatt referansegruppe. Arbeidet skal etter planen ferdigstilles ved utgangen av 2015.

Det landsomfattende tilsynet med helsestasjoner 0–6 år i 2013 avdek-

ket tilbudet styrket som en lovpålagt helsetjeneste. Samme år kom også folkehelseloven, der kommunenes ansvar for å arbeide systematisk med helsefremmende og forebyggende tiltak ble slått fast. Disse to lovene skal bidra til at norske kommuner styrker det helsefremmende-



Mange av disse får stor politisk og offentlig oppmerksomhet, eksempelvis oppgaven med å forebygge og avdekke vold i nære relasjoner. Her kreves det faglig oppdatering i tråd med ny kunnskap for at tjenestene skal kunne gjøre en best mulig jobb.

Det er etablert et godt samarbeid med eksterne og interne aktører, herunder brukerorganisasjoner. Kunnskapsbasert praksis som omfatter både forskning, bruker- og erfaringsbasert kunnskap skal til sammen ende opp i klare anbefalinger om hvilke områder tjenesten skal ivareta og hvordan.

Den nye faglige retningslinjen for helsestasjon, skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom skal bli et godt verktøy for alle som jobber i tjenesten – til det beste for barn og unge. I tillegg vil god styring og ledelse av tjenesten være nødvendig. ■

OPPDATERT: Den nye faglige retningslinjen skal bli et godt verktøy for alle som jobber i tjenesten – til det beste for barn og unge. Illustrasjonsfoto: Colourbox.

På rett sted til rett tid

Kommuner i Lindesnes-regionen ønsket å forbedre tjenestene til barn og unge som har psykiske vansker eller rusmiddelproblemer. Det endte i et prosjekt som har vært så vellykket at det har satt en standard for det videre arbeidet.

Av **Nina Frydenlund**, kommunikasjonskonsulent, «God samhandling for barn og unge med psykiske vansker og rusmiddelproblemer», KS

Pilotprosjektet startet høsten 2011. Målet var å korte ned ventetiden, prioritere de unge og gi dem helhetlige og godt koordinerte tjenester. Ved å endre på henvisningsrutinene klarte prosjektet å gjøre tjenestene mer tilgjengelige for brukerne. Et inntaksteam ble opprettet for å bedre samhandlingen mellom første- og andrelinjetjenestene. Dette resulterte i at mange brukere fikk hjelp tidligere, og i riktige tiltak. Prosjektet ga så gode resultater at det satte standarden for hvordan kommunene i regionen jobber mot barn og unge den dag i dag.

Bedre hverdag

Helsesøster i Marnardal kommune, Marianne Bendiksen, forteller at hverdagen nå fortoner seg helt annerledes etter at de innførte den nye arbeidsmetoden.

«Tilgjengelighet er nøkkelen.»

Marianne Bendiksen



– Nå har jeg min egen person i BUP som er koplet opp mot meg og skolen. Vi møtes én fast dag hver uke. Dette skaper en stor forutsigbarhet for elevene, noe som er helt avgjørende for at vi lykkes.

– I 8. klasse gjennomføres en obligatorisk helsesamtale for alle elevene med helsesøster. Fokus i denne samtalen er fysisk, psykisk og sosial helse. Her kartlegger jeg blant annet hva som er viktig for god trivsel og hvilke personer som er viktige i elevens liv. På denne måten kommer jeg veldig tidlig inn, kan kople på «kommuneBUP» og fanger opp ting som kanskje kan bli store om de ikke blir tatt tak i. Dette er helt klart en fordel, både for oss og eleven. Det er også tidsbesparende for eleven og foreldrene. Eleven får hjelp på skolen, unngår unødvendig fravær og slipper å bruke tid på kjøring til og fra behandlingssted. Tilgjengelighet er nøkkelen her, og mange foreldre forteller oss at det er dette som gjør tilbudet så unikt.

Fornøyde elever

Marnardal kommune er liten i innbyggertall men har allikevel en del utfordringer. – Mange av elevene som kommer og snakker med oss lever med foreldre i konflikt, og dette gjør hverdagen deres vanskelig, forteller Marianne Bendiksen.

– Men hos oss vet de at de kan avtale å møtes for en god samtale når de har behov. De sender sms for å avtale, eller kommer innom kontoret mitt. Vi ser dessverre at noen elever slutter å komme, men det er som regel fordi enkelte foreldre misliker at eleven utleverer familietsituasjonen, noe som igjen er bekymringsfullt.



SNAKKER SAMMEN: Ofte kommer løsninger på problemer i en samtale. Illustrasjonsfoto: Colourbox.

Bendiksen forteller at alle elevene hun har snakket med i etterkant er svært fornøyde med tilbudet de har fått.

– Nå opplever jeg at det er en kul greie å komme og snakke med oss. Det betyr vel at vi gjør noe riktig? Hun mener at tilgjengelighet og forutsigbarhet er de viktigste suksesskriteriene.

Samtaler er løsningen

– Det viktigste vi kan gjøre for disse ungdommene er å være tilgjengelige, engasjerte og vise at vi ser dem og tar dem på alvor. Ofte kommer løsninger på problemer i en samtale uten at vi har lagt det i hendene på dem, og da føler de at de er med og bestemmer selv. Terskelen må være lav slik at problemene ikke blir for store før ungdommen oppsøker oss. Den største utfordringen er nok under ferieavvikling når «min» person i BUP blir borte over lengre tid. Da er det ofte utfordrende for meg

å holde på elevene for det er ikke alt jeg har fagkompetanse til å ta avgjørelser på. Jeg opplever det som svært berikende i hverdagen å ha så tett samarbeid

«Nå opplever jeg at det er en kul greie å komme og snakke med oss.»

med en fagperson, og jeg tror vi utfyller hverandre i samtalene.

Marianne Bendiksen håper at hun i framtiden får fortsette å jobbe på denne måten.

– Dette handler om å bygge relasjoner over tid, og det er derfor viktig at ungdommene møter samme personer i samtalene. Vi ser også at det er enklere å få igangsatt de riktige tiltakene når vi får mulighet til å følge opp elevene over tid. ■



06:57

På vei til jobb

Har sagt hadet til mann og barn. Sjekker mobilen en gang til. Skumleser en artikkel om resultatet etter Sykepleiens tidstyvundersøkelse. Kan si meg enig i mye.

**Sykepleien**



LANDSGRUPPEN AV
HELSESØSTRE NSF

Innmelding

Landsgruppen av Helsesøstre NSF, Tollbugata 22, Pb. 456 Sentrum, 0104 Oslo
e-post: lah@sykepleier.no eller via vår hjemmeside på www.sykepleierforbundet.no/helsesostre

SKRIV TYDELIG – MED BLOKKBOKSTAVER!

Navn _____

Adresse _____

Postnummer _____ Poststed _____

Stilling _____

Født _____

Arbeidssted _____

Tlf. arbeid _____

E-post _____

NB! Medlemsnummer NSF _____

Helsesøsterutdanning, sted og årstall _____

Dato _____

Underskrift _____

§2 i vedtektene: Medlemskap

Medlemskap i faggruppen er åpent for medlemmer i NSF som imøtekommer de krav til medlemskap som faggruppen for øvrig fastsetter:

- Har videreutdanning som helsesøster
- Er sykepleier i helsesøsterstilling/tilknyttet fagområdet
- Helsesøsterstudenter kan opptas som studentmedlemmer

Årskontingent innkreves av NSF og er fra og med 2013 kr. 500,- Halv pris for helsesøsterstudenter og pensjonister.

Sammen når vi lengst

LEDERSTAFETTEN

Godt samarbeidsmiljø og felles visjoner er viktig for å takle et mangfold av oppgaver.

Tekst **Marit Høy Knudsen**, avdelingsleder, barne- og familietjenester, Familiens Hus

Så er turen kommet til meg her på Sørlandet for å skrive «lederstafetten». Jeg arbeider i Kristiansand kommune, hvor jeg har vært helsesøster siden 1997. De siste 12 år som ledende helsesøster ved Familiens Hus, Sentrum helsestasjon.

Kristiansand kommune har omlag 80 000 innbyggere, og et årlig fødselstall på rundt 1100. Vi har nylig vært gjennom en omorganisering i kommunen, og fra 2014 er vi delt inn i tre Familiens Hus – øst, vest og sentrum, som er organisert under «oppvekst», sammen med skole og barnehage. I Familiens Hus er det helsestasjon, skolehelsetjeneste (til og med ungdomsskoletrinnet), svangerskapsomsorg, barnefysioterapi og familiesenter. Vi har også forebyggende barnevern lokalisert to dager i uka på hvert Familiens hus, for å få en nærmere tilknytning til hverandre.

I Familiens hus, sentrum, der jeg er leder, er vi 42 ansatte, med 32 årsverk. Vi har rundt 600 fødsler per

«Mitt ønske er at flere helsesøstre engasjerer seg politisk.»

år, og cirka 5000 elever fra 1.–10. trinn. Elevene i vårt distrikt er fordelt på 18 skoler.

De aller fleste helsesøstre her har helsestasjon og tilhørende barneskole i sitt distrikt. Dette er de veldig fornøyd med, da de syns det gir en sammenheng i forhold til barn og familier.

Nye stillinger

Familiens Hus var så heldige å få hele potten av midlene som kom i 2014 til helsestasjon og skolehelsetjeneste. Det førte til at vi fikk vel 3 millioner til opp-

rettelse av nye helsesøsterstillinger her i kommunen. Vi har fått signaler på at vi også denne gangen får tildelt midler, så det er vi spent på.

Nå har vi 85 fødsler per 100 % stilling, barneskolen har cirka 40 % helsesøsterstilling og ungdomsskolene våre med omlag 400 elever har helsesøster i omlag 70 % stilling. Vi er veldig fornøyd med at ledere og politikere vil prioritere de statlige midlene til helsestasjon og skolehelsetjeneste i kommunen vår.

Mange aktiviteter

Med så mange profesjoner samlet i en avdeling, skjer det mye interessant. Vi har egen ICDP trener/koordinatør i 30 % stilling, som skal være med å rekruttere nye veiledere. Vi er også engasjert i «Friskus», med 20 % stilling, et opplegg for barn og foreldre hvor barna har blitt rekruttert etter vekt/høydemåling på barneskolen – hvor Iso-KMI er over 25. Dette er et spennende opplegg som det har blitt populært å delta i.

Vi har egen helsestasjon for mødre med bakgrunn i rus «forsterket helsestasjon», og egen helsestasjon for asylsøkerfamilier. I tillegg har vi skolehelsetjeneste på Mottaksskolen, for elever som ikke kan tilstrekkelig norsk til å gå i vanlig skole.

Å være leder for denne «bedriften» er utrolig spennende og givende. Å ha så mange kompetente og velkvalifiserte kolleger er et privilegium. I så stort fagmiljø blomstrer det av ideer og engasjement. Miljøet i avdelingen er avgjørende for trivsel og engasjement, og det har hver enkelt ansvar for å bidra til. Alle bringer med seg en atmosfære som smitter – og dét er viktig å være bevisst på. Er vi opptatt av det positive, vil det positive gro. Å gi hverandre positive tilbakemeldinger er alles ansvar.

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



Visjoner for tjenesten

Det er viktig at vi som ledere har visjoner for tjenesten vi er leder for, og at vi av og til stiller oss spørsmålene «hva holder vi på med?», og «hvor vil vi?».

