



Tidsskrift for helsesøstre

NR. 2-2015

LANDSGRUPPEN AV HELSESØSTRE NSF



**Å hjelpe familien
er å hjelpe barna**

Sykepleien



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

GALDERMA
Committed to the future
of dermatology

Innhold

NR. 2-2015

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

Ingvald Bergsagel
Tlf: 93 49 84 22

LAYOUT

Hilde Rebård Evensen
Nina Hauge
Sissel Hagen Vetter
Monica Hilsen

TRYKK: Color Print A/S**FORSIDEILLUSTRASJON:**

Bente Prytz

NESTE UTGAVE: 22. oktober 2015**REDAKSJONSKOMITÉ:**

Vestfold har ansvaret for denne utgaven av Tidsskriftet for helsesøstre.

Fra venstre: Kathrin Olafsen, Åshild Skulstad-Hansen, Liv Kristin Horn, Mette Somoe, Kirstine Hjorthaug og Marit Handeland (leder).
Foto: Marit Handeland.



- | | |
|---|---|
| <p>4 LaHs styre og faggruppelidere i fylkene</p> <p>5 Leder: Kristin Sofie Waldum-Grevbo</p> <p>6 Smånytt</p> <p>8 Barneombud Anne Lindboe – Vi må si fra når vi er bekymret</p> <p>12 Helsesøsters rolle er i endring</p> <p>20 Lederstafetten: Hilde Forsmo</p> <p>22 Satser sammen på barns helse</p> <p>28 Når mamma og pappa ikke bor sammen lenger</p> <p>32 Tilbakeblikk</p> <p>34 Familieråd bør være et krav</p> | <p>38 Krever barnefaglig kompetanse</p> <p>40 Kommunikasjon med utfordringer</p> <p>44 Nyttige skjema for kartlegging av barns utvikling</p> <p>48 Norskopplæring gir bedre livskvalitet</p> <p>54 Aktuelle bøker</p> <p>56 Mammakafé for minoritetspråklig</p> <p>58 Den gylne penn 2015</p> <p>58 Årets helsesøster</p> <p>59 Helsesøsterkongressen 2016</p> |
|---|---|

«En leder skal stå i bakgrunnen og applaudere frem sine ansatte.»

Hilde Forsmo, side 20



40



38



8

LaHs styre og lokale faggruppetledere 2015–2016

LaH NSF styre 2014-2016



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



**Prosjektmedarbeider
fra juni 2015:**
Ellen Kathrine Larsen
T: 95 78 57 21
E-post: ellen.kathrine.larsen@
as.kommune.no



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



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



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



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



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



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



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

OSLO

Ingjerd Hvatum
T: 99 25 48 77
E-post: ingjerd.hvatum@gmail.com

AKERSHUS

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

HEDMARK

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

OPPLAND

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

BUSKERUD

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

ØSTFOLD

Inger Johanne Bråten
M: 91 69 44 58
E-post: lahostfold@gmail.com

VESTFOLD

Bente Julie Prydz
T: 41 60 60 08 J: 33 29 53 40 J: 33 29 53 44
E-post: bente.prydz@stokke.kommune.no/
helsesoster.vestfold@gmail.com

TELEMARK

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

AUST-AGDER

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

VEST-AGDER

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

ROGALAND

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

HORDALAND

Grethe Almanning
T: 95 70 10 10
E-post: bente.gunn.haatuft@helse-bergen.no

SOGN OG FJORDANE

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

MØRE OG ROMSDAL

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

SØR-TRØNDELAG

Cecilie Margrethe Fjeldvær
T: 41 63 32 27
E-post: cecilie.schei@gmail.com

NORD-TRØNDELAG

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

NORDLAND

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

TROMS

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

FINNMARK

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



LEDER:
Kristin Sofie Waldum-Grevbo



Familien, hvem er det?

Lykke

Åtte øyne i hverandre.
Fire munn rundt et bord.
Fire vegger kring en lykke:
Vesla, Påsan, far og mor.
Åtte hender heftet sammen
til en ring om stort og smått.
Herregud – om hele vide verden
hadde det så godt.

Einar Skæråsen 1941,
Slik er det noen ganger ...

Vi vet at familierelasjonene er i endring og at samlivsbrudd-statistikken er høy. Det er vanlig å ha skilte foreldre, men det er en ny og vond opplevelse for hvert enkelt barn som opplever det. Flere og flere barn bor 50 % av tiden hos mor og 50 % av tiden hos far. Mange barn oppsøker helsesøster med vondt i magen og hodet eller andre steder.

Det begynner å bli en stund siden helsesøster og psykiatrisk sykepleier, Tordis Labråten i 1997–98 fikk ideen til å samle barn som hadde opplevd skilsmisse i grupper over seks ganger i samarbeid med PPT- rådgiver på skolen, Lone Dragland. Som de fleste helsesøstre vet, var dette opplegget så vellykket at Bærum kommune, med Hilde Egge i spissen, senere utviklet dette videre til et standardisert opplegg som andre kommuner kunne ha nytte av. Helsesøstre satt pris på å kunne ta i bruk et godt utarbeidet verktøy, og barn, foreldre og lærerne har evaluert tilbudet som meget bra. Et av suksesskriteriene var at gruppene ble ledet av helsesøster og en fra skolen i fellesskap, for eksempel sosiallærer. Dette

gjorde noe med samarbeidet på skolen i andre saker også. Godt tverrfaglig samarbeid i praksis.

I det siste er skilsmisse satt på agendaen gjennom debatt om 50/50 ordningens innvirkning på barnas helse. Flere barn har også delt sine egne opplevelser gjennom avisinnlegg. I tillegg var barn og samlivsbrudd tema en hel uke på NRK Super, gjennom «Skilsmisseuka» i mars. Helsesøster Inger Marie Otterdal fra Larvik hjalp NRK i planleggingen. Hun sier i et intervju med NRK Vestfold at hun er opptatt av at samlivsbrudd må snakkes om, enten det går bra eller dårlig: «Barn er veldig lojale og i utgangspunktet vil de gjøre det som gjør mamma og pappa glade. Da kan det være vanskelig for barnet å si ifra om at det ikke alltid har det bra», sier hun. «Når de voksne inviterer barn til å snakke blir det mye letter å være barn.»

Ut fra erkjennelsen av at det kan være vanskelig for barn å fortelle det de føler til foreldrene, har de i Larvik utviklet gruppetilbudet videre. De gir nå tilbud om mamma- og pappakvelder der de formidler barnas stemme fra samtalegruppene. Det knyttes også kontakt med familievernnet, som er en viktig samarbeidspartner rundt familien. Dette noe av det du kan lese mer om i bladet, der tema familien er en rød tråd. Takk til redaksjonen fra Vestfold for en dedikert innsats med bladet!

Kristin Waldum-Grevbo

LEDER AV LANDSGRUPPEN AV HELSESØSTRE NSF

Stress gir eksem

Stress under graviditeten øker risikoen for barneeksem. Det viser en dansk studie utført av det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø. Kvinner som hadde høy arbeidsbelastning og lav innflytelse på jobbhverdagen sin, hadde høyere risiko for å få barn som ved sjuårsalderen utviklet barneeksem, sammenliknet med kvinner som hadde lave krav og høy innflytelse i jobben sin.

Kilde: Helsesrådet nr. 3/15 2015



Syk av krangling

Gravide blir syke av dårlig samliv. Krangling, usikkerhet og høyt konfliktnivå kan føre til at gravide blir mer utsatt for å få influensa, forkjølelse eller andre infeksjonssykdommer. Ifølge stipendiat Roger E. Henriksen ved Høgskolen i Bergen har de dobbelt så stor risiko for infeksjonssykdom som de som lever i gode parforhold.

Kilde: Forskning.no

SMÅNYTT



Lammende virus

Ifølge folkehelseinstituttet ble mange barn i høst smittet av et virus som kan gi lammelser. Viruset heter enterovirus D68 og har ikke vært observert i stor grad tidligere i Norge. De fleste som rammes er barn. Det gir som regel ufarlige symptomer, som forkjølelse. I september fikk Oslo universitetssykehus innlagt stadig flere barn med alvorlige luftveissymptomer. To av barna fikk lammelser. Barn med astma ser ut til å være utsatt for alvorlig forverring av sin sykdom. Det fins ingen vaksine eller behandling, bortsett fra støttebehandling som pustehjelp og fysioterapi.

Kilde: Forskning.no

«Møter du noen uten smil, så gi ditt.»

Svensk ordtak

Påvirker barnas utvikling

God kvalitet i barnehagen ser ut til å forebygge utvikling av språk- og atferdsvansker over tid, særlig hos sårbare barn. Plass til læringsaktiviteter, utdanning hos personale, relasjon til personalet, tilbud av aktiviteter, tid i barnehagen og gruppestørrelse, er faktorer som synes å virke inn på barna. Folkehelseinstituttet har laget en rapport i samarbeid med kunnskapsdepartementet hvor dette kommer frem. Hovedfunnene er spesielt viktige for sårbare barn. «Vi ser at dårlig kvalitet i barnehagen kan påvirke disse barnas utvikling



i negativ retning over tid,» forteller Ragnhild Eeck Brandlistuen, forsker ved folkehelseinstituttet.

Kilde: fhi.no

Autisme av omskjæring

Gutter som blir omskåret har nesten 50 prosent høyere risiko for å utvikle autisme innen de fyller ti år. Et dansk forskningsprosjekt har fulgt alle danske gutter født i perioden 1994 til 2003. Det viser en robust og statistisk sammenheng mellom rituell omskjæring og autisme, sier overlege Morten Frisch fra Statens serum institut i Danmark. Han sier videre at små barn kan fullt ut registrere når noe gjør vondt. Den frykten de opplever og forbinder med smerte, lagres i noen tilfeller som et traume, som senere i livet kan utvikle seg til autisme.

Kilde: Helsesrådet nr. 3/15 2015

Gratis prevensjon

Stortinget har vedtatt å utvide ordningen med bidrag til prevensjonsmidler til kvinner mellom 16 og 20 år. Spiral og p-stav blir gratis eller rimeligere for kvinner. Samtidig kan unge kvinner få p-piller for et halvt år av gangen. Dette er fordi langtidsvirkende metoder har ofte færre brukerfeil og høyere sikkerhet mot graviditet.

Kilde: Helsedirektoratet.no



Oppdatert på vaksiner?

Folkehelseinstituttet har flere tjenester hvor man kan få hjelp til å holde seg oppdatert på vaksinasjon. Man kan abonnere på nyheter fra temaområdet Vaksiner og vaksinasjon på fhi.no, eller man kan laste ned appen «fhi-veiledere» på mobil eller nettbrett.

Kilde: Folkehelseinstituttet.no



Tekst Marit Handeland Illustrasjonsfoto Colourbox

Tretthetssyndrom av vaksine?

Den danske sundhedsstyrelsen skriver at det er innmeldt flere tilfeller av svimmel- og tretthetssyndromet POTS, som mulig bivirkning til Gardasil. EUs ekspertgruppe for bivirkning har vurdert vaksinen som sikker. De har kommet frem til at sammenhengen mellom POTS og Gardasil verken kan avkreftes eller bekreftes. Vaksinen vil ikke bli tatt ut av det danske barnevaksinasjonsprogrammet, da forebygging av mange hundre krefttilfeller overstiger ulempene ved de antatte bivirkningene.

Kilde: Helsesrådet.no



Søvnproblemer av skjermbruk

En stor norsk studie om sammenhengen mellom søvn og bruk av elektroniske hjelpemidler, viser at utstrakt og sen bruk, øker risikoen for lang innsovningstid og kort søvnlengde. En del av forklaringen kan være at lyset fra skjermene aktiverer hjernen og påvirker døgnrytmen. Det anbefales å holde seg unna opplyste skjermer den siste timen før leggetid.

Kilde: Helsedirektoratet.no

– Vi må si fra når vi er bekymret

Barneombud Anne Lindboe er opptatt av at barn skal ha en dør de kan banke på, og oppfordrer helsesøstre til å melde fra videre i systemet når de selv ikke har tid til å følge opp.

Tekst Åshild Skulstad-Hansen, helsesøster, BoU, Tønsberg kommune og Mette Sømoe, helsesøster, BoU Tønsberg kommune

Vi treffer Barneombud Anne Lindboe i lyse, trivelige lokaler i Karl Johans gate. Anne er smilende og oppriktig engasjert. Vi ber henne fortelle oss litt om bakgrunnen og motivasjonen for å jobbe som barneombud.

– Før jeg ble barneombud arbeidet jeg som barnelege. Jeg har alltid vært interessert i å jobbe med barn fordi de er spontane, ærlige og mer direkte enn voksne, sier hun.

Det siste året som barnelege jobbet Lindboe innen fagfeltet sosial pediatri. Med sosial pediatri menes problemstillinger innen områder der levekår, livssituasjon eller sosiale relasjoner innvirker direkte på barnet.

– Jeg jobbet med barn som hadde vært utsatt for fysisk mishandling og seksuelle overgrep. Det var barn som levde med ulike former for vold og rus. Dette er tøffe og triste saker. Kanskje så mange som ti prosent av alle barn lever med omsorgssvikt. Vi vet at disse barna er i stor risiko for å utvikle store helseproblemer. Hvor er barna i helsevesenet? På sykehuset hvor jeg jobbet, var det lite fokus på disse barna. Jeg så også at rettsikkerheten til barna var for dårlig.

Økt fokuset

Lindboe mener det er for liten kompetanse blant helsepersonell, noe som

fører til at barn ikke blir fanget opp. Hun opplevde at få barn fikk medisinsk undersøkelse. Verken politiet, barneverntjenesten eller helsevesenet fikk ivaretatt barna på en god nok måte. Dette har engasjert henne veldig. Lindboe har et ønske om å få til et bedre helsetilbud til barn som er utsatt for vold og overgrep. Det har på mange måter blitt hennes hjertesak.

– Da barneombudstillingen ble utlyst, tenkte jeg at om jeg får stillingen må jeg få folk til å lytte til meg. Jeg tror at min helsefaglige bakgrunn som barnelege og den erfaringen jeg har, gjør at jeg blir lyttet til. Vi har fått til en del ting og det er bra. Alle barneavdelinger skal nå ansette en sosial pediater innen utgangen 2015. Det er jo et veldig tydelig styringssignal. Vi ser at fagfeltet er i ferd med å rustes opp med tanke på kompetanse. Vi ser også at flere barn får medisinsk undersøkelse enn det som har vært tilfelle tidligere. Vi har fått økt oppmerksomhet på området, og det er veldig bra.

Barn som utsettes for omsorgssvikt trenger å bli sett. De trenger voksne som tør se og som bryr seg. Vold og overgrep er tabubelagt, og vi anerkjenner ikke det enorme helseproblemet det faktisk er. Å få opp bevisstheten rundt det, er veldig viktig for Barneombudet.

– Der er dere helsesøstre en viktig samarbeidsgruppe, sier Lindboe.

Forebyggende arbeid

I Vestfold jobbes det forebyggende fra incestsenteret med eget undervisningsopplegg for andre, fjerde og sjette klasse. Her er helsesøstre til stede i undervisningen, og etterpå har elevene mulighet til å komme og snakke med helsesøstrene og representanter fra incestsenteret dersom de opplever eller har opplevd noe som er vanskelig. De fanger opp en del barn på denne måten. Selve undervisningen handler om grenser, kroppen, hva som er lov og ikke lov. Det er ikke bare seksuelle overgrep og vold, men også andre ting. Det er veldig bra.

– I Barneombudet jobber vi også forebyggende. Vi har noe som heter Barneombussen. Dette er et prosjekt hvor vi reiser rundt og besøker skoler og snakker med barna. Vi forteller om FNs barnekonvensjon og rettighetene deres. Vi snakker med barna om at barn har rett til beskyttelse mot vold og overgrep og vi er veldig tydelige på at ingen har lov å slå eller gjøre ting mot kroppen som barna ikke vil. Helsesøstrene er til stede, og vi får tilbakemelding om at barna kommer etterpå. Jeg har også opplevd selv at mange av barna kommer til meg. Barna forteller om ganske



HJERTESAK: Anne Lindboe har et ønske om å få til et bedre helsetilbud til barn som er utsatt for vold og overgrep. Foto: Barneombudet.

alvorlige historier og vi er nødt til å gi dem kompetansen og lære dem hva som er greit og ikke greit, sier Lindboe.

Ta barna på alvor

Barneombudet er opptatt av at man må snakke med barn helt ned i barnehagealder om vold og overgrep, og sette dem i stand til å si ifra. Og det må på plass et system som ivaretar dem og sørge for at de har et sted de kan gå. Her kommer helsesøster inn som kanskje den viktigste parten.

– Å ikke tørre si de vanskelige tingene eller ikke tørre stole på det man ser, er farlig. Man må tro på det barna forteller, for mange ganger underreporterer de fordi de er lojale mot foreldrene. Det er veldig sjelden at barn lyver. Det å ikke ta et barn på alvor kan i verste fall koste det livet. Å melde bekymring til barneverntjenesten er omsorg og det barneverntjenesten oftest gjør er å gå inn og hjelpe familien. Omsorgsovertakelse er sjelden. Disse

barna og foreldrene trenger hjelp og vi må si fra når vi er bekymret, sier Lindboe.

Noen å stole på

– Hva tenker Barneombudet om helsesøster og helsesøsters rolle?

– 6. mars 2014 lanserte barneombudet rapporten «Helse på barns premisser». I rapporten kommer det frem at barn

må være en dør de kan banke på. Tilgjengelighet og tillit er viktige stikkord her. Tilby barna en relasjon. Har du barnas tillit kan barna snakke om alt. Det er mange ulike grunner til at barn strever. Barna selv er veldig opptatt av å ha noen de kan stole på. Det å finne disse barna tidlig før problemene blir altfor store er kjempeviktig og barn er jo sjelden i

«De trenger voksne som tør se og som bryr seg.»

og unge opplever at skolehelsetjenesten ikke er til stede i skolehverdagen. Da tok vi spesielt for oss skolehelsetjenesten. Vi snakket med mange barn og unge. De var veldig tydelig på at helsesøster eller skolehelsetjenesten, for den kan jo være mer enn bare helsesøster, er en utrolig viktig instans. Barna og ungdommene vil ha et lavterskeltilbud. De vil ha et sted å gå til når de trenger noen å snakke med. Det

kontakt med fastlegen. Læreren kan de selvfølgelig også snakke med, men dere i skolehelsetjenesten og helsestasjonen har jo en unik rolle fordi dere ser familiene ofte og kan følge opp familier over lengre tid. Dere treffer familien og barna over mange år i barnas liv, sier Lindboe.

– Min erfaring fra da jeg jobbet som barnelege på Barnehuset og gjorde medisinske undersøkelser, var at det var lettere



STOL PÅ DET DU SER: Det er sjelden barn lyver, så man må tro på det de forteller. Illustrasjonsfoto: Colourbox.

for meg å snakke om vold eller hva som hadde skjedd med kroppen, fordi det var i forbindelse med en helseundersøkelse. Barna skulle ikke sitte i et dommeravhør og fortelle om det som har skjedd, sier Lindboe.

Må ta kampene

Sykepleien gjorde en undersøkelse blant helsesøstre som viste at mange helsesøstre velger bort å snakke om vanskelige ting fordi de ikke har tid til å følge opp og fordi de lovpålagte oppgavene tar det meste av tiden. Konsekvensen er at barna ikke fanges opp. Det er alvorlig

er ute i skolene der jobben gjøres. Vi jobber overordnet og prinsipielt. Det er dere som må ta kampene der barna er, sier Lindboe.

Innsats og prioritering

Barneombudet og Landsgruppen av helsesøstre har hatt et godt samarbeid om å få mer ressurser til skolehelsetjenesten. I løpet av de to siste årene har tjenesten blitt styrket med nesten en halv milliard. Dette er en av de tingene Lindboe er stolt over å ha fått til fordi hun tror det skyldes den innsatsen som er gjort sammen med Landsgruppen

Opposisjonen eller forrige regjering har nå snudd og anerkjent at man bør øremerke. Politikerne har ikke forstått viktigheten av tjenesten og har dermed heller ikke prioritert den, sier Lindboe.

Vær stolte og kjemp

– Til slutt vil jeg si til dere helsesøstre. Dere må fortsette å slåss for tjenesten. Det er ingen pressgruppe i foreldrene. Vær lokale lobbyister og bruk media. Fortell at det er å stjele fra barn og unge når kommunene bruker pengene til andre ting. Noe av det viktigste forebyggende helsearbeidet man kan gjøre er å fange opp barn og unge som er utsatt for vold, overgrep og mishandling. Det er dyrt for kommunene på sikt å la det gå for langt. Kommuner som har et godt forebyggende tjenestetilbud bruker mindre penger på tiltak fra barneverntjenesten. Det lønner seg økonomisk og menneskelig. Ta på alvor hvis man oppdager at et barn ikke har det bra. Det kan foregå en form for omsorgssvikt. Vi må tørre å spørre om det, kanskje man må spørre flere ganger. Har du den litt gufne magefølelsen så ta det på alvor, for disse barna er helt avhengig av voksne som bryr seg. Om man tar feil er ikke det krise. Men å ikke gjøre noe kan være katastrofalt for barna. Vær stolt av den jobben dere gjør og kjemp for den plassen og rollen dere faktisk fortjener der ute. Vær lokale barneombud, oppfordrer Barneombudet. ■

«Man må snakke med barn helt ned i barnehagealder om vold og overgrep.»

Barneombudet oppfordrer derfor helsesøstre til å heller melde fra oppover i systemet hvis man ikke har tid å følge opp selv. Fordi man ikke kan la være å gå inn i ting fordi man ikke har tid.

– Vær heller tydelige på at dere må være mer til stede på skolen. Sloss litt for det. Landsgruppen for helsesøstre har vært ganske tydelige i samfunnsdebatten og flinke på den måten, men som enkeltindivider oppfordrer jeg dere til å være tøffe. Det er kjempeviktig. Dere er barnas stemmer og advokater. Dere er barneombud på lokalt nivå og dere

av helsesøstre og Norsk Sykepleierforbund. Dette har ikke vært et prioritert område, så disse pengene hadde ikke kommet uten press, mener hun.

– Den forrige regjeringen startet opptrappingen for å styrke tjenesten og jeg snakket mye om behovet for å øremerke midlene. Jeg snakket også om en forpliktende bemanningsnorm slik at vi er helt sikre på at pengene går til det de skal til. Svaret da var at de ikke kunne pålegge kommunene det. Så skjedde akkurat det vi sa; kommunene brukte midlene på helt andre ting.



