



Tidsskrift for helsesøstre

NR. 2-2016

LANDSGRUPPEN AV HELSESØSTRE NSF



Dårlig familie- økonomi

kan skade barns helse
og utvikling

Sykepleien

LaHs styre og lokale faggruppetledere 2015–2016

LaH NSF styre 2014-2016



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



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



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



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



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



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



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



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



**Prosjektmedarbeider:
fra juni 2015:**
Ellen Kathrine Larsen
T: 95 78 57 21
E-post: ellar@nsf.no

OSLO

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

AKERSHUS

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

HEDMARK

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

OPPLAND

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

BUSKERUD

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

ØSTFOLD

Ingeborg Berg-Olstad
T: 99 15 28 88
E-post: lahostfold@gmail.com/
ibol.sarpsbord.com

VESTFOLD

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

TELEMARK

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

AUST-AGDER

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

VEST-AGDER

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

ROGALAND

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

HORDALAND

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

SOGN OG FJORDANE

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

MØRE OG ROMSDAL

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

SØR-TRØNDELAG

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

NORD-TRØNDELAG

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

NORDLAND

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

TROMS

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

FINNMARK

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

Innhold

NR. 2-2016

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

ANSVARLIG REDAKTØR

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

ANNONSER

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

ABONNEMENT

lah@sykepleier.no

HJEMMESIDE

www.sykepleierforbundet.no/
helsesostre

ANSV. REDAKTØR SYKEPLEIEN

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

DESKJOURNALISTER

faggruppeblad@sykepleien.no

Johan Alvik
Tlf. 92 60 87 06

Trine-Lise Gjesdal
Tlf. 90 60 87 79

LAYOUT

Hilde Rebård Evensen
Nina Hauge
Sissel Hagen Vetter
Monica Hilsen

TRYKK

Color Print A/S

FORSIDEFOTO

Colourbox

NESTE UTGAVE

8. oktober 2016

REDAKSJONSKOMITÉ

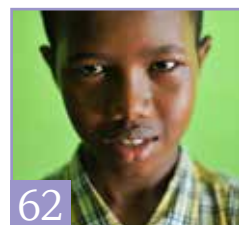
Hedmark har ansvaret for denne utgaven av Tidsskriftet for helseøstre. Følgende har vært med i redaksjonen:

Anne Kjersti Myhrne Steffenak
Tove Kristin Westli
Marte Godsveen Lauvdal
Nina Charlotte Gjermundrød
Cecilie Ruud Dangmann

- | | |
|--|--|
| <p>4 Helseøsterkongressen</p> <p>5 Leder</p> <p>6 Smånytt</p> <p>8 Dårlig familieøkonomi påvirker barna</p> <p>14 Bekjemper barnefattigdom</p> <p>18 Noen betraktninger fra bygda</p> <p>20 Gode resultater av hjemmebesøksprogram</p> <p>26 Lederstafetten: Margit Nordstoga</p> <p>30 Gir småbarnsfamilier et pusterom i hverdagen</p> <p>34 Helseøster kan hindre at unge slutter skolen</p> <p>36 Rekvisisjonsrett av prevensjon</p> | <p>40 Deler sine erfaringer</p> <p>44 Tilbakeblikk</p> <p>48 Ble mer aktive med hund</p> <p>53 Får hjelp til å sove bedre</p> <p>56 Hvordan ser barneansvarlige på sin rolle?</p> <p>62 Barn på flukt trenger også en helseøster</p> <p>65 Ledelse av helsetjenester for asylsøkere</p> <p>66 Samarbeid gir bedre helsetilbud</p> <p>70 Brobygging på tvers av kulturer</p> <p>72 En flyktninghelseøsters hverdag</p> <p>74 Aktuelle bøker</p> |
|--|--|



30



62



48



RELASJONSKOMPETANSE

*-en av bærebjelkene
i helsesøsteryrket*



12. febr 2015

HELSEØSTERKONGRESSEN

Lillehammer

20. - 22. september

2016



LANDSGRUPPEN AV
HELSEØSTRE NSF

Mer info om kongress 2016
finner du her:

<https://www.nsf.no/helsesosterkongress---gf/artikkelliste/410091>



LEDER:
Kristin Sofie Waldum-Grevbo



Hele bildet

I slutten av april dro en liten delegasjon fra Norsk Sykepleierforbund (NSF) til Hvalstad transittmottak for å snakke med de to som er ansatt i helsetjenesten der – en psykiatrisk sykepleier og en helsesøster. Mottaket er for enslige mindreårige i alderen 15–18 år. En av historiene vi fikk høre var om en jente fra Eritrea som ble funnet springende på motorveien. «Hun må ha vært gal», tenker du kanskje?

NSF har i en politisk uttalelse fra landsmøtet i november sagt at alle mennesker på flukt har krav på reell tilgang til helsehjelp etter menneskerettslige prinsipper. I høst gjennomførte Landsgruppen av helsesøstre en kartlegging i fylkene. Den er blitt referert til både i NRK radio og på lederplass i Sykepleien. Dette var ikke forskning, men en enkel statusrapport fra et utvalg ulike kommuner rundt omkring i landet. Den ga et bilde av flyktningssituasjonen sett med helsesøstres øyne. Hovedbudskapet var at det var;

- mangelfull/uklar informasjon om kommunens plikter i forhold til oppfølging av helsetilstanden til barn/ungdom
- mangelfull struktur på arbeidet, uklare ansvarsforhold
- mangelfulle ressurser til oppfølging
- helsestasjonen fikk en langt større rolle enn man er forberedt på. Selv om kommuneoverleger og fastleger har ansvar, er det helsesøstre som i mange tilfeller må avklare, koordinere og gjøre den praktiske jobben.

Barne-, likestillings- og inkluderingsminister Solveig Horne inviterte oss i høst til et møte sammen med andre som sitter i Forum for barnekonvensjonen. Bakgrunnen var at Norge skal rapportere til FN's barnekomité, noe som skjer hvert 4. år. I dette møtet løftet vi frem en bekymring knyttet flyktningssituasjonen og barns rett til helsehjelp. Vi var spesielt opptatt av hvordan en allerede presset helsestasjons- og skolehelsetjeneste skal kunne ivareta denne viktige og arbeidskrevende oppgaven.

Etter uttalelsene våre på møtet ble vi invitert inn i et nettverk som Norsk organisasjon for asyl-

søkere (NOAS) og Redd Barna har opprettet. De så et behov for at organisasjoner som jobber med enslige mindreårige møtes regelmessig. Formålet med nettverket er primært å utveksle informasjon og erfaring, samt å holde hverandre oppdatert på arbeidet ulike aktører gjør på feltet. Norsk Sykepleierforbund ble for øvrig også informert om og involvert i nettverket.

Etter å ha møtt ungdom og helsepersonell på Hvalstad transittmottak, følte jeg et sterkt behov for å understreke det som kan gjøres for ungdoms helse midt i den store flyktningstilstrømmingen.

Det var flott å høre hvordan psykiatrisk sykepleier og helsesøster jobber helsefremmende med ungdommene som kommer. En stor del av deres møte med dem handler om å normalisere fysiske og psykiske reaksjoner på det de har opplevd, se sammenhenger mellom fysiske og psykiske symptomer og sortere og strukturere. Dette opplever de har god effekt. Ungdom, som kom til helsetjenesten fordi de følte seg gale, forteller at de kjenner seg friskere og mer normale etter en samtale.

Dette er en tilnærming vi ofte snakker om i møte med barn og ungdom i skolehelsetjenesten og på HFU, men ikke like ofte i forhold til enslige mindreårige asylsøkere, i hvert fall ikke i offentligheten. Det er heller ikke så ofte snakk om hvor ressurssterke de må være som har en slik krevende reise bak seg.

For meg var besøket en viktig påminnelse om at «ungdom er ungdom», slik helsesøster uttrykte det. Hvordan gikk det med jenta på motorveien? Bakgrunnen for den hasardløse løpeturen var at hun hadde tilhørt landslaget i friidrett. Hva er da mer naturlig enn å trene på den nærmeste asfalterte rette strekningen hun fant?

Det er Hedmark som har hatt redaksjonsansvar for tidsskriftet denne gangen. Takk for en solid jobb. Du kan blant annet lese mer om arbeid med flyktninger i denne utgaven.

Kristin Waldum-Grevbo

LEDER AV LANDSGRUPPEN AV HELSESØSTRE NSF

Fullammer ikke lenge nok

Mange ikke-vestlige kvinner gir barna vann og morsmelkerstatning for tidlig. Men til gjengjeld er de flinkere til å lage hjemmelaget mat til barnet når de er over 1 år. Navnit Kaur Grewal ved Høgskolen i Oslo og Akershus har funnet ut dette. Han har forsket på ammepraksis og kostholdt blant norsk-somaliske og norsk-irakiske barn ved seks og 12 måneders alder.

Kilde: HIOA



Sykepleien på øret

Du kan nå lytte til Sykepleien. I februar lanserte de nemlig sin nye podcast, med spennende intervjuer, reportasjer og faglig oppdateringer. I sine to første episoder kunne man høre om sansehager som terapeutisk miljø og om kunnskapsbasert praksis. Podcasten finner du på iTunes og via Apples podcast-app. Du kan også abonnere på podcasten. Da går du ikke glipp av en eneste episode.



SMÅNYTT

Gonoré-rekord

Antall registrerte gonorétilfeller er rekordhøyt. Faktisk det høyeste på 25 år, rapporterer Folkehelseinstituttet. 851 tilfeller av gonoré ble diagnostisert i fjor, mot 682 tilfeller i 2014. Blant de 851 tilfellene var det 690 menn og 161 kvinner som fikk påvist smitten. Av mennene var 444 smittet homoseksuelt. Alle kvinnene var smittet heteroseksuelt. Forekomsten av syfilis holder seg også høyt, til tross for at meldte tilfeller gikk noe ned. Tilfeller blant menn som har sex med menn holdt seg nærmest uforandret høyt i 2015, mens for heteroseksuelt smittede kvinner og menn har antallet gått noe ned. I 2015 ble det meldt inn 172 tilfeller av syfilis mot 189 tilfeller i 2014. Men selv om meldte tilfeller av syfilis gikk noe ned, er forekomsten vesentlig høyere enn det som var vanlig for få år siden.

Kilde: FHI



«Er du glad i livet, så er du glad i barn.» Per Fugelli

Nyttig app om etikk

Hva gjør du som sykepleier om pasienten nekter å spise, eller når en kollega snakker nedsettende om pårørende? Eller hvordan takler du det, om du ikke får tid til å sitte hos en døende? Hva er egentlig rett og hva er galt? Sykepleien har utviklet en app som kan gjøre det litt enklere for sykepleiere å ta beslutninger i vanskelige situasjoner. De har samlet over 40 artikler rundt temaet etikk, forfattet av eksperter

innen området. Her kan du muligens få noen nyttige tips og svar som kan løse dine egne dilemmaer. I appen finner du også de etiske retningslinjene fra Sykepleierforbundet.

Alle artiklene er tidligere publisert i Sykepleien. Etikk-utgaven i Sykepleiens app for nettbrett, kan lastet ned gratis fra AppStore eller Google Play.

Kilde: Sykepleien



Tar ut færre dager

Fedrekvoten ble i 2014 redusert fra 14 til 10 uker. Konsekvensen av dette er at stadig flere fedre i gruppen tok 10 uker permisjon i fjor. I 2015 tok 16 prosent av fedrene 14 uker permisjon, og 19 prosent av fedrene tok 10 uker. Andelen fedre som benytter seg av 10 uker permisjon forventer å øke ytterligere i løpet av 2016, mens man tror at andelen fedre som tar ut 14 uker, blir noe lavere.



Barnevaksiner i 2015

I år ble vaksinasjonsdekning på nasjonalt og fylkesnivå for tre aldersgrupper 2-, 9- og 16-åringene publisert. En gjennomgang av tallene viser at de fleste barn og unge i Norge får de vaksinene som er anbefalt. I en intervju på Folkehelseinstituttets hjemmesider sier fagleder for SYSVAK, Sigrun Kongsrud, at den positive utviklingen, er et resultat av helsesøstrenes formidable innsats ute i kommunene.



Kilde: FHI

Syk av skiftarbeid

Når døgnrytmen forskyves og våketiden har vært lang, er kvinner dårligere på å konsentrere seg enn menn. Det ser også ut til at kvinner har økt risiko for yrkesskader med skiftarbeid. Det er kjønnshormoner som forklarer hvorfor kvinner påvirkes mer enn menn av døgnrytmen, viser en britisk studie gjort på 16 menn og 18 kvinner.



Kilde: Forskning.no

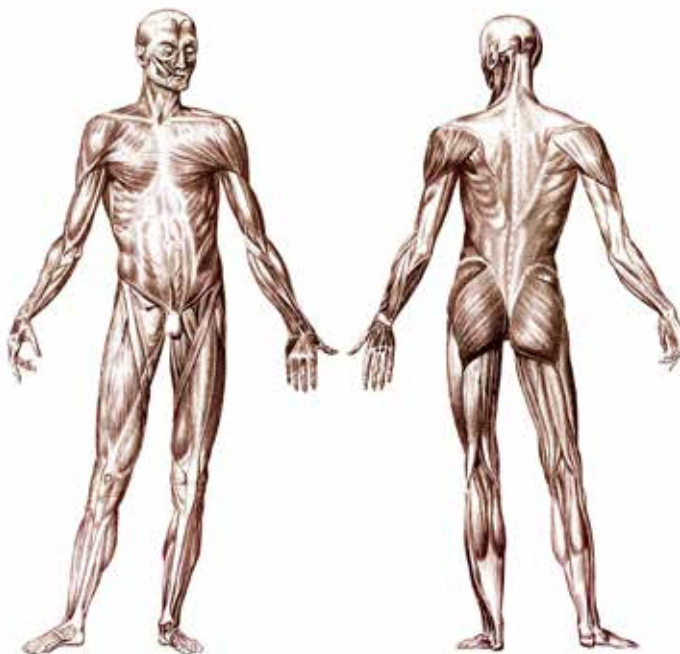
Tekst Trine-Lise Gjesdal Foto Colourbox

Vanskelig anatomi

Nesten 30 prosent av sykepleierstudentene strøk på en deleksamen i anatomi, fysiologi og biokjemi i fjor. Det var Nasjonalt organ for kvalitet i utdanningen (NOKUT) som arrangerte den frivillige nasjonale deleksamen for sykepleierutdanningene. Over 1 700 studenter på bachelorprogrammer fra tolv utdanningsinstitusjoner deltok, og flertallet av studentene var fra første semester. Kun to av institusjonene hadde et karaktersnitt på C, mens seks hadde E, eller i nærheten av E, som gjennomsnittlig resultat.

– Institusjonene har selv ansvaret for å styrke undervisningen og sette inn tiltak der det er behov. Nasjonale deksamener gir fagmiljøene muligheten til å sammenligne seg med tilsvarende fagmiljøer ved andre institusjoner, sier Terje Mørland, direktør for NOKUT.

Kilde: NTB



Idrett = nærhet

Forskere fra NOVA/HIOA og Norges idrettshøgskole har sett nærmere på hvorfor foreldre har blitt så engasjert i den organiserte ungdomsidretten. De har funnet ut at interessen for barnas idrettsaktiviteter dreier seg om mer enn sport. Det handler også om tilstedeværelse og nærhet. Undersøkelsen viser at idretten har blitt en arena for utøvelse av selve foreldrerollen. Uavhengig av om barna velge å satse på idretten eller ikke, ser foreldre det som helt naturlig å følge opp og være til stede. Idretten oppleves som en arena der ungdom lærer seg ferdigheter de kan ta med seg videre i livet, på skole og i jobb, som utholdenhet, yte under press eller å kunne samarbeide med andre.

– Vår analyse bekrefter at foreldrene tenker i slike baner, sier NOVA/HIOA-forsker Ingrid Smette i et intervju på HIOA sine hjemmesider.

Kilde: HIOA





Dårlig familieøkonomi påvirker barna

Antallet barn i Norge som vokser opp i familier med dårlig råd er økende. Oppvekst i en familie med dårlig økonomi kan ha negative konsekvenser for barns psykiske helse og påvirker utvikling av kognitive- og språklige ferdigheter.

Dårlig økonomi påvirker barn indirekte via negative effekter på foreldre og omsorgspersoner, og gjennom å begrense barns tilgang til utviklingsstimulerende erfaringer. Det finnes en flere måter å definere fattigdom eller dårlig økonomi på (se Epland & Kirkeberg, 2006). En metode som ofte brukes i norsk statistikk er EUs kriterier for lavinntekt hvor en familie defineres å ha dårlig økonomi hvis husholdningsinntekten ligger under 60 prosent av medianinntekten for befolkningen (etter justering for familiestørrelse) i en treårsperiode.

Tall på fattigdom

Riksrevisjonen beskriver at det i treårsperioden 2010–2012 var 78 000 barn som vokste opp i familier med lav inntekt (Riksrevisjonen, 2014), noe som utgjorde 8 prosent av alle barn mellom 0 og 17 år. Nyere statistikk fra Statistisk sentralbyrå viser at andelen barn som vokser opp i familier med lav inntekt er økende. I treårsperioden fra 2011–2013 hadde andelen steget til 8.6 prosent, og i treårsperioden fra 2012–2014 var det en ytterligere økning til 9.4 prosent.

Fattigdom i Norge finnes i stor grad i husholdninger uten yrkesaktive, hvor hovedforsørger har lavt eller ukjent utdanningsnivå, som mottar sosialhjelp eller andre offentlige ytelser, med ikke-vestlig innvandringsbakgrunn, med mange barn, og med en enslig forsørger (Berntsen et al., 2012). Det er større risiko for fattigdom jo flere barn som bor i en husholdning, men foreldre uten arbeid er den viktigste årsaken til at en husholdning har lav inntekt (Epland & Kirkeberg, 2007).

Psykisk helse

Å vokse opp med dårlig økonomi kan øke sannsynligheten for utvikling av psykiske vansker. En norske studie fra den norske mor og barn-undersøkelsen påviste sammenhenger mellom lav familieinntekt og atferdsvansker hos barn fra halvannet til tre år (Zachrisson & Dearing, 2015). I en annen studie fra samme undersøkelse ble det funnet sammenheng mellom lav familieinntekt i barnets tre første leveår og eksternaliserende atferd hos femåringer, spesielt hos barn med et emosjonelt reaktivt temperament (Bøe, Hysing, & Zachrisson, 2016). Wichstrøm (2012) fant at barn fra familier med lav sosioøkonomisk status og som bodde med én forelder hadde høyere forekomst av ADHD, atferdsproblemer og angst. Andre

studier har påvist tilsvarende sammenhenger hos barn i skolealder (Bøe, Øverland, Lundervold, & Hysing, 2012; Heiervang et al., 2007; Holmboe, Van Roy, Helgeland, Clench-Aas, & Aanjesen Dahle, 2006). Funnene fra disse norske studiene viser tilsvarende sammenhenger som er påvist i internasjonale studier (se oppsummeringer i Bøe, 2015; Bøe & Zachrisson, 2016; Dahl, Bergsli, & van der Wel, 2013).

Utvikling, språk og prestasjoner

Flere internasjonale studier har funnet sammenheng mellom fattigdom og forsinket utvikling og språk- og lærevansker (BrooksGunn & Duncan, 1997; NICHD Early Child Care Research Network, 2005). Disse sammenhengene finner man tilsvarende også i Norge (Kunnskapsdepartementet, 2007; Schjølberg et al., 2008). Funn fra en norsk undersøkelse av barns skolehverdag tyder på at flere barn i lavinntektsfamilier synes de klarte seg dårligere på skolen, hadde spesialundervisning, lavere karakter i matematikk, og det var flere av barna benyttet seg av pedagogisk-psykologisk tje-

«Fattigdom i Norge finnes i stor grad i husholdninger uten yrkesaktive.»

neste sammenliknet med barn fra familier med høyere inntekt (Sandbæk et al., 2008). Sosioøkonomisk relaterte forskjeller, som for eksempel i karakterer, fravær og frafall fra videregående skole har også blitt dokumentert i en rekke andre norske studier (se oppsummering i Dahl et al., 2013).

Få og små sammenhenger

Det er få og små direkte sammenhenger mellom lav familieinntekt og barn og unges utvikling (se Dearing, McCartney, & Taylor, 2006). Sammenhengene fremkommer i stor grad som indirekte eller medierte, det vil si at lav inntekt påvirker omsorgspersonene og oppvekstmiljøet rundt barnet, som så igjen påvirker barnets utvikling.

En lang rekke studier har påvist store forskjeller mellom familier med høy sosioøkonomisk status (som i tillegg til en god økonomi, også ofte omfatter høyere utdanning og et mer prestisjefyllt arbeid) og lavere sosioøkonomisk status: Foreldre med høyere status tilbringer med tid sammen med barna sine, de benytter bedre oppdragerstrategier,

Av **Tormod Bøe**, psykolog og forsker, Regionalt kunnskapssenter for barn og unge – Vest, Uni Research Helse



har bedre psykisk helse, de stimulerer barnas utvikling i større grad, og oppveksten til barna er preget av mer struktur, forutsigbarhet og rutiner (se for eksempel Kalil, 2015).

En mulig forklaring

På bakgrunn av forskningen på disse karakteristikene hos foreldre med lavere inntekt og sosioøkonomisk blir det noen ganger anbefalt å tilby disse familiene samspillsveiledning. For eksempel har dette i Norge blitt anbefalt i barnevernssammenheng (NOU, 2012). Samtidig viser internasjonale studier små effekter av denne typen intervensjoner når de blir implementert i familier med dårlig økonomi og hvor foreldrene har lavere utdanning (Kalil, 2015). En mulig forklaring på de svake positive effektene kan skyldes at intervensjonene kun er innrettet mot samspillet og (ofte) ikke adresserer de strukturelle betingelse som bidrar til å gjøre samspillet dårlig (Wadsworth & Ahlkvist, 2015).

I psykologisk og økonomisk litteratur er det to fremtredende perspektiver som beskriver hvordan disse sammenhengene oppstår: Familieprosessmodellen og familieinvesteringsperspektivet. Disse omhandler to relaterte, men ulike domener av barns utvikling. Familieprosessmodellen beskriver hvordan lav inntekt påvirker barns psykiske helse,

«Lite penger gir deg færre muligheter.»

og familieinvesteringsperspektivet ses i sammenheng med påvirkning av barns kognitiv utvikling (Gershoff, Aber, Raver, & Lennon, 2007; Yeung, Linver, & Brooks-Gunn, 2002). Perspektivene er ikke gjensidig utelukkende, og elementene i modellene vil kunne påvirke hverandre (se figur 1).

Familieprosessmodellen

Familieprosessmodellen (eller familiestressmodellen, se figur øvre halvdel) er basert på en serie studier som har undersøkt hvordan familiemedlemmer og samhandlingen i familien påvirkes av dårlig råd og økonomiske bekymringer (se R. D. Conger, Conger, & Martin, 2010). Studiene har demonstrert hvordan dårlig råd påvirker foreldrenes eller omsorgspersoners egen psykiske helse negativt, og at konflikter mellom omsorgspersoner og mellom omsorgspersoner og deres barn er mer vanlige i familier med dårlig råd sammenliknet

med familier med bedre råd. Økt konfliktnivå og mer psykiske vansker hos foreldre/omsorgspersoner påvirker så oppdragerpraksis: De blir strengere, mindre involverte og mer inkonsekvente med barna sine. Dårlig råd påvirker altså barnas psykiske helse indirekte via disse prosessene.

Funnene fra familieprosessmodellen har vært reproduisert i en rekke internasjonale studier, og flere undersøkelser har demonstrert at denne modellen også kan brukes til forklare sammenhenger mellom lav inntekt og psykiske vansker hos nordiske barn (Bøe et al., 2014; Elstad & Stefansen, 2014; Leinonen, Solantaus, & Punamäki, 2002; Solantaus, Leinonen, & Punamäki, 2004).

Familieinvesteringsperspektivet

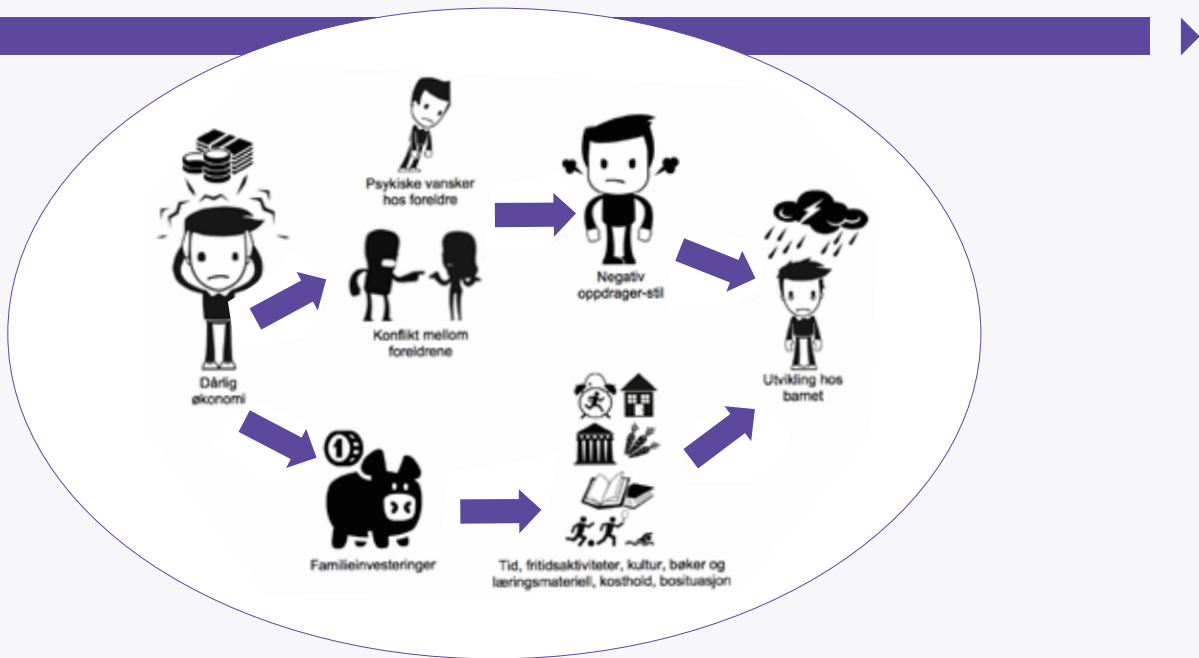
Familieinvesteringsperspektivet (se figur 1, nedre halvdel) har sitt utgangspunkt i økonomisk forskning som demonstrerer hvordan dårlig råd legger begrensninger på muligheter foreldre og omsorgspersoner har til å gjøre utviklingsstøttende investeringer for barna sine: Lite penger gir deg færre muligheter til å kjøpe bøker og stimulerende leker til barna dine, og til å la de delta i aktiviteter som kan virke positivt for deres kognitive utvikling. Ressursene som kan investeres i en positiv utvikling for barna er altså færre i familier med dårlig råd sammenliknet med familier med bedre råd, og barn fra familier med god råd får dermed en utviklingsmessig fordel fremfor barn fra familier med lavere inntekt.

