



# Tidsskrift for helsesøstre

NR. 3-2015

LANDSGRUPPEN AV HELSESØSTRE NSF



**Samtaler gir  
trygghet**

**Sykepleien**

# LaHs styre og lokale faggruppetledere 2015–2016

## LaH NSF styre 2014-2016



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



**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: ellen.kathrine.larsen@as.kommune.no

## OSLO

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

## AKERSHUS

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

## HEDMARK

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

## OPPLAND

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

## BUSKERUD

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

## ØSTFOLD

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

## VESTFOLD

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

## TELEMARK

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

## AUST-AGDER

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

## VEST-AGDER

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

## ROGALAND

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

## HORDALAND

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

## SOGN OG FJORDANE

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

## MØRE OG ROMSDAL

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

## SØR-TRØNDELAG

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

## NORD-TRØNDELAG

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

## NORDLAND

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

## TROMS

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

## FINNMARK

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

# Innhold

NR. 3-2015

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

**ANSVARLIG REDAKTØR**

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

**ANNONSER**

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

**ABONNEMENT**

lah@sykepleier.no

**HJEMMESIDE**

www.sykepleierforbundet.no/  
helsesostre

**ANSV. REDAKTØR SYKEPLEIEN**

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

**DESKJOURNALISTER**

faggruppeblad@sykepleien.no

Johan Alvik  
Tlf. 92 60 87 06

Trine-Lise Gjesdal  
Tlf. 90 60 87 79

Ingvald Bergsagel  
Tlf: 93 49 84 22

**LAYOUT**

Hilde Rebård Evensen  
Nina Hauge  
Sissel Hagen Vetter  
Monica Hilsen

**TRYKK:** Color Print A/S

**FORSIDEFOTO:** Colourbox

**REDAKSJONSKOMITÉ:**

Østfold har ansvaret for denne utgaven av Tidsskriftet for helsesøstre. Følgende har vært med i redaksjonen:



Fra venstre: Marie Vøllo, Ingeborg Berg-Olstad, Helle Vig Pedersen, Torunn Gammelsrud Finpå og Cathrine Løes Sørby.



- 4 Trygg, tydelig og tilgjengelig
- 5 Leder: Kristin Waldum-Grevbo
- 6 Smånytt
- 8 Kunsten å skape et godt miljø
- 12 Trygghet og mestring gjennom samtaler
- 16 Lærer å bare være
- 18 Lederstafetten: Cathrine Løes Sørby
- 20 Støttegruppe mot mobbing
- 27 Få hjelp til å søke
- 28 Cool Little Kids – et angstforebyggende program
- 36 Tilbakeblikk
- 38 Temadager for foreldre til barn med overvekt
- 43 Jeg får gjennomslag når jeg...
- 44 Simulering bygger bro mellom teori og praksis
- 50 Aktuelle bøker
- 52 Et felles språk
- 54 Lav terskel og tidlig innsats
- 55 Forsker på psykisk helse
- 56 Kvinner med bekkenleddsmerter bør amme
- 59 Helsesøsterkongressen 2016

## «Vi mangler fortsatt 1300 stillinger.»

Kristin Waldum-Grevbo, side 5



44



8



20

# TRYGG, TYDELIG OG TILGJENGELIG

RAPPORT OM HELSESTASJON- OG SKOLEHELSETJENESTEN



LANDSGRUPPEN AV  
HELSEØSTRE NSF

Mer info finner du her:

<https://www.nsf.no/vis-artikkel/2250669/10501/Trygg-tydelig-og-tilgjengelig>





LEDER:  
Kristin Sofie Waldum - Grevbo



## Er du virkelig fornøyd, Bent Høie?

**Landsgruppen av helseøstre** Norsk Sykepleierforbund lanserte en rapport om helsestasjons- og skolehelsetjenesten den 14. august. Tittelen er «Trygg, tydelig og tilgjengelig». I utarbeidelsen av rapporten er barn og foreldre stilt spørsmål om tilbudet. De er stort sett fornøyd med den kompetansen de møter, men er opptatt av at tjenesten må være trygg, tydelig og tilgjengelig både for barn og foreldre. Bent Høie uttrykte i sommer tilfredshet med at kommunene er godt i gang med å styrke bemanningen i helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Økningen totalt har vært på rundt 100 stillinger når vi ser alle landets kommuner under ett. Det er 428 kommuner i Norge.

**Helsedirektoratet har utarbeidet** en utviklingsstrategi for helsestasjons- og skolehelsetjenesten. En del av strategien var å se bemanningen i tjenesten opp mot oppgavene som skal utføres. De regnet ut at det pr. 2008 manglet minst 1550 årsverk. Hva har egentlig skjedd siden den gang? Vi mangler fortsatt 1300 stillinger. Hvis vi tar med i regnestykket at barnebefolkningen 0–19 år har økt med 36000 siden 2008 nærmer vi oss status quo. Etter å ha blitt presentert disse tallene fra LaH NSF, uttrykte han at han ikke var fornøyd likevel...

**Vi helseøstre har** med glede sett at barn og unges situasjon er mer debattert blant politikere enn tidligere. Vi har opplevd at det er tverrpolitisk enighet om å styrke tjenesten. Den første bevilgningen på 180 millioner kom i 2014. Helse- og omsorgsdepartementet regnet ut at denne summen tilsvarte ca. 300 stillinger i helsestasjons- og skolehelsetjenesten, men reelt sett ble det altså bare vel 100 stillinger. Vi tror ikke barn og foreldre som har uttalt seg i vår rapport, synes denne økningen gir økt tilgjengelighet, tydelighet eller trygghet.

**Da Oslo kommune** utarbeidet detaljert statistikk for bemanningen og tilbudet på den enkelte helsestasjon og skolehelsetjeneste, ble det kjent at barn og unge slett ikke har et likeverdig tilbud i samme by. Dette førte til at politikere som normalt står langt fra hverandre har gått sammen

om å vedta en minimums bemanningsnorm for skolehelsetjenesten i Oslo. Det er behov for en mer detaljert statistikk for å kunne følge utviklingen tettere på nasjonalt nivå. De siste årenes utvikling i tjenesten viser etter vår mening at en minimums bemanningsnorm må til for å få en reell styrking av tjenesten.

**Som i vår rapport** har tilgjengelighet vært et hovedtema når «Voksne for barn» og Barneombudet har snakket med barn og ungdom. En gutt sa det slik: «Kom til meg neste uke kl. to – det funker ikke det, men sånn er det nesten nå». Eller som en forelder i vår rapport uttrykker det: «Tillit skapes ved tilstedeværelse og kontakt.»

**Denne sommeren** har veing av barn blitt debattert, spesielt i forhold til måten informasjon blir gitt til foreldre. Liten tilstedeværelse øker faren for at informasjonen og kommunikasjonen blir dårligere. Tid er en viktig bestanddel for å skape et tillitsforhold.

**Vi ønsker at** helsestasjons- og skolehelsetjenesten skal være en trygg, tydelig og tilgjengelig tjeneste. For å oppnå det trenger vi politikere som tør å ta grep og ikke er fornøyd med smuler til barna. Våre tre hovedforslag er:

- Trygg blir tjenesten når det opprettes nasjonalt kompetanse- og utviklingssenter for tjenesten.
  - Tydelig blir tjenesten når befolkningsrettet innsats styrkes.
  - Tilgjengelig blir tjenesten når nasjonal opptrappingsplan med øremerkede midler og lokal bemanningsnorm iverksettes.
- Følges disse opp kan både barn, foreldre, helseøstre og Bent Høie si seg fornøyd!

**Takk til Østfold** for dedikert innsats med tidsskriftet og god dialog underveis.

*Kristin Waldum - Grevbo*

LEDER AV LANDSGRUPPEN AV HELSESØSTRE NSF

## Enkelt å få kort

Vaksinasjonskort er blitt enklere å bestille for ungdom mellom 16 og 18 år. De kan bestille kortet direkte fra Folkehelseinstituttet, uten å bruke elektronisk id, slik de må på Mine vaksiner. De bestiller vaksinasjonskortet ved å fylle inn et skjema på [fhi.no/tjenester/mine-vaksiner/vaksinasjonskort-16-18-aar](http://fhi.no/tjenester/mine-vaksiner/vaksinasjonskort-16-18-aar). Kortet sendes vanligvis ut innen en uke.



Kilde: fhi.no

## Fedme øker med BNP

I rike land er fedme mer vanlig blant de med lav utdanning, mens i fattige land er fedme mer vanlig blant de med høy utdanning. Dette viser en studie fra Folkehelseinstituttet. Resultatene støtter tidligere studier som viser at det er en sammenheng mellom fedme, utdanning og BNP. Når BNP stiger observerer man økt fedme blant de med lav utdanning. Men det er ingen signifikant økning blant de med høy utdanning.

Kilde: fhi.no

### SMÅNYTT

## Jenter velger snus

Snusing er mer utbredt enn røyking blant unge kvinner. Og snus er vanligere enn røyk blant kvinner med høyere utdanning og blant de fysisk aktive, viser en norsk studie om snusbruk blant kvinner.

– Snusing har blitt svært vanlig blant kvinner, og ikke minst blant unge kvinner og jenter. Det gir grunn til bekymring, for snus er helseskadelig, selv om røyk er enda farligere, sier Kreftregisterets Bo Terning Hansen, en av forskerne bak studien.

Sammen med forskerkolleger fra Sirus og Kreftregisteret har han spurt nærmere 14000 kvinner om deres snusbruk. Studien viser at 17,5 prosent av kvinner på 18 og 19 år snuser daglig, og i tillegg snuser 8,5 prosent av og til. Til sammenlikning er det 7,1 prosent i denne aldersgruppen som røyker daglig.

– Vi ser at andelen kvinnelige røykere er lavere enn den var før, og akkurat det er gledelig. De som snuser mest og røyker minst er de yngre kvinnene, og blant disse viser studien at snusing nå er mer utbredt enn røyking, sier Hansen.

Kilde: kreftregisteret.no



## «Alle barn har gnist i seg. Alt vi trenger er å tenne den.»

Roald Dahl

## Adoptivbarn er oftere hos legen

Adopterte barn fra utlandet er oftere å finne på venteværelset til danske leger enn de som bor med sine biologiske foreldre. Det er konklusjonen i en ny studie fra Københavns Universitet. Særlig i psykiatrien er det en klar forskjell. Adoptivbarn har 165,2 prosent mer kontakt med psykiatrisk behandling. Kontakt med øyelege er økt med 80 prosent, med ørelege med 35 prosent. Forskerne visste fra tidligere undersøkelser at adoptivbarn bruker helsetjenester oftere i de første to årene etter adopsjonen. Den nye studien viser at dette også skjer i tredje, fjerde og femte år. Forskerne vet ikke hva som er årsaken til fenomenet.

– Kanskje tar foreldre til adoptivbarn oftere kontakt med legen. Kanskje

legene oftere sender adoptivbarna videre i systemet. Men det kan også være de er mer syke, sier Heidi Graff, som er forsker ved Institut for Folkesundhedsvidenskab ved Københavns Universitet.

Kilde: Forskning.no



## Vil jobbe på OUS

Oslo universitetssykehus (OUS) topper listen over hvor helsestudenter ønsker å jobbe, viser en undersøkelse fra Karrierbarometeret. På andreplass kommer Helsedirektoratet, på tredje St. Olavs Hospital og på fjerde Akershus universitetssykehus. Studentene i undersøkelsen studerer blant annet sykepleie, farmasi, medisin, odontologi, helseadministrasjon, barnevern, fysioterapi og veterinær. 8000 svarte på undersøkelsen.

Kilde: karrierestart.no  
og oslo-universitetssykehus.no

## Vaksinen er utsatt

Myndighetene utsetter planen om å tilby hepatitt B-vaksine til alle spedbarn. Planen var å innføre vaksinen i det nasjonale barnevaksinasjonsprogrammet fra første halvår 2016. Men på grunn av høye kostnader, har myndighetene utsatt den eventuelle innføringen av vaksinen til tidligst fra og med 2017.

Kilde: Dagens Medisin

## Bare 44 færre fødsler

Nye tall er nå tilgjengelig i Medisinsk fødselsregisters statistikkbank. Tallene er foreløpige, og kan endre seg noe, men vi vet følgende om norske fødsler anno 2014: Det er registrert 59 937 fødte i fjor, noe som bare er 44 færre fødte enn året før. Det ble født flest gutter (51,4 prosent). Kun Troms og Finnmark kunne rapportere om flere jentefødsler enn guttefødsler.

Kilde: Folkehelseinstituttet



Tekst Johan Alvik Foto Colourbox, Microstock og Scanpix

## Sol påvirker reproduksjon

Perioder med høy UV-stråling kan påvirke befolkningen over flere generasjoner, viser en studie ved NTNUs Institutt for biologi. Forskeren Gine roll Skjærvø har studert kirkebøker fra perioden 1750–1900 og vurdert livshistorievariabler ut ifra hvor mange år det gikk mellom hver barnefødsel og hvor mange av barna som overlevde i dette tidsrommet. Informasjonen ble så sammenliknet med miljøfaktorer, og blant annet solaktiviteter. Et av funnene Skjærvø og hennes kolleger gjorde, var at barn som ble født i år med mye sol, hadde høyere sannsynlighet for å dø, sammenliknet med barn som ble født når det var mindre sol. De levde 5,2 år kortere enn andre barn. Størst var sannsynligheten for å dø i løpet av de to første leveårene. Barn som overlevde, fikk i sin tur færre egne barn, som igjen fødte færre barn enn andre. Dette viser at den økte UV-strålingen hadde effekt gjennom generasjoner. UV-stråling har positiv effekt på menneskers D-vitamininnivå, samtidig som det kan gi reduksjon av vitamin B9 (folat). Men det er også kjent at folatnivå under graviditet har sammenheng med høyere barnedødelighet, sier forskeren i et intervju med Gemini.

Kilde: Gemini



## Langvarig effekt av vaksine

Nivåene av antistoffer mot HPV-viruset holder seg høye i lang tid etter vaksinasjon, viser en studie. – Dette er veldig gode nyheter, sier Mari Nygård, leder ved HPV-seksjonen i Krefregisteret.

Studien, som blant andre Nygård står bak, viser at antistoffene mot HPV ikke reduseres over tid hos HPV-vaksinerte kvinner. Nygård og kollegaene hennes har undersøkt blodprøver fra mer enn 1500 vaksinerte jenter med jevne mellomrom over ni år, og i løpet av denne tiden har forskerne sett få

tegn til at nivåene av antistoffer minker.

– Verdiene når en topp om lag én måned etter tredje dose, før de går litt ned og stabiliserer seg i løpet av 48 måneder etter vaksinerings. Senere har ikke nivået endret seg nevneverdig i løpet av de årene vi har fulgt jentene, sier Nygård.

Studien ble gjennomført i Danmark, Island, Norge og Sverige, og er finansiert av vaksineprodusenten Merck.

På samme tid som studien om langtidseffekten av HPV-vaksinen ble



publisert, har EU godkjent en ny versjon av vaksinen. Den oppdaterte vaksinen beskytter mot flere varianter av HPV-viruset enn vaksinen som brukes i dag.

Krefregisteret.no



# Kunsten å skape et godt miljø

Det er lett å få en uheldig utvikling i en gruppe. Derfor hviler det et stort ansvar på alle voksne som leder grupper av barn. Så hvordan kan helsesøster i skolen bidra til godt elevmiljø i klassen? Psykodramabasert tilnærming kan være en mulighet.

■ Av Rita Eikeland Krogstad, helsesøster, rådgiver PMTO og psykodramaregissør

**V**i mennesker er flokkdyr som trenger beskyttelse og bekreftelse fra hverandre fra vugge til grav. Vi trenger flokken vår; det være seg familien, vennene, kollegaene eller skoleklassen. Vi trenger opplevelsen av trygghet og tilhørighet. Vi ønsker å oppleve følelsen av mestring og å være til nytte for andre, og å trives og ha det godt både alene og i fellesskapet med andre.

Vi kan legge grunnlaget for en god gruppe gjennom å forebygge, oppdage og stanse en skjevutvikling, og på den måten utbedre et dårlig miljø i en barne- eller ungdomsgruppe.

Som helsesøster på barne- og ungdomsskolen har jeg erfart at kunnskap om å bygge gode grupper er verdifullt i utøvelsen av mitt yrke. Noe kunnskap om grupper fikk jeg i sykepleie- og helsesøsterutdanningen. Mesteparten av min kunnskap om grupper har jeg tilegnet meg gjennom åtte års studier i psy-

kodrama. Det har for meg bidratt til økt livskvalitet både i arbeidsliv og privatliv.

## Psykodrama

Kort om psykodrama: Grunnlegger av psykodrama var legen Jakob Levy Moreno (1989–1974) som, i tillegg til sin utdannelse som psykiater, også var teaterregissør. Hans hustru Zerka Moreno formidlet metoden internasjonalt. Metoden ble tatt i bruk for første gang i Norge av Eva Røine i 1986. Røine stiftet det som nå heter Moreno Instituttet. En annen pioner på dette feltet er Jana Segula, leder av Norsk Psykodrama Akademi, som nå i samarbeid med instituttleder Lise Gladhus skal undervise i psykodrama på Høgskolen i Buskerud og Vestfold våren 2016. Jana Segula har særlig lagt vekt på temaet «gode grupper». Gladhus har også brukt psykodramametoden i undervisning





**TRYGT OG GODT:** Barna må få uttrykke seg i et trygt miljø der alle ser alle, og der hver og en kan få være stjerne i en trygg gruppe, sier Rita Eikeland Krogstad. Illustrasjonsfoto: Colourbox.

av kommende sykepleiere. Hun har vært profilert i nyhetsbildet (Dagsrevyen) med sitt psykodramabaserte pedagogiske arbeid. Psykodrama er en vanlig tilleggstudning for psykologer i andre europeiske land.

For meg har kunnskap om grupper vært vesentlig gjennom læring av psykodrama som metode, filosofi og teori, og da med hovedvekt på opplevelser i gruppe med andre. Psykodrama er læring gjennom både intellekt og følelsene; gjennom kropp og sinn med sanseinntrykk, bevegelse og lek, og i samspill med andre i grupper.

Metoden, som gjennom lek og øvelser trener kommunikasjonen med andre, fremmer det vi kaller «tele» i gruppen. Tele innebærer å se hverandre slik vi er uten psykologiske projeksjoner som forstyrrer kommunikasjonen.

#### Første trinn

Første trinn i psykodramatisk gruppeledelse er å bygge opp en god gruppe. Det gjøres ved å skape trygghet og «tele» i gruppen. Tele er et ord som er mye brukt i psykodrama. Tele er det motsatte av projeksjoner og mer enn begrepet empati. I tele ser du den andre på avstand slik personen virkelig er. Som

om ikke dette er nok, kan du i tillegg forstå personens atferd fordi du kjenner igjen deg selv i den andre. Dette kan oppleves også uten særlig samtale. Via stemmeleie, bevegelser, kroppsholdning, blikk og gester fornermer du den andres vesen. Du sender ubevisst signaler tilbake som sier jeg har sett deg og jeg synes godt om deg. Tele mellom mennesker gir en god trygghet og et fint grunnlag for kreativt samarbeid. God tele mellom gruppelemmene

## «Vi trenger opplevelsen av trygghet og tilhørighet.»

gir en gruppe hvor det er godt å være. Det finnes i psykodramabasert gruppeledelse en rekke øvelser som fremmer trygghet og god tele mellom gruppelemmene. Det er trygghetsøvelser der alle ser alle. I øvelser der gruppen sitter eller står i ring er alle synlige, og alle står like nærme sentrum. (Utdrag fra oppgaven «Som å komme hjem», Rita Eikeland Krogstad 2002).

#### Alle er like mye verdt

Det er grunnleggende for gruppelederen å formidle

at alle er like mye verdt. Gruppeleder bidrar til å synliggjøre stjerne kvaliteter hos hver enkelt på omgang. Alle «har rett» når de formidler sin opplevelse fra sin subjektive virkelighet. Her utpeker deling seg som kommunikasjonsform. Enhver får dele fritt sine opplevelser uten argumentasjon fra andre, og således blir gruppen et godt sted å være og lære. Vi ønsker å utvikle grupper med raushet der folk kan være seg selv og tar hensyn til andre.

Psykodramabaserte øvelser vil kunne fremme graden av kreativitet og spontanitet i gruppen. Ordet spontanitet kommer fra sur sponte på latin og kan oversettes til «av fri vilje». I psykodrama betyr dette, i tillegg til at det er frivillig, at det er riktig å gjøre i situasjonen. Å gjøre noe spontant er riktig i motsetning til å gjøre noe impulsivt som kan innebære å skade eller såre en annen. Jeg har selv som skolehelsesøster arbeidet med elevgrupper og sett en positiv miljøendring etter bare noen få samlinger med denne typen øvelser og lek med barn i 11-årsalderen.

