



Tidsskrift for helsesøstre

NR. 3-2014

LANDSGRUPPEN AV HELSESØSTRE NSF



Ny doktorgradsavhandling:

ADHD i familien

Sykepleien

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

ANSVARLIG REDAKTØR

Kristin Sofie Waldum
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

Johan Alvik
Tlf. 92 60 87 06
johan.alvik@sykepleien.no

Astrid Svalastog

Tlf: 97 67 12 62
astrid.svalastog@sykepleien.no

LAYOUT

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

Nina Hauge

nina.hauge@sykepleien.no

Sissel Hagen Vetter

sissel.vetter@sykepleien.no

Monica Hilsen

monica.hilsen@sykepleien.no

TRYKK: Color Print A/S

FORSIDEFOTO: Colourbox

REDAKSJONSKOMITÉ:

Sogn og Fjordane har vært lokal redaksjonskomité for bladet. Frå venstre: Hilde Marit Trovåg, Hilary Hemper, Elisabeth Sæbø, Solveig Heggheim og Kari Ueland.



«Helsesøstertenesta har dreia for mykje over på individretta arbeid.»

Marit Nordstrand, side 20



Innhold

NR. 3-2014



42 ULYKKER: Forebygg brannskader.

7 LEDER: Kristin Sofie Waldum

8 Smånytt

10 Dagliglivet i familier med barn med ADHD

14 LaHs styre og lokale faggrupeledere

16 Tiltak for sårbare familier

20 LEDERSTAFETTEN: Marit Nordstrand

22 Ungdom og kostvaner

28 Aktuelle bøker

30 Hjelp til barn med enurese

34 Rotavirusvaksine i vaksinasjonsprogrammet

37 Program for Helsesøsterkongressen 2015

42 Er brann- og skoldeskader et glemt tema?

50 Internett, førstegongsmødre og amming

54 Grønne tanker om helsesøsterarbeid

58 Emosjonell mestringskompetanse

66 Lærer å bli bedre småbarnsforeldre

70 Kunnskapsbasert praksis og ammeveiledning

30 ENURESE: Barn tegner og forklarer.



LEDER:
Kristin Sofie Waldum



Helsesøstre inntar ekspertrollen

Her om dagen snakket jeg med en journalist om ungdoms bruk av sosiale medier og deres forhold til foreldrene. Etter intervjuet spurte hun om jeg visste om noen andre hun kunne intervjuer om temaet. Jeg nølte litt, og før jeg rakk å svare, sa hun: «Nei, for det er jo dere helsesøstre som kan noe om dette».

«Derfor spør jeg foreldre om de slår,» var overskriften på kronikk fra helsesøster Solveig Ude i Aftenposten nylig. Hun forteller her hvordan hun snakker med foreldre om hva de gjør når de blir sinte på barna sine. Hun snakker om både fysisk og psykisk krenkelse av barn. Dette er et viktig tema som ble delt utallige ganger på sosiale medier. Gjennom LaHs facebookside nådde saken 40 000. Temaet ble fulgt opp i flere artikler i aviser og på TV i ettertid. Det faglige begrunnede budskapet med vekt på barnas beste, gjorde inntrykk på leserne. Det er viktig å ta med seg tematikken inn i arbeidet med nye retningslinjer for helsestasjons- og skolehelsetjeneste. Det er flott at en helsesøster deler sin fagkunnskap og erfaring på dette viktige feltet.

Det har vært mange flotte innslag og oppslag den siste tiden, der helsesøstre bidrar i samsfunnsdebatten. Vi har blant annet sett mange eksempler på at våre kollegaer løfter frem trender som vokser frem i befolkningen. I Stavanger fortalte helsesøstre om at de traff mange ensomme ungdommer i sommer, siden foreldrene hadde reist på ferie uten dem. Helsestasjon for ungdom opplevde rekordbesøk, der det var åpent i ferien vel å merke. I Buskerud ble søvnløse ungdommer satt på agendaen. Småbarnsforeldres sexliv, eller manglende sådan ble trukket frem i Oslo. Disse og mange tilsvarende saker er med på å synliggjøre oss som en faggruppe med et bredt fag- og interessefelt.

Ved nesten daglig å bli kontaktet av journalister, merker jeg som LaH-leder godt at helsesøstres kompetanse er etterspurt. De vil vite helsesøstrenes erfaring fra vårt møte med barn, unge

og familier. Jeg opplever også at vi i større grad får «solgt inn» det vi selv ønsker å få publisert om. Har vi først uttalt oss om Ungdataundersøkelsen, får det ringvirkninger og vi blir spurt om å delta i TV, radio og paneldebatter både her og der.

I tillegg til trender og fagstoff, har vi hatt mye publisert rundt politiske spørsmål, som omskjæring av gutter og utvidet forskrivningsrett på prevensjon. Politikere tar også direkte kontakt for å høre vår mening. Ukentlig er det også oppslag fra hele Norge i forhold til de statlige midlene, som er bevilget til helsestasjons- og skolehelsetjenesten og som i varierende grad er brukt etter intensjonen. Helsesøstre på Sunnmøre fikk blant annet et flott førstesideoppslag om dette.

Det er ikke lenge siden vi snakket om at vi ikke ble hørt og irriterte oss over at vi i så liten grad ble etterspurt for vår fagkompetanse, vi er virkelig kommet et stykke videre. Vi inntar i mindre grad offerrollen, vi hever heller røsten og fremmer et logisk og faglig budskap. Det viktigste av alt er at vi snakker mer på vegne av barn og unge, enn på vegne av oss selv. Dette siste er helt i tråd med Sykepleierforbundets intensjon om «mer fag inn i den politiske retorikken».

Denne høsten er det Sogn og Fjordane som har vært lokal redaksjonskomité for bladet. Det ser ut til at dette tidsskriftet inneholder noe for helsesøstre i alle typer stillinger. Ernærings er en rød tråd gjennom flere av artiklene. Ellers er vi glade for å kunne presentere nok en spennende helsesøster – doktorgrad.

Vi skal fortsette å kaste oss fram på. Ikke fordi vi digger oss selv, men fordi vi «kan noe» om barn og unge.

Kristin Sofie Waldum

LEDER AV LANDSGRUPPEN AV HELSESØSTRE NSF

Kan øke risiko for MS

Fedme fra barndom til ung voksen alder kan være en risikofaktor for å utvikle multippel sklerose, viser norsk forskning.

I studien, som er publisert i Multiple Sclerosis Journal, har MS-pasienter og friske kontrollpersoner i Norge og Italia svart på spørsmål om egen kroppsstørrelse.

Analysene viser at de mest overvektige i Norge hadde økt risiko for MS-sykdom sammenlignet med normalvektige.

Kilde: dagensmedisin.no



CP kan være arvelig

Tidligere trodde man at Cerebral parese (CP) i de fleste tilfeller skyldtes skader i forbindelse med fødselen, men en ny studie viser at noe av årsaken kan skyldes arvelige faktorer.

Forskere mente tidligere at de fleste CP-tilfellene oppsto under fødselen som følge av oksygenmangel.

En ny studie viser at noe av risikoen for CP kan spores tilbake til foreldrene.

Kilde: fhi.no

SMÅNYTT

Foreldre bør spørres om de slår sine barn

Alle grader av vold og fysisk avstraffelse er et overgrep. Forskning viser at selv vold som ikke er alvorlig nok til å gi varige fysiske skader, kan ha psykiske følger i form av frykt og utrygghet hos barnet.

De siste årene har vi hatt en rekke rettssaker der historier er avdekket om barn som har vært utsatt for systematisk vold i årevis, uten at skole, helsevesen, barnevern eller politi har grepet inn og forhindret mishandlingen.

Helsesøster Solveig Ude skriver i en kronikk i Aftenposten at hennes erfaring er at foreldre som utøver mild vold mot barna sine, innrømmer det når hun spør dem om de slår.

Dette viser hvilken atmosfære av tillit som kan skapes gjennom et førstelinjetilbud som helsesøstertjenesten. Mens de færreste fortelle om det til barnevernet av frykt for å bli fratatt omsorgen, er den almene tillit trolig større til en helsesøster uten sanksjoner og tvangsinngripen som en del av sin verktoykasse.

Kilde: Leder Aftenposten



«Barn er jordens levende blomster.»

Maksim Gorkij

Unge plages av slitasjegikt



Ny forskning viser at barn og unge rammes oppsiktsvekkende ofte av slitasjegikt i kjeven.

Artrose i kjeven oppstår når den beskyttende leddbrusken blir svekket. Underliggende ben blir skadet og endrer form. Alle delene i leddet blir rammet, og pasienten kan ha store smerter og problemer med å bruke munnen på en normal måte.

– Jeg har sett røntgenbilder av kjeveledd til ungdom

som ser ut som kjeveledd hos pasienter over 50 år, sier tannlege og doktorgradsstipendiat Anna-Karin Abrahamsson på Det odontologiske fakultet ved Universitetet i Oslo (UiO).

Slitasjegikt kan også forekomme hos ungdom og barn, men dette har vi lite kunnskap om. I Norge tar det ofte lang tid å få diagnose og behandling for barn og ungdom med ansiktssmerter og funksjonsproblemer i kjeven.

Kilde: forskning.no

Blir syke i jakten på det perfekte

Mange ungdommer plages av bekymring, stress og søvnproblemer, viser forskning utført ved Høy-skolen i Oslo og Akershus.

– Perfeksjonismejaget har blitt en del av ungdomskulturen. Det er ikke lenger bare topresenten av ungdommer som er ekstreme perfeksjonister, eller femprosenten som leser veldig mye lekser. Omfanget av plagene har økt blant ungdom, spesielt jenter.

Kilde: nrk.no

Økologisk mat og svangerskapsforgiftning

Gravide som ofte spiser økologiske grønnsaker har lavere risiko for å få svangerskapsforgiftning enn kvinner som sjelden eller aldri gjør det. Det viser en artikkel med data fra Folkehelseinstituttets store Mor og barn-undersøkelse (MoBa) som nylig ble publisert i British Medical Journal Open.

Undersøkelsen omfattet 28.192 kvinner som deltok i MoBa fra 2002 til 2008.

Kjelder: fhi.no



Kan skrive ut prevensjon

Helseministeren vil at helsesøstre og jordmødre skal kunne skrive ut prevensjon til alle kvinner

Forslaget er et tiltak for å få ned aborttallene. Det er en utvidelse av en ordning hvor helsesøstre og jordmødre har fått skrive ut enkelte typer prevensjon til jenter fra 16 til og med 19 år.

Kilde: vg.no

Tekst Astrid Svalastog Foto Colourbox

Lovende behandling av autisme-symptomer

Allerede når barnet er seks måneder kan det være mulig å se de første symptomene på autisme. For barn med slike symptomer kan tidlig behandling utgjøre en enorm forskjell.

En mindre studie utført ved Universitetet i California, har fulgt opp en liten gruppe med spedbarn på mellom seks og femten måneder, som viste tidlige tegn på autismespekterforstyrrelser (ASF). Barna kom fra familier hvor et eldre søsken hadde ASF eller hvor foreldrene hadde søkt om hjelp fordi de var bekymret for barnets utvikling.

Behandlingsprogrammet *Infant Start* består blant annet av øvelser for å få rettet barnets oppmerksomhet mot foreldrenes ansikt og stemmer, foreldrenes etterligninger av barnets lyder og bevegelser og bruk av leker for å tiltrekke barnets oppmerksomhet.

Kilde: vg.no



Treningspress ødelegger barnelek

Å gjøre lek til en treningsøkt saboterer andre fordeler ved aktiviteten, mener forskere.

Katherine Frohlich fra Universitetet i Montreal har undersøkt hvordan barn oppfatter betydningen av lek, og mener at lek ikke bare kan handle om kaloriforbrenning.

Ved å intervju 25 barn mellom 7 og 11 år, fikk forskerne innsyn i hva barna tenkte om lek. De ble også utstyrt med kamera for å ta bilde av det de likte å leke med.

Bildene viste mye sport i form av sykler, fotballer og hockey, men aktiviteter som strikking, lesing, film og spill var like fremtredende.

– Lek er en måte å oppnå ulike hensikter på, inkludert å forbedre fysisk helse. Vi må sikre barns utvikling og forhindre overvekt. Men må vi forvrenge lek for å oppnå dette? Spør hun.

Kilde forskning.no



Dagliglivet i familier med barn med ADHD

Helsesøster er en viktig samarbeidspartner for foreldre med barn med ADHD, og er til god hjelp som koordinator og følgesvenn i hjelpeapparatet.



Av Øyfrid Larsen Moen, helsesøster med doktorgrad i sykepleie, førsteamanuensis ved Høgskolen i Gjøvik

Karrierer settes på vent, parforhold ryker, søsken havner i skyggen og blir både opprørere og diplomater. Utfordringene er mange og livet i en familie med barn med ADHD er krevende. Men det er også givende.

I min doktorgradsavhandling har jeg intervjuet sju familier, med til sammen 23 familiemedlemmer: Foreldre, søsken og barn med ADHD. Jeg har også sendt ut spørreskjemaer hvor 265 foreldre, 217 mødre og 48 fedre, deltok. Siden jeg er helsesøster

selv intervjuet jeg 19 helsesøstre om deres oppfatning av sin rolle knyttet til disse familiene.

Dagliglivet i familien

Livet i familier med barn med ADHD er både krevende og givende. Foreldrene beskriver at de kjemper i balansekunsten mellom å opprettholde seg selv og foreldrerollen. Foreldrene opplever frustrasjon, skyld og en sorg over at livet ikke ble som de hadde tenkt, men også en lettelse når barnet får diagnosen

og et håp for framtida. De kjemper for å bli akseptert og inkludert både i det sosiale - og i det profesjonelle nettverket. Det blir ofte tungrodd og en dragkamp mellom foreldrene og de profesjonelle om hvem som eier sannheten. En far forteller «De trodde nok vi var litt dårlige foreldre for å si det slik, at vi ikke satte grenser. Du leste det mellom linjene da de pratet». Mange foreldre opplever at de er koordinatører mellom etatene og må være sitt barns saksfører. Det er avgjørende for familiefunksjonen å få god veiledning med åpenhet, støtte og tillit fra profesjonelle og spesielt i kommunehelsetjenesten.

Få eller ingen venner

Mellom 3 – 5 % av barnebefolkningen i Norge har ADHD. Å ha ADHD kan være som å se på tjuv-TV-kanaler samtidig og alle inntrykk tas inn like sterkt. Det å fange opp muntlige beskjeder, bearbeide informasjon, følge instruksjoner og forstå sosiale koder kan være vanskelig.

Barna med ADHD forteller at de har få eller ingen venner og at de sliter med å forstå eller bli forstått av omgivelsene. «Plutselig er alle vekk i friminuttet, så får jeg ingen å være med» sier en åtteårig gutt. Lekekamerater fra nærmiljøet vil ofte ikke leke med barnet med ADHD på skolen. Andre voksne oppleves ofte som intolerante, det smelter når barnet ditt ikke får være med i leken, eller ikke får være med venner hjem fordi de voksne mener barnet med ADHD er bråkete og uskikkelig. Foreldre føler også at andre foreldre ser på dem som dårlige foreldre, uten evne til grensesetting.

Søsken beskriver også at deres sosiale liv påvirkes og en bror forteller «Jeg likte meg best hjemme, men jeg hatet å ha han nær meg, og ville ikke ha med venner hjem fordi jeg ikke ville at de skulle se hvordan han var mot meg».

Å lære av hverandre

Oftest viser det seg at flere i familien har ADHD og foreldre kjenner igjen seg selv i sine barn. Flere foreldre hadde fått diagnosen i voksen alder. I de familiene hvor foreldrene selv har ADHD, ser det ut som at foreldrene sliter mer med å mestre den komplekse hverdagen og se sammenhengene. De er dermed mer sårbare. Konflikten kommer oftere i disse familiene da foreldre som selv har ADHD ikke klarer å overse trivielle hendelser.

Å ha et fristed utenfor hjemmet, som en fritidsaktivitet, er viktig både for foreldre og søsken for å ha overskudd til familien. Men familiene lærer

Hva er ADHD?

ADHD er en neurologisk diagnose som rammer tilpassings- (adaptive-) funksjoner relatert til styrings- (executive-) funksjoner som arbeidsminne, selvregulering, motivasjon og innlæring og bruk av språk. Barn med ADHD har atferds symptomer som uoppmerksomhet, hyperaktivitet og impulsivitet. Men dette varierer fra individ til individ, i ulike situasjoner og gjennom livet.

også å leve med ADHD. Noen bruker en whiteboardtavle i gangen for å strukturere hverdagen. Struktur og rutiner bidrar til at familien fungerer bedre sammen. Erfaringsutveksling og utvikling av ferdigheter for å leve med ADHD beskrives som essensielt. En gutt på tretten forteller «En gang hadde ikke broren min tatt medisiner før han gikk på skolen – han beskrev det som en forferdelig dag og da vil ikke jeg prøve det».

Medisinering

Medisinering er et av mange tiltak. De familiene der barnet ble medisiner rapporterte om mindre atferdsproblemer hos barnet, bedre familiefunksjon, og mer sosial støtte enn de med ikke-medisinerte barn. Barn beskriver at de klarer å fokusere på den,

«Det smerter når barnet ditt ikke får være med i leken.»

ene oppgaven og ikke ta inn alle inntrykk like sterkt. Det er også viktig å se barnet bak diagnosen. Barna beskriver seg selv som mer kreative og innovative enn andre. Får de hjelp til å kanalisere den enorme energien sin i riktig retning kan de bli en suksess.

Helsesøsters rolle

Å støtte familien som helhet er helsesøstrene fokusert på for å etablere en god relasjon til familien, foreldrene og barnet. Som en del av å støtte familien som helhet, blir det å bidra til at foreldrene opplever å bli sterkere i sin foreldrerolle viktig. Tillit, dialog og evnen til å balansere informasjon er viktig. For å møte barnet i dagliglivets utfordringer må helsesøster først og fremst være tilgjengelig i skolen. Det er lite fokus på diagnosen til barnet i samtaler mellom helsesøster og barnet, men mer på for eksempel de sosiale problemene som å lære seg sosiale koder og regler. Å ha fokus på hele familien kommer fram som det som er kjernen i sykepleie og helsesøstertje-

nesten «Du kommer ikke noe sted hvis du bare jobber med en person i en stor familie». Å forstå barnet innebærer at helsesøster må bruke sin profesjonelle kompetanse i å forstå hva som er spesielt med nettopp dette barnet. På den ene siden ser de at noen barn har behov for en diagnose, men på den andre siden er de redd for at å bruke diagnosekriterier for tidlig kan stenge noen dører. Men de etterspør retningslinjer og verktøy for å skille ut hvem som trenger hjelp. Valget av tid på dagen og arena for observasjonen er viktig for å kunne forstå barnet.

Tverrfaglig samarbeid

Åpenhet, aksept og støtte i det sosiale nettverket, og veiledning og tilrettelegging fra de profesjonelle, er essensielt. Det er viktig at familien blir tverrfaglig tatt hånd om allerede fra barnehagealder, og at etatene samarbeidet tett og aktivt, både barnehage, skole, PP-tjenesten, helsesøster og BUP.

Observasjon i tverrfaglige team kan bidra til at barnet blir fanget opp og får hjelp så tidlig som mulig - i stedet for å vente og se. Helsesøstrene oppfattet sin rolle i det tverrfaglige arbeidet forskjellig – noen sier de er aktive samarbeidspartnere, mens andre velger å ikke involvere seg da det er mange andre som hjelper disse familiene. Samtidig påpekes det at det er en utfordring at disse familiene

«Å ha ADHD kan være som å se på tjuv tv-kanaler samtidig.»

får hjelp over tid. Det beskrives at mange hjelpere er inne med tiltak i familien i starten, men så risler det av og til slutt står helsesøster igjen alene. Tverrfaglig samarbeid oppfattes ikke som enkelt da informasjonsflyten fra for eksempel BUP (Barne- og ungdomspsykiatrien) blir dårlig, og at helsesøster ikke får den informasjonen foreldrene forventer at helsesøster har fått. Noen beskriver at de ikke riktig vet hvem de skal henvise til når de blir urolige for et barns utvikling. Organisering av tjenesten beskrives som en faktor som gjør samarbeidet vanskelig. De kommunene som har en mer samlet organisering, som for eksempel familiens hus, synes det å gå lettere.

FASTE OPPGAVER: Struktur og rutiner kan bidra til at familien fungerer bedre sammen. For eksempel kan dagens gjøremål skrives på en tavle, slik at alle ser hva som forventes av dem. Illustrasjonsfoto: Colourbox.

Helsesøster er en viktig samarbeidspartner som kan være koordinator og følgesvenn i hjelpeapparatet. ■

Doktorgradsavhandlingen som denne artikkelen bygger på består av fire delstudier. Les hele avhandlingen her: «Everyday life in families with a child with ADHD and public health nurses' conceptions of their role». <http://kau.diva-portal.org/smash/record.jsf?pid=diva2:697269>

Referanser:

1. Moen, Ø. L., Hall-Lord, M. L., & Hedelin, B. (2011). Contending and Adapting Every Day: Norwegian Parents' Lived Experience of Having a Child With ADHD. *Journal of Family Nursing*, 17(4), 441-462.
2. Moen, Ø. L., Hall-Lord, M. L., & Hedelin, B. (2014). Living in a family with a child with Attention deficit hyperactivity disorder: A phenomenographic study. *Journal of Clinical Nursing*. doi:10.1111/jocn.12559 doi:10.1111/jocn.12559
3. Moen, Ø. L., Hedelin, B., & Hall-Lord, M. L. (2013). Public health nurses' conceptions of their role related to families with a child having Attention-deficit/hyperactivity disorder. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. doi:10.1111/scs.12076



LaHs styre og lokale faggruppetledere 2014-2016



LaHNSF styre 2014-2016



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



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



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



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



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



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



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



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

OSLO

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

ØSTFOLD

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

AKERSHUS

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

HEDMARK

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

OPPLAND

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

BUSKERUD

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

VESTFOLD

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

TELEMARK

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

AUST-AGDER

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

FINNMARK

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

ROGALAND

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

VEST-AGDER

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

HORDALAND

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

SOGN OG FJORDANE

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

MØRE OG ROMSDAL

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

SØR-TRØNDELAG

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

NORD-TRØNDELAG

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

NORDLAND

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

TROMS

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

Tiltak for sårbare familier

Kunnskapssenteret har oppsummert forskning om seks typer tilpassede tiltak til sårbare grupper. Rapporten vil være en del av kunnskapsgrunnlaget for Helsedirektoratets nye retningslinjer for helsestasjonstjenesten.

Tekst Annhild Mosdøl, Nora Blaasvær og Gunn Elisabeth Vist

Norske helsestasjoner har en unik posisjon ved at de kommer i kontakt med nær alle familier med små barn. Helsestasjonstilbudet er et allment rettet program, i tråd med den norske velferdsmodellen, men det gjøres også mange tilpasninger ut fra foreldrenes og barnas forutsetninger og behov. Gjennom innvandring har befolkningen blitt mer mangfoldig, og dialogen mellom helsesøstre og foreldre står overfor nye utfordringer. Imidlertid viser studier at barn og foreldre med lav sosioøkonomisk status også har flere helseproblemer og kommunikasjonsutfordringer i møte med helsetjenesten. Tilrettelagte tjenester kan være nødvendige for at slike familier skal få en likeverdig behandling og en like godt tilbud.

Helsedirektoratet utarbeider nye, kunnskapsbaserte, retningslinjer for helsestasjonstjenesten 0-5 år. Kunnskapsbasert praksis i helsevesenet er å ta faglige avgjørelser basert på tre pilarer: Systematisk innhentet forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap gjennom praksis og refleksjon over faget, og pasientens ønsker og behov. Helsedirektoratet ba Nasjonalt kunnskapssenter for helsestasjonstjenesten (Kunnskapssenteret) om å oppsummere forskning om mulige forsterkede tilbud til sårbare familier. I denne artikkelen forklarer vi hva slags rapport Kunnskapssenteret har laget, beskriver hovedfunnene og oppsum-

merer noen viktige forhold for å forstå hvordan rapporten kan brukes.

Oversikt over oversikter

Bestillingen til Kunnskapssenteret var at vi skulle oppsummere effekt av tiltak som tilpasser helsestasjonstjenesten eller tilsvarende helsetjenestetilbud til familier med lav sosioøkonomisk status, etniske minoritetsfamilier eller tenåringsmødre, eller tiltak til mødre med fødselsdepresjon som kan fremme mors samspill med barnet. Dette er i praksis mange forskningsspørsmål. For slike brede problemstillinger publiserer ofte Kunnskapssenteret en oversikt over systematiske oversikter. Det vil si at forskningen som blir innsamlet, vurdert og analysert er systematiske oversikter, ikke enkeltstudier. En systematisk oversikt oppsummerer resultat fra flere enkeltstudier om samme emne for et klart definert forskningsspørsmål.

Fordelen med en oversikt over systematiske oversikter er at vi kan dekke et større temaområde på en effektiv måte. Den viktigste begrensningen er at vi er prisgitt hva andre forskere har oppsummert kunnskap om. Derfor kan det finnes forskning om relevante tiltak som ingen har oppsummert ennå eller dokumentasjon om andre utfall for de tiltakene vi har beskrevet. I rapporten har vi kun systematiske oversikter av høy metodisk kvalitet som så på effekter av tiltaket, ikke hvorfor et tiltak har effekt. Vi søkte etter litteratur i 13 databaser, vurderte

7184 titler og sammendrag, leste 178 av disse artiklene i full-tekst og inkluderte ti systematiske oversikter som omhandlet tilpassede tiltak.

Seks hovedtyper

I mange av de inkluderte studiene hadde deltakerne mer enn ett kjennetegn. De var for eksempel både tenåringsmødre, fra en etnisk minoritet og hadde lav sosioøkonomisk status. Derfor var det mest hensiktsmessig å presentere resultatene etter hovedtyper av tiltak, snarere enn etter hvilken populasjon tiltaket ble gitt til. Her presenteres de tiltakene og utfallsmål som fantes i de systematiske oversiktene. Vi så også spesielt etter om tiltakene kunne ha uønskede effekter, for eksempel følelse av maktesløshet blant foreldrene, men ingen beskrev slike utfallsmål.

Rådgiving, opplæring og informasjon

En systematisk oversikt (ti studier fra USA og Storbritannia) oppsummerte effekt av at helsearbeidere gav rådgiving, opplæring og informasjon om amming tilpasset mødre med lav sosioøkonomisk status sammenliknet med bare å få standard helsetilbud der studien ble gjennomført. Tiltakene besto av ulike kombinasjoner av strukturert eller tilpasset ammeopplæring, personlig veiledning, telefonstøtte, informasjonsmateriale, og i en studie hjemmebesøk ved ammeproblemer. I flertallet av studiene møtte kvinnene helsepersonell hyppig i tiden før og etter



MER KUNNSKAP: Det hadde vært ønskelig med mer forskning om hva som har god effekt blant sårbare grupper. Illustrasjonsfoto: Colourbox.

fødsel. Vi vurderte at denne type tiltak trolig øker andelen som starter å amme og som ammer ved oppfølging etter 3-6 måneder. Muligens øker det også andelen som fullammer.