Det er usikkert hvor mye av de sosiale ulikhetene som kan forklares av dette perspektivet i et land som Norge med relativ lav inntektsulikhet og godt utbygde sosiale velferdsordninger. Data fra Statistisk sentralbyrå sin forbruksundersøkelse i 2012, viser likevel inntektsavhengige forskjeller i hvor mye av husholdningsutgiftene som ble brukt på spill, leker, hobbyartikler, reiser og bøker, der de med inntekt i laveste desil brukte mindre penger på dette enn familier med høyere inntekt.

Hva med seleksjon?

Perspektivene over forutsetter at det er kausale effekter av dårlig økonomi på utvikling. Det vil for eksempel si at man får dårligere psykisk helse av å ha dårlig økonomi. Motsatt kan man også tenke seg at man kan få dårlig økonomi av å ha dårlig psykisk helse (for eksempel ved at man må slutte i arbeid eller avbryte skolegang).

Det er ingen tvil om at sosial seleksjon også er



FIGUR 1: Familieprosessmodellen (øvre halvdel) og familieinvesteringsperspektivet (nedre halvdel). Illustrasjoner fra Colourbox med hjelp fra Hilde Sakariassen (RKBU Vest, Uni Research Helse) og Elisabeth Moseng (www.illustratorene.no/moseng).

relevant (Dahl & Elstad, 2009), men kausale effekter av dårlig økonomi er påvist i en rekke studier med et oppfølgingsdesign og fremkommer også i studier med et eksperimentelt design. Et velkjent eksempel er studiet som ble utført av Costello og kolleger (2003) i et reservat for amerikanske urfolk. Der ble det bygget et kasino som gjorde at deler av innbyggerne som levde i fattigdom fikk en betydelig inntektsøkning. Etter inntektsøkningen fikk barna i disse familiene redusert symptomer på psykiske vansker, men for barna i familier som fortsatt bodde i fattigdom, eller som aldri hadde levd i fattigdom medførte kasinobyggingen ingen endring i symptomer.

Costello sitt studie sammen med en rekke andre (se oppsummering i Bøe, 2015) viser at dårlig økonomi kan ha negative kausale effekter på en rekke områder av barns liv, noe som tilsier at man også har en mulighet til å forhindre eller forebygge disse negative konsekvensene.

Koordinerte og helhetlige tjenester?

Elementene som beskrives i familieinvesteringperspektivet og familieprosessmodellen, inngår ofte i det som har blitt beskrevet som en akkumulering av negative oppvekstbetingelser for barn i familier med lav inntekt. Gary Evans beskriver vilkårene som kjennetegner amerikanske barn som vokser opp i fattigdom, og påpeker at det karakteristiske ved deres oppvekst ikke er tilstedeværelsen av én enkelt risikofaktor, men at det er en opphopning av

en rekke slike faktorer. Han argumenterer videre for at det er den kumulative effekten av alle disse som gir den negative påvirkningen for barns utvikling (Evans, 2004).

I Norge finnes det heldigvis få barn som opplever den absolutte fattigdommen og deprivasjonen som beskrives i studier av amerikanske fattige. Man kan nok allikevel anta at det de har til felles er at de opplever utfordringer på flere områder, og at summen av risikofaktorer er høyere hos barn fra familier med lav inntekt sammenliknet med andre barn. Det betyr også at man i stor grad må tenke helhetlig rundt intervensjoner og tiltak som igangsettes for disse barna. Helhetlige tiltak vil si at de omfatter hele familien, rettes inn mot flere ulike områder av familiens liv, og forutsetter koordinert innsats av dem som følger opp familiene (Fløtten & Skevik Grødem, 2014). Helsesøstre, som ofte møter familier og barn tidlig og regelmessig i de første og viktige årene av barnets liv ville kunne inneha en nøkkelposisjon i en mer koordinert innsats, som også ville kunne inkludere annet helsepersonell, NAV, og barnehage/skole, men også frivillige organisasjoner som har kompetanse og tilbyr tjenester for barn og familier med lav inntekt.

Måltrett universalisme

En slik koordinert og helhetlig innsats vil være kreve mye ressurser til de familiene som mottar den. En rekke tjenester og tilbud i Norge er basert på et prinsipp om at alle – uavhengig av sosial sta-



tus eller inntekt – skal motta like tilbud. Dette prinsippet om universalisme kan kontrasteres med et annet prinsipp; målrettet universalisme (Gilbert, 2001; Sunesson et al., 1998). Der det første fokuserer på at alle skal få mulighet til et likt tilbud, sier det andre at alle skal ha mulighet til å nå det samme målet. Målrettet universalisme åpner dermed for at man kan fordele tilbud ulikt dersom det er nødvendig for at alle skal nå det samme målet, som er at barn skal ha like muligheter til god helse, sunn utvikling og et godt liv, uavhengig av den sosioøkonomiske konteksten de fødes inn i. ■

Referanser:

- Berntsen, N., Guttormsen, K., Hagen, C., Handeland, I., Korsbakke, M. E., Nilsen, H., et al. (2012). Å vokse opp. (M. K. Ed.). Oslo: Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet.
- Brooks-Gunn, J., & Duncan, G. J. (1997). The effects of poverty on children. *Future of Children*, 7(2), 55–71. <http://doi.org/10.2307/1602387>
- Bøe, T. (2015). Sosioøkonomisk status og barn og unges psykologiske utvikling: Familiestress-modellen og familieinvesteringsperspektivet. Helselederskapet.
- Bøe, T., & Zachrisson, H. D. (2016). Hva betyr det for barn å vokse opp i et fattig familie? I H. Holme, E. S. Olavsen, L. Valla, & M. B. Hansen (Eds.), *Helsestasjonstjenesten*.
- Bøe, T., Hysing, M., & Zachrisson, H. D. (2016). Low family income and behavior problems in Norwegian preschoolers: Is child emotionality a marker for sensitivity of influence? *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 37(3), 213–222. doi:10.1097/DBP.0000000000000282
- Bøe, T., Sivertsen, B., Heiervang, E., Goodman, R., Lundervold, A. J., & Hysing, M. (2014). Socioeconomic status and child mental health: the role of parental emotional well-being and parenting practices. *J Abnorm Child Psychol*, 42(5), 705–715. <http://doi.org/10.1007/s10802-013-9818-9>
- Bøe, T., Øverland, S., Lundervold, A. J., & Hysing, M. (2012). Socioeconomic status and children's mental health: results from the Bergen Child Study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 47(10), 1557–1566. <http://doi.org/10.1007/s00127-011-0462-9>
- Conger, R. D., Conger, K. J., & Martin, M. J. (2010). Socioeconomic Status, Family Processes, and Individual Development. *Journal of Marriage and Family*, 72(3), 685–704. <http://doi.org/10.1111/j.1741-3737.2010.00725.x>
- Costello, E. J., Compton, S. N., Keeler, G., & Angold, A. (2003). Relationships between poverty and psychopathology – A natural experiment. *Journal of the American Medical Association*, 290(15), 2023–2029. <http://doi.org/10.1001/jama.290.15.2023>
- Dahl, E., & Elstad, J. I. (2009). Kan helserelatert seleksjon forklare sosial ulikhet i helse? I J. G. Mæland, J. I. Elstad, Ø. Næss, & S. Westin (Eds.), *Sosial epidemiologi: Sosiale årsaker til sykdom og helsevikt* (pp. 15–31). Gyldendal akademisk.
- Dahl, E., Bergsli, H., & van der Wel, K. A. (2013). Sosial ulikhet i helse: en norsk kunnskapsoversikt. Høgskolen i Oslo og Akershus.
- Dearing, E., McCartney, K., & Taylor, B. A. (2006). Within-child associations between family income and externalizing and internalizing problems. *Developmental Psychology*, 42(2), 237–252. <http://doi.org/10.1037/0012-1649.42.2.237>
- Elstad, J. I., & Stefansen, K. (2014). Social Variations in Perceived Parenting Styles among Norwegian Adolescents. *Child Indicators Research*, 1–22. <http://doi.org/10.1007/s12187-014-9239-5>
- Epland, J., & Kirkeberg, M. I. (2006). Et verktøy for å måle utvikling i «fattigdom»: årlig rapport om økonomi og levekår for ulike grupper. *Samfunnspeilet*, (2), 32–37.
- Epland, J., & Kirkeberg, M. I. (2007). Barn i lavinntektsfamilier: 1996–2004. *Rapporter 2007/33*. Oslo: Statistisk sentralbyrå.
- Evans, G. W. (2004). The environment of childhood poverty. *American Psychologist*, 59(2), 77–92. <http://doi.org/10.1037/0003-066x.59.2.77>
- Fløtten, T., & Skevik Grødem, A. (2014). Helhetlige tiltak mot barnefattigdom. En kunnskapsoppsummering. FAFO rapport 2014:18.
- Gershoff, E. T., Aber, J. L., Raver, C. C., & Lennon, M. C. (2007). Income Is Not Enough: Incorporating Material Hardship Into Models of Income Associations With Parenting and Child Development. *Child Development*, 78(1), 70–95. <http://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2007.00986.x>
- Gilbert, N. (2001). *Targeting Social Benefits*. Transaction Publishers.
- Heiervang, E., Stormark, K. M., Lundervold, A. J., Heimann, M., Goodman, R., Posserud, M.-B., et al. (2007). Psychiatric disorders in Norwegian 8- to 10-year-olds: an epidemiological survey of prevalence, risk factors, and service use. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 46(4), 438–447. <http://doi.org/10.1097/chi.0b013e31803062bf>
- Holmboe, O., Van Roy, B., Helgeland, J., Clench-Aas, J., & Aanjesen Dahle, K. (2006). Sosiale ulikheter i helse og bruk av helsetjenester blant barn i Akershus. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten.
- Kalil, A. (2015). Inequality Begins at Home: The Role of Parenting in the Diverging Destinies of Rich and Poor Children. I P. R. Amato, A. Booth, S. M. McHale, & J. Van Hook (Eds.), *Families in an Era of Increasing Inequality* (Vol. 5, pp. 63–82). Cham: Springer International Publishing. http://doi.org/10.1007/978-3-319-08308-7_5
- Kunnskapsdepartementet. (2007). ...og ingen sto igjen: Tidlig innsats for livslang læring. St.meld. nr. 16 (2006–2007). Oslo: Kunnskapsdepartementet.
- Leinonen, J. A., Solantaus, T. S., & Punamaki, R. L. (2002). The specific mediating paths between economic hardship and the quality of parenting. *International Journal of Behavioral Development*, 26(5), 423–435. <http://doi.org/10.1080/01650250143000364>
- NICHD Early Child Care Research Network. (2005). Duration and Developmental Timing of Poverty and Children's Cognitive and Social Development from Birth through Third Grade. *Child Development*, 76(4), 795–810. <http://doi.org/10.2307/3696729>
- NOU. (2012). Bedre beskyttelse av barns utvikling. Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet.
- Riksrevisjonen. (2014). Riksrevisjonens undersøkelse av barnefattigdom. Dokument 3:11 (2013–2014). Fagbokforlaget AS.
- Sandbæk, M., Skevik Grødem, A., Kristofersen, L. B., Elstad, J. I., Clausen, S.-E., & Thorod, A. B. (2008). Barns levekår. Familiens inntekt og barns levekår over tid. NOVA Rapport 7/2008.
- Schjølberg, S., Lekhal, R., Wang, M. V., Zambrana, I. M., Mathiesen, K. S., Magnus, P., & al, E. (2008). Forsinket språkutvikling. Rapport 2008:10. Oslo: Folkehelseinstituttet.
- Solantaus, T., Leinonen, J., & Punamaki, R.-L. (2004). Children's Mental Health in Times of Economic Recession: Replication and Extension of the Family Economic Stress Model in Finland. *Developmental Psychology*, 40(3), 412–429. <http://doi.org/10.1037/0012-1649.40.3.412>
- Sunesson, S., Blomberg, S., Edebalk, P. G., Harrysson, L., Magnusson, J., Meeuwisse, A., et al. (1998). The flight from universalism. *European Journal of Social Work*, 1(1), 19–29. <http://doi.org/10.1080/1369145980844720>
- Wadsworth, M. E., & Ahlkvist, J. A. (2015). Inequality Begins Outside the Home: Putting Parental Educational Investments into Context. I P. R. Amato, A. Booth, S. M. McHale, & J. Van Hook (Eds.), *Families in an Era of Increasing Inequality* (Vol. 5, pp. 95–103). Cham: Springer International Publishing. http://doi.org/10.1007/978-3-319-08308-7_7
- Wichstrom, L., Berg-Nielsen, T. S., Angold, A., Egger, H. L., Solheim, E., & Sveen, T. H. (2012). Prevalence of psychiatric disorders in preschoolers. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 53(6), 695–705. <http://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2011.02514.x>
- Yeung, W. J., Linver, M. R., & Brooks-Gunn, J. (2002). How money matters for young children's development: Parental investment and family processes. *Child Development*, 73(6), 1861–1879. <http://doi.org/10.1111/1467-8624.t01-1-00511>
- Zachrisson, H. D., & Dearing, E. (2015). Family income dynamics and early child behavior problems in Norway: Is center care a buffer? *Child Development*, 86(8), 425–440. <http://doi.org/10.1111/cdev.12306>

DryNites® BedMats

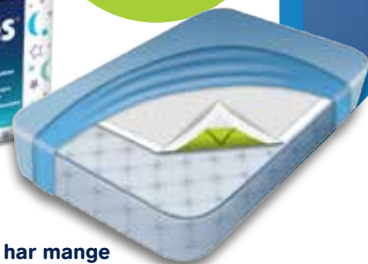
Ingen flere våte madrasser Absorberende engangsunderlaken



Underlakenet tapes på madrassen under det vanlige lakenet og ligger fast hele natten. Det kan absorbere opptil 900 gram væske, er mykt på oversiden slik at det er behagelig å ligge på, og har en vanntett membran på undersiden.



Unik tape funksjon



DryNites® BedMats har mange anvendelsesmuligheter:

- Til litt eldre barn som tisser i sengen
- Som supplement til små bleiebarn
- I reisesengen på ferie eller besøk
- I forbindelse med pottetrening
- Ved inkontinens hos voksne
- Ved menstruasjon

Få mer informasjon om DryNites® på

www.drynites.no

Bekjemper barnefattigdom

Barnefattigdom er et sammensatt problem som vil kunne få innvirkninger senere i livet hos barn som vokser opp i lavinntektsfamilier. Derfor er tidlig innsats viktig. Åmot kommune har laget en handlingsplan for å forebygge og bekjempe problemet.

Tekst **Hanne Kristin Medlien**, ungdomskontakt/leder, ungdomsklubben Åmot kommune
Ingunn Haugsmoen, ledende helsesøster, Åmot kommune

Handlingsplanen beskriver kommunens tilbud til barnefamilier, barn og ungdom og gir en oversikt over organiserte og uorganiserte tilbud fra lag og foreninger i kommunen. Aktuell statistikk belyser situasjonen over eksisterende barnefattigdom. Til slutt foreslår handlingsplanen tiltak for å forebygge og bekjempe barnefattigdom innenfor fire strategiske fokusområder. Fattigdom innebærer mer enn dårlig økonomi, fattigdom handler om ikke å ha mulighet til å leve et fullverdig liv. Uavhengig av ulike definisjoner handler fattigdom om mangel på trykkgighet, forutsigbarhet, valgmuligheter og innflytelse.

Bakgrunn

Midlene som har blitt brukt for å utarbeide denne handlingsplanen kommer fra Arbeids- og velferdsdirektoratet som i samarbeid med Fylkesmannen i Hedmark deler ut midler til forebygging og bekjempelse av barnefattigdom. Det var NAV Åmot som søkte og fikk innvilget søknaden og summen på kr 420 000. Tilskuddet skulle gå til utarbeidelse av handlingsplan for bekjempelse av barnefattigdom i Åmot, samt en 20 prosent stilling til oppfølging av ungdom som er

i praksis i kommunal regi. Prosjektets lengde var på ett år. Det er søkt om nye midler for 2016.

Det har vært et tverrfaglig samarbeid i kommunen for å utarbeide denne handlingsplanen. Ressurspersoner fra ulike tjenester innen helse, oppvekst og

«Fattigdom innebærer mer enn dårlig økonomi.»

Samfunnsutvikling har deltatt med sine erfaringer og tanker omkring temaet barnefattigdom på deres tjenesteområde. Dette har gjort alle mer bevisste på hvor viktig det er med et tverrfaglig fokus i vårt arbeid med barn, unge og deres familier for å forebygge og bekjempe barnefattigdom.

Lokalt virkemiddel

En handlingsplan for å forebygge og bekjempe barnefattigdom er et lokalt viktig virkemiddel for å oppfylle barns grunnleggende rettigheter, slik de er nedfelt i internasjonale konvensjoner, nasjonalt lovverk og statlige og regionale planer og retningslinjer.

Åmot kommunes handlingsplan for forebygging og bekjempelse av barnefattigdom er forankret i kommuneplanen «Åmot 2030: Vilje til vekst». Denne planens visjon er nettopp: «Vilje til vekst». Det innebærer vilje til å gripe mulighetene, med utgangspunkt i den virkeligheten kommunen befinner seg i – for å opprettholde god velferd for innbyggerne. Kommuneplanen inneholder strategiske hovedgrep som er felles veivalg og kjøreregler for arbeidet med utvikling av Åmot-samfunnet mot 2030. Hovedgrep 2 omhandler Folkehelse og universell utforming og sier: «Kommunens hovedfunksjon er å bidra til at innbyggerne skal kunne realisere mulighetene for «det gode liv», med god folkehelse, sikker oppvekst for barn og ungdom og skoler med gode læringsmiljøer. Tilrettelegging av lokalsamfunnet med universell utforming, slik at «alle er med», er et av de viktigste virkemidlene for å oppnå dette.»

Helhetlig tilbud

Tilskudd til arbeid mot barnefattigdom skal bidra til å utvikle gode tjenester, samarbeidsmodeller, tiltak og virkemidler slik at NAV-kontoret ivaretar

sitt ansvar etter loven. Loven om sosiale tjenester sier at « ... formålet med loven er å bedre levekår for vanskeligstilte, bidra til sosial og økonomisk trygghet, og fremme overgang til arbeid, sosial inkludering og aktiv deltakelse i samfunnet. Loven skal også bidra til at utsatte barn og unge og deres familier får et helhetlig og samordnet tjenestetilbud».

Det er forutsatt at handlingsplanen skal ha følgende strategiske fokusområder:

- Personer 0–17 år som lever i husholdninger med lavinntekt.
- Frafallet i videregående skole.
- Sosialhjelpsmottakere i aldersgruppen 18–24 år.
- Tverrfaglig samarbeid og kompetanseheving.

Det er lagt særlig vekt på at handlingsplanen skal bidra til å bedre mulighetene for at flere barn og ungdom skal få delta på sosiale arenaer, som ferie- og fritidsaktiviteter, uavhengig av foreldrenes inntekt og sosiale situasjon.

Frafall i skole

Kommuneplanen «Åmot 2030: Vilje til vekst» har fire satsingsområder og satsingsområde 3 sier: «Forebygging framfor reparasjon» som viser at Åmot ønsker å være i forkant, tenke langsiktig og handle i tide. Vi ser at i Åmot kommune har det vært en større andel husholdninger med vedvarende lavinntekt (11,6 prosent) enn både lands- og fylkesgjennomsnittet og nabokommuner vi har sammenliknet oss med. Konsekvensene av å vokse opp i en familie med

IKKE FULLVERDIG: Uavhengig av ulike definisjoner handler fattigdom om mangel på trygghet, forutsigbarhet, valgmuligheter og innflytelse. Illustrasjonsfoto: Colourbox.





VILJE TIL VEKST: Åmot kommunes handlingsplan for forebygging og bekjempelse av barnefattigdom er forankret i kommuneplanen «Åmot 2030: Vilje til vekst». Planen innebærer vilje til å gripe mulighetene, med utgangspunkt i den virkeligheten kommunen befinner seg i – for å opprettholde god velferd for innbyggerne.

«Åmot har hatt et stort frafall i videregående skole.»

lavinntekt kan deles opp i de umiddelbare konsekvensene og de langsiktige konsekvensene, hvor konklusjonene er at de som har levd med lav inntekt i oppveksten er mer utsatt for ulike levekårsproblemer senere i livet.

Andelen sosialhjelpsmottakere 18–24 år har økt fra 2013–2014 fra 9,9 til 12,8 prosent i Åmot. Stort frafall i videregående skole de foregående år og relativt høy arbeidsledighet kan være viktige forklaringer til den høye andelen sosialhjelpsmottakere i denne aldersgruppen. Åmot har hatt et stort frafall i videregående skole i mange år, i 2010–2012 var det 40,3 prosent. I 2011–2013 lå frafallet på 32,9 prosent.

Utviklingen har vært positiv de siste årene. Årsakene til frafall i videregående kan være mange.

Ungdata-undersøkelser blant elever på ungdomsskolen og i videregående opplæring kan gi svar på mange spørsmål omkring ungdoms trivsel, hvor fornøye de er med livet sitt, hvordan de opplever familiens økonomi og hvordan det påvirker deres levestandard. Resultatene fra 2010–2015 viser de samme sammenhengene mellom variabler i Hedmark som i resten av landet. Det finnes sammenhenger mellom familieøkonomi og ungdommenes deltakelse i aktiviteter, helse, mobbing og skoletrivsel.

Viktige tiltak

Handlingsplanen for forebygging og bekjempelse av barnefattigdom avsluttes med en tiltaksdel som lister opp viktige tiltak innenfor de fire strategiske fokusområdene som det skal arbeides spesielt med i kommunen frem mot 2019.

Tiltak i handlingsplanen som er vedtatt og skal gjennomføres i 2016 under forutsetning av tilskudd er: Ferieklubb/Ung sommer, utvidet åpningstid i ungdomsklubben, utarbeidelse av retningslinjer som prioriterer tilskudd til frivillige organisasjoner som har reduserte deltakeravgifter og utstyr til utlån til sine medlemmer samt at det skal initieres ordninger for å bytte klær og utstyr. Tiltak som skal utredes med beskrivelse av kostnader for videre vurdering i budsjettprosessen er: moderasjonsordninger i kulturskolen, moderasjonsordninger i SFO, gratis frukt/mat i skoler og SFO, ferieklubb for kommunens egen regning ved bortfall av tilskudd, sommerjobb for ungdommer 16–23 år, endring av praksis slik at barnetrygd ikke trekkes fra ved utbetaling av økonomisk sosialhjelp og utarbeidelse av opplevelseskort. Det skal arbeides med holdninger til hverdagsproblematikk i forhold til levekårsutsatte barn og familier. (Tiltak for barn av flyktninger/asylsøkere skal det arbeides spesielt med i den grad det faller utenfor foreslåtte tiltak i handlingsplanen. Viktige tiltak vedrørende frafall i videregående skole og oppfølging av ungdom som faller ut eller på annen måte går ledige skal videreføres uavhengig av denne handlingsplanen.)

Helsestasjonens ansvar

Helse og velferdssektoren – som helsestasjonen er en del av – er spesielt ansvarlige for å videreutvikle rutiner for oppfølging av ungdom som faller ut av videregående opplæring og samarbeidsrutiner rundt fraværssystemet i barne- og ungdomsskolen. Det er

viktig å lage gode rutiner for å følge opp ungdommen, synliggjøre hvem som har ansvar og hvordan vi jobber. Ungdomsveileder med tilstedeværelse på skolene er en viktig koordinator. Helsestasjonen må sikre oppfølging av fravær i barne- og ungdomsskolen gjennom tverrfaglig samarbeid for å forebygge fremtidig fravær.

I fokusområdet for tverrfaglig samarbeid og kompetanseheving er helsestasjonen ansvarlig for å utarbeide et standardisert kartleggings skjema for alle familier som brukes i helsestasjonen ved første møte. Dette bør være et skjema som inneholder punkter som kan fange opp viktige problemer og utfordringer som kan ha innvirkning på barnas oppvekst. Faste spørsmål som går til alle familier uavhengig av bakgrunn bør omhandle økonomi, foreldrenes helse, kosthold, boligsituasjon med mere. Spørsmål omkring barns/familiers opplevelse av utsatte levekår og opplevelse av god, middels eller dårlig økonomi er svært viktig, slik at helsestasjonstjenesten tidlig kan iverksette nødvendige tiltak for

å redusere helseforskjeller mellom sosiale lag.