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

*bio-oil.com

MER SAMMENSATT: Det skjer en dreining i fagfeltet mot å jobbe systematisk med barns psykiske helse og oppvekst- forhold. Illustrasjonsfoto: Colourbox.

Helsesøsters rolle er i endring

Psykisk helsearbeid i kommunen kan og bør være annerledes enn behandling i spesialisthelsetjenesten. Helsesøsters støttesamtaler og familiearbeid i skolehelsetjenesten er viktig forebygging av psykisk uhelse og kan gi gode terapeutiske prosesser.

■

A jobbe i helsevesenets førstelinje innebærer noen opplagte forskjeller fra å jobbe i målrettede og spesialiserte tjenester i andre- og tredjelinjen. Jeg har selv noe erfaring fra de to første nivåene. Den tydeligste forskjellen for meg er at vi i skolehelsetjenesten møter «alle» barn og unge i deres hverdag i skolen og gjennom screening-oppgaver eller oppsøking. Som miljøterapeut i BUPA var fokuset på svært få og nøye utvalgte syke barn/ungdommer, henvist av andre hjelpere. Det var diagnose og behandlingsfokus og rikelig tid til refleksjoner og veiledning. Det er min påstand at ressurser ikke svarer til forventninger fra brukere og myndigheter i forebyggende arbeid i skolehelsetjenesten. Svært mange ønsker og søker tidlig hjelp for vanlige vansker i atferd og relasjoner. 70 prosent av ressursene til psykisk helsearbeid for barn og unge går til en døgntung og kostbar spesialisthelsetjeneste.

Sammensatt bilde

Helsestasjons- og skolehelsetjeneste har endret seg i takt med samfunnet for øvrig. Som sykepleiere er

vi primært utdannet i en naturvitenskapelig tradisjon, der mye skal kontrolleres, registreres, veies og måles. Folkehelsearbeidet med screeningundersøkelser, tuberkulosearbeid og helseopplysning har hatt stor betydning for levekår i etterkrigstiden. Lege og helsesøster var eksperter på sann kunnskap om ernæring, røyking, hygiene og sykdomsforebygging, og drev opplæring for å bedre individers livsvilkår. Vi styres fortsatt av tanker om at barn og unges overvekt løses ved overvåking av vektutvikling og veiledning på sunn og riktig kost, selv om alt tyder på at det ikke er nok. Det er i ferd med å utvikle seg et mer sammensatt bilde av hva som fører til overvekt, og at hjelp derfor må være tilpasset hver familie ut fra en bred forståelse også av psykiske faktorer. Det skjer en dreining i fagfeltet mot å jobbe systematisk med barns psykiske helse og oppvekstforhold, se barnet i sammenheng med sin familie, nettverk og samfunnsforhold for øvrig; systemisk tenkning.

Oppmerksomhet på mestring

Den profesjonelle rollen i forebyggende helsearbeid



er i endring. Begreper som brukermedvirkning og autonomi er sentrale i det nye tankegodset som ikke har kommet istedenfor, men lever side om side med tanken om at barn og unge må læres opp til å leve et sunt, røykfritt og riktig liv. Det signaliseres at vaksinasjoner og screeningundersøkelser er tilbud, og at barn og foreldres behov alltid skal være styrende. Det anbefales at forebyggende arbeid og helseopplysning skal ha mindre preg av undervisning og råd, og ha mestingsfokus. Vi beveger oss bort fra den naturvitenskapelige ekspertrollen og inn i en samarbeidende rolle. Helsesøstre kursene i dialogisk kommunikasjon og får stadig tilgang på nye metoder som Motiverende intervjv, PMTO-terapi/rådgivning, Psykologisk førstehjelp, Circle of Security (COS) og Barnesamtalen (DCM).

I familierapi-studiet oppdaget jeg at mye faglig utvikling i helsesøstertjenesten «henger på greip». Vårt erfaringsgrunnlag i møte med barn og familier ute i skolen er verdifullt. Familierapeutisk kompetanse skaper sammenheng og oversikt over løsevne metoder, kunnskap om terapeutiske muligheter og grunnleggende tro på relasjonsarbeid. Det er en

lederoppgave å legge til rette for kompetanseutvikling og at metodekunnskap systematisk innarbeides i tjenesten med veiledning og øving, slik at det gjøres intuitivt og tilpasset i møte med hver familie. Helsesøstre jobber i et system med behov for en viss



«Vi beveger oss bort fra den naturvitenskapelige ekspertrollen.» *Bente Askim*

telling og avdekking, samtidig som psykisk helsearbeid og brukermedvirkning er del av hverdagen. Det krever mer endrings- og samtalekompetanse hos helsesøstre, ikke bare andre faggrupper å henvise til.

Støttesamtalens formål

Helsesøstre i skolen har en unik posisjon og tilstedeværelse i barns hverdag som ingen andre faggrupper i helsevesen eller hjelpeapparatet har. Vi har mange ulike møter med barn og ungdom og

deres nettverk. Det er et skille med screening på den ene siden, med sitt informerende, avdekkende, registrerende formål i god naturvitenskapelig ånd, og på den andre siden, støttesamtaler med formål å forstå, utforske, støtte, bearbeide og endre. Noen

og hjelpe den andre til å forstå egen verdisetting av standpunkt uten å måtte forsvare det på noen måte. Et barn som har magevondt etter far har flyttet ut etter samlivsbrudd, trenger ikke forklaringer eller spørsmål om årsak, men en som lytter og forsøker å forstå opplevelsen.

«Det krever trygghet hos helsesøster å være med i et endringsarbeid.»

kommer i stand som følge av screeningundersøkelser, der foreldrene eller barnet får mot til å presentere en bekymring. Dagens helsesøster må være i stand til å kombinere begge formål i en og samme samtale. Barn kan komme innom kontoret for å spørre om neste vaksinasjon, måle høyden, sjekke synet eller snakke om vondter. Det kan være en måte å sjekke ut relasjonen og hva man kan snakke om på et helsesøsterkontor.

Dialogisk samtale

Ikke sjelden opplever vi å starte og snakke om smerter og fysiske symptomer. Vi må være forsiktig med å uttrykke antakelser om at smertene er psykosomatiske eller antyde at det ikke er et reelt problem. Hans Petter Fundingsrud beskriver i artikkelen «Barn som snakker med kroppen» det han kaller psykosomatiske håndgrep i møte med barn med smerter. Det er spørsmål som både har som hensikt å samle viktig informasjon diagnostisk, men også åpne for ideer som hjelper barn og foreldre til å utvide forståelsen og se nye mulige sammenhenger.

Når det gjelder samtaleinnhold og kvalitet liker jeg begrepet «dialogisk samtale» slik klinisk psykolog og familierapeut David Campbell beskriver den. Den inneholder visse grunnregler som å lytte for å kunne stille spørsmålet «hvorfor er det viktig for den andre å ta nettopp dette standpunktet nå»,

Flere veier til forståelse

Geir Lundby, klinisk sosionom og narrativ terapeut, har presentert begrepet: «Hvor man setter lyskasteren» i terapeutiske samtaler. Det er en god metafor å ha med seg, og sier noe om hva man går glipp av ved å fokusere ett sted og ikke et annet. Hva ligger i mørket når lyskasteren opplyser et punkt. Trår «sykepleiereksperten» på mageplager frem og fokuserer på utforskning av smertens årsak, hyp-pighet, stikkende og verkende? Blir vi opptatt av legeundersøkelser, intoleranse, spiseproblemer eller barnets sykdomsferd, familiesamspill, støtte og trøst? Hensikter og antakelser vil ha betydning for måten å spørre på, og spørsmål kan i seg selv ha en viktig terapeutisk effekt. Å huske at det alltid er andre måter å forstå problemet på kan hjelpe oss å ikke bli forelsket i en hypotese og jobbe ensidig ut fra det. Britisk psykolog og familierapeut Jim Wilson beskriver det som et hovedmål å få frem barnets egne beskrivelser og fortellinger om sine bekymringer, dra det frem i lyset og veve det inn i de andre familiemedlemmenes fortellinger. Barn lever ikke i verden alene. De ulike kontekster må bringes inn i samtalen i rommet for igjen å kunne virke ut i de ulike sammenhenger barnet er en del av.

Terapeutisk arbeid

Jeg møter ofte holdninger hos kollegaer og ledere om at helsesøstre ikke skal jobbe terapeutisk. Det er en psykologoppgave. Veileder for skolehelsetjenesten gir retningslinjer om å gi elever opplæring i god psykisk helseatferd, samt individuell oppfølging av barn med ekstra behov. Det siste betyr i praksis en kartlegging av problemet, støttesamtaler og henvisning til spesialist ved alvorlige symptomer og utredningsbehov. Vi jobber daglig med å avdekke og snakke med barn og unge om psykisk uelse. Det krever trygghet hos helsesøster å være med i et endringsarbeid med barn og familier. Terapi er i dagligtale brukt om en aktiv handling for å løse et problem hos seg selv (egenterapi) eller andre. Det drives et utall terapiformer fra aroma- til fysioterapi, med formål å avhjelpe et problem eller lindre ubehag. Terapeutisk (kan oversettes med behandlingsmessig) innebærer at behandler

■ Terapeutisk arbeid

- Samhandlingsreformens målsetting er oppfølging og behandling nærmest mulig bruker/pasient.
- Hvordan gjøre støttesamtaler terapeutisk?
- Familierapeutisk kunnskap og systemisk tenkning inn i tjenesten.
- Det er en lederoppgave å legge til rette for veiledning og gode rammer for psykisk helsearbeid i skolen.



mener at dette vil påvirke i positiv retning (Wikipedia). Helsesøster jobber ofte terapeutisk og utøver i høyeste grad helsehjelp for å avhjelpe problemer og lindre ubehag. Det er ikke forenlig å jobbe med barns psykiske helse uten tanke om å hjelpe i positiv retning eller se barnet som del av familien og andre viktige kontekster.

Åpen og spørrende holdning

Vi liker alle å tenke på oss selv som åpne og fordomsfrie i møte med barn og familier. Jeg har stadig blitt utfordret i hvordan jeg konstruerer hypoteser og antakelser om vansker brukerne presenterer. Det er naturlig å forstå og framstille hendelser lineært, at A er forårsaket av B. Vi søker årsaksforklaringer og kategoriserer. Foreldres konflikt etter samlivsbrudd blir årsak til barnets magesmerter. Å fordele ansvar og skyld og tildele roller som blir selvpoppfyllende, er også sider ved lineær forståelse. Hvordan vi oppfatter og reagerer på beskrivelser fra brukere er med på å avgjøre hvordan vi velger å hjelpe dem videre. En slik erkjennelse kan føre til at saker i media, eller

venner og familie som omtaler egne og andres opplevelser, kan ses som en liten del av virkeligheten, ikke sannheten. Å øve opp en mer åpen og spørrende holdning muliggjør andre versjoner og løsninger. Lineære spørsmål gir klare svar som opplyser om fakta og er viktige og nødvendige i kartleggingsarbeid. Hvem barnet bor sammen med, hvilke aktiviteter det liker, hvem som trøster når det er lei seg, er eksempler på dette.

Identifisere følelser og opplevelser

Sirkulære og refleksive spørsmål har som hensikt å identifisere følelser og opplevelser i relasjon til andre. Eksempler kan være spørsmål om ulike familiemedlemmers reaksjoner i forhold til bekymringen, barnets skolevegring, tristhet, sinne e.l. Skalering av bekymring, symptomer, smerter og følelsesvariasjoner kan utfolde og åpne opp historien. At vi som hjelpere kan se verden mer nyansert kan medføre at vi også ser nye sammenhenger og får et mer avklart forhold til egen familiehistorie. Det kan gjøre oss mindre emosjonelt aktivert av gjenkjennbare his-

ÅPEN DØR: Barn og ungdom har rett til å komme og snakke om det de vil. Illustrasjonsfoto: Colourbox.

torier. Å ikke forstå den andre for fort, og minne seg selv på at egne opplevelser bare er en erfaring, minsker risiko for feiltolkning. Det er beskrevet som betydningsfullt at hjelper kan bruke egen livserfaring og refleksjon på en naturlig måte i samtaler.

Familieterapeutisk litteratur gir et historisk blikk på mennesket, selv, hvordan vi konstruerer virkeligheten sammen og alene. En slik forståelse har betydning for hvordan vi forholder oss til egen rolle og muligheter; ekspert eller ikke-vitende. Hermeneutisk tenkning vektlegger forståelse og fortolkning; helsesøsters forståelse av familiens vansker er med på å forme hvordan det snakkes om, med hvem, og hvilke løsninger man finner sammen med familien.

Nyttig i utforskningen

I daglig praksis i skolehelsetjenesten er det lite tid til forberedelse, drøfting og refleksjon underveis i arbeidet. Det er ofte flere støttesamtaler etter hverandre innimellom mange andre oppgaver. Vi jobber som regel alene bak lukkede dører, med lite innspill på eget arbeid. Det er avgjørende å kunne delta i veiledningsgruppe for å få innsikt i egne reaksjoner, repertoar og forståelse. Å øve gjennom rollespill, eller få andres blikk på egne utfordrende samtaleprosesser, er en god måte å bruke veiledning på. Dilemmaer kan handle om hvordan den enkelte forholder seg

til motstand, ansvar for endring, maktesløshet eller samarbeid i sammensatte og vanskelige saker. Det er lett å gå seg bort i spørring rundt mer innhold i saken, eller raske og rådgivende løsninger og svar. Sirkulær spørring om helsesøsters opplevelser i relasjon til familien er nyttig i utforskning av problemet. Utvidet forståelse av dilemmaet kan bety mer handlingsrom. Dette krever gode veiledere og øving.

Kjernen i terapeutiske samtaler

I førstelinjetjenesten er mange av bekymringene rundt barn uavklart. Når en lærer melder bekymring for et barn med økende uro og konsentrasjonsvansker, er det mange mulige måter å forstå barnets atferd og hjelpebehov på. Ofte tyr vi til opplagte årsaksforklaringer ut fra fokus til den som presenterer problemet, og roller vi har som lærer, PP-tjener eller helsesøster. Min erfaring er at barn kan uttrykke seg både konkret og realistisk om hva de er bekymret for og ønsker seg annerledes i sin situasjon, om de blir snakket ordentlig med. Helsesøster i skolen kan ha spesielt ansvar og mulighet til å få frem barnets stemme. Implisitt er at avgjørelser om omsorgssituasjon, utredning eller hjelpebehov ikke legges på barnets skuldre, men at de i større grad deltar i forståelsesarbeidet. Ifølge språkssystemisk teori vil alle som deltar i bekymringsnakk ha betydningsfull



GODE SAMTALER: Barn kan uttrykke seg både konkret og realistisk om hva de er bekymret for og ønsker seg annerledes, om de blir snakket ordentlig med. Illustrasjonsfoto: Colourbox.

ning for hvordan problemet snakkes om og løses. Foreldre, lærere og andre kan ha en «bestilling» av samtaler hos helsesøster for at barn «skal ha noen å prate med» ved påkjenninger. Noen ganger er støtte og bearbeiding et riktig mål og består av å språksette opplevelser og følelser. Ofte er det underforstått et ønske om forandring av en vanskelig situasjon og et utviklingsaspekt i tillegg. Å forstå på nye måter er selve kjernen i terapeutiske samtaler og må gjøres med familiefokus. At foreldre ser nye muligheter i hvordan håndtere barnets magevondt etter samlivsbrudd, kan føre til endring i måten de er sammen på. Dette kan føre til at barnets atferd endres og styrke foreldres tro på mestring.

Proessen med barnet

Det er et grunnleggende prinsipp i vår tjeneste at det er lav terskel for å oppsøke, og stor grad av tilgjengelighet. Barn og ungdom har rett til å komme og snakke om det de vil og gir oss mange gode samtaler med barnet/ungdommen alene, men også utfordringer i systemisk arbeid. I individuelle samtaler kan systemisk tenkning bringes inn ved å snakke om bekymringen knyttet til ulike kontekster; interesser, fritidsaktivitet, skole, ferier, familierutiner, eller til relasjoner. Dilemmaer kan oppstå når de ikke ønsker involvering av viktige andre som en hjelp til endring og støtte. Vurderinger gjøres selvstøtt ut fra lovverket vi er underlagt. Uten alvorlig bekymring blir det en prosess sammen med barnet som handler om å ikke gå for fort frem, bevare barnets integritet og rett til å fortelle sin historie i eget tempo. Det er viktig å respektere barnets framstilling av sin virkelighet, men bruke egen indre dialog til å bli mer spørrende til beskrivelsene; «hvordan opplever de andre involverte situasjonen (venner, foreldre, søsken, lærer), og hvordan ville de bidratt til å skape bedre samhandling om de var her og hørte barnets opplevelser?». Å hjelpe barn å bli oppmerksom på hva skjer mellom en selv og andre ved konflikter kan gi ny forståelse og muligheter for endring.

Systematisk tenkning

Å jobbe systemisk innebærer å få frem et multivers av tanker om hvordan et problem har oppstått, virker og forstås. Det kan bli en utfordring når foreldre eller barn ikke ønsker eller får til å komme sammen. Det begrenser muligheten for å stille for eksempel triadiske spørsmål der mor bes om å beskrive hvordan hun opplever forholdet mellom far og barnet, og hvordan hun tenker far reagerer på barnets mages-

merter. Slik spørring gir en helt annen informasjon enn om mor spørres om sin relasjon til barnet, eller barnet spørres om opplevelse av mor eller fars reaksjoner på magesmertene, og de ikke er til stede. Gregory Bateson sier at informasjon er en forskjell som utgjør en forskjell. Om forskjellen blir for stor,

«Det er ikke forenlig å jobbe med barns psykiske helse uten tanke om å hjelpe.»

vil ikke informasjonen bli oppfattet, om den blir for lik, blir den ingen ny informasjon. Dette blir en påminnelse om å forsøke å få med andre som kan gjøre en forskjell i hvordan både barnet, foreldrene, lærer, søsken og helsesøster ser på vanskene. Det åpner for spennende samtaler med både familiedlemmer og annet nettverk til stede. En viktig dimensjon ved systemisk arbeid i skolehelsetjenesten er tverrfaglig samarbeid. Vi har en egen stolthet over å være bredt orientert i samarbeid og tilbud. Instanser kontakter oss for å rekruttere til foreldrekurs og grupper. Informasjonen kan brukes som muligheter å komme frem til i dialog med familien, eller misbrukes til raske henvisninger når vi som eksperter mener det passer barnet og familien.

Muligheter, hensikt og rammer

Foreldre møter oss ofte med et ønske om å finne ut hva som er galt med barnet, hvorfor det har symptomer eller atferd som de selv ikke kan avhjelpe eller forstå, og løse. Mange kommer med usikkerhet i egne vurderinger og forventninger om klare råd for oppdragelse, kosthold, leggetid og så videre. Media fokuserer på eksperter som forteller hva vi skal gjøre når vi er usikre, på barns utvikling, kosthold, trening, og livet generelt. Det blir utfordrende å være «ikke-vitende», samtidig som vi har med oss fagkunnskap og erfaring som foreldrene ber om. Den danske psykologen Søren Hertz' beskrivelse av å vite annerledes, sier at vi som fagfolk må erkjenne oss selv som maktfulle i kraft av meninger og ideer vi konstruerer sammen med familien. Det handler om å være bevisst egne verdier og viten; ekspertise, avvik og diagnoser, eller ressurser og muligheter. Familiens ressurser er ikke en konstant egenskap, men kan hjelpes frem og forstås i den grad terapeut eller hjelpesystem inviterer til det. Hjelperens fordommer og holdninger aktiveres og lyssetter livet i familien og har betydning

for spørring og hvilke muligheter man ser. Denne bevisstheten er avgjørende for at familier med vanskelig og sammensatt problematikk ikke skal oppleve å bli kasteballer i et hjelpesystem som gjør stadig mer av det som ikke nytter, og bidrar til å låse fast vansker i diagnoser og lineær tenkning.

Faglig og etisk ansvar

Som helsesøstre er vi oppdratt til en aktiv og foroverlent posisjon med råd om å gjøre annerledes for å løse problemet. Rådene kan noen ganger være fordekt som veiledning; «har du tenkt på å være litt mer bestemt når du setter grenser for Per». Vi kan kjenne ansvar for å finne gode løsninger, sørge for at det skjer en endring, og opplevelsen av å mislykkes når samarbeidet går i stå. Familierapeutisk teori vektlegger bokstavelig talt å lene seg bakover, lytte mer og kjenne at ansvar blir lettere ved at resultatet skjer i et samarbeid. Vi har faglig og etisk ansvar for å forsøke å forstå og hjelpe, bidra til en samarbeidende dialog og en trygg setting. Vansker i hjelper-familierelasjonen slik som stillstand rundt problemfokus og avlysning av avtaler, kan bringes åpent frem for å finne nye måter å samarbeide på. Vi kan ikke bære ansvaret for at endring vil skje.

Det kan være definert i kommunen hvilke type saker helsesøster skal og ikke skal beskjeftige seg

med, antall samtaler før videre henvisning eller praktiske og organisatoriske forhold. Trange rammer kan føre til at vi forstår for fort, og plasserer problem og fokus lineært og snevert. Det er viktig å være bevisst hvilke rammer som åpner eller begrenser muligheter for gode samtaleprosesser i egen praksis. En del er nødvendig for å regulere tjenesten, men i noen tilfeller ligger begrensninger hos hjelperen selv eller ledere med manglende kunnskap og forståelse for godt psykisk helsearbeid.