#### Gode forbilder

Avslutningsvis vil jeg dele noen ord fra serien «Ta barn på alvor» av organisasjonen Voksne for barn:

«Tid for solidaritet: Hvis det oppstår mobbing i en sjetteklasse kan det bety at de voksne

forbilder! Det de ser i voksenverden er avgjørende for om de klarer å bevare og utvikle det positive engasjementet.»

Det snakkes og skrives mye om å forebygge mobbing og frafall, også kalt dropout, i skolen. Det er antimobbeprosjekter på gang mange steder. Til syvende og sist handler det om å være en del av en god gruppe, og føle trygghet og tilhørighet. Som helsesøster med psykodramabakgrunn har jeg med meg god kunnskap om grupper. Dette gir trygghet i møte med hver nye klasse.

#### Antimobbing

Antimobbeprosjekter henvender seg til tankene, men husk at barna ikke bare lærer gjennom å bli fortalt noe med ord. Vi som er voksne må ta i bruk mer sanselige opplevelser og kunstneriske uttrykk som tegning, teater, sang, musikk og poesi. Barna må få uttrykke seg i et trygt miljø der alle ser alle, og der hver og en kan få være stjerne i en trygg gruppe. En gruppe der de også kan lære om seg selv og sine følelser. De lærer å forholde seg på en god måte til egen og andres sårbarhet; læring skjer gjennom bevegelse og lek. Dette kan gjøres på mange måter. Vi voksne som jobber med barn i skolen kan starte med å utvikle en trygg og god gruppe der alle ser alle. Vi må utvikle en forståelse for barnas behov og for at det emosjonelle må ivaretas på linje med det øvrige faglige.

For lærere og helsesøstre i skolen som ønsker seg noe mer kunnskap og erfaring med grupper, vil jeg anbefale videreutdanning i psykodrama. Det er planlagt et studium på deltid med samlinger fra våren 2016 ved Høgskolen i Buskerud og Vestfold. Du kan lese mer om studiet på nett. ■

## «Dette er solidaritetens tid. Barna har engasjement.»

har jobbet feil. Hvis barn får riktig veiledning, utvikler de normal menneskelighet og medmenneskelighet i førpuberteten. De kan bli like glade over en venns fremgang som sin egen, og de tenker på fred, miljø og på hvordan dyrene har det. Dette er solidaritetens tid.

Barna har engasjement.

De trenger gode



# Borte bra, men hjemme best

**Synagis reduserer signifikant RSV-relatert hospitalisering hos premature med og uten BPD.<sup>1</sup>**

**Synagis injeksjonsvæske er en FERDIGOPPLØST FORMULERING med samme virkestoff som har vært brukt i over 15 år på verdensbasis.**

**NYHET!**  
Synagis i ny formulering  
Klar til bruk!

## Synagis – Sikkerhetsinformasjon og refusjon<sup>2</sup>

Kontraindikasjoner	Overfølsomhet for innholdsstoffene eller for andre humaniserte monoklonale antistoffer
Alvorlige bivirkninger	Anafylaksi og andre akutte overfølsomhetsreaksjoner
Vanlige bivirkninger	Feber, utslett og reaksjon på injeksjonsstedet
Refusjon	Det kan søkes individuell refusjon. Synagis har ikke forhåndsgodkjent refusjon

### Synagis «AbbVie»

**Immunglobulin mot respiratorisk syncytialvirus.**

ATC-nr.: J06B B16

**INJEKSJONSVÆSKE, oppløsning 100 mg/ml:** 1 ml inneholder: Palivizumab 100 mg, histidin, glysin, vann til injeksjonsvæsker.

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

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

**Dosering:** Anbefalt dosering er palivizumab 15 mg/kg kroppsvekt 1 gang i måneden i perioder med forventet RSV-risiko i befolkningen. Volum av tilberedt palivizumaboppløsning (ml) som skal administreres 1 gang pr. måned = [pasientvekt i kg] × 0,15. Når det er mulig, bør 1 dose gis for starten på RSV-virussonen. De påfølgende doser bør gis hver måned gjennom hele RSV-virussonen. Det anbefales at barn som er sykehusinnlagt med RSV-virus og som får palivizumab, fortsetter med å få månedlige doser i hele RSV-virussonens varighet. For barn som har gjennomgått koronar-bypassoperasjon anbefales en injeksjon av 15 mg/kg kroppsvekt så snart barnet er stabilisert etter inngrepet. Påfølgende doser bør fortsette månedlig gjennom resten av RSV-virussonen for barn som fortsatt har høy RSV-risiko. Injeksjonsvolum >1 ml bør fordeles på flere doser. Effekten ved andre doser enn 15 mg/kg, eller ved annen dosering enn månedlig i hele RSV-virussonen, er ikke fastslått. **Tilberedning/Håndtering:** Injeksjonsvæske: Hetteglass uten konserveringsmiddel klar til bruk (engangsbruk). Skal ikke fortynnes. Skal ikke ristes. Både 50 ml og 1 ml hetteglass inneholder et overskudd som tillater opprekking av hhv. 50 mg og 100 mg. Fjern klaffen til korken på hetteglasset og gummiroppen rengjøres med 70% etanol eller tilsv. Deretter trekkes opp passende volum av oppløsningen i sprøyten. Dosen skal gis rett etter at den er opptrukket i sprøyten. Pulver og væske til injeksjonsvæske: Hetteglass uten konserveringsmiddel til engangsbruk. Både 50 mg og 100 mg hetteglass inneholder et overskudd som tillater opprek-

king av hhv. 50 mg og 100 mg når det er rekonstituert etter instruksjonene. For rekonstituering fjernes klaffen til korken på hetteglasset og gummiroppen rengjøres med 70% etanol eller tilsv. Vann til injeksjonsvæsker skal tilsettes langsomt langs insiden av hetteglasset for å begrense skumdannelse. Synagis 50 mg oppløses i 0,6 ml vann til injeksjonsvæsker og Synagis 100 mg oppløses i 1 ml vann til injeksjonsvæsker. Når vannet er tilsatt, holdes hetteglasset litt skrått og roteres forsiktig 130 sekunder. Både Synagis 50 mg og 100 mg gir 100 mg/ml palivizumab etter rekonstituering. Hetteglasset må ikke ristes. Oppløsningen skal stå i romtemperatur i minst 20 minutter inntil oppløsningen er klar. Se for øvrig pakningsvedlegg. **Administrering:** Gis i.m., helst anterolateralt i låret, ved bruk av standard aseptisk teknikk. Glutealmuskelen bør ikke rutinemessig brukes som injeksjonssted pga. risiko for skade på isjiasnerven. Injeksjonsvolum >1 ml bør fordeles på flere doser.

**Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for innholdsstoffene eller for andre humaniserte monoklonale antistoffer.

**Forsiktighetsregler:** Allergiske reaksjoner inkl. svært sjeldne tilfeller av anafylaksi, anafylaktisk sjokk og dødsfall er rapportert. Medikamenter til behandling av allergiske reaksjoner bør være tilgjengelig for umiddelbar bruk ved administrering. En moderat til alvorlig akutt infeksjon eller febril sykdom kan berette utsettelse av bruken, med mindre utsettelsen utgjør en større risiko. En lett febril sykdom som mild øvre luftveisinfeksjon, er normalt ikke grunn for utsettelse av palivizumab. Gis med forsiktighet ved trombocytopeni eller annen koagulasjonsforstyrrelse.

**Interaksjoner:** For utfyllende informasjon om relevante interaksjoner, bør interaksjonsanalyse.

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



**Graviditet, amning og fertilitet:** Ikke relevant pga. ikke indisert til bruk hos voksne.

**Bivirkninger:** Mest alvorlig er anafylaksi og andre akutte overfølsomhetsreaksjoner. Feber, utslett og reaksjoner på injeksjonsstedet er vanlig. **Svært vanlige (>1/10):** Hud: Utslett. **Øvrige:** Feber. **Vanlige (>1/100 til <1/10):** Luftveier: Apné<sup>1</sup>. **Øvrige:** Reaksjoner på injeksjonsstedet. **Mindre vanlige (>1/1000 til <1/100):** Blodtymle: Trombocytopeni<sup>1</sup>. Hud: Urticaria<sup>1</sup>. Neurologiske: Konvulsjon<sup>1</sup>. **Ukjent frekvens:** Immunsystemet: Anafylaksi, anafylaktisk sjokk (dødsfall er rapportert i noen tilfeller)<sup>1</sup>. Luftveier: Økt astmafrekvens hos premature (uklar årsaksammenheng)<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> Identifisert fra overvåking etter markedsføring.

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

**Egenskaper:** **Klassifisering:** Palivizumab er et humanisert IgG1 monoklonalt antistoff rettet mot en epitop på det A-antigenet setet på fusjonsproteinene til respiratorisk syncytialvirus (RSV-virus), og er sammensatt av humane (95%) og murine (5%) antistoffsekvenser. Palivizumab har potent nøytraliserende og fusjonshemmende aktivitet mot både RSV-virus type A og B. **Absorpsjon:** Månedlige intramuskulære doser på 15 mg/kg gir etter ca. 30 dagers bruk, laveste serumkonsentrasjoner på ca. 40 mikrogram/ml etter 1. injeksjon, ca. 60 mikrogram/ml etter 2. injeksjon og ca. 70 mikrogram/ml etter 3. og 4. injeksjon. **Fordeling:** Distribusjonsvolum ca. 57 ml/kg. **Halveringstid:** Ca. 20 dager hos barn.

**Oppbevaring og holdbarhet:** Oppbevares i kjøleskap ved 2-8°C. Skal ikke fryses. Oppbevares i originalemballasjen for å beskytte mot lys. **Injeksjonsvæske:** Skal gis rett etter at dosen er opptrukket i sprøyten. **Pulver og væske til injeksjonsvæske:** Holdbarhet etter rekonstituering er 3 timer.

**Pakninger og priser:** **Injeksjonsvæske, oppløsning:** 100 mg/ml, 0,5 ml (hetteglass) kr 6504,40; 1 ml (hetteglass) kr 10909,30. **Pulver og væske til injeksjonsvæske:** **50 mg:** 1 sett (hetteglass + amp.) kr 5063,30. **100 mg:** 1 sett (hetteglass + amp.) kr 8638,60.

**Sist endret:** 16.07.2015

**Referanser:** **1)** The IMPACT-RSV Study Group. Palivizumab, a humanised respiratory syncytial virus monoclonal antibody, reduces hospitalisation from respiratory syncytial virus infection in high-risk infants. *Pediatrics*. 1998;102:531-537. **2)** Synagis SPC godkjent 23.04.2015, <http://felleskatalogen.no/medisin/spc-synagis-abbvie-564336>.

SNAKKE OM ALT!

# Trygghet og mestring gjennom samtaler

For å øke livskvaliteten til barn og unge, har Våler kommunen gjennomført et forebyggingsprogram ved samtlige tre barneskoler og, etterhvert, hos alle 7.-klassingene i bygda. Hensikten er at barn, unge og deres foreldre skal oppnå bedre mestring i hverdagen.

Av **Anne Torhild Kopperud**,  
ledende helsesøster/fagsjef,  
Våler helsestasjon

Våler kommune startet opp med Trygg Oppvekst som et rusmiddelforebyggende prosjekt i 2002 på en av barneskolene i bygda. Prosjektet ble støttet av Østnorsk Kompetansesenter, og gruppene ble drevet av helsesøster i tillegg til en lærer. Skolen opplevde prosjektet som så verdifullt at programmet etterhvert ble tatt i bruk på samtlige tre barneskoler. Siden dette, har stort sett alle 7.-klassinger gjennomgått programmet, fortsatt i samarbeid med helsesøster og skolen.

Programmet er blitt til i samarbeid mellom IOGTs Juniorforbund og avdeling for helse- og sosialfag ved Høgskolen i Østfold. Kursmanualen er utarbeidet og ført i pennen av høyskolelektor Ulf Dahl.

## Opplæringen og forankring

Grunnopplæringen av prosessledere er et fire-dagers kurs. Alle helsesøstre i Våler får denne. Opplæringen er kompetansehevende for både lærere og helsesøstre. Jeg har metoden med meg i de fleste samtaler jeg har med barn, og ofte også med voksne.

Et bærende perspektiv er Antonovskys KASAM om at livet er et godt sted å leve når vi opplever en følelse av sammenheng. Den teoretiske forankringen har en kognitiv dimensjon knyttet til det å utvikle begreper og gyldiggjøre opplevelser, en sosial dimensjon med fokus på gruppearbeid, en emosjonell del som vektlegger trygghet i gruppesituasjonen og ivaretar hver enkelt, samt utvikling av

selvforståelse. Den systemiske dimensjonen favner fokus på familie og nettverk.

Parallelt med gruppene er det også lagt opp til tre foreldresamlinger med strukturert innhold. Det har vært en utfordring å få dette til i praksis, ofte fordi foreldrene ikke ønsker eller har tid til å komme. Vi har stort sett møtt foreldrene på et ordinært foreldremøte og informert skriftlig og muntlig.

## Trygghet i gruppen

Gruppene møtes til sammen 7–8 ganger, og vi legger til rette for gode rammer. Hver samling har ulike tema. Vi starter med åpenhet og kommunikasjon, deretter snakker vi om tanker og følelser, masker og forsvar, selvbylde, vennskap, identitet, forelskelse, kjærlighet, rus og avhengighet og familie. Dette er relevante temaer som opptar og angår de fleste unge på 12 og 13 år. De oppdager at de ikke er alene om sine tanker, og vi kan slå hull på en del myter og flertallsmissforståelser.

Vi er opptatt av å skape trygghet i gruppene, og vektlegger at det vi snakker om ikke har noen fasit på hva som er rett eller galt. Vi møtes mer som likeverdige. Alle oppmuntres til å snakke, men også til å lytte. Gjennom ulike øvelser må eleven trene seg på å ha en egen mening på en ufarlig og morsom måte. Alle tanker og meninger anerkjennes. Vi undrer oss sammen uten å komme med svar.

For meg som helsesøster er dette en svært god





**LIKEVERDIGE:** Barna er utrolig gode på å støtte og rose hverandre, og de fleste liker godt å sitte slik å snakke sammen. De blir utfordret på å ha egne meninger, til å bli trygge på sine egne grenser og til å stå for sine meninger. Illustrasjonsfoto: Colourbox.

måte å bli bedre kjent med elevene. Det er i tillegg flott å ha et slikt tett samarbeid med skolen.

#### Alle typer temaer

Vi snakker om alle typer temaer med barna før det rekker å bli et problem, eller vi fanger raskt opp dem som sliter. Barna blir sett, hørt og anerkjent for sine tanker og meninger. Derfor tør også mange barn å snakke om det som plager dem. Prinsippet om at bred forebygging også når de mest utsatte, opplever jeg i praksis. De elevene som av ulike grunner strever, blomstrer ofte opp. De får høre om og diskuterer problemstillinger de kjenner seg igjen i, og får anerkjennelse for sin deltakelse fra de andre. Barna er utrolig gode på å støtte og rose hverandre, og de fleste liker godt å sitte slik og snakke sammen. De blir utfordret på å ha egne meninger, til å bli trygge på sine egne grenser og til å stå for sine meninger.

Barna lærer seg å sette ord på vanskelige følelser og får økt selvinnsikt. Mange har kloke tanker, og de lærer mye av hverandre.

Jeg forplikter meg til å følge opp de elevene som trenger det, i samarbeid med foreldrene. Flere gan-

## «De oppdager at de ikke er alene om sine tanker.»

ger har Trygg Oppvekst vært med på å stikke «hull på byllen», og elevene har fortsatt med enkeltsamtaler hos helsesøster.

#### Tilpasset skolen

Skolene har et lite puslespill å legge i forhold til grupper og timer, men med velvillighet lar det seg løse. Alle temaene i Trygg Oppvekst passer inn i hva skolen skal ha av opplæring i forhold til Kunnskapsløftet og læreplaner. Skolen ser også verdien av at elevene får hjelp til å sortere tanker og følelser på en måte som kan lette deres læring.

Forebygging er som kjent vanskelig å måle! Ut fra evalueringer er vi sikre på at elevene blir bedre kjent

med seg selv og får utvidet sin språklige kompetanse. Her er noen tilbakemeldinger: «Det er så flott å kunne snakke om alt!», «Ja, det var veldig trygt å snakke i gruppa mi i hvert fall. Hilde og helsesøster (prosessveilederene) gjør det slik at alle deltar. Vi snakker om alt, og om viktige ting vi vanligvis ikke snakker om. Også er det fint at vi har taushetsplikt utafør gruppa.», «Ingen har brutt taushetsplikten. Vi tør virkelig sette ord på følelsene våre. Det er viktig. Vi kan snakke om alt. Ingen dømmer noen, og vi får veldig respekt for hverandre».

#### Lærer av hverandre

Det kan være krevende å lede grupper når noen elever har stor makt og andre er svært urolige. Noen elever kan også framstå som lite interesserte fordi det vi snakker om er noe som berører dem. Andre elever, igjen, er svært stille. Slikt drøfter vi ofte åpent med gruppa, men vi har en klar tanke om at det er lov å ikke si noe. Vi tror likevel at elevene lærer mye av det de andre forteller.

Suksessfaktorer er at skolen integrerer programmet i sine årsplaner, og at skoleledelsen og lærerne er positive og har en felles forståelse. Trygg Oppvekst er tidkrevende for alle, og skolen står i et krysspess mellom mer kunnskap og holdningskapende arbeid. Det er sårbart hvis det er få prosessledere på skolene, og når det er behov for mange grupper på hvert klassetrinn.

#### Gode resultater

Programmet har blitt evaluert to ganger med gode resultater. Internt, på helsestasjonen, tar vi opp med jevne mellomrom om Trygg Oppvekst er godt anvendt tid. Vi kommer stadig tilbake til at programmets innhold favner hva det vil si å være et menneske med tanker og følelser, behov for vennskap, bedre selvbilde og selvvinnsikt. Det er en unik mulighet til å møte alle i et forebyggingsperspektiv, samt å hjelpe dem med ekstra utfordringer. Hver enkelt elev blir sett på en annen måte enn det en lærer har mulighet til, i en travel hverdag. Trygg Oppvekst kan være et lite bidrag på veien til å gi elevene en tryggere oppvekst.

#### Referanse:

Kursmanual for Trygg Oppvekst, Ulf Dahl 2007

OG SÅ ER DET FINT  
AT VI HAR TAUSHETSPLIKT  
UTAFØR GRUPPA.



OG OM VIKTIGE TING  
VI VANLIGVIS IKKE SNAKKER OM.

DET ER SÅ FLOTT Å KUNNE SNAKKE OM ALT!

# Nyda<sup>®</sup> dreper både lus og egg

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



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

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

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

 **Navamedic**

Navamedic ASA  
Tel: +47 67 11 25 40  
E-mail: [infono@navamedic.com](mailto:infono@navamedic.com)  
[www.navamedic.com](http://www.navamedic.com)



# Lærer å bare være

Klokka er 10:10. Det er mandag formiddag på Haugeåsen ungdomsskole i Fredrikstad. Lyset er dempet. Det er rolig musikk i bakgrunnen. Elevene setter seg, og legger vekk mobilen. Roen senker seg. Stressmestringsgruppa er i gang.

Tekst **Åsne Kostveit**, lærer, Haugeåsen ungdomsskole, **Helle Vig Petersen**, helsesøster, Fredrikstad kommune

**H**østen 2014 hadde vi vår første stressmestringsgruppe på skolen. Over lengre tid hadde vi sett ulik stressproblematikk, spesielt hos 9. og 10. klasseelevene. Det dreide seg om søvnproblem, bekymringer før prøver og fremføringer, om fokus på trening og kropp, samt om indre og ytre krav til å være flink og vellykka på alle arenaer. Vi så det i klasserommet. Vi fikk det bekrefte i elevenes samtaler hos helsesøster,

hvorfor de blir stressa, og hvordan de kan minske stressnivået. Vi jobber med avspenningsteknikker, samtaler, øvelser og enkle oppgaver. Gjennom dette får elevene redskaper som kan hjelpe dem med å håndtere det presset de opplever i og rundt seg, og de vil etterhvert lettere kunne se når presset blir for stort. Slik lærer de seg å sette grenser. Vi har valgt å fokusere på å gi elevene disse redskapene, mer enn å jobbe med å fjerne

langsomme og avspennende bevegelser. Disse hjelper oss til å komme i bedre kontakt med kroppen med pusten, og til å gi indre fokus. Vi fletter inn trygghetsskapende øvelser som «seende leder blind», og avslutter ofte med liggende avspenning.