Hjemmebesøksprogram

To systematiske oversikter (33 studier fra USA, Canada, Australia, UK, New Irland, Zealand, Tyrkia) oppsummerte effekt av hjemmebesøksprogram til familier med lav sosioøkonomisk status sammenliknet med bare å få standard helsetilbud der studien ble gjennomført. Den ene så på forekomst av ulykker og den andre vaksinasjon. De fleste av hjemmebesøksprogrammene besto av mange elementer, inkludert hyppig kontakt - majoriteten tilbød ukentlige hjemmebesøk over flere måneder - med bred veiledning om barnets helse og utvikling, sosiale forhold og foreldrerollen, alt gitt i hjemmet. Flere tilbød også foreldretrening i grupper, tilpasset læringsmaterieell eller støtte til å opp-

søke andre sosiale tjenester. Vi vurderte at denne type tiltak trolig reduserer antall barneulykker noe, men det er usikkert om tiltaket fører til at flere fullfører anbefalte barnevaksinasjoner.

Foreldretreningensprogram

To systematiske oversikter (16 studier fra USA, Canada, Australia, Tyskland) oppsummerte effekten av tilpassede foreldretreningensprogram sammenliknet med bare å få standard helsetilbud der studien ble

atferd eller psykisk belastning, uten at barnet selv har diagnose. Vi vurderte at denne type tiltak muligens kan forebygge noe utagerende atferd hos barnet. Foreldretreningensprogrammene tilpasset tenåringsforeldre var relativt ulike. Vi vurderte at dokumentasjonen var for mangelfull til å si noe om effekt av disse programmene på mors samspill med barnet.

Hjemmebaserte simuleringsprogram

En systematisk oversikt (sju studier

«Tiltak kan ha ulik effekt i forskjellige befolkningsgrupper.»

gjennomført. Den ene så på forebygging av utagerende atferd hos barnet og den andre på mors samspill med barnet. Foreldretreningensprogrammene i den første oversikten var «De utrolige årene» eller «Triple P» gitt selektivt. Selektivt vil si at foreldrene har en risikofaktor, slik som bosatt i sosialt belastet bomiljø, risiko-

fra USA, Canada, Bermuda, Jamaica, Irland) oppsummerte effekt av hjemmebaserte simuleringsprogram til familier med lav sosioøkonomisk status sammenliknet med ingen tiltak. Hjemmebaserte stimuleringsprogram har trolig ikke vært gjennomført i Norge, og ligger i grenseland mellom helsestasjonstjenestens og

utdanningssystemets virksomhetsområder, med læreplan og materiell tilpasset målgruppen. Vi vurderte at det er usikkert om denne type tiltak har effekt på barnas emosjonelle og kognitive utvikling.

Oppsøkende likemannsarbeid

Tre systematiske oversikter (16 studier fra USA, Canada, Bermuda, Jamaica, Irland) oppsummerte effekt av støtte eller oppsøkende arbeid utført av likemenn eller lekfolk til familier med lav sosioøkonomisk status sammenliknet med bare å få standard helsetilbud der studien ble gjennomført. De tre oversiktene oppsummerte effekt på henholdsvis amming, vaksinasjon og sunne kostvaner i form av fruktinntak. I noen av studiene hadde likemennene en rolle som veiviser med tanke på å utnytte helsevesenets muligheter til beste for barnet. I andre studier gav de rådgiving og støtte. I noen studier var de betalt og jobbet tett med helsepersonell, i andre studier var de frivillige. Likemennene kom gjerne fra samme sosiale og kulturelle gruppe som familiene de skulle oppsøke og de fleste var kvinner. Vi vurderte at denne typen tiltak trolig har liten effekt på andelen som starter å amme, men kan muligens gi en betydelig økning i andelen som fullammer i første halvår. Slike tiltak fører også trolig til at flere fullfører anbefalte barnevaksinasjoner, men gir trolig ingen endring i fruktinntak hos barna.

Deprimerte mødre

En systematisk oversikt (åtte studier fra USA, Storbritannia, Brasil, Irland, Mexico) oppsummerte om ulike tiltak for deprimerte mødre kan påvirke mors samspill med barnet og barnets utvikling. Studiene kan kategoriseres i to hovedgrupper av tiltak: Ulike former for individuell terapi eller mødregrupper som fikk støtte, opplæring i å tolke barnets signaler eller opplæring i baby massasje. Vi vurderte at dokumentasjonen var for begrenset til å si noe om effekten av slike tiltak på mors samspill med barnet og barnets utvikling.

Dokumentasjonen

En viktig del av arbeidet med en slik rapport er å vurdere kvaliteten på dokumentasjonen som er samlet. All forskning har styrker og svakheter som påvirker resultatene. En god systematisk oversikt vurderer kvaliteten på de inkluderte studiene og beskriver hva de har funnet. På Kunnskapssenteret og i Helsedirektoratet benyttes GRADE-metoden for å vurdere kvaliteten på dokumentasjonen og til å dokumentere vurderingene slik at andre kan bedømme om de er enige i konklusjonene. For mange av resultatene i rapporten hadde vi middels til lav tillit til dokumentasjonen om effekten av tiltaket. Dette skyldes oftest svakheter i gjennomføring av studiene og små studier med få målinger.

Det er viktig å legge merke til at når vi har lav tillit til dokumentasjonen betyr det ikke at tiltaket er ineffektivt, men at datagrunnlaget er svakt med hensyn til å si noe om hvor store eventuelle effekter er eller ikke er. Majoriteten av studiene var gjennomført i USA, ofte i fattige eller sosialt belastede populasjoner. Dette er viktig informasjon når man skal vurdere om resultater fra land med andre organiseringer av standard helsetjenestetilbud kan brukes som grunnlag for norske retningslinjer.

Fra forskning til retningslinje

Rapporter fra Kunnskapssenteret inneholder ikke anbefalinger til hvordan retningslinjene skal utformes - de oppsummerer hva forskningen sier og hvor stor tillit vi har til denne dokumentasjonen. Når Helsedirektoratet skal utforme retningslinjene må de også vurdere annen type kunnskap og en rekke andre forhold, spesielt klinisk erfaring, verdier, ressursbruk, akseptabilitet og gjennomførbarhet. Rapporten vår viser også hvor det mangler viktig oppsummert forskningsdokumentasjon. Det hadde vært ønskelig med enda mer forskning om hva som har god effekt blant sårbare grupper. Ingen av de systematiske oversiktene så etter effekt av tiltak tilpasset etniske minoriteter eller



ETNISKE MINORITETER: Ingen av de systematiske oversiktene så etter effekt av tiltak tilpasset etniske minoriteter eller innvandrerforeldre. Illustrasjonsfoto: Colourbox.

innvandrerforeldre. En del av studiene om lekmannsarbeid var utført blant immigranter, så disse funnene er muligens overførbare til denne gruppa. Mer og mer forskning viser at tiltak kan ha ulik effekt i forskjellige befolkningsgrupper. I noen tilfeller kan samme tiltak til alle føre til større forskjeller i helse mellom de ressurssterke og de mer ressurssvake. Gjennom arbeidet med rapporten kom det fram at det finnes mye oppsummert forskning om tiltak for småbarnsforeldre generelt, men få forfattere har vært bevisste på å belyse sårbare grupper spesielt. Vi forsøker å formidle slike kunnskaps-hull tilbake til andre som oppsummerer forskning.

Ingen nordiske studier er med i denne rapporten. Selv om få land organiserer det forebyggende og helsefremmende arbeidet til barn på samme måte som i Norge, blir de enkelte oppgavene utført mange andre steder. Derfor kan internasjonal forskning brukes til å underbygge at helsestasjonens arbeid har mange gunstige effekter på barns fysiske og psykiske helse og foreldrenes trygghet i rollen. En utfordring tilbake til fagmiljøene i Norge er likevel at det er viktig å dokumentere effekter av helsestasjonsarbeidet slik det organiseres her. Når helsestasjonene vurderer å innføre nye tiltak eller endre måten man utfører arbeidet på, vil vi oppmuntre til å gjennomføre evalueringer som kan vise om tiltaket virker.

Fra 15.oktober 2014 kan du lese hele rapporten på Kunnskapssenterets nettsider: www.kunnskapssenteret.no

Tankar på tampen

LEDERSTAFETTEN

Som avtroppande leiar har eg lyst å kome med ei oppmoding til alle kollegaer: Meld dykk på i folkehelsearbeidet. Tekst **Marit Nordstrand**, avtroppande leiande helsesøster

Eg er så heldig å ha fått lov å bidra i «Lederstafetten». Mitt innlegg er erfaringar og tankar frå 33 år i helsesøsteryrket der eg mesteparten av tida har vore leiar. Ettersom eg vart pensjonist (67) frå 01.07 i år, ser eg det som eit privilegium å reflektere rundt ei lang og innhaldsrik reise med helsesøsterskuta. Skuta må styrast med sikker kurs og det er heilt uaktuelt med autopilot.

Eg har hatt arbeidet mitt i Høyanger kommune, ein industrikommune om lag halvvegs inne i Sognefjorden, med eit folketal på 4200 pr. i dag. Den same naturen som i si tid var årsak til å bygge ut kraft- og aluminiumsindustri, gir også rikt høve til aktivitet og rekreasjon. Høyanger har ei lang og viktig industrihistorie og feirar 100-årsjubileum som industristad i 2015.

Kommunen strekker seg på begge sider av Sognefjorden, og bilkøyrring på smale og rasfarlege vegar, samt ferjeturar, er daglegdags. Tettstaden Høyanger ligg på nordsida av Sognefjorden og er kommune-

«Stå på for eit utruleg givande yrke.»

senteret. Kommunen har til saman 5 grunnskular, 6 barnehagar, 3 helsestasjonar og ein vidaregåande skule med ein del hybelbuarar. Frå aust til vest i kommunen er det om lag 6 mil på kvar side av Sognefjorden. Skal ein frå Høyanger og over til helsestasjonen, skulen eller i heimebesøk på Sørsida, kan ein i verste fall måtte køyre 120 km i tillegg til ferje, alt etter korleis det klaffar med ferjeruter og tider. Pr i dag har kommunen 2,5 helsesøsterstillingar, inkludert leiar, og 0,7 jordmorstilling organisert i helsestasjonen. Frå 2014 er 0,5 stilling folkehelsekoordinator også lagt til eininga.

Denne vesle orienteringa om kommunen syns eg er grei å ta med som eit bilete på kor ulike kommunane er. Å vere leiar i denne typen kommune, byr på heilt andre utfordringar på godt og vondt, og kanskje også heilt andre moglegheiter enn i ein større bykommune.

Førebyggjande helseteneste

Som leiar av den førebyggjande helsetenesta i kommunen har eg alltid engasjert meg breitt. Det har medført mange og spennande prosjekt og arbeidsoppgåver. Det fine, men også eit dilemma i ein mindre kommune, er at du blir både praktisk og administrator. Du blir veldig tett på både det politiske og administrative systemet og får mange nære samarbeidspartar i andre einingar i kommunen. Ettersom eg alltid har vore ei «folkehelsesøster», har eg delteke i mykje tverrfagleg arbeid og planarbeid. Eg har sett på det som viktig for både å synleggjere og å ivareta den helsefremmande tenkinga og folkehelseperspektivet. Etter mitt syn, har helsesøstertenesta dreia for mykje over på individretta arbeid slik det er i dag. Med folkehelselova har vi fått lovfesta kommunane sitt ansvar for folkehelsearbeidet. Det er flott at lova og forarbeidet til lova konkretiserer og definerer kva folkehelsearbeid skal vere, men eg dristar meg til å sei at det er litt som «keisaren sine nye klede». Mykje av det som lova omhandlar er tema som helsesøstertenesta har fronta i lang tid, men ofte utan å nå fram. At lova kom er veldig bra og gir det førebyggjande og helsefremjande arbeidet større tyngde. Frå min ståstad er inntrykket at interessa for folkehelse tema og førebyggjande arbeid er ei heilt anna i heile helsetenesta enn det har vore før. Som avtroppande leiar har eg lyst å kome med ei oppmoding til alle kollegaer: Meld dykk på i folkehelsearbeidet, og pass på at ikkje all tid går til individretta arbeid der ein veldig fort kjem over i ein

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



behandlarrolle. Helsesøstre har god kompetanse på helsefremming og folkehelsetenking og kunnskap om kva som påverkar helse, samstundes som ein sit med stor kunnskap om korleis barn, unge og familiar har det i kommunen. Bruk denne kunnskapen til å bidra som samfunnsaktør når avgjersler skal takast og planar skal lagast.

Tryggleiksarbeid

Som eg sa innleiingsvis har eg engasjert meg breitt og hatt stor glede av å jobbe med ulike førebyggjingsstema. Av den grunn har eg fått ansvar for ulike kommunale prosjekt. Mellom anna har eg i mange år hatt 0,5 stilling som ansvarleg for tryggleiksarbeidet i kommunen etter «Safe community modellen». Som ein del av det arbeidet innførte vi eit heilskapleg kvalitets og avvikssystem i helsetenesta. Det var forløparen til systemet som er utvikla gjennom «Kvalitetslosen», som i dag er brukt i mange store kommunar. Å ha det same kvalitetssystemet i alle einingar er med på å gjere ei stadig meir spesialisert kommunehelseteneste meir heilskapleg, men der kvar «grein» er nødvendig med sin kunnskap i eit felles system for å gi brukarane eit best mogeleg tilbod. Det må vere same krav til kvalitet og avvikshandsaming i alle delar av helsetenesta. Det er viktig å bruke systemet til å dokumentere kvalitet og til å synleggjere avvik. Set interne mål i tillegg til lovkrav, og dokumenter i systemet kvifor, dersom det skjer avvik frå desse.

Nær kontakt med livet

Det å sjå seg som ein likeverdig del av helsetenestetilbodet i kommunen, og å delta med sin førebyggjande kompetanse i fora der ein møter dei andre einingane i kommunehelsetenesta, er heilt nødvendig sjølv om ein stor del av tida i slike fora ofte går med til andre, større og dyrare delar av helsetenesta.



FOLKEHELSE: Interesse for folkehelsestema og førebyggjande arbeid er ei heilt anna enn før, skriv Marit Nordstrand.

Slik får ein kunnskap om kvarandre og respekt for kvarandre sin faglege integritet i tillegg til at det er med å synleggjere og gi merksemd til det førebyggjande arbeidet.

Eg er utruleg takksam for å ha hatt ein så spennande jobb med nær og fin kontakt med livet på godt og vondt gjennom brukarar av helsestasjonen og skulehelsetenesta. Takk til alle mine kollegaer gjennom alle desse åra og lukke til vidare for dykk som ikkje «forlet skuta». Stå på for eit utruleg givande yrke.

Eg må også få takke for alt eg har fått delteke i og lært gjennom helsesøsterggruppa. Mitt engasjement har også gitt meg mange spennande oppdrag der. Eg er full av respekt for den jobben som blir gjort gjennom gruppa. ■

Ungdom og kostvanar

Sosiale skilnadar i ungdom sine kostvanar har halde seg relativt uendra over ein 12-årsperiode. Det syner undersøkingar utført i perioden 1997-2009.



KOSTVANAR: Sosiale skilnadar i sunne og usunne kostvanar var størst når det gjaldt inntak av sunne matvarer. Illustrasjonsfoto: Colourbox.

Sosiale skilnader i helse dannar ein gradient gjennom heile befolkninga, den sosiale helsegradienten. Dei med lengst utdanning, høgst yrkesstatus og best inntekt lever i snitt lenger og har betre helse enn dei med kortare utdanning, lågare inntekt og yrkesstatus. Den sosiale gradienten er eit faktum i alle verdas land, uavhengig av brutto nasjonalprodukt. Mange av sjukdomane som ligg til grunn for sosiale skilnader i samfunnet, er kosthaldsrelatererte.

Overvekt

Eit sunt kosthald kan mellom anna redusere risikoen for kroniske sjukdomar som diabetes, hjarte-kar-sjukdomar, ulike kreftformer, beinskjørheit og sjukdom i munn og svelg (Nasjonalt råd for ernæring, 2011; World Health Organization, 2003). Lågare sosiale grupper kjem dårlegare ut på kosthaldsundersøkingar, har høgare førekomst av dei nemnde livsstilsjukdomane og andre kroniske sjukdomar (Brown et al., 2004; Hawkes, 2002; Krieger, 2005; McLaren, 2007; Skodova et al., 2008). Ein tydeleg kosthaldstrend blant populasjonsgrupper med låg sosioøkonomisk status (SØS) er lågt inntak av frukt og grønnsaker og eit høgt inntak av sukker og feitt samanlikna med grupper med høg SØS (Holmboe-Ottesen, Wandel, & Mosdol, 2004). Dei same kosthaldstrendene er tydelege blant born og ungdom med låg SØS (S. M. Nilsen, Krokstad, Holmen, & Westin, 2010; Rasmussen et al., 2006).

Overvekt er ein konsekvens av ubalanse mellom energiinntak og forbruk over tid. Ein kombinasjon av auka inntak av energitett mat saman med lågare aktivitetsnivå i det moderne samfunnet har gitt opphav til ein global overvektsepidemi. Overvektsproblemet er aukande, spesielt i sosialt vanskelegstilte befolkningsgrupper i storbyar (Friel, Chopra, & Satcher, 2007; Hawkes, 2002). Overvekt er òg meir prevalent hjå born med låg SØS (Sherwood, Wall, Neumark-Sztainer, & Story, 2009).

Ungdomshelse

Kostvanar som vert etablert i barne- og ungdomsåra tek ein med seg inn i vaksenlivet (te Velde, Twisk, & Brug, 2007). Ved å sikra gode kostvanar blant born og unge saman med god oppfølging i ungdomsåra sørger ein for potensiell maksimal førebyggjande effekt for kroniske sjukdomar gjennom kosthaldet (Hilsen, 2012). Ved inngangen til ungdomsåra er livsstilen som regel i tråd med anbefalingar for

god helse. Ved slutten av ungdomstida har mange endra desse vanene. Mange røyker, drikk alkohol, har dårleg kosthald, eller deltek i risikofylt åtfærd (Den norske Lægeforening, 2001). Livsstilsvanar ein etablerer i ungdomstida legg grunnlaget for den framtidige helsa.

Kosthald

Kost og helse er nært knytt opp mot kvarande. Kosthaldet påverkar helsa vår, og helsa vår kan igjen vera avgjerande for kva kosthald vi har. Helsa vår kan på eit vis sjåast på som ein indirekte indikator på kosthaldet vårt. Men helsetilstanden vår kan òg vera avgjerande for om vi gjer endringar i kosthaldet. Kostvanar er soleis ein viktig faktor for korleis ulikheiter i helse oppstår og vert oppretthaldne i samfunnet over tid. Med utgangspunkt i dette er det ei interessant problemstilling om dei sosiale skilnadane som eksisterer i helse òg eksisterer i kostvanar. I masteroppgåva «Sosiale skilnader i kostvanar blant ungdom i Sogn og Fjordane i perioden 1997-2009» har artikkelforfattar Janette Moland Stokstad undersøkt nettopp dette.

Materiale og metode

Datamaterialet som låg til grunn for analysane vart samla inn i fire separate tversnittundersøkingar utført i 1997, 2001, 2005 og 2009, på dei vidaregåande skulane Hafstad, Øyrane og Mo- og Jølster

«Helsa kan sjåast på som ein indikator på kosthaldet vårt.»

i prosjektet «Helse, miljø og livsstil blant elevar i vidaregåande skular». Skulane ligg i Førde og Jølster kommune i Sogn og Fjordane. Elevar på alle vidaregåande klassetrinn deltok i undersøkingane.

Analysane er basert på svar frå til saman 3227 elevar i dei fire tversnittundersøkingane, 1548 gutar og 1672 jenter. 741 elevar deltok i 1997, 796 elevar i 2001, 776 elevar i 2005 og 914 elevar i 2009. Svarprosenten var høvesvis; 91, 93, 87 og 90. Dei som ikkje svarta, var hovudsakleg elevar som var borte frå skulen den dagen undersøkingane vart utført.

I dei statistiske analysane vart det undersøkt om det eksisterte sosiale skilnader i kostvanar mellom ungdomar med ulike buforhold, ulike utdanningsløp, ulike familiesituasjon og der foreldra hadde ulikt utdanningsnivå. Desse sosiale grupperingane vart



Av Janette Moland Stokstad, sjukepleiar og master i human ernæring, Lærdal sjukehus og føretakssinnehavar i Aktiv ernæring

TABELL 1: Sosiale skilnader i sunne og usunne kostvanar for dei sosiale forklaringsvariablane. Undersøkt med t-test (ujusterte analysar).

Variablar		Sunne kostvanar				Usunne kostvanar			
		M1 (SD2)	ES ³	t	p-verdi	M1 (SD2)	ES ³	t	p-verdi
Utdanningsretning	Stud. spes.	3.39 (.82)	0.30	8.20	<.001	2.78 (.56)	-0.24	-6.42	<.001
	Yrkesfag	3.15 (.79)				2.92 (.60)			
Foreldra si utdanning*	Høgare utd.	3.51 (.84)	0.30	5,93	<.001	2.76 (.58)	-0.16	-3.08	<.010
	Anna	3.26 (.82)				2.85 (.58)			
Opplevd skilsmisse	Nei	3.30 (.81)	0.10	2.23	<.050	2.84 (.57)	-0.07	1.35	.176
	Ja	3.22 (.82)				2.88 (.63)			
Buforhold	Anna	3.34 (.82)	0.39	9.28	<.001	2.82 (.57)	-0.20	-4.72	<.001
	Hybel	3.03 (.75)				2.94 (.62)			

*Ikke undersøkt i 1997 1) Gjennomsnitt 2) Standardavvik 3) Effekttørleik (Cohen's d)

TABELL 2: Sosiale skilnader i frukostvanar og vektendringar for dei sosiale forklaringsvariablane. Undersøkt kryss-tabellanalyse med khi-kvadrattest (ujusterte analysar).

Variablar	Frukostvanar				Vektendringar			
	x ²	p-verdi ¹	OR ²	95% KI	x ²	p-verdi ¹	OR ²	95% KI
Utdanningsretning	56.68 ^a	<.001	1.93	1.62, 2.29	11.11 ^a	<.010	0.77	0.66, 0.90
Foreldra si utdanning*	32.10 ^a	<.001	2.30	1.71, 3.08	00.33 ^a	.565	0.94	0.75, 1.17
Opplevd skilsmisse	37.42 ^a	<.001	1.78	1.48, 2.15	52.84 ^a	<.001	0.53	0.44, 0.63
Buforhold	116.92 ^a	<.001	2.72	2.26, 3.28	13.34 ^a	<.001	0.71	0.59, 0.86

*Ikke undersøkt i 1997 a) «0 cells have exp. Count <5» 1) 2-sided test 2) Odds ratio

TABELL 3: Utvikling av sunne og usunne kostvanar over tid. Ujusterte logistiske regresjonsanalysar med 1997 som samanlikningsgrunnlag.

Variablar		Sunne kostvanar			Usunne kostvanar		
		B-verdi ¹	95% KI	p-verdi	B-verdi ¹	95% KI	p-verdi
1997	2001	0.05	-0.03, 0.13	.210	0.05	-0.01, 0.11	.108
	2005	0.12	0.03, 0.20	<.010	-0.05	-0.10, 0.01	.120
	2009	0.26	0.18, 0.33	<.001	-0.20	-0.26, -0.15	<.001

1) Ikke-standardisert verdi (Justerte analysar er utført og kommentert i teksten.)

TABELL 4: Utvikling av frukostvanar og vektendringar over tid. Ujusterte logistiske regresjonsanalysar med 1997 som samanlikningsgrunnlag.

Variablar		Frukostvanar			Vektendringar		
		OR ¹	95% KI	p-verdi	OR ¹	95% KI	p-verdi
1997	2001	0.82	0.64, 1.05	.111	1.20	0.95, 1.51	.122
	2005	0.99	0.77, 1.27	.922	1.36	1.08, 1.71	<.050
	2009	0.90	0.71, 1.14	.370	1.36	1.09, 1.70	<.010

1) Odds ratio (Justerte analysar er utført og kommentert i teksten.)

nytta som forklaringsvariablar. For kvar av desse vart det undersøkt om det eksisterte sosiale skilnadar i sunne kostvanar (frukt og grønnsaker), usunne kostvanar (brus, sukkertøy, chips og ferdigmat), frukostvanar og vektendringsmønster. Det vart òg undersøkt om psykososiale faktorar medierte dei sosiale skilnadane og om dei sosiale skilnadane endra seg over tid.

Funn

Analysane av datamaterialet synte at det i nær alle dei undersøkte tilfella eksisterte signifikante ($p < .05$) sosiale skilnadar i ungdomane sine kostvanar i heile undersøkingsperioden.

Analysane av sunne kostvanar synte signifikante sosiale skilnadar for samtlege av dei sosiale forklaringsvariablane (tabell 1). Analysane av usunne kostvanar synte òg signifikante sosiale skilnadar for alle forklaringsvariablane med unntak av variabelen «opplevd skilsmisse» (tabell 1). Funna tydar på at det eksisterte sosiale skilnadar i ungdom sine sunne og usunne kostvanar, og at skilnadane var størst når det gjaldt inntak av sunne matvarer.

Det eksisterte signifikante sosiale skilnadar i frukostvanar for alle dei sosiale forklaringsvariablane (tabell 2). Det var størst sjanse for at elevar som gjekk på studiespesialiserande utdanning, hadde foreldre med høgare utdanning, ikkje hadde opplevd

skilsmisse eller ikkje budde på hybel, åt frukost meir enn tre dagar i veka.

Analysane av raske vektendringsmønster synte signifikante sosiale skilnadar for alle dei sosiale forklaringsvariablane unntatt for variabelen «foreldra si utdanning» (tabell 2). Odds ratio var

«Generelt utvikla kostvanar seg i ei positiv retning.»

< 1 for alle forklaringsvariablane og indikerer at dei elevane som gjekk på yrkesfag, hadde opplevd skilsmisse eller budde på hybel, oftare hadde erfart vektendring på +/- 5 kg i løpet av dei siste tre månadane.

Positiv utvikling

Generelt utvikla sunne og usunne kostvanar seg i ei positiv retning til eit meir helsesamt kosthald. Inntak av sunne matvarer auka og inntaket av usunne varer minka i løpet av undersøkingsperioden (tabell 3). Frukostvanane heldt seg stabile og bortimot uendra, medan førekomsten av raske vektendringar vart vanlegare (tabell 4).

Dei sosiale skilnadane i kostvanar og vektendringar har halde seg relativt stabile, med ein antydning til auka sosiale skilnadar i sunne kost-

VEKT: Auka førekomst av raske vektendringsmønster er bekymringsverdig. Illustrasjonsfoto: Colourbox.



vanar og frukostvanar mot slutten av undersøkingsperioden for nokre grupper.

Datamaterialet er innhenta i tversnittundersøkingar og er ikkje ein longitudinell undersøking av den same populasjonen over tid. Funna i desse analysane syner soleis ei generell utvikling av kosthaldstrender blant ungdom i perioden 1997 – 2009, og ikkje utviklinga av kostvanar i den same populasjonen over tid.

Medierande faktorar

Det vart gjort analysar som undersøkte om psykososiale faktorar som angst- og depresjonsplager, sjølvtilitt og psykosomatiske plager medierte dei sosiale skilnadane i kostvanar. Analysane synte at dette var ikkje tilfelle.