Forebygge tidlig

Helsestasjonen er også ansvarlig for tiltaket hvor 4-årsundersøkelsen blir utført i barnehagene. En ressursgruppe bestående av representanter med ulik fagkompetanse skal utarbeide en strategi for å kunne utføre dette. Det er tenkt at 4-årsundersøkelsen blir utført i barnehagene gjennom en tverrfaglig vurdering av barnet utført av helsesøster, fysioterapeut og barnehageansatte. Det vil være en kartlegging av risikofaktorer (for eksempel i forhold til fattigdom) og utviklingsavvik hos barnet gjennom dialog med foreldre og observasjon/undersøkelse av barnet i kjente og trygge omgivelser. Gjennom dette kan en forebygge, oppdage og sette inn tverrfaglige tiltak i forhold til eventuelle utviklingsvansker hos 4-åringene eller levekårsutfordringer for familien.

Handlingsplanen ble politisk behandlet i februar, og politikerne har bestemt at ulike tiltak skal utredes og det skal settes fokus på temaet barnefattigdom i

kommunen. Handlingsplanen skal legges til grunn for kommende års arbeid med kommuneplanens handlingsprogram, økonomiplan og årsbudsjetter. Barnefattigdom er et sammensatt problem som vil kunne få innvirkninger senere i livet hos barn som vokser opp i lavinntektsfamilier. Derfor er tidlig innsats viktig. Skole og utdanning er nødvendig for å sikre inntekt og muligheten for å forsørge seg selv og sin familie når de blir voksne og på den måten redusere sannsynligheten for at de må ha hjelp fra NAV eller andre tjenesteområder. Tjenestene i kommunen må samarbeide for å gi familier med lavinntekt god hjelp og støtte, for å forebygge psykiske, fysiske og sosiale forskjeller fra barna er små og gi alle like muligheter til å delta i samfunnets aktiviteter. ■

Referanser:

1. Handlingsplan for forebygging og bekjempelse av barnefattigdom i Åmot kommune.
2. Kommuneplan for Åmot, samfunnsdelen. Åmot 2030: Vilje til vekst. [http://www.amot.kommune.no/kommuneplan/Documents/Ny%20samfunnsdel,%20%C3%85mot%202030%20%20\(h%C3%B8yopp-1%C3%B8selig\).pdf](http://www.amot.kommune.no/kommuneplan/Documents/Ny%20samfunnsdel,%20%C3%85mot%202030%20%20(h%C3%B8yopp-1%C3%B8selig).pdf)



FOREBYGGE OG OPPDAGE: Det er tenkt at 4-årsundersøkelsen skal utføres i barnehagene av helsesøster, fysioterapeut og barnehageansatte. Her vil det gjøres en kartlegging av risikofaktorer, som for eksempel i forhold til fattigdom. Illustrasjonsfoto: Colourbox.

Noen betraktninger fra bygda

Inndelingen av sosiale klasser sies å være mer utbredt i byer enn på bygda. Min erfaring som helsesøster i både tettbygd- og spredt bygdestrøk, tilsier noe annet. Men forskjellene blir på mange måter mye tydeligere – på godt og vondt – i små bygdesamfunn.

Tekst **Gunhild Nordtun**, helsesøster, Rendalen kommune

Som helsesøster har vi en unik mulighet til å bli kjent, og kunne ha en god kommunikasjon, med barn og foreldre. Relasjoner og nettverksbygging er et viktig forebyggende helsearbeidsområde. I helsesøsterutdanningen lærte vi om Bronfenbrenners mikro- og makrosystem. Etter som årene har gått, og jeg har fått lengre og bredere erfaring som helsesøster, har jeg tenkt mer og mer på hvor viktig dette er.

Relasjoner og det å ha et nettverk betyr enormt for både barna og foreldrene. Betydningen av dette må styrkes enda mer nå som vi har nye sambygdinger fra helt andre kulturer, med annen bakgrunn og livserfaringer som skal integreres i bygdesamfun-

nene. Det å ha et nettverk, en følelse av å tilhøre noen/noe er så viktig! Følelsen av å være verdt noe, bidra i samfunnet, at andre har forventninger til deg om at du kan bidra med noe, har de aller fleste et ønske om.

Klasseforskjeller innad

Som helsesøster i bygda mi, treffer jeg foreldre som gir uttrykk for at de føler seg «mindre verdt» – det er «vi» og «dem». Noen opplever klasseforskjeller innad i sin egen grend. Dette kan handle om en følelse av å ikke være god nok, lite skolegang og utdanning, og det å være innflytter. Personer som opprinnelig ikke er fra bygda, har lite eller ingen familie i nærheten, og kjenner ikke til «slektene» og kulturen rundt.

De føler at det er vanskelig å få innpass. Her har vi bygdefolk et ansvar og en jobb å gjøre. For å opprettholde levende bygder, må det være plass til alle!

Plass til alle

Tall fra Ungdata-undersøkelsen, som ungdommene i bygda mi svarte på i fjor, viser at færre svarer ja på spørsmål om de vil ta en høyere utdanning, enn dem som ønsker å ta et fagbrev. Det er lett å få et inntrykk av at om skal du bli noe/være verdt noe, så er det høyere utdanning som gjelder. Men skal samfunnet bestå, trenger vi også håndverkere, og folk som utfører det praktiske arbeidet.

Som en kollega påpekte da vi gjennomgikk svarene fra Ungdata-undersøkelsen; «det er viktig å se på

populasjonen, og hva bygda egentlig trenger». Hvilken fagkompetanse er det behov for, for at bygdesamfunnet skal bestå som det gjør i dag? Når man ser det fra denne vinkelen, er et fagbrev, en fagutdanning, kanskje mer verdt enn en mastergrad?

Utfordringen er at det må være plass til alle. Én med høyere utdanning, kan jo også føle seg utenfor i et mindre bygdemiljø. Å oppleve å bli holdt utenfor fordi andre mener at man ikke har noe felles å snakke om, eller at de har så mye penger og ressurser at de alltid greier seg.

Utjevne forskjellene

Det å være/føle seg inkludert er viktig for alle «sosiale klasser». Hva kan jeg som helsesøster bidra med for å utjevne og gjøre «klasseskillene» i bygda mi mindre?

Barselgruppene er en svært viktig

arena i forhold til nettverksbygging. Helsestasjonen er et nøytralt sted, og ofte et fint treffpunkt for å opprette kontakt med noen for første gang. Felles

«De føler at det er vanskelig å få innpass.»

fokus er barna og det å være foreldre. En arena for å dele og utveksle gode (og kanskje mindre gode) erfaringer og opplevelser som foreldre. Det er viktig at foreldrene er trygge på hverandre, og at alle får en felles forståelse av at ting som eventuelt blir tatt opp i gruppa, forblir der. Jeg opplever at mange av dem som traff hverandre for første gang i ei barselgruppe, holder kontakten videre i både barnehage- og skolehverdagen.

Kan påvirke

En annen viktig ting er å alltid holde fokus på viktigheten av mestring hos små og store. Vi er alle gode på noe. Støtte og veilede foreldrene på betydningen av å se og anerkjenne barnet fra det er nyfødt samt bygge selvbilde og selvtillit hos hver enkelt, er viktig.

Helsesøster bør være en talsperson for nettverksbygging, og viktigheten av likeverd ute blant befolkningen.

Som helsesøster er jeg så heldig at jeg treffer mange. Dette gir meg en unik mulighet til å informere, og være behjelpelig med å opprette kontakt med lag og foreninger innen idrett og andre kultur tilbud i bygda.

Det er til slutt vi – du og jeg – som kan gjøre noe med hvordan sosiale forskjeller oppleves oss mennesker imellom. ■

ANNONSE



Dermicin®
Nyhet for varsom behandling av skurv hos spedbarn

- Fjerner effektivt men varsomt skurv hos spedbarn uten kortikosteroider eller antimykotiske midler
- Inneholder ikke parfymer, allergener, fargestoffer eller parabener
- Løser opp og fjerner det klebrige laget av talg som har tørket
- Tilbakestiller hudens naturlige barrierefunksjon
- Reduserer transepidermalt væsketap
- Mykner huden

Bestil mere informasjon om Dermicin® i form av et datablad og en lille blokk om Dermicin; e-mail: info@unigroup.dk eller direkt servicetelefon: 80013950

FINNES PÅ APOTEKET

TEKNISKE DATA – Produktnavn: Dermicin®. **Produkt:** Dermicin® –serumsprayflaske, en barsel/svamp til engangsbruk og en kam. **Inngredienser (INCI):** Borago Officialis Seed Oil, Squalane, Helianthus Annuus Seed oil, Tocopheryl Acetate, Rosmarinus Officialis Leaf Extract. **Bruk:** Behandling av skurv. **Innhold:** Serumsprayflaske inneholder 30 ml, eller ca. 220 spraypåføringer. **Registrering:** Dermicin® er klassifisert som medisinteknisk produkt, klasse I, i følge direktiv 93/42/EEG om medisintekniske produkter. **Oppbevaring:** Oppbevares utilgjengelig for barn og i originalemballasje ved 2-30°C samt beskyttet mot direkte sollys sammen med pakningsvedlegget. Bruk ikke produktet etter utløpsdatoen. **Markedslører:** Unigroup ApS, Diplomvej 373, DK-2800 Lyngby, Danmark. www.dermicin.com. **Kontakt:** info@unigroup.dk eller servicetelefon i Norge 80013 950. **Informasjon sist oppdatert:** 02-2016



Gode resultater med hjemmebesøksprogram

Hjemmebesøksprogrammet Nurse-Family Partnership (NFP) har vist å ha gode resultater på mors helse, blant annet ved at mødrene kommer ut i yrkeslivet og ser ut til å forbli der. Oppfølgingen bidrar også til å forebygge emosjonelle problemer, språkproblemer og psykiske vansker hos barn.

Sosial ulikhet og fattigdom er et sentralt sosialpolitisk tema. Fattigdom blant barn har mange implikasjoner og barn som vokser opp i fattige familier har en betydelig økt risiko for psykisk sykdom senere i livet. Kjennetegn på fattigdom

i Norge er at den finnes i husholdninger med lav inntekt og når foreldrene står uten yrkestilknytning (Bøe og Zachrisson, 2016). Statistisk sentralbyrå viser til tall som sier at antall barn som vokser opp i familier med lav inntekt stadig øker, samtidig som



STØTTE OG HJELPE: Målsetting med NFP-programmet er å tilbyr oppfølging av førstegangsforeldre i utfordrende livssituasjon fra tidlig i svangerskapet og til barnet fyller to år. Foto: Colourbox.

gjennomsnittsnordmannen stadig tjener mer. Dette kan bidra til større ulikheter også i helse, både for foreldrene og for barnet. Barnets helse og utvikling er avhengig av omsorgsmiljøet, og påvirkes av både forhold eller egenskaper hos barnet, egenskaper hos foreldrene og rammene eller miljømessige forhold. I henhold til transaksjonsmodellen er disse biologiske og miljømessige årsaksfaktorer i kontinuerlig og gjensidig interaktiv forandring over tid. (Smith, 2010; Sameroff og Chandler, 1975).

Helsestasjonstjenesten anno 2016

God helse skapes der folk lever. Helsesøstre har lange tradisjoner med å arbeide med samfunnsmessige forhold for å bidra til god helse for barn og deres familier. Det er stor enighet i ulike fagmiljøer om at tidlig innsats er viktig. Hva fagmiljøene forstår som tidlig innsats kan variere noe, fra praksisendringer som følge av konkrete nevrovitenskapelige studier til mer metodiske tiltak som alle skal bidra positivt for barnets tidlige helse og utvikling. Det er imid-

lertid enighet om at barns tidlige utvikling starter i fosterlivet, at svangerskapet og barseltiden er en tid med store muligheter for endringsarbeid i familier og at det beste for barnet vil være om man kan skape «gode nok» miljø rundt barnet der barnet er. Helsestasjonstjenesten i Norge har lange tradisjoner med å jobbe helsefremmende og forebyggende for gravide, nyfødte og sped- og småbarn. Helsesøstre har praktisert denne arbeidsformen helt siden begynnelsen av 1900-tallet, da barnepleiestasjoner og spedbarnsklinikker begynte å etableres (Hjälmhult, 2016). God svangerskaps- og barselomsorg, styrking av

«Trygge foreldre gir trygge barn.»

foreldrene i foreldrerollen og tidlig innsats for å gi barnet de beste forutsetninger for god psykisk helse og utvikling er sentrale elementer i helsestasjonstjenesten anno 2016. Helsestasjonen skal også fore-

Av **Hanne Holme**, Kristin Lund, Tine Gammelgaard Aaserud og Marit Bergum Hansen



bygge, eller så tidlig som mulig fange opp eventuell risiko for skjevutvikling hos barnet. Nye føringer, både gjennom nasjonale faglige retningslinjer for barselomsorgen (2015) og de nye retningslinjene for helsestasjons- og skolehelsetjenesten som nylig har vært ute til høring (2016) legger opp til at hjemmebesøket fortsatt prioriteres som arbeidsform.

Hjemmebesøksprogram

Flere studier har vist at et hjemmebesøksprogram (Nurse-Family Partnership), med regelmessige hjemmebesøk av helsesøster/spesialutdannet sykepleier til sårbare eller utsatte grupper, bidrar til forebygging av emosjonelle problemer, språkproblemer og psykiske vansker hos barn. Programmet har også vist seg å forebygge barnemishandling og omsorgsvikt. Hjemmebesøksprogrammet Nurse-Family

Partnership (NFP), har vist særdeles gode resultater på mors helse, blant annet ved at mødrene kommer ut i yrkeslivet og ser ut til å forbli der. (Olds og kollegaer, 2002, Kitzman og kollegaer, 2000, Olds og kollegaer, 2007, Kitzman og kollegaer, 2010, Eckenrode og kollegaer, 2010, Olds og kollegaer, 2010).

Utenforskap til yrkeslivet er som nevnt en viktig årsak knyttet til fattigdom. Nurse-family Partnership ble utviklet i USA tidlig på 70-tallet, av Professor David Olds og kollegaer. David Olds er professor i pediatri, psykiatri, forebyggende medisin og sykepleie. Programmet ble første gang prøvd ut i 1977, og er i omfattende bruk i 44 stater i USA, Nederland, Canada, England, Skottland, Nord-Irland og i Australia. NFP er siden oppstarten videreutviklet og tilpasset for bruk i hvert enkelt land. Den norske regjeringen har bevilget midler til bekjempelse av vold i nære relasjoner, og har i den forbindelse bevilget midler for utprøving av Nurse-Family Partnership-programmet i Norge i de kommende

NFP KJERNE-ELEMENTER I NORGE

- **Element 1:** Det er frivillig deltakelse i Nurse-Family Partnership.
- **Element 2:** Deltaker er førstegangsfødende, og barnefar/partner og andre betydningsfulle for barnet er velkommen til å delta i besøkene.
- **Element 3:** Kvalifikasjonskriterier for deltakelse er definert av det norske nasjonale implementeringsteamet.
- **Element 4:** Deltaker rekrutteres inn i programmet tidlig i svangerskapet og mottar første hjemmebesøk senest i 28. svangerskapsuke.
- **Element 5:** Deltaker får entil-en besøk, en NFP-sykepleier til en førstegangsfødende/familie.
- **Element 6:** Besøkene foregår i hovedsak hjemme hos deltakeren, eller i andre lokaler/andre steder hvis det er nødvendig.
- **Element 7:** Deltakeren får besøk gjennom graviditeten og i de to første årene av barnets liv i overensstemmelse med Nurse-Family Partnership retningslinjer.
- **Element 8:** NFP-sykepleierne og NFP-veilederne er autoriserte sykepleiere. De har minimum 3-årig utdanning på høyskolenivå.
- **Element 9:** NFP-sykepleierne og veilederne fullfører utdanning som kreves av Nurse-Family Partnership implementeringsteam og utfører intervensjonen i tråd med retningslinjene i Nurse-Family Partnership modellen.
- **Element 10:** NFP-sykepleierne benytter sin profesjonelle og kliniske kompetanse, ferdigheter, kunnskap og dømmekraft. Nurse-Family Partnership benytter sine retningslinjer for besøk for å identifisere styrker og utfordringer i hver familie, og fordeler tid ut fra de definerte programdomener.
- **Element 11:** NFP-sykepleierne forholder seg til teoretisk rammeverk som underbygger programmet; mestringsteori (self-efficacy), humanøkologisk teori og tilknytningsteori.
- **Element 12:** En fulltidsansatt NFP-sykepleier følger opp maksimalt 25 deltakere samtidig.
- **Element 13:** En fulltidsansatt NFP-veileder gir individuell veiledning til maksimalt åtte NFP-sykepleiere.
- **Element 14:** NFP-veiledere gir klinisk veiledning med refleksjon og demonstrasjon av hvordan teoriene kan integreres i sykepleierens arbeid. De legger til rette for faglig utvikling som er essensiell for NFP-sykepleierens rolle, gjennom veiledning på enkeltsaker (en-til-en), case-konferanser og teammøter. NFP-veileder deltar også på jevnlig hjemmebesøk sammen med NFP-sykepleierne som en del av sin oppfølging og veiledning.
- **Element 15:** NFP-sykepleiere og NFP-veiledere samler data som avtalt med det nasjonale Nurse-Family Partnership-implementeringsteamet. NFP-rapporter brukes aktivt i veiledning og vurdering av gjennomføringen av programmet, samt for å sikre overensstemmelse og eventuell forbedring av selve programmet.
- **Element 16:** Et Nurse-Family Partnership-implementeringsteam drives av en organisasjon som er kjent i samfunnet for å være en vellykket leverandør av forebyggende tjenester til familier med lav inntekt.
- **Element 17:** Et Nurse-Family Partnership-implementeringsteam nedsetter lokale NFP-råd som møtes minst hvert kvartal for å fremme programkvalitet og sikre gjennomføring av programmet. NFP-rådene fungerer som rådgivende styre og bidrar til både faglig og administrativ forankring i regionene.
- **Element 18:** Tilstrekkelig støtte og struktur skal være på plass for å støtte NFP-sykepleiere og NFP-veiledere i gjennomføringen av programmet og for å forsikre at data blir lagt inn i databasen på en riktig måte.



**BRUKERMED-
VIRKNING:** Helt sentralt i NFP står hjemmebesøket som arbeidsform. Selve relasjonen omtales som terapeutiske relasjon eller et terapeutisk verktøyet, og vil i seg selv bidra til å styrke kvinnen eller familien til å ta hensiktsmessige valg. Foto: Colourbox.

årene. Incentivet ligger i å satse forebyggende, for å unngå senvirkninger, både i form av reduksjon av vold i nære relasjoner, og helsegevinst for foreldre og barn i et lengre perspektiv. Trygge foreldre gir trygge barn. Ansvarlige for utprøvingen er Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet og den gjennomføres av Nasjonalt kompetansenettverk for sped- og småbarns psykiske helse ved RBUP Øst og Sør.

Hjelpe førstegangsforeldre

Programmet er styrkebasert og ressursorientert, og tilbyr oppfølging av førstegangsforeldre i utfordrende livssituasjon fra tidlig i svangerskapet og til barnet fyller to år. Målsettingen er å støtte og hjelpe førstegangsforeldre til å lykkes i den viktige oppgaven de har foran seg. Deltakelse i programmet er frivillig, og består av inntil 64 regelmessige hjemmebesøk. Hjemmebesøkene tilbys av sykepleiere (NFP-sykepleiere) som har fått spesiell opplæring i programmet, og de overordnede målområder innbefatter sunne svangerskap, barnets helse og utvikling og foreldrenes økonomiske selvstendighet. NFP-sykepleierens opplæring strekker seg over en periode på nesten 3 år, og inkluderer både erfaring fra arbeid med mor-barn, teoriopplæring og jevnlig veiledning av NFP-veiledere (se oversikten over NFP kjerne-elementer i Norge).

NFP er utviklet med bakgrunn i Bronfenbrenners økologiske teori, Banduras mestrings teori og forståelsen som ligger i Bowlbys tilknytningsteori. Gjennom dette teoretiske utgangspunktet hjelper NFP-sykepleierne foreldrene til å sette seg egne, realistiske mål og styrker mestringsfølelsen og derav også selv tilliten deres gjennom de 2,5 årene de har kontakt. Samtidig bistår NFP-sykepleierne foreldrene til å håndtere/ nyttiggjøre seg sine nettverk; helt fra de nærmeste som partner og kjernefamilie, til venner, nabolag, skole og samfunnet de omgis av. Tilknytningsteorien brukes som utgangspunkt for

å styrke foreldrenes forståelse av barnet og barnets emosjonelle reguleringsbehov. Dette bidrar også til foreldrenes mestringsfølelse i sin nye rolle, noe de aller fleste er genuint opptatt av i denne viktige fasen i barnets liv.

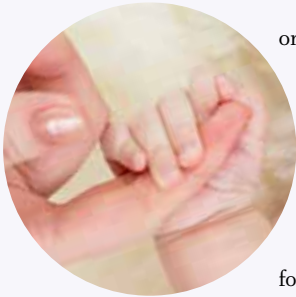
Et tilleggstilbud

Innholdet i programmet har enkelte likhetstrekk med oppfølgingen som tilbys til alle i Norge, gjennom svangerskapsoppfølging og i helsestasjonsprogrammet. Det unike i Nurse-Family Partnership er den tette kontakten mellom familien og NFP-sykepleieren over tid, samt systematikken i hva som skal utføres på de ulike hjemmebesøkene. Forskningsbaserte metoder og tilnærminger brukes, og med programmet følger en egen, lisensiert manual. Programmet skal nå tilbys 150 vendende foreldre i Norge, og det skal tilbys i tillegg til de eksisterende tilbud til noen få kommuner i den første utprøvningsfasen. Dette innebærer at disse familiene vil få

«Programmet har også vist seg å forebygge barnemishandling og omsorgssvikt.»

tilbud om oppfølging av NFP-sykepleiere i tillegg til oppfølging av fastlege og jordmor i svangerskapsomsorgen, og senere helsesøster, lege og eventuelt andre i ordinær helsestasjonsoppfølging.

Helt sentralt i NFP står hjemmebesøket som arbeidsform, der også brukermedvirkning har stor plass. Selve relasjonen omtales som den terapeutiske relasjon eller det terapeutiske verktøyet, og vil i seg selv bidra til å styrke kvinnen eller familien til å ta hensiktsmessige valg. Dette kan belyses ved et konkret eksempel fra en ung kvinne fra Pennsylvania i USA, som har blitt intervjuet



om hva NFP har vært for henne etter at hun har fullført hele programmet for noen år siden.

Historien om Andrea

– Nurse-Family Partnership gir deg en slags grunnmur for å kunne stå på egne ben i den nye rollen som foreldre, sier Andrea, en ung kvinne fra Pennsylvania i USA. – Du kan ikke ta et kurs eller lære på skolen om hvordan du skal oppdra en gutt. Nurse-Family partnership er som et slags veiledningshefte som både gir deg kunnskap og positiv oppmuntring til å ta vare på en baby.

Andrea er takknemlig for det hun har lært gjennom Nurse-Family Partnership® (NFP) som hun og ektemannen Eric mottok da de ventet sin første sønn, Aiden, i 2003. Aiden er nå snart 13 år. Han trives på skolen og elsker å møte venner.

– Han er en veldig smart gutt med et godt hjerte, sier Andrea.

Andrea og Eric er også stolte foreldre til Aidens tre søsken: 7-åringen Cody, 5-åringen Autumn, og snart 4 år gamle Briella. De eier et webdesign-selskap som har fortsatt å vokse siden de startet sin virksomhet i 2005, da Aiden bare var 2 år gammel.

«Hun var ikke-dømmende, informativ og alltid glad.»

Andrea har blitt den personen hun ønsket å bli da hun først tok imot tilbudet om NFP-programmet for mer enn 10 år siden.

– Andrea gikk fra å være en stille, ung kvinne, uten jobb, og som bodde i en leilighet med to romkamerater, til å være en selvstendig næringsdrivende, selvsikker bedriftseier som eier sitt eget hjem, forteller Ginny, NFP-sykepleieren som fulgte Andrea fra tidlig i svangerskapet og helt frem til Aidens andre fødselsdag.

– Men det var ikke en lett reise, sier Andrea. Hun var bare 22, hadde nettopp avsluttet skolen og hadde bare vært sammen med Eric i et par måneder. – Jeg skulle først finne ut hva jeg ønsket å gjøre, og planla slett ikke å bli gravid. Alt var nytt for Andrea og Eric, herunder utgifter som kommer med en ny baby. De følte seg overveldet og trengte hjelp.

– Situasjonen vi var i kunne lett ha blitt til å bli

noe helt annet. Men vi var veldig heldige som traff hverandre og at vi er nettopp de menneskene vi er, sier Andrea.

Når hun reflekterer tilbake på samarbeidet med NFP-sykepleier Ginny, sier hun: «Jeg kunne ikke bedt om noen bedre i den situasjonen. Hun er så hyggelig og lett å snakke med. Når du er i en vanskelig situasjon og nye mennesker kommer inn i livet ditt, kan det være vanskelig å åpne seg og berøre alle de personlige spørsmålene uten å føle at den andre dømmer deg eller synes du har gjort noe galt. Ginny kom aldri og fortalte meg hva jeg skulle gjøre eller ikke gjøre, hun var ikke-dømmende, informativ og alltid glad. Hun hadde aldri en dårlig dag!»

På hjemmebesøkene i svangerskapet berørte de spørsmål knyttet til graviditeten. Senere, etter at Aiden ble født, dreide samtalene seg mer om sønnens helse og utvikling. Hun likte å ha Ginny der for å diskutere spørsmål om smått og stort, samt at Ginny også beroliget henne og støttet henne i ønsket om å være en god mor for Aiden.

Ginny bemerker at Andrea virket engasjert og godt forberedt på hjemmebesøkene. For eksempel når familien i starten strevde med å få nok søvn. Ginny viste Andrea hvordan hun kunne registrere Aidens søvnmønster, og ved neste hjemmebesøk kunne de sammen vurdere døgnrytmen og kom frem til at Andrea og Eric kunne legge ettermiddagshvilen tidligere på ettermiddagen for Aiden. På den måten forbedret hele familiens søvnmønster seg, fordi Aiden lettere falt i søvn om kvelden.