Konklusjon

Samhandlingsreformen har slagordet: «rett behandling – på rett sted – til rett tid». Myndighetene har fokusert på at forebygging og behandling skal skje nærmest mulig pasienten. Dette krever at kommunene ser bredere på kompetanseutvikling og ressurser i primærhelsetjenesten, og at flere helsesøstre får familierapeutisk kunnskap som gjør dem rustet til å håndtere oppgaver den psykiatriske spesialisthelsetjenesten har hatt. Individ, nettverk, nærmiljø og helsetjeneste virker sammen for å skape muligheter for gode liv. Helsetjenesten påvirker ikke helsetilstanden alene. Om reformen virker etter intensjonene kan samhandlingen forebygge mer kronisk og alvorlig lidelse, og bremse et stadig dyrere barnevern og spesialisthelsetjeneste. ■

Referanser:

1. «Anderson, Harlene. 2003, dansk utgave. Samtale, sprog og terapi. København: Hans Reitzels Forlag. Oversatt fra engelsk: Conversation, Language and Possibilities. A postmodern Approach to Therapy. 1997.
2. Campbell, David. 2012. Can we tolerate the relationships that race compels? London: Karnac Books Ltd.
3. Dallos, Rudi, Ros Draper. 2007, dansk utgave. Familierapi, systemisk teori og praksis. København: Hans Reitzels Forlag. Oversatt fra engelsk: An Introduction to Family Therapy. Systemic Theory and Practice (third edition). 2010.
4. Fundingsrud, Hans Petter. 2005. «Barn som snakker med kroppen – bruk av et registreringsskjema». Utposten nr. 2/2005 s. 33-39
5. Haugland, Siren, Nina Misvær. Red. 2004. Håndbok for skolehelsetjenesten. 2. utgave. Oslo: Kommuneforlaget AS.
6. Helse- og omsorgsdepartementet. 2008–2009. Stortingsmelding nr. 47.
7. Samhandlingsreformen.
8. Hertz, Søren. 2011. Barne- og ungdomspsykiatri. Nye perspektiver og uante muligheter. Oslo: Gyldendal Akademisk.
9. Jensen, Per, Inger Ulleberg. 2011. Mellom ordene. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
10. Johnsen, Astri, Vigdis Wie Torsteinsson. 2012. Lærebok i familierapi. Oslo: Universitetsforlaget.
11. Lundby, Geir. 2009. Terapi som samarbeid. Om narrativ praksis. Oslo: Pax Forlag AS
12. Morgan, Alice. 2005, dansk utgave. Narrative samtaler. København: Hans Reitzels Forlag
13. Myhrvold-Hansen, Jan. 2006. «Barnet i en utvidet kontekst. Et møte mellom familiekultur og skolekultur». I Foreldre og fagfolk i samspill. Behandling av psykiske vansker hos barn og unge, red. Halvorsen, Inger, Ida Ropstad, Bjørn Rishovd Rund, Wenche J. Seltzer. Oslo: Hertervig Forlag.
14. Olkowska, Alicja. 2013. «Fortsettelsen av jakten på X-Files». Fokus på familien (2): 117-135.
15. Rober, Peter. 1998. «Reflections on Ways to Create a Safe Therapeutic Culture for Children in Family Therapy». Family Process, Vol 37 No. 2 s.202-213.
16. Seikkula, Jaakko. 2008. «Inner and outer voices in the present moment of family and network therapy». Journal of Family Therapy 30: 478–491.
17. Statens helsetilsyn. 1998. Veileder for helsestasjons- og skolehelsetjenesten. IK-2617
18. Tomm, Karl. 1997. Systemisk intervjuetodikk. En utveikling av det terapeutiskasamtale. Malmö: Mereld.
19. Vedeler, Gert Henrik. 2011. «Familien som ressurs i psykososialt arbeid, del 1». Fokus på Familien 4:263-282.
20. Watzlawick, Paul, John Weakland, Richard Fish. 1980. Forandring. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag A/S. Oversatt fra engelsk utgave: Change. 1974.
21. Wilson, Jim. 2001, svensk utgave. Barnets røst i utredning og behandling. Malmö: Mareld.
22. Oversatt fra engelsk: Child-Focused Practice—A Collaborative Systemic Approach. Karnac Books Ltd. 1998.

Nutramigen 2 Nå med bedre smak!

Nutramigen

- Eneste erstatning tilpasset fra 6 måneder
- Høyt kalsium og jerninnhold
- Lett å introdusere
- Dokumentert effekt¹



Referanser: 1. Lothe et al. 1989, Dupont et al. 2012

MeadJohnson
Nutrition

ABIGO Medical AS
Eidsbergveien 43, 1811 Askim
Mobil 90811312

abigo

Hilde Forsmo

Yrke og arbeidsplass: Tidligere ledende helsesøster på Nøtterøy, nå koordinator for tverrfaglig arbeid i Nøtterøy kommune.

– Lederrollen krever ydmy

En leder skal stå i bakgrunnen og applaudere frem sine ansatte, mener tidligere ledende helsesøster på Nøtterøy, Hilde Forsmo. Tekst Marit Handeland

Ledelse er å først løfte frem det en får til, for deretter å lete etter det en skal forbedre, sier Hilde Forsmo, tidligere ledende helsesøster på Nøtterøy. Hun ble helsesøster i 1996 og leder i 2005. Stillingen som ledende helsesøster overtok Maria Rindsem i fjor.

– Hva er en god leder?

– Jeg har brukt syretestspørsmålet på dette: Hvordan liker jeg å bli ledet? Jeg har ledet høyskoleutdannet personale og de liker selvstendighet. Å få myndighet og utviklingsmulighet. Jeg tror at medarbeidere ønsker å ha kontroll selv i det de gjør, å få være god. Selvsagt må man også ta individuelle hensyn slik at den enkelte kan få den ledelsen en trenger. En leder må være god til å forstå slike ulikheter og møte medarbeidere forskjellig, sier Forsmo.

Hun forteller at hennes filosofi som leder har vært at de ansatte er viktigere enn lederen.

«Det er viktig at lederen ikke dukker ned i detaljenes hav, da mister hun oversikt.»

– Å engasjere og motivere de ansatte til å være gode medarbeidere er viktig. Å være støttende, men samtidig utfordre til utvikling har vært viktig for meg. Jeg vil også at de ansatte skal få «kred» og ære når det skal deles ut. En leder skal stå i bakgrunnen og applaudere frem sine ansatte. Jeg tenker at min hovedjobb er å jobbe med grunnmuren til de ansatte slik at de er trygge til å vise det beste i seg.

– Så skal en leder selvsagt også være tydelig når det trengs, men på en varm måte. Du må ha en ydmykhet i lederrollen, slik at den som skal ledes blir møtt på en god og rettferdig måte. Dominante

ledere kan skape utrygge medarbeidere, sier Forsmo.

Hun mener at en leder må ha god oversikt over systemet og organisasjonen. Se hva slags kamper en kan og ikke kan kjempe, ut ifra påvirkningsmulighet.

– Det er viktig at lederen ikke dukker ned i detaljenes hav, da mister hun oversikt. Å vite til enhver tid hvor en befinner seg, er hovedoppgaven til en leder.

Positiv utvikling

Helsesøstertjenesten har forandret seg, mener Forsmo.

– Vi har flyttet oppmerksomheten fra det medisinske til det psykososiale. Det har gitt rom for at det er andre yrkesgrupper som er minst like viktige. Jeg synes at det er bra. Samarbeid med skoler og barnehager er viktig for å lykkes. Det er bra for barna at helsesøster ønsker å løfte frem helsefremmende og forebyggende aspekter når barn og unge strever. Vi skiller oss ut med at vi har et slikt ressursfokus. Helsesøster tror på at en kan ordne i egne liv, og at en har makt og myndighet i eget liv. Vi har et langsiktig perspektiv når vi ser et barn. En skolehelsesøster kan følge over tid, kanskje gjennom hele ungdomsskolen. Når en har kartlagt hvilke ressurser og risikofaktorer som finnes må man selvsagt kople inn andre, hvis ikke det går, sier Forsmo.

– Det er viktig som leder å løfte frem dette med jevne mellomrom, for det spørres etter terapeuten som kan ta enkeltsaker og bruke mye tid disse. Vi skal ha en 80–20% fordeling, og jobbe mest mot hele befolkningen – primærforebyggende, om du vil. At en ikke til enhver tid kan ha en slik fordeling av arbeidstiden, er naturlig, men det å ha en tro på at ting går over, at mye av vanskene er normale og kan ordnes med lite hjelp, er et viktig perspektiv. At vi gir verktøy til familien som psykologisk førstehjelp, som de selv kan bruke for å finne veien, bør være en hovedtanke for helsesøster. Hvis vi ikke har dette perspektivet kan flere enn de som skal, havne i «behandlingskøen».

■ **Lederstafetten** skrives av helsesøstre i lederstillinger om aktuelle tema. Stafett-pennen sendes videre i hvert nummer.

kheth

Å ha tro på egenhjelp til å ordne opp, er viktig, sier Forsmo.

Familietenkning

Hilde Forsmo er opptatt av familietenkning.

– Enkelte barn er født med en sårbarhet. Det er viktig at helsestasjonene kartlegger og fanger opp disse barna. Andre barn utvikler sårbarheter på veien. Disse fanges gjerne opp senere i barnehage og skole. Da blir det viktig å ha et bredere perspektiv med familieforståelse. Kanskje årsaken til at barnet strever ikke ligger i barnet selv, men i omgivelsene. Her har helsesøster en sentral rolle med sin kunnskap og familieforståelse, sier Forsmo.

– *Hva tror du om fremtiden?*

– Helsesøsterfaget har fått en oppsving de siste fem årene. Faget har fått mye god oppmerksomhet og anerkjennelse i media og særlig fra departementshold. Skolehelsetjeneste og helsestasjonstjenesten skal satses på. Det tyder på at vi ikke skal ha et behandlersamfunn, men bred, helsefremmende oppmerksomhet mot befolkningen. Det betyr at vi må fortsette å vise hva vi er gode til, ikke hvile på laurbærene, sier Forsmo.

– Arbeid med barn, ungdom og familier kan til tider være komplekst. Flere tjenester er ofte involvert. Mange løfter frem tverrfaglig samarbeid som nøkkelen for å lykkes. Erfaringen min er at tverrfaglig samarbeid til tider kan være utfordrende å få til. Jeg tror at en nøkkel for å lykkes i tverrfaglig arbeid er å ha et godt system som sikrer kvaliteten på dette. I min nye jobb som koordinator for tverrfaglig arbeid i kommunen jobber jeg med nettopp dette. Og jeg opplever at vi er på god vei, sier hun.

– *Folkehelseloven skal gjelde for alt som skjer i kommunen. Er dette noe vi helsesøstre bør utnytte?*

– Ja, og dette bør vi samarbeide om. Vår kommunes folkehelsekoordinator er en viktig brikke i dette. Hel-



sesøstrene må melde seg på laget og være gode ambasadører for folkehelse. Folkehelse er jo helsesøstrenes fag! Det nedfelles arbeidsgrupper og utvalg, som vil påvirke helsesøstrene. Dette er arbeid som kan påvirke fremtiden og vi må delta i planarbeidet, sier Forsmo.

– *Du arbeider nå i en annen lederstilling når du nå sitter i team med oppvekst og kultursjefen og har ansvar for det tverrfaglige fokuset i det kommunale arbeidet mot barn og unge. Det er nytt at det sitter helsefagutdannede i denne posisjonen?*

– Jeg registrerer at kommunen har tatt til seg at vi skal ha en tverrfaglig bredde i arbeidet. Vår nye kommuneplan har en helsefremmende profil. Særlig gjelder dette kapittelet om god oppvekst. Jeg er stolt av å være en del av dette, og jeg gleder meg til fortsettelsen. En plan er bra. Enda bedre blir det når planen oppleves som et nyttig verktøy i hverdagen hos de ansatte. Så er det godt å vite at mine tanker om hvordan en helsestasjon skal ledes, videreføres med den nye lederen. Det er særst viktig i og med at leder av helsestasjonen er en viktig samarbeidspart inn i den jobben jeg har i dag. Det er moro å gå på jobb, sier Hilde Forsmo. ■

LEDERROLLEN:

Hilde Forsmo har mange års ledererfaring. Hun mener at en leder skal stå i bakgrunnen og applaudere frem sine ansatte. Foto: Privat.

Satser sammen på barns helse

Helse- og omsorgsdepartementet har sammen med Kunnskapsdepartementet etablert Nasjonalt senter for mat, helse og fysisk aktivitet, som skal styrke helsesatsningen i norske barnehager og skoler.

Av **dosent Gudbjørg Øen**, senterleder, Nasjonalt senter for mat, helse og fysisk aktivitet, Høgskolen i Bergen

Befolkningens fysiske aktivitet viser en negativ trend. Det gjelder også for barn og unge, ifølge den ferske folkehelsemeldingen Meld. St. 19 (2014–2015) Mestring og muligheter. Drøyt 2,5 millioner mennesker i den norske befolkningen oppfyller ikke de helsemessige anbefalingene om fysisk aktivitet. Selv om det har vært en positiv utvikling i det norske kostholdet de siste 30 årene, har inntaket av mettet fett økt. Ifølge et globalt sykdomsbyrdeprosjekt, er usunt kosthold blant de viktigste risikofaktorene for sykdom i den norske befolkningen (Det Kongelige Helse- og omsorgsdepartement, 2015). Formålet med denne artikkelen er å orientere om nytt nasjonalt senter for mat, helse og fysisk aktivitet i lys av nasjonale satsinger på folkehelsearbeid med relevans for helsestasjoner

«Det må samarbeid til for å nå målene.»

og skolehelsetjenesten. Det inviteres og stimuleres med dette til samarbeid mellom disse helsetjenestene, senteret og barnehager/skoler.

Nasjonalt senter for mat, helse og fysisk aktivitet ble etablert høsten 2013 ved Høgskolen i Bergen. Formålet med senteret er at det skal bidra til at den nasjonale utdannings- og helsepolitikken blir iverksatt og gjennomført. Dette skal senteret arbeide med, gjennom både helsefremmende og forebyggende tiltak, og sammen med senterets primære målgrupper som er: barnehager, skoler (grunn- og videregående), helsestasjonstjenesten, skolehelse-

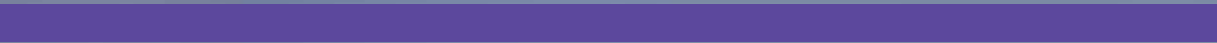
tjenesten og deres myndigheter/eiere/ledere/personell samt universitet og høyskoler med relevante utdanninger.

Om senterets mandat

Senteret skal bidra til styrke barnehagenes og skolens rolle som helsefremmende og forebyggende arenaer for barn og unge. En viktig målsetting er å gi alle barn og unge et likeverdig barnehage tilbud og tilpasset opplæring av høy kvalitet i et inkluderende fellesskap. Helse – og omsorgsdepartementet (HOD) og Kunnskapsdepartementet (KD) har gått sammen om dette senteret nettopp for å styrke barna fra en tidlig alder for å etablere gode vaner for spising og bevegelse gjennom de arenaer barn og unge oppholder seg det meste av dagen. Senteret rapporterer faglig til, og blir styrt av, Utdanningsdirektoratet sammen med Helsedirektoratet.

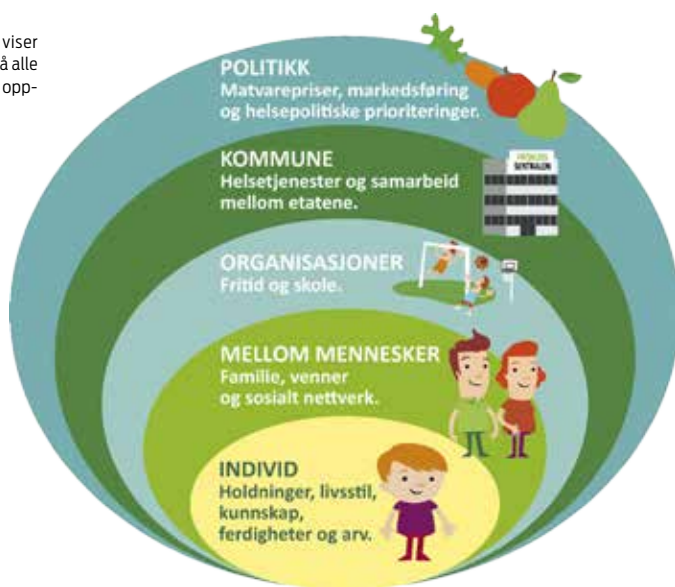
Når to departementer går sammen på den måten, blir det tydelig at den politiske ledelsen i Norge er enige om at det må jobbes sammen for å lykkes med de viktige målsettingene: Å redusere sosiale ulikheter. En hovedhensikt med senteret er å synliggjøre og formidle sammenhengen mellom helse og barn og unges læring, læringsmiljø og læringsutbytte, med vekt på sunne måltider og regelmessig fysisk aktivitet.

I mandatet for senteret framgår det at senteret skal drive formidling, rådgiving og veiledning basert på resultater fra forskning og forsøks- og utviklingsarbeid med eksempler på god praksis. Formidlingen skal i hovedsak være nettbasert. Senteret er et landsdekkende ressurs-senter som skal bidra til samordning mellom ulike aktører på nasjonalt



BARNETS BESTE: Familievernet mekler mellom foreldrene ved samlivsbrudd. Illustrasjonsfoto: Colourbox.

FIGUR: Denne figuren viser hvordan man må jobbe på alle nivåer for å fremme god oppvekst, læring og helse.



og lokalt nivå, og skal løfte fram synergieffekter som oppstår ved erfaringsutveksling og samhandling. Det skal settes søkelys på hvordan ernæring og fysisk aktivitet kan være naturlig integrert på tvers av fag, og være en ressurs for fagene mat og helse og kroppsøving i grunnskolen og videregående opplæring. Senteret skal formidle kunnskap om tilrettelegging for barn og unge med kroniske sykdommer og nedsatt funksjonsevne innenfor rammen av et inkluderende fellesskap og legge til rette for et godt psykososialt miljø, som fremmer muligheten til å delta, og opplevelse av tilhørighet og mestring. For at alle barn skal få delta og oppleve mestring, er nettopp det indre livet i barnehagen og i skolen viktig. Personalet som arbeider med barna er viktige ressurspersoner som skal tilrettelegge for læring og god utvikling. Læreplaner og nasjonale føringer for hva som skal være innholdet i hverdagen for barna, blir også helt sentralt. Det er beskrevet hvilket læringsutbytte elevene i skolen skal ha etter ulike klassetrinn. Det er velkjent at elever uteblir fra kroppsøvingsfaget, særlig fra ungdomstrinnet, og at bare om lag halvparten av lærerne som underviser har utdanning i faget. Enda lavere er andelen lærere med fagutdanning i mat- og helsefaget. I tillegg vet vi at mange skoler nedprioriterer praktisk matlaging. Det helsefremmende arbeidet blir også å sørge for at barna får nødvendig tilrettelegging, slik at de får mestringserfaring. Mestringsopplevelse er vesentlig

for utvikling av positiv selvoppfatning, selvbilde og for å få tro på seg selv. Det er veldokumentert at selvbilde er av vesentlig betydning for psykisk helse, og at psykisk helse har betydning for gjennomføring av skole og deltakelse i arbeidslivet. På den måten blir barnehagen og skolen helt sentrale arenaer for å drive helsefremmende arbeid, med store muligheter for å bidra positivt til den norske folkehelsen. Helsestasjons- og skolehelsetjenesten er vesentlige bidragsytere i dette arbeidet.

Hva gjør vi i det nye senteret

Nasjonalt senter for mat, helse og fysisk aktivitet har en visjon om å bygge bro mellom skole/barnehage og helsetjenesten, i særdeleshet med helsestasjon og skolehelsetjeneste. Vi definerer ernæring og fysisk fostring som helt grunnleggende for å mestre alle andre krav som stilles for å bli en kraftfull medborger, klar til å møte samfunnets muligheter, oppgaver og utfordringer. Helsestasjon og skolehelsetjeneste er kommunale tjenester som i sitt mandat utelukkende har som oppgave å drive helsefremming og forebyggende helsearbeid for barn og unge. Personalet har en unik mulighet til å bidra for å oppfylle disse målsettingene, fordi de møter tilnærmet alle familier, barn og ungdommer. Data de besitter er en viktig kilde til kommunens kartlegging av helsetilstanden som gir mulighet for å planlegge en helhetlig helsefremmende strategi.

Helt til topps i den politiske ledelse er det tydelig-

gjort at det må samarbeid til for å nå målene. Da er det å håpe at de to departementenes felles satsing på tverrfaglighet og samhandling på tvers av sektorer forplanter seg utover i fylker og kommuner. Senteret vil tilrettelegge for at helsestasjonstjenesten og barnehagen får møtes på felles arena for å lære av hverandre. I oppdragsbrevet for 2015 fra oppdragsgiverne er barnehagen blitt satsset ekstra på via alle de ti faglige nasjonale sentrene styrt av Utdanningsdirektoratet. Nasjonalt senter for mat, helse og fysisk aktivitet arranger derfor en konferanse i november 2015, sammen med Læringsmiljøsentret hvor småbarns fysiske og psykososiale helse står i sentrum. Senteret vil tilrettelegge for møteplasser mellom skoler og skolehelsetjenesten, og bidra til fellesprosjekter mellom disse for å øke samhandlingen og for å dokumentere og formidle vellykkede samhandlingsmodeller.

I oktober 2014 gjennomførte senteret åpningskonferansen med 65 ulike sesjoner innen mat, helse og fysisk aktivitet hvor 350 deltok, og hvor deltakerne var fra departementer, direktorater, fylkeskommuner, universitet og høyskoler, kommuner, frivillige og private organisasjoner. Det faglige innholdet var sentrert rundt mat og danning og fysisk aktivitet og mestring, og hvor mat- og bevegelsesglede sto i sentrum. Personell fra barnehage, skole, helsestasjon og skolehelsetjeneste, samt universitet og høyskoler var samlet. Informasjonsmaterieil fra konferansen er å finne på senterets hjemmeside (mhfa.no).

Sammen framover

I den nye Folkehelsemeldingen bygger regjeringen videre på den tverrpolitiske enigheten om de overordnede rammene for folkehelsepolitikken. Blant de nasjonale målene skal befolkningen oppleve flere leveår med god helse og trivsel og reduserte sosiale helseforskjeller, og det skal skapes et samfunn som fremmer helse i hele befolkningen. Videre slutter Norge seg til WHO's mål om å redusere for tidlig død av ikke smittsomme sykdommer (NCD) som hjerte- og karsykdommer, diabetes, kols og kreft med 25 prosent innen 2025. Flere av målene er knyttet til senterets satsingsområder, slik som: stoppe økningen av diabetes og overvekt, 10 % reduksjon av forekomst av utilstrekkelig fysisk aktivitet, 25 % reduksjon av forhøyet blodtrykk, og 30 % reduksjon i gjennomsnittlig inntak av salt eller natrium. Regjeringen vil legge målene til grunn for utvikling av nasjonal politikk og styrke innsatsen på tvers av sektorer for en mer helsevennlig livsstil. Her nevnes å supplere spesielt med mål som fanger opp helsefremmende faktorer, som godt kost-

hold, gode måltidsvaner og fysisk aktivitet som kilde til overskudd og livsglede (Det Kongelige Helse- og Omsorgsdepartement, 2015).