Oppsummering

Det eksisterte signifikante sosiale skilnadar i nær alle dei undersøkte tilfella av ungdom sine kostvanar mellom 1997 og 2009. Utviklinga av sunne kostvanar auka, medan dei usunne kostvanane vart reduserte utover i tidsperioden. Sjølv om sunne og usunne kostvanar synte ei generell positiv utvikling, vart ikkje dei sosiale skilnadane i kostvanane reduserte. Dei vedvara gjennom heile undersøkingsperioden. Det eksisterte òg signifikante sosiale skil-

nadar i frukostvanar som vedvara gjennom heile tidsperioden. Det same var tilfelle for førekosten av vektendringar. Den generelle utviklinga synte at frukostvanar blant ungdom endra seg lite, medan førekosten av raske vektendingsmønster auka utover i tidsperioden.

Dei psykososiale faktorane angst- og depresjonsplager, sjølvtilitt og psykosomatiske plager medierte ikkje dei sosiale skilnadane i kostvanar i denne tidsperioden. Psykososiale faktorar kan likevel vera viktige mediatorar for både kostvanar og andre helsevanar som bør vera inkludert i framtidig helseforskning.

Funna er av betydning for arbeidet med å sikra gode og effektive helseintervensjonar retta mot ungdom. Tverrfaglege helsetiltak med livsløpsperspektiv på kost, helse, arv og miljø er naudsynne for å sikra at dei sosiale skilnadane i kostvanar hjå ungdom vert reduserte. Praktisk arbeid retta mot åtferdsending bør vera teoretisk forankra i relevante helse- og læringsmodellar. Auka førekosten av raske vektendingsmønster er bekymringsverdige. Ei heilskapleg tilnærming til kropp, helse og overvektspromatikk er naudsynt for å hanskast med denne utviklinga. Det vil kunna ta lang tid frå det vert sett i verk spesifikke tiltak til effektane av desse vert synlege. ■

Referansar:

- Brown, A. F., Ettner, S. L., Piette, J., Weinberger, M., Gregg, E., Shapiro, M. F., ... Beckles, G. L. (2004). Socioeconomic position and health among persons with diabetes mellitus: a conceptual framework and review of the literature. *Epidemiol Rev*, 26, 63-77. doi:10.1093/epirev/mxh002
- Den norske Lægeförening. (2001). *Forskning og fagutvikling i forebyggende helsearbeid blant barn og unge*. Oslo: Den norske lægeförening.
- Friel, S., Chopra, M., & Satcher, D. (2007). Unequal weight: equity oriented policy responses to the global obesity epidemic. *BMJ*, 335(7632), 1241-1243. doi:10.1136/bmj.39377.622882.47
- Hawkes, C. (2002). Globalization, Diets and Noncommunicable Diseases. <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42609/1/9241590416.pdf>
- Hilsen, M. (2012). *Eating behaviors among Norwegian schoolchildren in relation to gender and socioeconomic status*. (PhD), Det medisinske fakultetet. Universitetet i Oslo, Oslo.
- Holmboe-Ottesen, G., Wandel, M., & Mosdol, A. (2004). [Social inequality and diet]. *Tidsskr Nor Lægeforen*, 124(11), 1526-1528.
- Krieger, N. (2005). Defining and investigating social disparities in cancer: critical issues. *Cancer Causes Control*, 16(1), 5-14. doi:10.1007/s10552-004-1251-5
- McLaren, L. (2007). Socioeconomic status and obesity. *Epidemiol Rev*, 29, 29-48. doi:10.1093/epirev/mxm001
- Nasjonalt råd for ernæring. (2011). *Kostråd for å fremme folkehelsen og forebygge kroniske sykdommer* Oslo: Retrieved from <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/kostrad-for-a-fremme-folkehelsen-og-forebygge-kroniske-sykdommer/Sider/default.aspx>.
- Nilsen, S. M., Krokstad, S., Holmen, T. L., & Westin, S. (2010). Adolescents' health-related dietary patterns by parental socio-economic position, the Nord-Trøndelag Health Study (HUNT). *Eur J Public Health*, 20(3), 299-305. doi:10.1093/eurpub/ckp337
- Rasmussen, M., Krolner, R., Klepp, K. I., Lytle, L., Brug, J., Bere, E., & Due, P. (2006). Determinants of fruit and vegetable consumption among children and adolescents: a review of the literature. Part I: Quantitative studies. *Int J Behav Nutr Phys Act*, 3, 22. doi:10.1186/1479-5868-3-22
- Sherwood, N. E., Wall, M., Neumark-Sztainer, D., & Story, M. (2009). Effect of socioeconomic status on weight change patterns in adolescents. *Prev Chronic Dis*, 6(1), A19.
- Skodova, Z., Nagyova, I., van Dijk, J. P., Sudzinova, A., Vargova, H., Stundencan, M., & Reijneveld, S. A. (2008). Socioeconomic differences in psychosocial factors contributing to coronary heart disease: a review. *J Clin Psychol Med Settings*, 15(3), 204-213. doi:10.1007/s10880-008-9117-8
- Stokstad, J. M. (2014). *Sosiale skilnadar i kostvanar blant ungdom i Sogn og Fjordane i perioden 1997 – 2009*. Det medisinske-odontologiske fakultetet. Universitetet i Bergen.
- te Velde, S. J., Twisk, J. W., & Brug, J. (2007). Tracking of fruit and vegetable consumption from adolescence into adulthood and its longitudinal association with overweight. *Br J Nutr*, 98(2), 431-438. doi:10.1017/S0007114507721451
- World Health Organization. (2003). *Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases*. Joint WHO/FAO consultation. WHO Technical Report Series, No. 916. Retrieved 27.08.2013, from <http://www.who.int/dietp>

Aktuelle bøker



Tekst Johan Alvik Omslagsfoto Forlagene

BOKANMELDelse

Tittel: **Du er viktigere enn du tror**
Forfatter: Kristin Oudmayer
Forlag: Humanistisk forlag, 2014
Anmelder: Tove Solvang Rian, helsesøster



Du er viktigere enn du tror

Boka beskriver direkte og indirekte mobbing. Skjult mobbing som utestenging, spøk/ironi, falsk vennskap, baksnakking, ryktespredning og digital mobbing er omtalt. Det blir gitt en karakteristikk om hvem mobbeofferet og mobberen er. Forfatteren beskriver varselsignalene hos barn som blir mobbet og som mobber. Foreldre får råd om hva de kan gjøre i konkrete situasjoner. Historier er gjengitt i kursiv. Forfatteren bruker også sin egen erfaring.

Voksne blir oppfordret til å bry seg og å være tydelige og gode rollemodeller for barn. Boka retter også oppmerksomheten til nærmiljøet rundt de sårbare barna som opplever samlivsbrudd, dårlig økonomi, sykdom, rus i familien og barn som er mye alene. Det er ulike tips om hvordan voksne rundt barna skal forholde seg, hvordan de kan være «den ene» som bryr seg og samarbeider med andre voksne. Forfatteren gir konkrete tips til familien, søsken og til voksne rundt familien. Skolens plikt i følge lovverket er beskrevet i forhold til hjem-skolesamarbeid.

Det er anbefalinger om litteratur og ressursider om mobbing. Dette er en håndbok for foreldre. Den er nyttig å lese av fagpersoner som et supplement til andre fagbøker om temaet. Den ivaretar foreldreperspektivet grundig og er skrevet i en engasjerende stil. Boka beskriver i svært liten grad hva hjelpetjenestene kan bidra med og hvordan foreldrene kan henvende seg til dem.

BOKANMELDelse

Tittel: **Sebrapiken**
Forfatter: Sofia Åkerman
Forlag: Humanistisk forlag, 2011.
Anmelder: Sidsel Hartløff Helland, helsesøster



Sebrapiken

Boka starter dramatisk der Sofia (forfatteren) redde fra døden av ambulansespersonellet som så mange ganger før. Sofia er selvskader, og vi følger henne fra hun var en «vellykket» 8.-klassing med toppkarakterer, gjennom en tilværelse inn og ut av sykehus og behandlinger, til hun som 19-åring er på god vei til å bli frisk.

Selvskadingen til Sofia veksler mellom anoreksi, bulimi, skjæring/kutting og forgiftning. Flere ganger er hun død nær, men hun ønsker ikke å dø.

Utenpå har hun en steinhard maske med smil og latter der hun tåler stor fysisk smerte. Inni seg er hun redd og liten, og skammer seg. Om natten, når ingen ser henne, gråter hun.

Hun beskriver et monster, «Lucifer» inni seg. Hennes egen friske stemme blir mer og mer utvisket av hans buldrende røst som innprenter henne at hun er verdiløs og mistlykket på alle måter. Selvhatet og selvforakten Sofia utvikler fjerner evnen til å tenke klart og ta i bruk sine ressurser. Konsentrasjonen forsvinner, karakterene daler og skolefraværet blir stort. Etter hvert blir også vennene borte.

Til slutt begynner hun å bruke staheten og viljestyrken som hadde gjort henne syk på veien til å bli frisk.

Boka er en selvbiografi, og skrevet i jeg form.

Handlingen følger året fra juli til juli, men forflytter seg mellom ulike år. Dette kan virke forvirrende i starten.

Det er ti år siden boka ble gitt ut i Sverige. Innholdet er dessverre like aktuelt i dag. Boka kan være nyttig lesning for å kunne forstå hvor syke tankene kan bli, og hvor destruktivt en ungdom med gode forutsetninger kan utvikle seg.

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

Henrik Ibsen

BOKANMELDELSE

Tittel: **God mat- enkelt og greit**
Forfatter: **Rita Hellesund**
Forlag: **Hellesunds forlag, 2013.**
Anmelder: **Sigrun Alvsvåg, sykepleier og rådgiver**



God mat- enkelt og greit

Kokeboka «God mat- enkelt og greit», har 41 hverdagsoppskrifter med gluten- og laktosefri mat. Den er skrevet av Rita Hellesund som selv er allergiker og har barn med allergier.

Boka er inndelt i seks kategorier; bakst, kaker, dessert & kaffemat, middag, helgekos og kjeks & julekaker. Alle oppskriftene er gluten- og laktosefrie og de som er helt uten melk, egg, sukker eller gjær er merket slik at det er enkelt å finne frem.

Detter er en unik bok! Den er ment for oss som har allergier selv, som har en allergiker i familien eller som ofte får besøk av en, og som gjerne ønsker å lage samme maten til både allergiker og de som tåler alt. Den inneholder oppskrifter på matretter som er enkle å lage for folk flest. Boka er robust, brukervennlig og enkel å finne frem i. En oppskrift på hver side, med stor skrift og flotte, ærlige bilder, uten tekst om allergier og sykdom. Oppskriftene er enkle å følge, og barn og ungdom kan lære å lage mat selv. Spesielt fint er det at ingrediensene er enkle å få tak i. Mye har vi allerede i skapet og resten kan kjøpes i dagligvarebutikken. Maten smaker godt og en kan lage samme rett til alle. Et godt hjelpemiddel i den daglige matlagingen for både familier, skolekjøkken og institusjoner.

«God mat- enkelt og greit» er i salg i bokhandlere og menybutikker over hele landet, og i enkelte helsekostbutikker. Den kan også bestilles direkte fra forlaget på www.hellesunds.no.

BOKANMELDELSE

Tittel: **For å overleve**
Forfatter: **Sofia Åkerman**
Forlag: **Humanistisk forlag, 2010**
Anmelder: **Unni Anita Pape, helsesøster**



For å overleve – en oppfølger til boka Sebrapiken

Sofia Åkerman er født i 1984 og vokste opp i Skåne i Sverige. I hele tenårings-tiden, fra hun var 14 år led hun av spiseforstyrrelser og selvskadende atferd. Hun tilbrakte flere år på sykehus. I 2004 ga hun ut selvbiografien «Sebrapiken». Boka «For å overleve» er en oppfølger av hennes første bok.

Boka er inndelt i fem deler. Første del er om selvskading. Andre del handler om tanker og følelser. Tredje del handler om å hjelpe seg selv. Fjerde del handler om hvordan andre kan hjelpe. Femte del handler om etterpåk.

Etter hver del er det venner eller bekjente av forfatteren, som selv har drevet med selvskading, som svarer på spørsmål.

Forfatteren har gått grundig inn i begrepet selvskading og ser også på årsakssammenhenger. Det deles opp i alvorlig selvskading, stereotypisk selvskading og overflatisk/moderat selvskading. Den siste er den som forekommer oftest. Boka behandler først og fremst den formen for overflatisk/moderat selvskading som også kalles impulsiv selvskading.

At selvskading antakelig har forekommet til alle tider er en påstand i boka, samtidig vises det til at det de senere årene har økt i omfang og blitt mer omtalt. Økningen er størst blant kvinner i alderen 15–24 år.

Forfatteren er opptatt av ressurser hos mennesket. Hun sier at like viktig som å utrede og gjøre noe med det som er «galt», er å finne ut av hva som fungerer og hvilke ressurser dette mennesket har som det kan bygges videre på.

Boka retter seg mot syke, deres pårørende, skole, helsepersonell, studenter og andre som vil lære noe om hvordan man best kan forstå og hjelpe noen som skader seg. Denne boka er et viktig supplement til annen faglitteratur for helsepersonell. Forfatteren har skrevet ut fra et personlig perspektiv der pasienterfaringer, teori og praktiske råd går hånd i hånd.

Hjelp til barn med enurese

Helsesøster er ofte den første foreldrene spør om råd når barnet har enurese (sengevæting). Det er derfor viktig å vite om konsekvensene for barnet og kjenne til tiltak som kan settes i gang tidlig.



Av Siri Harket, sykepleier og uroterapeut. Harket har jobbet med barn og inkontinensproblemer i mange år ved Ullevål universitetssykehus

Cirka 10 prosent av barn sliter med at de fremdeles tisser i sengen om natten når de starter på skolen. Det er kun allergi som er mer utbredt enn enurese.(1)

«Det er annerledes å tisse på seg enn å være allergisk, mer flaut lissom. Da er det godt å kunne stole på de andre.» Gutt 8 år

Mange blir spontant tørre, mens andre sliter med problemet langt opp i tenårene. Å ha en hemmelighet som dette kan isolere barnet og gjøre det utrygt i sosiale sammenhenger. Flere av barna har opplevd å bli ertet, og det er ikke alltid de forteller det til foreldrene. (2)

«Jeg sov over hos en venninne for en stund siden, og da så hun at jeg tok på bleie før vi la oss. Jeg bad henne om å ikke si det til noen, men neste dag på skolen sa hun det til mange. Så ble jeg plaget...mange plaget meg...Hun er ikke venninnen min lenger.» Jente 10 år

Hva er normalt?

Første leveår tømmer blæren seg ofte med relativt små volumer. Blærevolumet øker gradvis, barnet merker etter hvert signaler fra full blære, og fra cirka 3-4-årsalder får de kontroll over miksjonen. Mange slutter med bleie rundt denne alderen.(3)

Dersom barnet regelmessig tisser ufrivillig i sengen fra 5-årsalder defineres dette som enurese.(3)

Barn fra cirka 6-årsalder, ved skolestart, vil gjerne være tørre.

Det er flere gutter enn jenter som sliter med enurese, mens det er flere jenter om sliter med

daginkontinens. Det er ikke uvanlig at barn med enurese har normalt tissemonster på dagtid (vannlating 4-7 ganger per dag).(4)

Årsaker til enurese

Problemet skyldes et misforhold mellom nattlig urinvolym og den funksjonelle blærekapasiteten, og en manglende evne til å våkne når dette skjer.(4) Enurese kan ha flere årsaker og være sammensatt.(4)

Dersom barnet har tisset i sengen uten en lengre tørr periode er det oftest en fysisk årsaksforklaring. Dersom urinmengden er stor i løpet av natten (polyuri) er det oftest mangel på antidiuretisk hormon (ADH) som er årsaken. Dette hormonet reduserer urinproduksjonen om natten. Dette kan også skyldes liten blærekapasitet (normalt 30 ml x alder + 30) eller ukontrollerte blæresammentrekninger. Noen barn har en kombinasjon av flere av disse faktorene.(3)

Det er viktig å finne ut om barnet har blæresymptomene også på dagtid. Symptomer på dagtid kan for eksempel være hastverk (urgency) med å rekke toalettet, med eller uten lekkasje. Dersom symptomene kun er på natten kalles dette monosymptomatisk enurese.(4)

Enurese kan være arvelig. Dersom en eller begge foreldre har hatt problemet er det en stor sannsynlighet for at barna deres også vil slite med dette.(4)

For å finne årsak til problemet er det også viktig å finne ut om barnet har hatt en lengre tørr periode på minst seks måneder, og så begynt å tisse i sen-



SENGEVÆTING: Omtrent ti prosent av norske barn tisser i sengen om natten etter at de har begynt på skolen. Illustrasjonsfoto: Scanpix Microstock.

gen igjen. Dette vil da være en sekundær enurese, og kan enkelte ganger utløses av en stresssituasjon for barnet og ha en psykisk årsak.(2)

Flertallet av barn som strever med lekkasje av urin er friske barn. De våte episodene gjør ofte barnet lei seg og påvirker barnets selvbilde på sikt. De kan bli sinte og skuffet når de våkner om morgenen og det er vått i sengen. Det kan lett bli et sosialt problem.(5, 6)

Barna kan ofte takke nei til invitasjoner fra venner, og til overnattingsturer med skole eller idrettslag.

«Nå har jeg brukt den samme unnskyldningen så mange ganger at noen begynner å få mistanke tror jeg»
Gutt 11 år

Enkle tiltak kan hjelpe

Siden det kan ta tid før barnet blir tørt, og for å sikre best mulig psykisk helse for barnet i denne perioden, er det viktig å komme i gang med tiltak så tidlig som mulig. Det finnes mange gode råd og behandlinger som kan hjelpe barnet. (3) Det er viktig å føre væskedagbok, og krysse av for antall våte netter per uke. Drikke bør fordeles jevnt utover dagen, og med mindre mengder på kvelden. Anbefalt drikkemengde er 25-30 ml/kg/døgn. Ta seg god tid og ha faste dotider er det også viktig å oppmuntre barna til. (3)

Helsesøster har en sentral rolle

Det er ofte til helsesøster foreldre og barn kommer med problemet første gang. Det er derfor viktig å ha

kunnskap om problemet, vite om konsekvensene for barnet og sette i gang tiltak tidlig. I internasjonale anbefalinger er dette fra 5-6-årsalder.(7) Med andre ord sammen med foreldre og barnet prøve å løse problemet, eller henvise til lege for videre tiltak.

For at helsesøster skal kunne hjelpe barnet er en god anamnese avgjørende. Her er det viktig med konkrete spørsmål for å få fram om dette er en monosymptomatisk enurese eller om det er kombinert med dagproblemer. Med andre ord om barnet

«De våte episodene gjør ofte barnet lei seg.»

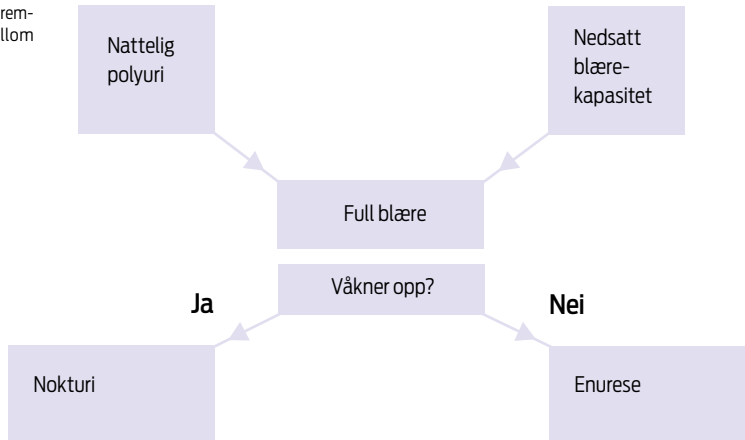
også sliter med lekkasjer, eller har veldig hastverk ved tissetrang. Denne dialogen må også ha fokus på å utelukke obstipasjon, urinveisinfeksjoner eller mistanke om sykdom.

Dersom barnet har en daginkontinens er det viktig å starte tiltak, som for eksempel blæretrening med faste dotider på dagtid.

Ved monosymptomatisk enurese er det i prinsippet to behandlingsalternativer som er anbefalt internasjonalt. Det er Minirin® (desmopressin) smeltetablett og alarmbehandling.(5)

Smeltetabletten er godkjent og har refusjon fra 5-årsalder. Dette er antidiuretisk hormon (vasopressin) i tablettform, og har derfor best effekt dersom barnet har økt urinproduksjon på natten. Med andre ord har nattlig polyuri.(8) De fleste som har effekt

TABELL 1: Skjematisk fremstilling av forskjell mellom enurese og nokturi.



av Minirin får dette allerede første natten. Behandlingen påvirker ikke barnets egenproduksjon av hormonet, og brukes inntil kroppen selv (hypofysen) klarer å kontrollere produksjonen av hormonet.(9) Anbefalingen er å ta et kort opphold hver tredje måned for å se om barnet har blitt tørt.(8)

Alarm er best egnet ved små blærevolum, og til barn som er litt eldre. Alarm bør være et alternativ først når barnet er motivert, og hele familien går inn for behandlingen.(3)

Kombinasjon av disse behandlingene har også høyeste anbefalingsgrad og har vist gode resultater for barn som ikke har tilstrekkelig effekt med en av behandlingene.(4)

Gruppebehandling på Ullevål

For noen år siden startet jeg i samarbeid med Lærings- og mestringssenteret ved Ullevål sykehus, grupper med barn som tisser på seg. Sitater og tegninger i denne artikkelen er fra samtaler med barn som har deltatt i disse gruppene. Det å samle barn i gutte- og jentegrupper er utrolig givende. Barna gir gode tilbakemeldinger, og har mange synspunkter på hva det betyr å treffe andre i samme situasjon:

- Man føler at man ikke er helt alene
- Man blir ikke så lei seg
- Man forstår at det fins andre som har det på samme måte som en selv
- Man kan gi hverandre gode råd og tips
- Det er lettere å ta opp «problemene» her
- Her kan man fortelle hemmeligheter
- Her kan man få nye venner

- Her er en hyggelig gjeng – og alle vil hjelpe
- Alle vet hva som gjelder så man slipper å forklare så mye ■

Referanser:

1. Holt J et al Tidsskr Nor Lægeforen 2001;121:59-62
2. Caldwell P et al BMJ 2013;347:6259-63
3. Neveus T Pediatr Nephrol 2011;26:1207-14
4. Vande Walle J Eur J Pediatr (2012) 171:971-983
5. Hägglöf B et al Eur Urol 1998;33(suppl 3):16-19
6. Ramakrishnan K Am Fam Physician 2008;78(4):489-96
7. Tekgul S et al JPUrol 2013;3: 338-357
8. Preparatomtale
9. Van Kerrebroeck PEV. Br J Urol Int 2002; 89: 420-425



TEGNER SINE TANKER: Å tisse på sofaen hjemme hos en venn har kanskje han som har tegnet denne tegningen opplevd. Barnet er med i et behandlingsopplegg ved Ullevål Universitetssykehus.

Rotavirusvaksine inn i barnevaksinasjonsprogrammet

Stortinget har vedtatt at vaksine mot rotavirus sykdom skal innføres i det norske barnevaksinasjonsprogrammet fra høsten 2014. Alle barn født fra og med 1. september 2014 skal få tilbud om vaksinen.

Tekst **Berit Sofie Wiklund**, seniorrådgiver, Avdeling for vaksine, Nasjonalt folkehelseinstitutt
Synne Sandbu, overlege, Avdeling for vaksine, Nasjonalt folkehelseinstitutt
Marianne A. Riise Bergsaker, overlege, Avdeling for vaksine, Nasjonalt folkehelseinstitutt
Jeanette Stålcrantz, seniorrådgiver, Avdeling for vaksine, Nasjonalt folkehelseinstitutt
Ingunn Johansen Brenne, seniorrådgiver, Avdeling for kommunikasjon, Nasjonalt folkehelseinstitutt

Innføringen bygger på råd fra en arbeidsgruppe nedsatt av Folkehelseinstituttet (i). Det primære målet med å tilby rotavirusvaksine i det norske barnevaksinasjonsprogrammet er å beskytte de yngste barna mot alvorlig rotavirus sykdom med dehydrering og sykehusinnleggelse.

Det finnes i dag to ulike vaksiner mot rotavirus: Rotarix «GSK» og RotaTeq «SPMSD». Hvilken rotavirusvaksine som til enhver tid benyttes i programmet avgjøres ved anbud, i henhold til Lov om offentlige anskaffelser. De første årene er det Rotarix som skal brukes i programmet. Vaksinasjon med Rotarix består av to doser. I programmet skal første dose gis når barnet er seks uker og andre dose når det er tre måneder.

Rotavirus og rotavirus sykdom

Rotavirus sykdom er i hovedsak en tarminfeksjon, som ofte ledsages av feber. De fleste barn i Norge gjennomgår minst én episode med rotavirus sykdom før de fyller fem år. Som oftest blir de friske etter noen dager uten at det er behov for å oppsøke lege, men i enkelte tilfeller kan viruset gi alvorlig sykdom med dehydrering. Utenfor sykehus er behandlingen hyppig tilførsel av små porsjoner med

væske, eventuelt som oral rehydreringsløsning. Det finnes ingen effektiv antiviral behandling.

I Norge fører rotavirus gastroenteritt sjelden til dødsfall, men relativt ofte til sykehusinnleggelse. Det er beregnet at 700–1100 barn under fem år legges inn på norske sykehus hvert år på grunn av rotavirus sykdom (ii). Dette utgjør om lag 2/3 av alle sykehusinnleggelse for gastroenteritt i denne aldersgruppen. Den største andelen barn som legges inn er under to år.

Sykdommen er svært smittsom. Barn som er smittet skiller ut store mengder rotavirus i avføringen fra 2–3 dager før symptomdebut til flere dager etter at sykdommen er over. Smitteoverføringen foregår hovedsakelig fekal-oralt, både ved direkte kontakt og via leker og andre gjenstander. Rotavirus kan overleve i miljøet i flere dager. Det tåler temperatur opp til 56 °C, pH 3 og mange reingjørings- og løsemidler. Nosokomial spredning er vanlig, og kan medføre en stor belastning både for barn som er innlagt med andre sykdommer, og for sykehus-tjenesten for øvrig. Rotavirusinfeksjoner forekommer like hyppig hos barn i høyinntektsland som i lavinntektsland, og dette er tolket som at rent vann og gode

hygieniske forhold ikke er tilstrekkelig til å redusere smitteoverføringen.

Rotavirusvaksine gir god beskyttelse

De to vaksinene Rotarix og RotaTeq er orale miksturer som består av levende, svekket rotavirus. Begge vaksinene gir effektiv beskyttelse når de gis i tidlig spedbarnsalder. Verdens helseorganisasjon (WHO) har vurdert begge vaksinene som egnet til bruk i barnevaksinasjonsprogram og anbefaler at alle land tar rotavirusvaksine inn i program (iii). Rotavirusvaksine inngår allerede i barnevaksinasjonsprogrammet i mer enn 50 land, blant annet USA, Canada, Østerrike, Belgia, Finland og Storbritannia.

Der rotavirusvaksine er innført i program, er det observert betydelig reduksjon i antall sykehusinnleggelse både for rotavirus sykdom og gastroenteritt generelt. Det er også færre sykehusinnleggelse for rotavirus sykdom hos barn i ikke-vaksinerte aldersgrupper. Dette viser at vaksinasjon ikke bare beskytter den vaksinerte, men også i noen grad gir flokkbeskyttelse.