Ginny bidro også til at Andrea satte seg mål for å oppnå sitt «hjertens lyst» – en viktig del av NFP-programmet. Andrea hadde studert til webdesigner, fordi hun ønsket fleksibiliteten med å jobbe hjemmefra og «se sine barn vokse opp,» som hun sa. Hun ble først ansatt som webutvikler for et selskap i New Jersey, og ved avslutningen av NFP-programmet eide hun sin egen web-design-virksomhet.

Aiden liker å være en storebror for sine tre yngre søsken. Han har utmerket seg på skolen fra starten. Barns kognitive modenhet for skolestart er en av de påviste resultatene av Nurse-Family Partnership.

Andrea sier at Nurse-Family Partnership har gjort en forskjell i hennes families liv. «Å få både kunnskap og støtte fra Ginny, har bidratt til å gi oss bedre muligheter og til å gi Aiden det han trengte,» sier Andrea. «Nurse-Family Partnership viser deg hva som er det beste for barnet ditt.» Til tross for å være unge og uforberedte, har Andrea og Eric lykkes godt i sitt foreldreskap. Andrea sier at oppmuntring

fra Ginny – som hele tiden har sagt «du kan gjøre det! – du er verdt mer» var det som hjalp henne til å være optimistisk og styrket hennes ønsker om å lære grunnleggende ferdigheter og oppnå sine drømmer.

Andrea ble fulgt opp med NFP gjennom Pocono Health System i Stroudsburg, Pennsylvania i USA i perioden 2003–2005. Historien er oversatt og forkortet, men kan leses i sin helhet på:

<http://www.nursefamilypartnership.org/first-time-moms/stories-from-moms/andrea-s-story#st-hash.L1Q0oaRT.dpuf>

Allerede godt i gang

Selv om helsesøstre, og i økende grad også jordmødre, går på hjemmebesøk til nybakte foreldre, benyttes det i liten grad utover selve barselperioden. Nurse-Family Partnership tilbyr noe vesentlig annet enn den ordinære oppfølgingen gjennom systematikken oppfølgingen og intensiteten for de mest sårbare utsatte foreldre. I andre land når programmet ut til en gruppe som ellers ikke aktivt oppsøker hjelpeapparatet eller tar imot tiltak utover det universelle tilbudet. NFP-sykepleieren bygger en sterk og god relasjon til foreldrene på familiens egen arena og i deres naturlige miljø. (Glavin, 2016).

Nurse-Family Partnership skal prøves ut i Norge nå, etter regjeringens beslutning. Statsråd Solveig Horne er selv engasjert i, og opptatt av å følge utprøvingen som skal finne sted på tvers av kommunegrensene i Sandnes, Stavanger og Time, og i de to Oslo-bydelene Søndre Nordstrand og Gamle Oslo. I sin tale under fremleggelse av regjeringens familiemelding (Meld. St. 24, 2015-2016) 15. april 2016 presiserte hun at «å komme tidlig inn i familiene, er svært viktig. Derfor satser regjeringen på prosjektet Nurse – Family Partnership som følger foreldre fra svangerskapet og flere år fram i tid. Et slikt grep har vist seg å ha gode effekter i andre land». Videre sa Horne at helsestasjonene er en av våre viktigste tjenester for å fange opp familiers situasjon tidlig, og bygge trygghet allerede i svangerskapet, og at regjeringen derav vil styrke både skolehelsetjenesten og helsestasjonene (www.regjeringen.no).

I NFP er nå erfarne sykepleiere ansatt i full stilling, og er i gang med opplæring, sammen med 2 heltidsansatte NFP-veiledere, Nasjonal fagsjef og en seniorrådgiver. Ettersom brukermedvirkningen står sentralt har også brukerrepresentanter, her kalt erfaringskonsulenter, deltatt i ansettelsesprosessen av NFP-sykepleierne og veilederne. På denne

måten har brukerne selv vært med på å bestemme hvem de ønsker besøk av gjennom et slikt tiltak. Til sammen vil 150 familier i de to regionene få tilbud om oppfølging gjennom NFP-programmet, og utprøvingen følges av et forskersteam for å se hva som eventuelt bør endres og tilpasses ytterligere før programmet kan tilbys i flere regioner eller områder.

For mer informasjon eller ved spørsmål knyttet til satsingen anbefales videre lesing på NFPs internasjonale hjemmesider www.nursefamilypartnership.org eller ved å kontakte nasjonal fagsjef Tine Gammelgaard Aaserud på tga@r-bup.no ■

Referanser:

Bøe, T og Zachrisson, HD. (2016). Hva betyr det for barn å vokse opp i en fattig familie? I: Holme, H, Olavesen, ES, Valla L, Hansen MB. Helsestasjonstjenesten – barns psykiske helse og utvikling. (s 161-168). Oslo, Gyldendal Akademisk.

Eckenrode, J, Campa, M, Luckey, DW mfl. (2010). Long-term effects of prenatal and infancy nurse home visitation on the life course of youths. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 164 (1), 9–15.

Folkehelseinstituttet (2011). Barn av foreldre med psykiske lidelser eller alkoholmisbruk: omfang og konsekvenser. (Rapport 2011:14). Oslo, Folkehelseinstituttet.

Glavin, K. (2016) Nurse family partnership. I: Holme, H, Olavesen, ES, Valla L, Hansen MB. Helsestasjonstjenesten – barns psykiske helse og utvikling. (s 425–436). Oslo: Gyldendal akademisk.

Helsedirektoratet (2014). Barselomsorgen. Nasjonal faglig retningslinje for barselomsorgen. Nytt liv og trygg barseltid for familien. (IS-2057). Oslo: Helsedirektoratet.

Hjälmhult, E. (2016). Hjemmebesøk som metode. I: Holme, H, Olavesen, ES, Valla L, Hansen MB. Helsestasjonstjenesten – barns psykiske helse og utvikling. (s 413–423). Oslo: Gyldendal akademisk.

Kitzman, H, Olds, DL, Sidora, K mfl. (2000). Enduring effects of nurse home visitation on maternal life course: A 3-year follow-up of a randomized trial. *Journal of the American Medical Association*, 283 (15), 1983–1989.

Olds, DL, Robinson, J, O'Brien, R, Luckey DW, Pettitt, LM mfl. (2002). Home visiting by paraprofessionals and by nurses: A randomized controlled trial. *Pediatrics*, 110, 486–496.

Olds, DL, Kitman, H., Hanks, CJ mfl. (2007). Effects of nurse home visiting on maternal child functioning: Age-9 follow-up of a randomized trial. *Pediatrics*, 120 (4), s832–845.

Olds, DL, Kitman, HJ, Cole RE mfl. (2010). Enduring effects of prenatal and infancy home visiting by nurses on maternal life course and government spending: Follow-up of a randomized trial among children at age 12 years. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 164 (5): 419–424.

Sameroff, AJ og Chandler, MJ (1975). Reproductive risk and the continuum of caretaking causality. I: Horowitz, FD, Hetherington, S, Scarr-Salapatek, S og Siegel, G. Review of child development research, bd. 4 (s187-244). Chicago: University of Chicago Press.

Smith, L. (2010). Tidlig utvikling, risiko og psykopatologi. I: Moe, V, Slinning, K og Hansen, MB. Håndbok i sped- og småbarns psykiske helse. (s 29-52). Oslo, Gyldendal akademisk.

www.helsedirektoratet.no/horinger/nasjonal-faglig-retningslinje-for-helsestasjons-og-skolehelsetjenesten (16.04.2016)

www.nursefamilypartnership.org

www.regjeringen.no/no/aktuelt/innlegg-ved-fremleggelse-av-regjeringens-familiemelding/id2484359/ (16.04.2016)

Endring til det bedre

LEDERSTAFETTEN

Margit Nordstoga

Sjefshelsesøster, Hamar kommune

I 2011 måtte noe gjøres ved Hamar helsestasjon. Helsesøstrene hadde en svært krevende arbeidssituasjon. Ved hjelp fra bedriftshelsetjenesten FRISK satt vi igang en prosess som har vært vellykket.

Mitt navn er Margit Nordstoga. Jeg ble utdannet helsesøster i 1995 og har arbeidet innenfor helsestasjonsvirksomheten siden. Fram til 2001 arbeidet jeg som helsesøster både innenfor helsestasjon for barn og i skolehelsetjenesten. I 2001 ble jeg tilsatt som sjefshelsesøster ved Hamar helsestasjon, en stilling jeg fortsatt har og trives godt med. Det er med glede jeg har takket «ja» til utfordringen om å ta lederstafettspinnen videre. Slik kan jeg dele positive erfaringer som når bredt ut i vår virksomhet.

Stor utvikling

I løpet av årene har jeg opplevd stor utvikling med hensyn til hvilke utfordringer helsestasjonstjenesten stilles overfor, både med tanke på omfang og kom-

på jordmortjeneste, helsestasjon for barn, skolehelsetjeneste 6 -20 år, smittevern og helsetjenester for flyktninger og asylsøkere.

Helsestasjonstjenesten skal ivareta kommunens vesentlige del av tiltakslinjen, fra det helsefremmende, til det selektive- og indiserte-forebyggende arbeidet.

I løpet av årene har jeg vært med på flere omorganiseringprosesser hvor fokus har vært å utnytte kommunens ressurser på beste måte. Tverrfaglig og tverretattlig samarbeid har vært spesielt sentralt i arbeidet med mål om helhetlige tjenester til beste for kommunens barn og unge.

Krevende arbeidssituasjon

Det har vært krevende diskusjoner med hensyn til prioritering i ressursforvaltningen, balanse mellom forebygging og reparasjon. Slik jeg ser det, var dette medvirkende til at ansatte ved helsestasjonen opplevde uklare ansvarsforhold, og at vår tjeneste i økende grad ble trukket i retning selektivt/indisert forebyggende arbeid. Helsesøstrene ga uttrykk for en svært krevende arbeidssituasjon med stor arbeidsmengde. Stadig økende myndighetskrav, forventninger fra brukere og samarbeidspartnere, rammebetingelser og jevnt økende befolkningsgrunnlag med øket grad av kompleks problematikk var sentrale elementer. Arbeidsmiljøet ble gradvis dårligere, og faren for sykmeldinger var stor. Høsten 2011 så jeg som leder at «noe måtte gjøres». Med hjelp fra bedriftshelsetjenesten FRISK

«Arbeidsmiljøet ble gradvis dårligere, og faren for sykmeldinger var stor.»

pleksitet i problematikk. Fra å ha ansvar for helsestasjon bestående av jordmødre, helsesøstre og lege i 2001, er vi i dag en tjeneste med bred tverrfaglig bemanning: Psykologer, psykiatriske sykepleiere, rådgivere (barnevernspedagog og helsesøstre med videreutdanning, familierapeut). I tillegg er Home Start Familiekontakten en del av helsestasjonen (se egen artikkel). Totalt har vi ca. 28 årsverk fordelt



gjennomførte vi en ROS-analyse som bekreftet opplevelsen.

FRISK-prosessen

Jeg kontaktet øverste ledelse i avdelingen og følgende tiltak ble iverksatt:

- Umiddelbare nedprioritering av oppgaver (samarbeidsmøter i barnehager - tilstedeværelse).
- Innleie av vikar over en periode for å innhente etterslep (2- og 4 årskontakter).
- Kommunens organisasjon og personalavdeling ble involvert.
- Bedriftshelsetjenesten FRISK ble bedt om å bistå i en prosess med tanke på en målrettet gjennomgang av tjenesten (FRISK – prosessen).
- Det ble søkt tilretteleggingstilskudd fra NAV (Ressurs til frikjøp av vikar/lederstøtte).

Følgende målsettinger for FRISK-prosessen ble utarbeidet:

- 1) Definere riktig omfang og riktig kvalitet på tjenestene, kollektivt ansvar og mål.
- 2) Videreutvikle virksomhetskulturen med vekt på god kommunikasjon.
- 3) Avklare og tydeliggjøre ansvar, roller og forventninger i virksomheten.
- 4) Videreutvikle effektiv og helsefremmende praktisk organisering av virksomheten.
- 5) Legge til rette for selvledelse og individuell mestring av krevende arbeidssituasjoner.

Prosessen besto av samlinger med konkrete oppgaver i og mellom samlinger. Den hadde to akser som la grunnlag for måloppnåelse:

1. Fokus på organiseringen av virksomheten, og på faglig basis legge grunnlag for angivelse av håndterbare forventninger for medarbeiderne.
2. Fokus på elementer for at hver medarbeider skulle fungere optimalt i arbeidshverdagen.

Stikkord i denne sammenheng: Lederskap/



medarbeiderskap, kommunikasjon/samhandling, stressmestring og selvledelse.

Tema i samlingene:

- Refleksjon om roller og ansvar.
- Kommunikasjon og organisasjonskultur.
- Selvledelse.
- Mestring og håndtering av forventninger.
- Grensesetting og tydelighet.

Det ble utført detaljert kartlegging av oppgaver, ressurser og tidsbruk i helsestasjonen.

LEDER: Margit Nordstoga harsiden 2001 vært sjefhelsesøster ved Hamar helsestasjon. Foto: Privat.

«Som leder opplevde jeg prosessen som svært nødvendig, meningsfull og vellykket.»

Margit Nordstoga



LEDERSTAFETTEN

I arbeidet tok vi utgangspunkt i

A) Helsestasjonens oppgaver og ansvarsområdene hjemlet i lovgrunnlag og sentrale dokumenter:

- Helse- og omsorgstjenestelov.
- Forskrift om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten.

- Veileder til forskrift om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten.

- Nasjonale mål og prioriterte områder for 2012 innenfor helse- og omsorgsområdet (rundskriv IS-1/2012).

- Rapport 2011:1 «Bedre føre var ...» Psykisk helse: Helsefremmende og forebyggende tiltak og anbefalinger.

- Rapport fra tilsyn med helsestasjonsvirksomheten: «Styre for å styrke».

- Helsedirektoratets rapport IS-1798: Utviklingsstrategi for helsestasjons- og skolehelsetjenesten.

- Kommuneplan for Hamar.
- Virksomhetsplan - Prioriterte områder

B) Hvorledes helsestasjonens oppgaver skal ivaretas. Dette basert på faglig akseptert kunnskap.

C) Personalmessige forutsetninger. Antall stillinger. Hamar helsestasjon har svært dyktige medarbeidere med høy faglig kompetanse, stor arbeidskapasitet og høy motivasjon for jobben.

Punktene A, B og C beskrev kriterier og forutsetninger for arbeidet og var utgangspunkt for prioriteringer.

Proessen munnet ut i to konkrete dokumenter:

Dokument 1 som er en oversikt over hvilke arbeidsoppgaver tjenesten skulle gjennomføre, samt en beskrivelse av felles oppfatning av riktig

kvalitet på oppgavene. (F.eks. hvilke kontakter som skal inngå i helsestasjonsprogrammet. Hvilke områder vi skulle prioritere relatert til ekstrakontakter (f.eks.: psykisk helse, vekt, utvikling, ernæring).)

Dokument 2 er en konkret handlingsplan med tiltak (f. eks. hvordan utføre faste- og ekstrakontakter, hvordan ivareta selvledelse), og en konkret beskrivelse av hva helsestasjonens medarbeidere må gjennomføre enkeltvis og i fellesskap for å ivareta arbeidsoppgaver for å nå målene på kort og lang sikt.

Vellykket prosess

Som leder opplevde jeg prosessen som svært nødvendig, meningsfull og vellykket. Medarbeiderne gikk inn i arbeidet med positiv holdning og et ønske om å gjøre noe med egen arbeidssituasjon. At arbeidet munnet ut i konkrete tiltak var av avgjørende betydning, også trygg forankring i øverste ledelse var en forutsetning.

Min opplevelse er at hver medarbeider gjennom arbeidet fikk øket bevissthet relatert til egen rolle og ble ansvarliggjort på en positiv måte. Det ga oss en forsterket tydelighet og felles plattform med hensyn til egne rammer og ansvarsområde.

Jeg opplever at det ble etablert en plattform for å videreutvikle helsestasjonen som en helsefremmende arbeidsplass med utgangspunkt i felles fokus på rett kvalitet på tjenesten.

Slik jeg ser det framstår vi som en mer helhetlig og trygg helsestasjonstjeneste i dag takket være at vi i ettertid har holdt fast på tankegang og rammeverk fra FRISK-prosessen.

Som leder opplever jeg dette som et verdifullt styringsverktøy og virkemiddel for å sikre gjennomføring av krav som stilles oss i lovverk og fra tjenesten selv. ■



Nutramigen - med kvalitet i en klasse for seg

Førstevalg ved kostbehandling av kumelkproteinallergi hos barn¹

Nutramigen er i følge en oversiktsstudie²:

- Best blant eHF produktene med 99% effekt²
- Lavest allergenisitet²
- Peptidprofilen skiller seg fra andre eHF³
- Kalsiumnivå tilpasset ulik alder
- Et trygt evidensbasert valg med lang klinisk erfaring⁴



#eHF = høygradig hydrolysert spesialnæring

Besøk www.meadjohnson.no for mer informasjon

Viktig: Morsemelk er spedbarnets beste føde. Nutramigen er et næringsmiddel til spesielle medisinske formål og skal bare brukes under medisinsk tilsyn.

*Varemerke tilhører Mead Johnson & Company, LLC.

© 2016 Mead Johnson & Company, LLC. Alle rettigheter forbeholdes.

Referanser:

1. Nielsen market data 2015.

2. Dupont C et al. Br J Nutr. 2012; 107:325-338.

3. Lambers TI et al. Food Sci Nutr. 2015; 3(1): 81-90.

4. Nutramigen monograph.

Materialet er beregnet på helsepersonell

ABIGO Medical AS
Eidsbergveien 43
1811 Askim

Kundeservice: 23 96 23 00





Gir småbarnsfamilier et pusterom i hverdagen

Home Start Familiekontakt er et tilbud til småbarnsfamilier, der erfarne mennesker på frivillig basis gir hjelp til dem som trenger det.

Tekst Linda Soløst og Eva Eidem, helsesøstre og koordinatore Home Start Familiekontakten Hamar

Home Start Familiekontakten (HSF) er et familiestøtteprogram som supplerer det offentlige tjenestetilbudet, hvor frivillige besøker småbarnsfamilier to til fire timer i uka over en periode på omtrent et halvt år. Ideen bak Home Start er at familien har behov for en likeverdig person som selv har foreldreerfaring eller erfaring med barn generelt, og som kan dele glede og sorger med familien. Tilbudet retter seg mot småbarnsfamilier med minst ett barn under skolepliktig alder. Home Start tilbyr et pusterom for foreldre, kan være med på å forebygge kriser og gi foreldre bekreftelse på egen styrke og kompetanse.

Hele landet

Home Start er etablert i hele 22 land verden over, og her i Norge er det per i dag 34 avdelinger. Årsrapporten 2015 viser på landsbasis at hele 684 familiekontakter engasjerte seg ukentlig hos en familie, fra Tromsø i nord til Kristiansand i sør. 947 familier fikk gleden av dette tilbudet, med 1994 barn til sammen i familiene.

I Hedmark tilbys Home Start i Hamar, Stange og i Kongsvinger, organisert under helsestasjonstjenesten. Helsestasjonen er i kontakt med nærmest alle småbarnsfamiliene i kommu-

nen, og på denne måten blir Home Start det gode lavtersktilbudet det har til hensikt å være.

Ledes av koordinator

Home Start familiekontakten ledes av en koordinator som har ansvar for å rekruttere, kurse og veilede familiekontakter, og følger opp familiene som trenger hjelp så lenge de har en familiekontakt hos seg. Det avtales tid for samtale om familiens behov for å se om Home Start kan hjelpe. Dersom det avtales et samarbeid, knyttes en familiekontakt opp mot familien. Alle opplysninger behandles konfidensielt.

Hvem er familiene

Sårbarhetsfaktorer kan være:

- Manglende avlastning eller nettverk.
- Unge og uerfarne foreldre
- Flerfødsler – slitne foreldre
- Samlivsbrudd og de påkjenninger det medfører
- Familier med kronisk syke barn/funksjonsnedsettelse – som påvirker familiens hverdag.
- Fysisk eller psykisk sykdom hos foreldre
- Ikke etnisk norske med utfordringer på kryss av kulturer

Det er familien selv som definerer

hva de trenger støtte til. For mange familier er det mangel på nettverk som er problemet. Vi er blitt mer mobile. Det er ikke lenger slik at vi har storfamilien rundt oss når vi får barn. Mange etablerer seg på nye steder uten større nettverk. Familiekontaktene hjelper dem å bli kjent i nærmiljøet, til å komme seg ut og ikke minst bli trygge på seg selv som foreldre. Dette kan være et kjærkomment tilbud til ikke etnisk norske familier som skal finne seg til rette i en ny by, et nytt land, en helt ny kultur.

Noen har søvnbehov de aldri får dekket, mens andre igjen ser at forholdet er i ferd med å gå i oppløsning, når to uventet kan bli til fire. Ved konfliktfylte samlivsbrudd har den frivillige bidratt med støtte, samtaler og avlastning. Noen foreldre kan ha psykiske problemer, hvor familiekontakten kan være til god hjelp som trygg støtteperson.

Hvem er de frivillige?

Våre familiekontakter er voksne i alle aldre. De har ulik bakgrunn når det gjelder utdanning og erfaring, men felles er at de har tid, lyst og overskudd til å engasjere seg for småbarnsfamilier. Noen er i arbeid, andre er pensjonerte, vi har både menn og kvinner. Felles for dem er at de er hos den enkelte familie



FAMILIEKONTAKTER: Dorte Strandlie (t.v.) og Edel Helseth (i midten) har begge lang erfaring som frivillige familiekontakter. Her sammen med Eva Eidem som er koordinator for Home Start Familiekontakten på Hamar.

to til fire timer ukentlig over en periode på cirka seks måneder. Familiekontaktene gjennomgår et refleksjonskurs/forberedelseskurs over åtte kvelder, et kurs vi får gode tilbakemeldinger på. Familiekontaktene får ingen lønn, men de uttrykker tydelig at de opplever arbeidet som givende og meningsfullt, og at de "får mer enn de gir". Alle familiekontakter må levere politiattest og underskrive en taushetserklæring. De får veiledning og oppfølging av koordinator. Månedlige treff blir arrangert for dem, hvor det over flere år har utviklet seg et godt sosialt fellesskap.

To erfarne familiekontakter

Edel Helseth og Dorte Strandlie har vært familiekontakter i Home Start Hamar i flere år. Edel har vært med helt fra oppstarten i 2007, og har hele tolv familier i minnet der hun har vært familiekontakt. Dorte er også snart ved et tosfifret antall.

– Det er plass til mange i hjertet mitt. Så lenge jeg kan klare å komme meg opp fra gulvet når jeg leker med barna vil jeg være aktiv i Home Start. Kontakten med små barn gir en egen

«Å få høre at man legger igjen positiv energi hos familien gjør godt.»

energi. Å få høre at man også legger igjen positiv energi hos familien gjør godt, sier Edel Helseth.

Hun synes det er trivelig å få hyggelige tilbakemeldinger.

– Dette var noe jeg tenkte på i overgangen fra yrkesaktiv til pensjonisttilværelse, det at man kanskje ikke skulle få tilbakemelding på noe, slik man er vant med som yrkesaktiv, sier hun.

Gjennom å være familiekontakt opplever hun å få dette. Man kjenner at å gjøre nytte for seg gir livet mening. Dette er vinn-vinn for alle og enhver.

Dorte Strandlie uttrykker glede over å se at man kan være med å «løfte» familien litt, styrke selvtilliten deres. Selv om det dreier seg om få timer i uka kan det bety mye.

– Vi får treffe mange forskjellige folk, det er spennende. Vi kommer tett på, kan være med og virkelig se barna deres. Være med å fokusere og forsterke det positive foreldrene gjør, sier Strandlie.

Edel og Dorte synes de lærer mye om seg selv gjennom å være familiekontakter. Noen ganger kan utfordringene være av det litt større slaget. Edel setter fint ord på det:

– Det har vært mest sol, litt regn og noe haggel, sånn er det i møter mellom mennesker, når man kommer tett på i



KOORDINATORER: Linda Soløst og Eva Eidem er helsesøstre og koordinatører med ansvar for Home Start Familiekontakten på Hamar. Foto: Ottar Korsnes.

sårbare og slitsomme faser i livet, sier Edel Helseth .

– Innimellom kan det være god hjelp og støtte å bare få litt «sorteringshjelp» når det blir litt mye for familien. Et steg om gangen, så kan vi gå de sammen, sier Dorte Strandlie.

Det å komme tett på kan naturligvis også være vanskelig for familiekontak-

tyggen føles trygt sier de begge.

– Dette var ikke minst viktig for meg i mine første oppdrag, forteller Dorte.

– Jeg tror også det er av stor betydning at tilbudet er underlagt kommunen og helsestasjonen, det gjør noe med forankringen. Jeg tror det føles «trygt» for familien også, de kan stole fullt og helt

og familien mottar verdifull støtte i en vanskelig fase i livet, både praktisk og følelsesmessig. Home Start baserer seg på menneskelige kvalifikasjoner snarere enn på faglige kvalifikasjoner. Vi er opptatt av at det skal være lite byråkrati i våre møter med familiene, i alle ledd.

Vi har en tanke om at de som tar kontakt med oss i dag gjerne skulle hatt hjelpen helst fra i går. Vi ønsker å komme raskt på banen, og ikke sjelden kan vi «koble» en frivillig til familien i løpet av få dager. Tilbudet er frivillig, ubetalt og behovsorientert. Videre er det lett tilgjengelig, har en fleksibel og uformell form, hvor alminnelige problemer hos alminnelige familier er i fokus.

Vi vet at Home Start virker, for familier, for de frivillige og for de profesjonelle som fortsetter å henvise familier til oss. Foreldre overalt trenger noen som bryr seg, noen som kan respondere på deres behov! Familiekontaktene uttrykker stor glede over samvær med de mange småbarnsfamiliene, og vier noe av tiden sin til nettopp å være et medmenneske og en medvandrer. ■

«Vi får treffe mange forskjellige folk, det er spennende.»

ten, ikke bare for familien. Dorte presiserer at det er viktig at de i rollen klarer å holde litt avstand.