Noen av HODs tiltak er nettopp å styrke helsestasjons- og skolehelsetjenesten og legge fram en ungdomshelsestrategi, og bidra med informasjonskampanjer for mer helsevennlige valg. KD satser på kvalitet i barnehagene, bedre moderasjonsordninger og ny ordning med gratis kjernetid i barnehage for fire- og femåringer i familier med lav inntekt. KD satser på å styrke lærernes kompetanse gjennom lærerløftet, og et lag rundt eleven. De viderefører psykisk helse i skolen, program for bedre gjennomføring i videregående opplæring og 0–24-samarbeidet rettet mot utsatte barn og unge. Videre skal det gjennomføres et forsøk ved et utvalg av ungdomsskoler med økt antall timer fysisk aktivitet og/eller kroppsøving. Dette forsøket er lagt til Nasjonalt senter for mat, helse og fysisk aktivitet.

Senteret får årlige oppdragsbrev fra oppdragsgiverne, der satsingene og arbeidsoppgaver framgår. Vi deltar med innspill i utvikling av nasjonale retningslinjer og føringer, og bidrar faglig inn mot KD og HOD gjennom styringsdialoger og rapporteringer. Det blir av felles interesse å se Ludvigsen-utvalgets rapport om innholdet i framtidens skole som skal publiseres den 15. juni 2015. Ludvigsen-utvalget stiller spørsmålet: Hvilken kompetanse trenger norske barn og unge i fremtiden?

I hovedsak skal senterets prosjekter formidles på hjemmesiden, men vi legger vekt på å presentere senteret på konferanser og i settinger hvor våre målgrupper samler seg. Gjennom nettverksbygging, besøk hos ulike fagmiljø og oppfølging av henvendelser vi får, gjør senteret seg kjent med prosjekter som er eksempel på god praksis. Disse vurderer vi ut fra hvilken grad de er kunnskapsbaserte og etterspurte fra praksismiljøene. Vi vektlegger et utvidet kunnskapsbegrep,

«Mange skoler nedprioriterer praktisk matlaging.»

hvor både forskning, brukerkunnskap og praksiskunnskap blir vektlagt. Vi presenterer både utviklings- og forskningsprosjekter, fra både nasjonale og internasjonale kontekster. Vi ser etter prosjekter som vil være bærekraftige, og som bidrar til å bedre kvaliteten på praksis. Det kan vurderes hvordan helsestasjon og skolehelsetjenesten kan bidra enda sterkere inn i det helsefremmende arbeidet, slik figuren på side 20 viser

hvordan man må jobbe på alle nivå for å fremme god oppvekst, læring og helse. Et EU-støttet prosjekt er «Schools for health in Europa» (SHE), som er utprøvd og implementert i mange land. Her vises verktøy for hvordan man kan arbeide helhetlig med helsefremmende skoler og barnehager. Senteret arbeider med å oversette og tilpasse verktøyene til norske forhold, for senere publisering på nettsiden.

Mange nettressurser er utviklet om bruk av naturen for læring på andre arenaer, og for fysisk aktivitet og matlaging. Kostholdsplanleggeren er primært utviklet til bruk i mat- og helsefaget, men kan være til god nytte som verktøy for helsepersonell når de skal veilede familier. Det er utviklet en videofilm om motorisk utvikling hos spedbarn rettet mot barnehagen. Det jobbes nå med å tilpasse denne filmen til bruk i helsestasjoner, slik at de ansatte kan bruke denne i veiledning av foreldre. Noen av våre ressurser vil også bli presentert på ulike språk. Det legges kontinuerlig ut nye ressurser på vår hjemmeside, og mer

informasjon om senteret fins her. Helsepersonellet kan følge med på våre aktiviteter ved å melde seg på nyhetsbrevet som regelmessig sendes ut. Helsestasjons- og skolehelsetjenesten er primærmålgrupper for senteret. Vi er avhengige av toveis-kommunikasjon med dere, dersom vi skal imøtekomme deres behov for faglige ressurser og verktøy for å bedre praksis for barn og unge på deres arena. Vi imøteser henvendelser fra dere for gjensidig nytte. ■

Referanser:

1. Det kongelige helse- og omsorgsdepartement (2015). Meld. ST.19 (2014–2015) Folkehelsemeldingen. Mestring som mulighet. (<https://www.regjeringen.no/nb/dokumenter/meld.-st.-19-2014-2015/id2402807/?docId=STM201420150019000DDDEPIS&ch=1&q=>) (lest 27.03.15)
2. Nasjonalt senter for mat, helse og fysisk aktivitet (2015). Mandat. <http://mhfa.no/om/mandat/> (lest 27.03.15)
3. Sømme, B. og Øen, G. (2013). Figur 1. Inspirert fra Dahlgren & Whiteheads modell, 1991. Hentet fra prosjektet Sunn framtid. (<http://sunnframtid.no/om-sunn-framtid>) (lest 27.03.15.)
4. Ludvigsen utvalget (2014). <http://blogg.regjeringen.no/fremtidens-skole/> (lest 27.03.15)

ANNONSE



Oppdatert på vaksiner?

På Folkehelseinstituttets nettsider www.fhi.no/vaksine får du oppdatert informasjon om vaksiner og vaksinasjon.

Abonnér på vaksinenyheter direkte til din e-postkasse. Registrer abonnementet på www.fhi.no

Les Vaksinasjonsboka som e-veileder på [fhi.no](http://www.fhi.no), eller bruk appen "fhi-veiledere" når du vil sjekke Vaksinasjonsboka på mobil eller nettbrett.

Spør oss
Som helsearbeider kan du be om vaksinefaglige råd via e-post: vaksine@fhi.no, eller ringe rådgivings-telefonen 21 07 70 00 man–fre kl. 13.00–14.30.

 folkehelseinstituttet

ILLUSTRASJONSFOTO: COLOURBOX.COM

Nyda[®] dreper både lus og egg

- Én behandling på én time er nok!
- Selges i alle Vitus, Ditt Apotek og Boots apotek



NYDA[®] er et nytt og effektivt middel mot hodelus som også dreper luseegg. Nyda[®] inneholder en blanding av to dimetikoner, som effektivt trenger inn i lusens pustepåpninger og på den måten kveler lusene. Også luseegg har pustepåpninger, for nymfene som utvikles inne i egget, må ha oksygen for å leve. Nyda trenger inn i disse åpningene og kveler på den måten de uklekkede lusene.

NYDA[®] er helt giftfritt og godkjent brukt fra 2 års alder. (NYDA[®] er grundig undersøkt på barn ned til 2 år, derfor er dette satt som

nedre aldersgrense). Det er nok med én enkel påføring. Det følger finkam med i hver pakke, så man kan gre ut døde lus, nymfer og egg etter behandlingen. NYDA[®] er et CE-merket medisinteknisk produkt, Klasse II - en høyere grad av godkjenning enn andre medisintekniske lusemidler som vanligvis bare er Klasse I.

 **Navamedic**

Navamedic ASA
Tel: +47 67 11 25 40
E-mail: info@navamedic.com
www.navamedic.com



Når mamma og pappa ikke bor sammen lenger

Barna forteller ikke alltid foreldrene sine hvordan de opplever å bo i to hjem. Å gå i gruppe med andre i samme situasjon, kan gi dem en stemme slik at de høres. Helsesøster kan bringe disse erfaringene til foreldrene på foreldrekvelder.

Tekst Inger Marie Otterdal, helsesøster, Larvik kommune



Hver dag opplever gjennomsnittlig 80 barn i Norge det som for noen kan oppleves som et jordskjelv, og som for andre kan oppleves som en lettelse; mamma og pappa skal ikke bo sammen lenger. Jeg tør påstå at ingen barn går uberørt gjennom foreldrenes samlivsbrudd. Men hvordan kan vi på best mulig måte bringe budskapet om barnas situasjon videre til dem som kan skape endringene for barna, nemlig foreldrene? I Larvik har vi utviklet en tiltaksrekke som innlemmer både barn, ungdommer og foreldre etter samlivsbrudd.

Lett å bagatellisere

Forskning viser at det går bra med de aller fleste barn som opplever foreldrenes samlivsbrudd. Men fordi skilsmisse er så vanlig, vil selv en liten økt risiko for negative konsekvenser av foreldrenes samlivsbrudd gjøre at svært mange barn er utsatt (1).

Når så mange barn opplever samlivsbrudd, kan vi lett komme til å bagatellisere barns opplevelse: «Hun takler

det jo så fint, hun sier ikke noe til meg om at det er vanskelig å bo i to hjem.» Barn må leve med konsekvensene av de voksnes valg hele sitt liv. Dét er det ikke alltid så lett for foreldre å ta inn over seg og være bevisst på.

Barns historier om foreldrenes samlivsbrudd hører vi som helsesøstre imidlertid mye om i samtalegrupper for barn med skilte foreldre, eller PIS-grupper som mange kaller det (2).

«Det kan være temmelig slitsomt å bo i en bag og forholde seg til foreldrenes nye kjærester.»

Her forteller mange barn oss at det ikke alltid er så lett å bo i to hjem, at det kan være temmelig slitsomt å bo i en bag og forholde seg til foreldrenes nye kjærester, ste- og halv søsken og familier. Mange sier at dette har de ikke snakket med noen om; ikke med foreldrene, og ikke med venner. De vil være lojale mot både mamma og pappa

og er redde for å såre og skuffe dem de er glad i.

Tilhørighet og identifisering

Ifølge Raundalen og Schultz (3), er det av stor terapeutisk betydning nettopp å hjelpe barn å finne ord, setninger og fortellinger som rydder, ordner og arkiverer det som har hendt som en «håndtert fortid».

Hilde Egge har i sin masteroppgave

(4) undersøkt hva som kan være til hjelp ved å delta i samtalegruppe etter samlivsbrudd. Hennes resultater sammenfaller godt med det Sidsel Rognrud refererer til i sin masteroppgave (5). Det er stikkord som tilhørighet og identifisering med andre som har opplevd det samme, og åpenhet uten å kjenne på lojalitetskonflikt som



EN ANNEN VIRKELIGHET: Siden mange barn opplever samlivsbrudd, kan det være lett å bagatellisere barns opplevelser. Det at de ikke sier noe, betyr nødvendigvis ikke at de opplever situasjonen som uproblematisk. Illustrasjon: Bente Prytz.

beskriver hva som hjelper for barna. I samtalegruppene kan barn få satt ord på følelser og sette dem inn i sin «livslinje». Dette kan føre til økt forståelse og lette barnas bearbeiding av samlivsbruddet.

Forvalter stor tillit

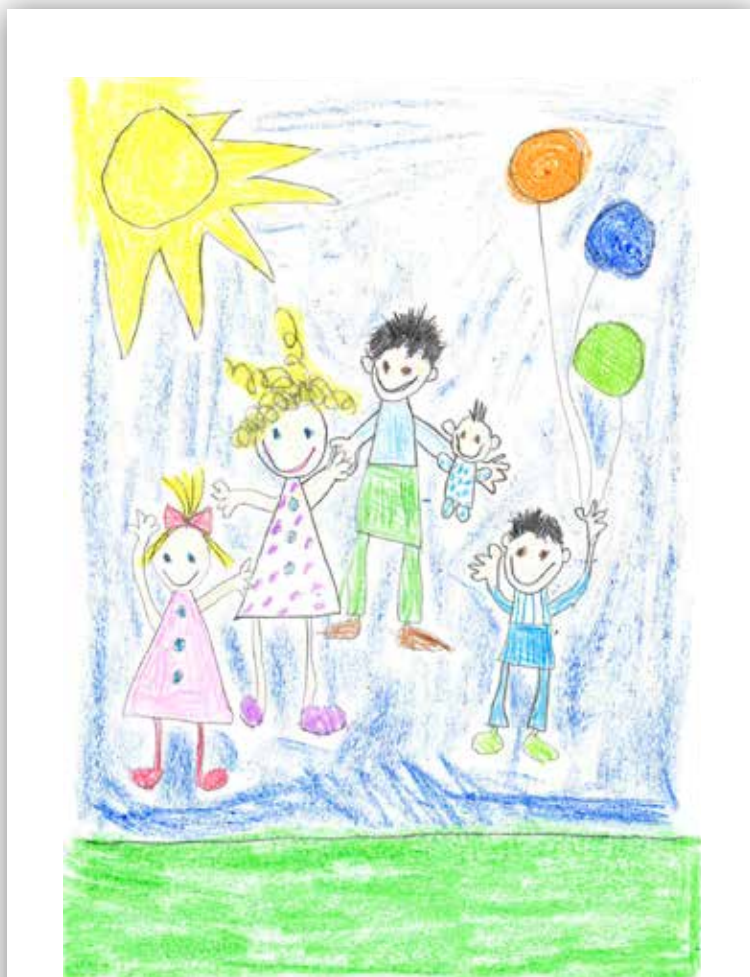
Jeg mener at foreldre som lar sine barn og ungdommer få være med i PIS-grupper er rause; de gir barna sine muligheten til å få snakke med en utenforstående om nokså personlige og private ting, slik et samlivsbrudd kan være. Jeg har mange ganger lurt på om jeg ville gitt barna mine denne muligheten om jeg selv hadde befunnet meg i en så sårbar situasjon? Jeg tror jeg ville vært urolig for hva barna mine ville sagt om meg som forelder og hvilket inntrykk gruppelederne ville ha av meg etterpå. Som helsesøstre må vi forvalte tilliten foreldrene gir oss med stor respekt og ydmykhet.

Verdifull informasjon

Vi som leder PIS-gruppene, opplever ofte at barna ikke forteller noe fra samtalegruppen, eller hva de selv har sagt i gruppa, til foreldrene. Jeg tror dermed mange helsesøstre, som meg, føler at de sitter med mye verdifull informasjon fra deltakerne etter at PIS-gruppene er avsluttet. Dette er jeg overbevist om er informasjon som mange foreldre vil ha glede av, og ønske om å få ta del i. For å hjelpe barn og ungdommer til å snakke mer med foreldrene sine, bør vi legge til rette for å hjelpe dem i gang ved å sørge for å bringe budskapet fra samtalegruppene videre til foreldrene. Jeg opplever at barna, og ungdommene som ellers vegrer seg for å ta opp disse temaene med foreldrene, synes det er helt uproblematisk når det leveres videre fra gruppa som helhet, og via en person som oppleves som «nøytral» i forhold til mamma og pappa.

Er budbringere

Larvik deltok i «Ser du meg»-prosjektet (Bufdir 2010-2012). I denne perioden fikk vi tid, midler og anledning



GJØR LIVET ENKLERE: I samtalegruppene kan barn få satt ord på følelsene sine slik at det blir enklere å bearbeide samlivsbruddet. Illustrasjon: Bente Prytz.

til å prøve ut nye tiltak i kommunen og etablere et tettere samarbeid med familievernkontoret i Søndre Vestfold.

Fra 2011/2012 har vi dermed fått til et tilbud om mamma- og pappakveld to ganger i året – ved slutten av hvert skolesemester. Alle foreldre som har hatt barn med i PIS-gruppe på en barne- eller ungdomsskole i kommunen, får invitasjon i posten til henholdsvis «mammakveld» og «pappakveld».

Jeg som helsesøster leder kvelden sammen med en representant fra familievernkontoret.

I PIS-gruppene jobber vi derfor også med søkelys på hva vi kan «levere tilbake» til foreldrene. Barnas svar på de pedagogiske metodene vi bruker, skriver de selv, eller ved hjelp av gruppeleder, på flipover-ark. På mamma- og pappakvelden går vi gjennom hvert av temaene i PIS-materiellet, og presen-

terer flipover-arkene som hører til de respektive temaene. På denne måten blir det ikke helsesøsters meninger og synsinger som kommer frem denne kvelden, men helsesøster fungerer bare som en budbringer mellom barna/ungdommene og foreldrene.

Mamma- og pappakveld

Det er rom for diskusjon og erfaringsdeling underveis. Jeg opplever at det er mange foreldre som kommer med spørsmål, ber om råd og får hjelp både fra de andre foreldrene som er til stede, og fra oss fagpersoner. Mange tar også kontakt med oss i etterkant av kvelden. I mange tilfeller tror jeg også dette kan være en fin bevisstgjøring og døråpner for foreldre til å snakke og undre seg videre sammen med barna sine; rett og slett sette samlivsbruddet på dagsorden rundt middagsbordet og på sengekanten. Agenda for mammakveld og pappakveld ser slik ut:

1. Velkommen, presentasjon av fagpersoner.
2. Presentasjon av PIS-materiellet.
3. Presentasjon av de ulike temaene i PIS-materiellet parallelt med flipover-ark fra PIS-gruppene.
4. Spørsmål/diskusjon.
5. Presentasjon av familievernkontorets tilbud, inkludert «Fortsatt foreldre»-kurs.
6. Avslutning.

Vi opplever at mange foreldre er motiverte for å komme på disse kveldene, og vi får gode tilbakemeldinger. Vanligvis ser vi et oppmøte på cirka 35 prosent av dem som har fått invitasjon. «Rekorden» hittil har vært 21 mammaer og 17 pappaer.

Suksesskriterier

- At det er én helsesøster i kommunen som har ansvaret for å samle inn informasjon fra PIS-gruppene, og som sørger for å koordinere med familievernkontoret, oppdatere dato for mamma- og pappakveld og sende ut informasjon.
- Ikke la enkeltsaker ta for mye plass.
- Å arrangere på denne måten er både



LEDER MAMMA- OG PAPPAKVELD: Som helsesøster er Inger Marie med å leder møtene sammen med en representant fra familievernkontoret. Fotograf: Siw Hege Trøstibakken

«I samtalegruppene kan barn få satt ord på følelser og sette dem inn i sin 'livslinje'.»

ressursbesparende for vår tjeneste og det oppleves ikke så sårbart hvis ikke alle foreldrene møter opp.

Ideen til mamma- og pappakveld har fått innpass i den reviderte PIS-veilederen for barne- og ungdomsskole fra 2012 (2).

Mamma- og pappakveld er en fin anledning til å rekruttere foreldre videre til «Fortsatt foreldre»-kurs (6), som vi tilbyr i Familiesenteret i Larvik sammen med familievernkontoret i Søndre Vestfold.

Hensikten med kurset

Målet med dette kurset er å styrke foreldres evne til å samarbeide etter

samlivsbrudd, og dermed bidra til å fremme en trygg og stabil oppvekst for barna. Kurset går over fem kvelder. Det anbefales at foreldrene deltar på separate kurs. I Larvik møter kursdeltakerne for tiden de samme fagpersonene som holder mamma- og pappakveld, og vi ser det som et pluss at vi er både mannlig og kvinnelig kursholder med hver vår fagbakgrunn.

Gjennom disse tilbudene for barn, ungdom og familier, mener vi å se at vi også kan komme i kontakt med høykonfliktfamilier, hvor vi vet at barna er i størst risiko for å utvikle egne psykiske vansker. I Larvik har vi hatt et godt samarbeid med familievernkontoret i mange av disse sakene. Det gjenstår fremdeles mye arbeid for å få til et godt tilbud for spesielt utsatte familier i samarbeid med barnevernet.

Alle som involveres i en samlivsbruddprosess, har behov for å bli sett og forstått for å komme videre til en ny normalsituasjon. Jeg mener at tiltaksrekken vi har utviklet i Larvik ivaretar barn/ungdommer og foreldre i en sårbar situasjon på en god måte. ■

Referanser

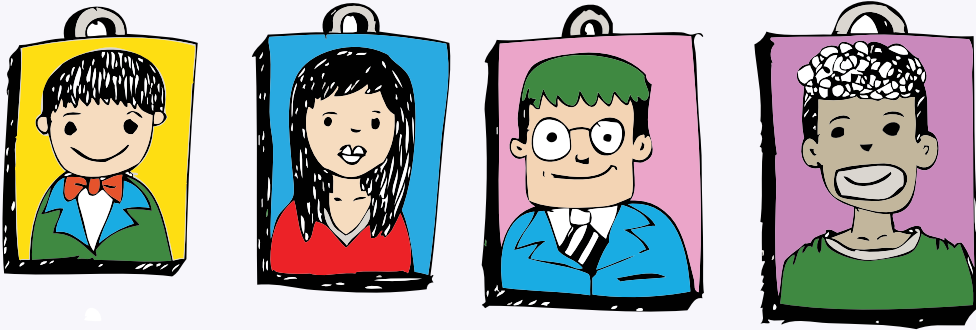
1. Artikkel fra universitetet i Stavanger. «Kva gjer ei skilsmisse med barnas psykiske helse?» Ingunn Størksen refereres i artikkelen. Nettbasert. Tilgjengelig fra: <http://forskning.no/helse-depresjon-barn-og-ungdom-psykologi-sosiale-relasjoner/2008/02/kva-gjer-ei-skilsmisse-med>
2. PIS. Program for skilsmissegrupper i skolen. Veileder for barneskolen og ungdomsskolen. Utarbeidet av Bærum kommune 2005, revidert i 2012. Ansvarlig utgiver: Organisasjonen Voksne for Barn (www.vfb.no/pis).
3. Raundalen M, Schults JH. Krisepedagogikk (s. 145). Oslo: Universitetsforlaget, 2006.
4. Hilde Egge «Du er ikke alene». Samtalegrupper som helsefremmende tiltak for skilsmissebarn. Master of public health (2012).
5. Sidsel Rognerud «Samtalegrupper for skilsmissebarn. Gruppedalers erfaringer med gjennomføring og nytteverdi» (2014) Nettbasert. Tilgjengelig fra: <https://www.duo.uio.no/handle/10852/42473>.
6. «Fortsatt foreldre» – kurskonsept utarbeidet ved Modum Bads senter for familie og samliv i 2010. Utgitt av: Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet 2011





KRIGSBARN: Italia, 1943. En amerikansk sykepleier mater en nyfødt baby med pipette, mens den italienske moren ser på. Barnet ble født midt i kampsonen, og ble tatt i mot av leger fra den allierte amerikanske armé. Krybben ble laget av en trekasse, som tidligere inneholdt hærens matrasjoner.

Kilde: Scanpix



Illustrasjon: Colourbox

Familieråd bør være et krav

Hvorfor skal barn og familier først få tilbud om familieråd når barneverntjenesten er involvert? I Horten kommune har de implementert familieråd i barne- og familietjenesten, noe som har vist seg å være svært effektivt.

Av Birgit Eggen, barn- og familiesjef, Horten kommune

Familieråd er en beslutningsmodell som er utviklet på New Zealand mot slutten av 1980-tallet. Den utvidete familien har en sentral betydning i maorikulturens tilnærming til individet og familiens problemer. Hvis det oppstår problemer i omsorgen for et barn, mobiliseres familien og nettverket.