Avhengig av hvilken rotavirusvaksine som til enhver tid brukes i programmet, vil barna få to doser Rotarix eller tre doser RotaTeq med minst fire uker



ROTAVIRUSVAKSINE: Vaksinen gir effektiv beskyttelse mot rotavirus når den gis i tidlig spedbarnsalder. Illustrasjonsfoto: Scanpix Science Photo Library.

mellom dosene. Vaksine gis på helsestasjonsbesøkene ved alder seks uker, tre måneder og eventuelt fem måneder (Rotateq). For hver av vaksinene er det en øvre aldersgrense for når første og siste dose skal være gitt.

Rotavirusvaksinen gis i munnen. Den inneholder sukrose og smaker søtt. Hver dose er på 1,5 ml (Rotarix) eller 2 ml (RotaTeq). Vaksinen skal gis langsomt, slik at barnet rekker å svelge unna. Den bør gis før eventuelle injeksjonsvaksiner, for å unngå at barnet på grunn av stikk er urolig når det skal svelge vaksinen. Det er ingen formelle begrensninger på barnets inntak av mat og drikke, verken før eller etter rotavirusvaksinasjon. Men for å redusere risikoen for at vaksinen gulpes opp, bør ikke barn som har lett for å gulpe mates rett før de skal få vaksinen.

Rotavirusvaksiner kan gis samtidig med de andre aktuelle programvaksinene. Barn som også skal ha BCG-vaksiner, kan få både rotavirusvaksiner og BCG-vaksiner ved 6-ukersbesøket på helsestasjonen.

I preparatomtalene oppgis det at de vanligste bivirkningene etter rotavirusvaksinasjon er appetittløshet, irritabilitet, løs avføring, oppkast, feber, gulpning, luft i magen, magesmerter, slapphet, gråt, søvnforstyrrelser, søv-

nighet, forstoppelse. I utprøvingene av vaksinene var ikke-alvorlige hendelser like hyppige i kontrollgruppene som i vaksinegruppene [iv, v].

Oppfølging

Når en ny vaksine blir innført i det norske barnevaksinasjonsprogrammet, er det rutine å følge med på forekomsten av den aktuelle sykdommen. Rotavirus-sykdom er ikke meldingspliktig i Norge. Derfor ble det i januar 2014 startet en forskningsstudie som gjennomføres ved fire store barneavdelinger. Foreldre til alle barn under fem år som blir behandlet for diaré og oppkast på disse sykehusene blir invitert til å delta i studien. Studien vil pågå i minst tre år, og følge forekomsten av alvorlig rotavirus-sykdom før og etter innføring av rotavirusvaksiner i program. I tillegg følges eventuelle endringer i fordelingen av rotavirusgenotyper og serotyper (vi).

Informasjon til helsepersonell og publikum

Folkhelseinstituttet har utarbeidet informasjonsmateriell til helsepersonell og publikum om rotavirus-sykdom og rotavirusvaksinasjon.

- Foreldrebrosjyre om rotavirusvaksiner
- Foreldrebrosjyren «Vaksinasjon i barne- og ungdomsalder» får et kapittel om rotavirusvaksiner

- Faktahefte for helsepersonell
- Film om rotavirusvaksinasjon for helsepersonell
- Fylkesvise forelesninger for helsepersonell
- Temaområde for publikum og helsepersonell: <http://www.fhi.no/tema/rotavirus>. Her finnes blant annet en Spørsmål og svar-side, som vil utvides etter hvert.

Vaksinatører anbefales å abonnere på nyhetsmeldinger (e-post eller SSR-feed) på temaområdet vaksiner: www.fhi.no/nyhetsvarsel. ■

Referanser:

- (i) Nasjonalt folkehelseinstitutt. Anbefalinger om bruk av rotavirusvaksiner i Norge – rapport fra en arbeidsgruppe (Rapport 2013:10) [nedlastet 31. Mars 2014]. Tilgjengelig fra: <http://www.fhi.no/dokumenter/3c1b8f66cb.pdf>.
- (ii) Flem E, Vainio K, Døllner H, et al. Rotavirus gastroenteritis in Norway: Analysis of prospective surveillance and hospital registry data. *Scand J Infect Dis* 2009;41 (10): 753-9.
- (iii) WHO position paper. Rotavirus vaccines – January 2013. *Wkly Epidemiol Rec* 2013; 88: 49–64.
- (iv) Vesikari T, Matson DO, Dennehy P, et al. Safety and efficacy of a pentavalent human-bovine (WC3) reassortant rotavirus vaccine. *N Engl J Med* 2006 Jan 5;354(1): 23-33.
- (v) Ruiz-Palacios GM, Perez-Schael I, Velazquez FR, et al. Safety and efficacy of an attenuated vaccine against severe rotavirus gastroenteritis. *N Engl J Med* 2006 Jan 5;354(1): 11-22.
- (vi) Vainio er: Vainio K, Nordbo SA, Njølstad G, et al. Detection and characterization of group A rotaviruses in children hospitalized with acute gastroenteritis in Norway, 2006–2008. *J Med Virol* 2009 Oct; 81 (10): 1839–44.

HELSEØSTER KONGRESSEN

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



Laget av elever med visuelle kunstoffag ved Langhaugen vgs



«Alltid på nett»

Helsesøsterkongressen 2015 i Bergen

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

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

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

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

Velkommen til kongress!

Kongresskomité: Britt Darlington (leder), Agnes Giertsen, Lillian Brekke, Gerd-Anne Wincentzen, Bente-Gunn Haatuft, Randi Helland.

FORELØPIG PROGRAM (med forbehold om endringer)

TIRSDAG 14. APRIL

Konferansier/møteleder: Komitemedlem

0900-1100

Registrering, besøk hos utstillere

1100-1230

Åpning av kongressen

1230-1330

Lunsj og besøk hos utstillere

1330-1600

Foredrag inkl pause

Internett som et globalt kreativt nettverk

Gisle Johnsen

1700 -

Utflukter

1. Statsraad Lemkhul (5 timer)

2. Troidhaugen – Edvard Grieg sitt hjem. Konsert i Troidsalen og omvisning på Troidhaugen

3. Byvandring med Gunnar Staalesen

2015



Onsdag 15. APRIL

Konferansier/møteleder: Komitemedlem

- 0815–1115 Debattforum med GF (kun valg)
Debattleder Aslak Bonde
- 1115–1135 Pause med besøk hos utstillere
- 1135–1230 **Helsekommunikasjon og digitale medier**
Nina Sletteland
- 1230–1330 Lunsj og besøk hos utstillere
- 1330–1630 **Parallellsesjoner med innlagt pause A. På nett med tjenesten**
Utvikling av nasjonalt kvalitetssystem for primærhelsetjenesten
– Forebyggende helsetjenester ved kunnskapssenteret
- 1445–1630 Dokumentasjon/statistikk
– **Hvordan bruke data fra helsestasjons og skolehelsetjenesten i kommunen sitt folkehelsearbeid og oversikt over levekår**
- 1330–1415 **B. På nett med barnet**
De utrolige årene babyprogrammet
Bjørn Brunborg og Monica Sture, BUP Nordhordland
- 1415–1500 **Alt på nett?**
Barnevakten.no
- 1515–1600 **Psykologisk førstehjelp**
bhg progr Solfrid Raknes
- 1600–1630 **Helseøstre i Asker sine erfaringer med Psykologisk førstehjelp for helsestasjonsbarn**
- 1330–1430 **C. På nett med ungdommen**
På nett med ungdommen
Redd Barna
- 1445–1530 **Slik er de unges skjulte liv**
Sigrid Ryeng Alnes i Ung Org.
- 1545–1630 **Mobbing på sosiale medier**
Kristin Oudmayer
- 1330–1630 **D. På nett med kunnskapen**
Presentasjon fra masterstudier 4 stk med pauser
- 1900– Festmiddag

Torsdag 16. APRIL

Konferansier/møteleder: Komitemedlem

- 0830 Kunstnerisk innslag
- 0845–0945 **eHelse: hva slags helse er det?**
NSFs strategi for eHelse
- 0945–1030 **Søvn og nettvett**
Bjørn Bjorvatn
- 1030–1100 Pause m utsjekk og besøk hos utstillere
- 1100–1200 **Slett meg.no (datatilsynet)**
Ole Morten Knudsen
- 1200–1230 Posterpresentasjoner
- 1230–1330 Lunsj
- 1330–1430 **Motivasjon – Mestring og medfølelse**
Mia Børjeson
- 1430–1500 Informasjon fra Hdir –bl. a arbeidet med ny veileder
- 1500–1530 Avslutning og Presentasjon av neste års kongress

VALG I LANDSGRUPPEN AV HELSESØSTRE

– INFORMASJON FRA NOMINASJONSKOMITEEN

På Generalforsamlingen i april 2015 skal det velges medlemmer til LaH NSF's styre.

I henhold til vedtektene for Landsgruppen av helsesøstre NSF, skal det velges leder, nestleder, 4 medlemmer og 2 varamedlemmer. Valgperioden for leder er 4 år, men med mulighet for å stille for 2 år, styre- og varamedlemmer velges for 2 år.

Nominasjonskomiteen velges også for 2 år, og skal bestå av leder, 2 medlemmer og 2 varamedlemmer.

Styret for perioden 2014-2015 har bestått av:

Leder: Kristin Sofie Waldum - tar gjenvalg

Nestleder: Ellen Kathrine Larsen - tar gjenvalg

Styremedlemmer:

Randi Stokke Johnsen - usikker

Eli Taranger Ljønes - tar ikke gjenvalg

Gudbjørg Øen - tar ikke gjenvalg

Berit Granheim Karlsen - tar gjenvalg

Vararepresentanter:

Eli Kristin Johansen - tar gjenvalg

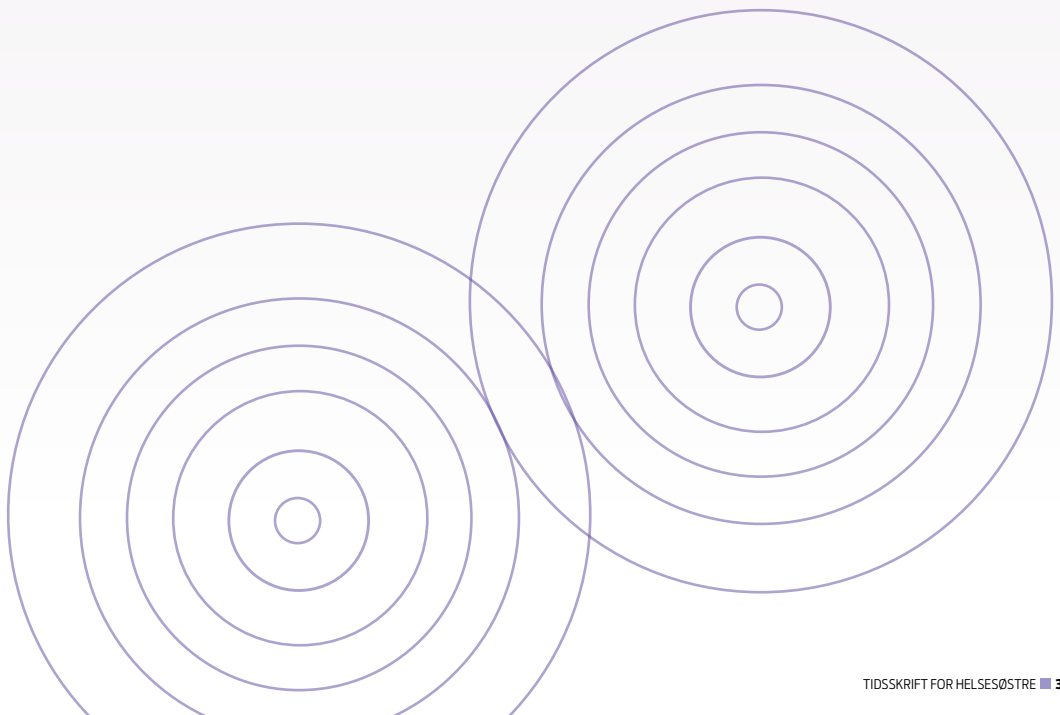
Lillian Olsen Opedal - tar ikke gjenvalg

Vi trenger gode kandidater!

Forslag til kandidater til valget i 2015 kan sendes til nominasjonskomiteen

v/Bodil Erdal på bodil.erdal@baerum.kommune.no innen 1.januar 2015.

Oppdatert informasjon om valget vil bli publisert i Medlemsbrev og på våre nettsider, samt i Tidsskrift for helsesøstre 1-2015.



Er brann- og skåldeskader et glemt tema?

Tradisjonelt har ulykkesforebyggende arbeid vært et viktig satsingsområde i helsestasjonsarbeidet. Nyere forskning viser imidlertid at forebygging av brannskader hos småbarn ikke er høyt prioritert.



Av Lise-Marie Bergvoll, utdannet helsesøster 2013. Student ved Master i klinisk sykepleie ved Høgskolen i Bergen

Helsestasjons- og skolehelsetjenesten er en del av kommunenes lovpålagte tjenestetilbud og skal gi tilbud til alle barn og ungdom 0-20 år (1). Tjenesten er en barne- og ungdomshelsetjeneste hvor hensikten er å fremme psykisk og fysisk helse, sosiale og miljømessige forhold, samt forebygge sykdom og skade. Tjenesten er den eneste som retter seg i helhet mot dette feltet og der helsestasjonen har nærmere 100 prosent oppslutning blant Norges barnefamilier (2). Dette har muliggjort et nasjonalt definert program innenfor det helsefremmende og forebyggende arbeidet rettet mot barn og ungdom. I Norge har helsesøster ansvaret for mye av programmet. Helsestasjonsprogrammet gir helsesøster en unik mulighet til å kunne bidra til primærforebygging av brann- og skåldeskader hos småbarn. Primærforebygging retter seg mot hva

man kan gjøre for å unngå at en skade oppstår, mens sekundærforebygging omhandler tiltak som hindrer videre utvikling av sykdom eller skade (3). Forebygging av barneulykker har vært og er ett av de nasjonale satsingsområdene når det gjelder det helsefremmende og forebyggende arbeid blant barn og unge i Norge (4-6). Tradisjonelt har ulykkesforebyggende arbeid også vært et viktig satsingsområde i helsestasjonsarbeidet (7), men nyere forskning viser til en sørgelig statistikk der man kan undre seg over om brannskadeforebygging i kommunene er tilstrekkelig prioritert?

Brann- og skåldeskader hos småbarn

Forskning viser at brannskadestatistikken ved brannskadeavsnittet på Haukeland Universitetssykehus har vært uforandret de siste 20 årene. Brannskadeavsnittet

Sammendrag

Studiens bakgrunn: Forskning viser at forekomsten av brannskader har vært uendret de siste 20 årene, og at barn under fem år er særlig utsatt. Forekomsten forblir uendret når det ikke aktivt intervereres lokalt. Helsesøster har gjennom helsestasjonsprogrammet en unik mulighet til å primærforebygge disse skadene.

Hensikt med studien: Å rette søkelyset mot primærforebygging av brann- og skåldeskader i helsestasjonsarbeidet, samt å belyse hva forskning forteller om hvordan helsesøster kan primærforebygge brann- og skåldeskader hos barn 0-5 år?

Metode: Søk i SwedMed+, Cochrane Library, Cinahl, Medline og Embase i april 2013.

Hovedresultat: Resultatene fra litteraturstudien viser at det er lettere å få til atferdsendringer hos foreldre når informa-

sjon om sikkerhetstiltak er individuelt tilpasset, når de blir gjort over tid og gjennomføres i kombinasjon med andre tiltak som utdeling av gratis sikkerhetsutstyr. Hjemmebesøket spiller en særlig viktig rolle.

Konklusjon: Det er et potensial for primærforebygging av brann- og skåldeskader i helsestasjonsarbeidet. Dette kan forbedres ved at helsesøster i større grad er oppmerksom og bevisst sin pedagogiske funksjon og tilpasser informasjonen til hver enkelt familie, samt implementerer ulykkesforebygging med særlig fokus på brann- og skåldeskader i foreldreveiledning. For å oppnå resultater med forebygging er det nødvendig med systematiske og målrettede tiltak. Samarbeid mellom kommune og spesialisthelsetjenesten er særlig viktig i det skadeforebyggende arbeidet.

Nøkkelord: Helsestasjon, barn, forebygging, skader, litteraturstudie.



FARLIG SITUASJON: Det er for tørt gjort at barn får brannskader. Ulykker og lidelse kunne vært unngått med enkle tiltak. Forskning viser at omtrent en tredjedel av pasientene som blir innlagt ved Brannskadeavsnittet ved Haukeland Universitetssykehus er barn, og hyppigste årsak er skålding. Illustrasjonsfoto: Colourbox.

har hatt en landsdekkende spesialfunksjon for alvorlige brannskader siden 1984. Omtrent 1/3 av pasientene som blir innlagt ved Brannskadeavsnittet er barn, hvor hyppigste årsak er skålding (8, 9). Tilsvarende funn er gjort lokalt i Bergen ved legevaktene der resultatene viser til tilsvarende funn som ved Brannskadeavdelingen. De yngste barna under fem år rammes fem ganger hyppigere enn resten av befolkningen, og særlig utsatt er barn under to år. Kontakt- og skåldeskader forekom hyppigst og var forårsaket av ovner, komfyrer, varm mat og drikke. Skadene skjedde oftest innendørs og på kjøkkenet (10). Helsevesenets tiltak for forebygging av brannskader har oftest vært sekundærforebygging i form av råd om hva man skal gjøre når skaden har oppstått. I forhold til barn og brannskader er det naturligvis ønskelig å primærforebygge. For barn er behandlingen smertefull, ofte langvarig og ressurskrevende. Skadene kan påføre barnet varige psykiske, fysiske og funksjonelle mén samtidig som foreldre oftest vil belastes med en betydelig skyldfølelse. Hensikten med artikkelen er å rette søkelyset mot primærforebygging av brann- og skåldeskader i helsestasjonsarbeidet, og hva relevant forskning sier om hvordan helsesøster kan primærforebygge brann- og skåldeskader hos barn 0-5 år.

Metode

Det er gjennomført systematiske søk etter vitenska-

pelig litteratur som inneholdt effekt av tiltak i forhold til forebygging av brann- eller skåldeskader og ulykker hos barn 0-5 år. Det ble søkt etter både kommunebaserte tiltak og tiltak utført av helsepersonell. Kommunebaserte tiltak er koordinerte tiltak og strategier satt i system på tvers av etater og sektorer i en kommune, mens tiltak utført av helsepersonell sier noe om hvilken metode den enkelte helsearbeider bruker når informasjon blir gitt. Søkene ble begrenset til artikler publisert etter år 2000. Inklusjonskriterier for artikler var at de enten i tittel eller abstrakt inneholdt noe om effekt av forebygging av brannskader, skåldeskader eller ulykker hos barn i aldersgruppen 0-5 år, samt var engelsk,

«De yngste barna rammes fem ganger hyppigere enn resten av befolkningen.»

norsk, svensk eller dansk språklige. Videre ble artiklene vurdert hvorvidt de inneholdt primærforebygging av brannskader, skåldeskader eller hjemmelykker i kommunehelsetjenesten ved å gjennomgå abstraktet. Først ble det søkt etter oversiktsartikler eller systematiske oversiktsartikler om emnet og deretter ble søkene rettet mot primærstudier. Primærstudiene ble vurdert etter

samme kriterier som ovenfor, men i tillegg ble primærstudiene kun vurdert som relevante hvis forskningen var fra Europa eller Nord Amerika. Dette på grunn av mest mulig overførbarhet til norske omgivelser som sosioøkonomiske forhold og velutviklet velferds- og helsesystem. Det ble foretatt søk i databaser som SweMed+, Cochrane Library, Cinahl, Medline og Embase i april 2013. Søkeord / MeSH termer var: Infant, infant newborn, child preschool, primary prevention, prevention, accident prevention, health education, community health care, primary health care, burns, scald*. Følgende søkestrategi ble fulgt:

Infant, newborn OR infant OR child, preschool AND burns OR scald* AND prevention OR primary

Database	Treff	Relevante	Inkluderte
SweMed+	61	1	1
Cochrane Library	4	4	3
Cinahl	10	0	0
Medline	5	0	0
Embase	18	2	0
I alt	98	7	4

TABELL 1: Oversikt over antall relevante og inkluderte artikler.

Forfatter og utgivelsesår	Land	Hensikt
Kendrick D, Mulvaney CA, Ye L, Stevens T, Mytton JA, Stewart-Brown S. 2013 (12)	Ikke oppgitt. Industrialiserte land. Høyinntektsland.	1. Evaluere effekt av foreldreveiledning i forhold til å forebygge ulykker hos barn. 2. Evaluere effekt av foreldreveiledning i forhold til økt anskaffelse og bruk av sikkerhetsutstyr i hjemmet og om foreldre i større grad praktiserer sikkerhetstiltak.
Turner C, Spinks A, McClure RJ, Nixon J. 2004 (13)	USA, Norge, Israel	Evaluere effekt av kommunebaserte tiltak for å redusere brann- og skåldeskader hos barn under 14 år.
Kendrick D, Young B, Mason-Jones AJ, Ilyas N, Achana FA, Cooper NJ, Hubbard SJ, Sutton AJ, Smith S, Wynn P, Mulvaney C, Watson MC, Coupland C. 2012 (14)	USA, Storbritannia, Australia, Frankrike, New Zealand, Sverige, Danmark, Canada, Singapore, Norge, Hong Kong, Israel, Kina, Mexico og Sør - Afrika.	Evaluere effekt av undervisning i sikkerhetstiltak for å forebygge skader hos barn i hjemmet. Tok for seg skader som brannskader, fallskader, forgiftninger, elektriske støt, sår og slagskader og kveldningsulykker.
Carlsson A, Bramhagen AC, Jansson A, Dykes AK. 2011 (15)	Sverige	Effekt av individtilpasset informasjon om barneulykker med fokus på brann- og skåldeskader.

TABELL 2: Funn i artiklene.

prevention OR accident prevention OR health education AND community health care OR primary health care. Tabell 1 viser antall treff i de ulike databasene gjort i april 2013. I tillegg til søk i databaser ble det foretatt manuelle søk i Tidsskriftet for helsesøstre, Tidsskriftet for den norske legeforening, skadeforebyggende forum, hjemmesiden til World Health Organization, sentrale retningslinjer, aktuelle forskrifter og strategiplaner. Fagperson med lang erfaring på dette området i Norge ble kontaktet for å få ytterligere informasjon. Relevante artikler ble ved hjelp av sjekklister fra Kunnskapscentret (11) vurdert i forhold til metodisk kvalitet, herunder validitet og reliabilitet. Det ble rettet særlig fokus på hvorvidt studiene hadde passende kontrollgrupper for intervensjonene. De relevante primærstudiene ble i tillegg sjekket opp mot referanselisten til de relevante systematiske oversiktene i forhold til om de var inkludert eller ekskludert.

Resultater

Av 98 treff var sju vurdert som relevante og ble vurdert av forfatteren i full tekst. Ved vurdering av de 98 treffene ble tittel og abstrakt lest. Deretter ble det foretatt en vurdering om det var relevant å lese hele artikkelen. Totalt ble tre studier ekskludert. To studier ble ekskludert på grunn av redusert metodisk kvalitet, da de ikke hadde kontrollgrupper for å sammenlikne intervensjonene. Den tredje artikkelen ble ekskludert da den ikke spesifikk rettet seg mot barn i den aktuelle aldersgruppen. Totalt ble fire artikler inkludert, av disse var tre studier systematiske oversikter (tabell 2). Referanselistene til de inkluderte studiene (12-15) ble gjennomgått for å finne ytterligere studier. En inkludert studie (15) førte meg til forfatterens doktorgradsavhandling (16), der den inkluderte studien var en av fem studier som utgjorde grunnlaget for avhandlingen. Doktoravhandlingen er tatt med i diskusjonsdelen som annen relevant litteratur. Metodisk kvalitet for de inkluderte studiene var totalt sett høy til moderat. De systematiske oversiktene hadde hovedsakelig inkludert randomiserte kontrollerte studier. Alle inkluderte artiklene var fra industrialiserte høyinntektsland. En norsk studie (17) var representert i to av de inkluderte systematiske oversiktene (13, 14), og den ene primærstudien var utført i Sverige. God metodisk kvalitet, representative utvalg, samt presise og valide resultat utgjør styrken i de inkluderte artiklene. Litteraturstudien styrkes ytterligere gjennom tre inkluderte systematiske oversiktsartikler forfattet av Cochrane Collaboration. Systematiske oversiktsartikler har strenge metodiske krav som gjør artiklene til gode kunnskapskilder for velinformerte valg i

praksis (18). Svakheten med de inkluderte studiene er at det framkommer sparsom forskning med god metodisk kvalitet direkte knyttet til helsesøsters funksjon og utøvelse. Det framkom null treff i databasene ved bruk av søkeord/MeSH term helsesøster/public health nurse. Bare den svenske intervensjonsstudien (15) er direkte utført av helsesøster, mens de andre inkluderte studiene er utført av annet helsepersonell. En systematisk oversikt viser til undervisning utført av sosialarbeidere og lærere i tillegg til helsepersonell. Resultatene fra literatursøkene er oppdelt i tre hoved emner og sier noe om effekt av ulike tiltak. Funnene tyder på at effekten av det brann- og skåldekkade forebyggende arbeidet innebærer at tiltakene er systematiske, at valg av pedagogisk tilnærming har stor betydning og at hjemmebesøket spiller en viktig rolle.

Systematisk forebygging av brann- og skåldekkader

En systematisk oversikt tok for seg kommunebaserte intervensjoner som var basert på ulike koordinerte tiltak og strategier satt i gang på tvers av etater, sektorer og nivåer rettet mot barnefamilier med barn under 14 år (13). To av fire inkluderte studier i denne oversikten kunne rapportere en statistisk signifikant reduksjon i forekomst av brann- og skåldekkader i intervensjonskommunene sammenliknet med kontrollkommunene. Forfatterne konkluderer med at hovedårsaken til manglende resultater i de to resterende studiene var på grunn av begrenset tidsperiode for innføringen av intervensjonene. De varte bare i ett og to år. De to studiene som viste til signifikant reduksjon i antall

sykehusregistrerte barn med brann- og skåldekkader var utført i Norge og Israel. Begge studiene viser effekt av systematiske og målrettede tiltak, samt kombinasjon av ulike intervensjoner for å redusere forekomsten av brannskader hos småbarn. Den norske studien hadde barn under fire år som et målrettet fokusområde og var basert på World Health Organizations kriterier til «Trygge lokalsamfunn». Intervensjonene som ble tatt i bruk var systematiske, lokale brannskadeforebyggende tiltak der det ble gitt helseopplysning om primærforebygging av brann- og skåldekkader. Opplysningene ble gitt i form av sikkerhetstiltak som eksempelvis anskaffelse og bruk av komfyrvern, senkning av temperatur på varmtvannsbereder og gitter foran vedovner. Sekundærforebyggende råd for førstehjelp ved brann- og skåldekkader ble også gitt. Både frivillige og private aktører, herunder leverandører av elektriske produkter og lokal media ble tatt i bruk for å spre opplysning om sikkerhetsstyr. I tillegg var det et nært samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten. Helsesøstertjenesten fungerte som spydspissen i arbeidet, og sto for veiledning om forebyggende tiltak til småbarnsforeldre i kommunen. Intervensjonene i den norske kommunen viste seg over en sju års periode å redusere de sykehusregistrerte brann- og skåldekkadene hos barn 0-4 år med hele 52,9 % ($p < 0.05$). Kontrollkommunene fulgte det nasjonale barnesikkerhetsprogrammet.