– Man skal tross alt klare å trekke seg ut igjen etter en periode. Jeg er for eksempel bevisst på å skille mellom meg selv og «bestemorrollen», en lett rolle å få i enkelte familier. Jeg er naturligvis bestemor kun til egne barnebarn. Det har blitt lettere etter hvert å sette grenser for hvor nær man tillater seg å komme familien, sier hun.

Det at man har koordinatorene i

på tilbudet», avslutter Dorte Strandlie.


Edel og Dorte og de øvrige 25 frivillige familiekontaktene i Hamar berører med sitt sosiale engasjement andres liv på en god måte.

Hva gjør at det fungerer?

Et av suksesskriteriene er at hjelpen ytes i familiens hjem, og at familiekontakten ikke er en fagperson. Den frivillige hjelpen har en annen kvalitet enn offentlig bistand. Likeverdigheten mellom familie og den frivillige står sentralt,

Sex har ikke
forandret seg

men nødprevensjon har

ellaOne® er en nødprevensjon som skal tas innen 120 timer (5 dager) etter ubeskyttet samleie eller prevensjonssvikt.¹

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

ellaOne er vist (i en meta-analyse) å gi tre ganger færre graviditeter enn levonorgestrel tatt de første 24 timene etter ubeskyttet samleie.² Dette kan skyldes at ellaOne kan forhindre eggløsning selv når det tas like før eggløsning ventes (når LH har begynt å stige).¹

NO/U/LP/0416/0001/11857

ellaOne®
(ulipristalacetat)
effektiv når det virkelig gjelder

1. Preparatomtale ellaOne, 24.03.15, p 4.1 og p 5.1. www.legemiddelverket.no
2. A.F.Glasier, S.T.Cameron, P.M.Fine et al. Ulipristal acetate versus levonorgestrel for emergency contraception: a randomised non-inferiority trial and meta-analysis. Lancet 2010;375:555-562
For mer informasjon se www.felleskatalogen.no

Tekst Inger Raanaa (t.v.), Lovise Amdahl og Bente Gaden, helsesøsterstudenter ved Høgskolen i Hedmark.



Helsesøstre kan hindre at unge slutter skolen

Én av tre elever faller ut av den videregående skolen. Det kan vi som helsesøstre gjøre noe med.

Frafallet er uendret i den videregående skolen, til tross for at det har vært et satsingsfelt, med økt oppmerksomhet og innsats gjennom mange år. Helsesøstre kan hjelpe unge som er i fare for å falle fra. Vi har kunnskap, tilgjengelighet, nettverk og en unik mulighet til å følge elever gjennom hele skolegangen. Men for å kunne hjelpe, må tjenesten vises og tilbudet styrkes.

Manglende resultater

Ny forskning viser at tiltak for å forhindre frafall i videregående skole ikke har nådd frem. Penger, tid og store ressurser er investert uten resultat. I løpet av de siste 20 årene har 3,3 milliarder blitt brukt på å få flere til å gjennomføre videregående skole. Fraffallet er fremdeles like høyt, opp mot 30 prosent. En rapport fra NIFU viser at psykiske problemer og psy-

kososiale utfordringer blant unge er en gjennomgående faktor for frafall. Mange unge strever med vanskelig hjemmesituasjon, mobbing, depresjon, lav motivasjon, dårlig mestringsfølelse og forventningspress.

Som helsesøsterstudenter ser vi at vår framtidige arbeidshverdag kommer til å stå midt oppe i dette. Vi mener at viktige tiltak som må vektlegges er styrking av skolehelsetjenesten og tidlig innsats. Vi gleder oss over at det nå er bevilget øremerkede midler over statsbudsjettet til nettopp styrking av helsesøster- og skolehelsetjenesten. Vi ser fram til å ta fatt på utfordringene og utgjøre en forskjell.

Tidlig innsats og tilgjengelighet

En vesentlig innsats må settes inn tidlig i utdanningsforløpet, allerede fra barneskole, for å fange opp elever i risikozonen. Fraffallet kan være et slutt-

punkt av en lengre prosess som for mange begynner tidlig. Årsakene er ofte sammensatte og kan ligge i ulike faser, gjerne tidlig i oppveksten og i overganger mellom ulike skoletrinn og skoler. Man ser at personer som faller ut av skolen senere kan ha lavere inntekt, høyere arbeidsledighet, og oftere blir brukere av offentlig støtte. Sosial ekskludering, dårlig helse, kriminalitet og dårligere materielle levekår kan også være en konsekvens. Vi ønsker å forebygge disse konsekvensene. Utbyttet av å jobbe forebyggende og helsefremmende er større enn å sette inn ressurser på et senere tidspunkt. Å investere i skolehelsetjenesten mener vi vil gi en langsiktig personlig og samfunnsøkonomisk gevinst.

Skolebaserte tiltak er ofte viktig for å bidra til en reduksjon av sosiale ulikheter i helse. Som helsesøstre har vi i utgangspunktet en unik posisjon i



SAMTALE: Helsesøstre kan bruke sin kunnskap til å hjelpe elever å mestre skolehverdagen. Illustrasjonsfoto: Colourbox.

skolen. Gjennom lavterskeltilbud når vi alle barn, uavhengig av bakgrunn og hvilket sosialt lag de tilhører i samfunnet. Vi ønsker å være tilgjengelig, mer synlig og ha mer tid til elevene. Slik det er i dag har de færreste kommunene helsesøsterdekning som anbefalt. Det sier seg selv at vi vanskelig kan følge opp alle. Prosjekter med økt tilstedeværelse av helsesøster i skolen, har vist seg å gi gode resultater. For å kunne fange opp barn som trenger oss, må vi være en del av skolehverdagen. Da hjelper det lite å være tilstede kun for lunsj annenhver onsdag.

Flere helsesøstre

Læreren er den viktigste pedagogiske ressursen for at eleven skal fullføre skoleløpet. Trond Giske skriver i sin nye bok «La læreren være lærer» at antall helsesøstre i skolen bør doubles for å frigjøre tid til læreren. Mange

elever har behov for en annen oppfølging enn det som ligger innenfor lærerens ansvar og mulighet i det daglige. Ungdommene står overfor veivalg, de er i stor forandring og mye skjer i kropp og sinn. Å finne veien er ikke alltid like enkelt. Vi kan bruke vår kunnskap til å hjelpe elever med deres psykiske og sosiale forutsetninger, til

«Vi kan gjøre en forskjell.»

å prestere, mestre skolehverdagen og utdanningsløpet.

Tverrfaglig samarbeid er en viktig forutsetning for å sikre eleven et helhetlig tilbud. Som helsesøster er vi del av et stort nettverk av fag- og ressurspersoner i kommunen. Vi kan fungere som førstelinje og hjelpe til med å finne den rette veien til hjelp i systemet. Slik kan vi sammen bidra til

at disse ungdommene fullfører skolegang og ikke faller fra underveis.

Bruk oss!

Økning av ressurser til skolehelsetjenesten, tilgjengelighet og tidlig innsats vil gi helsesøster avgjørende innvirkning på om ungdom fullfører skolegangen. Vi helsesøstre må vise

ungdommene, lærerne, politikerne og samfunnet at vi er her og ønsker å hjelpe. Få andre profesjoner, om noen, har vår unike posisjon med tilgjengelighet og likt tilbud til alle, bred kompetanse, kunnskap og store tverrfaglige nettverk. Det gjør oss til gode hjelpere og støttespillere for ungdommene. Vi kan, vi vet, vi vil! Vi kan gjøre en forskjell. Bruk oss! ■



FOREBYGGING: Hormonelle prevensjonsmetoder, inklusive spiral, er mest effektivt for å regulere egen fruktbarhet, hevder artikkelforfatteren. Illustrasjonsfoto: Colourbox.

Rekvisisjonsrett av prevensjon

Landsgruppen av helsesøstre i NSF (LahNSF) har i flere år arbeidet for at helsesøstre skal få en utvidet rett til å rekvirere prevensjonsmidler.

Tekst **Anne Kjersti Myhre Steffenak**, førsteamanuensis, Høgskolen Diakonova og Høgskolen i Hedmark

Forebygging av uønsket svangerskap og abort er et prioritert område for sentrale myndigheter, og samfunnet har en overordnet plikt til å forebygge uønskede svangerskap. Forpliktelsen er nedfelt i loven om abort. Alle må gis en mulighet

til å ta vare på egen seksuell helse og fruktbarhet, ha adgang på kunnskap om prevensjon og tilgjengelighet til prevensjon (Helsedepartementet, 2010). Utførte svangerskapsavbrudd kan forstås som udekkede behov for prevensjon.

Abortforebyggende

I 2008 var abortraten blant tenåringer på samme nivå som på midten av 1990-tallet. Mellom 2010–2013 har det vært en nedgang i abortraten på 9,4 prosent for alle aldersgrupper. I 2013 var abortraten 12,5 per 1000

kvinner i alderen 15–49 år. I 2014 rapporterte Nasjonalt folkehelseinstitutt at det ble gjennomført 14 061 aborter. Dette er 11,8 aborter per 1000 kvinner. Om lag åtte av ti utførte aborter skjer før niende svangerskapsuke. Majoriteten av disse er selvbestemte (95 prosent). Det høyeste antall aborter er blant kvinner mellom 20 og 24 år. Samtidig var det i perioden 2013–2014 en nedadgående trend i denne aldersgruppen (Løkeland et.al. 2015). Forekomsten av svangerskapsavbrudd blant kvinner under 20 år er den laveste noensinne. Økt bruk av hormonell prevensjon og særlig langtidsvirkende reversible prevensjonsmetoder (LARC) er medvirkende faktor (<https://helsedirektoratet.no/folkehelse/folkehelsearbeid-i-kommunen/veivisere-i-lokalt-folkehelsearbeid/sek-suell-helse-lokalt-folkehelsearbeid>).

Tilgang på prevensjon

Sammenlikner man abortraten i fylkene, ser man at disse er forskjellige. Dette kan kanskje ses i sammenheng med ulik tilgangen på prevensjon og prevensjonsveiledning rundt om i landet.

Lett tilgjengelig prevensjon er som sagt et sentralt ledd i å forebygge uønsket svangerskap og fremme seksuell autonomi og -helse. Prevensjonssvikt forekommer relativt ofte – bruk av enkelte prevensjonsmidler blant kvinner har lav compliance og er relativt hyppig forbundet med uønsket graviditet. Internasjonal forskning og kunnskapsoppsummeringer viser at et variert tilbud med lett tilgjengelig og selvbestemt prevensjon er avgjørende for at kvinner kan ha mulighet til å planlegge sitt reproduktive liv (Helsedirektoratet 2010).

Ved inngangen til dette året trådte rundskrivet, Utvidet rekvireringsrett til helsesøstre og jordmødre for prevensjonsmidler– Helsesøstre og jordmødres administrering av langtidsvirkende, reversibel prevensjon (LARC), i kraft.

Ny forskrift

Alle helsesøstre og jordmødre som per 31.12.2015 hadde rekvireringsrett i Helsepersonellregisteret til aldersgruppen mellom 16 år og 19 år fikk da rett til å rekvirere all prevensjon til kvinner over 16 år. De trenger ikke gjennomgå nye kurs for at rekvireringsretten også skal omfatte kvinner over 20 år og rekvirering av LARC. Den nye forskriften gir helsesøstre rett til å rekvirere og administrere alle typer prevensjonsmetoder inkludert LARC; kobberspiral, hormonspiral og p-stav, til kvinner fra 16 år. Retten knyttes til jordmødrene og helsesøstrenes profesjon som kvalifisert hel-

bærer gjennomført praksiskrav som er beskrevet i rundskrivet. Kravet er utarbeidet av Helsedirektoratet i samarbeid med relevante fagmiljøer og utdanningsinstitusjoner. For at helsesøstre selvstendig kan administrere LARC, er følgende minimumskrav innført: P-stav: Observere en innsetting og ett uttak, praktisere en innsetting og to uttak under veiledning. Spiral: Observere en innsetting, praktisere to innsettinger under veiledning. Uttak av spiral krever ingen praksis i forkant, teoretisk opplæring er tilstrekkelig.

Utfordringer for helsesøstre

Helsesøstrestudenter som tas opp på helsesøsterutdanningene fra høsten 2015 vil ha disse utvidede temaene integrert i sine utdanninger. Ferdig utdannede helsesøstre, som ønsker å ha rekvisisjonsrett, vil kunne ta kurs og følge undervisningen ved helsesøster- og jordmorutdanningene.

«Forekomsten av svangerskapsavbrudd blant kvinner under 20 år er den laveste noensinne.»

sepersonell og ikke til tjenestested (<https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2015-03-22-276>).

Minimumskrav

Faglig forsvarlighet ved rekvirering til nye grupper av kvinner, samt nye typer prevensjonsmidler, faller inn under allmenne regler for faglig forsvarlig yrkesutøvelse. Hver enkelt helsesøster har et eget ansvar for å sikre at de har den nødvendige kunnskapen som skal til for å gjøre dette arbeidet. Noe som blant annet inne-

Utfordringen både for helsesøstrestudenter og helsesøstre de nærmeste årene vil være tilgangen på praksisplasser fordi det i dag er få helsesøstre som praktiserer innsetting av spiral og implantat. Dette krever et godt samarbeid med sykehusenes poliklinikker i gynekologi og eventuelle privatpraktiserende klinikker rundt om i landet. Om noen år regner vi med at praksistreningen til helsesøstrestudenter gis av helsesøstre ved helsestasjonene og skolehelsetjenesten i de enkelte kommuner og bydelers. ■

 jaydess[▼]
13.5 MG INTRAUTERINE DELIVERY SYSTEM
LEVONORGESTREL

HUSK PREVENSJON

 ... eller glem det

MED JAYDESS TRENGER IKKE KVINNEN Å HUSKE PÅ SVANGERSKAPSFØREBYGGELSE I OPPTIL 3 ÅR.

Indikasjon: Antikonsepsjon i inntil 3 år.

Ved bruk av alle typer spiral bør kvinner informeres om symptom på og risiko for ektopisk graviditet.

Les preparatomtalen før forskrivning.

Deler sine erfaringer

I flere tiår har helsestasjonene i Nord-Østerdalen hatt interkommunalt samarbeid med faste møter i helsesøstergruppa. Samarbeidet mellom kommunene gir kvalitetssikring gjennom felles fagutveksling og kompetanseheving.

■ Av **Sigrun Aa Engzelius**, helsesøster, Os kommune

Sjuogtredve mil nordover, litt øst og oppover, ligger Flåkløya, ei lita fjellbygd under himmelhvelvingen. Sjølberga med både dampstøteri og campingplass, lokalavis og egen TV-sender. Fritt for vær og vind, akkurat der morgensola renner opp over Storjuvet, bor sykkelreparatør «Reodor Felgen» og hans to assistenter. (Aukrust, Flåkløya).

Nesten slik kan vi beskrive deler av regionen vår. Nord-Østerdalen består av små kommuner (fra 1100 til 5500 innbyggere) og store geografiske avstander. Mange helsesøstre sitter alene, eller med 1–2 kollegaer per kommune (regionsenter Tynset har 6 helsesøstre). Å jobbe alene som helsesøster gir god mulighet for helhetlig oversikt over kommunen, befolkningen og aktiviteten som foregår. Det kan også fremme et nødvendig og godt grunnlag for tverrsektorielt samarbeid, men det faglige miljøet innenfor tjenesten blir sårbart.



Kvalitetssamarbeid

Helsestasjonene i Nord-Østerdalen har i flere tiår hatt interkommunalt samarbeid med faste møtepunkter i helsesøstergruppa. Dette foregår cirka 4 ganger i året og det settes av en dag. Helsestasjonene som deltar er Alvdal, Folldal, Rendalen, Stor-Elvdal, Tynset, Tolga og Os. Det går på omgang hvilken helsestasjon som har ansvar for møtet. Alle kommuner kan komme med ønsker og bidrag til hva som skal tas opp.

Verdien i dette samarbeidet er stort. Et samarbeid mellom kommunene gir kvalitetssikring gjennom felles fagutveksling og kompetanseheving. De som har deltatt på kurs, gir oppdatert kunnskap videre til medhelsesøstre. Dette gir faglige diskusjoner i helsesøstergruppen og en mer enhetlig/samordnet formidling ut mot brukerne når det gjelder veiledning, informasjon og behandling. Det skapes et samhold i gruppa ut

SAMMEN OM OPPGAVENE: «Det er et bredt arbeidsfelt vi forholder oss til, med mange oppgaver å løse. Vi jobber med faglighet, for oversiktighet, for fred og vennskap», skriver artikkelforfatteren. Illustrasjonsfoto: Colourbox.



fra en felles forståelse. At vi besøker hverandre på de ulike helsestasjonene gir også grunnlag for innspill og ideer.

Ett opplegg

Eksterne forelesere blir ofte brukt på møtene. Vi kan ha egne undervisningsbolker med for eksempel familievernkontor, øyelege, politi, tuberkulosekoordinator eller ernæringsfysiolog fra distriktet. Vi har formalisert samarbeid med tannhelsetjeneste og fødeavdeling.

Vi har felles barne- og ungdomspsykiatri (BUP) gjennom Sykehuset Innlandet. Tjenester som PPT og barnevern er slått sammen på tvers av ulike kommuner med kontor i regionsentrene, og gir dermed litt forskjellige tilknytningssteder. Vi har i stor grad gode rutiner for samarbeid med disse tjenestene. Det ser ut til at kjennskapet og samarbeidsevnen mellom kommunene letter aktiviteten

for igangsetting av felles opplegg og implementering av aktivitet. Vi kan tilrettelegge for, og delta felles, på aktuelle kurs og etterarbeid av disse. Eksempelvis har vi hatt samarbeid omkring for-

«Verdien i dette samarbeidet er stort.»

eldreveiledningskurs som «God start» og «De utrolige årene» i regionen.

Tett på skoleelever

Elever i videregående skole samles på Tynset, Alvdal eller i Stor-Elvdal. På grunn av de geografiske avstandene er det mange elever i vårt distrikt som må flytte på hybel allerede etter ungdomskolen. Det å tilpasse seg ny skole og nye venner kan være vanskelig nok i utgangspunktet. Når man også må bo

hjemmefra kan dette bli ekstra utfordrende. Denne gruppen er en arena som helsesøster må være tett på fra starten av. Det sendes derfor ut informasjonsskriv til alle foreldre og foresatte til hybelungdom på Nord-Østerdal videregående skole, med informasjon om skolehelsetjenesten. For hybelboere er også samarbeid med helsestasjon for ungdom viktig og har

«Alle kommuner kan komme med ønsker og bidrag.»

høy prioritet. Her er både helsesøster og turnuslege lett tilgjengelig med åpen dør, uten timebestilling. På Nord-Østerdal Videregående er i underkant 20 prosent av elevene hybelboere fra andre kommuner enn Tynset.

Måltrett arbeid

Samarbeidet oss helsesøstre i mellom gir en unik mulighet til å gi en bedre overgang mellom ungdomsskole i hjemkommunen og videregående skole i en annen kommune. Etter samtykke fra elever om å kunne utveksle informasjon, kan vi lettere jobbe målrettet forebyggende for blant annet «drop-out» og psykiske utfordringer i videregående skole. Vi kjenner godt til hverandre, og bruker hverandres kompetanse og erfaringer på best mulig måte for å hjelpe hver enkelt elev. Hver vår eller tidlig høst, bruker vi deler av samarbeidsmøtet til individuelle samtaler mellom helsesøster fra den enkelte kommune og helsesøster på den aktuelle skole for overføring av elever etter innhentet samtykke. Dette gir helsesøstre på videregående skole en bedre forutsetning for å tidlig fange opp og være en støtte for elever som trenger ekstra oppfølging i en sårbar fase.

Utvikle like tjenester

Vi drar nytte av hverandre i forhold til utvikling av prosedyrer brukt i helsestasjonen. Faglig drøfting rundt innhold og bruk av prosedyrer sørger for at disse kvalitetssikres og tjenesten vi gir blir lik. Vi ser nå på muligheten for å utnytte felles planverk – og diskuterer ofte ønsket om mer sentral tilrettelegging av systemer og opplegg for praktisk utføring i helsestasjonene.

Etter anbefalinger fra Folkehelseinstituttet har vi åpen dialog med hverandre i forhold til vaksiner og beholdning – eksempelvis denne vinteren BCG, som det har vært manko på. Det er som regel et fåtall som skal vaksineres i hver kommune, derfor

blir et samarbeid på tvers av kommunegrenser et viktig element i å utnytte vaksinene. Dette gjelder også reisevaksiner.

Styrker og svakheter

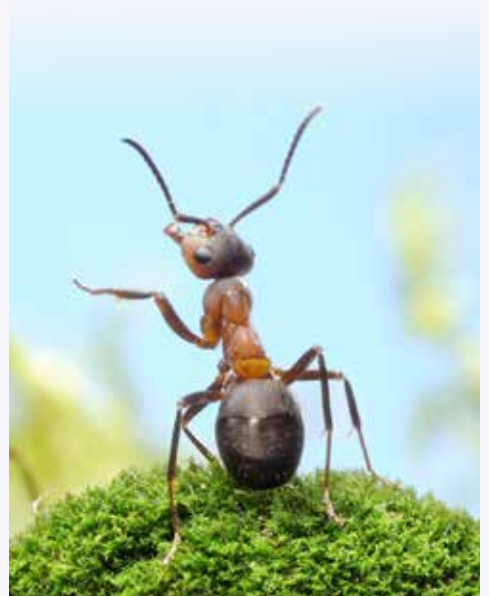
Flyktningssituasjonen er også noe som berører helsesøstre i de ulike kommunene. Små samfunn kan ha både styrker og svakheter i dette arbeidet. Fagmøtene blir da et utmerket forum til å utveksle erfaringer, problemstillinger og gode løsninger vi som helsesøstre kan ha innvirkning på. Dette har vi sett stor nytte av høsten 2015 da flyktningssituasjonen endret seg betraktelig i Norge.

Det er et bredt arbeidsfelt vi forholder oss til, med mange oppgaver å løse. Vi jobber med faglighet, for oversiktighet, for fred og vennskap. For trygghet og helse, med vaksiner og ernæring, for å nevne noe.

Og som Ludvik fra Flåkløya ser det... innsatsen fra helsesøstertjenesten har stor betydning!

«Ludvik hadde slik en angst for alle disse u-ene som menneskene satte foran ordene. Hvor ofte hørte og leste man ikke om uvennskap, utroskap og ufred. Fikk man bare denne bokstaven vekk, ville resten av ordet bli til bare glede». (Aukrust, Guttene på broen).

Lykke til med forebygging og helsefremming videre folkens. Del kompetanse! ■



HUGGIES Little Swimmers® - holder tett på stranden og i bassenget



Fås i str.:

2-3
3-8 kg

3-4
7-15 kg

5-6
12-18 kg

Små svømmere elsker gøy i vannet

Huggies Little Swimmers® er engangssvømmebleier til gøy i vannet. I motsetning til vanlige bleier svulmer ikke Huggies Little Swimmers® opp når de blir våte.

De strekkbare sidene er enkle å åpne og lukke, slik at det raskt kan skiftes bleie dersom uheldet skulle skje. Samtidig gir den gode passformen barnet frihet til å plaske og bevege seg fritt i vannet.

Finn Huggies Little Swimmers i dagligvarebutikkene og hos Apotek1.



PÅ VENDEVÆRELSET: Aftenpostens journalist omtaler dette som «ventegangen» på barne- og kvinneklinikken på Ullevål sykehus. «Den tjener som et felles venteværelse for overlegen og samtlige leger ved avdelingen», heter det av billedteksten. Fotografiet ble tatt 6. mai 1964. Foto: Scanpix/Aftenposten.







Loette har fått ny pris

For jenter 16-20 år koster Loette nå **kr. 1,30*** for 3 mnd. bruk.

* Kvinner kan fra og med måneden etter fylte 16 år og til og med måneden før fylte 20 år få dekket utgifter til prevensjonsmidler etter bidragssats vedtatt av Helse- og omsorgsdepartementet. Bidragssatsen for p-piller er 111 kroner for tre måneders forbruk. Prisen på Loette 28 er 112,30 kroner for tre måneders forbruk. Kvinner som bruker prevensjonsmidler som er dyrere enn bidragssatsen må betale mellomlegget selv, og mellomlegget for Loette blir 1,30 kroner for 3 måneders forbruk.

Tryggere bruk av p-piller

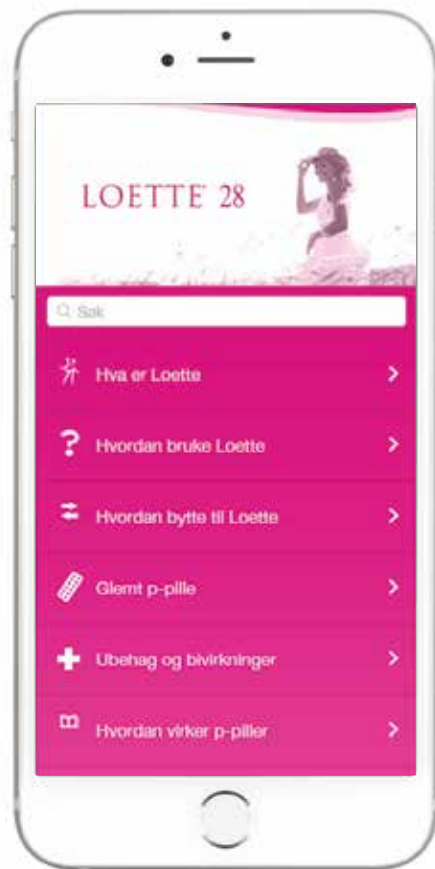
Alle p-piller av kombinasjonstypen gir en liten økning i risiko for blodpropp, og noen kvinner bør velge annen prevensjon.