Elevene lærer i tillegg om de fysiske reaksjonene på stress, og gjennom samtaler og øvelser på ark bevisstgjøres de om faktorer som stresser, samt om deres egen mulighet for å påvirke dette.

## «Elevene lærer seg hvordan de skal puste for å slappe bedre av.»

og i tillegg belyste media og UNG-data undersøkelsen at ungdom føler seg stresset og presset.

Vi har bakgrunn som henholdsvis lærer, med erfaring i qigong /Tai chi-trening og -undervisning, og som helsesøster med mange års fartstid i skolen. Dette har til sammen gitt oss erfaring i gruppeledelse, samtalegrupper, selvutviklingsarbeid, meditasjon og avspenning.

Dette ble vårt utgangspunkt for å sette i gang skolens nye gruppetilbud.

### Hvorfor så stressa?

Målet for gruppene er hovedsakelig å gi elevene større bevissthet om når og

stressfaktorene. På lengre sikt vil de kunne bruke den kunnskapen og erfaringen vi gir dem til å komme i dypere kontakt med seg selv. På denne måten kan de lære seg å kjenne etter hva som er riktig for dem.

### Hjelp med pusten

Pusteteknikk er én av øvelsene vi bruker. Elevene lærer seg hvordan de skal puste for å slappe bedre av. Det er kanskje det mest effektive verktøyet vi har, og som alltid er tilgjengelig! Allerede etter første pustemeditasjon merker de at det å fokusere på dyp og rolig pust, får kroppen til å slappe av. Elevene gjør også enkle qigongøvelser. Det er

### Redskaper i bruk

Kombinasjonen av teori og praksis virker godt på denne aldersgruppen. Teorien gjør erfaringene elevene får under øvelsene lettere å forstå, og dermed meningsfulle. I evalueringen i etterkant av gruppene, har elevene gitt uttrykk for at de likte begge deler godt. At de lærte noe under samlingene og at de fikk redskaper med seg videre som de bruker i hverdagen.

I evalueringene gir også elevene uttrykk for å ha satt pris på gruppeprosessen. De har delt med hverandre og erfart at andre har det som dem. De har satt pris på «pusterommet», roen og omsorgen de har følt når de har vært tilstede på samlingene. Det har vært spennende å følge elevenes utvikling og de uttrykker at de veldig raskt bruker





**MYE STRESS:** Mange 9. og 10. klassinger føler de må være flinke og vellykka på så mange arenaer. Illustrasjonsfoto: Colourbox.

redskapene de lærer i ulike situasjoner de er i. Noen turte å holde den talen som de var skrekkslagne for; det var jo bare å huske å puste... Andre husket å puste under skytterstevnet, under matetentamen og på juleselskapet.

### Skolen på lag

Å planlegge, gjennomføre og utvikle en stressmestringsgruppe, krever tid og engasjement. I første omgang kan det være tilstrekkelig med en god porsjon idealisme, men om en slik gruppe skal drives løpende er det viktig at det frigis ressurser. Det betyr forankring i skolens ledelse, og at helsesøsterressursen på skolen strekker til. I tillegg vil forankring i lærerkollegiet lette arbeidet med gruppene. Det vil gi en positiv forståelse for hvorfor elevene tas

ut av undervisningen, og det vil gjøre det enklere, sammen med lærerne, å planlegge tidspunkt for gruppesamlingene så det ikke samtidig er prøver eller andre viktige ting som foregå.

### For å lykkes

Vi har hatt grupper med deltakere fra både 9. og 10. klasse. Vi har hatt ti elever i hver gruppe. Noen kjenner hverandre godt, andre ikke i det hele tatt. Dette har ikke vært en utfordring, snarere en berikelse for gruppedynamikken. Vi har hatt fire samlinger med én til to ukers mellomrom, og en siste samling en måned senere. Vi har passet på å veksle i hvilke timer vi arrangerer gruppemøtene, for å unngå at eleven mister mange timer fra et bestemt fag. Det gjør det mer komplisert å organi-

sere, men vi tror det er helt nødvendig for en vellykket gjennomføring.

### Ser resultater

Alle elevene har kommet frivillig til gruppene, og de har ønsket å være der. Det er selvfølgelig en forutsetning for at et slikt arbeid kan fungere.

Nå er vi i gang med andre året. Vi har fått avtalefestet timer, lærerne blir stadig mer positive og vi er blitt mer rutinerte.

Elevene har kanskje ikke blitt kvitt sin stress- og bekymringsproblematikk, men vi har gitt dem et blikk inn en annen måte å relatere til indre og ytre press. Dette tenker vi er et steg i en livslang læringsprosess. De gamle kineserne sier at enhver reise begynner med de første skritt.

Dette er «å lære å være». ■

# Tverrfaglig ledelse – hvordan få folk

## LEDERSTAFETTEN

### Cathrine Løes Sørby

Yrke: Ledende helsesøster i Askim kommune

Ledelse av tverrfaglige team er ledelse i utvikling, og fokus på primæroppgave og hensiktsmessige strukturer er sentrale forutsetninger. Men aller viktigst er de menneskelige ressursene.

**F**ra et lederstædet er jeg opptatt av en tydelig definert primæroppgave og hensiktsmessige strukturer på en arbeidsplass. Det er i min forståelse to sentrale forutsetninger som henger sammen i en gjensidig avhengighet. Og begge må være til stede for å sikre at medarbeiderne er med på utviklingen av vår organisasjon og for at folk skal jobbe godt sammen.

#### Mange områder

Vårt *Familiens hus* består av ulike kommunale tjenester som helsestasjon og skolehelsetjeneste, pedagogisk-psykologisk tjeneste, psykososialt team, barneverntjeneste, psykologtjeneste, familie- og nettverksteam, mottaksteam og ungdomsteam. Vår faglige oppgave er godt forankret i organisasjonen og gjenspeiler også lokale politiske føringer i Askim kommune:

- Å gi brukeren et bedre, mer koordinert og helhetlig tilbud
- Å legge forholdene til rette slik at brukerne i størst mulig grad gis mulighet for å lykkes i å mestre å arbeide med eget liv

Vi er en kompetansevirksomhet som vektlegger å arbeide dynamisk, systemorientert og erfaringsbasert. Det vil si at vi er i stadig utvikling i takt med de

vi maksimalt utbytte av de ressursene vi har tilgjengelig i organisasjonen? Hvis medarbeiderne ikke har forståelse og aksept for oppgaven kan det bli for store forskjeller i vårt arbeid, våre holdninger og våre verdier.

#### Ledelse av tverrfaglige team

Vi er en tverrfaglig organisasjon og våre team består av ansatte fra mange tjenesteområder. Det utvikles dynamiske krefter innenfor hvert delsystem. Dette påvirker helheten, og også delsystemene imellom. Et systemorientert perspektiv kan defineres som helhetens påvirkning av delene og delenes påvirkning av helheten, likeens delenes innbyrdes påvirkning på hverandre og helheten. Hva er det jeg som leder må være spesielt opptatt av for å sikre at teamarbeidet i Familiens hus ivaretar virksomhetens overordna faglige oppgave og det enkelte teamets spesielle mandat? Jeg tenker at ledelse av tverrfaglige team blant annet er å forvalte den tilgjengelige kompetanse og de tilgjengelige ressurser slik at det til enhver tid jobbes med oppgaven. Og at ledelse handler om å sikre at denne oppgaven er forstått og akseptert, samtidig som man etablerer hensiktsmessige strukturer for arbeidet. Ledere må legge forholdene til rette så medarbeiderne kan arbeide selvstendig og organisasjonen nå sine mål. Det må utvikles strukturer og systemer så organisasjonen kan bli forutsigbar og kostnadseffektiv, samtidig som medarbeiderne trives og det gis rom for kreativitet.

Som rettesnor for god ledelse tenker jeg, på bakgrunn av både egne erfaringer og ulike teorier, at det er viktig at jeg tilstreber felles forståelse og aksept av vår oppgave for å kunne sikre kraft og energi til oppgaveløsning. Da tenker jeg at man kan oppnå felles læring og dermed også felles utvikling av både teamene som deler av Familiens hus og organisasjonen som helhet.

## «Ledere må ha medarbeidere som aksepterer lederskapet.»

erfaringene som gjøres i vårt møte med brukere og samarbeidspartnere. Jeg tenker at det er en lederutfordring å sørge for at medarbeiderne til enhver tid er ressurser i organisasjonens utviklingsarbeid – at alle krefter drar i samme og ønsket retning. Den faglige oppgaven er tydelig formidlet i Familiens hus – og får

# til å jobbe godt i team?

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



Jeg har erfart at jeg må minne om hva vår faglige oppgave er. Dette forsøker jeg blant annet å sikre gjennom å stille avklarende spørsmål i henhold til vårt mandat og den konkrete saken vi til enhver tid arbeider med, samt den enkeltes rolle i teamet. Hva er din oppgave i møte med denne samarbeidspartneren? Henger dette sammen med teamets faglige oppgave? Med hvilken hensikt diskuterer vi temaer og saker i våre møter? Er det i tråd med vår faglige oppgave? Det er også en utfordring å balansere mellom å være en genuin fagperson som deltar i teamets drøftinger og en tydelig leder som evner å finne seg på siden av gruppa. Hvis jeg blir et for ensartet medlem av teamet vil jeg kunne blokkere både min egen og teamets hovedoppgave. På den ene siden skal vi som ledere bestemme over de andre, på den andre siden skal vi ha dem med oss. Dette er, etter min oppfatning, ikke nødvendigvis en motsetning, men allikevel et av mange ulike dilemmaer i ledelse

Det å være oppmerksom på hva som hører til hvor er avgjørende for god fremdrift i møtene. Noe handler om drift og systemer, strukturer og administrasjon, men andre ting handler om faglig fordypning, oppgaveløsning og kompetanseheving. Alt er innen vårt mandat, men det krever et overordnet blikk for å sikre at sakene tas videre der de hører hjemme. Her har jeg som leder en «portvaktfunksjon» i forhold til hva jeg gir plass hvor. Og hva skal jeg som leder gjøre med de motkreftene jeg eventuelt aner eller identifiserer? Og ikke minst: hvordan kan jeg anvende motkreftene til beste for videre utvikling? Dette er store spørsmål. Og jeg tenker at det er av sentral betydning å snakke sant om det man som leder ser eller aner, at man legger til rette for dialog og refleksjon rundt disse kreftene.

## Dynamisk virksomhet

Men er det mulig å vite at man har aksepten for oppgaven, en gang for alle? Er den statisk hvis den først har oppstått? Og kan man i det hele tatt være sikker på at den har inntrådt? Jeg mener at vi som ledere må være oppmerksomme på de endringene som til enhver



tid skjer i en dynamisk virksomhet, og at vi ikke må tro at oppgaven fortsetter å være forstått og akseptert uavhengig av annen utvikling. Det er et lederansvar å til enhver tid justere, tematisere og tilrettelegge for bevisstgjøring rundt oppgavefokus. Lederskapet må ha et følgeskap – ledere må ha medarbeidere som aksepterer lederskapet, oppgaven og kulturen.

Vår virkelighet er kompleks og dynamisk, og ledelse av Familiens Hus innebærer å gi plass til ulike krefter i organisasjonen – for å legge til rette for en god utvikling i tråd med faglige oppgaver.

Ledelse av tverrfaglige team er ledelse i utvikling, og fokus på primæroppgave og hensiktsmessige strukturer er sentrale forutsetninger. Men aller viktigst er de menneskelige ressursene. Gode og kompetente folk i våre viktige bransjer rundt om i alle landets kommuner er en leders viktigste middel for å nå alle målsettinger. Som leder er jeg stolt av og glad i «folka mine» – det er fint å kjenne på i hverdagen. Det håper jeg at du også gjør i din arbeidsdag. ■

**LEDER:** Cathrine Løes Sørby

# Støttegruppe mot mobbing



Helsesøster kan hjelpe barn som utsettes for skolemobbing gjennom støttegrupper. En studie viser nemlig at mobbeofre kan få en tryggere og lykkeligere hverdag dersom de har en støttegruppe å forholde seg til.

## Sammendrag

Skolemobbing er et alvorlig problem som påvirker skolehverdagen til dem som blir mobbet. Målet med denne studien var å undersøke om støttegrupper kan hjelpe mobbeofrene til å komme ut av offerrollen. En kvalitativ studie viste at støttegrupper kan hjelpe elever som har vært mobbet. Studien besto av 19 skolebarn i 7. klasse på barneskolen. De elevene som hadde vært utsatt for mobbing, rapporterte at mobbingen stoppet etter at de fikk hjelp fra støttegruppen og bedringen varte etter tre måneder. Gjennom individuelle intervjuer fortalte elevene som hadde vært mobbet at hverdagslivet på skolen ble forbedret. De følte seg tryggere, gladere og de fikk venner på grunn av støttegruppetiltaket. Støttegruppen fortalte at de syntes det var meningsfylt å hjelpe. Det er viktig at lærer, elever og skolehelsetjenesten samarbeider med foreldre for å hjelpe de som mobbes og å forebygge mobbing.

## Introduksjon

Hvorfor skal helsesøster engasjere seg i mobbing? Det er viktig at helsesøster engasjerer seg i de aktuelle problemene som barn opplever i dagens skole. Mobbing er et aktuelt og alvorlig problem som kan få konsekvenser for barns helse og livskvalitet (1, 2). De kan få fysiske plager som hodepine, kvalme, magesmerter og søvnproblemer. I tillegg kan de få psykiske plager i form av at de blir redde, triste og ulykkelige. De kan oppleve at ingen vil leke med dem og at de utsettes for baksnakking (1, 2). Mobbeofre har ofte psykososiale helseproblemer som angst, depresjon og negativt selvbilde. I tillegg er de ofte sosialt isolert eller mangler venner (3). Elever som mobbes føler seg ofte ensomme og blir avvist av jevnaldrende (4, 5). Alle elever har en

lovbestemt rett til et skolemiljø som virker fremmende for deres helse, trivsel og læring (6). Skolen og skolehelsetjenesten har plikt til å arbeide aktivt for elevenes rett til et godt psykososialt miljø.

I denne artikkel vil ikke fokuset være problemfokuset, slik de tradisjonelle skolebaserte antimobbeprogram er, men løsningsfokuset, ved å tilby støttegrupper til barn som har vært utsatt for mobbing. Fokuset i den løsningsfokuserede tilnærmingen rettes mot ønsket atferd, som det å ha det godt på skolen og ha venner. En metode for å styrke elevene på individnivå er støttegrupper mot mobbing (7, 8).

## Mål med støttegrupper

Løsningsfokuserede (Løft) samtaler er et samtaleverktøy hvor det fokuseres på løsninger (9). Støttegrupper mot mobbing har fokus på løsninger som kan styrke og beskytte den som har vært utsatt for mobbing. Sue Young har utviklet en egen metode basert på Løft (8, 10). Prinsippene i Løft-grupper mot mobbing er at løsninger er uavhengig av problemet og at ønsket situasjon er viktig. En tidligere kvalitativ studie viste at skolebarna følte seg ekskludert og ønsket mer hjelp til å bli inkludert og å få venner i skolen (2). Det er behov for mer forskning på skolebarns erfaring med støttegrupper mot mobbing.

Målet med denne studien var å utforske hvordan elever som har vært mobbet erfarer støttegrupper mot mobbing og om støttegrupper kan bidra til å komme ut av offerrollen. I tillegg vil vi undersøke hvordan de som deltar i støttegruppene erfarer å delta i slike grupper.

## Metode og prosedyre

Helsesøster ved skolen og prosjektleder informerte

Av Lisbeth Kvarme, førsteamanuensis og helsesøster ved HIOA og Diakonova





**STØTTEGRUPPER HJALP:** Elever som hadde blitt mobbet, fortalte at hverdagen på skolen ble bedre. Foto: Colourbox.

om prosjektet i de aktuelle klassene. De elevene som ønsket å ha en støttegruppe, meldte seg hos helsesøster i et friminutt. Prosjektet er en kvalitativ studie basert på Kvaales (11) retningslinjer for kvalitativ forskning. Utvalget besto av skolebarn i alderen 12–13 år – 18 jenter og en gutt ved to skoler på Østlandet fra 2011 til 2012. Det var utfordrende å rekruttere elever. Tre jenter som hadde vært utsatt for mobbing meldte seg, og ønsket å ha en støttegruppe. De andre var elever som de mobbede elevene valgte ut som støttegruppe. Det er viktig at de som har vært utsatt for mobbing selv velger hvem de vil ha med i en støttegruppe. Helsesøster spurte så de utvalgte elevene individuelt om de kunne tenke seg å hjelpe helsesøster slik at alle elevene skulle ha det bra på skolen. Selve mobbingen var ikke

## «Skolebarna følte seg ekskludert og ønsket mer hjelp til å bli inkludert.»

i fokus, men empati for at det ikke alltid er like griet å gå på skolen og tiltak for at den utsatte eleven skal få en bedre skolehverdag. De foreslåtte elevene til støttegruppen hadde ukentlig møter hos helsesøster ved skolen der de kom med forslag til hva de kunne bidra med for at den utsatte eleven skulle få det bedre på skolen. Helsesøster hadde også ukentlige møter med den eleven som har vært utsatt for mobbing for å høre hvordan situasjonen utviklet seg.

### Ukentlige møter

Disse møtene – både individuelle og med støttegruppen – ble gjentatt ukentlig helt til mobbingen opphørte. Forslag til tiltak fra støttegruppen ble skrevet ned og kommentert positivt. Aktuelle forslag var å leke sammen i friminuttet eller å gå sammen til skolen. Det er viktig at elevene selv kommer med forslag til hva de kunne bidra med. I samtalen er det viktig å skape et åpent og støttende miljø med dialog og aktiv lytting, gi realistisk ros og oppmuntring og legge merke til det som fungerer bra og oppsummere med tilbakemeldinger på det elevene har sagt. De ble foretatt individuelle intervjuer av vedkommende som har vært utsatt for mobbing og fokusgruppeintervjuer av støttegruppen. De individuelle intervjuene ble gjennomført rett etter at støttegruppetiltaket var over og tre måneder senere. Intervjuet av støttegruppen bestod av fokusgruppeintervjuer som ble foretatt en gang rett etter at støttegruppetiltaket var avsluttet. En intervjuguide ble benyttet

og samtalen ble tatt opp på lydband, transkribert og kodet. Det er viktig å presisere at det kan være utfordrende å være med i en støttegruppe og at de som er med kan ta kontakt med lærer eller helsesøster dersom de opplever problemer.

### Etiske overveielser

Etikk er sentralt i alt forskningsarbeid, og særlig når barn er involvert. Skriftlig og informert samtykke fra deltagerne, deres foresatte og godkjenning av Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste (NSD) ble innhentet før studien ble gjennomført. Vi innhentet tillatelse fra skolens ledelse og det ble informert om prosjektet på foreldremøter før oppstart.

### Resultater

Mobbeofrene fortalte at de følte seg redde, utrygge og at de ble overlatt til seg selv. Mobbingen opphørte etter at de fikk hjelp fra støttegruppen. Resultatene fra de individuelle intervjuene presenteres først, så kommer resultatene fra fokusgruppeintervjuene med støttegruppen. Mobbingen stoppet etter at den mobbede eleven hadde fått hjelp fra støttegruppen, og det varte i tre måneder etter at gruppene var avsluttet. Tre hovedtema var identifisert i analysen i de individuelle intervjuene: Fra frykt til trygghet, fra isolasjon til vennskap og fra å være usynlig til å bli synlig (7).

### Fra frykt til trygghet

Funnene fra denne studien viste at de mobbede skolebarnas situasjon endret seg på skolen fra at de hadde vært redde til å føle trygghet. En jente forklarte hvordan livet tidligere var fylt av frykt:

«Før måtte jeg være hjemme hele tiden dersom det ikke var noen voksne som kunne passe på meg når jeg gikk ut, ellers kom de og var stygge mot meg og slo meg. På en skala fra 0 til 10 der 0 er verst, så hadde jeg det som 0.»

Etter at hun fikk hjelp sa den samme jenta:

«Det er mye bedre nå. Det er forskjellig fra før, nå har alt det vonde blitt borte. Jeg føler en stor lettelse fordi helsesøster på skolen, læreren min og til og med politiet har hjulpet meg.»

Dette viser hvor viktig det er med tverrfaglig samarbeid for å bekjempe mobbing. I dette tilfellet hadde mobbingen blitt så alvorlig at politiet måtte koples inn for å få slutt på det.