Den israelske studien tok for seg alle aktuelle forebyggende barneulykkesprogrammer som inkluderte brann- og skåldekkade forebyggende komponenter i en tidsperiode på 10 år i Israel. Studien

Design/metode	Deltakere/antall studier	Resultat
Systematisk oversikt	22 studier. 10 studier inkludert i metaanalysen. Totalt 5074 deltakere i metaanalysen.	Foreldreveiledning fører til færre skader hos barn, og trolig færre observerte kilder til helsefare for barn i hjemmet, spesielt i familier som er mer utsatte som for eksempel alenemødre, førstegangsforeldre, tenåringsmødre.
Systematisk oversikt	Totalt antall deltakere i de 4 inkluderte studiene: 892 576 innbyggere.	2 av de 4 inkluderte studiene rapporterte en signifikant nedgang i forekomst av brann- og skåldekkader som et resultat av de kommunale tiltakene. Ingen metaanalyse.
Systematisk oversikt	Totalt 64 studier inkludert i oversikten i forhold til forebygging av brannskader hos barn. 39 studier inkludert i metaanalysen.	Den systematiske oversikten viste at undervisning i sikkerhetstiltak i forhold til forebygging av brannskader hos barn trolig øker sannsynligheten for bruk av trygg vann-temperatur, bruk av gnistfanger og planlegge rømningsvei. Usikkert resultat i forhold oppvaring av varm mat, drikke, fyrstikker, lighterer og brannstokningsapparat.
Intervensjonsstudie med kontrollgruppe, quasi-eksperimentelt design.	Totalt 99 mødre med 7 måneders gamle spedbarn.	
50 mødre i intervensjonsgruppen og 49 mødre i kontrollgruppen.	Individtilpasset informasjon i kombinasjon med hjemmebesøk kan motivere mødrene til å ta flere ulykkesforebyggende hensyn i hjemmet.	

TABELL 2 FORTS.: Funn i artiklene.



UNDERSVISING: Helsesøster kan bidra til å forebygge brannskader, ved å snakke med foreldre om hvordan de skal gjøre det trygt for barnet i hjemmet. Illustrasjonsfoto: Colourbox.

sammenliknet forekomsten av sykehusbehandlede brannskader i kommuner som hadde implementert brannskadeforebyggende programmer med kommuner som ikke hadde disse programmene. De ulike intervensjonene besto av individuell veiledning, gruppetimer, utdeling av brosjyrer og sikkerhetsutstyr. Dette ble gjennomført av ulike aktører i sykehus, kommuner og ved hjelp av frivillige organisasjoner. Brann- og skåldeskader blant sped- og småbarn ble signifikant redusert med 25 % i intervensjonskommunene, mens forekomsten i kontroll-

«Det brannskadeforebyggende arbeidet bør få større plass.»

kommunene uten bruk av ulike systematiske tiltak holdt seg stabile (13). Tilsvarende resultat kommer frem i en undersøkelse av 99 svenske mødre. De mødrene som fikk et tilpasset og utvidet tilbud utover standard forebyggende informasjon på helsestasjon iverksatte i større grad ulykkesforebyggende tiltak mot brann- og skåldeskader i hjemmet (15). En annen oversiktsartikkel viser til at effekten er større ved bruk av flere tiltak samtidig (12). Undervisning i sikkerhetstiltak med mulighet til å tilby rimelig eller gratis sikkerhetsutstyr var mer effektiv enn undervisning alene. I samme oversiktsartikkel viser resultatene at effekten av undervisning i sikkerhetstiltak minskes over tid og viser til viktigheten av å gjenta budskapet (14).

Helsesøsters pedagogiske funksjon

En oversiktsartikkel (14) oppsummerer funn fra studier som har undersøkt effekten av undervisning om

sikkerhetstiltak rettet mot blant annet brannskader. Resultatet fra studiene viser at undervisning kan fremme forebyggende atferd hos foreldre og bidra til økt bruk av sikkerhetstiltak. Sikkerhetstiltakene er røykvarslere (Odds ratio 1,81), trygg vanntemperatur (OR 1,41), bruk av gnistfangere (OR 1,40) og planlagt brannrømningsvei (2,01). Resultatet viser usikkerhet og varierende resultat når det gjelder undervisningens effekt på foreldrenes bruk av sikkerhetsutstyr og praktisk handling i forhold til oppbevaring av varm mat og drikke (OR 0,95), oppbevaring av fyrstikker utenfor barnets rekkevidde (OR 1,03) og besittelse av brannslukningsapparat (OR 0,90). Undervisning om dette viser til resultat uten effekt og viktige fordeler. Studiene er basert på undervisning utført av helsearbeidere, sosialarbeidere, lærere og frivillige gitt i grupper eller individuelt. Derimot viser den svenske studien (15) at individtilpasset informasjon øker mødrenes bruk av sikkerhetstiltak mot brannskader, da tilpasset rådgivning motiverer foreldre til å iverksette flere ulykkesforebyggende tiltak i hjemmet. I den svenske studien blir det redegjort for bruk av empowerment som pedagogisk metode og tilnærming til mødrene. Dette ble gjort både i grupper og individuelt. Det ble tilrettelagt for refleksjon omkring barnets utvikling og mulige risikosituasjoner, samt diskusjon rundt hvordan brann- og skåldeskader kan forebygges og hvilke forebyggende tiltak de allerede hadde satt i gang. Lignende resultat kommer frem i en systematisk oversikt, der foreldreveiledning viste å ha en antatt forebyggende effekt på skader hos barn (12). Foreldreveiledning som forebyggende tiltak ga noe færre skader hos barn og muligens færre observerte kilder til helsefarer i hjemmet (RR 0,83 med KI 95 %). Foreldreveiledning gitt individuelt viste en antatt forebyggende effekt ved å øke foreldrenes kunnskap og ferdigheter i foreldrerollen, samt endre holdninger i forhold til det å være foresatt. Nevnte tiltak kan inneholde bruk av sikkerhetsutstyr og sikkerhetstiltak, grensesetting, oppfølging av barnet, kommunikasjon og medlingsferdigheter (12).

Hjemmebesøk og individtilpasset informasjon

Hjemmebesøk som tiltak i det forebyggende arbeidet mot brann- og skåldeskader ble framhevet som et nødvendig og svært viktig redskap i den svenske studien. I tillegg ga det helsesøstre et mer helhetlig bilde på individuelle utfordringer som videre dannet grunnlag for individtilpasset informasjon (15). I de systematiske oversiktene ble hjemmebesøk framhevet som særlig effektivt (12-14). I oversiktsartikkelen om undervisning i sikkerhetstiltak viste det seg at undervisningen var

mer effektiv når den ble gitt i hjemmet med individuell tilpasning (14). I oversikten om foreldreveiledning og skadeforebygging var 17 av totalt 22 studier basert på kombinasjon av ulike tiltak ved bruk av hjemmebesøk (12). Den norske studien som er inkludert i to systematiske oversikter viser til utstrakt oppsøkende virksomhet i form av hjemmebesøk som en av strategiene som ga effekt (13, 17).

Diskusjon

Barn er mer utsatt og ømfintlig for ulykker og skader. Deres fysiske og kognitive evner, grad av avhengighet og atferd gjør at barn står i større fare for å skade seg enn voksne. Barn er i stadig utvikling, der utviklingen skjer i et hurtig tempo og er drevet av barns naturlige nysgjerrighet til sine omgivelser (19). Foreldreveiledning viser seg å bidra til å redusere barns ulykker i hjemmet og til dels økt effekt på anskaffelse av sikkerhetsutstyr (12). Foreldreveiledningsprogrammet til bruk i helsestasjonen «Sammen foreldre og barn» har blant annet til hensikt å forbedre foreldre og barns samspill ved å øke foreldrenes sensitivitet (20). Foreldrenes sensitivitet handler om foreldrenes ferdigheter til å oppdage, forstå og svare på barnets signaler på en raskt og hensiktsmessig måte (21). I mange norske kommuner blir permen utdelt til foreldre med nyfødt barn. Permen inneholder et ark for hver konsultasjon på helsestasjonen frem til barnet er fire år (20). I doktorgradsstudiet fra Sverige framkommer det at flere foreldre uttrykte at de feilvurderte barnets evner på grunn av barnets raske utvikling, og at foreldrene av den grunn ikke hadde forstått nivået av barnets fysiske muligheter. Dette var også årsaken til at de ikke hadde satt i gang hensiktsmessige sikkerhetstiltak (16). Foreldreveiledning kan bidra til økt oppmerksomhet rundt barnet på alle områder i utviklingen og gi foreldrene større forståelse for hvilke farer barnet kan bli utsatt for.

Howdan et budskap presenteres viser seg å ha stor betydning og kan være avgjørende for foreldrenes motivasjon til å ta nødvendige forholdsregler for å unngå brann- og skåldeskade hos sitt barn (15, 16). Ved bruk av empowerment som tilnærming i gruppe- og individuelle konsultasjoner kan helsesøster tilrettelegge for at foreldrene oppnår økt motivasjon og refleksjon rundt forebygging av brann- og skåldeskader. Bruk av empowerment som veiledningsmetode gjør at helsesøster kan møte foreldrene på en mer likeverdig måte med utgangspunkt i den enkeltes kunnskap, støtter foreldrene i deres kunnskap og bygger videre på den eksisterende kunnskapen. Ved å la foreldrene formulere spørsmålene og svarene gjøres de i stand til å ta

kontroll og delta i beslutningene vedrørende deres barns helse (22). Dette er i god tråd med WHO sin definisjon av folkehelsearbeidet, der folkehelsearbeidet er en prosess som skal sette mennesker i stand til å få økt kontroll over egen helse og faktorene som påvirker helsen (3). Helsesøster bør selvfølgelig som fagperson bistå foreldrene med faktakunnskap som hvordan barn brannskades, tiden det tar før et barn får en alvorlig skåldeskade og hvordan foreldre kan sikre sitt hjem best mulig. Ofte er foreldre ikke tilstrekkelig bevisst på situasjoner som kan være potensielt faretruende for deres barn og mange vet ikke hvor fort en skåldeskade kan oppstå. Eksempelvis tar det under ett sekund før et barn får alvorlig brannskade med kokende vann fra vannkoker og fra en kopp med varm kaffe eller te (23). Et annet eksempel er hvor stor skade og lidelse forbrenning av hånden kan medføre et barn. Behandlingen av forbrenningsskader i hånden hos barn kan være både langvarig og komplisert. Barnet vokser mens den brannskadete huden i barnets hånd kan være så skadet at den ikke klarer å vokse med barnet, og medfører til gjentatte operasjoner, trening og stimulering av hånden for å gjenopprette normal håndfunksjon.

Hjemmebesøket spiller en særlig viktig rolle for hvordan helsesøster best kan motivere og bevisstgjøre foreldrene. Hjemmebesøket er en unik mulighet til kartlegging av hver enkelt families hjem og danner grunnlaget for hvordan helsesøster kan tilpasse informasjon til den enkelte småbarnsfamilie og anbefalinger for sikkerhetsutstyr. Individtilpasset informasjon spiller en sentral rolle for foreldrenes grad av etterlevelse av helsesøsters råd og anbefalinger (15, 16), og fordrer helsesøster til å kartlegge hjemmene ved eksempelvis bruk av sjekklistor på hjemmebesøk (7). Undervisningen er mer effektiv når man kombinerer dette med tilgang til gratis sikkerhetsutstyr eller sikkerhetsutstyr til rabatterte priser. Dette fordrer at helsesøster er oppdatert på hvor og hvordan foreldre kan anskaffe sikkerhetsutstyr og eventuell tilby gratis utlån. Eksempelvis tilbyr flere helsestasjoner utlån av alarmmatter for hjelp ved enurese og elektriske brystpumper for hjelp til ammeproblemer.

Resultatene fra litteraturstudien viser at det er enklere å få til atferdsendringer når informasjonen om sikkerhetstiltak blir tilpasset den enkelte familie. I tillegg er det enklere å få endringer når budskapet blir gjentatt over tid og gjennomføres i kombinasjon med andre tiltak som påvirkningskampanjer i for eksempel lokal eller nasjonal media og utdeling av gratis sikkerhetsutstyr. Hjemmebesøket gir en unik mulighet til individtilpasset informasjon og veiledning (12-15). I tillegg bør tiltakene være systematiske slik som hel-

sesøstertjenesten i Harstad kommune har gjort. De har utarbeidet kvalitetssikrede prosedyrer som er retningsgivende for det ulykkesforebyggende arbeidet der de har rettet et større fokus på forbrenningskader i aldersgruppen 0-4 år. De har også selv utarbeidet skriftlig materiell som er tilpasset etniske minoriteter med manglende lese- og skriveferdigheter (13, 17, 24). Skal helsesøster bidra til god brannskadeforebyggende arbeid i kommunene fordrer det god kunnskap fra den enkelte helsesøster. Dette kan oppnås ved et nært samarbeid mellom kommune og spesialisthelsetjenesten slik Harstad kommune har gjort.

Skade- og ulykkesforebygging er en sentral del av helsesøsters arbeid i opplysnings-, veilednings- og rådgivningsvirksomhet. Ifølge veilederen er det anbefalt at potensielle skader og ulykker er samtaleemner ved hjemmebesøk, seks ukers helseundersøkelse, tre måneder, sju eller åtte måneder, ett år, to år, fire år og skolestartundersøkelsen (2). Mye tyder på at dagens anbefalte program med blant annet utdeling av de fem brosjyrene utarbeidet av Helsedirektoratet «Barns miljø og sikkerhet» fra 0-6 år (24) ikke er tilstrekkelig, og at dette arbeidet i de senere årene kan ha blitt noe forsømt. Det er i dag et stort fokus på forebyggende psykisk helsearbeid, og hvis man i større grad kan bidra til primærforebygging av brann- og skåldeskader er dette også en god investering for familiens og barnets

«Helsesøstre kan ikke stå alene i dette arbeidet.»

psykiske helse. Disse skadene har stor innvirkning på fysisk og psykisk livskvalitet og er en risikofaktor for psykiske problemer og nedsatt livskvalitet. Ifølge tall fra brannskadeavdelingen ved Haukeland fikk over halvparten av de 786 barna under 16 år barnepsykiatrisk hjelp i tidsperioden fra 1984 til 2011 (25). Tiden er inne for et økt engasjement, tilrettelegging og samhandling omkring dette viktige området. Helsestasjonstjenesten og helsesøstrene bør ha en sentral plass i dette arbeidet.

Konklusjon

Det er i dag et potensial for primærforebygging av brann- og skåldeskader i helsestasjonsarbeidet, og dette arbeidet bør fortsatt være av relevans da forekomsten viser seg å være uforandret uten systematiske og målrettede tiltak. Det brannskadeforebyggende arbeidet bør av den grunn få større plass innenfor helsestasjonsarbeidet. Dette kan eksempelvis gjøres ved å implementere ulykkesforebygging med særlig et fokus på brann- og

skåldeskader i program for foreldreveiledning til bruk i helsestasjonen «Sammen foreldre og barn». Dette fordi foreldreveiledning kan bidra til at foreldre blir mer sensitive for barnets behov, gi større forståelse for barnets utvikling og bør også omhandle ulykkesforebygging. I tillegg bør helsesøster i større grad være oppmerksom og bevisst sin pedagogiske funksjon. En viktig forutsetning for å nå fram med budskapet og motivere foreldrene til å sette i gang sikkerhetstiltak forutsetter individtilpasset informasjon der en tar i bruk empowerment som pedagogisk metode. Helsesøstre kan ikke stå alene i dette arbeidet, og det er derfor svært nødvendig at det forebyggende arbeidet bygger på et nært samarbeid og samhandling mellom den kommunale tjenesten og spesialisthelsetjenesten. ■

Referanser:

1. Lovdata. Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester. 24.juni 2011; nr. 30. [Helse- og omsorgstjenesteloven]. Tilgjengelig fra: <http://www.lovdata.no/all/nl-20110624-030.html>. (Nedlastet 13.05.2013).
2. Sosial- og helsedirektoratet. Kommunenes helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjeneste. 2004. Veileder til forskrift av 3.april 2003 nr. 450.
3. Klepp KI, Aasheim A. Folkehelsearbeidet: veien til god helse for alle. Oslo, Helsedirektoratet. 2010.
4. Helse- og omsorgsdepartementet. Forebygging av ulykker i hjem, skole og fritid. Handlingsplan 1997-2002.
5. Sosial- og helsedirektoratet. Forebygging av skader og ulykker. En strategiplan for sektorovergrepene samarbeid. 2005-2007.
6. Departementene. Ulykker i Norge. Nasjonal strategi for forebygging av ulykker som medfører personskade 2009-2014.
7. Myklestad I. Barneulykker. I: Misvær N, Oftedal G. (red). Håndbok for helsestasjoner 0-5 år. Kommuneforlaget, Oslo. 2006.
8. Onarheim H, Guttormsen AB, Eriksen E. Brannskadebehandling gjennom 20 år ved Haukeland Universitetssykehus. Tidsskrift for Den norske legeforening. nr. 10, 2008; 128: 1168-71.
9. Haukeland Universitetssykehus. Brannskade. Tilgjengelig fra: <http://www.helse-bergen.no/omoss/avdelinger/brannskadeavsnittet/Sider/brannskadebehandling.aspx> (Nedlastet 02.05.2013).
10. Brudvik C, Hoem EL, Luggenes B, Vindenes H. Brannskader hos barn i Bergen. Tidsskrift for den norske legeforening. nr. 1, 2011; 131 20-3.
11. Kunnskapscenteret. Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. Sjekkliste for vurdering av forskningsartikler. Oslo. 2008. Tilgjengelig fra: <http://www.kunnskapscenteret.no/Verkt%C3%BBY/Sjekkliste+for+vurdering+av+forskningsartikler>. 2031.cms. (Nedlastet 20.04.2013).
12. Kendrick D, Mulvaney CA, Stevens T, Mytton JA, Stewart-Brown S. Parenting interventions for the prevention of unintentional injuries in childhood (Review). Cochrane Database of Systematic Reviews 2013; issue 3. Art. No.: CD006020. DOI:10.1002/14651858.CD006020.
13. Turner C, Spinks A, McClure RJ, Nixon J. Community – based interventions for the prevention of burns and scalds in children (Review). Cochrane Database of Systematic Reviews 2004; issue 2. Art. No.: CD004335. DOI: 10.1002/14651858.CD004335.
14. Kendrick D, Young B, Mason-Jones AJ, Ilyas N, Achana FA, Cooper NJ, Hubbard SJ, Sutton AJ, Wynn P, Mulvaney C, Watson MC, Coupland C. Home safety education and provision of safety equipment for injury prevention (Review). Cochrane Database of Systematic Reviews 2012; issue 9. Art. No.: CD005014. DOI:10.1002/14651858.CD005014.

Internett, førstegongs- mødre og amming

Internett spelar ei viktig rolle for førstegongsmødre som er på jakt etter informasjon og kunnskap om amming, syner ein ny studie i Helsegeografi.



Av Josie Hamper, PhD student
i helsegeografi, Queen Mary
University of London

Enorme mengder helseinformasjon er tilgjengeleg på internett, og bruk av denne ressursen til helsefremål aukar raskt. I Noreg har over 90% av alle husstandar tilgang på internett (SSB 2013) og forskning syner at 67% av den norske befolkninga brukte nettet til å finne helserelatert informasjon i 2007 (Wangberg et al. 2009). Det er viktig å vere merksam på utfordringar som følgjer med den store veksten av denne kanalen for helseinformasjon, i tillegg til fordelar denne utviklinga kan ha for helsefremmande arbeid (Korp 2006). Gravide kvinner og førstegongsmødre er to grupper som er kjende for å vere spesielt opptekne av å søke etter helseinformasjon på nettet (Bernhardt & Felter 2004, Romano 2007, Larsson 2009).

Tidsskrift for Jordmødre publiserte i 2009 ei evaluering av norske nettstader for gravide kvinner. Denne evalueringa konkluderte med at det finst mykje informasjon av høg kvalitet, men at brukarstyrte forum utgjer den største utfordringa, knytt til useriøse innlegg og ukyndige medisinske råd. Utover profesjonelle vurderingar av helseinformasjon på internett, veit vi svært lite om korleis denne ressursen blir opplevd og brukt på dagleg basis. I denne artikkelen presenterast funn frå ein kvalitativ studie som syner at førstegongsmødre sjølve ser på internett som ei motsetnadsfylt informasjonskjelde. Hovudsakleg vart internett omtala som ein nyttig ressurs som både kan auke kunnskap om amming, og spele ei viktig rolle for å handtere kjenslemessige utfordringar som ein kan erfare som førstegongsmor. Alle informantane var likevel klare over negative sider ved å nytte internett til slike føremål.

Helsegeografi

Helsegeografi ser kritisk på kulturelle, sosiale og fysiske omgjevnader, og korleis desse påverkar menneske sine opplevingar av helse og sjukdom (Kearns 1993). Dette perspektivet er eit godt utgangspunkt for å forstå korleis helse spørsmål formast av historiske, kulturelle og kontekstuelle vilkår. Innan helsegeografi er ordet «landskap» mykje brukt som eit teoretisk konsept for å undersøke korleis helseinformasjon er organisert (Kearns & Gesler 1998). Landskapet av ammeinformasjon er i dette tilfellet bygd opp av mange faktorar: Helsestasjonen, vener, familie, bøker, ulike blad eller magasin, og i seinare tid også internett. Introduksjonen av internett i dette informasjonslandskapet har hatt stor innverknad på korleis vi praktiserer, formidlar og tileignar oss kunnskap om helse.

Føremål

Denne studien tek for seg førstegongsfødande sin bruk av Internett som ei kjelde til kunnskap og støtte. Målet var å få ei betre forståing for korleis ei gruppe førstegongsmødre imøtekjem, drøfter og eventuelt avviser ammeinformasjon på diverse nettstader, og kva dei tenkjer om internett som ei informasjonskjelde. Vidare var det viktig å undersøke korleis denne bruken av internett påverkar ammepraksis og opplevingar av amming i kvardagen.

Kvalitative intervju

I dette prosjektet har fokuset vore på korleis mødrene sjølv opplever sin situasjon og skaper mening rundt amming gjennom interaksjonar på

PÅ NETT: Mødrene hadde blanda erfaring med bruk av informasjon frå internett. Illustrasjonsfoto: Colourbox.



nett. Føremålet var ikkje å kunne gjere generaliseringar baserte på studien, men å få ei djup forståing av informantane sine situasjonar. Dermed var få intervju av god kvalitet rekna som den best eigna metoden. Semistrukturerte kvalitative intervju vart utførde med sju førstegongsmødre frå kommunane Fjaler, Hyllestad og Askvoll. Desse hadde ulike erfaringar med bruk av internett, og alle var enten ammande eller hadde nyleg avslutta. I tillegg vart tre helsesøstre intervju.

Semistrukturerte intervju er veileigna for studien fordi denne typen intervju har eit klart fokus, men samstundes fleksibilitet nok til å utforske uventa emne (Longhurst 2010). Intervjua med førstegongsmødrene vart gjort heime hos dei. Denne nærleiken til kvardagsomgjenvader gav intervjua ei djupne som er vanskeleg å oppnå i meir nøytrale miljø (Elwood & Martin 2000). Intervjua vart tekne opp på digital optakar, transkriberte og analyserte tematisk for å oppnå ein grundig og konsekvent gjennomgang av personlege erfaringar.

Diskusjon

Det finst eit stort utval av nettstadar som inneheld informasjon om amming: For eksempel offentlege nettstadar som Helsedirektoratet.no, sosiale

«Store mengder informasjon gjer det vanskeleg å finne konkrete svar.»

medier som Facebook.com, diskusjonsforum som Babyverden.no, kommersielle sider som Libero.no og frivillige organisasjonar som Ammehjelpen.no. I denne artikkelen vil fokus hovudsakleg vera på dei kjenslemessige sidene ved bruk av internett til informasjon og støtte.

Heimreise frå sjukehuset kom fram som eit viktig emne i samtalar med mødrene. Heimen vart knytt opp mot ei kjensle av å vera åleine i kontrast til opplevinga av å få tett oppfølging på sjukehuset. Kjensla

av å vere åleine vart ofte snakka om i høve til usikkerheit rundt amming. Å ha vanskar som ein ikkje hadde på sjukehuset, eller å føle at ein gløymer korleis ein får til å amme, var noko som gjekk att i fleire intervju. Det er særleg her at internett kjem inn i biletet. Internett er ein tilgjengeleg, rask og praktisk måte å handtere kjensler av angst og uro.

Særskilt kort tid etter heimreise var ammevideoar på Youtube.com og Ammehjelpen.no tekne i bruk for å finne konkret rettleiing. Det å observere korleis andre mødre ammar opplevast som tryggande og motive- rande, og kunne gje mødre sjølvtrillit til å prøve ut nye ammestillingar eller teknikkar. Sjølv om fleire av mødre hadde fått med seg ein DVD om amming frå helsestasjonen, synte ingen særskilt interesse i denne. Fordelen med videoar på internett er at ein kan leite gjennom mange ulike videoar (både norske og internasjonale) til ein finn den som er mest relevant. Å setje på ein DVD vart dessutan omtala som upraktisk i situasjonar som var prega av stress.

På denne måten kan internett vere ein stad der ein kan få innsyn i kvardagen til andre mødre og dermed lære av andre sine erfaringar. Fordelen med brukar-

styrte og meir personlege informasjonskjelder, som diskusjonsforum eller bloggar, er at ein kan finne eit stort mangfald av erfaringar. Den store variasjonen er attraktiv for mange fordi ein lettare kan finne informa- sjon som er relevant for spesifikke problemstillingar og kvar enkelte sin situasjon, som til dømes sosiokulturelle preferansar eller kroppsfasong.

Særskilt to av dei intervjua mødre som opplevde mykje problem med amming, fann det tryggande å lese om andre sine ærlege erfaringar, og få ei stadfesting på at andre også har vanskar. I ein kvardag der det er vanskeleg å kome i kontakt med andre mødre, kan interaksjonar over internett vere ein måte å «møte» andre kvinner virtuelt utan å reise heimanfrå, og skape eit fellesskap for dei som er mor for første gong. Internett kan på denne måten kompensere for manglande sosialt samvær i kvardagen.

Som andre har påpeika treng ikkje auka bruk av internett resultere i at ansikt-til-ansikt kontakt med lege eller helsesøster blir ein mindre viktig kanal for å tileigne seg helseinformasjon (Andreassen et al. 2006). I intervjua kom det fram at bruk av internett til å søke rådgjeving ikkje erstatta kontakten med helsesøstera,

INFORMASJON: Helsesøstre kan spele ei viktig rolle i å hjelpe mødrer til å sortere informasjon. Illustrasjonsfoto: Colourbox.



men at disse ulike interaksjonane kan sameksistere og påvirke kvarandre. Likevel forklarte nokre av mødrene at det er pinleg å ta opp spørsmål som stamma frå internett, då dei var redde for at helsesøstera vurderte denne informasjonskjelda som useriøs.

På helsestasjonen er det viktig å vere open for samtale om bruk av internett for å kunne fange opp eventuelle problem eller spørsmål som kan oppstå som følgje av nettbasert informasjon. Helsesøstrer kan spele ei viktig rolle i å hjelpe mødre til å sortere informasjon (Romano 2007). Sjølv om internett hovudsakleg vart omtala som ein nyttig ressurs, var alle informantane samstundes opptekne av problem knytt til bruk av internett som ei informasjonskjelde. Dei negative sidene kom tydeleg fram i intervjuet. Det var særleg tre punkt som var i fokus:

1. Upåliteleg informasjon

Alle informantane var opptekne av faren for at dei las var ukorrekt, utdatert eller misvisande. Alle hadde døme på informasjon dei hadde funne på internett som ikkje var påliteleg, men generelt følte mødrene at dei var flinke til å skilje mellom gode og dårlege råd. Ord som balansere, filtrere og sortere gjekk att når dei skulle skildre korleis ein avgjer kva som er god informasjon. Ein strategi var å sjå etter bestemte logoar. Til dømes var nettstader som inneheldt logoen til Mattilsynet eller Helsedirektoratet rekna for å vere pålitelege. Ein annan strategi var å kryssjekke opplysingar på fleire nettstader for å sjå om dei var samstemde.