På 1990-tallet ble familierådmodellen tatt i bruk mange steder i verden. I Norge ble et nasjonalt utprøving og implementeringsprosjekt gjennomført i perioden 2003–2006. Rapporten «Hva er det med familieråd?» (Nova, 18/06) bidro til beslutningen om at alle kommuner i Norge skulle få tilbud om opplærings- og implementeringsstøtte i regi av Bufdir.

■ Familieråd

- Familieråd løser ikke alt, men kan innebære en løsning og en bedring av et barns situasjon.
- Familieråd skaper positive endringsprosesser i familiene.
- Familieråd bedrer samarbeidsklimaet mellom familien og det offentlige.
- Det offentlige er en flyktig samarbeidspartner. Robuste løsninger finnes best og billigst i familiens eget nettverk.

Formålet med familierådsmodellen er (Einarson/Nordahl 2003:9):

- Å sette familien problemløsning i sentrum.
- Å gi den utvidete familien økt medansvar og delaktighet.
- I større utstrekning å involvere den utvidete familiens ressurser.
- Å finne løsninger for barna som er holdbare på lengre sikt.
- Å forbedre samarbeidet mellom barneverntjenesten og familien.

Kjennertegner modellen

I Norge er det hovedsakelig de kommunale barneverntjenestene som har tilbudt familieråd. I Horten vil vi at familier skal få tilbud om familieråd i kontakt med alle enheter i barne- og familietjenesten. Beslutningsmodellen har vist seg å ha overveieende positiv effekt. Selv om ikke alle problemer løses, er de positive endringseffektene påfallende.

Kjennetegn ved modellen:

- En nøytral og uavhengig koordinator hjelper familien med planlegging og gjennomføring av familierådet.
- Familieråd omfatter den utvidete familie. Personer i barnets private nettverk inviteres til å delta, slektninger, venner, naboer og andre.

- Offentlige informanter deltar i første del av familierådet. Innlegget skal godkjennes av familien.
- Familierådsmøtet drøfter på deler av møtet uten offentlige personer er til stede.
- Oppgaver som ordstyrer, referent og ansvar for å gi beskjed dersom planen ikke fungerer, fordeles i familierådet.
- Familierådet skal munne ut i en skriftlig handlingsplan. Planen beskriver hva familien blir enige om og hvem som har ansvar for tiltakene.
- Barn og unge skal som hovedregel delta på familierådet.
- Familieråd er en prosess. Det er vanlig med oppfølgende familieråd for å evaluere og justere planen.

Positive erfaringer

I Horten kommune er vi opptatt av rett hjelp til rett tid, tidlig intervensjon og brukermedvirkning. Forebygging og folkehelse er to sentrale begrep i kommunen. Erfaringer med familieråd viser til svært positive effekter jamfør de fem første kulepunkt. I familieråd sikres barns rett til å bli hørt og til å påvirke egen situasjon på en systematisk måte.

I barneverntjenesten i Horten har familieråd vært i bruk i flere år. Av 37 barn som fikk sitt familieråd i Vestfold i 2014, var halvparten av disse barna fra Horten. Ut fra vår erfaring med familieråd ble betimelige spørsmål stilt: Hvorfor skal barn og familier først få tilbud om familieråd når barneverntjenesten er involvert? Hva om en helsesøster kan ta initiativ til familieråd overfor en ung gravid jente i en stresset livssituasjon? Hva om en ansatt i barnehabilitering kan foreslå familieråd for en familie med store omsorgsoppgaver? Hva om Familiehuset kan foreslå familieråd der foreldre er i stor konflikt? Hva om en ungdom som kom til Horten som enslig mindreårig, fikk tilbud om familieråd for å sikre overgangen til hybeltilværelse? Implementering av familieråd i alle enheter i barne- og familietjenesten ble svaret! Mobilisering av familie og nettverk rundt barn og ungdom i Horten er et kjempepotensial!

Barns deltakelse

Når barn deltar i familieråd, får de voksne nye oppgaver. De voksne må involvere barnet i hele prosessen og legge forholdene til rette for at barnet deltar i forbindelse med planlegging, gjennomføring og oppfølging av familierådet. Barns deltakelse kan betraktes som en prosess i 5 trinn:

- Barnet trenger å gi fra seg informasjon.

- Barnet trenger hjelp til å mestre sin egen situasjon og gjennom det danne egne meninger.
- Barnets mening må presenteres og gjøres kjent overfor de øvrige deltakerne.
- Deltakerne må ta barnets utsagn på alvor, slik at barnets mening inkluderes og blir vurdert på samme måte som andre argumenter.
- Til sist handler barnets deltakelse også om et etterspill; Beslutningen blir forklart for barnet samt at

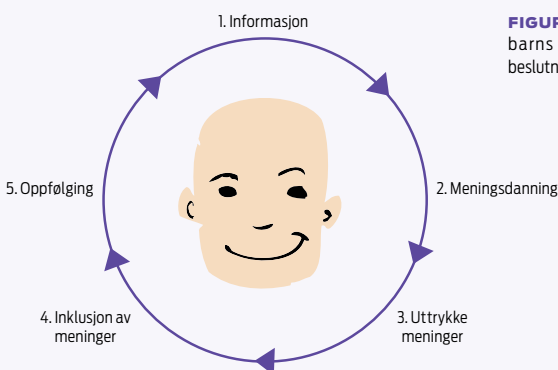


«Alle barn har krav på et mobilisert nettverk.» *Birgit Eggen*

barnet gis mulighet til å kommentere og reagere. Barnets gis en plass som deltaker med tanke på hvordan bestemmelsene skal gjennomføres i praksis.

Hva har vi gjort?

- Ansatt familieråds koordinator i fast stilling. Bufetat stiller med tilgang til samme støttesystemer som Bufetats egne familieråds koordinatorer får.
- Familieråds koordinator er plassert i barn- og familiesjefens stab for å sikre nødvendig nøytralitet til enhetene.
- Etablert en styringsgruppe med barn- og familiesjef, enhetsledere, representanter for skole/ barnehage samt Bufetat og Høyskolen i Telemark.
- Etablert en ressursgruppe med deltakere fra enhetene som skal støtte og inspirere hverandre.
- Fått opplæring om familieråd i alle enheter fra Bufetat.
- Tilgang på ressurspersoner i Bufetat for drøfting og avklaring.
- Egen oppskriftsperm for familieråd i Horten kommune.



FIGUR: Modell for barns deltakelse i beslutningsprosesser.

- mune. Denne er tilpasset bruk i enheter utenfor barneverntjenesten.
- De fleste enheter har mål i virksomhetsplanen med antall familieråd som skal foreslås i 2015.
- I handlingsplan for oppvekstsektoren er familieråd et spesifikt satsingsområde.
- Barneverntjenesten i Horten har i flere år tatt i bruk familie og nettverk når barn skal plasseres enten akutt eller planlagt. Dette refereres til som Hortensmodellen.
- Avholder familieråd i akutte situasjoner og når barn skal flytte i fosterhjem. Spørsmålet er da: Hvor skal barnet bo?

Utfordringer

Å foreslå et familieråd for første gang er vanskelig for de fleste. Selv om vi blir fortalt historier om gode erfaringer med familieråd, trenger vi selv å erfare at det virker og at familiene opplever det nyttig. Helse- og sosialarbeidere har liten erfaring i å «close salg». Det betyr at familier ofte blir sendt hjem med en brosjyre og beskjed om å tenke seg om, i stedet for å bli direkte spurt om de vil ha familieråd. Dette trener vi på! En ungdom ga det gode råd å spørre flere ganger. Tanker trenger å modnes samt at det passer kanskje bedre en annen dag.

Ofta kan vi som offentlig ansatte tenke at denne familien har for lite nettverk, eller at det er for lite ressurser i familien til at vi tør foreslå familieråd. Nesten uten unntak viser erfaring at familiene har større nettverk og langt flere ressurser enn hva vi kjenner til. De aller fleste ønsker å delta og bidra i

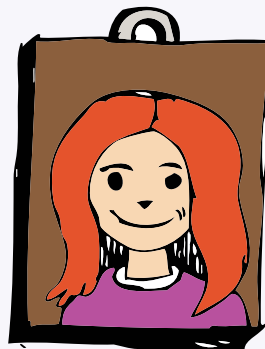
«Familiene skal eie både problemene og løsningene.»

familieråd. Er det vi som skal ut fra vår vårt ståsted skal vurdere om familier skal få tilbud om familieråd? Eller er det familiene som selv skal vurdere om familieråd kan være nyttig for dem?

På sikt tenker vi at ansatte i skoler og barnehager på selvstendig grunnlag skal være initiativtakere til familieråd. I dag vil initiativet sluses gjennom skolehelsetjenesten eller en enhet som familien allerede har kontakt med.

Vår egen rolle

I familieråd blir vi utfordret på synet på oss selv som profesjonelle. Hvilken rolle har vi som profesjonelle i menneskers liv? Er vi de viktigste i disse barnas liv,



enten vi er helsesøster, sosiallærer eller barnevernarbeider? Under familierådsopplæringen spurte en helsesøster: Hva om familien stiller andre spørsmål enn det vi ville gjort? Nettopp; dette er poenget! Familiene kjenner seg selv best og vet hvilke spørsmål som er viktige for dem. Familiene skal eie både problemene og løsningene!

I familierådsverden anses «klienten» som medborger. En medborger er aktiv, et subjekt og er en del av en helhet. Den profesjonelle bistår med generell kunnskap og samarbeider med medborgeren, familie og nettverk. Dette kan være utfordrende for hvordan vi forholder oss til vår yrkesutfoldelse.

Erfaringer i Horten

Norsk forskning viser at det går bedre med barn og familier som deltar i familieråd, enn når barneverntjenesten beslutter på den tradisjonelle måten. 99 prosent av familiene som har deltatt i familieråd anbefaler dette til andrefamilier som har det vanskelig (NOVA Rapport 18/6 Hva er det med familieråd?).

I Horten kommune har vi arrangert foreldremøter hvor det er bekymring knyttet til en gruppe ungdommer, dette kan være rus eller kriminalitet. Hovedhensikten er å dele bekymring med foreldrene og knytte bånd mellom dem. I Höör kommune i Skåne arrangeres Foreldreråd i tilsvarende situasjoner. Foreldreråd fungerer etter samme modell som familieråd og det er foreldrene selv som lager handlingsplanen. Dette er en enda bedre variant av våre foreldremøter som vi skal prøve ut!

Suksesskriterier: Forankring og engasjement! Begrunne hvorfor ikke familier skal få tilbud om familieråd. Være tro mot metoden. ■

Referanser:

1. Strandbu, Astrid (2008): Hvordan legge til rette for barns deltakelse i familierådets beslutningsprosess. Temahefte Bufdir.
2. Vik, Svanhild (2009) Familieråd i Norge. Artikkel i Norges barnevern nr. 3 2009.
3. Näslund, Ewa 2015. Foredrag på verdiseminar i Frogn 30.01.15.
4. Falck, S (red) (2006) Hva er det med familieråd? NOVA rapport 18/06.



Sex har ikke
forandret seg

men nødprevensjon har



ellaOne® er en nødprevensjon som skal tas innen 120 timer (5 dager) etter ubeskyttet samleie eller prevensjonsvikt.

ellaOne er minst like effektiv som levonorgestrel tatt i løpet av de første 72 timene.¹

ellaOne er tre ganger mer effektiv enn levonorgestrel tatt de første 24 timene, noe som kan skyldes at ellaOne har effekt når risikoen for graviditet er størst.²

ellaOne®
(ulipristalacetat)
effektiv når det virkelig gjelder

1. ellaOne® SPC 01.2015
2. Glasier AF et al. The Lancet 2010; 375: 555-562.,
For mer informasjon se www.felleskatalogen.no

Tilgjengelig reseptfritt på alle landets apotek i løpet av mai 2015.

Krever barnefaglig kompetanse

– Mine ansatte må ha barnefaglig kompetanse, sier Bente S. Gjøtterud. Den nylig avgåtte lederen for familievernkontoret i Søndre Vestfold har, med sin helsesøsterbakgrunn og lange erfaring, satt tydelig preg på sin tidligere arbeidsplass.

Tekst **Kathrin Olafsen**, helsesøster, Sandefjord kommune

Bente S. Gjøtterud har allsidig erfaring i sitt arbeid med familier. I ti år har hun jobbet som helsesøster, familierapeut og ledet helsesøstertjenesten i Sandefjord kommune. I tillegg har Gjøtterud en master i familierapi, og har inntil nylig vært leder for familievernkontoret i Søndre Vestfold. Hun har gått over i en ny stilling som familierapeut i barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling (BUPA). Hennes motivasjon i arbeidet med barn, ungdom, par og familier er ønsket om å jobbe med dem som trenger noe ekstra. Bente S. Gjøtterud er opptatt av tverrfaglig arbeid. Hun sier at samarbeidet mellom de ulike instansene gir det beste utgangspunktet for å bistå familier. Det gir en god følelse i de tilfellene der hun opplever å kunne bidra inn i familiene slik at de opplever mestring. Det å få familiene opp og stå, og å støtte foreldrene i foreldrerollen er så viktig for barna.

Følger opp nettverket

Familievernkontoret samarbeider med barnevernstjenesten, PPT-tjenesten, helsesøstertjenesten, politiet, BUPA, krisesenteret, incestsenteret og Barnehuset. De er opptatt av nettverket rundt familiene, og de reiser ofte rundt på samarbeidsmøter i ulike etater. En



ALLSIDIG ERFARING: Bente S. Gjøtterud har jobbet som helsesøster, familierapeut og ledet helsesøstertjenesten i Sandefjord kommune i ti år. Foto: Kathrin Olafsen.

«En telefon er ofte nok for å få til samarbeid.»

telefon er ofte nok for å få til samarbeid, sier hun. Gjøtterud forteller at de har svært mange henvendelser fra familier som trenger bistand. De har laget en prioriteringsliste på familievernkontoret. Første prioritet er ungdom, unge mennesker med barn som er i en vanskelig periode i livet og familier som står overfor samlivsbrudd, og som opplever vold og kriser. De gis tilbud om samtaler på fami-

lievernkontoret innen én til to uker. En annen gruppe klienter som prioriteres, er familier der det er høykonflikt mellom foreldrene etter brudd. Det kreves et meget godt samarbeid mellom foreldrene hvis barn skal få det godt dersom de bor i to hjem. Barn trenger foreldre som snakker sammen, presiserer hun.

Mekler i familiesaker

En av familievernets sentrale oppgaver er å mekle mellom foreldrene ved samlivsbrudd. Her er foreldreansvar, bosted og samvær viktigst. Det er søkelys på barnets beste. Alle som går fra hverandre med felles barn, skal til mekling for å sikre at barna får en god samværsavtale slik at de sikres kontakt med begge foreldrene. Det mekles også i tilfeller hvor en av foreldrene er uenig i avtalen eller der hvor det er høykonflikt mellom foreldrene i årene etter bruddet. Da får familiene bistand og samtaler slik at de kan få til en samværsordning som er god for alle. Man snakker ofte med barna i disse sakene. De familiene som ikke kommer til noen god løsning, kan gå videre til rettssystemet.

God samarbeidspartner

Som tidligere nevnt er familier som opplever vold i nære relasjoner og

andre kriser også høyt prioritert i familievernet. I disse sakene samarbeides det ofte på tvers av instansene. For eksempel dersom en helsesøster ringer til familievernkontoet på vegne av en familie som trenger hjelp, prioriteres denne familien. Familievernkontoet har stor tillit til at helsesøster har god kompetanse for å vurdere om en familie trenger hjelp. De er en svært god samarbeidspartner til barn og familiers beste. I tillegg til samtaler med barn, ungdom, par og familier tilbyr familievernkontoet; sinnemestringskurs for både kvinner og menn, sommerfuglgruppe – et tilbud til kvinner som har vært i voldelige forhold, fortsatt foreldrekurs – et kurs der samarbeidet med eksen står i fokus og bufferkurs (parkurs) – om forebyggende familiearbeid.

Mer kompetanse

Siden Bente S. Gjøtterud ble leder, ønsket vi å vite om det er noen endringer i familievernet. På det svarer Gjøtterud at hun opplever at barna og deres behov har kommet mer frem. I familievernet er det mer oppmerksomhet på at terapeutene har barnefaglig kompetanse. Det var rekordmange barnesamtaler på familievernkontoet i 2014. Det er også økt oppmerksomhet på tverrfaglig samarbeid og lavere terskel for å komme i kontakt med andre som jobber med familien. Det er ingen fordel at de som skal hjelpe sitter på hver sin tue. Hun mener det er viktig å ta seg selv sånn passe høytidelig og ha tillit til andre fagfolk for å få til samarbeid på tvers.

Trygt med helsesøster

Vi ønsker selvfølgelig å vite om Gjøtterud opplever noen fordelene med å ha helsesøsterbakgrunn. Hun mener at det er en stor fordel for henne i jobbene hun har hatt. Hun har med seg det forebyggende perspektivet hele veien, mener hun. Det utføres mye godt forebyggende arbeid på familievernkontoet. Både når foreldre hjelpes videre



MEKLING: Mange familier kjenner en trygghet ved det å møte en helsesøster når de skal mekle, mener Bente S. Gjøtterud. Illustrasjon: Colourbox.

sammen og i mekling. Hun opplever at familiene finner en slags trygghet i for eksempel å møte en helsesøster når de skal mekle. Det er ofte fint for foreldre i meklingsituasjon å få hjelp til å holde oppmerksomhet på barnets beste.

Åpen tilnærming

Gjøtterud sier at hun godt husker tiden da hun selv fikk sitt første barn og hvilke utfordringer hun møtte. Med både egne erfaringer og kunnskap møter hun familien på en åpen måte. Det som er viktig i arbeidet med barn, ungdom og familier, slik hun ser det, er at man som hjelpere inn i familiene snakker med begge foreldrene, og framstår med respekt for begge. Familievernkontoet har anledning til å snakke med barn og ungdom, også uten at mor eller far vet om dette, men det er kun en kartleggingssamtale. Dersom man skal kunne fortsette med videre samtaler, skal foreldrene vite om det. Skal man hjelpe til med å bygge relasjoner, er det helt nødvendig at man møter og trygger begge foreldrene. Respekt for familien og taushetsplikt er nøkkelbegreper som Gjøtterud legger stor vekt på. Alle lag i samfunnet bruker

familievernkontoet og alle skal føle seg møtt, sier hun videre.

Kan bli bedre

Bente S. Gjøtterud gikk over i ny stilling som familieterapeut i BUPA i mars 2014. Hun har gledet seg til dette og ser frem til å få mer innsikt i hvordan de jobber i spesialisthelsetjenesten. Hun har tanker om at det kan utvikles et enda bedre samarbeid mellom BUPA og helsesøstre. Hun ønsker å jobbe videre med barna og familier som trenger bistand i hverdagen.

Vi utfordret Bente S. Gjøtterud til å komme med en appell til oss helsesøstre:

– Dere møter barn, ungdom og familier i alle kategorier. Fra de som kun trenger en vaksine til de som trenger en hånd å holde i, år ut og år inn. Dere har mange gode tilbud til ulike grupper og helsesøstertjenesten er i utvikling hele tiden. Jeg har stor respekt for jobben dere gjør. Dere er faglig allsidige, gode til å skape tillit, fleksible i jobben deres og dere er flinke med folk. Det henvises ofte til helsesøster på familievernkontoet i Sandefjord, avslutter Gjøtterud. ■

Kommunikasjon med utfordringer

Hvordan kan man sikre samspill og kommunikasjon mellom søsken som har forskjellige kommunikasjonsformer?

Av Heidi Kittelsen, senior-
rådgiver Signo skole- og
kompetansesenter

Se for deg to søsken som sitter og bygger med lego. Den eldste er seks år og den yngste er tre år. Den yngste har Downs syndrom. Det å ha Downs syndrom medfører varierende grad av funksjonsnedsettelse. For denne treåringen har det medført at han har en hypoton muskulatur som fører til at han er litt sen, og dermed henger litt etter. Uansett, å bygge med Lego er en favorittaktivitet for begge. Temaet for byggingen er brannstasjon med alt som hører til av brannbiler, kraner og brannkonstabler. Den eldste «veileder» den yngste med hvilke legobrikker som passer hvor. Den yngste er ikke alltid enig i de valg som foretas og protesterer høyløyt. Den eldste både forklarer og argumenterer iherdig og kanskje like høyløyt om hvorfor det må være slik. Forklaringen kan være at legobrikken passer best utfra farge, størrelse eller at det er den brikken som gjør at hele brannstasjonen balanserer og ikke velter.

Mange foreldre vil sikkert kjenne seg igjen i denne situasjonen. Leken oppfattes som både støyende og slitsom å være vitne til. «Søskenkrangel» kan være utfordrende for omgivelsene. Men denne støyende leken bidrar til mye læring på mange plan for søsknene. Vi kan tenke oss at den eldste både forstår og korrigerer den yngste når det gjelder uttale og presisjonsbruk. Leken gir erfaring med begreper som størst, minst og ulike formbetegnelser. Barna både argumenterer og forhandler. Videre kan vi

forestille oss at den yngste tidligere på dagen har lekt over temaet «brannstasjon» i barnehagen og vil repetere leken hjemme med eldre søsken. På den måten vil yngste søsken få erfare gjentakelser på begreper, utvikling av begreper og at lek kan foregå på ulike måter. De erfarer at det er flere måter å håndtere utfordringer på.

Ovennevnte scenario viser at en tilsynelatende slitsom støyende søskenkrangel kan ha mange positive læringseffekter i seg. Effekter som en ikke alltid tenker over når «støyen» er på det verste. Forutsetningene for disse læringseffektene er at søsken opptrer i et samspill og kommuniserer sammen.

Vilkårene for en «søskenkrangel om bygging av brannstasjon» er svært annerledes der en av søsknene har et annet språk eller kommunikasjonsform enn de øvrige familiemedlemmene. Årsaken til dette kan skyldes hørselshemming eller at visuell kommunikasjon med tegn oppfattes lettere av familiemedlemmet. Hvordan tror du kommunikasjonen hadde vært hvis det yngste søskenet i fortellingen om «leken om brannstasjonen» hadde kommunisert med tegnspråk eller benyttet metoden norsk med tegn støtte (NMT)?

Kjennetegn ved familiene

Hva kjennetegner familier med barn som har en annen kommunikasjonsform?