### Fra isolasjon til vennskap

De som hadde vært mobbet fortalte at situasjonen deres

hadde endret seg fra å være ekskludert og isolert til å bli inkludert og å få venner. De snakket om at de tidligere hadde vært ensomme og avvist av klassekameratene før de fikk hjelp av støttegruppen. En jente fortalte at de kom til henne når hun var alene og hjalp henne med ting hun trengte hjelp til.

Å være inkludert og ha venner påvirker også deres skolearbeid. En jente fortalt:

«Jeg kan konsentrere meg bedre og skolearbeidet mitt går framover, fordi nå har jeg virkelig venner å gjøre skolearbeid sammen med».

Et annet eksempel på positive forandring i forhold til å gå fra isolasjon til vennskap var:

«Før pleide jeg å være alene i friminuttene og da ble jeg mobbet. Nå er de snille mot meg. Tidligere, når jeg kom hjem fra skolen pleide jeg å være ulykkelig, men nå er jeg lykkelig!»

#### **Fra å være usynlig til å bli synlig**

Etter å ha fått hjelp fra støttegruppen følte barna at de ble mer synlig. Tidligere hadde de følt seg usynlige og var redd for å si meningene sine. Et eksempel på dette er:

«Nå tør jeg å stå opp for meg selv fordi jeg får støtte, og da klarer jeg å si til dem: Ikke gjør det, jeg liker det ikke!»

Et annet eksempel var en jente som sa:

«Når jeg er sammen med venner så føler jeg at jeg betyr noe og da klarer jeg å si hva jeg mener».

Dette illustrerer hvor viktig venner er for skole-

elever i denne aldersgruppen og hvor viktig det er å bli sett og føle at de betyr noe.

#### **Erfaringer fra støttegruppene**

Erfaringer fra støttegruppen var at de synes det var veldig meningsfullt å hjelpe dem som hadde vært mobbet, selv om det førte til konflikter og problemer med noen i klassen. Støttegruppen følte at de gjorde en viktig jobb og at de følte seg utvalgte, noe som bidro til å styrke deres selvtillit.

Støttegruppen diskuterte de positive følelsene de fikk gjennom sin rolle og de snakket om vennskap, tillit og sosial inkludering. En av dem sa:

«Ja, jeg tror hun trives bedre med livet sitt nå, fordi hun kan stole på oss. Hun kan stole på at støttegruppen vil hjelpe henne og at hun ikke er alene mer».

En annen sa:

«Jeg tenker at vi har gjort en god jobb for henne. Vi er sammen med henne og hjelper henne dersom noen er ekle eller slemme mot henne. Da vet hun at vi vil støtte henne».

Dette vektlegger viktigheten av å få hjelp fra støttegruppen. De som deltok i støttegruppen fortalte om at de så nye sider ved mobbeofferet, slik en gutt sa:

«Etter at jeg har blitt med i denne støttegruppa så har jeg blitt bedre kjent med henne og blitt vennens hennes. Da oppdaget jeg at hun er en hyggelig person».

Et eksempel på hva de gjorde for å inkludere henne var:



**UT AV OFFERROLLEN:** Målet med denne studien var å utforske hvordan elever som har vært mobbet erfarer støttegrupper mot mobbing og om støttegrupper kan bidra til å komme ut av offerrollen.



«Jeg spurte henne om å bli med meg i en spillgruppe på internett, fordi jeg hørte hun sa at hun hadde ingen å snakke med på nettet og at hun pleide å bli nettmobbet og kalt stygge ting på nettet, men nå følte hun seg ikke ensom mer».

### Omsorg og trygghet

Andre aktuelle tema som støttegruppen diskuterte var omsorg, trygghet, engasjement og håp. En jente sa:

«Hun var ekskludert av de andre i klassen, særlig jentene. Jeg sa at de skulle stoppe å mobbe henne».

Dette illustrer motet til de som deltok i støttegruppen. Hun forklarte den positive forandringen slik:

«Hun har venner nå og føler seg mye tryggere. Før var hun redd for å snakke i tilfelle hun sa noe galt, men nå snakker hun på en mer positiv måte».

Resultatene viser at støttegruppen ble mer etisk bevisst gjennom denne prosessen. De fokuserte mer på empati og reflekterte over hva som var rett og galt i situasjonene. En av dem sa:

«Jeg føler at jeg gjøre en veldig viktig jobb når jeg støtter noen. Jeg føler jeg hjelper dem slik at hverdagen deres blir lettere. Det er veldig vanskelig for henne når hun blir mobbet. Hun har til og med sagt i klassen at hun har vurdert å ta selvmord. Ja, dagene hennes på skolen har vært helt ødelagt og hun orket ikke å gå på skolen mer».

Dette illustrerer hvor alvorlig mobbing kan være og at de som utsettes for mobbing trenger rask hjelp slik at mobbingen opphører.

### Positive forandringer i klassen

Et annet interessant funn var at støttegruppen rapporterte positive forbedringer i klassemiljøet. En fortalte:

«Alle i klassen vår har blitt bedre venner nå. De sier færre negative kommentarer til hverandre».

En annen fra gruppen beskrev forbedringer på læringsmiljøet:

«Folk er mer vennlige i klassen nå. Før var det mer krangling og slåssing. Det er ikke så mye bråk i klassen nå, så det er lettere å lære.»

Disse positive endringene i klassen kan forklares ut fra de positive rollemodellene som støttegruppen representerte for sine klassekamerater.

### Utfordringer med å delta i støttegruppen

De fortalte også om problemer knyttet til det å være med i støttegruppen. De sa at de følte seg usikre i sin rolle. En uttrykte det slik:

«Jeg var redd for å miste venner fordi jeg støttet den mobbede. De andre ble sinte på oss og slo oss når vi støttet henne».

En annen elev uttrykte seg slik:

«For å være ærlig så pleide jeg ikke å støtte henne før, fordi jeg var redd for å bli involvert i hennes problemer. Men siden jeg har funnet ut hva denne støttegruppen har betydning for henne og for meg så har ting endret seg.»

Støttegruppen snakket om konflikter, mobbing, frykt for å bli upopulær og ekskludering fra de andre i klassen.

### Diskusjon

Funn fra denne studien viste at mobbingen opphørte etter at de som hadde vært utsatt for mobbing fikk støttegruppen og det varte i tre måneder etter at støttegruppetiltaket ble avsluttet. De som hadde vært mobbet sa at skolehverdagen endret seg til det positive, de følte seg tryggere, gladere, inkludert, mer synlige og de fikk venner. Støttegruppen følte at de gjorde en viktig og meningsfull jobb, selv om noen av dem nevnte utfordringer og usikkerhet knyttet til støtterollen.

De elevene som hadde vært mobbet fortalte at de var glad for å ha fått en venn gjennom støttegruppen. En fortrolig venn var avgjørende for at de skulle få en bedre skolehverdag. Tidligere studier har vist at vennskap kan beskytte mot mobbing (12). Støtte fra jevnaldrende har vist seg å fremme psykisk velvære (12). Vennskap og nære relasjoner er nødvendig for et godt liv. Dessuten representerer sosial støtte en mulighet for mestring, og kan fungere som en buffer mot mobbing (15). Støttegrupper mot mobbing har bidratt til å stoppe mobbingen i 47 av 50 tilfeller i skolen (8). Forskning viser også at Løft metoden har hatt god effekt overfor skolebarn med ulike atferdsproblemer (13) og for elever som er stille og tilbaketrukkne (14).

Et interessant funn var at støttegruppen opplevde det hovedsakelig positivt å være en støtte. De følte seg utvalgt og opplevde glede ved å hjelpe en annen elev. De nevnte også positive tilbakemeldinger fra lærere og foreldre og sa at miljøet i klassen var blitt bedre. Det ble «populært» å være snille med hverandre etter tiltaket ble iverksatt. Samtidig ble det også rapportert om konflikter og problemer mellom gruppen og de andre i klassen. Noen av deltagerne i støttegruppen trakk seg underveis og helsesøster og lærer måtte ha individuelle samtaler med de involverte elevene. Det er viktig at lærerne





## «En fortrolig venn var avgjørende.»

og helsesøster følger tett opp med jevnlig samtaler med de involverte elever og foreldre. For å bekjempe mobbing er det viktig å sette inn tiltak både mot skolen, klassen og i tillegg individstyrkende tiltak som støttegrupper som kan bidra til at mobbeofferet kommer ut av offerrollen. Farrington og Ttofi's (16) oversiktsartikkel viste at mobbing må bekjempes på ulike nivå, både individuelt ved å hjelpe mobbeofferet ut av offerrollen ved å få venner og mer tro på seg selv (17), og ved skolebaserte tiltak som inkluderer tverrfaglig samarbeid.

Helsesøster er en naturlig samarbeidspartner i det tverrfaglige samarbeidet mot mobbing.

### Konklusjon

Funn fra denne studien viste at støttegruppene bidro til å stoppe mobbingen og det vedvarte etter tre måneder. Den mobbede eleven kom ut av offerrollen og fikk en venn. Helsesøster kan være en viktig ressurs i å forebygge og bekjempe mobbing i nært samarbeid med elever, lærere og foreldre. ■

### BESKYTTER:

Støttegrupper mot mobbing har fokus på løsninger som kan styrke og beskytte den som er utsatt for mobbing. Foto: Colourbox.

Referanser

- Natvig GK, Albrektsen G, Qvarnstrom U. Psychosomatic symptoms among victims of school bullying. *Journal of Health Psychology* 2001; 6: 365-377.
- Kvarme, L. G., Helseth, S., Saeteren, B., & Natvig, G. K. (2010). School childrens experience of being bullied-And how they envisage their dream day. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 24(4), 791-798.
- Vatn AS, Bjertness E, Lien L. (2007). Mobbing og helseplager hos barn og ungdom (Bullying and health complaints in children and adolescents). *Tidsskrift for den Norske Lægeforening* 127: 1941-4.
- Salmivalli, C., & Isaacs, J. (2005). Prospective relations among victimization, rejection, friendlessness, and childrens self- and peer-perceptions. *Child Development*, 76(6), 1161-1171.
- Thornberg, R. (2010). Schoolchildrens social representations on bullying causes. *Psychology in the Schools*, 47(4), 311-327.
- Welstad T. (2011) Forskning på tvers: Om mobbing juss og følelser. *Bedre skole Tidsskrift for lærere og skoleledere* nr.3: 63-66.
- Kvarme, L. G., Aabø L. S., Sæteren B. (2013). «I feel I mean something for someone»: solution-focused brief therapy support groups for bullied schoolchildren. *Educational Psychocology in Practice*.29, 4; 416-431.
- Young, S. (2009). *Solution-Focused Schools: Anti-Bullying and Beyond*. BT Press, London.
- DeJong P, Berg IK. (2002). *Interviewing for Solutions*. 2nd ed.Wadsworth Group, Milwaukee, WI.
- Young S, Holdorf G. (2003). Using solution focused brief therapy in individual referrals for bullying. *Educational Psychology in Practice*, 19 (4): 271-82.
- Kvale S. (2007). *InterViews. An Introduction to Qualitative Research Interviewing*. Sage, Thousand Oaks, CA.
- Kendrick, K., Jutengren, G., & Stattin, H. (2012). The protective role of supportive friends against bullying perpetration and victimization. *Journal of Adolescence*, 35(4), 1069-1080.
- Gingerich W, Peterson, L.(2013). Effectiveness of Solution-Focused Brief Therapy: A Systematic Qualitative Review of Controlled Outcome Studies *Research on Social Work Practice* 23: 266
- Kvarme L.G., Helseth S., Haugland S., Luth-Hansen V., Sørum R., Natvig G. K. (2010) The effect of a solution-focused approach to improve self-efficacy in socially withdrawn school children: a non-randomized controlled trial. *International Journal of Nursing Studies*. 47 (11) 1389-96
- Davidson LM, Demaray MK.(2007) Social support as a moderator between victimization and internalizing-externalizing distress from bullying. *School Psychology Review*; 36: 383-405.
- Farrington D, Ttofi M.(2009). School-based programs to reduce bullying and victimization. *Campbell Systematic Reviews*; 6.
- Kvarme L. G., Aabø, L. S., Sæteren B., «From victim to taking control: Support group for bullied school children. Accepted for publication in *Journal of School Nursing*, 2015

ANNONSE

# MAM Manual Breast Pump

Enkel, bekvem og individuelt tilpassningsbar

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

Brystpumpen fås hos utvalgte apotek og barneutstyrbutikker.

**Bestill en brystpumpe kostnadsfritt på [bvc@bambino-mam.se](mailto:bvc@bambino-mam.se)**

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

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



**REGULERBAR PUMPESTYRKE**

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

**MYK OG BEKVEM**

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

**ENKEL Å BRUKE OG SETTE SAMMEN**

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



# Få hjelp til å søke

I «Søketjenesten - veiviser til oppsummert forskning» kan helsepersonell få svar på en rekke spørsmål.

Tekst Ingunn Mikes Brendryen, nettredaktør og seniorrådgiver Helsebiblioteket.no

**H**va vet vi egentlig om effekten av ulike tiltak som iverksettes i helse- og omsorgstjenesten? Hvordan forebygger vi skolefravær hos ungdom med symptomer på depresjon? Hva slags effekt har hjemmebesøk og foreldreundervisning på barns psykososiale helse og utvikling? Søketjenesten, et tilbud fra Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, kan hjelpe deg med å finne svar.

«Søketjenesten – veiviser til oppsummert forskning» er en digital tjeneste for alle som jobber i norsk helsetjeneste- og forvaltning. Først og fremst ønsker tjenesten å være et tilbud til ansatte i primærhelsetjenesten, som ikke har tilgang til eget bibliotek.

## Hjelp til å velge kilder

Det er ikke lett å vite hvor man skal begynne å lete når man vil finne svar på et spørsmål. Hvilke kilder er gode? Og hvilke gir deg de mest relevante svarene?

Søketjenesten tilbyr en mulighet til å be bibliotekarer om hjelp til å velge kilder som kan svare på spørsmål om effekt av tiltak.

## Velg oppsummert forskning først

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten ønsker å bidra til en kunnskapsbasert helsetjeneste. Et av de viktigste prinsippene innen kunnskapsbasert praksis er å gå til den oppsummerte forskningen først.

Dette er forskning hvor noen har tatt på seg arbeidet med å lete fram alt de klarer å finne om et gitt emne, for deretter å vurdere, sammenstille og oppsummere funnene. Dette er tidsbesparende for travle helsearbeidere, og gir dessuten anbefalinger som hviler på et større kunnskapsgrunnlag.

Søketjenesten har derfor valgt ut et knippe gode kilder til oppsummert forskning som vi søker i. Utvalget dekker en rekke forskjellige kildetyper fra oppslagsverk og retningslinjer, både norske og internasjonale, som det kan være nyttig for helsepersonell å kjenne til.

## Send inn spørsmål om effekt av tiltak

Har du et spørsmål om effekt av tiltak som du lurer på? Send det inn via et nettskjema på [www.helsebiblioteket.no](http://www.helsebiblioteket.no). Bibliotekarene på Kunnskapssenteret gjør deretter søk i de utvalgte kildene, og publiserer resultatet på nettsidene, til glede for andre som måtte lure på det samme.

Svaret består av lenker til tekster som kan belyse spørsmålet du har stilt. Deretter er det opp til deg å lese tekstene og vurdere om de gir deg svar. Du kan også se hvordan vi søkte – og kanskje få noen tips til hvordan du kan søke i de ulike kildene på egen hånd.

Gå inn på [Helsebiblioteket.no](http://www.helsebiblioteket.no) og se hvilke spørsmål som allerede er svart på: <http://www.helsebiblioteket.no/soketjenesten>. ■

**HJELP:** Søketjenesten hjelper deg med enkle søk i utvalgte kilder. Illustrasjonsfoto: Colourbox.

# Cool Little Kids

## – et angstforebyggende program

Cool Little Kids skal hjelpe foreldre å forebygge angst hos barn. Programmet er testet ut ved to helsestasjoner i Norge og resultatene er lovende.

Av **Kirsten Flaten**, dosent, Høgskulen i Sogn og Fjordane (HiSF)

**Bente Storm-Mowatt Haugland**, forsker, Regionalt kompetansesenter for barn og unges psykisk helse (RKBU)

**A**rtikkelen beskriver gjennomføring av det angstforebyggende foreldretreningsprogrammet Cool Little Kids (CLK). Dette er et program rettet mot foreldre til 3-5 årige barn som viser tegn på engstelighet. Utprøvingen omfattet også kartlegging av barns nivå av engstelse og temperament hos barnet. Programmet ble gjennomført i samarbeid med helsesøstrene på to mindre helsestasjoner.

### Angst hos førskolebarn

Angstplager er en utbredt lidelse som gir store helsemessige samfunnsutfordringer (1), og er grunnen til at mange blir uføretrygdet i ung alder (2). Angstlidelser er den vanligste psykiske lidelsen hos barn og unge, med en livstidsprevalens mellom 15% og 20% frem til fylte 18 år (3). Barn i Bergen studien fant en forekomst av emosjonelle vansker, der angst var hyppigst med 3,4% (4). For barn og unge er det særlig tre typer angstlidelser som er vanlig, generalisert angst (GAD), sosial angst og separasjonsangst (SAD). Det er stor grad av komorbiditet, slik at mange barn plages av flere angstlidelser (5). Angstlidelser i barnealder kan være en prediktor for psykiske lidelser i ungdomsalder. Noen barn vokser av seg angstplagene, men for mange barn vil angstplager følge dem inn i voksenlivet (6). En kartlegging og diagnostiserte av 4-årige barn i Trondheim og fant at ca 13% av hadde en diagnostiserbar psykisk lidelse (5). Det var like stor forekomst av eksternaliserende som internaliserende vansker, der vi finner angstlidelse. Det er senere antydning angstlidelser hos 7% av 4-åringene og 8% hos 6-åringene (7).

Samtidig ser vi at angstlidelser kan være vanskeligere å oppdage, og barn blir ofte alene med sin angstpro-

blematikk eller det blir bagatellisert. Barna trenger å utvikle språk og egen forståelse for å få omgivelsene til å innse hva de sliter med. Kjernesymptom ved angst er unngåelse, og barn, som voksne, unngår situasjoner som kan utløse angst. Samfunnet vi lever i er ikke naturlig støttende overfor personer med angstproblemer (8). Foreldre og lærere oppdager i liten grad at et barn har angstplager (9, 10). Ifølge den longitudinale Barn i Bergen-studien er det kun 13% av barn som sliter med angst som blir oppdaget og gitt et behandlingstilbud, mens det for mer utagerende vansker er over 70% som blir fanget opp og gitt et oppfølgingstilbud (4).

### Langtidseffekt av angst

Å ha en angstlidelse som barn predikerer også en rekke psykiske lidelser i ungdomstiden (5, 11), som depresjon, mer omfattende angst, sosial isolasjon, stoffmisbruk og det å falle utenfor yrkeslivet (12). Angstproblematikk har en negativ innvirkning på barn og ungdom sin livskvalitet (13). Her finner man også den største diagnosegruppen av psykiske lidelser som får innvilget uføretrygd (2). Angstlidelser har også en negativ effekt på det å bruke evner og ferdigheter, angstinterferens, og elever med angst oppnår ofte dårligere resultat enn det de evnemessig er i stand til (8). Det blir i tillegg påpekt at engstelige barn er mer tilbakeholdne og får av den grunn mindre oppmerksomhet og støtte av lærer (12). Her vises til komorbiditet av angstproblemer, at vansker hos barnet påvirker relasjon til omsorgspersoner og venner, og at barnet gjerne får et uheldig atferdsmønster som blir vanskeligere å bryte desto lenger det får vedvare (5).

Intervensjon på et tidlig tidspunkt for å hindre





**HJELP MOT ANGST:** Hensikten med Cool Little Kids er å forebygge videre angstutvikling hos barn i alderen tre til fem år, og målgruppen er foreldre til barn som viser tegn på engstelse. Illustrasjonsfoto: Colourbox.

utvikling av angstlidelse kan forebygge alvorligere vansker når barnet blir eldre (5, 11). Selv om effekten av en intervensjon ikke viser statistisk signifikans vil den over tid kunne ha stor betydning for barnet (14). Barnehage og skole er en naturlig arena for å kunne hjelpe barn, og man kan tenke seg et tilbud som blir gitt universelt i den settingen. Tilbud gitt foreldre på kommunalt nivå, som helsestasjon, vil redusere risiko for den stigmatisering det innebærer å få en diagnose og identifiseres som pasient.

#### Temperament

Temperament er forstått som konstitusjonelt grunnleggende individuelle forskjeller i reaktivitet og selvregulering, og er påvirket over tid av arvelige faktorer og erfaring (15). Dette innebærer at selv om temperament er en medfødt tilstand, vil den påvirkes av læring og situasjoner som barnet møter i omgivelsene (16). Selv om barn har en medfødt predisposisjon for emosjonelle reaksjoner i ulike situasjoner, vil sosial interaksjon med foreldre og venner ha stor effekt på barns emosjonelle utvikling (12). Foreldre som på en god måte klarer å eksponere tilbakeholdne barn for nyhet, legger til rette for god sosial utvikling (17).