2. Stigmatisering

Det ein les kan opplevast som stigmatiserande og drive fram ei kjensle av dårleg samvit. Enkelte brukarstyrte nettstader der individ deler eigne meiningar og erfaringar kunne til tider opplevast som uvenlege og «harde» miljø. Særleg éi av mødrene som hadde

avslutta amming kort tid etter fødselen, opplevde stor motstand mot valet hennar på enkelte nettstader. Dette hadde ein stor innverknad på sjølvtiliten hennar. Ho følte at ho hadde risikert helsa til barnet sitt og svikta som mor.

3. For mykje informasjon

Kolossale mengder informasjon kan gjere det vanskeleg å finne konkrete svar på det ein lurar på, og kan slik medverke til endå større uvisse om amming enn ein hadde i utgangspunktet. Det er lett å bli overvelda av motstridande råd og meiningar.

Konklusjon

Denne studien framhevar at erfaringar frå bruk av internett til å finne informasjon om amming er kompliserte og motstridande. Ingen hadde utelukkande gode eller dårlege opplevingar, men sat med svært blanda kjensler. Sjølv om alle mødrene i denne studien hadde ei klar kritisk innstilling til informasjon frå internett, og var medvitne om ulempene ved denne informasjonskjelda, er det likevel viktig at helsesøstere er merksame på eventuelle problem som kan oppstå. Det kan vere svært fordelaktig at helsesøstere tek initiativ til samtale om bruk av internett, eller at dette blir diskutert i barselsgrupper. Det er stort potensiale for vidare forskning på bruk av internett for ammeinformasjon, særleg for å finne ut kor utbreitt dette fenomenet er, og korleis det påverkar ammelengde.

Om prosjektet: Masteroppgåva med tittelen «*Online Breastfeeding Information: A qualitative investigation of first-time mothers' use of the Internet as a source of knowledge and support*» vart ferdig i 2013 som ein integrert del av MSc graden i Helsegeografi ved Queen Mary, University of London. Prosjektet vart godkjent av universitetet sin forskingsetiske komité våren 2013. ■

Referanser:

1. Bernhardt, J. M. & Felter, E. M. (2004) Online pediatric information seeking among mothers of young children: Results from a qualitative study using focus groups. *Journal of Medical Internet Research* 6(1): e7.
2. Korp, P. (2006) Health on the Internet: Implications for health promotion. *Health Education Research* 21(1): 78-86.
3. Kearns, R. (1993) Place and health: Towards a reformed medical geography. *The Professional Geographer*, 45(2): 139-147.
4. Kearns, R. A. & Gesler, W. M. (1998) *Putting Health into Place: Landscape, Identity and Well-being*. Syracuse Press. New York.
5. Larsson, M. (2009) A descriptive study of the use of the Internet by women seeking pregnancy-related information. *Midwifery* 25(1): 14-20.
6. Longhurst, R. (2010) Semi-structured interviews and focus groups. I Clifford, N., French, S. & Valentine, G. *Key Methods in Geography*. Sage Publications. London.
7. Romano, A. M. (2007) A changing landscape: Implications of pregnant women's Internet use for childbirth educators. *Journal of Perinatal Education*, 16(4): 18-24.
8. SSB (2013) Bruk av IKT i husholdningene, 2013. 2. Kvartal. <http://www.ssb.no/ikthus/> (01.08.2014).
9. *Tidsskrift for Jordmødre* (2009) Tema: Internettsteder for Gravide, Nr. 3.
10. Wangberg, S., Andreassen, H., Kummervold, P., Wynne, R. & Sørensen, T. (2009) Use of the internet for health purposes: Trends in Norway 2000-2010. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 23(4): 691-6.

Grønne tanker om helsesøsterarbeid

«Grønne tanker – glade barn» er et nytt produkt i serien Psykologisk førstehjelp, der småbarn kan lære om røde og grønne tanker.



Av Solfrid Raknes, psykologspesialist og forsker III, Uni Helse

Psykiske helseplager er en av vår tids største utfordringer, både med tanke på hvor mange som rammes, lidelsestrykk og samfunnsøkonomiske kostnader. Det er viktig å nå ut til barn med kunnskapsbaserte metoder som kan bygge god psykisk helse og redusere psykiske vansker og lidelser. Tiltak rettet mot barn i småbarnsalder er tiltak som kan bety mye i et folkehelseperspektiv. Investering i småbarns utvikling er i et samfunnsøkonomisk perspektiv spesielt interessant fordi det er en investering man potensielt høster fruktene av i mange leveår og flere generasjoner.

Fra hverdagsvaner til helse

Hverdagens valg i småbarnsfamilier er mange, både for foreldre og småbarn. Hverdagsvalgene påvirker trivsel, helse og utvikling og setter fysiske og psykiske spor. Etablering av gode hverdagsvaner der barn får hjelp til å utvikle språk for følelser, og familiene etablerer gode måter å håndtere følelser og vanskelige situasjoner på, er viktig for barnets psykososiale utvikling. Tiltak som kan settes inn i barnehager og hjemme og som kan styrke barnet selv, relasjoner mellom barna og de voksne, foreldrekompetanse og samarbeid mellom hjem og barnehage, er interessante i et folkehelseperspektiv.

ENGSTELIGE SMÅBARN ■

Hva kan helsestasjonen gjøre:

- Vurder om engstelsen går utover helse, trivsel, fungering og utvikling
- Lær barna, foreldrene og barnehagepersonell at det er greit å være redd, men at man ikke trenger å la overdreven redsel få styre
- Bistå i å identifisere barns, foreldres og barnehagepersonells rødtanker
- Bistå i å lage en plan for hvordan barnet sammen med sine nærmeste kan øve på å la seg styre av grøntanker
- Hjelp barn sammen med sine nærmeste til å utsette seg for situasjoner barnet er unødige

engstelig for. Lag en øvingsplan

- Støtt og oppmuntre til å våge mer, små skritt
- Øv ofte, da hjelper øvingen bedre
- Øv på måter som er lystbetonede og lekpregede
- Anerkjenn barna og de voksne for treningsinnsats og mot
- Se etter små framskritt, og sett ord på det du ser går i riktig retning
- Vurder om barnet eller familien trenger mer hjelp og/eller kartlegging enn helsestasjonen kan gi, og bistå eventuelt med videre henvisning for dem som trenger det





BOK OM BARN: Fortellingen «Helt med» handler om Trine som er redd for ikke å bli likt, og som trekker seg fra det sosiale. Den er én av tre fortellinger i boken «Sint og glad i barnehagen.» Illustrasjon: Åge Peterson.

Helsesøstres unike posisjon

I Norge er helsesøstre i en særposisjon for å drive forebyggende helsearbeid. De siste årene har jeg blitt imponert over hvor mye godt helsesøsterdrevet forebyggingsarbeid som foregår rundt om i landet. At alle småbarn blir oppfulgt av helsesøster i førskolealder, gir standen en unik mulighet for tidligintervensjonsarbeid både for barn som er i vanskelige livssituasjoner og barn som viser symptomer på psykiske vansker. Jeg ønsker å trekke frem at helsesøster Hilde Egge har gjort en strålende jobb under utarbeidelsen av «Grønne tanker – glade barn», i en bredt sammensatt referansegruppe. Jeg håper og tror «Grønne tanker – glade barn» blir et godt verktøy for helsesøstre både i det universelle, indikerte og selekterte forebyggingsarbeidet som vil bli gjennomført av helsesøstre i årene som kommer! Jeg har grønntanker der jeg ser for meg helsesøstre rundt om i landet tar i bruk materiellet på ulike vis, både som samtaleverktøy med barn en-til-en, i familiesamtaler og i flerfamiliearbeid.

Hva er «Grønne tanker – glade barn?»

Grønne tanker – glade barn består av materiell for samlingsstunder/samtalestunder, en bildebok, en veileder for hjelpere, to myke røde og grønne bamser og en modul på den digitale læringsplattformen Salaby.

Boken *Sint og glad i barnehagen* inneholder tre

barnehistorier og en foreldreveiledning. Foreldreveiledningen beskriver hvordan «Grønne tanker – glade barn» kan brukes hjemme og spesielt overfor barn som er mye engstelige og/eller sinte. Barnehistoriene «Snill i full fart», «Helt alene» og «Helt med» starter med at alle barn har tanker og følelser. Vi blir med hovedpersonene i barnehagen og ser

«Da krymper Rød, og våre helter får det bedre!»

hvordan de tenker, føler og handler i noen situasjoner som dukker opp der. I historiene beskrives situasjoner hvor tenkebamsen Rød innledningsvis er sterk og skaper trøbbel. Deretter opplever hovedpersonene noe som får dem til å tenke litt annerledes, og de begynner å lytte til tenkebamsen Grønn. Så øver hovedpersonene på å handle i tråd med det Grønn sier. Da krymper Rød, og våre helter får det bedre!

Fakta om Grønne tanker - glade barn:

Formål

- Utvikling av godt språk for følelser
- Kommunikasjon om vanskelige situasjoner og sterke følelser
- Utvikling av selvreguleringsferdigheter og gode holdninger til seg selv og andre

Målgruppe

- Barn 4 – 7 år og foreldre
- Barnehager
- Hjelpetjenester som bistår barn med behov for ekstra oppfølging

Bruksområder

- Leses for alle barn på fanget, på sengekanten, hjemme, i barnehagen, på småskolen og SFO
- Kan også brukes for å hjelpe barn som viser tegn til engstelse eller problemsinne

Består av

- Boken «Sint og glad i barnehagen»
- En rød og en grønn tenkebams
- Materielt til 18 samlingsstunder/samtaler
- Hjelperveiledning
- En modul på nettstedet Salaby, under utvikling

Faglig bakgrunn

Materiellet er laget med basis i kognitiv atferdstilnærming, en godt dokumentert metodikk for forebygging og tidligintervensjonstiltak i arbeid

«Det er en investering man høster fruktene av i mange leveår.»

mot psykiske lidelser. Materialet er et nytt produkt i serien Psykologisk førstehjelp. Ungdomsversjonen av Psykologisk førstehjelp inngår i en multi-

senter effektevaluering finansiert gjennom Norges forskningsråd og ledet av RKBU Vest.

Grønne tanker – glade barn er laget av psykologspesialist Solfrid Raknes i samarbeid med en bredt sammensatt referansegruppe. Illustrasjonene er laget av Åge Peterson. Helse Bergen, Uni Helse Vest, Kavlifondet. Bergen Teknologitviking har bidratt til utviklingen av materialet. Kurs i bruk av materialet for barnehagepersonell, og tilsatte i hjelpetjenestene arrangeres av den ideelle organisasjonen Voksne for barn, der det konkrete materialet også kan kjøpes (VfB.no)

På nett

I tillegg til pakken med konkret materiell, er vi i ferd med å videreutvikle en digital del; «Grønne tanker – glade barn» i Salaby, Gyldendals digitale læringsplattform. Det digitale materialet ligger iallfall foreløpig fritt tilgjengelig på <http://barnehage.salaby.no>

Vi jobber for at materialet skal kunne oversettes og tilpasses til mange språk og kulturelle og religiøse identiteter for barn i Norge, Foreløpig har vi begynt tilpassing og oversettelse til engelsk og arabisk, det religiøse fellesspråket for muslimer. Vi har i høst avtale med Verdens helseorganisasjon for drøfting rundt videreutvikling og spredning av materialet, gitt at vi får finansiering slik vi søker om, vil det digitale materialet være mangespråklig i løpet av 2014. Vi jobber også for videreutvikling til flere digitale plattformer, og håper på napp på søknader slik at materialet kan brukes også på telefoner og nettbrett! ■

PROBLEMSINNE HOS SMÅBARN ■

Hva kan helsestasjonen gjøre:

- Vurder om sinneproblematikken går utover helse, trivsel, fungering og utvikling
- Tenk systematisk rundt om det er noe i situasjonen rundt barnet som bør og kan endres for at barnet skal få det bedre
- Lær barna/foreldrene å ta pause og roe seg når de trenger det
- Lær barna at det er greit å være sint, men at det ikke er greit å krenke andre eller ødelegge noe selv om man er sint
- Lek frem barnas rødtanker med og grønntanker

ker med tenkebamsene Rød og Grønn

- Øv inn faste Grønntanker som voksne i barnets nærhet hjelpe barnet til å automatisere. For eksempel «Tålmodig nå, en ting om gangen!» til bruk i situasjoner der sinnet blir trøblete
- Fortell barna at alle gjør dumme ting iblant. Det reduserer skyld og skam, og gjør det lettere å akseptere seg selv og andre
- Vurder om barnet/familien trenger mer hjelp/kartlegging enn helsestasjonen kan gi, og bistå eventuelt med videre henvisning



Emosjonell mestringskompetanse – en utfordring for helsesøster

Helsesøster har mulighet til å fremme emosjonell mestringskompetanse ved å engasjere seg i skoleprogrammer som omhandler psykisk helse, ha et bevisst forhold til grupper og tverrfaglig samarbeid. På denne måten kan helsesøster bidra til at barns evne til å fordøye livets påkjenninger styrkes.



Introduksjon

Helsestasjons- og skolehelsetjenesten har som formål å fremme psykisk og fysisk helse, fremme gode sosiale og miljømessige forhold og forebygge sykdom og skader (Forskrift om helsestasjons- og skolehelsetj., 2003). Helsesøster er en sentral aktør i det forebyggende og helsefremmende arbeidet (Glavin, Helseth & Kvarme, 2007). Helseledelse har kommet med anbefalte normtall i forhold til helsesøsterdekning i kommunen. Dette anbefales på barneskolen å være 100 % stilling for 300 elever (Helseledelse, 2010).

I alderen 3–18 år antar man at 15–20 % til enhver tid har psykiske vansker som fører til nedsatt funksjon og 8 % har en psykisk lidelse (Mathiesen, Karevold & Knudsen, 2009). Av psykiske problemer hos barn er det emosjonelle lidelser som er preget av indre følelser, som angst og depresjon, som er hyppigst (Grøholt, Sommerschild & Garløv, 2001; Mathiesen et al., 2009). Psykiske problemer har ifølge Rognes (1996) sin årsak i manglende mestring (gjengitt etter Espenes & Smedslund, 2009, s. 132). Albert Bandura mener det er sammenheng mellom angst og mestringsstro (self-efficacy). Følelsen av kontroll gjør at en person i større grad opplever å mestre. Det er ifølge Bandura av større betydning for

mestring i hvilken grad vi tror vi har kontroll og i mindre grad av hvilken reell mestring vi har i situasjonen (gjengitt etter Espenes & Smedslund, 2009, s. 132). Ut fra hans teori om mestringsstro ser vi en sammenheng med emosjonell mestringskompetanse. Kvello (2010) definerer begrepet emosjonell kompetanse som å oppdage, forstå og å regulere emosjoner. Vi mener dermed at det mest sentrale for emosjonell mestringskompetanse blir å oppdage, forstå og regulere sine emosjoner, i tillegg til følelse av kontroll.

Helsesøsters helsefremmende arbeid utføres med en generell basis i empowerment (Glavin, Helseth & Kvarme, 2007). Verdens helseorganisasjon definerer empowerment som en prosess der folk oppnår større kontroll over beslutninger og handlinger som berører deres helse (Glavin, Helseth & Kvarme, 2007). Skolehelsetjenesten kan ta i bruk universelle, selektive og indikative forebyggende tiltak (Glavin & Erdal, 2013). Det anbefales fra Nasjonalt folkehelseinstitutt (FHI) å legge vekt på universelle tiltak for å forebygge psykiske problemer hos barn og unge (Holte, 2012). FHI viser til at universelle tiltak når flest og er mest samfunnsøkonomisk (Berg, 2012). Vi vil med denne artikkelen belyse helsesøsters universalforebyggende

Av **Inger-Johanne Vesterkjær**, helsesøster, Frogner helsestasjon, Oslo kommune



Av **Kristine Ruud**, helsesøster og barnesykepleier, Skolehelsetjenesten for Barn, Grav skole/helsestasjon, Bærum kommune



SAMMENDRAG

Titel: Emosjonell mestringskompetanse – en utfordring for helsesøster

Bakgrunn: Helsesøster skal fremme psykisk helse. Blant barn er emosjonelle vansker det hyppigste. Universalforebygging anbefales av Folkehelseinstituttet. Grupper er en vel anvendt metode i skolehelsetjenesten og tverrfaglig samarbeid er sentralt for helsesøster. Økt mestringstro kan føre til bedret helse.

Hensikt: Å undersøke relevant forskning som belyser hvordan helsesøster via universalforebygging kan fremme emosjonell mestringskompetanse hos de minste skolebarna fra 6-10 år.

Metode: Litteraturstudie, med systematisk søk etter forskningsartikler. Resultat: Studier viste at både Zippys venner og bruk av grupper som metode førte til økt mestring hos elevene som igjen ga bedret psykisk helse. Videre funn viser to sentrale faktorer som påvirker det tverrfaglige samarbeidet mellom helsesøster og skolen; helsesøsters tilgjengelighet og skolens inkludering.

Konklusjon: For å fremme emosjonell mestringskompetanse hos de minste skolebarna bør helsesøster tilstrebe å delta i skoleprogrammer som Zippys venner. Helsesøster bør anvende kunnskap om gruppeteori, og det er nødvendig med et godt tverrfaglig samarbeid.

ABSTRACT

Title: Emotional coping skills – a challenge for public health nurses

Background: Public health nurses (PHN's) should promote mental health. Affective symptoms are frequent in young children. Norwegian Institute of Public Health recommends primary prevention. Groups are a well-known method in school health services, and interdisciplinary cooperation is central in PHN's work. Increased self-efficacy could lead to better health. Aim: To investigate relevant research demonstrating how PHN's can promote emotional coping skills in children 6-10 years old.

Method: Systematic literature search for relevant research articles.

Results: Findings indicate that both Zippys Friends and the use of groups lead to increased coping skills in children. This may affect their mental health positively. There are two factors that affect the development of interdisciplinary cooperation in schools; the PHN's availability and to what extent the school includes the PHN.

Conclusion: The PHN should aim to participate in school programs like Zippys Friends to increase emotional coping skills in young school children. The PHN also should make use of her knowledge about group theory, and it is of great importance with a well-functioning interdisciplinary cooperation.

Key words: Emotional coping skills, public health nurse, Zippys Friends, groups, cross-sectional cooperation.

HJELP TIL ELEVER:

Helsesøster bør bruke skoleprogrammer som Zippys venner for å bidra til bedre emosjonell mestringskompetanse hos de minste skolebarna. Illustrasjonsfoto: Colourbox.

tiltak som metode. Universalforebyggende tiltak retter seg mot alle mennesker i en populasjon uavhengig av risikofaktorer (Glavin & Erdal, 2013). Målet med slike tiltak er å forebygge sykdom og skader. I sitt universalforebyggende arbeid benytter helsesøster blant annet grupper (Glavin, Helseth & Kvarme, 2007). Gruppe som metode er verdifullt pga. medlemmenes utvekslinger, tanker, tilknytninger, problemer, sammenlikninger og assosiasjoner (Heap 2005; Tveiten, 2007). Poenget med å danne grupper er de ressurser og muligheter som finnes i selve gruppesituasjonen. Grupper med

«Helsesøster kan bidra til at barns evne til å fordøye livets påkjenninger styrkes.»

4–6 medlemmer er best egnet for at deltakerne lettere kan gi uttrykk for følelser og personlige anliggender og å eksponere seg selv (Heap, 2005).

For at helsesøsters miljørettete arbeid skal kunne bidra effektivt for elevene på skolen er det vesentlig med tverrfaglig samarbeid. Helsesøster i skolen er pålagt å samarbeide med skolen for å fremme godt psykososialt lærings- og arbeidsmiljø for elever og bistå i undervisningen i grupper i den utstrekning skolen ønsker det (Forskrift om helsestasjons- og skolehelsetj., 2003). Dette samarbeidet er ikke like klart formulert i de styrende dokumentene for skolens virksomhet. I opplæringsloven § 9a-1 står det blant annet at alle elever i grunnskolen har rett til et godt psykososialt miljø som fremmer helse (Glavin & Erdal, 2013).

I dag er anbefalingene å forebygge psykiske lidelser med tidlig intervensjon (Holte, 2012). Et viktig etisk prinsipp er at tjenesten skal være kunnskapsbasert (Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere, 2011). Skoleprogrammet Zippys venner bygger på forskningsbasert kunnskap og er blant de programmene FHI anbefaler for barneskolen. Programmet retter seg mot psykisk helse og skal lære barna å mestre dagliglivets påkjenninger (Berg, 2012; Major et al., 2011). I løpet av 24 undervisningstimer får elevene kjennskap til blant annet temaer som følelser, konflikthåndtering og mestring (Voksne for Barn, udatert). For å fremme barns emosjonelle mestringskompetanse mener vi det er relevant for helsesøsters universalforebyggende arbeid å se nærmere på Zippys venner, grupper og tverrfaglig samarbeid.

Hensikt

Hensikten med litteraturstudien er å undersøke rele-

vante forskning som belyser hvordan helsesøster via universalforebygging kan fremme emosjonell mestringskompetanse hos de minste skolebarna fra 6–10 år. Vi mener at god emosjonell mestringskompetanse er en forutsetning for god psykisk helse. «God psykisk helse er evnen til å fordøye livets påkjenninger» (Gilbert, 2012, s. 23).

Metode

Vi gjorde et systematisk litteratursøk etter forskningsartikler som omhandlet temaene emosjonell mestringskompetanse, psykisk helse, helsesøsters universalforebyggende arbeid, intervensjoner og tverrfaglig samarbeid. Søket ble i første omgang begrenset til artikler skrevet de siste fem årene da ny kunnskap var ønsket. Eldre artikler var aktuelle hvis de fremdeles var sammenliknbare med dagens forhold. Artikkelen tittel og abstrakt viste i første omgang om artikkelen var aktuell for vår studie.

Litteratursøket, se tabell 1, ble utført i september 2013. Vi fikk mange treff på ulike kombinasjoner, men få var relevante for vår problemstilling. Inkluderte forskningsartikler ble vurdert ut fra sjekklister for randomisert kontrollert studie, kasuskontrollstudie og kvalitativ studie (Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2008). De ekskluderte artiklene omhandlet alvorlige psykiske lidelser, behandling og terapigrupper, og var dermed utenfor vår problemstilling. Tre artikler ble valgt ut da de var metodisk jevnt over sterke. Forskning fra nordiske forhold ble prioritert og de utvalgte artiklene er norske. Felles metodisk styrke for artiklene er at hensikten kom tydelig frem, det var lett å få tak i intervjubjakter, lite frafall og resultatene ble presise. Det er en styrke at forskningen på Zippys venner (Holen, Waaktaar, Lervåg & Ystgaard, 2012) er en randomisert kontrollert studie. I artikkelen om grupper og mestringstro (Kvarme et al., 2010) er det en mulig svakhet at det er relativt få deltakere og at intervensjonsgruppen og kontrollgruppen finner sted på samme skole, noe som kan ha påvirket resultatet. Artikkelen om tverrfaglig samarbeid (Hjälmhult, Wold & Samdal, 2002) er av eldre dato, men ble likevel inkludert grunnet sin relevans for vår problemstilling, og lite forskning på området sett fra et helsesøsterperspektiv. Felles for disse tre artiklene er at de har flere ulike funn, som vi mener besvarer vår problemstilling. Funn fra vår litteraturstudie beskrives gjennom å vise til hver enkelt artikkel for seg.

Resultater

Vår litteraturstudie bygger på tre inkluderte forskningsartikler, se tabell 2.

Database:	Søkeord:	Antall treff:
SweMed	School nursing, health promotion, health education, helsesøster	31 1 inkludert artikkel
SweMed	Zippy	3, fant navnet på S. Holen, deretter link via RBUP Øst og Sør. 1 inkludert artikkel (kan søkes opp i Cochrane)
PubMed	Community health nursing, coping, emotion, child, health promotion, mental health, empowerment, groups	
MedLine	Cognitive behavioral theory, mental health, coping, groups, empowerment, school nursing, prevention	
Pensumliste		1 inkludert artikkel

TABELL 1:
Litteratursøk.

Forfatter og utgivelsesår	Land	Hensikt	Design/Metode	Deltakere	Resultat
Holen, S., Waaktar, T., Lervåg, A. & Ystgaard, M. 2012	Norge	Evaluere effekten av programmet Zippys venner i forhold til mestring og forebygging av psykiske vansker	Randomisert kontrollert design, spørreskjema til elever, lærere og foreldre	1483 elever i hele klasser, i alderen 7-8 år fra 35 skoler	Programmet hadde signifikant positiv effekt på mestring og påvirket positivt barnas psykiske helse i det daglige.
Kvarme, L. G., Helseth, S., Sørum, R., Luth-Hansen, V., Haugland, S. & Natvig, G. K. 2010	Norge	Finne ut om en gruppebasert intervensjon basert på løsningsfokuset tilnærming i en gruppe med sosialt tilbake-trukne barn hadde positiv effekt på mestringstro	Ikke-randomisert kontrollert studie	156 elever i alderen 12-13 år	Generell mestringstro økte tre måneder etter avsluttet intervensjon.
Hjälmhult, E., Wold, B. & Samdal, O. 2002	Norge	Identifisere hvilke forhold som påvirker samarbeidet mellom lærere og helsesøstre i de skolene som deltok i prosjektet helsefremmende skoler	Kvalitativ design, semi-strukturerte intervju	11 intervjuobjekter. 5 skoler	Skolens inkludering av helsesøster, samt helsesøsters tilgjengelighet var de viktigste faktorer som påvirket samarbeidet positivt og negativt

TABELL 2:
Funn i artiklene.

TABELL 3: Utvikling av samarbeid mellom skole og helsesøster.