Visjoner betyr egentlig «drømmesyn» og «seer», og brukes oftest for å angi en ønsket tilstand i framtiden. Å ha en klar visjon for tjenesten

«Vi som ledere skal motivere de ansatte, ved å være et «fyrtårn» som viser vei.»

mener jeg er viktig, slik at vi sammen har noe å strekke oss etter. Vi som ledere skal motivere de ansatte, ved å være et «fyrtårn» som viser vei. Derfor må vi vite hvor vi vil.

Som leder har jeg ansvar for at vi sammen skaper en visjon for Familiens hus.

Jeg er så heldig å ha bak meg åtte år som politiker i oppvekstutvalg og bystyre. Jeg har lært masse om politiske prosesser, og har erfart at det er mulig å påvirke avgjørelser.

Mitt ønske er at mange flere helsesøstre engasjerer seg politisk. Er med å fronte den viktige jobben vi gjør! Ingen andre profesjoner kjenner barn og unges, og familiers liv som oss. Finn et parti som passer for deg, og meld deg inn. Du skal se at du raskt får oppgaver i ulike utvalg. Du får være med og påvirke samfunnet vi lever i. Og du får erfare at mange hører på deg! Du får en «talerstol» for den viktige jobben vi gjør.

Når jeg ser tilbake på årene fra 1992, hvor jeg ble



VÆR POSITIV: Er vi opptatt av det positive, vil det positive gro, skriver avdelingsleder Marit Høy Knudsen.

utdannet helsesøster, er jeg takknemlig for valget jeg gjorde, da jeg valgte dette yrket. Jeg har ikke angret én dag, og ville ikke byttet med noen hvis jeg skulle valgt om igjen. ■

11:02

Pause fra arbeidet

Maten smaker. Rester fra gårsdagens middag og et eple. Diskuterer Sykepleiens tidstyundersøkelse og snakker om hva vi skal gjøre i helgen. Kanskje litt frisk luft og et toalettbesøk før arbeidet kaller.

**Sykepleien**

HELSEØSTER KONGRESSEN

ALLE TID PÅ
NETT
BERGEN
14.-16. APRIL
2015



Laget av elever med visuelle kunstoffag ved Langhaugen vgs



«Alltid på nett»

Helsesøsterkongressen 2015 i Bergen

Vi har et ønske om at kongressen skal gi helsesøster kunnskaper om positive og negative sider ved den digitale hverdag barn og unge vokser opp i. Deltagerne skal ha en økt forståelse for betydningen av digitale verktøy i folkehelsearbeidet og det å være «på nett» med brukerne og samfunnet. Deltageren skal ha innsikt i og evne til å reflektere over egne holdninger i den digitale hverdag, se nytten av elektronisk verktøy i helsestasjon og skolehelsetjenesten og kunne foreta etiske vurderinger og refleksjoner i møte med sosiale medier. Deltagerne skal

i større grad kunne anvende digitale verktøy for å hente ut fagkunnskap, dette være seg sosiale medier og hjemmesider som informasjonskanal. Kunne veilede og gi råd ift til bruk av digitale medier og være en som påvirker barn/unge og familier for å fremme gode digitale vaner i hverdagen.

Kongressen blir avholdt ved SAS Radison Blue hotell på bryggen midt i Bergen sentrum 14.-16. april 2015. Kongresshotellet ligger sentralt i forhold til offentlig kommunikasjon med jernbanestasjon, busstasjon og hurtigbåtkai beliggende i sentrum av byen.

Flesland flyplass er kun en halv times busstur unna med direkte flygninger til de største byene i Norge og en rekke av de mindre. Flybuss derfra stopper like utenfor hotellet. Det er ellers mange andre overnattingsmuligheter om en skulle ønske det.

Velkommen til kongress!

Kongresskomitè; Britt Darlington (leder), Agnes Giertsen, Lillian Brekke, Gerd-Anne Wincentsen, Bente-Gunn Håtuft, Randi Trøland Hella, Helen Riise og Grethe Almanning

FORELØPIG PROGRAM (med forbehold om endringer)

Tirsdag 14. april

Konferansier/møteleder: Komitemedlem

0900–1030	Registrering, besøk hos utstillere
1030–1130	Åpning av kongressen
1130–1230	eHelse: hva slags helse er det? NSFs strategi for eHelse V/ Eli Gunnhild Bye leder Nsf
1230 – 1330	Lunsj og besøk hos utstillere
1330–1600	Foredrag inkl pause Internett som et globalt kreativt nettverk v/ Gisle Johnsen

1700–

- Utflukter**
1. Statsraad Lemkhul - skjærgårdstur (ca 5 timer)
 2. Tur på Fløyen
 3. Byvandring med Gunnar Staalesen

2015



Onsdag 15. april

Konferansier/møteleder: Komitemedlem

- 0815–1115 Debattforum med GF (kun valg)
Debattleder Aslak Bonde
- 1115–1135 Pause med besøk hos utstillere
- 1135–1230 **Helsekommunikasjon og digitale medier**
v/ Nina Sletteland
- 1230–1330 Lunsj og besøk hos utstillere
- 1330–1630 Parallellsesjoner med innlagt pause**

A. På nett med tjenesten

- 1330–1415 **Hesledirektoratet sitt arbeid med KOSTRA tall og kvalitetsindikatorer**
Prosjekt «tilgjengelig skolehelsetjeneste» i Sør-Trøndelag
– **Hvordan arbeider landets kommuner for å utvikle standardisert produksjon-, kvalitets- og helseindikatorer/mål for helsestasjons- og skolehelsetjenesten**
v/ Vibecke Olufsen m/f
- 1545–1600 Pause og besøk hos utstillere
- 1445–1600 **Registrering og bruk av data fra helsestasjons og skolehelsetjenesten i kommunen sitt kvalitets- og folkehelsearbeid**
v/ Margaret Torbjørnsen og Grethe Almanning

B. På nett med barnet

- 1330–1415 **De utrolige årene babyprogrammet**
v/Bjørn Brunborg og Monica Sture, BUP Nordhordland
- 1415–1500 **Alt på nett?**
v/Kjellaug Tonheim Tønnessen Rådgiver Barnevakten.no 1
- 1515–1600 **Snakketøyet.no – et samtaleverktøy for å trygge voksne og barn når foreldre er syke**
v/ fagrådgiver Signegun Romedal og webredaktør Gunder Christophersen,
BarnsBeste - nasjonalt kompetansenettverk for barn som pårørende
- 1600–1630 **Psykologisk førstehjelp for helsestasjonsbarn**
v/Helsesøstre i Asker med sine erfaringer

C. På nett med ungdommen

- 1330–1430 **På nett med ungdommen?**
v/Kaja Hegg, Redd barna Redd Barna
- 1445–1530 **Slik er de unges skjulte liv - press på å få «likes»/ sosiale medier**
v/Sigrd Ryeng Alnes- UngOrg
- 1545–1630 **Mobbing på sosiale medier**
v/Kristin Oudemayer (mobbepbloggen)

D. På nett med kunnskapen, presentasjon av frå masteroppgaver

- 1330–1410 **Effekten av sukkervann som smertelindring/trøst ved vaksiner på 15 mnd. gamle barn**
v/Åshild Desprée
- 1410–1450 **Erfaringer fra behandling av sykkelig overvekt hos barn og unge**
v/ Sarah Rebekka Færø
- 1450–1510 Pause med besøk hos utstillere
- 1510–1550 **Barn som pårørende når mor eller far har MS – utfordringer, behov og nettbasert støtte**
v/ Toril Maurset
- 1550–1630 **Kunnskapsbasert folkehelsearbeid – Amming kartlagt ved bruk av data frå helseundersøkingar**
v/ Maren Kristin Halvorsen

- 1900– **Festmiddag**

Torsdag 16. april

Konferansier/møteleder: Komitemedlem

0830–0845

Kunstnerisk innslag

0845–0945

Bevar vettet på nettet

v/ Ole Morten Knudsen: Slett meg.no (datatilsynet)

0945–1030

Søvn og døgnrytmeproblemer

v/ dr. Bjørn Bjorvatn

1030–1100

Pause m utsjekk og besøk hos utstillere

1100–1200

Fra Individfokus til folkehelsefokus; Barnehelserapporten – Bergen

v/ Annelise Hornæs Etatsjef Etat for barn og familie Bergen kommune

1200–1230

Posterpresentasjoner

1230–1330

Lunsj

1330–1430

LaH- rapport om Helsestasjons – og skolehelsetjenesten

v/ Astrid G. Ersvik

1430–1500

Informasjon fra Helsedirektoratet – bl.a. arbeidet med nye retningslinjer

1500–1530

Avslutning og presentasjon av neste års kongress

Påmelding

Du finner program, informasjon og påmeldingslenke på www.nsf.no/faggrupper/helsesostre <<http://www.nsf.no/faggrupper/helsesostre>>

Påmeldingsfrist 1.mars. Etter denne datoen øker deltakeravgiften med 50 %.

Kontaktinformasjon. Leder HK15: Britt Darligton, britt-dar@hotmail.com

Abstracts/ poster – presentasjon

Vi inviterer helsesøstre fra hele landet, og våre skandinaviske kolleger til å presentere posters

(plakatpresentasjoner) på helsesøsterkongressen. Dette kan være presentasjon av prosjekt, forskning, rapporter osv.

Vi inviterer til korte, orale (muntlige) posters/presentasjoner.

Vi tilbyr 3 muntlige presentasjoner a 10 minutter.

For å bli vurdert som poster, sender du inn et abstract – eller sammendrag – av det du vil presentere.

Frist for innsending: 01.02. 2015. Sendes til lah@sykepleier.no

Omtale av retningslinjer for abstract/poster finner du på www.nsf.no/helsesostre og i Tidsskriftet nr. 3-2013

Gf, valg og minidebatt

For å komme i takt med NSF arrangeres GF også i 2015, primært for å gjennomføre valg.

GF er åpent for medlemmer av LaH som har meldt seg på innen oppgitt frist (oppgis på påmeldingsskjema).

Enkeltmedlemmer, lokale faggrupper og faggruppens styre kan foreslå saker for behandling

i generalforsamlingen. Sakene må være sendt faggruppens styre minst 2 måneder før

generalforsamlingen holdes, dvs. senest 14.februar 2015. Sendes til lah@sykepleier.no

På bakgrunn av gode erfaringer fra debattforumene vi har arrangert tidligere,

tar vi sikte på å få til en minidebatt også under årets GF.

Saksliste og saksdokumenter kunngjøres på faggruppens nettside senest 3 uker før generalforsamling

Valg

Det skal foretas valg av leder og styre styremedlemmer. Styret velges av generalforsamlingen for en periode av to (eventuelt fire) år.

Gjenvalg kan skje. Følgende kandidater er pr. i dag klare:

Leder: Kristin Sofie Waldum- Grevbo, Bærum

Styremedlemmer: Ellen Kathrine Larsen, Akershus nestleder – tar gjenvalg

Berit Granheim Karlsen, Sør- Trøndelag – tar gjenvalg

Eli Kristin Johansen, Nord- Trøndelag – tar gjenvalg

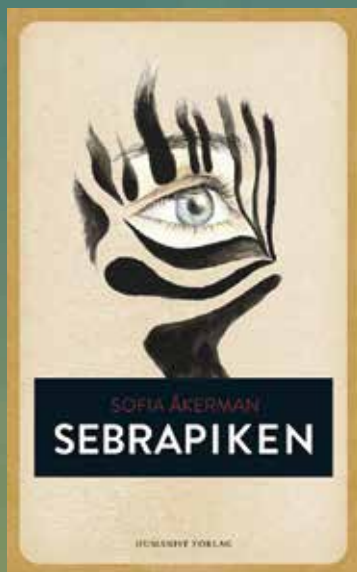
For nærmere omtale av valget og presentasjon av kandidatene, se våre nettsider, Facebooksider samt Medlemsbrev.