Grundig vurdering av alle som skal begynne med p-piller, informasjon om bivirkninger og risikofaktorer, samt rask oppfølging ved mistanke om blodpropp er viktig.

Ref.: Statens legemiddelverk

Nyttig informasjon om
Loette på din mobil

Last ned!



Send **LOETTE** til **2242**

LOETTE®
LUNDAVIRKELIGHETSLØSUNG



Ble mer aktive med hund

Lite aktive barn ble motivert til fysisk aktivitet ved være med på hundesporten agility i prosjektet «Aktiv med hund».

Av **Elsebeth Krøger**, universitetslektor, og Åshild Slettebø, professor, Dr. polit., Universitetet i Agder

Et lite aktive barn bør bli mer fysisk aktive utfordrer lokale helsemyndigheter til å utvikle engasjerende aktivitetsarenaer som kan bidra til å fremme fysisk aktivitet også hos disse barna.

Agility

I denne artikkelen beskriver vi hvordan folkehelsepersonell, ekipasjer fra en kennelklubbs agility-gruppe og universitet samarbeidet i prosjektet «Aktiv med hund». I prosjektet ble det benyttet dyreassistert intervensjon (DAI) (1). Samhandling mellom hund og barn i hundesporten agility var valgt intervensjon. I prosjektet deltok åtte barn i aldersgruppen ni til tolv år i agility en gang per uke i åtte uker. Ideen bak prosjektet bygger på kunnskap fra folkehelsevitenskap, frivillighetsarbeid, studie av samhandling mellom mennesker og dyr, DAI og hundesporten agility. Man antok at en fartsfylt aktivitet sammen med hund kunne appellere til barn i aktuell aldersgruppe. Førsteforfatter fra Universitetet i Agder hadde ideen og ledet prosjektet.

Bakgrunn

De fleste norske barn har god helse og oppfyller

WHOs anbefalinger som er 60 minutters daglig fysisk aktivitet. Aktiviteten bør føre til at barnet både blir svett og andpusten. For lite fysisk aktivitet antas å ha uheldige konsekvenser for nåværende og fremtidig helse. Noen barn, også i Norge, har utfordringer knyttet til det å være nok fysisk aktiv.

Forskning viser et fall i aktivitetsnivået når barn beveger seg inn i ungdomsalden. Lite aktive barn kan derfor få dobbelte utfordringer; fra deres generelle lave aktivitetsnivå, og fra effekten av ytterligere nedadgående fysisk aktivitet mot ungdomsalder. Barn bør i ung alder oppleve å være motivert for fysisk aktivitet, og erfare gleden ved å bevege seg. For lite aktive barn vil all aktivitetsøkning være en fordel.

Hensikten med prosjektet var å få kunnskap om agility med hund er et tiltak som kan motivere lite fysisk aktive barn til fysisk aktivitet (2–6).

Gjennomføring

Barna ble tildelt fast hund og hundefører. Disse samhandlet gjennom prosjektperioden. Agility ble gjennomført i hall én gang per uke over åtte uker. Hver agility-aktivitet var på halvannen time. Barna var



VENNSKAP: For barn kan hunden være et individ som ikke dømmer eller vurderer barnets prestasjoner, men er der som en støtte og venn. Illustrasjonsfoto: Colourbox.

aktive i løype i cirka 45–60 minutter. Resten av tiden bidro de med å dekke sin hunds behov for hvile, lufting og væske, og hjalp til med rigging av agility-hindre.

I starten av prosjektperioden var oppmerksomheten rettet mot at barn, hund og hundefører skulle bli kjent og trygge på hverandre. Hundens signaler, velferdsbehov og nødvendige kommandoer til bruk i agility ble formidlet. Barna fikk opplæring i hvordan de skulle lede hunden gjennom hindrene. I starten var hundefører tett på sitt barn og hund for å bistå begge i forsering av hindrene. Mot slutten var de i en noe mer tilbaketrukket posisjon. Etter hvert fikk barna økende kompetanse i å lede og følge hunden gjennom mer krevende løypeoppsett. Mot slutten av prosjektperioden mestret de fleste barna å forserer en løype på cirka 100 meter sammen med hunden, gjennomført i et tempo der de ble svette og andpustne.

Prosjektet var godkjent av Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste. Forskningsetiske prinsipper ble fulgt. I evalueringen ble det benyttet kvalitativ tilnærming. Datainnsamling ble gjennomført ved individuelle intervjuer med foresatte til hvert barn, og med fokusgruppeintervjuer med hundeførerne.

Engasjement

Fire sentrale kategorier utkrystalliserte seg i analysen; glede og forventning, tilknytning mellom barn og hund, ansvar og forpliktelse og utholdenhet. En overordnet tolkning av kategoriene viser at deltakende barns samhandling med hund i agility motiverte barna til aktivitet og førte til utholdenhet og innsats i en fysisk krevende aktivitet.

Glede

Foresatte og hundeførere beskrev barnas uttrykk for glede som en gjennomgående erfaring. Foresatte

«For lite aktive barn vil all aktivitets-økning være en fordel.»

beskrev videre at barna viste glede i og forventning til aktiviteten. Barna hadde, ifølge foresatte, uttrykt glede og stolthet over sin hunds prestasjoner i løypen. Både foresatte og hundeførere hadde erfart at

barna var opptatte av sin hund, at de raskt fikk god kontakt med hunden, tok ansvar for dens velferd og samhandlet bra. Hundeførere erfarte at barna håndterte sin hund raskere enn det de hadde forventet, og at hunden viste tegn på tillit og trivsel i barnets selskap.

Aktive

Ingen av informantene hadde registrert vegring for aktiviteten, snarere en iver etter å få være aktiv i løypen sammen med hunden. Flere foresatte beskrev hvordan barna rettet sin oppmerksom-

«Barna ble observert som andpustne og svette.»

het mot hundens prestasjon i løypen. De mente dette bidro til at barna så ut til å glemme seg selv og «bare ville løpe». Ifølge dem hadde barna gitt uttrykk for at hunden trengte barnas støtte gjennom løypeforsering for å lykkes.

Foresatte var ikke sikre på om barna forsto hvor kompetente hundene egentlig var, ei heller at barn og hund var helt avhengig av å ha sin hundefører nært tilgjengelig. Foresatte bemerket at barna snakket om og til hunden som om den var en venn. En mor bemerket sitt barns forhold til hunden slik: «Han syns den er den beste, er veldig stolt over hva hunden får til, og så løper han, jeg tror han kunne løpt enda lenger, for han ser ikke ut til å merke at det er så anstrengende». Barna ble observert som andpustne og svette. Informantene beskrev barna som slitne, og glade. Dette kan tolkes som om barnets glede og iver i samvær med hunden bidro til at barnet flyttet sin oppmerksomhet over på hundens prestasjoner, uten å kjenne på eller resignere ved anstrengelsen i gjennomføringen.

Diskusjon

Funnene viser at barnas samhandling med hund i agility motiverte dem til å gjennomføre og utholde en fysisk krevende aktivitet. Barna uttrykte stolthet over sin hund, viste glede og forventning til samvær og aktivitet. De ga uttrykk for at hunden trengte dem, og at de selv var en viktig støtte for hunden. Barnas uttrykk for glede kan tolkes som om barna knyttet seg nært til sin hund selv om tildelt hund bare var til låns i åtte uker. Å samhandle med fast hund og ta del i omsorgen for denne kan ha styrket tilknytningen, og kan ha

vært viktig for barnas opplevelse av glede over og i aktiviteten.

Bonding

Innen antrozoologi benevnes tilknytning som «bonding», og beskriver den tilknytningsprosessen som finner sted mellom mennesker og dyr. Prosessen er særlig aktuell i samhandling mellom kjæledyr og dets eier, men kan også observeres mellom dyr og mennesker i andre sammenhenger, gitt rett anledning. Mulighet for fysisk nærhet, omsorg og god kommunikasjon er viktig for god tilknytning (7–9).

Barna omtalte hunden som en venn, gledet seg til aktiviteten og til å treffe sin hund. Dette underbygger god tilknytning. For barn kan et dyr fremstå som et ikke-krevende individ som ikke dømmer eller vurderer barnets prestasjoner, men er der som en støtte og venn. Studier har vist økt utskillelse av oxytocin og nedgang i stresshormon hos mennesker som samhandler med dyr. Hormonpåvirkningen kan bidra til å oppleve velvære og glede, styrke tilknytning og redusere stress (10,11).

Flyt

Det ble observert barn som tilsynelatende løp i løypen uten å la seg merke ved anstrengelsen. Dette kan antyde at barna var indre motivert i aktiviteten og befant seg i en tilstand der tid og rom opphørte. Dette beskrives som å være i en tilstand av flyt, observert hos motiverte personer med stor grad av glede og mestringsopplevelse i aktiviteten (12).

Wohlfarth et al. (13) fant i sin studie økt aktivitetsinnsats hos barn når hund var til stede i aktiviteten. Denne effekten ble ikke registrert når hunden ble byttet ut med person i aktiviteten. Forskerne tolker dette som at hundens tilstedeværelse i arenaen ubevisst påvirket barna i en slik grad at det satte barna i en tilstand der de opplevde glede og mestring, med økt fysisk innsats som resultat. En annen studie viser hvordan hunder påvirket barns utførelse av grovmotoriske ferdigheter positivt. Også i denne studien tolkes hundens tilstedeværelse som en viktig motivasjonsfaktor for barnas innsats og kompetanse (13,14).

Ifølge Biophilia-hypotesen, om et instinktivt bånd mellom mennesker og andre levende systemer, kan barnas naturlige samhandling i «Aktiv med hund» kunne begrunnes i menneskers iboende preferanse for dyr. Videre kan man anta at en slik preferanse, som ble understøttet av tilrettelegging for nær samhandling med fast hund over tid, kan ha bidratt positivt til motivasjonsoppbygging hos barna og



medvirket til at aktiviteten ble lystbetont. Hunden fremstår i «Aktiv med hund» som motivator (15,16).

Konklusjon

Erfaringer fra prosjektet viser at agility med hund kan motivere til aktivitet hos lite aktive barn. Erfaringer fra prosjektet viser at frivillige med hundefaglig kompetanse og egnet hund er en ressurs som med hell kan knyttes tettere opp mot kommuners aktivitetsfremmende arbeid for barn. Dersom hensikten med intervensjonen er å motivere lite aktive barn til aktivitet, må design av intervensjonen planlegges godt, slik at barnet opplever å mestre. Vi anbefaler å ivareta stabilitet over tid mellom barn, hund og hundefører. Stabilitet over tid kan utfordre frivilliges tidsressurs. Samtidig underbygger funnene at nettopp stabilitet i prosjektperioden med fast hund og hundefører var gunstig for barna og bør etterstrebes. ■

Saken har tidligere stått på trykk i Sykepleien (2/2016).

Referanser:

1. Thodberg K, Berget B, Lidfors L. Research in the use of animals as treatment for humans. *Animal Frontiers* 2014; 4: 43–48.
2. Bonham MH. Introduction to dog agility. New York: Barron's Educational Series, 2009.
3. Ministry of Health and Care Services. Physical activity among 6-, 9-, and 15-year-olds in Norway: Results from a survey in 2011 <https://helsedirektoratet.no/publikasjoner/fysisk-aktivitet-blant-6-9-og-15-aringer-i-norge-resultater-fra-en-kartlegging-i-2011>. (Nedlastet: 06.10.12).
4. Norwegian Institute of Public Health. The public health report 2010–Health conditions in Norway Vol. 2 <http://www.fhi.no/dokumenter/f5894f100f.pdf>. (Nedlastet: 05.02.11).
5. Pannekoek E, Piek JP, Hagger MS. Motivation for physical activity in children. A moving matter in need for study. *Human Movement Science* 2013; 32: 1097–1115.
6. World Health Organization. Physical activity. <http://www.who.int/media-centre/factsheets/fs385/> (Nedlastet: 04.02.14).
7. Melson GF, Fine AH. Animals in lives of children. I: Fine AH, red. Handbook on animal-assisted therapy: Theoretical foundations and guidelines for practice. London: Academic Press, 2010: 223–46.
8. Payne E, Bennett PC, Mc Greevy PD. (2015). Current perspectives on attachment and bonding in dog-human dyad. *Psychology Research and Behavior Management* 2015; 8:71–9.
9. Walsh F. Human-animal bonds: The relational significance of companion animals. *Family Process* 2009; 48: 462–80.
10. Beetz A, Uvnäs-Moberg K, Julius H, Kotrschal K, Kikusui T, Hart LA, Olbrich E. Psychosocial and psychophysiological effects of human-animal interactions: the possible role of oxytocin. *Frontiers in Psychology* 2012; 3: 1-1510.3389/fpsyg.2012.00234
11. LoBue V, Bloom Pickard M, Sherman K, Axford C, DeLoache JS. Young children's interest in live animals. *British Journal of Developmental Psychology* 2013; 31:57–69.
12. Csikszentmihalyi M. The flow experience and its significance for human psychology. I: M. Csikszentmihalyi Csikszentmihalyi IS, red. Optimal experience: Psychological studies of flow in consciousness. New York: Cambridge University Press, 1992:15–35.
13. Wohlfarth R, Mutschler B, Beetz A, Kreuser F, Korsten-Reck U. Dogs motivate obese children for physical activity: Key elements of a motivational theory of animal-assisted interventions. *Frontiers in Psychology* 2013; 4:1–7.
14. Gee NR, Harris SL, Johnson KL. The role of therapy dogs in speed and accuracy to complete motor skills tasks for preschool children. *Anthrozoos: A Multidisciplinary Journal of The Interactions of People & Animals* 2007; 20:375–86.
15. Kahn PH. Developmental psychology and the biophilia hypothesis: Children's affiliation with nature. *Developmental Review* 1997; 17:1–61.
16. Krøger E, Slettebø Å, Fossum M. Agility Activities for Children in a Municipality in Norway. *Journal of Community Health Nursing* 2015; 32:53–67.

NESTE SKRITT FOR BARN MED KUMELK- ALLERGI



NYHET!

- God symptomlindring¹
- God vekst og utvikling
- Velfungerende mage²
- God smak og lukt

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

SMÅ MELKEALLERGIKERE  PEPTICATE

NUTRICIA
Pepticate

kumelkallergi.no | nutricia.no | Tlf: 23 00 21 00

SOVER BEDRE: Flere av ungdommene har fått bedre søvnkvalitet. Illustrasjonsfoto: Colourbox.

Får hjelp til å sove bedre

Ungdommer som ikke mestrer videregående skole, har fått opplæring i hva de kan gjøre for å sove bedre. Det har hjulpet flere av dem til å fungere bedre i hverdagen.

Tekst **Linda Østerhus**, sykepleier/koordinator for FDV ved Elverum videregående skole

Finn din vei (FDV) er et fylkeskommunalt prosjekt i Hedmark som retter seg mot ungdom i aldersgruppen 16 til 19 år, som av ulike årsaker ikke mestrer videregående skole. Psykiske vansker, lav motivasjon og sosiale utfordringer kan trekkes frem som hovedårsaker til frafall i denne gruppen. FDV er et strukturert femdagerstilbud som følger skoleruta. Prosjektets hovedmålsetting er å bygge opp elevene fysisk, faglig og mentalt slik at han/hun er i stand til å mestre videregående skole.

Søvnproblemer

Mange av ungdommene på FDV rapporterer om søvnvansker. En naturlig del av prosjektet er derfor å kartlegge og registrere søvnvanene til ungdommene i prosjektet. Undersøkelsen ble gjort en måned etter oppstart i prosjektet (oktober), hvor elevene svarte på ulike spørsmål i forhold til søvnhygiene. Sju elever svarte skriftlig på 14 ferdig formulerte spørsmål, og de kunne velge å være anonyme.

Elevene rapporterte om gjennomsnittlig søvn på mellom tre til seks timer i ukedagene, og åtte til ti timer i helgene. De fleste la seg mellom klokka 2200 og 2300 og sto opp på et fast tidspunkt, men hadde mange oppvåkninger i løpet av natten (opp til seks ganger).

Hovedproblemet var likevel at de ikke klarte å sovne på grunn av negative tanker og følelser som sinne, sorg, nervøsitet, skyld, bekymringer, stress og uro. Samtlige utenom en mente selv at de hadde et søvnproblem, og at det hadde vedvart i flere år.

Elevne fikk opplæring

Disse dataene ble så presentert for ungdommene, med påfølgende refleksjon rundt temaet. Ungdommene fikk så psykoedukasjon om søvnhygiene, med utgangspunkt i Nasjonalt kompetansesenter for søvnsykdommer sine anbefalinger. I tillegg fikk ungdommen konkrete råd om hvordan håndtere tankekjør, samt ferdighetstrening i forhold til avspenningsteknikker. Samtlige ungdommer laget sin egen tiltaksplan, hvor

mobilen sin hvor vi flere ganger i uka kikket på trender og utvikling.

Bedre enn tidligere

Ungdommene er nå snart ferdige i prosjektet og temaet søvnhygiene er fremdeles et ukentlig tema. Vi observerer at ungdommene er mer våkne og oppmerksomme, og har fått et mer bevisst forhold til betydningen av søvnbehov og gode søvnvaner. Flere rapporterer nå om at de har en bedre døgnrytme og bedre søvnkvalitet, og deres daglige fungering er bedre enn tidligere.

Hedda på 17 år sier det slik: «Det funker, fordi vi har lært om ting vi ikke hadde peiling på, og fått gode tips om hva vi kan gjøre.»

To av ungdommene hadde behov for medisiner i en periode, og samarbeidet

«Flere rapporterer om at de har bedre døgnrytme.»

de så rettet oppmerksomheten mot et tiltak de skulle prøve ut i en periode. Tiltakene ble så jevnlig evaluert med erfaringsdeling og innspill fra gruppen.

Ungdommene fikk som en del av folkehelseprosjektet på skolen hver sin Fitbit klokke, hvor aktivitet og søvnmønster ble registrert og evaluert en gang i uka. De lastet ned en app på

med fastlegen sin om dette. Det har vært spennende å jobbe med ungdommene rundt søvnhygiene. Resultatene har kommet over en periode på flere måneder og krevd ukentlig fokus og støtte. Ungdommene har også erfart at de kan løse utfordringer i eget liv, de har også blitt bevisst på hvordan søvn påvirker mange funksjoner relatert til hverdagsmestring. ■

Oppdag Sykepleiens digitale verden

Desktop

Du kan besøke Sykepleiens nettsider via din datamaskin.

Gå inn på www.sykepleien.no

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



Nettbrett

Sykepleiens app for nettbrett er basert på papirutgaven av Sykepleien, men har enda mer innhold og flere søkefunksjoner. Appen kommer ut flere dager før papirutgaven kommer til deg i posten.

Her finner du flere bilder enn i bladet, og en rekke artikler vil også ha lyd, film eller interaktive elementer (tabeller, bildetekster, etc.). Med appen får du også et arkiv over alle utgivelser og kan brukes offline (kjekt på hyttetur, reiser, etc.).



Mobil

Ønsker du å lese Sykepleien når du er på farta

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



Kontakt oss om du trenger hjelp:

bss@nsf.no / 22 04 33 33
(hverdager 08.00–15.45)



Instagram

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



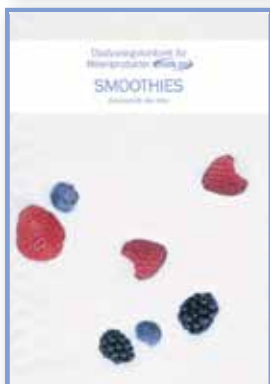
Facebook

Er du på Facebook? Det er vi også!

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



Sykepleien



Gratis brosjyrer om kosthold og ernæring

Brosjyrene inneholder
også oppskrifter og tips
til god og sunn mat

Bestill brosjyrene GRATIS her:
www.melk.no/brosjyrebestilling

Opplysningskontoret for
Meieriprodukter 

Hvordan ser barneansvarlige på sin rolle?

Barn som er pårørende til foreldre med psykiske lidelser skal få hjelp av barneansvarlig personell. I denne studien er 18 barneansvarlige intervjuet og alle har ulik erfaring med rollen.

Av Ann-Kjærsti Svalheim, helsesøster og masterstudent, Løten kommune

Innledning

I januar 2010 kom endringer i helsepersonell- og spesialisthelsetjenesteloven som skal sikre oppfølging av barn som pårørende (Helsedirektoratet, 2010; Helsepersonelloven, 1999; Spesialisthelsetjenesteloven, 1999). Barneansvarlig personell har et ansvar for å fremme og koordinere helsepersonells oppfølging av mindreårige barn som har omsorgspersoner med psykiske lidelser. Målet er at barn skal fortsette i sin rolle som barn, og ikke påta seg voksenoppgaver selv om omsorgspersonene ikke greier å ivareta sine foreldrefunksjoner. (Helsedirektoratet, 2010).

I min masteroppgave i psykisk helsearbeid, valgte jeg å intervju barneansvarlig personell i psykisk helseomsorg om deres oppfatning av egen rolle som barneansvarlig i forhold til barn

«Det er tilfeldig hvilken oppfølging barna får.»

som pårørende til foreldre med psykiske lidelser. I min hverdag som helsesøster i skolen, møter jeg en del barn som har det vanskelig på ulike måter, og hvor det viser seg at en eller begge foreldrene har psykiske lidelser. Denne fagartikkelen beskriver teoretisk bakgrunn, funn av undersøkelsen og en avsluttende diskusjon.

Barn som pårørende til foreldre med psykiske lidelser

Pårørende barn omfatter barn mellom 0 og 18 år, som bor sammen med biologiske foreldre, adop-

tivforeldre, steforeldre eller fosterforeldre (Helsedirektoratet, 2010). I 2011 levde 260 000 barn i Norge med foreldre som har psykiske lidelser, og det er ingen grunn til å tro at det er færre i dag (Torvik). Dette er barn som omtales som unge omsorgsgivere eller barn som pårørende.

Pårørende barn bor i våre kommuner, går på våre skoler og er rundt oss i hverdagen. De har utviklet ulike strategier for å mestre sine utfordringer i hverdagen. Mange møter disse barna, ofte uten å se hva som plager dem.

Barn som pårørende blir ofte omtalt som en stor ensartet gruppe, men de er veldig ulike med hensyn til sosial bakgrunn, etnisk bakgrunn, religion, familiemønster og miljø. Barn har også ulike forutsetninger for å håndtere forskjellige livsutfordringer. Det er derfor viktig å unngå stereotypiske beskrivelser og forenkling i hvordan vi ser og forstår barna (Haugland, Ytterhus & Dyregrov, 2012). Barn som har foreldre med psykiske lidelser sier selv at de opplever å være spesielle. Dette kan ses i sammenheng med at voksne setter dem i en kategori eller ser på dem som en gruppe. Dette gjør også at omverdenen ser på dem som en spesiell gruppe med en forutinntatthet og holdninger som samfunnet har. Pårørende barn lider under ansvaret de har hjemme, og opplever å bli sett på som en «unormal» familie. Mange av barna føler seg ensomme og alene med sine tanker og følelser (Östman, 2008).

Man ser en sammenheng mellom foreldres psykiske lidelse og barns adferds- og emosjonelle vansker. I tillegg kan man også se en forsinket



HJELP: Barneansvarlig personell skal sørge for at mindreårige barn av psykisk syke får den oppfølgingen de trenger. Illustrasjonsfoto: Colourbox.

eller avvikende utvikling og nedsatt psykososial fungering hos disse barna (Korhonen, Pietila, & Vehvilainen-Julkunen, 2010).

Barn som bor i familier hvor foreldrene har alvorlig psykisk lidelser, og hvor de voksne har udekkede behov fra helse- og omsorgstjenester, er mest utsatt. Disse familiene har ofte mangelfullt sosialt nettverk og prøver å skjule de psykiske lidelsene for omverdenen. Mangel på støtte fra venner og den øvrige familie kan være en risikofaktor som bidrar til å øke barns rolle som omsorgsgiver (Becker, 2007). Den psykiske lidelsen kan påvirke

hvordan foreldrene greier å ivareta sine foreldrefunksjoner (Alnes, 2011). Spesielt skadelig kan det være hvis barna ikke får den følelsesmessige og praktiske støtten de har behov for (Aldridge, 2006).

Barneansvarlig personell

Lovendringen som omhandler barneansvarlig personell, har vart i fem år. Barneansvarlig personell er knyttet til spesialisthelsetjenesten i offentlig eller privat regi og det er ikke krav om spesielle kvalifikasjoner for personen som skal inneha rol-

len. Barneansvarlige er tillagt ulike funksjoner. De skal lage systemer for oppfølging av barn og deres familie, holde helsepersonell oppdatert om ny viten og fremme barnas interesser. Det er virksomhetens ansvar å legge til rette for tid, ressurser og kompetanseheving slik at de barneansvarlige kan utføre arbeidet på en forsvarlig måte (Helsedirektoratet, 2010).

Studiens funn

De atten personene som ble intervjuet er menn og kvinner som jobber innen psykisk helsevern. De jobber i ulike avdelinger, både på psykiatriske institusjoner og DPS i to ulike fylker. Alle har ulik erfaring med rollen som barneansvarlig og innehar ulike helsefaglige profesjoner. Alle ble bedt om å fritt fortelle om egen oppfatning av rollen som barneansvarlig. Utdypende spørsmål ble stilt underveis.

Funnene i intervjuene ble synliggjort i tre ulike kategorier, med to-tre underkategorier. Se tabell 1.

«Spydspiss»

Barneansvarlige er spesielt interessert i arbeide med barn som pårørende. De deltar på kurs og oppdaterer seg på ny kunnskap. De ønsker likevel mer kunnskap om barn, og hvordan snakke med barn i ulike aldre. De ønsker mer tid til utøvelse av rollen sin. Gjennom internundervisning og kollegaveiledning formidler de sin kunnskap.