Helsesøsters tilgjengelighet i skolen			
		Helsesøster er tilgjengelig	Helsesøster er ikke tilgjengelig
Skolens inkludering av helsesøster	Skolen inkluderer	POSITIV UTVIKLING	STAGNASJON
	Skolen inkluderer ikke	NEGATIV UTVIKLING	MANGEL PÅ SAMARBEID

Skoleprogrammet Zippys venner

Effektstudien av Zippys venner (Holen et al., 2012) viser etter avsluttet intervensjon en signifikant økning i aktive mestringsstrategier hos elevene. Ifølge foreldrene søkte nå elevene oftere støtte og hjelp ved motgang. Et annet funn var en signifikant reduksjon i opposisjonell mestringsstrategi. Dette viste seg spesielt ved at jenter viste mindre utagerende atferd. Studien viser også at programmet påvirket barnas psykiske helse positivt i hverdagen. Dette viser seg ved at lærere rapporterte om et generelt bedret klassemiljø, med en reduksjon av psykiske symptomer som forstyrret i klasserommet. Verken foreldre eller lærere rapporterte om forbedring av psykiske helseproblemer rett etter intervensjonen, men forskerne mener at spørreskjema som ble benyttet muligens ikke var tilstrekkelig sensitive for å finne eventuelle forandringer. Mangelen på positive resultater i forhold til psykiske helseproblemer samsvarer med tidligere studiers funn av universelle programmer rettet mot emosjonelle lidelser. Styrker ved denne studien er et stort antall informanter, lavt frafall (4,3 %) og at det ble tatt høyde for den hierarkiske struktur, der data ble analysert både på individ- og klassenivå. Det ble benyttet spørreskjema Kidcope checklist overfor elevene, og The Strengths and Difficulties Questionnaire

tre måneder etter avsluttet intervensjon. I artikkelen beskrives GSE som å ha tro på egen kompetanse, håndtere vanskelige oppgaver og mestre motgang i vanskelige situasjoner. Forskerne refererer til Albert Banduras mestringssteori (1997) som mener at økt mestringsstro vil kunne føre til bedret sosiale ferdigheter og bedret helse. Antall deltakere i hver gruppe var 3–7 stk. Forskerne så etter resultater ved baseline, rett etter endt intervensjon og etter tre måneder, noe som viser funn over tid (Kvarme et al., 2010). Spørreskjema basert på Banduras konsept på mestringsstro av Schwarzer et al.s 1997 ble brukt for å score GSE. Det er lite frafall (5 %) og god gruppestørrelse i forhold til gruppeteori i denne studien. Studien har 156 informanter, og utvalget av deltakere er fra Øst-Norge. Muligheten for andre funn kunne muligens vært til stede ved et større utvalg (Kvarme et al., 2010).

Tverrfaglig samarbeid

Studien om tverrfaglig samarbeid (Hjälmhult et al., 2002) viste at skolens inkludering av helsesøster og helsesøsters tilgjengelighet i skolen framstår som to sentrale faktorer for det tverrfaglige samarbeidet (se tabell 3). For å skape muligheter for god helse og sunn livsstil på skolen er det ønskelig med et tettere samarbeid mellom skolen og helsesøster. Dette kan skje ved at skolen er åpen og inkluderer helsesøster i sin virksomhet og ved at helsesøster er tilgjengelig, til stede og aktivt markedsfører seg og sine tjenester.

Tabell 3: Utvikling av samarbeid mellom skole og helsesøster, gjengitt etter Hjälmhult et al., 2002, s.45)

Denne forskningen er kvalitativ med semistrukturerte intervju. Videre brukes en hermeneutisk metode for innsamling og bearbeiding av data. Ved bruk av kvalitativ forskning i denne studien ønskes det å få frem andre personers virkelighetsoppfatning. Videre vil kvalitativ forskning alltid kunne tolkes ulikt. Av hensyn til denne utfordringen presenteres funnet slik forskeren har forstått det parallelt med sitater fra intervjuene (Hjälmhult et al., 2002).

«Økt emosjonell mestring er sentralt i forebygging av angst og depresjon.»

overfor foreldre og lærere. Det er ifølge forskerne mulig at resultatene kan ha blitt påvirket da mange norske barneskoler allerede har pågående skoleprogrammer rettet mot sosial kompetanse (Holen et al., 2012).

Grupper og mestringsstro

Studien om grupper og mestringsstro (Kvarme et al., 2010) viser en økning i generell mestringsstro (GSE)

Diskusjon

Vi fant lite forskning rundt helsesøsters rolle i forhold til helsefremmende og forebyggende arbeid om emosjonell mestringskompetanse. Fokus på barns emosjoner er i dag sentralt i helsesøsters arbeid. Emosjonelle lidelser er et økende problem (Glavin & Helseth, 2005), og tjenesten skal være tilpasset målgruppens behov (Glavin, Helseth & Kvarme, 2007). Det finnes begrenset med forskning fra et helsesøsterperspektiv, noe som gjorde det vanskelig å finne relevante artikler. Det bør nevnes at vår kompetanse i litteratursøk er begrenset, noe som kan ha påvirket våre funn. Styrken på vår litteraturstudie anser vi å være at de inkluderte artiklene er helsesøsterrelevante, og av metodisk god kvalitet. To av artiklene har til dels sammenfallende funn, og den tredje mener vi gir bredde ved å belyse problemstillingen fra en annen vinkel. Videre mener vi at styrken er at funnene er fra norske forhold. Ifølge Glavin og Helseth (2005) ønsker helsesøstre mer kunnskap om og hvordan intervensjoner i forhold til psykiske problemer hos barn. Våre funn kan sette søkelyset på dette.

Emosjonell mestringskompetanse

Økt emosjonell mestring er sentralt i forebygging av angst og depresjon (Haugland, Mauseth & Raknes, 2013; Voksne for barn, udatert). Helsesøster er lovpålagt å fremme barns psykiske helse (Forskrift om helsestasjons- og skolehelsetj., 2003). Folkehelseinstituttet har kommet med klare anbefalinger om forebyggende psykisk helsearbeid i skolen, som bygger på Samhandlingsreformen (Berg, 2012; St.meld. nr. 47 (2008-2009), 2009). Det universalforebyggende programmet Zippys venner for barneskolen blir anbefalt, da dette bygger på forskningsbasert kunnskap. Befolkningsrettete tiltak er høyst aktuelt for helsesøster da dette vil gagne flest, og samtidig er samfunnsøkonomisk gunstig (Berg, 2012; Major et al., 2011).

Effektstudien av Zippys venner (Holen et al., 2012) viser signifikant økning i aktive mestringsstrategier hos barn. Videre vises en reduksjon i opposisjonelle mestringsstrategier. Forskerne vektlegger at effektive mestringsstrategier vil kunne hindre utviklingen av psykologiske problemer. Da denne intervensjonen baserer seg på å utvide barns emosjonelle mestringsstrategier mener vi at helsesøster med sin helsefaglige bakgrunn og med sin kunnskap om empowerment med fordel bør engasjere seg i programmet. Det er ønskelig med et tverrfaglig samarbeid mellom helsesøster og lærer i dette programmet (Voksne for barn, udatert). Vi er usikre på hvorvidt helsesøster deltar i gjennomføringen ved de skolene programmet er implementert.

Intervensjonen ga en signifikant reduksjon i psykiske symptomer i hverdagen hos elevene, som ga utslag i et bedret klassemiljø (barna fikk et generelt mer normalt aktivitetsnivå, bedre mestringsferdigheter med f.eks. å spørre voksne om hjelp, søkte mer støtte hos voksne ved avvisning fra jevnaldrende, mindre bråk og skyldte mindre på hverandre). Det ble ikke påvist noen forbedring av eventuelle psykiske helseproblemer. Dette samsvarer med tidligere studiers funn av universelle programmer mot emosjonelle lidelser. Det mangler kunnskap om Zippys venner fører til langvarige positive effekter. Ved bruk av Zippys venner kan vi ikke i dag si sikkert at det vil redusere utviklingen av emosjonelle lidelser på sikt, men selv små effekter kan ha stor innvirkning på folkehelsen (Holen et al., 2012). Ved at helsesøster deltar i dette skoleprogrammet, vil hun kunne bidra til at elevene oppdager, forstår og regulerer sine emosjoner bedre, og får en følelse av kontroll, som igjen vil berøre deres helse. Empowerment står da sentralt i helsesøsters arbeid. Det som også er av betydning for den emosjonelle utviklingen er at i alderen mellom 6 og 10 år utvikles evnen til å bruke kognitive strategier for å forsøke å forandre sine emosjonelle reaksjoner. Den gjennomgående måten å mestre situasjoner på er ofte lært tidlig (Espnes & Smedslund, 2009). Denne utviklingen skjer vesentlig i samspill med andre (Evenshaug & Hallen, 2000). Derfor mener vi at helsesøster og skolen bør ta i bruk skoleprogrammer som Zippys venner og bidra til denne læringen. Vi ser det som sentralt at intervensjonen skjer så tidlig som mulig. Samhandlingsreformen vektlegger sterkere satsing på blant annet tidlig intervensjon (St.meld. nr. 47 (2008-2009), 2009).

Grupper

I studien om grupper (Kvarme et al., 2010) viser funn en generell økning i mestringsstro (GSE). Dette er forskning som omhandler mestring, utført av helsesøster og dermed interessant for vår artikkel. Helsesøster hadde intervensjonsgrupper med inntil 7 deltakere. Denne studien tar for seg eldre, sårbare skolebarn, og helsesøster bruker metoden LØFT (løsningsfokusert tilnærming). Dette funnet mener vi er overførbart til universalforebygging for mindre skolebarn da gruppeprosessen også gjelder her. Gevinsten med økt mestringsstro kan ligge i selve gruppeprosessen så vel som i LØFTmetoden. Gruppeprosessen er hovedressursen i gruppearbeidet og kan føre til støtte, vekst og forandring. Spesielt vil mindre grupper føre til at deltakerne kan dele følelser og eksponere seg selv (Heap, 2005). Studien viser betydningen av god gruppestørrelse i forhold til gruppeteori. Vi mener en skoleklasse kan fungere effektivt

«Både elever og lærere ønsker helsesøster mer tilgjengelig.»

som gruppe i henhold til Bertcher og Maples teori da «beskrivende» egenskaper (alder, bosted) i klassen ofte er ensartet og «holdningsmessige» egenskaper (holdninger, mestringsstrategier) er uensartet. Dette gir grunnlag for sammenlikninger, motforestillinger, nysgjerrighet og eksperimentering (gjengitt etter Heap, 2005, s. 46). Vi mener at skoleprogrammer som omhandler emosjonell mestring muligens kan virke mer optimalt i mindre grupper enn i hele skoleklasser. Grupper på inntil 6 deltakere vil kunne være aktuelt i henhold til Heap (2005) da det her er lettest å dele følelser, noe som vektlegges i skoleprogrammet Zippys venner. Holen (2012) mener at det kan være viktig å vurdere utformingen til Zippys venner på nytt. Vi tenker at en ny vurdering med fordel bør innebære å finne best egnet gruppestørrelse. Zippys venner omhandler psykisk helse og emosjoner og forholdene bør ligge best mulig til rette for at elevene klarer å være åpne rundt dette temaet. Det å dele klasser i mindre grupper vil være ressurskrevende og dermed stille større krav til helsesøsters tilgjengelighet.

Tverrfaglig samarbeid

Helsesøster er en del av den lovpålagte helsetjenesten i skolen (Glavin & Erdal, 2013). Loven pålegger helsesøster å samarbeide med skolen for å fremme et godt psykososialt miljø for elevene. Helsesøster skal også bistå i undervisningen i grupper i den grad skolen ønsker det (Forskrift om helsestasjons- og skolehelsetj., 2003). Studien om samarbeid mellom helsesøstre og lærere (Hjälmhult et al., 2002) viser at det er to sentrale faktorer som påvirker det tverrfaglige samarbeidet (se tabell 3). Funnet som fører til best tverrfaglig samarbeid er når skolen er åpen og inkluderer helsesøster i sin virksomhet og ved at helsesøster er tilgjengelig, til stede og aktivt markedsfører seg og sine tjenester (Hjälmhult et al., 2002). For at helsesøsters miljørettete arbeid skal kunne bidra effektivt for elevene på skolen er det vesentlig med tverrfaglig samarbeid (Forskrift om helsestasjons- og skolehelsetj., 2003). Helsesøsters arbeid

og muligheter til å fremme økt emosjonell mestringskompetanse forutsetter derfor at dette samarbeidet er godt. For at helsesøster skal ha muligheter til å fremme barns psykiske helse ser vi viktigheten av at normtallene overholdes, dette for å sikre helsesøsters tilgjengelighet. Det har vært en positiv utvikling med bestemmelse av dagens normtall (Helsedirektoratet, 2010). I tillegg bevilget regjeringen i 2013 midler til styrking av skolehelsetjenesten (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013). Dette håper vi er et tydelig signal på at forebygging er et satsingsområde, noe som er på høy tid etter flere års svekkelse av skolehelsetjenesten (Glavin & Helseth, 2005; Helsedirektoratet, 2010). Våre erfaringer er at både elever og lærere ønsker helsesøster mer tilgjengelig. En annen side av saken, selv om helsesøster er mer tilgjengelig, er lærernes muligheter for å samarbeide. Lærerne har liten tradisjon i å samarbeide med hverandre og mulig dette må utvikles først før et godt samarbeid med helsesøster kan utvikles (Hjälmhult et al., 2002). Artikkelen dette funnet er hentet fra er av eldre dato. Vi antar at dette funnet er aktuelt også i dag, da vår erfaring er at de fleste lærere fremdeles arbeider selvstendig. Vi har kjennskap til et par skoler som i dag bevisst bruker to samarbeidende lærere til å undervise i en klasse. Vår erfaring er at dette innvirker positivt på det tverrfaglige samarbeidet med helsesøster. For at helsesøster skal bli inkludert av skolen slik at best mulig tverrfaglig samarbeid blir sikret, kan det være aktuelt å se på formuleringene til de styrende dokumentene for skolens virksomhet. Vi mener at lovverket kan være med på å sikre det tverrfaglige samarbeidet bedre enn lovverket gjør i dag. Når et lovverk stiller klare påbud vil dette sannsynlig kunne føre til at skoleledelsen inkluderer helsetjenesten i sitt planarbeid som igjen er sentralt for et godt tverrfaglig samarbeid (Hjälmhult et al., 2002). På den andre siden må helsesøstre være bevisst hva de selv kan gjøre for å påvirke samarbeidet positivt. Funnene viser at samarbeidet utvikles positivt når helsesøster aktivt markedsfører seg og sine tjenester (Hjälmhult et al., 2002). I praksis kan dette oppnås ved

at helsesøster bygger relasjoner med lærere. Vi mener helsesøster bør tilstrebe å delta på foreldremøter og være tett på lærere og ledelse i skolen.

Konklusjon

I de senere år har psykisk helse fått mer oppmerksomhet i Norge. Psykiske problemer er økende, spesielt omfattende er emosjonelle vansker for barn og unge. Helsesøstre har etterlyst mer forskningsbasert kunnskap om effektive tiltak. For å fremme emosjonell mestringskompetanse hos de minste skolebarna vil helsesøsters deltakelse i skoleprogrammer som tar sikte på å forebygge psykisk helse være effektivt. Zippys venner er et slikt program som blir anbefalt av FHI. Helsesøster bør også ha et bevisst forhold til gruppestørrelse, og arbeide for at utførelsen av skoleprogrammene foregår i den størrelsen som forskningen anbefaler. Våre funn peker i retning av at for skoleprogrammet Zippys venner kan hele klasser være for store grupper da det vektlegges at elevene skal være åpne og tørre å

snakke om følelser. For at helsesøster skal kunne delta i skoleprogrammer er det nødvendig med godt tverrfaglig samarbeid mellom helsesøster, lærer og skolens ledelse. Det at dette samarbeidet fungerer godt er helt avgjørende for helsesøsters arbeid og resultater. Det som skal til for å fremme et godt tverrfaglig samarbeid er at helsesøster er til stede og blir inkludert (se tabell 3). Helsesøsters tilstedeværelse i skolen er sikret gjennom normtall og i fjor kom økte bevilgninger for å øke antallet helsesøstre i kommunene. Videre studier om hvordan helsesøster selv kan bidra for å bli bedre inkludert anser vi som nødvendig. Mer forskning i forhold til helsesøstertiltak om skoleprogrammer for psykisk helse er også ønskelig, da med spesiell tanke på langsiktig virkning. Helsesøster har mulighet til å fremme emosjonell mestringskompetanse ved å engasjere seg i skoleprogrammer som omhandler psykisk helse, ha et bevisst forhold til grupper og tverrfaglig samarbeid. På denne måten kan helsesøster bidra til at barns evne til å fordøye livets påkjenninger styrkes. ■

Referanser:

1. Berg, N.B.J. (2012). Føre var! Forebyggende psykisk helsearbeid i skolen. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
2. Espnes, G. A. & Smødsrud, G. (2009). Helsepsykologi (2. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
3. Evenshaug, O. & Hallen, D. (2000). Barne- og ungdomspsykologi (4. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
4. Forskrift om helsestasjons- og skolehelsetj. (2003). Forskrift om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Hentet fra http://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2003-04-03-450?q=Forskrift%20om%20kommunens%20helsefremmende%20og*
5. Gilbert, S. (2012). Føre var! Forebyggende psykisk helsearbeid i skolen. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
6. Glavin, K. & Erdal, B. (2013). Tverrfaglig samarbeid i praksis: Til beste for barn og unge i Kommune-Norge (3. utg.). Oslo: Kommuneforlaget AS.
7. Glavin, K. & Helseth, S. (2005). Kunnskap i tråd med samfunnets behov. Sykepleien, 93(05), 56–57.
8. Glavin, K., Helseth, S. & Kvarme, L. G. (Red.). (2007). Fra tanke til handling: Metoder og arbeidsmåter i helsesøstertjenesten. Oslo: Akribe.
9. Grøholt, B., Sommerschild, H. & Garløv, I. (2001). Lærebok i barnepsykiatri (3.utg.). Oslo: Universitetsforlaget AS.
10. Haugland, B.S.M., Mausest, T. & Raknes, S. (2013). Psykologisk førstehjelp i førstelinjetjenesten: Implementering og evaluering. Oslo: RBUP Øst og Sør.
11. Heap, K. (2005). Gruppet metode for sosial- og helsearbeidere. (5. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
12. Helsedirektoratet. (2010). Utviklingsstrategi for helsestasjons- og skolehelsetjenesten (Rapport IS-1798/2010). Hentet fra <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/utviklingsstrategi-for-helsestasjons--og-skolehelsetjenesten/Sider/default.aspx>
13. Helse- og omsorgsdepartementet. (2013). Folkehelse: Satser på barn og unge. Hentet fra <http://www.regjeringen.no/nb/dokumentarkiv/stoltenberg-ii/hod/Nyheter-ogpressemeldinger/pressemeldinger/2013/folkehelse-satser-pa-barn-ogunge.html?id=738993>
14. Hjalhmult, E., Wold, B. & Samdal, O. (2002). Skolehelsetjenesten og helsefremmende arbeid: Samarbeid mellom helsesøstre og lærere ved de norske skolene i «Europeisk nettverk av Helsefremmende skoler». Vård i Norden, 63(22), 42–46.
15. Holen, S., Waaktaar, T., Lervåg, A. & Ystgaard, M. (2012). The effectiveness of a universal school-based programme on coping and mental health: a randomised, controlled study of Zippy's Friends. Educational Psychology, 32(5), 657–677.
16. Holte, A. (2012). Forord. I N. B.J. Berg, Føre var! Forebyggende psykisk helsearbeid i skolen (s. 9-15). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
17. Kvarme, L. G., Helseth, S., Sørum, R., Luth-Hansen, V., Haugland, S., 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, 1389–1396.
18. Kvello, Ø. (2010). Barn i risiko: Skadelige omsorgssituasjoner. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
19. Major, E. F., Dalgard, O. S., Mathiesen, K. S., Nord, E., Ose, S., Rognerud, M. & Aarø L. E. (Red.). (2011). Bedre føre var...Psykisk helse: Helsefremmende og forebyggende tiltak og anbefalinger (Rapport 2011). Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt.
20. Mathiesen, K. S., Karevold, E. & Knudsen, A. K. (2009). Psykiske lidelser blant barn og unge i Norge. Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt.
21. Nasjonalt kunnskapssenter for helsestjenesten. (2008). Sjekklister for vurdering av forskningsartikler. Hentet fra <http://www.kunnskapssenteret.no>
22. St.meld. nr. 47 (2008-2009). (2009). Samhandlingsreformen: Rett behandling – på rett sted – til rett tid. Hentet fra <http://www.regjeringen.no/en/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/2008-2009/stmeld-nr-47-2008-2009-.html?id=567201>
23. Tveiten, S. (2007). Den vet best hvor skoen trykker... Om veiledning i empowermentprosessen. Bergen: Fagbokforlaget.
24. Voksne for barn. (udatert). Zippys venner. Hentet 18. desember 2013 fra http://www.vfb.no/no/vare_tiltak/zippys_venner/
25. Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere: ICNs etiske regler. (2011). Oslo: Norsk Sykepleierforbund.

Lærere å bli bedre spedbarnsforeldre

Babyprogrammet er et av de nyeste gruppetilbudene for foreldre og barn i programpakken «De Utrolige Årene». Foreldrene lærer om barnets første leveår.



Tekst **Bjørn Brunborg**, implementeringsleder «De Utrolige Årene», psykologspesialist, RKBV Vest



Tekst **Monica Sture**, mentor «De Utrolige Årene», psykologspesialist, RKBV Vest

Programpakken «De Utrolige Årene (DUÅ)» henvender seg til barn i alderen 0 – 12 år. Noen er universalforebyggende, andre er individuelt forebyggende, og noen er tilrettelagt for behandling av atferds- og sosiale vansker hos barn.

Programpakkens originalnavn er «The Incredible Years» og er utviklet av professor Carolyn Webster Stratton ved University of Washington, Seattle, USA og bygger på bred internasjonal forskning gjennom mer enn 30 år. Internasjonale og norske studier viser en dokumentert effekt på mange av programmene. RKBV Nord, UiT har gjennom 15 år opparbeidet høy kompetanse innen DUÅs gruppetiltak og har i dag et sterkt fagmiljø som har bidratt med evaluering og forskning på programmene.

I Norge er «De Utrolige Årene» etablert som tiltak i kommunale helse- og sosialtjenester, skole- og barnehagesystem i vel 100 kommuner, samt som tiltak i 35 BUP-er ulike steder i landet. Helsedirektoratet har hele tiden finan-

siert implementering og drift av DUÅ i Norge.

Babyprogrammet

Et av de nyeste programmene i DUÅs programpakke som er tatt i bruk i Norge er Babyprogrammet. I Norge ble Babyprogrammet første gang forsøkt som en pilot i kommunene Lindås og Radøy i samarbeid med BUP Nordhordland. Pilotperioden var høst 2012 og vår 2013. I disse kommunene ble programmet tilbudt som gruppetiltak til alle førstegangsførelde.

Piloten fikk prosjektstøtte av fylkesmannen i Hordaland, med bakgrunn i Lov om folkehelsearbeid og Helse- og omsorgstenestelov, som begge gir kommunene et økt ansvar for å jobbe forebyggende. Fra høsten 2013 ble tilbudet videreført som del av ordinær drift ved helsestasjonene i Lindås.

Bakgrunn for Babyprogrammet

I løpet av de siste årene har det vært gjort omfattende forskning på hjerne-

utviklingen hos barn, og på hvordan gener og miljø virker sammen. Dette samspillet vil ha dyptgripende innvirkning på hvordan barnets hjerne utvikles. Forskning og hjerneskaning viser at spedbarn er fabelaktig dyktige til å lære, med en hjerne som er innrettet på å søke informasjon, og med en enorm interesse og lærelyst. Men den nyfødte hjernen er «uferdig» og umoden, og selv om de har alle nevroner på plass, er synapsene eller nerveforbindelsene i hjernen ennå fleksible og under voldsom utvikling og forming. (Webster-Stratton, 2011).

Spedbarnets hjerneutvikling ser ut til å følge prinsippet om «bruk det eller mist det» – det vil si at nerveforbindelser styrkes ved gjentatt bruk gjennom stimulering, men de kan også svekkes og til slutt kan gå tapt om de ikke brukes. Foreldre og andre omsorgspersoner har enorm betydning for utviklingen av barnets hjerne gjennom å være responsive og lydhøre overfor barnets signaler.

Foreldrene skal hjelpe barna til å få



FORELDRE OG BARN: En viktig målsetting for Babyprogrammet er å etablere et tilknytningsfremmende samspill mellom foreldre og barn. Illustrasjonsfoto: Colourbox.

en god utvikling ved å sørge for at samspillet mellom dem er rikt på kjærlighet, omsorg og veiledning, samt gjennom å være utviklingsstøttende. Det vil styrke barnas sosiale, fysiske, emosjonelle og kognitive utvikling, og også fremme deres evne til å bygge opp nære, tillitsfulle relasjoner til andre mennesker (Webster-Stratton, 2011).

Hovedfokus i Babyprogrammet er barnets første leveår, og hvordan foreldrene kan bli «spedbarnsforskere» ved å observere spedbarnet sitt. Etter hvert vet de hvordan barnet har det ved å «lese» barnets signaler, og de blir i stand til å stimulere babyen sin fysiske, visuelt og taktilt på den måten som er riktigst for babyens utviklingsnivå, reaksjonsmåter og behov. Det er en rytme og synkronitet i dette samspillet som kan minne om pardans. Når foreldrene samspiller godt med spedbarnet, hjelper de det til å

fange opp informasjon fra omverdenen, utvikle sin selvopplevelse og bygge en trygg tilknytning til foreldrene. På denne måten stimuleres det til en god og sunn emosjonell utvikling i barnet.

«Det er befriende å se at det ikke er en ferdig fasit.»

I programmet drøftes det hvordan spedbarn utvikler seg fra å inneha en mer passiv og observerende måte å lære på, til mer aktivt å utforske og oppdage omgivelsene og utvikle selvopplevelse. Det fokuseres på hvordan foreldrene kan gi barnet fysisk og emosjonell trygghet, riktig ernæring og gode søvnvaner.

Rammer for gruppene

Gruppene består av foreldre til 6-9 babyer, samt at babyene er med i grup-

pen. Gruppen møter til åtte ukentlige møter à to timer. Disse er organisert slik at gruppen starter når babyene er cirka to måneder gamle og har fire ukentlige møter. Deretter er det et

opphold på fire uker, før de fire siste gruppemøtene. Bakgrunn for oppholdet på fire uker er babyene skal bli litt eldre, slik at tema i gruppemøtene skal passe babyenes utviklingsnivå.

Det er minst to gruppeledere til stede samtidig i hvert møte. Møtene ledes på en kollaborativ måte, hvor foreldrenes erfaringer, tanker og resonnementer står i fokus. Som i de andre programmene i «De Utrolige Årene», er møtene i stor grad tuftet på



LESESTUND: I løpet av møtene blir det lest for babyene. Lesestunder er viktig for å stimulere språkutvikling. Illustrasjonsfoto: Colourbox.

videovignetter, øvelser og diskusjoner omkring erfaringer og tema. Gruppelederne benytter en brukerhåndbok som

«De Utrolige Årene» sitt babyprogram tar utgangspunkt i en forståelse av babyen som kompetent fra fødsel av.

«Spedbarn er fabelaktig dyktige til å lære.»

beskriver programmets innhold og et sett av prinsipper som er fokus for de ulike gruppemøtene.

Målsetting

Babyprogrammet har flere målsettinger for arbeidet i gruppene. En viktig målsetting er å etablere et tilknytningsfremmende samspill mellom den voksne og barnet. I den forbindelse fokuseres det på hvordan en tolker barnets signaler og hvordan foreldre er responsive til barnets behov.

Det arbeides med hvordan foreldre kan være med å stimulere barnets utvikling på ulike områder som for eksempel kommunikasjon, motorikk og kognitive utvikling.

Fokus på foreldrerollen

En annen viktig målsetting er å hjelpe foreldrene til å føle trygghet i foreldrerollen. Det blir sentralt å hjelpe foreldrene til å forstå sammenhengen mellom egne emosjonelle reaksjoner og barnets observerbare atferd og opple-

velse/behov. Når foreldrene kommer i vanskelige situasjoner hvor barnet for eksempel bare gråter og virker utrøstelig, gir gruppemøtene foreldrene en innsikt og øvelse i hvordan en kan bruke kognitive teknikker for å holde en egen ro i disse situasjonene og finne hensiktsmessige måter å møte barnet på.