Lær mer om mobbing og selvskading



Mobbing er noe av det vanskeligste man kan oppleve, både som mobbeoffer eller pårørende til noen som mobber eller blir mobbet. Kristin Oudmayer tar opp en rekke spørsmål vedrørende mobbing i denne boka og gir konkrete tips til hvordan man skal håndtere ulike situasjoner: Hva er skjult mobbing? Hvem blir mobbeoffer? Kan vi forebygge at barn blir mobbeoffer? Hvem mobber? Kan vi forebygge at barn mobber? Hvordan snakke med hverandre når noe vanskelig skjer?

KRISTIN OUDMAYER
Du er viktigere enn du tror
Kr 349



Sebrapiken skildrer en ung jentes kamp for å frigjøre seg fra sin egen selvdestruktivitet. Dette er Sofia Åkermans egen historie – historien om en jente som skader seg selv og kjemper mot en destruktiv demon som hele tiden jager henne. I boka får du et innblikk i hennes innerste tanker, blir kjent med hennes skamfølelse og redsel for å bli frisk og bortglemt. Lykken hun føler da hun finner ut at verden ikke var helt som hun hadde fryktet, er rørende beskrevet.

I *Sebrapiken* får du Sofia Åkermans egen, sterke historie om hennes kamp for et verdig liv. Sofias historie er skremmende, men samtidig rørende – og den gir kunnskap, forståelse og håp.

SOFIA ÅKERMAN
Sebrapiken
Kr. 129



Selvskading er et voksende problem som både vekker reaksjoner og spørsmål hos omgivelsene. Hvordan kan noen skade seg frivillig? Hvem gjør det, og hvorfor? Hva innebærer det egentlig? Vi gjør jo alle ting som ikke er spesielt helsefremmende eller direkte skadelig – klør hull på myggstikk, går i vonde sko, spiser potetgull og røyker. Men hvor går grensen? Og kanskje viktigst av alt: Hvordan skal man hjelpe noen som skader seg selv?

For å overleve er skrevet ut fra et personlig perspektiv der pasienterfaringer, teori og praktiske råd går hånd i hånd. Boka retter seg til de som er syke, deres pårørende, skole- og helsepersonell, studenter og andre som vil lære noe om hvordan man best kan forstå og hjelpe noen som skader seg selv.

SOFIA ÅKERMAN
For å overleve
Kr. 269



HUMANIST FORLAG

humanistforlag.no | forlag@human.no | tlf: 936 31 648

Mobbing i barnehagen

Over 10 prosent av barn som går i barnehage, gir uttrykk for mistrivsel. Hva betyr dette for helsesøsters arbeid?

Innledning

Hvordan det psykososiale miljø blir fokusert på i folkehelsearbeid angående barnehager kan få konsekvenser for den oppvoksende generasjon av nordmenn. Etter at lov om full barnehagedekning trådte i kraft, går nå 90 prosent av alle ett- til femåringer i barnehage. Rapporter gir et bilde av at ikke alle barn trives i barnehage (Utdanningsdirektoratet 2013). Samfunnets innsats for å påvirke faktorer som direkte eller indirekte fremmer befolkningens helse og trivsel er definert som folkehelsearbeid av Helse og omsorgsdepartementet (Prop. 91 L2010-2011). Påvirkningsfaktorene for helse kan beskrives som en årsakskjede som strekker seg fra generelle samfunnsforhold som politikk, økonomistyring og miljøbetingelser til egenskaper ved enkeltmennesker som levevaner og helseatferd. Alle disse påvirk-

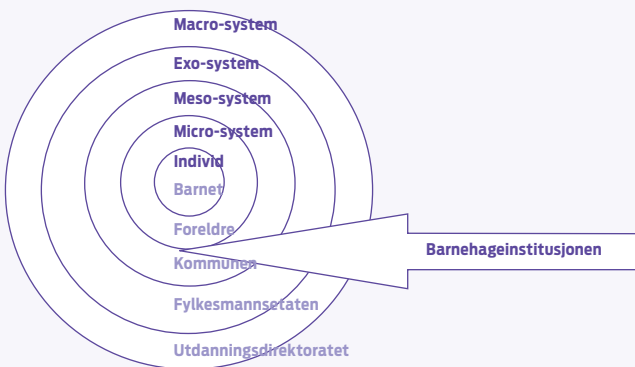
ningsfaktorene virker inn på enkeltmennesker som har bestemte biologiske og genetiske kjennetegn, beskyttelsesfaktorer og sårbarheter (ibid.). Barnets utvikling blir preget av miljøet rundt dem, fra den nære oppvekstfamilien til det eksterne som statens lovverk (Bronfenbrenner 1979). Folkehelsearbeid i forhold til mobbing i barnehagen vil i dette studiet settes inn i Bronfenbrenners teoretiske modell av miljøsystemer rundt et barns utvikling. Det nære miljøet; foreldrepåvirkning blir sammen med barnet påvirket av neste samfunnsnivå; institusjonen barnehagen, som igjen blir påvirket av kommunalt lovverk og rutiner som er under kontroll av Fylkesmannsetaten, deretter departementet og den lovgivende myndighet med barnehageloven.

Barnets miljø – teorimodell

Bronfenbrenner teorimodell (Figur 1) vil i denne oppgaven bli brukt for å eksemplifisere hvordan folkehelsearbeid, adaptert inn i denne fire nivåers modellen (Micro-, Meso-, Exo- og Macrosystem), kan påvirke det enkelte barns utvikling.

Figur: 1 Folkehelsearbeid på ulike samfunnsnivå påvirker et barns utvikling. (Kilde: Tilpasset fra Bronfenbrenner 1979; *The ecology of human development: Experiments by nature and design*. Harvard University Press).

Individet, barnet påvirkes av sitt innerste nærmiljø, foreldrene. Foreldrene er i denne oppgaven kun sett i forhold til sin advokerende oppgave for sine barn i forhold til mobbing i barnehagen. For å være i stand til å advokere for sine barn er de avhengig av rapportering fra barnehagepersonell



FIGUR 1: Folkehelsearbeid på ulike samfunnsnivå påvirker et barns utvikling.

Av Gry Ida Kjevik, prosjektarbeider, Helsefremmende helseorganisasjoner; HPH nasjonalt og internasjonalt nettverk (Ahus)



OFFER: Hele 90 prosent av alle barn mellom ett og fem år går i barnehage. Mange av dem blir mobbet. Illustrasjonsfoto: Colourbox.

Sammendrag

Hensikten med denne studien er å få mer kunnskap ut ifra et folkehelseperspektiv, om hvordan forståelsen og bruken av fenomenet mobbing, kan påvirke hvordan barnet opplever trivsel i barnehagen.

Metode: I arbeidet ble fenomenografi brukt som tilnæringsmetode, samt triangulering og emergent design. Pedagoger fra to barnehager, utvalgt på bakgrunn av ulik deltagelse i kurs i forhold til fenomenet, ble intervjuet med semistrukturert intervjuguide. Dokumenter angående mobbeforebyggende arbeid ble analysert. En pedagogisk mobbeforebyggende undervisningstime for fire- og femåringer ble observert. Ansatte innen statlige, fylkesmannsetaten og kommunale avdelinger, med legal, kontrollerende eller støttende mandat ble oppsporet og intervjuet angående deres mandat og rolle i det mobbeforebyggende arbeid for barnehage.

Resultat: Ansvaret for mobbeforebyggende arbeid er funnet å være opp til barnehagelederens eget initiativ. I forhold til folkehelsearbeid på systemnivåer fremkom det et svakt lovmessig

mandat for at statlig, fylkesmannsetaten og kommunalt nivå skal kunne kontrollere og forebygge mobbing i barnehagen. Alle tre eksterne nivå hadde struktur for å distribuere oppdatert informasjon angående mobbeforebygging til barnehagene. Innhenting av informasjon var opp til den individuelle barnehage. Bruk av mobbegrepet i barnehagemiljøet gav emosjonell respons angående aksept av mobbing. Ulik aksept ga ulik bruk av begrepet. Dette påvirket innhenting av tilrettelagt mobbeforebyggende informasjon og utvikling av barnehagens policy. Bruk av ulike definisjoner av mobbegrepet ga rom for varierte tolkninger av atferd med hensyn til psykososial atferd blandt barna.

Konklusjon: Den svake lovhjemmel for kontroll fra stat, fylkesmann og kommune av barnehagens psykososiale miljø medfører at barnehagen og dens stabs emosjonelle tolkning av mobbing blir grunnleggende for mobbeforebygging i teori og praksis. Derved blir det opptil foreldrene å sjekke ut det forebyggende mobbearbeid i den enkelte barnehagen.

Nøkkelord: Mobbeforebyggende arbeid, barnehage, fenomenografi, folkehelse, psykososialhelse.

eller egenrapportering og eller mistrivselssymptomer fra sine barn. Barnehagen er det nærmiljøet som, i denne oppgaven, blir sett på å ha stor innflytelse på et barns psykososiale utvikling. Barn oppholder seg i snitt 35 timer per uke i disse formelle institusjonene hvor de ikke uten videre kan forlate gruppesettingen. Dette kan gi grobunn for en sosial kontekst der mobbing kan forekomme; blant annet ut fra den stadige oppbygging av uformelle grupper ved inkluderings- og ekskluderingsprosesser som foregår i slike settinger (Schott, 2009). Barnehagen som formell institusjon er styrt av nasjonale og kommunale lovverk (NOU 2012).

Barnehagen er i denne oppgaven inkludert i den kommunale sirkel. En rekke instanser er involvert på kommunalt nivå; det folkevalgte politiske oppvekststyret som oppvekstadministrasjonen rapporterer til, oppvekstadministrasjon for barnehager og skoler og kommunens internkontroll av barnehager og skoler, samt miljørettet helsevern for kommunens institusjoner. Helsesøstertjenesten for skole og barnehager er her inkludert i sin rolle ved overgangsmøter mellom barnehage og skole og som skolehelsesøster, mottaker av barnehagebarna. Fylkesmannsetatnivå er statens lokale kontrollerende myndighet ovenfor kommunale oppgaver og kommunalt utførte kontroller. Barnehagesektoren er nå i Norge under Undervisningsdirektoratet. Lovgivende myndighet er i denne oppgaven tenkt med i det ytterste laget for å tydeliggjøre at endring i den eksisterende barnehage-loven kan få konsekvenser for barnets psykososiale utvikling.

Fenomenet mobbing

Denne studien tar utgangspunkt i fenomenet mobbing. Hvordan det håndteres i folkehelsearbeidets ulike påvirkningsmiljøer og konsekvenser den ytre

«Begrepet mobbing var følelsesladet for en rekke informanter.»

systemiske støtten, eller mangel på sådan, kan få for det psykososiale miljøet for det enkelte barn i barnehagen. Mobbebegrepets historikk og utviklingen av ulike definisjoner, med ulik alvorlighetsgrad som nå brukes, kan og være en faktor med innflytelse på hvordan mobbing håndteres i nærmiljøet rundt barnet (Utdanningsdirektoratet 2013). Studier av

mobbing blant barn i barnehage er få, av nyere dato og for det meste foretatt ved pedagogiske institutter. Det første studiet (Pettersen i 1997) ble fulgt av en rapport fra institutt for førskolelærerutdanning (Midtsand, Monstad & Søbstad 2004) «Tiltak mot mobbing starter i barnehagen» som møtte mye motstand. Mange av de barnehageansatte var skeptiske til bruken av begrepet «mobbing» om uakseptabel atferd i barnehagen (Junge & Tikkaen, 2005).