«Vaktbikkje»

Barneansvarlig mener det er deres ansvar å påse at lovpålagte oppgaver, som er knyttet til rollen, blir ivaretatt. Dette gjør at de føler seg litt som en «vaktbikkje». Dette medfører at de også ser kollegaer som vegrer seg mot, eller unnlater å

utføre lovpålagte oppgaver knyttet til barna av pasientene.

Ivaretagelse av barna

Barneansvarlige ser at mange av pasientene som går i behandling, eller er innlagt i avdeling, selv er barn av psykisk syke foreldre. De ser sammenheng mellom barns opplevelser og erfaring med foreldrenes sykdom, og deres utvikling av vansker. Dette gjør at de har et forebyggende perspektiv i arbeidet med barna. De vektlegger å skape trygghet i samtalene med barn og foreldrene. I samtalene gir de informasjon om foreldrenes sykdom og har fokus på å skape en åpenhet om psykiske lidelser for å unngå skam og stigma.

Samarbeid med kommunale instanser gjennomføres med tanke på at barna skal ivaretas i hverdagen. Spesielt nevnes helsesøster som en viktig person i kommunen. Barneansvarlige mener at helsesøster er lett tilgjengelig for barna og deres familie og er en person som har tillit hos de fleste.

Diskusjon

Det har blitt et økt fokus på barn som lever med foreldre med psykiske lidelser, spesielt fra 2000-tallet. Forskning fra Australia, Storbritannia og USA har bidratt til kunnskapsutvikling og god praksis i arbeid med barn som er pårørende til foreldre med psykiske lidelser. Studier viser at familiefokuserte intervensjoner bidrar til at barna blir ivaretatt, og kan påvirke foreldrenes bedringsprosess positivt (Maybery & Reupert, 2009). Foreldrestøttende arbeid i familier med psykiske lidelser har positiv effekt på både barna og foreldrenes lidelser (Griffiths, et al., 2007). Denne kunnskapen kan bidra til økt forståelse av hvorfor samarbeid mellom spe-

TABELL 1: Barneansvarliges oppfatning av egne roller knyttet til barn som er pårørende til foreldre med psykiske lidelser.

«Spydspiss»	Vaktbikkje	Ivaretagelse av barna
<ul style="list-style-type: none"> ■ i front på fagutvikling ■ kollegaveiledning og internundervisning ■ «ildsjel» 	<ul style="list-style-type: none"> ■ påse at lovpålagte oppgaver blir utført ■ unnlattelse og vegring hos behandlere 	<ul style="list-style-type: none"> ■ forebyggende perspektiv ■ Foreldrearbeid ■ samarbeid med kommunale instanser

Underkategoriene beskriver meningsinnholdet i kategoriene.

sialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten er viktig for barna og deres familie.

Barneansvarlige er fagpersoner som er spesielt interessert i å arbeide med barna til foreldrene som er innlagt. Barneansvarlige har, utfra resultater fra studien, kunnskap om hva som er bra for barna. De identifiserer barna og gir dem god informasjon. De snakker med barna om vanskelige tema og foreldrenes sykdom, og kan samarbeide med kommunehelsetjenesten. Barneansvarliges rolle er derfor viktig i arbeidet med å identifisere og sørge for oppfølging av pårørende barn. En studie viser at mange barneansvarlige med middels høy utdanning, som sykepleiere, har et mer positivt syn på de nye oppgavene som barneansvarlig enn andre yrkesgrupper. En årsak kan være at sykepleierutdanningen innehar et større barne- og familieperspektiv enn andre yrkesgrupper (Reedtz m. fl. 2015). I de psykiske helseinstitusjonene hvor disse oppgavene er pålagt den enkelte behandler, ser de barneansvarlige en del unnlattelse fra kollegaer. Disse barna og

deres familie tilbys derfor ikke den oppfølgingen de trenger og har krav på. Dette underbygges av en nyere undersøkelse som viser at mange barn av voksne i psykiatrisk poliklinikk ikke blir registrert

«Familiene har ofte mangelfullt sosialt nettverk.»

(Reedtz m.fl. 2015). Det kan gå lang tid før noen fanger opp disse barna, og da kan de ha utviklet en del vansker. Barna kommer gjerne i kontakt med helsesøster etter henvisning med bekymring om endret adferd fra barnehage, skole eller hjem. Da kan de ha symptomer på mistrivsel og tilpasseingsvansker. Det hadde vært ønskelig å starte et samarbeid mye før. Det ville gitt muligheter for å forebygge de plager og vansker som barna ofte har utviklet innen helsesøster kommer på banen.

Helsesøster har en unik mulighet i sitt arbeid til langvarig oppfølging av de familiene hvor foreldre

INFORMASJON:

En viktig oppgave for barneansvarlige er å holde annet helsepersonell oppdatert om barnets situasjon. Illustrasjonsfoto: Colourbox.



PÅKJENNING: Barn av foreldre med psykiske lidelser har økt risiko for å utvikle vansker. Illustrasjonsfoto: Colourbox.



har psykiske lidelser. I tillegg har helsesøster oversikt over ulike samarbeidspartnere i kommunen, så riktig og langsiktig oppfølging kan tilbys. Forskning viser en økning i barn som lever med foreldre som lider av psykisk sykdom, og at helsesøster i økende grad møter barn med problemer relatert til psykiske lidelser (Mahony, 2010).

Helsesøster har ingen oversikt over familier hvor foreldre har psykiske lidelser. Egen erfaring viser at disse barna og deres familie gjerne har hatt det vanskelig over tid. I blant er helsesøster bekymret for om omsorgen til barnet er god nok. Da bør barnevernstjenestens tiltak og hjelp introduseres for familien. Helsesøster bør omtale barnevernstjenesten som en samarbeidspartner i kommunen. Bekymringsmeldingen kan, ofte med fordel, skrives sammen med foreldrene.

Et godt samarbeid mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten vil være et gode for familien som kan gi riktig oppfølging. I tillegg kan det være på sin plass å se på samarbeidet innad i egen kommune mellom tjenestene. Både fastlege og ROP-team/psykiatritjeneste har kontakt med voksne i kommunen, og en del av disse har barn. Barnehege og skole har kontakt med barna nærmest daglig, og har gode forutsetninger til å observere endringer hos barna. De kjenner også foreldrene, og har mulighet til å kunne formidle videre kontakt.

Et samarbeid mellom voksenpsykiatrien og førstelinetjenesten, skole/barnehege kan bidra til økt

støtte i barnas hverdag, og er et utnyttet potensiale. Dette er fagpersoner som naturlig bør følge opp barnet og familien videre (Osen 2015).

Oppsummering

Barn som er pårørende til foreldre med psykiske lidelser har økt risiko for å utvikle vansker, og spesielt utsatt er barn som lever i en belastende omsorgssituasjon over tid. Spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten bør samordne tjenestene til familier med barn som er pårørende til foreldre med psykiske

«Mange møter disse barna, ofte uten å se hva som plager dem.»

lidelser. Tiltak og tjenester bør samordnes så tidlig som mulig, og det bør være mulighet for langsiktig oppfølging til de familiene som har behov for det.

Familiefokuserte intervensjoner, som har forebyggende effekt på utvikling av problemer hos barn og som styrker foreldrekompetansen, må tilbys familiene.

Utdanningsintitusjoner som utdanner fagpersoner som skal arbeide med mennesker med psykiske lidelser, har et ansvar for å ha fokus på betydningen av familieperspektivet i møte med, og behandling av alle pasienter. I tillegg bør betydningen av samarbeid og samordnede tjenester vektlegges. ■

Referanser:

Aldridge, J. (2006). The experiences of children living with and caring for parents with mental illness. *Child Abuse Review*, 15(2), 79-88. doi: 10.1002/car.904

Alnes, N. (2011). Barn har ikke tid til å vente. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 131(16), 1541-1542. doi: 10.4045/tidsskr.09.1428

Becker, S. (2007). Global Perspectives on Children's Unpaid Caregiving in the Family: Research and Policy on (Young Carers) in the UK, Australia, the USA and Sub-Saharan Africa. *Global Social Policy*, 7(1), 23-50. doi: 10.1177/146801810703892

Griffiths, H., Boland, V., Gilliland, D., McKernan, B. & Shields, L. (2007). An Evaluation of the Child and Parent Support Service within the Magherafelt and Cookstown Area. *Child Care in Practice*, 13(2), 125-135. doi: 10.1080/13575270701201193

Helsedirektoratet. (2010). Barn som pårørende. (IS-5/2010). Oslo: Direktoratet.

Helsepersonelloven. (1999). LOV-1999-07-02-64. § 10a. (2014).

Korhonen, T., Pietila, A.-M. & Vehvilainen-Julkunen, K. (2010). Are the children of the clients' visible or invisible for nurses in adult psychiatry? - a questionnaire survey. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 24(1), 65.

Lauritzen, C., Reedt, C., Van Doesum, K og Martinussen, M (2015) Factors that may facilitate or hinder a family-focus in the treatment of parents with a mental illness. *Journal of Child and Family Studies*. Vol. 24(4) Apr. 2015, pp. 864-871

Mahoney, L. (2010) Children living with a mentally ill parent: the role of public health nurses. *Nursing praxis in New Zealand inc*, 26(2), 4

Maybery, D. & Reupert, A. (2009). Parental mental illness: a review of barriers and issues for working with families and children. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 16(9), 784-791. doi: 10.1111/j.1365-2850.2009.01456.x

Osen, N L (2015) «Medvindsfaktorer» for barneansvarligarbeidet i voksenpsykiatrien. I Haugland, B S M, Bugge, K E, Trondsen, M V, Gjesdahl, S (Red.) Familier i motbakke. På vei mot bedre støtte til barn som pårørende. Fagbokforlaget, Bergen, s.213-226

Reedt, C, Mørch, L og Lauritzen, C (2015) Registreres psykiatriske pasienters barn i elektronisk pasientjournal? *Nordisk Sygeplejeforskning*, 4(01)

Spesialisthelsetjenesteloven. (1999). LOV-1999-07-02-61. § 3-7a. (2014).

Torvik, F. A. & Rognmo, K. (2011). Barn av foreldre med psykiske lidelser eller alkoholmisbruk: omfang og konsekvenser. (Rapport 2011:4). Oslo: Folkehelseinstituttet.

Ytterhus, B. (2012). Hva er et «pårørende barn»? Barn mellom risiko, nytte og en åpen fremtid. I Haugland, B. S. M., Ytterhus, B. og Dyregrov, K. (Red.), *Barn som pårørende*. Oslo: Abstrakt forlag AS.

Östman, M. (2008). Interviews with children of persons with a severe mental illness- Investigating their everyday situation. *Nordic Journal Of Psychiatry*;5(5). doi: 10.1080/08039480801960065

Barn på flukt trenger også en helsesøster

Stadig flere mindreårige flyktninger og asylsøkere kommer til Norge, og helsesøster har et ansvar for å bidra til at disse barna og ungdommene får det de har krav på.

Tekst **Anne Kjersti Myhre Steffenak**, førsteamanuensis, Høgskolen Diakonova og Høgskolen i Hedmark

De siste årene er det kommet flere tusen mindreårige flyktninger og asylsøkere til Norge. Det er barn og unge under 18 år som har flyktet alene eller sammen med familiemedlemmer. Antallet av enslige mindreårige på flukt er nå det høyeste siden FNs høykommissær for flyktninger (UNHCR) begynte å føre slik statistikk i 2006.

I 2014 og frem mot sommeren 2015 kom det 2176 enslige mindreårige flyktningbarn til landet vårt. Antallet mindreårige asylsøkere under 15 år økte kraftig fra sommeren 2015. I løpet av de første elleve månedene i 2015, søkte 4950 mindreårige om asyl.

Fra utgangen av 2014 til slutten av november 2015 har antall barn i asylmottak blitt mer enn tredoblet fra 2756 til 9249 barn. Av disse er 28 prosent under seks år. I 2015 kom det flest barn fra Afghanistan. Et stort antall kommer også fra Eritrea og Syria.

Enslige mindreårige asylsøkere (EMA) er barn og unge under 18 år som kommer til Norge uten foreldre eller andre omsorgspersoner. De fleste EMA under femten år som kommer hit er gutter (1).

Det er ulike og sammensatte årsaker til at barna reiser alene. Noen har planlagt reisen på forhånd, noen er

blitt kastet ut i en fluktsituasjon uten forberedelse. Andre av barna kommer alene fordi de forsvinner fra foreldre underveis og mister kontakten med dem. Noen kommer alene fordi familien kun har økonomi til at en i familien kan reise. Motivet kan være av sikkerhetsmessig art, eller ønske om en bedre framtid og utdanning (1).

Helsehjelp

Mindreårige asylsøkere og flyktninger har rett til den samme helsehjelp som andre barn i norske kommuner. Alle barn under 18 år omfattes av Barnekonvensjonen hvor det klart defineres at de har rett til helsehjelp. Barnevernloven gjelder for alle barn i Norge, også mindreårige asylsøkere og flyktninger. Bekymringsmeldinger om barn med asylsøkerstatus skal følges opp etter vanlige prosedyrer i barnevernssaker.

Norske myndigheter sitt ansvar

Utlendingsdirektoratet (UDI) er ansvarlig for å gi enslige mindreårige asylsøkere over 15 år tilbud om plass i mottak for enslige mindreårige eller i egne avdelinger tilknyttet ordinære asylmottak. Dette tilbudet er ikke lovregulert. Personer som søker asyl i Norge skal få tilbud om et sted å bo. Asylsøkende barn som bor i UDIs mottaksapparat

får normalt først plass på et ankomst/transittmottak. Deretter flytter de til et ordinært mottak hvor de oppholder seg mens asylsaken behandles. Enkelte asylsøkere med fysiske og/eller psykiske hjelpebehov, får tilbud om forsterkede plasser i tilrettelagte avdelinger.

Barne-, ungdoms- og familieetaten (Bufetat) har ansvar for å gi enslige mindreårige asylsøkere under 15 år tilbud om opphold på et omsorgssenter for mindreårige.

Barn og unge som har fått innvilget en oppholdstillatelse får tilbud om fortsatt opphold i omsorgssentre eller asylmottak frem til de bosettes i en kommune.

Ansatte ved omsorgssentrene skal gi barna nødvendig omsorg og trygghet, samt sørge for at barna får den oppfølging og behandling de har behov for slik som skole, helsetjenester og så videre. Tilbudet er lovregulert og gjelder til utlendingsmyndighetene fatter et vedtak i asylsaken og barnet blir bosatt i en kommune, eller forlater landet (1). Personer med avslag på søknad om asyl får også et botilbud fram til de forlater landet.

Helsesøsters ansvar

Flyktningstrømmen til Norge vil høyst sannsynlig vedvare i flere år. Flykt-



ALENE: De siste årene er det kommet flere tusen mindreårige flyktninger og asylsøkere til Norge. Illustrasjonsfoto: Colourbox.



Illustrasjonsfoto: Colourbox

FLYKTNING ELLER ASYLSØKER?

Flyktning: En flyktning er i henhold til FNs flyktningkonvensjon av 1951 en person som «har flyktet fra sitt land og har en velbegrunnet frykt for forfølgelse på grunn av rase, religion, nasjonalitet, politisk overbevisning eller medlemskap i en bestemt sosial gruppe, og som ikke er i stand til eller på grunn av slik frykt ikke villig til å påberope seg sitt lands beskyttelse». Brukes også ofte om personer som har fått beskyttelse av andre grunner enn det som er nevnt i Flyktningkonvensjonen. I den nye utlendingsloven som trådte i kraft 1. januar 2010 gis det flyktningstatus til de som defineres som flyktninger etter Flyktningkonvensjonen og de som står i fare for å bli utsatt for dødsstraff, tortur eller annen umenneskelig eller nedverdiggende behandling eller straff ved tilbakevending.

Asylsøker: Person som på egen hånd ankommer et annet land og som normalt søker om asyl ved ankomst eller kort tid etter ankomst. Retten til å søke asyl er nedfelt i artikkel 14 av Verdenserklæringen om menneskerettighetene, som sier at «Enhver har rett til i andre land å søke og ta imot beskyttelse mot forfølgelse». Personen omtales som «asylsøker» fram til søknad om asyl er avgjort.

Kilde: <http://www.flyktninghjelpen.no/?aid=9079310#Vxzw9hHVyp0>

ningene skal etter hvert bosettes i kommuner og motta de samme velferdstilbud som andre borgere. De må også få mulighet til å lære seg norsk og tilpasse seg det norske samfunnet. Flere kommuner har planlagt og lagt godt til rette for å gi mindreårige

kreves av deres tjeneste, helsestasjonen og skolehelsetjenesten. Helsesøstre bør be om å få bli med i planleggingen av mottak av mindreårige flyktninger og familier – det er en god måte å bli informert på. De må også orientere seg om hvilke ressurser som finnes og

beskriver. Karoline Duenger er helse-søsterstudent og flyktningehelsesøstre og beskriver sin hverdag med arbeidet på et mottak i den samme kommunen, i en annen artikkel i denne utgaven av Tidsskrift for helsesøstre.

Litt lenger sør i Hedmark har Stange kommune erfaring med ulike tilbud til enslige mindreårige flyktninger. I samme kommune har de også Familiehjelpa som er et etablert tilbud i kommunen, men som nå også er blitt et tilbud til de mindreårige flyktningene. Gjennom de følgende artiklene med lokale beskrivelser av arbeid med flyktninger og asylsøkere håper vi å belyse utfordringer, ressurser og helsesøsters rolle i dette viktige arbeidet. ■

«Flyktningstrømmen til Norge vil høyst sannsynlig vedvare i flere år.»

flyktninger et bra tilbud, andre er avventende eller har gjort lite. Mye dreier seg om god planlegging og få med seg alle avdelinger og instanser i kommunene som vil bli involvert i flyktningene.

Helsesøstre i kommunene må følge med i egen kommune og passe på at de informeres når det planlegges mottak av flyktninger til egen kommune. De må holde seg oppdatert på hva som vil

hvilke midler de kan søke på fra sentrale instanser.

Mange kommuner i Hedmark har en type flyktninge- eller asylmottak. Det er en utfordring å få tak på alle de forskjellige benevnelsene på barn og unge på flukt, de forskjellige rettighetene de har ved ankomst til Norge, og hvilken type mottak de skal til. Opprettelse av ulike tilbud skjer ofte raskt slik som ledende helsesøstre i Ringsaker, Ingeborg Wien

Referanse:

http://www.bufdir.no/Barnevern/enslige_mindrearige_asyloskere_og_flyktninger/Fakta_og_status/Dagens_situasjon/

Ledelse av helsetjenester for asylsøkere



INFORMASJON: Å gi informasjon til alle ansatte har vært viktig. Illustrasjon: Colourbox.

Flyktningestrømmen i 2015 førte til at mange flyktninger måtte bosettes i Ringsaker kommune. Det ble raskt klart at helsetjenester måtte reetableres, og oppgaven ble plassert under helsestasjons- og skolehelsetjenesten.

Tekst **Ingeborg Wien**, ledende helsesøster Ringsaker kommune

Ringsaker kommune har gjennom flere år og i flere perioder hatt mottak for asylsøkere. Siste mottaket ble nedlagt ved utgangen av 2014. Ved hver nedleggelse mistet kommunen kompetanse som var opparbeidet gjennom periodene.

Sommeren 2015 startet en ny strøm av flyktninger og asylsøkere å ankomme landet som en følge av krig og ufred flere steder i verden. Det kom mange og situasjonen ble vanskelig å holde oversikt over. Private tilbydere og organisasjoner gjorde avtaler med UDI om å opprette mottak uten å ha erfaring med den typen oppgaver.

Mottak ble etablert i kommunen før kommuneledelsen ble informert. Asylsøkere var plassert for kommunalt tjenestetilbud var etablert. Det ble raskt klart at helsetjenester måtte reetableres og ble vedtatt plassert under helsestasjons- og skolehelsetjenesten.

Kommunen hadde ansatte med erfaring og god kompetanse som kunne settes til de nødvendige oppgavene så fort vi ble kjent med situasjonen. Kommuneledelsen ga raskt klarsignal til å opprette nye stillinger.

Vi lyktes med å rekruttere kvalifisert personell.

Krevende situasjon

Flere mottak ble opprettet på kort varsel. Det var krevende å følge med i hva som var gjeldende til enhver tid. Vi fikk lære nye betegnelser: Akutt transittmottak, omsorgssenter, mottak for enslige mindreårige, akutt transittmottak for enslig mindreårige. De ulike typene mottak hadde ulike regler og retningslinjer. For noen grupper var tuberkuloseundersøkelse utført, for andre var det ikke. Noen ungdommer hadde rett til skolegang, noen mottak måtte lage egne aktivitetstilbud. Noen var i posisjon for å få fastlege, andre var avhengig av at legekantorene var villig til å ta imot uten å være fastlege. På ett tidspunkt var det plasser for 195 enslig mindreårige asylsøkere i kommunen, og flere mottak var under forhandling.

Faste møter for å få overblikk

Kommunens ledelse tok situasjonen på alvor og etablerte fast ledermøte for å holde overblikk. Det ble gjennomført faste møter med mottakslederne for å

sikre gjensidig informasjon og kompetanseutvikling. Lensmannen deltok aktivt i forebyggende strategier overfor mottakene og asylsøkerne.

Ansvar for helsetjenesten medførte ekstra arbeid for å forsøke å holde oversikt over hvilke retningslinjer som skulle følges, hvor mange asylsøkere som var på de ulike stedene til enhver tid, hvor det var størst behov og hvilke oppgaver måtte gjennomføres. Retningslinjene for tuberkulosearbeid ble endret flere ganger.

Har fått erfaring

Det har vært nødvendig å ta raske beslutninger, men også å vinne erfaring for hvilke oppgaver vi må løse og hvordan det er best å løse oppgavene. Som leder har det vært nødvendig å være tett på dem som jobber med oppgavene. Informasjon til alle ansatte innenfor tjenesteområdet har vært viktig. Samlet sett har tiden til arbeidet måtte tas fra ledelsen av helsestasjons- og skolehelsetjenesten, som er den egentlige lederoppgaven. Ansatte i enheten har vist stor forståelse for travelheten.

I skrivende stund har situasjonen roet seg, men det forventes nye og økte oppgaver utover våren. ■

Samarbeid gir bedre helsetilbud

I Stange kommune samarbeider helsestasjonstjenesten med Stangehjelpa om å gi helsehjelp til mindreårige flyktninger og asylsøkere. Stangehjelpa er et lavterskeltilbud for folk som sliter psykisk.

Tekst **Marthe Godsveen Lauvdal**, helsesøster Stange kommune, **Marie Klæt Gjersheim**, psykolog Stange kommune og **Pia Marie Solberg**, psykolog

I Stange kommune har vi flere mottak og omsorgssentre for enslige mindreårige asylsøkere. Vi har et ordinært mottak, et transittmottak og et omsorgssenter for enslige mindreårige under femten år. Det er ungdom i alderen 15 til 18 år som bor på det ordinære em mottaket og på em transittmottaket. På samtlige mottak er det kommunen som har ansvaret for helseoppfølgingen. I Stange er det helsestasjonstjenesten som har hovedansvaret for denne oppfølgingen, men med et tett samarbeid med legetjenesten og Stangehjelpa. (Se faktaboks om Stangehjelpa).

Når Stange EM mottak åpnet høsten 2013 fikk vi på mottaket mulighet til å henvise beboerne fra mottaket til Stangehjelpa (den gang Familiehjelpa) og de

denne måten ventetiden som man har hvis man for eksempel skal henvises til BUP. Sommeren 2015 åpnet transittmottaket for enslige mindreårige asylsøkere i kommunen. I den forbindelse søkte Stangehjelpa om midler til å ansette en psykolog som kunne være direkte knyttet opp mot mottakene. På mottakene er vi dermed en helsesøster, en sykepleier og en psykolog som jobber tett sammen for å følge opp asylsøkerne.

Førstegangssamtaler og videre tiltak

Jeg som helsesøster har førstegangssamtaler med alle beboerne som flytter til det ordinære mottaket. Denne samtalen gjennomføres for å bli kjent med beboerne, for å gi dem informasjon om helsetjenestetilbudet som de har rett på, samt for å kart-

til psykologen, som også har kontor på mottaket. Etter samtykke fra beboerne kan vi samarbeide tett for å følge dem opp best mulig. Hvis de ansatte på mottaket ser at beboerne trenger litt ekstra oppfølging, eller hvis beboerne selv sier noe om dette, tar de som regel kontakt med meg som er helsesøster først, videre kan jeg gjøre en vurdering i forhold til om jeg skal følge opp videre eller om det er greit at en psykolog følger opp. Dette kan jeg også drøfte med psykologen. Vi har også jevnlig samarbeidsmøter mellom psykolog, helsesøster og barneansvarlig på mottaket.

Tegner og forteller i grupper

Etter at det ordinære mottaket startet opp høsten 2013 så vi (jeg som helsesøster, og psykolog i Familiehjelpa) at det kunne vært greit med et gruppetilbud til asylsøkerne. Dette for å kunne gi flere ungdommer et tilbud enn hva vi ville hatt mulighet til gjennom enkeltsamtaler. Vi fant etter hvert ut at RVTS øst har utarbeidet et gruppetilbud rettet mot enslige mindreårige asylsøkere; «Male-samtalegrupper for enslige mindreårige asylsøkere». Vi har tatt utgangspunkt i deres veiledermanual for å utarbeide et gruppetilbud til ungdommene på det

«Målsettingen er at barn og unge skal få kontakt med følelsene sine.»

som hadde behov for litt mer oppfølging enn det jeg som helsesøster kunne gi fikk på denne måten et lavterskeltilbud i forhold til deres psykiske helse. Prosedyren var da at undertegnede sendte en henvendelse, noe som resulterte i at de raskt fikk komme inn til samtale. De slapp på

legge hva slags behov de har fremover. Ut ifra det ungdommene forteller på disse kartleggingssamtalene setter vi inn videre tiltak. Noen av beboerne har jeg oppfølgingsamtaler med, mens andre kanskje har behov for noe mer enn det jeg kan tilby. Jeg kan da henvende meg direkte



FÅR HJELP: Unge flyktninger og asylsøkere som sliter psykisk får hjelp til å takle sine problemer. Illustrasjonsfoto: Colourbox.