Temperament beskrives som råmaterialet for utvik-

ling av personlighet (18). Det er identifisert tre overordnede temperamentsfaktorer for barn, Surgency/ Extraversjon, Negative Affectivity og Effortful Controll (15, 19). Her vises til at faktorene har stor likhet med dem man finner i Fem faktor modellen til MacCrae og Costa (1995) (19).

## «Foreldre og lærere oppdager i liten grad at et barn har angstplager.»

Temperament interagerer med erfaring i utvikling av sosiale ferdigheter (19). Barn som er temperamentsmessig tilbakeholdne (Behavioral Inhibited - BI) har øket risiko for å utvikle sosial angst (20, 21). Dette indikerer at man tidlig kan se atferdstendenser hos barn, som overdreven tilbakeholdenhet, og at man gjennom tidlig intervensjon kan hindre at dette får etablere seg og over tid får utvikle seg til problematiske nivå.

#### Ulike program

Kartlegging av angstproblem og påfølgende tiltaksteking har de siste ti årene fått økt forskningsmessig

interesse (4, 6, 10). Det meste av forskningen rundt tiltak er gjort innenfor rammene av spesialiserte angstklinikker, i form av behandling for spesifiserte vansker. Dette gjelder blant annet Mestringskatten (22) og Friends for Life (23). Disse er program basert på kognitiv atferdsterapi som har visst seg å ha god effekt i å redusere angst hos barn. Det beskrives god effekt av et universelt

## «Deltakerne i gruppa rapporterte at CLK er svært nyttig.»

program for forebygging av sosial angst hos barn på 6. – 9. trinn (10). Angstforebygging med barn i førskole og skolealder har vist god effekt (14). Wichstrøm påpeker at vi har kunnskap nok til å identifisere barnas vansker allerede i førskolealder, og bør sette inn ressurser for å avhjelpe problemene i tidlig alder (5).

### Cool Little Kids

Foreldretreningsprogrammet Cool Little Kids (CLK) er utviklet av Rapee, Lau & Kennedy og utprøvd av samme gruppe (24, 25). Hensikten med programmet er å forebygge videre angstutvikling hos barn i alderen 3-5 år, og målgruppen er foreldre til barn som viser tegn på engstelse. Programmet bygger på kognitiv atferdsteori, som har vist god effekt i angstbehandling (14). CLK er kortfattet og omfatter seks møter à 90 minutter når det er gjennomført i grupper, og seks møter à 60 minutter når det er gjennomført individuelt. Rapee anbefaler at man bruker program som er kostnadseffektive for å sikre at de kan videreføres i kliniske settinger etter forskningsutprøving (14).

Møtene er lagt opp med jevn progresjon, og timene omfatter;

- Psykoedukasjon om angst, faktorer som vedlikeholder og hvordan redusere engstelse
- Gode måter å håndtere angst og hvilken atferd som kan forsterke barnas engstelse
- Belønning når barnet har utført noe som er avtalt
- Fokus på alt barnet mestrer
- Eksponeringsplaner for barnet
- Foreldrenes egen angst

### METODE

Piloten som beskrives i denne artikkelen kommer i kategorien indikativt program. Dette er program

rettet mot grupper som utviser symptom på eller tendenser til vansker (26). Hovedformål var en pilotutprøving av programmet CLK for å se om foreldre opplevde programmet som relevant for deres barn. Siden prosjektet ble tilbudt samtlige foreldre til barn født i et gitt årstall i et geografisk område var det foreldrene selv som vurderte om deres barn var i målgruppen og kunne ha nytte av å delta i utprøving av CLK. For å få en indikasjon på om dette er en god måte å få kontakt med målgruppen på ble det gjennomført en kartlegging av barna før oppstart av CLK. Foreldre fylte ut kartleggingsskjema PAS-r for å vurdere barnas nivå av engstelse og CBQ, for å kartlegge temperaments fungering.

### Preschool Anxiety Scale-revised (PAS-r)

Preschool Anxiety scale – revised inneholder 28 utsagn, der hvert utsagn blir skåret på en skala fra 0-4. Skjema gir en vurdering av barnets grad av angst, i tillegg til kartlegging av spesifikke angsttyper som generalisert angst, sosial angst og separasjonsangst (27). Normene som brukes er basert på kartlegging av barn i alderen 2,5 til 6 år og er gjort i Australia.

### The Children's Behaviour Questionnaire (CBQ)

The Children's Behaviour Questionnaire inneholder 36 utsagn, der hvert utsagn blir skåret på en skala fra 1-7. Normering er brukt til å etablere et gjennomsnittsnivå, der skårer over eller under indikerer mye eller lite av et temperamentstrekk. Her kartlegges barns temperament inn i tre hovedkategorier, ekstraversjon (Extroversion / Surgensy - E), negativ affekt (Negative Affectivity - N) og selvkontroll (Effortful Control - EC) (15). Med tanke på angstutvikling er det særlig faktoren negativ affekt som kan gi en indikasjon på at barnet har en viss risiko for å utvikle angst. Normene som brukes er basert på kartlegging gjort i USA.

### Evalueringsskjema for deltagertilfredshet

Deltakerne i CLK-gruppene fikk mulighet til å fylle ut skjema for evaluering av programmet etter at det var fullført. Her ble det gjort en kvalitativ vurdering av deltakernes opplevelse av å delta i programmet og vurdering av programmets innhold. Skjemaet inneholder ti punkt som veksler mellom avkryssing eller mer utfyllende kommentarer. Vurderingene går på om deltaker opplevde

selve programmet som nyttig, om det var lett å overføre kunnskapen til hjemmesituasjon, og hvor fornøyd de var med gruppeleder.

**GRUPPEMØTER:** Foreldrene møtes og deler sine erfaringer. Illustrasjonsfoto: Colourbox..

### Deltakere

Rekruttering foregikk gjennom helsestasjon i to små kommuner. Foresatte til barn født i perioden juni 2009 til og med juni 2010 fikk invitasjon til å delta på et informasjonsmøte om foreldregruppe med formål om å forebygge angstutvikling hos fire år gamle barn som viser tegn på engstelse. Invitasjonen ble sendt som brev per post, der målgruppen, barn som viser tendens til engstelse, ble kort beskrevet. Helsesøstre i kommunene var informert om hvilken målgruppe man ønsket å rekruttere, og ble oppfordret til å motivere foreldre med barn i målgruppen til å delta i gruppen.

Foreldrene ble informert om at deltaking og utfylling av skjema var frivillig, og at foreldre kunne delta i gruppen selv om de ikke ønsket å fylle ut kartleggingskjema. Foreldrene gav tillatelse til at helsesøstre i de to kommunene kunne være tilstede på gruppemøtene. Gruppene besto av fire mødre og to helsesøstre, i tillegg til gruppeleder. På hvert gruppemøte ble det servert forfriskninger, som frukt og sjokolade, jus og kaffe.

### Etikk

Det ble søkt og gitt godkjenning gjennom Regional etisk komite (REK) vest før gjennomføring av prosjektet. Foreldre ble informert om at det var helt frivillig å delta, og at de på ethvert tidspunkt kunne trekke seg uten å grunngi dette. Det ble også klargjort at å fylle ut skjema for kartlegging av angstforekomst og temperamentstrekk var frivillig, og at foreldre kunne delta i gruppen uten å fylle ut skjema. Anonymitet ble ivaretatt ved at foreldre kun noterte om skjema er fylt ut av mor eller far. Det er ikke registret navn på noen av barna eller foreldrene.

### SPSS

Analyse av data som kom frem gjennom kartlegging ble behandlet med statistikkprogrammet SPSS versjon 21. Gjennomsnitt og standardavvik for mor og fars skåre på PAS-r og CBQ ble regnet ut og sammenliknet med Australske normdata.

### PAS-r

Både mor og far rapporterer om tendenser til nivå av angst over norm hos barna. Ser man på samva-



riasjon mellom hva mor og far rapporterer er det stor grad av enighet i skårene. Sosial angst var den hyppigst rapporterte angstformen i denne studien, der man ser en signifikant forskjell mellom norm og resultat. Det er noe tendens til GAD, særlig

opplever at disse barna har temperamentstrekk som utmerker seg spesielt.

## «Kjernesymptom ved angst er unngåelse.»

som rapportert fra mor, men ikke på signifikant nivå. Resultat indikerer at begge foreldre ser angst tendenser hos barna. (Se grafer og tabell på side 30 og 31.)

Her ser man at rapportering av temperamentsfaktorer ligger på nivå med det som blir rapportert hos normeringspopulasjonen. Verken mor eller far

### Deltakertilfredshet

Det var stor grad av fornøydhet hos deltakerne i gruppen, av en mulig skåre på 9 rapporterte deltakerne i gruppen 8.9. Kommentarer fra foreldre støtter den positive vurderingen som kom frem her. Man kan ta dette som en indikasjon på at CLK er et program som kan være nyttig for å gi foreldre redskap til å støtte barna til å håndtere de utfordringer som hverdagen inneholder for engstelige barn.

### Oppsummering

Foreldrenes rapportering av angstforekomst hos barna viser at samtlige barn i denne studien har tendenser til engstelse. Særlig er dette tydelig ved sosial angst, som er den angstformen som i størst grad blir rapportert. Det er også samvariasjon mellom foreldrenes oppfatning av barnas angst, der både mor og far viser enighet i barnas angstforekomst. Denne studien indikerer at foreldre ser barnas engstelse, og at de, gitt tilbud, benytter seg av program for å avhjelpe barnas plager.

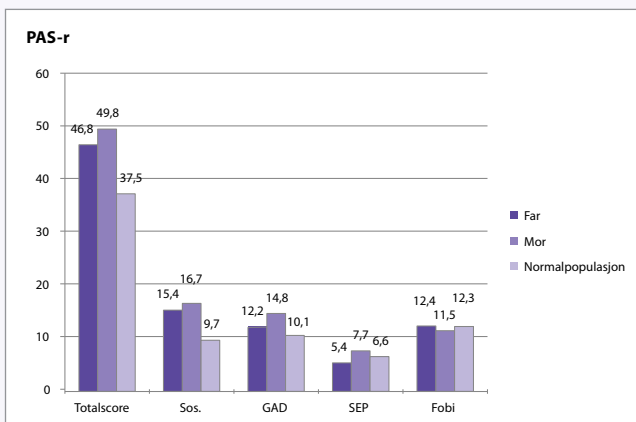
Kartlegging av temperamentsfaktorer viser at barna i denne gruppen i stor grad følger gjennomsnittet for temperamentsfaktorer.

Under gjennomføring av gruppene var foreldrene aktive i å dele hvilke utfordringer barna opplever i hverdagen, og hvordan det påvirker dem som foreldre. Tema i CLK programmet ble grundig drøftet på møtene, og foreldrene gav uttrykk for at CLK tok opp tema som passet til deres barn sin angstproblematikk. Foreldrene gav uttrykk for at det å kunne drøfte barnets engstelighet med de andre deltakerne i gruppen ble opplevd som svært nyttig. Det var også et tema hvorvidt barnehagen tok barnas vansker på alvor, og her var erfaringene ulike.

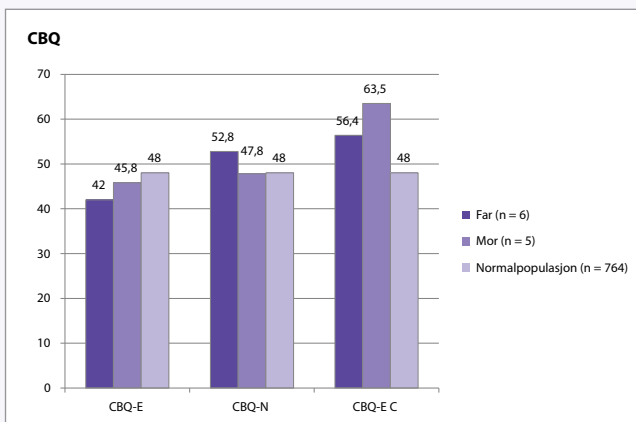
### Kritikk av utprøvingen

Kartlegging og gjennomføring er gjort med en svært liten gruppe barn og foreldre, og det er derfor ikke mulig å trekke generelle slutninger av denne gjennomføringen. Siden foreldre selv velger om de ønsker å delta i gruppen kan det være at foreldre som selv sliter med angst, og da særlig sosial angst, velger vekk å delta. Det å gjennomføre programmet i en gruppe kan også føre til at noen foreldre velger vekk å delta.

Kartleggingsskjema som er benyttet har ikke norsk normering. Man vet ikke om resultatene



FIGUR 1: Sos. = Sosial angst, GAD = Generalisert angst, SEP = Separasjonsangst, FOBI = Fobi



FIGUR 2: CBQ-E = Ekstroversjon, CBQ-N = Negativ Affekt, CBQ-E C = Effortful control



ville blitt de samme om man hadde norske normer å gå ut fra.

### Avsluttende kommentar

Formålet med denne pilotstudien var å prøve ut et foreldreprogram for å se om dette kunne være et nyttig arbeidsredskap i det å forebygge angstutvikling hos førskolebarn gjennom et tilbud til foreldre. Denne studien viser at programmet er lovende med tanke på å gi foreldre og barn et kostnadseffektivt tilbud. Videre arbeid vil være å gjøre en større studie der man vurderer effekten av CLK over tid.

Denne studien gir grunn til å anta at om foreldre får mulighet til selv å melde seg på program for å forebygge indikerte vansker hos barnet sitt, som angst her, har foreldre innsikt i barnas vansker og benytter seg av muligheter til å avhjelpe vanskene om disse blir gitt. En konsekvens av dette bør være at helsestasjon eller pedagogisk-psykologisk tjenestekontor med jevne mellomrom gjennomfører

PAS-r	CLK Far (n = 5)		Normpopulasjon (n = 418)		t	Sig.
	M	SD	M	SD		
Totalscore	46.8	19.14	37.5	17.6	1.17	P = 0.24
Sosial angst	15.4	3.1	9.7	6.2	2.05	P = 0.04*
Generalisert angst	12.2	7.3	10.1	5.1	0.91	P = 0.36
Seperasjonsangst	6.6	5.1	5.4	3.8	0.70	P = 0.48
Fobi	12.4	6.2	12.3	6.1	0.04	P = 0.97
* sig. 0.05 nivå						

PAS-r	CLK Mor (n = 6)		Normpopulasjon (n = 764)		t	Sig.
	M	SD	M	SD		
Totalscore	49.8	17.7	38.4	19.2	1.45	0.15
Sosial angst	16.7	1.9	9.6	6.6	2.63	0.01*
Generalisert angst	14.8	7.1	10.5	5.6	1.87	0.06
Seperasjonsangst	7.7	5.7	5.9	4.4	0.99	0.32
Fobi	1.5	6.3	12.3	6.3	0.31	0.76
* sig. 0.05 nivå						

TABELL: independent samples t-test.

forebyggende program der foreldre får tilbud om å delta. Deltakerne i gruppa rapporterte at CLK er et



**RAMMER MANGE:** Angstlidelser er den vanligste psykiske lidelsen hos barn og unge. Illustrasjonsfoto: Colourbox.

svært nyttig program som har overføringsverdi til barn og foreldres hverdag.

Helsesøster er en samarbeidspartner for foreldre fra barnet er nyfødt, og vil ofte ha kjennskap til barnets engstelse. Derfor er helsestasjon et naturlig sted å få hjelp, og foreldre kan oppleve helsestasjon som mindre stigmatiserende enn å

## «Angstforebygging med barn i førskole og skolealder har vist god effekt.»

delta i program i regi av hjelpeapparatet. Personalet bør få en grunnleggende kjennskap til hvordan se tegn på engstelse hos barna, og program for å

arbeide med dette bør gjøres tilgjengelig. Ved å gi et lavterskel tilbud som gjennomføres på helsestasjon kan flere barn fanges opp før de utvikler mer omfattende vansker.

### Takk

Utprøvingen ble gjort mulig gjennom tildeling av midler fra Samarbeidsorganet for forskning, vest og Helse vest. Prosjektleder Kirsten Flaten retter takk til høgsckulelektor Lars M.R. Kvinge, HSH, instituttleiar Magne A. Flaten, NTNU, professor emeritus Edvard Befring, UiO, og professor Gøran Søderlund, HiSF, for hjelp til bearbeiding av data. Takk også til forskar Jon Bjåstad, RKBUE, for skjema til å vurdere deltakertilfredshet. Størst takk rettes til foreldre og helsesøstre som deltok i gjennomføring av programmet. ■

### Referanser:

- Mathisen, K., E. Karevold & A.K. Knudsen (2009). Psykiske lidelser blant barn og unge i Norge. Oslo: Folkehelseinstituttet.
- Mykletun, A. & A.K. Knudsen (2009). Rapport 2009:4 Tapte arbeidsår ved uførepensjonering for psykiske lidelser. Oslo: Folkehelseinstituttet.
- Beesdo, K., Knappe, S., Pine, D.S. (2009). Anxiety and anxiety disorders in children and adolescents: developmental issues and implications for DSM-V. *Psychiatr Clin North Am.* Sep;32(3):483-523
- 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. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 46(4), 438-447.
- Wichstrøm, L., T.S. Berg-Nielsen, A. Angold, H.L. Egger, E. Solheim & T.H. Sveen (2011). Prevalence of psychiatric disorders in preschoolers. *J Child Psychology and Psychiatry*, June, 53 (6), 695-705.
- Beidel, D. & S. Turner (2007) Shy Children, phobic adults. American Psychological Association
- Wichstrøm, L. (2013). Intervju. *Aftenposten.no*, 3.september, 2013
- Svirsky, L. & U. Thulin (2006) Mer ån blyg – om social ångslighet hos barn og ungdomar. Cura forlag
- Flaten, K. og E. Heiervang (2012). Program for forebygging av angst. Et pilotprosjekt gjennomført på 5.klassetrinn. *Spesialpedagogikk*, 10, 43-49
- Aune, T. & T. Stiles (2009). Universal-based prevention of syndromal and subsyndromal social anxiety: A randomized controlled study. *J Consulting and Clinical Psychology*, 77, 867-879
- Bittner A, Egger HL, Erkanli A, Jane Costello E, Foley, DL, & Angold A. (2007) What do childhood anxiety disorders predict? *J Child Psychol Psychiatry*. (2007) Dec;48(12):1174-83.
- Killen, M. & R.Coplan (2011) (red.) *Social Development in Childhood & Adolescence*. Wiley-Blackwell
- Stevanovic, D. (2013). Impact of emotional and behavioral symptoms on quality of life in children and adolescents. *Quality of Life Research*, 22(2), 333-337.
- Rapee, R., S. Kennedy, M. Ingram, S. Edwards & L. Sweeney (2005). Prevention and early intervention of anxiety disorders in inhibited preschool children. *J Consulting and Clinical psychology*, 73, 448-497
- Putman, S. & M. Rothbart (2006) Development of Short and very Short Forms of the Children's Behavior Questionnaire. *J Personality Assessment*, 87 (1), 103 - 113
- Olafsen, K. (2013) Temperament og utvikling av angst. I Flaten (2013). *Barnhagebarn og angst*. Gyldendal Akademisk
- Bates, J. (2001). Adjustment Style in Childhood as a Product of Parenting and Temperament. I Wachs og Kohnstamm (2001). *Temperament in Context*. Lawrence Erlbaum Associates, New Jersey
- Costa, P. & R. McCrae (2001). A Theoretical Context for Adult Temperament. I Wachs & Kohnstamm (2001). *Temperament in Context*. Lawrence Erlbaum Associates, New Jersey
- Rothbart, M., S. Ahadi & K. Hershey (2011) Temperament and Social Behavior in Childhood. I Killen, M. & R.Coplan (2011) (red.) *Social Development in Childhood & Adolescence*. Wiley-Blackwell
- Alkozei, A., Cooper, P. & Creswell, C. (2014) Emotional reasoning and anxiety sensitivity: Associations with social anxiety disorders in childhood. *J Affective Disorders*, 152- 154, 219 – 228
- Karevold, E., R.Coplan, M. Stoolmiller & K. Mathiesen (2011) A longitudinal study of the links between temperamental shyness, activity and trajectories of internalising problems from infancy to middle childhood. *Am J Psychology*, 63: 36-43 doi:10.1111/j.1742-9536.2011.00005.x
- Kendall, P., K. Martinsen & S-P. Neumer (2006) *Mestringskatten (Coping Cat)*. Kognitiv atferdsterapi for barn med angst. Terapeutmanual. Oslo: Universitetsforlaget
- Shortt, A., P.M. Barrett & C.M. Turner (2001). Evaluating the FRIENDS program: A cognitive-behavioural group treatment of childhood anxiety disorders: An evaluation of the FRIENDS program. *J Clinical Child Psychology*, 30, 523-533
- Rapee, R.M., E.X. Lau & S.J. Kennedy (2010). *The Cool Little Kids Program – Parent's Workbook*. Center for Emotional Health, Macquarie University: Sydney, Arbeidsbok. Norsk versjon. Oslo; RBUP Øst og Sør & Bergen; RKBUE Vest, 2012
- Rapee, R.M., E.X. Lau & S.J. Kennedy (2010). *The Cool Little Kids Program – Therapist Manual*. Center for Emotional Health, Macquarie University: Sydney. Terapeut manual, Norsk versjon. Oslo; RBUP Øst og Sør & Bergen; RKBUE Vest, 2012
- Forebygging.no. [www.forebygging.no](http://www.forebygging.no). Lastet ned 2012
- Edwards, S., Rapee, R., Kennedy, S. & Spence, S. (2010). The Assessment of Anxiety in Preschool-Aged Children: The Revised Preschool Anxiety Scale. *J Clinical Child & Adolescent Psychology*, online 23.04.10 <http://dx.doi.org/10.1080/1537441003691701>

# Nutramigen 2 Nå med bedre smak!

*Nutramigen*

- Eneste erstatning tilpasset fra 6 måneder
- Høyt kalsium og jerninnhold
- Lett å introdusere
- Dokumentert effekt<sup>1</sup>



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

**MeadJohnson**  
Nutrition

ABIGO Medical AS  
Eidsbergveien 43, 1811 Askim  
Mobil 90811312

**abigo**





**PAPPAKURS:** Hvordan holde et lite barn? Vordende fedre fikk kyndig opplæring i løfteteknikk på et kurs i spedbarnsstell i Oslo i 1956. Kurset var i regi av Røde kors. Undervisningsdukken var like lealaus i hals og rygg som en nyfødt unge, ifølge bildeteksten fra den gang.