Formålet med studien

Å få innsikt i hvordan betydningen av fenomenet mobbing i de ulike samfunnssirkler rundt et barn i barnehage kan påvirke hvordan barnet opplever trivsel i barnehagen, er formålet med studien.

I dette kvalitative studiet er fenomenografi valgt som analysemetode. Fenomenografi, fokuserer på å beskrive hvordan individet oppfatter ulike aspekt i sin omverden (Marton 1981). Dette er et triangulært; observasjon, dokumentgranskings og intervju basert studie. Utgangspunktet for det triangulære studiet er to ulikt geografisk plasserte barnehager i en og samme kommune. I tillegg til intervju, observasjon og dokumentgranskning i barnehagene, er det foretatt telefonintervju etter emergent design på systemnivå i kommunen, fylkesmannsetaten og Undervisningsdirektoratet for å finne de enkeltpersoner som var ansvarlige for det praktiske mobbeforebyggende arbeidet på ulike systemnivåer. Gjeldende dokumenter er også gransket fra disse instansene.

Bakgrunn

Barn vokser opp i barnehageinstitusjonsmiljøet

«En god barndom varer livet ut», er åpningssetningen for Stortingsmelding 24 (2012 – 2013 Fremtidens barnehage). Hvordan er barndommen for den oppvoksende slekt i Norge? I Norge har det siden 2009 vært lovbestemt rett til barnehageplass fra fylte ett år (Kunnskapsdepartementet 2009). Dette har gitt seg utslag i at norske barn nå kan sies å vokse opp i barnehageinstitusjonsmiljøet. Av barn i aldersgruppen ett til fem år er 90 prosent av barna i barnehage (SSB, 2011).

Fra sentrale norske myndigheter har det vært sterkt fokus på kapasitetsbygging, for at den enkelte kommune skal kunne oppfylle lovens krav om å ha et barnehagetilbud til alle fra fylte ett år. Den kraftige fokuseringen på kapasitetutbygging de siste årene har skapt debatt på pedagogisk forskernivå om kvaliteten i barnehagen (Aftenposten 2011).



SER IKKE PROBLEMET: Ulik definisjon av begrepet mobbing kan føre til ulik evne til å se og tolke hva som er mobbing i barnehagen. Illustrasjonsfoto: Colourbox.

Stor forskjell på trivsel

Resultater fra kartleggingsundersøkelse av alle barnehager, i den 80 000 innbyggerstore kommunen denne studien dreier seg om, skisserer at ikke alle barn trives i barnehagen (Nordahl, Qvortrup, Skov Hansen & Hansen 2014). Denne nye rapporten bygger på analyse av barns egne utsagn og viser til at over ti prosent av barna i barnehagen sier at de trives dårlig. Det ble funnet store forskjeller mellom barnehagene angående barnas rapporterte trivsel, noe som må bemerkes ikke er sammenfallende med ulike sosialøkonomiske områder (ibid.). Nordahl, et.al. (2014) referer til at informantene på fire og fem år uttrykker at de er utsatt for erting og plaging av andre barn, og at de ikke alltid liker å gå i barnehagen. Forfatterne av studiet trekker konklusjonen: «...det er sannsynlig at noen av disse barna også opplever at de blir mobbet» (ibid. s. 46).

Bruken av begrepet mobbing

I barnehagesammenheng diskuteres det om definisjonen og bruken av begrepet mobbing. Mob-

bing som begrep også i barnehagemiljøet ble først introdusert i 1997 av en forsker og leder av Senter for barnehageutvikling i Norge, Reidar Pettersen (1997). Forskningen utløste noe diskusjon på dette tidspunkt, men den aktive debatten kom etter regjeringens første nasjonale mobbemanifest fem år senere, der barnehagene var inkludert på lik linje med skolene angående bruk av begrepet mobbing i manifestet (Junge & Tikkaen 2005). Blant pedagoger er det selv i dag ulik oppfatning, tolkning og bruk av fenomenet mobbing i barnehagene. Dette gir som Kunnskapsdepartementet stadfester i sitt skriv, rom for ulik tolkning av fenomenet: «Ulike definisjoner av mobbegrepet innebærer ulik alvorlighetsgrad» (Utdanningsdirektoratet 2013).

Lovverk for det psykososiale miljøet

Lovverk, rammeplaner og den enkelte barnehages årsplan bruker brede positive definisjoner på hvordan det psykososiale miljøet til barn under skolepliktig alder skal være (NOU 2012). Dette gir den enkelte barnehage stort spillerom for hvordan de

velger å fokusere på det psykososiale; som sosial handlingsplan og trivselsfaktorer, inkludert forebygging av mobbing i sine årsplaner. Dette i motsetning til norsk grunnskole som har klart lovverk også for barnas psykososiale helse (ibid. s. 198). Det eksisterer med andre ord ingen konkret rettslig plikt i medhold av barnehageloven til å ha et godt psykososialt barnehagemiljø (ibid. s. 196). I Sverige og

«De hadde mobbeforebyggende arbeid i virksomhetsplanen.»

Danmark derimot har også barn i barnehagen lover med rettsregler som konkret omhandler og framhever barnas miljø både fysisk og psykososialt (ibid. s. 199). Den danske «dagtilbud loven», fastsetter i paragrafform at arbeid med barnemiljøet skal være en integrert del av barnehagens pedagogiske arbeid (ibid. s. 199).

Krav som stilles til barnehagens fysiske og psykososiale miljø er regulert i folkehelseloven og forskrift om miljørettet helsevern (Stortingsmelding 24. 2012–2013). Forskriftene stiller videre krav til at barnehager skal fremme trivsel og gode psykososiale forhold. Kommunen som miljørettet helsevernmyndighet fører tilsyn med barnehagene etter veilederen fra Helseidirektoratet (IS-2619), som angir de mer konkrete funksjonskravene.

Det er ingen klar definisjon på mobbing i barnehagesammenheng fra sentralt hold (NOU 2012) i Norge.

Metode

Formålet med dette studiet er å få innsikt i hvordan betydningen av fenomenet mobbing i de ulike samfunnsrindler rundt et barn i barnehage, kan influere på hvordan barnet opplever trivsel i barnehagen. For å kunne få denne innsikten i hvordan mennesker tolker og bruker et fenomen var det naturlig å velge en kvalitativ metode (Kvale & Brinkmann 2009). Fenomenografi er valgt som metode for å kunne beskrive noen av de kvalitative ulike måter barnehageansatte, fagarbeidere og politikere i kommunale og statlige strukturer oppfatter, erfarer og forstår begrepet mobbing i sin verden, i sin praksis. For å få bredde i studiet av variasjonen i hvordan begrepet mobbing oppfattes og brukes innen barnehagesektoren er triangulering benyttet som strategi i dette studiet. Metodene benyttet i datatrianguleringen er intervju, dokumentgranskning og observasjon (Malterud 2003). Da bakgrunnsinformasjon viste

at fenomenet kunne være omstridt i tolkning og definert ulikt innen barnehagemiljø (Undervisningsdepartemanget 2013), (Junge & Tikkaen 2005), var fenomenografi som metode i forhold til intervju og analyse av intervjuene et naturlig valg. Fenomenografi tar utgangspunkt i at et fenomen kan ha ulik betydning for forskjellige mennesker.

Rapportering av mobbing i et barnehagemiljø er til en stor grad avhengig av barnehageansattes tolkning og forhold til fenomenet. «Phenomenography» er studiet av hvordan mennesker opplever, forstår eller oppfatter et fenomen i verden omkring seg. Fokuset er på ulikheten i menneskers oppfatning av fenomenet (Marton 1981).

Den kulturelle settingen der meningene ble skapt, samt den kulturelle konteksten den blir fortolket, er utslagsgivende for hva noe kan bety (Nilsen 2012). Konteksten både for intervjuobjektet og forsker, blir det derfor viktig å gi en beskrivelse av som basis for analysen.

Resultat

To hovedområder kom frem i analysen av empirien i forhold til spørsmålsstillingen: Kan foreldre føle seg trygge på at barnets psykososiale helse i forhold til mobbing blir vurdert og rapportert til dem fra barnehageinstitusjonen?

1. Samfunnsinstansenes støttende og kontrollerende evne til å påvirke likhet og kvalitet i enhver barnehage.
2. Evnen til å se mobbing i miljøet. Nøkkelord i dette temaet er: følelser, valg av definisjon og tolkning av definisjon, kan barnet si ifra?, drøfting av mobbeproblematikk i avdelingen, oppmerksomhet på egne følelser ovenfor gitte barn, mobbeforebyggende arbeid inkludert i barnehageavdelingens årsplan.

Disse to hovedområdene vil bli emnene i diskusjonen.

I den påfølgende diskusjonen vil resultatene ses opp mot disse to utkrystalliserte hovedområdene og relevant teori og empiri. Da formålet for studiet er sett ut fra folkehelsearbeid vil selve disposisjonen for diskusjonen her være ordnet ut fra folkehelsearbeidets samfunnsrindler. Drøfting er her strukturert ut fra folkehelsearbeidets konseptuelle ramme adoptert inn i Bronfenbrenners fire interaktive teoretiske samfunnsnivåer som påvirker et barns utvikling (figur 1). Macro-, exo-, meso- og micro-system som her representerer: utdanningsdirektoratet, fylkesmannsetaten, kommunen, foreldrene rundt individet og barnehagebarnet.

Samfunnsinstansenes støttende og kontrollerende evne til å påvirke likhet og kvalitet i enhver barnehage.

Macro nivå

Det ytterste samfunnsnivået macro-systemet, her den lovgivende statlige myndighet, Kunnskapsdepartementet og Utdanningsdirektoratet setter landets lovgivende rammer for arbeid med mobbe-forebygging i barnehager. Kunnskapsdepartementet arbeider med barnehageloven; i Meld. St. 24 (2012–2013) Framtidens barnehage behandles forslagene fra NOU 2012:1. Meldingen varsler at reguleringen av det fysiske og psykososiale miljøet i barnehagen vil utredes i forbindelse med gjennomgang av barnehageloven. Da den nåværende loven ikke gir noen konkret rettslig plikt i medhold av barnehageloven til å ha et godt barnehagemiljø (NOU 2012, s. 196).

Informanten fra Utdanningsdirektoratet hadde en positiv visjon om at lovendringene anbefalt i NOU 2012 ville bli iverksatt, men at tidsplanen var skjøvet ut i tid med cirka tre år. Informanten fra Utdanningsdirektoratet bekreftet at veilederen: Barns trivsel – voksnes ansvar. Forebyggende arbeid mot mobbing starter i barnehagen (2012),

er sendt til alle kommuner og barnehager med håp om at veilederen vil være til nytte og inspirasjon. Utdanningsdirektoratet har altså fokus på lik distribuering av deres utviklede veiledere til alle barnehager. Denne veilederen (obid.sl) stipulerer klart at den ikke er forpliktende. Dette kan tolkes som at Utdanningsdirektoratet her ikke har mandat til å pålegge at veilederen blir brukt i utvikling av den enkeltes barnehages virksomhetsplan.