Spedbarnsperioden kan for mange foreldre være en svært hektisk tid hvor det er viktig å bruke den støtte og hjelp som finnes i eget nettverk. I gruppemøte lages det en oversikt over hvem som finnes i eget nettverk til hjelp og avlastning og hvordan benytte seg av dette på en god måte.

Tema i gruppemøtene

I gruppemøtene blir ulike tema som er sentrale i barns utvikling diskutert og gjennomgått. Foreldre kan føle seg usikre når babyer som er yngre når milepæler tidligere enn eget barn. Det arbeides derfor med en forståelse av at barn utvikler seg i ulikt tempo og når milepæler i ulik alder. Det blir også satt fokus på å tilpasse sine forventninger til sitt barns utviklingsnivå.

Et gjennomgående tema i programmet er forståelsen av foreldre som trygg base for barnets eksplorering, og dette tema blir innlemmet i ulike bolker gjennom programmet.

Språk

Det er fokus på tidlig språkstimulering for å støtte den nevrale utviklingen som skjer i tidlig barndom og kritisk fase for språkutvikling. I gruppene øves det på det tidlige samspillet som kan utfolde seg på måter som foregriper samtals karakterer. En øver for eksempel på å bruke «babyspråk», som en måte å modulere stemmen på som har vist seg å fange babyens interesse. Vi retter fokus på turtaking i samspillet med babyen, hvor en responderer eller tar etter barnets lyder og verbale initiativ. I løpet av møtene blir også viktigheten av å lese for babyen for å stimulere språkutvikling vektlagt. Å



MOR OG BARN: Foreldre har enorm betydning for utviklingen av barnets hjerne, gjennom å være responsive og lydhøre overfor barnets signaler. Illustrasjonsfoto: Colourbox.

lese for babyen blir også praktisert i gruppene.

Motorisk utvikling

Babyens motoriske utvikling er gjenstand for diskusjon og øving i gruppemøtene. Dette blir blant annet fokusert på gjennom å stimulere taktil sansing, baby massasje og ulike sangøvelser som fordrer bevegelse og fysisk nærhet. En av hensiktene med disse aktivitetene er at barnet skal bli mer kjent med egen kropp og «ekstremitetene» i kroppen. En annen hensikt er å stimulere til fysisk nærhet mellom babyen og den voksne.

Visuell og auditiv stimulering

Tema omkring viktigheten av visuell og auditiv stimulering for babyen blir diskutert i gruppemøtene. En viktig del av dette er hvordan en kan tilrettelegge et passe stimulerende miljø rundt barnet for å stimulere barnets sanser og eksplorering av omverden.

De viktige hverdagslige tema

For de nybakte foreldrene er det også spørsmål om mat/måltider, søvn, amming og overgang til fast føde vik-

tige tema. I gruppemøtene blir dette tatt opp og diskutert.

Mange av foreldrene oppdager at babyene er forskjellige med tanke på temperament, tilpasning til rutiner og døgnrytmer osv. For mange foreldre er oppleves det befriende å se at det ikke er en ferdig fasit for hvordan dette skal være, men at nettopp den enkelte baby sin særegenhet og samspillet mellom den voksne og babyen er styrende.

Programmet tar opp tema omkring hvordan en skaper sikre og trygge omgivelser for babyen. Typiske situasjoner som bading, stell, trapper og varmekilder er gjenstand for diskusjon.

Videre implementering

Høsten 2014 vil de første workshoppene for opplæring i Babyprogrammet i Norge bli arrangert (uke 42). «De Utrolige Årene» ønsker en solid og bærekraftig implementering i de kommuner som ønsker å starte programmet. Det vil derfor bli signert en kontrakt mellom «De Utrolige Årene» og den enkelte kommune i forkant av deltakelse av opplæring. For de kommunene som ønsker å starte å gi tilbud om babyprogrammet i sin kommune, vil

det derfor være viktig å starte prosessen sammen med De «Utrolige Årene» i god tid før opplæringen.

Instanser og kommuner som implementerer babyprogrammet vil også forplikte seg til å være delaktig i den forskningen/evalueringen som vil iverksettes for programmet.

Tempo i den videre langsiktige implementering av programmet vil først og fremst være avhengig av ressurser til opplæring og veiledning som tildeles fra Helsedirektoratet.

«De Utrolige Årene» sitt babyprogram er godt egnet som tiltak forankret i helsestasjonsarbeidet. I tillegg vurderes programmet til å være et egnet tiltak i barnevernet, da for en mer risikoutsatt gruppe.

Babyprogrammet i «De Utrolige Årene» sin programpakke er i en tidlig implementeringsfase, og vi ser frem til godt samarbeid med kommunene som ønsker å ta dette programmet i bruk. ■

Se: «De Utrolige Årene» på Facebook www.dua.uit.no

Webster-Stratton C. (2011). *Incredible Babies. A Guide and Journal of Your Baby's First Year*. Seattle: Incredible Years Inc.

Kunnskapsbasert praksis og ammeveiledning på Frogner helsestasjon

Det finnes klare føringer for at ammeveiledningen skal gis i nøye samspill med mor og barn og det skal legges vekt på trivsel hos mor og barn.



Av **Ingjerd Hvatum**, helsesøster, klinisk spesialist, mester i klinisk sykepleie, Frogner helsest.



Av **Kari Glavin**, helsesøster, PhD, l. amanuensis Høgskolen Diakonova

Kravet til kunnskapsbasert praksis (KBP) er uttalt. Våre retningslinjer oppfordrer oss til i større grad å benytte forskningsresultater som en integrert del av praksis for å gi brukerne riktig og god sykepleie (1, 2). Vi vil i denne artikkelen redegjøre for KBP, og dernest beskrive hvordan Frogner helsestasjon har benyttet KBP som metode relatert til ammeveiledning. Frogner helsestasjon ble godkjent ammekyndig helsestasjon i 2009 og har etter dette jobbet systematisk med ammeveiledning som er et vektlagt tiltak i folkehelsearbeidet. Opplæringen har vært preget av en løsningsfokuset tilnærming til ammeproblemer og noe har vært knyttet til teknikk. Nasjonale faglige retningslinjer for barselomsorgen «Nytt liv og trygg barselstid» omtaler ny forskning som har beskrevet ammeproblemer som påvirker trivsel og velvære for mor og barn (3). Det presiseres i retningslinjene at helsepersonell må vise faglig skjønn i veiledningen av den enkelte for å ta hensyn til individuelle behov. Med dette som utgangspunkt har vi reflektert over vår praksis etter en KBP modell.

Kunnskapsbasert praksis

Å arbeide kunnskapsbasert betyr at helsesøster bevisst bruker ulike kunnskapskilder i praksis (1). De ulike kunnskapskildene kan beskrives ved hjelp av figur 1.

Modellen for kunnskapsbasert praksis illustrerer at forskningsbasert kunnskap bør integreres med erfaringskunnskap, pasientkunnskap og kontekst før den kan settes ut i praksis. Vi vil her gi en kort beskrivelse av de ulike kunnskapskilder. For mer

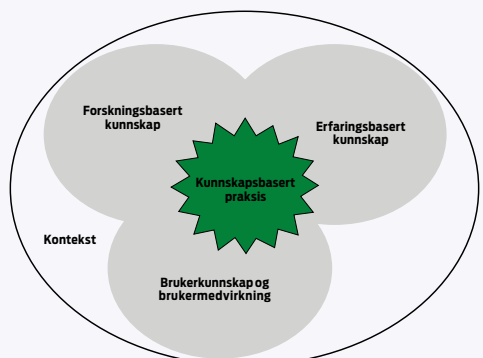
omfattende beskrivelse anbefales det å lese arbeidsboken; «Jobb kunnskapsbasert»(1).

Forskningsbasert kunnskap

Forskning er en kreativ virksomhet som utføres systematisk for å oppnå økt kunnskap. Det skiller ofte mellom grunnforskning og anvendt forskning. Hovedskillet går ved formålet: Anvendt forskning er rettet mot bestemte praktiske mål eller anvendelser, mens grunnforskningen observerer fenomener eller fakta uten sikte på spesiell bruk. Kunnskap fra forskning kan for eksempel forklare fenomener og årsaksforhold eller gi økt forståelse for enkeltpersoners opplevelser og erfaringer (1, 4). Problemstillingen avgjør hvilken forskningsmetode som skal benyttes. Dermed er både kvalitativ og kvantitativ forskning gjensidig relevant (5).

Erfaringsbasert kunnskap

Erfaringsbasert kunnskap eller praksiskunnskap er



FIGUR 1: Modell for kunnskapsbasert praksis (1).

en hjørnestein i sykepleie. Slik kunnskap erverves gjennom å praktisere sykepleiefaget. Det er kunnskap som «utvikles gjennom refleksive prosesser der praktikere lærer fra erfaring» (6). Klinisk ekspertise forutsetter at sykepleieren kan finne, vurdere og bruke forskningsbasert kunnskap i lys av sin erfaring i møte med den individuelle bruker (1).

Bruerkunnskap

Det har skjedd en demokratisering av helsetjenesten. Utviklingen har gått fra at helsepersonell tar beslutninger på vegne av pasienten til at pasienten selv deltar aktivt i valg som gjelder egen helse. Denne utviklingen er i tråd med definisjonen av KBP (1). Dette stiller krav til oss, til vår evne til å møte individuelle behov, til å holde oss oppdatert og formidle informasjon til brukerne av tjenesten.

Kontekst

Med kontekst menes det miljøet eller den settingen der kunnskapsbasert praksis skal settes ut i livet (7). Kontekst er knyttet til kultur, forståelsesramme, ressurser, etiske forhold, politikk og prioriteringer. Vår erfaringsbaserte kunnskap farges av hvor vi har praktisert og av hva slags pasienter og kollegaer vi har hatt. Slike forhold påvirker også hvilke forskningsspørsmål vi formulerer (1).

Å arbeide kunnskapsbasert

Kunnskapsbasert praksis innebærer å sette elementene i modellen (figur 2) sammen i praksis, i møter med individuelle brukere. En helsesøster som arbeider kunnskapsbasert integrerer kunnskap fra forskning sammen med sin erfaringsbaserte kunnskap, sine ferdigheter og brukernes ønsker. Likeledes er det viktig å vurdere konteksten det foregår innenfor. Det betyr at den samme forskningsbaserte kunnskapen kan føre til ulike beslutninger i ulike settinger. Til tross for at oppsummert forskning viser at amming er gunstig, kan praksis likevel variere. En mor som får gjentatte brystbetennelser vil sannsynligvis få ulik veiledning i ulike kontekster (får barnet nok melk, har mor avlastning, får mor redusert omsorgskapasitet, har mor lite plager) og i ulike kulturer (for eksempel Norge, India, England). Den beste beslutningen vil variere fra familie til familie og fra kontekst til kontekst. Å syntetisere forskning, erfaring og brukermedvirkning i den gitte situasjonen (konteksten) krever anvendelseskompetanse. Helsesøster må kunne sette modellen for KBP sammen. Dynamikken i konseptet er at det kreves skjønn ved bruk av de ulike kunnskapskildene.



AMMING: I enkelte tilfeller har ammeproblemer ført til for eksempel manglende glede i morsrollen. Illustrasjonsfoto: Colourbox.

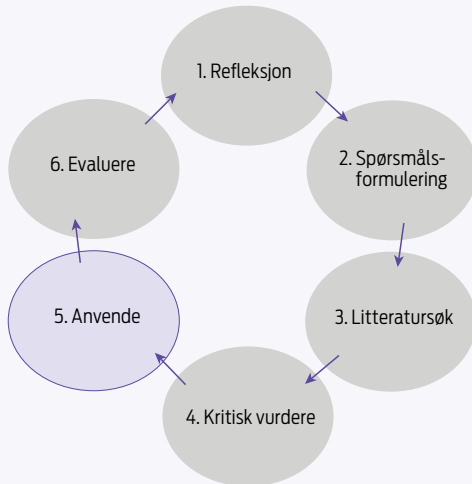
Derfor gir heller ikke kunnskapsbasert praksis noen «kokebok» oppskrift for vår veiledning. Kunnskapsbasert praksis blir mer og mer sett på som et alternativ til autorisert styrt praksis, fordi disse metodene kan støtte oss som helsesøstre og hjelpe brukerne i å ta velinformerte valg (1).

KBP er organisert trinnvis, slik figur 2 illustrerer.

Før litteratursøk skal man starte med en refleksjon over egen praksis og formulerer en problemstilling. Deretter vurderes forskningen kritisk før man anvender denne i praksis. Endringen skal evalueres.

For å ta i bruk forskning:

- God tilgang til forskningslitteratur
 - Økt kunnskap i å forstå forskning
 - Ledelsesforankring og kollegial støtte
 - Oppmuntring til å anvende forskning i praksis
- Ferdigheter i litteratursøk og kritisk vurdering er viktig. Det understrekes imidlertid at tiltak bør tilpasses lokale utfordringer og at teorier om atferdsendring og implementeringskunnskap kan skreddersy tiltak (8, 9). Det er også avgjørende at KBP er ledelsesforankret. En systematisk oversikt viste at kompetanse



FIGUR 2: Trinnene i kunnskapsbasert praksis (1)

er viktig; sykepleiere som deltok på konferanser og hadde master brukte mer forskning i praksis (10).

Hinder for å ta i bruk forskning:

Det har vist seg at det ofte oppstår barrierer når kunnskap skal overføres til praksis. Barrierene kan være selve forskningen, egenskaper ved helsearbeideren, organisasjonen eller profesjonen. Disse hindringene er vist ved hjelp av følgende tabell. (Se tabell 1.)

Når KBP skal tas i bruk er det viktig å være klar over hindringer, for å tilrettelegge for best mulig gjennomføring.

KBP i praksis

1. Refleksjon

Etter Frogner helsestasjon ble godkjent som ammekyndig har vi hatt årlige tema på fagmøter hvor vi har reflektert over ulike problemstillinger vedrørende amming. Helsesøstre og jordmødre har tilegnet seg solid kompetanse og har sett at deres kunnskap har bidratt til å hjelpe mødre i forhold til amming. Imidlertid har de også sett at mødre strekker seg svært langt for å mestre amming da de opplever et forventningspress fra ulike hold. I enkelte tilfeller har ammeproblemer ført til for eksempel manglende glede i morsrollen hvor forventningen om å «være flink pike» blir dominerende. Det finnes klare føringer for at ammeveiledningen skal gis i nøye samspill med mor og barn og det skal legges vekt på trivsel hos mor og barn (12). Dialog i ammeveiledningssituasjonen er også beskrevet som viktig i den nye håndboken for helsestasjoner; «Vi kan fortelle om det optimale for å nå et resultat, men

sammen med mor må en konkret og realistisk plan lages for hvordan tiltak lar seg gjennomføre i hennes hverdag» (5). Å gi god veiledningen krever at helsesøster gir individuell veiledning (13) og får innsikt i mors egne tanker og oppfatninger av det å amme barnet sitt. For å kunne få denne innsikten kreves det at helsesøster blir kjent med mor og på den måten danner en relasjon som gjør at mor tør å åpne seg og fortelle hvordan hun opplever ammesituasjonen. Mor kan ønske å fremstå som en glad og lykkelig mor og det kan være et hinder for å fortelle at hun strever med ammingen.

2. Spørsmålsformulering

Med et ønske om å få større forståelse for mødres opplevelser i en vanskelig ammesituasjon og gi kunnskapsbasert veiledning ble det blant annet tatt utgangspunkt i forskning som er omtalt i nye retningslinjer i barselomsorgen «Nytt liv og trygg barseltid» (3). Nye studier gjør at vi bør se nærmere på vår praksis relatert til denne problematikken. En relevant studie som beskriver mødres erfaringer med samspillet når ammesituasjonen oppleves stressende ble lest av alle helsesøstre på Frogner helsestasjon (15).

3. Litteratursøk

Helsesøstre deltok på kurs med bibliotekar Jenny Owe ved Høyskolen Diakonova. Dette var et tiltak for å heve kompetansen hos helsesøstre på Frogner og bidra til et samarbeid mellom praksisfeltet og høyskolen. Tiltaket ble ledelsesforankret. Det ble først gitt en teoretisk innføring i blant annet KBP, søkeprosess, S-pyramide og ulike databaser. Deretter praktiserte helsesøstre søk i databaser.

Erfaringer fra litteratursøket: Databasesøk var nytt for de fleste med unntak av noen helsesøstre som var nyutdannet. Helsesøstrenes uttalelser var blant annet: «Dette var inspirerende, men søkeprosessen stiller krav til å spissformulere problemstillingen og det var tidkrevende.» «Det var ikke så vanskelig som jeg trodde!» «Det var nyttig å få informasjon om Helsebiblioteket som utgangspunkt for søk og bok om KBP.» «Det krever at man hever blikket opp over de daglige gjøremål og at det settes i system for å kunne fortsette. Noen kan få i oppdrag å søke og deretter legge frem på en fagdag. Dette blir et løft på fagmøtene.» «Blir en utfordring å få det til i hverdagen.» «Det var morsomt å lære for å kunne følge med på «det siste» innen forskning. Refleksjonsprosessen vil også være viktig.»

Trinnene i KGB ble forsøkt fulgt. Etter å ha lest ny forskning kritisk ble dette etterfulgt av etiske refleksjo-

Egenskaper ved forskningen	Egenskaper ved helsearbeideren	Egenskaper ved organisasjonen	Egenskaper ved profesjonen
Svarer ikke på spørsmål i praksis	Mangler metode-og/eller engelskkunnskaper	Manglende kultur for endring og utvikling	Manglende samarbeid mellom forskere og klinikere
Er for dårlig planlagt/gjennomført	Mangler kunnskap om hva som finnes av forskning, og hvor den er å finne	Manglende system for anvendelse av forskning i praksis	Forskerne tar ikke utgangspunkt i problem fra praksis i forskningen
Viser motstridende resultater	Ønsker ikke å endre sin egen praksis	Lite støtte fra kollegaer/overordnede for å anvende forskning	Manglende rollemodeller for at klinikere kan bli forskere
Resultatet er ikke vist mer enn en gang	Har ikke kultur for formidling og anvendelse av forskning i praksis	Ikke ressurser for å anvende forskning i praksis	«Historisk bagasje» - sykepleie er et praktisk fag

TABELL 1: Eksempler på hindringer for bruk av forskning i praksis (11).

ner rundt problemstillingen (14). En studie som viste at en stressfylt ammesituasjon påvirket samspillet både under og mellom måltidene var et viktig utgangspunkt for vår refleksjonsprosess. Studien viste også at mødre avsluttet ammingen for å ivareta barnets behov og skape en god relasjon mellom seg og barnet. Mødrene ønsket medbestemmelse, informasjon om alternativ til amming og hadde behov for støtte fordi de følte skam når de ga morsmelktillegg på flaske. Helsepersonell bør derfor ikke legge press på mødre i ammesituasjonen, men være sensitive, gi mor støtte og åpne opp for alternativer(15).

4. Kritisk vurdering

Vi reflekterte over og vurderte våre erfaringer fra praksis relatert til forskning og retningslinjer. Vi gjenkjente at balansen mellom press og støtte er hårfin og ble minnet om at ammeveiledning må ytes med «nennsom» hånd. Forskningen viste også at opplevelsen av stigma kan være vanskelig å få øye på før man selv opplever situasjonen eller blir gjort oppmerksom på problematikken. Ulike forventninger i kulturen speiles ofte i den enkelte. Kulturen man er en del av kan føre til press og stigma for den enkelte kvinne.

5. Anvende

Da det allerede i graviditeten ligger store forventninger om å mestre amming forberedte jordmødrene den gravide og partner om vanskeligheter knyttet til amming.

For å minske stigma etter fødsel omformet vi innkomstskjemaet fra å spørre om «ammer du» til å spørre om «får barnet morsmelkerstatning eller morsmelk». Vi ble mer bevisst språkets makt. Vi undret oss også over tittelen på ammeveiledningsfilmen «Bryst er best». I en av studiene beskrev mødre denne tittelen som stigmatiserende. Vi har kunnskap om at morsmelk har mange helsegevinster. Imidlertid reflekterte vi rundt

dette relatert til ny kunnskap om at samspillet mellom mor og barn kan trues (15) eller mor bli deprimeret på grunn av en krevende ammesituasjon (16). Når barnet ikke får tilstrekkelig morsmelk som kan føre til redusert motorisk- og kognitiv utvikling (17) er bryst i realiteten ikke alltid best for verken mor eller barn. Det gjelder å gi individuell, helhetlig og balansert veiledning slik at det gir en god opplevelse i form av trivsel for både mor og barn (12). Tittelen på filmen kan derfor gi et feilaktig inntrykk til mødre og føre til at uavhengig av konteksten kan morsmelk oppfattes som best uansett. Informasjonen om betydningen av å amme kan få util-

«Helsesøstre må aktivt søke ny forskning.»

siktede konsekvenser. Våre erfaringer sammenfaller med mødrenes uttalelser, de kjenner godt til ammingens helsegevinster og mener at hvis det fungerer tilfredsstillende vil det være det beste både for dem selv og barnet. Men for noen mødre som avslutter ammingen av hensyn til barnets beste kan veiledning som ikke er tilpasset opprettholde stigma. Sett i dette perspektivet, og med visshet om at sykepleiere bør anerkjenne forskjell mellom individer og være innovative, var det enighet om at det var klokt å erstatte tittelen til «Film om ammeveiledning». I vår kultur hvor forventninger om å være «flinkest i klassen» er dominerende kan det bidra til å forsterke nederlagsfølelsen i forhold til mestring av morsrollen når ammingen ikke fungerer tilfredsstillende.

Forskningen viste at press om å amme på sykehuset også forplantet seg til tiden etterpå. Helsesøstre gjenkjente denne situasjonen hos flere mødre de møtte på helsestasjonen. I en studie kom det frem

at det å bli avvist på sykehuset når de ønsket å gi litt morsmelkerstatning til barnet av ulike årsaker, førte til fortvilelse og maktesløshet hos mødrene. Å bli «visket i øret» at mor kunne gi morsmelkerstatning, men ikke fortelle hvem som hadde foreslått det, ga en følelse av å gjøre noe ulovlig (15). Slike uttalelser trenger bearbeidelse i ettertid og oppleves som utfordrende å «reparere» for helsesøstre. Ifølge barselavdelingens retningslinjer skal morsmelkerstatning gis på medisinsk indikasjon (18). Det kan begrense de ansattes mulighet til å gi morsmelker-

kvensene og fortsatt arbeide med et helsefremmende perspektiv. Overført til vår problemstilling blir det derfor viktig å reflektere over hvordan vi fremmer helse og mestring for sårbare mødre i tillegg til å ha kunnskap om amming. Refleksjon og ny kunnskap sammen med våre erfaringer med ammeveiledning og mødrenes ønsker gjorde at vi var mer bevisst på våre spørsmål i ammeveiledningen. Spørsmål vi ble bevisst på å stille var; Hvordan opplever du å amme? Hvordan opplever du samspeillet med barnet ditt? I tillegg var vi bevisst på å være åpen om å informere om morsmelkerstatning når det var behov for det. Vi var også mer oppmerksom på signaler på stress hos barnet.

«Informasjonen om betydningen av å amme kan få utilsiktede konsekvenser.»

statning av andre hensyn. På den annen side framhever WHO (19) at kvinner har rett til å amme, men også likelydende rett til å ikke amme. På hvilken måte kan denne gjensidige retten ivaretas? Sett ut fra KBP hvor brukermedvirkning er sentral er det viktig å ikke tolke trinn 6 i «10 trinn for vellykket amming» rigid. Helsesøstrene kom frem til at det burde være et tettere samarbeid med helsestasjon og jordmødre/sykehuset for å utveksle erfaringer. Ammeveiledning er en viktig del av folkehelsearbeidet og vi har kunnskap om at folkehelsearbeid i noen tilfeller kan ha utilsiktede konsekvenser (20). Vi må arbeide for å redusere de utilsiktede conse-

6. Evaluere

Proessen med å arbeide kunnskapsbasert i forhold til ammeveiledning har vært bevisstgjørende og utfordrende. Å fortsette arbeid etter en KBP-modell avhenger, som beskrevet i denne artikkelen, av mange faktorer. Det er viktig at det forskes mer på dette området. Helsesøstrene må aktivt søke ny forskning og ta i bruk det de har lært om KBP og erkjenne betydning av modellen. Det er avgjørende at fagutviklingen er ledelsesforankret da en travel hverdag kan være begrensende. Å sette av tid til evaluering av praksis er nødvendig. ■

Fagartikkelen er støttet økonomisk med samarbeidsmidler fra Høgskolen Diakonova og skrivestipend av RBUP Øst og Sør.

Referanser:

- Nortvedt MW, Jamtvedt G, Graverholt B, Nordheim LV, Reinart LM. Jobb kunnskapsbasert: en arbeidsbok. [Oslo]: Akribe; 2012.
- Helsedirektoratet. Og bedre skal det bli! Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten. Oslo: Helsedirektoratet; 2005–2015.
- Helsedirektoratet. Nasjonale faglige retningslinjer i barselomsorgen. Oslo: Helsedirektoratet; 2014.
- St.meld.nr. 20. Vilje til forskning. Oslo 2004–2005.
- Misvær N, Lagerløv P. Håndbok for helsestasjoner. Oslo: Kommuneforl.; 2013. 422 p.
- Abrandt Dahlgren M, Higgs J, Richardson B. Developing practice knowledge for health professionals. Edinburgh: Butterworth-Heinemann; 2004. IX, 231 s. : ill. p.
- Kitson A, Harvey G, McCormack B. Approaches to implementing research in practice. Qual Health Care. 1998;7(3):149–59.
- Hakkennes S, Dodd K. Guideline implementation in allied health professions: a systematic review of the literature. Quality and Safety in Health Care. 2008;17(4):296–300.
- Grol R, Wensing M, Eccles M, Davis D. Improving patient care: the implementation of change in health care: John Wiley & Sons; 2013.
- Squires JE, Estabrooks CA, Gustavsson P, Wallin L. Individual determinants of research utilization by nurses: a systematic review update. Implement Sci. 2011;6(1):1–20.
- Polit DF, Beck CT. Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice. Philadelphia, Pa.: Wolters Kluwer Health; 2012. XIV, 802 s. p.
- Helsedirektoratet. Kosthåndboken. Oslo: Helsedirektoratet; 2012.
- Glavin K, Helsest S, Kvarme LG. Fra tanke til handling: metoder og arbeidsmåter i helsesøstertjenesten. Oslo: Akribe; 2007. 340 s. : fig. p.
- Norsk s. NSF's formål, prinsippprogram, vedtekter m.m.: gjeldende for perioden 2012–2015. [Oslo]: Norsk Sykepleierforbund; 2012. 50 s. ; 30 cm p.
- Hvatum I, Hjalmskult E, Glavin K. Intervjustudie: Stressfylt amming og samspill. Sykepleien forskning. 2014.
- Haga SM. Identifying risk factors for postpartum depressive symptoms: the importance of social support, self-efficacy, and emotion regulation. Oslo: Unipub; 2012.
- Torsvik I, Ueland PM, Markestad T, Bjørke-Monsen A-L. Cobalamin supplementation improves motor development and regurgitations in infants: results from a randomized intervention study. The American journal of clinical nutrition. 2013;98(5):1233–40.
- WHO. Evidence for ten steps to successful breastfeeding. Geneva: WHO; 1998.
- WHO. Global strategy for infant and young child feeding. Geneva: World Health organization; 2003. p. vi, 30 s.
- Benedicte I, Fugelli P. Helse på norsk: god helse slik folk ser det. Gyld. 2014.