Det kan være flere grunner til at et barn benytter



et annet språk eller kommunikasjonsform enn den øvrige familien. Det kan være at barnet er døvt eller har en moderat/alvorlig hørselsnedsettelse slik at tegnspråk må benyttes. Andre ganger kan det være fordi barnet har ulike nevrologiske vansker ved å avkode tale som for eksempel ved auditiv nevropati (AN), eller auditive prosesseringsvansker (APD). Også barn med Downs syndrom uten nedsatt hørsel kan ha større problemer med å gjenkalle auditive stimuli enn visuelle stimuli. Derfor benyttes ofte visuell støtte ved innlæring, deriblant metoden norsk med tegnstøtte (NMT) (Flores, 1992). Andre igjen benytter ASK (alternativ supplerende kommunikasjon) i sin kommunikasjon med omverdenen.

Å være hørselshemmet med flere funksjonsnedsettelser innebærer at man i tillegg til sitt hørselstap kan ha autisme, synshemming, utviklingshemming, diverse syndromer, cerebral parese, kromosomavvik, stoffskiftesykdommer. Ofte er det flere funksjonsnedsettelser som opptrer samtidig. Funksjonsnedsettelsene både påvirker og forsterker hverandre. En konsekvens av dette er at barnet med funksjonsnedsettelse kan gi utydelige signaler og har det vanskeligere for å delta på jevnbyrdige vilkår i et kommunikativt samspill (Lorentzen, 1997). Dette kan være en generell utfordring for både søsknene og familier som har barn med funksjonsnedsettelser.

Når en ikke kan benytte tale, men må bruke

tegnspråk eller en kombinasjon av tale og tegn, byr kommunikasjonen på ekstra utfordringer.

De fleste familier er uforberedte på å få et barn med hørselsnedsettelse. Omfanget av hørselsnedsettelsen kan opptre i ulik grad fra døvhet til lettere hørselstap. Avhengig av grad på hørselstapet må familien lære seg tegnspråk (døvhet, alvorlig

PRAT: Tegnspråk gjør at funksjonshemmede barn lettere kan kommunisere med sine søsken. Illustrasjonsfoto: Colourbox.

«Søskenrelasjonen er den relasjonen som varer lengst i familien.»

tunghørt) eller tegn som benyttes som støtte til norsk tale (ved lettere hørselstap), også omtalt som Norsk med tegnstøtte (NMT). Dette er en metode og ikke et språk på linje med tegnspråk.

Mange hørselshemmede barn, også de med flere funksjonsnedsettelser får tilbud om cochleaimplantat (CI). CI gir tilgang til lyd, men ikke alle CI-brukere har god taleoppfattelse. Derfor benytter også disse barna tegn i sin kommunikasjon med andre.

Opplæringstilbud i tegnspråk

Siden 1996 har alle foreldre til hørselshemmede barn i Norge blitt tilbudt opplæringen «Se mitt språk». Dette er en 40 ukers modulbasert opplæring i norsk tegnspråk. Foruten tegnspråkoppplæring

får foreldre informasjon og opplæring knyttet blant annet til audiologi, og om det å ha et hørselshemmet familiemedlem. Opplæringstilbudet gis fra barnet er 0 til 16 år. Opplæringen skjer enten regionalt ved de regionale sentrene i Statped, eller ved Signo skole- og kompetansesenter i Andebu i Vestfold, som er en virksomhet innenfor stiftelsen Signo. Det som kjennetegner de som velger å følge opplæringen «Se mitt Språk» ved Signo skole- og kompetansesenter, er at de er foreldre til barn som i tillegg til sin hørselshemming, har ytterligere og sammensatte funksjonsnedsettelse. Opplæringen er gratis og foreldre har rett til permisjon etter Arbeidsmiljøloven § 12-9, 3.ledd og opplæringspenger i henhold til lov om Folketrygd § 9-13. Foreldre kan søke kommunen om dekning av reiseutgifter (vanligvis skoleetaten).

I løpet av de 40 ukene tilbys det syv familieopphold ved Ål folkehøyskole og kurscenter for døve. Under familieoppholdene får søsken i førskole- og skolealder et alderstilpasset opplæringstilbud i tegnspråk. For hørselshemmede barn med flere funksjonsnedsettelse blir de fleste av de syv familieoppholdene gjennomført ved Signo skole- og kompetansesenter.

Siden det ved Signo skole- og kompetansesenter kommer foreldre fra hele Norge på opplæring, må

ofte både det funksjonshemmede barnet og søsken være med utover de syv familieoppholdene. Det funksjonshemmede barnet får et pedagogisk tilbud.

Vanligvis er disse søsknene i førskolealder eller i de tidligste trinnene på barneskolen. Søsken har med seg lekseplan hjemmefra, og får tilsyn og leksehjelp under oppholdet. Hvis det er kapasitet får søsken noe tegnspråkopplæring av tegnspråkinstruktører.

Foruten å lære tegnspråk blir søsken kjent med andre søsken under oppholdene. Det å treffe andre i tilsvarende situasjon er for mange en positiv opplevelse. Søsken ser at de ikke er alene om å ha et søsken med funksjonsnedsettelse som kommuniserer på en annen måte enn norsk tale. Under oppholdene møtes de funksjonsfriske søsknene gjennom dette fellesskapet og vennskap kan utvikles. For mange søsken er det en positiv opplevelse å treffe andre med funksjonsnedsettelse og kommunikasjonsutfordringer. Under oppholdene treffer de mange med flere utfordringer. Dette bidrar igjen til at de kan se sine egne funksjonshemmede søsken med nye øyne.

Tegnspråkopplæring til søsken av barn som er hørselshemmede med flere funksjonsnedsettelse er sikret gjennom familieukene (det vil si syv uker). Utenom dette kan de, hvis tegnspråkinstruktørene har ledig kapasitet, få opplæring når de er med på

NYTTIG: Lek bidrar til at barn med flere funksjonsnedsettelse utvikler sitt språk og sosiale ferdigheter. Illustrasjonsfoto: Colourbox.



senteret. Men i hovedsak er det foreldre som lærer søsken tegnspråk. Foreldreopplæringen «Se mitt språk» som startet i 1996, har blitt evaluert ved to anledninger (2005,2011). Ved begge evalueringene påpeker foreldre at tegnspråkopplæring til søsken er mangelfull.

I en masteroppgave fra 2010 kommer det frem at foreldre mener at søsken til hørselshemmede med ulike funksjonsnedsettelse har større utfordringer enn andre søsken til funksjonshemmede, på grunn av kommunikasjonen. (Kittelsen, 2010) En foreldre uttrykker det slik: «Kommunikasjon er viktigst, den andre diagnosen er det ikke så mye å få gjort noe med, det er jo bare sånn det er ..., men det å kommunisere er viktigst og det er det som kanskje blir satt vekk først».

Søsknens rolle

Søskenrelasjonen er den relasjonen som varer lengst i familien. Gjennom et livsløp har søsken ulike og skiftende roller i relasjonen til hverandre. Det er relevant i denne sammenhengen å være den som bidrar til å utvikle språk og sosiale ferdigheter gjennom det å være lekekamerat.

Hvordan nærhet mellom søsken der den ene er hørselshemmet med flere funksjonsnedsettelse, utvikles, er avhengig av hvordan omgivelsene legger til rette for at dette skal lykkes. Et «hjelpemiddel» i så måte er diskriminerings- og tilgjengelighetsloven fra 2009. Den har som formål å fremme likestilling og likeverd, sikre like muligheter og rettigheter til samfunnsdeltakelse for alle uavhengig av funksjonsevne, og hindre diskriminering på grunn av nedsett funksjonsevne. Loven skal bidra til nedbygging av samfunnsskapt funksjonshemmede barrierer, og hindre at nye skapes. For å sikre samfunnsdeltakelse for det hørselshemmede barnet med flere funksjonsnedsettelse, er det viktig også å gi søsken tegnspråkopplæring, slik at både nærhet og relasjon kan utvikles.

Som en far sa: «Om man tar inkludering på alvor, må hun (barnet med funksjonsnedsettelse) også kunne kommunisere med storebror. Dette er å ta inkludering på alvor.»

I Aftenposten Junior (nr. 7–2014) uttaler en bror at «jeg vil lære tegnspråk, sånn at jeg kan snakke med lillebroren min». Lillebror har Downs syndrom, men for ham er det mye enklere å si hva han mener når han kan bruke tegnspråk. Han sier videre: «Jeg er glad jeg for lov å lære å snakke med broren min.»

Her ser vi at søsken selv uttrykker et behov for å

lære den kommunikasjonsformen som deres søsken benytter.

Rapporten «Som alle andre» omhandler søsken til barn og unge med funksjonsnedsettelse. Den viser at i søskenflokker som har ekstraordinære nære relasjoner, har søsken med funksjonsnedsettelse enten utviklingshemming eller hørselsnedsettelse.

«De erfarer at det er flere måter å håndtere utfordringer på.»

Dette forklares med solidaritet med et søsken som har en særlig sårbarhet i møte med omverdenen, men også med solidaritet som springer ut av opplevelsen om å være i samme båt, det vil si å dele noe innad i familien som andre ikke nødvendigvis forstår eller anerkjenner.

Mange foreldre sier de skulle ønske de fikk informasjon om tegnspråkopplæring på et tidligere tidspunkt enn det de fikk. Helst på de første møtene på helsestasjon.

Her kan du som helsesøster bidra til at aktuelle foreldre og søsken kan få den informasjon de trenger om tegnspråkopplæringen. Dette kan føre til at familien kommer raskere i gang med kommunikasjon og språkutvikling med sitt nye familiemedlem.

Gjennom å lære og videreutvikle sine tegnspråkerferdigheter kan søsken bidra på likeverdige vilkår i lek, samtaler og i samspill. Dette vil forebygge delte familier hvor det bare er mor og far som kommunisere med det funksjonshemmede barnet.

Bidra til at søsken kan få lære tegnspråk slik at de kan kommunisere med sine søsken! ■

Referanser:

1. Åbergsgjord, I. (2014) Vi vil lære å snakke med søsknene våre, Aftenposten Junior, nr. 7 s.8-9.
2. Rambøll (2011) Evaluering av opplæringsprogram for foreldre til døve og hørselshemmede barn. Rapport, Oslo: Rambøll
3. Florez, J (1992) Neurologic abnormalities. In S.M.Pueschel & J.K.Pueschel (EDS), Biomedical concerns in persons with Down syndrome. Baltimore: Brookes
4. Kittelsen, H.E. (2010) Søsken og kompetansesenteret. Masteroppgave. Høgskolen i Vestfold.
5. Lorentzen, P. (1997) Vanlige og uvanlige barn: samspill og kommunikasjon med alvorlig funksjonshemmede barn. Oslo: Tano Aschehoug
6. Tøssebro, J. (2012) Som alle andre? Søsken til barn og unge med funksjonsnedsettelse. Trondheim: NTNU samfunnsforskning, Mangfold og inkludering.
7. Petersen P.R. (2005) «Tegnspråkopplæring er det beste som kunne hende oss!». Rapport. Fylkesmannen i Aust Agder



Tester ut skjema for kartlegging av barns utvikling

Fem kommuner har gått sammen om å vurdere ulike skjemaer til bruk under helsestasjonskonsultasjoner. Målet er å gjøre innholdet i konsultasjonene mer likeartet og tilbudet bedre. Datamaterialet bearbeides i disse dager.

Av Marit Handeland, helseøster, Nøtterøy kommune

Nøtterøy kommune er én av fem kommuner som har samarbeidet med Nasjonalt kompetansenettverk for sped- og småbarns psykiske helse ved RBUP Øst og Sør (Regionsenter for barn- og ungdoms psykiske helse) siden 2010. I et felles prosjekt har de jobbet mot et tredelt mål; kompetanseheving i helsestasjonen for de minste, innhente erfaringer med bruk av standardiserte kartleggingsverktøy på konsultasjonene samt å få mer kunnskap om spedbarns utvikling gjennom de to første leveårene.

Vi opplever at denne jobben har kommet helseøsterarbeidet til gode. Arbeidet har foregått over flere år – fra opplæringen startet og frem til nå, når vi ser resultat av forskningen. Vi har hatt opplæring av jordmødre, leger, psykolog og helseøstre i hva screening er ment å være, hvordan utføre og sikre godt resultat, og ikke minst, tolkning av resultatene. Dette har tilført tjenesten mye kompetanse. Vi har for eksempel bredere forståelse for hvor viktig det er å finne risiko hos mødre tidlig, gjennom å screene for alkohol og rus, depresjon eller andre årsaker til strev.

Kunnskap som virker

Prosjektet, som går under navnet KVIK (Kartleggingsverktøy i kommunen), vil bidra med ny kunnskap om de yngste barnas utvikling og faktorer som støtter eller hindrer/forstyrrer utviklingen hos barn i alderen 0–2 år. Prosjektet vil kunne bidra til at tjenestene i kommunene kan bli bedre til å identifisere spedbarn i risiko for forsinket utvikling eller skjevutvikling og sørge for at de raskt utredes og følges opp. I KVIK ble det benyttet standardiserte kartleggingsverktøy som dekker de fleste av temaene som helsestasjonen skal ha søkelys på. Blant annet ulike aspekter ved barnets utvikling og foreldretemaer som glede, mestring og stress i hverdagen med små barn, psykisk helse, og bruk av alkohol under og etter svangerskapet. Felles for verktøyene er at det er foreldrene selv som er informanter. Som forberedelse til hver konsultasjon foretar de en form for stemnings- og statusrapport på barnet og seg selv ved å besvare barne- og foreldreskjemaene. Skjemaene leveres helsestasjonen og besvarelsene danner utgangspunkt for samtale omkring temaene. Slik trekkes for-

eldre mer aktivt med i konsultasjonene. Det er også foretatt brukerundersøkelser før og etter prosjektet. Disse vil belyse helsesøstres og foreldres holdninger til og erfaringer med kartleggingsverktøy. Resultater fra brukerundersøkelsen ventes i løpet av 2015.

Ni helsestasjoner fordelt på de fem kommunene Hamar, Løten, Tønsberg, Nøtterøy og Larvik deltok i KVIK-prosjektet. Et krav til deltakelse var at alle kommunene hadde etablerte lavterskeltilbud og BUP spedbarnsteam, slik at en tiltakskjede for de familiene som hadde behov for det, var på plass da prosjektet ble igangsatt.

Årskull fulgt i to år

I KVIK samles data på et årskull barn og foreldre fra svangerskapet eller fødsel, og frem til barna fyller to år. Ulike kartleggingsverktøy ble brukt på konsultasjonene ved helsestasjonene som deltok. Noen av skjemaene fokuserer på barnets generelle utvikling og fungering; grov- og finmotorikk, kognitiv og verbal utvikling samt barnets sosioemosjonelle utvikling (ASQ og ASQ-SE). Andre på depresjonssymptomer hos foreldre, EPDS, i tillegg til opplevelse av trivsel, mestring og stress i foreldrerollen, PSS (parents stress scale).

KVIK følger en tretrinns modell hvor første trinn innebærer en generell kartlegging av alle barn og familier, mens trinn to innebærer en snarlig (innen 14 dager) videre samtale eller oppfølging på helsestasjon av barn eller foreldre som det oppstår bekymring for, det vil si screen-positive barn og foreldre. Oppfølging på trinn to foregår i samarbeid med psykolog/barnefysioterapeut/lege tilknyttet helsestasjonen eller kommunen. Trinn tre innebærer tverrfaglig drøfting med spesialisthelsetjenesten (for eksempel spedbarnsteam ved BUP) med tanke på videre utredning og behandling av barn som etter trinn to viser seg å ha behov for det. Målet med en slik generell kartlegging og rask oppfølging er å unngå en «vente-og-se»-holdning og sikre at sped- og småbarn får tidlig og effektiv hjelp ved behov.

Oppslutning og funn

Totalt er 1553 familier inkludert i prosjektet. Kun 11 prosent av alle spurte takket nei. Majoriteten av foreldrene som deltok er skandinaviske, og omlag 15 prosent kommer fra land utenfor Skandinavia. Data-materialet bearbeides i disse dager og vil blant annet publiseres i form av vitenskapelige artikler. Noen av disse vil inngå i en doktorgrad som en helsesøster ved spedbarnsnettverket jobber med. Resultat av dette blir publisert suksessivt.

Å endre seg gjør vondt, noen ganger. Derfor var det med blandede følelser vi gikk til prosjektet. Skal vi begynne med skjemaer i samtalene? Vil ikke det bli noe som forstyrrer? Hva med samtalen som skal flyte fritt og det å veilede mor i det hun er opptatt av? Nedenfor vil jeg dele erfaringer fra vårt møte med kartleggingsverktøy. EPDS og ASQ blir litt mer utdypet.

Våre erfaringer

Vi har gode erfaringer med denne serien av skjema som tar for seg fem hovedtema i utvikling: 1. kommunikasjon, 2. grovmotorikk, 3. finmotorikk, 4. problemløsende evne og 5. personlig og sosial utvikling.

Foreldrene fyller altså ut skjemaene hjemme før de kommer på konsultasjon. Skjemaet er relativt kort, tar 10–15 minutter å fylle ut, det er enkelt å forstå da det er tre svarkategorier å krysse av for: «barnet viser ferdigheten ofte», «barnet viser ferdigheten av og til» og «barnet viser ikke ferdigheten ennå». Svarkategoriene gir en fin anledning til å snakke om barnets utviklingsagenda på det aktuelle alderstrinnet. Dersom foreldre krysser av for «ikke ennå», betyr det at dette er noe som snart vil komme til syne. Mange foreldre vil da reflektere rundt hvordan de kan legge til rette for at barnet får delta i lek og samspill som fremmer ferdigheten. Andre vil ha nytte av å få råd om hvordan man kan legge til rette for neste utviklingsmål. Vi har også opplevd mange tilfeller hvor foreldre kommer og forteller at de er overrasket over alle ferdighetene barnet har. De hadde ikke klart å se dette så tydelig før de satte seg ned og fylt ut skjemaet.

Å lese svarene sammen med foreldrene gav fort inngangsport for å finne avvik og tema å diskutere: «Hvorfor kan hun ennå ikke rulle fra mage til rygg? Kan det være fordi hun ikke ligger så mye på gulvet?»

Drøfter ferdigheter

Vi diskuterte oftest at spørsmålet om ferdighetene – det å sitte, krabbe og stå – kommer tidligere på disse skjemaene enn i vår kultur. Vi vil for eksempel at barna ikke skal settes opp før de klarer det ved egen hjelp, men ASQ spør om barnet har begynt allerede ved seks måneder. Det at de ikke kan dette, har gitt foreldre bekymring; de spør om de skal øve. Vi får en samtale om dette, og det er bra, men kan gi ubegrunnet bekymring. Dette gjelder flere av spørsmålene, og vil alltid oppstå ved screening. Derfor må vi varsomt introdusere slike kartleggingsverktøy, og bruke dem med skjønn. Jeg ser likevel at vi gjør en kvalitetssikring av arbeidet vårt med bruk av slike standard-skjema. Vi

■ Fakta

- KVIK-prosjektet (Kartleggings Verktøy I Kommunene): RBUP vil bidra med ny kunnskap om de yngste barnas utvikling og faktorene som påvirker utviklingen. Forskning pågår fra data samlet inn 2011–2013. (rbup.no)
- ASQ (Ages and Stages Questionaries): Ble validert for norske forhold i 2003 (Janson og Smith 2003) Fem utviklingsområder: kommunikasjon, grov- og finmotorisk, personlig og sosial utvikling, problemløsende adferd.
- TWEAK (Tolerance, Worries, Eye opener, Amnesia, Cut down): Spør om bruk av alkohol, både i svangerskapet og etterpå. Utviklet av Borgestadklinikken til norsk. Kan utføres på nettet: www.snakkomrus.no/rammeverk/index.html?formname=TWEAK
- ASQ SE (Social Emotional): Gir innblikk i samspill.
- PSS (Parents Stress Scale): Spør om stress i foreldre-rollen.
- EPDS (Edinburgh Postnatal Depresjon Score): Depresjons skalering.

går gjennom mye på kort tid og fjerner søkelyset fra mor, som kan ta innover seg at «de ikke har øvd så mye på mageleie». Isteden ser vi på hva barnet allerede kan og får frem flere ferdigheter. Vi oppdager at barnet kan ligge langt framme på ett område, og ikke på et annet. Vi kan forske litt på personlighet. Kanskje er hun en betrakter og interessert i ansikter, heller en nysgjerrig på å krabbe. Når vi har et skjema å forholde oss til, får vi noe å legge på bordet, noe objektivt, som kan være genstand for drøfting.

Jeg er svært glad for å ha blitt så godt kjent med skjemaene. Det er viktig å gi andre faggrupper kunnskap om dem så de kan bli brukt riktig, og min erfaring er at det er ulikt hva ansatte i habiliteringstjenesten, barnevern og PPT kjenner til av ASQ.

Om metoden

EPDS (Edinburgh Parents Depression Scale) er allerede godt kjent i mange kommuner. Dette er godt egnet til å få et første innblikk i strev som melder seg.

Det er en forutsetning for at RBUP som nasjonalt kompetansenettverk vil tilby opplæring, og at det finnes en psykolog tilknyttet helsestasjonen. Psykologen skal tilby regelmessig veiledning til helsesøstrene de to første årene de praktiserer Edinburghmetoden.

En utfordring for den som spør, er å ha kunnskap nok til å fortsette samtalen når svaret er «jeg har det kjempevanskelig». Å være trygg i slike samtaler, der en skal lytte mer enn råde, er viktig. Det å ha noen å snakke med, som helsestasjonspsykolog, har vært veldig bra. Men like viktig har det vært å ha drøftingsinstansen i den tverrfaglige gruppa med representant

fra barnevern, PPT, BUPA, DPS og helsestasjon. Her kunne vi drøfte utfordrende saker, få veiledning og råd, og ble trygge på hva som fantes av tilbud.

Systematikken i KVIK med trinn én, to og tre, der ansvaret for ytterligere utredning og eventuelt behandling var klargjort og forberedt fra RBUPs side, ga oss trygghet. Vi hadde tilbudet klart ved funn i kartleggingen. Trinn én er helsestasjonen, med drøftingsinnstans i KVIK-gruppa (tverrfaglig). Trinn to er psykolog, lege, fysioterapeut i kommunen. Trinn tre er BUPA eller sykehus med spesialist- og habiliteringstjenesten.

Stille gode åpne spørsmål

Depresjonscreening krever mot og trygghet til å stille personlige spørsmål. Vi fikk god opplæring av RBUP i å ta denne samtalen. Vårt mål er at den som fyller ut har tro på å fortelle. Det betyr at relasjonen og møtet blir svært viktig for om skjemaet skal tjene sin hensikt. Når vi kjente hjelpeapparatet godt, ble vi modigere og spurte mer. Mor, far eller begge har kommet sammen og fått samtaler eller ytterligere kartlegging av hva problemet består i. Det å henvise videre til DPS, BUPA eller barnevern har vært tiltak. Vi har etablert bedre samarbeid med fastlegene ved å orientere denne gruppa i hva metoden bygger på og finner. Slikt samarbeid er viktig i helsestasjonstjenesten, og vi har i dette prosjektet blitt tvunget til å forbedre vårt samarbeid.