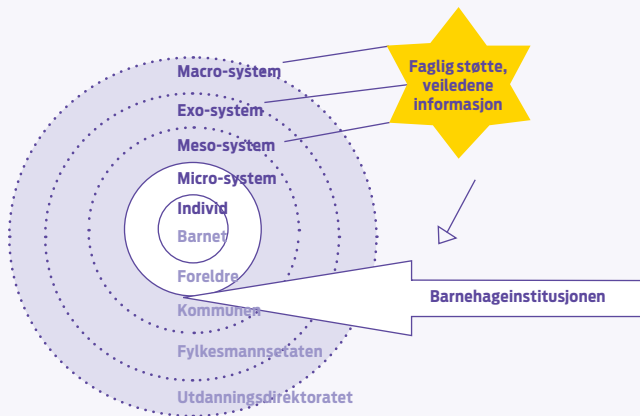
Exo nivå

På exo-systemnivå har fylkesmannsetaten oppgaven med å bidra til implementering av veilederen. Bidraget fra fylkesmannsetaten består ifølge informanten av å løfte temaet på samlinger i fylkesmannsetatens regi. Den kontrollerende funksjon fylkesmannsetaten har overfor neste ledd, det kommunale, meso-systemnivå, er kun å kunne kontrollere at kommunen utfører internkontroller. Fylkesmannen mistet sin hjemmel til å kunne føre tilsyn med den enkelte barnehage ved inntredelse av ny barnehagelov i 2006.

Hva den enkelte kommune velger som tema å ta internkontroll på har ikke fylkesmannsetaten mandat til å bestemme. Den enkelte kommune står fritt til å bestemme hvilke emner de vil velge, ut fra

UTSTØTT: Mobbing i form av den stille og ekskluderende typen kan gå uoppdaget hen. Illustrasjonsfoto: Colourbox.





FIGUR 2: Illustrasjon av samfunnssystemenes svake evne til å påvirke barnehagen gjennom kontroll og lovverk og fokuseringen på faglig støtte fra alle tre samfunns-systemene til barnehageinstitusjonen.

Rammeplanen (2006), å ta internkontroll av barnehagens virksomhetsplan på. Ifølge informant på exo-system nivå kan det forekomme at den kommunale internkontrollen velger å kontrollere sine barnehagers virksomhetsplan også i forhold til barnas sosiale kompetansebyggingsemne fra Rammeplanen (2006). I de tilfeller kan de anbefale bruk av veilederen for mobbeforebyggende arbeide (Kunnskapsdepartementet 2006). Fylkesmannsetaten har med andre ord ikke mandat til å kreve likhet, eller at det er fokus på det mobbeforebyggende arbeide i barnehagene i sin region.

Meso nivå

Kommunen på meso-system nivå kan få veiledning av fylkesmannsnivå, og kan velge å fokusere på barnas sosiale kompetansebygging og mobbeforebyggende arbeid ved internkontroll av sine barnehager eller det kan velges bort. I fylkesmannsrapporten (2014) rapporterte kommunene at dobbeltrollen de innehar ved å skulle føre tilsyn med egne barnehager oppleves som en stor utfordring. Kommunen, i studiet, som intern kontrollinstans velger temaer hvert fjerde år, da det ifølge informanten tok fire år å få kontrollert alle barnehagene. Dette kan gi grunnlag for ulikhet barnehagene imellom også på grunn av skjevhet i tid for kontroll. Det kommunale kontrollorgan fra helse og miljørettet helsevern har ikke lov hjemmel til og etterspør sosial handlingsplan og mobbeforebyggende plan fra barnehager slik de kan med hjemmel i lov innen grunnskolen (NOU 2012).

Konklusjon på samfunnsetatenes støttende og kontrollerende evne til å påvirke likhet og kvalitet i barnehagene vil være å si at den kontrollerende evnen er svak. Den fagligstøttende funksjonen gjennom distribuering av veiledere og faglig informasjon blir utført til barnehagene fra alle tre ytre samfunnsnivå rundt barnehagen.

Svak kontroll, kun veiledning

Fig. 2 Illustrasjon av samfunnssystemenes svake evne til å påvirke barnehagen gjennom kontroll og lovverk og fokuseringen på faglig støtte fra alle tre samfunnssystemene til barnehageinstitusjonen.

Evnen til å se mobbing i miljøet

Barnehageinstitusjonen i mellomsjiktet; meso – microsystem nivå

I den nære delen av samfunnssystemet, rundt barnet, som barnehagepersonell utgjør, kan ulike definisjoner av begrepet mobbing få konsekvenser på hva som sees av mobbing i barnehagemiljøet og dermed og rapportering av mobbing.

Det vil her fokuseres på personalets forståelse og bruk av fenomenet mobbing i barnehage på bakgrunn av ulikheten som kom fram i empirien. Betydningen av at det eksisterer rutiner, systemer for vurdering og rapportering av barnets psykososiale miljø for å verne og forebygge for individet i barnehagen vurderes, samt hva som kan styrke det enkelte barn i dets egenbeskyttelse.

Betydning av valg av definisjon

Ulik definisjon av begrepet mobbing kan føre til ulike evne til å kunne se og tolke hva som er mobbing i barnehagemiljøet (Pettersen 1997). Mobbing i form av den mer stille ekskluderende typen som ikke er så synlig i miljøet, kan gå uoppdaget hen eller ikke bli tolket som mobbing da den type mobbing ikke er med i de ansattes forståelse av begrepet mobbing (Olweus 1992). Bruker de ansatte ulike typer definisjoner kan det være rom for underrapportering av mobbing (Kampmann, Knutsen & Lehrmann 2007). Informantene fra en barnehage ga uttrykk for at de helst ikke brukte ordformen mobbing. Ordformen erting var foretrukket. Dette var samme barnehage hvor informantene fortalte om undersøkelse og funn av mobbing etter at foreldre hadde tatt initiativ og etterspurt granskning av miljøet på bakgrunn av hva de tydet som sitt barns mistrivsel. Her bekrefter empirien underrapportering av mobbing.

Begrepet mobbing brukt i forhold til små barn under grunnskolealder var følelsesladet for en rekke informanter. De valgte ulike definisjoner og beskrivelser for fenomenet. Dette er også dokumentert av Utdanningsdirektoratet (2013) i en landsdekkende spørreundersøkelse blant pedagogiske ledere for barnehager.

Struktur i forebyggingen

Struktur og dokumentasjon for gjennomføring av det mobbeforebyggende arbeid i barnehagens virksomhetsplan, viser eksempel fra en av barnehagene, kan gi den konstante og fokuserte samkjøring av emnet mobbing i barnehagen som personalet trenger (Kampmann, Knutsen & Lehmann 2007).

Informantene fra barnehagen som hadde mobbeforebyggende arbeid dokumentert, var meget trygge i sin bruk av begrepet mobbing. De hadde mobbeforebyggende arbeid nedskrevet i virksomhetsplanen i tiltaksform, som i et årshjul. Inkludert som et vedlegg var en mobbeplan med direkte tiltak for forebygging og håndtering av mobbing i barnehagemiljøet. Dette medførte i praksis at diskusjon rundt det mobbeforebyggende arbeid var jevnlig tatt opp på avdelingsmøtene i barnehagen. Lee (2006) fant at hvis barnehagen som institusjon i utgangspunktet har samme definisjon, men bruk og diskusjon rundt definisjonen ikke er planmessig og strukturert, og får derfor lite fokus blant de ansatte i barnehager, kan dette medføre ulik tolkning og forståelse av en definisjon og igjen ulik rapportering av mobbing blant ansatte som observerer samme barnegruppe. I den barnehagen der mobbing ble diskutert ved avdelingsmøtene ble også miljøgranskning omtalt som noe lærerikt av informantene.

Evnen til å kunne være observant i et miljø som en person er en subjektiv del av, krever egeninnsikt. Drugli & Undheim (2012) fant at personalets samspill med det enkelte barn kan variere og det er derfor viktig med fokus på disse interaksjoner når det arbeides forebyggende for at barn skal ha høy trivsel i barnehagen. Egengranskning, følelseskartlegging, hvordan den enkelte ansatte mente de hadde kjemi med det enkelte barn var også planmessig utført og del av en bevisstgjøring rundt egne holdninger for å kunne observere miljøet i barnehagen mer bevisst var del av det strukturerte mobbeforebyggende arbeidet i en av barnehagene. Også struktur og plan rundt pedagogikken for å veilede barnet i evnen til å si ifra til voksne når de følte seg mobbet, var implementert i dokumentasjonen i den ene barnehagen

Individnivå

Barnets evne til å si fra om mobbing

Barnet i barnehagesituasjonen kan være i tvil om hva begrepet mobbing betyr, slik informanten fra en barnehage refererte til. I empiri som kom fram fra en overgangssituasjon barnehage/skole, hadde barnehagebarna vært på skolebesøk og lært ordet mobbing, men ikke fått oppfølging om hva som kunne ligge i begrepet. Informanten fra denne barnehagen utdypet ikke om dette ble fulgt opp i barnehagen. Den gjeldende barnehage hadde ikke mobbeforebyggende plan i virksomhetsplanen for barnehagen. Dette i kontrast til barnehagen hvor mobbeforebygging har inkludert en pedagogisk plan som en del av virksomhetsplanen. Observasjonsstudie av denne pedagogikken, utsnitt av det nasjonalt anerkjente mobbeforebyggende program, ga gjenkjenning når informant fra den observerte barnehage, på oppfølgingsintervjuet, gjenfortalte en historie angående mobbing, stille utestengning hvor barnet selv var informativ til personalet om hva det følte i situasjonen. Dette kan tolkes som en bekreftelse på at programmets mål for sekundærforebyggende effekt var på plass for dette barnet (Helsedirektoratet 2010).

Ulikheten for hva barnet har av kunnskap om hva mobbing betyr og hvordan si ifra som denne studie fant kan ikke sies å være i tråd med Stortingsmelding 24 (2012 – 2013 s. 3) der det skrives at: En god kvalitetsbarnehage kan gi alle barn like muligheter og bidra til å utjevne sosiale ulikheter, og å bidra til at alle barn får en god start i livet, er det viktigste vi kan gjøre som samfunn.

Individet, barnet, har på bakgrunn av ulik valgte prioriteringsområder i den enkelte barnehage, ulik

«Ordformen erting var foretrukket.»

forutsetning til å kunne forstå og si ifra til voksne i sitt nærmiljø hvis de føler seg mobbet.

Evnen for barnehagepersonell til å se mobbing i miljøet er avhengig av flere faktorer som nevnt tidligere. I tillegg må mobbebegrepets følelsesmessige ladning tas med i vurderingen. Dette har historisk sett vært et følelsesladet begrep ved introduksjon i barnehage (Pettersen 1997) og kan til en viss grad sies å være det fremdeles.

Konklusjon på evnen til å se mobbing i miljøet

Følelser avgjør til en viss grad valg av mobbedefinisjon. Barnehagepersonalets valg av hvor omfattende

definisjon de aksepterer for bruk i sitt barnehage-miljø, kan sees å være utslagsgivende for deres motivasjon til å innhente informasjon angående mobbeforebyggende arbeid. Fig 3. Spektrum av mobbedefinisjoner.

«Det er viktig for helsesøstre å vite om ulikheten som råder mellom barnehagene.»

Spektrumet for bruken av mobbebegrepet går fra å utelukke bruken av begrepet, kun bruke begrepet erting (Høyby 2002), til å ta i bruk en omfattende definisjon som Pettersen (1997) eller Olweus (1996). Der hvor omfattende definisjon er akseptert hentes informasjon og fagstøtte som de ytre samfunnssystemene tilbyr.