Kilde: Scanpix





# Temadager for foreldre til barn med overvekt

Foreldre med overvektige barn får lære om kosthold og helse på et kurs arrangert av Sykehuset Østfold.

■  
Av **Christine Mathiesen**, sekretær ved lærings- og mestringscenteret i Sykehuset Østfold. Hun har mastergrad i folkehelse

**O**vervekt hos barn og unge er et utbredt helseproblem som krever ulike tiltak. Et av tiltakene for å hjelpe foreldre som har barn med overvekt er omtalt i denne artikkelen. «Temadager for foreldre til barn med overvekt» er et gruppebasert tilbud basert på samhandling mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten i Østfold.

Vi er på lærings- og mestringscenteret i Sykehuset Østfold. Artikkelforfatteren har invitert til møte for å intervju kursledere og erfaren bruker i «Temadager for foreldre til barn med overvekt». Kursleder og koordinator Helene Gulbrandsen tar ordet: «Barneavdelingen i sykehuset behandler barn med fedme. Det var naturlig for meg å tenke at det burde utvikles et gruppetilbud for foreldrene, fordi stillingen min er plassert i lærings- og mestringscenteret hvor vi arbeider med opplæring i gruppe. Jeg dannet en arbeidsgruppe bestående av barnelege, erfaren bruker, klinisk ernæringsfysiolog, helsesøster og meg. Det var helt nødvendig å ha med helsesøster i dette arbeidet». Kursleder og helsesøster Gry Hübenthal tilføyer: «Helsesøstre har lang erfaring med å støtte barn og deres familier, og et gruppetilbud som dette bør være tverrfaglig.»

Hensikten med «Temadagene» er at de skal bidra til økt kunnskap hos foreldrene, og være med på å gi ny motivasjon eller opprettholde motivasjo-

nen i endringsarbeidet som foreldrene gjør. Det å ha barn med overvekt betyr at hele familien må involveres i arbeidet med endring av livsstil, og endring kan være både vanskelig å arbeide og lykkes med.

## Rammer

«Temadagene» har to målgrupper. På våren arrangeres «Temadagene» for foreldre med barn i alderen 10 til 14 år, og på høsten gis tilbudet til foreldre med barn i alderen 4 til 9 år. Målgruppene er delt fordi utfordringene er forskjellige ettersom barnet vokser til. Siden 2011 har vi arrangert åtte runder med «Temadager», og den niende er i oktober. «Temadagene» holdes på et kursrom som har plass til maksimum 20 deltakere. Fordelen ved å ha mindre grupper er at det er lettere for deltakerne å bli kjent. For at barn og voksne skulle få en aktivitetssammenheng var vi på Inspira science center i Østfold. Til høsten skal vi ha aktivitetssdagen på en barneskole. Vi skal være på skolekjøkkenet for å lage middag i fellesskap, og vi skal benytte oss av skolens uteområde med en godt utstyrt lekeplass.

Det er fire kursdager per runde med «Temadager». Kursdagene holdes med en ukes mellomrom for at deltakerne skal kunne få utført målarbeid mellom hver gang. Kursdagen varer fire timer og det er lagt inn en halvtimes lunsjpause slik



**KOSTHOLD:** Det er viktig å etablere sunne matvaner for store og små, og mat er tema på kurset. Illustrasjon: Colourbox.

at deltakerne kan utveksle erfaringer også der. Rekruttering av deltakere skjer ved at alle som er tilknyttet barnepoliklinikken med diagnosen overvekt får tilsendt invitasjon. Vi sender brosjyrer til helsestasjonene og publiserer kurset på sykehusets nettsider.

#### **Introduksjonsdagen**

Første kursdag og første gang deltakerne møtes er alltid spennende. Helene: «Vi er opptatt av å

møte alle deltakerne med en respektfull og anerkjennende holdning. En god relasjon til deltakerne er essensielt for å lykkes med arbeidet.» Gry: «Vi starter kurset med en pedagogisk øvelse, der vi ber deltakerne fortelle om hvilke utfordringer de har med et barn som er stort. De skal også si hva de er stolte av ved barnet sitt, for det er viktig å ikke bare fokusere på det som er vanskelig». Den erfarne brukeren Linn-Jeanette Berntsen er til stede første kursdag og deler sin historie: «Jeg var

overvektig som barn, men ble ikke sett av legene da. Heldigvis er kunnskapen mye bedre nå. Jeg er stolt av foreldrene som tør å komme på kurset, for mange er flau og skammer seg.» Gry legger til: «Det er så flott å ha deg med, Linn-Jeanette, du kan være direkte på en annen måte enn helsepersonell fordi du selv har opplevd dette.»

Klinisk ernæringsfysiolog Maren Skarvøy ved barneavdelingen i sykehuset er med på hele kurset. Første kursdag holder hun en kort, grunnleggende

## «Hele familien må involveres i arbeidet med endring av livsstil.»

forelesning om kosthold. Hensikten er å komme i gang med fokus på kostholdet og at hun skal kunne oppklare det som foreldrene lurer på, for eksempel hva som er normale porsjonsstørrelser for en 4-åring og en 10-åring.

Temaet motivasjon, mål og endring er hovedtema første kursdag. Gry begynner med å fortelle om hva foreldre som deltar på et familieopplegg på Frisklivssentralen syntes har vært nyttig, hva de fått til og hva som har vært utfordrende. Hensikten er å presentere tips og råd som deltakerne kan ta med seg i sin hverdag. Kurslederne presenterer målstigen. Deltakerne jobber i grupper for å sette små mål for sine familier. For å få til realistiske mål, bør deltakerne tenke over hva de har lyst til å gjøre og hva det passer å endre på. Målene skal omhandle hele familien og ikke barnets vekt. Det kan være en ferdighet familien ønsker å lære seg, eller en tur de ønsker å få til sammen.

### Legedagen

Dagen starter med en runde der alle får sagt noe om hvordan det gikk med målet de bestemte seg for forrige uke. Kurslederne gir deltakerne veiledning på målene sine. Deltakerne oppfordres til å fortsette med målarbeidet til neste kursdag. Linn-Jeanette: «Det er viktig å ha mål å jobbe mot. Bra å ha små mål som er lette å nå, for det gir mange, positive erfaringer på veien. Og jeg må huske å se tilbake og fokusere på det jeg har fått til. Jeg setter meg morsomme, personlige mål, for det er viktig å motivere seg selv og ikke være avhengig av motivasjon utenfra.»

Overlege ved barneavdelingen har en forelesning som omhandler medisinske forhold, sykdommer, blodprøver og hva som skjer i kroppen

ved overvekt. Overlegen forteller hvordan han arbeider med barna som går på barnepoliklinikken for overvektsbehandling. Hensikten med forelesningen er at deltakerne får kvalitetssikret, medisinsk informasjon. Det er nødvendig med en medisinsk utredning for å utelukke sykdom, men det viser seg at i de fleste tilfeller av overvekt er det kun fem prosent som kan forklares med sykdom.

Familieterapeuter fra Rygge familiesenter står for neste tema. De er en del av forebyggende barnevern og har et lavterskeltilbud der foreldrene kan komme og få hjelp og veiledning uten at det føres i journal. Familieterapeutene tar utgangspunkt i deltakernes utfordringer. Foreldrene kan fortelle om situasjoner de synes er vanskelige, og får veiledning i hvordan håndtere situasjonen. Ved kursdagens avslutning oppfordres deltakerne til å jobbe videre med mål.

### Aktivitetsdagen

Barna inviteres til å være med og dagen holdes på Inspiria. Kursleder starter med en enkel bevegelsesaktivitet som barn og foreldre deltar i slik at alle får kjent på økt puls. Gry: «Det som skjer, er at alle smiler når de har vært i bevegelse. Aktivitet gjør at vi blir i godt humør. Da handler det ikke om vekten, men alt det gode rundt det å være aktiv.»

Kurslederne inviterer til en idédugnad der de spør barna: «Hvordan kan jeg få til å være aktiv en time hver dag?» Hensikten med idédugnaden er å få barna til å bli kreative, og at foreldrene skal få høre hva barna svarer. Ut fra barnas svar er det ofte foreldre som må gå i seg selv, ved for eksempel å slutte å kjøre barnet helt fram til skolen. Ernæringsfysiolog viser barna konkrete eksempler på hva ulike matsorter inneholder, for eksempel hvor mange sukkerbiter det er i en halvliter brus og en håndfull smågodt. På senteret er det også artige rekvisitter vi bruker, som ulike matvarer laget i plast. Barna får i oppgave å finne fram til gode, sunne frokost- og middagsmåltider ved sette sammen rekvisittene.

### Matdagen

Deltakerne inviteres til å gi tilbakemelding på målarbeidet sitt. Kurslederne viser til endringssirkelen for å synliggjøre at endringer ofte er vanskelige å holde på. Det er lett å havne tilbake i gamle vaner. Kurslederne oppfordrer deltakerne til å skaffe seg oppfølging nå som kurset er slutt og kommer med





**PLANLEGGING:** Arbeidsgruppa diskuterer hvordan temadagene skal legges opp til høsten. Fra venstre: Gry Hübenthal, Linn-Jeanette Berntsen, Christine Mathiesen og Helene Gulbrandsen. Foto: Mads Opsahl, Sykehuset Østfold.

forslag om hvor de kan søke hjelp. «Hvem har du god tone med?» er et godt spørsmål deltakerne kan stille seg, for å vurdere om de ønsker å søke oppfølging hos fastlege, helsesøster eller andre.

Helsesøstre vi har vært i kontakt med, er positive til å følge opp de overvektige barna og deres familier. Helene: «Jeg vet ut i fra erfaring og forskning at hvis vi som helsepersonell ikke har tro på at familien har ressurser og vilje til endring, så er det vanskelig å motivere for endring. Relasjonen mellom behandler og pasienten har stor innvirkning på resultatet av behandlingen.» Linn-Jeanette tilføyer: «Når det gjelder relasjoner skulle jeg ønske at helsepersonell hadde snakket med meg på tomannshånd da jeg var barn. Hvis helsepersonellet hadde spurt meg direkte, i en trygg setting, ville det vært til stor hjelp for meg.»

Hvis ikke foreldrene allerede har et samarbeid med fastlege, oppfordres de til å starte et samarbeid. Det er viktig at fastlegen kan ta tak i overvekten så tidlig som mulig, for da kan overvekten følges opp over tid, og gjerne i forbindelse med at barnet kommer til fastlegen for eventuelle andre helseproblemer. Gry: «Vi som helsepersonell må våge å være ærlige til foreldrene, ikke jatte med. Hvis ikke helsepersonell nevner overvekten, så kan foreldre si at ingen har sagt dette til dem. Dersom du har et barn med overvekt til oppfølging, si til foreldrene: Det kan hende at dette går

bra eller at det ikke går bra. Spør: Er det noe dere foreldre kan gjøre annerledes hjemme hos dere?»

Klinisk ernæringsfysiolog har forelesning der hun forteller om et balansert kosthold, innhold i ulike matvarer og det å ha gode kostholdsvaner. Kurset avsluttes med en siste erfaringsutveksling med utgangspunkt i deltakernes utfordringer fra første kursdag. På spørsmål om deltakerne har lært noe nytt, har de svart:

– Å etablere sunne matvaner og være fysisk

## «Ut fra barnas svar er det ofte foreldre som må gå i seg selv.»

aktiv (hele familien). Å dele erfaringer med deltakerne. Få tips og gode råd som hjelper oss å nå målet.

– Mye man tror er usunt å spise, er ikke det allikevel. Det er mengden av det som gjør det usunt.

– At andre forklarte at barn spiser hos naboer, venner, kjøper i smug.

### Ta barna på alvor

Helene: «Temadagene har utviklet seg i retningen av at vi har fått med oss familieperspektivet mye mer. Det beste er dessuten når begge foreldrene deltar. Når både mor og far er til stede og hører



hva som blir sagt, og kan jobbe hjemme sammen med felles mål, er det en avgjørende suksessfaktor.» Gry tilføyer: «Motivasjon og endring er et spennende arbeidsfelt. I temadagene formidler vi at det går an å lære seg å se andre muligheter og ikke bare tenke vekt». Linn-Jeanette avslutter: «Dersom barnet ditt kommer til deg og sier: Mamma, jeg har så stor mage! Og i stedet for at du som mor sier: Neida, du er så fin som du er! Så snakker du heller med barnet ditt og spør: Hva kan vi gjøre med det? Da tar du barnet ditt på alvor.» ■

**Referanser:**

1. Danielsen, Y. (2014). Fedme hos barn. Intervensjoner og atferdsendringer i praksis. Kommuneforlaget.
2. Duncan, B., Sparks, J. (2008). I fellesskap for endring. En håndbok i

klient- og resultatstyrt praksis. Gyldendal Akademisk.

3. Fleischer, A.V. og R. Mølbak (2013). Inni og utenpå. Mikkel og Julie veier for mye. Gyldendal Akademisk.
4. Fleischer, A.V. og R. Mølbak (2013). Vent på meg. Mathilde og Oliver veier for mye. Gyldendal Akademisk.
5. Kraft, P. (2014). Selvregulering, om endring av atferd og vaner i det moderne samfunnet. Universitetsforlaget
6. Lund, O. (2012). Senk stresset i familielivet. Mindfulness i foreldrerollen. Gyldendal Akademisk.
7. Vifladdt, E.H. og L. Hopen (2013): Pasientopplæring. Kompetanse – veivalg – lederskap. Kolofon forlag.

ANNONSE



# Kosestund for baby og mor

Jordmødre, ammeveiledere, sykepleiere, fysioterapeuter ved et anerkjent sykehus i Norge, har vært delaktige med å konstruere en fantastisk ammepute som holder hva den lover. Mødre over hele landet kommer med meget gode tilbakemeldinger.

- Mor slapper av i nakke og armer under amming
- Ammeputen festes med et belte som spennes fast rundt mors midje. Babyen ligger stabilt inntil mors bryst, og unngår dermed å skli ned mellom mage og pute
- Ammeputen har en behagelig myk overpute
- Cozyfix ammepute er mindre enn andre. Dette med tanke på at barnet skal ha nærhet til mors bryst. Riktig ammestilling kan minske faren for såre brystvorter.



Føde- og barselavdelinger ved alle de store sykehusene i Norge har tatt i bruk Cozyfix ammepute.

[www.cozyfix.com](http://www.cozyfix.com)





## Som helsesøster får jeg gjennomslag når jeg

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

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



# Bygger bro mellom teori og praksis

Simulering er et godt supplement til de tradisjonelle forelesingene ved helsesøsterutdanningen. Studentene får prøvd sine ferdigheter og blir klar over hva de må øve mer på.

Av **Kari Blindheim**,  
høgskolelektor, Avdeling  
for helsefag, Høgskolen  
Ålesund

Sven **Inge Molnes**,  
høgskolelektor, Avdeling  
for helsefag, Høgskolen  
Ålesund

Inger **Hilde Hagen**,  
høgskolelektor, Avdeling  
for helsefag, Høgskolen  
Ålesund

I følge rammeplan for helsesøsterutdanningen skal høyskolene utdanne sykepleiere til helsefremmende og forebyggende arbeid for og med barn, unge og deres familier. Etter endt utdanning skal helsesøstrene være kvalifisert for arbeid i kommunehelsetjenesten, men studiet kan også være relevant for arbeid innen spesialisthelsetjenesten. Tradisjonelt har helsesøsterutdanningen teoriundervisning på skolen og praksis i kommunehelsetjenesten. Studentene har behov for å forberede seg på ulike situasjoner de vil møte i praksis og dermed hindre at de møter uforberedt i reelle pasient-/brukersituasjoner. I simuleringundervisningen trener studentene på ulike praktiske ferdigheter i trygge omgivelser på skolen. Hensikten er å forberede studentene til praksisstudier og å styrke sammenhengen mellom teori og praksis. I tillegg til handlingskompetente helsesøstre, krever samfunnet bedre pasientsikkerhet og simulering antas å være en velegnet metode for å fremme dette (Føreland, 2009).

Dieckmann, Søreide & Friberg, 2013). Gjennom simulering blir studentene tryggere i eget yrke, de husker bedre og oppnår et høyere læringsutbytte (Mikkelsen, Reime & Harris, 2008; Reime, Harris, Aksnes & Mikkelsen, 2008). Simulering har vist seg å være nyttig i forbindelse med ferdighetstrening, beslutningstaking, kommunikasjonstrening, kompetanseheving, teamarbeid og ledelse (Aase, 2010; Alessi, 2001; Brinchmann-Hansen, Wisborg & Bratlebø, 2004). Ved simulering kan studentene identifisere brukerens/pasientens behov og utføre relevante tiltak, samtidig som de skal mestre behandling og kommunikasjon med både bruker/pasient, pårørende og annet helsepersonell. Videre skal de kunne bearbeide og forholde seg til ny informasjon som de vil få underveis i scenariot.

Det pedagogiske grunnlaget for simulering er å lære gjennom handling, som kommer fra Deweys (1933) «learning by doing». Det forutsetter en læringsprosess preget av refleksjon rundt teoretisk og praktisk kunnskapsbearbeidelse (Molnes & Hunstad, 2014). Schön (1983) skiller mellom to typer profesjonell refleksjon: «reflection in action» der yrkesutøveren bruker en kombinasjon av kunnskap, erfaring og intuisjon parallelt med handling og «reflection on action», der yrkesutøveren tenker over prosessen og konsekvensen i forhold til hendelsen i etterkant. Dette handler om sammenhengen mellom hvordan yrkesutøveren tenker og handler. Refleksjonen medfører at det skapes nye forslag til løsninger eller forståelse av de utfordringer en står overfor, slik at neste gang en står overfor en tilsvarende situasjon utløses «reflection in action». Man vil da være bedre i stand

## «Et viktig poeng med simulering er opplevelse av mestring.»

I denne artikkelen har vi satt fokus på simulering som pedagogisk metode i helsesøsterutdanningen.

### Simulering som pedagogisk metode

Siden 1950 har simulering som pedagogisk metode blitt benyttet med god erfaring i sykepleierutdanningene (Morrison & Catanzaro, 2010). Bevisst bruk av didaktikk kan øke studentene sin læring, og simulering er en metode som kan bidra til dette (Husebø,





**SIMULERING:** Studentene øver på å mestre situasjoner som de må beherske når de skal jobbe som helsesøstre. Illustrasjonsfoto: Colourbox.

til å hente frem den nye kunnskapen/atferden man har planlagt å bruke (Schön, 1983).