TVERRFAGLIG PSYKISK LAVTERSKELTILBUD

I Stange kommune har vi et psykisk lavterskeltilbud for befolkningen, Stangehjelpa – avdeling for familie, psykisk helse og rus. Folk kan selv ta kontakt og det er ingen venteliste. Dette er en tverrfaglig sammensatt tjeneste som består av seks team som jobber med de ulike aldersgruppene. Det er ansatt en psykolog i full stilling som har tilholdssted ved kommunens transittmottak for mindreårige flyktninger. Psykologen bistår også på kommunens ordinære mottak for mindreårige flyktninger og andre mottak som opprettes. I tillegg jobber to andre i tjenesten opp mot bosatte flyktninger i kommunen, en psykolog og en psykiatrisk sykepleier.

Psykologen på mottaket samarbeider med alle som er i kontakt med ungdommene. Dette innebærer blant annet helsesøster, hvor henvisningene primært kommer fra.

De to andre i Stangehjelpa som jobber med de bosatte flyktningene får som regel henvist denne gruppen fra flykntinghelsesøster. De fanger opp de som sliter, informerer dem om Stangehjelpa og hjelper til med henvisning til oss. Vi ser oftere at denne gruppen blir henvist av andre instanser i forhold til den øvrige befolkningen, som oftere tar kontakt selv.

Hovedsakelig har vi terapisaamtaler med de henviste. Problematikken som går igjen hos samtlige er problemer med søvn og mye tanke-

kjør. Flere opplever mareritt, manglende matlyst, hodepine og magesmerter. Noen formidler også at de er angstfylte og tenderer til å isolere seg. Ofte starter kontakten med å jobbe med egenomsorg og stabiliseringsteknikker. Videre har tankekontroll teknikker og søvnteknikker vist seg å være til hjelp for denne gruppa.

Vi jobber også med familier, spesielt med foreldreveiledning. Det dreier seg her om de samme utfordringene som hos den øvrige befolkningen. For eksempel grensesetting og oppfølging av barn med angstproblematikk.

Samarbeidet med helsesøstrene oppleves som viktig med tanke på forebygging og intergering i denne gruppen av befolkningen.

ordinære em mottaket i Stange. Dette gruppetilbudet innebærer støttende og forebyggende tiltak. Målsettingen er at barn og unge skal få kontakt med følelsene sine og få uttrykke seg med ord og bilder. Gruppen skal gjøre ungdommene bedre i stand til å mestre hverdagen sin, og på denne måten kan de ha fokus på å lære, skaffe seg venner og å bygge et nettverk. I og med at dette er et gruppeopplegg vil de erfare at de ikke er alene om opplevelsene og reaksjonene sine. Temaene på gruppemøtene er ulike fra gang til gang, men fokuset er fortid, nåtid og fremtid. Vi har også lagt til noe psykoedukasjon og avslapnings-/avspenningsøvelser. Målgruppen i veiledermanualen utarbeidet fra RVTS er enslige mindreårige asylsøkere som bor på omsorgssentre. Slik vi har forstått det er disse ungdommene noe yngre enn de vi har på mottaket, og de bor nok også på omsorgssentrene over lengre tid enn noen av beboerne gjør på et em mottak. På grunn av dette har vi gjort noen tilpasninger som gjør at det er lettere å gjennomføre innenfor de rammene som vi har. I veiledermanualen er det anbefalt 6-7 gruppemøter. For å få gjennomført det mens alle deltakerne fortsatt

bor på mottaket har vi kuttet ned til fem gruppemøter. **Møtene** holdes ca. en gang i uken. I veiledermanualen er det tatt utgangspunkt i at deltakerne skal male, men vi har i stedet valgt at de skal tegne. Ungdommene som bor her på mottak har ikke lært så mye norsk, og vi har derfor erfart at det er best at alle ungdommene som deltar snakker samme språk slik at man bare trenger tolk til ett språk. Det er jeg som helsesøster og psykolog i Stangehjelpa som er gruppeledere. Etter at mottaket startet opp har vi hatt jevnlige grupper, og har etter hvert videreutviklet opplegget ut ifra egne erfaringer og ut ifra tilbakemeldinger fra deltakerne.

På hvert gruppemøte minner vi deltakerne om at de kan si ifra hvis de ønsker en individuell samtale med helsesøster eller psykolog. Dette da noen av temaene kan vekke minner som de har behov for å snakke mer om enn det de vil ha mulighet til i gruppen. De som ønsker dette får tilbud om en samtale kort tid etter gruppesamtalen. ■



TEGNER: Ungdommene tegner og forteller om seg selv, og får på den måten kontakt med sine egne følelser. Illustrasjonsfoto: Colourbox.

VI HAR LANSERT ETIKK-UTGAVE I SYKEPLEIENS APP

Sykepleiere kommer ofte opp i situasjoner som krever etiske vurderinger. Vi utgir nå en egen etikk-utgave som kan lastes ned i Sykepleiens App sammen med de andre utgavene.

NYHET

“ *Hva gjør du hvis pasientene nekter å spise, eller når en kollega snakker nedsettende om pårørende? Hvordan takler du det, når du ikke får tid til å sitte hos en døende? Er det akseptabelt at ledelsen krever at morgenstellet må i gang kl. 04.00 for å spare penger?* ”



Vi har samlet over 40 artikler fra eksperter på etikk, som omtaler temaene over, og mange flere. Her finner du også de etiske retningslinjene fra Sykepleierforbundet. Les etikk-utgaven som ligger sammen med de andre utgivelsene i kiosken.



Sykepleien

Brobygging på tvers av kulturer

Flyktningtjenesten og helsestasjonen i Stange tilbyr et foreldre-veiledningsprogram til familier med minoritetsbakgrunn. Foreldrene lærer om verdier, krav og rettigheter i det norske samfunnet.

Tekst Rita Hanstad Holmsen, helsesøster i Stange
Gry Miriam Hoel Hagen, Flyktningtjenesten i Stange

International child development program (ICDP) er et enkelt foreldreveiledningsprogram som skal virke helsefremmende og forebyggende. Foreldreveiledningsprogrammet er også videreutviklet for målgrupper som møter spesielle utfordringer, som minoritetsspråklige familier.

Forskning viser at det er en sammenheng mellom hvordan barnet oppfattes av sine omsorgspersoner og hvilken omsorg barnet får.

Skal forebygge problemer

Målsettingen for programmet er å forebygge psykososiale problemer blant barn og unge gjennom å støtte og styrke foreldre og andre omsorgsgivere i deres omsorgsrolle. Og fange opp de foreldrene som har større utfordringer enn andre. Dette gjøres i programmet ved å bevisstgjøre omsorgsgivere i sin betydningsfulle rolle og bevisstgjøre dem på barns behov, og på hvordan disse behovene kan møtes.

I Stange samarbeider flyktningtjenesten og helsestasjon om den utvidede ICDP varianten som er tilpasset familier med minoritetsbakgrunn. Vi gjennomfører programmet primært som et gruppetilbud til minoritetsfor-

eldre. Vi har gjennom flere års erfaring landet på en modell som passer godt i Stange kommune. ICDP er nå en del av introduksjonsprogrammet, som er et lovpålagt program for alle nyankomne flyktninger som er bosatt i kommunen. På den måten er det møteplikt for våre deltakere, på lik linje som på skolen. Vi

braker helsestasjonen, som vi opplever som en trygg arena å ha grupper på.

Trygg atmosfære

ICDP gruppene skal ikke ha en undervisningsform, derfor bruker vi ikke klasserom, men et stort grupperom hvor vi sitter rundt et bord. Vi har



litt enkel servering, og har fokus på å skape tillit til deltakere i gruppen. Vi legger vekt på å bidra til en hyggelig og trygg atmosfære. Vi skal sensitivisere og ikke instruere, som er det motsatte. For eksempel så er en viktig side ved sensitiviseringen å påpeke positive sider som allerede er til stede i omsorgsgivers samspill med sitt barn. Fordi programmet legger opp til diskusjoner rundt nære ting i en ikke-belærende veiledningsgruppe, er det ønske om at veiledningen oppleves som støttende for foreldre og at de føler seg som bedre rustet til foreldrerollen etter ICDP-veiledning.

Minoritetsvarianten av ICDP har en egen manual. Det er 12 møter à to timer, og hvert møte har sitt eget tema. Det er også viktig med forarbeid og etterarbeid etter møtene. Vi har samlet forarbeid, møtene og etterarbeidet til en dag, og synes dette gir best kontinuitet. Vi driver gruppene sammen, og bruker en god tilstedetolk (i mangel på minoritetsveileder). I denne varianten av programmet legges det vekt på å bygge bro mellom deres tradisjo-

nelle omsorgsverdier og praksis og de nye verdier, krav og rettigheter som de møter i det norske samfunnet. Vi lærer mye av å holde disse gruppene og jobber veldig godt sammen.

Viktig del av integreringen

Vi opplever ICDP-kursene som et unikt verktøy for å tilnærme oss de ulike kulturene. Det blir på disse kursene åpnet opp for de vanskelige spørsmålene, vi møtes på tvers av kulturer og vi lærer av hverandre. Som veiledere får vi mange spørsmål i forhold til barneoppdragelse i Norge kontra

«De tar barna mer på alvor og lytter til dem.»

deres eget hjemland. Vi opplever da at vi kan drøfte saker som ellers hadde vært vanskelig å snakke om. Vi tenker dette er en viktig del av integreringen og utjevning av ulikheter.

Det som er fremkommet av opp-

levde endringer hos foreldre via ICDPs rapport om Evaluering av programmet for foreldreveiledning til Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet juni 2011, er at foreldrene var blitt mer bevisste, de forklarte mer og var mer tålmodige, og var tryggere i sin omsorgsrolle. De opplevde videre en vennligere atmosfære i familien og økt bevissthet om samhandling. De oppga positive endringer hos barna fordi foreldrene hadde forandret seg, bedre humør hos barna og bedre atmosfære, barna samarbeidet bedre og det ble færre konflikter.

Folkhelseinstituttet skal neste året igangsette en randomisert studie for å undersøke effekten av ICDP.

Det foreldre har sagt til oss etter endt veiledning er blant annet at de har forandret seg mye. De bruker ikke trussel overfor barna lenger, de forklarer i stedet. De blir ikke så fort sinte på barna lenger. De støtter barnas interesser. De tar barna mer på alvor og lytter til dem. De sier at de tør å sette grenser, selv om barnet gråter eller de truer med at da vil de gå til barnevernet. ■



FORELDRE: Mennesker med ulike nasjonaliteter møtes på helsestasjonen i Stange kommune for å snakke om det å være foreldre. Gry H. Hagen og Rita Holmsen står lengst til venstre på bildet. Foto: Privat.

En flyktinghelsesøsters hverdag

Dagene som flyktinghelsesøster er spennende. Man får stadig nye utfordringer. Variasjonen i arbeidsoppgavene gjør at man lærer noe hele tiden. Det å kunne hjelpe noen som er i en så sårbar situasjon, er givende.

Tekst **Karoline Duenger**, flyktinghelsesøster, Ringsaker kommune

Jeg er helsesøsterstudent og jobber som flyktinghelsesøster på et transittmottak for enslige mindreårige asylsøkere. Mottaket har plass til opptil 120 ungdommer mellom 15 og 18 år – gutter og jenter. Transittmottak er et midlertidig bosted der asylsøkerne bor fra de kommer til landet og fram til de har gjennomført asylintervju og får plass i et ordinært mottak. Botiden i transitt er derfor kortere enn i ordinære mottak. Som flyktinghelsesøster er jeg den eneste kommunalt ansatte i mottaket, og stort sett alene som helsepersonell. Det krever selvstendighet, men fordelen er at jeg har dobbelt opp med gode kolleger – en gjeng på helsestasjonen og en gjeng på mottaket. Det er mange å diskutere med og søke støtte hos når det trengs.

Mange helseutfordringer

Som flyktinghelsesøster er man den nærmeste og kanskje eneste helsepersonell ungdommene har å forholde seg

til. De har en lang og traumatisk flukt bak seg. Noen har vært på flukt i et halvt år. I løpet av denne tiden har de blitt utsatt for ekstreme påkjenninger, både fysisk og psykisk. De har blitt jaget av grensevakter, banket opp av politi, blitt beskyttet, kanskje også fengslet og torturert. Mange har gått ned ti kilo eller mer på turen. De er i utgangspunktet unge,

«De er glade for å få mat, en seng og trygghet.»

friske mennesker, men innen de er framme i Norge er kroppen så nedbrutt at de sliter med mange helseutfordringer. Noen har skader som for eksempel brudd og sår etter fall eller løping i mørket, kanskje uten sko. Andre har infeksjonssykdommer som de har fått i hjemlandet eller i løpet av flukten.

Immunforsvaret har fått en knekk etter måneder på flukt, og mange blir syke etter at de har kommet til mottaket, med for eksempel ørebetennelse, halsbetennelse eller ulike mageproblemer. En del har plager på grunn av «gamle» skader etter skudd eller bombing i hjemlandet. Disse helseutfordringene kommer til overflaten litt etter litt, enten når de blir så plagsomme at ungdommene sier ifra på eget initiativ, eller under samtaler med miljøpersonalet, helsesøster eller verge. I tillegg kommer utallige henvendelser om hodepine, tannverk, muskelsmerter, forkjølelser, synsproblemer, søvnproblemer, hudproblemer og kløe. Som flyktinghelsesøster må jeg sortere ut hva som er normale tilstander, hva som går over av seg selv, hva jeg kan behandle i mottaket, og hva som krever legetilsyn eller innleggelse i sykehus.

Etter tryggheten

Den første tiden i transitt er ungdom-



LETTEELSE OG TRAUME: Den første tiden i transit er ungdommene lettet over å være i sikkerhet, men etter en stund med trygge rammer senkes skuldrene. Da kan vonde minner og traumatiske hendelser komme lenger frem i bevisstheten, forteller helsesøsteren. Illustrasjonsfoto: Colourbox.

mene lettet over å være i sikkerhet. De er glade for å få mat, en seng og trygghet. Mottaket jeg jobber i, har mange aktiviteter for beboerne og forholdsvis mange voksne på jobb. Dagene fylles med mening i ventetiden. Men etter en stund med trygge rammer senkes skuldrene og vonde minner og traumatiske hendelser kommer lenger frem i bevisstheten til ungdommene. Mange har problemer med å sove, de har mareritt og flashbacks. Hjemlengselen kommer snikende. Enkelte har ikke snakket med familie eller andre på hjemstedet siden de dro. Relasjonene til de voksne rundt dem på mottaket blir sterkere, og vonde historier kommer fram. Det er mye å ta imot både for flyktninghelsesøster og de ansatte i mottaket.

Mye kontorarbeid

Mye av tiden som flyktninghelsesøster går med til kontorarbeid. Den består blant annet i å lese helsejournaler til

nyankomne beboere, henvise til lungerøntgen eller til spesialist for dem som har anmerkninger etter tuberkulosekontrollen, sende helseopplysninger videre for dem som har flyttet til ordinære mottak, og kommunisere med leger og sykehus angående de beboerne som er syke eller skadet og trenger behandling. Det er ikke alltid enkelt for en enslig mindreårig asylsøker å komme seg videre i behandlingssystemet, uten personnummer og uten foreldre til å ordne opp. Det kan bety mange telefonsamtaler og en del masing fra flyktninghelsesøster på ungdommenes vegne. En del av det som oppdages av sykdommer eller smitte skal meldes til Folkehelseinstituttet og kommunelege. Disse er viktige kontakter for en flyktninghelsesøster også med tanke på faglig støtte og rådgivning særlig innen smittevernarbeid.

Meningsfull jobb

Flyktninghelsesøster er et kjent fjes for

ungdommene, og det å vise seg fram i fellesarealene fører alltid til mange henvendelser om små og store problemer. I grunnen flest «big problem!». Å få komme inn på kontoret til helsesøster er ofte en hjelp i seg selv. Å få litt alenetid med en voksen – en person som er interessert og bryr seg – kan være nok til at ting ser lysere ut etterpå. Dagene som flyktninghelsesøster er spennende. Man får stadig nye utfordringer. Variasjonen i arbeidsoppgavene gjør at man lærer noe hele tiden. Det å kunne hjelpe noen som er i en så sårbar situasjon er givende. Å få et innblikk i livet til noen som har blitt født inn i en virkelighet som er så ulik den man selv har vært så heldig å få leve i, er både trist og lærerikt. Når man kan utgjøre en forskjell for ungdommer som er takknemlige, blide, bråkete, morsomme, slitsomme, hjelpsomme og interessante, da har man en meningsfull jobb! ■

Aktuelle bøker

Omslagsfoto Forlagene



BOKANMELDELSE

Forfattere: Bjørn Bjorvatn
Forlag: Gyldendal Akademisk
Anmelder: Cecilie Dangmann,
helsesøster
År: 2016



Ungdomssøvn

Sosiale forhold og biologiske endringer i søvnregulering gjør ungdomssøvn til en unik utfordring. Mange ungdommer klager over dårlig søvn og ofte er det døgnrytmen som er hovedproblemet. Denne boken handler om problematisk ungdomssøvn og hvordan vi kan forstå, utrede og behandle dette.

Bjørn Bjorvatn er professor i medisin og lege ved Bergen sjukehus. Han er blant annet opptatt av at søvnproblemer skal utredes og behandles uavhengig av andre problemer ungdommen eventuelt har, det vil si at man ikke bare ser på søvnproblemer som et symptom på stress eller ADHD.

Boken «Ungdomssøvn, utredning og behandling av forstyrret søvnrytme og andre søvnlidelser» starter med en beskrivelse av normal søvn og søvnregulering, og fortsetter med hvordan ungdom bør utredes hvis de har søvnproblemer. Deretter følger individuelle kapitler om ulike søvnlidelser som døgnrytmelidelser, insomni, hypersomni, parasomnier, og søvnrelaterte respirasjon- eller bevegelseslidelser. Avslutningsvis har den et kapittel om ungdom med sammensatte problemer som døgnrytme problemer og depresjon. Gjennom hele boken er det typiske casebeskrivelser av ungdom som strever med ulike søvnproblemer, som du sikkert vil kjenne igjen fra praksis. Sist i boka er det en rekke kartleggings skjema og kontaktadresser.

For å bidra til gode søvnvaner og hjelpe de som strever med søvnen er det viktig for oss helsesøstre å ha god forståelse av søvnfysiologiens sammenheng med ungdoms utvikling. Søvn påvirkes av interne og eksterne faktorer, og manglende søvn har sammenheng med alt fra dårlige skoleprestasjoner og frafall til overvekt, følelsesregulering og psykisk helse. Ved å bruke Bjorvatns anbefaling om å ta søvnproblemer på alvor har vi et potensial for å forebygge problemer og øke ungdoms livskvalitet. Helsesøstre kan bruke denne boken for å bli bedre kjent med det særegne med ungdomssøvn, og som oppslagsverk og verktøy når du møter ungdommen med søvnproblemer. Boka er kort og lettfattelig å lese og er den eneste boken på norsk som omhandler bare ungdomssøvn. Om jeg savner noe vil det være mer om kontekst og sosiale forhold som påvirker søvn, og familiens rolle. Boken handler i stor grad om de som ønsker hjelp og der enkle søvnråd som regelmessighet eller å slå av data/mobil en time før leggetid, ikke har effekt. For oss helsesøstre hadde det i tillegg vært fint om boken hadde med forebyggende perspektiver og gruppe- og befolkningstiltak som kan forbedre ungdomssøvnen.

BOKANMELDELSE

Forfattere: Janne Ekberg
Amundsen og Helga
Melkeraaen
Forlag: Kommune-
forlaget
Anmelder: Nina
Charlotte Gjermundrød,
helsesøster, Ringsaker



Barn i rusbelastede familier

Hele familien påvirkes når en eller begge foreldrene har et rusproblem. Barn fra slike familier er ekstra sårbare og står i fare for å utvikle problemer som atferdsvansker, kognitive vansker og psykiske problemer. Denne boka viser hvordan barn av foreldre med rusmisbruk kan få hjelp til en følelsesmessig bearbeiding av tanker og opplevelser de har om rusmiddelproblemer.

Boken «Mamma redd ditt liv... eller velg alkoholen! Barn i rusbelastede familier. Erfaring fra praktisk pårørende arbeid» er basert på forfatterens erfaringer med å drive kurs for barn som har foreldre med rusproblemer- «Kurs i barn og unges rettigheter».

Boken består av to hoveddeler. I den første delen tar forfatterne for seg det teoretiske grunnlaget for kurstilbudet. Hvordan rusmisbruk påvirker samspillet i familien og hvilke mestringstrategier barna utvikler. Hvilke beskyttelsesfaktorer som bidrar til resiliens hos barn og betydningen av samarbeidet med foreldrene.

I den andre delen presenterer forfatterne selve kursopplegget. Fra rekruttering, forberedelser og gjennomføring av møtene, med mange praktiske eksempler og tips. Kursopplegget kan følges slik det er eller brukes som en ressursbank.

Hvert kapittel avsluttes med en oppsummering av de viktigste punktene. Boken er lettlest og oversiktlig. Jeg syntes at forfatterne klarer å gi et levende bilde av hvordan familien og barna påvirkes av foreldres rusmisbruk. Underveis i boken får jeg mange konkrete eksempler på hvordan jeg kan snakke med barn og familier om rusmisbruk. Forfatterne poengterer hvor viktig det er å få til et samarbeid og involvere foreldrene for å lykkes med å hjelpe barna.

Temaene i boken er gjenkjennelig i arbeid med barn av psykisk syke foreldre og kan også være relevant for barneansvarlig i første – og andre-linjetjenesten.

«Man skal ei lese for å sluke, men for å se hva man kan bruke.» *Henrik Ibsen*

BOKANMELDELSE

Forfattere: Hanne Holme, Ellen Solstad Olavesen, Lisbeth Valla, Marit Bergum Hansen (red.)
Forlag: Gyldendal Akademiske
Anmeldere: Karoline Duenger og Nina Gjermundrød, helsesøstre



Helsestasjonstjenesten

En god barndom varer livet ut. God helse og gode liv skapes der folk lever. Helsestasjonstjenesten i kommunene har en sentral rolle i det helsefremmende og forebyggende arbeidet. Helsestasjonstjenesten er unik da den når nær 100 prosent av barnebefolkningen.

Boken «Helsestasjonstjenesten. Barns psykiske helse og utvikling» viser hvordan anvendelse av nyere forskning om spedbarn og småbarns psykiske helse og utvikling, kan påvirke innhold og utøvelse av helsestasjonstjenesten.

Boken har mange bidragsyttere med mye kompetanse. Den består av 40 kapitler og hvert kapittel kan leses enkeltvis. Kapitlene er forholdsvis korte, men inneholder mye informasjon.

Boken er tredelt:

Del 1: *Kunnskapsgrunnlaget for bedre støtte til gravide, sped- og småbarn og deres familier*, omhandler barnets utvikling fra fosterlivet og hvilke faktorer som påvirker barnets psykiske helse i spedbarnstiden. Hvert kapittel beskriver hvordan helsestasjonstjenesten kan legge til rette for en god start for familiene.

Del 2: *Utviklingsstøtte til familier med ulike behov*, beskriver risikofaktorer som påvirker barns utvikling og hvordan helsestasjonstjenesten kan forebygge og gi støtte til familier med risikofaktorer.

Del 3: *Tidlig innsats og tiltak*, tar for seg ulike tiltak helsestasjonstjenesten kan benytte for å fremme barns psykiske helse og utvikling.

Boken er aktuell for alle som jobber i helsestasjon og skolehelsetjenesten. Den egner seg for faglig oppdatering, da den baserer seg på ny forskning. Kapitlene er kompakte, men innholdet av eksempler gjør lesingen lettere. I tillegg er boken praksisnær og relevant og vi anbefaler den som kompetanseheving for helsesøstre og andre faggrupper i helsestasjonstjenesten.

Alle kan bruke aminoJern!

aminoJern Ferrochel er et lavdose jerntilskudd som kjennetegnes ved sin unike opptaksmekanisme. **aminoJern** Ferrochel inneholder den patenterte jernforbindelsen Ferrochel som er basert på omfattende forskning både når det gjelder effekt, bivirkninger og toksisitet.

Ferrochel er utviklet av det amerikanske selskapet Albion Advanced Nutrition. Gjennom de siste 50 årene har Albion spesialisert seg på forskning, utvikling og framstilling av ulike chelater som bidrar til et optimalt mineralopptak.

aminoJern Ferrochel absorberes opptil fire ganger bedre enn tradisjonelle jerntilskudd. **aminoJern** Ferrochel er meget stabil og man unngår at jern felles ut og danner fritt jern i tarmen med dertil tilhørende kjente bivirkninger.

En rekke kliniske studier dokumenterer at **aminoJern** Ferrochel absorberes og utnyttes svært godt. Jernlageret bygges effektivt opp selv ved lave doser. Det er også lett å administrere **aminoJern** Ferrochel da det kan inntas sammen med mat uten at effekten reduseres. **aminoJern** Ferrochel inneholder verken gluten, sukker, melk eller noen animalske ingredienser, og kan derfor brukes av alle.

aminoJern Ferrochel markedsføres som et kosttilskudd av **Vitalkost AS** og selges i utvalgte apotek foruten helsekostbutikker.

For prøver, brosjyre og oversikt over studier, send mail til ralph@vitalkost.no eller ring 33 00 38 70.

www.aminojern.no



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

...MEN VI VET HVA
DE BØR SPISE I DAG!

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

Styrke starter et sted.



NYHET - GLUTENFRI!



En glutenfri og lettere postei



Originalen siden 1949



Mild postei av kylling



En grovere postei med mer smak

Fri for melk og gluten



En saftig og smøremyk ovnstekt postei



Porsjonspakninger er praktisk og lett vint til matpakken

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