Validitet og reliabilitet

Validitet, i begrepets vide bruk innen kvalitativ forskning etterspør om valgte metode undersøker det den er ment å undersøke. I dette studiet ble to barnehager strategisk utvalgt på bakgrunn av høy deltakelse og lav deltakelse av personell ved ikke obligatoriske mobbeforebyggende kurs holdt i kommunal regi. Ut fra metoden fenomenografi vektlegges det at informantene har ulik bakgrunn i det fenomenet som studeres, for å kunne ha mulighet til få frem variasjoner i hvordan informantene oppfatter begrepet (Alexandersson 2003). Variasjonene av bruk og definisjon av fenomenet mobbing var

utgangspunktet for hva studiet var ment å undersøke. Trianguleringen som ble benyttet som strategi i denne studie, ble valgt for å kunne belyse spørsmålsstillingen fra ulike vinkler samt gi en bedre validitet til funnene (Robson 2002).

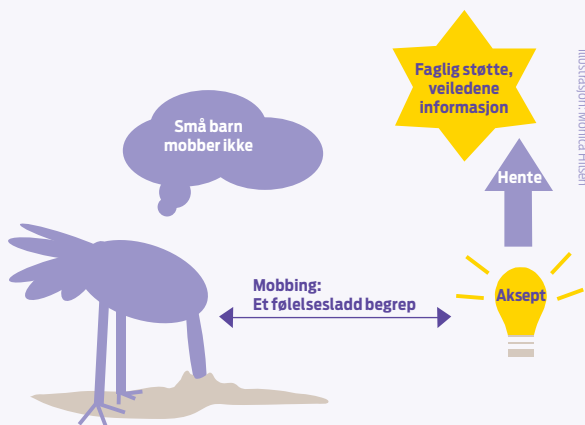
Reliabilitet ble tilgodesett ved bruk av en semistrukturert intervjuguide. Mens den brukte emergent designprosessen, der analysen starter med en gang og pågår gjennom hele forskningsprosessen (Nilssen 2012) kan muligens gi endring i forhold til om informantene kunne endre sin respons i et intervju med en annen forsker (Kvale & Brinkman 2010). Intervjuguiden, semistrukturert for å skape rom for intuitive oppfølgingsspørsmål for å kunne få dybdeforståelse og bekreftelse på forståelse av historien, kunne gi rom for bias. Forfatteren har vanskelig for helt å legge sin forforståelse bort og dette kan prege de intuitive spørsmålene (Nilssen 2012).

Anvendbarhet

Resultatene peker imidlertid på ulikheter i bruk av mobbefenomenet samsvarende med hva Utdanningsdirektoratet (2013) rapporterte ved å gjøre en enkel undersøkelse blant landets pedagogiske enhetsleder for barnehager i Norge. Malterud (2003) beskriver overførbarhet i studier som at den kunnskap og de begrep som har framkommet kan overføres til liknende situasjoner. Likende situasjoner kan her være ulikhetene funnet mellom barnehagene generelt i den studerte kommune (Nordahl et al. 2014). Med andre ord kan studiet være et mulig bidrag til vurdering av forklaringsbakgrunn for ulikheten mellom også andre barnehager angående dette emnet. For strukturene som formidler veiledende informasjon til barnehageinstitusjonene er muligheten av at opptak av deres informasjon, er styrt av følelser i forhold til mobbedefinisjonen en vinkling det kunne være nyttig å ta med i planlegging av informasjonsveiledning.

Konklusjon

Studien viser at mobbebegrepet er et følelsesladet begrep i forhold til å beskrive barnehagebarns atferd. Følelser kan styre hvordan begrepet blir valgt brukt i barnehagesettingen. Valg av ulike benevelser for mobbebegrepet kan være indikator for hvordan individet forholder seg følelsesmessig til begrepet. Hvordan begrepet er tatt i bruk ser ut til å få følger for nyttebegjæringen av den informasjon og faglig veiledning de eksterne samfunnssystemene tilbyr. De eksterne samfunnssystemene har svakt



FIGUR 3: Spektrum av mobbedefinisjoner.

mandat som kontrollerende og styrende organ ovenfor barnehageinstitusjonen. Det kan derfor bli mye opp til ledelsen i den enkelte barnehage om de henter inn informasjon og veiledning for å strukturere det mobbeforebyggende arbeid og nedfelle dette i virksomhetsplanen for barnehagen. Hvis det ikke er strukturelle forhold og samlet diskusjon om fenomenet kan det gi utslag i at ulike definisjoner med ulik alvorlighetsgrad kan bli valgt av enkelt-

individer. Ulik bruk av begrepet mobbing kan føre til ulik oppdagelse og rapportering av mobbing fra det psykososiale barnehagemiljø.

Det er viktig for helsesøstrene å vite om den ulikheten som råder mellom barnehagene angående psykososialt miljøarbeid og at det i barnehager finnes ulikt pedagogisk fokus på at barn skal bli i stand til å si ifra til voksne ved gjentatt utestengning og annen type mobbing. ■

Referanser:

- Aftenposten (2011) Frykter full barnehagedekning går ut over kvaliteten. Available at: http://www.aftenposten.no/nyheter/iriks/Frykter-full-barnehagedekning-gar-ut-over-kvalitet-5568104.html#_U-C63vL_tNm [accessed July 2014].
- Alexanderson M. (2003) Metod och medvetan. Göteborgs studies in educational science 96: Acta Universitatis Gothenburgensis
- Bronfenbrenner, U. (1979). The ecology of human development: Experiments by nature and design. Harvard University Press
- Drugli M.B. & Undheim A.M. (2012). «Relationship between young children in full-time day care and their caregivers: a qualitative study of parental and caregivers perspectives». Early Child Development and Care. Volume 182, issue 9.
- Fylkesmannen (2014). Statens kontrollorgan. Available at: <http://www.fylkesmannen.no/Barnehage-og-opplaring/> [accessed June 2014]
- Helsedirektoratet (2010) Steg for steg. Available at: <http://www.forebygging.no/Metode/Konkrete-tiltak-og-programmer/Program-med-god-sannsynlighet-for-resultater/Steg-for-steg/> [accessed June 2014]
- Helse- og omsorgsdepartementet. Prop. 91 L (2010- 2011): Forslag til lov om Folkehelsearbeid. Available at: <http://www.regjeringen.no/pages/16245842/PDFS/PRP2010210090000DDDPDFS.pdf> [accessed April 2014]
- Høyby, H. (2002). Mobbing kan stoppes. Fagbokforlaget, Bergen.
- Junge, A. & Tikkanen, T. (2005). Realisering av en visjon om et mobbefritt oppvekstmiljø for barn og unge. Sluttrapport til evaluering av Manifest mot mobbing 2002–2004. Stavanger, Norge: Utdanningsdirektoratet.
- Kampman, J., Knudsen, K.R., Lehrmann, K. (2007). Følgforskningsprosjektets 1. Delrapport om Red Barnets prosjekt. Roskilde, Danmark: Universitas Roskildensis
- Kunnskapsdepartementet (2009). Rett til barnehageplass. Available at: <http://www.regjeringen.no/nb/dep/kd/sok.html?quicksearch=Rett+til-barnehageplass&id=87060> [accessed May 2014].
- Kunnskapsdepartementet (2006). Rammeplassen for barnehagens innhold og oppgaver. Akademia AS, Pb. Blindern, N -0134 Oslo.
- Kunnskapsdepartementet (2006). Psykososialt miljø. Available at: http://www.regjeringen.no/nb/dep/kd/tema/grunnopplaring/videregaende-opplaring/laringsmiljo/psykososialt-miljo.html?regj_oss=1&id=448265 [Accessed may 2014]
- Kvale S. & Brinkmann S. (2010) Det Kvalitative forskningsintervju. (2.utg) Gyldendal Akademiske Oslo.
- Lee, C. (2006). "Exploring teachers definitions of bullying". Emotional and Behavioral Difficulties. Vol 11 s 61–75.
- Lund, I & Godtfredsen, M. (2012) Mobbing i barnehagen. Available at: <http://krsbarnehager.blogspot.se/2012/06/mobbing-i-barnehagen.html> [accessed March 2014]
- Lund Wictorsen, M. L. (2014). Nytt norsk forskningsprosjekt om mobbing i barnehagen: Mener barnehageansatte er for dårlige til å ta tak i mobbing. Available at: <http://www.aftenposten.no/nyheter/iriks/Mener-accessed:17.11.2014> 13:20.
- Malterud, K. (2003). Kvalitative metoder i medisinsk forskning. En innføring. Universitetsforlaget, Oslo.
- Marton F. (1981). Phenomenography—Describing Conceptions of the World Around Us. Instructional Science, vol. 10, 177–200.
- Miljørettet helsevern i barnehager og skoler – Fylkesmannen ...
- www.fylkesmannen.no/.../Miljorettet%20helsevern%20i%20barnehager...
6. jun. 2013 – Finn Martinsen, avdeling miljø og helse, Helsedirektoratet. Accessed June 2014.
- Meld. St. 24 (2012–2013) – regjeringen.no
- www.regjeringen.no/nb/dep/kd/.../stmeld/.../meld-st-24-20122013.html?... 22. mar. 2013 – Meld. St. 24. (2012–2013) Melding til Stortinget. Framtidens barnehage. Accessed June 2014
- Midsand, M. Monstad B. & Søbstad, F. (2004) Tiltak mot mobbing starter i barnehagen. Trondheim: Dronning Mauds Minne.
- Nilssen V. (2012). Analyse i kvalitative studier. Den skrivende forsker. Universitetsforlaget Oslo.
- Nordahl T. Qvortrup L. Skov Hansen L. & Hansen O. (2014). Resultater fra Kartleggingsundersøkelse i Kristiansand kommune 2013. Aalborg Universitet, Aalborg.
- NOU (2012) Norges offentlige utredninger 2012:1. Til barns beste. Ny lovgivning for barnehagene. Kunnskapsdepartementets servicesenter, Informasjonsforvaltningen, Oslo.
- Olweus, D. (1992). Mobbing i skolen. Hva vi vet og hva vi kan gjøre? Universitetsforlaget Oslo.
- Olweus, D. (1996). Bully/Victim Problems in school. Quarterly Review of Education, Vol 26.no 2, 1996.
- Pettersen, R. (1997). Mobbing i barnehagen. SEBU forlag, Oslo.
- Robson C. (2002). Real world research, (2nd ed.) Blackwell Publishing, Oxford.
- Schott, R.M. (2009) Mobbing som sosialt begreb: Filosofiske refleksjoner over definisjoner. Mobning sosiale prosesser på avveje. Redigert av Kofoed, M. & D.M. Søndergaard 2009. Specialtrykkeriet Viborg, Danmark.
- Statistisk sentralbyrå (2011) Barnefamiliers tilsynsordninger, høsten 2010. Available at: <https://www.ssb.no/soziale-forhold-og-kriminalitet/artikler-og-publikasjoner/barnefamiliers-tilsynsordninger-hosten-2010> [accessed May 2014]
- Utdanningsdirektoratet (2013). Hva vet vi om mobbing i barnehagesammenheng? Available at: <http://www.udir.no/Barnehage/Stotteressurser/Trivsel/Artikler-mobbing/Hva-vet-vi-om-mobbing-i-barnehagesammenheng-/> [accessed June 2014]
- Utdanningsdirektoratet (2012). Barns trivsel–voksnes ansvar. Forebyggende arbeid mot mobbing starter i barnehagen. Available at: <http://www.udir.no/Upload/barnehage/Pedagogikk/Veiledere/veilederBM.pdf?epslanguage=no> [accessed June 2014]

Ny masterutdanning

Ønsker du en faglig fordypning i sykepleie, med et kommunehelsetjenesteperspektiv? Ved Høgskolen Diakonova har de fått et nytt spennende tilbud.

Tekst **Kari Glavin**, førsteamanuensis, studieleder master og videreutdanninger, Høgskolen Diakonova

Mastergradsstudiet i sykepleie er klinisk orientert og retter seg mot sykepleiere. Studiet er en fordypning enten i helsesøstertjeneste eller hjemmesykepleie.