Simulering kan tilpasses ulike utdanninger og læringssyn, den er fleksibel, anvendelig og den øker overføringsgraden av læring i forhold til mer tradisjonelle undervisningsmetoder (Aase, 2010; Alessi, 2001; BrinchmannHansen, Wisborg & Brattebø, 2004). Under simulering får studentene øve i trygge omgivelser på situasjoner som krever at de har en mestringskompetanse. Gjennom forsøk på å etterligne virkeligheten vil studentene ha mulighet til å kjenne seg igjen i situasjonen, noe som gir de mulighet til å reflektere over egne ferdigheter og analysere kritisk egne og andres handlinger i et scenario (Jeffries, 2007). Det å delta på simulering kan minske angsten for aktuelle praksissituasjoner blant studentene og gir en god mulighet til å bruke teoretisk kunnskap og tilegne seg ny kunnskap (Phillips et al., 2012). Gjennom simuleringssoppgavene kan studentene trene på kommunikasjon, beslutningstaking og situasjonsforståelse for dermed å øke pasientsikkerheten (Marshall & Manus, 2007).

#### Simulering i helsesøsterutdanningen

Simuleringen ble gjennomført ved bruk av en avansert pasientsimulator (MegaCode Kid) som styres gjennom en kontrollenhet (SimPad). Her kan en for eksempel måle blodtrykk, puls og observere respirasjon. En operatør snakket gjennom pasientsimulatoren og regulerte de ulike funksjonene underveis i scenariet. På denne måten la en til rette for at studentene skulle få mulighet til å trene på en realistisk

## «På denne måten kan en øke pasientsikkerheten.»

situasjon som kan oppstå i praksis uten å utsette pasienten for risiko.

Simuleringen skal gjenspeile læringsutbyttet i fagplanen og en skal være tydelig på hva som er målet med simuleringen for å arbeide mot de kvalifikasjoner og kompetanse som det er forventet at studentene skal tilegne seg. For helsesøsterstudenter finnes det mange tema å simulere. Det kan blant annet være vaksinasjon på helsestasjon, skolevaksinasjon eller prevensjonsveiledning på helsestasjon for ungdom. I dette tilfellet ble temaet vaksinasjon i skolehelsetjenesten valgt. Helsesøster skal her vaksinere elevene med Tetravac og de har fått tilbud om å ta med seg en pårørende under vaksineringen. For at situasjonen

skal være så virkelighetsnær som mulig ble simuleringssenteret innredet som et helsesøsterkontor på en skole.

Følgende læringsutbytte ble formulert:

- Informasjon til barn og mor/far
- Kommunikasjon og samhandling mellom helsesøstre
- Istandgjøring og administrering av vaksine

#### Forberedelse og gjennomføring av simuleringen

Første gang studenter skal simulere får de en teoretisk gjennomgang av denne undervisningsformen og omvisning i simuleringssenteret. Det ble i forkant av simuleringen og praksisøvelsene lagt ut informasjon på Fronter (digital læringsplattform) om aktuell pensumlitteratur, og beskrivelse av det scenario som skal gjennomgås. Dette for at studentene skal få en forståelse for simulering som pedagogisk metode og innsikt i de ulike praksisøvelsene. Et viktig poeng med simulering er opplevelse av mestring. Ved at studentene får vite hvilke tema som skal være gjenstand for simulering på forhånd vil de få anledning til å repetere pensum og å tenke seg inn i situasjonen. Å få mulighet til å forberede seg kan øke mestringsfølelsen under simuleringen. Mestringsopplevelser åpner opp for læring, i motsetning til å oppleve å ikke ha kontroll som kan stenge for læring.

Studentene ble delt inn i grupper på fire som rullerte mellom fem ulike poster; simulering, kommunikasjonsøvelser, administrering av BCG og Mantoux, syn- og hørselstest og litteratursøk på relevant tema. Dette er sentrale områder som studentene kan møte i sine praksisstudier. Øvelser på skolen i forkant av fordypningspraksisen kan gi de erfaring og skape trygghet i forhold til hvordan de skal utføre de ulike prosedyrene og mestre ulike situasjoner. Videre i denne artikkelen beskrives kun simulering i simuleringssenteret.

Før simuleringen fikk studentene en kort gjennomgang (brifing) av hvilke situasjon de skulle ta hånd om før de fikk litt tid til å forberede seg mentalt, reflektere og gjøre seg kjent med omgivelsene «arbeidsplassen» (forberedelsesfasen), før selve handlingen. Det er viktig at studentene får tildelt roller som de får i praksis, derfor ble en helsesøsterstudent tildelt rollen som helsesøster og en student rollen som helsesøsterstudent. De resterende to studentene ble observatører som fikk i oppgave å observere hvert sitt læringsutbytte.

Selve scenariet (gjennomføringsfasen) tok 10-15 minutter avhengig av hvordan scenariet utviklet seg.



**MÅ LÆRES:** Hva gjør helsesøster hvis barnet reagerer på vaksinen? Det kan studentene trene på ved å simulere situasjonen. Illustrasjonsfoto: Colourbox

Selv om caset var det samme ble scenarioet kortere eller lengere avhengig av hvilke handlinger studentene valgte å foreta seg. Simuleringsscenariotet som ble utarbeidet for studentene er en ordinær vaksinasjonssituasjon av en 2. klassing som kommer sammen med mor/far for å få Tetravac. Et par minutter etter at Tetravac er satt får barnet en vasovagal reaksjon. Utfordringen til studentene blir å fange opp signalene og å handle adekvat i forhold til barn og foresatte.

Den siste fasen i simuleringprosessen kalles debrifing og her blir scenarioet systematisk gjennomgått – refleksjon etter handling. Debrifing beskrives som en viktig del av simulering som pedagogisk metode (Reime, Harris, Aksnes & Mikkelsen, 2008).

Det er viktig å ha fokus på studenten sin læring og at studentene opplever mestring i situasjonen. En av fasilitators oppgave er å bygge bro mellom simulering og praksis i debrifingen, da det er gjennom refleksjonene studentene lærer (Husebø, Dieckmann, Søreide & Friberg, 2013). Under debrifingen blir studentene sin kritiske refleksjon over egen adferd trukket frem. Om debrifingen skal kunne fremme studentene sin refleksjon er det viktig at fasilitator strukturerer debrifingen slik at refleksjonen blir dyp nok (Husebø, Dieckmann, Søreide & Friberg, 2013). Dette stiller store krav til fasilitator som bør ha en formell opplæring, som tar for seg pedagogikk, strategier for læring, kommunikasjon og trening i å utføre

simulering. Det er viktig at fasilitator legger til rette for at studentene kan gå fra simuleringen med en positiv følelse og at de har fått artikulert sin tause kunnskap (Lauvås & Handal, 2000). Gjennom simuleringen lærer studentene å begrunne sine handlinger ved å trekke inn teori, erfaring og praksis.

Debriefing foregår i tre faser; Den første er beskrivelsesfasen der studentene beskriver hva som skjedde uten tolkninger, slik at alle skal ha en felles oppfatning av hva som var handlingen. Så kommer analy-

## «Studentene satte stor pris på den praktiske treningen.»

sefasen der de forhåndsdefinerte læringsutbyttene er styrende for den faglige refleksjonen som foregår her. Studentene som var aktive i scenarioet beskriver to-tre ting som de gjorde bra og begrunner dette. Så får de anledning til å fortelle hva de eventuelt kunne gjort annerledes om de skulle komme ut for en lignende situasjon i praksis. Til sist får observatørene anledning til å fortelle hva de opplevde var bra og hva som eventuelt kunne vært gjort på en annen måte ut fra læringsutbyttene. Gjennom den siste fasen, anvendelsesfasen får hver student reflektert over hvordan de vil nyttiggjøre seg denne erfaringer til å forbedre sine kunnskaper og ferdigheter. Simuleringsdagen ble avsluttet med en felles oppsummering.

### Studentevaluering

Evalueringen fra studentene ble gjort gjennom et avkryssningsskjema med kommentarfelt, der studenten kunne skrive inn egne kommentarer.

Totalt 40 helsesøsterstudenter deltok på dagen med simulering og trening på praktiske ferdigheter, 37 av 40 besvarte avkryssningsskjemaet, det vil si 92 %. Det totale læringsutbyttet av simuleringen ble av 97 % (n=36) vurderte som svært bra. I kommentarfeltet kom det frem at studentene satte stor pris på den praktiske treningen, og at de kunne stille spørsmål underveis. Dette førte til at de fikk satt i gang tankeprosesser på en annen måte, og vil føle seg sikrere i yrkesutøvelsen når de kommer ut i praksis. 89 % (n=33) vurderte kvaliteten på scenarioet med vaksinasjon (briefing, simulering og debriefing) som svært bra. De kommenterte at scenarioet var godt forberedt, det var lærerikt å få muligheten til en faglig diskusjon under debriefingen, da man får reflektert over problemstillinger man selv ikke har tenkt på. 100 % (n=37) mente at simulering i stor grad er nyttig

som forberedelse til praksis. Flere kommenterte at i praksis blir man «kastet ut i det», og det er positivt at man kan ha en slik gjennomgang på skolen. Det ble påpekt at dette er med på å skape en trygghet i yrkesutøvelsen, da man får «knagger» å henge teorien på.

### Diskusjon

Bruk av simulering kan være en god måte for helsesøsterstudentene til å videreutvikle sin evne til kritisk refleksjon og de kan opparbeide en handlingskompetanse før møte med bruker i aktuell situasjon. Gjennom praksisdagen (simuleringen og øvelser på praktiske ferdigheter) blir studentene selv klar over hva de kan og hva de trenger å lese/øve mer på. Schön (1987) hevder at det er viktig at en gjennom utdanning stimulerer til og støtter studentene sin refleksjon for å belyse hvordan studentene handler, hva de kan og hvilke kunnskap de har behov for å lese seg opp på, dette får studentene god mulighet til gjennom simulering og øving på praktiske ferdigheter.

For denne praksisdagen valgte vi ut situasjoner/prosedyrer som helsesøsterstudentene vil møte både i praksisstudier og etter endt utdanning. Det å trene på håndtering av akutte situasjoner som kan oppstå ved for eksempel vaksinasjon er av stor betydning for å kunne handle riktig når situasjonene oppstår. Som studentene sier så får de gjennom simuleringen; «... knagger å henge teorien på og en blir mer trygg, får det litt mer i hendene».

For å få et godt læringsutbytte er refleksjon nødvendig da mange situasjoner er komplekse og inneholder et mangfold av muligheter og løsninger (Schön, 1983). Gjennom refleksjon i etterkant kan studentene bli mer bevisst sin tause kunnskapen som Lauvås & Handal (2000) beskriver som kunnskap som vanskelig lar seg beskrive eller uttrykke. Den tause kunnskapen kan sammenlignes med det Schön (1987) betegner som; «Knowing- in- action» som er handling uten å ha behov for å tenke over situasjonen, da den er kjent. Anvendelse av kunnskap i handling og refleksjon i handlingsøyeblikket er noe vi gjør uten at det dermed kan forklares (Schön, 1987).

Schön (1987) etterlyser aksepten for at mye av kunnskapsbyggingen i profesjonsutdanningene skjer i praksisstudiene og han legger vekt på at studentene gjennom refleksjon over sine erfaringer fra konkrete situasjoner kan utvikle kunnskap og bli reflekterte praktikere. Han hevder at både «Reflection-in-action» og «Reflection-on-action», er viktig for å kunne utvikle seg til å bli en reflektert praktiker. Gjennom bruk av simulering og ferdighetstrening som pedago-





giske metoder og rom for refleksjon, følger vi Dewey (1933) sine tanker om hva som er viktig for læring, han mente at studentenes mulighet for refleksjon over sine erfaringer kan hjelpe de til å skape sammenheng. Læring handler både om relevans og realisme. Det er derfor viktig at undervisningen er forankret i praksis, slik at studentene opplever undervisnings situasjonene mest mulig relevant (Benner, Stuphen, Leonard & Day, 2010). Ved å gi studentene mulighet til å få øve på relevante praktiske ferdigheter ser det ut til at en vekker studentene sitt engasjement og fremmer deres

egen aktivitet og dermed stimulere til læring.

### Konklusjon

Vi ser at simulering og ferdighetstrening er pedagogiske metoder som skaper engasjement og aktive studenter. Denne type undervisning kan være et godt supplement til de tradisjonelle forelesingene. Gjennom simulering og ferdighetstrening blir studentene klar over hva de kan og hva de har behov for å sette seg bedre inn i. På denne måten kan en øke pasient-/brukersikkerheten. ■

**ØVELSE GJØR MESTER:** Studentene trener på kommunikasjon, beslutningstaking og situasjonsforståelse. Illustrasjonsfoto: Colourbox.

### Referanser

- Aase, K. (2010). Pasientsikkerhet – teori og praksis i helsevesenet. Oslo: Universitetsforlaget.
- Alessi, S.M. & Trollip, S.R. (2001). Multimedia for learning. Methods and development. 3rd edition. Massachusetts: Allyn and Bacon.
- Benner, P., Sutphen, M., Leonard, V. & Day, L. (2010). Å utdanne sykepleiere. Oslo: Akribe.
- BrinchmannHansen, Å., Wisborg, T. & Brattebø, G. (2004). Simulering – en god metode i legers videre- og etterutdanning. Tidsskrift for Den Norske Lægeforening, 124, 2113-2115.
- Dewey, J. (1933). How We Think. A Restatement of Relation of Reflective Thinking to the Educative Process. Boston: Health & Co.
- Føreland, A.M. (2009). Øvelse gir mestring. Sykepleien, 97, 54-58.
- Husebø, S.E., Dieckmann, P., Sørdeide, E. & Friberg, F. (2013). The Relationship Between Facilitators' Questions and the Level of Reflection in Postsimulation Debriefing. Society for Simulation in Healthcare, 8(3), 135-142.
- Jeffries, P.R. (2007). Simulation in Nursing Education. From Conceptualization to Evaluation. New York: National League for nursing.
- Lauvås, P. & Handal, G. (2000). Veiledning og praktisk yrkest teori. Oslo: Cappelen Akademisk forlag.
- Marshall, D.A. & Manus, D.A. (2007). A Team Training Program Using Human Factors to Enhance Patient Safety. Aorn Journal, 86(6), 994-1011.
- Mikkelsen, J., Reime, M.H. & Harris, A.K. (2008). Nursing student's learning of managing cross-infections-scenario-based simulation training versus study groups. Nurse Education Today, 28, 664-671.
- Molnes, S.I. & Hunstad, I. (2014). Kan simulering forberede studentene til praksis? Psykisk helse og rus, 1, 26-29.
- Morrison, A.M. & Catanzaro, A.M. (2010). High-Fidelity Simulation and Emergency Preparedness. Public Health Nursing, 27(2), 164-173.
- Phillips, J., Grant, J.S., Milligan, G.W. & Moss, J. (2012). Using a Multicultural Family Simulation in Public Health Nursing Education. Clinical Simulation in Nursing, 8, 187-191
- Rammeplan og forskrift for helsesøsterutdanning av 01.12.2005. Oslo: Utdannings og forskningsdepartementet.
- Reime, M.H., Harris, A., Aksnes, J. & Mikkelsen, J. (2008). The most successful method in teaching nursing students infection control – E-learning or lecture? Nurse Education Today, 28, 798-806.
- Schön, D.A. (1983). The reflective practitioner. How professionals think in action. New York: Basic Books.
- Schön, D.A. (1987). Educating the Reflective Practitioner. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.

# Aktuelle bøker

Omslagsfoto Forlagene



## BOKANMELDELSE

Forfatter: Karen Glistrup  
Forlag: Kommuneforlaget 2012  
Anmelder: Marit Handeland,  
helsesøster



### Snakk om angst og depresjon - med barn og voksne i alle aldre

Karen Glistrup har med sin mangfoldige bakgrunn som sosionom, veileder, familie- og psykoterapeut klart å skrive en enkel bok om et vanskelig tema. Hun har et systemisk syn på å hjelpe: man må involvere barn og unge når de voksne har det vanskelig. Derfor er boka bygget opp slik at du på hver side finner noe som passer til de minste og de eldste. Den har lite tekst, bilder og en layout som gjør at du leser det som passer. Du blir invitert til å bla i den, hoppe og finne tema som passer til en samtale. Boka skal nødvendigvis ikke leses fra perm til perm, men plukkes fra. Jeg finner metoder til hjelp til å snakke, kjenne på følelser og til å skalere følelser.

Målgruppa er alle, står det, og det har den klart. Jeg som fagperson kan lese og bli inspirert til å snakke med barn og unge om vanskelige tema. Jeg får også lyst til å ha samtaler med foreldre og barn til stede. Den kan fint anbefales foreldre å ha i hjemmet for å ta samtaler med barn om familiemedlemmer som har angst og depresjon.

Det å være depriment fører ofte til avmakt. Det er ikke lett å forklare hvorfor en har det slik en har det og mange i nærheten kan legge skyld på seg selv for at du er lei deg. Særlig gjelder det barn og foreldre. Derfor er det så viktig å ha samtaler om hva det er å være depriment. Barn forstår at det er noe galt. De trenger å bli møtt i sin ensomhet. Det gir boka hjelp til. For eksempel: hva kan man gjøre da, når noen har det sånn? Den forteller hva man kan gjøre for å «hjelp tankene på vei – man kan bli frisk!» Først er det tegning og korte forklarende tekster om hva man kan gjøre. Så litt tekst som passer for en som er fra ca. 10 år, og helt mot høyre er det en liten tekst til den voksne som forklarer hvordan barn tenker om dette temaet og hvordan man skal gå frem.

## BOKANMELDELSE

Forfatter: Guro Øiestad  
Forlag: Gyldendal  
Norsk Forlag AS 2011  
Anmelder: Elke Nilsen,  
helsesøster



### Selvfølelsen hos barn og unge

«Sjelden lærer man som voksen en følelse å kjenne, som ikke allerede i barndommen har beveget ens sinn.»

*Sitat fra boka hentet fra Sigrid Undset*

Boken anbefales på det varmeste. Den gir fine råd om hvordan voksne kan bekrefte barn og unge. Guro Øiestad er psykolog og spesialist i klinisk psykologi. Sammen med flere andre driver hun Angst og Jubel, samt holder kurs og foredrag.

Boken er strukturert og lettles, den gir pålitelige konkrete råd til foresatte, med gjenkjennbare situasjoner fra de tidlige barneårene til tenårene. Den kan brukes som oppslagsbok for ulike kvalitative metoder som aktiv lytting og speling.

Bokens styrke er at foreldre bevisstgjøres til å se sitt ansvar og sin egen påvirkning i samspillet med barnet. Dette uten å moralisere. Øiestad gir gode verktøy som inntoning. Modellen trygghets-sirkelen omtales og knyttes opp til hele oppveksten, likeså presenteres aktuell hjerneforskning og utviklingspsykologi.

Hvor foresatte kan søke hjelp er inkludert som vedlegg og Øiestad sine referanser oppgis til sist, slik at språket flyter lett mens man leser. Velskrevet bok for en stor målgruppe.

# «Kunnskap er kamferen som holder møllen borte.» Gunvor Hofmo

BOKANMELDelse

Forfatter: Nina Martinsen, Kjell Ivar Andersen, Heidi Strekerud, Sissel Evensen, Christen Torp  
Forlag: Kommuneforlaget 2014  
Anmelder: Sverre Erik Knutsen



## Når blått og gult blir grønt Tverrfaglig samarbeid som arbeidsredskap

Hvorfor skrive en bok om tverrfaglig samarbeid? Er ikke samarbeid noe vi alle gjør når vi møtes i saker der mange instanser blir involvert? Denne bokens forfattere som har sine erfaringer fra PP-tjenesten, BUPP, skolen og helsestasjonen, har i mange år og fra ulike ståsteder jobbet med barn i barnehagen, elever i skolen og med deres familier, og har til sammen en betydelig erfaringsbakgrunn som de her deler med oss.

Hva gjør denne boken annerledes? Ofte blir slike bøker teoretiske. Jeg synes forfatterne presenterer en vinkling som blir noe forskjellig fra andre bøker om tverrfaglig samarbeid. Forfatterne ønsker i boken å gi en bedre forståelse av prosesser og fenomener i tverrfaglig samarbeid i skolen og tilhørende hjelpeapparat, og hvordan dette omsettes i praksis. I dette arbeidet påpeker de viktigheten av å ikke glemme perspektivet til de som mottar hjelpen. Disse stemmene kommer fint frem i kapittel 5.

Deltakerne i samarbeidet med ulike bakgrunn vil skape rom for felles refleksjoner som vil gi en annen versjon enn problemversjonen. Boken viser tydelig at det ikke blir nok å sette seg sammen og tro at vi med det deltar i et tverrfaglig samarbeidsmøte. Det er og en styrke at boken er fra praksisfeltet og reflekterer rundt denne praksisen ved hjelp av tanker knyttet til sosialkonstruksjonismen og postmodernismen.