Viktig å bli godt kjent

Det å sette seg inn i en annens liv, tar tid. Vi har, så sant foreldrene vil det, møttes første gang på hjemmebesøk. Det er godt bare å snakke. Vi brukte et optimalitetsindeksskjema for å kartlegge hvilken bakgrunn foreldrene har, som blant annet utdanning, fysisk og psykisk helse, relasjoner til familie, venner og nabolaget, alkohol og annen rusbruk. Det ble for noen litt vel mange spørsmål ved første besøk. Jeg ser likevel fordelene av å ha et slikt skjema, enten i hodet, eller foran meg, slik at vi kan få en samtale om den «bagasjen» det enkelte barnet har fått. De fleste foreldre har et blikk for at dette er viktig og forstår at vi er opptatt av det. En mor skrev i en evalueringskommentar at «det er rart helsesøster ikke spurte direkte om rusbruk ved hjemmebesøk». Her hadde jeg ikke lagt frem skjemaet, men tatt en generell prat om risikofaktorer. Det er vanskeligere for foreldre å legge temaet rusbruk på bordet uoppfordret enn at vi standardiserer spørsmålet og ber om opplysninger. Denne moren hadde samboer som strevde med narkotika og var i oppfølging for dette.

Da prosjektet med RBUP var over, valgte vi å implementere noen av skjemaene i vårt helsestasjons-

arbeid på faste konsultasjoner. Vi bruker ASQ ved 6 og 12 måneder og EPDS for gravide ved 6 uker, 3 og 6 måneder.

Lydhør for usikkerhet

Hva når mor sliter med angst og fremstår som stresset i foreldrerollen? Jeg vet at hun trenger bekreftelse. Jeg ser at hun sliter så mye psykisk at når hun får skjemaet, scorer hun problematisk skjevt. For å «være flink» i mine øyne, overvurderer hun barnet. Mor har blitt med til psykolog – et tilbud til dem som vurderes å ha høye symptomer på stress eller depresjon – men vil ikke dit mer. Historien illustrerer at vi kan ikke fange opp alt med skjema. Det å dele uro og vansker i foreldrerollen, blir viktigst for å komme videre. At mor beholder tillitt til at hun kan dele tanker og bekymringer med noen, vil gi henne hjelp til å vokse i foreldrerollen. Jeg ser at skjema kan komme i veien for min relasjon til mor i denne situasjonen. Derfor blir det viktig å være særs lydhør for hennes usikkerhet. Vi må

gi mor best mulig bekreftelse og stille spørsmål som «hvordan var det for deg å fylle ut dette skjemaet?»

Unngå misforståelser

Ved noen anledninger der vi har vært urolige, har vi bedt foreldrene bruke ASQ for å kartlegge ved andre eldre enn de standardiserte. Ved behov for å beskrive detaljer i utvikling, for eksempel ved uttalelse til barnevern eller habiliteringshenvvisning, er det svært nyttig å ha gode screeningsverktøy. Kommer barnet på gråsonen, skal det avstedkomme ytterligere utredning.

Men, det er foreldre som scorer, og de kan også ha misoppfattet spørsmålet. For eksempel kan ord være vanskelige å forstå. Vi må hindre slike misforståelser og ta samtalen før vi går videre med bekymringen. Dagsform og andre forstyrrende element spiller også inn. Det er et øyeblikksbilde vi får, slik all skjema kartlegging er. Derfor skal man alltid følge opp med ytterligere kartlegging ved funn. Blir funnet så bekreftet, skal vi dele bekymringen med andre fagpersoner. ■

ANNONSE

MAM Manual Breast Pump

Enkel, bekvem og individuelt tilpasningsbar

MAM Manuel Brystpumpe er enkel å bruke og rengjøre fordi den består av kun fire deler. Trakten har innebygde puter og kan dreies 360°. Det gjør at det alltid er mulig å pumpe ut melk, hvilket bidrar til at risikoen for melkespreng reduseres, og at melkeproduksjonen holdes i gang. Brystpumpen passer til MAM's populære tåteflaske MAM Anti-Colic, som takket være den ventilerte bunnen gir en ideell strøm av melk og reduserer kolikk hos 8 av 10 barn*. Flasken har dessuten en naturtro sugedel som gjør det lett å skifte mellom amming og flaske.

Brystpumpen fås hos utvalgte apotek og barneutstyrbutikker.

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

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

*Medisinsk studie i 2011/markedsundersøkelse i 2010, testet av 204 mødre.

MAM

mambaby.com

REGULERBAR PUMPESTYRKE

Innstillingshjulet gjør det enkelt å stille inn sugestykken på pumpen fra svak til kraftig. Med regulierbar pumpestyrke er det lettere å finne en bekvem måte å pumpe på.

MYK OG BEKVEM

Det er innebygde puter i trakten, som gir en behagelig følelse, og som gjør at trakten sitter bedre fast på brystet.

ENKEL Å BRUKE OG SETTE SAMMEN

Brystpumpen er enkel å håndtere og rengjøre fordi den består av kun fire deler – forbindelsesrør, pumpe med håndtak, silikonventil og trakt.



Norskopplæring gir bedre livskvalitet

Kvinner i arbeidsinnvandrerfamilier kan ha stort utbytte av å lære norsk. Språket hjelper dem å takle utfordringer i det norske samfunnet.

Bakgrunn

Artikkelen er et utdrag av min prosjekteksamen i flerkulturelt arbeid ved Høgskolen i Telemark fra 2012 «Jeg liker så godt å slå av en prat».

Før jeg startet i mitt nåværende arbeid som helse-søster, antok jeg at arbeidsinnvandrere lærte norsk via arbeidet. Når jeg tenkte på «arbeidsinnvandrere» så jeg for meg en mann i 20–40-årsalderen som jobbet lange dager i byggebransjen. Jeg antok at han dro hjem i perioder og så kom tilbake for å ta en «jobbe-økt». Hvis denne mannen hadde familie, forestilte jeg meg at familien var i hjemlandet. Men det ble etter hvert klart for meg at det er ikke bare er menn som kommer til Norge som arbeidsinnvandrere, men hele familier. Jeg møtte mødrene på helsestasjonen og begynte derfor å interessere meg for deres livssituasjon.

Min forforståelse av arbeidsinnvandrere ble kort fortalt utvidet fra å gjelde en mann, til å gjelde hele familier som bosetter seg for godt, eller på ubestemt tid. Sju av ti respondenter i en rapport fra IMDi (2008) angir at de trolig vil bo i Norge om fem år. Andelen som regner med å bli, øker også med botid.

«De forventer å leve et bedre liv i Norge.»

Mine antakelser om at arbeidsinnvandrere vanligvis lærer norsk via arbeidet, ble også utfordret. Noen arbeidsgivere velger å tilby sine ansatte, og i enkelte tilfeller familiemedlemmer, kurs, men langt fra alle. Det kan skyldes at det ikke prioriteres fra arbeidsgivers side, av økonomiske hensyn. Det kan også skyldes at man hovedsakelig arbeider sammen

med andre som heller ikke snakker norsk, at det ikke anses som nødvendig for å utføre arbeidet, at arbeidsgiver har ansatt tospråklig arbeidsleder, eller at man bare skal være her i en kort periode og dermed ikke anser det som nødvendig å lære seg språket (Thorshaug et al 2009; Friberg 2006). Alle arbeidsinnvandrere har heller ikke en tilknytning til arbeidslivet, men utøver for eksempel omsorgs-arbeid i hjemmet.

Kommunikasjonen med disse familiene på helsestasjonen og i skolen kan være en utfordring da vi ikke har et felles språk og vi blir avhengige av å bruke tolk. Møtene må derfor planlegges i større grad på grunn av tolkebestilling som er tidkrevende og koster penger.

Gratis norskundervisning

I kommunen jeg arbeider tilbyr et av familiesentren, i samarbeid med Voksenopplæringen og Åpen barnehage, gratis norskundervisning med samtidig barnepass. Etter at undervisningen er over, er det sangstund sammen med barna, og etterpå spiser alle lunsj sammen. Man har dermed utvidet tilbudet om norskundervisning til også å omfatte en mulig positiv opplevelse for både mor og barn, i tillegg til at det er rom for at deltakerne kan bli kjent med hverandre, utover det å delta på selve norskundervisningen sammen. Dette kurset er ikke forbeholdt en bestemt kategori innvandrere, men en forutsetning er at de i utgangspunktet ikke snakker mye norsk.

Min forforståelse rommer nå at det å beherske språket der man bor, og å kunne manøvrere seg og sin familie i det norske samfunnet, vil kunne gi en opplevelse av å i større grad mestre sin nye tilværelse.

Av Anne Lene Ektvedt, Helsesøster i Sandefjord kommune.

PÅ KURS: Gratis opplæring og barnepass gjør det enklere for innvandrerkvinner å gå på norskkurs. Illustrasjonsfoto: Colourbox.



Dette tror jeg i sin tur vil påvirke deres livskvalitet. Problemstillingen ble derfor:

- Mødre i familier som er kommet til Norge som arbeidsinnvandrere: Hvilken betydning har tilbud om tilpasset norskkurs fått for deres livskvalitet?

Jeg valgte å benytte meg av kvalitative dybdeintervjuer og intervjuet fire mødre fra Øst-Europa. Oppgaven var vinklet mot livskvalitet, med forankring i Bronfenbrenners sosioøkologiske modell, samt Banduras teorier om mestring.

Livet på vent

På noen helsestasjoner (Thorshaug et al 2009) har helsesøstre fortalt at de opplever at mødre som kommer til helsestasjonen gir uttrykk for en fortvilet livssituasjon. De behersker ikke språket, de er deprimerte, har ingen venner, er ensomme og ingen forteller dem hva de bør gjøre og hvilke rettigheter de har. Selv har jeg også erfart fra jobb og privatliv at enkelte lever i Norge «med livet på vent» og reiser

«Det er rom for at deltakerne kan bli kjent og styrke sine sosiale nettverk.»

til hjemlandet for lengre perioder, nærmest som en tilværelse i diaspora.

Ut ifra det informantene til Thorshaug (et al 2009) forteller, kan det tolkes som at informantene opplever at deres livskvalitet er redusert. Migrasjon beskrives for øvrig også ofte ut fra et «elendighetsperspektiv». Men man må ikke glemme at migranter er ulike mennesker med ulike livshistorier.

Å migrere kan være et valg som kan ses som personlig, men kan også være en løsning familien som helhet har bestemt seg for. Noen kan sees på som «offer» i migrasjonsprosessen, mens andre kan oppleves som aktive i prosesser med å tilføre familien ressurser og muligheter, som de anså umulig å oppnå i hjemlandet. De forventer å leve et bedre liv i Norge og antar at de vil få økt sin livskvalitet ved å flytte hit (Narum 2008).

Livskvalitet gir helse

Det er viktig å fokusere på livskvalitet, fordi det er en sterk sammenheng mellom subjektiv opplevelse av livskvalitet og selvpoppfattet psykisk og fysisk helse. En opplevelse av subjektivt velvære og positiv emosjonalitet kan ha positive effekter på sosiale relasjoner,

helseatferd, stress, ulykkes- og selvmordsforekomst og generell mestring, samt direkte på immunforsvaret (Bang Nes & Tams 2011). Kommunen, som er min arbeidsgiver, er forpliktet til å drive folkehelsearbeid; svekke det som virker nedbrytende på helsen og styrke det som bidrar til bedre helse. Det er for øvrig også et mål å redusere forskjeller mellom sosiale lag, etniske grupper og kjønn (Sosial- og helsedirektoratet 2004) og livskvalitetsperspektivet kan være et bidrag til dette.

Å lære seg norsk må også ses som en livslang prosess som ikke bare er et spørsmål om livskvalitet, men som også er helt nødvendig for å kunne delta i samfunnet og uttrykke seg, uten innblanding fra andre. Det er sjelden noen bevisst velger bort dette. (Myran 2011, s. 39)

Resultater

Familiemedlemmenes helse, fravær av problemer og muligheten for å tilbringe tid sammen med familien, er det alle informantene beskriver som det viktigste i livene deres.

Hovedkonklusjonen er at å delta på et tilpasset norskkurs har bidratt til å øke mødrenes livskvalitet. Økte språkkunnskaper forenkler flere av hverdagens utfordringer. Dette gjelder også de sammenhengene språket inngår i, som nå vil bli lettere å mestre. Det tilpassete norskkurset og de som arbeider der utgjør en betydelig støtte og kan alene bidra til en sosial tilhørighet. I tillegg utgjør det en arena hvor det er rom for at deltakerne kan bli kjent og eventuelt styrke sine sosiale nettverk.

Arbeidsinnvandrere har også vært ansett som en relativt «selvgående» gruppe av innvandrere. Til sammenlikning med ikke-vestlige innvandrere, anses også arbeidsinnvandrere fra Øst-Europa som kulturelt likere nordmenn, noe som vil lette inkluderingen i det norske samfunnet (Friberg 2006; IMDi 2008). Mødrene jeg intervjuet uttrykte likevel at de ikke opplever seg som «kulturelt like».

«Norske folk setter pris på miljø og natur. Det er ikke sånn i Polen, i hvert fall ikke der jeg bodde. Folk her er aktive og sporty. Det er også bedre arbeidsforhold, bedre forhold mellom de ansatte.»

«Relasjonene mellom mennesker her er veldig hyggelig, i Polen er noen konger og noen slaver. Her er alt likt.»

«Alt som skjer i Norge er veldig nytt for meg. Som for eksempel første skoledag for min sønn. Jeg visste ikke hvordan det fungerte her, så det ble stress for meg. Det er helt annerledes enn i Polen. Jeg kan ikke språket og vet ikke hvordan forskjellige ting fungerer.»



Flere av mødrene understreker at det å få anerkjennelse av andre på at man lærer seg språket, oppleves som positivt. De mener også alle at norskkunnskapene gir dem flere muligheter på arbeidsmarkedet og fører dem nærmere det arbeidet de aller helst vil ha og at dette bidrar til et positivt syn på fremtiden. De fleste oppgir at grunnen til at de ikke behersker språket allerede, er at de ikke har hatt anledning til å lære det, siden kursene oppleves som utilgjengelige. Kursene oppleves dyre og praktisk vanskelige å delta på.

«Hadde jeg snakket norsk, hadde jeg blitt fortært tilpasset. Jeg ville ha visst mye mer om kultur og mentalitet her. Jeg hadde lest norske aviser og besøkt norske nettsteder. Jeg er ikke noe flink med det nå, for jeg konsentrerte meg om barna når jeg kom hit.»

De offentlige retningslinjene er likevel ikke entydige, slik at det blir opptil hver enkelt kommune å avgjøre om de skal gi dette tilbudet eller ikke. Å frata minoriteter denne rettigheten kan derimot være i strid med kommunenes folkehelsearbeid. Det kan føre til at helsetjenester som skal være lett tilgjengelige bare er lett tilgjengelige for dem som behersker norsk godt. I tillegg til at det ikke å beherske norsk

kan medføre en redusert opplevelse av livskvalitet, kan det få følger for personens selvoppfattede psykiske og fysiske helse. Dette fordi denne personen ikke når fram til hjelpeapparatet med sine utfordringer og behov, en rettighet også minoriteter skal få dekket. Kommunene skal styrke forhold som fremmer helsen til innbyggerne, og tilbud om et tilpasset norskkurs kan ses som et ledd i denne prosessen.

«Jeg er ikke fullt ut fornøyd med tilværelsen. Jeg blir så sint på meg selv når jeg ikke får det til. Jeg er fullt ut klar over at jeg ikke behersker språket, fritt og flytende. Jeg vet at det er min feil, at jeg må jobbe litt hardere. Men jeg vil klare det.» ■

Referanser:

1. Andenæs, E. (2011). Språkopplæring på arbeidsplassen. I: Godt no(rs)k? Om språk og integrering. Integrerings- og mangfoldsdirektoratet rapport 2011. Hentet fra <http://www.imdi.no/no/Kunnskapsbasen/Innholdstyper/Rapporter/2011/Godt-norsk---om-sprak-og-integrering/>
2. Bandura, A. (1982). Self-Efficacy. Mechanism in Human Agency. American Psychological Association Vol.37, No.2 122-147. Hentet fra <http://jamiesmithportfolio.com/EDTE800/wp-content/PrimarySources/Bandura3.pdf>
3. Bang Nes, R. & Tambs, K. (2011). Helse og livskvalitet. I: S. Næss, T. Mourm, Eriksen, J. (Red.), Livskvalitet, forskning om det gode liv. Oslo: Fagbokforlaget.
4. Berg, B., Thorshaug, K. & Valenta, M. (2009). Arbeidsinnvandring i økono-

SPRÅKMEKTIG:

Når mor behersker norsk, kan hun møte helsesøster uten å være avhengig av tolk. Illustrasjonsfoto: Colourbox.

miske nedgangstider. Hentet fra <http://www.ntusamfunnsforskning.no/file.axd?fileDataID=3a4a8d2f-4ae5-42ac-92db-ae240a52f7d3>

5. Brochmann, G. (2006). Hva er innvandring? Oslo: Universitetsforlaget.
6. Friberg, J. H. (2006). Integrering av arbeidsinnvandrere: Noen spørsmål og utfordringer i kjølvannet av EU utvidelsen. Fafo notat 29/2006. Hentet fra <http://www.faf.no/pub/rapp/10019/10019.pdf>
7. Grinde, B. (2011). Livskvalitet i et biologisk perspektiv. I: S. Næss, T. Moum, Eriksen, J. (Red.), Livskvalitet, forskning om det gode liv. Oslo: Fagbokforlaget.
8. Gulbrandsen, L. M. (Red.). (2006). Oppvekst og psykologisk utvikling, en innføring i psykologiske perspektiver. Oslo: Universitetsforlaget.
9. Holter, H. & Kalleberg, R. (1996). Kvalitative metoder i samfunnsforskning. (2. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
10. IMDI. (2008). Vi blir. Om arbeidsinnvandring fra Polen og Baltikum
11. Integrerings- og mangfoldsdirektoratet rapport 1/2008. Hentet fra <http://www.imdi.no/no/Kunnskapsbasen/Innholdstyper/Rapporter/20052/IMDI-rapport-1-2008-Vi-blir-Om-arbeidsinnvandring-fra-Polen-og-Baltikum/>
12. IMDI (2011) Godt no(rs)k? Om språk og integrering. Integrerings- og mangfoldsdirektoratet rapport 2011. Hentet fra <http://www.imdi.no/>

no/Kunnskapsbasen/Innholdstyper/Rapporter/2011/Godt-norsk-om-sprak-og-integrering/

13. Introduksjonsloven (2003) Lov, 1. september 2003, om introduksjonsordning og norskopplæring for nyankomne innvandrere. Oslo: Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet. Hentet fra <http://www.lovdatab.no>
14. Jacobsen, D.I. (2005). Hvordan gjennomføre undersøkelser? (2. utg.). Kristiansand: Høyskoleforlaget
15. Kvale, S. & Brinkmann, S. (2009). Det kvalitative forskningsintervju. Oslo: Gyldendal akademiske.
16. Myran, M. (2011). Med tolk eller på norsk? I: Godt no(rs)k? Om språk og integrering. Integrerings- og mangfoldsdirektoratet rapport 2011. Hentet fra <http://www.imdi.no/no/Kunnskapsbasen/Innholdstyper/Rapporter/2011/Godt-norsk---om-sprak-og-integrering/>
17. Narum, K.P. (2008). Migration as freedom. A case study of four Polish migrants to Norway (Masteroppgave. Universitet i Ås.). Hentet fra http://www.umb.no/statisk/noragric/publications/master/2008_kristin_proitz_narum.pdf
18. NHO. (2011). Økt behov for arbeidskraft. Næringslivets hovedorganisasjon. Hentet fra <http://www.nho.no/oekonomisk-overblikk-nr-2-2011/oekt-behov-for-arbeidskraft-article23441-701.html>
19. Næss, S. (med Moum, T., & Eriksen, J.). (2011). Livskvalitet, forskning om det gode liv. Oslo: Fagbokforlaget.
20. Skaar, K., Mahncke, H., Stiberg-Jamt, R., Brunk, T., & Espegren, A. (2007). Global professionals. Få kommer, mange blir. Hentet fra <http://www.migrasjonsforskning.no/site-no/04-Publikasjoner/pdf/Global%20Professionals.pdf>
21. Sosial- og helsedirektoratet. (2004). Kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Veileder til forskrift av 3. april 2003 nr. 450. IS-1154. Hentet fra <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/Sider/default.aspx?Kategori=Veiledere&Tema=Helse-+og+omsorgstjenester&undertema=Helsestasjon+og+skolehelsetjenester>
22. Statistisk sentralbyrå <http://www.ssb.no/innvstat/>
23. SSB 1: <http://www.ssb.no/emner/02/01/10/innvgrunn/>
24. SSB 2: <http://www.ssb.no/vis/emner/02/01/10/innvbef/main.html>
25. SSB 3: <http://www.ssb.no/emner/02/01/10/innvbef/>
26. Sørensen, T. (2011). Sosial støtte. I: S. Næss, T. Moum, J. Eriksen. (Red.), Livskvalitet, forskning om det gode liv. Oslo: Fagbokforlaget.
27. Teslo, A.L. (Red.). (2006). Mangfold i faglig veiledning- for sosial- og helsearbeidere. Oslo: Universitetsforlaget.
28. Thorshaug, K., Valenta, M., & Berg, B. (2009). Arbeidsinnvandring. Konsekvenser for det kommunale apparatet. Integrerings- og mangfoldsdirektoratet rapport 1/2009 Hentet fra <http://www.imdi.no/no/Kunnskapsbasen/Innholdstyper/Rapporter/2005/IMDI-rapport1-2009/>
29. UDI. (2009). Registreringsordningen for EØS borgere. Utlendingsdirektoratet. Hentet fra <http://www.udi.no/Sentrale-tema/Arbeid-og-opphold/Arbeid-og-opphold-EU-EOS-EFTA-borgere/Midlertidig-registreringsordning-for-EOS-borgere/>
31. UDI. (2010). Årsrapport 2010: tall og fakta. Utlendingsdirektoratet. Hentet fra [http://www.udi.no/Oversiktsider/Boker-og-publikasjoner/Publikasjoner/Artsrapporter/Utlendingsloven\(2008\)Lov,15.mai2008,om-utlendingers-adgang-til-riket-og-deres-opphold-her.Oslo:Justis-og-beredskapsdepartementet.Tilgjengelig-via-http://www.lovdatab.no](http://www.udi.no/Oversiktsider/Boker-og-publikasjoner/Publikasjoner/Artsrapporter/Utlendingsloven(2008)Lov,15.mai2008,om-utlendingers-adgang-til-riket-og-deres-opphold-her.Oslo:Justis-og-beredskapsdepartementet.Tilgjengelig-via-http://www.lovdatab.no)
33. Wiese, V. (2006). Skolens Janusansikt: utskilling og utvikling i ulike læremiljø. Doktorgradsavhandling, NTNU, Trondheim.
34. Wiese, V. (2011). Oppvekst-kvalitet i unge liv. I: S. Næss, T. Moum, Eriksen, J. (Red.), Livskvalitet, forskning om det gode liv. Oslo: Fagbokforlaget.
35. Annet:
36. Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste;
37. Personvernombudet for forskning. <http://www.nsd.uib.no/personvern>

ANNONSE

HEMNESkommune

Sentrumsavn 1 - 8646 Korgen - Tlf. 75 19 70 00 - Faks 75 19 71 01
E-post: postmottak@hemnes.kommune.no



Helsetjenesten

Helsesøster

Er du helsesøster og har lyst til å arbeide i Hemnes kommune? Da åpner det seg nå en mulighet i og med at vi har ledig 100 % fast helsesøsterstilling fra 01.09.2015. Stillingen er nyopprettet og er pt. tilknyttet skolehelsetjenesten fra 1.-10. klasse trinn. Kommunen har ikke videregående skole.