Om studiet

Del I i masterstudiet tilsvarer tidligere helsesøsterutdanning. Denne består av tre moduler med til sammen seks emner.

Modul 1: Faglig grunnlag for sykepleie i kommunehelsetjenesten (15 sp, emne 1.1, 1.2, 1.3).

Modul 2: Fordypning helsesøster (30 sp, emne 2.1, 2.2, inkludert kliniske studier).

Modul 3: Forskningsmetode, vitenskapsteori og etikk (15 sp, emne 3.1).

I Del II i masterstudiet kan du få videreutdanningens 60 studiepoeng med i en videre masterpåbygging. Denne består av tre moduler med til sammen to emner og masteroppgave.

Modul 3. Forskningsmetode, vitenskapsteori og etikk (5 sp, emne 3.2).

Modul 4. Valgfritt emne – en fordypning (10 sp).

Modul 5: Masteroppgave (45 sp).

Som helsesøster får du da en dobbeltkompetanse; faglig og pedagogisk kunnskap som anvendes i klinikken forenes med akademisk kompetanse – et robust utdanningsløp for fremtiden.

- Videreutdanning gir helsesøster en handlingskompetanse innenfor et spesialisert klinisk område
- Masterstudiet gir helsesøster en faglig fordypning innen sykepleiens kunnskapsområde med vekt på

dentens prestasjon gis en karakter, enten på skalaen A-F, eller bestått/ikke bestått. Dette gjør at emnene kan tas enkeltvis og således er alle emnene i prinsippet åpne for studentutveksling.

Kan søke på del 2

Når du allerede er helsesøster kan du søke deg rett inn på andre året i vårt nye mastergradsstudium i sykepleie med kommunehelsetjenesteperspektiv.

De som er utdannet helsesøstre kan søke direkte på del 2 (siste år) av mastergradsstudiet (60 sp). De som tas direkte opp på del 2 må gjennomføre et kurs i forskningsmetode,

«Som helsesøster får du da en dobbeltkompetanse.»

vitenskapelig tenkning, forskning og forskningsmetode.

- Master gir helsesøster kvalifikasjoner til å initiere, igangsette og drive egne forskningsprosjekter i praksis.

Alle emnene i mastergradsstudiet avsluttes med en vurdering der stu-

vitenskapsteori og etikk (15 sp) i tillegg til de obligatoriske kursene i studiet. Høgskolen Diakonova arrangerer dette kurset på høsten i forbindelse med oppstart av del 2 i mastergradsstudiet.

Del II av masterstudiet, for deg som



LÆRERE OG STUDENTER: Ved oppstart høsten 2014. Første rekke f.v. Maren Weum, Mari Kjendsli, Ingeborg Berg-Olstad, Sølvi Johnsen, Rannveig, Bø, Brennhaug, Cecilie Dagmann. Andre rekke f. v Edit Gjevjon, Kari Glavin, Lisbeth Gravdal Kvarme(Lærere), Lydia Najumudeen, Kristin Waldum-Grevbo, Frøydis Kjensmo, Annelene Moberg, Ingeborg Lindstad Børresen, Tove Ingeborg Sand, Aud Moen. Foto: Susanne Ward Ådlandsvik.

allerede er helsesøster, ser derfor slik ut:

- Forskningsmetode, vitenskapsteori og etikk (15 sp) – høstsemester.
- Forskningsmetode, vitenskapsteori og etikk (5 sp) – høstsemester.
- Valgfritt emne (10 sp) – vårsemester.
- Masteroppgave (45 sp) – vårsemester (kan tas over to år).

Det vil si at du til sammen oppnår 75 sp hvis du begynner direkte på del II. Det kan søkes fritak for valgfritt emne dersom du har 10 studiepoeng

fra tidligere etterutdanningskurs.

Opptakskrav for del 2 er norsk autorisasjon som sykepleier og godkjent helsesøsterutdanning (60 sp). Dersom det er flere kvalifiserte søkere enn studieplasser, rangeres søkerne etter konkurransepoeng.

Høsten 2014 tok Høyskolen Dia-konova opp 13 studenter på del II av masterstudier. De er nå godt i gang med å skrive prosjektbeskrivelse til sin masteroppgave. I uke 6 og 7 i 2015 arrangerer vi fordypningskurs for masterstudenten som startet høs-

ten 2014. Dette kurset åpner vi for andre helsesøstre. Fordypningskurset «Helsesøster som samfunnsaktør» er utviklet som en forlengelse av prosjektet «Pilot helsestasjon- og skolehelse-tjeneste» i regi av Landsgruppen av helsesøstre. Dersom du senere starter på masterstudiet kan du søke fritak for dette emnet om du har deltatt på dette kurset tidligere. ■

Les mer her: <http://www.diaikonova.no/hsfordypningskurs>. www.diaikonova.no/master.

Foreldre er ikke eksperter

Det er ingen forskning som kan bekrefte at foreldrene alltid vet best om egne barn.

Det er nærmest blitt et mantra blant oss helsesøstre at foreldre er eksperter på egne barn. Det er i en slik grad akseptert som sannhet at det til stadighet i litteraturen for helsesøstre kan få lov å bli framsatt som påstand, uten noen form for referanser. Vi må få tatt kvelertak på denne styrende ideologien, og vi må kvele den i utdannelsen. Vi ser nemlig at studenter adopterer myten, oppfatter utsagnet som en sannhet, og bruker det ureflektert i sine oppgaver og eksamener.

Det er så vidt meg bekjent ingen oppsummert forskning som bekrefter at foreldre er eksperter på sine barn. En ekspert er ifølge Wikipedia en person som konsistent presterer eksepsjonelt innenfor et bestemt område. Ordrett sitert kreves det daglig og intens øvelse innenfor et spesifikt område i minimum ti år for å bli ekspert. Ifølge denne definisjonen kan ikke foreldre være eksperter på sine barn før de er blitt ti år i det minste. Og med mindre de jobber med barn i det daglige, er de heller ikke eksperter på barn generelt.

Nå da de fleste barn begynner i barnehagen ved fylte ett år, er dessuten barnehagepersonalet mer sammen med barna i våken tilstand enn foreldrene i løpet av en uke, og de har dermed større mulighet til å observere barnet i flere ulike situasjoner enn foreldrene. De vil

dermed være nærmere en definisjon på eksperter på barnet enn foreldrene. Som foreldre kan vi etter en tid bli eksperter på hvordan barna våre vil te seg i de sammenhenger hvor vi opptrer sammen, mens andre voksne vil ha en større kunnskap om hvordan barna oppfører seg utenfor hjemmet, i barnehage, på skole og på fritidsaktiviteter.

Endret rolle

Da empowermentbegrepet og brukermedvirkningen gjorde sitt inntog i kjølvannet av Ottawachartertet i 1986, endret helsesøsterrollen seg gradvis fra å være ekspert og rådgiver til å bli veileder. Det ble viktig å la brukeren identifisere sine behov, og ta utgangspunkt i dette. Foreldrene var nå de som satt på ekspertisen, vi skulle bare hjelpe til å lokke den fram.

Vi går altså ut ifra at foreldrene har stor kjennskap til og kunnskap om barnet sitt. Vi går også ut ifra at foreldre ønsker det beste for barnet sitt, men hvis dette var hele sannheten, hvorfor er det da så mange barnevernssaker, så mange barn og unge med psykiske vansker, psykososiale problemer, mistrivsel, selvskadning, spiseforstyrrelser, skolefravær, barnedrap, osv ...?

Til verdener

Hvem sitter med foreldrekompe-

tansen etter et samlivsbrudd? Er det far eller mor? Cand.philol. Helle Myrvik, ansatt ved Modum Bad forteller i sine «Tanker fra et voksent skilsmissebarn» fra «Fortsatt Foreldre»-boka at hun fra hun var tre år fikk delt sin verden i en mamma-verden og en pappa-verden. De to verdenene var veldig forskjellige, og det var to helt atskilte sett med regler og koder for oppførsel, påklledning, leggetider og middagsmenyer. Hun hadde ulike roller og funksjoner i sine to verdener, og ble møtt med ulike forventninger om oppførsel og framtoning. Var det mamma eller pappa som var eksperten på Helles behov?

Nå er det også utenforliggende årsaker til at barn og unge har det vanskelig, men vi kan spørre oss; er foreldrene de første til å oppdage at barnet blir mobbet, mistrives på skolen, skulker skolen, sliter med dårlig selvbilde, utvikler en spiseforstyrrelse, røyker hasj og annet?

I hvilken grad er foreldre i stand til komme i kontakt med og forstå barnets følelser? Alle foreldre har en bagasje med seg fra egen oppvekst. Det er lett å tolke egne barn ut ifra egne erfaringer, tanker og følelser. Barnet er imidlertid en krysning av både mor og far, og det utvikler seg og gjør seg sine egne erfaringer på bakgrunn av både arv og miljø. «Jeg tror ingen foreldre kjenner sine barns innerste tanker og følel-

Av **Hilde Egge**. Høyskole-
lektor ved helsesøsterut-
danningen ved Høyskolen
Diakonova.



ser.» sa Otto Frank etter å ha lest sin datter, Anne Franks dagbok.

Helsesøstre er eksperter

Helsesøstre blir gjennom sin utdanning og påfølgende erfaring eksperter på barn generelt. Helsesøstre har kunnskap om barns psykiske og fysiske utvikling, atferd, oppdragelse og oppvekstvilkår. Vi har etter noe tid i arbeid sett et stort antall barn, og sitter dermed på et sammenlikningsgrunnlag for å kunne fange opp det som er «unormalt» og må vurderes for en eventuell ekstra oppfølging.

Vi kan ikke forvente at foreldre skal besitte denne kompetansen. Vi kan ikke sitte på helsestasjonen og ha som utgangspunkt at foreldre til enhver tid vet best. Hvordan kan de det når de aldri har holdt et spedbarn i armene før? Når alt barnet gjør er den første erfaringen for foreldrene? Når nye søsken opptrer forskjellig fra tidligere barn? Når vi vet at mange bærer med seg tung bagasje fra egen oppvekst?

Ulik forståelse

Foreldre vil ha ulik motivasjon for foreldrerollen, gjerne avhengig av hvor planlagt og ønsket barnet er. De vil ha ulikt talent for foreldrerollen, avhengig av egne oppvekstforhold og rollemodeller, og de vil ha ulik forståelse for

foreldrerollen. Å hevde at foreldre er eksperter på sine barn blir på bakgrunn av dette en altfor lettvinnet og enkel slutning.

Å tro at foreldre er eksperter kan føre til at vi ikke får satt inn rett tiltak til rett tid. Vi kan stå i fare for ikke å fange opp de barna som er i ferd med å utvikle sykdom, blir utsatt for mishandling, eller ikke blir godt nok ivaretatt. Min påstand er at pendelen har svingt for langt i motsatt retning av ekspertrollen, og at vi er blitt så redde for å fremstå som eksperter at vi ikke tør å gjøre de overgrep som er nødvendige for å ivareta barnet. Å bevare troen på foreldrenes mestringskompetanse går foran hensynet til barnet. Vi går heller i åreis og kjenner på den ekle magesfølelsen enn å melde til barnevernet og risikere tillitsbrudd, miste kontakten med familien, og sitte igjen med en følelse av å ha mislyktes. Ofte blir vi

ter på sine barn, kan vi som helsesøstre oppfordre foreldre til å være nysgjerrige på barnet sitt, observere dets handlingsmønstre i ulike situasjoner, og gjøre seg kjent med hvem barnet egentlig er. Om de uroer seg for barnet sitt, skal vi ta dem på alvor, samtidig som vi med vår generelle kompetanse og ved egen observasjon skal vurdere om dette er et barn i normal utvikling med et godt samspill med sine foreldre. Vi kan videre bidra til å styrke dem i foreldrerollen ved å trygge dem på at godt foreldreskap ikke krever noen form for ekspertise, kun masse kjærlighet i form av nærhet, øyekontakt, konsentrert oppmerksomhet over tid og grensesetting. Kunnskap om betydningen av samspill og tilknytning vil også kunne være til nytte og glede for mange foreldre og her vil helsesøster kunne spille en viktig rolle.