Boken, som har to deler, oppleves smakfull og ryddig i sin presentasjon. Del 1 omhandler samarbeidsfremmere. Del 2 omhandler og gir god plass til fortellinger fra praksis.

Jeg opplever at boken fokuserer på hele mennesket, som dessverre mange ganger opplever å møte et fragmentert hjelpesystem hvor de selv ikke blir regnet som deltakere. I vår spesialiserte verden vil det være behov for å samordne ulike perspektiv gjennom et genuint tverrfaglig samarbeid der alle stemmene blir hørt.

Altfor mange mennesker har i altfor mange år sittet på altfor mange møter med altfor lite resultat – for klienten eller den andre! Vi erfarer ofte en type tenkning i møtene der det ytres «mer av det samme». Mens det som kanskje må til blir en annen type kvalitativ tenkning. Forfatterne understreker betydningen av kommunikasjon, tillit, respekt, likeverd og trygghet i disse møtene.

Boken viser hvor nyttig det blir å invitere rådsøkerne med i å skape møtet. At rådsøkerne blir tatt med og spurt om hva som fremmer godt tverrfaglig samarbeid oppleves som unikt og noe mer helhetlig enn i andre bøker med det samme tema. Det er ved å kombinere og blande ulike stemmer og meninger at det utvikles noe nytt, slik blir blått og gult til fargen grønt. En slik overskridning av ulike hjelperes faggrenser kan i tillegg generere nye løsninger på brukerens utfordringer.

Det er ikke alltid problemet som er problemet, men måten vi snakker om problemet på. Hva og hvordan det snakkes blir sentralt. Ingen kan kreve forrang på sannheten. Denne postmoderne tilnærmingen med mer samsnakk som forfatterne legger til grunn, utfordrer den tradisjonelle definisjonsmakten til «de som vet at» og sitter med fasiten.

Forfatterne opphøyer betydningen av språket, alle ordene med dets innhold og selve meningsdannelsen vi legger til grunn når vi sammen konstruerer fortellinger om oss selv og andre. Det å kunne gi rom for å løfte frem flere perspektiv og fortellinger, vil kunne opplyse en sak på en mer nyttig måte for klienten.

Boken fylles av positive holdninger om å yte bistand til barn, elever og deres familier. Som fagfolk må vi la oss informere av dem som ber om bistand. Vi viser som fagfolk en litt for stor iver etter å hjelpe den andre og konkluderer dermed litt for fort.

Forfatterne er opptatt av å løfte problemet «ut av» individet, og over til det som eksisterer i rommet mellom oss og de andre. På denne måten blir det vi kaller problem eksterialisert ut av individet, gitt et navn og vi sammen mobiliserer til felles kamp for å redusere innflytelsen til det definerte problemet.

Forfatterne gjør i del 2 et flott forsøk på å fremstille sitt teoretiske perspektiv i lys av gode historier fra egen praksishverdag med påfølgende refleksjoner. Skal jeg være en smule kritisk vil det være at en slik tilnærming vil kreve tid og rom for å møtes. I vår effektive tjenesteiver og med et sterkt individfokus, vil dette kanskje bli en utfordring selv om dette ville vært samfunnsøkonomisk!

Dette bør være en viktig bok på pensumlistene til studenter som ønsker å kvalifisere seg for å jobbe i skolen, helsestasjonen, barnehagen, barnevernet, men også for andre som vil møte barn, unge eller familier med utfordringer, som eksempelvis NAV, PP-tjenesten og BUPP.

# Et felles språk

Public Health Intervention Wheel (PHIW) er en standard som kan benyttes for å definere omfanget av praksis for sykepleie i kommunehelsetjenesten. Hjulet skal gjøre det enklere for sykepleiere og helsesøstre å beskrive intervensjoner sitt arbeid.

Av **Kari Glavin**, professor/  
studieleder, master og videreutdanninger, Høgskolen  
Diakonova

**P**ublic Health Intervention Wheel (PHIW) har sin opprinnelse fra Minnesota gjennom arbeidet til Linda Olson Keller og Sue Strohschein. Begge har arbeidet i Minnesota Department of Health. Den første artikkelen som beskriver hjulet, ble publisert i Public Health Nursing i 1998. Minnesota Department of Health publiserte manualen til the Public Health Intervention Wheel i 2001. Det kom i tillegg flere artikler på trykk som beskriver hjulet brukt i Public Health Nursing i 2004. Så dette er en forholdsvis ny modell. Hjulet er brukt av helseavdelinger over hele USA og er blitt internasjonalt anerkjent som ramme for helsesøsterpraksis/hjemmesykepleiepraksis (public health nursing). PHIW er også brukt i lærebøker og er den teoretiske modellen som brukes i mange sykepleierutdanninger i USA.

## Rammeverk

PHIW beskriver hvilke intervensjoner som er felles for helsesøstre på tvers av ulike kommuner og praksisområder. Bakgrunnen for utvikling av hjulet var at det skulle bli lettere å beskrive hva helsesøstre

communities to improve or protect health status.» (Minnesota Department of Health, 2001)

## Beskrivelse

Den ytre ringen viser 16 av de i alt 17 intervensjonene. Merk at identifisere tilfeller er individuelt nivå for de fire intervensjonene i rød sektor i tillegg til at det er en egen intervensjon. Alle intervensjonene er delt inn i sektorer med ulike farger; gul sektor, orange sektor, blå sektor og grønn sektor har tre intervensjoner hver, mens rød sektor har fem intervensjoner (inkludert Identifisere tilfeller). Alle intervensjoner unntatt delegerede funksjoner er selvstendig sykepleiepraksis.

De tre ringene i midten er praksisnivåer – innerst er individ/familienivå som de fleste er mest kjent med. Det neste nivået er lokalsamfunn/samfunnet og ytterst er systemnivå. Det er ikke individuelt nivå for samfunnsorganisering og alliansebygging, noe som er hensiktsmessig fordi du alltid må arbeide med en gruppe for å gjennomføre disse intervensjonene. Alle intervensjoner i hjulet er basert på behovene i befolkningen på alle nivåer i praksis.

## Eksempler

### Individ-/familiefokusert intervensjon

Helsestasjon: Gjennomføre hjemmebesøk til nyfødte og deres foreldre.

Ungdomshelsetjenesten: Veiledning om bruk av prevensjonsmidler.

### Samfunnsnivå/lokalsamfunnsnivå

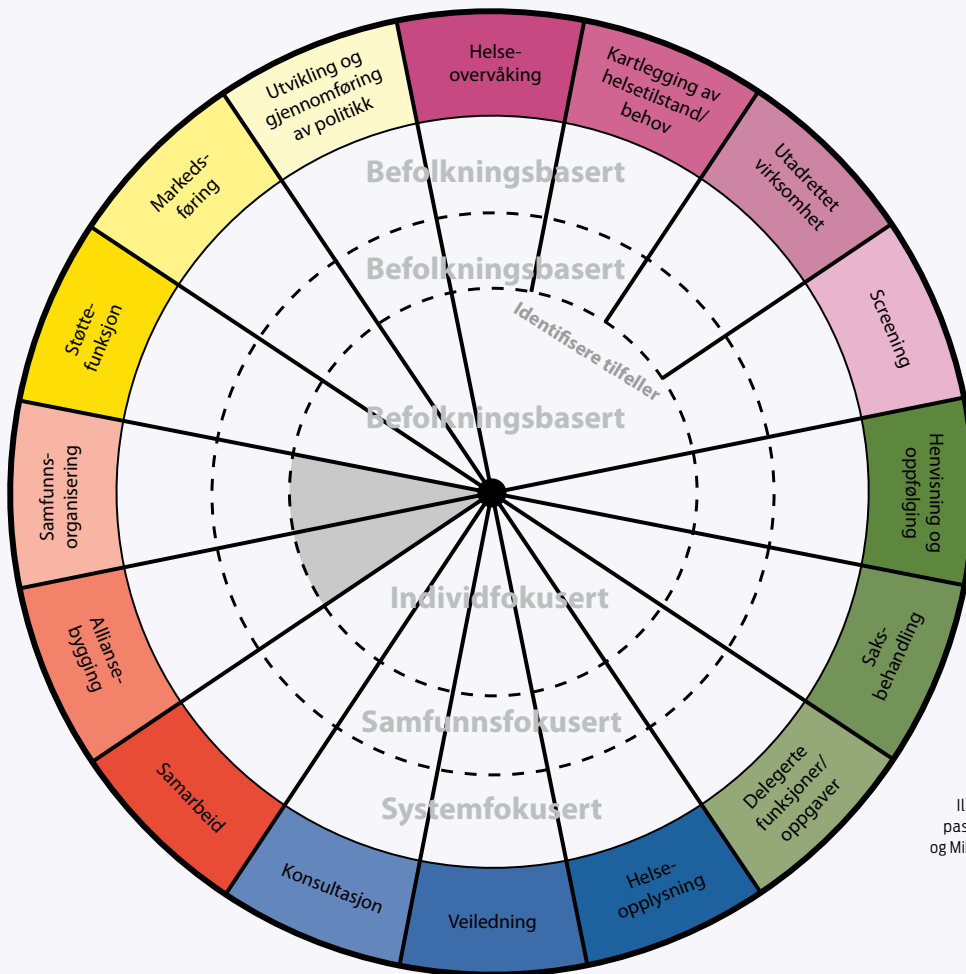
Gruppe av interesse: I utgangspunktet frisk, men helsen kan bli bedre og det er et forebyggende potensial. Eksempel: Skoleelever som må flytte

## «Utfordringene har vært at vi bruker forskjellige språk.»

gjør og dermed også bli lettere å begrunne finansiering og nødvendige ressurser. Utfordringene har vært at vi bruker forskjellige språk for å beskrive hva vi gjør. Ved å bruke hjulet som rammeverk for våre intervensjoner, kan vi få et felles språk til å beskrive intervensjoner i praksis.

«Interventions are actions that PHNs take on behalf of individuals, families, systems, and





**PHIW:** Alle intervensjoner i hjulet er basert på behovene i befolkningen på alle nivåer i praksis. Illustrasjon: Oversatt og tilpasset til norsk av Kari Glavin og Mikkel Stagis Aagaard, 2015.

hjemmefra for å begynne på videregående skole.

**Risikogruppe:** Har en felles identifisert risikofaktor eller eksponering som utgjør en trussel mot helsen. Eksempel: Barn som ikke er vaksinert.

### Systemfokusert praksis

Et system er i denne sammenheng definert som en institusjon eller en organisasjon som eksisterer på samfunnsnivå eller lokalsamfunnsnivå, eller i flere lokalsamfunn. System kan være helsevesenet, helsestasjon, skoler, kirker, frivillige organisasjoner, myndighetsorganer, offentlige etater og bedrifter. Helsesøster praktiserer på systemnivå når de arbeider med lærere, sosialarbeidere, sykepleiere, leger, myndigheter og andre.

System level of practice: «If you are working with members of systems to help these systems

to adapt or change their values, health beliefs, or the way their conduct their business so they can improve their capacity to meet the health needs of those they serve, then you are working at the system level of practice.» (Garcia, Schaffer & Schoon, 2014 s. 17). ■

Dette var en kort beskrivelse av PHIW. I senere artikler vil jeg beskrive de ulike sektorene og komme med eksempler fra praksis.

### Referanse:

1. Garcia C., Schaffer M. & Schoon P. (2014) Population-Based Public Health Nursing Clinical Manual: The Henry Street Model for Nurses, Second Edition, Sigma Theta Tau
2. Minnesota Department of Health (2001) Public Health Interventions: Applications for Nursing Practice (The «Wheel» Manual)



**FÅR HJELP:** Foreldre får støtte til å hjelpe sitt barn. Illustrasjonsfoto: Colourbox.

# Lav terskel – og tidlig innsats

Foreldre til barn med ulike utfordringer får tilbud om å møte fagpersoner fra helsestasjon, PPT og barnehage til samtale i Indre Østfold.

Tekst **Cathrine Løes Sørby**, ledende helsesøster i Askim

**M**ålgruppen for dette tilbudet er barn under skolealder og deres foresatte og omsorgspersoner. Tilbudet innebærer lavterskel-konsultasjonstid for kommunene med representanter fra avdeling for barne- og ungdomspsykiatri og barnehabilitering ved BUP Askim og Åsebråten barne- og

Askim og gjennomføres to dager i måneden. Det er et samarbeid mellom Sykehuset Østfold og kommunene i Indre Østfold.

## Mange tema

Det settes av en time til konsultasjonene og ansatte fra hjelpetjenester som

innhentes samtykke til drøfting og veiledning uten foresatte. Det opprettes ikke sak i spesialisthelsetjenesten på bakgrunn av konsultasjonen, men saker kan henvises på ordinær måte i etterkant hvis behov. Det kan gis inntil tre konsultasjoner på samme sak slik at man gis mulighet til oppfølgingskonsultasjoner.

Følgende er noen temaer som man kan konsultere på dette lavterskeltilbudet:

- Barn med søvn-/spiseproblematikk
- Barn med utviklings- og/eller reguleringsvansker
- Barn med tilknytningsproblematikk

**«Det skapes en god og avslappende atmosfære under samtalene.»**

ungdomspsykiatriske klinikk, seksjon fylkesdekkende poliklinikk. Tilbudet koordineres av ledende helsesøster i

helsestasjon, PPT og/eller barnehage deltar sammen med foresatte. Dersom foresatte ikke ønsker å delta i møtet

- Barn med sosial tilbaketrekning
- Barn med atferds-og/eller emosjonelle vansker
- Adopterte barn og fosterbarn
- Barn som lever i familier der den ene eller begge foresatte har psykiske vansker, et tidligere rusmisbruk og/eller andre psykososiale vansker
- Barn med dobbel risiko, det vil si barn som har en biologisk sårbarhet og som har foresatte som selv strever
- Sårbarhet og belastninger i forbindelse med graviditet

#### Nyttig for alle parter

Konsultasjonstiden oppleves nyttig for både fagpersoner og foresatte. Tilbakemeldinger sier at det er bra at «noen utenfra» er med på å forstå og drøfte en situasjon eller utfordring. Det skapes en god og avslappende atmosfære under samtalen. Foresatte gis anledning til å reflektere over situasjoner og fagpersoners ulik kunnskap om temaet og kjennskap til barnet deles med foresatte og aktuelle hjelpetjenester. Foresatte har tillit til den tverrfaglige vurderingen som blir gjort og barnehagene sier at det er lettere å ta opp vanskelige temaer når man er flere om både å se og drøfte gode strategier for å bistå barn og familie. Tilbudet er også fremmede for samarbeidet mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Man blir bedre kjent med hverandre både i forhold til kompetanse og arbeidsmodeller og opplever gjensidig nytte av veiledning og refleksjon. All den kompetansen som allerede finnes i kommunene suppleres av spesialisthelsetjenesten på en måte som øker både egen og felles kompetanse hos begge parter. Til beste for barn, unge og foresatte. ■

## Forsker på psykisk helse

Hvordan fremme psykisk helse blant elever i videregående skole? Det skal forskere i Sør-Trøndelag studere.

Tekst **Hanne N. Bjørnsen**, helsesøster og Ph.d.-stipendiat ved Høgskolen i Sør-Trøndelag, Institutt for sykepleievitenskap/Senter for helsefremmende forskning

**H**øgskolen i Sør-Trøndelag (HiST) fikk i 2014 tildelt midler fra Norges Forskningsråd til å gjennomføre prosjektet «Health Promotion – Worthwhile? Reorienting community health care services». I samarbeid med Trondheim kommune skal HiST over tre år (2015-2018) skaffe forskningsbasert kunnskap innen tre områder av kommunehelsetjenesten, der et av områdene tar for seg helsefremming i skolehelsetje-

nesten for ungdom og deres familie. Delprosjektet «Psykisk helse hos ungdom: Implementering og evaluering av en helsefremmende intervensjon utført av helsesøster i skolen» er nå i oppstartsfasen. Et spennende prosjekt der forskning og praksis er gitt en god mulighet til sammen å utvikle kunnskapsbasert beste praksis for helsesøster når det gjelder fremming av psykisk helse for elever i videregående skole. ■



**NY KUNNSKAP:** Det skal forskes på ungdoms psykiske helse i Sør-Trøndelag. Illustrasjonsfoto: Colourbox.



# Kvinner med bekkenleddsmerter bør amme

Med jevne mellomrom opplever kvinner med bekkenleddsmerter å høre at ammestopp kan gjøre dem bedre av bekkenleddsmertene. Dette rådet bygger antakelig på en gammel myte. **Tekst Astrid T. Lunestad, frilansjournalist**

**K**vinner med bekkenleddsmerter kommer hjem fra sykehuset med sitt nyfødte barn og ser frem til en fin barseltid. Skåret i gleden kan være sterke bekkenleddsmerter og at bedringen hos noen lar vente på seg. I denne situasjonen opplever noen kvinner at helsesøster, fysioterapeut eller lege antyder at det å slutte å amme kan ha gunstig effekt på bekkenleddsmertene. Antakelig bygger rådet på en udokumentert gammel

myte. Heldigvis har vi dyktige fagfolk som ønsker å få fakta på bordet.

## Myten faller

Manuellterapeut Elisabeth K. Bjelland er helt klar i sin konklusjon. Kvinner med bekkenleddsmerter skal gis samme råd om amming som resten av befolkningen. Basert på data fra den norske mor og barn-undersøkelsen fant hun og kollegene ingen sammenheng mellom ammestopp og reduksjon av bekkenleddsmerter.

Studien tyder på at sannheten er stikk motsatt. Resultatene viste at mødre som ammer lenge er mindre utsatt for langvarige plager med bekkenleddsmerter. Mens mødre som ammer mindre enn tre måneder er mer utsatt for bekkenleddsmerter 18 måneder etter fødselen.

## Hormonelle faktorer

Forskerne spekulerer på om dette kan ha med at hormonelle faktorer i forbindelse med amming påvirker kvinnens smerte-

opplevelse. For eksempel utskilles hormonet oxytocin under amming. Det har tidligere vært vist at dette hormonet kan redusere følsomhet for smerte og det kan derfor påvirke bekkenleddsmertene på en positiv måte.

Studien er en del av et større prosjekt der de studerer svangerskapsrelaterte bekkenleddsmerter. Elisabeth K. Bjelland samarbeider med prosjektleder og professor Malin Eberhard-Gran ved Folkehelseinstituttet, Akershus universitetssykehus og forskere ved Oslo universitetssykehus. Bjelland er postdoktor ved Avdeling for helsetjenesteforskning ved Akershus Universitetssykehus og Divisjon for psykisk helse ved Folkehelseinstituttet. ■

## Referanser:

1. Elisabeth K. Bjelland
2. Breastfeeding and pelvic girdle pain: a follow-up study of 10 603 women 18 months after delivery. Bjelland EK, Owe KM, Stuge B, Vangen S, Eberhard-Gran M.
3. MST-rapporten 1/2013

## ■ Omfang av bekkenleddsmerter

- Halvparten av alle gravide opplever bekkenleddsmerter.
- Hvert år trenger 15000 gravide hjelp fra helsepersonell pga. bekkenleddsmerter.
- To år etter fødsel har 5–7% av de gravide fortsatt store plager.
- Det er over 4000 nye med varierende omfang av langvarige plager hvert år.
- Noen av disse er så plaget at de havner utenfor arbeidslivet.





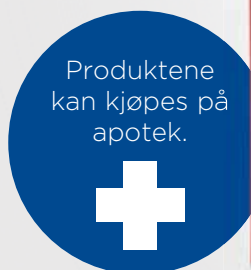
# Endelig ro

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



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

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



Produktene  
kan kjøpes på  
apotek.



For mer informasjon, se [www.semper.no](http://www.semper.no) eller kontakt oss på tel 800 30 580.

# 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 B<sub>12</sub> 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.**



Originalen siden 1949



Mild postei av kylling



En lettere postei



En grovere postei med mer smak

Fri for melk og gluten



En saftig og smøremyk ovnsbakt postei



Porsjonspakninger er praktisk og lett vint til matpakken

Mer informasjon om jern og kosthold finner du på [stabburetleverpostei.no](http://stabburetleverpostei.no)

# 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>





# Melkeallergi – den vanligste formen for matallergi hos små barn

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

Mer informasjon om kumelkallergi og våre allergiprodukter finner du på [www.kumelkallergi.no](http://www.kumelkallergi.no) og [www.nutricia.no](http://www.nutricia.no)

Små melkeallergikere ♥ **Pepticate**



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

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

# Pepticate

– med brystmelken som forbilde

**NUTRICIA**  
Advanced Medical Nutrition