Kommunen har rikt kulturliv og gode muligheter for flotte naturopplevelser hele året. E6 er gjennomfartsvei og jernbane har stoppested. Kommunensenteret er Korgen og nærmeste byer ligger ca 5 mil unna, Mo i Rana og Mosjøen, begge steder med flyplass. Topp lønn uavhengig av ansiennitet.

Tiltredelse: 01.09.15

Kontaktperson: sektorleder Gerd Vaag, tlf. 975 26 834 eller helsesøster Berit Bang Andersen, tlf. 918 57 207.

Søknadsfrist: 11.06.2015.

Søknad sendes: elektronisk via kommunens hjemmeside: www.hemnes.kommune.no – ledige stillinger Fullstendig utlysningstekst finnes også her. Søknadspapirene blir ikke returnert.

frantz.no



SYNAGIS®
PALIVIZUMAB

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

Synagis AbbVie

Immunglobulin 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.

Indikasjoner: Forebygging av alvorlige nedre luftveisinfeksjoner som krever sykehusinnleggelse forårsaket av respiratorisk syncytialvirus (RSV-virus) hos barn med stor risiko for RS-virus sykdom: Barn født i 35. svangerskapsuke eller tidligere <6 måneder i begynnelsen av RS-virus sesongen, barn <2 år som har hatt behov for behandling for bronkopulmonal 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 RS-virusrisiko 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 før starten på RS-virus sesongen. De påfølgende doser bør gis hver måned gjennom hele RS-virus sesongen. Det anbefales at barn som er sykehusinnlagt med RS-virus og som får palivizumab, fortsetter med å få månedlige doser i hele RS-virus sesongens varighet. For barn som har gjennomgått koronar-bypassoperasjon anbefales en injeksjon av 15 mg/kg kroppsvekt så snart barnet er stabilt etter inngrepet. Påfølgende doser bør fortsette månedlig gjennom resten av RS-virus sesongen for barn som fortsatt har høy RS-virusrisiko. Injeksjonsvolum >1 ml bør fordeles på flere doser. Effekten ved andre doser enn 15 mg/kg, eller ved annen dosering enn månedlig i hele RS-virus sesongen, er ikke fastslått. **Tilberedning/Håndtering:** Hetteglass uten konserveringsmiddel til engangsbruk. Både 50 mg og 100 mg hetteglass inneholder et overskudd som tillater opptrekking av hhv. 50 mg og 100 mg når det er rekonstituert etter instruksjonene. For rekonstituering fjernes klaffen til korken på hetteglasset og gummipropen 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 rekonstituasjon. Hetteglasset må ikke ristes. Oppløsningen skal stå i romtemperatur i minst 20 minutter inntil oppløsningen er klar. Se for øvrig pakningsvedlegg. **Administrering:** Gis i.m., helst anterolateralt i låret.

Kontraindikasjoner: Overfølsomhet for innholdsstoffene 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 RS-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 RS-virusdiagnostiske testresultater. Diagnostiske testresultater bør derfor brukes sammen med kliniske funn for å veiledede medisinske beslutninger.

Bivirkninger: Mest alvorlig er anafylaksi og andre akutte overfølsomhetsreaksjoner. Feber, utslett 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.¹

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 observert 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%) antistoffskjever. Palivizumab har potent nøytraliserende og fusjonshemmende aktivitet mot både RS-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 originalemballasje for å beskytte mot lys. Holdbarhet etter rekonstituering er 3 timer.

Pakninger og priser: **50 mg:** 1 sett (hettegl. + amp.) kr 5063,30. **100 mg:** 1 sett (hettegl. + amp.) kr 8638,60.

Sist endret: 15.09.2014

Referanse: Synagis SPC

Aktuelle bøker



Omslagsfoto Forlagene

BOKANMELDELSE

Tittel: **Bullshitfilteret**
Forfatter: **Oda Faremo Lindholm**
Forlag: **Gyldendal**
Anmelder: **Marit Handeland, helse-
søster, Nøtterøy**



Medienes påvirkning

Boka er skrevet til ungdommer, særlig jenter, med tanke på å få frem at de påvirkes i livene sine av krefter fra media og omverden som de må være klar over. Målet med boka er å få jentene til å reflektere over hvordan musikkvideoer, blogger, reklame og tv-serier påvirker dem. At de skal kunne forstå hva de som fremstiller jenteidealer som sexy, slanke, rappkjefta og så videre, ønsker å oppnå. Den vil at jentene skal avsløre makten i mediene og være kritiske til det de ser og hører, at de skal avsløre «bullshitene».

Forfatteren, som er journalist, har selv en historie med å streve i ungdomstiden med stress som til slutt gjorde henne psykisk syk. Hun har fordypet seg i seksualiseringen og den stereotype kjønnsframstillingen medier gir.

Boka har mange illustrasjoner som er med på å understreke budskapet. Den har sterke farger og en layout med lite skrift på hver side som appellerer til leserne, som her er unge jenter. Jeg synes dette fungerer greit, selv om det til tider kan være litt rotete. Den har små øvelser og refleksjonsspørsmål. Det gjør den egnet til å bruke i samtaler enten en til en eller i grupper fra cirka tolvårsalderen av.

Boka er lettlest, har gode og små oppsummeringer som får deg til å stoppe opp å tenke ting som: «Alle vil være annerledes, men ingen er som deg!» Det er gode sitater fra forbilder som skuespiller Jennifer Lawrence

og supermodell og tv-stjerne Tyra Banks som tar til motmæle mot denne falske kulturen. Dette gir gjenkjennelse og blir troverdig. En kan merke at forfatteren har kontakt med det hun beskriver.

Kapitlene: Velkommen i bås! Hjelp du blir seksualisert! Kjøp! Kjøp! Kjøp! Internett. Porno til folket. Senk skuldrene og hev selvfølelsen.

Jeg syns forfatteren har klart å lage en bok som ikke moraliserer selv om den omtaler hvordan vi lever og tenker om livene våre. Den har gode eksempler på hva som påvirker oss av film, bloggere, tv-reklame, tv-serier, musikkvideoer og blader. Hun får frem hva som skjer med oss når vi lager bilder av det vi hører, ser og leser. At den vi er og særlig kjønn, lett blir definert av andre enn oss selv når vi utsetter oss for denne påvirkningen. Hun viser at det spesielt er jentene som lager stereotypier om seg selv. Boka har kilder som kan utnyttes til å lese mer om temaet av fagfolk.

«Mange har lett for å sammenlikne seg selv med idealer som med vilje er gjort uimotståelige. Vi trenger et bullshitfilter fordi mediens seksualiserte fokus på kropp og livsstil, og måter jenter settes i bås på, er med på å bidra til at jenter har lavere selvfølelse enn gutter.» Unni Karin Moksnes, «Stress and health in adolescents. The role of protective factors», 2011.

«Enhver skaper selv den bok han leser.»

Ragnar Rudolf Eklund

BOKANMELDELSE

Tittel: **Barn og unge med ADHD i skolen**
Forfatter: **Roar Engh**
Forlag: **Cappelen Damm Akademisk, 2014**
Anmelder: **Mette Sømoe, helsesøster i BOU, Tønsberg kommune**



Elever med ADHD

Boka henvender seg til alle som jobber med barn og unge, men kanskje først og fremst til lærere i skolen. Barn med ADHD har ekstra utfordringer, som krever at lærere som underviser elevene har kompetanse innen dette. Forfatteren gir i denne boka gode råd og utførlige anvisninger til hvordan lærere kan skape et positivt og utbytterikt læringsmiljø for disse elevene.

Mange foreldre, og også andre fagpersoner som jobber med barn med en ADHD-diagnose, vil også ha nytte og glede av å lese denne boka. Når det gjelder samarbeid mellom skole og hjem, har boka også stor verdi.

Hva vil det si å leve med ADHD? Hvordan er det å være elev og hvilke utfordringer møter disse elevene? Hvordan er det å være foreldre til barn og unge med ADHD? Hva bør lærere vite når det gjelder disse barna? Hvordan bør skolen samarbeide med foreldre og hvordan jobbe tverrfaglig til barnas og familienes beste?

Dette er noen av spørsmålene Engh forsøker å gi svar på i denne boka. Forfatteren gir leseren innsikt i ADHD-diagnosen og sier også litt om medikamentell behandling på en forståelig måte.

Vi møter også foreldre til barn og unge med diagnosen i boka. Disse foreldrene forteller oss om sin opplevelse med hensyn til å ha barn med diagnosen. De forteller også om hvilke erfaringer de har med samarbeid med skole. En av disse mødrene arbeider også som helsesøster i skolen.

En elev som går på videregående skole bidrar med sine erfaringer i klasserommet.

Roar Engh er dosent i pedagogikk ved lærerutdanningen på Høy-skolen i Buskerud og Vestfold. Han har mange års erfaring som spesiallærer og kontaktlærer for klasser. Roar Engh har også hatt ansvar for spesialpedagogikk studiet for allmennlærere i mange år. Tidligere har han gitt ut bøkene «Barn og unge med Asberger syndrom i skolen» og «Vurdering for læring i skolen».



Foto: Elme Kartsdatter Fladsen

Helsesøstrenes skattekasse

Som helsesøster får jeg gjennomslag når jeg:

- Viser engasjementet mitt overfor alle rundt meg.
- Våger å hive meg på og legger bort all sjenanse.
- Er tydelig i budskapet mitt så alle forstår.
- Jobber planmessig og utholdende for å nå målene jeg tror på.
- Sørger for at politikere kjenner behovene og hva vi kan bidra med.
- Systematisk bruker all tilgjengelig dokumentasjon for å underbygge kravene våre.
- Er pådriver for tverrfaglig samarbeid til barn og unges beste.
- Sørger for god forankring i ledelsen for hva vi ønsker å oppnå.
- Bruker media aktivt til å få frem positive budskap om resultater og muligheter.
- Heier andre helsesøstre frem.

Dette gjør jeg fordi barn og unge i Norge fortjener det!

Kilde: Utarbeidet på debattforum under Helsesøsterkongressen 2015.



Mammakafé for minoritetsspråklige

I Tønsberg møtes kvinner fra ulike verdensdeler på mammakafé hver torsdag formiddag. I samarbeid med diakon og frivillige hjelpere ved domkirken i Tønsberg, har helsesøster Randi Trannum arrangert treffet siden 2013.

Tekst **Mette Sømoe**, helsesøster, barn og unge, Tønsberg kommune

Quasimodo er domkirkens ungdomskafé i Tønsberg. Det er her de utenlandske mødrene treffes hver uke. Randi Trannum jobber som helsesøster, avdeling barn og unge i Tønsberg kommune. Deler av hennes helsesøsterstilling er tilegnet asylsøkere ved Tønsberg mottak. Randi følger opp disse familiene ved helsestasjonen i Tønsberg.

Sterkt fellesskap

Det er et yrende liv også denne formiddagen jeg får lov til å være med på mammakafé. Her er kvinner i alle aldre. Noen har med seg barn. Andre er gravide eller kommer alene. Noen kjenner hverandre godt, mens andre har møtt opp for første gang. Alle blir godt tatt imot. Det blir også jeg, denne regntunge, litt kjølige torsdags formiddagen. Det slår meg at alle er smilende og imøtekommende.

«Kvinnene danner nettverk, og de treffes nå også utenom kafeen.»

På kafeen er det varmt og godt. Det dufter av nytraktet kaffe og alle kan forsyne seg av et innbydende koldtbord. Barna leker på gulvet eller sitter på fanget til mødrene sine. Kvinnene hjelper hverandre. Det er tydelig at

de har omsorg og omtanke for hverandre. De har forskjellig bakgrunn og religion. Noen er asylsøkere, andre er innvandrere. De kommer kanskje fra krigsherjede land, og bærer på vonde minner. Men her – på mammakafeen – sitter de. Side om side. Fellesskapet er sterkt og rommet er fylt med omsorg og kjærlighet.

Behov for nettverk

Randi forteller at hun – som asylhelsesøster – så at disse kvinnene strevde med for lite nettverk rundt seg. Språkvansker og kulturforskjeller gjorde det vanskelig for kvinnene å komme i kontakt med hverandre.

– Mange hadde brutt kontakten med familie og venner og var svært bekymret for fremtiden med hensyn til oppholdstillatelse i Norge. Noen hadde store traumer og trengte psykososial støtte. Dette ville jeg gjøre noe

med, forteller Randi om bakgrunnen for oppstarten av mammakafeen.

Randi har primært ansvar for barna. Hun er opptatt av systemisk arbeid, og mener det er viktig å se hele familien som en enhet.

– Vi må tenke helhetlig. Vi er nødt til å jobbe tverrfaglig og systemrettet om vi skal komme noen vei.

Randi har et nært og godt samarbeid med migrasjonshelse og Tønsberg mottak.

– I begynnelsen var det bare noen få som møtte opp på mammakafé, men ryktet spredde seg. Nå kommer det rundt 15–20 mammaer hver eneste torsdag. Kvinnene danner nettverk, og de treffes nå også utenom kafeen. Mange av dem har dannet verdifulle vennskap.

Mange aktiviteter

– Mammakafeen er først og fremst et møtested for å treffe andre og danne nettverk for liten og for stor, men vi har også andre aktiviteter, informerer Randi. De har hatt besøk av jordmor fra veiledningstjenesten Amatheia, som har fortalt litt om hva de driver med. Kommunejordmor Hege Brekke har også kommet innom og gitt kvinnene verdifull veiledning. På kafeen blir det delt ut pent, brukt barnetøy og barneutstyr til dem som trenger det. På bakrommet ligger det hauger av nyvaskede klær som kvinnene kan forsyne seg av. Mammakafeen får mat fra kirkens bymisjon.

– Vi har lært oss marokkansk dans av en deltaker her, og etter lunsjen hender det at vi synger barnesanger og har en



SKAPER NETTVERK: Randi Trannum (i midten) omringet av utenlandske mødre som møtes på mammafeien i Tønsberg hver uke. Fotograf: Mette Sørmo.

koselig stund sammen, forteller Randi.

Denne formiddagen har en av medhjelperne med seg en gitar, og det lyser glede i små barneansikter når det syns «Nede på stasjonen» og «Lille Petter edderkopp».

Seble fra Etiopia

Jeg får snakke med to av kvinnene som er her denne formiddagen. Seble er en 25 år gammel kvinne fra Etiopia. Hun forteller at hun er her hver torsdag og at hun bor på krisesenteret sammen med gutten sin som er ett år gammel. Seble har bodd i Norge i fem måneder og har lært seg språket fort. Jeg har ingen problemer å forstå henne når vi snakker sammen. Seble forteller at hun gleder seg til å komme hit hver uke, og at det har vært viktig for henne å treffe andre kvinner som er i samme situasjon. Seble

sier hun er takknemlig for all hjelp og støtte hun har fått, og at det ville vært ensomt uten dette treffet hver uke. Om noen uker skal hun begynne på norskurs, og hun ønsker å få seg arbeid i Norge og skape en framtid for seg og den lille gutten sin.

Dahrlin er 22 år gammel og asylsøker fra El Salvador. Hun sier hun er glad for å ha fått høre om dette tilbudet og at det er viktig for henne å komme hit fast hver uke. Dahrlin har en smilende jente på rundt ett år på fanget. Krøllene hennes danser og hun hikster av glede når mamma og de andre kvinnene synger «Lille Petter edderkopp».

Hjelper hverandre

Etter sangen, vil diakonen dele noe med kvinnene. En frivillig arbeider, som er nonne, tolker på arabisk mens en annen

av de frivillige tolker på pashto. Ellers prøver deltakerne å hjelpe hverandre med å forstå det som blir sagt. I dag er temaet likeverd. Det snakkes om hvordan man kan føle seg mindreverdig på grunn av manglende språk og ukjent kultur. Det snakkes om å løfte hverandre frem og se hverandre. Dette temaet er noe alle kan kjenne seg igjen i, og det er viktig for alle mennesker, uavhengig av bakgrunn og religion.

Et møte med disse kvinnene der man får se fellesskapet, samholdet og gleden i de små barneansiktene kan være inspirerende. Disse kvinnene finner styrke og samhold i hverandre. Dette er hjelp til selvhjelp og ett viktig forebyggende og helsefremmende tiltak. Det trengs ildsjeler som brenner for jobben sin for å sette i gang tiltak som dette, og Randi er definitivt en slik ildsjel. ■

Den gyldne penn 2015 Esher Hjälmhult



Kriterier:

- Har gjort seg spesielt bemerket ved å publisere fagartikler, bøker eller annet skriftlig materiale som har bidratt til å profilere helsesøstre på en positiv måte

Esher Hjälmhult bidro sterkt til at det ble startet opp helsesøsterutdanning i Bergen i 1990. Hun var med på å skrive fagplan, og hun var utdanningens første leder. Hjälmhult har arbeidet med utdanning av helsesøstre i 25 år og tatt initiativet til at helsesøsterutdanningen ble en spesialitet i master i klinisk sykepleie i 2011.

Dr. graden hennes «Erobring av handlingsrom» handlet om helsesøsterstudenters læring i praksisstudiet, og kunnskapen har fått «gjenklang» innen helsesøsterutdanninger i Norge og andre utdanninger. Hjälmhult har vært en etterspurt foredragsholder på utdanninger og på konferanser. Hun er engasjert og nysgjerrig på vegne av helsesøsters fagområde.

Esther Hjälmhult har vært en drivkraft innen forskning i helsesøsters fagområder. De senere prosjektene er praksisnære, og omhandler hjemmebesøk til foreldre med nyfødte barn, mødres erfaringer etter hjemkomst med en nyfødt, og helsestasjonen som nettverksbygger. Hun har også vært veileder for flere mastergradsstudenter, og dette har også resultert i forskningsartikler om helsesøsters arbeid.

I dr.gradsarbeidet brukte Esther Hjälmhult en kvalitativ tilnærming gjennom metoden Grounded Theory, og hun har vært en inspirerende foreleser om kvalitativ metode. Esther H er med i en forskningsgruppe om Grounded Theory. Hun har skrevet nyttige artikler om bruk av metode, og hun er redaktør av en ny fagbok om Grounded Theory.

På vegne av helsesøstrene i Norge
Kristin Sofie Waldum - Grevbo
leder LaH NSF

Årets helsesøster 2015 Solveig Ude



Kriterier:

- Har gjort en ekstra innsats for å synliggjøre og markedsføre vårt fag og vår profesjon både innenfor og utenfor sin egen virksomhet/kommune
- Bidratt til utvikling av helsesøsters fagområde
- Er medlem av Landsgruppen av Helsesøstre NSF

Det å forebygge og oppdage vold og overgrep mot barn har vært Solveig Udes hjertesak i over 20 år.

Solveig har gjort en solid innsats for å synliggjøre og markedsføre helsesøsters rolle når det gjelder i arbeidet. Hun har en god formidlingsevne, hun engasjerer og hun får enhver helsesøster til å stoppe opp og revurdere sitt daglige arbeid. Hun er mye brukt som foredragsholder og deler sine erfaringer, både innad i helsesøstergruppen og i andre fora.

Det siste året har hun vært mye i media som talskvinne for dette viktige tema. Hun har deltatt i radioprogrammet Ekko på P2, Godmorgen Norge TV2, Nyhetskanalen og i NRK. Hun har også skrevet innlegg i Aftenposten om vold i nære relasjoner – en kronikk som var en av Aftenpostens mest leste, delte og debatterte kronikker i 2014.

Hun ble også invitert til å holde foredrag på FN barnekonvensjons 25 års jubileum i november 2014.

I tillegg til å være faglig dyktig og inspirerende, er Solveig Ude som en morsom og uredde dame!

På vegne av helsesøstrene i Norge
Kristin Sofie Waldum-Grevbo
leder LaH NSF

RELASJONSKOMPETANSE

*-en av bærebjelkene
i helsesøsteryrket*



10. febr. 2015

HELSEØSTERKONGRESSEN

Lillehammer

20. - 22. september

2016



LANDSGRUPPEN AV
HELSEØSTRE NSF



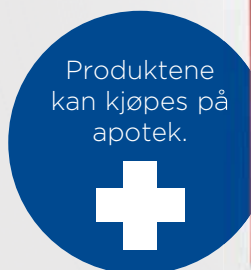
Endelig ro

Semper Dråper og Tyggetabletter inneholder *Lactobacillus reuteri* Protectis® som er en patentert naturlig melkesyrebakterie.



Bare 5 små Dråper daglig kan hjelpe spedbarnet og gi ro. For barnet kan det bety redusert gråtetid og familien kan oppleve en bedre livskvalitet.

Semper Dråper kan brukes fra fødselen, har en nøytral smak og er enkle å dosere. Kan gis på skje eller sammen med mat og drikke. Semper tyggetabletter har en god smak av jordbær. De passer til barn fra 3 år, men kan også brukes av eldre barn, ungdom og voksen. Dosering er den samme uansett alder.



Produktene
kan kjøpes på
apotek.



For mer informasjon, se www.semper.no eller kontakt oss på tel 800 30 580.