«Er foreldrene de første til å oppdage at barnet blir mobbet på skolen, skulker eller sliter med dårlig selvbilde?»

også sittende i uvitenhet om meldingen faktisk ble til hjelp for barnet.

Godt samspill

Istedenfor å anse foreldre som eksper-

ter på barn finnes det utdanninger for. Foreldreskap krever ingen utdanning, sertifisering eller erfaring, og da kan vi heller ikke se på foreldrene som eksperter. ■

Jubileumskonferanse

8 – 9 juni 2015 i Oslo

Sykepleieforskning i tiden

- betydning for fremtidens helsetjeneste



Avdeling for sykepleievitenskap ved Universitetet i Oslo og Norsk Sykepleierforbund inviterer til jubileumskonferanse som vil vise bredden i dagens sykepleieforskning både i et norsk og nordisk perspektiv.

Tema for konferansen

1. Pasientbehov og problemer - hvordan utvikle kvalitet og pasientsikkerhet?
2. Organisering og ledelse - betydning for kunnskapsutvikling og pasientbehandling?
3. Innovasjon, tjenesteutvikling og samhandling - betydning for framtidens sykepleie?
4. Utdanning og kompetanse - er den i takt med framtidens behov?



UiO : Universitetet i Oslo



NORSK SYKEPLEIERFORBUND

Konferansested

Radisson Blu Scandinavia Hotel,
Holbergsgate 30, Oslo

Prekonferanse 7. juni

«Improving clinical nursing through research»
med Linda Aiken og Hesoock Suzie Kim

Priser

Konferanseavgift innen 15. februar: 1950 kr
Konferanseavgift etter 15. februar 2500 kr
Festmiddag: 600 kr
Pre-konferanse: 500 kr

Program og påmelding

www.med.uio.no/sykepleiekonferansen2015



Foto: Kirstin Herriksen

Astrid Svalastog 1953–2015

Sykepleien mottok i januar den tunge beskjeden om at Astrid Svalastog (61) hadde gått bort. Svalastog jobbet som deskjournalist med utgivelsen av faggruppebladene Ledelse, Psykisk helse og Rus, Kreftsykepleie, Jordmora, Geriatrikisk sykepleie og Tidsskriftet for helsesøstre. Hun hadde 20 års erfaring som journalist og redigerer i NTB før hun kom til NSF og Sykepleien. Hun vil bli dypt savnet.



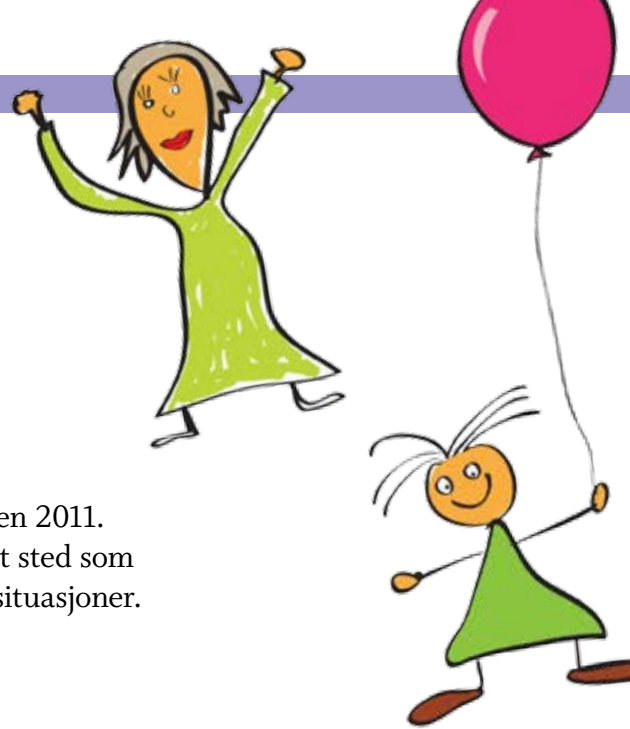
Bio-Oil® er et spesial hudpleieprodukt utviklet for å redusere synligheten av arr, strekkmerker og ujevn hudtone. Bio-Oil® inneholder naturlige oljer, vitaminer og den banebrytende formuleringen PurCellin Oil™. For ytterligere produktinformasjon og resultater av kliniske studier, vennligst se bio-oil.com. Bio-Oil® er det mest solgte arr-og strekkmerkeproduktet i 17 land.* Veil.pris 119kr/60ml.

Distribueres i Norge av Cederroth AS. For spørsmål vedr. Bio-Oil®, ring 33 06 47 00 eller send mail til firmapost@cederroth.com

Sammen – for og med barna

Barnas Stasjon i Kristiansand ble åpnet høsten 2011. Her ønsker vi å skape et trygt, varmt og raust sted som småbarnsfamilier kan oppsøke i sårbare livssituasjoner.

Tekst **Anne Randi Hanssen**, Barnas Stasjon, Blå Kors Kristiansand



Familiene kan ha ulike utfordringer, ofte knyttet til psykisk helse og/eller rusproblematikk. Det kan være via egne erfaringer eller i nær relasjon, ensomhet/isolasjon i foreldrerollen eller som familie, vanskeligheter med å møte barnas behov når en har det vanskelig selv eller utfordringer grunnet lite nettverk. Med andre ord, når ting er vanskelig, er det godt å ha noen å støtte seg til. Og det er da Barnas Stasjon skal være til hjelp. Barnas stasjon er et tilbud fra Blå Kors til småbarnsfamilier, med barn i aldersgruppen 0–8 år.

Styrke foreldrene

Den første Barnas Stasjon, ble etablert i Fredrikstad i 2006. I dag finnes det seks stasjoner omkring i Norges land, som hjelper småbarnsfamilier som trenger hjelp. Ved Barnas Stasjon i Kristiansand har vi som mål å styrke foreldrene i deres omsorgsoppgaver når hverdagen oppleves utfordrende. Det kan være gjennom individuelle samtaler, foreldreveiledningskurs, felles aktiviteter, ferier eller gruppetilbud. Barnas Stasjon ønsker også å være et sted der foreldre og barn kan få gode opplevelser sammen. «Sammen for barna, sammen med barna» er vårt «slagord». I tillegg ønsker vi at familiene kan bli kjent med nye mennesker og bygge nettverk.

Solid erfaring

Vi er for tiden 5 ansatte i Kristiansand. En er utdannet sosionom med tidligere arbeidserfaring innen rusomsorgen. En er barnevernspedagog med etterutdanning i spe- og småbarns psykiske helse, og med tidligere erfaring fra arbeid innen dette feltet. En er miljøarbeider med erfaring fra ambulanse, gestaltterapi og SMSO. En er i et engasjement, nesten ferdig med

«Barnas Stasjon er avhengige av frivillige.»

bachelor i psykologi. Jeg som leder er helsesøster med mest erfaring fra arbeid med ungdom på videregående skole, helsestasjon for ungdom, samt kommunens hasjavenningsarbeide. To av oss har utdanning i COS-P, og vi driver COS-P både i grupper og individuelt. Innen våren 2015 håper vi at alle våre ansatte har tatt denne utdanningen. Sammen har vi en bred og solid erfaring.

Våre tilbud

- Middagssamlinger
- Pappagruppe
- Barselgruppe
- Mødregruppe
- Åpent hus

- Drop-in hver dag
- Diverse arrangement kvelder/ helger
- Ferier og turer
- Veiledning
- COS-P (Circle of Security), både i grupper og individuelt.

Oppfølging

Barnas Stasjon Kristiansand har i tillegg 4 leiligheter som leies ut via barnevernet. På vedtak fra barnevernet følger vi opp familier med utgangspunkt i barnevernets bestilling. Det er ofte observasjon og veiledning i forhold til samspill, foreldrenes evne til å tolke barnets signaler og respons på disse, foreldrerollen, samarbeid, hygiene osv. Det tilbys ulike oppfølgingspakker alt avhengig av familiens behov og barnevernets bestilling. Det kan være oppfølging daglig eller 1–2 ganger per uke. I tillegg benytter familiene seg av de andre aktivitetene på Barnas Stasjon.

Frivillig hjelp

Barnas Stasjon er avhengige av frivillige for å få tiltakene våre til å gå rundt. Vi har p.t. 12 frivillige som jobber her alt fra 1 gang i måneden til 1 gang i uken. Dette er flotte frivillige som ønsker å gjøre noe ekstra for noen som trenger det. Vi har også studenter fra UiA og Diakonhjemmet, samt flere hospitanter. Vi har et tett og godt samarbeid med



barnevernet. Vi deltar i mange ansvarsgrupper og samarbeidsgrupper. Andre aktører vi samarbeider med er, blant annet, familiekontoret, familiesentrene, helsestasjonene, forsterket helsestasjon og ABUP. KUP (Kirkens ungdomsprosjekt) og Homestart (Frelsesarmeen) har vi felles internundervisning med.

Vi ønsker å la brukerne være med å påvirke tilbudet vi gir på Barnas Stasjon. I sommer gjennomførte vi en brukerundersøkelse blant foreldrene. Slik får vi innspill i forhold til hvilken vei vi ønsker å ta videre.

Mange aktiviteter

I høst skal Barnas Stasjon overta Blå Kors' administrasjonsfløy og vi planlegger her en aktivitetssal hvor vi vil ha mulighet for ballspill, lek og fysisk utfoldelse. Som et ledd i arbeidet med brukermedvirkning, har vi invitert både barna og de voksne til å komme med ideer til dette prosjektet. Noen foreldre vil bidra med utsmykking (male figurer på vegg), snekre mm. Vi har tilgang til en nydelig hage der vi planlegger å ha et drivhus der familiene kan dyrke egne planter og grønnsaker. Med både aktivitetssal, hage/drivhus, samt at vi benytter naturen rundt oss, ser vi for oss at vi får stimulert til fysisk aktivitet, kreativitet, samhold, samarbeid, gode matvaner og mulighet for mestring. ■

Melkeallergi – den vanligste formen for matallergi hos små barn

Pepticate bygger på 30 års forskning på brystmelk og er dokumentert velfungerende, med god symptomlindring for barn med kumelkallergi.^{1,2} Prebiotiske kostfibre gir en effekt lignende brystmelkens kostfibre. De motvirker hard mage og avføringen blir myk som hos ammede spedbarn.³ Pepticate smaker og lukter mer som en vanlig morsmelkerstatning, som gjør at barnet raskt venner seg til smaken og liker produktet.⁴

Mer informasjon om kumelkallergi og våre allergiprodukter finner du på www.kumelkallergi.no og www.nutricia.no

Små melkeallergikere ♥ Pepticate



Nutricia støtter WHO koden om at morsmelk er spedbarnets beste føde.

Pepticate er et næringsmiddel for spesielle medisinske formål. Skal brukes under medisinsk tilsyn etter nøye vurdering av øvrig ernæringsbehandling, inkludert amming.

Pepticate

– med brystmelken som forbilde

NUTRICIA
Advanced Medical Nutrition